



**LIKA VÅRD PÅ LIKA VILLKOR:
En litteraturöversikt om hur jämställd vård bedrivs inom hälso- och
sjukvården**

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Examinationsdatum: 2019-04-01

Kurs: 51

Författare: Isabelle Lindblom Gustafsson

Författare: Linnéa Askegård

Handledare: Britten Enberg Jansson

Examinator: Margareta Westerbotn

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Samhällets syn på det biologiska och sociala könet påverkar individens förväntningar och villkor och kan innebära både psykiska och fysiska konsekvenser. Längre har mannens anatomi och biologi fungerat som norm för medicinsk forskning vilket har påverkat vetenskapen och hur den ser ut än idag. Genusvetenskapen har brett ut sig och genusbias i form av skevheter inom forskningen uppmärksammas. En stor del av ansvaret ligger på vårdpersonalen som förväntas ge vård under jämställda förhållanden och är obligerade att i sitt yrke arbeta utifrån etiska koder och principer samt förhålla sig till författningar och lagar.

Syfte

Syftet var att belysa betydelsen av jämställd vård i vårdmötet med fokus på patientens och vårdgivarens könstillhörighet.

Metod

En allmän litteraturoversikt genomfördes och databassökningar i PubMed och CINAHL resulterade i 16 inkluderade artiklar. Dessa granskades, analyserades och sammanställdes för att sedan bilda resultatet.

Resultat

Dataanalysen resulterade i två teman: "Patienten i vårdmötet" och "Vårdgivaren i vårdmötet". Resultatet har visat att manliga och kvinnliga patienter bemöts och behandlas olika kopplat till patientens och/eller vårdgivarens könstillhörighet.

Slutsats

Patienter bör bemötas som individer och behandlas utifrån lika villkor oberoende av faktorer som könstillhörighet, etnicitet, sexualitet, socioekonomisk bakgrund, kultur och ålder. Trots detta har erfarenheter och fördomar en inverkan på vårdmötet. En ökad medvetenhet hos vårdgivaren om hur normer och stereotypa föreställningar, både hos vårdgivaren och patienten, påverkar vårdmötet kan främja en mer jämställd vård.

Nyckelord: Jämställdhet, Könstillhörighet, Patient, Sjuksköterska, Vårdmötet

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Normer i samhället	1
Kön och genus	1
Mötet i vården	2
Jämställd vård - sjuksköterskans professionella ansvar	3
Problemformulering	4
SYFTE	4
METOD	5
Val av Metod	5
Urval	5
Datainsamling	6
Forskningsetiska överväganden	9
RESULTAT	10
Patienten i vårdmötet	10
Vårdgivaren i vårdmötet	11
DISKUSSION	13
Resultatdiskussion	13
Metoddiskussion	17
Slutsats	18
REFERENSER	20
BILAGA A-B	

BAKGRUND

Normer i samhället

Hirdmans teori om genussystemet (Hirdman, 2004) beskrivs som en ordningsstruktur av könen som problematiserar logiken att manligt och kvinnligt inte bör blandas ihop och att mannen är normgivaren. Vidare förklaras att varken män eller kvinnor föds in i dessa tankefigurer utan är något som skapas av samhället. Hon talar också om ett osynligt kontrakt som kan förstås som en förväntan på hur män och kvinnor bör bete sig i förhållande till varandra (Hirdman, 2004). Mannen har sedan länge varit normen för människan i allmänhet, vårdssammanhang och inom medicinsk forskning (Wirell, 2010). Ett exempel på detta är ingrepp som ljumskbråcksoperationer då kvinnor rutinmässigt opereras på samma sätt som män trots att deras anatomiska förutsättningar ser olika ut. Detta leder många gånger till att kvinnor behöver opereras på nytt vilket kan medföra ökade risker för kvinnan (Smirthwaite, 2010).

Tengelin och Dahlborg-Lyckhage (2017) belyser i sin studie att bias inom vårdmöten i hälso- och sjukvården kan bero på vårdgivarnas egna normer, fördomar, värderingar och stereotypa uppfattningar. Vidare tas upp att normer spelar en stor roll i personliga möten och kan förstås som kulturella krafter vilka reglerar och kontrollerar mänskliga föreställningar. De kan vara användbara i det vardagliga livet då de hjälper människan att skapa sig en bild av sig själv och sin omgivning men de har också en uteslutande påverkan som kan bidra till hur människan ser på saker som normalt och onormalt. Det är enligt Tengelin och Dahlborg-Lyckhage (2017) viktigt att sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter görs medvetna om normer och dess effekter för att undvika en negativ påverkan på bemötandet av patienter.

Normer i samhället påverkar både män och kvinnor och i en studie av Wu, Oliffe, Bungay och Johnson (2015) belyses detta ur ett manligt perspektiv. Där beskrivs hur manliga sjuksköterskor traditionellt antas vara fysiskt kraftfulla och starka vilket skapar förväntningen att de har styrkan att skydda andra. Kvinnliga sjuksköterskor beskriver manliga sjuksköterskor som varken varsamma eller omhändertagande i sin yrkesroll, drag som anses feminina. Dessa uppfattningar menar forskarna påverkar hur manliga sjuksköterskor arbetar vilket i sin tur bidrar till en distansering från dessa drag (Wu et al., 2015).

Hierarkier och normer, som länge har karakteriserat sjukvården, ifrågasätts och utmanas enligt Harris, Blencowe och Telem (2017). Klimatet har tack vare kulturella förändringar förbättrats och öppen diskriminering är i dagens samhälle inte längre tolererat och på väg att minska. Trots detta pågår fortfarande diskriminering men är nu av mer subtil karaktär vilken förklaras som en svärfångad bias, så kallat "implicit-bias". Implicit-bias är en undermedveten aktion som kan ske på olika vis, framförallt genom de ord vi väljer att uttrycka oss med vilket enligt studien verkar spela en viktig roll för människors attityder till genus och yrkesroller (Harris et al., 2017).

Kön och genus

Nationella sekretariatet för genusforskning (2018) definierar begreppet *kön* som de biologiska skillnaderna mellan män och kvinnor och begreppet *genus* som de sociala och kulturella skillnaderna (Nationella sekretariatet för genusforskning, 2018).

Smirthwaite (2010) förklarar att genus inte är synonymt med kön men kan fungera som analysredskap för att få förståelse för könets sociala konstruktion. I en studie gjord av Short, Yang och Jenkins (2013) belyses komplexiteten i begreppen genus och kön och att dessa behöver förtydligas då de ofta används inkonsekvent inom forskningen. Smirthwaite (2010) uppmärksammar även hon komplexiteten i bruket av de två begreppen. Vidare beskrivs att det ur en analytisk och teoretisk synpunkt finns en vits med att skilja dem åt. I verkligheten går det dock inte eftersom människans sociala och biologiska aspekter hänger samman och påverkar varandra. Att tillhöra ett biologiskt kön för med sig sociala villkor och förväntningar, till exempel genom konsekvenser som fysiska eller psykiska sjukdomar vilka kan påverka biologin (Smirthwaite, 2010). Vidare förklaras att det finns risk att betydelsen förskjuts då de engelska orden *sex* och *gender* ska översättas till svenska. Engelskans *sex* översätts förhållandevis enkelt till *kön* och syftar då till det biologiska könet medan översättningen från engelskans *gender* till *genus* riskerar olika innebörd (Smirthwaite, 2010).

I denna litteraturoversikt användes både svenskans *genus* och *könstillhörighet* vid översättning från engelskans *gender*. Detta utifrån hur vi uppfattar innebörden i förhållande till studiernas innehåll. I de fall vi tolkar att ordet används med syfte att beskriva patientens eller vårdgivarens biologiska kön används *könstillhörighet*. I de fall vi tolkar att ordet används för beskrivning av det sociala könet, i form av stereotypa beteenden eller ur sociala aspekter, används *genus*. Engelskans *sex* har uteslutande översatts till svenskans *könstillhörighet*.

Genusbias

Ordet bias betyder skevhet eller felaktighet och när dessa uppstår i samband med medicinsk behandling- eller forsknings-sammanhang och relateras till könstillhörighet kallas det genusbias. Det finns sjukdomar som associeras till kön, till exempel föreställningen att depression är en kvinnligt kodad sjukdom vilket kan resultera i att män med depression oftare förbises eller får fel behandling (Smirthwaite, 2010). Loikas et al. (2015) förklarar att det vid depression har visats att kvinnor uttrycker symtom som nedstämdhet medan män oftare uttrycker symtom som aggression och irritation. Det beskrivs även att andra sjukdomar hos män och kvinnor följer olika mönster där symtomen varierar beroende på könstillhörighet. Kvinnor kan till exempel ha mer diffusa och svårdiagnostiserade symtom vid hjärt-kärlsjukdom än män vilket skapar risk för feldiagnostisering (Loikas et al., 2015). En studie gjord av Maserejian, Link, Lutfey, Marceau och McKinlay (2009) visar på hur samma symtom hos män och kvinnor uppfattas olika vid diagnostisering av kranskärlssjukdom. Kvinnor i medelåldern får, oftare än män i samma ålder, mer osäkra diagnoser som kan variera mellan bland annat nedsatt mental hälsa och gastrointestinala sjukdomar. Män får överlag mer säkra diagnoser än kvinnor oavsett symtom och sjukdom (Maserejian et al., 2009).

Mötet i vården

Svensk sjuksköterskeförening (2016) beskriver i sin värdegrund mötet mellan vårdgivare och patient som en möjlighet till partnerskap och för detta krävs ödmjukhet från båda parter. Bilden människan har av sig själv som en del av omvärlden stöps genom mötet med andra. I enlighet med de mänskliga rättigheterna har båda parter lika värde men vårdmötet innebär alltid en skevhet då patienten i kontakt med vården befinner sig i en beroendeställning. Eldh (2014) tar också upp detta och skriver att även om båda parter under ett vårdmöte strävar mot samma mål blir maktbalansen aldrig helt lika.

Vårdgivaren besitter informationsövertag och patienten är i behov av hjälp på grund av sitt tillstånd. Det är därför viktigt med en tillåtande attityd gentemot patienten. Att möjliggöra patientens delaktighet kring sin vård och sina beslut, och därigenom utjämna maktfördelningen, förutsätter att vårdgivaren väljer att dela med sig av kunskap och information (Eldh, 2014).

Enligt Röndahl (2010) sker kommunikation mellan människor mestadels icke-verbalt. Endast en liten del framförs genom talande ord vilket belyser vikten av minspel, kroppsspråk, gester och ögonuttryck som således spelar en roll i mötet mellan människor. I en studie av Barbosa och Silva (2017), där sjuksköterskor som arbetar via telefon intervjuas, beskrivs funktionen av icke-verbalt kommunikation ytterligare. Sjuksköterskorna hade endast möjligheten att kommunicera verbalt vilket resulterade i en upplevelse av kommunikationssvårigheter, bristande patientsäkerheten och risk för eventuella fel (Barbosa & Silva, 2017).

Loikas et al. (2015) tar upp att könstillhörigheten hos både vårdgivare och patient har betydelse i mötet och vissa upplevde det lättare att behandla en patient av samma könstillhörighet medan andra värderade personkemi och individuella faktorer högre. Sjuksköterskor som hanterade bokningarna till läkare förutsatte ofta att män med prostataproblem ville undersökas av manliga läkare. Vid övrig sjukdomsproblem beskriver att vårdgivare antog att läkarens könstillhörighet spelade mindre roll för män vilka förutsattes vara vana att bli omhändertagna av kvinnor (Loikas et al., 2015).

För att uppnå jämlikhet i mötet med patienten krävs enligt Eldh (2014) att sjuksköterskan arbetar personcentrerat vilket innebär att vårdplanen för patienten upprättas efter dennes individuella behov och resurser. Förutsättningen för personcentrerad vård innefattar även att sjuksköterskan lyssnar till patientens berättelse och förmedlar information på ett adekvat vis som är begripligt för patienten. Ett respektfullt möte där patienten görs delaktig förutsätter en gemensam syn på människans unika värde, oavsett roll (Eldh, 2014). Tobiano, Bucknall, Marshall, Guinane och Chaboyer (2016) beskriver engelskans patient-centered och person-centered care, två begrepp som används för att skapa fokus på patienten genom respekt för deras individualitet, värderingar, perspektiv och autonomi vilket kräver delad kommunikation och ansvar. Epstein, Fiscella, Lesser och Stange (2010) förklarar att ett personcentrerat tillvägagångssätt främjar ett möte där vårdgivare och patient delar perspektiv och kunskaper. Personcentrerad vård kan förbättra patienters belåtenhet, vårdkvalitet och hälsoutfall och samtidigt minska hälso- och sjukvårdens kostnader och ojämlikheter. Förhållningssättet går inte ut på att ge patienter precis vad de önskar, när de önskar det, oavsett kostnader. Istället krävs att vårdgivaren möter patienten som en person och engagerar patienten som på så sätt görs delaktig (Epstein et al., 2010).

