

Lunds universitet
Centrum för Genusvetenskap
Kön, Samhälle och vetenskap III (41-60p)
GNV 103
Höstterminen 2005

Betydelsen av kön och sexualitet i mötet med sjukvårdsrådgivningen.

Författare: Karin Bengtsson
Handledare: Anna Jansdotter

Sammanfattning

Detta är en studie av sjuksköterskors bemötande av patienter på Sjukvårdsrådgivningen i Region Skåne. Syftet är att undersöka hur det helhetstänkande som är vanligt förekommande i teoretiska debatter om sjukvården är förankrat i den praktiska verksamheten. Jag fokuserar på bemötande som kompetens, och studerar dess plats och auktoritet i organisationen. Jag undersöker även hur helhetstänkandet praktiskt fungerar i mötet mellan sjuksköterska och patient genom att fokusera på hur kön och sexualitet synliggörs och beaktas i samtalen.

Jag utgår från Judith Butlers teori om den heterosexuella matrisen och om hur kön och sexualitet görs genom social interaktion. Jag använder mig också av intersektionalitet som ett analysverktyg. Min metod är deltagande observation och intervjuer.

Min studie visar att kunskap om bemötande inte har stor auktoritet i sjukvårdsrådgivningens organisation. Det förekom föreställningar om kön och sexualitet fungerade som reproducerande av normer snarare än normbrytande. Män och kvinnor förväntas vara olika och ha olika inställning till sin kropp. Heterosexualitet ses som en självklarhet och normaliseras därigenom på ett subtilt sätt.

Nyckelord: bemötande, intersektionalitet, kön, sexualitet, sjuksköterskor, sjukvårdsrådgivning

Abstract

This is a study of how nurses respond to patients at Sjukvårdsrådgivningen (healthcare information/advice) in Region Skåne. The purpose is to investigate how the holistic view that is commonly used in theoretical debates about healthcare is rooted in the practical activities. I focus on response as competence, and study its place and authority in the organization. I also investigate how the holistic view works in practice in the meeting between nurse and patient by focusing on how gender and sexuality are made visible and taken into consideration during the conversations.

My starting point is Judith Butler's theory about the heterosexual matrix and about how gender and sexuality are made through social interaction. I also use intersectionality as a tool for analysis. My method is participating observation and interviews.

My study shows that knowledge of response does not have great authority in the organization of the healthcare information/advice. The conceptions about gender and sexuality that occurred worked as reproduction of norms rather than breaking norms. Men and women are expected to be different and have different views of their bodies. Heterosexuality is regarded as a matter of course and is thereby normalized in a subtle way.

Keywords: gender, intersectionality, nurses, response, sexuality

Innehållsförteckning

Inledning	3
Problemformulering, syfte och frågeställning	3
Sjukvårdsrådgivningen	4
Forskningsläge	5
Bemötande.....	5
Genusperspektiv på omvårdnadsforskning	7
Medicinsk genusforskning	7
Medicinsk sexualitetsforskning.....	8
Teoretisk plattform	10
Intersektionalitet.....	10
Kön	11
Sexualitet	12
Epistemologiska utgångspunkter.....	12
Metod	14
Multimetod	14
Observation	15
Intervjuer	16
Analys	17
Bemötande som kompetens.....	17
Att lyssna på patienten	19
Att se individen i sitt sammanhang	19
Könsfördelningen på arbetsplatsen	21
Att ta hänsyn till patientens kön.....	21
Kvinnor ringer mer än män	22
Olika förväntningar på män och kvinnor i föräldrarollen	24
Sexualitet som en del i helhetstänkandet.....	25
Att synliggöra (hetero)sexualitet.....	25
Att acceptera homosexuella	26
Sexualitet som relation eller praktik.....	28
Avslutande diskussion	28
Referenser	31
Muntliga källor.....	31
Internetkällor	31
Otryckta källor.....	31
Tryckta källor	31

Inledning

Sjukvården har traditionellt varit hierarkiskt ordnad med läkaren som högsta auktoritet och därefter en fallande skala med patienten längst ner. De senaste decennierna har utvecklingen dock gått mot ett synsätt som innebär att patienters erfarenheter och livssituation ges större utrymme. Inom vården talas det idag om att ett *helhetstänkande* ska genomsyra verksamheten. Detta har bland annat inneburit en större fokus på bemötande och ett ökat intresse för kommunikationen mellan sjukvårdare och patient. Teoretiker som Aaron Antonovsky menar att om vården ska fungera som en helhet måste dess olika delar vara samspelta och sträva mot samma håll (Antonovsky 1991). För att detta ska åstadkommas har det i teorin till stor del handlat om uppvärdering av sociala aspekter av vården i förhållande till medicinsk kunskap. Jag vill undersöka om och hur dessa teoretiska diskussioner påverkar den praktiska verksamheten.

I denna uppsats fokuserar jag på sjuksköterskors kompetens inom området bemötande. Sjuksköterskor kan ses som ett mellanled mellan *undersköterskan* (vars kompetens inom medicin är begränsad men vars kunskaper inom bemötande och omvårdnad är stora) och *läkaren* (som är koncentrerad på den medicinska kunskapen och inte har bemötande som specialkompetens). Mellan de två kompetenserna finns en makthierarki som innebär att medicinsk kunskap värderas högre än kunskap om bemötande (Franssén 2000:13f), vilket gör det intressant att studera hur de två kunskaperna kombineras av sjuksköterskorna.

Att reformera organisationer så att de fungerar som en helhet är, som jag beskrivit ovan, ett sätt att tillämpa helhetsteorier. Ett annat sätt är att som vårdgivare i mötet med patienten se till hans eller hennes *hela livssituation*. Inom vården betonas allt mer att sjukdomsutveckling och sjukdomserfarenhet är fenomen som tillhör ett socialt och kulturellt rum (Malterud 2002:10) vilket välkomnar studier om hur sociala faktorer påverkar hälsa. Jag vill fördjupa mig i även denna del av helhetstänkandet och undersöka i vilken utsträckning teorier om helhetstänkande praktiseras i vården av enskilda patienter, hur bemötandet ser ut i praktiken.

Problemformulering, syfte och frågeställning

Syftet med denna uppsats är att studera hur helhetstänkandet, som inom vården har en stor teoretisk spridning och ofta förekommer i måldokument, är förankrat i den praktiska vårdverksamheten. Jag har valt att göra min studie på sjukvårdsrådgivningen i Region Skåne, en telefontjänst som hålls öppen dygnet runt och som bemannas av sjuksköterskor.

När jag undersöker hur helhetsteorier omsätts i praktik har jag två infallsvinklar. Den första handlar om hur vårdorganisationen värderar olika kompetenser. Då fokuserar jag på bemötande som kompetens och undersöker vilket utrymme den kompetensen ges i sjuksköterskornas yrkesutövning. Den andra infallsvinkeln är en fördjupning i hur bemötande praktiseras, och jag studerar hur sjuksköterskorna i praktiken tar hänsyn till patientens hela livssituation. Här gör jag ett urval och fokuserar på hur två aspekter av en människas person beaktas, nämligen *kön* och *sexualitet*. Jag undersöker hur sjuksköterskornas egna tankar kring bemötande ser ut, och tar del av deras reflektioner av hur kön och sexualitet påverkar samtalen. Dessutom analyserar jag hur bemötandet praktiseras, i vilken mån helhetstänkande är ett verktyg som används, samt hur föreställningar om kön och sexualitet påverkar mötena med patienter. Jag utgår från följande frågeställningar:

- Vilket utrymme ges kunskaper om bemötande i sjukvårdsrådgivningen som organisation?
- Hur förhåller sig sjuksköterskorna till patienters kön och sexualitet i samtalen till sjukvårdsrådgivningen?

Sjukvårdsrådgivningen

Sjukvårdsrådgivningen är en telefontjänst som når ut till en stor del av befolkningen och kommunikation är en central del av dess verksamhet. Ett samtal till sjukvårdsrådgivningen avgör i hög grad hur patienten agerar närmast, om han eller hon söker vård eller praktiserar egenvård. Sjukvårdsrådgivningen är en maktfaktor och viktig länk i vårdkedjan i och med att 93% av patienterna följer rådgivningen helt och hållet eller i stort sett (Ipsos 2005).

Redan på 1930-talet startades den första formen av telefonrådgivning i Sverige för att koordinera den stora mängd patienter som kom till sjukhusen. Under 1960-talet blev telefonrådgivning vanligare, med det är först de allra senaste åren som det skett ett verkligt genomslag. Syftet med tjänsten är att avlasta akutmottagningarna och vårdcentralerna genom att ge egenvårdsråd samt hänvisa patienter till rätt vårdinstans.

Telefonrådgivning finns i olika former. Många vårdcentraler erbjuder rådgivning på fasta tider, men den modell som utvecklas och växer just nu kallas ”call center” och är separerad från resten av sjukvården på så sätt att sjuksköterskorna där bara arbetar med telefonrådgivning. Region Skåne arbetar efter denna modell vilket bland annat innebär att sjuksköterskorna inte har tillgång till några journaler, och rådgivningen hålls öppen dygnet runt. I slutet av 1990-talet hade 4 landsting call centers, jämfört med 2003 då 17 av 21 landsting erbjöd tjänsten (Wahlberg 2004:9, 15).

Socialstyrelsen prisar telefonrådgivningens kvalitet och effektivitet, liksom patienterna som enligt undersökningar visats vara mycket nöjda med verksamheten (Vårdfacket 2003, Ipsos 2005, Wahlberg 2004). Våren 2006 öppnar en nationell telefonrådgivning där bland annat Region Skåne kommer att ingå. Målet är att alla svenskar ska kunna ringa telefonnumret 1177 och få prata med en sjuksköterska inom några minuter (Landstingsförbundet 2004). Sjukvårdsrådgivning som idé och verksamhet är relativt ny och under utveckling. Därför är den extra intressant att studera.

Region Skånes sjukvårdsrådgivning understryker på sin hemsida vikten av ett gott bemötande:

Man ska få ett gott bemötande. Hälso- och sjukvårdspersonal har skyldighet att bemöta en patient med omtanke och med respekt för varje människas värdighet och integritet. Den som är sjuk ska ges sakkunnig och omsorgsfull vård och kunna känna sig trygg. Hela vårdens organisation ska verka för att skapa goda kontakter mellan patienten och vårdpersonalen (Sjukvårdsrådgivningen 2004).

Denna formulering har tydliga drag av det helhetstänkande som kan återfinnas i många delar av vården, och i nyare forskning om hälsa och sjukdom (se till exempel Kolfjord och Hedin 2004)

Konsultation via telefon ställer speciella krav på vårdgivaren eftersom språket blir ett synnerligen viktigt verktyg. För min del innebär detta att mitt empiriska material blir mer lätthanterligt och enklare att analysera än andra möten inom sjukvården, där fler faktorer såsom kroppsspråk spelar in. Renodlingen av den verbala kommunikationen gör att verksamheten lämpar sig mycket bra för en genusvetenskaplig studie om bemötande.

