



Manlig eller kvinnlig patient – spelar det någon roll?

En litteraturstudie om betydelsen av genus i mötet mellan patient och sjuksköterska

Male or female patient – does it matter?

A literature review about the influence of gender in the encounter between nurse and patient

Frida Fredriksson

Johanna Thunberg

Fakulteten för Hälsa, natur- och teknikvetenskap

Omvårdnad/Sjuksköterskeprogrammet

Grundnivå. 15 hp

Handledare: Maria Bystedt & Veronica Pavedahl

Examinator: Agneta Anderzén-Carlsson

2017-04-03

SAMMANFATTNING

Titel:	Manlig eller kvinnlig patient – spelar det någon roll? En litteraturstudie om betydelsen av genus i mötet mellan patient och sjuksköterska
Engelsk titel:	Male or female patient – does it matter? A literature review about the influence of gender in the encounter between nurse and patient
Fakultet:	Fakulteten för hälsa, natur- och teknikvetenskap
Institution:	Institutionen för Hälsovetenskaper
Ämne:	Omvårdnad
Kurs:	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, grundnivå
Författare:	Frida Fredriksson & Johanna Thunberg
Handledare:	Maria Bystedt & Veronica Pavedahl
Sidor:	26 sidor exklusive bilaga
Nyckelord:	Genusperspektiv, Normer, Sjuksköterska, Patient.

Introduktion: Sjuksköterskan har ett lagstadgat ansvar för att omvårdnaden ska vara jämställd och av god kvalitet oavsett vem patienten är. Ett flertal studier talar dock för att det kan finnas en skillnad i vårdkvalitet beroende på patientens kön.

Syfte: Syftet med litteraturstudien var att belysa betydelsen av patientens genustillhörighet i mötet med sjuksköterskan.

Metod: Litteraturstudien genomfördes enligt Polit & Becks (2017) niostegsmodell. Data samlades in genom systematiska sökningar i de vetenskapliga databaserna Cinahl och PubMed. Urvalsprocessen inkluderade en kvalitetsgranskning och resulterade i 10 artiklar, varav 8 använde kvalitativ metod, en använde kvantitativ metod och en använde mixad metod.

Resultat: Databearbetningen resulterade i två huvudteman: “*Skillnader mellan manliga och kvinnliga patienters erfarenheter av mötet med vården och sjuksköterskan*” och “*Skillnader i sjuksköterskans förhållningssätt till manliga och kvinnliga patienter*”.

Slutsats: Patientens genustillhörighet har betydelse både för patientens upplevelse av mötet med sjuksköterskan samt för sjuksköterskans förståelse för patienten.

Innehållsförteckning

Introduktion.....	4
Kön, genus och genusperspektiv	4
Män och kvinnor i vården.....	5
Sjuksköterskans ansvar för jämställd vård	6
Problemformulering.....	7
Syfte.....	7
Metod.....	8
Litteratursökning	8
Inklusionskriterier.....	9
Exklusionskriterier.....	9
Urvalsprocessen.....	9
Databearbetning.....	11
Forskningsetiska ställningstaganden	11
Resultat.....	12
Skillnader mellan manliga och kvinnliga patienters erfarenheter av mötet med vården och sjuksköterskan	12
Skillnader i sjuksköterskans förhållningssätt till manliga och kvinnliga patienter	15
Diskussion	18
Resultatdiskussion	18
Metoddiskussion.....	21
Klinisk betydelse	22
Förslag till fortsatt forskning	22
Slutsats.....	23
Referenslista.....	24

Bilaga 1. Artikelmatris

Introduktion

Jämställdhet inom vården innebär att vården ska vara likvärdig för män och kvinnor, både i förhållande till tillgång och kvalitet. Hur patientens genus hänger ihop med vårdkvalitet är kanske inte något som vare sig sjuksköterskan eller patienten reflekterar över (Smirthwaite et al. 2014). Genusaspekten i omvårdnad har tidigare inte varit ett väl utforskat område. Fokus har i många fall legat på maktrelationen mellan läkare och patient eller på könsskodningen av yrken inom hälso- och sjukvård. År 2004 bedömde Socialstyrelsen att patientens genus och dess betydelse i vården är något som omvårdnadsforskningen bör prioritera (Socialstyrelsen 2004). Sedan dess har flera projekt initierats i syfte att öka jämställdheten i vård och omsorg, som exempel kan ges att regeringen under åren 2008-2013 finansierat ett projekt för hållbar jämställdhet i Sveriges kommuner, landsting och regioner (Sveriges kommuner och landsting [SKL] 2014). År 2015 inkom 34 436 klagomål till patientnämnden i Sverige. Inom samtliga verksamhetsområden inkom flest klagomål från kvinnor. Många av ärenden handlade om bemötande och inom denna kategori stod kvinnor för två tredjedelar av alla klagomål (Inspektionen för Vård och Omsorg [IVO] 2016). Trots satsningar inom kommuner och landsting talar dessa siffror för att det kan finnas en skillnad i vårdkvalitet och bemötande beroende på patientens kön.

Kön, genus och genusperspektiv

Ordet kön används vanligen för att beskriva biologiska skillnader mellan människor som har med reproduktion och anatomi att göra. Begreppet kön försöker ofta förklara skillnader mellan män och kvinnors egenskaper och roller som konsekvenser av just biologi (Dahl 2016).

En av de första att introducera begreppet genus i Sverige var professorn Yvonne Hirdman. I sin rapport från 1988 definierar hon ordet genus utifrån engelskans ”gender” som ett begrepp för att särskilja den kulturellt eller socialt skapade könsrollen från det biologiska könet. Genus handlar därmed inte om biologi utan om innebörden av att vara man respektive kvinna i samhället (Hirdman 1988). Genus är något som skapas kontinuerligt i interaktionen med andra människor, det handlar både om hur individen framställer sig själv samt hur denne uppfattas och behandlas av andra (West & Zimmerman 1987). Genusbegreppet utforskar även föreställningen om hur män och kvinnor ska förhålla sig till varandra. Hirdman (1988) menar att samhällets genussystem består av två grundläggande aspekter: dikotomin av könen – att manligt och kvinnligt ska särhållas och inte blandas – och hierarkin – den maktordning i vilken mannen utgör normen. Hirdman (1988) menar att denna särhållning också bidrar till att rättfärdiga den manliga normen, exempelvis genom den historiska föreställningen om att mannen är stark och kvinnan svag, varför hon är underordnad mannen.

Studering av ett ämne utifrån ett genusperspektiv innebär att utforska betydelsen av genus i förhållande till ämnet. Inom medicin och omvårdnad innebär det exempelvis att ställa frågor om vilka hälsokonsekvenser mäns och kvinnors olika livsvillkor leder till (Hammarström 2004). Det finns sällan en enkel förklaringsmodell till uppkomst av ohälsa och det kan vara svårt att skilja på det biologiska könet och genus inom medicinen. Skillnader i förekomst av besvär från rörelseorganen kan exempelvis delvis förklaras av att män och kvinnors muskelmassa och muskelfibrer skiljer sig åt, vilket utgör den biologiska aspekten. Däremot är kvinnor och män överrepresenterade inom olika yrkesområden som medför olika belastning på kroppen. Kvinnor tar generellt sett även mer ansvar för hushållsarbetet vilket innebär både ytterligare påfrestning samt utebliven återhämtning, vilket utgör genusaspekten (Hamberg 2003). Ett genusperspektiv innebär ytterligare att integrera en granskning av maktförhållanden

mellan könen samt att synliggöra hur detta maktförhållande kan få konsekvenser för både kvinnors och mäns hälsa. Ett genusperspektiv innebär däremot också viss försiktighet inför att beskriva skillnader mellan könen, eftersom detta kan leda till en onyanserad bild som inte tar hänsyn till inbördes skillnader mellan individer av samma kön (Hammarström 2004).

Begreppet bias innebär i forskningsvärlden systematiska fel under forskningsprocessen som leder till ett felaktigt resultat. Begreppet genusbias har en liknande innebörd, men de systematiska felen har i detta fall med kön eller genus att göra. Inom vården kan genusbias leda till att patienter bedöms, utreds och behandlas felaktigt (Smirthwaite et al. 2014). Smirthwaite et al. (2014) menar ytterligare att genusbias kan ske på tre olika sätt. En form av genusbias är att könsskillnader skapas eller överdrivs genom att stereotypa uppfattningar om män och kvinnor ligger till grund för de bedömningar som görs, exempelvis genom att män och kvinnor får olika förklaringar till samma symtom. En annan form är att könsskillnader ignoreras, exempelvis genom att vården inte erkänner att män och kvinnor kan uppvisa olika symtom på samma sjukdom eller att män och kvinnor kan reagera olika på samma behandling. Den tredje formen är att patienten görs könstypisk, att personalen utan eftertanke utgår från att patienten passar in i en stereotyp bild av hur män eller kvinnor ska vara. Därmed uppmärksammas inte att alla män och alla kvinnor inte är likadana eller passar in i samma mall.

Män och kvinnor i vården.

Normen för vad som anses vara kvinnligt respektive manligt är inte konstant, utan förändras över tid och skiljer sig mellan olika kulturer (Smirthwaite 2007). Historiskt sett beskrivs den manliga stereotypen som en stark och handlingskraftig individ som är förständig, pålitlig och moralisk. Den kvinnliga stereotypen i sin tur har beskrivits som motsatsen till mannen, det vill säga mjuk, känslös, passiv och svag (Hirdman 2003). Könsnormer och stereotyper gör sig också påmindas i patientens kontakt med sjukvården. I en studie av Stenberg et al. (2012) intervjuades patienter med ryggsmärta inför ett besök med läkare eller fysioterapeut. Det framkom då skillnader mellan män och kvinnors attityder till sin smärta samt vilka förväntningar de hade på mötet med sjukvården. Fler män än kvinnor tenderade att se smärtan som en bekräftelse på att de var starka och hårt arbetande, medan kvinnor oftare än män höll sig själva ansvariga för smärtan. Kvinnorna hade ofta väntat länge med att söka vård av rädsla för att framstå som gnälliga och inte bli tagna på allvar, medan män i regel tog för givet att de skulle få hjälp utan att bli ifrågasatta (Stenberg et al. 2012).

Den stereotypa föreställningen om att män ska vara starka och därmed inte avslöja tecken på svaghet speglas i en studie av Wide et al. (2011) där fyra män uttryckte självmordstankar i enkäter om psykisk ohälsa men ingen av dem avslöjade sina självmordstankar för sin läkare. I samma studie påvisades också en korrelation mellan graden av stereotyp maskulinitet och graden av depression.

Patientens köns- eller genustillhörighet kan också påverka vård och behandling. Ett exempel på detta kan ses i en studie av Hamberg et al. (2002) där 239 AT-läkare fick i uppgift att bedöma och föreslå utredning och behandling för en patient med nacksmärtor utifrån en skriftlig beskrivning. Samtliga läkare fick bedöma identiska patientfall med den enda skillnaden att patienten kunde vara antingen man eller kvinna. Läkarna lade större vikt vid patientens psykosociala situation när patienten var en kvinna, och det var vanligare att kvinnan fick ospecifika diagnoser som exempelvis muskelsmärta. Läkarna ordinerade mer laboratorieprover för mannen än för kvinnan. Kvinnan ordinerades oftare läkemedel och remitterades oftare än mannen till en fysioterapeut (Hamberg et al. 2002).

