Kvinnors upplevelse av bemötande och genusbias i möte med hälso- och sjukvårdspersonal

En litteraturöversikt

Women’s experience of treatment and genderbias in encounters with healthcare personnel

A literature review
Sammanfattning

**Bakgrund:** Kvinnor har historiskt sett haft en position underordnad mannen och detta präglar än idag bemötande, behandling och omvårdnad inom hälso- och sjukvården. Den normativa synen på kön bygger på antaganden och fördogar som försvårar för att kvinnors symtom ska bli tagna på allvar, vilket medför lidande och försämrad livskvalité. Trots tydligt skrivna lagar, etiska koder och satsning på jämställdhet från riksdagen så sker en ojämlik fördelning av vårdens resurser.

**Syfte:** Att belysa kvinnors upplevelser av vård avseende bemötande från hälso- och sjukvårdspersonal samt erfarenheter av genusbias.

**Metod:** En litteraturöversikt utfördes på tio vetenskapligt granskade artiklar som söktes fram på fyra olika databaser. Artiklarna lästes igenom ett flertal gånger, diskuterades och analyserades av författarna. Skillnader och likheter eftersöktes och ställdes samman för att vidare användas som underlag till resultatet.

**Resultat:** Två teman växte fram (1) interaktion med hälso- och sjukvårdspersonal och (2) tilldelade könsroller. Tema (1) delades vidare in i tre underteman: **Kvinnors upplevelse av att inte känna sig sedd och hörd som en följd av empatibrist; Kvinnors upplevelse av att vara en opålitlig patient; Kvinnors upplevelse av bristande information och autonomi.** Tema (2) delades in i följande tre underteman: **Att bli tillskriven en egenskap; Genusbias påverkan på den egna självbilden; Genusbias påverkan på vårdgivaren.**

**Diskussion:** Diskussionen utgick utifrån bakgrund, Joyce Travelbees teori om den mellanmänskliga relationen samt vetenskapligt granskade artiklar.

**Nyckelord:** Genusbias; kvinnor; bemötande; hälso- och sjukvårdspersonal
Abstract

**Background:** Women have historically had a position subordinate to men, and this still implies encounters, treatment and nursing care within the health care sector. The normative view of gender is based on assumptions and prejudices that make it difficult for women's symptoms to be taken seriously, which causes suffering and impaired quality of life. Despite clearly written laws, ethical codes and gender equality efforts from the government, there is an uneven distribution of healthcare resources.

**Aim:** The aim was to illumine women's' experience of care in respect to encounters with healthcare personnel and gender bias.

**Method:** A literature review was conducted on ten scientifically reviewed articles that were sought from four different databases. The articles were read through a number of times, was discussed and analyzed by the authors. Differences and similarities were sought and put together for further use as a basis for the result.

**Results:** Two themes emerged (1) interaction with healthcare personnel and (2) assigned gender roles. Theme (1) was further divided into three subthemes: Women's experience of not feeling seen and heard as a result of empathy deficiency; Women's experience of being an unreliable patient; Women's experience of lack of information and autonomy. Theme (2) was divided into the following three subthemes: To be assigned a quality; Genderbias impact of self-image; Genderbias impact on the healthcare provider.

**Discussion:** The discussion was based on Joyce Travelbee's theory of interpersonal relationships, background and scientifically reviewed articles.

**Keywords:** Genderbias; women; encounter; healthcare personnel
# Innehållsförteckning

1. **INLEDNING** .................................................................................................................. 1

2. **BAKGRUND** .................................................................................................................. 1
   
   2.1 JÄMSTÄLLHET ............................................................................................................. 1
   
   2.1.1 Globala mål för jämställdhet ............................................................................... 2
   
   2.1.2 Lagar och riktlinjer ............................................................................................ 2
   
   2.1.3 Intersektionalitet ................................................................................................. 3
   
   2.1.4 Genus och kön .................................................................................................... 3
   
   2.1.5 Genusbias .......................................................................................................... 4
   
   2.2 HÄLSA OCH AUTONOMI ......................................................................................... 5
   
   2.2.1 Sjuksköterskans funktion .................................................................................. 6
   
   2.2.2 Hälso- och sjukvårdspersonal ......................................................................... 7
   
   2.2.3 Bemötande, Kommunikation och vårdrelation .............................................. 7

3. **PROBLEMFORMULERINGEN** ..................................................................................... 8

4. **SYFTE** .......................................................................................................................... 9

5. **TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER** .......................................................................... 9
   
   5.1 DEN MELLANMÄNSKLIGA RELATIONEN ................................................................. 9
   
   5.2 SJUKSKÖTERSKANS FÄRDIGHETER ..................................................................... 9

6. **METOD** .......................................................................................................................... 10
   
   6.1 DATAINSAMLINGEN .............................................................................................. 11
   
   6.2 URVAL ....................................................................................................................... 11
   
   6.3 ANALYS ....................................................................................................................... 12

7. **FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN** .................................................................. 12

8. **RESULTAT** .................................................................................................................... 13
   
   8.1 INTERAKTION MED HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONAL .................................. 13
   
   8.1.1 Att inte känna sig sedd och hörd ....................................................................... 13
   
   8.1.3 Bristande information och autonomi ............................................................... 16
   
   8.2 ATT TILDELAS KÖNSNORMER OCH GENUSBIAS ............................................... 17
   
   8.2.1 Att bli tillskriver egenskaper ........................................................................... 17
   
   8.2.2 Påverkan av den egna självbilden .................................................................... 18
   
   8.2.3 Genusbias påverkan på personal .................................................................... 19

9. **DISKUSSION** ................................................................................................................. 20
9.1 METODDISKUSSION ................................................................. 20
9.2 RESULTATDISKUSSION ............................................................. 21
  9.2.1 Autonomhämmade vård ....................................................... 22
  9.2.2 Genuspåverkan hos personal ............................................. 23
  9.2.3 Personals empatiska förmåga .......................................... 24
9.3 KLINISKA IMPLIKATIONER .................................................... 25
9.4 FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING ..................................... 26

10. SLUTSATS .................................................................................. 26

REFERENSFÖRTECKNING ................................................................ 27

BILAGA 1. SÖKMATRIS ................................................................ 34

BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT ........... 36
1. Inledning

Diskussion kring ämnet genus förs med jämna mellanrum i media, politik, på arbetsplatser, inom sporten och på sociala medier. Resonemangen handlar om att alla människor ska ha lika rättigheter samt skyldigheter oberoende av könstillhörighet exempelvis de mätbara löneskillnader som förekommer. Samtidigt finns andra ämnen som inte är lika frekvent diskuterade som de påvisbara skillnader av hälso- och sjukvården som tillhandahålls män kontra kvinnor.