Jämställd vård - sjuksköterskans professionella ansvar

I ett citat ur Bondestam (2010, s.87) svarar en undervisande läkare på frågan om vilken betydelse jämställdhet har inom medicinska utbildningar. Han säger: "Jag tror inte att jämställdhet är ett problem här, även om vissa påstår det. Jag har aldrig behandlat någon annorlunda och jag ser alltid till att tjejerna får ta mer plats än killarna". Hans sätt att svara på frågan speglar normativa förhållningssätt och problemet i att inte problematisera sin egen normativitet (Bondestam, 2010).

International Council of Nurses (ICN) etiska kod för sjuksköterskor (2012) verkar för jämlikhet och social rättvisa inom områden som hälso- och sjukvård, vård- och omsorgstjänster och fördelning av resurser. I den beskrivs att sjuksköterskan i sitt vårdarbete ska främja en miljö där hon respekterar mänskliga rättigheter, värderingar, sedvänjor och trosuppfattningar hos individer, familjer och allmänheten (ICN, 2012). Vårdpersonal ska även förhålla sig till Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS, 2017:30) där det i §1, kap 3, stadgas att "målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården."

Ojämställdhet eller ojämlikhet är båda begrepp som används inom vården och det finns enligt Ekstrand och Saarnio (2017) en tydlig tendens att människor i svagare samhällsgrupper drabbas mest, däribland kvinnor. Medvetenheten om behovet att undersöka och förstå genus och maktförhållanden inom hälso- och sjukvården har ökat sedan 2000-talet (Ekstrand & Saarnio, 2017). Gällande jämställdhet mellan män och kvinnor anses Sverige på många sätt kommit långt men trots detta präglas bland annat vården av skilda förväntningar och villkor för kvinnor och män (Dahlborg-Lyckhage & Eriksson, 2017). Även Aranda (2005) belyser att jämlik vård länge har varit en målsättning i den västerländska hälso- och sjukvården men att det från patienter fortfarande vittnas om olika typer av förtryck, orättvis behandling och diskriminering. Studien syftar till att belysa hur vårdpersonal ser på och hanterar sådana utmaningar och konklusionen är att det krävs en djupare och mer uppdaterad förståelse för ojämlikheten inom vården, både hos vårdpersonal och utbildande personal (Aranda, 2005).

Problemformulering

Förutfattade meningar om hur kvinnor och män ska förhålla sig till omvärlden finns hos de flesta individer. Stereotypa beteenden är något som människor växer upp med, lär sig och själva för vidare på ett eller annat sätt och vårdgivare samt vårdtagare är inga undantag. Ofta är dessa beteenden djupt rotade och kan ta uttryck i såväl medvetna och omedvetna handlingar. Att problemet inte alltid ses som ett problem innebär en risk för att stereotypa föreställningar fortsätter påverka hur människor utövar, söker och tar emot vård. För att undvika genusskillnader som medför skevheter i vårdmötet krävs kunskap om vårdgivarens och patientens förutfattade meningar gällande genus och hur dessa kan påverka. Sjuksköterskan bär ett stort ansvar att värna om mänskliga rättigheter, främja jämställd vård och inte missbruka sin makt. Aktuell evidensbaserad och empirisk kunskap är en nödvändig resurs för all vårdpersonal och kan användas som stöd på arbetsplatser och inom utbildning. En litteraturöversikt som sammanställer dessa kunskaper och identifierar eventuella bias inom vården kan därför underlätta arbetet mot en mer jämställd vård.

SYFTE

Syftet var att belysa betydelsen av jämställd vård i vårdmötet med fokus på patientens och vårdgivarens könstillhörighet.

METOD

Val av Metod

Metoden som användes var allmän litteraturöversikt och information samlades in från vetenskapliga artiklar. Valet av denna metod grundade sig i intentionen att få en förståelse för det aktuella forskningsläget och identifiera eventuella kunskapsluckor. Med tillstyrkan av Forsberg och Wengström, (2016); Rosén (2017); Metoden valdes då den enligt Kristensson (2014) lämpar sig för sammanställning av det aktuella forskningsläget, ger en överblick av vetenskaplig kunskap inom ett visst ämne och kan i senare led tillämpas i praktiken.

Metoden möjliggjorde sammanställande av forskning gjorda både utifrån patientens och/eller vårdgivarens perspektiv. Eftersom fokuset i syftet låg på patientens och vårdgivarens könstillhörighet var detta en förutsättning. Under arbetets gång eftersträvades en induktiv utgångspunkt vilket enligt Priebe och Landström (2017) innebär att skapa ett innehåll som har sin grund i empirin. Det specifika fenomenet bör då beskrivas så korrekt och förutsättningslöst som möjligt utan någon specifik teori.

Urval

För säkerställandet av artiklarnas kvalitet användes vissa urvalskriterier. Detta rekommenderas av Forsberg och Wengström (2016) som beskriver att val av urvalsstrategi kan vara avgörande för studiens resultat och bör därför vara ändamålsenligt. I urvalet av artiklar inför denna litteraturöversikt följdes sex steg rekommenderade av Forsberg och Wengström (2016). Första steget innebar att identifiera området av intresse samt utforma relevanta sökord. Under andra steget bestämdes inklusions- och exklusionskriterier. I tredje steget utfördes själva sökningen följt av steg fyra då artiklar söktes utan kriterier för möjlighet att orientera de senaste artiklar som ej ännu publicerats. I steg fem lästes sammanfattningarna (eng: abstracts) vilka siade om artikelns relevans och huruvida dessa skulle bli föremål för litteraturöversiktens resultat eller ej. Det sista steget, steg sex, innebar att utvalda artiklar lästes i sin helhet och värderades utifrån kvalitet (Forsberg & Wengström, 2016).

Inklusionskriterier

Artiklar publicerade tidigast 2009-01-01 inkluderades för att försäkra innehållets aktualitet. Undantaget var en av sökningarna i vilken inklusionskriteriet var artiklar publicerade tidigast 2004-01-01 som resulterade i inkludering av en kvantitativ och en kvalitativ studie. Artiklar publicerade på engelska inkluderades vilket av Kristensson (2014) beskrivs relevant då språk som behärskas av de som bearbetar artiklarna bör eftersökas. Även uteslutande vetenskapliga originalartiklar inkluderades vilket rekommenderas av Segesten (2017) som belyser att vetenskapliga originalartiklar innebär den senaste forskningen publicerat inom ett område. Deltagarna i studierna var antingen vårdpersonal eller patienter samt över 18 år då detta var av relevans för litteraturöversiktens syfte. Artiklarna var även kritiskt granskade av ämnesexperter inom fältet (eng: peer reviewed) vilket enligt Helgesson (2015) innebär en typ av bedömning av forskningens värde och ett sätt för forskarna att tillhandahålla konstruktiv kritik och förslag på förbättringar innan eventuell publicering.

Kvalitativa och kvantitativa studier inkluderades då det rekommenderas av Forsberg och Wengström (2016) som beskriver att båda typerna under senare år visats nödvändiga för att utveckla rekommendationer för medicinsk praxis och för att uppnå evidensbaserad omvårdnad.

Datainsamling

Inför datainsamlingen ägde ett handledande möte rum, 2019-01-25, tillsammans med högskolans bibliotekarie för rådgivning kring sökningar och sökstrategier. Detta är enligt Forsberg och Wengström (2016) något att eftersträva för effektivisering av databassökningar och för råd kring struktur och indexeringssätt i databaserna. Sökningen skedde i två omgångar vilka Friberg (2017) beskriver som den inledande informationssökningen och den egentliga informationssökningen. Den inledande informationssökningen innebar en grundläggande sökning för att skapa en översikt över forskningsområdet. Den egentliga informationssökningen var en systematisk sökning som gjordes för att få fram det definitiva urvalet av artiklar. Sökningarna genomfördes i databaserna Public Medline (PubMed) och Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Databaser valdes av anledningen att de hänvisar till artiklar inom medicin och omvårdnad vilka var av intresse för denna litteraturöversikt. Kristensson (2014) förklarar att valet av databaser ska bestämmas utifrån syfte och utgå ifrån information som svarar till det. Vidare förklaras att val av litteratur är kritiskt för litteraturstudiers kvalitet då resultat och slutsats baseras på det (Kristensson, 2014). Första gången en artikel, som upplevdes relevant, uppkom i sökningen sparades den ned och sökningen noterades för vidare bearbetning. Artiklar kunde vid flertalet sökningar återfinnas i båda databaserna. Återfunna artiklar förbisågs därför och enbart den första sökningen i vilken artikeln påträffades angavs i tabellen (Tabell 1).

Databassökning

Inledningsvis översattes svenska sökord av intresse till engelska genom användning av Svensk MeSH och dess översättningsredskap för att sedan tillämpas i databaserna PubMed och CINAHL. I PubMed användes MeSH Terms och MeSH Major Topics. I CINAHL användes Major-Headings (MH) och Major Topics (MM). Booleska operatörer nyttjades i form av OR och AND. Orden som upplevdes tillhöra samma typ av kategori grupperades med OR och dessa grupper kombinerades i sin tur med AND. Att använda boolesk sökteknik är enligt Östlundh (2017) ett effektivt sätt att hitta relevanta artiklar. Sökningar gjordes även med fritext i båda databaserna med orden *gender*, *gender bias*, *consultation* och *patient*. Endast en sökning med fritext i form av ordet *gender* resulterade i relevanta sökträffar ur vilka två artiklar inkluderades i resultatet. Östlundh (2017) rekommenderar även så kallad trunkering där ett ord avslutas med en asterisk. Alla böjningsformer av ordet används då vilket breddar sökningen. I en av de presenterade sökningarna användes därför *gender** vilken resulterade i en inkluderad artikel. Sökträdet med kombinationer av sökord presenteras i Tabell 1. Genomförda sökningar som inte genererade artiklar lämpliga att inkludera i resultatet finns inte med i Tabell 1.

Tabell 1. Presentation av databassökning.

Databas Datum	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar
CINAHL 20/02/19	(MH "Communication") OR (MH "Patient Attitudes") AND (MH "Sex Factors") Avgränsningar: Published date 20090101, peer-reviewed, research article, english language	992	37	9	1
CINAHL 20/02/19	(MH "Patient Centered Care") OR (MH "Nurse Attitudes") OR (MH "Nurse-Patient Relations") AND (MH "Sex Factors") OR (MH "Stereotyping") OR (MH "Gender Role") OR (MH "Gender Identity") Avgränsningar: Published date 20090101, peer-reviewed, research article, english language	343	16	6	2
PubMed 20/02/19	(nurse patient relations[MeSH Terms]) AND ((gender) OR sex factors[MeSH Terms]) Avgränsningar: Published in the last 10 years, english language	172	13	6	2
PubMed 20/02/19	(gender*) AND nurse patient relations[MeSH Major Topic] Avgränsningar: Published in the last 10 years, english language	52	6	2	1
PubMed 20/02/19	((nurse patient relation[MeSH Terms]) AND communication[MeSH Terms]) Avgränsningar: Published in the last 10 years, english language	1411	43	7	1
PubMed 01/03/19	((communication[MeSH Terms]) AND patient satisfaction[MeSH Terms]) AND ((gender bias[MeSH Terms]) OR sex factors[MeSH Terms]) Avgränsningar: Published in the last 10 years, english language	102	10	3	1
CINAHL 03/03/19	(MH "Nurse Attitudes") OR "Nurse" OR (MH "Nurse-Patient Relations") AND (MH "Gender Bias") OR (MH "Sexism") OR (MH "Stereotyping") Avgränsningar: Published date 20090101, peer-reviewed, research article, english language	47	9	2	1
CINAHL 05/03/19	(MH "Gender Bias") OR (MH "Sex Factors") OR (MH "Sexism") OR (MH "Gender Specific Care") OR (gender OR equal) AND (MH "Communication") OR	2778	36	8	2

	(MH "Behavior") OR (MH "Professional-Patient Relations") OR (MH "Patient Handling") OR (MH "Patient Rights") OR (MH "Nurse-Patient Relations") OR (MH "Patient Care") Avgränsningar: Published date 20040101, peer-reviewed, research article, english language				
TOTALT		5922	170	43	11

Manuell sökning

Utöver sökningar i databaserna gjordes fem manuella sökningar efter att referenslistor från funna artiklarna lästes för att hitta ytterligare relevant material. Sökningarna genomfördes i PubMed och resulterade i ytterligare fem inkluderade artiklar vilka presenteras i resultatet och matrisen (Bilaga B). Manuell sökning rekommenderas av Forsberg och Wengström (2016) för att finna ytterligare artiklar som berör ämnet.