Hirdman (2003) beskriver mannen som prototyp för den mänskliga kroppen, vilket enligt Smirthwaite (2007) historiskt sett har varit fallet även inom vårdvetenskapen. Kunskap om enbart det ena könets sjukdomsbild riskerar att medföra negativa konsekvenser för det andra könet (Smirthwaite 2007). O'Donnell et al. (2006) har funnit att jämfört med män debuterar symtom på hjärtinfarkt inte lika plötsligt för kvinnor utan utvecklas under längre tid, vilket bidrar till att de söker vård senare än män. Herning et al. (2010) fann att kvinnor ofta hade svårt att identifiera symtomen på hjärtinfarkt, och använde olika bortförklaringar då de inte trodde att de var en riskgrupp för insjuknande. Kvinnorna väntade också med att söka vård för att de inte ville vara till besvär. En studie på 4816 patienter med ST-höjningsinfarkt visade att kvinnors behandling fördröjdes eftersom de sökte vård senare, vilket skulle kunna vara en anledning till att de hade högre mortalitet än män (de-Miguel-Balsa et al. 2015).

Sjuksköterskans ansvar för jämställd vård

Sjuksköterskan har ett lagstadgat ansvar att verka för en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska vara av god kvalitet, bygga på respekt för patienten och främja en god relation mellan patienten och sjuksköterskan (SFS 1982:763). Vård på lika villkor innebär dock inte att samma vård ska ges på likadant sätt till alla. Hänsyn måste tas till människors olikheter i förhållande till exempelvis kön, ålder, funktionsförmåga och social ställning (SKL u.å.). Detta innebär att vård och behandling kan skilja sig åt mellan olika individer eller grupper. Skillnaderna innebär därmed inte per automatik att vården är ojämlig, snarare att vården på ett jämlikt sätt individanpassats (Myndigheten för vårdanalys 2014). Jämlikhet och jämställdhet är två närliggande begrepp. Jämlikhet handlar om att människor inte ska diskrimineras på grund av sina olikheter. Begreppet jämställdhet handlar i sin tur om jämlikhet mellan män och kvinnor (Smirthwaite et al. 2014).

I omvårdnadslitteraturen förekommer ofta könsneutrala benämningar för den person som söker eller erhåller vård, exempelvis "patienten" eller "individen", och Jorfeldt (2010) menar att användandet av dessa könsneutrala ord riskerar att osynliggöra skillnader istället för belysa dem. En parallell kan här dras till World Health Organisations [WHO] ståndpunkt i frågan om rättvis vård mellan könen. WHO gör skillnad på jämställdhet och rättvisa även om dessa begrepp hör ihop med varandra. Jämställdhet definieras som frånvaro av könsdiskriminering i form av exempelvis tillgång till sjukvård eller fördelning av resurser. För att en rättvis fördelning inom sjukvården ska kunna uppnås krävs däremot ett erkännande och en medvetenhet om skillnader mellan män och kvinnors behov, makt och inflytande (WHO 2001). WHO menar ytterligare att kön och genus spelar en betydande roll för en individs hälsosituation. Kvinnor och män har olika roller i samhället som värderas olika högt vilket påverkar tillgängligheten till och inflytandet i vården. En integrering av ett genusperspektiv i vården är därför ett viktigt steg i riktningen mot rättvis vård (WHO 2001).

Vården ska enligt lag vara av god kvalitet, bygga på respekt för patienten och främja en god relation mellan patienten och sjuksköterskan (SFS 1982:763). Lagen återspeglas i olika publikationer som ligger till grund för sjuksköterskans arbete. Jämlikhets- och jämställdhetsarbete är en del i att utveckla vårdkvaliteten och berör såväl myndigheter och organisationer som den enskilde sjuksköterskan (SKL u. å.). Svensk sjuksköterskeförening (2014a) menar att sjuksköterskans kompetens, bemötande och utförande av omvårdnadsåtgärder är en avgörande del av vårdens kvalitet. I sjuksköterskans etiska kod betonas sjuksköterskans ansvar att verka för jämlikhet och rättvisa samt att omvårdnad ska ges på ett respektfullt sätt oberoende av kön (Svensk sjuksköterskeförening 2014b). Omvårdnad är sjuksköterskans yttersta ansvarsområde och det centrala i omvårdnaden är relationen med

patienten, vilken ska genomsyras av ett holistiskt förhållningssätt (Svensk sjuksköterskeförening 2016a). Omvårdnaden ska vara personcentrerad och ta hänsyn till den unika individ som patienten är (Svensk sjuksköterskeförening 2016b). Vårdrelationen skapas ömsesidigt mellan sjuksköterskan och patienten och utvecklas i olika faser. Det första mötet mellan patient och sjuksköterska präglas av stereotypa föreställningar om båda parter. För att en god relation ska utvecklas krävs att dessa föreställningar läggs åt sidan (Travelbee 1971; Halldorsdottir 2008). Eftersom vårdrelationen är en asymmetrisk relation, där sjuksköterskan har en maktposition i förhållande till patienten åligger det sjuksköterskan att vara medveten om sina värderingar, fördomar och sitt inflytande över patienten. Sjuksköterskans bemötande och agerande kan vara betydande för hur patienten ser på sin situation och förstår sig själv (Svensk sjuksköterskeförening 2016b).

Problemformulering

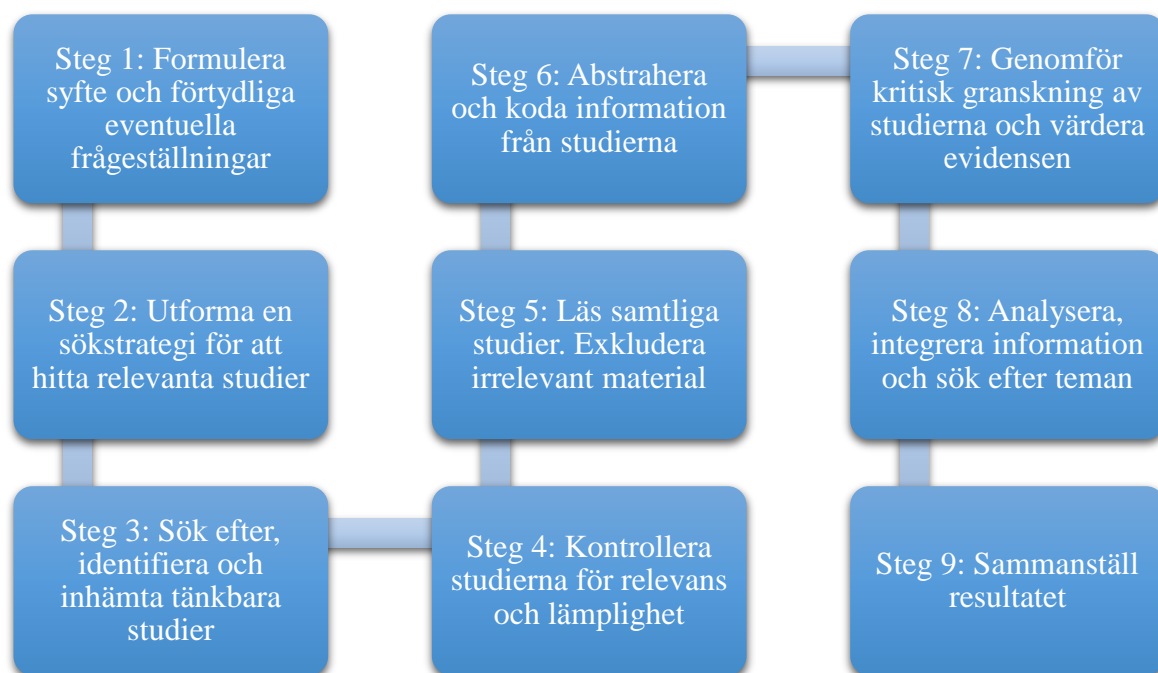
Genus spelar en betydande roll i samhället för hur människor skapar och upplever sina liv. Normer om kön och genus förekommer även inom sjukvården och kan få konsekvenser för både vård och behandling. Sjuksköterskan har ett lagstadgat ansvar för att omvårdnaden ska vara jämställd och av god kvalitet oavsett vem patienten är. Trots att relationen mellan sjuksköterska och patient är av ömsesidig natur har sjuksköterskan i och med sin maktposition det yttersta ansvaret för denna relation. Men sjuksköterskan är också en människa som påverkas av rådande normer och föreställningar i samhället och relationen med patienten kan komma att påverkas av dessa föreställningar. Genus skapas i mötet med andra människor och genusaspekten är därför ständigt närvarande i mötet mellan sjuksköterska och patient. För att sjuksköterskans arbete ska vara jämställt och rättvist krävs integrering av ett genusperspektiv i omvårdnaden.

Syfte

Syftet med litteraturstudien var att belysa betydelsen av patientens genustillhörighet i mötet med sjuksköterskan.

Metod

Att genomföra en litteraturstudie innebär att systematiskt söka, granska och sammanställa redan existerande forskning inom ett valt område. Syftet med en litteraturstudie kan exempelvis vara att identifiera kunskapsluckor och behov av ny forskning (Forsberg & Wengström 2016; Polit & Beck 2017). Denna litteraturstudie lades upp efter Polit & Becks (2017) niostegsmodell och presenteras fritt översatt från engelska i figur 1.



Figur 1. Polit & Becks (2017) niostegsmodell för litteraturstudier, fritt översatt från engelska.

Litteratursökning

Enligt **steg ett** i Polit och Becks (2017) niostegsmodell formulerades syftet med litteraturstudien. **Steg två** i modellen innebär att utforma en sökstrategi för att identifiera relevanta studier. Detta innebär bland annat att ta ställning till hur studierna ska samlas in samt bestämma inklusions-och exklusionskriterier (Polit & Beck 2017). I denna litteraturstudie användes sökning av vetenskapliga artiklar i databaser som insamlingsmetod. Databaserna som användes var Cinahl och PubMed, som båda innehåller omvårdnadsforskning (Forsberg & Wengström 2016; Polit & Beck 2017). Relevanta sökord valdes utifrån syftet och motsvarande ämnesord identifierades i databaserna. Sökprocessen inleddes även med testsökningar i fritext inom de olika databaserna med syfte att identifiera ytterligare ämnesord. I testsökningen användes sökorden "gender differences", "gender disparities", "nursing care" och "experiences". I PubMed redovisas ämnesord som MeSH-termer (Medical Subject Headings) och i Cinahl som Headings. Ämnesorden som användes i Cinahl var: *Gender bias*, *Sex factors*, *Stereotyping*, *Nurse-patient relations* och *Patient satisfaction*. Samma ämnesord användes i PubMed med undantag av *Gender bias* som motsvarades av MeSH-terminen *Sexism*. *Gender bias/Sexism* och *Sex factors* kombinerades med den booleska operatoren OR för att expandera sökningen till att innehålla antingen det ena eller det andra ämnesordet. Denna sökning kombinerades sedan med respektive ämnesord med hjälp av den booleska operatoren AND för

att identifiera artiklar innehållande båda ämnesorden (sökningarna redovisas i tabell 1). Till skillnad från Cinahl är PubMed en bred databas som innehåller artiklar som inte bara handlar om omvårdnad (Polit & Beck 2017) varvid sökordet *nurs** lades till i fritext i en av sökningarna i PubMed. Sökningen *Sexism OR Sex factors AND patient satisfaction* i PubMed genererade ett resultat på över 900 träffar varvid sökordet *differenc** lades till i fritext för att begränsa sökningen till artiklar innehållande skillnader mellan könen.