Forskningsläge

Bemötande

Det finns ingen omfattande forskning om vårdgivares bemötande av patienter vilket förmodligen hänger ihop med att omvårdnadsforskning har en kort och till stora delar utomakademisk historia. Den har dessutom varit relativt isolerad från annan medicinsk forskning i Sverige (Socialstyrelsen 2004:92f).

Agneta Franssén har forskat om omvårdnad som profession och beskriver i boken *Omsorg i tanke och handling* (2000) hur 1970-talets sjukvårdspolitiska debatt blev en vändpunkt för synen på vårdens syften och mål. Skarp kritik riktades mot det medicinska etablissemang, och debattörer menade att den organisatoriska utformningen hade negativa verkningar för

både patienter och vårdpersonal. Vad sjukvården främst kritiserades för var att den sades medikalisera sociala problem och bemöta patienter på ett opersonligt sätt. Krav restes för en uppvärdering av det erfarenhetsbaserade omvårdnadsarbetet och för att vårdgivarna skulle visa medmänsklighet, empati och omtanke, ta hänsyn till patientens hela livssituation och försöka tillfredsställa hans eller hennes speciella behov och önskningar (Franssén 2000:14, 67).

Franssén menar dock att även om målsättningen inom sjukvården numera är att ha ett helhetsperspektiv så har det inte resulterat i en omprioritering i kunskapsvärdering. Kunskap om bemötande har inte uppvärderats och fortfarande präglas hälso- och sjukvården av en hierarkisk modell med olika makt och status för de anställda. Naturvetenskapliga kunskaper är fortfarande starkt överordnade de mer erfarenhetsbaserade omvårdnads kunskaperna. Vårdyrken som främst handlar om omsorg, såsom vårdbiträde och undersköterska, har låg lön, vilket kan ses som ett uttryck för att kunskap om bemötande värderas ekonomiskt och statusmässigt lågt (ibid:13f). Franssén pekar på hur sjuksköterskor som yrkesgrupp nu arbetar för att höja professionens status genom att utveckla omvårdnaden till en egen vetenskaplig disciplin (ibid:166).

Kirsti Malterud som studerat kunskapssynen inom medicin konstaterar att positivismens¹ starka ställning inom medicinen gör att den medicinska blicken räknas till fakta, medan patientens erfarenheter ifrågasätts. Positivismen hyllar objektivismen, men som bland annat genusforskare påpekat är det som kallas för objektivitet snarare en generalisering av en begränsad grupp (i detta fall läkares) subjektivitet (Malterud 2002:12). Malterud vill se bortom det positivistiska kunskapsidealet och lyfter fram ett sätt att tänka som sätter mötet mellan läkare och patient i centrum. Hon menar att klinisk kunskap utvecklas i mötet mellan läkarens förförståelse och patientens symtombeskrivning. Ett sådant erkännande av patientens upplevda symptom som en giltig kunskapskälla medför att läkaren har något att lära av varje enskild patient. Det kliniska mötet skulle därigenom kunna jämföras med aktionsforskning, där kunskap utvecklas i samverkan utifrån erfarenheter till skillnad från traditionell naturvetenskaplig forskning, där studieobjekten placeras under forskarens blick (Malterud 2002:14).

¹ Den medicinska positivismen innebär att forskare genom objektiva betraktelser och experiment anses kunna få sann kunskap om medicinska tillstånd, såväl om den friska kroppen som om sjukdomar. Positivismen innebär i praktiken att naturvetenskapliga förklaringar får större tyngd än sociala och psykologiska. Biologiska förklaringsmodeller har större auktoritet än de som bygger på upplevelser, tolkningar och subjektiva symptom (Johansson och Hovelius 2004:41). Läs mer om positivismens ställning i medicinen i Hammarström 2002.

När jag studerar sjuksköterskornas bemötande av patienter är min utgångspunkt att det är en särskild kompetens och en viktig del av vården. Att ge ett gott bemötande innebär inte bara ”snällhet”, utan kräver kunskaper (jämför Sundgren 2005). Att även patienter lägger stor vikt vid bemötande kan man se genom att studera klagomålsärenden till landstingens förtroendenämnder. Där handlar vart sjunde klagomål om bemötandeproblem. 70% av dessa görs av kvinnor (SOU 1996:133, 254f).

Genusperspektiv på omvårdnadsforskning

De genusvetenskapliga studier som hittills bedrivits i en vårdkontext har till stor del varit inriktade på sjukvårdspersonal och relationer dem emellan, exempelvis mellan sjuksköterskor och läkare (se till exempel Davies 2004). En annan typ av studier är de som gör jämförelser mellan kvinnliga och manliga patienter. Forskning med fokus på könsaspekter i relationen mellan vårdgivare och vårdtagare är dock sällsynta. Jag tror att en anledning till att den relationen inte ifrågasatts mer är att den positivistiska kunskapssynen framställt den hierarkiska relation dem emellan som naturlig och självklar. Samma attityd avspeglar sig i svensk lag. Vad gäller arbetsmarknaden (relationen mellan arbetskamrater) finns en omfattande jämställdhetslagstiftning (JämO 2005a). Någon motsvarande lagstiftning som reglerar relationen mellan vårdgivare och patient finns dock ännu inte. I den nya lagen som skyddar konsumenter från könsdiskriminering är sjukvården undantagen (JämO 2005b), vilket kan ses som ett tecken på att frågan inte prioriterats och uppmärksamats.

Jag vill genom denna uppsats sätta fokus på relationen mellan vårdtagare och vårdgivare. Genom att undersöka kommunikationen dem emellan, det jag kallar bemötande, bidrar jag till att synliggöra denna viktiga dimension av vården.

Medicinsk genusforskning

De medicinska studier som gjorts med fokus på kön har ofta saknat den genusvetenskapliga ansatsen i och med att något maktperspektiv inte funnit med. Istället har biologiska skillnader mellan män och kvinnor beskrivits². Denna forskning har visserligen bidragit till en mer jämställd vård genom att synliggöra en del av kvinnors speciella hälsosituationer och på så sätt rubbat något på den manliga norm som finns inom medicinen³. Jag menar dock att den

² Läs mer om hur biologin har haft tolkningsföreträde i frågor kring kön i Hammarström 2002:96f.

³ Denna norm uttrycker sig genom hela medicinen, i och med att den vita heterosexuella mannen får representera det normala inom forskning och i patientsituationen. Detta leder ibland till försummande, felaktiga slutsatser eller alltför långdragna generaliseringar om kvinnor, liksom om olika marginaliserade grupper, till exempel etniska eller sexuella minoriteter (Westerståhl 2003:17).

typen av forskning endast ifrågasätter normen indirekt. För en verklig förändring krävs att medicinsk forskning inkluderar ett maktperspektiv.

Hälsofrågor har från allra första början varit viktiga för feministiska forskare på grund av kvinnors utsatta position i samhället. Bland de första frågorna som drevs av feminister var rätten att bestämma över sin kropp, sexualitet, reproduktiva rättigheter och så vidare (Westerståhl 2003:14). Medicinens motstånd mot genusvetenskapliga teorier har dock varit massivt⁴, vilket gjort det svårt för genusforskningen att få fotfäste där. Den senaste tiden har ändå forskning som synliggör normer och hierarkier fått ett större utrymme inom den akademiska medicinen (Hammarström 2002:93) och intresset för genusfrågor ökar. Genusperspektiv efterfrågas av studenter och har integrerats i undervisningen för vissa vårdutbildningar (Hoveliuss och Johansson 2004:27, Mårtensson 2003:1012).

Ett flertal studier har gjorts som visar på hur män och kvinnor behandlas olika för jämförbara åkommor. Det vanligaste orsaken till diagnostiska fel gentemot kvinnor är att deras problem bortförklaras som ängslighet (Malterud 2002:6).

Jag menar att sociala aspekter borde ha en självklar plats i den medicinska forskningen. Därför vill jag placera min uppsats i en kontext av medicinsk forskning kring kön och sexualitet även om det inte är en naturvetenskaplig studie jag genomför.

Medicinsk sexualitetsforskning

Ett flertal undersökningar visar att homosexuella diskrimineras inom vården, främst genom kränkningar i bemötandet (Westerståhl 2003, Sandell 2004, Folkhälsoinstitutet 2005). Dessutom har gruppen homo-, bi- och transsexuella en speciell hälsosituation beroende av samhällets attityder till sexualiteter som avviker från heteronormen. En stor riskfaktor för psykisk ohälsa är utsatthet för diskriminering och våld i och med att toleransen för hatiska utfall mot homosexuella är mycket större än den som visas för hatiska utfall mot andra utsatta grupper (Folkhälsoinstitutet 2005). Undersökningar tyder på att homo- och bisexuella ungdomar har en sämre psykisk hälsa än jämnåriga heterosexuella och att självmordsbeteende är ofta förekommande hos dem (Folkhälsoinstitutet 2005, Hanner 2002:60f). Homo- och bisexuella kvinnor och män använder droger i högre grad än heterosexuella vilket innebär en risk för ohälsa (Westerståhl 2003:25, Folkhälsoinstitutet 2005).

Samtidigt som forskning kring kön ur ett maktperspektiv har vunnit en viss auktoritet inom den medicinska arenan gäller inte detsamma för sexualitetsforskning. Där används

⁴ Anne Hammarström ger en utförlig beskrivning av medicinens motstånd mot genusvetenskapen i artikeln *Genusvetenskapens inomvetenskapliga utveckling inom medicinen* (2002).

fortfarande ofta biologiska förklaringsmodeller för sociala fenomen. Dessutom handlar de flesta av dessa studier om män (Edenheim 2005).

Kerstin Sandell menar att heteronormativitet⁵, utgångspunkten att alla är heterosexuella, genomsyrar vårdens verksamhet på alla plan. Ofta tar vårdgivaren för givet att patienten praktiserar en aktiv heterosexualitet. Det förhållningssättet utestänger inte bara homosexuella från vad som anses normalt. Även de som är asexuella drabbas, liksom de som har flera partners, är bisexuella, prostituerade etcetera. Det innebär dessutom att patienten själv har på sitt ansvar att ifrågasätta heteronormativiteten. Även om personalen visar sig positiv läggs ansvaret på patienten att synliggöra andra sexualiteter än heterosexualitet (Sandell 2004:349f).

Anna Westerståhl är en av de få forskare som studerar sexualitetens betydelse i vårdssituationer och hon understryker behovet av särskilda studier av detta. Kategorin sexualitet resulterar i en annan sorts diskriminering än könsdiskriminering i och med att heterosexualitet är i stark majoritet. Den marginalisering som sker av människor med andra sexualiteter är därför annorlunda än den som kvinnor som grupp utsätts för. Genom att studera hur denna marginalisering går till kan vi även få ökad förståelse för hur diskriminering verkar mot andra minoriteter, såsom etniska (Westerståhl 2003:20f).

