

**SJUKSKÖTERSORS  
ERFARENHETER AV SEXUELLA  
TRAKASSERIER PÅ  
ARBETSPLATSEN**

EN LITTERATURSTUDIE

ANNICA EKSTUBBE  
INGRID SANDSTEDT

# **SJUKSKÖTERSORS ERFARENHETER AV SEXUELLA TRAKASSERIER PÅ ARBETSPLATSEN EN LITTERATURSTUDIE**

ANNICA EKSTUBBE  
INGRID SANDSTEDT

Ekstubbe, A & Sandstedt, I. Sjuksköterskors erfarenheter av sexuella trakasserier på arbetsplatsen. En litteraturstudie *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö universitet: Fakulteten för hälsa och samhälle, Institutionen för vårdvetenskap, 2019.

**Bakgrund:** Sjuksköterskor arbetar nära sina patienter och förväntas ha en bra relation med dem för att kunna ge en god omvårdnad. När sjuksköterskan utsätts för sexuella trakasserier kan omvårdnaden av patienterna påverkas negativt. Sexuella trakasserier förekommer i flera olika former: verbalt, icke-verbalt, fysiskt och visuellt. Samtliga former är ovälkomna hos mottagaren och kan uppfattas förolämpande, förnedrande eller skrämmande. **Syfte:** Att belysa sjuksköterskors erfarenheter av sexuella trakasserier på arbetsplatsen. **Metod:** En litteraturstudie där elva vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats granskats, analyserats och sammanställts. **Resultat:** Resultatet från analysen frambringade tre teman med två kategorier vardera. Temat *Normalisering av sexuella trakasserier* omfattar kategorierna Förövarens identitet och handlingar samt Tystnadskultur. Temat *Ett professionellt förhållningssätt* rymmer kategorierna Gränssättande och Användningen av humor. Tredje och sista temat var *Konsekvenser för sjuksköterskan* med kategorierna Fysiska och psykiska konsekvenser samt Bristande stöd. Enligt sjuksköterskornas erfarenheter var förövarna främst patienter, anhöriga eller kollegor. På flera arbetsplatser var det svårt att sätta ord på sexuella trakasserier och det fanns en tystnadskultur kring ämnet. Sjuksköterskorna skapade egna strategier för att hantera ovälkomna situationer, exempelvis genom att säga ifrån, avleda, ignorera, skratta eller lämna över ansvaret till en kollega. Sexuella trakasserier kunde leda till magont, huvudvärk, skuld, skam och rädsla för patienten. Sjuksköterskorna upplevde ett bristande stöd från arbetsledningen, vilket förstärkte de negativa känslorna hos den drabbade sjuksköterskan. **Konklusion:** Sjuksköterskorna upplevde att sexuella trakasserier var vanligt förekommande och normaliserat på arbetsplatsen. Ofta saknades gemensamma strategier för att hantera problemen. Det är därför viktigt att öka medvetenheten om att sexuella trakasserier förekommer och att bryta den rådande tystnadskulturen.

**Nyckelord:** Arbetsplats, Erfarenhet, Omvårdnad, Professionell attityd, Sexuella trakasserier, Sjuksköterskor.

# NURSES' EXPERIENCES OF SEXUAL HARASSMENT AT THE WORKPLACE

## A LITERATURE REVIEW

ANNICA EKSTUBBE  
INGRID SANDSTEDT

Ekstubbe, A & Sandstedt, I. Nurses experiences of sexual harassment at the workplace. A literature review *Degree project in nursing 15 Credits*. Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of care science, 2019.

**Background:** Nurses work closely with their patients and are expected to have a good relationship with them to provide good care. When being exposed to sexual harassment, the quality of nursing care can be affected in a negative way. Sexual harassments is mainly expressed verbally, non-verbally, physically and visually. When being harassed, it usually conducts in negative emotions such as insult, humiliation and fear. **Aim:** To illuminate nurses' experiences of sexual harassment in the working place. **Method:** A literature review with qualitative design was conducted. Eleven studies were scrutinized, analyzed and summarized. **Results:** The result of the study is presented in three main themes with two sub categories each. The theme *Normalization of sexual harassment* comprehend the categories The perpetrators identity and conductions and The silent norm. The second theme, *A professional attitude* covers Setting boundaries and The use of humour. The third and last theme was *Consequences for the nurse*, and that enclosed Physical and psychical consequences and Lacking support. According to the nurses, perpetrators were mostly patients, their next of kin or colleagues to the nurses. Nurses' experience of sexual harassment demonstrated that many working places struggled with verbalizing of the issues and that it was usually taboo of talking about it. When dealing with an incident that could be acknowledged as a sexual harassment, nurses found different strategies to cope with the situation. For example telling off, averting, distraction, ignoring, laughing or to abandon the responsibility to a colleague. Long term consequences that were reported were feelings of shame, guilt, neglect, headache and stomach ache. Nursing management were reported to overlook the seriousness of sexual harassment, subsequently, it increased the nurses negative emotions. **Conclusion:** Sexual harassments were considered normalized and something that occurred regularly at nurses' workplaces. There was often a lack of common strategies to manage the issues. It is therefore of great importance to increase the awareness of sexual harassment, its occurrence and to diminish the culture of silence that currently exists at many workplaces.

**Keywords:** Experience, Nurses, Nursing, Professional attitude, Sexual harassment, Workplace

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b>	5
<b>BAKGRUND</b>	5
Sexuella trakasserier	6
Arbetsgivarens ansvar	6
Förekomst	7
Personcentrerad vård	8
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	8
<b>SYFTE</b>	8
<b>METOD</b>	8
Litteratursökning	9
Inklusionskriterier	9
Relevans- och kvalitetsgranskning	10
Analysmetod	11
Forskningsetiska överväganden	12
<b>RESULTAT</b>	12
Normalisering av sexuella trakasserier	14
Förövarens identitet och handlingar	14
Tystnadskultur	14
Ett professionellt förhållningssätt	15
Gränssättande	15
Användningen av humor	16
Konsekvenser för sjuksköterskan	16
Fysiska och psykiska konsekvenser	16
Bristande stöd	17
<b>DISKUSSION</b>	18
Metoddiskussion	18
Studiedesign	18
Litteratursökning	18
Kvalitetsgranskning	19
Trovärdighet och överförbarhet	19
Resultatdiskussion	20
Normalisering av sexuella trakasserier	20
Ett professionellt förhållningssätt	21
Konsekvenser för sjuksköterskan	21
<b>KONKLUSION</b>	22
<b>FORTSATT KUNSKAPSUTVECKLING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE</b>	23
<b>REFERENSER</b>	24
<b>BILAGOR</b>	27
Bilaga 1 - Databassökning	27
Bilaga 2 – SBU:s granskningsmall	31
Bilaga 3 - Artikelmatriser	33

## INLEDNING

I oktober 2017 uppmärksammades #metoo globalt. Efter polisanmälningar och anklagelser om sexuella övergrepp mot en känd filmregissör startades uppror bland kvinnor världen över. Syftet var att synliggöra hur vanligt det är att sexuellt ofredande, övergrepp och trakasserier drabbar kvinnor i samhället. Lokala upprop startades bland olika yrkesgrupper, däribland sjuksköterskor. Historier om övergrepp, såväl fysiska som verbala, samlades bland annat under hashtagen #nustickerdetill. Uppropet har haft stor betydelse för hur det pratas om sexuella trakasserier och maktstrukturer i samhället och på arbetsplatser. Med #metoo i åtanke väcktes intresset för ämnesvalet och en diskussion om sexuella trakasserier i vårdsammanhang påbörjades. Studier på sjuksköterskors välmående och arbetsmiljö är också viktigt för att förstå hur det går att optimera och ge patienter bäst möjliga vård. Målet med examensarbetet är att öka kunskapen om sjuksköterskors erfarenheter vid sexuella trakasserier på arbetsplatsen. Ökad kunskap är viktigt för att bemöta, hantera och förebygga sexuella trakasserier. Därigenom kan också vårdkvalitén och patientsäkerheten öka.

## BAKGRUND

Sexuella trakasserier skapar en skrämmande, fientlig och kränkande miljö och kan påverka arbetet hos den som drabbas negativt (World Health Organization - WHO 2017). Trots det blir de sexuella trakasserier ofta bortförklarade som en del av arbetet inom sjukvården (Robbins m.fl. 1997). Sjuksköterskan jobbar nära sina patienter och förväntas ha en god relation till dem för att kunna ge optimal omvårdnad (a.a.). Den legitimerade sjuksköterskan ska följa Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30 (HLS) 3:1 och se till att hela befolkningen får en likvärdig vård som främjar god hälsa. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (SSF 2010) är det en mänsklig rättighet att ha tillgång till vård och hälsa. En personcentrerad vård och god hälsa är en gemensam drivkraft för hälso- och sjukvården. Stöd och hjälp ska ges genom ett gott bemötande från sjuksköterskan (a.a.). Hälsa är ett brett begrepp som bland annat innefattar sexuell hälsa. En god sexuell hälsa beskrivs av WHO (2010) som:

*“...a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled.”*

## **Sexuella trakasserier**

WHO (2017) definierar sexuella trakasserier som följer:

*“Sexual harassment is understood as any unwelcome, unsolicited and unreciprocated, sexual advance, request for sexual favour, verbal or physical conduct or gesture of a sexual nature, or any other behaviour of a sexual nature (including pornography, sexually-coloured remarks) that has or that might reasonably be expected or be perceived to offend, humiliate or intimidate another person”.*

Sexuella trakasserier kan yttras på olika sätt: verbalt, icke-verbalt, fysiskt och visuellt (International Labour Organization - ILO 2013; WHO 2017). Det är handlingar av sexuell karaktär som inte accepteras av mottagaren och det är därför också nödvändigt att se till mottagarens upplevelse och perspektiv vid sådana situationer (ILO 2013). Verbala sexuella trakasserier kännetecknas av sexistiska och nedsättande kommentarer om någons könstillhörighet, utseende, klädsel eller beteende. Det kan också vara sexistiska skämt, pikar, glåpord, sexuella antydningar, yrkande eller krav på sexuella tjänster eller ryktesspridning om individers sexualitet och sexliv. Icke-verbala trakasserier kan vara granskning av en persons kropp, nedsättande och/eller kränkande sexuella gester och kroppsspråk. Sexuella trakasserier i fysisk form uttrycks genom olika fysiska närmanden. Visuella trakasserier innebär exempelvis att skicka olämpliga sms och email, innehavande och uppvisande av grafiskt material som pornografi och nakenbilder. Gemensamt för de olika formerna är att de gör intrång på och inte tar hänsyn till mottagarens personliga sfär. Det kan röra sig från ovälkomna kramar, fysisk beröring och tafsande till att våldföra sig eller stalka någon (a.a.).

