



LUND UNIVERSITY

Personalens uppfattningar och förhållningssätt till män och kvinnor inom demensvården

Nilsson Motevasel, Ingrid

2006

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Nilsson Motevasel, I. (2006). *Personalens uppfattningar och förhållningssätt till män och kvinnor inom demensvården*. (Working paper-serien; Nr. 2006:8). Lunds universitet, Socialhögskolan.

Total number of authors:

1

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00



LUNDS
UNIVERSITET

Socialhögskolan

Personalens uppfattningar och förhållningssätt till män och kvinnor inom demensvården

INGRID NILSSON MOTEVASEL

E-Post: ingrid.nilsson.motevasel@soch.lu.se

Socialhögskolan, Lunds universitet
Box 23, 221 00 Lund

Working-paper serien 2006:8 • ISSN 1650-8971

Introduktion

Kön framstår som en av de främsta organiserande principerna i vårt samhälle. I de flesta sammanhang uppmärksammar vi könet, och upplever och behandlar personerna vi möter i relation till kön. Forskning inom omsorg har uppmärksammat att relationerna inom vården ofta är könskodade (Johansson 2002). Men frågan är hur kön upprätthålls i en miljö där kropparna representerar kön, men där klientens medvetande och kognitiva funktioner är nedsatta. I denna studie utgår jag ifrån en syn på kön som sociala konstruktioner. Jag antar att det är genom sociala handlingar som könsidentitet skapas och upprätthålls (Butler 1999). Frågan är hur det sker inom demensvården? För att ta reda på detta har jag genomfört en studie på vårdboende för vård av personer med grav demens, tre vårdavdelningar har studerats med avseende på hur kön konstrueras och reproduceras för personer som inte längre har sitt medvetande intakt. Syftet är dels att studera vilka uppfattningar vårdpersonalen har om manliga och kvinnliga vårdtagare inom demensvården och dels att studera vilka förhållningssätt vårdpersonalen har gentemot manliga och kvinnliga vårdtagare. Studien genomfördes under juni – november 2004, och består av observationer och intervjuer med personal på tre olika vårdavdelningar för personer med demens. Tjugotvå personer i personalen, tjugo kvinnor och två män, blev intervjuade och observerade under några arbetsdagar. På varje vårdavdelning finns åtta vårdtagare med grav demens (Marcusson et al 1995). På avdelning (I) fanns sex kvinnor och två män med grav demens, på avdelning (II) sex kvinnor och två män, på avdelning (III) fyra kvinnor och fyra män.

Kön och socialt arbete

Inom socialt arbete finns det flera studier där det uppmärksammas hur klienten blir behandlad i relation till kön (Laanemetz 2002, Mattsson 2005). Dessa studier har oftast avsett klienter som har blivit föremål för vård p.g.a. missbruk eller någon annan form av avvikande beteende. I dessa finns ett intresse för hur uppfattningar om kön förmedlas i behandlingssituationen. Ett speciellt intresse har funnits från feministiskt håll där man intresserar sig för skapandet av femininitet (Trulsson 1998, 2000, Laanemetz 2002). Som grund för detta intresse finns en postmodern uppfattning om kön kan ta sig olika uttryck och att det inte

finns en femininitet utan flera femininiteter. Moi (1997) understryker att kön är situerat, att vi inte kan dra slutsatser utifrån könstillhörigheten, kvinnor är mer än sin upplevda könstillhörighet, och hon poängterar att vi måste se till processen hur kön uppkommer (a.a.). Ett perspektiv som innefattar både klass och kön finner vi hos Skeggs (1999) som understryker att sättet att vara kvinna är bundet till den sociala grupp och den samhälleliga position man befinner sig i. En radikal uppfattning är att könen är helt och hållet socialt konstruerade, att det sociala könet kommer före det biologiska, och att vi tillsammans gör kön, genom våra upprepade handlingar (Butler 1999). Genom dessa (både medvetna och omedvetna) handlingar upprätthålls de föreställningar om kön som finns i samhället. De forskare som utgår ifrån uppfattningen om att kön är socialt konstruerat fokuserar i sina studier på hur det går till att reproducera och göra kön i behandlingssituationen. Mattsson (2005) kommer fram till att personalen trots en målsättning att visa jämlika relationer i behandlingssituationen, inte undgår att uppvisa könskodade förhållningssätt.

