



HÖGSKOLAN VÄST

Institutionen för hälsovetenskap

Sjuksköterskors upplevelser av hur patientens kön kan påverka bemötandet av patienten inom beroendevård

-En intervjustudie

Alexandra Lundell Bodil Gustavsson

Examensarbete i omvårdnad avancerad nivå

Specialistsjuksköterskeprogrammet

Institutionen för Hälsovetenskap

Vårterminen 2018

Sammanfattning

Beroende är ett stort problem i världen, Sverige inkluderat. Sjukdomen kan drabba alla, oavsett kön och ålder. Personer med beroende, liksom övriga befolkningen, har rätt till ett respektfullt bemötande i vården. Forskning om hur bemötande av patienter i beroendevård påverkas av deras kön saknas. Med anledning av detta avsåg den här studien att belysa den aktuella problematiken. Sjuksköterskors upplevelser undersöktes genom intervjuer.

Resultatet lyfte frågorna om vikten av ett gott bemötande, hur patienter bemöttes utifrån individuella skillnader samt hur bemötande påverkades av om patienten var kvinna, man eller varken identifierar sig som man eller kvinna. Sjuksköterskornas intention var att bemöta patienter lika, men i studien framkom skillnader i bemötande som kunde kopplas till patientens kön.

| | |
|---------------------|---|
| Titel | Sjuksköterskors upplevelser av hur patientens kön kan påverka bemötandet av patienten inom beroendevård |
| Title | Nurses' experience about the eventual gender specific encounter of patients in addiction care units |
| Författare | Alexandra Lundell Bodil Gustavsson |
| Handledare | Nóra Kerekes, Ph.D., docent |
| Examinator | Britt Hedman Ahlström, Ph.D., docent |
| Institution | Högskolan Väst, Institutionen för Hälsovetenskap |
| Arbetets art | Examensarbete i omvårdnad, 15 hp |
| Program/kurs | Specialistsjuksköterskeprogrammet, 60 hp inriktning psykiatri |
| Termin/år | HT 2017/VT 2018 |
| Antal sidor | 16 |

Abstract

Background: Addiction is a serious problem in the world, Sweden included. This disease can affect anyone, regardless of gender and age. People with addiction, like the rest of the population, are entitled to respectful encounters in healthcare. However, research about encounters with patients suffering from addiction is limited and research about the possible impact of the patient's gender in this process – according to our knowledge – has not yet been published.

Aim: The aim of the present study was to describe nurses' experience about the eventual gender specific encounter of patients in addiction care units.

Method: Data was assessed by nine semi-structured interviews which were analysed with qualitative content analysis.

Results: The result was presented in two categories; *to encounter patients regardless of their gender* and *to encounter patients according to their gender*. The two categories consisted of several subcategories that emphasized the importance of a professional caring encounter, how patients were encountered according to individual differences and how the encounter was affected by whether the patient was a woman, man or without defined gender.

Conclusion: Nurses felt that professional encounter was important in addiction care. Their intention was to treat patients alike, however the study revealed some differences in encountering process that could be linked to the patient's gender.

Keywords: Addiction, encounters, gender, nursing, psychiatry.

Innehållsförteckning

| | |
|---|--|
| Inledning..... | 1 |
| Bakgrund | 1 |
| Beroende | 1 |
| Konsensusbegreppet människa samt kön och genus | 2 |
| Genusbias | 3 |
| Könsskillnader vid beroende..... | 3 |
| Bemötande | 4 |
| Omvårdnad och bemötande inom beroendevård | 4 |
| Omvårdnadsperspektiv | 5 |
| Problemformulering | 5 |
| Syfte | 5 |
| Metod | 5 |
| Design..... | 5 |
| Urval | 6 |
| Datainsamling | 6 |
| Dataanalys | 7 |
| Etik..... | 8 |
| Resultat..... | 8 |
| Bemöta oberoende av patientens kön | 8 |
| Att bemöta utifrån individuella skillnader | 9 |
| Vikten av ett gott bemötande | 9 |
| Att möta patienter med dåliga erfarenheter..... | 10 |
| Att möta den utsatta patienten..... | 10 |
| Bemöta utifrån patientens kön | 11 |
| Att göra skillnad..... | 11 |
| Att möta kvinnliga patienter | 11 |
| Att möta manliga patienter..... | 12 |
| Att möta patienter som inte definierar sig som män eller kvinnor..... | 12 |
| Diskussion | 13 |
| Metoddiskussion | 13 |
| Resultatdiskussion | 14 |
| Slutsats..... | 16 |
| Kliniska implikationer | 16 |
| Referenser..... | 17 |
| Bilaga I | Informationsbrev till enhetschefer inom beroendevård |
| Bilaga II | Informationsbrev till sjuksköterskor/psykiatrisjuksköterskor inom beroendevård |
| Bilaga III | Intervjuguide |

Inledning

Beroende är ett stort problem i världen, Sverige inkluderat. 780 000 personer i Sverige har ett alkoholmissbruk, varav 330 000 är beroende (Socialstyrelsen, 2015). 55 000 personer beräknas ha ett missbruk eller beroende av narkotika. År 2016 var 70% män och 30% kvinnor av de som vårdades för beroendeproblematik inom öppenvård och 75% män och 25% kvinnor inom heldygnsvård (a.a.). Under de senaste 15 åren har könsskillnaderna varierat något, men sett ut på ungefär liknande sätt (Socialstyrelsen, 2017). Generella tendenser visar att män dricker mer alkohol än kvinnor, men könsskillnaderna i alkoholkonsumtion har minskat under 2000-talet. Totalt sett har alkoholkonsumtionen i Sverige minskat under denna tidsperiod (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, 2017).

En specialistsjuksköterska med inriktning psykiatri ska verka för att patienter med psykisk ohälsa erbjuds vård på lika villkor (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor och Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Studier har visat att kvinnor och män blir bemötta olika i vården samt att det även förekommer att behandling och rehabilitering skiljer sig åt (Öhman, 2009). Diskriminering på grund av en persons kön får inte förekomma inom vården. Det innebär exempelvis att en person behandlas sämre eller annorlunda enbart beroende på sitt kön när det inte kan anses berättigat (SFS, 2008:567). För att skapa en mer jämställd vård behövs ökad kunskap om bemötande utifrån ett genusperspektiv. Genusvetenskap är ett kunskapsområde vars avsikt är att kritisera och problematisera de föreställningar och strukturer som råder vad gäller kön (Öhman, 2009).

Missbruk och beroende nämns inte särskilt i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, men ingår ändå i hälso- och sjukvårdens uppdrag. Personer med missbruk eller beroende ska ha rätt till ett bra bemötande både från Hälso- och sjukvården och socialtjänsten (Statens offentliga utredningar, 2011:35). Orsaken till att personer med beroendeproblematik får ett sämre bemötande är att missbruk och beroende fortfarande ses som självförvållat. Det sämre bemötandet beror även på att ansvaret för beroendevård är delat mellan kommun och landsting, vilket är ovanligt för andra sjukdomar. Ansvarsfördelningen är otydlig och ingen tar ett övergripande ansvar för individen. Tillgängligheten och ansvarsfördelningen ser väldigt olika ut i olika delar av landet (a.a.).

Bakgrund

Beroende

För att kunna diagnostisera beroende inom sjukvård i Sverige används bland andra ”Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) som diagnosystem. Det var den tredje versionen av DSM (DSM-III) som först introducerade *substansberoende* som en diagnos (American Psychiatric Association, 1980). I DSM-IV användes begreppet beroende (American Psychiatric Association, 1994), medan termen *substansbrukssyndrom* används i den senaste versionen av DSM (DSM-5, APA 2013) för att kategorisera personer med allvarligt substansmissbruk. Substansbrukssyndrom är ett begrepp där lika stor vikt läggs vid psykiska och sociala konsekvenser som vid fysiska. Ett substansbrukssyndrom kan innebära både fysiska konsekvenser som abstinens och

toleransutveckling, men även tvångsmässig användning av drogen, svårigheter att kontrollera beteende och impulser samt negativa sociala konsekvenser där personen fortsätter använda drogen trots dessa konsekvenser. Substansbrukssyndrom innefattar tio olika grupper av substanser; alkohol, koffein, lösningsmedel, cannabis, hallucinogener, opioider, stimulantia, tobak, sedativa (hypnotika och anxiolytika) och andra okända substanser. Utifrån hur många diagnoskriterier patienten uppfyller graderas diagnosen som låggradig, måttlig eller svår (a.a.). I uppsatsen används begreppen missbruk och beroende, eftersom det är välkända begrepp och de som företrädesvis används inom den kliniska verksamheten fortfarande.