Sexuella trakasserier handlar inte alltid om den sexuella handlingen i sig, utan kan istället vara ett yttrande av maktmissbruk (Robbins m.fl. 1997). Det i sig är ett resultat av en patriarkal samhällsstruktur (a.a.). Sexuella trakasserier kan vara ett resultat av skillnader i status och maktförhållande mellan kvinnor och män, där strukturen blivit kulturellt accepterat och kvinnan därmed ses som underordnad mannen (Hensing 2004). Kvinnor framställs ibland som sexuella varelser och föremål för mäns sexualitet. Maktutövande kan också återfinnas på organisationsnivå. I väldigt hierarkiskt uppbyggda organisationer där personer med makt tar sig friheter mot dem med mindre makt, ökar risken för trakasserier hos de underordnade. Ett exempel är hur kvinnliga läkarstudenter på grundutbildningen är särskilt utsatta, på grund av att de är både kvinnor och studenter. Sexuella och könsrelaterade trakasserier tycks minska om arbetsgruppen har en jämn könsfördelning (a.a.). Kränkningar kan ske mellan personer av olika eller samma kön (Robbins m.fl. 1997; WHO 2017) och kan även ske utanför arbetstid och arbetsplatsen (WHO 2017).

## **Arbetsgivarens ansvar**

Arbetsgivaren har enligt Arbetsmiljölagen (AML) 3:2 en rad skyldigheter för att förhindra att arbetstagare utsätts för ohälsa eller olycksfall på arbetsplatsen. Det innebär bland annat att uppmärksamma särskilda risker som kan uppstå av att arbeta ensam (a.a.). Arbetsgivaren är också skyldig att förebygga och motverka alla former av könsdiskriminering. Det innefattar att verka för allas lika rättigheter och möjligheter oavsett kön, könsöverskridande identitet/uttryck samt sexuell läggning (Diskrimineringslagen- DL 3:1). En viktig faktor i organisationens

förbättringsarbete är den inställning och förståelse som organisationens ledare och chefer har om sexuella och könsrelaterade trakasserier (Hensing 2004). Det ska finnas riktlinjer och rutiner för verksamheten i syfte att förhindra diskriminering och sexuella trakasserier (DL 3:6). Om en arbetstagare anser sig ha blivit utsatt för någon form av trakasserier från kollegor eller annan på arbetsplatsen är det arbetsgivarens skyldighet att utreda händelsen och vidta åtgärder för att det inte ska upprepas igen (DL 2:3).

### **Förekomst**

Det är svårt att få fram tydliga siffror på förekomsten av sexuella trakasserier bland sjuksköterskor (Spector m.fl. 2014; Robbins m.fl. 1997). Enligt Bullough och Valente (2004) är sjuksköterskor en grupp som i hög grad blir utsatta för sexuella trakasserier. Ungefär hälften av alla kvinnliga sjuksköterskor har någon gång utsatts för sexuella trakasserier (a.a.). I en metaanalys av Spector m.fl. (2014) visade sig att cirka en fjärdedel av sjuksköterskor globalt har upplevt sexuella trakasserier. Siffrorna är då ett medelvärde av studier som antingen undersökt sjuksköterskornas utsatthet det senaste året eller alla de yrkesverksamma åren. Andelen drabbade sjuksköterskor sett över karriären kan därför vara betydligt högre. Det är också viktigt att tänka på att det kan finnas ett stort mörkertal som inte rapporterats eller dokumenterats. Resultaten skiljer sig också globalt sett. Det finns exempelvis en studie som visar att kvinnor från mellanöstern är tveksamma till att erkänna utsatthet av sexuella trakasserier (a.a.).

I Sverige är det svårt att få fram entydiga siffror vad beträffar förekomsten av sexuella trakasserier (Arbetsmiljöverket 2016; Brottsförebyggande Rådet - BRÅ 2018). Arbetsmiljöverket (2016) granskade 2013/2015 yrken där personal utsatts för våld eller hot om våld efter kön. Sjuksköterskorna toppade listan där 46 % av de tillfrågade utsatts, tätt följt av vård- och omsorgspersonal, barnmorskor, sjuksköterskor med särskild kompetens samt psykologer. Snittet för samtliga yrken var betydligt lägre och låg på 14 %. I de yrkeskategorier som toppade listan framkom en tydlig bild av att kvinnor utsätts i större utsträckning än män. Ett undantag var dock vård- och omsorgspersonal där männen dominerade (a.a.). Senare publicerade Arbetsmiljöverket (2018) ytterligare en rapport där den psykosociala arbetsmiljön hos anställda inom flertalet yrkeskategorier, inklusive hälso och sjukvårdspersonal, under de senaste tolv månaderna granskats. I kategorin kvinnor 16-29 år rapporterades 30% drabbade medan män i samma ålder landade på siffran 4%. Rapporten visade att kvinnor drabbas i högre grad än män samt att förekomsten sjönk med ökande ålder (a.a.).

Sexuella trakasserier kan leda till negativa konsekvenser för sjuksköterskans fysiska och psykiska välmående. Det kan vidare leda till nedsatt koncentrationsförmåga och minskad motivation för arbetet (Robbins m.fl. 1997). Det kan också påverka organisationen i stort med ökade kostnader på grund av personalomsättning och sjukfrånvaro (a.a.). Dessutom kan sexuella trakasserier påverka omvårdnaden negativt. Bullough och Valente (2004) ger ett exempel på en sådan händelse med direkt anslutning till sexuella trakasserier. I händelsen har en sjuksköterska gett antikoagulantia till en nyopererad patient. Sjuksköterskan får höra glåpord och kommentarer om sin kropp från patienten under tiden hen arbetar, blir upprörd och rusar ut i tårar. Konsekvenserna blir att förbandet inte fästs tillräckligt och en kraftig blödning uppstår när patienten sedan rör sig (a.a.).

## **Personcentrerad vård**

Sjuksköterskor ska arbeta för att främja god kontakt mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal samt värna om patientens självbestämmande (HSL 5:1). Personcentrerad vård är ett vedertaget begrepp inom sjukvården, inom såväl medicin som omvårdnad (Edvardsson m.fl. 2008). Syftet med personcentrerad vård är att se till hela patientens situation. Det innebär att stötta patientens rättigheter och se till personens styrkor och resurser, inte bara det sjuka som utgör hinder. Det inkluderar också att se till patientens historia, familj och anhöriga, motivera och tillåta patienten att vara delaktig i situationen den befinner sig i (a.a.). Ekman m.fl. (2011) presenterar tre fundamentala delar av personcentrerad vård, patientens berättelse, partnerskap och samverkan i beslutsfattande samt dokumentation. Det är för att öka patienters delaktighet och inflytande i sitt vårdande. Det innebär också att dokumentera patientens önskningar och viljor för framtida vårdtillfällen. Tillämpandet av personcentrerad vård har visat sig ha goda effekter i studier hos personer med demens (Edvardsson m.fl. 2008). Enligt Ekman m.fl. (2011) ökar de positiva hälsoeffekterna och patienters belåtenhet av vården vid ett personcentrerat förhållningssätt.

## **PROBLEMFORMULERING**

Forskning inom omvårdnad sker vanligen utifrån patientperspektivet (Spector m.fl. 2014). Det finns dock forskning kring sjuksköterskornas erfarenheter vad beträffar exponering av fysiskt våld, däremot finns det sparsamt med forskning vad beträffar sexuella trakasserier. Först när alla former av våld synliggörs finns möjligheten att skapa en trygg arbetsmiljö (a.a.). Sjuksköterskorna möter dagligen patienter, anhöriga och kollegor i sitt arbete. En grundläggande del av sjuksköterskeyrket innebär att ge alla patienter bästa möjliga vård på lika villkor (HSL 2017:30). Ifall sjuksköterskorna utsätts för sexuella trakasserier kan det vara svårt att hantera eftersom kränkningen är personlig och drabbar individen. Genom att samla in sjuksköterskors erfarenheter vid dessa händelser blir det möjligt att förstå vilken kunskap som finns kring sexuella trakasserier. Om sjuksköterskornas erfarenheter lyfts fram finns det möjlighet att ta till åtgärder. I annat fall finns det risk för att pågående sexuella trakasserier påverkar sjuksköterskornas välmående och på sikt även omvårdnaden av patienten, arbetsgruppen och organisationen.

## **SYFTE**

Syftet var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av sexuella trakasserier på arbetsplatsen.



## METOD

Syftet besvarades genom en litteraturstudie baserad på studier med kvalitativ ansats. Polit och Beck (2014) karaktäriserar litteraturstudier som en översikt över befintlig forskning om en viss fråga, där syftet är att kartlägga nuvarande kunskap men också identifiera kunskapsluckor inom området. Den kvalitativa studiedesignen lämpar sig för spegling av människors erfarenheter, åsikter och uppfattningar. För struktur i processen användes relevant metodlitteratur. Information samlades, analyserades och tolkades kritiskt för att sedan summeras i resultat (a.a.).

### Litteratursökning

För att skapa struktur och avgränsa litteratursökningen användes POR-modellen (Willman m.fl. 2016). Förkortningen står för *population* (P), *område* (O) och *resultat* (R). Se tabell 1.

Tabell 1. POR-modell (Willman m.fl. 2016)

<u>Population</u>	<u>Område</u>	<u>Resultat</u>
Sjuksköterskan	Sexuella trakasserier	Erfarenheter

Litteratursökningen genomfördes i databaserna CINAHL, PubMed och PsycINFO. Enligt Polit och Beck (2014) är CINAHL särskilt lämpad för sjuksköterskor och omvårdnadsforskning. I PubMed publiceras forskning inom både medicin och omvårdnad (a.a.). I PsycINFO publiceras forskning som berör psykologi, medicin och omvårdnad (Forsberg & Wengström 2016). Databassökningen återges i bilaga 1.

### Inklusionskriterier

Inklusionskriterier avser att definiera vilka artiklar som kan vara med i studien (Polit & Beck 2014). För den här studien användes följande inklusionskriterier:

- Studierna skulle vara av kvalitativ design.
- Studierna skulle vara på Engelska, Svenska eller Danska.
- Studierna skulle vara publicerade mellan 2000 och 2018.

För att göra relevanta sökningar skapades i databaserna olika sökblock kombinerade med booleska sökoperatörer (Forsberg & Wengström 2016). Sökoperatörerna OR och AND användes för att rikta sökningen mot önskat område. Sökningen breddades genom att använda OR mellan alla sökord inom varje enskilt sökblock. AND användes mellan de olika sökblocken för att på så vis få en så specifik sökning som möjligt. Tre olika sökord låg till grund för sökningen. De bestod av de bärande begrepp som återfanns i syftet och framkom i POR-modellen. Sökblocken baserades på sökorden "Nurse", "Sexual harassment" och "Experience". För att skapa en så bred litteratursökning som möjligt kombinerades fritext med så kallade ämnesord (Polit & Beck 2014). I CINAHL heter ämnesorden CINAHL headings (MH), medan de i PubMed kallas för Medical Subject Headings eller MeSH-termer. I PsycINFO kallas ämnesorden

thesaurus. Dessa användes för att identifiera artiklar med innehåll som kunde kopplas till ämnesorden, vilket i sin tur gav ett bredare sökresultat. För att få med nya artiklar som ännu inte indexerats med ämnesord, användes fritextord i kombination med ämnesord (a.a.). Trunkering (\*) användes när det var möjligt för att söka på alla ändelser av ett fritextord. De artiklar som ansågs besvara syftet valdes ut för ytterligare granskning och analys. Redovisning av urvalsprocessen presenteras i tabell 2.