En förklaring till att vi hela tiden gör kön är att vi har en könsordning som genomsyrar samhället. Könsordningen kan beskrivas med Hirdmans (1988) principer. Män och kvinnor behandlas olika och kvinnor är generellt underordnade män (a.a.). Principerna som upprätthåller denna ordning är att mannen är norm, könen är ej lika och könen bör ej blandas (a.a.). Försök att upphäva dessa principer har präglats av motstånd och strategier för att söka upphäva principerna har endast nått temporär framgång (a.a.). Inom demensvården visar sig denna könsordning i personalsituationen. Äldringsvården utgör ett exempel på en kvinnovärld, där både personal och klienter domineras av det kvinnliga könet. Inom denna värld har principen om att könen inte ska blandas slagit igenom, endast 10 % av personalen är män (Socialstyrelsen 2006). Det visar också i att det svåra och tunga arbetet som vårdbiträde är så lågt betalt. Den traditionella hierarkin inom vården med den manliga läkaren i toppen är en bekräftelse på de ordnande könsprinciperna och den könsmissiga snedbalans som råder.

Könsrelationer inom vården

I en kvinnovärld som demensvården utgör, med en klar majoritet kvinnor bland både vårdtagare och personal, skulle det vara tänkbart att kvinnan är norm (Johansson 2002) och att det finns ett incitament för kvinnor att liksom män i mansdominerade miljöer vara homosociala och solidariserar sig med sitt eget kön (Lindgren 1996). Det finns undersökningar av vården som visar att kvinnlig personal kan vara

kollegialt orienterade och att de istället för att vara involverade i sina patienter är upptagna av att bekräfta varandra i den kvinnodominerade personalgruppen (Franssén 1997, Melin Emilsson 1998).

En undersökning inom somatisk vård visar dock att den gängse könsordningen, med mannen som norm vidarebefordras i vårdarbetet. Foss & Sundby (2003) visar i en undersökning av personalen på somatiska vårdavdelningar, att personalen konstruerar en bild av patienterna till mannens fördel. Vårdpersonalen anser att män och kvinnor är väldigt olika och att männen är mer positiva, klagar mindre, skämtar mer och är rakare i kommunikationen.

Inför denna studie om hur kön görs i relation till dementa personer fanns en fråga om det finns en gräns, där personalen slutar att göra kön. Mötet med personer med grav demens finns i tidigare studier beskrivet som på gränsen till ett icke-möte (Hallberg 1995), eftersom deras kommunikativa förmåga är nedsatt.

Demensvården ingår dock som en del av vårt samhälle och dess ramar kan antas bestämmas av den könsordning som råder i samhället. Samtidigt är demensvården en behandlingssituation som är speciell. Personer med demens har ofta en nedsatt förmåga att kommunicera, och det är svårt att tolka deras behov och önskemål (Parse 1999). I synnerhet tycks svårigheten att tolka behov gälla för sexualitet hos personer med demens. Studier av hur sexualitet konstrueras inom demensvården visar att personal tenderar att negligera sexuella uttryck hos vårdtagarna. Detta gäller speciellt för kvinnliga personer med demens och i relation till sexuella minoriteter. När sexualitet uppmärksammas hos manliga personer med demens, ses det som ett problem som vårdtagaren kan bli straffad för (Archibald 2001, 2003, Ward et al 2005). Detta kan förklaras med att vi i samhället överhuvudtaget har svårt att förknippa gamla människor med kön och sexualitet (Archibald & Baikie 1998). Frågan är om denna föreställning kan leda till att könsdimensionen upplöses och att vården av manliga och kvinnliga personer med demens sker utan hänvisning till kön.