Bemötande i vården har stor betydelse för vad god omvårdnad innebär och påverkar i hög grad patients upplevelse av välbefinnande och vice versa. Därför har författarna som kvinnor och blivande sjuksköterskor ett intresse av att undersöka detta ämne för att på så sätt nå en djupare förståelse hur detta präglar och drabbar oss medvetet och omedvetet, privat och i våra kommande professionella arbetsroller.

2. Bakgrund


2.1 Jämställdhet

fritidsaktiviteter och maktställningar skulle berika utvecklingen i samhället. Men även kunskap, värdningar och erfarenheter skulle influera och bidra till detta enligt Statistiska centralbyrån (SCB, 2018).


Begreppet jämställdhet beskriver ojämlikheter mellan individer av olika kön, därför har författarna i denna studie valt att undersöka och beskriva detta begrepp.

2.1.1 Globala mål för jämställdhet


2.1.2 Lagar och riktlinjer
Enligt 1§, kap. 3, i hälso- och sjukvårdslag (HSL, SFS 2017:30), beskrivs följande “vården skall 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”.

2.1.3 Intersektionalitet

Begreppet intersektionalitet myntades för att skapa förståelse för hur olika maktordningar såsom exempelvis socioekonomi, demografi, ålder, funktionsförmåga, etnicitet och sexuell orientering samverkar med varandra och påverkar individer. Detta kan användas som en analytisk referensram och bör förstås som en del av ett stort sammanhang och större än summan av dess delar (Kapilashrami & Marsden, 2018; “Intersektionalitet”, u.å.). För att förstå hur olika upphov till ojämlikhet kan åstadkomma skilda förutsättningar för individer och grupper så krävs reflektion över dessa kategorier och hur de påverkar varandra. Denna insikt är en förutsättning för att utforma adekvata insatser (Jämställdhetsmyndigheten, 2017a).

2.1.4 Genus och kön


Biologiskt kön kan definieras utifrån tre olika perspektiv: genetiken, gameter och morphologi (Gendered Innovations, u.å.). Genetiken särskiljer hanar från honor genom skillnader i kromosomuppsättningen, SRY-genen (Sex Determining Region Y) är den gen som spelar störst roll vid könsdifferentieringen. Gameter eller könseller innebär att individer
producerar två morfologiskt skilda gameter, ägg eller spermier, som vidare då delas in i hona eller hane. Morfologi (läran om organs, cellers, vävnaders form och uppbyggnad), innebär skillnader hos män och kvinnor i primära och sekundära könskarakteristiska. De primära könskarakteristiska innebär bland annat inre förplantningsorgan och genitalier exempelvis äggestockar eller testiklar samt yttre genitalier såsom exempelvis vagina, blygdläppar, pung och penis. De sekundära könskarakteristiska innebär hormonnivå skilljaktigheter som sker i puberteten och som medför skillnader i kroppsligt utseende som exempelvis utveckling av bröst, bredare höfter, kortare kroppslängd med mera (Gendered innovations, u.å.).


Numera kan tröskelvärden för biomarkörer och laboratoriereferenser identifieras på flera områden utifrån det biologiska könet, därför är det viktigt att i det akuta skedet av sjukdom identifiera biologisk könstillhörighet. Detta gäller även vid läkemedelsadministration där effekten av medicinerna skiljer sig beroende på biologisk könstillhörighet (McGregor, Beauchamp, Perman, Safdar & Wira, 2017). Författarna kommer i resultatet inkludera personer med den juridiska könstillhörigheten kvinna.

2.1.5 Genusbias


### 2.2 Hälsa och autonomi

Det finns många olika teorier om vad hälsa innebär, två vanliga är medicinvetenskapens syn på hälsa som en frånvaro av sjukdom och det humanistiska perspektivet som menar att hälsa är en process och som något annat än frånvaro av sjukdom förklarar Willman (2014).


2.2.1 Sjuksköterskans funktion

sjuksköterskan har kunskaper och färdigheter i omvårdnad kombinerat med implementering av nya evidensbaserade kunskaper i andra relevanta ämnen enligt SSF.


2.2.2 Hälso- och sjukvårdspersonal


2.2.3 Bemötande, Kommunikation och vårdrelation


Kommunikation som begrepp har sitt ursprung i latinets communicare, vilket innebär att göra något tillsammans, inkludera någon, vara i förening med någon (Eide & Eide, 2006).


3. Problemformuleringen

Kvinnan har historiskt sett haft en underordnad position mannen, FN:s globala mål verkar för att säkerställa jämställdhet och sjuksköterskan har till uppgift att främja hälsa och lindra lidande. Trots regeringens tydligt skrivna lagar samt ICN:s etiska kod som syftar till att främja en jämställd vård så uppstår ojämställdhet beträffande diagnos, vård och behandling. Genusbias kan uppstå i bemötandet på grund av hälso- och sjukvårdspersonalens förförståelse av de olika könsgrupperna och kan medföra hinder till en god och säker vård. Genusbias och brister i bemötande strider inte bara mot gällande lagstiftning och föreskrifter men kan även påverka kvinnors hälsa negativt med risker i form av kränkning, diskriminering, utebliven
eller felaktig bedömnings, diagnos, vård och behandling vilket kan innebära ett hot mot kvinnors hälsa med allvarliga konsekvenser till följd.

4. Syfte

Syftet var att belysa kvinnors upplevelse av bemötande och genusbias i möte med hälso- och sjukvårdspersonal

5. Teoretiska utgångspunkter

Genusbias innebär som tidigare nämnt antaganden och förutfattade meningar om personer utifrån deras könstillhörighet, därför anser författarna att Joyce Travelbees omvårdnadsteori om mellanmänskliga relationer är intressant och lämplig för denna studie. Det centrala i teorin om mellanmänskliga relationer är att en god vårdrelation förbiser antaganden och tillskrivna roller (Travelbee, 1971).

5.1 Den mellanmänskliga relationen


5.2 Sjuksköterskans färdigheter

Omvårdnaden betyder för sjuksköterskan att hjälpa patienter och anhöriga att finna mening och lära sig hantera sjukdom och lidande menar Travelbee (1971). Allt sjuksköterskan säger


Att applicera denna teori som referensram i omvårdnaden av patienter menar författarna skulle främja jämlig vård, gott bemötande samt motverka genusbias, förtryck och orättvisor. Travelbees teori om mellanmänskliga relationer är behjälpfull till att se bakom de tilldelade sociala rollerna för att se den unika individen vilket krävs för att ge personcenterad och holistisk omvårdnad. Travelbees teori kommer att tillämpas i resultatdiskussionen med fokus på den mellanmänskliga relationen, hopp och kommunikation.