Enligt Socialstyrelsen (2015) bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda behandling för olika typer av beroende. Vid alkoholberoende bör patienter erbjudas läkemedelsbehandling både på kort och lång sikt. På kort sikt handlar det om att behandla alkoholabstinens, medan det på lång sikt ska syfta till att minska alkoholkonsumtion eller uppnå helnykterhet. Vid beroende av bensodiazepiner bör patienter erbjudas nedtrappning om det inte är möjligt att omgående sätta ut läkemedlet. Enligt rekommendationerna bör patienter med opiat- eller opioidberoende erbjudas behandling med substitutionsläkemedel för att om möjligt öka social funktion, förebygga återfall samt dödlighet. Förutom läkemedelsbehandling bör olika typer av psykologisk och psykosocial behandling erbjudas. Psykologisk behandling som rekommenderas är bland annat kognitiv beteendeterapi, motivationshöjande behandling och tolvstegsbehandling. Psykosocial behandling inriktas mer på personens sociala situation, exempelvis genom rådgivning, information och kontakter med närstående (Socialstyrelsen, 2015).

Konsensusbegreppet människa samt kön och genus

Ett av omvårdnadens konsensusbegrepp är människa. Inom omvårdnad innehar människan olika roller, två av dessa är patient och sjuksköterska (Kasén, 2017). Från början betyder patient den lidande människan, men numera är begreppets betydelse "människan som vårdas" när det används inom omvårdnadsforskning. Sjuksköterskan förstås som "person som vårdar". Människan består av tre olika dimensioner; kropp, själ och ande. Begreppet människa rymmer allt som finns i dennes livsvärld. Sjuksköterskans sätt att se på och förstå patienten, eller människan som vårdas, färgas av hur hen ser på begrepp som kön och genus och det påverkar det bemötande som patienten får samt relationen mellan sjuksköterska och patient (a.a.).

Det finns olika sätt att förklara begreppen kön och genus. Den traditionella uppdelningen för kön är man/kvinna och för genus maskulint/feminint (Nationella sekretariatet för genusforskning, 2016). Kön och genus handlar om vilka vi är och hur vi ser på varandra. Kön beskriver biologiska skillnader och dessa skillnader beskrivs som självklara. Dock finns det många som menar att skillnader mellan individer inom samma kön ofta är större än skillnader mellan könen. Genus beskriver den sociala konstruktionen av kön och vill påvisa att det som uppfattas som feminint och maskulint förändras över tid (a.a.).

Genusbegreppet brukar användas för att beskriva hur kvinnors och mäns sociala beteende formas (Phersson & Tengelin, 2015). Det handlar om hur socialt kön och relationer konstrueras mellan män och kvinnor i sociala sammanhang. Genus handlar om hur människor samspelar i grupp, hur vi uppfostras och hur vi uppfattar manligt och kvinnligt. Genusnormer skapas utifrån att vi formas och fostras till att välja, tänka och handla på olika sätt avhängigt av vilket kön vi föds med. I situationer då genus diskuteras är utgångspunkten ibland att manligt och kvinnligt är varandras motsatser, med tydliga avgränsningar. På detta sätt genusbestäms olika egenskaper

och det kan ligga som grund för genusnormen. Vi ser ofta på de här normerna som ”självklara och naturliga”, men egentligen är de socialt konstruerade och förändras med tid. Det är vi människor som, i våra möten, tillsammans skapar genus (a.a.).

Genusbias

Målet för hälso- och sjukvården är en vård på lika villkor för hela befolkningen (SFS, 2017:30). Vården ska utföras med respekt för människors lika värde och värdighet. Inom hälso- och sjukvården existerar normer om kön och genus. Vården är inte jämställd. Inom forskningen har normen varit att utgå från män, som grupp (Anne Ludvigsson, 2008/09:Ub299). Genusbias handlar om medvetna eller omedvetna attityder om kön och innebär att skillnader ses mellan könen där de egentligen inte finns eller att skillnader som faktiskt existerar negligeras. Inom vården kan detta medföra att män och kvinnor prioriteras olika och anses ha olika vårdbehov (Phersson & Tengelin, 2015), vilket inte är förenligt med rådande lagstiftning (SFS, 2008:567). Medan läkemedel mot hjärt- och kärlsjukdomar förskrivs oftare till män, förskrivs kvinnor oftare antidepressiv- och smärtlindrande medicinering och generellt söker kvinnor oftare vård för oro och ångest. Den psykiska ohälsan ökar mest bland unga kvinnor (Socialstyrelsen, 2008). Exempel på genusbias inom beroendevården är att erfarenhet av sexuellt utnyttjande oftare efterfrågas kvinnor, medan dessa erfarenheter efterfrågas mer sällan hos män (Storbjörk, 2011).

Könsskillnader vid beroende

Det är större risk för män att hamna i missbruk och att utveckla ett livslångt drogberoende. Det gäller alla typer av droger förutom smärtstillande- och lugnande läkemedel som oftare missbrukas av kvinnor (Grella, 2008; Storbjörk, 2011). Det är även vanligare att män missbrukar flera olika substanser samtidigt (Khan et al., 2013; Storbjörk, 2011). När kvinnor och män kommer i kontakt med droger är sannolikheten lika stor att de provar. Generellt är dock risken större att män kommer i kontakt med droger, vilket leder till att de oftare provar (Van Etten & Anthony, 2001). Kvinnor börjar vanligtvis att självmedicinera med läkemedel och narkotika i lägre doser än män. Deras användande övergår dock fortare i ett beroende och de har högre risk för återfall vid abstinens än män (Becker & Hu, 2008). Kvinnor har oftare en familjemedlem eller partner med beroende vilket är en av anledningarna till att de själva börjar missbruka alkohol eller droger (Grella, 2008; Mueller, Degen, Petitjean, Wiesbeck & Walter, 2009). Män uppfyller fler diagnoskriterier vid alkoholberoende än kvinnorna (Khan et al., 2013), medan det i en svensk studie inte framkommer några könsskillnader i antal uppfyllda diagnoskriterier när det gäller substansbrukssyndrom generellt (Storbjörk, 2011).

Män med beroende påbörjar oftare behandling efter påtryckningar från familj, arbetsgivare eller om aktuellt från kriminalvården, medan kvinnor oftare söker vård själva eller genom socialtjänsten (Stevens, Andrade & Ruiz, 2009). Kvinnor med beroende prostituerar sig oftare, har mer psykisk ohälsa (Grella, 2008; Stevens et al., 2009) och har oftare ensamt ansvar för barn än män med samma problematik (Stevens et al., 2009). Kvinnor som missbrukar har oftare varit utsatta för sexuellt- och fysiskt våld (Neale, Nettleton & Pickering, 2013), medan män är mer socialt utsatta (Storbjörk, 2011). Det beror delvis på att det är vanligare att kvinnor har stöd från ett socialt nätverk (Neale et al., 2013; Storbjörk, 2011) och att de har lättare att skapa relationer till personer som inte missbrukar (Neale et al., 2013).

Bemötande

Bemötande är ett komplext begrepp. I vårdsammanhang handlar bemötande om hur vårdpersonal samtalar med en patient, kroppsspråk och mottagande av en patient (Fossum, 2013). Det speglar även vilken människosyn personal har och detta påverkar utförandet av vård. Det är svårt att översätta begreppet bemötande till andra språk. På engelska används ofta begrepp som treatment (behandling), relationship (relation), interaction (interaktion), communication (kommunikation) och encounters (möten) för det som på svenska menas med bemötande. Det är inte lätt att förklara vad bemötande i vården är, men till stor del handlar det om att visa respekt, att vara vänlig och hjälpsam, samt vilket mottagande patienten får (a.a.).

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 2017:30) har patienten rätt till en god vård. Det innebär bland annat att patienten ska visas omtanke och respekt. För att patienten ska kunna erbjudas en god vård är det av vikt att skapa goda kontakter mellan patient och personal (a.a.). Bemötandet är en central del av patienters upplevelse av vård. När patienter känner sig sedda, lyssnade på och får vara delaktiga så upplever de ett bra bemötande (SBU, 2015). Ett gott bemötande har i en studie visat sig vara mer betydelsefullt för patienterna än både väntetid till vård och typen av behandlingen patienten får. Patienter har förståelse för att vården inte alltid fungerar, men har inte förståelse för om bemötandet är dåligt (Croona, 2003). Mer än var tredje person har någon gång blivit illa bemött när de sökt vård i Sverige (Jacobsson, 2007). Av dessa har omkring var tionde blivit illa bemött flera gånger. De är oftare kvinnor, unga och de hade sökt vård färre gånger än de som inte blivit illa bemöta. De söker oftare vård för besvär som är svåra att objektivt mäta såsom sömn, nedstämdhet/depression och smärta. När patienter blir illa bemöta känner de sig inte trodda, lyssnade på och upplever inte att personalen har tid för dem. Patienterna som blivit illa bemöta upplever att personalen är stressad, att väntetiderna till vård är långa och det förekommer att behandlingen de får inte följs upp (a.a.).