Omsorgsstrategier

I tidigare studier har jag konstaterat att vårdpersonal har olika omsorgsstrategier (Nilsson Motevasel 2000, 2002). Under denna studie av personal som arbetar med personer med demens kunde jag även urskilja olika omsorgsstrategier (Nilsson Motevasel kommande). Inom samtliga strategier kan man ge god omsorg. Omsorg kan definieras som att man både sörjer för och sörjer med de boende (Waerness 1983) eller annorlunda uttryckt, omsorg kan vara att man tar ett personligt ansvar till

skillnad från ett tekniskt ansvar (Bauman 1989, 1995, Nilsson Motevasel 2000, 2002). I personalens uppfattningar om kön, har jag kunnat se ett samband som är relaterat till vilken vårdstrategi de väljer. Strategierna visar sig ha betydelse för det sätt på vilket personalen uppfattar könsolikheter. De omsorgsstrategier jag kommer att beskriva här, i relation till kön har jag tidigare beskrivit som rationell, emotionell, pedagogisk och individuell (Nilsson Motevasel kommande). Uppfattningarna om kön som följer har jag inordnat inom respektive strategi.

Olika omsorgsstrategier – olika uppfattningar om kön

Vid en analys av intervju och observationsdata framkom att uppfattningar om kön varierade, men att det gick att urskilja ett mönster beroende av vilken omsorgstrategi vårdpersonalen kunde inordnas i. Visserligen finns inom strategierna divergerande uppfattningar, speciellt inom en pedagogisk strategi, vilket kan förklaras av att den pedagogiska strategin omfattas av nästan samtliga vårdbiträden. De strategier som har urskiljts är följande:

Den rationella strategin – könsneutralitet

Inom denna strategi är det vården som ges i nuet som är i centrum. De som utför denna vård tycker om att vårda, och de gör ingen skillnad mellan somatisk vård eller demensvård. Inom ramen för den rationella strategin finns uppfattningen att det inte har någon betydelse om vårdtagaren är man eller kvinna. Det ges samma vård till alla. De antar ett könsneutralt förhållningssätt. Detta är ett ideal inom den rationella strategin där man vinnlägger sig om att vara glad och rask och vänlig. Till varje vårdtagare har man en viss distans. Att tvätta och kamma och utföra olika momenten för att sköta personens hygien, mathållning och klädsel görs utan att ta hänsyn till personens kön. Även tvätt av intima kroppsdelar görs utan hänvisning till kön. Ett vårdbiträde säger: ”Det spelar ingen roll om jag vårdar en man eller en kvinna. Vi försöker ge dem god vård... de behöver hjälp hela tiden... om jag tvättar en man eller en kvinna har ingen betydelse. De är inte klara i huvudet så det har ingen betydelse”. Ett annat vårdbiträde säger: ”Det är ingen skillnad mellan kvinnliga och manliga boende, de flesta har ju samma sjukdomstyp, det är ju bara lite olika med de som har frontallobsdemens, de skiljer sig, men annars ser jag ingen skillnad”.

Observationer visar att vårdbiträden inom den rationella strategin är distanserade och könsneutrala i den bemärkelsen att de oftast

konverserar om allmänna ämnen. När ett vårdbiträde kommer in i rummet säger hon ” idag är det tisdag, klockan är åtta” och ”jag drar ifrån gardinen ... du ska se att solen skiner idag”. ”Nu är det dags att stiga upp”. Men även inom en rationell strategi händer det att personalen gör en spontan könsåtskillnad. I tillrop och uppmaningar gör personalen kön: Vid matbordet får en manlig vårdtagare uppmaningen att ”ät som en hel karl”. En annan manlig vårdtagare får vid påklädning uppmaningen ”ta i och ansträng dig”. Medan kvinnliga vårdtagare kan få uppmaningen att visa ”så fin du har blivit i håret”, eller visa ”vilka fina kläder du har fått”. Dessa uppmaningar hör dock till undantagen, inom den rationella strategin där en könsneutral konversation är mest förekommande.