Lesbiska kvinnor är en särskilt utsatt grupp. De delar hälsoriskerna av homofobi med homosexuella män. Samtidigt delar de hälsoriskerna med kvinnors underordning i förhållande till män med andra kvinnor (Westerståhl 2003: 24, 42) Genom intervjuer har Westerståhl studerat vårdgivares attityder kring och kunskaper om sexualitet, samt vårdtagares upplevelser av vården. Hon konstaterar att det hos gynekologer finns stora kunskapsbrister i hbt-frågor. Endast 28 av 76 gynekologer sade sig ha kunskaper om lesbiskas levnadsvillkor (Westerståhl 2003:43).

Westerståhl slår fast att heteronormativiteten genomsyrar vården precis som resten av samhället vilket av lesbiska kvinnor upplevs som djupt kränkande. Rädslan för dåligt bemötande gör att lesbiska kvinnorna i stor uträkning undviker att söka förebyggande vård, såsom mammografi (Andersson och Westerståhl 2000, Westerståhl 2003:25). De uppgav i intervjuerna att ”gaysensitivity” är den viktigaste egenskapen hos gynekologer. ”Gaysensitivity” som innefattar både respekt för livsstilar och kunskap om hälsorisker kan demonstreras på många sätt. Vårdgivare kan till exempel reflektera över informationsblad som delas ut, vilket språk som används i diskussioner om relationer, vilka bilder de har hängande i lokalerna och så vidare (Westerståhl 2003:23, 42f).

⁵ För utförligare definition av heteronormativitet, se s. 13

En annan studie som synliggör sexualitet inom vården är gjord av Gerd Røndahl. Hon har undersökt sjuksköterskors och patienters upplevelser av vårdens bemötande av homosexualitet. Sjuksköterskorna i Røndahls studie visade stor tolerans mot homosexualitet och hon menar att det antagligen bara finns en liten minoritet sjuksköterskor i Sverige idag som har negativa attityder mot homosexuella. Trots det beskrev de homosexuella patienterna hur de upplevde vårdens starka heteronorm som förlöjligande och förnedrande. Patienterna upplever sig alltså kränkta trots vårdgivarnas toleranta attityder. Røndahl drar slutsatsen att bristerna ligger i kommunikationen, alltså i bemötandet. Genom sitt sätt att tala och bete sig uttrycker sjuksköterskor förtryckande normer oberoende vad de har för värderingar (Røndahl 2005).

Teoretisk plattform

Intersektionalitet

Ett intersektionellt perspektiv fokuserar på makt i studier av sociala kategorier.

Intersektionalitet innebär att för att förstå en människas livssituation räcker det inte att endast se till *en* kategori som exempelvis kön. För att få en hel bild måste vi i detta exempel även studera variationer inom grupperna män och kvinnor. Det kan handla om klass, etnicitet, sexualitet, ålder med mera (Reyes de los och Mulinari 2005). Kategorier som dessa kan på en övergripande nivå separeras och ses var och en för sig, men på en konkret individnivå vävs de alltid samman (Mattsson 2005:13).

Att praktisera intersektionalitet i en vårdkontext kan innebära att ta hänsyn till patienten som individ och ge vård utifrån ett helhetsperspektiv. Detta tankesätt är alltmer vanligt förekommande i vårdvetenskap⁶. Ett exempel är forskaren Aaron Antonovsky och hans teori om KASAM (känsla av sammanhang) som fått en stor genomslagskraft i den svenska vårddebatten. Teorin bygger på att ”känsla av sammanhang” är en viktig faktor för att få människor att hålla sig friska. Antonovsky beskriver hur sociala kategorier såsom kön och klass är viktiga komponenter i skapandet av vår KASAM och menar att för att förstå livssituationer måste vi gå upp på en hög abstraktionsnivå och se betydelsen av samhällliga strukturer (Antonovsky 1991). Vårdgivaren måste förhålla sig till många sociala kategorier och kunna se hur dessa samverkar. Jag har valt att studera hur två sådana kategorier, kön och sexualitet, medvetet och omedvetet beaktas av sjuksköterskorna i bemötandeprocessen.

⁶ Läs mer om detta sätt att tänka i antologin *Hälsans sociala villkor* (Kolfjord och Hedin 2004)

Kön och sexualitet är två delar av den helhet som vi människor är. Att jag valt just dessa beror till viss del på hur olika dessa två har behandlats inom forskningen. Kön har som analytiskt begrepp fått jämförelsevis stor genomslagskraft i hänsyn till studier om social hälsa. Sexualitet är mer sällan förekommande även i intersektionalitetsforskning. Där, menar jag, fokuserar man istället främst på faktorer som klass, etnicitet och kön (se till exempel Reyes de los och Mulinari 2005). Kön och sexualitet fungerar bra ihop med min teoretiska plattform, vilket är ytterligare en anledning till min avgränsning. Samma teoretiska utgångspunkter kan användas för att förklara mekanismerna i de båda kategorierna.

Kön

Flera forskare har påpekat problematiken i att använda begreppspar könen/genus. Uppdelningen tenderar att ge kön en ställning som naturgivet och statiskt vilket gör det omöjligt att ifrågasätta. Ett begreppspar som könen/genus kan dessutom ge sken av att gränsen dem emellan är knivskarp när den i själva verket är flytande och det är svårt, om inte omöjligt, att skilja dem åt (Gothlin:10f).

Könen/genus kan kopplas till andra dualismer som kropp/själ, privat/offentligt och natur/kultur, vilka i sin tur bygger på den yttersta dualismen man/kvinna (ibid.). Frigörelse från dessa dikotomier är en central del i den feministiska strävan. Av den anledningen väljer jag att genomgående använda begreppet kön i min uppsats, och inte genus. Det är dock viktigt att minnas vilken betydelse genusbegreppet har haft för att avvisa ett biologistiskt tänkande kring kvinnor och män (ibid:12) Utan den teoribildningen skulle det vara omöjligt för mig att använda begreppet kön på det sätt jag gör i denna uppsats, nämligen i betydelsen av ett gjort och konstruerat kön (jämför Mattsson 2005:27ff).

Det är ett etablerat feministiskt perspektiv att undersöka hur kön görs genom social interaktion. I min förståelse av kön utgår jag från filosofen och queerteoretikern Judith Butlers teorier (Butler 1989). Jag har inspirerats av Tina Mattsons (2005), Kerstin Sandells (2004) och Margareta Lindholms (1993) läsningar av Butler.

Butler har en konstruktivistisk syn på kön och beskriver hur vi genom ett ständigt upprepanande och repeterande *gör* kön. Kön görs i vardagslivet, i möten, handlingar och relationer, genom hur vi agerar, formulerar oss, rör oss, genom våra klädstilar och frisyrer (Mattson 2005:13, 22ff). Kön görs i all interaktion mellan människor, därmed också i mötet mellan sjuksköterska och patient på sjukvårdsrådgivningen.

Sexualitet

Precis som vi gör kön görs även andra delar av vår identitet, såsom sexualitet, klass och etnicitet (Mattson 2005:31). Sexualitet är det som är allra tydligast kopplas till kön i Butlers teori. Hon menar att den västerländska idén om ett tvådelat köns- eller genusystem är ouplösligt sammankopplad med föreställningen om heterosexualitet. För att vara en ”riktig kvinna” måste ditt genus sammanfalla med ditt biologiskt kvinnliga kön och du ska dessutom begära det motsatta, det vill säga en person med manliga könsorgan och manligt genus (Gothlin 1999:10, Lindholm 1993:9).

Butlers analys av hur vi tänker kring kön och sexualitet kallas ”den heterosexuella matrisen”. Den innebär att vi har ett starkt antagande om att det finns två biologiska och oföränderliga kön. Sedan har vi genus som är en social och kulturell tolkning av kön. Användning av begreppet genus skulle kunna frigöra oss från det dualistiska tänkandet kring man och kvinna, men Butler gör oss uppmärksamma på att vi ändå ständigt utgår från att det också finns två genus. Vi antar att kultur följer natur, genus följer kön. Detta notoriska indelning i kategorier gör det mest intressant att upptäcka och strida om vad det biologiska könet är eftersom det är primärt, och därmed anses vara mer sant än det sociala (Sandell 2004:344).

Heteronormativitet är ett begrepp som används för att beskriva den starka heterosexuella struktur och norm som finns i samhället. Denna norm genomsyrar vårt vardagsliv och påverkar precis som könsföreställningar hur vi beter oss, hur vi bemöter människor och hur vi blir bemötta. Ett tydligt exempel på heteronormativitet är att heterosexuella inte behöver ”komma ut” och bekänna sin sexualitet på samma sätt som homosexuella. Du antas helt enkelt vara heterosexuell tills motsatsen är bevisad (Röndahl 2005:12).

Min utgångspunkt är att sexualitet är centralt för människan och hennes identitet. Det handlar om mer än praktik – sexualitet uttrycks också genom tankar, fantasier, relationer, värderingar med mera. Sexualitet är avgörande för hur vi betraktar varandra och oss själva och vad vi lägger för betydelse i könstillhörighet och beteenden. Det bestämmer hur våra sociala relationer ser ut, hur familjer bildas och så vidare (jämför WHO 2005). Med denna definition blir sexualitet i allra högsta grad en central del av oss människor, nödvändig att inkludera i reflektioner för den som vill praktisera ett helhetstänkande.

Epistemologiska utgångspunkter

Jag ifrågasätter den positivistiska kunskapssynen och vill i denna uppsats lyfta fram erfarenheter som en viktig kunskapskälla. Ett bemötande genererar en subjektiv upplevelse

vilket gör att studier av bemötande måste grundas på erfarenheter. När jag ger erfarenheten stor betydelse i det vetenskapliga arbetet ansluter jag mig till en tradition av feministisk emancipatorisk forskning, även kallad ståndpunktsfeminism (Eldén 2005:64f). Samtidigt använder jag mig av postmoderna teorier och analysmetoder.

Ståndpunktsfeminism och postmodernism beskrivs ibland som motpoler. Jag väljer dock att kombinera de två, vilket flera teoretiker framhållit som eftersträvansvärt. Sandra Harding är en av dem som menar att dessa kan och bör kombineras för att en bra forskning ska kunna åstadkommas. Båda teorierna har sina brister, men i kombination kan vi formulera en vision av det ideala samhället och samtidigt hitta verktyg för att komma närmare detta mål (Harding 1987:13f).