Studier som inkluderades via manuella sökningar är författade av; Mize (2018); Noordman och van Dulmen (2016); Saarnio, Arman och Ekstrand (2011); Vigil, Coulombe, Alcock, See Stith, Kruger och Cichowski (2017) samt Skär och Söderberg (2012). I denna allmänna litteraturoversikt inkluderades totalt 16 artiklar.

Databearbetning

Artiklarna bearbetades under arbetsprocessens gång både enskilt och gemensamt. Under databassökningar valdes artiklar som ansågs relevanta för syftet ut. Dessa laddades, i enlighet med Roséns (2017) rekommendation, ned eller beställdes i fulltext för att sedan läsas i sin helhet. Ett flertal artiklar sållades i detta skede bort då de inte uppfyllde kriterierna och ansågs inadekvata i förhållande till syftet. Kvarvarande artiklar skrevs ut på fysiska pappersark. Vidare granskades artiklarna mer grundligt och individuella bedömningar jämfördes sedan för att därpå gemensamt komma fram till ett beslut gällande inkludering eller exkludering. Dessa ställningstaganden rekommenderas enligt Kristensson (2014) som belyser vikten av samtliga granskares engagemang. Studiernas kvalitet värderades sedan utifrån Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) (Bilaga A). I samband med att kvaliteten värderades med hög (I), medel (II) eller låg kvalitet (III) sammanställdes och presenterades de i matrisen (Bilaga B). En sammanställning i tabellform är enligt Rosén (2017) lämplig för att ge läsaren möjlighet att bedöma tillförlitligheten i studierna. Artiklar vars studier vi bedömde var av låg kvalitet (III) exkluderades.

Dataanalys

Sexton artiklar låg till grund för dataanalysen varav tretton kvalitativa och tre kvantitativa. Inför dataanalysen av de inkluderade studiernas resultat följdes de steg som rekommenderas av Friberg (2017). Första steget innebar att de utskrivna artiklarna flertalet gånger noggrant lästes igenom, var för sig, för att få en djupare förståelse för innehållet. Vidare diskuterades fynden i studierna tillsammans och eventuella oenigheter hanterades genom att lyssna till varandras argument och därefter ta ett enigt beslut.

Fortsatt bearbetning skedde sedan genom markering av relevanta meningar med överstrykningspennor i olika kulörer. Kulörerna representerade vårdgivarens eller patientens perspektiv samt likheter och skillnader i gemensamma ämnen som berördes, som senare nedbringades till subteman. Dessa subteman presenteras längre ned och skapades utefter ord, ofta förekommande i artiklarna, vilka användes som vägledning vid namngivning av subteman. Studiernas markerade resultat reducerades sedan och sammanfattades i text i ett separat dokument vilket fungerade som hjälpmedel under arbetets gång. Under andra steget rekommenderar Friberg (2017) att sammanställa information i en översiktstabell. Vi valde att använda matrisen i egenskap av levande dokument under arbetets gång vilken, i sin färdiga form, presenteras som en del av resultatet (Bilaga B). Informationen fördes i matrisen in under kategorierna: författare/år/land, titel, syfte, metod, deltagare, resultat och typ/kvalitet. I steg tre sökte vi, i enlighet med rekommenderat tillvägagångssätt (Friberg, 2017), efter likheter och/eller skillnader i studierna där tonvikten lades på studiernas resultat. Under tredje steget kopplades fynden ihop och sorterades in under kategorier i form av tema med tillhörande subteman (Tabell 2). Dessa, tillsammans med matrisen (Bilaga B), skapade resultatet av denna allmänna litteraturöversikt. Vid översättning av engelska till svenska användes en internetbaserad ordbokstjänst från Nationalencyklopedin (2018).

Forskningsetiska överväganden

Under studiens gång hade vi intentionen att inte ändra andemeningen, vara källkritiska, inte plagiera och översätta engelska artiklar så korrekt som möjligt. Helgesson (2015) belyser fabricering, plagiering och förvanskning som tre typer av övertramp inom forskning som avviker från god forskningssed vilket kan ske avsiktligt eller oavsiktligt. Fabricering innebär att forskaren hittar på något, till exempel ett resultat. Förvanskning innebär att forskningsresultat eller forskningsprocesser ändras eller modifieras för att bättre stämma överens med forskarens egna hypoteser. Plagiering sker då material eller text skapad av en författare stjäls av en annan som utger sig för att vara upphovsman. I denna allmänna litteraturöversikt var ambitionen att undvika samtliga övertramp, såväl avsiktliga som icke-avsiktliga.

Under processens gång var även intentionen att ge en rättvis bild av forskningen genom att inte selektivt plocka ut delar av forskningen som stärkte vår eventuella förförståelse. Att presentera en felaktig och förvrängd status av forskningsläget är även det enligt Helgesson (2015) en avvikelse från god forskningssed. Vidare förklaras att dessa avvikelser kan ske då författaren handplockar ensidiga källor vilka stärker egna mål med forskningen och kan ge läsarna fel uppfattning.

För att avgöra om studierna som användes var etiskt försvarbara togs dess etiska överväganden till hänsyn. Det finns ett flertal internationella riktlinjer och den mest kända och tongivande är Helsingforsdeklarationen, utvecklad av World Medical Association (WMA). Den fungerar som en riktlinje med etiska principer för forskare inom medicin som involverar mänskliga ämnen. Deklarationen tar bland annat upp att människans eget värde och hälsa ska gå före forskningsintresset och ett informerat samtycke ska alltid ligga till grund för deltagandet (WMA, 2018).

RESULTAT

Resultatet presenteras i form av två teman med tillhörande subteman som framkom efter kodningen under dataanalysen, dessa redovisas i tabell 2.

Tabell 2. Presentation av analysprocessen.

Tema	Subtema
Patienten i vårdmötet	<ul style="list-style-type: none">● Den egna rollen● Upplevd maktlöshet
Vårdgivaren i vårdmötet	<ul style="list-style-type: none">● Genusbias i behandling● Anpassad kommunikation● Uppfattning om patienten

Patienten i vårdmötet

Den egna rollen

Äldre kvinnor fick i en studie av Mize (2018) berätta om sina positiva och negativa upplevelser av vårdmötet med sjuksköterskor. Kvinnorna definierade ofta sig själva som vårdgivare för familjemedlemmar vilket kan ha ökat deras krav och förväntningar på sjuksköterskans beteende. Detta kan enligt forskaren ha påverkat deras upplevelser av sjuksköterskans omvårdnad, speciellt då den uppfattades som otillräcklig eller känslolös (Mize, 2018).

Att kvinnliga patienter tar på sig ansvaret för ett visst bemötande och visar en vilja att vara medgörliga kan ses i fem av studierna (Andersson & Hansebo, 2009; Saarnio et al., 2011; Mize, 2018; Björkman, Dellenborg, Ringström, Simrén & Jakobsson Unga, 2014; Stenberg, Fjellman-Wiklund & Ahlgren, 2012). En acceptans till att inte bli involverad i sin vårdplanering kunde ses i större utsträckning hos kvinnliga patienter än manliga i en studie av Andersson och Hansebo (2009). Detta med motiveringen att de saknade tillräckliga kunskaper om sin sjukdom för att kunna bidra positivt till vårdplaneringen (Andersson & Hansebo, 2009). Kvinnliga patienter ifrågasatte i studien av Mize (2018) hur de själva kunde ha bidragit till negativa vårdmöten samt en rädsla att uppfattas som krävande och sedda som ett problem. Även i en studie av Saarnio et al. (2011) beskriver kvinnor en känsla av skuld på grund av att de inte tagit bättre hand om sig själva och därigenom försatt sig i sjukdomssituationen. Att vara medgörlig och att inte protestera beskrevs av kvinnorna kunna bidra till att de blev mer "värda" att bli omhändertagna (Mize, 2018). Även Björkman et al. (2014) belyser i sin studie att ju mer symptom kvinnor med IBS beskrev för läkaren desto större var risken att de upplevdes som gnällig och neurotisk. Kvinnorna strävade efter att vara duktiga patienter och kände sig obekväma när de endast kunde berätta om symptomen utan några synliga tecken (Björkman et al., 2014). Liknande upplevelser tas upp i en studie av Stenberg et al. (2012) där kvinnliga patienter vittnade om skamkänslor och tvivel på värdet av sina subjektivt upplevda symptom. Kvinnliga patienter uttryckte också en rädsla för att uppfattas som "den klagande gamla kvinnan" (Stenberg et al., 2012).

Rädslan av att uppfattas på ett visst sätt kunde även ses hos manliga patienter i studien av Björkman et al. (2014) i vilken manliga patienter med IBS beskrevs lida av fördomen att sjukdomen är psykosomatiskt och feminint stämplad.

Detta befarade männen skulle innebära att de uppfattades svaga eller känslösamma vilket kopplades till något negativt (Björkman et al., 2014).

Upplevd maktlöshet

Att som patient inte göras delaktig och inte bli lyssnad på i samband med vårdmötet belyses i fem av studierna (Saarnio et al., 2011; Andersson och Hansebo, 2009; Björkman et al., 2014; Skär och Söderberg, 2012; Upmark, Borg och Alexandersson, 2007). Patienter under behandling av cancer vittnade i studien av Saarnio et al. (2011) om ojämställda förhållanden inom vården. Vissa kvinnor med hög utbildningsgrad upplevde sig underordnade och intvingade i en sorts maktlös identitet. Detta mönster skapade onödigt lidande och kunde inte ses hos män med samma utbildningsgrad (Saarnio et al. 2011). Erfarenheten av att varken som man eller kvinna bli involverad i sin vårdplanering tas upp i studien av Andersson och Hansebo (2009). Kvinnorna som efterfrågade mer information i samband med sjukvården och ifrågasatte sjuksköterskornas arbetssätt upplevde att de ignorerades (Andersson & Hansebo, 2009). Även i studien av Björkman et al. (2014) kände sig kvinnliga patienter förminskade i vårdmötet.

Upmark et al. (2007) belyser i sin enkätstudie skillnader mellan kvinnor och mäns negativa upplevelser av vårdmötet. Fynden visar att kvinnliga patienter i högre utsträckning än män höll med om att ha blivit bemötta enligt följande påståenden: "inte ha blivit trodd på", "behandlade mig med likgiltighet", "tvivlat på mina klagomål", "betraktat mig som dum", "varit irriterad/ otålig", "behandlat mig med respektlöshet", "inte lyssnat, avbröt mig" (Upmark et al., 2007). Även Stenberg et al. (2012) tar upp att negativa upplevelserna i vårdmötet ofta relaterades till känslan av att bli avvisad. I studien av Björkman et al. (2014) beskriver även manliga patienter med IBS känslan av misstro från vårdpersonalen vilket genererade ilska och frustration. Manliga patienters upplevelse av maktlöshet belyses även av Skär och Söderberg (2012) där män uttryckte missnöjdhet och en känsla av respektlöst bemötande. Sjuksköterskor bemötte de med misstro när de beskrev sina symtom och sin smärtgrad vilket ledde till en känsla av ignorering.