Den emotionella strategin – förgången identitet, det kvinnliga rummet

Inom den emotionella strategin ges kontinuerlig omsorg. Vårdpersonalen känner djupt för sina boende, och tycker synd om dem. De lider med de boende som går allt djupare och djupare in i sin demens. Inom ramen för den emotionella strategin försöker man ofta samtala och få vårdtagaren att dra sig till minnes, vårdpersonalen talar om barn och familj, fritidsintressen, sport, yrkesverksamhet och andra saker som vårdtagaren kan vara speciellt intresserad av. Den emotionella strategin innebär att man ser skillnader mellan manliga och kvinnliga vårdtagare. En relativt ofta förekommande uppfattning är att männen är mer dominanta och vill bestämma och att kvinnorna är fogliga och undergivna. Ett vårdbiträde säger: ”männen är mer envisa, de har varit vana vid att bestämma hela livet och så kommer de hit och fortsätter. När en manlig vårdtagare ska ta sina tabletter säger han: Jag vill inte, och så får jag säga att det är läkaren som bestämmer”.

Inom den emotionella strategin är ett förhållningssätt till personer med demens att ge hänvisningar till förgången könsidentitet. Det finns exempel då vårdpersonalen talar om förgången tid och om familjeförhållanden som har varit. De exempel som observerades är i förhållande till kvinnliga vårdtagare. Vårdpersonalen talar med kvinnliga vårdtagare om tiden ”när du var en liten flicka” eller om ungdomstiden ”när du var ung och dansade på Amiralen”, och de kan bli påmindas om sin tidigare familj ”när du var hemmafru och gift med Einar”. Inom den emotionella strategin för vårdbiträdena samtal med vårdtagarna och försöker få dem att minnas. I dessa samtal kan flera kvinnor delta samtidigt, de kan tala om ungdomen och skoltiden och vårdbiträdet kan påminna vårdtagaren om olika situationer. ”berätta om lärarinnan som

alltid var så sträng”. Vid de observationer som gjorts är det kvinnliga vårdtagare som deltar och som inom den emotionella strategin uppmanas att delta, de manliga vårdtagarna lämnas utanför dessa samtal.

Den pedagogiska strategin – könsskillnader och flirt

En knapphändig pedagogisk strategi har nästan samtliga i vårdpersonalen. Den innebär att de talar om vad de tänker göra med personen med demens när de vårdar honom/henne. De säger t.ex. att nu tänker jag tvätta, nu ska jag torka och nu trär jag skjortan över armen. De talar om vad de gör innan de tar i personen med demens. En mer utarbetad pedagogisk strategi innebär att de även berättar om olika händelser innan de sker. Inom den pedagogiska strategin uppmärksammar man skillnader mellan att vårda män och kvinnor. Det finns dock ingen enhetlig linje i deras uppfattningar. Vissa anser att kvinnor är besvärligare än män, att kvinnorna gnäller mer och att de ställer fler krav. Ett vårdbiträde säger

”kvinnor är inte snälla, det är mer tjatigt och gnatigt med kvinnor. Om jag gör vid en kvinna i håret säger hon: Det här var ju trevligt men det tänker jag inte betala för. Kvinnor i den generationen har alltid gett hjälp och så när de själva behöver det kan de inte ta emot”.

Andra vårdbiträden anser att män är svårare att vårda, de tycker att kvinnor hjälper till mer, medan män vill själva bestämma och väntar på att få allt serverat. Inom den pedagogiska strategin finns det även yngre vårdbiträden som tar upp en speciell könsaspekt: Intimhygien är lättare att utföra på en kvinna. Ett vårdbiträde säger ”Jag tycker det är lättare att ta emot en ny kvinna som jag inte känner än en ny man. Dom blottar sig väldigt när man ska tvätta nedre och då är det lättare kvinna mot kvinna”.

Vid observationerna visade det sig att vårdpersonalen förutom en spontan könsåtskillnad ofta involverar de manliga vårdtagarna och upprätthåller deras könsidentitet genom flirt. Personalen kan skämtsamt säga till den manliga personen med demens: ”Sitter du och blinkar åt mig”, ”Flörtar du med mig”, ”Du är en riktig kavaljer, är du min fästeman, osv.”. Inom den pedagogiska strategin är det relativt vanligt att personalen gör kön och att manliga personer med demens är i centrum.