En stor del av kritiken mot ståndpunktsfeminismen bygger på att den anses ha ett tvetydigt förhållande till vetenskap och framför allt till upplysningsidealen. Samtidigt som vetenskapen kritiserats hårt har ståndpunktsfeministerna genom sin starka koppling till marxismen ett problematiskt sanningsideal. Sara Eldén påpekar dock att även postmodernismen har ett komplicerat förhållande till traditionerna. Relationen mellan forskare och studieobjekt blir i postmodernistisk forskning i princip helt osynlig vilket paradoxalt nog gör att denna teori/metod hamnar närmare den positivistiska tradition som i vanliga fall ses som dess motpart. Eldén skriver att många feminister är rädda för poststrukturalismen eftersom den ifrågasätter forskningens sanning som man kan bygga politik på (se till exempel Tanesini 1999:238). Feministiska postmodernister menar dock att det finns möjlighet till social förändring även med en postmodern syn på kunskap och sanning. Politik kan istället för sanning byggas på exempelvis ilska och empati. En postmodernistisk politik grundas alltså inte på ”verklighet” utan med hänsyn till representationers föränderliga karaktär (Eldén 2005:67ff).

Eldén pekar på betydelsen av att kombinera ståndpunktsfeminism och postmodernism för en verklig förändringspotential. Även om postmodernismen också kan vara politisk så räcker inte det. Om vi vill att våra forskningsresultat ska ha betydelse också utanför akademien kan vi aldrig sluta fråga efter – om än så konstruerade och tillfälliga – erfarenheter (Eldén 2005:74).

En kombination kan mera konkret gå till så att forskaren utgår ifrån erfarenheter och betonar att de har en viktig plats i vetenskapen. Samtidigt beaktas poststrukturalistiska perspektiv för att inte begå samma misstag som den traditionella vetenskapen, som utgått från en typ av erfarenhet (manlig) och presenterat den som den enda och riktiga sanningen (Eldén 2005:68).

Min studie kan ses i två dimensioner där intervjudelen och den del av frågeställningen som handlar om sjuksköterskornas egna inställningar till verksamheten ligger nära ståndpunktsfeministisk forskning. Därigenom lyfter jag fram sjuksköterskornas erfarenhet och kompetens som centrala för kunskapsproduktionen. Genom observationerna för jag in en postmodern analysmetod. Fokus flyttas från sjuksköterskan och teori blir centralt. Jag gör min tolkning av samtalen genom att på materialet applicera postmoderna teorier om konstruktioner av kön och sexualitet.

Metod

Multimetod

Jag har valt att kombinera flera metoder i min uppsats. Detta sätt att forska praktiserar i stor utsträckning av feminister och arbetssättet har ofta inneburit en ickepositivistisk kunskapssyn. Genom att kombinera olika metoder kan forskare upptäcka tidigare utforskade eller missförstådda erfarenheter (Reinharz 1992:46, 197).

Jag har genomfört min studie på sjukvårdsrådgivningen i Region Skåne där 60 sjuksköterskor är anställda. Dessa har lång och bred erfarenhet av arbete i vården (Zadig 2005). När jag kontaktade sjukvårdsrådgivningen via telefon och berättade om min uppsatsidé välkomnades jag att sitta bredvid sjuksköterskor och lyssna på samtal, göra intervjuer eller studera deras arbete på annat sätt. En kort redogörelse för min uppsatsidé presenterades på ett personalmöte och därefter fick de sjuksköterskor som ville anmäla sitt intresse att delta i studien. Tre sjuksköterskor anmälde sig till en början, och senare intervjuade jag ytterligare en.

Mitt material består i första hand av olika former av observationer. Under perioden 10 november till 7 december 2005 har jag lyssnat på hundra samtal mellan sjuksköterskor och patienter. Vid dessa observationer som ägt rum mellan klockan 10 och 19 på dagarna har jag suttit bredvid tre olika sjuksköterskor. Jag har även på andra sätt tagit del av sjukvårdsrådgivningens verksamhet genom att närvara på arbetsplatsen under sex dagar.

Fem intervjuer, på mellan femton minuter och drygt en timme, har genomförts med fyra av sjukvårdsrådgivningens sjuksköterskor. Alla mina informanter är kvinnor vilket ger en bra spegling av situationen på arbetsplatsen där endast två av de sextio anställda är män.

När fältobservationer och intervjuer kombineras blir materialet dynamiskt och metoderna berikar varandra. Jag är inte bunden vid ensidiga intervju svar utan har kunnat använda de

deltagande observationerna för att placera intervjuerna i en kontext, samtidigt som observationerna fungerat som underlag för intervjuerna (jämför Mattsson 2005:54).

Observation

Observation som metod lämpar sig bra för en undersökning som denna beroende på att frågeställningen handlar om socialt samspel. Sociala processer och strukturer är ofta svåra att klä i ord och därmed inte lätt att ta del av genom återberättelser. I och med att vårdkontexten är ny för mig är det också lämpligt med deltagande observation (Esaiasson m. fl. 2005:333f). Jag är inte sjukvårdsutbildad själv, men kunde genom observationen få konkreta kunskaper om hur det är att arbeta inom vården. Jag påbörjade observationerna i ett tidigt skede för att kunna skaffa mig en grund för att formulera en relevant frågeställning och metod (jämför Franssén 2000:24).

Under observationerna av samtalen var bara den ena parten, sjuksköterskan, medveten om att jag lyssnade vilket gjorde att jag till stor del var en passiv observatör. Min närvaro påverkade dock ändå samtalen i och med att sjuksköterskan kände till mina syften och vad jag var intresserad av. Mellan varje samtal är inlagt en liten paus då sjuksköterskan har tid att avsluta ärendet på datorn samt samla sig inför nästa samtal. Under dessa minuter pratade jag och sjuksköterskan, tog upp intressanta saker ur samtalet och diskuterade, ibland ställde jag frågor. Dessa informella samtal och även de samtal jag hade med olika sjuksköterskor på raster och i korridorerna var väldigt givande och bidrog till stor del till min förståelse av verksamheten.

Metodologisk litteratur skiljer ofta på närhet och respektfull distans, alternativt talas det om aktiv/passiv observation. Många feminister ställer sig på närhetssidan och hävdar till och med att närhet till dem som studeras, och att på så sätt vara aktiv, är nödvändigt för att förstå dem (Reinharz 1992:67). Jag tror att det är omöjligt att ta på sig en roll av antingen passivitet eller aktivitet, istället blir det något som skiftar under studiens gång. Det gjorde det även i min studie. Jag valde att vara aktiv på så sätt att jag ofta testade mina analyser på sjuksköterskorna. Den hållningen kan kritiseras för att jag påverkar resultatet alltför mycket. Jag menar dock att så länge jag är medveten om att jag påverkar sammanhanget, minskar problemen med att välja närhet. Det blir något jag måste ta med i beräkningen när jag analyserar materialet (jämför Mattsson 2004:65).

I kvalitativ forskning kan det uppstå problem med hur man som forskare ska hantera närheten till informanterna (Reinharz 1992:65). Detta har under mitt uppsatsarbete stundtals känts som ett stort problem eftersom jag om än på ett indirekt sätt kritiserar mina informanter,

de som välkomnade mig så varmt och visade upp verksamheten. Jag möter visserligen kvinnorna i deras yrkesroll och de berättar inte mycket om sina privata liv. Samtidigt är yrkesrollen en stor del av vår identitet i samhället. För just rollen som sjuksköterska kan detta vara extra starkt, då yrket traditionellt sett betraktats som ett "kall" (Öberg 2005:137).

Diana Mulinari har skrivit om svårigheten i att göra en respektfull och rättvis beskrivning av sina informanter. I hennes resonemang förs dock fram att forskning är något annat än att återge informanternas berättelser. Forskarens uppgift är att tillföra något mer, att göra en tolkning. Det innebär att välja ut, välja bort och sortera bland materialet (Mulinari 1999). Det finns massor att berätta och beskriva om verksamheten, men samtidigt kan inte allt rymmas inom mitt syfte och med mina teoretiska perspektiv. Jag sätter in materialet i mitt sammanhang och i min teoretiska förståelse förändrar jag materialet. Genom att jag väljer vilka teorier jag tolkar materialet genom är jag delaktig i kunskapsproduktionen. Jag har inte velat låta teorin styra arbetet alltför mycket utan gett empirin stor plats genom att låta den växelverka med teorin (jämför Mattsson 2005:68f). Jag menar att mitt val av metod ger mig ett brett material vilket minskar risken för missförstånd mellan sjuksköterskorna och mig, men i arbetet med analysen reflekterar jag samtidigt över hur jag påverkar och förändrar materialet.

Intervjuer

När jag hade ägnat mig åt observation under några dagar bestämde jag mig av ett flertal skäl för att komplettera med intervjuer. Under observationerna uppstod många frågor som jag ville ha svar på. I diskussionerna mellan telefonsamtalen uppkom reflektioner kring till exempel kön som inte fick chans att utvecklas på grund av tidsbrist. För att kunna förstå dessa tankar bättre och vara säker på att jag uppfattat sjuksköterskorna rätt ville jag ta upp frågorna i ett lugnare samtal. Det fanns mycket i samtalen som jag ville få kommentarer kring och det kändes dessutom viktigt att få veta hur sjuksköterskorna själva beskrev sina samtalsmetoder.

Jag förlade intervjuerna till efter den deltagande observationen för att inte avbryta och störa relationen till sjuksköterskorna. Då skulle de ännu mer ha blivit påmind om min forskning, och jag ville inte ytterligare påverka hur de agerade under samtalen. Ett annat viktigt skäl var att jag ville få tid att analysera och tänka på observationerna för att kunna formulera lämpliga intervjuteman och –frågor (Mattson 2005:42). En ambition med intervjuerna var att jag ville låta sjuksköterskorna vara med och analysera. Därför berättade jag under intervjuerna lite om vad jag kommit fram till och de fick reflektera kring mina analyser.

Intervjuer ger mig som forskare tillgång till människors idéer, tankar och minnen i deras egna ord istället för i forskarens ord (Reinharz 1992:19). När jag planerade mina intervjuer inspirerades jag av Karen Davies och Johanna Essevelds teorier om kvalitativa intervjuer (1989). Jag valde att göra informantguidade intervjuer vilket innebär att informanten i hög grad är med och styr samtalet. Att inte vara låst vid att ett frågeformulär ska besvaras ger möjligheten att få en bättre bild av informantens synvinkel (Reinharz 1992:24).

Utskrifter av intervjuer blir ofta spretiga och alltför talspråksaktiga. Jag har därför redigerat mina intervjuer något, genom att ta bort hummanden, stakanden och upprepningar. Min intention har dock varit att inte förändra meningsinnehållet (jämför Mattsson 2005:59). För att säkra anonymiteten hos mina informanter har jag valt att inte koda citaten. Eftersom de är så pass lika i ålder, utbildning etcetera finner jag inte behov av att särskilja deras citat.

Intervju och observation har för mig resulterat i vad som kan ses som två olika berättelser om sjukvårdsrådgivningens verksamhet. I analysen utreder jag hur patienter bemöts genom att lyfta fram sjuksköterskornas berättelser/reflektioner och väva samman dem med mina observationer.