Tabell 2. Urvalsprocessen av litteratursökningarna.

Databas, datum	Sökblock	Antal träffar/ lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Granskade med protokoll	Inkluderade studier
CINAHL 2018-11-14	Nurse AND Sexual harassment AND experience	113	85	11	7	4
PubMed 2018-11-15	Nurse AND Sexual harassment AND experience	136	120	15	9	6
PsycINFO 2018-11-18	Nurse AND Sexual harassment AND experience	71	27	9	3	1
Totalt		320	232	35	19	11

### Relevans- och kvalitetsgranskning

För kvalitetsgranskning av utvalda artiklar användes Statens beredning för medicinsk och social utvärderings granskningsmall för kvalitativa studier (SBU 2017). Granskningsmallen innehöll fem huvudkategorier frågeställningar om syfte, urval, datainsamling, analys och resultat. Frågorna berörde bland annat huruvida kategorierna var beskrivna, relevanta, kontext och medvetenhet. Svarsalternativen som angavs var *ja*, *nej*, *oklart* och *ej tillämbart*. Ett *ja* gjorde att artikeln erhöll ett poäng, således var antal *ja*-svar avgörande för artiklarnas kvalitet. Gränsen för hög kvalitet bedömdes vara vid 16 *ja*-svar. Gränsen för medel hög kvalitet var vid elva poäng. Allt därunder ansågs hålla låg kvalitet. Granskningen skedde oberoende av varandra för att undvika bias. Därefter jämfördes det för vidare diskussion och analys. En artikel (Cogin & Fish 2009) använde sig av mixed-method design. Endast resultatet från den kvalitativa delen extraherades. SBUs granskningsmall återfinns i bilaga 2. Resultatet av kvalitetsgranskningen redovisas i form av en artikelmatris (Bilaga 3).

## Analysmetod

Innehållsanalys användes för att analysera de utvalda studiernas resultat. Enligt Forsberg och Wengström (2016) lämpar sig en innehållsanalys för kvalitativa litteraturstudier. Det för att behandla mängden av text systematiskt och få en överblick av materialet. En innehållsanalys innebär upprepad läsning av material, identifiering av fraser, kodning av dessa och slutligen reducering till teman. Exempel på analysprocessen kan följas i tabell 3.

Processen strukturerades och följdes enligt Forsberg och Wengströms (2016) fem steg:

1. Texten som skulle analyseras lästes upprepade gånger.
2. Texternas meningsbärande enheter identifierades, kodning gjordes genom att utvinna meningsenheter och fraser från resultaten som besvarade syftet.
3. Koderna kondenserades till kategorier och sammanfattades i teman.
4. Likheter, skillnader och motsatser ur texterna identifierades.
5. Resultatet sammanställdes och diskuterades.

Tabell 3. Exempel på analysprocessen

Citat	Översatt citat	Kod	Kategori	Tema
“It is a professional person who enters the room but you turn into the human behind the external exterior, because it is hard to maintain the professional distance, when it is unclear what you should do as a professional. The blanket is swept away under your Feet” (Nielsen m.fl. 2017).	Det är en professionell person som kommer in rummet, men du förändras till människan bakom fasaden, därför att det är svårt att bibehålla det professionella avståndet när det är oklart vad du förväntas göra som professionell yrkesutövare. Mattan sopas bort under dina fötter.	Svårt att bibehålla professionell distans	Sätta gränser	Det professionella förhållningssättet

## Forskningsetiska överväganden

Vid all forskning som involverar människor måste grundlig övervägning av de forskningsetiska aspekterna ske (Polit & Beck 2014). Då examensarbetet var en litteraturstudie så krävdes inte den grundliga granskning som utförs vid empiriska studier. Artiklarna granskades istället utifrån SBU (2017) kvalitetsgranskning och granskningsmall för att identifiera etiskt resonemang. Samtliga inkluderade artiklar var etiskt godkända av relevant kommitté eller universitet.

## RESULTAT

Resultatet baserades på elva vetenskapliga artiklar med kvalitativ design. Utav dessa bedömdes fem vara av hög kvalitet (Dougherty m.fl. 2011; Higgins m.fl. 2009; Nielsen m.fl. 2017; Najafi m.fl. 2016), fem av medium kvalitet (Cogin & Fish 2009; Henderson 2003; Hellzén m.fl. 2004; Keogh & Gleeson 2006; MacKusick & Minick 2010; Madison & Minichiello 2004) och en av låg kvalitet (Madison & Minichiello 2000). Tre av artiklar var utförda i Australien (Cogin & Fish 2009; Madison & Minichiello 2000; Madison & Minichiello 2004), två i Irland (Keogh & Gleeson 2006; Higgins 2009), två i USA (Dougherty m.fl. 2011; MacKusick & Minick 2010), en i Danmark (Nielsen m.fl. 2017), en i Sverige (Hellzén m.fl. 2004) och en i Iran (Najafi m.fl. 2016). En artikel utfördes i både Kanada och Storbritannien (Henderson, 2003). Vad beträffar de tio artiklarna som hade kvalitativ ansats var fyra ostrukturerade intervjuer (Higgins m.fl. 2009; Madison & Minichiello 2000; Madison & Minichiello 2004; Najafi m.fl. 2016), tre semi-strukturerade intervjuer (Cogin & Fish 2009; Keogh & Gleeson 2006; MacKusick & Minick 2010), en interprestivisk ansats (Dougherty m.fl. 2011), en fokusgrupp (Henderson 2003), en narrativ intervjudesign (Hellzén m.fl. 2004) och slutligen en gruppintervju (Nielsen m.fl. 2017). En översikt av teman och dess kategorier återfinns i tabell 4. En översikt över resultatets teman och vilka artiklar som är aktuell för respektive tema finns presenterat i tabell 5.

Tabell 4. Översikt för resultatets teman och kategorier

Tema	Kategori
Normalisering av sexuella trakasserier	Förövarens identitet och handlingar Tystnadskultur
Ett professionellt förhållningssätt	Gränssättande Användningen av humor
Konsekvenser för sjuksköterskan	Fysiska och psykiska konsekvenser Bristande stöd

Tabell 5. Översikt över resultatets teman.

Teman	Normalisering av sexuella trakasserier	Ett professionellt förhållningssätt	Konsekvenser för sjuksköterskan
Cogin & Fish (2009)	<b>X</b>		
Dougherty m.fl (2011)	<b>X</b>		<b>X</b>
Hendersen (2003)	<b>X</b>		<b>X</b>
Hellzén m.fl (2004)	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Higgins m.fl (2009)	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Keogh & Gleeson (2006)			<b>X</b>
MacKusick & Minick (2010)	<b>X</b>		<b>X</b>
Madison & Minichiello (2000)	<b>X</b>	<b>X</b>	
Madison & Minichiello (2004)		<b>X</b>	<b>X</b>
Najafi m.fl (2017)	<b>X</b>	<b>X</b>	
Nielsen m.fl (2017)	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>

## **Normalisering av sexuella trakasserier**

Sjuksköterskornas erfarenheter visade att sexuella trakasserier i hög grad var normaliserat på arbetsplatserna så pass mycket att det ansågs vara en del av det vardagliga arbetet (Cogin & Fish 2009; Dougherty m.fl. 2011; Hellzen m.fl. 2004; Henderson 2003).

### *Förövarens identitet och handlingar*

Den grupp som främst uppgavs utsätta sjuksköterskorna för sexuella trakasserier var patienter, följt av deras anhöriga och slutligen egna kollegor på arbetsplatsen (Cogin & Fish 2009; Dougherty m.fl. 2011; Hellzen m.fl. 2004; Henderson 2003). Kollegorna kunde vara både sjuksköterskor, läkare eller chefer (Cogin & Fish 2009; Dougherty m.fl. 2011; MacKusick & Minick 2010). När sexuella trakasserier utfördes av kollegor upplevdes det som mer obehagligt för den drabbade sjuksköterskan än när det var patienter som var förövaren (Cogin & Fish 2009; Dougherty m.fl. 2011). Sjuksköterskorna kände då en osäkerhet på arbetsplatsen och en rädsla för att det skulle kunna upprepas, särskilt i situationer där de arbetade ensamma (a.a.).

Sjuksköterskorna upplevde sexuella trakasserier från patienter olika, beroende på om händelserna var avsiktliga eller omedvetna (Nielsen m.fl. 2017). Avsiktliga sexuella trakasserier hade större negativ känslomässig effekt (a.a.).

Sjuksköterskornas syn på sexuella trakasserier berodde till stor del på vem förövaren var. Det påverkade också huruvida vissa beteenden ursäktades mer än andras (Cogin & Fish 2009). Faktorer som påverkade synen på förövaren var bakgrund, kön, ålder och etnicitet, samt om personen led av sjukdom eller kognitiv nedsättning, exempelvis demens (a.a.). En grupp förövare identifierades som *äldre och förvirrade män* (Cogin & Fish 2009; Dougherty m.fl. 2011). Deras sexuella beteende ursäktades av många sjuksköterskor med att de inte kunde hjälpa att de agerade som de gjorde och inte visste bättre (a.a.). Sjuksköterskorna uppfattade att en historiskt negativ stereotyp bild av deras yrke ibland fanns kvar hos patienter (Cogin & Fish 2009; Dougherty m.fl. 2011; Higgins m.fl. 2009). Detta fick som följd att flera kände att de inte bemöttes som professionella yrkesutövare. Istället fanns farhågor att bli sexuellt objektifierad, ses som sexuellt tillgänglig eller som "gående madrasser". Dessutom fanns förutfattade meningar om sjuksköterskor som den omhändertagande kvinnan, modern och systemen. Det upplevdes negativt att bli bemött som sjuksköterska och dessutom kvinna, i motsats till att vara läkare och man (a.a.). Sexuella trakasserier i verbal form förekom mot både kvinnliga och manliga sjuksköterskor, medan de icke verbala formerna var något framförallt kvinnliga sjuksköterskor fick erfara (Najafi m.fl. 2017).