Den individuella strategin – könsskillnader och sexskämt

Den individuella strategin finner vi hos de erfarna vårdbiträdena. De ger kontinuerlig omsorg, och de vårdar var och en utifrån deras förutsättningar. De säger att det är individen och inte sjukdomen som styr hur vården ska utformas. De skämtar och skojar med vissa och tar det lugnare med andra. De samtalar mycket med de dementa, personerna, de talar om familj, tidigare yrke, fritid, hobby, TV, och sport. De känner var och en av vårdtagarna individuellt, de kan stora delar av deras livshistoria, de känner till vilka familjekonstellationer som har förekommit och som finns. Inom den individuella strategin ser vårdpersonalen initialt inga skillnader mellan manliga och kvinnliga vårdtagare. ”För var och en är unik, den ena damen är inte lik den ena damen och den ena herrn är inte lik den andra herrn”. Men efter en stunds samtal kommer vårdbiträden inom den individuella strategin fram till att det är lättare att engagera de kvinnliga vårdtagarna i praktiska sysslor ”de kan skala potatis och morötter och så” och att det finns situationer när de manliga vårdtagarna kan vara mer besvärliga än kvinnliga. Männen kan vara mer aggressiva när de är förvirrade än vad de kvinnliga vårdtagarna är ”Det händer att vårdtagaren slåss och då är det svårt med manliga vårdtagare, de är fysiskt mycket starkare. Män har mer råstyrka”. Ett annat vårdbiträde berättar: “Jag hade manlig vårdtagare som jag var rädd för, han var en riktig gentleman och han släppte in mig först på rummet men när jag hade honom bakom mej så var jag rädd”.

En annan könsaspekt som vårdbiträden inom den individuella strategin talar om är sexuell upphetsning hos manliga vårdtagare med demens. Ett vårdbiträde talar om att hon vid tvättning ”ser till att prata med honom om sportresultat så han får något annat att tänka på”. Inom den individuella strategin, visar observationerna att personalen ofta hänvisar till kön i vården av de dementa personerna. Eftersom de vet vilka fritidsaktiviteter vårdtagarna har varit intresserade av ser de till att föra in samtalet på dessa området. Dessa fritidsaktiviteter är ofta könskodade, så att kvinnorna talar om blommor och trädgårdsskötsel och männen om sport och fotboll. Ett vårdbiträde inom den individuella strategin talar med stolthet om en kvinna som tycker om att sminka sig ”hon vill fortfarande göra sig fin, och ha läppstift på”. Förutom en spontan könsåtskillnad, gör de kön genom att tala om en förgången könsidentitet, de hänvisar till tidigare familj och intressen, de gör kön genom flirt och tydligast kommer könsaspekten fram när vårdpersonalen gör kön genom ganska grova sexskämt. Vid observationerna reagerade personerna med demens positivt när de fick uppmärksamhet, vilket även innefattar skämt med sexuell anknytning. Vårdbiträden inom den individuella strategin

verkar ha kunskap om vilka som tycker att det är roligt. Skämten kan vara ganska grova och direkta, utan att de verkar vara kränkande. Ett kvinnligt vårdbiträde sjunger t.ex. Mendelsons brudmarsch för en manlig vårdtagare med skrikbeteende, och föreslår honom att ”de ska gifta sig”. ”Så här går det till” säger hon och tar honom i armkrok och ”sedan kan vi ligga tillsammans, du och jag”. Mannen slutar skrika, och skrattar gott. Ett annat exempel är när ett manligt vårdbiträde skämtar med en kvinnlig vårdtagare. Denna kvinna brukar själv ofta komma in på ämnen med sexuell anknytning. Nu talar de om ett neutralt ämne om olika djur och att det är förbjudet att släppa in katter på avdelningen. Men ”du har ju det lilla djuret du sitter på” säger den manliga personalen till den kvinnliga vårdtagaren som skrattar förtjust. Inom den individuella strategin blir vårdtagaren till personer med tillhörande könsattribut (de erkänner även sexualitet hos vårdtagaren) och det är mer regel än undantag att personalen gör kön, både i relation till manliga och kvinnliga vårdtagare med demens.