Analys

Bemötande som kompetens

En språklig skillnad mellan de två vårdkompetenserna (omvårdnadskunskap och medicinsk kunskap) blev tydlig under mina observationer. Sjuksköterskorna i min studie lyfte precis som ledningen⁷ fram vikten av ett gott bemötande och beskrev det som en central del av verksamheten. Samtidigt hade de ofta svårt att hitta ord för att beskriva och förklara bemötandeprocessen. Problematiken i att kunskap inte kan formuleras i ord menar jag är specifik för den kommunikativa delen av vården, medan den det medicinska enkelt kläs i ord. Ord som dessutom höjer statusen för kunskapen, i och med att lekmän ofta inte förstår dem. Under samtal kring bemötande var språket ofta trevande och både jag och sjuksköterskorna sökte efter och testade olika ord. När medicinska kunskaper kom upp blev språket mer lättflytande och rakt på sak. Agneta Franssén (2000) menar att vårdkompetenser är ordnade i en hierarki där kunskap om bemötande hamnar långt ner. Jag menar att en av mekanismerna som möjliggör denna nedvärdering finns i språket. Det som inte kan formuleras i ord ”finns inte” och kan därmed enkelt ignoreras och bortses från.

⁷ Se s. 5

Statusskillnaden mellan kunskap om medicin respektive bemötande hålls också kvar genom den ojämlika status som ämnena har inom akademien. Den naturvetenskapliga medicinen har en lång tradition inom universitetet medan kunskap om bemötande och omvårdnad förs vidare mellan generationerna på andra sätt. Under mina intervjuer kom det fram att bemötande i stort sett aldrig tagits upp på den utbildning som sjuksköterskorna kontinuerligt får. Det hade inte heller varit ett framträdande ämne under tidigare utbildning. Sjuksköterskorna menade att de hade lärt sig att bemöta patienter bland annat genom att studera förebilder under sin praktik, men framhöll särskilt erfarenhet som den främsta källan till kunskap. Något som också upprepades gång på gång var att bemötande är en lägningsfråga och att förmågan att ge ett gott bemötande kommer från personligheten. Sjuksköterskorna talade mycket om intuitionens, empatins och livserfarenhetens betydelse för att kunna ge ett gott bemötande.

På något sätt så har jag en förmåga, en intuition, av att höra om det här är något allvarligt på något sätt. För att [patienten] har den här förmågan att kunna prata om det och så, medan en som verkligen är dålig med de symptomen, det hör jag på ett annat sätt, de är mer besvärade eller vad man ska säga. Jag kan inte förklara det bättre, det är svårt att förklara det. Men det är nånting som man får med sig. Genom erfarenheten på något sätt.

När kunskap om bemötande är något som vissa (främst kvinnor) bara ”har” av sig själva lyfts det inte upp som en värdefull kompetens.

Nedvärderingen av kompetens inom området bemötande nämndes vid några få tillfällen av sjuksköterskorna. Det skedde genom kommentarer om att läkare borde bli bättre på det, eller som här att sjuksköterskornas arbete borde värderas högre.

Nej, den värderas inte tillräckligt. Och det är kanske för att de som bestämmer hur den ska värderas inte har den kunskapen. Politiker och de som sitter i toppen på olika kommuner och landsting och så vidare. De har ju inte riktigt den kunskapen.

Så länge kunskap om bemötande lärs ut genom erfarenhet och praktik istället för genom teoretisk utbildning kan det vara svårt att få gehör för krav på uppvärdering. I och med att detta område får mycket lite utrymme på vårdutbildningar lämnas mycket till slumpen. Vilken kunskap man får beror på sådant som vilka handledare man får under sin praktik vilket innebär att kunskapen inte blir standardiserad på samma sätt som den medicinska kunskapen. Den kan då inte heller föras fram som en kompetens vid löneförhandlingar och dylikt.

En strategi för att förändra situationen kan vara att låta omsorgskunskap bli en del av vårdutbildningarna, och att satsa mer på forskning och utveckling av ämnet inom akademien.

Det är en utveckling som nu pågår, och vi går mot en akademisering av denna tidigare erfarenhetsbaserade kunskapen. (Franssén 1997:165f) Jag menar dock att det finns en problematik i detta som borde diskuteras mer. Även om inträdet i akademien höjer statusen för omvårdnad kan det vara omöjligt eller icke önskvärt att göra bemötande till ett traditionellt vetenskapligt kunskapsfält. En erfarenhetsbaserad kunskap som denna kanske inte går att passa in i de akademiska ramarna såsom de ser ut idag. Upplevelser och erfarenhet kan vara nödvändigt för att förståelse och inläring ska kunna ske. Samtidigt som det är bra att kunskapen kan fördjupas genom forskning och standardiseras genom att ingå i utbildningarna menar jag att det är viktigt att även ge legitimitet åt den kunskap som är baserad på erfarenhet.

Att lyssna på patienten

Vad sjuksköterskorna själva lyfte fram som ett gott bemötande var förmågan att lyssna och ge ett förtroendeingivande intryck.

Sedan är det faktiskt väldigt viktigt att poängtera det att man lyssnar väldigt noggrant på varje person. För det kan komma någonting som man kan gå bet på om man inte gör det. Alltså man får vara mycket försiktig med att dra slutsatser. (...) För helt plötsligt så kommer det någonting som de berättar som de inte hade gjort om jag inte hade frågat om det, men som kanske har stor betydelse.

Om jag själv säger att jag skulle ringa hit, så vill jag att det är någon som svarar som låter, alltså inte jätteglad, för det vill jag ju inte. Men alltså som låter positiv kan jag säga. Alltså som låter förtroendeingivande.

Genom mina observationer kunde jag konstatera att sjuksköterskorna gjorde just detta; lyssnade. Det hände väldigt sällan att de avslutade samtalen, det steget fick patienten själv ta. Patient och sjuksköterska pratade ungefär lika mycket, och patienten fick för det mesta tala till punkt utan att bli avbruten.

Att se individen i sitt sammanhang

Under intervjuerna tog jag upp frågan huruvida kunskap om olika livssituationer är en förutsättning för att kunna ge ett gott bemötande. Att det var viktigt att vara medveten om olika sätt att leva höll alla med om.

Du vet inte nånting om den som är på andra sidan, och du får inte liksom... Jag tror det är bra att du har insikt i att folk inte lever bara som du.

Ju mer man känner till [om olika livssituationer] desto bättre, naturligtvis. Och ju mer egen empatisk inställning man har desto bättre också, naturligtvis.

Man lär sig efterhand att få en rätt så snabb bild av situationen. Är man svensk, vilket kön är man, arbetar man, har man en jobbig psykisk eller fysisk situation, hur har man det rent ekonomiskt och så vidare... Ja, allt det har betydelse. Jättebetydelse. (...) Med lång erfarenhet så väver man väl in mycket. En del behöver inte berätta så mycket förrän man faktiskt förstår rätt så bra. Medan man får försöka att ställa frågor där man känner sig mer vag kring den andra personens situation.

Betoning av att det är viktigt att få ett grepp om helheten hos den människa som ringer är ett sätt att tänka som till stor del påminner om intersektionalitet. Det var något som sjuksköterskorna såg som ett betydelsefullt verktyg för att åstadkomma en lyckad rådgivning. Genom observationerna märkte jag att sjuksköterskorna ställde många frågor som gick utöver det rent medicinska problemen. Vad de räknade som viktigt att veta för att kunna få grepp om helheten varierade dock lite grann mellan sjuksköterskorna. Arbete, etnicitet och familjesituation var saker som togs upp flera gånger.

Även om sjuksköterskorna pekade på vikten av att se varje individ i sin helhet, vilket också ingår i sjukvårdsrådgivningens policy, hade de inga konkreta verktyg för att åstadkomma detta. De hade svårigheter att förklara *hur* de faktiskt tog ställning till den information om livssituationen som kom upp i samtalen. Att det inte läggs mer resurser på att arbeta med dessa frågor menar jag visar att det inte värderas som en så viktig dimension av arbetet.

Att bemöta alla lika var ett ideal som alla å ena sidan ville uppnå, samtidigt som vikten av att anpassa sig efter personen som ringer betonades i vissa fall. På olika sätt uttrycktes föreställningar om att människor beroende på sociala faktorer inte kommunicerar och formulerar sig likadant. Exempel som togs upp var barn/vuxen, invandrare/svensk och landsbygd/stad. Då anpassade sjuksköterskorna enligt dem själva språket och råden efter patienten i viss mån.

Man måste lyssna lite noggrannare på dem som bor på landet faktiskt. De bagatelliserar gärna, medan man kanske i storstäderna överdriver istället.

Det ska vara en flexibilitet i sitt bemötande, absolut. Sen får man ju hoppas att det går åt det hållet att det blir rättvist och att det ur den synpunkten är riktigt.

Jag tycker det är jätteviktigt att rätta sig efter den som ringer. Men grunden måste alltid vara den samma.

Könsfördelningen på arbetsplatsen

Av de anställda på sjukvårdsrådgivningen är en majoritet kvinnor, endast två män finns bland de anställda sjuksköterskorna. Under intervjuerna kom många reflektioner kring detta fram. Informanterna framhöll fördelarna med blandade arbetsplatser eftersom vi har olika saker att bidra med utifrån kön, etnicitet och ålder.

Även om andemeningen att ”alla behövs” uttrycktes så var de beskrivningar av könsfördelningen på arbetsplatsen främst negativa om kvinnor och positiva om män. Vid ett flertal tillfällen berömdes männens förmågor och det betonades att kvinnorna har mycket att lära av dem och deras sätt att uttrycka sig. Att kvinnor är duktiga på bemötande nämndes aldrig explicit, istället talades det om kvinnor i mer negativa ordalag.

Det är bättre med blandade arbetsplatser, för det blir ibland lite kärringsnack om jag säger så. Kvinnor har en förmåga att inte begära ordet utan prata i munnen på varandra. Och det blir väldigt rörigt ibland. Vi har dålig disciplin. Det är bäst med mixade arbetsplatser, både när det gäller kön och ålder. Vi har alla nytta av varandras erfarenhet.

Tina Mattson skriver om arbete i socialtjänsten att män där får ett ökat värde i och med att de är i minoritet (2005:230). Samma tendens kan ses på sjukvårdsrådgivningen. När en blandad arbetsplats ses som något att sträva efter får männen extra uppmärksamhet, och deras prestationer värderas högre än kvinnorna. Samma tendens finns inte på mansdominerade arbetsplatser där kvinnor kommer in. Då sker snarare det omvända, att kvinnor som presterar bra ses som undantag, och att män fortfarande har högst status (Wahl m.fl. 2001:120ff)

Att ta hänsyn till patientens kön

Alla mina informanter menade att det finns skillnader mellan samtal beroende på om den som ringer upp är man eller kvinna. Vilka dessa skillnader ansågs vara skiljde sig dock åt mellan sjuksköterskorna. Några sjuksköterskor hade uppfattningen att män tar sig själva och sin sjukdom på större allvar medan kvinnor bortförklarar och inte vill vara till besvär. Den vanligaste föreställningen var dock den motsatta, det vill säga att kvinnor är mer observanta på och måna om sin hälsa.