Ett gott bemötande är viktigt oavsett diagnos och innebär att personal värnar om patientens integritet, autonomi och behov av trygghet (Croona, 2003). I bemötande ingår kommunikation mellan sjuksköterska och patient. Kommunikation är en stor del av sjuksköterskans arbete och är en viktig komponent för att främja patienters hälsa. När sjuksköterskor försöker hjälpa patienten att lösa problem skapas en tillit hos patienten. Kommunikation kan försvåras genom att sjuksköterskor ibland är mer fokuserade på att utföra bestämda arbetsuppgifter än att utgå från patienternas behov (Fakhr-Movahedi, Salsali, Negharandeh & Ranhavard, 2011).

Omvårdnad och bemötande inom beroendevård

Forskningen om bemötande inom beroendevård är begränsad. I en svensk studie av Spak et al., (2017) studerades bemötande inom beroendevård. I studien framkom att både patienter och personal tycker att ett gott bemötande är viktigt. Ett gott bemötande bygger på att personalen behandlar patienter med respekt och värdighet vilket skapar en relation som bygger på tillit. Det är viktigt att personalen har tålamod och lyhördhet för patienten, att de inte tappar hoppet för patienten när till exempel ett återinsjuknande sker (a.a.).

När sjuksköterskan bemöter patienter med beroende är det viktigt att vara medveten om patienters sårbarhet. Patienters sårbarhet kan grundas i skam, brist på självförtroende och svårigheter med att sätta upp gränser för sig själv och andra. Inom slutna beroendevård finns rutiner och gränssättning som sjuksköterskor behöver stötta patienter att anpassa sig till som en del av omvårdnaden. Sjuksköterskor behöver vara uppmärksamma på att gränser och rutiner i sig inte går före patienternas behov (Johansson & Wiklund-Gustin, 2016). Både sjuksköterskor

och patienter ser att det finns behov av gränser och tycker att det är viktigt att dessa sätts på ett respektfullt och empatiskt sätt. Det bidrar till att alliansen mellan sjuksköterska och patient kan upprätthållas (Maguire, Daffern & Martin, 2014). Gränser kan användas för att stötta patienter med beroende att själva ta ansvar och att vara delaktiga i sitt eget tillfrisknande. Det är viktigt att sjuksköterskan även stöttar patienten genom att vara tålmodig och inte tappa tilltro till patientens förmåga (Johansson & Wiklund-Gustin, 2016).

Omvårdnadsperspektiv

Kommunikation och interaktionen mellan sjuksköterskan och patient är två grundläggande delar av bemötande. Dessa kan ses som utgångspunkter i Travelbees (2006) omvårdnadsteori om den mellanmännsliga relationen. Människan ses som individ och att denna är oersättlig och unik. Det viktigaste syftet med omvårdnad är att hjälpa människor att hitta mening i sina livserfarenheter. Teorin bygger på en existentiellistisk människosyn samt på uppfattningen att smärta och lidande är något som oundvikligen ingår i en människas liv. För att det ska kunna uppstå en allians i mötet mellan sjuksköterska och patient är det av vikt att en fungerande mellanmännslig kontakt etableras som i sig är ett kriterium för att omvårdnad skall uppnå sin funktion. Det viktigaste redskapet för att skapa en mellanmännslig relation är kommunikation. Genom kommunikation skapas en interaktion mellan sjuksköterska och patient. I och med detta kan ömsesidigt förtroende skapas och det överordnade målet för omvårdnaden kan nås, det vill säga att hjälpa sjuka och lidande människor att hitta en mening i sin tillvaro. Inom omvårdnad blir det viktigt att understödja hoppet hos människor som lider. En människa som mist hoppet kan inte längre se någon möjlighet att förändra sin livssituation. Kärnan i hoppet utgörs av människans grundläggande tillit till omvärlden och att en människa som hoppas har lättare att förändra sitt liv till det bättre (Travelbee, 2006).

Problemformulering

Enligt lag ska vård på lika villkor erbjudas till hela befolkningen. Forskning visar dock att det finns skillnader i den vård som erbjuds där män och kvinnor behandlas på olika sätt. Tidigare forskning kring sjuksköterskors erfarenheter av bemötande inom beroendevård är begränsad, i synnerhet utifrån ett genusperspektiv. Den här studien fokuserar på att undersöka om sjuksköterskor bemöter patienter på olika sätt inom beroendevård i relation till patientens kön.

Syfte

Beskriva hur sjuksköterskor inom beroendevård upplever att patientens kön kan påverka bemötandet av patienten.

Metod

Design

Då studien syftade till att öka kunskapen om sjuksköterskors upplevelser av bemötande inom beroendevård valdes en kvalitativ ansats. Inom kvalitativ metod står begreppet ontologi för reflektioner kring grundläggande egenskaper hos ett fenomen. Inom ontologi finns två ställningstaganden, varav det ena är realism. Realism handlar om att få en objektiv förklaring

och att beskriva ett fenomen (Augustsson, 2012). En kvalitativ metod var lämplig då den handlar om att beskriva tolkningar och upplevelser av fenomen (Wu, Thompson, Aroian, McQuaid & Deatrick, 2016). För att studera vilka upplevelser sjuksköterskor hade av patientbemötande inom beroendevård valdes intervjuer som datainsamlingsmetod (Danielson, 2012). Som analysmetod i studien användes kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats (Elo & Kyngäs, 2007; Elo et al., 2014). Induktiv ansats utgår från människors berättelser och upplevelser och analyseras utan en förutbestämd mall (Graneheim & Lundman, 2004). Kvalitativ innehållsanalys har sitt fokus på att tolka texter och är vanligt förekommande inom omvårdnadsforskning (Graneheim & Lundman, 2004; Elo & Kyngäs, 2007).

Urval

Studien genomfördes i en stor stad i Västsverige. Urvalet grundades på att specialiserad beroendevård till stor del endast finns lokaliserad i större städer. Inklusionskriterier var att deltagarna skulle vara grundutbildade- eller specialistutbildade sjuksköterskor som arbetat minst ett år inom beroendevård. Ett ändamålsenligt urval användes då studiens syfte var att beskriva individuella upplevelser (Wu et al., 2016). Deltagarna valdes ändamålsenligt efter studiens inklusionskriterier. Ett informationsbrev (bilaga I) med förfrågan om tillåtelse att genomföra intervjustudien skickades till enhetschefer för 19 stycken olika öppenvårdsmottagningar och slutenvårdsavdelningar. Svar erhöles från en enhetschef att förfrågan tagits upp i ledningsgruppen och att samtliga enhetschefer gav tillstånd till studien. Ett informationsbrev till deltagare (bilaga II) mejlades till enhetscheferna som ombads vidarebefordra dessa till sjuksköterskor på enheterna. De sjuksköterskor som var intresserade av att delta ombads kontakta oss direkt. Tio sjuksköterskor var intresserade av att delta. En av deltagarna blev sjuk när intervjun skulle genomföras. Av de nio som slutligen deltog var fyra stycken män och fem var kvinnor. Tre av deltagarna arbetade på slutenvårdsavdelningar och sex deltagare arbetade på öppenvårdsmottagningar. Sex stycken av deltagarna hade specialistsjuksköterskeutbildning inom psykiatrisk omvårdnad och tre var grundutbildade. Deltagarna var mellan 39 och 62 år (medelvärde 50 år och medianvärde är 51 år) och hade arbetat inom beroendevård mellan 4,5 och 30 år (medelvärde 11 år och medianvärde är 10år).

Datainsamling

Datainsamlingen skedde genom intervjuer som genomfördes i december 2017. Intervjuerna genomfördes på deltagarnas respektive arbetsplats enligt deras egna önskemål. Intervjuerna var semistrukturerade och detta innebar att de var utformade med öppna frågor (Elo et al., 2014) (se bilaga III), följdfrågor kunde skilja sig åt beroende på deltagarnas svar. Intervjufrågorna var; "Vad innebär bemötande för dig?", "Vilken betydelse har bemötande för patienter inom beroendevård?", "Vad karakteriserar mötet med en kvinnlig patient i beroendevård?", "Vad karakteriserar mötet med en manlig patient i beroendevård?", "Vad karakteriserar mötet med en patient som inte definierar sig som man eller kvinna i beroendevård?" och "Upplever du att det finns skillnader i bemötande beroende på vilket kön patienten har? Kan du i så fall berätta om dessa? Vad tror du att skillnaderna kan bero på?". Följdfrågorna handlade om "Vad tror du att skillnaderna beror på?" och "Kan du ge ett exempel på...?". Intervjuerna varade mellan 11 och 25 minuter (medellängd 21min), spelades in med ljudupptagning och transkriberades sedan ordagrant. Denna typ av tillvägagångssätt beskrivs av Elo et al. (2014). Vi intervjuade hälften av deltagarna var, men båda deltog vid samtliga intervjuer.