Inklusionskriterier

Artiklar publicerade mellan 2002-01-01 och 2016-12-31 inkluderades, detta för att spegla det aktuella forskningsläget och samtidigt inte exkludera relevant material. Artiklarna skulle vara publicerade på engelska eller svenska samt granskade av en expertgrupp. Deltagarna i studierna skulle vara över 18 år, samt antingen vara patienter eller sjuksköterskor. Studier vars resultat beskrev manliga och kvinnliga patienter inkluderades.

Exklusionskriterier

Artiklar vars studier handlade om patientgrupper som allmänsjuksköterskan vanligen inte möter exkluderades, vilket innebar patienter inom förlossningsvård, primärvård, pediatrik, psykiatri, operation eller intensivvård. Studier som enbart behandlade mötet mellan patient och läkare exkluderades. Litteraturöversikter exkluderades.

Urvalsprocessen

Efter att en sökstrategi utformats genomfördes sökningar i syfte att identifiera och inhämta tänkbara artiklar, vilket är **steg tre** i Polit och Becks (2017) modell. Urval ett gjordes genom kombinationer av tidigare beskrivna sökord. Abstrakten till samtliga artiklar vars titel verkade relevant för syftet lästes. Abstraktet lästes också om titeln inte tydligt avslöjade att artikeln var irrelevant eller skulle exkluderas enligt tidigare angivna kriterier. I de fall artikeln verkade relevant utifrån titeln men abstrakt ej var tillgängligt inkluderades artikeln till urval två då hela artikelns skulle inhämtas och läsas. Urval ett resulterade i 41 artiklar efter att interna och externa dubletter exkluderats (se tabell 1).

Enligt **steg fyra** och **fem** i Polit och Becks (2017) modell lästes i urval två samtliga 41 artiklar igenom och kontrollerades mot syftet samt gällande inklusions- och exklusionskriterier. För att kontrollera artiklarnas lämplighet lades fokus på studiens syfte, metod och resultat. Anledningar till att artiklar exkluderades i urval två kunde exempelvis vara att studien fokuserade på sjuksköterskans kön och inte patientens, att artiklarna enbart nämnde kön i demografisk bakgrundsdata men inte beskrev könsskillnader i resultatet eller att studien handlade om patientens relation med läkare eller sjuksköterskestudenter. Urval två resulterade i 12 artiklar som bedömdes vara lämpliga utifrån syftet med litteraturstudien (se tabell 1).

I urval tre kvalitetsgranskades de 12 artiklarna från urval två enligt **steg sju** i Polit och Becks (2017) modell. Granskningen genomfördes utifrån Polit & Becks (2017) granskningsmallar ”*Guide to an Overall Critique of a Quantitative Research Report*” och ”*Guide to an Overall Critique of a Qualitative Research Report*”, vilket innebar en bedömning av styrkor och svagheter i förhållande till artiklarnas abstrakt, introduktion, metod, resultat och diskussion (Polit & Beck 2017). Först granskades varje del var för sig och sedan sammanvägdes samtliga delar i en helhetsbedömning. Samtliga artiklar granskades först enskilt och bedömningarna diskuterades sedan tills konsensus uppnåddes. Granskningen resulterade i att två artiklar från

urval två exkluderades. En av artiklarna bedömdes inte leva upp till kravet på etiska överväganden, då insamlingsmetoden innebar att patienter blev uppringda av forskarna efter att telefonnummer hämtats ur deras journaler utan att de givit samtycke till detta. Den andra artikeln exkluderades framförallt på grund av att urvalet och insamlingsmetoden bedömdes innebära stor risk för bias. Urval tre resulterade i 10 artiklar (se tabell 1). Parallellt med steg sju i Polit och Becks (2017) modell genomfördes även **steg sex**, vilket innebar att information från de olika studierna abstraherades och sammanställdes i en artikelmatris (se bilaga 1).

Tabell 1. Databassökning och urval

Databas	Sök-ID	Sökord	Antal träffar	Urval 1	Urval 2	Urval 3
Cinahl	S1	Sex Factors [Cinahl Heading]	41 407			
	S2	Gender bias [Cinahl Heading]	372			
	S3	Nurse-patient relations [Cinahl Heading]	9 568			
	S4	Patient satisfaction [Cinahl Heading]	19 255			
	S5	Stereotyping [Cinahl Heading]	2 512			
	S6	S1 OR S2	41 686			
	S7	S6 AND S3	119	4	2	2
	S8	S6 AND S4	513	16	2	2
	S9	S6 AND S5	259	6 (1)	4	4
PubMed	S1	Sex factors [MeSH]	100 271			
	S2	Sexism [MeSH]	720			
	S3	Nurse-patient relations [MeSH]	13 088			
	S4	Patient satisfaction [MeSH]	51 220			
	S5	Stereotyping [MeSH]	6 340			
	S6	S1 OR S2	100 867			
	S7	S6 AND S3	85	7 ((4))	3	2
	S8	S6 AND S4 AND differenc*	262	19 ((6))	1	0
	S9	S6 AND S5 AND nurs*	43	1 ((1))	0	0
Totalt				53(1)((11))	12	10

() = antal interna dubletter. (()) = antal externa dubletter.

Databearbetning

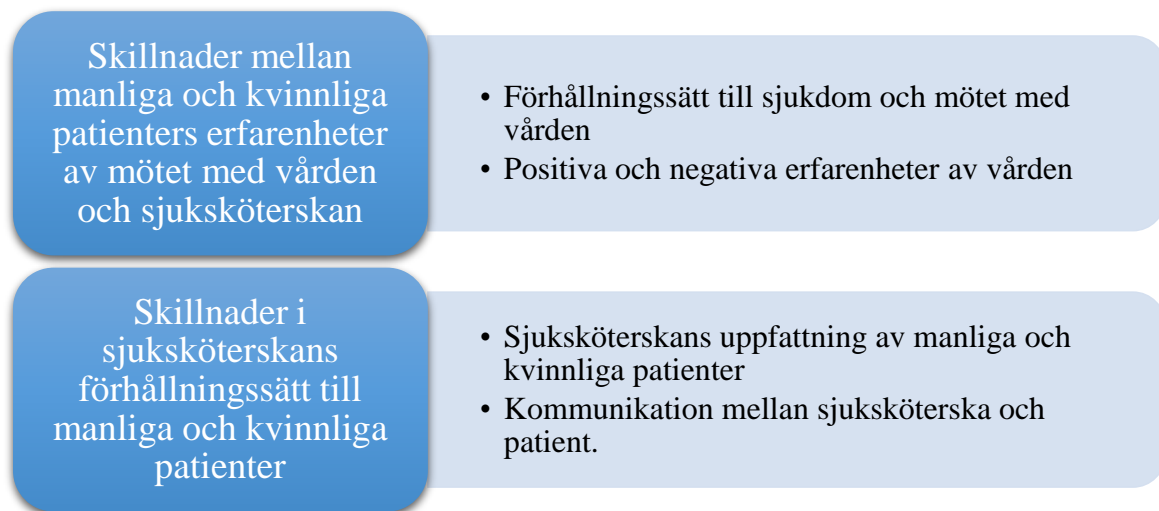
Steg åtta i Polit och Becks (2017) niostegsmodell innebär att analysera, söka efter teman och sammanställa innehållet i de utvalda artiklarna. Resultatet i samtliga 10 studier från urval tre lästes först igenom enskilt och textenheter som bedömdes relevant utifrån syftet markerades. Innehåll samt markeringar från varje studie diskuterades sedan gemensamt. De markerade textenheterna jämfördes och mönster identifierades. Samtliga studier lästes sedan igenom på nytt och de identifierade textenheterna plockades ut. De olika textenheterna betraktades sedan i sin helhet och jämfördes med varandra i förhållande till innehåll. I denna process separerades det innehåll som utgick från patientens perspektiv ifrån det som utgick från sjuksköterskans, dessa bearbetades sedan var för sig. Textenheter som bedömdes associerade med varandra kopplades samman i olika kombinationer vilket ledde till att teman bildades. Enligt **steg nio** i Polit & Becks (2017) modell sammanställdes slutligen fyra teman till två huvudteman.

Forskningsetiska ställningstaganden

Etiska ställningstaganden i litteraturstudier handlar huvudsakligen om vilka studier som inkluderas samt hur resultatet presenteras. De studier som inkluderas bör ha granskats av en etisk kommitté, alternativt bör forskarna tydligt redogöra för etiska ställningstaganden som gjorts (Forsberg & Wengström 2016). Några av studierna som inkluderades i resultatet hade inte granskats av etisk kommitté, men forskarna bakom dessa studier redogjorde för sin metod med ett etiskt förhållningssätt. Fabricering, falsifiering och plagiering av data är grundläggande områden som ska undvikas i sammanställning och rapportering av forskningsresultat, såväl i empirisk forskning som i litteraturstudier. Fabricering innebär rapportering av påhittade data eller forskningsresultat. Falsifiering innebär manipulering av olika områden i forskningen eller utelämnande av data så att resultatet förvrängs. Plagiering innebär slutligen att någon annans idéer, resultat eller ord används utan att dessa på ett korrekt sätt refereras till (Polit & Beck 2017). Under databearbetningen och presentationen av litteraturstudiens resultat har hänsyn tagits till att inte fabricera, falsifiera eller plagiera data. Data har översatts från engelska till svenska med noggrannhet och försiktighet, och vid tveksamheter har lexikon och annan litteratur använts. Hänsyn har tagits till språkets nyanser samt att innebörden inte ska förvrängas eller gå förlorad i översättningen. Vid presentationen av resultatet var målet att i allra möjligaste mån presentera data i sin kontext. Citat har använts för att stödja resultatet, dessa har valts att redovisas oöversatta från engelska för att bibehålla innebörden av citatet och dess nyanser.

Resultat

Syftet med litteraturstudien var att belysa betydelsen av patientens genustillhörighet i mötet med sjuksköterskan. Resultatet bygger på 10 vetenskapligt granskade artiklar varav åtta använde kvalitativ metod, en använde kvantitativ metod och en använde mixad metod. Fyra artiklar utgår från patientens perspektiv, fem från sjuksköterskans perspektiv och en artikel baseras på en observationsstudie av både sjuksköterskor och patienter. Resultatet redovisas i två huvudteman inklusive fyra teman (se figur 2).



Figur 2. Resultatets huvudteman samt teman

Skillnader mellan manliga och kvinnliga patienters erfarenheter av mötet med vården och sjuksköterskan

Utifrån patienternas perspektiv och berättelser framträdde skillnader mellan mäns och kvinnors upplevelser av mötet med vården och sjuksköterskan. Dessa skillnader redogörs för i två teman: "Förhållningssätt till sjukdom och mötet med vården" samt "Positiva och negativa erfarenheter av vården".