Vårdgivaren i vårdmötet

Genusbias i behandling

Fyra av studierna pekar på att vårdgivaren bedömer patientens tillstånd och situation olika kopplat till vårdgivarens och patientens könstillhörighet (Vigil et al., 2017; Bernardes och Lima, 2011; Hedegaard, Ahl, Rovio-Johansson och Siota, 2014; Kaminsky, Carlsson, Holmström, Larsson och Fredrikssons, 2014). Vid en akutmottagning framkom att sjuksköterskor hade skattat patienters smärta olika. Resultatet visade att de fyra kombinationerna av sjuksköterskans och patientens könstillhörighet påverkade hur kritiskt sjuksköterskorna skattade patienternas smärta (Vigil et al., 2017). Även i studien av Bernardes och Lima (2011) visas ryggsmärta bedömas olika beroende på patientens könstillhörighet. Kvinnors smärta ansågs mer psykologiskt betingad, mindre trovärdig och mindre invalidiserande om den inte kunde styrkas kliniskt, till exempel med röntgen. Om smärtan kunde styrkas kliniskt ansågs kvinnors smärta mer trovärdig och invalidiserande än mäns. Mäns smärta bedömdes mer trovärdig och invalidiserande när uttryck av oro och ångest kunde tydas vilket inte var fallet hos kvinnor (Bernardes & Lima, 2011).

Hedegaard et al. (2014) beskriver att sjuksköterskans kommunikation speglade ett antagande att den kvinnliga patienten var i behov av vidare specialistvård medan kommunikationen till den manliga patienten inte speglade detta (Hedegaard et al., 2014).

Sjuksköterskans skillnader i bedömning beroende på patientens könstillhörighet kan även ses i en studie av Kaminsky et al. (2014) där mödrar som ringde till telefonrådgivning å deras barns vägnar oftare fick egenvårdsråd från sjuksköterskorna än fäder. Fäder blev i större utsträckning hänvisade till att uppsöka fysiska vårdinstanser.

Anpassad kommunikation

Fyra av studierna visar att kommunikationen mellan vårdgivare och patient tar olika uttryck vilket kunde kopplas till vårdgivarens och patientens könstillhörighet (Hedegaard et al., 2014; Noordman och van Dulmen, 2016; Kaminsky et al., 2014; Fisher, 2009). Vårdgivarens sätt att kommunicera under konsultationer skiljde sig enligt studien av Hedegaard et al. (2014) beroende på om patienten var kvinna eller man. I samtalet med manliga patienter tenderade vårdgivaren använda ledande frågor med positiva och avdramatiserande inslag vilket återspeglades genom positiv respons. Samtalet resulterade i ett sorts uppmuntrande till patienten att bekräfta sin status som relativt bra. Med kvinnliga patienter användes en försäkrande samtalsteknik där vårdgivaren använde upprepade frågor med en mer dramatisk och negativ klang vilket resulterade i ett sorts uppmuntrande till patienten att bekräfta sin status som relativt dålig (Hedegaard et al., 2014). Sjuksköterskor kommunicerade i studien av Noordman och van Dulmen (2016) på ett mer lättförståeligt, konkret och förklarande vis med kvinnliga patienter och applicerade då även generellt en mer motiverande samtalsteknik i mötet. Kommunikationen med manliga patienter bestod i större utsträckning av redogörelser av alternativ, risker och vem som ska göra vad (Noordman & van Dulmen, 2016). Även i studien av Kaminsky et al. (2014) gav sjuksköterskorna olika frågor och svar beroende på om det var modern eller fadern som ringde in för telefonrådgivning.

Manliga sjuksköterskor anpassade sitt beteende beroende på om de vårdade en kvinnlig eller manlig patient. Ett tuffare beteende med mindre beröring applicerades på män medan bemötandet av kvinnor inkluderade mer beröring i form av att hålla handen och kramas (Fisher, 2009).

Uppfattning om patienten

I fyra av studierna kan vårdgivarens personliga uppfattning och syn på patienten påverka bemötandet kopplat till vårdgivarens och patientens könstillhörighet (Höglund & Holmström, 2008; Noordman & van Dulmen, 2016; Hakimnia, Holmström, Carlsson och Höglund, 2014; Haydon, van der Reit och Browne, 2015). I studien av Höglund och Holmström (2008) intervjuades sjuksköterskor som arbetade med telefonrådgivning gällande deras upplevelser. Det visades finnas en sorts gemenskap och speciell anknytning kvinnliga sjuksköterskor och kvinnliga inringare emellan. Detta styrks till viss del i studien av Noordman och van Dulmen (2016) där kvinnliga sjuksköterskor genom sin kommunikation under vårdmötet visade betydligt mer empati till kvinnliga patienter. Samma tendenser tas upp i studien av Hakimnia et al. (2014) då ett av samtalen från en yngre kvinna togs emot på ett mer moderligt vis med ett ställningstagande till den yngre kvinnans fördel. Ett samtal från en äldre man bemöttes istället mer rakt på sak och tekniskt trots att båda inringarna uttryckte oro.

I studien av Höglund och Holmström (2008) beskrev kvinnliga sjuksköterskor att inringande fäder många gånger var dåligt insatta i sina barns symtom och att de hellre talade med mammor som de beskrev var mer insatta och förmögna att ge informationen som efterfrågades.

Vidare berättade kvinnliga sjuksköterskor att kvinnliga patienter ofta var lättare att resonera med och inte lika krävande som män (Höglund & Holmström, 2008). Detta synsätt skiljer sig dock från sjuksköterskornas berättelser i studien av Haydon et al. (2015) som beskrev kvinnliga patienter som mer krävande eftersom de förväntade sig mer uppmärksamhet och omsorg. Manliga patienter å andra sidan beskrevs som mer humoristiska och lättare att ta hand om (Haydon et al., 2015).

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Fynden i denna litteraturöversikt resulterade i teman med utgångspunkt hos patienten eller vårdgivaren. Vi upplevde vissa gånger dessa teman som svåra att skilja åt och tematisera eftersom vårdmötet naturligt påverkas av båda parter och inte blir till utan den andre. I resultatet framkom att både vårdgivarens och patientens könstillhörighet på olika sätt kunde påverka bemötandet inom hälso- och sjukvården vilket visade sig både ur vårdgivarens och patientens perspektiv. Huvudfynden diskuterades nedan i fallande ordning utifrån resultatet.

I resultatet framkom att kvinnliga patienter ville visa sig duktiga och medgörliga och undvika ett klagande och krävande beteende. Detta stärks bland annat i studien av Mize (2018) där forskaren vid en intervju under studien noterade kvinnans vilja att berätta vad hon trodde forskaren ville höra och därigenom prestera på det sätt hon trodde förväntades av henne. Vi anser att faktumet att kvinnor ville verka duktiga och medgörliga kan kopplas till genussystemet Hirdman (2004) om stereotypa föreställningarna och normer i samhället kring hur män och kvinnor förväntas vara och bete sig mot varandra. Dessa förväntningar kan skapa hinder för kvinnliga patienter i mötet med hälso- och sjukvården. Viljan att vara duktig och medgörlig kan begränsa patienten då denne undviker att kräva informationen eller behandlingen som föredras. Detta kan leda till missnöje och otillfredsställelse samt bidra till en negativ upplevelse i vårdmötet. Att vårdgivaren är medveten om dessa egenskaper hos vissa kvinnliga patienter är därför av stor vikt.

Resultatet visades även att manliga patienter oroade sig över att uppfattas svaga. Även detta kan enligt oss kopplas till teorin om genussystemet (Hirdman, 2004) där det beskrivs hur mannen historiskt sett ansetts vara den starka och normen för människan medan kvinnan ansetts vara den svaga. Mannens rädsla att visa sig svag beskrivs i en studie av Jeffries och Grogan (2011) som belyser stereotypa föreställningar och normer. Där visades att män inte uppsökte vård på grund av behovet att visa sig stark och i kontroll över sin situation. Männens beskrev rädslan att ses som "wussies" och "wimps" vilka är engelska uttryck som förknippas med svaghet och icke maskulina egenskaper (Jeffries & Grogan, 2011). Ytterligare ett exempel är då en kvinnlig sjuksköterska i studien av Haydon et al. (2015) berättade att hon upplevde att manliga patienter använde humor för att förstärka sin makt och dölja sin sårbarhet i en situation där sjuksköterskan besatt ett maktövertag. Som nämnt i bakgrunden beskriver Wu et al. (2015) hur även sjuksköterskor i egenskap av män traditionellt antas vara starka vilket ytterligare siar om bredden på denna stereotypa föreställning. Vi resonerade att vårdmötets utfall, bland annat, påverkas av normer i samhället som förstärker mäns rädslor att uppfattas svaga vilket i sin tur kan leda till konsekvenser i form av onödigt lidande.

I resultatet nämndes studien av Hedegaard et al. (2014) där patienternas sätt att själva resonera kring sina symptom och sin situation tas upp. Skillnader kunde ses genom hur män under samtalet fokuserade på fysisk aktivitet och prestationer medan kvinnor fokuserade mer på restriktioner och var mer emotionellt inriktade. Att det även från sjukvårdens sida läggs mer vikt vid mäns fysiska aktivitet visas i en studie av Arnetz och Arnetz (2009) där yngre män vid utskrivning visades få rekommendationer och råd om regelbunden träning och diet efter en hjärtinfarkt. Yngre kvinnor däremot fick inga eller få rekommendationer vid samma tillstånd. Saarnio et al. (2011) tar också i studien upp att män betraktas fysiskt starka och aktiva och att vara gammal och sjuk äventyrar den manliga patientens bibehållande av maskulinitet. Enligt forskarna skulle patientens och sjukvårdens förväntningar kunna öka manliga patienters lidande då stereotypa egenskaper kopplade till maskulinitet förändras i samband med ålder och sjukdom (Saarnio et al., 2011). Enligt Röndahl (2010) bör det medvetandegöras hur genus inom olika strukturer och rutiner skapas och återskapas samt då något av könen riskerar att missgynnas, till exempel avseende den vårdkvalitet de får. Vår reflektion, med tillstyrkan av Röndahl (2010), är att kvinnliga patienter riskerar att missgynnas då de i mindre utsträckning än manliga uppmuntras eller motiveras under sitt sjukdomsförlopp. Mer information och medvetenhet kring detta inom sjukvården kan gagna patienter, i synnerhet kvinnor, och kan därför behöva implementeras kliniskt.

I resultatet framkom att patienter upplevde att de inte gjordes delaktiga i sin vård eller blev hörda vilket skapade en känsla av maktlöshet. Delaktighet tas även upp i studien av Arnetz och Arnetz (2009) som belyser att patienter inte känt sig delaktiga under sin sjukhusvistelse och framförallt yngre kvinnor hade en önskan om att göras mer delaktiga i planeringen och diskussionen gällande sin eftervård. I en studie av Fröjd, Swenne, Rubertsson, Gunningberg och Wadensten (2011) belyses att kvinnor i högre utsträckning än män ansågs sig ha gjorts delaktiga i beslutsfattandet gällande sin vård. Saarnio et al. (2011) tar upp komplexiteten med att vara patient och känslan av att inte ha kontroll och vara hjälplös. Många kvinnliga patienter upplevde en känsla av att inte bli tagna på allvar av vårdgivarna samt att deras önskemål ignorerades vilket enligt studien skapade onödigt lidande. I studien av Andersson och Hansebo (2009) kände varken manliga eller kvinnliga patienter sig involverade i sin vårdplanering. Kvinnorna tenderade att acceptera detta och lät vårdpersonalen ta besluten medan männen tog till olika metoder för att öka sin egen delaktighet. Forskarna diskuterade huruvida faktumet att män är vana att ha mer makt i samhället kan vara en anledning till att män och kvinnor har olika attityder kring att inte göras delaktig i sin vård (Andersson & Hansebo, 2009). I en studie av Florin, Ehrenberg och Ehnfors (2006) visas att varken män eller kvinnor önskade vara delaktiga i samma utsträckning som vårdpersonalen trodde. Ovan nämnda studiers resultat pekar åt olika håll vad det gäller skillnader på män och kvinnors upplevelse kring delaktighet. Vårt resonemang är att individuella faktorer spelar in och ingen signifikant koppling till just könstillhörighet kan tydas. Dock visar denna översikts resultat en tendens att kvinnor upplevde känslan av att inte bli lyssnad på eller tagna på allvar vilket inte, i samma utsträckning, kunde ses hos män. Enligt Swahnberg och Wijma (2010) är kränkningar inom vården oftare förekommande bland kvinnor. Att bli tillintetgjord räknas som en form av kränkning och är den form som i högre utsträckning rapporteras av kvinnor än av män.