### *Tystnadskultur*

Sjuksköterskornas erfarenheter visade att det var ovanligt att prata om sexualitet och sexuella trakasserier på arbetsplatsen (Nielsen m.fl. 2017). Sjuksköterskorna hade också svårt att sätta ord på sina erfarenheter, vilket i sin tur gjorde det svårt att hjälpa andra i samma situation (Madison & Minichiello 2000). Vissa sjuksköterskor undvek helt att prata om fenomenet, vilket indikerade att sexualitet och sexuella trakasserier i förhållande till patienter var tabubelagt (Nielsen m.fl. 2017). Enligt sjuksköterskorna användes inte termen sexuella trakasserier om det

inte inträffat en allvarligare incident eller att det skett upprepade gånger med samma patient. I situationer där patienter hade exempelvis demens eller kognitiv funktionsnedsättning och därmed kunde ha ett avvikande sexuellt beteende, undvek sjuksköterskorna termen helt. Kvinnor och mäns sexualitet ansågs och bemöttes också olika. En sjuksköterska beskrev exempelvis hur de använde termen *att leka* eller *att vara på stolen* för att beskriva när en manlig patient onanerade på en vårdavdelning. För kvinnornas sexualitet fanns däremot inga motsvarande termer. Händelser som dessa dokumenterades sällan av sjuksköterskorna om de berörda patienterna inte ansågs vara våldsamma och riskerade att påverka sjuksköterskans egna säkerhet (a.a.).

### **Ett professionellt förhållningssätt**

Sjuksköterskorna försökte bibehålla ett professionellt förhållningssätt och visade sig ha flera strategier för att hantera situationer med sexuella trakasserier (Higgins m.fl. 2009; Nielsen m.fl. 2017). Det kunde innebära att verbalt säga ifrån, avleda genom att försöka byta samtalsämne eller att använda humor för att avdramatisera situationen (Nielsen m.fl. 2017). Det kunde också innebära att sjuksköterskorna tog bort händerna från kroppen vid fysiska närmanden, lämnade rummet eller undvek att böja eller vända ryggen till högriskpatienter (a.a.).

### **Gränssättande**

Sjuksköterskorna upplevde sexuella trakasserier som en personlig kränkning då de inte längre bemöttes utifrån sin professionella roll (Hellzen m.fl. 2004; Najafi m.fl. 2017; Nielsen m.fl. 2017). En inre konflikt uppstod hos de utsatta sjuksköterskorna som dels hade för ansvar att följa lagar, ge god vård och respektera patientens autonomi, samtidigt som sjuksköterskorna kunde känna starkt negativa känslor gentemot patienten (Najafi m.fl. 2017). Sjuksköterskorna betonade att det var viktigt att stå upp för sig själva genom att säga *nej* till patienten (Nielsen m.fl. 2017). Om sjuksköterskan inte sa ifrån i en situation där något ogillande sades, kunde det tolkas som ett medgivande att det var okej att fortsätta (Madison & Minichiello 2004). Samtidigt räckte inte alltid ord för att få förövaren att förstå. Kroppsspråket fick också användas tydligt för att signalera avstånd (Nielsen m.fl. 2017). Vissa valde att använda ordet *olämpligt* för att säga ifrån vid sexuella trakasserier (Higgins m.fl. 2009). Eftersom uttrycket också används inom andra områden upplevdes det mindre kränkande gentemot patienten (a.a.). Sjuksköterskornas erfarenheter visade emellertid att det inte var lika lätt att säga ifrån i skarpt läge. Särskilt de gånger där händelserna skapade negativa känslor hos patienten såsom rädsla eller chock (Nielsen m.fl. 2017). En annan metod sjuksköterskorna använde sig av var att försöka avleda patienten genom att säga att man inte bör diskutera sådana saker och att det var olämpligt i den professionella relationen. Det gällde exempelvis när en patient frågade personliga frågor av sexuell karaktär. När de sexuella trakasserierna var ihållande och de verbala strategierna visat sig verkningslösa kunde sjuksköterskorna skärma av sig för att minimera riskerna av det oönskade beteendet, vilket skapade ett ytligt vårdmöte (a.a.). Det kunde också innebära att sjuksköterskan lämnade rummet och lät en kollega ta hand om patienten (Higgins m.fl. 2009; Nielsen m.fl. 2017). De mer erfarna sjuksköterskorna samt de manliga sjuksköterskorna tog ofta ansvar för svårhanterliga patienter (Nielsen m.fl. 2017). De erfarna kollegorna hjälpte också de yngre kollegorna att hantera situationer av sexualiserat beteende genom exempelvis gränssättning (Higgins m.fl. 2009; Nielsen m.fl. 2017).

Sjuksköterskornas erfarenheter visade att på arbetsplatser där arbetskulturen gjorde det svårt att samverka var det i princip omöjligt för personalen att dra sig tillbaka eller stå upp för sig själva (Nielsen m.fl. 2017).

### *Användningen av humor*

Humor kunde användas som en av flera strategier för avledning i situationer där det förekom sexuella trakasserier (Nielsen m.fl. 2017). Det kunde vara svårt för sjuksköterskorna att säga ifrån när dessa ägde rum, inte minst eftersom händelserna kunde uppstå helt plötsligt (Madison & Minichiello 2000; Higgins m.fl. 2009). Exempelvis blev en sjuksköterska vid tillfälle neddragen i en patients säng utan förvarning (Madison & Minichiello 2000). När en patient kom med ett oönskat förslag av sexuell karaktär var det ibland viktigt för sjuksköterskorna att efter episoden skratta åt händelsen med kollegor för att på så sätt avdramatisera den (Nielsen m.fl. 2017). I fall där sjuksköterskor fick oönskade frågor av sexuell karaktär, kunde de ibland besvara undvikande med skämt (Higgins m.fl. 2009; Nielsen m.fl. 2017). Detta kunde i efterhand skapa känsla av att de borde sagt ifrån istället (Madison & Minichiello 2000). Humorn kunde användas för att dölja sjuksköterskans verkliga känslor och ibland även för att skydda patienten från skamkänslor (Nielsen m.fl. 2017). Vidare fanns en uppfattning om att en professionell sjuksköterska inte tar åt sig, utan istället ser och accepterar att beteendet inte är personligt eller avsiktligt från patientens sida. Negativa känslor hos sjuksköterskan, exempelvis skam, kunde döljas från kollegor och chefer med hjälp av humorn (a.a.).

### **Konsekvenser för sjuksköterskan**

Sjuksköterskorna hade som tidigare nämnt olika strategier för att hantera sexuella trakasserier (Higgins m.fl. 2009; Nielsen m.fl. 2017). När oönskade händelser skett visade sjuksköterskornas erfarenheter på att det ledde till både fysiska och psykiska konsekvenser för den enskilda individen (Hellzen m.fl. 2004; Henderson 2003; Nielsen m.fl. 2017). De negativa känslorna kring händelsen kunde också förstärkas genom ett bristande stöd från arbetsgivaren (Henderson 2003).

### *Fysiska och psykiska konsekvenser*

Förutom negativa känslor kring patienten ifrågasatte många sjuksköterskor även sin egen kompetens i samband med sexuella trakasserier (Nielsen m.fl. 2017). Vanliga känslor var skuld, skam och frågor om det var sjuksköterskan själv som provocerat fram reaktionen och framkallat händelsen. Sjuksköterskan kunde också få fysiska problem, såsom magont eller huvudvärk (a.a.). Även psykiska besvär som symtom på depression, exempelvis extremt sömnbehov och känslor av nedstämdhet (Hellzen m.fl. 2004). Sexuella trakasserier ledde till ytterligare negativa känslor som rädsla, osäkerhet och maktlöshet (Hellzen m.fl. 2004; Nielsen m.fl. 2017). När sjuksköterskorna upplevde maktlöshet fanns risken att patienter behandlades ofördelaktigt, då sjuksköterskan kände sig mer likgiltig i patientmötet (Henderson 2003). Rädsla dominerade i fysiska situationer, exempelvis när patienten var fysiskt starkare och där sjuksköterskan inte kunde fly undan. Sjuksköterskorna vittnade också om rädsla för att förlora arbetet på grund av den egna oförmågan att klara av arbetet efter att ha blivit utsatt för sexuella trakasserier. Återkommande incidenter uppgavs skapa emotionell utbrändhet vilket kunde leda till långvariga sjukskrivningar, uppsägningar eller att flera anställda unisont lämnade verksamheten (a.a.).



Hos manliga sjuksköterskor fanns i motsats till deras kvinnliga kollegor en oro för att bli felaktigt anklagad för sexuella trakasserier (Higgins m.fl. 2009; Keogh & Gleeson 2006). Flera manliga sjuksköterskor betonade oron gällande de konsekvenser som anklagelserna kunde leda till, som misstankar från kollegor eller ryktesspridning (Higgins m.fl. 2009). För att förhindra sådana spekulationer och skydda sig själva höll de dörrar öppna vid mottagningsarbete, var noga med att undvika fysisk beröring som kunde anses vara felaktig, samt hade en kvinnlig kollega med sig vid intima undersökningar av patienter (Higgins m.fl. 2009; Keogh & Gleeson 2006).

### *Bristande stöd*

Enligt sjuksköterskors erfarenheter fanns arbetsgrupper där en allmänt accepterad jargong av könsdiskriminering och sexuella trakasserier rådde, då det aldrig var någon som sa ifrån (MacKusick & Minick 2010). I arbetsgrupper där könsfördelningen var ojämn fanns också en ökad risk för sexuella trakasserier (Dougherty m.fl. 2011). Chefer på arbetsplatserna var medvetna om situationen i gruppen men ignorerade problemen. Sjuksköterskornas erfarenheter visade att ledarskapet spelade stor roll (a.a.). Det visade sig vara vanligt att chefer och ledning gav sjuksköterskor råd om att ignorera händelser de utsatts för (Dougherty m.fl. 2011; MacKusick & Minick 2010; Madison & Minichiello 2004). Dessutom kunde ledningen också uppmuntra sjuksköterskorna att tuffa till sig för att bli bättre på sitt arbete (MacKusick & Minick 2010) eller uppmanas att le och spela oberörda inför patienten (Madison & Minichiello 2004). Chefer och ledning upplevdes ha svårt att förstå sjuksköterskornas behov av stöd och hjälp vid sexuella trakasserier (Hellzen m.fl. 2004). Dessutom bidrog chefernas oförmåga att inse allvaret till att sjuksköterskorna lämnades utan lösningar gällande deras relation med patienten, vilket i sin tur gjorde att sjuksköterskorna kände sig ensamma. När de sexuella trakasserier upplevdes som svåra behövde sjuksköterskorna tydlig rådgivning från sina överordnade, till exempel tydliga gränser för vad som ansågs vara ett acceptabelt sexuellt beteende (a.a.). Sjuksköterskornas erfarenheter visade att det var sällsynt med särskilda riktlinjer och policys på arbetsplatsen när det gällde att förebygga sexuella trakasserier (Nielsen m.fl. 2017). Sexuella trakasserier hanterades istället från fall till fall (a.a.). Det framkom också att arbetsplatser där policys och riktlinjer existerade hade en fortsatt hög frekvens av sexuella trakasserier (Dougherty m.fl. 2011). Sjuksköterskorna ansåg att det fanns en indikation på att nya metoder behövdes för att få bukt på problemet. På vårdinstanser där patienter stannade en längre tid kunde det finnas riktlinjer gällande specifika patienter, exempelvis hur vårdpersonalen kunde utföra vissa arbetsmoment utan att patienten fick signaler som kunde misstolkas och trigga ett oönskat beteende (a.a.). Brist på kunskap kring coping ledde till osäkerhet och känsla av maktlöshet hos de tillfrågade sjuksköterskorna (Nielsen m.fl. 2017). Dessutom ledde bristande stöd och förståelse från ledningen till att sjuksköterskornas erfarenheter vid sexuella trakasserier förstärkte de negativa känslorna kring händelsen (Henderson 2003). Sjuksköterskorna kände sig ofta avskräckta från att anmäla händelser till chefer, arbetsledningen eller polis (a.a.). Det fanns också en uppfattning bland de intervjuade att konfrontativa strategier ledde till att trakasserier förblev oförändrade medan den trakasserade personen avlägsnades (Madison & Minichiello 2004).