Förhållningssätt till sjukdom och mötet med vården

Män och kvinnor uttryckte skillnader i hur de hanterade situationen att vara patient och i behov av hjälp. Kvinnor försökte vara duktiga patienter genom att leva upp till de förväntningar som ställdes på dem (Björkman et al. 2014). Kvinnor kunde oroa sig för att vara till besvär för sjukvårdspersonalen, antingen för att de inte kunde ge en tillräckligt tydlig beskrivning av sina symtom (Björkman et al. 2014) eller för att de tog upp tid och resurser som hade kunnat läggas på sjukare patienter (Clarke et al. 2006). Upplevelsen av att vara till besvär eller att inte kunna leva upp till sjukvårdens förväntningar framkallade skuld känslor hos kvinnorna (Clarke et al. 2006; Björkman et al. 2014). Kvinnor som drabbats av stroke upplevde inte att de varit delaktiga i planeringen av sin vård och rehabilitering, men tenderade att acceptera detta och menade att sjukvårdspersonalen hade mer kunskap om deras situation och överlämnade beslutsfattandet åt dem (Andersson & Hansebo 2009). En kvinnlig informant citeras:

I wouldn't say I took part in the planning of my rehabilitation and care. They have looked into the difficulties I have had and what needs to be done, and they have a programme for it. As I have got better I have participated more in the activities they have here. It's worked well. I don't know what it takes to get better. (Andersson & Hansebo 2009, s. 2041)

Kvinnor som förlorat funktionsförmågor efter att de drabbats av stroke accepterade också att vara i behov av hjälp med kropps nära omvårdnad, som personlig hygien och toalettbesök. De skämdes inte för sig själva och gav tydliga direktiv med vad de önskade hjälp med utan att känna sig blottade (Andersson & Hansebo 2009).

Till skillnad från kvinnor uttryckte män inga skuld känslor över att ta upp tid och resurser, de utgick från att sjukvårdspersonalen alltid hade tid för dem oavsett hur upptagna de var (Clarke et al. 2006). I vissa situationer föredrog dock män att klara sig själva, bland annat när det handlade om att behöva hjälp med kropps nära omvårdnad. De kände sig sårbara inför sjuksköterskan, uppfattade sjuksköterskan som obekväm och skämdes för att visa sig nakna (Andersson & Hansebo 2009). Liksom kvinnorna i studien av Andersson & Hansebo (2009) upplevde männen inte att de gjorts delaktiga i planeringen av sin vård, däremot skiljde sig attityden till det åt. Männen sa inte rakt ut att de ville ha inflytande i planeringen, men hade olika strategier för att göra sig delaktiga, bland annat genom att skaffa sig mer kunskap, ifrågasätta beslut, komma med förslag och förhandla med sjukvårdspersonalen. En manlig informant citeras:

They wanted to tube-feed me four times a day from day one, but I said I couldn't swallow more than twice. They have kept on and on about this, I only wanted twice, but then I lost a few kilos of weight. But they listened to me, they didn't force me. I said I can't take it and I pulled it out if they put it in. There's been a bit of a fight over it. A nurse said I'm the one who is a fighter. (Andersson & Hansebo 2009, s. 2042)

Mäns svårigheter att överlämna kontrollen och förlita sig på sjukvårdspersonalens kunskap reflekteras också i studien av Björkman et al. (2014), där män diagnostiserade med Irritable Bowel Syndrome inte accepterade psykosomatiska förklaringsmodeller till sitt tillstånd. För några män ledde denna misstro till en långvarig oro för att deras symtom i själva verket berodde på cancer eller någon annan allvarlig sjukdom.

I samband med sjukdom la kvinnor vikt vid sina känslor (Hedegaard et al. 2014) och hade ett behov av emotionellt stöd (Clarke et al. 2006; Andersson & Hansebo 2009). Kvinnor med förmaksflimmer tenderade att beskriva sina symtom utifrån ett emotionellt perspektiv med fokus på vilka känslor sjukdomen framkallade hos dem, exempelvis rädsla, oro och ångest (Hedegaard et al. 2014). Kvinnor eftersökte emotionellt stöd från sjukvårdspersonalen och tog tacksamt emot det stöd som erbjöds då de värdesatte möjligheten att få uttrycka sina känslor (Clarke et al. 2006). Några kvinnor uttryckte att de dolde sin sorg för sjuksköterskan, men sökte då tröst hos sina anhöriga istället (Andersson & Hansebo 2009).

Till skillnad från kvinnor beskrev inte män med förmaksflimmer sina symtom utifrån ett emotionellt perspektiv utan utgick ifrån fysisk prestation och aktivitetsbegränsningar (Hedegaard et al. 2014). Män var också mindre sannolika att efterfråga emotionellt stöd från sjukvårdspersonalen (Clarke et al. 2006). Män med Irritable Bowel Syndrome oroade sig för att framstå som emotionella och svaga eftersom de diagnostiserats med vad de menade var en "kvinnosjukdom" (Björkman et al. 2014). Män var inte bekväma med att acceptera erbjudanden om emotionellt stöd då de inte tyckte att det passade deras behov, de ansåg att de kunde klara sig själva och om de behövde stöd vände de sig istället till sina fruar (Clarke et al. 2006). Några

män i studien av Andersson & Hansebo (2009) valde däremot att dölja sin sorg även för sina fruar då de inte ville oroa dem.

Positiva och negativa erfarenheter av vården

Män och kvinnor skiljde sig åt gällande positiva och negativa upplevelser av sjukvården och mötet med sjuksköterskan. Återigen betonade kvinnor vikten av det emotionella stödet, vilket enligt kvinnorna innebar att ha långa samtal om sina känslor samt att få tröst och försäkran från sjukvårdspersonalen (Clarke et al. 2006). Kvinnor upplevde omvårdnaden som positiv när sjuksköterskan lyssnade, var hjälpsam och omtänksam (Andersson & Hansebo 2009). Kvinnorna visade förståelse för personalens arbetsbelastning och betraktade exempelvis väntetider som en integrerad del av vården (Foss & Hofoss 2004).

Män värdesatte information mer än få prata om sina känslor och betraktade information från sjukvårdspersonalen som en form av emotionellt stöd, då ökad kunskap om sin sjukdom minskade ångest och skapade tacksamhet (Clarke et al. 2006). Män upplevde omvårdnaden som positiv när sjuksköterskan var tillgänglig, behandlade dem väl och gav dem den hjälp de behövde (Andersson & Hansebo 2009).

Gällande negativa upplevelser tenderade kvinnor att betona sjukvårdspersonalens attityder. De klagade på att de bemöttes med bristande respekt, arrogans och paternalism (Foss & Hofoss 2004). Kvinnor upplevde att de inte blev tagna på allvar (Foss & Hofoss 2004; Björkman et al. 2014). Sjukvårdspersonalen bekräftade inte kvinnornas symtomupplevelse, de fick istället höra att de var gnälliga och neurotiska, vilket ledde till att de började tro att de inbillade sig eller höll på att bli galna. Några av kvinnorna reagerade dock med ilska mot sjukvården när de inte blev tagna på allvar (Björkman et al. 2014). Sjuksköterskan kunde av några kvinnor upplevas som ett hinder mellan patienten och läkaren och de beskrev att sjuksköterskan behandlade dem extra nedlåtande när de försökte vara delaktiga i vården (Foss & Hofoss 2004). Även i studien av Andersson & Hansebo (2009) uppgav några av kvinnorna att deras försök till delaktighet ignorerades av sjuksköterskan. Några kvinnor upplevde att sjuksköterskan saknade ett helhetsperspektiv (Foss & Hofoss 2004) och att sjukvårdspersonalen inte ägnade tillräckligt mycket uppmärksamhet åt emotionellt stöd (Clarke et al. 2006). En kvinnlig informant citeras:

The emotional side of things is not taken into account somehow. Even when you're on the treatment, it's "how are you feeling?" - They're all physical symptoms of how you're feeling rather than, "is it getting you down emotionally? How are you dealing with it?" (Clarke et al. 2006, s. 69)

Till skillnad från kvinnor uppfattade några män bristen på emotionellt stöd som positivt och en man beskrev det som en bekräftelse på att sjukvårdspersonalen inte lät sig distraheras (Clarke et al. 2006). Några män blev arga när sjukvårdspersonalen la vikt vid deras känslor och ville inte se ett samband mellan sina fysiska symtom och sitt känsloliv (Björkman et al. 2014). Männens klagomål fokuserade framförallt på bristande kompetens hos sjukvårdspersonalen eller organisatoriska brister som ledde till långa väntetider. Män tenderade också att klaga på praktiska aspekter av vården som exempelvis defekt medicinteknisk utrustning samt brister i sjukhusmiljön. Att bli placerad i en säng i korridoren var något som ogillades av både män och kvinnor, men män hänvisade oftare till sin status som skattebetalare (Foss & Hofoss 2004). En manlig informant citeras:

I was told to be there at 6.30 a.m., on an empty stomach. My blood tests were taken quickly, and I was transferred to the right department. There, however, nothing happened until 1.30 p.m. and then only after several requests of mine. I take the liberty of assuming that there is room for improvement here. (Foss & Hofoss 2004, s. 276)

Skillnader i sjuksköterskans förhållningssätt till manliga och kvinnliga patienter

Betydelsen av patientens genustillhörighet i mötet med sjuksköterskan tydliggörs också utifrån sjuksköterskans perspektiv och redogörs för i två teman: ”Sjuksköterskans uppfattning av manliga och kvinnliga patienter” och ”Kommunikation mellan sjuksköterska och patient.”

Sjuksköterskans uppfattning av manliga och kvinnliga patienter

Några av sjuksköterskorna menade att de var könsneutrala i sitt sätt att se på patienten men erkände samtidigt att de gjorde skillnad på manliga och kvinnliga patienter på olika sätt (Kvigne et al. 2005). Samtliga deltagare i studien av Foss och Sundby (2003) menade att manliga och kvinnliga patienter var olika, och kunde ge tydliga exempel på hur de skiljde sig åt. Däremot noterade forskarna bakom studien att det huvudsakligen var den kvinnliga patienten som beskrevs av deltagarna. Den manliga patienten verkade utgöra normen som den kvinnliga patienten jämfördes med, och oftast framställdes hon som negativt avvikande (Foss & Sundby 2003).

Sjuksköterskan beskrev kvinnliga patienter som krävande att vårda då de uppfattades ha högre förväntningar på sjuksköterskan jämfört med manliga patienter (Foss & Sundby 2003; Haydon et al. 2015). Kvinnliga patienter upplevdes också vara mer tidskrävande och sjuksköterskor tenderade att överskatta tiden de tillbringat inne hos kvinnliga patienter (Foss & Sundby 2003). Kvinnliga patienter uppfattades påverka varandra genom att de jämför och ställer krav utifrån vad de ser att andra patienter får (Foss & Sundby 2003; Haydon et al. 2015). I studien av Haydon et al. (2015) menade en sjuksköterska att kvinnliga patienter betraktar vårdtillfället som sin tid att vila och förväntade sig därför att bli servade av sjuksköterskan. Kvinnor uppfattades också oroa sig mer för att hålla sig rena, klä sig samt vad sjuksköterskan betraktade som småsaker kring utseendet (Kvigne et al. 2005).

If you get four women in one room and one asks for some Vaseline for her lips because they are a bit dry, then other one might ask for a box of tissues. Those things are not as important and that is where they can all feed off each other and you end up running around doing all these odd jobs and you get nothing done. (Haydon et al. 2015, s. 220)

Sjuksköterskorna uppfattade manliga patienter som skämtsamma och lättsammare att vårda jämfört med kvinnor (Foss & Sundby 2003; Haydon et al. 2015) och män fick ofta sjuksköterskorna att känna sig uppskattade och värdefulla (Foss & Sundby 2003). Män uppfattades också använda sig av humor för att skapa kontakt med sjuksköterskan (Haydon et al. 2015).