I resultatet visade två av studierna (Bernardes & Lima, 2011; Vigil et al., 2017) att patienters smärta bedömdes olika beroende på både vårdgivarens och patientens könstillhörighet.

I en studie av Stålnacke et al. (2015) diskuterades att vårdgivarens rekommendationer kring män och kvinnors smärtsituation kan ha påverkats av genusbetingade normer (Stålnacke et al., 2015). I studien som nämns i bakgrunden av Loikas et al. (2015) förutsatte läkare att män kunde uthärda smärta i större utsträckning än kvinnor och förskrev därav inte smärtstillande läkemedel lika frekvent till män som till kvinnor. Det är enligt Stålnacke et al. (2015) viktigt att inte se på mäns och kvinnors smärta utifrån ett stereotypt perspektiv och inte låta dessa påverka förväntningarna på patienten. Återigen kan detta kopplas till Hirdman (2004) som talar om att mannen historiskt sett betraktats som den starka och kvinnan som den svaga. Att mäns och kvinnors smärta får olika innebörd på grund av att vårdpersonal påverkas av normer och stereotypa föreställningar i samhället bidrar till en form av genusbias inom vården. Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS, 2017:30) §1, kap 3 säger bland annat att målet för hälso- och sjukvården är en vård på lika villkor för hela befolkningen. Att bedöma patienters smärta olika kopplat till könstillhörighet, oavsett om det sker medvetet eller omedvetet, är enligt oss ett avvikande från lagen och behöver undvikas med hjälp av utbildning och medvetandegörande.

Resultatet pekade på att kommunikationen mellan vårdgivare/sjuksköterska och patient anpassas och tar olika uttryck kopplat till vårdgivarens/sjuksköterskans och patientens könstillhörighet. Liknande fynd kunde ses i en studie av Mazzi et al. (2014) som visar att även läkares kommunikation uppfattades och förmedlades olika beroende på om patienten och läkaren var man eller kvinna. Kvinnliga läkare använde mer icke-verbal kommunikation och visade mer empati i mötet, vilket av patienterna upplevdes positivt. Manliga läkare ställde fler frågor och kom med lösningar samt visade mer självförtroende i mötet med patienten, vilket även det av patienten upplevdes positivt. Vi har noterat att det både finns studier om sjuksköterskeyrket och läkaryrket som belyser skillnader i kommunikation beroende på könstillhörighet. Detta ger en indikation på att anpassandet av kommunikation inte är förknippat med en viss profession. Det verkar istället vara ett utbredd beteende som sker överallt inom hälso- och sjukvården. I bakgrunden nämns Eldh (2014) som förklarar att personcentrering bland annat handlar om att patientens vård upprättas efter dennes individuella behov och resurser. Att som vårdgivare anpassa sin kommunikation efter patientens individuella egenskaper är i sig något positivt och bidrar till ett mer personcentrerat bemötande. Vi diskuterade huruvida vårdpersonalen påverkas av stereotypa föreställningar och därav anpassar kommunikationen på ett missgynnsamt vis genom att justera för patientens könstillhörighet. Denna risk är viktig att medvetandegöra inom hälso- och sjukvården då den i vissa fall äventyrar jämställdheten.

Resultatet visade att en personlig uppfattning och syn på patienten kunde påverka vårdgivarens bemötande och i vissa fall kopplas till vårdgivarens och patientens könstillhörighet. Förutfattade meningar, normer och stereotypa föreställningar studeras i en studie av Andersson, Salander och Hamberg (2013) där läkarstudenter fick läsa berättelser skrivna av patienter med cancer och sedan försöka avgöra om författaren var man eller kvinna. Forskarna ville se om stereotypa föreställningar kunde hjälpa studenterna att gissa rätt eller fel samt vad studenterna förknippade med manligt och kvinnligt. I studiens resultat kategoriserades delarna ur berättelserna som visade sig påverka studenterna att gissa om författaren var kvinna, några av de var: beskrivning av känslor, behov av tröst, familj och vänner. Några av kategorierna som visade sig påverka studenterna att gissa om författaren var man var: ingen beskrivning av känslor, självständighet, fokus på fakta, arbete och karriär. Återigen reflekterar vi kring att stereotypa föreställningar kan vara en del av förklaringen till varför manliga och kvinnliga sjuksköterskor bemöter män och kvinnor olika.

Baserat på att studien av Andersson et al. (2013) visade att fördomarna inte alltid stämde med författarnas egentliga könstillhörighet gör dessa föreställningar ingen egentlig nytta. Detta skulle istället kunna innebära att de skapar ojämställdhet då patienten bemöts utifrån stereotypa föreställningar istället för deras individuella egenskaper (Andersson et al., 2013).

I resultatet sågs även en röd tråd i att kvinnliga vårdgivare verkade ha lättare att knyta an till och visa empati för det egna könet. Endast ett liknande fynd, gällande manliga vårdgivare och manliga patienter, sågs i en studie av Younas och Sundus (2009). I den visades att manliga patienter var mer bekväma och nöjda med vården från en manlig sjuksköterska än vad kvinnliga patienterna var. Detta fynd diskuterades inte behöver innebära att manliga patienter föredrar manliga sjuksköterskor före kvinnliga. Dock kan det innebära att en viss acceptans och preferens till att vårdas av det egna könet finns. Kvinnor är en majoritet inom sjuksköterskeyrket och enligt socialstyrelsens statistik var 90 procent kvinnor och 10 procent män av de legitimerade sjuksköterskorna år 2017 (Socialstyrelsen, 2019). En reflektion är att den låga representationen av manliga sjuksköterskor kan vara en av anledningarna till att kombinationen manlig sjuksköterska och manlig patient inte har uppmärksammats i samma utsträckning. I en studie av Nilsson och Sätterlund Larsson (2005) belyses kvinnliga chefsjuksköterskors upplevelse av att vara chef över kvinnor. De beskrev chefskapet över kvinnor som lättare eftersom de förstod sig på kvinnor bättre i egenskap av att själv vara kvinna. Även manliga chefsjuksköterskor vittnade om att det för de var lättare att vara direkt, ett sätt som deltagarna beskrev som ett manligt drag, med en man än med en kvinna (Nilsson & Sätterlund Larsson, 2005). Vi diskuterade att det även i situationer, som i detta fallet med arbetskollegor, kan vara lättare att knyta an till personer med samma könstillhörighet. Detta kan vara en av anledningarna till att även bemötandet i vården varierar. En förlängd reflektion till följd av detta skulle kunna vara att kvinnliga patienter drar fördel av att yrket är kvinnodominerat. Kvinnliga patienter har då större sannolikhet att vårdas av kvinnliga sjuksköterskor. Om tesen, att kvinnliga sjuksköterskor visar kvinnliga patienter mer förståelse och empati, stämmer skulle kvinnliga patienter oftare än män bemötas på detta vis.

En reflektion som dök upp under arbetets gång var svårigheten att veta om åldern är en bidragande faktor i skillnaden på bemötandet av kvinnor och män. I studien av Hakimnia et al. (2014) tas skillnaderna i bemötandet upp till fördel för den kvinnliga patienten som blev bemött på ett mer moderligt vis. I det exemplet svarar dock sjuksköterskan till en äldre man och en yngre kvinna. Om det är åldern eller könstillhörigheten som påverkar sjuksköterskans bemötande är svårt att påvisa. I kvantitativa studier korrigerar man ofta för ålder vilket är svårare i kvalitativa studier. Olika faktorer kan tänkas påverka ett vårdmöte som till exempel ålder, kultur, etnicitet, personkemi med flera. I en studie av Wandner et al. (2014) fick vårdpersonalen via internetbaserade enkäter bedöma virtuella patienter med varierad ålder, könstillhörighet och etnicitet utifrån deras behov av smärtlindring. Samtliga faktorer visades påverka vårdpersonalens bedömning men mest signifikant i studien var betydelsen av etnicitet och kön. I studien av Loikas et al. (2015) beskrev läkarna att behandlingarna patienterna fick baserades utifrån både patientens och läkarens preferenser. Individuella faktorer som personlighet spelade in och hade, enligt läkarna, en större roll än patientens könstillhörighet för besökets utfall. Läkarna i studien av Loikas et al. (2015) nämnde också att de inte gjorde skillnad på patienten beroende på könstillhörighet utan gav samma behandling vid samma sjukdom och följde riktlinjerna vad det gällde val av läkemedel. I bakgrunden nämns citatet av den föreläsande läkaren som löd "Jag tror inte att jämställdhet är ett problem här, även om vissa påstår det.

Jag har aldrig behandlat någon annorlunda och jag ser alltid till att tjejerna får ta mer plats än killarna” (Bondestam, 2010, s.87) vilket tillsammans med studien av Loikas et al., 2015 kan öppna upp för diskussion. Läkarna kanske endast är omedvetna om sina egna beteenden vilket kan bidra till en fortsatt beteende med samma tendenser. Möjligt är att läkarna strävar efter att behandla och bemöta patienter lika och inte utefter könstillhörighet men flera studier talar som nämnt emot detta. Vårdpersonal är möjligtvis jämställda i teorin men i praktiken bevisas tyvärr många gånger motsatsen vilket kräver aktion i form av medvetandegörande för att motverka.

Metoddiskussion

Metoden allmän litteraturoversikt valdes för att besvara syftet och rekommenderas av Kristensson (2014) då den lämpar sig för sammanställande av användbar kunskap vilket ger en överblick av kunskapsläget. Den av Friberg (2017) rekommenderade metoden för dataanalys följdes i form av ett antal steg. Detta underlättade samarbetet mellan oss och gjorde det lättare att hålla en röd tråd under arbetets gång. Vi upplevde att användandet av färgkoder och skapandet av teman och subteman utifrån artiklarnas resultat var ett bra tillvägagångssätt. Detta gav oss en överblick av artiklarnas innehåll samt underlättade sökandet efter gemensamma nämnare.

Styrkan med den valda metoden var att den möjliggjorde ett brett omfång i sökningarna. Studier vars deltagare/informanter både var vårdpersonal och/eller patienter, från olika områden inom hälso-och sjukvården, kunde inkluderas tack vare syftets omfång. Val av annan metod, som till exempel kvalitativ intervjustudie, hade minskat bredden då intervjuerna begränsas till ett visst geografiskt område inom en viss del av vården vilket hade resulterat i ett snävare resultat. Det fanns en tidsbegränsning för genomförandet vilket även det bidrog till att metoden i fråga valdes och gjorde metoden till den mest lämpade.

Under urvalet valde vi att följa sex rekommenderade steg av Forsberg och Wengström (2016). Detta bidrog med en struktur som annars hade varit svår att skapa vilket underlättade arbetsprocessen betydligt. Under databassökningens senare fas uppmärksammade vi att avgränsningen till artiklar publicerade inom tio år försvårade arbetet att hitta tillräckligt antal relevanta artiklar. En av sökningarna gjordes därför i CINAHL med avgränsningen artiklar publicerade inom 15 år. Denna sökning resulterade i två inkluderade artiklar vilka vi, trots det äldre publiceringsdatumet, ansåg relevanta vilket lyfte och stärkte resultatet. Litteraturoversikten grundar sig i både kvalitativa och kvantitativa studier med motivationen att båda var relevanta för att besvara syftet. Att använda både kvantitativa och kvalitativa studier rekommenderas då kvantitativa resultat kan få en förklaring från kvalitativa. Detta kan även öka trovärdigheten och validiteten då resultaten i studierna ofta kompletterar varandra (Forsberg & Wengström, 2016; Henricson, 2017).

Under datainsamlingen användes sökord som förväntades ge oss träffar på lämpliga artiklar vilka svarade till syftet. Genom att översätta bärande begrepp ur syftet till engelska via databasen SvenskMesh fick vi en så korrekt översättning som möjligt. För att få tillräckligt antal relevanta träffar under databassökningen kombinerades orden, sökningar med ett ord i taget förekom också för att inte missa något av värde. Sökningarna med kombinerade ord gjordes i både PubMed och CINAHL vilket Henricson (2017) menar stärker validiteten.