Dataanalys

De inspelade intervjuerna transkriberades först och avidentifierades så att de inte kunde kopplas till personen som intervjuats. Transkriberade intervjuer är en av de olika typer av datamaterial som anses lämpligt för kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004; Elo et al., 2014), vilken var den analysmetod som sedan användes i studien. Vi läste intervjuerna flera gånger för att få en förståelse för innehållet och för att kunna genomföra analysen. Datamaterialet bearbetades genom att meningsenheter identifierades. Meningsenheter kan vara ord eller meningar i en text som kan bindas samman genom sitt innehåll. De ska svara mot studiens syfte (Graneheim & Lundman, 2004). Meningsenheterna skrevs sedan in i en tabell (se tabell 1) för vidare analys. Nästa steg innebar att meningsenheterna kondenserades. Detta betyder att texterna kortades ner för att lättare kunna hanteras. Det är viktigt att det väsentliga innehållet bevaras i detta steg (Graneheim & Lundman, 2004). Det kondenserade datamaterialet fördes in i tabellen (tabell 1). I nästa steg abstraherades den kondenserade texten och gavs en kod (se tabell 1). Koderna används för att dela in innehållet i olika subkategorier och kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Koderna fördes in i tabellen. Koderna grupperades sedan utefter deras likheter. När flera koder grupperats samman utefter deras likheter skapades subkategorier som sedan bildade kategorier (se tabell 1). Data som svarar på syftet får inte uteslutas för att de inte passar in i en kategori, det får heller inte passa in i flera olika kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Kategorier och subkategorier omstrukturerades flera gånger för att ge ett heltäckande resultat.

| Meningsenheter | Kondensering | Kod | Subkategori | Kategori |
|---|--|---|--|-----------------------------------|
| Ja, begreppet bemötande, det är väl...ja, när man träffar patienter liksom hur man ska få en allians. | Bemötande är hur man ska få en allians med patienter. | Gott bemötande för att skapa allians. | Vikten av ett gott bemötande | Bemöta patienten oberoende av kön |
| Själv känner jag inte att jag har ett annorlunda bemötande när det gäller kvinnor kontra män. Ehm ... det handlar nog snarare om ålder om man skulle ha nån skillnad. | Jag har inte ett annorlunda bemötande relaterat till patientens kön, snarare till ålder om det finns skillnad. | Skillnad på bemötande beroende på patientens ålder. | Att bemöta utifrån individuella skillnader | |
| ... än så länge är det vanligare att det är kvinnor som har hand om barn till exempel och därav kanske också att vi är mer måna om att stötta kvinnan. | Det är vanligare att kvinnor har hand om barn och får därmed mer stöd. | Mer stöd till kvinnor med barn. | Att möta kvinnliga patienter | Bemöta patienten utifrån kön |
| ...kanske att jag tänker annorlunda om det är en kille för att dom är i fysiskt överläge. | Jag tänker annorlunda om det är en kille, dom är i fysiskt överläge. | Killar (patienter) är i fysiskt överläge. | Att möta manliga patienter | |

Tabell 1: Exempel på meningsenheter, kondensering, kod, subkategorier och kategorier.

Etik

En förfrågan skickades till enhetschefer på olika enheter inom beroendevård (bilaga I) angående godkännande av att utföra studien på enheten. Efter att godkännande mottagits skickades informationsbrev till sjuksköterskor (bilaga II) ut där de vid intresse att delta ombads att ta direkt kontakt med oss, vilket innebar att enhetscheferna inte hade kännedom om vilka som anmält intresse. Innan intervjuerna fick deltagarna skriftlig information om att deltagandet var frivilligt, att de hade rätt att avbryta deltagandet under intervjuens gång, genomförd intervju ansågs som samtycke att delta i studien och att data behandlas konfidentiellt (bilaga III) i enlighet med Helsingforsdeklarationen (2017). Vid tillfället för intervjun fick deltagarna muntligt information om studiens syfte, metod och deras rättigheter enligt ovan. De fick även skriva på ett dokument om samtycke efter att de hade genomfört intervjun (bilaga II). De transkriberade intervjuerna avidentifierades så att de inte kunde sammankopplas med deltagarna. Transkriberade data och dokument om samtycke lagrades på ett sådant sätt att ingen obehörig hade tillgång till dem. Eftersom frågor kring kön, genus och bemötande kan upplevas som känsliga hölls intervjufrågorna neutrala och öppna (bilaga III).

Resultat

Resultatet från intervjuerna är indelat i två kategorier med subkategorier (tabell 2). För att illustrera resultatet redovisas utvalda citat från intervjuerna. När text utelämnas från ett citat används [...] och vid paus i ett citat används ... i resultatredovisningen.

| Kategori | Subkategori |
|------------------------------------|--|
| Bemöta oberoende av patientens kön | Att bemöta utifrån individuella skillnader |
| | Vikten av ett gott bemötande |
| | Att möta patienter med dåliga erfarenheter |
| | Att möta den utsatta patienten |
| Bemöta utifrån patientens kön | Att göra skillnad |
| | Att möta kvinnliga patienter |
| | Att möta manliga patienter |
| | Att möta patienter som inte definierar sig som män eller kvinnor |

Tabell 2: Kategorier och subkategorier.

Bemöta oberoende av patientens kön

Under kategorin *bemöta patienten oberoende av kön* beskrev sjuksköterskorna att patienter hade olika funktionsnivå, ålder och tidigare erfarenheter vilket gjorde att sjuksköterskorna *bemötte utifrån individuella skillnader*. De belyste *vikten av ett gott bemötande*. Det handlade dels om *att möta patienter med dåliga erfarenheter* samt *att möta den utsatta patienten*.

Att bemöta utifrån individuella skillnader

Patienterna bemöttes utifrån individuella skillnader såsom funktionsnivå och de diagnoser de hade utöver sitt beroende. Utifrån patientens funktionsnivå anpassade sjuksköterskorna sina krav och förväntningar på patienten. Ibland upplevde sjuksköterskorna att de ställde högre krav på kvinnor, men på grund av patienternas varierande funktionsnivå så hade de svårt att avgöra om de högre kraven egentligen berodde på patientens kön eller funktionsnivå.

”Jag har svårt att utröna om det (tydliggörande av författarna: högre krav) faktiskt är för att dom är kvinnor eller om det bara är en stor spridning på deras funktionsnivå.” (Deltagare 4)

Sjuksköterskorna kunde se skillnad i bemötande beroende på patientens ålder. Om patienten var ung upplevdes de som mer utsatta och sjuksköterskorna var mer aktiva genom att de hjälpte till i kontakt med exempelvis sociala myndigheter. Yngre patienter hade lättare att ställa krav på vården än äldre patienter och unga tjejer hade lika lätt att ställa krav som unga killar.

”Själv känner jag inte att jag har ett annorlunda bemötande när det gäller kvinnor kontra män. Ehm...det handlar nog snarare om ålder om man skulle ha någon skillnad.” (Deltagare 6)

Vikten av ett gott bemötande

Sjuksköterskorna framhöll vikten av ett gott bemötande. Bemötande ansågs vara den mest betydelsefulla delen av behandlingen inom beroendevård. I bemötandet ingick hur sjuksköterskan var, lyssnade och vad som sades och på vilket sätt detta gjordes. Sjuksköterskan skulle kunna stötta patienten samtidigt som lagar och riktlinjer följdes. Ett gott bemötande innebar att utgå från patienten och dennes önskemål om vård. En del av bemötande är kommunikation. För en god kommunikation mellan sjuksköterska och patient framhölls vikten av att ställa öppna frågor och att låta patienten tala. Det innebar att sjuksköterskan lyssnade på patienten och gav patienten tid, vilket gav förutsättningar för ett samtal som upplevdes som fritt och tryggt.

”Jag ser det som att vi sjuksköterskor befinner oss mitt emellan patienten och lagar och riktlinjer, så det är lite granna att man försöker göra en mjuk grej av ett fyrkantigt system” (Deltagare 3)

Lika värde ansågs betydelsefullt samt att se människan och understryka människovärdet. Att behandla människor med respekt och att möta med så lite fördomar som möjligt var grundläggande för ett gott bemötande. Genom ett gott bemötande gavs förutsättningar för att skapa en god relation mellan sjuksköterska och patient. Relationen kunde sedan utvecklas och leda till att en allians skapades. Bemötande ansågs vara en kombination av professionalism och goda relationer. Erfarenhet och utbildning hade en positiv inverkan på det professionella bemötandet.

”Ja, begreppet bemötande, det är väl...ja, när man träffar patienter liksom hur man ska få en allians” (Deltagare 2)

Att möta patienter med dåliga erfarenheter

Bemötande ansågs centralt i beroendevård eftersom patienterna hade erfarenheter av dåligt bemötande, då de inte blev lyssnade på, från andra vårdgivare och myndigheter. Det gjorde att patienterna ofta hade byggt upp en negativ attityd och förväntade sig att bli illa bemötta i nya kontakter. Sjuksköterskorna hade i åtanke att de i egenskap av vårdpersonal sågs som en auktoritet som representerade makt och inflytande. Sjuksköterskorna upplevde att patienternas tidigare erfarenheter av dåligt bemötande försvårade mötet med patienterna, därför blev ett respektfullt bemötande än mer angeläget.