## DISKUSSION

Diskussionen innehåller två delar, en *metoddiskussion* och en *resultatdiskussion*. Metoddiskussionen berör för- och nackdelar med vald metod, vad som hade kunnat göras annorlunda samt diskussion kring begreppen trovärdighet och överförbarhet. Resultatdiskussionen lyfter de mest framträdande resultaten samt egna reflektioner och slutsatser av dessa.

### Metoddiskussion

Den förelagda studien är en litteraturstudie. Ett alternativ till den valda studiedesignen hade varit att istället göra en empirisk studie. Tidsbrist gjorde dock att det inte var möjligt i det här fallet. Empiriska studier syftar till att producera ny kunskap inom ett område (Polit & Beck 2014). Rent hypotetiskt hade en kvalitativ intervjustudie med sjuksköterskor från olika instanser inom hälso- och sjukvården kunnat genomföras, förslagsvis inom slutenvården. Det hade kunnat besvara syftet och ge insikt i hur sexuella trakasserier upplevs av sjuksköterskor. Dessutom för att se om exempelvis arbetsbelastning, olika patientgrupper samt könsfördelning mellan sjuksköterskor har någon betydelse. Det hade varit högst intressant då detta senare kunnat leda till identifiering av mönster som föregår sexuella trakasserier på arbetsplatsen.

### Studiedesign

Den utförda litteraturstudien har sammanfattat publicerad litteratur med kvalitativ ansats. Enligt Polit & Beck (2014) är det fördelaktigt då designen lämpar sig för att studera erfarenheter och upplevelser (a.a.). Det anses därför vara en styrka att ha enbart inkluderat artiklar med kvalitativ ansats till föreliggande litteraturstudie. Resultatet av databassökningarna visade att det fanns en större mängd kvantitativa studier om sexuella trakasserier än antalet kvalitativa artiklar, vilket ansågs förvånande. Det kan möjligtvis vara en indikation på att ämnet sexuella trakasserier är stigmatiserat. Det kan vara ett känsligt ämne privat, inom yrkeslivet och kan även skilja sig mellan olika kulturer och demografiskt. -Den förelagda studien visar att hur sexuella trakasserier diskuteras tycks skilja sig mellan olika länder, samt att länder i Norden tycks vara i framkant inom området. Känslor och erfarenheter gällande just sex-relaterade ämnen uppfattas ofta som stigmatiserat att tala om, bland annat för att det anses vara privat. Därför kan det vara lättare att använda statistik och mäta siffror om förekomst än att studera människors faktiska erfarenheter kring det. Detsamma gäller känsloupplevelser, då dessa är individuella och ej generaliserbara i samma utsträckning. En av de utvalda artiklarna (Cogin & Fish 2009) använde mixed-method som metod. Efter noggrant övervägande inkluderades den i studien. Det för att gränsdragningen mellan kvantitativa och kvalitativa delar var tydlig, samt att det kvalitativa underlaget ansågs relevant för syftet.

### Litteratursökning

Vid den primära sökning upptäcktes att antalet artiklar kring ämnet var något begränsat. Därför granskades även abstrakt från relevanta artiklar kring ämnesområdet för att på så vis finna ytterligare söktermer som kunde användas. Detta för att möjliggöra en så bred och relevant sökning som möjligt. Strategin resulterade i att ett flertal synonymer hittades, bland annat till *erfarenheter*.

Samtidigt upptäcktes att vissa sökord gav önskade resultat. Det förekom trots att citattecken användes för avgränsning. *Sexual violence* hade en tendens att visa artiklar som berörde *workplace violence*. Sökningar på *sexual abuse* resulterade i stora volymer av artiklar rörande *child abuse* samt sjuksköterskors erfarenheter av att möta patienter som har råkat ut för någon form av *abuse*. Detta fick till följd att endast *sexual harassment* användes i sökningarna, både som fritext och som ämnesord. Även i POR-modellens kategori *område* fanns från början *arbetsplatsen* som sökord, men det togs bort efter primärsökningen då ordet ansågs begränsa sökresultatet. Sökordet *health personnel* valdes bort efter de preliminära sökningarna eftersom det gav flera artiklar på *health* som inte besvarade syftet. Valet att exkludera dessa söktermer kan ha gjort att artiklar förbisågs, vilket kan ha påverkat studiens resultat negativt. Den tredje booleska sökoperatören NOT användes aldrig i sökningarna då det ansågs överflödigt att exkludera söktermer (Willman m.fl. 2016). Avgränsningen för utgivningsår mellan år 2000-2018 valdes då aktuella artiklar var önskvärt, då forskning är i ständig utveckling (Polit & Beck 2014). Samtidigt behövde det utvidgas på grund av det begränsade antalet tillgängliga studier. Då samtalsklimatet kring sex och jämställdhetsfrågor blivit mycket öppnare under de senaste tio åren jämfört med vad det varit innan går det att anta att forskningen inom området kommer att öka i framtiden. En av de utvalda artiklarna (Cogin & Fish 2009) använde mixed-method som metod. Efter noggrant övervägande inkluderades den i studien. Det för att gränsdragningen mellan kvantitativa och kvalitativa delar var tydlig, samt att det kvalitativa underlaget ansågs relevant för syftet.

### *Kvalitetsgranskning*

Vad beträffar artiklarnas kvalitet vidtogs noga övervägande vad beträffar lämplig granskningsmall. Forsberg och Wengström (2016) valdes bort till förmån för SBU (2017) granskningsmall som ansågs hålla högre kvalitet. Önskvärt var att använda studier av medel eller hög kvalitet. Det innebar att de enskilda artiklarna behövde 16 poäng eller mer, utav totalt 21 poäng, för att klassificeras som en högkvalitativ studie. Dock ledde bristen på studier som besvarade syftet till att det var nödvändigt att inkludera en artikel av låg kvalitet (Madison & Minichiello 2000). Det kan anses vara en svaghet då det kan ha påverkat resultatet och minskar trovärdigheten. Artikelns låga kvalitet berodde på dess bristande struktur och metod. Underlaget besvarade förvisso syftet, dock går det att ifrågasätta till vilken grad det presenterade resultatet var sanningsenligt och unbiased, då metoden inte gick att återupprepa.

### *Trovärdighet och överförbarhet*

Polit och Beck (2014) anser att kvalitativa studier bör genomföras på ett sätt som styrker studiens trovärdighet. Det innebär bland annat att se till att det är studiedeltagarnas egna erfarenheter och känslor som återges, inte forskarnas egna åsikter. Ett sätt att bekräfta detta på är att forskarna återkopplar till studiedeltagarna med det funna resultatet innan publicering. På så vis får studiedeltagarna en chans att kontrollera så att det överensstämmer med deras erfarenheter. Överförbarhet i kvalitativ forskning innebär om en studies resultat kan vara av betydelse i en annan kontext eller population (a.a.). Ett flertal studier (Henderson 2003; Hellzén 2004; Najafi m.fl 2017) beskrev hur resultatet granskats av deltagare innan publicering, vilket på så vis stärker studiens trovärdighet och överförbarhet. Ytterligare något som gör detta är återkommande

av fraser, koder, kategorier och teman i resultatet. I den utförda litteraturstudien fanns inte alla artiklar med i alla teman, vilket kan ifrågasätta studiens överförbarhet. En orsak till detta kan dock vara att området är i dagsläget relativt utforskat och att det finns brist på teorier att koppla funna resultat till inom omvårdnadsforskningen. Det är dock mer utforskat inom ramen för sociologi, kriminologi och genusvetenskap.

## **Resultatdiskussion**

Under den här rubriken diskuteras resultatet i förhållande till studiens syfte och bakgrund. Studiens syfte var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av sexuella trakasserier på arbetsplatsen.

### *Normalisering av sexuella trakasserier*

Föreliggande litteraturstudies resultat visade att flera kvinnliga sjuksköterskor upplever sig objektifierade och sexualiserade på arbetsplatsen (Dougherty m.fl. 2011). Strukturerna på arbetsplatsen kan bero på skillnad i makthierarkier mellan kvinnor och män. Det är inte något som diskuteras ingående, men ändå nämns (a.a.). Även i bakgrunden framkommer det av Robbins m.fl. (1997) att sexuella trakasserier handlar mer om makt än den sexuella handlingen i sig. I samhället i stort finns också strukturen av hur kvinnor är mer utsatta för vålds- och sexualbrott, vilket är en konsekvens av befintliga patriarkala maktstrukturer.

I motsats till sina kvinnliga kollegor, visar resultatet att manliga sjuksköterskor kände sig mer rädda för att bli anklagade som förövare av patienter (Keogh & Gleeson 2006). Detta kan leda till att patientrelationen påverkas. I bakgrunden beskrivs att relationen patient-sjuksköterska är av stor betydelse för vårdandet (SSF 2010; Edvardsson m.fl. 2008). Just maktförhållandet dessa emellan kan vara speciellt, då patienten ofta är i en sårbar position och i en beroendeställning till sjuksköterskan. Sjuksköterskan besitter praktisk och teoretisk kunskap som är nödvändig för patienten samt är ansvarig för att skapa trygghet och delaktighet i relationen med denne (HSL; Ekman m.fl. 2011). Dessutom jobbar sjuksköterskor fysiskt såväl som psykiskt nära sina patienter. Ändå förekommer det att sjuksköterskor känner sig utsatta av just patienter, vilket är högst intressant, då det skulle kunna vara tvärtom med tanke på patientens utsatthet. Huruvida patienter känner sig utsatta av sjuksköterskor i fråga om just sexuella trakasserier är inget som det här examensarbetet tar upp, men som hade varit av intresse för att fördjupa kunskapen om patient-sjuksköterska relationen.