6. Metod
6.1 Datainsamlingen


6.2 Urval


Författarna sökte öppet och fann huvudsakligen artiklar med kvalitativ design med relevans för syftet, då upplevelser var föremål för undersökning. En studie med mixad design
inkluderades vilket bidrog med värdefull statistisk information vilket stärkte forskningens trovärdighet och bredda perspektivet.

6.3 Analys


7. Forskningsetiska överväganden

upprätthållits. Författarnas mål har varit att använda etiskt granskade artiklar, detta mål uppfylldes inte då ämnnet avset att studera var sparsamt beforskat. Författarna valde dock efter noga övervägande att inkludera dessa med anledningen av att de i övrigt besatt hög vetenskaplig kvalitet med publicering i vetenskapliga tidskrifter samt att det i övrigt föreliggande utbudet tillgängligt att studera var begränsat. En etisk motivering för att inkludera dessa artiklar var att i enlighet med Kjellström (2012) överväga huruvida studien kunde komma till gagn för människor och samhället genom att ställa frågan om vem forskningen gagnar och hur. Författarna kom fram till viken av att belysa detta sparsamt studerade ämne då det kan främja hälsa och lindra lidande för kvinnor i hela världen, ge ökad kunskap till sjuksköterskeprofessionen och annan vårdpersonal, samt gagna samhället och kvinnors väg till en framtid mot ett jämställt och värdigt liv.

8. Resultat

I litteraturöversiktens resultat framkom många olika skildringar av kvinnors upplevelser av bemötande och genusbias i vården, vilket utmynnade i två huvudteman: Interaktion med hälso- och sjukvårdspersonal samt Tilldelade könsnormer och genusbias.

8.1 Interaktion med hälso- och sjukvårdspersonal

Temat omfattar kvinnors upplevelser och känslor som uppstod utifrån interaktioner i olika sammanhang med hälso- och sjukvårdspersonalen. De underteman som uppkom var: Att inte känna sig sedd och hörd; Att vara en opålitlig patient; Bristande information och autonomi.

8.1.1 Att inte känna sig sedd och hörd

I resultatet framkom att kvinnor inte kände sig sedda (Driscoll, Haskell, Heapy, Higgins, Knobf & Lee, 2018; Rishal, Joshi, Lukasse, Schei & Swahnberg, 2016; Saarnio, Armand & Ekstrand, 2011; Upmark, Alexandersson & Borg, 2007; Wiklund, Fjellman-Wiklund, Stålnacke, Hammarström & Lehti, 2016) eller hörda i mötet med vårdpersonal (Andersson & Hansebo, 2009; Björkman, Dellenborg, Jakobsson Ung, Ringström & Simrén, 2013; Braksmajer, 2018; Onifade et al., 2010; Swahnberg, Berterö & Thapar-Björkert, 2007; Upmark et al., 2007). Att inte känna sig hörd beskrevs som en personlig kränkning och en känsla av att inte ha en röst (Swahnberg et al., 2007), att bli afvärdad (Björkman et al., 2013; Braksmajer, 2018; Rishal et al., 2016) eller att ingen hänsyn tas till ens behov (Onifade et al., 2010; Swahnberg et al., 2007). Att ens försöka göra sig hörd upplevdes som meningslös,
dessutom tänkte de aldrig berätta om sina problem för någon vårdpersonal, särskilt inte sjukskötterskor då de ansåg dem ha sitt eget sätt att hantera saker på; de bara går sin väg (Rishal et al., 2016). Det framkom även positiva upplevelser av sjukskötterskornas bemötande (Andersson et al., 2009; Upmark et al., 2007) när de väl lyssnade, var hjälpamma och omtänksamma (Andersson et al., 2009).

Att inte känna sig sett beskrevs som en upplevelse av att vara osynlig (Wiklund et al., 2016), således kände vissa kvinnor sig tvungna att agera bestämt och stå upp för sin sak (Andersson et al., 2009; Swahnberg et al., 2007), men lyckades de inte med det kunde en känsla uppstå av att vara oviktig (Swahnberg et al., 2007) och ignorerad (Andersson et al., 2009; Swahnberg et al., 2007). Denna känsla infann sig även när vårdpersonalen var stressad eller upplevdes ha tidsbrist (Rishal et al., 2016; Swahnberg et al., 2007) när de skickades runt mellan olika vårdaktörer, kliniker och avdelningar i sjukvårdssystemet vilket dessutom fick dem att känna sig missförstådda (Braksmajer, 2018; Swahnberg et al., 2007), när de medicinska förberedelserna var otillräckliga (Rishal et al., 2016; Saarnio et al., 2011; Swahnberg et al., 2007) eller när rutinerna var dåligt utvecklade och brister förelåg i kunskapen kring deras problem (Onifade et al., 2010; Rishal et al., 2016; Swahnberg et al., 2007). Detta kunde exempelvis gestalta sig som att uppenbara symtom och tecken av skador inte uppmärksammas av vårdpersonalen (Björkman et al., 2013; Rishal et al., 2016) eller att det saknades både personal och medicin till kvinnor som besökte mödravården i Nepal vilket även ledde till känslor av försummelse (Rishal et al., 2016). Försummade upplevde de även sig då personalen inte hade tid för dem (Rishal et al., 2017; Swahnberg et al., 2016).

Kvinnorna kopplade olika företeelser av dåligt bemötande till det de gemensamt kallade empatibrist (Driscoll et al., 2007; Onifade et al., 2010; Rishal et al., 2016; Swahnberg et al., 2007; Upmark et al., 2007). Andra situationer där empatibrist upplevdes var när kommunikationen med hälso- och sjukvårdspersonalen var respektlös och oförskämd (Rishal et al., 2016; Upmark et al., 2007), då de skällde eller talade högt (Rishal et al., 2016), när kvinnorna möttes av likgiltighet, okänslighet och inflexibilitet (Rishal et al., 2016; Swahnberg et al., 2007) samt när de bröt sekretessen gentemot patienten (Onifade et al., 2010). Det fanns de kvinnor som utsatts för fysiskt våld av hälso- och sjukvårdspersonalen (Rishal et al., 2016; Swahnberg et al., 2007), då exempelvis vid en förlossning som en kvinna bad sjukskötterskan att sluta trycka så hårt på hennes buk och fick då till svar att hon var tvungen att stå ut med smärtan (Rishal et al., 2016). Men även de som stött på psykiskt våld i form av tvång, hårt, bryskt och ibland hotfullt bemötande. Denna typ av bemötande ansågs vara väldigt skrämmande och obehagligt (Swahnberg et al., 2007).
8.1.2 Att vara en opålitlig patient