You can joke a bit with the elderly men. I think there is a difference there... that we are sweet and good natured, right? ... and they, they have lots of girls running in and doing things for them... I do really think they are grateful and appreciate you. And then, when you go into the next room to the women, you feel you are just doing your job. That is an important difference... (Foss & Sundby 2003, s. 49)

Några av de kvinnliga sjuksköterskorna uttryckte att de hade lättare att identifiera sig med kvinnliga patienter och förstå deras situation samt behov av hjälp eftersom kvinnor oftare erkände sitt lidande (Kvigne et al. 2005). I studien av Bernardes och Lima (2011) visade det sig däremot att sjuksköterskans bedömning av kvinnors smärta snarare baserades på om det fanns röntgenbekräftade patologiska fynd än på om kvinnan visade tecken på lidande. Vid frånvaro

av patologiska fynd bedömdes kvinnors smärta som mindre trovärdig och mindre handikappande.

Några sjuksköterskor beskrev män som motvilliga att be om hjälp (Höglund & Holmström 2008) och uppfattade att män använde olika strategier för att dölja sin sårbarhet (Kvigne et al. 2005). Män uppfattades också dölja sina känslor, och ibland även sina förlorade funktionsförmågor (Haydon et al. 2015). De försökte hantera situationen genom att ta kontroll över den och försöka framstå som starka (Kvigne et al. 2005). Sjuksköterskans uppfattning av att den manliga patienten ofta försöker framstå som stark och undviker att visa känslor reflekteras i studien av Bernardes och Lima (2011). Sjuksköterskorna i studien bedömde mannens smärta som mer invalidiserande när han visade tecken på lidande, klagade och använde känslord för att beskriva sin smärta.

Kommunikation mellan sjuksköterska och patient

En ytterligare anledning till att kvinnliga patienter uppfattades som mer krävande att vårda jämfört med män var deras sätt att kommunicera. De uppfattades som otydliga och sjuksköterskan behövde ägna mer tid åt att prata med kvinnorna för att förstå vad de egentligen ville ha sagt. Detta skapade en känsla av frustration hos sjuksköterskorna (Foss & Sundby 2003).

Det fanns dock tillfällen när kvinnliga patienters kommunikation uppfattades positivt av sjuksköterskan, framförallt när det handlade om att prata om känslor och sjukdomsrelaterade ämnen (Foss & Sundby 2003; Kvigne et al. 2005). Kvinnor uppfattades vara ärligare med sina känslor och ha lättare för att uttrycka dem, och upplevdes därför lättare att skapa kontakt med (Kvigne et al. 2005; Höglund & Holmström 2008).

Of course it's easier to talk to a woman, we have more in common...it's generally easier to understand, we have the same view on things so to speak. // It's generally speaking easier to understand, because we share a common... You often get more emotions from female callers. (Höglund & Holmström 2008, s. 2983)

Jämfört med män uppfattades kvinnors kommunikation fokusera mer på sjukdom och oro (Foss & Sundby 2003), vilket också tenderade att bli fokus från sjukvårdspersonalens sida. Under konsultationer med kvinnliga patienter med förmaksflimmer fokuserade sjukvårdspersonalen på känslor som oro, rädsla och ångest. Vikt lades vid att säkerställa frånvaro av ohälsa snarare än att bekräfta närvaro av hälsa. Sjukvårdspersonalen tenderade att söka efter oroande symtom och fokusera på tidigare uttalanden om ohälsa, snarare än att fokusera på nuvarande förbättringar och kvinnorna fick ofta råd om att anpassa sin livssituation efter sin sjukdom (Hedegaard et al. 2014). Kvinnliga patienter beskrevs även uttrycka mer oro för sina anhöriga än män (Kvigne et al. 2005) och uppfattades använda sig av humor för att skydda anhöriga och inte oro dem (Haydon et al. 2015).

Till skillnad från kvinnor uppfattades män som tydliga och direkta i sin kommunikation, och uppfattades också ha lättare för att acceptera det sjuksköterskan sa (Foss & Sundby 2003). Män uppfattades inte lika oroliga som kvinnor (Kvigne et al. 2005) och fokuserade oftare på samtalsämnen som inte hade med sjukdom att göra, som exempelvis sport och jakt (Foss & Sundby 2003). Den lättsammare attityden speglades också från sjukvårdspersonalens sida. I konsultationer med män med förmaksflimmer fokuserade samtalen på positiva utlåtanden med syfte att bekräfta hälsa och välmående. När männen uttryckte oro för sitt tillstånd uppmuntrades de att fokusera på förbättringar, och till skillnad från kvinnliga patienter uppmuntrades män

sällan att anpassa livet efter sjukdomen (Hedegaard et al. 2014). Manliga patienter kunde också uppfattas använda sig av humor i samtal om svåra ämnen som en strategi för att framstå som mindre sårbara (Haydon et al. 2015).

Sjuksköterskorna kunde dock ge exempel på situationer när de kände sig respektlöst bemötta av manliga patienter. Bland annat upplevde sjuksköterskor som arbetade med telefonrådgivning att deras kunskap och kompetens inte respekterades av män som ringde. En del män beskrevs ha uppfattningen att de hade tolkningsföreträde och kunde bli arga och tilltala sjuksköterskan på ett nedvärderande sätt när de inte fick sin vilja igenom (Höglund & Holmström 2008). Manliga patienter upplevdes också ha ett behov av att balansera makten i relationen med sjuksköterskan genom att använda sig av nedlåtande eller opassande humor (Haydon et al. 2015).

Sometimes there are rude remarks and derogative comments. I think sexism and bigotry is very rife in the older male. [...] It is very much a male trait. Because we hold the balance of power, it is a leveler for them. If they can get us down to a level, and relate to them we are actually on the same par. (Haydon et al. 2015, s. 218)

Diskussion

Syftet med litteraturstudien var att belysa betydelsen av patientens genustillhörighet i mötet med sjuksköterskan. Resultatet presenterades både utifrån sjuksköterskans och patientens perspektiv. Utifrån patientens perspektiv framgick genusrelaterade skillnader i upplevelsen av kontakten med sjuksköterskan och mötet med vården. Utifrån sjuksköterskans perspektiv framgick att kvinnliga och manliga patienter beskrevs på olika sätt samt att sjuksköterskan förhöll sig olika till patienten beroende på patientens kön.

Resultatdiskussion

Det framkom skillnader i hur män och kvinnor upplever mötet med vården och sjuksköterskan samt att manliga och kvinnliga patienter värdesätter olika aspekter av omvårdnaden. En röd tråd kan ses genom resultatdelen som utgår från patientens perspektiv - skillnaden mellan hur bekväma manliga och kvinnliga patienter var att visa känslor, acceptera hjälp och visa sig svaga.

I resultatet framgår att manliga patienter tenderade att dölja sina känslor eller förneka behovet av emotionellt stöd, samt att de uttryckte en ovilja att framstå som svaga och hjälpbehövande. Ett liknande resultat kan ses i en studie av McCaughan et al. (2010) där män tenderade att dölja sin känslomässiga reaktion efter att ha diagnostiserats med kolorektalcancer. Några män verkade vilja förmedla en bild av att de inte påverkades känslomässigt. En av männen i studien förklarade detta ytterligare och menade att det inte är socialt accepterat för män att visa sina känslor (McCaughan et al. 2010). I en studie av O'Brien et al. (2005) diskuterade män med olika sjukdomstillstånd sina erfarenheter av maskulinitet i förhållande till hälsa och sjukdom. Några män i studien undvek att samtala om emotionella behov eller problem och upplevde press att utöva maskulinitet, vilket innebar att härda ut och visa sig stark. Hooper och Quallich (2016) har sammanställt 349 studier med fokus på mäns attityder till hälsa samt mäns hjälpsökande beteende. De fann att normer om maskulinitet kunde få negativa hälsokonsekvenser för män. Att be om hjälp eller att sätta sin egen hälsa i fokus förknippades av flera män med femininitet, och var därför ovärdigt en man. För att bibehålla den maskulina bilden av sig själva och inte framstå som svaga tenderade män att förminska eller förneka sitt fysiska eller emotionella lidande. I en studie av O'Brien et al. (2005) identifierades dock män som gick emot normen om maskulinitet, ett exempel var män med långt gången prostatacancer. Sjukdomen hade medfört en nödvändighet för männen att övervaka och lära känna sin kropp och ändrat männens syn på maskulinitet. Dessa män uttryckte en annan acceptans inför att behöva hjälp, och sökte hellre vård istället för att uthärda situationen (O'Brien et al. 2005). I en annan studie såg män med Reumatoid Artrit att ett ökat hjälpbehov innebar ett hot mot deras maskulinitet. Minskad självständighet upplevdes få emotionella konsekvenser för männen i form av minskad värdighet. De upplevde det svårt att be sin fru eller partner om hjälp, då de ansåg att män ska vara starkare än kvinnor (Flurey et al. 2017).

I resultatet framgår att kvinnliga patienter beskrev ett större behov av emotionellt stöd jämfört med män, och att de oftare utgick ifrån ett känslomässigt perspektiv i beskrivningen av sina upplevelser och sin situation. Vikten kvinnor lägger vid den emotionella aspekten i kontakten med sjukvården belyses även i en studie av Skuladottir och Halldorsdottir (2011) där fem kvinnor som lever med kronisk smärta intervjuats. Kvinnorna belyste betydelsen av att få omtanke och stöd från sjukvårdspersonalen, och de betraktade möjligheten att få ge uttryck för sina känslor som en viktig del av stödet. De uttryckte ett behov av att ha kontakt med sjukvårdspersonal som de kan prata med, som verkligen lyssnar och som visar att de bryr sig.

De kvinnor som upplevt att de blivit avvisade av sjukvårdspersonalen beskrev det som en svår upplevelse som ledde till depression eller förtvivlan.

I resultatet beskrivs att kvinnliga patienter på olika sätt försökte leva upp till sjukvårdens förväntningar på dom, bland annat uttryckte några kvinnor att de var obekväma med att beskriva sina besvär utan objektiva tecken. Detta fynd speglas även i en studie av Werner och Malterud (2003) där 10 kvinnor med långvarig smärta berättade att de lagt ned mycket tid och energi på att framstå som trovärdiga patienter och bli tagna på allvar. De kunde uppleva att deras psykiska hälsa bedömdes i mötet med läkaren, istället för den fysiska smärtan. Kvinnorna hade utvecklat olika strategier för att undvika detta bemötande och för att passa in i normen för hur en patient ska vara utifrån ett biomedicinskt synsätt, exempelvis genom att skicka ett brev till läkaren innan det bokade mötet där de beskrev sitt tillstånd och sina symtom på ett strukturerat sätt. I en studie av Lehti et al. (2017) analyserades patienters och läkares uppfattningar om rättvis vård vid kroniska smärttillstånd ur ett genusperspektiv. I studien framkommer att både män och kvinnor försökte att leva upp till förväntningar på dem som patienter för att få bättre vård. En kvinna i studien beskrev att för att bli tagen på allvar var det viktigt att passa in i normen för en ordentlig patient genom att inte se för frisk eller sjuk ut. Kvinnorna beskrev även att de till möten med läkaren tog med sig sin partner eller en vän, helst en manlig sådan, för att bli tagna på allvar.