I resultatet framkom det att sjuksköterskors känslor gentemot patienter som utsätter dem för sexuella trakasserier kan bli negativa, så som likgiltighet inför patienten, rädsla och ogillande (Higgins m.fl. 2009; Madison & Minichiello 2000; Nielsen m.fl. 2017; Najafi m.fl. 2017). Det indikerar att det finns en motsättning med vad som förväntas av sjuksköterskor och hur verkligheten ser ut. Med det menas att sjuksköterskor bör ha ett personcentrerat förhållningssätt gentemot patienter. Personcentrerad vård är en av sjuksköterskans kärnkompetenser (Ekman m.fl. 2011; Edvardsson m.fl. 2008). Det finns även evidens för att personcentrerad vård optimerar patienters tillfrisknande och vårdupplevelse (a.a.). Om sexuella trakasserier förekommer finns därför risk att sjuksköterskans yrkesmässiga intentioner hamnar i konflikt med de egna känslorna. Patientsäkerheten riskerar då att bli hotad och så även kvalitén på omvårdnaden.

I resultatet framkom bristen på lämplig terminologi i samband med sexuella trakasserier (Najafi m.fl. 2017). Flera sjuksköterskor upplevde det som sällsynt att prata om sexuella trakasserier och sexualitet på arbetsplatsen. Det ansågs vara tabu, vilket gjorde det svårt för de som utsatts för händelser som egentligen var sexuella trakasserier att sätta ord på sina egna erfarenheter (a.a.). Uttrycket *sexuella trakasserier* användes oftast först vid upprepade eller vad som ansågs vara allvarliga händelser. Sjuksköterskorna delade in situationer som avsiktliga eller harmlösa beroende på patientens situation (Nielsen m.fl. 2017). Händelser där patienten hade en kognitiv nedsättning eller sjukdom ansågs mer harmlösa och kunde benämnas med *att leka*, *sexuellt avvikande*, *sexuella beteenden*. Ibland så fanns det heller helt enkelt inga ord för att beskriva händelsen (a.a.). Förutsättningar för att kunna prata om sexuella trakasserier lyste alltså med sin frånvaro på flera arbetsplatser. Delade uppfattningar om vad som definierar sexuella trakasserier går att anta har koppling till bristande dokumentation och rapportering av sexuella trakasserier (BRÅ 2018). Samstämmighet kring sexuella trakasserier och dess innebörd skulle kunna tänkas bidra till minskat stigma och därmed ökad rapporteringen, då det blir en mer självklar del av arbetsplatskulturen.

#### *Ett professionellt förhållningssätt*

Resultatet påvisade att sjuksköterskorna kände sig osäkra på var gränsen går för sexuella trakasserier, vilket kunde leda till otrygghet i patientmötet (Nielsen m.fl. 2017; Cugin & Fish 2009, Hellzén m.fl. 2004). Det innebar även att de i flera fall kände sig osäkra på hur de skulle bemöta sådana händelser (a.a.). Sjuksköterskorna bör ha ett professionellt förhållningssätt där befintliga lagar och regler efterföljs (HSL 2017:30) samt att ha ett personcentrerat förhållningssätt i mötet med patienten (Ekman m.fl. 2011; Edvardsson m.fl. 2008). I WHO's (2017) definition av sexuella trakasserier finns ett tolkningsutrymme vilket kan skapa en osäkerhet kring huruvida en situation räknas som sexuella trakasserier eller inte. Dels för att sexuella trakasserier finns i ett flertal olika former (WHO 2017) men också för att det är svårt att bedöma vad som är en kränkning eller inte, samt vem som ska avgöra detta. Det som är gränsfall eller oklart på grund utav sjukdom fortsätter vara så medan sjuksköterskor får vidta de åtgärder som de anser passa bäst i stunden. Det går att anta att det ofta är upp till den drabbade individen att bearbeta den sexuella händelsen, utforma copingstrategier och samtidigt fortsätta ge vård. Det är också tydligt att sjuksköterskor behöver stöd från kollegor och arbetsledning för att orka hantera och bemöta situationer som dessa. Som sjuksköterska hamnar en inte sällan i sådana lägen. För att kunna rå om sig själv och det egna välbefinnandet såväl som patienten behöver sjuksköterskor därför få fullständigt stöd från kompetenta arbetsgivare som kan vägleda och leda en säker verksamhet för såväl sina patienter som anställda.

#### *Konsekvenser för sjuksköterskan*

Föreliggande studies resultat visade att ansvaret i flera fall lades på den individuella sjuksköterskan som utsattes, inte på organisationen (MacKusick & Minick 2010; Madison & Minichiello 2004; Nielsen m.fl. 2017). För flera sjuksköterskor i studierna blev det ett tungt ansvar och de saknade stöd från sina arbetsgivare och kollegor. I de granskade artiklar uppgav sjuksköterskorna att de sällan fick stöd från sina arbetsgivare. Dessa verkade istället se förbi händelserna

eller avfärda dem som ett icke-problem (a.a.) Detta trots att arbetsgivaren i Sverige har ansvar enligt lag (AML 1977:1160 ) att värna om arbetarens rättigheter och motverka diskriminering, något som framkom i bakgrunden. Bullough och Valente (2004) menar också att organisationens inställning spelar stor roll i hur utformningen av policys för prevention utformas. (a.a.). Sett ifrån ett organisatoriskt perspektiv är det viktigt för arbetstagare att känna att de blir trodda på och stöttade av chefer. Genom att förminska händelser uppstår också ett naturligt stigma kring ämnet. Utsatta får inte det stöd de behöver av ansvariga chefer och kan till slut betvivla sina egen erfarenheter. Det kan skapa komplikationer längre fram då den utsatta sjuksköterskan trots allt får negativa men av händelsen. Arbetsgivaren har ett ansvar är att utreda och vidta åtgärder när någon arbetstagare rapporterar sexuella trakasserier (AML 1977:1160). De bör därför vara så att arbetsgivaren också följer sitt ansvar fullt ut. Det kräver dock i sin tur att de har underlag och värderingar för sina beslut som inte missunnar varken patienter eller hälso och sjukvårdspersonal utan stöttar utsatta individer och motverkar trakasserier. Det går att ifrågasätta att arbetsgivare inte tar sitt ansvar, och dessutom gör sig skyldiga till lagbrott. En reflektion utifrån det är huruvida sexuella trakasserier enbart är något som leder till konsekvenser för individen, eller faktiskt har effekt för organisationen och hela vårdkedjan. En slutsats är att ifall sjuksköterskors välbefinnande och mående är i fara är även patientsäkerheten det.

## **KONKLUSION**

Föreliggande litteraturstudie belyser sjuksköterskors erfarenheter av sexuella trakasserier på arbetsplatsen, vilket sjuksköterskorna upplevde som vanligt och normaliserat. Förövarna var främst patienter, deras anhöriga och sjuksköterskans kollegor. Värst upplevdes utsatthet av kollegor där rädslan för återupprepning var större än när patienten var förövaren. Sjuksköterskorna delade in sexuella trakasserier som avsiktliga eller omedvetna. De omedvetna kunde ursäktas genom patientens kognitiva nedsättning eller sjukdom. Sjuksköterskornas erfarenhet visade att arbetsplatser hade svårt att sätta ord på sexuella trakasserier och sjuksköterskorna upplevde det som tabu att tala om ämnet. Det var psykiskt påfrestande att upprätthålla en professionell roll under och efter en händelse, då egna känslor hamnade i konflikt med ansvaret att följa lagar, ge god vård och respektera patientens autonomi. Strategier sjuksköterskorna använde vid sexuella trakasserier var exempelvis att säga ifrån, avleda, ignorera, skratta, undviker osäkra situationer eller att lämna över ansvaret till en kollega. Vanliga känslor efter att ha utsatts för sexuella trakasserier var enligt sjuksköterskorna magont, huvudvärk, skuld, skam, känsla av att själv provocerat fram händelsen och rädsla att möta patienten. I samband med händelserna upplevde sjuksköterskorna bristande förståelse från arbetsledningen som ignorerade eller viftade bort problemen. Det förstärkte sjuksköterskornas redan negativa känslor efter att ha utsatts av sexuella trakasserier. Det är viktigt att bryta tystnadskulturen och att öka medvetenheten om att sexuella trakasserier förekomst.

## **FORTSATT KUNSKAPSUTVECKLING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE**

Genom arbetets gång har ny kunskap inhämtats på flera olika plan. Exempelvis visade sjuksköterskornas erfarenheter att det fanns ett samband mellan okunskap kring sexuella trakasserier och konsekvenserna de ledde till. Sjuksköterskornas brist på lämplig terminologi, copingstrategier, och stöttning av kollegor föranleddes av obefintliga eller bristfälliga riktlinjer och stöd från ledningen. Ledningen blundande för problemen och tog inte sjuksköterskornas känslor på allvar. Vidare framkom att maktförhållanden och den stereotypa bilden av sjuksköterskor missgynnar både professionen och gör sjuksköterskor sårbara.

Resultatet i föreliggande studie kan användas av sjuksköterskor såväl som deras arbetsgivare. Genom att ta tillvara på sjuksköterskornas erfarenheter kan medvetenheten vad beträffar förekomsten av sexuella trakasserier på arbetsplatsen samt hur de uttrycks, mottages och hanteras öka. När det synliggörs och tas på allvar är det viktigt att tystnadskulturen bryts. Resultatet visar på flera brister när det gäller att förebygga och hantera problemen kring sexuella trakasserier. Därför skulle det krävas en omfattande förändring för att få bukt med sexuella trakasserier på arbetsplatsen. Förslag på kunskapsutveckling för att minska sexuella trakasserier bland sjuksköterskorna innebär bland annat mer kunskap inom området för sexuella trakasserier, vad är det, hur upptäcks det, vad kan förebyggas. Hur kan en utsatt sjuksköterska bemötas och stärkas samt hur ska det medvetandegöras och tas på allvar. Alla frågor är relevanta att fundera kring och undersöka vidare. Huruvida patienter känner sig utsatta av sjuksköterskor i fråga om sexuella trakasserier är inget som det här examensarbetet tar upp, men som hade varit av intresse för att fördjupa kunskapen om patient-sjuksköterska relationen. Även frågan kring maktperspektivet är ytterst relevant att studera. Ytterligare en aspekt är att studera hur patienternas omvårdnad påverkas när sjuksköterskan utsatts för sexuella trakasserier.

## REFERENSER

Referenser märkta med (\*) är granskade enligt SBU:s granskningsmall och utgör studiens resultat.

Arbetsmiljölagen, 1977:1160.

Arbetsmiljöverket (2016) *Arbetsmiljön 2015*.  
><https://www.av.se/globalassets/filer/statistik/arbetsmiljon-2015/arbetsmiljostatistik-arbetsmiljon-2015-rapport-2016-2.pdf?hl=arbetsmilj%C3%B6n%202016><PDF (2018-11-09)

Arbetsmiljöverket, (2018) *Arbetsmiljön 2017*.  
><https://www.av.se/globalassets/filer/statistik/arbetsmiljon-2017/arbetsmiljostatistik-arbetsmiljon-2017-rapport-2018-2.pdf><PDF (2018-11-09)

Brottsförebyggande rådet, (2018) *BRÅ* ><https://www.bra.se/statistik/statistik-utifran-brottstyper/morkertal-och-dold-brottslighet.html><HTML (2018-11-09)

Bullough V, Valente S M, (2004) Sexual harassment of Nurses in the Workplace *Journal of nursing care quality*, 19, 234-241.