I resultatet framkom att kvinnorna använde en rad olika ord och begrepp för att beskriva sin känsla av att inte bli litad på av hälso- och sjukvårdspersonal. Trivialiserad (Björkman et al., 2014), att inte bli tagen på allvar (Swahnberg et al., 2007), misstrodd (Driscoll et al., 2018), trodde inte på vad jag sa (Upmark et al., 2007) och avfärdad (Braksmajer, 2018). Kvinnorna beskrev dessa upplevelser som en konsekvens till att läkare avvisade deras sjukdomssymtom (Björkman et al., 2014; Braksmajer, 2018; Driscoll et al., 2018; Upmark et al., 2007) och även tillskrev dem en orsak av psykosomatisk härkomst (Björkman et al., 2013; Braksmajer, 2018; Driscoll et al., 2018). Exempelvis berättade en kvinna att hennes läkare sagt att det absolut inte var några fel på henne, hon var frisk men kunde behöva träffa en psykolog för att reda ut de som fanns i hennes huvud (Braksmajer, 2018). Andra kvinnor beskrev hur symptomen från IBS ansågs av läkare bero av oro och depression (Björkman et al., 2014), medan de som led av smärta fick höra att deras symtom hade hittats på av dem själva (Driscoll et al., 2018). Vissa kvinnor hade erfarenheter av att bli vidare hänvisad till psykiatrin (Björkman et al., 2013; Braksmajer, 2018; Driscoll et al., 2018), inte bara för att ta hand om den påstådda psykiatriska bakomliggande orsaken utan även för att behandla själva smärtan (Braksmajer, 2018). Bemötande från läkare beskrevs med orden likgiltigt och misstro (Driscoll et al., 2018). Att bli misstrodd resulterade i att kvinnorna ifrågasatte sina symtom och sin kroppskänslighet (Björkman et al., 2013; Braksmajer, 2018) eller funderingar om att de blivit tokiga (Björkman et al., 2013). Kvinnor som drabbats av sjukdomen dyspareunia tillfrågades upprepade gånger om de blivit sexuellt utnyttjade som barn trots att de svarat att de inte blivit det. Detta medförde känslor av skuld och att de ifrågasatte sina tidigare upplevelser (Braksmajer, 2018). Det fanns de som kände sig besvikna och förtvivlade när de upplevde sig bli misstrodda (Swahnberg et al., 2013) och denna typ av bemötande ansågs vara smärtsamma (Björkman et al., 2013). Kvinnor som ordinerats läkemedelsintag under observation av vårdpersonal upplevde att de inte ansågs vara pålitliga patienter, samtidigt som personalens bemötande upplevdes anklagande (Onifade et al., 2010). Det fanns även de som trodde att om de presenterade sig själva som trovärdiga så skulle de bli tagna på större allvar, då de upplevde att emotionellt svåra individer hade en benägenhet att bli avfärdade. De trodde också att om de erhÖll en diagnos för sina åkommor skulle oron minska och smärtornas ursprung klargöras (Braksmajer, 2018).
8.1.3 Bristande information och autonomi

Resultatet visade att många av kvinnorna inte upplevde sig bli inkluderade att delta i sin egen vård och vårdplanering (Andersson et al., 2011; Onifade et al., 2010; Saarnio et al., 2011; Swahnberg et al., 2007) eller att de fick mindre information än män (Driscoll et al., 2018). Det fanns även de som inte ansåg sig få den information och utbildning som var nödvändig för ett hälsofrämjande egenvårdsarbete (Andersson et al., 2009; Rishal et al., 2016; Saarnio et al., 2011; Swahnberg et al., 2007). Exempelvis kvinnor som befann sig på en rehabiliteringsavdelning efter en stroke som hade en önskan att delta aktivt i sin rehabilitering men ansåg att de inte fick någon information och då accepterade att hälso- och sjukvårdspersonalen bestämde hur vården skulle ske över deras huvuden. Men en del kvinnor ville ha mer information och ifrågasatte då hur vårdpersonalen utförde sitt arbete, men upplevde sig ignorerade (Andersson et al., 2009). När det gällde gravida kvinnor så fanns det även där missnöje då informationen inte ansågs vara adekvat gällande uppföljning vid återbesök men även medicinering under graviditeten (Rishal et al., 2016). Vid gynekologavdelningen uppkom informationsbristfälligheten vid olika behandlingar vilket medförde att nytta av dessa inte framkom och behandlingen upplevdes då oförståelig (Swahnberg et al., 2007). Högutbildade kvinnor som behandlades för cancer ville delta aktivt i sin omvårdnad samtidigt som de inte hade kontroll över situationen, detta ledde till att de inte kunde identifiera sig som patienter. Resultatet visade att dessa högutbildade kvinnor hade en vilja till förändring, men ansåg att vårdpersonalens dåliga kommunikation orsakade känslor av frustration och kamp mot onödigt lidande.

En osymmetrisk maktstruktur mellan hälso- och sjukvårdspersonalen och kvinnorna genererade också känslor av att inte ha makt att kunna förändra sin situation (Saarnio et al. 2011; Swahnberg et al., 2007), de accepterade i vissa fall den nya situationen trots att det hade en högre önskan om att få delta (Andersson et al., 2009; Saarnio et al., 2011; Swahnberg et al., 2007). Denna asymmetriska vårdrelation fick dem att känna sig underlägsen på grund av att det upplevdes förnedrande och/eller avvisande (Swahnberg et al., 2007). Vissa av kvinnorna upplevde att de kände sig tvingade att inta en identitet som underordnad gentemot hälso- och sjukvårdspersonalen, där de inte kunde använda sina egna resurser (Saarnio et al., 2018). Att inte ha auktoritet, förmågan att agera eller att kunna förändra sin situation medförde en känsla av vanmakt (Swahnberg et al., 2007).

Informationstillgängligheten på en samhällsnivå ansågs också vara ett problem då det fanns kvinnor som inte visste vart de skulle vända sig för att få hjälp och menade att ingen kommer använda en vård som de inte vet existerar. Vidare så ansåg dessa kvinnor att
informationen och utbildningen som ges måste individanpassas efter behovet. Vård, information och utbildning bör anpassas för hela familjen då de ansåg att störst nytta av vården skulle framkomma om vårdgivare behandlade och utbildade hela familjen samtidigt (Rishal et al., 2016).