Kvinnor är mer kommunikativa på något sätt. Alltså de är mer sociala och har lätt för att prata om saker och ting, och så. Och så tänker jag att män vill inte söka förrän de måste. Kvinnor är mer sökande för symptom. Män söker mer när det verkligen är illa, eller vad jag ska säga, när det är mycket sämre. Och det stämmer ju in på mycket annat också, alltså. Kvinnor som... psykiatriska fall och så, de söker ju mycket mer. Män kommer för sent eller har tagit livet av sig, eller så. De är mer drastiska.

Jag tror att män har svårare att framställa sina problem än vad kvinnor har. Rent generellt. De vill nog hellre bagatellisera lite grann. Det tror jag. De kanske inte säger allting, man måste nog ha ett bredare frågeformulär till män.

Vid varje telefonsamtal kryssar sjuksköterskan i på dataskärmen om ärendet gäller en man eller kvinna vilket gör att kön synliggörs i alla samtal. Könstillhörigheten registreras självklart också i sjuksköterskans medvetande. Utifrån mina teoretiska utgångspunkter menar jag att denna registrering får konsekvenser för bemötandet. Sjuksköterskornas föreställningar om hur män respektive kvinnor är påverkar hur samtalet utformas.

Trots att sjuksköterskorna tyckte att det var en stor skillnad menade de att deras bemötande fortfarande var rättvist, eller till och med likadant, oavsett kön. Att föreställningarna om män och kvinnors beteenden påverkar hur de bemöter dem motsatte sjuksköterskorna sig. I just fallet med kön underströks vikten av att bemöta *lika* och inte bara rättvist. Det fanns ett större motstånd mot att anpassa samtalets utformning efter kön än till exempel efter etnicitet.

Studier visar att män oftare än kvinnor blir tagna på allvar i patientsituationer (Malterud 2004:22). Det menar jag kan vara en effekt av de föreställningar om kvinnor och män som sjuksköterskorna i min studie uttrycker. Genom att anta att män inte ringer i onödan tas kanske deras problem på större allvar, medan kvinnors problem oftare bortförklaras som mindre allvarliga eller till och med inbillade.

Kvinnor ringer mer än män

En stor majoritet av alla som tar kontakt med sjukvårdsrådgivningen är kvinnor. Ipsos studie visar att 81% av samtalen görs av kvinnor. Av de 100 samtalen jag lyssnade var det 75 kvinnor och 25 män som ringde upp. Här följer en mer utförlig beskrivning av de samtal som jag lyssnade på:

Kvinnor

- ringer åt sig själva	37
- ringer åt sina barn ⁸	26
- ringer åt annan (ex. partner, förälder, kollega)	12
totalt	75

⁸ Kvinnor ringde också åt sina vuxna barn. De samtalen räknar jag in i denna siffra. När pappor ringde handlade samtalen uteslutande om barn under 10 år.

Män

- ringer åt sig själva	15
- ringer åt barn	6
- ringer åt annan (ex. partner, förälder, kollega)	4
totalt	25

Skillnaden mellan antalet män och kvinnor är stor, vilket enligt mig borde föranleda en diskussion kring varför det förhåller sig så. Har det något med verksamhetens utformning att göra, eller är anledningen en annan? Under intervjuer och observationer blev jag förvånad över hur sällan sjuksköterskorna kommenterade saken. När jag tog upp det hände det dessutom att de inte trodde att uppgifterna stämde, utan ansåg att lika många män och kvinnor ringer. Jag tror att anledningen till denna reaktion är att de som jobbar på sjukvårdsrådgivningen anammar normen som de själva ofta gav uttryck åt, nämligen den att kvinnor är mer kommunikativa än män. Denna norm gör att det anses normalt att kvinnor sköter denna del av livet, så normalt att det inte ifrågasätts. Normen att kvinnor är mer kommunikativa än män liknar dessutom den norm som undervärderar sjuksköterskornas kunskaper om bemötande. Egenskapen ses inte som särskilt värdefull, utan kunskaper inom detta område ger låg status i vårt samhälle.

Eftersom jag inte har den medicinska kunskapen är det svårt för mig att bedöma hur samma symptom bemöts beroende på om det gäller en man eller kvinna. Hur olika förväntningar på kvinnlighet och manlighet påverkar bemötandet kan dock märkas ändå. Liksom jag redovisat ovan är det mycket vanligt att någon annan än den sjuke ringer samtalet, och denna andra person är oftast en kvinna. Sjuksköterskorna beskrev det som en svårighet att inte få tala direkt med personen det rör utan istället få andrahandsinformation. Denna problematik har också tagits upp i tidigare forskning och rapporter kring telefonrådgivning (Wahlberg 2004:28, Landstinget Västmanland 2005:30) och är specifik för sjukvårdsrådgivning per telefon på så sätt att det inte i exempelvis en läkarundersökning är möjligt att skicka någon annan i ens ställe.

Sjuksköterskorna i min studie angav det som en policy att alltid fråga efter personen som ärendet gäller, och att det var viktigt för att kunna ge så bra rådgivning som möjligt. Men i själva verket var det bara undantagsvis som denna fråga ställdes, ofta pratade sjuksköterskan med personen som ringt utan att påpeka svårigheten i det. De flesta gångerna de fick andrahandsinformation var det kvinnor som ringde, ofta åt sina män. Sjuksköterskorna nöjde sig då för det mesta med att tala med kvinnan och det var bara i sällsynta fall de frågade efter personen det gällde. När jag jämför man med de fall då män ringde åt sina fruar eller andra

anhöriga var sjuksköterskornas reaktion en annan. I mer än hälften av dessa fall frågade de efter personen som ärendet berörde, alternativt påpekade svårigheterna med att föra samtalet genom andrahandinformation. Genom detta agerade bidrar sjuksköterskorna till att upprätthålla normen om kvinnor som kommunikativa och inkännande, medan mäns inkompetens på området förutsätts och normaliseras.

Olika förväntningar på män och kvinnor i föräldrarollen

En tredjedel av de samtal jag observerade handlade om barn. I dessa samtal uttrycktes skillnader i förväntningar på män respektive kvinnor genom att mamman på en rad olika sätt gavs ansvaret för sina barn. Ett exempel är vad som hände vid de tillfällen då samtalen gjordes av någon annan än föräldrarna själva, till exempel mor- och farmödrar. När föräldrarna då kom på tal var det mamman som nämndes genom uttryck som att *mamman* får avgöra om barnet ska åka in till vårdcentralen, eller att de ska berätta för *mamman* om råden de fått här på telefon så att hon kan praktisera egenvården. Detta uttrycktes av båda parter och är ett exempel på hur kön görs i socialt samspel genom att förutsätta olika beteenden hos män och kvinnor, i det här fallet ansvarsfördelning mellan mammor och pappor.

Vid ett tillfälle ringde en kvinna med tecken på utbrändhet. Samtalet pågick ganska länge (cirka femton minuter) och berörde allt från jobb till familjeliv. Kvinnan levde tillsammans med en man och två barn. Samtalet handlade mycket om hur hon för att orka med livet måste avsäga sig en del arbete och ansvar, och sjuksköterskans råd kom till stor del att handla om just förhållandet till barnen. Hur en bra mamma (och kvinna) är kom upp gång på gång, och det handlade i första hand om att låta barnen ta större ansvar och göra mer arbete hemma. Mannens roll i familjen, och vilket ansvar han tog i hemmet, togs inte upp överhuvudtaget. Kvinnans problem formulerades därmed som något som kunde lösas genom förändringar i relationen mellan henne och barnen, utan att blanda in mannen.

De allra flesta samtal som rörde barn gjordes av deras mammor eller andra kvinnor och bara ett fåtal pappor ringde för sina barn. Vid flera tillfällen kommenterade sjuksköterskorna dock efter samtalen med dessa pappor att det är så många pappor som ringer för sina barn idag.

Det känns som om pappor tar mer ansvar idag. När de blir sjuka, så var det inte förr. Det känns väldigt positivt.

När det i själva verket är så väldigt stor skillnad mellan antalet mammor och pappor visar dessa reaktioner vilka olika förväntningar som finns på män och kvinnor. Pappor som tar

ansvar ses som mycket duktiga. Precis som de manliga sjuksköterskorna på sjukvårdsrådgivningen fick ta emot mycket beröm, hyllades också deltagande pappor väldigt mycket.

Medan då man säger din generation är ju jättehändiga killar, födda på mitten 60-talet och framåt. De är ju duktiga i köket och hjälper till på ett helt annat sätt än vad deras pappor gjorde. För att inte tala om farfar och morfar, de kunde ju ingenting. Där var ju kvinnan, gjorde ju allt i hemmet. Mannen satt ju och blev uppassad.

Något beröm av alla de mammor som bryr sig så mycket om sina barn förekom inte.

Sexualitet som en del i helhetstänkandet

Jämfört med könstillhörighet som synliggörs tydligt är sexualitet mer dolt i samtalen. För det mesta kommer det inte alls upp. Trots att sjuksköterskorna ansåg att en förståelse av patientens hela livssituation är viktigt fanns en stor skepticism till att då ha med sexualitet som variabel. De fall då sexualiteten ansågs vara relevant var istället bara fall där frågan handlade explicit om sexuell praktik eller när man kan misstänka att problemet har något direkt med deras sexuella läggning att göra.

Jag tycker inte att det rent generellt sett är viktigt [att veta personens sexuella identitet]. För jag frågar ju inte en heteroperson: Är du hetero? (...) Men om de har problem av sådan art att man kan tänka att det har någonting med deras sexualitet att göra. Om de har flytningar eller om de har något analproblem eller om de misstänker någon sexuellt överförbar sjukdom. Då är det ju viktigt.

Det är allt ifrån att de ringer och frågar om sexuellt överförbara sjukdomar eller sådana problem som analproblem och så vidare. Och vad jag uppfattar så är de rätt så ...nöjda med att få säga hur de lever. För då kan man ju prata utifrån det.

Sjuksköterskorna såg det alltså inte som viktigt att synliggöra sexualitet i samtal, såvida patientens frågeställning inte direkt handlar om sexuell praktik. Använder man en vidare förståelse av sexualitet, som till exempel WHO:s definition⁹ är sexualitet relevant i många fler samtal. Med denna vida definition återfanns också ett synliggörande av patienternas sexualitet i en stor del av samtalen, trots att sjuksköterskorna inte uppmärksammande det.