Sökningarna utförda med olika kombinationer av ord resulterade många gånger i återkommande artiklarna vilket även det stärker validiteten enligt Henricson (2017). Vi är dock medvetna om att artiklar av relevans kan ha förbisetts på grund av att sökningarna inte gjordes i övriga databaser, som till exempel PsycINFO och SweMed+. Artiklarna som valdes ut för granskning lästes först igenom individuellt och sedan gemensamt för att efter det diskuteras och bedömas. Detta tog upp en stor del av tiden men ökade reliabiliteten för litteraturöversikten vilket styrks av Henricson (2017). Under arbetets gång har även handledare och kurskamrater granskat litteraturöversikten och kommit med feedback bland annat angående huruvida artiklar svarade till syftet eller ej. Detta var till stor hjälp under processen och hjälpte oss att hålla oss sakliga med fokus på syftet.

I metoden för dataanalys av Friberg (2017) rekommenderas nyttjandet av översiktstabell vilket under denna arbetsprocess innebar att matrisen användes som ett levande dokument. Detta underlättade bland annat bortsällning av irrelevanta artiklar som inte svarade till syftet. Sophiahemmet Högskola bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) (Bilaga A) användes som hjälpmedel för att försäkra oss om att de inkluderade artiklarna höll god kvalitet. Genom att använda bedömningsunderlaget kunde studier av låg kvalitet lokaliseras och därefter exkluderas. Detta ansågs stärka arbetets relevans och trovärdighet. Ett arbetes tillförlitlighet kan genom användandet av ett bra bedömningsunderlag påverkas positivt menar Henricson (2017). De inkluderade artiklarna är peer reviewed vilket Helgesson (2015) förklarar ökar arbetets trovärdighet. För att försäkra oss om att ingen kommit till skada under forskningen, samt att resultaten var etiskt framtagna, togs forskningsetiska överväganden i beaktande. Detta resulterade i att varje inkluderad artikel har ett etiskt förhållningssätt. Majoriteten av studierna tydliggjorde detta direkt i artikeln men i två av studierna (Vigil et al., 2017; Upmark et al., 2007) var det inte lika tydligt. Vi blev i de fallen tvungna att söka i de publicerande tidskrifterna där informationen till slut kunde lokaliseras. Intentionen att inte förvanska forskningsresultatet, på rekommendation av Helgesson (2015), upplevdes under arbetets gång som utmanande. Att selektivt välja ut delar ur resultatet som svarade till vårt syfte riskerade vid vissa tillfällen leda till en sorts modifiering av studiers resultat. Vi var därför extra aktsamma vid dessa tillfällen för att undvika sådana övertramp.

Att sex av de inkluderade studierna är utförda i andra länder än Sverige kan ha påverkat resultatet då hälso- och sjukvårdssystemen ser olika världen över. Detta diskuterades och ansågs kunna vara positivt då studier från olika länder ger ett globalt perspektiv inom ämnet. Den negativa aspekten av studier gjorda i andra länder kan vara att applicerbarheten blir svår att bedöma. Kulturella och sociala skillnader mellan länder kan påverka invånarnas sätt att se på genus och könstillhörighet och hur individer samspekar. Eftersom majoriteten av de inkluderade studierna är utförda i Sverige speglar denna litteraturöversikt det nationella läget vilket förenklar applicerbarheten i den svenska hälso- och sjukvården.

Slutsats

Syftet med litteraturöversikten var att belysa betydelsen av jämställd vård i vårdmötet med fokus på patientens och vårdgivarens könstillhörighet. Resultatet visar att patientens och vårdgivarens könstillhörighet kan vara en bidragande faktor till vårdmötets olika utfall.

Patientens upplevelse av maktlöshet i vårdmötet samt känslan av misstro från vårdgivarens sida gentemot dem och deras beskrivna symtom kan ha påverkats av ifall patienten var man eller kvinna. Vårdgivarens egen uppfattning om patienten kunde spela en roll i vilken vård som gavs eller hur kommunikationen anpassades relaterat till patientens könstillhörighet. En ökad medvetenhet från vårdgivarens och hälso- och sjukvårdens sida kan möjliggöra en mer personcentrerad vård där fokus läggs på individen och dennes subjektiva upplevelser utan att låta egna fördomar och föreställningar påverka.

Fortsatta studier

I de studier som belyser uppfattningar och upplevelser i vårdmötet mellan vårdgivare och patient belyses detta antingen ur patientens eller vårdgivarens perspektiv men sällan från bådas. Fortsatt forskning som undersöker skillnader i uppfattning och upplevelser av bemötandet ur både patientens och vårdgivarens perspektiv i kombination behövs. Under databassökningarna fick vi ofta upp studier med syftet att belysa "concordance" och "discordance". Dessa studier undersökte hur kombinationen av vårdgivarens och patientens könstillhörighet, till exempel kvinnlig patient-kvinnlig vårdgivare eller manlig patient-kvinnlig vårdgivare kan påverka utfallet i vårdmötet. Majoriteten av studierna med denna typ av syfte handlade dock om läkare-patientmötet. Med tanke på att sjuksköterskan i snitt spenderar mer tid med patienten än vad läkaren har förmånen att göra anser vi att studier med liknande syfte som behandlar sjuksköterska-patientmötet saknas.

Klinisk tillämpbarhet

Denna litteraturöversikt kan bidra till ökad medvetenhet om hur normer och stereotypa föreställningar, både hos patient och vårdgivare, påverkar vårdmötet. En sådan här sammanställning av forskningsläget kan fungera som inspiration inför nya studier eftersom den ger en överblick av hur kunskapsläget ser ut i skrivande stund. Litteraturöversikten kan även fungera som upplysande och informativt material för skolor och arbetsplatser. I förlängningen kan detta leda till implementering av nya rutiner i praktiken vilket skulle kunna gynna en mer jämställd hälso- och sjukvård.

REFERENSER

* = Referenser som ingår i resultatet.

Andersson, J., Salander, P., & Hamberg, K. (2013). Using Patients' Narratives to Reveal Gender Stereotypes Among Medical Students. *Academic Medicine*, 88(7), 1015-1021. doi: 10.1097/ACM.0b013e318295b3fe

* Andersson, Å., & Hansebo, G. (2009). Elderly peoples' experience of nursing care after a stroke: from a gender perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 65(10), 2038–2045. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05060.x

Aranda, K. (2005). Community nurses' talk of equality and the discursive constitution of selves. *Journal of Advanced Nursing*, 51(2), 131-139. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03476.x

Arnetz, J. E., & Arnetz, B. B. (2009). Gender differences in patient perceptions of involvement in myocardial infarction care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8, 174-181. <https://doi.org/10.1016%2Fj.ejcnurse.2008.11.002>

Barbosa, I. A., & Silva, M. J. P. (2017). Nursing care by telehealth: what is the influence of distance on communication? *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 928-34. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0142

Berg, A., Dencker, K. & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad,1999:3). Stockholm: SBU, SFF

* 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. doi: 10.1080/08870446.2011.553680

* 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. doi: 10.1111/jan.12294

Bondestam, F. (2010). Skillnad, makt och kunskap - utmaningar för medicinsk utbildning och undervisning. I B. Wijma, G. Smirthwaite & K. Swahnberg (Red.), *Genus och kön inom medicin- och vårdutbildningar* (1. uppl., ss. 87-100). Lund: Studentlitteratur.

Dahlborg-Lyckhage, E., & Eriksson, H. (2017). Introduktion: Jämställdhet och jämställdhetsperspektiv. I H. Strömberg & H. Eriksson (Red.), *Genusperspektiv på vård och omvårdnad* (3. uppl., ss. 19-21). Lund: Studentlitteratur.

Ekstrand, P., & Saarnio, L. (2017). Makt och vanmakt hos patienter med svår sjukdom: (O)jämställd vård inom hälso- och sjukvården. I H. Strömberg & H. Eriksson (Red.), *Genusperspektiv på vård och omvårdnad* (3. uppl., ss. 170-173). Lund: Studentlitteratur.

Ekstrand, P., & Saarnio, L. (2017). Makt och vanmakt hos patienter med svår sjukdom: Att vara "patient" inom hälso- och sjukvården. I H. Strömberg & H. Eriksson (Red.), *Genusperspektiv på vård och omvårdnad* (3. uppl., ss. 173-177). Lund: Studentlitteratur.

Eldh, A. C. (2014). Delaktighet i rollen som patient: Olika former av delaktighet. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (2. uppl., ss. 490-494). Lund: Studentlitteratur.

Eldh, A. C. (2014). Delaktighet i rollen som patient: Resurser. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (2. uppl., ss. 496-499). Lund: Studentlitteratur.

Epstein, R. M., Fiscella, K., Lesser, C. S., & Stange, K. C. (2010). Why The Nation Needs A Policy Push On Patient-Centered Health Care. *Health affairs*, 29(8), 1489-1495. doi: 10.1377/hlthaff.2009.0888

* Fisher, M. (2009). 'Being a Chameleon': Labour processes of male nurses performing bodywork. *Journal of Advanced Nursing*, 65(12), 2668-2677. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05120.x

Florin, J., Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (2006). Patient participation in clinical decision-making in nursing: a comparative study of nurses' and patients' perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 15(12), 1498-1508. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01464.x

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). Att göra systematiska litteraturstudier: *Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. uppl.). Stockholm: Natur och kultur.

Friberg, F. (2017). Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. uppl., ss. 37-48). Lund: Studentlitteratur.

Fröjd, C., Swenne, C. L., Rubertsson, C., Gunningberg, L., & Wadensten, B. (2011). Patient information and participation still in need of improvement: evaluation of patients' perceptions of quality of care. *Journal of Nursing Management*, 19(2), 226-236. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01197.x

* Hakimnia, R., Holmström, I.K., Carlsson, M., & Höglund, A.T. (2014). Exploring the communication between telenurse and caller: A critical discourse analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9(1), 24255. doi:10.3402/qhw.v9.24255

Harris, C. A., Blencowe, N., & Telem, D. A. (2017). What is a pronoun? Why Gender-fair Language Matters. *Annals of Surgery*, 266(6), 932-933. doi: 10.1097/SLA.0000000000002505

* 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*, 50(2-3), 214-226. doi: 10.1080/10376178.2015.1021436

* Hedegaard, J., Ahl, H., Rovio-Johansson, A., & Siota, E. (2014). Gendered Communicative Construction of Patients in Consultation Settings. *Women & Health, 54*(6), 513–529. doi: 10.1080/03630242.2014.903551

Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik.* (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 81-96). Lund: Studentlitteratur.

Hirdman, Y. (2004). Genussystemet - reflexioner kring kvinnors sociala underordning. I C. Carlsson Wetterberg & A. Jansdotter (Red.), *Genushistoria: En historiografisk exposé* (1. uppl., ss. 113-134). Lund: Studentlitteratur.

* Höglund, A. T., & 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. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02345.x

International Council of Nurses. (2012). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Rev.utg.). Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf

Jeffries, M., & Grogan, S. (2011). ‘Oh I’m just, you know, a little weak because I’m going to the doctor’s’: Young men’s talk of self-referral to primary healthcare services. *Psychology and Health, 27*(8), 898-915. doi: 10.1080/08870446.2011.631542

* Kaminsky, E., Carlsson, M., Holmström, I. K., Larsson, J., & Fredriksson, M. (2014). Goals of telephone nursing work - the managers’ perspectives: a qualitative study on Swedish healthcare direct. *BMC Health Services Research, 14*(1), 188. doi: 10.1186/1472-6963-14-188

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik: För studenter inom hälso- och vårdvetenskap.* Stockholm: Natur och Kultur.