8.2 Att tilldelas könsnormer och genusbias

Detta tema belyser kvinnors upplevelser av fördomar och föreställningar de mött på grund av sitt kön. Temat berör kvinnors upplevelse av att bli tillskriven egenskaper i mötet med vården, hur vårdgivarens fördomar och föreställningar påverkar deras självbild samt hur vårdgivarens förväntningar inverkar på kvinnorna. Undertemamen som framkom var: Att bli tillskriven egenskaper; Påverkan av den egna självbilden; Genusbias påverkan på personal.

8.2.1 Att bli tillskriven egenskaper


När kvinnor upplevde att de blev tillskrivna en egenskap på grund av sitt kön (Braksmajer, 2018; Swahnberg et al., 2007) kände de sig tvungna att uppträda på ett visst sätt för att få bekräftelse, såsom att framstå och bete sig bestämt och stå upp för sig själva, av risk för att annars bli ignorerade och ansedda obetydliga (Swahnberg et al., 2007). Flera kvinnor som sökte vård för sina fysiska symtom tillskrevs psykosomatiska orsaker (Braksmajer, 2018; Driscoll et al., 2018; Wiklund et al., 2016). Bland annat lōd motiveringarna att symptomaten bara fanns i deras huvuden (Braksmajer, 2018), och de rekommenderades uppsöka psykiatrisk vård för besvären (Braksmajer, 2018; Driscoll et al., 2018). Att bli ogiltigförklarad av sin
läkare på detta sätt ansåg flera kvinnor berodde på genusbias. Deras uppfattning var inte bara den att mäns sjukdomar och smärta togs mer på allvar i jämförelse med kvinnors (Braksmajer, 2018; Wiklund et al., 2016), utan också att mäns kroppar kulturellt sett var ansedda som mer värdiga biomedicinsk behandling än vad kvinnors var. Orsaken till detta ansågs bero på de mansdominerade uppfattningarna inom det medicinska etablissemanget (Braksmajer, 2018). Exempelvis upplevde kvinnor med fibromyalgi sig bli marginaliserade och sedda som någon med låg status genom hela rehabiliteringsprocessen (Wiklund et al., 2016). De upplevde att vårdgivaren såg på dem med misstro och nonchalans, samt tillskrev dem egenskaper som opålitlig och psykiskt vårdbehövande, vilket resulterade i en upplevelse av att deras smärta inte togs på allvar (Driscoll et al., 2018). I kontrast till detta hade kvinnor med smärta orsakad av olycksfall en mer positiv upplevelse av möten i vården, de upplevde sig hörda och kände att personalen stod på deras sida (Wiklund et al., 2016). Övriga egenskaper som tillskrevs de kvinnor som sökte vård för smärta vid sexuell intimitet var att de var spända, vilket av läkare föreslogs kunna avhjälpas med intag av alkohol. De kvinnor som uttryckte emotionell affekt blev betraktade som melodramatiska och emotionellt instabila i behov av psykiatrisk vård (Braksmajer, 2018). Rent generellt upplevde sig kvinnorna ha en lägre status än män i vårdsystemet, inom vilket kön i förhållande till diagnos ansågs vara relevant (Braksmajer, 2018; Driscoll et al., 2018; Wiklund et al., 2016). Ju fler symtom som kvinnorna presenterade till sin läkare desto lättare blev de avfärdade som gnälliga och neurotiska (Björkman et al., 2013) Bland kvinnor med hög utbildning var upplevelsen att de tvingades in i en identitet i vilken de inte tillåts använda sin egen styrka, utan upplevde sig underordnade vårdpersonalen (Saarnio et al., 2012).

8.2.2 Påverkan av den egna självbilden

I resultatet framkom hur kvinnor med sjukdomen känslig tarm (Irritable bowel syndrom, IBS) kände en förväntan att leva upp till diverse kvinno- och skönhetsideal. Försämrad självkänsla samt känslor av skuld och skam var sådant som infann sig på grund av att de kände att de inte klarade nå upp till dessa ideal, såsom att vara smal och vacker, eller att ta hand om hem och familj. Utifrån ett kvinnligt normativt perspektiv upplevde kvinnorna att de ansåg sina mag- och tarmsymtom vara okvinnliga och pinsamma (Björkman et al., 2013). De kvinnor under 45 år som behandlades för cancer ansåg att femininitet var viktigt och upplevde det som betungande att förlora sin sexualitet, vilket de kopplade till den patriarkala objektifieringen av kvinnor. Några beskrev hur de inte längre kände sig sexuellt attraktiva inför sin partner, vilket
ledde till känslor av underlägsenhet, samt en upplevelse av att inte längre kunna leva upp till rollen som fru lika väl som tidigare (Saarnio et al., 2011).

Flera kvinnliga krigsveteraner beskrev hur de kände sig motvilliga inför att fråga vårdgivaren om lösningar och alternativ. En kvinna beskrev det hon ansåg vara orsaken till detta: att det var inpräntat i dem från deras grundläggande militärubildning att inte störa någon eller stå ut ur mängden (Driscoll et al., 2018). I resultatet framträdde en underkategori, ”kvinnor med smärta drunknar i mängden”, vilken speglade kvinnors känslor av att vara osynliga, mindre värda och få mindre bekräftelse, just för att de var kvinnor (Wiklund et al., 2016). En typ av vårdmöte upplevdes som maktutövning och uppstod när vårdpersonal ville behålla sin maktposition gentemot patienten eller hade svårt att förstå patientens situation vilket kunde gestalta sig som ojämlik behandling. När en kvinna sökte vård blev hon inte undersökt, och upplevde att hon på grund av sitt kön och sin lilla kroppsbyggnad varken blev hörd eller togs på allvar (Saarnio et al., 2011).

8.2.3 Genusbias påverkan på personal

Resultatet visade att de normativa idealen av femininitet och maskulinitet hos vårdgivaren förstärkte kvinnors lidande (Björkman et al., 2013; Braksmajer, 2018) på så vis att kvinnorna antog de förväntningar som vårdgivaren hade på dem som ”bra” patienter (Björkman et al., 2013). Kvinnor upplevde att den förmodade ”normativa” könsrollen som kvinna i sig var ett hinder för att få tillgång till vård då vårdpersonalen inte hade i åtanke att detta kunde vara ett hinder för patienten. Exempelvis kvinnan som upplevde att hon förväntades hantera flera saker samtidigt och därför presenterade sig själv som kapabel och kvick. Hon trodde att detta faktum gjorde att bedömaren exkluderade henne ur rehabiliteringsprogrammet (Wiklund et al., 2016). Kvinnor kände sig besvärliga och obekväma när de bara kunde beskriva symtom utan objektiva tecken (Björkman et al., 2013) och därtill förväntades de ta mer ansvar och klara av att ta hand om sig själv (Driscoll et al., 2018; Wiklund et al., 2016).