”Ja, inom beroendevård, det är inte alltid lätt att möta patienten [...] dom kanske har fått en negativ bild eller tråkiga besked”. (Deltagare 2)

Det framkom att det förekommer fördomar och förutfattade meningar om patienter med beroende vilket leder till en osäkerhet att bemöta patientgruppen. Erfarenheten var att återkommande patienter som ansågs besvärliga fick ett sämre bemötande. Det var viktigt att inte bli cynisk och tappa tilltron till patienter som återföll i missbruk för att fortsätta ge patienten den vård som hen har rätt till. Upplevelsen var att det förekom att personal inom psykiatrisk slutenvård ibland missbrukade sin makt och gav patienterna ett dåligt bemötande.

”Det finns vissa som kommer åter åter åter och som har vart kanske väldigt stökiga, bråkigt och hotat mycket och så och dom får nog ett lite sämre bemötande när dom kommer...” (Deltagare 6)

Att möta den utsatta patienten

Ett gott bemötande i beroendevård var betydelsefullt eftersom många patienter känt sig utsatta och utlämnade i kontakt med vården. Sjuksköterskornas uppfattning var generellt att kvinnliga patienter oftare utsattes för våld. Kvinnliga patienter tillfrågades oftare om misshandel, sexuellt våld och prostitution än de manliga patienterna. Sjuksköterskorna framhöll vikten av att inte glömma dessa frågor till de manliga patienterna, eftersom den typen av erfarenheter var vanliga även bland män. Det framkom att många män kände sig osäkra och var rädda.

”...det är ju ofta som vi är medvetna om att tjejerna har varit med om övergrepp och det har ju väldigt många av killarna också...” (Deltagare 5)

Erfarenheten var att manliga patienter oftare hade en kriminell bakgrund och att kvinnliga patienter hamnade i missbruk och beroende på grund av att de var tillsammans med en man med kriminalitet och missbruk. Det gjorde att kvinnan sågs som offer och mannen som förövare. Kvinnor sågs som det svaga könet och ansågs därför ha större skyddsbehov eftersom hon sågs som mer skör och behövande. Sjuksköterskorna hade en medvetenhet om att den bilden inte alltid stämde då att många patienter oavsett kön for illa. Det förekom att personal hade svårt att hantera om bilden av kvinnan som offer och mannen som förövare inte stämde överens med verkligheten.

”...är dom offer alltid[...]man vet ju att det är många kvinnor som far illa men det gör killar också.” (Deltagare 7)

Bemöta utifrån patientens kön

Under kategorin att *bemöta patienten utifrån kön* beskrev sjuksköterskorna att de gjorde både omedvetna och medvetna skillnader när de bemötte patienter som kunde kopplas till patientens kön. Att *göra skillnad* handlade om att ställa olika frågor till patienter beroende på deras kön samt att kommunikationen skilde sig åt. Sjuksköterskorna *bemötte kvinnliga patienter* mjukare medan de *bemötte manliga patienter* mer tydligt och bestämt. Det fanns en osäkerhet att *möta patienter som inte identifierade sig som man eller kvinna* vilket ledde till att sjuksköterskor undvek att ställa vissa frågor av rädsla för att göra fel.

Att göra skillnad

Sjuksköterskornas intention vara att bemöta alla patienter lika, men de trodde att de omedvetet hade olika bemötande utifrån kön, och det var svårt att själv veta vilka skillnader som gjordes. Det berodde ofta på att sjuksköterskorna träffade patienterna själva och de upplevde att skillnader i bemötande var lättare att se då de observerade när deras kollegor mötte patienter. Kommunikationen upplevdes skilja sig åt mellan män och kvinnor och det var skillnad i hur sjuksköterskan talade med patienten beroende på kön. En kvinnlig patient frågades exempelvis alltid om hon hade barn eller prostituerat sig, medan det ibland glömdes bort när det kom till manliga patienter.

”Jag kan ju tänka mig att man har ett annorlunda bemötande med tjejer och killar fast det kanske är svårt att veta själv skillnaderna man gör.” (Deltagare 6)

Att möta kvinnliga patienter

Bemötandet gentemot kvinnliga patienter beskrevs som mjukare än bemötandet mot män. Sjuksköterskan lindade in det som sades och anpassade sig, lyssnade och var mjuk. Erfarenheten var att kvinnans mående och utsatthet värnades och att sjuksköterskan var mer överseende med och omhändertagande av kvinnliga patienter. Det visade sig genom att kvinnor erbjöds fler besökstider och mer insatser, i synnerhet om de hade barn. Kvinnor ansågs ha en bättre social förmåga och vara mer empatiska, samtidigt som de hade svårare att uttrycka sina egna behov.

”Att man på nåt sätt värnar mer om hennes mående eller om hennes utsatthet än vad man gör med en man.” (Deltagare 8)

Samtidigt som kvinnliga patienter sågs som mer utsatta så ställdes högre krav på dem och sjuksköterskan hade högre tilltro och förväntade sig att de skulle klara av sin behandling. Sjuksköterskorna dömde snabbare kvinnor med beroende och de skuldbelades också mer på grund av beroendet än män. Det ansågs bero på stereotypa könsroller där det ses mer negativt på en missbrukande kvinna. Det gällde framförallt om kvinnan hade barn och genom sitt beroende prioriterade bort barnet. Det fanns exempel på kvinnliga patienter som upplevdes som aggressiva och manliga i sin attityd, vilket ledde till ett sämre bemötande från sjuksköterskan jämfört med en man med samma typ av attityd.

”Jag tänker nog såhär att jag kanske har lite högre krav på kvinnor och tänker att det här klarar du eller det här... lite högre tilltro.” (Deltagare 4)

Kvinnor med beroendeproblematik levde i en manlig värld som bestod av missbruk, prostitution och kriminalitet. Det medförde att kvinnorna ofta sexualiserade sitt beteende gentemot män generellt och även de män som arbetade inom vården. Det kunde visade sig genom att de flörtade med manliga sjuksköterskor och skötare. Beteendet förmodades syfta till att skapa sig fördelar av olika slag och upplevdes som en typ av manipulation av personal. Manliga sjuksköterskor upplevde att de behövde vara försiktiga när de var ensamma med en kvinnlig patient. Det förekom att manlig personal blev anklagade för sexuellt ofredande då de varit ensamma med patienten.

”Jag som kille måste ju framförallt tänka mig för en eller två gånger när jag delar mediciner till exempel och går in i rummet å är försiktig och knackar på dörren så dom är ordentligt påklädda. [...] Och framförallt inte vara uppe i ansiktet på dom utan ha ett litet avstånd från sängen.” (Deltagare 9)

Att möta manliga patienter

Manliga patienter bemöttes mer tydligt och bestämt. Det innebar att sjuksköterskan fick vara tydlig med vilken vård som kunde erbjudas utifrån patientens önskemål och behov. Manliga patienter ställde högre krav på vilken hjälp de ville ha än vad kvinnliga patienter gjorde. Sjuksköterskorna behövde därför ha ett tydligare förhållningssätt mot manliga patienter. Det fanns erfarenheter av att förväntningarna på att manliga patienter skulle klara sin behandling var lägre.

”Med män får man vara lite fyrkantigare, vara lite mer saklig, förklara vad vi kan göra och vad du har för önskemål/behov/resurser. [...] killar kan ibland komma hit med önskelista, lite så.” (Deltagare 2)

”Killar upplever jag att man kan vara ganska rakt på.” (Deltagare 1)

Kvinnliga sjuksköterskor var ibland mer försiktiga i sin kontakt med manliga patienter, eftersom de var fysiskt starkare. De manliga patienterna upplevdes ha lättare att ta till våld och hot när de var i pressade situationer.

”...kanske att jag tänker annorlunda om det är en kille för att dom är i fysiskt överläge.” (Deltagare 6)

Kvinnliga sjuksköterskor tänkte sig för när de mötte patienter av motsatta könet. De försökte ha distans när de väckte manliga patienter ifall de var avklädda, men upplevde det inte som ett problem att vara ensam med en manlig patient. Däremot fanns en känsla av att den kvinnliga sjuksköterskan kunde få arbeta mer för att få kontakt med en manlig patient.

”Men som jag brukar inte tänka på det (tydliggörande från författarna: vara ensam med manlig patient) som tjej, även om man säkert ska göra det så brukar inte jag tänka på det riktigt.” (Deltagare 6)

Att möta patienter som inte definierar sig som män eller kvinnor

Sjuksköterskorna hade begränsad erfarenhet av att möta patienter som inte definierade sig som män eller kvinnor. Uppfattningen var att bemötandet såg likadant ut som för patienter i allmänhet. De anade att det kunde skilja sig åt, men kunde inte precisera på vilket sätt. Det

fanns erfarenheter av att en patient som inte definierar sig som man eller kvinna behandlades mer likt en kvinna, genom ett mjukare bemötande. Något som framkom var att sjuksköterskorna på grund av osäkerhet och brist på erfarenhet av dessa patienter undvek frågor som hade med relationer och sexualitet att göra. Det berodde på en rädsla för att göra fel eller ställa fel frågor.