I resultatet framkom också skillnader i sjuksköterskans attityd till manliga och kvinnliga patienter, samt skillnader i sjuksköterskans agerande beroende på patientens kön. Kvinnliga patienter uppfattades som mer krävande att vårda jämfört med män, bland annat genom att de var otydliga i sin kommunikation, ställde mer krav och tog upp mer tid från sjuksköterskan. I en studie av Krumm et al. (2006) beskrev personal inom den psykiatriska vården liknande upplevelser av att vårda män och kvinnor. De beskrev kvinnliga patienter som mer krävande i och med att de sökte uppmärksamhet och förväntade sig att bli omhändertagna, vilket ledde till mer jobb för personalen. Män beskrevs som mindre krävande i jämförelse, och personalen upplevde att männen ibland blev lidande av kvinnornas krav på uppmärksamhet. Ett resultat som säger emot upplevelsen av kvinnliga patienter som mer krävande kan dock ses i en studie av Arslanian-Engoren (2000) där kvinnliga patienter som sökte på akuten för misstänkt hjärtinfarkt upplevdes som lättare att hantera än manliga patienter. Kvinnorna beskrevs som mer sansade och sofistikerade när de gav uttryck för sina symtom, till skillnad från män som uppfattades vara mer drabbade av panik. Det bör dock tilläggas att de kvinnliga patienterna ofta verkade förvånade när de fick beskedet att de drabbats av en hjärtinfarkt, då de själva inte misstänkt detta, vilket skulle kunna bidra till att de inte var lika oroliga som männen.

I resultatet av litteraturstudien framgår att kvinnliga sjuksköterskor hade lättare att förstå kvinnliga patienter eftersom de erkände sitt lidande. Resultatet innehåller dock vissa motsägelser då kvinnors smärta bedömdes som mindre trovärdig vid enbart uppvisande av emotionellt lidande. Côté och Coutu (2010) har sammanställt 31 studier på män och kvinnor med kronisk muskelsmärta och diskuterar anledningar till att kvinnors smärta kan tas på mindre allvar. Forskarna menar att uppfattningen om att kvinnor klagat mer än män, i kombination med uppfattningen om att kvinnor är mer emotionella, kan leda till att kvinnors smärta och psykiska lidande underskattas.

I resultatet framgår att sjuksköterskorna genomgående tenderade att beskriva den kvinnliga patienten på ett negativt sätt, med undantaget av att kvinnor upplevdes ha lättare för att prata om svåra eller känslomässiga samtalsämnen. Kvinnliga patienter jämfördes med manliga på ett ofördelaktigt sätt, och i studien av Foss och Sundby (2003) lägger även forskarna märke till att

mannen verkade utgöra normen för patienten. Hølge-Hazelton och Malterud (2009) diskuterar den manliga normen inom medicinsk vetenskap och menar att medicinsk litteratur och referensvärden baseras på en människa som inte upplever några cykliska variationer – alltså en man. Forskning på män generaliseras att gälla även kvinnor, utan att detta säkerställs.

Trots att majoriteten av sjuksköterskorna i resultatet beskrev skillnader mellan manliga och kvinnliga patienter menade några av dem att de var genusneutrala i sin syn på patienten. Hølge-Hazelton och Malterud (2009) ifrågasätter tidigare påståenden om att sjukvården skulle vara genusneutral, då de i sin sammanställning av 33 studier funnit att läkare bemöter manliga och kvinnliga patienter på olika sätt. Däremot behöver detta inte nödvändigtvis innebära något negativt, skillnader kan ibland vara nödvändiga för att vården ska vara jämställd (Hølge-Hazelton & Malterud 2009).

Resultatet kan också diskuteras i förhållande till Hirdmans (1988) teori om genussystemet. De grundläggande logikerna, dikotomin och hierarkin, gör sig påmind i både patienternas och sjuksköterskornas berättelser. Dikotomin av könen innebär att manligt och kvinnligt ska hållas isär, vilket betyder att vissa egenskaper, aktiviteter och uttryck hör till män men inte till kvinnor. Genom att definiera vad som hör till det ena könet definieras även det andra (Hirdman 1988). Detta tydliggörs i resultatet genom att männen var obekväma med att prata om känslor, be om hjälp och visa svaghet eftersom detta förknippades med femininitet och därför inte var passande för en man. Hierarkin innebär i sin tur att det finns en maktordning mellan könen och att det är mannen som utgör normen (Hirdman 1988). Detta speglas i männens berättelser genom de negativa tolkningar de lägger i att avvika från den manliga normen - att förknippas med femininitet var något negativt som äventyrade männens makt och kontroll. Hierarkin mellan könen speglas också i sjuksköterskornas tendens att ofta beskriva kvinnliga patienter som negativt avvikande och jämföra dem mot vad som skulle kunna betraktas vara en manlig norm. Att manliga patienter ibland använde olika maktstrategier gentemot sjuksköterskan, såsom olämplig och nedsättande humor eller respektlöst bemötande, kan också ses som ett tecken på den manliga hierarkin. Eftersom majoriteten av sjuksköterskorna var kvinnor och dessutom befann sig i maktposition i mötet med patienten betraktades mäns respektlöshet som ett sätt att återta makten över relationen.

En egen reflektion i förhållande till resultatet är att den manliga normen och hierarkin som Hirdman (1988) beskriver även framgår i de kvinnliga patientens strävan efter att leva upp till någon slags föreställning om hur en patient ska vara. Normen för hur en patient ska presentera sina besvär och uttrycka sig verkar utgå ifrån det biomedicinska synsättet, som har flera likheter med männens sätt att förklara och se på sin sjukdom. Kvinnor verkade istället utgå från ett mer emotionellt och holistiskt perspektiv vilket fick konsekvensen att de upplevde svårigheter att bli tagna på allvar. Genom att exempelvis anpassa beskrivningen av symtom och skifta fokus från känslor till objektiva tecken och organiska förklaringar försökte kvinnorna vinna makt i kontakten med sjukvården, vilket skulle kunna betraktas som en anpassning till den manliga normen.

En ytterligare reflektion i förhållande till de båda perspektiven som belyses i resultatet av litteraturstudien är att de i flera fall stämmer överens med varandra. Mäns ovilja att visa sig svaga och hjälpbehövande uttrycktes av manliga patienter och uppfattades också av sjuksköterskorna vilket ger en bild av att det finns en samstämmighet mellan de båda perspektiven. Samma sak kan sägas om de kvinnliga patienternas tendens att fokusera på emotionella aspekter av sin situation. Patienterna uttryckte ett behov av att få prata om känslor och värdesatte denna möjlighet samtidigt som sjuksköterskorna uppfattade kvinnliga patienter

som ärligare med sina känslor och lättare att prata med om svåra samtalsämnen. Ett område där de två perspektiven säger emot varandra har dock identifierats. I resultatet beskriver kvinnliga patienter hur de inte ville vara till besvär och ta upp onödig tid från sjukvårdspersonalen samt att de försökte leva upp till sjukvårdens förväntningar. Däremot beskrev sjuksköterskorna kvinnliga patienter som mer tidskrävande att vårda än män, och kvinnor uppfattades ställa höga krav vilket skapade frustration hos sjuksköterskorna.

Metoddiskussion

Litteraturstudien har genomgående strukturerats enligt Polit & Becks (2017) niostegsmodell. Modellen modifierades vid ett tillfälle då steg sex och steg sju genomfördes parallellt. Beslutet grundade sig i att dessa steg lämpade sig väl att utföra samtidigt samt att inget av de enskilda stegen bedömdes påverkas av att utföras parallellt.

Databaserna som använts i litteratursökningen var Cinahl och PubMed, som båda innehåller forskning inom medicin och omvårdnad (Forsberg & Wengström 2016). Sökprocessen inleddes med fritextsökningar för att finna relevanta söktermer i respektive databas, och flera sökkombinationer prövades innan de slutgiltiga kombinationerna valdes ut. Sökordet *gender* genererade framförallt träffar som handlade om könsidentitet och transpersoner, varför detta sökord inte användes i litteratursökningen. Istället användes sökorden *gender bias*, *sexism* och *sex factors* som sedan kombinerades med andra söktermer. Dessa termer kan betraktas som värdeladdade och det är tänkbart att sökningarna genererade artiklar som belyser negativa upplevelser och attityder gällande genus. Det är också tänkbart att dessa sökord endast genererar träffar på studier som belyser genusrelaterade skillnader och inte likheter. Däremot kan dessa söktermer betraktas som relevanta utifrån syftet med litteraturstudien. Tilläggas bör också att de studier som ingår i resultatet inte hade som syfte att endast identifiera skillnader mellan män och kvinnor, utan också att undersöka om det över huvud taget fanns några skillnader. En sökning med kombinationen *gender bias OR sex factors AND nurse attitudes* genomfördes, men då denna enbart genererade dubletter exkluderades sökningen och redovisas ej.

Urvalsprocessen resulterade i åtta artiklar med kvalitativ metod, en artikel med kvantitativ metod samt en som använde mixad metod. Majoriteten kvalitativa studier motiveras av syftet med litteraturstudien som var att belysa betydelsen av patientens genustillhörighet i mötet med sjuksköterskan. Kvalitativa metoder lämpar sig väl för att beskriva fenomen i olika sammanhang (Forsberg & Wengström 2016). De kvalitativa studierna bidrog med djupgående data om patientens och sjuksköterskans uppfattningar och upplevelser. Den artikel som använde kvantitativ ansats använde sig av en metod som tydligt genomsyrades av ett genusperspektiv.

Sju av de tio studier som inkluderats i resultatet är utförda i Sverige och Norge. De resterande tre är utförda i Portugal, Storbritannien och Australien. Det kan antas att inget av dessa länder skiljer sig från det svenska samhället i den utsträckningen att resultatets överförbarhet till svensk sjukvård påverkas avsevärt. Ett inklusionskriterie var att studierna skulle vara publicerade mellan 2002-01-01 och 2016-12-31. Ett snävare årsspann genererade inte tillräckligt med träffar för att litteraturstudien skulle kunna genomföras. Det är tänkbart att genusperspektivet inom omvårdnaden kan ha utvecklats sedan år 2002. Däremot så är resultatet i litteraturstudien samstämmigt, oavsett om studien utfördes 2003 eller 2015.

Eftersom genus konstrueras i mötet mellan människor (West & Zimmerman 1987) kan det betraktas som en styrka att väga in både patientens och sjuksköterskans delaktighet i denna konstruktion. Det är med bakgrund av detta också tänkbart att sjuksköterskans genustillhörighet

kan ha betydelse för hur genus skapas i mötet med patienten. Detta har inte belysts i litteraturstudien, vilket grundar sig i flera anledningar. Bland annat tenderade studier som belyste sjuksköterskans genus att framförallt handla om manliga sjuksköterskor, vilket bedömdes flytta fokus ifrån syftet med litteraturstudien - att belysa just patientens genus. Tilläggas bör att majoriteten av sjuksköterskorna i de inkluderade studierna var kvinnor och att endast kvinnliga sjuksköterskor citerats i resultatet. Däremot behöver inte detta innebära en svaghet eftersom det speglar verkligheten. Sjuksköterskeyrket är kvinnodominerat och enligt Statiska Centralbyrån beräknas andelen manliga sjuksköterskor år 2030 endast utgöra 13 % (Statistiska Centralbyrån 2010).