Diskussion

Inom demensvården verkar det finnas flera och divergerande uppfattningar om manliga och kvinnliga vårdtagare. Det finns de i personalen som anser att det inte är någon skillnad att arbeta med manliga och kvinnliga dementa. När det gäller personal som anser att det finns könsskillnader, finns det de som anser att manliga vårdtagare är mer aggressiva och svårare att vårda än kvinnor och de som anser att kvinnliga vårdtagare är gnälligare och besvärligare än manliga vårdtagare. Personal som har olika omsorgsstrategier, har olika uppfattningar om kön och olika förhållningssätt till manliga och kvinnliga vårdtagare. Könsskillnaderna upphävs alltså i de allra flesta fall inte för att vårdtagarna lider av en kognitiv nedsättning. Inom demensvården upprätthålls i de flesta fall, principen om köns olikhet, men när det gäller mannen som norm verkar det finnas olika rationaliteter som styr. I vissa sammanhang framträder demensvården som en värld där kvinnan är norm (Johansson 2002), där kvinnlig personal och kvinnliga vårdtagare genom fragmentariska minnen skapar en gemenskap. I andra sammanhang flirtar de kvinnliga vårdbiträdena med de manliga vårdtagarna och sätter dem i fokus. Personalen har olika strategier som sammantaget innebär att det ena könet ibland blir favoriserat och ibland det andra. Detta skiljer sig från undersökningar som gjorts inom somatisk vård där resultaten visar att mannen entydigt är norm (Foss & Sundby 2003). Inom den somatiska vården utgår man ifrån principen att

män och kvinnor är olika (Hirdman 1988). En princip som följs även inom andra sektorer inom socialt behandlingsarbete (Kolfjord 1997, Mattsson 2005). Uppenbart är dock att personalen inom demensvård gör kön (Butler 1999). I likhet med personal på enheter för missbrukare gör personalen i demensvården kön trots att de hävdar att de inte gör någon skillnad mellan män och kvinnor (Mattsson 2005, Laanemetz 2002). Tillsammans med personerna med demens och utifrån mer eller mindre bleknande minnen av könsidentiteten skapar personalens förhållningssätt en åtskillnad. Ett sätt att upphäva könsskillnaderna finns inom den rationella strategin, där personalen i vissa situationer antar en könsneutral position. Att verka för ett könsneutralt förhållningssätt, kan vara ett steg mot att öka jämlikheten och ge sexuella minoriteter bättre förutsättningar inom vården, men det är inte säkert att dessa fördelar överväger nackdelarna. Könsneutrala situationer utmärks av att personalen har en större distans till vårdtagaren. I de fall när personalen mest uppenbart ”gör kön” och flirtar eller genom sexuella antydningar skämtar med vårdtagaren upphävs däremot stundtals distansen och personalen och personerna med demens möts genom den uppmärksamhet den dementa personen får. Undersökningar visar dock att vid demensboende, då den kvinnliga personalen blir föremål för sexuell uppmärksamhet från manliga vårdtagare, innebär sexualiteten ett stort problem (Archibald 2002). Mellan sexuella trakasserier och sexuella skämt kan det vara en hårfin skillnad, men i de fall de uppmärksammas här, när personalen inom ramen för en individuell strategi, skämtar med de dementa personerna, finns det utrymme för personliga hänsyn. Mekaniskt utfört skulle skämten kunna innebära en kränkning. I rätt sammanhang verkar dock flirt och sexuella skämt öka närheten, vilket motverkar ett distanserat förhållningssätt och ett tekniskt handhavande (Nilsson Motevasel 2000). Interaktionen sker dock på vårdarens villkor, ett fullt erkännande av sexualitet hos personer med demens, som t.ex. Ward et al (2005) efterlyser uppnås inte. När sexualitet uppmärksammas och initieras av personer med demens uppfattas det som ett problem som vårdpersonalen ska hantera.