*”Det är väl det enda jag kan tänka mig att man kanske inte ställer frågorna då för att man är rädd för att det ska bli fel utan är tyst då vilket inte är bra.”
(Deltagare 9)*

Diskussion

Metoddiskussion

Under samtliga intervjuer medverkade båda studieförfattarna där den ena ledde intervjun och den andra i första hand var med som observatör. En nackdel med att båda medverkar vid intervjuerna är att deltagaren kan hamna i underläge. Det kan leda till att deltagaren har svårare att öppna sig och att information utelämnas som vore relevant för studien och dess resultat. En styrka med att båda medverkar under intervjuerna är att kunna hjälpas åt att ställa följdfrågor. Det innebär även en möjlighet att diskutera intervjuerna efteråt för att säkerställa att liknande tolkningar gjorts. När en forskare deltar vid samtliga intervjuer ges en överblick över helheten (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 1998). I informationsbrevet till deltagarna framgår det att intervjuerna skulle vara mellan 20–30 minuter. Anledningen till detta är att de som är intresserade av att delta ska uppleva att de har möjlighet att göra det tidsmässigt. Det visade sig att den kortaste intervjun varade 11 minuter och den längsta 25 minuter. Då vi båda saknar erfarenhet av att intervjua kan detta ha påverkat intervjuernas längd. Intervjuernas längd och innehåll påverkas av hur frågor till intervjuguiden utformas samt hur följdfrågor ställs. Studiens tillförlitlighet påverkas av hur intervjufrågor är utformade, om de ger svar på det som avses studeras, samt på vilket sätt de ställs (Elo et al., 2014). Deltagarnas svar kan påverkas beroende på hur frågorna ställs (a.a.). Med tanke på detta utformades öppna frågor och ledande följdfrågor undveks.

För studiens trovärdighet, vad gäller subjektivitet, är en medvetenhet om forskarens förförståelse av vikt. Det är inte möjligt att helt bortse från den egna förförståelsen och inte heller det som ska eftersträvas. Däremot är det viktigt att inte tolkar in helt egna budskap som inte finns i texten (Graneheim & Lundman, 2004). I studien har förförståelse använts för att kunna ställa relevanta följdfrågor under intervjuerna. Under analysprocessen har tolkning av texterna diskuterats för att minimera risken för feltolkningar, vilket möjliggjorts genom att det varit två studieförfattare. Utifrån studiens syfte har kategorier formulerats med subkategorier och reviderats efter hand för att kategorier och syfte ska stämma överens.

I analysprocessen stärks överförbarheten om resultatet är tydligt och utförligt (Elo et al., 2014; Graneheim & Lundman, 2004). Läsaren av en studie kan bedöma dess giltighet som kan indikera i vilken grad studien är överförbar. När relevanta citat används kan läsaren själv bedöma om studiens resultat är giltigt utifrån studiematerialet som citaten är hämtade från (Graneheim & Lundman, 2004). Vi anser att studiens resultat kan vara överförbart, främst till öppenvårdsverksamhet, i Sverige som bedriver specialiserad beroendevård. Det beror på att de flesta deltagarna, sex av nio (67%), i studien arbetar i öppenvård. Detta kan också ha påverkat resultatet, då det till största delen utgörs av erfarenheter från öppenvårdsenheter.

I studien togs flera etiska överväganden i beaktande. Konfidentialitet ska upprätthållas mot tredje part för att undvika negativa konsekvenser för deltagare efter studien (Lin, 2009). Med tanke på detta var ett av de etiska överväganden som gjordes att deltagarna ombads ta kontakt med oss direkt, utan enhetschefernas kännedom. Det minskar risken för att deltagarna ska få negativa konsekvenser på grund av något de berättar i intervjun, eftersom deras enhetschef inte vet att de deltar. När forskningsintervjuer genomförs ska forskaren undvika att samla in uppgifter och information som inte är nödvändig för studien för att säkerställa konfidentialitet (Lin, 2009). För att undvika att fråga om sådant som inte rör ämnet, utformades en intervjuguide. Genom att frågorna i intervjuguiden samt följdfrågor hölls öppna och neutrala gavs deltagarna möjlighet att själva välja vilken information de ville delge. Det här tillvägagångssättet används för att stärka deltagarnas konfidentialitet. Vidare informerades deltagarna om rätten till att avbryta sitt deltagande, vilket ingår i de grundläggande forskningsetiska principerna (Helsingforsdeklarationen, 2017; Lin, 2009). I studien fick deltagarna information om att de kunde avbryta sitt deltagande till dess att intervjun var genomförd, vilket de informerades om i förväg. När intervjun genomförts undertecknade deltagarna ett dokument om samtycke (bilaga II). Anledningen till att de inte kunde dra tillbaka sitt deltagande senare var att vi ansåg att det inte var möjligt att ta bort material från en specifik intervju när analysprocessen påbörjats, inom tidsramen för uppsatsen.

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie är att beskriva hur sjuksköterskor inom beroendevård upplever att patientens kön kan påverka bemötandet av patienten. I resultatet framkommer åtta subkategorier som bildar två huvudkategorier; *bemöta patienter oberoende av kön* och *bemöta patienter utifrån kön*.

När sjuksköterskan *bemöter patienten oberoende av kön* handlar det om att inte göra skillnad samtidigt som individuella skillnader såsom ålder, funktionsnivå och patientens tidigare erfarenheter tas i beaktande. Sjuksköterskorna anser att ett gott bemötande är av största vikt. Vikten av ett gott bemötande ses även i tidigare studier (Croona, 2003; Spak et al., 2017). Patienten har rätt till god vård, omtanke och respekt (SFS 2017:30). Genom ett gott bemötande främjas goda relationer mellan sjuksköterska och patient (Spak et al., 2017). Travelbee (2006) framhåller betydelsen av en mellanmänsklig relation för att sjuksköterskan ska kunna ge en god omvårdnad. En mellanmänsklig relation uppnås genom en fungerande kommunikation mellan sjuksköterska och patient (a.a.). Av resultatet framgår att kommunikationen mellan sjuksköterska och patient är en betydelsefull del av bemötande, oberoende av patientens kön. Genom kommunikation skapas en interaktion mellan patient och sjuksköterska (Travelbee, 2006). Interaktionen måste finnas för att stärka patientens hopp och skapa förutsättningar för en förändring i patientens liv (a.a.). I resultatet visar det sig att sjuksköterskornas erfarenhet är att flertalet patienter har misstro till vård och andra myndigheter, på grund av tidigare negativa erfarenheter i kontakt med dessa. Sjuksköterskornas erfarenhet är att dessa patienter, oberoende av patientens kön, är svårare att bemöta och skapa en interaktion med. En möjlig förklaring kan vara att patienter med beroende vanligen har fler diagnoser förutom beroende vilket gör omvårdnaden mer komplex. Sjuksköterskan bör ha en medvetenhet och förståelse för komplexiteten när hen bemöter patienten för att skapa en allians.

Om sjuksköterskan bemöter patienten oberoende av kön, bortses då från skillnader som existerar som kan påverka patientens vårdbehov? I studiens resultat är sjuksköterskornas erfarenheter att kvinnliga patienter är mer utsatta för våld, vilket överensstämmer med tidigare

forskning (Grella, 2008; Stevens et al., 2009). Det framkommer av resultatet att det finns en uppfattning bland vårdpersonal om att kvinnliga patienter oftare prostituerar sig, men den uppfattningen bygger på att det är vanligare att just kvinnor tillfrågas om prostitution och våld. Dock visar det sig att prostitution är vanligt bland män när de väl tillfrågas. Liknande tendenser ses även i tidigare forskning där män tillfrågas mer sällan om prostitution (Grella, 2008; Stevens et al., 2009) och sexuell utsatthet (Storbjörk, 2011) än kvinnor. När manliga patienter tillfrågas mer sällan om prostitution och om de är utsatta för våld kan det leda till att de får mindre stöd av sjuksköterskan. Att män inte tillfrågas om sin utsatthet kan bero på genusbias genom att kvinnor ses som mer utsatta på grund av omedvetna attityder om kön. Dessa attityder kan leda till att patienten inte får den vård som hen är i behov av.

Det kan finnas skäl till att sjuksköterskan bör *bemöta patienten utifrån kön*. När sjuksköterskorna i studiens resultat gör det handlar det om att de ser att det finns skillnader som kan kopplas till patientens kön och bemöter patienter utefter dessa. Sjuksköterskorna upplever att de skillnader som finns i bemötande ofta är omedvetna. Det framkommer att det finns en osäkerhet kring att bemöta patienter som inte har ett könsstereotyp beteende. Ett exempel är en kvinnlig patient som upplevs som aggressiv och är stereotypt manlig i sitt beteende och som på grund av detta får ett sämre bemötande. Ett annat exempel är den osäkerhet som uppkommer hos sjuksköterskor när de ska bemöta en patient som inte identifierar sig som man eller kvinna och på det sättet inte ingår i en traditionell könsroll. Det finns allmänna föreställningar om hur kvinnor och män förväntas bete sig, ett så kallat genuskontrakt (Hirdman, 1988). När en person avviker från det som förväntas av hen utifrån personens kön ödeläggs hela innebörden i genuskontraktet och personen blir svår att hantera för omgivningen. Det kan vara en av anledningarna till att sjuksköterskor har svårt att hantera patienter som inte har ett könsstereotyp beteende eller passar in i de traditionella könsnormerna.