Loikas, D., Karlsson, L., von Euler, M., Hallgren, K., Schenck-Gustafsson, K., & Bastholm Rahmner, P. (2015). Does patient’s sex influence treatment in primary care? Experiences and expressed knowledge among physicians: A qualitative study. *BMC Family Practice, 16*(137). doi: 10.1186/s12875-015-0351-5

Maserejian, N. N., Link, C. L., Lutfey, K. L., Marceau, L. D., & McKinlay, J. B. (2009). Disparities in Physicians’ Interpretations of Heart Disease Symptoms by Patient Gender: Results of a Video Vignette Factorial Experiment. *Journal of Women’s Health, 18*(10). doi: 10.1089=jwh.2008.1007

Mazzi, M., Rimondini, M., Deveugele, M., Zimmermann, C., Deledda, G., & Bensing, J. (2014). Does gender matter in doctor–patient communication during standard gynaecological consultations? An analysis using mixed methods. *Communication & Medicine (Equinox Publishing Group), 11*(3), 285-298. doi: 10.1558/cam.v11i3.24806

* Mize, D. (2018). The meaning of patient–nurse interaction for older women in healthcare settings: A Qualitative Descriptive Study. *International Journal of Older People Nursing*, 13(1), 1. doi: 10.1111/opn.12167

Nationella sekretariatet för genusforskning. (2018). Hämtad från <https://www.genus.se/ord/genus/>

Nilsson, K., & Sätterlund Larsson, U. (2005). Conceptions of gender - a study of female and male head nurses' statements. *Journal of Nursing Management*, 13(2), 179–186. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2004.00504.x>

* Noordman, J., & van Dulmen, S. (2016). The consequences of task delegation for the process of care: Female patients seem to benefit more. *Women & Health*, 56(2), 194–207. doi: 10.1080/03630242.2015.1086467

Priebe, G., & Landström C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - Grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 30-31). Lund: Studentlitteratur.

Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturoversikt: I M. Henricson (Red), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (ss 375-389). Lund: Studentlitteratur.

Röndahl, G. (2010). Heteronormativitet i vården. I B. Wijma., G. Smirthwaite., & K. Swahnberg (Red.), *Genus och kön inom medicin- och vårdutbildningar* (1. uppl., ss. 311-322). Lund: Studentlitteratur.

* Saarnio, L., Arman, M., & Ekstrand, P. (2011). Power relations in patient's experiences of suffering during treatment for cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 68(2), 271-279. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05731.x

Segesten, K. (2017). Användbara texter. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. uppl., ss. 49-58). Lund: Studentlitteratur.

SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Riksdagen.

Short, S. E., Yang, Y. C., & Jenkins, T. M. (2013). Sex, Gender, Genetics, and Health. *American Journal of Public Health*, 1(103), 93-101. doi: 10.2105/AJPH.2013.301229

* Skär, L., & Söderberg, S. (2012). Complaints with encounters in healthcare - men's experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(2), 279–286. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00930.x

Smirthwaite, G. (2010). 42 genusmedicinska begrepp. I B. Wijma., G. Smirthwaite., & K. Swahnberg (Red.), *Genus och kön inom medicin- och vårdutbildningar* (1. uppl., ss. 33-52). Lund: Studentlitteratur.

Smirthwaite, G. (2010). Mellan biologism och diskurs-fundamentalism - om kön och genus i medicinen. I B. Wijma., G. Smirthwaite., & K. Swahnberg (Red.), *Genus och kön inom medicin- och vårdutbildningar* (1. uppl., ss. 277-291). Lund: Studentlitteratur.

Smirthwaite, G. (2010). Olika kön - olika tillgång och kvalitet i vården. I B. Wijma., G. Smirthwaite., & K. Swahnberg (Red.), *Genus och kön inom medicin- och vårdutbildningar* (1. uppl., ss. 277-291). Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2019). Statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 2017 samt arbetsmarknadsstatus 2016 (ISSN, 1400-3511). Hämtad från:
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/21218/2019-1-15.pdf>

* 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. doi: 10.2340/16501977-0912

Stålnacke, B-M., Haukenes, I., Lehti, A., Wiklund, A. F., Wiklund, M., & Hammarström, A. (2015). Is there a gender bias in recommendations for further rehabilitation in primary care of patients with chronic pain after an interdisciplinary team assessment?. *Journal of rehabilitation medicine*, 47(4), 365-371. doi: 10.2340/16501977-1936

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). Värdegrund för omvårdnad. Hämtad från
https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf

Swahnberg, K., & Wijma, B. (2010). Kränkningar i vården - olika perspektiv. I B. Wijma., G. Smirthwaite., & K. Swahnberg (Red.), *Genus och kön inom medicin- och vårdutbildningar* (1. uppl., ss. 325-339). Lund: Studentlitteratur.

Tengelin, E., & Dahlborg-Lyckhage. (2017). Discourses with potential to disrupt traditional nursing education: Nursing teachers' talk about norm-critical competence. *Nursing Inquiry*, 24, e12166. doi: 10.1111/nin.12166

Tobiano, G., Bucknall, T., Marshall, A., Guinane, J., & Chaboyer, W. (2016). Patients' perceptions of participation in nursing care on medical wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), 260–270. doi:10.1111/scs.12237

* Upmark, M., Borg, K., & Alexanderson, K. (2007). Gender differences in experiencing negative encounters with healthcare: A study of long-term sickness absentees. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(6), 577–584. doi: 10.1080/14034940701362194

* Vigil, J. M., Coulombe, P., Alcock, J., See Stith, S., Kruger, E., & Cichowski, S. (2017). How Nurse Gender Influences Patient Priority Assignments in U.S. Emergency Departments. *Pain*, 158(3), 377-382. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000725.

Wandner, L. D., Heft, M. W., Lok, B. C., Hirsh, A. T., George, S. Z., Horgas, A. L., Atchison, J. W., Torres, C. A., & Robinson, M. E. (2014). The impact of patients' gender, race and age on health care professionals' pain management decisions: An online survey using virtual human technology. *International Journal of Nursing Studies*, *51*, 726-733. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.09.011

Wijma, B. (2010). Kön och genus - att med enkla bilder visualisera det komplexa. I B. Wijma., G. Smirthwaite., & K. Swahnberg (Red.), *Genus och kön inom medicin- och vårdutbildningar* (1. uppl., ss. 121-126). Lund: Studentlitteratur.

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk praktik* (4. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Wirell, S. (2010). Könrelaterade normer och referenser i medicinen. I B. Wijma., G. Smirthwaite., & K. Swahnberg (Red.), *Genus och kön inom medicin- och vårdutbildningar* (1. uppl., ss. 127-131). Lund: Studentlitteratur.

World Medical Association. (2018). Declaration of Helsinki. Hämtad från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Wu, T. W., Oliffe, J. L., Bungay, V., & Johnson, J. L. (2015). Male ICU Nurses' Experiences of Taking Care of Dying Patients and Their Families: A Gender Analysis. *American Journal of Men's Health*, *9*(1), 44-52. doi: 10.1177/1557988314528236

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. uppl., ss. 59-82). Lund: Studentlitteratur.

Tabell 3. Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Bahtsevani, Nilsson och Sandström (2016).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext. Motiverat urval. Välbeskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Deltagargruppen är otillräckligt beskriven. Metod/analys otillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