I mötet med vården upplevde sig kvinnor vara i mer behov av hjälp och ha någon som företräde dem och förde deras talan, då gärna av en man. Män däremot upplevde sig bli hörda och sedda och respekterade (Wiklund et al., 2016). En vanlig uppfattning hos både kvinnor och män var att patienter behandlades olika utifrån faktorer såsom ekonomi, arbetstitel, ålder, nationalitet, kön och etnicitet. Kvinnor som klädde sig i ”smink och höga klackar” sågs ha en fördel. Denna typ av klädkod var dock inte en garanti för att hon blev respekterad och tagen på allvar i sin smärta (Wiklund et al., 2016). Kvinnor och män som deltog vid tuberkulosbehandlingen svarade vid undersökningen att de ansåg sig likvärdigt
behandlade och att det inte fanns någon skillnad vare sig uppmärksamhet eller attityd från personalen. Emellertid ansåg hälso- och sjukvårdspersonalen som deltog i studien att de upplevde det som att män tenderade diagnoseras mer frekvent än kvinnor (Onifade et al., 2010).

9. Diskussion


9.1 Metoddiskussion

En litteraturöversikt utfördes med syftet att belysa kvinnors upplevelser av vård avseende bemötande från hälso- och sjukvårdspersonal samt erfarenheter av genusbias. Följaktligen valde författarna i övervägande del artiklar med kvalitativ metod, vilket är en styrka då dessa fördjupar sig i individens upplevelser. Därav anser vi metoden som lämplig för litteraturöversikten då syftet var att undersöka upplevelser (Friberg, 2017). Författarna har inkluderat en artikel med mixad metod med ett brett befolkningsbaserat urval (>10 000 långtidssjukkrivna) vilket ger statistisk information och ses som ytterligare en styrka för vår litteraturöversikt. Sökningarna för att finna resultatartiklar utfördes på fyra olika databaser: PubMed; Cinahl Complete; PsycInfo; Academic Search Complete. Att ha sökt på fyra databaser är en styrka för denna litteraturöversikt då det visar på ett vidare sökomfång samt ökar resultatets sensitivitet och trovärdighet. Åmnesord i Cinahl Headings och MeSH användes för att göra sökningen mer precis i enlighet med Kjellström (2017). Sökorden som användes var bland andra, women; perception; “patients’ experiences”; “gender bias” och “health care”. Författarna är medvetna om att sökningar med andra sökord skulle ha kunnat generera studier med mer positiva utfall beträffande kvinnors upplevelser, men valde att behålla sökorden, då de ansågs relevanta för syftet. Våra sökord var inledningsvis enbart fokuserade på att finna upplevelse av genusbias men då detta område saknade forskning så tvingades vi utvidga sökstrategin. Vi upptäckte att det vi eftersökte betecknades som negativa möten med hälso- och sjukvården som övergrepp och makrelationer i olika vårdssammanhang. En frisökning inleddes för att få en tydligare bild och uppfattning om hur
vi skulle utföra våra sökningar och med vilka relevanta ord. Syftet reviderades för att på så sätt fånga de artiklar som relaterade till genusbias.

Vidare användes booleska operatorer såsom AND och OR, för att specificera våra sökningar respektive expandera dem, vilket bidrog till att lättare kunna finna studier relevanta för vårt syfte (Karlsson, 2017). Vissa artiklar återkom på flera databaser med olika kombinationer av sökord vilket tyder på sensitivitet och därmed ökad trovärdighet menar Kjellström. Begränsningarna i sökningen var inledningsvis tio år men utökades därför till elva då inte tillräckligt material uppkommit. Tre av resultatarteriklarna bestod av kvinnors upplevelser (se Braksmajer, 2018; Rishal et al., 2016; Swahnberg et al., 2007) och resterande av både kvinnor och män, på grund av detta sällade författarna noggrant ut de upplevelser som endast rörde kvinnor. Nio av studiens artiklar innehöll djupintervjuer med citat som beskrev kvinnors upplevelser. Detta anser författarna vara en styrka då citaten fångar upp känslan och upplevelsen kvinnorna besatt, vilket var föremål för denna litteraturöversikt att undersöka. Samtliga artiklar som analyserades var skrivna på engelska, och trots att författarna har förhållandevis goda kunskaper i det engelska språket kan det ändå ses som en svaghet då information kan ha misstolkats vid översättning då uttryck som beskrivs på engelska förslorar en del av sin känsla, eller att ett missförstånd uppkommit på grund av språkförbistring. Alla artiklar granskades noggrant av författarna tillsammans och enskilt, diskussioner och reflektioner fördes under arbetets gång. Artiklarna lästes igenom ett flertal gånger, vilket tillför en styrka till forskningen. En annan styrka är att författarna använt sig av en studie av mixad design då detta bidrog till ett bredare perspektiv. Sex av våra artiklar är från Sverige, resterande kommer från andra länder vilket författarna anser tillför styrka till litteraturöversikten. Att majoriteten av forskningen utfördes i Sverige ansågs ha relevans, men att inkludera andra länder tillför trovärdighet och ett vidare perspektiv till forskningen. En svaghet till litteraturöversikten är att inte all vårt material var etiskt godkända.

9.2 Resultatdiskussion

Författarna har valt att diskutera tre viktiga fynd som identifierades i resultatet. De delar som valts ut att diskutera är: Autonomihämmande omvårdnad; Genuspåverkan hos personal; Personals empatiska förmåga.
9.2.1 Autonomihämmande vård


9.2.2 Genuspåverkan hos personal


Genusbias sprids via människors uppfattningar exempelvis då från en läkare till en läkarstudent (Mackey & Diercks, 2018), och medför stort lidande för kvinnor, både kroppsligt och självligt då objektiva och subjektiva symtom förringas. Tilliten till vården men även den
till sig själv drabbas, det medför en känsla av att inte vara någonting värd och uttrycks i känslor såsom oro, irritation, nedstämdhet, ilska och sorg med mera. Men det innebär också att patientsäkerheten riskeras då sjukdom av olika slag inte tas på allvar och allvarliga åkomnor förbises (Smirthwaite, 2014; Riksdagen, 2008). Detta är situationer som sker hela tiden och som ger konsekvenser som i värsta fall kan leda till död. Det går inte att blinda för genusbiasen i vården då konsekvenserna är alldels för stora utan det krävs aktion för att förbättra genom medvetenhet, utbildning, diskussion och reflektion.