Resultatet påvisade att beroende är förknippat med skuld och skam. För kvinnliga patienter innebär det att de skuldbeläggs när de prioriterar bort sina barn på grund av sitt beroende. För manliga patienter består skulden i att förväntningarna från sjuksköterskorna är lägre när det gäller att bli nyktra och drogfria. Även tidigare studier visar att både kvinnor och män med beroende upplever skam (Johansson & Wiklund-Gustin, 2016; Thurang, 2012). För kvinnor minskar skammen när de upplever att sjuksköterskan lyssnar på dem och är någon som de känner tillit till och trygghet med. För män å andra sidan är det viktigt att leda kampen mot beroende själv och att ha en sjuksköterska som kan vägleda dem i denna kamp (Thurang, 2012). I resultatet framkommer att sjuksköterskorna har ett mjukare bemötande mot kvinnor, anpassar sig och lyssnar på ett annat sätt än i relationen med män. Sjuksköterskorna värnar kvinnornas utsatthet och är mer omhändertagande mot dem. Det kan möjligen kopplas till de kvinnliga patienternas önskemål om en trygg relation till sjuksköterskan (Thurang, 2012). Av resultatet framgår att sjuksköterskorna upplever att manliga patienter ställer högre krav på vilken hjälp de vill ha och sjuksköterskorna bemöter därför manliga patienter på ett mer bestämt sätt. En möjlig förklaring kan vara att de manliga patienternas högre krav kan bero på att de själva vill leda kampen mot ett bättre liv (Thurang, 2012). Ett tydligt bemötande från sjuksköterskan kan vara den vägledning och stöttning som männen behöver och vill ha.

Alla patienter har rätt till god vård och ett professionellt bemötande (SFS 2017:30), vilket kan innebära att sjuksköterskor anpassar sitt bemötande utifrån individen, samt ibland även att bemöta utifrån patientens kön.

Slutsats

Vår studie visar att sjuksköterskornas intention är att bemöta patienter lika, men i studien framkommer omedvetna och medvetna skillnader i bemötande som kan kopplas till patientens kön. Dessa skillnader är att bemötande mot kvinnor är mjukare, medan bemötande mot män är mer bestämt och tydligt. Det skiljer sig även åt gällande vilka frågor som ställs och inte sälls till patienter beroende på dennes kön. Det innebär att kvinnor oftare än män tillfrågas om exempelvis prostitution och patienter som inte identifierar sig som man eller kvinna får inte frågor om sexualitet/reproduktion, vilket leder till att information som kan vara nödvändig för en god vård missas. Sjuksköterskorna i studien upplever att det finns svårigheter att bemöta patienterna oberoende av kön, delvis utifrån tidigare negativa upplevelserna, men även utifrån individuella skillnader. Vikten av att se människors värde och bemöta dem på ett professionellt sätt understryks.

Kliniska implikationer

En grundutbildad- eller specialistutbildad sjuksköterska ska ges möjlighet att kontinuerligt erhålla utbildning om kön- och genusmedvetet bemötande till patienter inom vården, psykiatri och beroendevård inkluderat. Kunskap om vad som utgör ett professionellt bemötande i beroendevård är viktig, i synnerhet eftersom patienter med beroende ofta har tidigare negativa erfarenheter samt inte minst samsjuklighet med andra psykiatriska diagnoser. Det medför att patienternas problematik är än mer komplex, vilket gör sjuksköterskans behov av kunskap inom psykiatrisk omvårdnad större. Ökad kompetens ger sjuksköterskan bättre förutsättningar att bemöta patienter på ett bra sätt och därmed skapa en allians med patienten, vilket är en förutsättning för en god omvårdnad. För att ge en patient så god vård som möjligt ska sjuksköterskan ha förståelse för att det är svårt och inte heller alltid önskvärt att bortse från patientens kön. Däremot är det viktigt att arbeta individanpassat. Då det inte finns någon tidigare forskning om bemötande i beroendevård utifrån patientens kön ses ett behov av vidare forskning inom området för att undersöka om liknande eller skilda resultat framkommer.

Referenser

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3th edition*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Augustinsson, S. (2012). Vetenskapsteori och vetenskapsfilosofi. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 15-26). Lund: Studentlitteratur.
- Becker, J. B. & Hu, M. (2008). Sex differences in drug abuse. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 29(1), 36-47.
- Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. (2017). *Drug trends in Sweden 2017*. Stockholm: EO Grafiska.
- Croona, G. (2003). *Etik och utmaning: om lärande av bemötande i professionsutbildning* (Doktorsavhandling, 38). Växjö: Växjö University Press. Tillgänglig: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:206684/FULLTEXT01.pdf>
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 163-176). Lund: Studentlitteratur.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *The Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K. & Kyngäs, H. (2014). Qualitative content analysis: a focus on trustworthiness. *SAGE open*. Doi: 10.1177/2158244014522633
- Fakhr-Movahedi, A., Salsali, M., Negharandeh, R. & Ranhavard, Z. (2011). A qualitative content analysis of nurse-patient communication in Iranian nursing. *International Nursing Review*, 58(2), 171-180.
- Fossum, B. (2013). Kommunikation och bemötande. I B. Fossum (Red.). *Kommunikation: samtal och bemötande i vården*. (s. 25-50). Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

- Grella, C. E. (2008). From generic to gender-responsive treatment: changes in social policies, treatment services, and outcomes of women in substance abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 40(5), 327-339.
- Helsingforsdeklarationen. (2017). *World medical association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 2018-01-24 från, <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Hirdman, Y (1988), *Genussystemet - teoretiska funderingar kring kvinnors sociala underordning*. Rapport 23, Maktutredningen: Uppsala.
- Hummervoll, J. K. & Barbosa sa Silva, A. (1998). The use of the qualitative research interview to uncover the essence of community psychiatric nursing. *Journal of Holistic Nursing*, 16(4), 453-478.
- Jacobsson, U. (2007). Möten och bemötande i hälso- och sjukvården. *Socialmedicinsk tidskrift*, 84(6), 541-548.
- Johansson, L. & Wiklund-Gustin, L. (2016). The multifaceted vigilance – nurses' experiences of caring encounters with patients suffering from substance use disorder. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), 303-311.
- Kasén, A. (2017). 'Patient' och 'sjuusköterska' i en vårdande relation. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (s. 97-112). Lund: Studentlitteratur AB.
- Khan, S., Okuda, M., Hasin D.S., Secades-Villa, R., Keyes, K., Lin, K.H...Blanco, C. (2013). Gender differences in lifetime alcohol dependence: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Alcoholism: Clinical and Experimental research*, 37(10), 1696-705. doi: 10.1111/acer.12158.
- Lin, L-C. (2009). Data management and security in qualitative research. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 28(3), 132-137.
- Maguire, T., Daffern, M. & Martin, T. (2014). Exploring nurses' and patients' perspective of limit setting in a forensic mental health setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(2), 153-160.
- Motion 2008/09:Ub299. *Genuskunskap och genussäkring inom vård och omsorg*. Tillgänglig: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/motion/genuskunskap-och-genussakring-inom-var-d-och-omsorg_GW02Ub299
- Mueller, S. E., Degen, B., Petitjean, S., Wiesbeck, G. A., & Walter, M. (2009). Gender Differences in Interpersonal Problems of Alcohol-Dependent Patients and Healthy Controls. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6(12), 3010–3022. doi:10.3390/ijerph612301
- Nationella sekretariatet för genusforskning (2016). *En introduktion till genusvetenskapliga begrepp*. Göteborg: Nationella sekretariatet för genusforskning.

- Neale, J., Nettleton, S. & Pickering, L. (2013). Gender sameness and difference in recovery from heroin dependence: A qualitative exploration. *International Journal of Drug Policy*, 25(1), 3-12. doi: 10.1016/j.drugpo.2013.08.002.
- Phersson, T. & Tengelin, E. (2015). Genusnormer – normer som skapar kvinnor och män. I E. Dahlborg Lyckhage, G. Lyckhage & E. Tengelin (Red.). *Jämlig vård: normmedvetna perspektiv*. (s. 107-126). Lund: Studentlitteratur.
- Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor och svensk sjuksköterskeförening. (2014). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med Specialistsjuksköterskeexamen, inriktning psykiatrisk vård*. Hämtad 16 november 2017, från <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/>
- SBU. (2015). *Erfarenheter och upplevelser av bemötande och hjälp bland personer med självskadebeteende*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).
- SFS 2008:567. *Diskrimineringslagen*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.
- Socialstyrelsen. (2008). *Mot en mer jämställd sjukvård och socialtjänst*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2015). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2017). *Statistik om vuxna personer med missbruk och beroende 2016*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2011:35. *Bättre insatser vid missbruk och beroende. Individerna, kunskapen och ansvaret*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
- Spak, F., Jakobson, A., Hansson, B., Silfversparre, F., Lundell, L., Hagen, N. & Natt och Dag, Y. (2017). *Bemötande inom beroendevård. En kvalitativ undersökning om upplevelser hos personal och patienter*. Göteborg: Göteborgs universitet, CERA, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Västra götalandregionen.
- Stevens, S. J., Andrade, R. A. C., & Ruiz, B. S. (2009). Women and substance abuse: gender, age, and cultural considerations. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 8(3), 341-358. Doi: 10.1080/15332640903110542
- Storbjörk, J. (2011). Gender differences in substance use, problems, social situation and treatment experiences among clients entering addiction treatment in Stockholm. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 28(3), 185–209.