\*Cogin J, Fish A, (2009) Sexual harassment – a touchy subject for nurses. *Journal of Health, Organization and Management*, 23, 442-462.

Diskrimineringslagen, 2008:567.

\*Dougherty D S, Baiocchi-Wagner E A, McGuire T, (2011) Managing Sexual Harassment Through Enacted Stereotypes: An Intergroup Perspective. *Western Journal of Communication*, 75, 259-281.

Edvardsson D, Winblad B, Sandman P O, (2008) Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *Lancet Neurol*, 7, 362–67.

Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, Carlsson J, Dahlin-Ivanhoff S, Johansson I-L, Kjellgren K, Lidén E, Öhlén J, Olsson L-E, Rosén H, Rydmark M, Stibrant Sunnerhagen K, (2011) Person-centered care - Ready for prime time! *European Journal of Cardiovascular Nursing* 10, 248-251.

Forsberg C, Wengström Y, (2016) *Att göra systematiska litteraturstudier – Värdering, analys och presentation*. Stockholm, Natur & Kultur.

\*Hellzen O, Asplund K, Sandman P-O, Norberg A, (2004) The meaning of caring as described by nurses caring for a person who acts provokingly: an interview study. *Scand J Caring Sci*, 18, 3–11.

\*Henderson A D, (2003) Nurses and Workplace Violence: Nurses' Experiences of Verbal and Physical Abuse at Work. *Nursing leadership*, 16, 82-98.



Hensing G, (2004) Sexuella trakasserier inom läkarutbildningen I: Hovellius B, Johansson E (Red.) *Kropp och genus i medicinen* (1a utgåvan). Lund, Studentlitteratur.

\*Higgins A, Barker P, Begley C M, (2009) Clients with mental health problems who sexualize the nurse-client encounter: the nursing discourse. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 616-624.

Hälso- och sjukvårdslagen, 2017:30.

International labour organization (2013) *Preventing and Responding to Sexual Harassment at Work: Guide to the Sexual Harassment of Women at Workplace (Prevention, Prohibition and Redressal)*

>[https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/---sro-new\\_delhi/documents/publication/wcms\\_630227.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/---sro-new_delhi/documents/publication/wcms_630227.pdf)< PDF (2018-10-30)

\*Keogh B, Gleeson M, (2006) Caring for female patients: the experiences of male nurses. *British Journal of Nursing*, 15, 1172-1175.

\*MacKusick C I, Minick P, (2010) Why Are Nurses Leaving? Findings From an Initial Qualitative Study on Nursing Attrition, *MEDSURG Nursing*, 19, 335-340.

\*Madison J, Minichiello V, (2000) Recognizing and Labeling Sex-based and Sexual Harassment in the Health Care Workplace. *Journal of Nursing Scholarship* 32:4. 405-410.

\*Madison J, Minichiello V, (2004) The contextual issues associated with sexual harassment experiences reported by registered nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 22, 8-13.

\*Najafi F, Fallahi-Khosnab M, Ahmadi F, Dalvandi A, Rahgozar M, (2017) Human dignity and professional reputation under threat: Iranian Nurses' experiences of workplace violence. *Nursing and Health Sciences*, 19, 44-50.

\*Nielsen M B D, Kjær S, Aldrich P T, Madsen I E H, Friborg M K, Rugulies R, Folker A P, (2017) Sexual harassment in care work – Dilemmas and consequences: A qualitative investigation. *International Journal of Nursing Studies*, 70, 122-130.

Polit D F, Beck C T, (2014) *Essentials of Nursing research. Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.

Robbins I, Bender M P, Finnis S J, (1997) Sexual harassment in nursing. *Journal of advanced nursing*, 25, 163-169.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2017) Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten><https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok.pdf>< PDF (2018-10-28)

Spector P E, Zhou Z E, Che X X, (2014) Nurse exposure to physical nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 72-84.

Svensk sjuksköterskeförening (2010) *Värdegrund för sjuksköterskor*. Stockholm: Brommatryck & Brolins AB.

Svensk sjuksköterskeförening (2016) *Svensk sjuksköterskeförening om personcentrerad vård*> [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk\\_sjukskoterskeforening\\_om\\_personcentrerad\\_vard\\_oktober\\_2016.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf)< PDF (2018-12-05)

World Health Organization (2010) *Developing sexual health programmes-A framework for action*  
>[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70501/WHO\\_RHR\\_HRP\\_10.22\\_eng.pdf;jsessionid=9ABBDCAB41EB2F7A2DA76BB40937E74E?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70501/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf;jsessionid=9ABBDCAB41EB2F7A2DA76BB40937E74E?sequence=1)< PDF (2018-11-20)

World Health Organization (2017) *Code of Ethics and Professional Conduct*>[http://www.who.int/about/ethics/code\\_of\\_ethics\\_full\\_version.pdf?ua=1](http://www.who.int/about/ethics/code_of_ethics_full_version.pdf?ua=1)< PDF (2018-11-20)

Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C, (2016) *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund, Studentlitteratur.

# BILAGOR

## Bilaga 1 - Databassökning

Databas och sökdatum	#	Söksträng	Resultat	Avgränsningar och urval
CINAHL 2018-11-14	S18	S4 AND S8 AND S17	113	113
R- erfarenhet	S17	S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 S15 OR S16	751,854	
	S16	Reaction*	100,340	
	S15	(MH "Emotions")	25,162	
	S14	Emotion*	82,568	
	S13	(MH "Attitude")	13,928	
	S12	Attitude*	268,184	
	S11	(MH "Perception")	25,601	
	S10	Perception*	125,784	
	S9	Experience*	335,995	
O- sexuella trakasserier	S8	S5 OR S6 OR S7	1,840	
	S7	(MH"Sexual harassment")	1,597	
	S6	"Sexual harassments"	4	
	S5	"Sexual harassment"	1,839	
P- sjuksköterskan	S4	S1 OR S2 OR S3	417,501	
	S3	"Nurse practitioner"	5,828	
	S2	(MH "Nurses")	53,636	
	S1	Nurse	417,501	

Databas och datum	#	Söksträng	Resultat	Avgränsningar och urval
PubMed 2018-11-15	#1	“Nurses”[Mesh]	83418	
	#2	“Nurse”	219198	
	#3	“Nurses”	203397	
	#4	“Nurse practitioner”	6799	
	#5	#1 OR #2 OR #3 OR #4	360178	
O- Sexuella trakasserier	#6	“Sexual Harassment”[Mesh]	1528	
	#7	“Sexual harassment”	2158	
	#8	“Sexual harassments”	7	
	#9	#6 OR #7 OR #8	2162	
R- erfarenhet	#10	Experience*	955310	
	#11	Perception*	395239	
	#12	"Perception"[Mesh]	400274	
	#13	Attitude*	388359	
	#14	"Attitude"[Mesh]	521841	
	#15	Emotion*	196714	
	#16	"Emotions"[Mesh]	218760	
	#17	Reaction*	1638358	
	#18	#10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17	3647165	
	#19	#5 AND #9 AND #18	136	136

Databas och sökdatum	#	Söksträng	Resultat	Avgränsningar och urval
PsycINFO 2018-11-18	S18	(S6 OR S7 OR S8) AND (S10 OR S12 OR S11 OR S13 OR S14 OR S16 OR S15) AND (S1 OR S2 OR S4 OR S3)	71	
R- erfarenhet	S17	S10 OR S12 OR S11 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16	1,742,838	
	S16	Reaction*	192,666	
	S15	MAINSUBJECT.EXACT("Emotions")	66,985	
	S14	Emotion*	398,230	
	S13	Attitude*	532,186	
	S12	MAINSUBJECT.EXACT("Perception")	32,495	
	S11	Perception*	534,233	
	S10	Experience*	624,604	
O- sexuella trakasserier	S9	S6 OR S7 OR S8	3,645	
	S8	MAINSUBJECT.EXACT("Sexual harassment")	2,613	
	S7	"Sexual harassments"	8	
	S6	"Sexual harassment"	3,643	
P- sjuksköterskan	S5	S1 OR S2 OR S4 OR S3	66,661	
	S4	"Nurse practitioner"	1,429	
	S3	MAINSUBJECT.EXACT("Nurses")	25,731	
	S2	Nurses	66,661	
	S1	Nurse	66,661	

## Bilaga 2 – SBU:s granskningsmall

Rensa formuläret

### Bilaga 5. Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser

REVIDERAD 2014

SBU:s granskningsmall bygger på tidigare publicerat material [1,2], men har bearbetats och kompletterats för att passa SBU:s arbete.

Författare: \_\_\_\_\_ År: \_\_\_\_\_ Artikelnummer: \_\_\_\_\_

#### Total bedömning av studiekvalitet:

Hög       Medelhög       Låg

Anvisningar:

- Alternativet "oklart" används när uppgiften inte går att få fram från texten.
- Alternativet "ej tillämpligt" väljs när frågan inte är relevant.

#### 1. Syfte

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (syfte, problemformulering, frågeställning etc):

#### 2. Urval

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är urvalet relevant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är urvalsförandet tydligt beskrivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är kontexten tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Finns relevant etiskt resonemang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (urval, patientkaraktistika, kontext etc):



STATENS BEREDNING FÖR  
MEDICINSK UTVÄRDERING

MALL FÖR KVALITETSGRANSKNING AV STUDIER MED KVALITATIV FORSKNINGSMETODIK

S-1

<b>3. Datainsamling</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Oklart</b>	<b>Ej tillämpl</b>
a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är datainsamlingen relevant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Räder datamätnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till datainsamlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (datainsamling, datamätnad etc):

<b>4. Analys</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Oklart</b>	<b>Ej tillämpl</b>
a) Är analysen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Räder analysmättnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till analysen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (analys, analysmättnad etc):

<b>5. Resultat</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Oklart</b>	<b>Ej tillämpl</b>
a) Är resultatet logiskt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är resultatet begripligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är resultatet tydligt beskrivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Genereras hypotes/teori/modell?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (resultatens tydlighet, tillräcklighet etc):

## Bilaga 3 - Artikelmatriser

### Artikelmatris 1

Author Year Country	Aim	Study design <i>Setting</i> <i>Population</i> <i>Number of participants</i> <i>Dropout rate</i>	Method	Main findings	Study quality Comments
Cogin & Fish  2009  Australia	<p>“To examine prevalence of sexual harassment (SH) in nursing and the environmental factors that contribute to incidents of SH.”</p> <p>”Data obtained from the interviews provided additional insights on the perpetrators of sexual harassments”</p>	<p>Mixed-method</p> <p>Eight Australian public hospitals in New South Wales and Victoria (metropolitan and rural area)</p> <p>Registered nurses, nursing students with minimum six months hospital training experience.</p> <p>Qualitative: 23, no dropouts.</p>	<p>23 Semi structured in-depth interviews.</p> <p>Sequential, explanatory design</p>	<p>Nurses in the study experienced different feeling depending on whom the perpetrator was. Sexual harassment from a patient was viewed as a part of the job. The nurses also described different strategies to cope with those incidents, such as making jokes. When sexual harassment was conducted by a physician, it was more associated with negative feelings due to the difference in hierarchy between the two professions.</p> <p>The study also showed that there was differences in how management acted when the employees complained about being harassed, which resulted in some nurses being told to ignore the incident/harasser and in other cases the harasser was being given warnings or other sanctions.</p>	<p>High quality</p> <p>Strengths: Well described result, authours acknowledging limitations in the study</p> <p>Weakness: Pre knowledge is not discussed</p>