Att synliggöra (hetero)sexualitet

Sjuksköterskorna själva upplevde det som ytterst sällsynt att sexualiteten synliggjordes i samtalen. Jag som aktivt lyssnade efter detta upptäckte dock att uttryck för sexualitet förekom relativt ofta. Vad som synliggjordes var både sexuell praktik och mer identitetsorienterade

⁹ Se s. 11 för vidare resonemang om detta.

delar av sexualiteten såsom familjesituation. Den sexualitet som synliggjordes var uteslutande heterosexualitet, och det skedde i ungefär en fjärdedel av samtalen.

Sexualitet uttrycktes sällan efter en direkt fråga av sjuksköterskan, vilket ligger i linje med vad de själva uttryckte under intervjuerna, nämligen att det inte har betydelse för dem. Bara vid ett tillfälle uttrycktes heteronormen direkt genom att sjuksköterskan talade om en kvinnas make innan hon berättat att hon hade en. Istället nämndes det spontant av patienterna, eller som svar på frågor om det allmänna tillståndet, hur det sociala livet ser ut, vad han eller hon arbetar med och så vidare. I dessa diskussioner kom samtalen ofta in på familjerelationer genom att patienten talade om sin fru, man eller sambo. Att så stor del av patienterna faktiskt nämnde dessa saker visar att det var viktigt för dem när de skulle beskriva sin livssituation.

Att sjuksköterskorna, liksom de flesta av oss, inte registrerar detta tal som uttryck för sexualitet är ett sätt som heteronormen verkar. Genom att uttryck för heterosexualitet upprepas gång på gång normaliseras det och heteronormen genomsyrar på så sätt verksamheten precis som Sandell (2004:349) beskriver. Sociala aspekter av heterosexualitet, som familjen, ses inte som uttryck för sexualitet utan som en del av det vardagliga livet. Sociala delar av homosexualitet däremot, upplevs som uttryck för sexualitet.

Att acceptera homosexuella

Man har ju trampat i klaveret ett antal gånger för man har sagt fru eller man och så har det varit tvärtom. Och det stör inte mig att jag sagt fel. För att normen ligger där ju. Normen ligger ju fru och man, eller hur? Och är det då fru, fru så är det helt okej för mig. Eller man, man.

I samtal om att bemöta på ett bra och rättvist sätt rörande olika samhällsgrupper framhölls ofta kunskap om livssituationer som viktigt, vilket jag har skrivit om tidigare. Att kunskap om sexualitet kan vara en viktig faktor när det gäller bemötande uttrycktes också till viss del men inte alls i samma utsträckning som när det gällde till exempel etnicitet eller ålder.

Vi har ju fått lite information, och varit i kontakt med RFSU och RFSL och haft personer på besök och varit på föreläsningar och lite så. Det har vi ju. Men det är ju fortfarande så att det inte har kommit lika långt i kunskapen i bemötandet kanske. Man kanske vet mer om någonting, men det kanske ändå är svårt att gå bakom så att säga. Det blir först när den som söker är öppen om det, eller vad man ska säga då.

När vi under intervjuerna talade om sexualitet kom det till största delen att kretsa kring andra saker än kunskaper, kommunikation och bemötande. Diskussionen rörde istället attityder, fördomar och värderingar. Fokus kom istället för på patienten att hamna på sjuksköterskorna och att bemöta homosexuella blev en attitydfråga.

Sjuksköterskorna betonade att homosexualitet inte var något problem för dem, de accepterade det. Därmed var det inget problem med bemötandet. Om vi jämför detta med hur sjuksköterskorna såg på andra kategorier som skiljer oss människor åt, såsom etnicitet och kön, stämmer det inte ihop med vad som krävdes för att bemöta rättvist där. Då var det viktigt med kunskaper och en medvetenhet i bemötandet. Om invandrare betonades till exempel att det är viktigt att ha kunskap och förståelse om olika kulturer för att kunna ge ett bra bemötande. I sexualitetsfrågan framställdes problemet enklare och mer polariserat. Förenklat kan man säga att frågan om sexualitet kom att handla om huruvida sjuksköterskorna var ”för” eller ”mot” homosexuella. Denna typ av resonemang förekom inte när sjuksköterskorna talade om kvinnor eller invandrare.

Jag har liksom aldrig haft några fördomar, jag har varit osams med många av mina nära och kära om det här. Sådana som har lite mycket fördomar. Och det är ju klart, det finns ju avarter inom allting. Inom heterosexuella och inom homosexuella. Det finns ju de här yttersta gränserna som liksom går över den här... och lever ut på ett annat sätt. Och det är klart det kan man stöta sig med. Men alla är ju inte så.

Precis som Röndahl (2005) menar ligger problemet med diskriminering inte i vårdgivarnas attityder utan i kommunikationen i mötet med patienter. För att ge prov på sin acceptans var det vanligt att ta exempel från sitt eget liv och visa på att det i den egna sociala cirkeln fanns homosexuella. Att känna homosexuella människor uttrycktes som ett slags alibi mot fördomar.

Alltså hbt kan jag känna att det... det känner jag mig rätt så trygg i att ...det får folk vara som de är, och jag har goda vänner som är lesbiska, det stör mig inte ett ögonblick. Jag har goda vänner som är gay, det stör mig inte ett ögonblick.

Hur patienten upplevde bemötandet utifrån sexualitet reflekterades inte så mycket över. Att människor med en annan sexuell identitet än hetero- skulle tycka det var jobbigt att ringa uttryckte sjuksköterskorna väldigt lite förståelse för. Inte heller att det kan ha relevans för den som ringer att den sexuella identiteten synliggörs i samtalet även om inte sjuksköterskan bryr sig om det.

Men tror du att det kan vara så att någon drar sig för att ringa, för att man inte vet hur man kommer att bli bemött?

Tror jag inte. Idag är folk rätt så öppna med hur de lever. Det tror jag faktiskt inte, nej.

Men det fanns också tankar på att det kan vara viktigt för personen som ringer att sexualiteten klagörs.

Men sen kan man ju tänka utifrån den andra personens sits. Det kan ju bli en kränkning om man tar för givet att säga saker på ett visst sätt, om familjekonstellationer eller så. (...) Det har ju inte alltid betydelse för det medicinska eller socialmedicinska. Inte alltid har det ju det. (...) Men ibland kan det ju ha betydelse och det kan ju ha mer betydelse för den andra personen, på grund av att det är så jobbigt för vissa i vårt samhälle ...Att vara sig själva. En del lever flera roller och så. Det vet vi ju att det är på det sättet. Det är svårt att lista ut det också ibland...

Sexualitet som relation eller praktik

När sjuksköterskorna under intervjuerna talade om sexualitet var det som jag nämnt tidigare ofta frågor kring sexuell praktik som kom upp. Det var vid problematik som rörde just den sexuella praktiken som det var viktigt att synliggöra sexualiteten. De exempel som då togs upp handlade uteslutande om män. Sjuksköterskorna tog upp analproblem hos män och frågor kring sexuellt överförbara sjukdomar som exempel då den sexuella identiteten var viktig för samtalet. Att i första hand associera till män när det handlar om (homo)sexualitet är vanligt förekommande i alla delar av samhället. Ett exempel är att homosexualitet ofta kopplas till män i forskning och statliga utredningar¹⁰ (Edenheim 2005:107f).

När en annan dimension av sexualitet togs upp, nämligen den som handlar om sociala relationer och familjebildning var det istället främst kvinnor som sjuksköterskorna exemplifierade med.

Jag har ju haft mammor på bvc, två mammor. Då är det ju helt naturligt. Men här kan vi ju inte veta. Men jag har lärt mig att man ska säga såhär: lever du med en man eller lever du med en kvinna. Och då får man bra svar. Då får de ju svara.

Det är ju faktiskt så att en del människor är ganska öppna. Alltså: min sambo, och så säger de hennes namn.

Detta är ytterligare ett sätt varpå kön och sexualitet görs. Kvinnlighet kopplas ihop med sociala relationer medan män ses som den aktiva parten i sexuella relationer.

Avslutande diskussion

Syftet med denna uppsats har varit att undersöka hur det helhetstänkande som är vanligt förekommande i teoretiska debatter om sjukvården är förankrat i den praktiska verksamheten. Jag har utgått från två sätt att tillämpa helhetsteorier. Dels angående organisationens utformning, och dels hur helhetstänkande tillämpas i mötet mellan vårdgivare och vårdtagare.

¹⁰ Se till exempel rapporten *Homosexuella och samhället* (SOU 1984:63) där det under rubriken hälsofrågor bara går att läsa om homosexuella mäns hälsa.

Att tillämpa en helhetssyn på vårdens organisatoriska uppbyggnad innebär att studera hur olika kunskapsområden samspelar. Jag fokuserar på bemötande som kompetens, och har studerat dess plats och auktoritet i organisationen. Tidigare forskning visar att bemötande som kompetens nedvärderas i förhållande till naturvetenskapliga kunskaper. Detta samtidigt som bemötandets betydelse ofta betonas i vårdpolitisk retorik och även ses som viktigt av patienterna själva (SOU:1996:133, 254f).

Såväl mina observationer som intervjuer visade att kunskap om bemötande fortfarande inte har stor auktoritet i sjukvårdsrådgivningens organisation. Till skillnad från den medicinska kunskapen, där kontinuerlig kompetensutveckling sker, är kunskap om bemötande något som sjuksköterskorna får tillgodogöra sig på eget håll om de är intresserade. Det har inte ingått i deras grundutbildning, och inte heller kompletterats på senare tid genom vidareutbildning. Dessa fakta synliggör den statuskillnad som finns mellan kunskap om bemötande och naturvetenskaplig medicinsk kunskap. Skillnaden märktes också tydligt genom olikheter i talet kring kunskapsområdena. Slående var hur svårt sjuksköterskorna hade att formulera sin kunskap om bemötande i ord. Bristen på språk är en brist på makt som bidrar till nedvärdering av omvårdnads kunskapen.

Att kunskap om bemötande är erfarenhetsbaserad och därmed inte standardiserad är något som legitimerar nedvärderingen av densamma. Den rådande lösningen på detta problem är en akademisering av omvårdnads kunskap, en lösning som jag menar bör ifrågasättas mer. Sjukvården är i behov av en diskussion om vilken kunskap som värderas högst och vad det leder till. Kanske är det på sin plats att omdefiniera vad som räknas till kunskap och uppmärksamma erfarenhetens betydelse för förmågan att ge god vård.

Användning av helhetsteorier i mötet mellan vårdgivare och patient är populärt inom vården idag (Kolfjord och Hedin 2004). Det innebär att vårdgivare ska ta hänsyn till en mängd olika delar av människans helhet för att kunna ge god vård, vilket kräver en medvetenhet om hur olika kategorier samverkar i identitetsskapandet hos människor. Jag valde att fördjupa mig i två kategorier, kön och sexualitet, och se hur sjuksköterskorna förhåller sig till dessa i mötet med patienter.