Något som också kan betraktas som en styrka med litteraturstudien är hur data bearbetades för att undvika alltför subjektiva tolkningar av materialet. Under databearbetningen lästes och analyserades materialet först enskilt för att sedan diskuteras tillsammans i syfte att säkerställa att materialet tolkats på ett likvärdigt sätt.

Litteraturstudiens resultat belyser endast genusperspektivet i mötet mellan patienten och sjuksköterskan. Genus behöver dock diskuteras i förhållande till andra maktstrukturer som exempelvis etnicitet, klass, utbildningsnivå, ålder och funktionsgrad. Ett intersektionellt perspektiv, där alla dessa strukturer vägs in, är alltså nödvändigt för att till fullo förstå fenomenets komplexitet (Hammarström et al. 2014). Det kan alltså vara av betydelse för resultatet att skillnader endast redovisas utifrån ett genusperspektiv utan att ta hänsyn till andra maktstrukturer. I de inkluderade studierna framgår i regel vare sig etnicitet, sexuell läggning, socioekonomisk ställning eller funktionsvariationer. Däremot menar Hirdman (1988) att genusaspekten är grundläggande och utgör en förutsättning för andra maktstrukturer.

Klinisk betydelse

I litteraturstudiens resultat framgick att manliga och kvinnliga patienter på flera sätt upplever mötet med sjuksköterskan och vården på olika sätt, samt att sjuksköterskans förhållningssätt till patienten skiljer sig åt beroende på patientens kön. Resultatet talar för att sjuksköterskans bemötande och omvårdnad riskerar att påverkas av fördomar om män och kvinnor. Det åligger sjuksköterskan enligt lag att ge vård på lika villkor och resultatet bekräftar idén om att lika villkor inte alltid innebär samma vård för alla människor. Litteraturstudien kan bidra med en ökad medvetenhet om hur patientens genus får betydelse i mötet med sjuksköterskan. Litteraturstudien kan också uppmuntra till reflektion gällande egna värderingar och fördomar samt hur dessa kan påverka sjuksköterskans agerande.

Förslag till fortsatt forskning

I resultatet identifierades vissa motsägelser mellan sjuksköterskornas uppfattningar och patienternas upplevelser. Detta gäller framförallt sjuksköterskans uppfattning av kvinnliga patienter som mer krävande vilket inte stämde överens med de kvinnliga patienternas berättelser om hur de försökte vara till lags. Detta motiverar till framtida forskning som inkluderar sjuksköterskan och patienten i samma kontext i syfte att se om sjuksköterskans uppfattning av patienten stämmer överens med patientens egen upplevelse. Framtida forskning bör också belysa hur sjuksköterskans genus påverkar mötet mellan patient och sjuksköterska.

Slutsats

Av litteraturstudien framgick att manliga och kvinnliga patienter hanterade patientrollen på olika sätt. Kvinnor tenderade att värdesätta emotionellt stöd och önskade ett helhetsperspektiv från sjuksköterskan. Kvinnor försökte också på olika sätt att leva upp till föreställningen om hur en god patient ska bete sig. Män tenderade att värdesätta information och kompetens från sjuksköterskan. Män uttryckte också en ovilja att prata om känslor och oroade sig för att framstå som svaga. Sjuksköterskan uppfattade i sin tur kvinnliga patienter som krävande och otydliga vilket framkallade en känsla av frustration, samtidigt som de beskrevs vara lättare att skapa kontakt med. Manliga patienter beskrevs som lättsamma och fick sjuksköterskan att känna sig uppskattad, däremot upplevdes männen dölja sin sårbarhet och ha ett behov att balansera makten i relationen med sjuksköterskan. Patientens genustillhörighet har därmed betydelse både för patientens upplevelse av mötet med sjuksköterskan samt för sjuksköterskans bemötande av och förståelse för patienten.

Referenslista

* = Referenser som ingår i resultatet.

- *Andersson, A. & Hansebo, G. (2009). Elderly peoples' experience of nursing care after a stroke from a gender perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 65(10), 2038-2045.
- Arslanian-Engoren, C. (2000). Gender and age bias in triage decisions. *JEN: Journal Of Emergency Nursing*, 26(2), 117-124.
- *Bernardes, S. F. & Lima, M. L. (2011). A contextual approach on sex-related biases in pain judgements: The moderator effects of evidence of pathology and patients' distress cues on nurses' judgements of chronic low-back pain. *Psychology & Health*, 26(12), 1642-1658.
- *Björkman, I., Dellenborg, L., Ringström, G., Simrén, M. & Jakobsson Ung, E. (2014). The gendered impact of Irritable Bowel Syndrome: a qualitative study of patients' experiences. *Journal Of Advanced Nursing*, 70(6), 1334-1343.
- *Clarke, S., Booth, L., Velikova, G. & Hewison, J. (2006). Social support: gender differences in cancer patients in the United Kingdom. *Cancer Nursing*, 29(1), 66-72.
- Côté, D. & Coutu, M. (2010). A critical review of gender issues in understanding prolonged disability related to musculoskeletal pain: how are they relevant to rehabilitation? *Disability & Rehabilitation*, 32(2), 87-102.
- Dahl, U. (2016). Kön och genus, femininitet och maskulinitet. I Lundberg, A. & Werner, A. (red.). *En introduktion till genusvetenskapliga begrepp*. Göteborg: Nationella Sekretariatet för Genusforskning, ss. 15-19.
- de-Miguel-Balsa, E., Latour-Pérez, J., Baeza-Román, A., Llamas-Álvarez, A., Ruiz-Ruiz, J. & Fuset-Cabanes, M. P. (2015). Accessibility to Reperfusion Therapy Among Women with Acute Myocardial Infarction: Impact on Hospital Mortality. *Journal of Women's Health*, 24(11), 882-888.
- Flurey, C. A., Hewlett, S., Rodham, K., White, A., Noddings, R. & Kirwan, J. R. (2017). "You Obviously Just Have to Put on a Brave Face": A Qualitative Study of the Experiences and Coping Styles of Men With Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care & Research*, 69(3), 330-337.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 4. uppl. Stockholm: Natur & kultur.
- *Foss, C. & Hofoss, D. (2004). Patients' voices on satisfaction: unheeded women and maltreated men? *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 18(3), 273-280.
- *Foss, C. & Sundby, J. (2003). The construction of the gendered patient: hospital staff's attitudes to female and male patients. *Patient Education & Counseling*, 49(1), 45-52.
- Halldorsdottir, S. (2008). The dynamics of the nurse-patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient's perspective. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 22(4), 643-652.
- Hamberg, K., Risberg, G., Johansson, E. & Westman, G. (2002). Gender bias in physicians' management of neck pain: a study of the answers in a Swedish national examination. *Journal Of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 11(7), 653-665.
- Hamberg, K. (2003). Genusperspektiv relevant för många av läkarutbildningens ämnen. *Läkartidningen*. 100(49), 4078-4083.
- Hammarström, A. (2004). *Genusperspektiv på medicinen: två decenniers utveckling av medvetenheten om kön och genus inom medicinsk forskning och praktik*. Stockholm: Högskoleverket i samarbete med Nationella sekretariatet för genusforskning.
- Hammarström, A., Johansson, K., Annandale, E., Ahlgren, C., Aléx, L., Christianson, M., Elwér, S., Eriksson, C., Fjellman-Wiklund, A., Gilenstam, K., Gustafsson, P. E., Harryson, L., Lehti, A., Stenberg, G. & Verdonk, P. (2014). Central gender theoretical

- concepts in health research: the state of the art. *Journal Of Epidemiology & Community Health*, 68(2), 185-190.
- *Haydon, G., van der Reit, P. & Browne, G. (2015). A narrative inquiry: Humour and gender differences in the therapeutic relationship between nurses and their patients. *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession*, 50(2-3), 214-226.
- *Hedegaard, J., Ahl, H., Rovio-Johansson, A. & Siouta, E. (2014). Gendered Communicative Construction of Patients in Consultation Settings. *Women & Health*, 54(6), 513-529.
- Herning, M., Hansen, P. R., Bygbjerg, B. & Lindhardt, T. (2011). Women's experiences and behavior at onset of symptoms of ST segment elevation acute myocardial infarction. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 241-247.
- Hirdman, Y. (1988). *Genussystemet: teoretiska funderingar kring kvinnors sociala underordning*. Uppsala: Maktutredningen.
- Hirdman, Y. (2003). *Genus: om det stabila föränderliga former*. 2. uppl. Malmö: Liber.
- Hølge-Hazelton, B. & Malterud, K. (2009). Gender in medicine -- does it matter? *Scandinavian Journal Of Public Health*, 37(2), 139-145.
- Hooper, G. L. (2016). Health Seeking in Men: A Concept Analysis. *Urologic Nursing*, 36(4), 163-172.
- *Höglund, A. & Holmström, I. (2008). 'It's easier to talk to a woman'. Aspects of gender in Swedish telenursing. *Journal Of Clinical Nursing*, 17(22), 2979-2986.
- Inspektionen för Vård och Omsorg [IVO]. (2016). *Sammanställning av klagomål som inkommit till patientnämnderna under verksamhetsåret 2015*. Stockholm: Inspektionen för Vård och Omsorg.
- Jorfeldt, I. (2010). Vårdvetenskapen ur ett genusperspektiv. I Strömberg, H. & Eriksson, H. (red.). *Genusperspektiv på vård och omvårdnad*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur, ss. 27-40.
- Krumm, S., Kilian, R. & Becker, T. (2006). Attitudes towards patient gender among psychiatric hospital staff: results of a case study with focus groups. *Social Science & Medicine*, 62(6), 1528-1540.
- *Kvigne, K., Kirkevold, M. & Gjengedal, E. (2005). The nature of nursing care and rehabilitation of female stroke survivors: the perspective of hospital nurses. *Journal Of Clinical Nursing*, 14(7), 897-905.
- Lehti, A., Fjellman-Wiklund, A., Stålnacke, B., Hammarström, A. & Wiklund, M. (2017). Walking down 'Via Dolorosa' from primary health care to the specialty pain clinic - patient and professional perceptions of inequity in rehabilitation of chronic pain. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 31(1), 45-53.
- McCaughan, E., Prue, G., Parahoo, K., McIlpatrick, S. & McKenna, H. (2011). Exploring and comparing the experience and coping behavior of men and women with colorectal cancer at diagnosis and during surgery. *Journal Of Advanced Nursing*, 67(7), 1591-1600.
- Myndigheten för vårdanalys (2014). *En mer jämlik vård är möjlig: analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande*. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- O'brien, R., Hunt, K. & Hart, G. (2005). It's cavemen stuff, but that is to a certain extent how guys still operate: men's accounts of masculinity and help seeking. *Social Science & Medicine*, 61(3), 503-516.
- O'Donnell, S., Condell, S., Begley, C. & Fitzgerald, T. (2006). Prehospital care pathway delays: gender and myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing*, 53(3), 268-276.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2016[2017]). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 10. uppl. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