- Thurang, A. (2012). *Vardagslivet och vårdandet för kvinnor och män med alkoholberoende: en studie om alkoholberoende kvinnor och mäns levda erfarenhet av att leva med och vårdas för alkoholberoende* (Doktorsavhandling, 81). Växjö: Linnéuniversitetet.
- Travelbee, J. (2006). *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje*. København: Munksgaard.
- Van Etten, M. L. & Anthony, J. C. (2001). Male-female differences in transitions from first drug opportunity to first use: searching for subgroup variation by age, race, region, and urban status. *Journal of Women's Health & Gender-based medicine*, 10(8), 797-804.
- Wu, Y. P., Thompson, D., Aroian, K. J., McQuaid, E. L. & Deatrick, J. A. (2016). Commentary: Writing and evaluating qualitative research reports. *Journal of Pediatric Psychology*, 41(5), 493-505.
- Öhman, A. (2009). *Genusperspektiv på vårdvetenskap*. Stockholm: Högskoleverket i samarbete med Nationella sekretariatet för genusforskning.

Hej!

Vi är två studenter som går sista året på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning psykiatri. För vår magisterexamen ska vi skriva om "sjuksköterskors patientbemötande i beroendevård utifrån ett genusperspektiv". Därför söker vi kontakt med er för att fråga om er enhet vill delta i en intervjustudie. Vi kommer att kontakta er via e-mail inom cirka en vecka för besked om ni beviljar denna intervjustudie. I det här dokumentet får ni information om projektet och om vad det innebär att delta.

Vad är det för studie och varför vill vi att enheten ska delta?

Enligt Socialstyrelsen (2015) har en utredning från år 2009–2011 visat att 780 000 personer i Sverige har ett alkoholmissbruk, varav 330 000 är beroende. Av dessa vårdades ca 80 000 personer i öppen- eller slutenvård. 55 000 personer beräknas ha ett missbruk eller beroende av narkotika. Studier har visat att kvinnor och män blir bemötta på olika sätt samt att det även förekommer att behandling och rehabilitering skiljer sig åt. Det har visat sig att läkare behandlar kvinnor och män olika även om läkarens upplevelse var att agerandet var jämställt. Syftet med intervjustudien är att undersöka om sjuksköterskor upplever att de bemöter manliga och kvinnliga patienter på olika eller samma sätt.

Hur går studien till?

Vi riktar studien till grundutbildade sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor i psykiatri som arbetar inom beroendevård, Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Västra Götalandsregionen. Vi behöver er hjälp att komma i kontakt med dessa sjuksköterskor.

Studien kommer att genomföras med hjälp av strukturerad intervju. En intervju beräknas ta cirka 20–30 minuter och kommer att genomföras där det passar intervjupersonen bäst. Deltagandet är helt frivilligt och uppgifterna hanteras konfidentiellt. Materialet kommer att avidentifieras och hanteras med sekretess. Studien kommer att presenteras i form av ett magisterexamensarbete inom vårdvetenskap vid Högskolan Väst, under april 2018.

Vid frågor är ni välkomna att kontakta oss.

Med vänlig hälsning

Alexandra Lundell
Leg. Sjuksköterska, Fil. kand.
Specialistsjuksköterskestudent
Högskolan Väst
Tel: xxxx-xxxxxx
alexandra.lundell@student.hv.se

Bodil Gustavsson
Leg. Sjuksköterska, Fil. kand.
Specialistsjuksköterskestudent
Högskolan Väst
Tel: xxxx-xxxxxx
bodil.gustavsson@student.hv.se

Handledare
Nóra Kerekes, universitetslektor,
Ph.D i Medicinsk Neurovetenskap, Docent i Experimentell Psykiatri
nora.kerekes@hv.se

Trollhättan, 171113

Hej!

Vi är två studenter som går sista året på specialistsjuksköterskeprogrammet på Högskolan Väst, med inriktning psykiatri. För vår magisterexamen ska vi skriva om ”sjuksköterskors patientbemötande i beroendevård utifrån ett genusperspektiv”. Därför söker vi kontakt med dig för att fråga om du vill delta i en intervjustudie. Nedan hittar du information om studien och om vad deltagande skulle innebära.

Vad är det för studien och varför önskar vi att du ska delta?

Enligt Socialstyrelsen har en utredning från år 2009–2011 visat att 330 000 personer är alkoholberoende och 55 000 personer beräknas ha ett missbruk eller beroende av narkotika. År 2016 var 70% män och 30% kvinnor av de som vårdades för beroendeproblematik inom öppenvård. Fördelningen inom heldygnsvården var 75% män och 25% kvinnor. Studier har visat att patienter blir bemötta på olika sätt samt att det även förekommer att behandling och rehabilitering skiljer sig åt, beroende på patientens kön. Syftet med vår studie är att undersöka om sjuksköterskor bemöter patienter på olika sätt inom beroendevård utifrån patientens kön.

Hur går studien till?

Vi riktar studien till dig som grundutbildad sjuksköterska eller specialistsjuksköterska i psykiatri och arbetar inom beroendevård, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Studien kommer att genomföras med hjälp av strukturerad intervju. Intervjuerna beräknas ta cirka 20–30 minuter och kommer att genomföras där och när det passar dig bäst.

Deltagandet är helt frivilligt och kan avbrytas när som helst under intervjuens gång. Genomförd intervju anses som samtycke till att delta i studien. Intervjun kommer spelas in med ljudupptagning. Materialet kommer att avidentifieras och hanteras med sekretess.

Studien kommer att presenteras i form av ett magisterexamensarbete inom vårdvetenskap vid Högskolan Väst, under april 2018.

Om du är intresserad av att delta ber vi dig kontakta oss för att boka tid för en intervju.

Vid frågor är du välkommen att kontakta oss!

Med vänlig hälsning,

Alexandra Lundell
Leg. Sjuksköterska, Fil. kand.
Specialistsjuksköterskestudent
Högskolan Väst
Tel: xxxx-xxxxxx
alexandra.lundell@student.hv.se

Bodil Gustavsson
Leg. Sjuksköterska, Fil. kand.
Specialistsjuksköterskestudent
Högskolan Väst
Tel: xxxx-xxxxxx
bodil.gustavsson@student.hv.se



HÖGSKOLAN VÄST

Bilaga II

Handledare:
Nóra Kerekes,
Universitetslektor, Ph.D i Medicinsk Neurovetenskap,
Docent i Experimentell Psykiatri
nora.kerekes@hv.se

Trollhättan, 171120

Godkännande

Jag har tagit del av ovanstående information och haft möjlighet att ställa följdfrågor. Jag samtycker härmed till att delta i studien; "sjuksköterskors patientbemötande i beroendevård utifrån ett genusperspektiv".

Ort och datum

Underskrift

Namnförtydligande

Intervjuguide

Inledande information

Frivilligt deltagande.

Rätten att avbryta deltagande under intervjuens gång.

Genomförd intervju anses om samtycke att delta i studien.

Intervjun kommer att spelas in med ljudupptagning.

Data kommer att behandlas konfidentiellt.

Deltagare får ta del av studien när examensarbetet är klart.

Har deltagaren några frågor?

Inledande frågor

1. Är du grundutbildad eller specialistutbildad sjuksköterska?
2. Hur länge har du arbetat inom beroendevård?
3. Hur gammal är du?

Frågor

4. Vad innebär bemötande för dig?
5. Vilken betydelse har bemötande för patienter inom beroendevård?
6. Vad karakteriserar mötet med en kvinnlig patient i beroendevård?
7. Vad karakteriserar mötet med en manlig patient i beroendevård?
8. Vad karakteriserar mötet med en patient som inte definierar sig som man eller kvinna i beroendevård?
9. Upplever du att det finns skillnader i bemötande beroende på vilket kön patienten har? Kan du i så fall berätta om dessa? Vad tror du att skillnaderna kan bero på?

Följdfrågor

Vad tror du att skillnaderna beror på?

Vill du utveckla det lite mer?

Kan du ge ett exempel på...?

Högskolan Väst
Institutionen för hälsovetenskap
461 86 Trollhättan
Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99
www.hv.se