Att se personen i sitt sammanhang och bemöta personligt betonade sjuksköterskorna som mycket viktigt. Dessa frågor hade dock aldrig tagits upp på utbildning, vilket gjorde att det inte fanns någon samstämmig policy för hur man egentligen åstadkommer det. Det var svårt för sjuksköterskorna att beskriva hur de konkret tillämpade detta tänkande. Det behöver visserligen inte betyda att de faktiskt inte gjorde det, utan kan också härledas till svårigheterna att formulera denna praktiska kunskap i ord. Jag kan dock inte se att målet att i varje

vårdsituation se patienten i sin helhet har nått ner i verksamhetens praktik i någon större omfattning. För att det ska uppnås måste förutom teorier också praktiska verktyg utformas och läggas resurser på.

Enligt mina teoretiska utgångspunkter påverkar föreställningar om kön och sexualitet hur vi är som individer och hur vi behandlar varandra. Att vårdgivare har en förståelse för hur dessa identitetsskapande processer påverkar vår hälso- och livssituation är viktigt. Men det är en kunskap som inte lyfts fram som viktig. Trots att utbildning om ämnet saknades så hade sjuksköterskorna själva bilder av hur män respektive kvinnor är, vilket påverkade deras agerande i samtalen. Det som framträdde tydligast i intervjuerna var hur sjuksköterskorna såg kvinnor som mer kommunikativa än män. Det fanns också stora skillnader mellan hur de talade om mammor och pappor, där mammans ansvar för barnen togs för givet. Föreställningar som dessa fungerar som reproducerande av normer snarare än normbrytande. Män och kvinnor förväntas vara olika och ha olika inställning till sin kropp och sina barn. Flera tidigare studier har gjort som visar att män och kvinnor behandlas olika för jämförbara åkommor. De förklaringar till detta som forskningen lyft fram är just de olika sociala föreställningar som finns om kvinnor och män (Malterud 2002:6).

Kön synliggjordes i alla samtal, vilket sjuksköterskorna var medvetna om och förhöll sig till på något sätt. Att sexualitet synliggjordes i förhållandevis stor del av samtalen fanns dock inte samma medvetenhet om. Heterosexualitet normaliserades på ett subtilt sätt utan att de som talade ens var medvetna om att de talade om heterosexualitet. Det är så normalt att det ses som en självklarhet. Tidigare forskning har visat att sexualitet är en aspekt som sällan uppmärksammas inom medicinsk forskning eller utbildning. De stora kunskapsbristerna på området gör att heteronormativiteten genomsyrar vården precis som resten av samhället. I min studie kommer jag till liknande slutsatser och uppmärksammar att sexualitet inte tas med som komponent i sjukvårdsrådgivningens helhetstänkande.

Eftersom föreställningar av hur människor är normaliserar vissa livssituationer och gör andra onormala, är det viktigt att vi är medvetna om dessa föreställningar. När helhetstänkande i många fall är en målsättning inom vården, är det rimligt att anta att det också borde få stark genomslagskraft i verksamheten. För att utveckla konkreta verktyg för att praktisera ett helhetstänkande kan genusvetenskaplig forskning spela en viktig roll. Detta genom att bidra med teorier kring mänskliga relationer och kunskap kring kommunikation och interaktion. Den kan också bidra med värdefull kunskap om hur olika livssituationer kan se ut och hur det kan påverka hälsosituationer.

Referenser

Muntliga källor

Fem intervjuer med sjuksköterskor på Sjukvårdsrådgivningen i Malmö. Genomförda mellan 17 november och 7 december 2005.

Observationer på sjukvårdsrådgivningen i Malmö under perioden 10 november till 7 december 2005.

Zadig, Mona, 2005. Muntlig delgivning, 10 november 2005, möte på sjukvårdsrådgivningen i Malmö

Internetkällor

Folkhälsoinstitutet, 2005. *Regeringsuppdraget att undersöka och analysera hälsosituationen för homosexuella, bisexuella och transpersoner (HBT) samt föreslå åtgärder*. Hämtat på www.fhi.se 2005-11-21

Litteratur JämO 2005a. Jämställdhetslagen (1991:433) i dess lydelse den 1 juli 2005. Hämtat 2005-12-13 på www.jamombud.se/lagarna/jamstallldhet/lagenitext.asp

JämO 2005b. Lag (2003:307) om förbud mot diskriminering i dess lydelse den 1 juli 2005. Hämtat 2005-12-13 på www.jamombud.se/dokument/lagenomforbudmo.asp

Landstingsförbundet, 2004-01-21, Pressmeddelande: *Vårdråd per telefon kräver unik kompetens*. Hämtat 2005-11-19 från www.skl.se/artikel.asp?A=4516&C=3375

Sjukvårdsrådgivningen, 2004-10-04. *Bemötande/Rätt till respekt*. Hämtat 2005-11-19 från www.infomedica.se/artikel.asp?CategoryID=15236

WHO, 2005. *Gender and reproductive rights*. Hämtat 2005-11-25 på www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html

Otryckta källor

Hanner, Hans, 2002. *Psykisk hälsa och ohälsa hos ungdomar 16-24 år som attraheras av personer av sitt eget kön. En enkätundersökning*. Psykologexamensarbete, Stockholms universitet

Tryckta källor

Andersson, Dominique och Westerståhl, Anna, 2000. Gynkologer om lesbiska kvinnor – en intervjustudie. Risk att lesbiska kvinnor får sämre bemötande och behandling, ur *Läkartidningen*, volym 97, nr 49

Antonovsky, Aaron, 1997. *Hälsans mysterium*, Finland: Natur och kultur

Butler, Judith, 1999. *Gender Trouble. Feminism and the Subversion of Identity*. New York: Routledge

- Davies, Karen, 2004. Har kön betydelse i samarbetet mellan läkare och sjuksköterskor?, i Hovelius och Johansson (red.): *Kropp och genus i medicinen*, Lund: Studentlitteratur, s. 147-156
- Davies, Karen och Esseveld, Johanna, 1989. *Kvalitativ kvinnoforskning*. Stockholm: Arbetslivscentrum
- Edenheim, Sara, 2005. *Begärets lagar. Moderna statliga utredningar och Heteronormativitetens genealogi*, Stockholm: Symposium
- Eldén, Sara 2005. Att fånga eller bli fångad i diskursen? Om diskursanalys och emancipatorisk feministisk metodologi, i Lundqvist m.fl. (red.): *Att utmana vetandets gränser*, Malmö: Liber AB, s. 60-74
- Franssén, Agneta, 2000. *Omsorg i tanke och handling. En studie av kvinnors arbete i vården*. Kungälv: Arkiv förlag
- Gothlin, Eva, 1999. *Kön eller genus?* Göteborg: Nationella sekretariatet för genusforskning
- Hammarström, Anne, 2002. Genusvetenskapens inomvetenskapliga utveckling inom medicinen, ur *Kvinnovetenskaplig tidskrift, tema: medicinsk vetenskap*, nr 2-3 2002, s. 93-114
- Harding, Sandra, 1987. Instabiliteten i den feministiska teoribildningens analytiska kategorier, i *KVT* 1987:2-3, s. 2-22
- Hovelius, Birgitta och Johansson, Eva E, 2004. Inledning, i Hovelius och Johansson (red.): *Kropp och genus i medicinen*, Lund: Studentlitteratur, s. 25-32
- Ipsos, 2005. Utvärdering av sjukvårdsrådgivning på telefon.
- Johansson, Eva E och Hovelius, Birgitta 2004. Begrepp och teorier, i Hovelius och Johansson (red.): *Kropp och genus i medicinen*, Lund: Studentlitteratur, s. 35-45
- Kolfjord, Ingela och Widding Hedin, Lena, (red.) 2004. *Hälsans sociala villkor*. Lund: Bokbox
- Landstinget Västmanland, 2005. *Utvärdering av telefonrådgivning och Hälso- och Sjukvårdsupplysningen (HSU) Slutrapport*.
- Lindholm, Margareta, 1993. Gender trouble, ur *Tvärtanten* 1993:1, s. 8-11
- Malterud, Kirsti, 2002. Feministisk teori kan utmana medicinsk kunskap, ur *Kvinnovetenskaplig tidskrift, tema: medicinsk vetenskap*, nr 2-3 2002, s. 5-18
- Mattsson, Tina, 2005. *I viljan att göra det normala. En kritisk studie av genusperspektivet i missbrukarvården*. Växjö: Égalité

- Mulinari, Diana, 1999. Vi tar väl kvalitativ metod – det är så lätt, i Sjöberg, Katarina (red.) *Mer än kalla fakta. Kvalitativ forskning i praktiken*, Lund: Studentlitteratur
- Mårtensson, Fredrik, 2003. Förnyat läkarprogram i Umeå. Bemötandet av patienter ska få ett tydligare genusperspektiv, ur *Läkartidningen*, volym 100, nr 12
- Reinharz, Shulamit, 1992. *Feminist methods in social research*. New York: Oxford university press
- Reyes de los, Paulina och Mulinari, Diana, 2005. *Intersektionalitet*, Malmö: Liber
- Röndahl, Gerd, 2005. *Heteronormativity in a Nursing Context. Attitudes toward Homosexuality and experiences of Lesbians and Gay Men*, Uppsala universitet
- Sandell, Kerstin, 2004. Heteronormativitet i medicinsk kunskap och praktik, i Hovelius och Johansson (red.): *Kropp och genus i medicinen*, Lund: Studentlitteratur, s. 343-352
- Socialstyrelsen, 2004. *Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården*.
- SOU 1984:63 *Homosexuella och samhället*
- SOU 1996:133 *Jämställd vård. Olika vård på lika villkor*
- Sundgren, Magnus, 2005. *Bemötande – ett begrepp för vårdens ingenjörer?*, ur *Socionomen* nr 3 2005
- Tanesini, Alessandra, 1999. *An introduction to feminist epistemologies*, Oxford: Blackwell Publishers
- Vårdfacket, 2003. *Socialstyrelsen prisar telefonrådgivning*.
- Wahl, Anna, Holgersson, Charlotta, Höök, Pia och Linghag, Sophie, 2001. *Det ordnar sig. Teorier om organisation och kön*. Lund: Studentlitteratur
- Wahlberg, Anna Carin, 2004. *Telephone advice nursing. Callers' perceptions, nurses' experience of problems and basis for assessments*. Stockholm: Institutet för omvårdnad, Karolinska Institutet.
- Westerståhl, Anna, 2003. *Encounters in the medical context – issues of gender and sexuality*, Göteborgs Universitet: Kompendiet AB
- Öberg, Lisa, 2005. Vår yttre person. Dräkt och kropp i sjuksköterskeyrket 1850-1950, i Hurd, Madelene, Olsson, Tom och Öberg, Lisa (red.): *Iklädd identitet. Historiska studier av kropp och kläder*, Stockholm: Carlsson bokförlag, s. 126-162