Referenser

- Archibald C (2001) Resident sexual expressions and the key worker relationship: An unspoken stress in residential care work? *Practice* 13 (1), 5-12
- Archibald C (2003) Sexuality and dementia: The role dementia plays when sexual expression becomes a component of residential care work. *Alzheimer's Care Quarterly* 4 (2) 137-148
- Archibald C & Baikie E (1998) The sexual politics of old age. In M Bernard & J Philips (eds) *The Social Policy of Old Age* London: CPA
- Bauman Z (1989) *Auschwitz och det moderna samhället*. Göteborg: Daidalos
- Bauman Z (1995) *Postmodern etik*. Göteborg: Daidalos
- Butler J (1999) *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. London & New York: Routledge
- Melin Emilsson U (1998) *Vardag i olika världar: Om dementa och vårdbiträden på tre gruppboenden*. Lund: Arkiv
- 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 (2003) 45-52
- Franssén A (1997) *Omsorg i tanke och handling. En studie av kvinnors arbete i vården*. Lund: Arkiv
- Hallberg I R (1995) *Klinisk omvårdnadshandledning: handledning och individualiserad omvårdnad i demensvård*. Stockholm: Liber utbildning
- Hirdman Y (1988) Genussystemet, reflexioner kring kvinnors sociala underordning. *Kvinnovetenskaplig tidskrift* nr 3 49-63

- Johansson S (2002) Om omsorg och jämställdhet i äldreomsorgen. I Andersson L (red) *Socialgerontologi*. Lund: Studentlitteratur
- Kolfjord I (1997) Feministiskt socialt arbete i Lundquist Å & Mulinari D (red) *Sociologisk kvinnoforskning*. Lund: Studentlitteratur
- Laanemetz L (2002) *Skapandet av femininitet. Om kvinnor i missbruksbehandling*. Lund Dissertations in Social Work. Lunds universitet.
- Lindgren G (1996) Broderskapets logik. i *Kvinnovetenskaplig tidskrift* nr 1
- Mattsson T (2005) *I viljan att göra det normala. En kritisk studie av genusperspektivet i missbrukarvården*. Malmö: Égalité
- Marcusson J, Blennow K, Skoog I & Wallin A (1995) *Demenssjukdomar* Stockholm: Almqvist & Wicksell,
- Moi T (1997) Vad är en kvinna? Kön och genus i feministisk teori. *Res Publica* 35-35, 71-158
- Nilsson Motevasel I (2000) *Män, kvinnor & omsorg. En studie av omsorg som begrepp och handling in mans- och kvinnodominerade yrken*. Meddelanden från socialhögskolan 2000: 5. Lunds universitet
- Nilsson Motevasel I (2002) *Genusperspektiv på yrkesmässiga relationer. Omsorg i mans- och kvinnodominerade yrken*. Lund: Studentlitteratur
- Nilsson Motevasel I (kommande) Different strategies of health care personnel in nursing home care for people with dementia. An observational study with the focus on caring, time and personal responsibility. Submitted to *Journal of Clinical Nursing*.
- Skeggs B (1999) *Att bli respektabel – konstruktioner av klass och kön*. Göteborg: Daidalos
- Socialstyrelsen (2006) *Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2005*.

- Trulsson K (1998) *Det är ialla fall mitt barn – en studie om att vara missbrukare och mamma*. Stockholm: Carlsson bokförlag,
- Trulsson K (2000) Kvinnoidentitet och missbruksbehandling. *Socialvetenskaplig tidskrift* 7 (1-2) 120-136
- Parse R.R (1999) Nursing science: the transformation of practice. *Journal of Advanced Nursing* **30**, 1383-1387.
- Ward R, Vass A, Aggarwal N, Garfield C, Cybyk B (2005) A kiss is still a kiss. The construction of sexuality in dementia care. *Dementia* 4 (1) 49-72
- Waerness K (1983) *Kvinnor och omsorgsarbete*. Stockholm: Prisma