- Skuladottir, H. & Halldorsdottir, S. (2011). The quest for well-being: self-identified needs of women in chronic pain. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 25(1), 81-91.
- Smirthwaite, G. (2007). *(O)jämslällldhet i hälsa och vård: en genusmedicinsk kunskapsöversikt*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.
- Smirthwaite, G., Tengelin, E. & Borrman, T. (2014). *(O)jämslällldhet i hälsa och vård*. Rev. uppl. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.
- Socialstyrelsen (2004). *Jämslällld vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statistiska Centralbyrån (2010). *Tema: Utbildning; Könsstruktur per utbildning och yrke 1990–2030*. Stockholm: Statistiska Centralbyrån.
- Stenberg, G., Fjellman-Wiklund, A. & Ahlgren, C. (2012). Getting confirmation: gender in expectations and experiences of healthcare for neck or back patients. *Journal Of Rehabilitation Medicine (Stiftelsen Rehabiliteringsinformation)*, 44(2), 163-171.
- Svensk Sjuksköterskeförening (2014a). *Omvårdnad och god vård*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Svensk Sjuksköterskeförening (2014b). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Svensk Sjuksköterskeförening (2016a). *Sjuksköterskans profession – grunden för din legitimation*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Svensk Sjuksköterskeförening (2016b). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Sveriges Kommuner och Landsting [SKL] (2014). *Program för hållbar jämslällldhet. Resultatrapport för 2011-2013*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.
- Sveriges Kommuner och Landsting [SKL] (u.å.). *Nationell plattform för jämlik hälsa och vård*. https://skl.se/download/18.6f6e407314d3e0ace8a2fe26/1431332004477/SKL-NationellPlattformJamlikVard_2013_WEBB_low.pdf [2017-03-10]
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. 2. uppl. Philadelphia: Davis.
- Werner, A. & Malterud, K. (2003). It is hard work behaving as a credible patient: encounters between women with chronic pain and their doctors. *Social Science & Medicine*, 57(8), 1409-1419.
- West, C. & Zimmerman, D.H. (1987). Doing gender. *Gender & society*, 1(2), 125-151.
- Wide, J., Mok, H., McKenna, M. & Ogrodniczuk, J. S. (2011). Effect of gender socialization on the presentation of depression among men: A pilot study. *Canadian Family Physician*, 57(2), 74-78.
- World Health Organization [WHO]. (2002). *Mainstreaming gender equity in health: the need to move forward. Madrid statement*. Köpenhamn: World Health Organization.

Bilaga 1. Artikelmatris.

Författare, Årtal, Land	Syfte	Metod	Huvudresultat
Andersson, Å. & Hansebo, G. 2009 Sverige	Att undersöka hur äldre personer upplever omvårdnaden efter stroke – ur ett genusperspektiv.	Metod: Kvalitativ metod med innehållsanalys. Urval: Bekvämlighetsurval. Fem manliga och fem kvinnliga patienter mellan 66-75 år som vårdats på en strokeavdelning. Bortfall: Ej aktuellt. Datainsamling: Enskilda intervjuer som spelades in och transkriberades.	Kvinnor verkade ha lättare än män att ta emot hjälp av omvårdnadspersonalen när det gällde personlig hygien. Kvinnor gav tydliga direktiv medan männen kände sig sårbara. Varken män eller kvinnor hade känt sig delaktiga i vården men attityderna till det skiljde sig åt. Kvinnor hade lättare att överlämna beslutsfattande åt sjukvårdspersonalen.
Bernardes, S.F. & Lima, L.L. 2011 Portugal	Att undersöka den kontextuella karaktären av könsrelaterade fördomar hos sjuksköterskor vid bedömning av kronisk ländryggssmärta.	Metod: Kvantitativ metod med experimentell mellangrupsdesign. Urval: 126 kvinnliga sjuksköterskor i åldern 22-60 år. Bortfall: Redovisas ej. Datainsamling: Fiktiva patientfall som kunde se ut på 8 olika sätt lästes av sjuksköterskor som sedan fick bedöma och värdera patientens smärta.	Endast kvinnans smärta var beroende av patologiska fynd för att uppfattas som trovärdig. Utan patologiska fynd bedömdes kvinnans smärta som mindre trovärdig ($p < 0,001$) och mindre handikappande ($p < 0,001$). Mannens smärta uppfattades som mer handikappande när han uppvisade ett lidande beteende, jämfört med när han inte gjorde det ($p = 0,008$).
Björkman, I., Dellenborg, L., Ringström, G., Simrén, M. & Jakobsson Ung, E. 2013 Sverige	Att utifrån ett genusperspektiv undersöka hur diagnosen Irritable Bowel Syndrome påverkar det dagliga livet.	Metod: Kvalitativ studie med hermeneutisk metod. Urval: Strategiskt urval. 60 patienter diagnostiserade med IBS tillfrågades att delta. 10 män och 9 kvinnor tackade ja. Bortfall: 41 personer valde att inte delta. Datainsamling: Intervjuer i grupp och individuellt som spelades in och transkriberades.	Män hade svårt att acceptera att de hade en ”kvinno sjukdom” för att de då framstod som svaga och uttryckte ilska mot sjukvården. Kvinnor försökte vara ”duktiga patienter” och kände sig obekväma i att beskriva sin sjukdom utan objektiva tecken. Kvinnor kände sig trivialiserade i vården och fick höra att de inbillade sig.

Clarke, S-A., Booth, L., Velikova, G. & Hewison, J. 2002 Storbritannien	Att utforska cancerpatienters uppfattning av tillgängligt stöd, vilken typ av stöd som föredras samt tillfredsställelse med den information och det emotionella stöd som de erhållit.	Metod: Kvalitativ studie med tematisk analys. Urval: Strategiskt urval. Totalt 16 patienter. 11 melanompatienter (6 män och 5 kvinnor) och 5 kvinnliga bröstcancerpatienter deltog Bortfall: 6 patienter (totalt 22 patienter tillfrågades). Datainsamling: Enskilda semistrukturerade intervjuer som spelades in och transkriberades.	Patientens genus var avgörande för tillfredsställelsen med stöd samt vilken typ av stöd som föredrogs. Manliga och kvinnliga patienter hade olika behov och upplevelser av stöd från sjukvårdspersonalen. Uppfattningen av vad emotionellt stöd innebar skiljde sig åt mellan män och kvinnor.
Foss, C. & Hofoss, D. 2004 Norge	Att reda på om det fanns genusrelaterade skillnader gällande fritextkommentarer i enkäter om patienttillfredsställelse, i förhållande till frekvens och innehåll.	Metod: Mixad metod med dels en icke-experimentell kvantitativ sekundäranalys av enkäter samt dels en kvalitativ innehållsanalys av enkäternas fritextsvar. Urval: 2695 patienter (1469 män & 1226 kvinnor) som vårdats på en medicinsk eller kirurgisk vårdavdelning. Bortfall: 0. Datainsamling: Enkäter skickades ut till patienter sex veckor efter utskrivning.	Män och kvinnor tenderade att klaga på olika saker i vården. Män klagade framför allt på felbehandling, väntetider och praktiska aspekter av vården. Kvinnor klagade framförallt på dåligt bemötande som respektlöshet, paternalism och arrogans.
Foss, C. & Sundby, J. 2003 Norge	Att undersöka hur sjukvårdspersonalen konstruerar patientens genus.	Metod: Kvalitativ studie med diskursanalys. Urval: 12 deltagare. Läkare, sjuksköterskor och undersköterskor från en kirurgisk och en medicinsk vårdavdelning. Bortfall: Ej aktuellt. Datainsamling: Ostrukturerade intervjuer som spelades in och transkriberades samt en observationsperiod med fokus på överrapporteringar, interprofessionella möten och ronder.	Kvinnliga patienter uppfattades ställa mer krav och vara mer tidskrävande än manliga. Manliga patienter uppfattades som mer direkta i sin kommunikation, kvinnor som mer "diffusa". Sjuksköterskorna kände sig mer uppskattade av manliga patienter än kvinnliga. Kvinnliga patienter uppfattades däremot vara lättare att prata med om känslor.

Haydon, G., van der Reit, P. & Browne, G. 2015 Australien	Att utforska sjuksköterskors erfarenhet av humor i relation till genus och hur det påverkar vårdrelationen.	Metod: Kvalitativ studie med narrativ analys. Urval: 4 sjuksköterskor. Bortfall: Ej aktuellt. Datainsamling: Samtal mellan forskaren och sjuksköterskorna spelades in och transkriberades, en berättande text utformades av varje samtal i samråd med informanterna.	Manliga patienter uppfattades använda humor oftare och vara lättsammare än kvinnliga patienter. Kvinnliga patienter uppfattades som mer krävande. Manliga patienter uppfattades ofta använda en nedsättande humor mot sjuksköterskan som ett sätt att vinna makt.
Hedegaard, J., Rovio-Johansson, A. & Siouta, E. 2014 Sverige	Att undersöka om, och i så fall hur, patienter ömsesidigt konstruerades som manliga och kvinnliga i kommunikationen med sjukvårdspersonal under konsultationer, speciellt genom att utvärdera patientens roll i könskodad kommunikation.	Metod: Kvalitativ studie med diskursanalys. Urval: Strategiskt urval baserat på deltagare i en annan studie. Fem sjuksköterskor och fem läkare samt 23 patienter med förmaksflimmer (13 kvinnor & 10 män). Bortfall: 0 Datainsamling: Konsultationer mellan läkare/sjuksköterska och patient spelades in, transkriberades och analyserades.	Kvinnliga patienter beskrev symtom utifrån ett känslomässigt perspektiv medan manliga beskrev symtomen utifrån begränsad fysisk förmåga. I kommunikationen med män fokuserade sjukvårdspersonalen på att bekräfta det friska, med kvinnorna fokuserade personalen mer på hälsoproblemen. Generellt var kommunikationen med manliga patienter mer bekymmerslös och med kvinnor mer fylld av oro.
Höglund, A.T. & Holmström, I. 2008 Sverige	Att beskriva och utforska hur svenska telefonsjuksköterskor upplever genusaspekten i telefonrådgivning.	Metod: Kvalitativ studie med deskriptiv och explorativ design. Urval: 12 telefonsjuksköterskor deltog i studien, samtliga kvinnor. Bortfall: Ej aktuellt Datainsamling: Fördjupade enskilda intervjuer som spelades in och transkriberades.	Sjuksköterskorna uppfattade kvinnor som lättare att prata med och att män oftare var respektlösa i kommunikationen. Män uppfattades också som motvilliga till att söka vård samt att de ofta bagatelliserade sina symtom.

<p>Kvigne, K., Kirkevold, M. & Gjengedal, E.</p> <p>2005</p> <p>Norge</p>	<p>Att undersöka hur sjuksköterskor beskrev omvårdnaden och rehabiliteringen av kvinnliga strokepatienter. Särskild vikt lades vid huruvida sjuksköterskorna beaktade det faktum att patienterna var kvinnor.</p>	<p>Metod: Kvalitativ studie. Fenomenologisk design med ett feministiskt perspektiv. Del av en större studie där kvinnliga strokepatienter följdes under 1,5 år.</p> <p>Urval: 14 sjuksköterskor från två allmänmedicinska avdelningar samt en rehabiliteringsavdelning. Samtliga sjuksköterskor var kvinnor.</p> <p>Bortfall: 0.</p> <p>Datainsamling: Semistrukturerade enskilda intervjuer som spelades in och transkriberades.</p>	<p>Samtidigt som sjuksköterskorna menade att de hade en könsneutral syn på patienten erkände ändå flera av dem att det fanns en skillnad mellan manliga och kvinnliga patienter samt omvårdnaden av dessa. Sjuksköterskorna kommunicerade annorlunda med kvinnliga och manliga patienter. De kvinnliga patienterna uppfattades som ärligare och lättare att skapa kontakt med, samt att de visade sina känslor mer än män.</p>
---	---	---	--