Artikelmatrix 2

<b>Author Year Country</b>	<b>Aim</b>	<b>Study design</b> <i>Setting</i> <i>Population</i> <i>Number of participants</i> <i>Dropout rate</i>	<b>Method</b>	<b>Main findings</b>	<b>Study quality Comments</b>
Dougherty et al.  2011  USA	“Examining the lived experiences of nurses who were sexually harassed by their patients.”	Qualitative with inductive approach  Nurses from four different states in the US.  Participants had or was working in the nursing profession. They had either experienced sexual harassments themselves or observed others being exposed by it.  28 nurses in total, 24 women and four men. No dropouts registered.	Open-ended interviews. Thematic analysis was conducted	Participants experienced that there was a number of stereotypes of nurses that could lead to unwanted sexual attention from patients.  Nurses also used stereotypes of the patients who conducted sexual harassments, such as “dirty old men”, “horny male” et. al, to justify or condemn their actions.	High quality  Strengths: Well described method and result. Results and discussion well anchored in presented theories.  Weaknesses: The relationship between author/participants were not discussed

Artikelmatrix 3

<b>Author Year Country</b>	<b>Aim</b>	<b>Study design</b> <i>Setting</i> <i>Population</i> <i>Number of participants</i> <i>Dropout rate</i>	<b>Method</b>	<b>Main findings</b>	<b>Study quality Comments</b>
Henderson  2003  Canada and United Kingdom	“ Describes nurses’ experience of violence and abuse in the workplace and the ways in which those experiences influence their abilities to care for patients.”	Qualitative design  Canada and United Kingdom  Registered nurses working in different clinical settings.  Setting was conducted by differences in social economic, ethnically mixed population and rural areas.  49 reg nurses (48 female) 25 in Canada, 24 in the UK	Focus group interviews and individual interviews with 12 participants - one per setting.  Descriptive methodology	The nurses in this study had all experienced physical, psychic violence and threats because of their profession. Different examples are given. Moreover, the nurses strategies to overcome and cope with situations are presented.	Medium quality  Strengths: Broad population. Participants had the opportunity to comment on result after interview.  Weaknesses: Authors pre knowledge was not discussed. Only one author could lead to higher risk of bias in the result.



Artikelmatris 4

<b>Author</b> <b>Year</b> <b>Country</b>	<b>Aim</b>	<b>Study design</b> <i>Setting</i> <i>Population</i> <i>Number of participants</i> <i>Dropout rate</i>	<b>Method</b>	<b>Main findings</b>	<b>Study quality</b> <b>Comments</b>
Hellzen et al.  2004  Sweden	“Investigate the nurses experience when caring for people who act provokingly.”	Qualitative design  Eight enrolled nurses working at a group dwelling for people with learning disabilities.	Narrative interviews  Phenomenological methodology	Frequent abuse such as sexual violence towards the EN’s resulted in them finding explanations towards the perpetrators behavior. For eg, that they were pathological. Also it was found that sexual disruptive behavior was more harmful and created more negative emotions than physical violence.	Medium quality  Strengths: Unique insight in selected EN’s perception and feelings.  Weaknesses: Result limited and not generalizable.

Artikelmatrix 5

Author Year Country	Aim	Study design <i>Setting</i> <i>Population</i> <i>Number of participants</i> <i>Dropout rate</i>	Method	Main findings	Study quality Comments
Higgins et al.  2009  Ireland	“A study whose aim was to explore how nurses responded to clients’ sexuality in a mental health context.”	Qualitative design  27 nurses working in psychiatric care, ten men, 17 women.  No dropouts	Unstructured interviews. audio recorded and transcribed for analysis with a grounded theory approach.	<p>Labelling unwelcoming sexual behaviour as ‘sexual harassment’ can be harmful for patients and nurses. In a psychiatric context, patients are risking of being demonized and not getting appropriate care. Also, the underlying cause of the behaviour is not analysed and taken in consideration.</p> <p>To protect themselves from a uncomfortable situation, nurses being harassed by patients were tending to ignore it and suppressing their emotions. Younger nurses reported to be more stressed about such situations, whereas older and more experienced nurses not. Furthermore, female participants were more concerned than their male colleagues about their security at work.</p>	<p>High quality</p> <p>Strengths: Well described method and result</p> <p>Weaknesses: The relationship between author/participants were not discussed</p>

Artikelmatrix 6

Author Year Country	Aim	Study design <i>Setting</i> <i>Population</i> <i>Number of participants</i> <i>Dropout rate</i>	Method	Main findings	Study quality Comments
Keogh & Gleeson  2006  Ireland	“The focus of the interviews was an attempt to describe the male nurses' experiences of caring for women with a particular emphasis on interventions that involved physical touch.”	Qualitative design Two small studies with inductive design  Five male nurses and six psychiatric male nurses	Semi structured interviews  Descriptive approach	three main themes were found. First, the fear of sexual allegations when caring for persons of the opposite sex. Secondly, factors influencing caring interventions with the opposite sex. Thirdly, learning about caring interventions for the opposite sex. The participants in the study feared inappropriate accusations of sexual harassments, which could lead to suspension and negative rumours about them.	Medium quality  Strengths: Authors pre knowledge discussed. Well defined aim.  Weaknesses: The relationship between author/participants were not discussed

Artikelmatrix 7

<b>Author Year Country</b>	<b>Aim</b>	<b>Study design</b> <i>Setting</i> <i>Population</i> <i>Number of participants</i> <i>Dropout rate</i>	<b>Method</b>	<b>Main findings</b>	<b>Study quality Comments</b>
MacKusick & Minick  2010  USA	“The purpose of this study was to understand the factors influencing the decision of registered nurses (RNs) to leave clinical nursing.”	Qualitative design  Ten registered nurses with minimum one year of clinical practice. No clinical practice performed in the last six months.	Phenomenological, hermeneutic analysis  Snowballing sample  Semistructured interviews	The nurses in the study described three main reasons for them to quit clinical practise. Firstly, unfriendly work environment that including sexual harassment and hazards from colleagues and physicians. Secondly, not being able to deliver the right patient care they were obliged to because of resources, disrespect of patients wishes due to colleagues. Thirdly, emotional and physical burnout related to hard workload and never feeling like they did enough.	Medium Quality  Strengths: Well described method Result and discussion are well anchored in theories.  Weaknesses: Unclear structure

Artikelmatrix 8

<b>Author Year Country</b>	<b>Aim</b>	<b>Study design</b> <i>Setting</i> <i>Population</i> <i>Number of participants</i> <i>Dropout rate</i>	<b>Method</b>	<b>Main findings</b>	<b>Study quality Comments</b>
Madison & Minichiello  2000  Australia	“To explore how registered nurses (RNs) recognized and labeled incidents of sex-based and sexual harassment in the Australian health care workplace.”	Qualitative design  16 RNs in Australia, all women, do dropouts.	Convenience sample  Unstructured interviews  Inductive analysis	Participants in this study described different events of sexual harassment they had experienced by physicians, wardsmen and patients. The nurses rarely described it as sexual harassment, instead they used phrases such as “invading of space”, “inappropriate touching” et al.  Participants also didn’t consider it being sex-based harassment until colleagues recognized it of being so and confirmed their feelings.  The acts of sexual harassment was described by the nurses as an act of power and oppressing. The participants described it as difficult of making harassments stop, due to that it usually came from a colleague that they were dependent on. such as a physician.	Low quality  Strengths: Well presented result  Weaknesses: Authors/participants relationship not described Discussion not developed and result not anchored in background



Artikelmatrix 9

<b>Author Year Country</b>	<b>Aim</b>	<b>Study design</b> <i>Setting</i> <i>Population</i> <i>Number of participants</i> <i>Dropout rate</i>	<b>Method</b>	<b>Main findings</b>	<b>Study quality Comments</b>
Madison & Minichiello  2004  Australia	“The study aimed to explore contextual conditions in Australian health care workplaces that make sex-based and sexual harassment (SB&SH) a relatively common experience for registered nurses (RNs).”	Qualitative design  16 registered nurses, one of them male  Urban and rural areas of Australia	Unstructured in-depth interviews  Data reviewed, recurring themes were developed into categories	Nurses in the study described it as easier to remain silent when someone behaved in an inappropriate way. That due to lack of understanding from management and a fear of being disbelieved and to have initiated the incident.	Medium quality  Strengths: Well described result  Weaknesses: Method not well documented  Authors/participants relationship not described

Artikelmatrix 10

Author Year Country	Aim	Study design <i>Setting</i> <i>Population</i> <i>Number of participants</i> <i>Dropout rate</i>	Method	Main findings	Study quality Comments
Najafi et al. 2017 Iran	“This qualitative study is the first in Iran to explore nurses’ perceptions of workplace violence committed by patients, patients’ relatives, colleagues, or superiors”	Qualitative content analysis with inductive approach  22 registered nurses in Iran. 18 female and four male nurses.	In-depth unstructured interviews, open questions, data analysis was conducted by finding themes and dividing them into subcategories.	Participants experienced different sorts of workplace violence, including honor insults ( <i>sexual harassments</i> ) and physiological violence. Reasons for that could be religion, culture, dialect and ethnicity. Harassments had a negative effect on the nurses and a lot of the participants worried about their professional reputation.	High quality  Strengths: Well structured Method, result and discussion well described Authors pre knowledge is discussed  Weaknesses: Authors/participants relationship not described

## Artikelmatris 11

Author Year Country	Aim	Study design <i>Setting</i> <i>Population</i> <i>Number of participants</i> <i>Dropout rate</i>	Method	Main findings	Study quality Comments
Nielsen et al.  2017  Denmark	“To investigate the experience and handling of sexual harassment from patients in care work.”	Qualitative design  Denmark 39 care workers, by whom 13 of them were nurses  Ten workplaces participated, including hospitals, nursing homes, community health centres, rehabilitation care centres, and psychiatric residential facilities.	Group interviews  Thematic analysis	Nurses in the study experienced sexual harassment difficult to address due to that some perpetrators could suffer from cognitive disabilities, such as dementia, and therefore might be acting unconsciously.  Ethical dilemmas on how to deal with situations, unclear terminology and sexual harassments as a taboo is further discussed.	High quality  Strengths: Well structured Method, result and discussion well described Authors pre knowledge is discussed  Weaknesses: Many of the participants in the study were not nurses.