9.2.3 Personals empatiska förmåga


sjukvårdspersonalen kan ställa sig själva så kan bemötandet förbättras. Detta kan åstadkommas genom att inte sätta etikett på sina patienter, då det försöker att se den bakomliggande individen och förhindrar en personcentrerad vård (Fahlberg, 2017).


9.3 Kliniska implikationer

Studiens resultat indikerar att genusbias och brister i bemötandet kan utgöra ett hot mot kvinnors hälsa samt skulle kunna leda till försämrad vårdkvalitet och patientsäkerhet. Således kan studien bidra till att sjuksköterskor och annan vårdpersonal får ökad kunskap om hur medvetna såväl som omedvetna genus- och könsföreställningar påverkar både bemötandet och vården av kvinnor. Med detta i beaktande är det angeläget att genus- och könsperspektivet såväl som det empatiska bemötandet införivas i vårdverksamheters riktlinjer och kvalitetssystem samt i alla nivåer av en verksamhet. Författarna föreslår att personalgrupper i olika vårdverksamheter ges möjlighet att genomgå ett så kallat IAT test, för att på så sätt medvetandegöra fördomar och antaganden på grund av kön eller genus. Det bör även introduceras målinriktade projekt där genusperspektivet och bemötandet
uppmärksammas, exempelvis föreläsningar och temadagar som belyser hur sjuksköterskan kan bemöta kvinnor i olika vårdsammanhang. Ett annat alternativ är att anordna workshops med rollspel där genusnormer utmanas och deltagarna får perspektiv och kan reflektera och utbyta erfarenheter och tankar med varandra. Utbildning om jämställdhet från tidig ålder skulle kunna förändra och motverka ojämlikhet och diskriminering i framtiden.

9.4 Förslag till fortsatt forskning


10. Slutsats

Referensförteckning

*= Resultatartikel.


Feministiskt initiativ (u.å.). *Kön definieras inte i svensk lag*. Hämtad 20190119 från https://feministisktperspektiv.se/2018/04/04/vad-ar-kon/


Förenta nationerna. (u.å.). *Den allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna*. Hämtad 20181201 från https://fn.se/

Förenta nationerna. (u.å.). *Globala målen*. Hämtad 20181016 från http://www.globalamalen.se/


Gendered innovations (u.å.). *Kön*. Hämtad 20190117 från http://www.genderedinnovations.se/page/sv-SE/35/K%C3%B6n


Gendered innovations (u.å.). *Kön*. Hämtad 20190117 från http://www.genderedinnovations.se/page/sv-SE/35/K%C3%B6n


Intersektionalitet. (u.å.). I Nationalencyklopedin. Hämtad 20181101, från http://ne.se/


Kommunikation. (u.å.). I Nationalencyklopedin. Hämtad 20181016, från http://www.ne.se/


Paternalism. (u.å.). I *Nationalencyklopedin.* Hämtad 20181127, från http://www.ne.se/


Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transsexuellas rättigheter (u.å.). *Begreppssordlista.* Hämtad 20190120 från https://www.rfsl.se/hbtq-fakta/hbtq/begreppssordlista/


### Bilaga 1. Sökmatriks

<table>
<thead>
<tr>
<th>Databas</th>
<th>Sökord</th>
<th>Antal träffar</th>
<th>Begränsningar</th>
<th>Antal lästa abstrakt</th>
<th>Antal lästa artiklar</th>
<th>Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>PubMed</td>
<td>Women AND &quot;nursing care&quot; AND &quot;gender perspective&quot;</td>
<td>3</td>
<td>Published dates 10 years</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>Andersson et al. 2009</td>
</tr>
<tr>
<td>PubMed</td>
<td>&quot;quality of care&quot; AND abuse AND women AND &quot;qualitative research&quot;</td>
<td>17</td>
<td>Published dates 10 years</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>Rishal et al. 2016</td>
</tr>
<tr>
<td>PubMed</td>
<td>&quot;Gender bias&quot; AND qualitative AND women AND patients’ experience</td>
<td>2</td>
<td>Published dates 10 years</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>Onifade et al. 2010</td>
</tr>
<tr>
<td>PubMed</td>
<td>Gender bias AND experience AND qualitative AND women AND pain</td>
<td>5</td>
<td>Published dates 10 years</td>
<td>5</td>
<td>3</td>
<td>Driscoll et al. 2018</td>
</tr>
<tr>
<td>PubMed</td>
<td>&quot;power relations&quot; AND suffering AND gender</td>
<td>33</td>
<td>Published dates 10 years</td>
<td>7</td>
<td>1</td>
<td>Saarnio et al. 2011</td>
</tr>
<tr>
<td>PubMed</td>
<td>Gender AND expectations AND experiences AND healthcare AND patients</td>
<td>54</td>
<td>Published dates 10 years</td>
<td>6</td>
<td>5</td>
<td>Driscoll et al. 2018</td>
</tr>
<tr>
<td>Cinahl Complete</td>
<td>perceptions or attitudes or opinion or experience or view or reflection or beliefs with AND</td>
<td>30</td>
<td>Peer Reviewed; published dates 2008-2018</td>
<td>10</td>
<td>3</td>
<td>Driscoll, M. et al. 2018</td>
</tr>
<tr>
<td>Database</td>
<td>Query</td>
<td>Results</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>------------------------</td>
<td>----------------------------------------------------------------------</td>
<td>---------</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Academic Search Complete</td>
<td>“gender bias” AND women AND “health care”</td>
<td>14</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Published dates 2007-2018</td>
<td>4</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Upmark, M. et al. 2007</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PsycInfo</td>
<td>“gender differences” AND encounters AND “health care”</td>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Published dates 2007-2018</td>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Swahnberg et al. 2007</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Women AND perception* AND “abuse in health care”</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Författare</td>
<td>Titel</td>
<td>År, land, tidskrift</td>
<td>Syfte</td>
<td>Metod (Urval och datainsamling, analys)</td>
<td>Resultat</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------------------</td>
<td>----------------------------------------------------------------------</td>
<td>---------------------------------------------</td>
<td>----------------------------------------------------------------------</td>
<td>-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
**Urval:** Tio personer, fem män och fem kvinnor i åldrarna 66 till 75 år som vårdades vid en rehabiliteringsavdelning efter att ha insjuknat av en stroke.  
**Datainsamling:** Insamling av data skedde år 2006. Individuell intervjustudie som skedde utan tidsbegränsning.  
**Analys:** Fem teman togs fram, (1) kroppslig omvårdnad, (2) stöd i kampen att återfå sina kroppsslägta funktioner, (3) brist på deltagande i vården (4) stödjande relationer och (5) att söka tröst i sorgen. Det fanns könsskillnader i upplevelsen av vården i alla kategorier utomkategori fyra. |
**Urval:** 19 patienter, tio män och nio kvinnor.  
**Datainsamling:** Intervjuer genomfördes 2011  
**Analys:** Utfördes utifrån en konstruktiv genusteorisk struktur                                                                                                                                 | Normativa ideal av femininitet och maskulinitet hos vårdgivare förstärkte kvinnornas lidande. Kvinnorna upplevde sig trivialiserade i mötet med vårdgivaren och tillskrevs psykosomatiska orsaker till sina fysiska symtom. Kvinnorna upplevde sig avfärdade och skuldbelagda. |
| Braksmajer, A.                | Struggles for medical legitimacy among women experiencing sexual pain: A qualitative study | 2018 USA Women & Health | Att undersöka kvinnors och deras läkares anspråk gällande fysiologisk Expeditionsskap, särskilt kvinnors upplevelse av läkares ogiltigförräkling, deras uppfattning av ogiltigförräkling som könsbetingad, och konsekvenserna av kvinnors strävan efter medikalisering. | **Design:** Kvalitativ  
**Urval:** 32 kvinnor i åldrarna 18 till 60 som upplevde dysparuenia och var bosatta i New York City.  
**Analys:** Tematisk analys, som utelämnade utfördes av författaren, användes för att analysera data, | Fyra teman kunde identifieras (1) önskan om att få en diagnos, (2) att inte bli bekräftad: upplevd avvisande som den egna kroppskänndomen, (3) psykosomatiska tillskrivningar och (4) upplevelsen av genusbias. |
<p>| Rishal, P., Joshi, SK., Lukasse, M., Schei, B., &amp; Swahnberg, K. | <code>They just walk away</code> - women’s perception of being silenced by antenatal health workers: a qualitative study on women survivors of domestic violence in Nepal | 2016 Nepal Global Health Action | Att undersöka hur kvinnor som upplevt våld i hemmet under sin graviditet utvärderar vården innan förlossningen och vid mödravård samt förväntningar och behov från vården. | <strong>Design:</strong> Kvalitativ&lt;br&gt;<strong>Urval:</strong> 117 deltagare, de som tillfrågades var gifta, hade en familjeroll som antingen svärmor, svärfar, svärdotter eller son. Endast en individ per familj inkluderades.&lt;br&gt;<strong>Datainsamling:</strong> Tolv fokusgrupper som skedde under en tre månaders period under 2015&lt;br&gt;<strong>Analys:</strong> Kvalitativ innehållsanalys utfördes i tre steg i enlighet med Granheim och Lundman. | Tre kategorier uppdagades (1) att inte klaga på våldet, en dold börd, (2) allt vi behöver är en möjlighet och (3) göra någonting dåligt värre. &lt;br&gt;Det första temat berörde kvinnornas upplevelse av att behöva dölja sin utsatthet för vårdgivare på grund av rädsla. Det andra temat visade på en öppenhet till att vilja dela med sig, och vilka åtgärder kvinnorna tyckte vården behövde vidta för att det skulle bli bättre. Det tredje temat var kvinnornas upplevelse av beteenden från vårdpersonal som skadat dem fysiskt och psykiskt. |
| Saarnio, L., Arman, M., &amp; Ekstrand, P. | Power relations in patient’s experiences of suffering during treatment for cancer. | 2011 Sverige Journal of Advanced Nursing | Att undersöka hur patienter som har en cancerdiagnos upplever lidande i ett sammanhang präglat av maktrelationer. | <strong>Design:</strong> Kvalitativ hermeneutisk&lt;br&gt;<strong>Urval:</strong> 12 kvinnor och 14 män med en cancerdiagnos i äldrarna 36 till 74 år som vårdades på en onkologisk sjukhusavdelning vid två olika sjukhus i Sverige.&lt;br&gt;<strong>Datainsamling:</strong> 2008 samlades data in genom intervjuer av hermeneutisk design.&lt;br&gt;<strong>Analys:</strong> Transkribering av intervjuerna, hermeneutisk approach användes. Två teoretiska perspektiv använde - lidande och intersektionalitet. | Tre kategorier synliggjordes (1) komplexiteten av att ha kontroll som patient, (2) såbara effekter av kroppförändringar och (3) intern kamp för överlevnad. Kategori ett rörde upplevelsen av hur vårdmöten präglade patienten. Kategori två hur kroppsförändringar av olika canserbehandlingar påverkade människans upplevelse av identitet. Kategori tre tar upp det som gör att patienterna orkar kämpa vidare i sin sjukdom för överlevnad. |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Autorer</th>
<th>Titel</th>
<th>År</th>
<th>Tidsskrift</th>
<th>Design</th>
<th>Urval</th>
<th>Datainsamling</th>
<th>Analys</th>
<th>Beskrivning och upplevelse av vårdmötet</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Wiklund, M., Fjellman-Wiklund, A., Hammarström,</td>
<td>Access to rehabilitation: patient</td>
<td>2016</td>
<td>Sverige Global Health Action</td>
<td>Kvalitativ</td>
<td>10 (5 män och 5 kvinnor) i åldrarna 35 till 65 år. Efter att fått tillgång till eller avslutat</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Att undersöka patienters beskrivning och upplevelse av viktiga (sociala) faktorer för</td>
</tr>
</tbody>
</table>
perceptions of inequalities in access to specialty pain rehabilitation from a gender and intersectional perspective.

att ges tillgång till specialiserad smärtrehabilitering från ett genus och intersektionalitets- och jämställdhetsperspektiv. Vi syftade till att identifiera potentiella fördelar och ojämlikheter beträffande tillgång till resurser vid en rehabiliteringsklinik.

behandling vid en specialiserad rehabiliteringsklinik.

Datasamling: 2010 till 2011 genom semi-strukturerade intervjuer

Analys: Kvalitativ innehållsanalys

vidare in i tre kategorier (1) Könets makt, (2) makten av att ha socialt inflytande och (3) diagnosens makt. Dessa tre kategorier delades vidare in i subkategorier.

Kategori ett beskrev upplevda betydelsen av kön i tillgång till behandling och rehabilitering. Kategori två beskriver de generella uppfattningar som finns kring ojämlik resursfördelning utifrån ett socioekonomiskt perspektiv. Kategori tre synade patienternas uppfattning av att vissa diagnoser värderades högre vid tillgång till behandling men även utifrån bemötande.