BILAGA B

Matris över inkluderade artiklar

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Typ Kvalitet
Andersson, Å., & Hansebo, G. 2009 Sverige	Elderly peoples' experience of nursing care after a stroke: from a gender perspective	Att ur ett genusperspektiv, utforska äldre personers erfarenheter av sjuksköterskors omvårdnad efter en stroke.	<u>Design</u> : Intervjustudie. <u>Urval</u> : Svensktalande patienter över 66 år med förmågan att förstå och delta i en studie, samt har vårdats på en rehabiliteringsavdelning för strokedrabbade. <u>Datainsamling</u> : Ljudinspelade och individuella djupintervjuer hölls med patienter <u>Analys</u> : Kvalitativ innehållsanalys genomfördes. Intervjuerna transkriberades av en assistent som markerade pauser, tveksamhet, skratt och tårar i texten.	10	Fem kategorier och ett huvudtema identifierades. Könsskillnader mellan manliga och kvinnliga patienter sågs i alla kategorier gällande erfarenheter. Manliga patienter föredrog kvinnliga sjuksköterskor vid kroppslig vård. Studien visade på att varken kvinnliga eller manliga patienter kände att de blivit involverade i sin vård. Kvinnliga patienterna tenderar acceptera att olika professioner fattade beslut åt dem, med hänvisning till deras egna bristfälliga kunskap om stroke, behandling och rehabilitering.	K II
Bernardes, S. F., & Lima, M. L. 2011 Portugal	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	Att genom två olika variabler utforska om könsrelaterad bias förekommer vid sjuksköterskors bedömning av ländryggssmärta och behandling.	<u>Design</u> : Experimentell vinjettstudie. <u>Urval</u> : Kvinnliga sjuksköterskor. <u>Datainsamling</u> : Deltagarna läste igenom ett av åtta scenarion och efter det bedömde en patients smärta och att uttrycka sin vilja att ge patienten stöd. Frågeformulär delades ut i små grupper. <u>Analys</u> : Självständiga variabler användes genom vinjetter. För att kontrollera faktorstrukturen som ligger bakom den valda poolen av objekt utfördes en huvudaxelfaktoranalys med en snedvridning.	149	Bedömning av kvinnors smärta var influerad av bevisad patologi medan bedömning av mäns smärta inte var det. Sjuksköterskor visade bias mot män, men enbart i samband med bevisad patologi.	P I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Typ Kvalitet
Björkman, I., Dellenborg, L., Ringström, G., Simrén, M., & Jakobsson Ung, E. 2014 Sverige	The gendered impact of Irritable Bowel Syndrome: a qualitative study of patients' experiences	Att utforska den inverkan Irritable bowel syndrome (IBS) har på det vardagliga livet ur ett könsperspektiv.	<u>Design:</u> Intervjustudie <u>Urval:</u> Patienter med IBS enligt Rome II kriterier. <u>Datainsamling:</u> Inspelade intervjuer i grupp och individuellt transkriberades ordagrant. <u>Analys:</u> Texterna lästes för enskilt och anteckningar gjorde. Vidare följde en gruppdiskussion där grundläggande betydelser summerades, sedan lästes rad för rad för att till sist referera tillbaka till helheten.	19	Normativa ideal av femininitet och maskulinitet bland professionella vårdgivare förstärkte patienternas lidande. Kvinnliga patienter antog femininitet genom att sträva efter att vara bra patienter och kände sig obekväma och besvärade när de endast kunde beskriva sina symtom utan stöd av några objektiva tecken. Manliga patienter led till störst del av att sjukdomen ses som en psykosomatisk och kvinnlig sjukdom vilket bidrog till en känsla av emotionell svaghet i förhållande till traditionella maskulina ideal.	K I
Fisher, M. J. 2009 Australien	'Being a Chameleon': labour processes of male nurses performing bodywork	Att undersöka arbetsprocessen hos manliga sjuksköterskor vad gäller kroppslig omvårdnad.	<u>Design:</u> Intervjustudie <u>Urval:</u> Manliga sjuksköterskor. <u>Datainsamling:</u> Individuella semistrukturerade intervjuer utan bestämda frågor som ljudinspelades. Ljudinspelningarna transkriberades ordagrant. <u>Analys:</u> Mönster i intervjuerna identifierades. Varje transskript analyserades för att kartlägga informantens konstruktion och rekonstruktion av hans manlighet. För att försäkra sig om validiteten konfirmerades analysen av en till forskare.	21	Ett tuffare beteende med lite beröring applicerades vid vårdmöten med manliga patienter med anledningen av sjuksköterskans rädsla att situationen skulle misstolkas. Ett mjukare bemötande som inkluderade mer beröring i form av att hålla handen och kramas applicerades då patienten var kvinna.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Typ Kvalitet
Hakimnia, R., Holmström, I.K., Carlsson, M., & Höglund, A.T. 2014 Sverige	Exploring the communication between telenurse and caller: A critical discourse analysis	Att undersöka kommunikationen mellan mellan sjuksköterskor i telefonrådgivning och inringande.	<u>Design:</u> Observationsstudie <u>Urval:</u> Manliga och kvinnliga sjuksköterskor inom telefonrådgivning, samt de som ringde in skulle vara över 18 år, gjorde det för sin egen hälsas skull och handlade om medicinsk rådgivning. <u>Datainsamling:</u> Intervjuerna mellan sjuksköterskorna och de inringande transkriberades ordagrant. <u>Analys:</u> Transkripten lästes flera gånger och analyserades.	11	Skillnader sågs i hur sjuksköterskorna bemötte män och kvinnor olika vid inringning. Kvinnor visades mer empati än männen och konversationen med män var mer rakt på sak och teknisk.	K II
Haydon, G., van der Reit, P., & Browne, G. 2015 Australien	A narrative inquiry: Humour and gender differences in the therapeutic relationship between nurses and their patients	Att ur ett genusperspektiv utforska sjuksköterskors erfarenheter av hur humor används och hur det kan påverka den terapeutiska relationen.	<u>Design:</u> Intervjustudie <u>Urval:</u> Sjuksköterskor yrkesverksamma på ett regionalt sjukhus. <u>Datainsamling:</u> Intervjuer om 60 min spelades in och transkriberades ord för ord av forskarna. <u>Analys:</u> Transkriberat materialet kodades och grupperades i samarbete med deltagarna för att sedan omvandlas till berättande text.	4	Kvinnliga patienter upplevdes som mer krävande och förväntade mer uppmärksamhet och omsorg av sjuksköterskorna. Manliga patienter å andra sidan upplevdes som mer humoristiska lättare att ta hand om.	K II
Hedegaard, J., Ahl, H., Rovio- Johansson, A., & Siota, E. 2014 Sverige	Gendered Communicative Construction of Patients in Consultation Settings	Att ur ett genusperspektiv undersöka kommunikationen mellan sjukvårdspersonal och patient under konsultationsmötet.	<u>Design:</u> Observationsstudie <u>Urval:</u> Patienter med förmaksflimmer över 18 års ålder, läkare och sjuksköterskor <u>Datainsamling:</u> Ljudinspelade konsultationer mellan patient och sjuksköterskor samt mellan patient och läkare. <u>Analys:</u> Författarna separerade patienterna och personalen i analysen för att inkludera rollen av patienten i den kommunikativa konstruktionen. Författarna gjorde ett kodningsschema som analyserades och klassificerades.	33	Manliga patienter tenderar att beskriva sina upplevda symtom med prestationsorienterade uttalanden medan kvinnliga patienter vanligtvis använde mer emotionellt orienterade uttalanden. Vårdpersonal tonade ned manliga patienters uttalanden och frågor medan de bekräftade oro hos de kvinnliga.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Typ Kvalitet
Höglund, A. T., & Holmström, I. 2008 Sverige	'It's easier to talk to a woman'. Aspects of gender in Swedish telenursing	Att förklara och utforska genusaspekter i telefonrådgivning upplevda av sjuksköterskor yrkesverksamma inom telefonrådgivning.	<u>Design:</u> Beskrivande och explorativ studie. <u>Urval:</u> Kvinnliga sjuksköterskor yrkesverksamma inom telefonrådgivning i Sverige. <u>Datainsamling:</u> Två djupintervjuer per sjuksköterska hölls. <u>Analys:</u> Intervjuerna transkriberades grundligt och behandlades som text. En tematisk stegvis analysmetod användes.	12	Problematik gällande genusaspekter hittades vid analys av intervjuerna vilka sammanfattades med fem teman: "Kvinnlig underordning i familjen", "Respektlöshet i dialog med kvinnliga sjuksköterskor", "Misstro mot faders kompetens", "Motvilliga manliga inringare" och "Kvinna-till-kvinna anknytning".	K II
Kaminsky, E., Carlsson, M., Holmström, I. K., Larsson, J., & Fredriksson, M. 2014 Sverige	Goals of telephone nursing work - the managers' perspectives: a qualitative study on Swedish healthcare direct	Att utforska och beskriva vad "Svensk sjukvård direkt" (Engelska: Swedish Healthcare direkt: SHD) cheferna uppfattar som målen för telefonrådgivnings-sjuksköterskornas arbete är och hur cheferna ser på hälsofrämjande och genomförande av jämlik vård ur ett könsperspektiv.	<u>Design:</u> Intervjustudie <u>Urval:</u> Manliga och kvinnliga chefer inom SHD. <u>Datainsamling:</u> Pilotintervjuer via telefon som transkriberades och diskuterades mellan forskarna. Efter detta hölls intervjuer med semistrukturerade frågor. <u>Analys:</u> Intervjuerna transkriberades under och efter varje intervju och senare analyserades användande en	23	Det rapporterades att mödrar och fäder fick olika rådgivning vid inringning vilket troddes bero på att fäderna saknade kunskap i egenvård och därför behövde mer hjälp av sjukvården än mödrarna. Resultatet visade även på att kommunikation mellan kvinna-till-kvinna ansågs lättare av telefonrådgivare.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Typ Kvalitet
Mize, D. 2018 USA	The meaning of patient-nurse interaction for older women in healthcare settings: A Qualitative Descriptive Study	Att utforska meningen av patient-sjuksköterska interaktioner för äldre kvinnor som tar emot vård i sjukvårdsmiljö.	<u>Design:</u> Intervjustudie <u>Urval:</u> Engelsktalande kvinnor över 65 med förmågan att orka med en intellektuell konversation på cirka en timme.. <u>Datainsamling:</u> Ljudinspelade intervjuer genomförda högst ett år efter senaste kontakt med sjuksköterska. <u>Analys:</u> För tematisk analys beskrivs fynden med deltagarnas egna ord vilka sedan tolkades in i allmänna teman för att representera datan. Data genomgick en process av kodning, kondensering och meningstolkning. Ljudinspelningarna lyssnades på två gånger och laddades sedan upp och transkriberades direkt in i NVivo version 10 datormjukvara. Efter det påbörjades processen att dela upp text i mindre delar för att hitta meningsfulla segment. En mer detaljerad process av analys med användning av de färdiga kopiorna av transkripten efterföljde. Sista steget var att tolka meningen.	7	Deltagarnas syn på interaktionerna med sjuksköterskorna kunde kondenseras till två huvudteman: "upplevd omvårdnad" och "upprätthålla personlighet". I deras historier framkommer tydliga kontraster i beskrivningarna där några sjuksköterskor var tydligt omhändertagande och andra betydligt mindre omhändertagande.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Typ Kvalitet
Noordman, J., & van Dulmen, S. 2016 Nederländerna	The consequences of task delegation for the process of care: Female patients seem to benefit more	Att undersöka potentiella olikheter hos kvinnliga sjuksköterskors applicering av kommunikationsförmågor, praktiska riktlinjer, och motiverande intervjufrågor vid möten med kvinnliga och manliga patienter.	<u>Design</u> : Observationsstudie. <u>Urval</u> : Kvinnliga sjuksköterskor och deras patienter. <u>Datainsamling</u> : Videoinspelade möten. <u>Analys</u> : Inspelningarna värderades och kodades med hjälp av validerade instrument: the Maas-Global och the Behaviour Change Counseling Index. Linjära och logistiska regressionsanalyser utfördes även.	181	De kvinnliga sjuksköterskorna gav signifikant mer omfattande information under sina patientmöten till sina kvinnliga patienter och talade mer om hantering/skötsel med de manliga. Sjuksköterskorna tillämpade även motiverande intervjustrategier med de kvinnliga patienterna än med de manliga.	K I
Saarnio, L., Arman, M., & Ekstrand, P. 2011 Sverige	Power relations in patients experiences of suffering during treatment for cancer	Undersöka hur patienter med cancer upplever lidande i samband med maktförhållanden.	<u>Design</u> : Intervjustudie <u>Urval</u> : Patienter som vårdas för cancer. <u>Datainsamling</u> : Inspelade intervjuer som transkriberades ordagrant. <u>Analys</u> : Alla transkript lästes för att hålla en generell förståelse av patienternas upplevelser. Frågor formades. Olikheter och likheter tolkades systematiskt.	26	Resultatet visade på skillnader mellan män och kvinnor vid upplevelser av underordnande och maktlöshet. Kvinnliga patienter upplevde detta lidande i högre utsträckning än manliga med samma utbildningsgrad.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Typ Kvalitet
Skär, L., & Söderberg, S. 2012 Sverige	Complaints with encounters in healthcare - men's experiences	Att beskriva erfarenheterna av missnöjdhet i möten inom sjukvården bland män som personligen lämnat in klagomål till patienternas rådgivande kommitté i landstinget.	<u>Design:</u> Intervjustudie. <u>Urval:</u> Män som, mellan år 2004-2005, personligen lämnat klagomål gällande möten och kommunikation med sjukvården. <u>Datainsamling:</u> Ljudinspelade semistrukturerade intervjuer. <u>Analys:</u> Intervjuerna transkriberades ordagrant av forskaren. Kvalitativ innehållsanalys applicerades på de transkriberade intervjuerna. Båda författarna läste enskilt intervjuerna för att få en överblick. Texten delades sedan in i meningensheter guidat av att besvara syftet. Meningensheterna kodades och ett mönster av teman började formas. Transkripten lästes och kodades ett flertal gånger tills en konsensus hade nåtts mellan författarna.	9	Resultatet beskriver att män ofta behandlades med respektlöshet och misstankar av sjukvårdspersonal. Detta var relaterat till brist på kommunikation vilket gjorde männen känsligare för negativ attityd från vårdpersonalen. Männen upplevde små möjligheter att influera mötet och vårdpersonalen var omedvetna om deras beteende i form av dålig behandling.	K II
Stenberg, G., Fjellman- Wiklund, A., & Ahlgren, C. 2012 Sverige	“Getting confirmation”: Gender in expectations and experiences of healthcare for neck or back patients	Utifrån ett genusperspektiv undersöka patienters förväntningar innan de söker vård för neck- och ryggsmärtor	<u>Design:</u> Intervjustudie. <u>Urval:</u> Vuxna patienter som sökte vård för nack- eller ryggsmärta och som inte varit sjukskrivna relaterat till smärtan inom det senaste året. <u>Datainsamling:</u> Varje patient intervjuades två gånger. Intervjuerna ljudinspelades och anteckningar gjordes under tiden. Sedan transkriberades de ordagrant. <u>Analys:</u> Gjordes i tre steg: kodning och kategorisering, konstruktion av idealtyper, och jämförelse mellan intervjuerna.	12	Analysen resulterade i fem kategorier: “Att bli tagen seriöst”, “Att ges en förklaring”, “Att bli inbjuden att delta”, “Att bli bedömd och behandlad individuellt” och “Att bli tagen om hand om på i en pålitlig miljö”. “Vederläggning” upplevdes mer negativt av kvinnliga än av manliga patienter.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Typ Kvalitet
Upmark, M., Borg, K., & Alexanderson, K. 2007 Sverige	Gender differences in experiencing negative encounters with healthcare: A study of long-term sickness absentees	Att analysera könsskillnader hos sjukskrivnas erfarenheter av negativa möten med sjukvårdspersonal.	<u>Design:</u> En tvärsnitts-, populationsbaserad, enkätundersökning. <u>Urval:</u> Vuxna sjukskrivna (i 6-8 månader) som inte fått halvtids ersättning. <u>Datainsamling:</u> Enkäter skickades ut och samlades in. <u>Analys:</u> Separata medelvärden, stratifierade på kön, för varje uttalande beräknades. Logistiska regressionsanalyser utfördes för att identifiera möjliga samband mellan könstillhörighet och erfarenheter av olika aspekter av negativa möten. I ett andra steg användes flera logistiska regressionsanalyser för att justera för eventuell association med ålder, etnicitet och utbildningsnivå. Chi-square test användes för att testa signifikanta skillnader mellan proportioner.	5802	Fyndet i studien visade på att kvinnliga patienter i högre utsträckning än män höll med om att de från vårdpersonalen hade blivit bemötta med följande beteenden: "att inte ha blivit trodd på", "behandlade mig med likgiltighet", "tvivlat på mina klagomål", "betraktat mig som dum", "varit irriterad/otålig", "behandlat mig med respektlöshet", "inte lyssnat, avbröt mig".	P I
Vigil, J. M., Coulombe, P., Alcock, J., See Stith, S., Kruger, E., & Cichowski, S. 2017 USA	How nurse gender influences patient priority assignments in U.S. emergency departments	Att jämföra hur akutavdelning patientens vitala tecken och smärtintensitet presenterades för kvinnliga och manliga sjuksköterskor och att avgöra huruvida sjuksköterskans könstillhörighet påverkat hur dessa mätningar användes för att prioritera patienten.	<u>Design:</u> Tvärsnittsstudie. <u>Urval:</u> Patienter som behandlats inom en 5-års radie och deras journaler visade att de hade blivit behandlade för smärta associerat till inflammatoriskt eller muskuloskeletala tillstånd. <u>Datainsamling:</u> Data laddades ned från elektroniska journaler genom Veterans Health Administration Corporate Data Warehouse (CDW). <u>Analys:</u> Kross-klassificerade slumpmässiga effekts modeller för att redovisa det obalanserade antalet patient-vårdgivare interaktioner.	129 991	Kvinnliga och manliga sjuksköterskor skattade patienternas smärtintensitet olika beroende på deras kön.	R I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet