

Det iscensatta könet

Kommunikationens betydelse för upprätthållandet av genusordningen inom hälso- och sjukvård

FÖRFATTARE	Jenny Myrgren Ida-Maria Nordänger Malin Victorsson
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng/ OM5250 Examensarbete i omvårdnad
	VT 2010 (Termin 6)
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Lisa Donnerdal
EXAMINATOR	Linda Berg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Det iscensatta könet . Kommunikationens betydelse för upprätthållandet av genusordningen inom hälso- och sjukvård
Titel (engelsk):	The performed gender. The importance of communication in order to maintain a gender order within the healthcare system
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	24 sidor
Författare:	Jenny Myrgren, Ida- Maria Nordäng, Malin Victorsson
Handledare:	Lisa Donnerdal
Examinator:	Linda Berg

SAMMANFATTNING

Fokus på genus och vilken betydelse det har i olika sammanhang har fått allt större uppmärksamhet i samhället. Syftet var att beskriva den rådande genusordningen inom hälso- och sjukvård, samt huruvida kommunikation inverkar på skapandet och upprätthållandet av den. Omvårdnadsforskningen har hittills inte undersökt relationen mellan kommunikation och den rådande genusordningen inom hälso- och sjukvård i någon större utsträckning. Det finns ändå klara indikationer på att denna rådande genusordning är viktig att ha i åtanke. Då genusordningen är en maktordning som genomsyrar alla andra maktordningar bidrar den manliga normen inom hälso- och sjukvård till en ojämnställd vård. Denna åtanke är utgångspunkten för att kunna ge en god, jämställd vård och en förutsättning för att kunna följa den lag som hälso- och sjukvården är ålagd. Litteraturöversiktens resultat är en sammanfattning av tolv artiklar, en rapport, två avhandlingar samt två kunskapsöversikter. Sökningen av artiklarna gjordes i databaserna CINAHL, Pubmed och Gender Studies Database, och via manuella sökningar. Under analysen av materialet framkom ett huvudtema och tre subteman som resultatet sedan utgick från. Resultatet analyserades därefter i diskussionen utifrån Joyce Travelbees omvårdnadsteori om den mellanmännliga relationen och Judith Butlers genusteori. Inom hälso- och sjukvård är den manliga normen i högsta grad rådande. Normen tog sig uttryck på olika sätt, bland annat genom olika lön för kvinnor och män inom samma yrke, möjlighet till att avancera och sättet kunskap värderas på. För patienter uttrycktes normen genom olika möjligheter till behandling och bemötande, något som i slutändan har lett till en ojämnställd vård. Det är främst genom kommunikationen som den manliga normen upprätthålls. Kategorisering med hjälp av begrepp är det som normatiserar oss. Mer forskning om hur kommunikation interagerar med upprätthållandet av den rådande genusordningen skulle kunna medvetandegöra hur vårdpersonal kommunicerar mellan varandra och med patienter.

Keywords: gender bias, communication, perceptions, health care personnel- patient relationship

INNEHÅLL

	Sid
INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	2
Joyce Travelbee´s omvårdnadsteori	2
<i>Omvårdnad som den mellanmännsliga relationen</i>	2
<i>Kommunikation</i>	3
Kommunikation och bemötande	4
Kön och genus	4
Intersektionalitet	5
Judith Butlers genusteori	6
<i>Iscensättandet av kön och den heterosexuella normatiseringen</i>	6
<i>Butlers kritik mot kategorisering av skapandet av normer</i>	6
DEFENITIONER	7
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE	7
METOD	8
LITTERATURSÖKNING	8
ANALYS	8
RESULTAT	9
MANLIG NORM INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	9
Mäns sätt att kommunicera – Ett önskvärt sätt	12
<i>Mäns symtombeskrivningar är utgångspunkt för diagnos</i>	12
Undantagen – Den fördelaktiga kvinnliga kommunikationen	14
DISKUSSION	15
METODDISKUSSION	15
RESULTATDISKUSSION	16
SLUTSATS	21
Egna reflektioner	21
REFERENSER	22
BILAGOR	
SÖKORDSLISTA FRÅN ARTIKELSÖKNING	
ÖVERSIKT AV ARTIKLAR/ AVHANDLINGAR/ RAPPORT/ KUNSKAPSÖVERSIKTER SAMT INNEHÅLLSANALYS	

INTRODUKTION

INLEDNING

Utdrag ur HSL 1982:763

”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. 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 §, Raadu, 2010).

”Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den skall särskilt främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen” (2a § 4e stycket, Raadu, 2010).

Fokus på genus och vilken betydelse det har i olika sammanhang har kommit att få allt större uppmärksamhet i samhället. Genom en genusforskning som syns inom flera olika fält och i den skönlitterära utgivningen av genusrelaterad litteratur har begreppet genus blivit allmänt känt och något som de flesta har ett förhållande till. Från att ha tillhört en liten skara kvinnorättskämpar har genusbegreppet nu införts i de flesta utbildningar, så även inom sjuksköterskeutbildningen.

Som blivande sjuksköterskor med ansvar för omvårdnaden kommer vi att ställas inför otaliga möten med olika människor. En av huvuduppgifterna är att i mötet med dessa personer observera och kommunicera för att ta reda på om det finns ett omvårdnadsbehov och vilket behov det i så fall är. I detta möte ingår den bedömning som senare har betydelse för personens fortsatta vård och omsorg. Även om utbildningen har gett oss kunskapen om hur dessa möten ska fortgå är det omöjligt att frånga det faktum att vi som människor är kulturellt och socialt betingade. Våra föreställningar om världen kommer därför påverka vår bedömning av den vårdsökande människan.

En annan del av sjuksköterskans arbetsuppgifter handlar om att genom kommunikation förmedla information till annan vårdpersonal och att själv ta emot information. Informationen rör vårdtagare, både vad gäller hälsan och andra förhållanden i personens liv som är viktiga för den fortsatta omvårdnaden. Rapporteringen av information utgår ifrån vad förmedlaren anser vara viktigt och relevant, därmed följer en makt över hur vårdpersonalen kommer att bemöta och kommunicera med vårdtagare. Bidrar denna makt till att vi, som vårdpersonal genom kommunikation i möten med patienter, upprätthåller en genusordning som vi själva inte är medvetna om att vi kommunicerar?

Bakgrunden som följer tar avstamp i Joyce Travelbees omvårdnadsteori, Judith Butlers genusteori och begreppen kommunikation och bemötande, kön och genus samt intersektionalitet, där iscensättandet av rådande normer problematiseras.

BAKGRUND

Joyce Travelbee´s omvårdnadsteori

Joyce Travelbee föddes år 1926 och dog 1973. Hon gick sin sjuksköterskeutbildning vid Charity Hospital School of Nursing i New Orleans och vidareutbildade sig senare och fick en magisterexamen i omvårdnad. Travelbee arbetade inom den psykiatriska sjukvården och skrev sina första böcker inom detta ämnesfält (Travelbee, 2001).

Boken *Interpersonal Aspects of Nursing* gavs ut första gången 1966, och presenterar omvårdnadsteorin som handlar om omvårdnadens mellanmännsliga aspekter. Teorin utgår från en existentiell filosofi och en humanistisk åskådning då Travelbee ansåg att omvårdnaden borde genomgå en humanistisk revolution där mer omsorg skulle visas för den sjuka individen (Travelbee, 2001).

Vidare ville författaren uppmana vården att utgå från varje enskild människa och upprätta en sjukvård som baseras på just den personens sjukdom och omvårdnadsbehov. Varje människa är unik och vi människor bör utgå från att vi är mer olika än lika. Det finns ingen människa som har levt eller kommer att leva som är exakt likadan som någon annan och därmed kan inte omvårdnad baseras på samma grundvalar för alla (Travelbee, 2001).

I omvårdnadsteorin behandlas tanken om att sjuksköterskan kan förstå vad omvårdnad är, endast genom att ha en insikt i vad som sker mellan patienten och sjuksköterskan. Hon/han bör även ha en insikt i hur interaktionen mellan dem kan upplevas och hur detta kan påverka patienten och dennes sjukdomstillstånd (Travelbee, 2001).

Travelbees definition av omvårdnad lyder:

”Omvårdnad är en mellanmännslig process där den professionella vårdaren hjälper en individ, en familj eller ett samhälle att förebygga eller bemästra erfarenheter av sjukdom och lidande och om nödvändigt finna en mening i dessa erfarenheter” (Travelbee, 2001, s. 29, egen översättning).

Omvårdnad som den mellanmännsliga relationen

En grundtes i teorin är att det krävs mycket mer insikt, kunskap och färdigheter för att kunna stötta en människa i en kris än vad det krävs för att kunna genomföra tekniskt komplicerade omvårdnadsåtgärder. Utifrån detta beskrivs den mellanmännsliga relationen som en grundförutsättning för att omvårdnaden ska bli god (Travelbee, 2001).

Omvårdnad i den mellanmännsliga relationen förutsätter att den som vårdar och blir vårdad ser bort från begrepp som patient och yrkestitel, exempelvis sjuksköterska. Dessa ord skapar fördomar om vilka personerna som ska interagera med varandra är. Begreppen kan avhumanisera människorna och på så sätt blir det en relation mellan begreppet patient och begreppet sjuksköterska och inte en mellanmännslig relation. Det är sjuksköterskans uppgift att vara inbegripen i dessa stereotypers existens och därmed är det dennes uppgift att vara aktiv i byggandet av relationen mellan vårdaren och den som är i behov av hjälp (Travelbee, 2001).

Omvårdnad som den mellanmännsliga relationen skapas genom en process som genomgår fem steg (Travelbee, 2001).

1. *Det inledande mötet.* I detta steg börjar sjuksköterskan med att göra en observation av den personen som sökt hjälp. Här kommer sjuksköterskan att göra vissa antaganden om personen i fråga och därmed uppstår det även känslor. Observationen är det första och viktigaste steget i processen eftersom den skapar ett underlag för de beslut som fattas. Sjuksköterskan bör använda sin egen personlighet och kunskap på ett medvetet sätt för att medverka till en förändring hos patienten.
2. *Framväxt av identiteter.* I denna fas är det viktigt att sjuksköterskan klarar av att värdesätta personen som sökt hjälp som en unik människa med ett unikt vårdbehov och arbetar på sin förmåga att knyta an till denna person. I fasen pågår ett sökande från båda parter om vem den andra är, både i sin roll som exempelvis sjuksköterska och vårdsökande, samt den unika människan.
3. *Empati.* Här tar deltagarna del av den andres känslor, men ännu inte i den grad att de tänker och känner som den andre. I empatifasen bör deltagarna knyta sig till varandra och uppleva närhet, men utan att gå in i varandra. Empati skapas i en aktiv process när båda parterna känner att de knyter an till varandra.
4. *Sympati.* Denna fas är en fortsättning av den tidigare där förståelsen tar ett steg längre. Då det i empatifasen främst handlade om att förstå den andres känslor och tankar handlar det i denna process främst om tanken på att vilja lindra lidandet hos personen framför en. Sympati syftar till att förstärka och fördjupa förhållandet mellan vårdaren och patienten.
5. *Ömsesidig förståelse och kontakt.* Detta är den sista fasen i den stora processen som syftar till att skapa en mellanmännisklig relation och kan enbart uppnås om de fyra faserna innan har lyckats. Fasen utgår från en process, en händelse, en eller flera erfarenheter som pågår samtidigt hos sjuksköterskan och den sjuke. I processen sammanflätas tankar och känslor hos de båda och kommuniceras mellan dem och detta spelar i slutändan in på hur de kommer att förhålla sig till varandra (Travelbee, 2001).

Kommunikation

Centralt i Travelbees omvårdnadsteori och hur denna mellanmänniskliga relation ska kunna uppnås är kommunikationen, både verbal och ickeverbal. Hon fastställer att kommunikation är:

”... en dynamisk kraft som kan ha djup inverkan på graden av mellanmännisklig närhet i omvårdnadssituationer; den kan användas för att dra andra människor närmre, för att stöta bort dem, för att ge hjälp eller för att såra” (Travelbee, 2001, s 137, egen översättning).

Genom kommunikationen interagerar sjuksköterskan och den sjuke och på så sätt kan den mellanmänniskliga relationen skapas. I kommunikationsprocessen lär sjuksköterskan känna den sjuke och kan göra en bedömning av de omvårdnadsbehov som finns, vilket i slutändan leder till att sjuksköterskan kan uppfylla omvårdnadens grundtes. Det är viktigt att inte se kommunikationen som ett mål i sig, utan snarare som ett medel, för att uppnå den interaktion mellan sjuksköterska och patient som så småningom kan leda fram till att den mellanmänniskliga relationen upprättas. Vidare är det viktigt att vara medveten om att kommunikation och den slutgiltiga interaktionen inte självklart medför att det uppstår en (Travelbee, 2001) mellanmännisklig relation. Om sjuksköterskan inte använder sin professionella kunskap och sina

erfarenheter kan interaktionen stanna mellan rollerna sjuksköterska och patient. Därmed kan de inte ta steget vidare i processen med att det är två människor som ska bygga en relation till varandra, den mellanmänniska relationen (Travelbee, 2001).

Kommunikation och bemötande

Bemötande betyder ”*uppträda (på ett visst sätt) gentemot någon*” (Nationalencyklopedin, 2010). Inom vården är bemötande främst kopplat till kommunikation, där det viktigaste redskapet anses vara språket eftersom det är med språket vi kan föra en dialog och ett samtal. Vårdandet kan därmed ses som en bemötandekunst, där bland annat beröring, intuition, gemensam tystnad samt verbal och ickeverbal kommunikation ingår (Robertsson, 2010).

Ordet kommunikation kommer från latinets ”*communicare*” vars betydelse är att göra något gemensamt, göra någon delaktig i något (Eide & Eide, 2006; Nilsson & Waldemarsson, 2007). Kommunikation blir således en social handling där vi människor delar med oss, tillkännager eller gör något gemensamt (Thornqvist, 2001). Genom språket öppnas det en möjlighet för oss människor att kunna möta varandra och på så sätt även kunna få en uppfattning om oss själva (Nilsson & Waldemarsson, 2007).

För att kommunikationen ska fungera krävs det att det finns sändare och mottagare, men parterna som kommunicerar kan fungera som både sändare och mottagare samtidigt eftersom en stor del av vår kommunikation är ickeverbal (Eide & Eide, 2006; Nilsson & Waldemarsson, 2007).

Den situation inom talet vi är mest bekanta med är dialogen, samtalet där minst två människor talar med varandra och vänder sig till varandra. I samtalet krävs det att alla är deltagande i situationen där den som lyssnar kan sätta sig in i förmedlarens situation. Genom dialogen koncentrerar vi oss inte bara på det talade ämnet, vi koncentreras även på varandra. Om vad och hur vi talar bestäms av vilket förhållande vi har till den som lyssnar (Thornqvist, 2001).

Kommunikation handlar inte om kopiering av idéer, utan snarare om att vi genom språket kodar i väg våra tankar till budskap och sänder detta vidare till en mottagare. Förhoppningen blir således att mottagaren ska tolka detta budskap på samma sätt som sändaren, men det ligger en svårighet i detta eftersom vi inte är passiva som mottagare, utan vi väljer ständigt bland de budskap vi får och konstruerar dessa efter hur vi upplever det totala intrycket. I den process som uppstår genom kommunikationen omfattas även det sociala systemet, de förväntningar och attityder som påverkar de budskap som utsänds. I kommunikationsprocessen är det alltså inte bara meningar som förmedlas och tolkas, det spelar även roll i vilket sammanhang och kontext budskapet förmedlas (Nilsson & Waldemarsson, 2007). I kontexten omfattas tid och plats, sociala och materiella förhållanden, deltagarnas handlingar och bakgrundskunskaper. Generellt går det att säga att kontexten avser allt som bidrar till att skapa mening i livet (Thornqvist, 2001).

Genus och kön

Vi människor har en benägenhet att dela in världen på olika sätt och ge namn åt de indelningar och kategorier som vi skapar. Dessa namn använder vi sedan för att ordna våra (Thurén, 2003)

liv på olika sätt och för att tänka kring andra ting. Kön är en sådan indelning eller kategorisering som vi har gjort och använt oss av när vi har ordnat våra liv (Thurén, 2003). Traditionellt sett har begreppet kön syftat till de biologiska skillnader som finns mellan män och kvinnor, närmre bestämt könsorgan, kromosomer och könshormoner. Dessa skillnader har betraktats som biologiska och naturligt givna. Problemet med denna indelning är att det varje år föds barn vars kön inte går att bestämma utifrån dessa givna parametrar. Detta medför således att alla de biologiska skillnaderna som finns mellan kvinnor och män inte kan betraktas som givna av naturen (Hammarström, 2004). Även om kön enligt tradition syftat till de biologiska skillnaderna kan begreppet användas i vidare perspektiv. För många kan begreppet ses som en synonym till begreppet genus och kommer då även att omfatta de socialt och kulturellt betingade normerna (Thurén, 2003).

Begreppet genus härstammar från det engelska ordet *Gender*, som infördes i USA på 1970-talet, för att belysa begreppet kön på ett nytt sätt. Syftet med införandet av genusbegreppet var att skilja våra idéer, det vill säga det kulturella och sociala, ifrån det givna, som vi brukar kalla det naturliga. Begreppet genus uppkom dock inte för att utesluta det biologiska begreppet kön utan snarare för att ge begreppet kön en vidare definition. Idén med det biologiska könet bör problematiseras eftersom även biologiska beskrivningar av människokroppen är uppfattningar, det vill säga kulturella skapelser. Begreppet genus problematiserar allt som har med kön att göra och i termen genus ligger ett radikalt ifrågasättande av de idéer kring kön som dominerar i vår kultur (Thurén, 2003).

Genusforskningen är ännu ett ungt forskningsfält där det ständigt pågår intensiva debatter om grundläggande definitioner och genusbegreppet är kontroversiellt, men det finns en ganska stor konsensus runt vad begreppet genus ungefär avser. Till exempel är genusforskare överens om att termen genus belyser det faktum att vi människor konstruerar kön (Thurén, 2003).

Intersektionalitet

Definition på intersektionalitet:

"... samhällsvetenskapligt begrepp som syftar till att synliggöra specifika situationer av förtryck som skapas i skärningspunkter för maktrelationer baserade på ras, kön och klass" (Nationalencyklopedin, 2010).

Begreppet har sitt ursprung i svarta feministers kritik mot västerländska feministers forskning eftersom den utgick från de vita kvinnornas situation. Intersektionalitet syftar till att det finns en stor komplexitet i hur olika maktordningar i samhället samspelar. En av dessa maktordningar är således relationen mellan män och kvinnor (Gunnarsson & Szebehely, 2009). Den simultana effekten av kön, klass och etniska strukturen är central för att förstå maktens konstituering. Intersektionalitetsperspektiv på maktordning omfattar alltså förtryckets gemensamma verkan där maktens konstruktion inte ses som ett slutet, fördefinierat system (de los Reyes & Mulinari, 2005). Genusstrukturen är genomgripande i alla sociala ordningar eller maktordningar, vilket betyder att oavsett vilken annan social ordning vi bedöms utifrån, som till exempel funktionshinder, etnicitet, klass och ålder, så är kvinnligt underordnat det manliga (Robertsson, 2010).

Judith Butlers genusteori

Judith Butler föddes 1956 och är professor i retorik och litteraturvetenskap vid University of California, Berkeley. Hon slog igenom år 1990 med boken *Gender Trouble*, där hon bland annat diskuterar om att vi kodas enligt rådande genusnormer efter en heteronormativ logik när vi föds (Butler, 1990).

Butler är starkt kritisk till uppdelningen av begreppen kön och genus eftersom hon anser att denna uppdelning bara bekräftar det biologiska och därav det naturliga könets till synes oproblematiske status. Hon ifrågasätter även kvinnan som kvinnorörelsens självklara subjekt eftersom "kvinna" som kategori är alldeles för generaliserad och allmänt formulerad. Istället för att knyta an till feministisk forskningstradition har hon istället influerats av manliga filosofer (Butler, 2005). I och med detta anses Butler vara en av de första teoretikerna som lanserade queerteorin, inspirerad av bland annat Michael Foucault (Butler, 1990, 2005). Foucault var en fransk filosof och idéhistoriker som anlade en grund för det kritiska tänkandet gentemot sociala konstruktioner där han diskuterade hur diskurser påverkar oss och vårt sätt att vara (Foucault, 1993, 2002). Queerteorin har inspirerats av Foucaults tankar om hur sexualiteten formats till att bli den heterosexuella normen (Butler, 2005; Foucault, 2002; Nationalencyklopedin, 2010).

Iscensättandet av kön och den heterosexuella normatiseringen

Butlers tankegångar brukar kallas för performance-teori eftersom hon diskuterar kring hur genusidentitet är någonting som blir till genom iscensättningen (performance) (Butler, 1990, 2005). Begreppet performativitet som härstammar från *performance* betyder att kön/genus inte är *vara utan göra*, vilket då leder till att ingen är kvinna eller man utan görs till kvinna eller man. Vidare skriver Butler att genus inte är en inskription på en kropp med ett visst redan givet kön, utan att även könet är historiskt eller kulturellt. Kön kan därmed inte finnas före genus eftersom det är genusordningen som leder till vår uppfattning om kön och kropp. Butler fortsätter sin tankegång med att könet inte kan vara givet och naturligt, men att det lätt kan uppfattas så eftersom människan iscensätter det i enlighet med rådande normer, den så kallade heterosexuella matrisen. Den heterosexuella matrisen innebär att det finns en genusordning som tydligt identifierar två kön/genus, det vill säga män och kvinnor. Matrisen bidrar till att de två genus/könen blir varandras motsatser och hieratiskt ordnas genom den socialt sett obligatoriska heterosexualiteten (Butler, 1990, 2005). De människor som inte iscensätter sitt genus i enlighet med rådande normer och värderingar faller således utanför kulturens ramar, vilket i slutändan leder till att de uppfattas som obegripliga. De avviker med andra ord från heteronormativiteten (Butler, 1990, 2005, 2006).

Butlers kritik mot kategorisering och skapandet av normer

I Butlers genusteori strävar hon efter att det inte ska finnas några fasta genuskategorier eftersom de alla skulle bli förtryckande, hur de än utformades. Det hon istället anser vara önskvärt är en genusordning utan kategorier där den individuella friheten är stor och de kulturella ramarna lättroliga. Syftet med detta är att Butler i Queerteorins anda anser att även sexuella kategorier är kulturella normer och att det därmed ska finnas en möjlighet att kunna röra sig fritt mellan dem (Butler, 1990, 2005). Syftet med att befria samhället från normer är tanken om att skapa en värld där de som förstår sitt genus som icke-normativt kan leva och trivas, inte bara fria från hot om våld utifrån, utan även fria från en känsla av att vara överkliga (Butler, 2006).

DEFINITIONER

Bias: ”(engelska, 'fördom', i sin tur av fornfranska *biais* 'sned'), *snedvridning*” (Nationalencyklopedin, 2010).

Genusordning: Kan användas synonymt med genusystem. Genusystem används för att beteckna hela genusaspekten på ett visst samhälle (Thurén, 2003).

Patriarkat: Kan användas som synonym till en genusordning där män i allmänhet har mer makt än kvinnor i samhället (Thurén, 2003).

Vårdpersonal: Syftar till anställda inom vårdorganisationen med vårdutbildning såsom sjuksköterska, läkare och undersköterska.

Diskurs: Regelstyrd framställning av utsagor, begrepp, teser och teorier som sammantagna utgör en kedja av artikulerade föreställningar om något (Butler, 2005).

Triage: Medicinsk snabb förstahandbedömning av skadade och sjuka på en katastrofplats eller ett akutintag (Nationalencyklopedin, 2010).

PROBLEMFÖRMULERING

Inom hälso- och sjukvård är möten mellan vårdpersonal och mellan vårdpersonal och patient centrala för hur vården utformas. I vilka former mötena går till kan se olika ut, men en samlingspunkt för alla möten är kommunikation, verbal som ickeverbal. Genom kommunikationen skapas och upprätthålls de föreställningar och tankar vi som människor har om varandra. Kommunikationen kan användas för att dra människor närmre varandra eller för att stöta bort dem. Det är främst i dialogen vi kan sätta oss in i den andra människans situation, både genom talarens ord och genom våra föreställningar och åsikter om det som berättas.

Våra liv som människor präglas ständigt av den sociala inverkan som samhällets rådande normer har på oss. Detta sker genom upprepning av handlingar och diskurser, som senare uppfattas som rådande normer och något som vi då bör sträva efter att följa. Genom upprätthållandet av dessa skapade normer formas ett samhälle där de som inte faller inom ramarna hamnar i ett utanförskap. Som sjuksköterska är det viktigt att ha i åtanke att vi har ansvaret för skapandet av den relation som krävs för att vården ska uppfattas som god av patienten. Ansvaret för skapandet av relationen medför att vårdpersonal måste medvetandegöra socialt och kulturellt betingade normer och värderingar som styr och att ha kunskap om rådande maktordning för att på ett optimalt sätt kunna erbjuda vårdsökande människor en god vård.

SYFTE

Syftet var att beskriva den rådande genusordningen inom hälso- och sjukvård, samt huruvida kommunikation inverkade på skapandet och upprätthållandet av den.

METOD

LITTERATURSÖKNING

Detta arbete är en litteraturöversikt som baserats på vetenskapliga- artiklar, avhandlingar, kunskapsöversikter samt en rapport från Socialstyrelsen. De vetenskapliga artiklarna söktes fram via databaserna PubMed, Cinahl och Gender Studies Database. Artiklar söktes även i databasen KVINNSAM, detta gav dock inget resultat. De sökord som användes var följande: "Gender bias", "Nursing", "Gender", "Communication", "Perceptions", "Equality", "Symptom", "Triage", "Women", "Coronary heart disease" och "nurse-patient communication". Fullständig översikt över sökorden och avgränsningar återfinns i sökordslistan (se bilaga 1).

80 artiklar valdes ut genom att ha läst titlarna. Därefter gjordes ett nytt urval där abstracten lästes till de artiklar vars titlar möjligen kunde svara till syftet. Tolv artiklar valdes till sist ut och hade abstracts som kändes relevanta för innehållet i litteraturöversiktens resultat och genomgick därmed en granskning genom innehållsanalys (se bilaga 2). Utöver de tolv artiklarna användes två artiklar samt fyra böcker för att tydliggöra teoretiska utgångspunkter som omnämndes i några av de tolv artiklarna.

I tillägg till de vetenskapliga artiklarna som söktes fram via databaser gjordes även manuella sökningar. Rapporten från Socialstyrelsen söktes fram via Socialstyrelsens hemsida. Utöver dessa artiklar, avhandlingar, rapporten och kunskapsöversikter gjordes även en manuell sökning via GUPEA, där uppsatser som behandlade ämnet genus söktes fram. Utifrån denna sökning användes referenslistor som ledde fram till en avhandling som passade syftet och fick därför ingå i resultatet. En av kunskapsöversikterna hittades genom en sökning på Höskoleverkets hemsida genom att leta efter utgiven genusrelaterad litteratur. Kunskapsöversikten "(O)jämsliddhet i hälsa och vård" som behandlades i resultatet var ett tips från Sveriges Kommuner och Landsting. I samband med innehållsanalysen gjordes även en översikt av artiklarna, avhandlingarna, rapporten och kunskapsöversikterna där författarnas teoretiska utgångspunkt, deras urval, materialets resultat innehåll och hur författarna hade tolkat resultatet i relation till den teoretiska utgångspunkten ingick.

ANALYS

De slutgiltigt valda artiklarna, rapporten, avhandlingarna och kunskapsöversikterna lästes av samtliga i gruppen. Först lästes artiklarna, avhandlingarna, rapporten och kunskapsöversikterna ytligt, därefter diskuterades innehållet i dessa. För att kunna kartlägga den utvalda litteraturen gjordes en översikt på en whiteboardtavla där två frågeställningar kom fram. Dessa utgjorde sedan underlag för innehållsanalysen. Frågeställningarna utgick ifrån syftet och var:

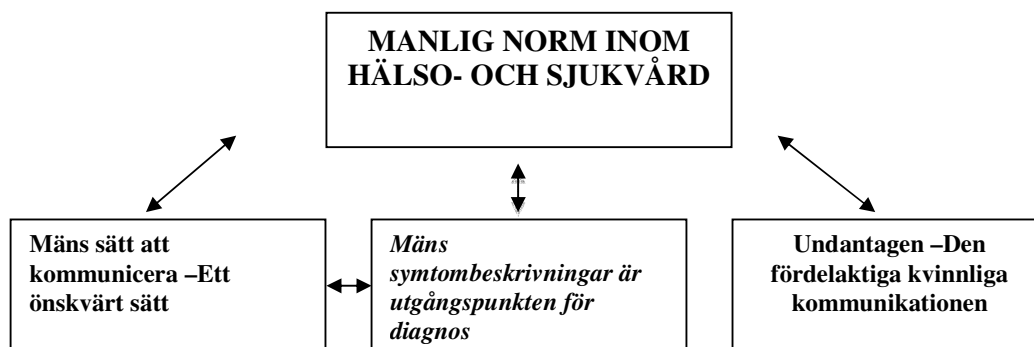
- Vilken är den rådande genusordningen inom hälso- och sjukvård?
- Hur påverkar kommunikationen den rådande genusordningen?

Utifrån de valda frågeställningarna gjordes sedan innehållsanalysen utifrån Graneheim och Lundmans (2003) studie *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*. Resultat och slutsatser i materialet analyserades genom en öppen analys där det manifesta innehållet bearbetades. Innehållsanalys

gjordes av artiklarna, avhandlingarna, rapporten och kunskapsöversikterna. Resultatet av innehållsanalysen mynnade ut i ett huvudtema – **Manlig norm inom hälso- och sjukvård** och tre subteman – **Mäns sätt att kommunicera – Ett önskvärt sätt**, **Mäns symtombeskrivningar är utgångspunkten för diagnos** och **Undantagen – Den fördelaktiga kvinnliga kommunikationen**.

RESULTAT

I ett flertal av de artiklar som inkluderades i resultatet togs närvaron av den manliga normen på sjukhus upp. Det diskuterades till vilken grad den manliga normen var närvarande och hur det i slutändan inverkade på organisationens uppbyggnad (Albinsson & Arnesson, 2000; Foss & Sundby, 2003; Smirthwaite, 2007; Socialstyrelsen, 2008; Öhman, 2009; Öresland et al., 1999). Hur den manliga normen påverkade organisationen och därmed personal och patienter beskrevs olika i de valda artiklarna. Några former, som närvaron av den manliga normen uttrycktes genom, var skillnad i lön mellan kvinnor och män i samma yrke, få kvinnor på höga beslutspositioner och svårare för kvinnor att avancera inom organisationen (Socialstyrelsen, 2008; Öhman, 2009; Öresland et al., 1999). På patientnivå har den rådande manliga normen uttryckts i olika vård för kvinnor och män och att kvinnor och män inte bemötts på samma sätt (Arslanian- Engoren, 2000, 2001, 2002; Bergelsson & Tomasso, 1995; Frinch et al., 2006; Macintyre et al., 1999; Socialstyrelsen, 2008) Forskningen har främst varit inriktad på män, något som i längden gjort att hälso- och sjukvård inte varit förberedda att tolka och bedöma kvinnors symtom (Söderström, 2004). Upprätthållandet av den manliga normen inom hälso- och sjukvård kan vara sättet som vårdpersonal och patienter kommunicerat på (Foss & Sundby, 2003; Nilsson & Sätterlund Larsson, 2005). Genom kommunikationen har de av samhällets rådande normer och värderingar upprätthållits och därmed har den manliga normen fortsatt att råda inom hälso- och sjukvårdens organisation (Foss & Sundby, 2003).



Figur: Manlig norm inom hälso- och sjukvård är huvudtemat, *mäns symtombeskrivningar är utgångspunkt för diagnos* är undertema till subtemat **Mäns sätt att kommunicera - Ett önskvärt sätt**. **Undantagen – Den fördelaktiga kvinnliga kommunikationen** är subtema till **Manlig norm inom hälso- och sjukvård**.

MANLIG NORM INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Socialstyrelsen fick år 2002 i uppdrag från regeringen att utreda hur hälso- och sjukvården samt socialtjänsten behandlade frågor som rörde jämställdheten inom de olika

organisationerna. Undersökningen genomfördes 2003 och utmynnade 2008 i rapporten "*Mot en mer jämställd sjukvård och socialtjänst*". Rapporten innefattade bland annat könsskillnader i hälso- och sjukvård och huruvida det fanns ett köns- och genusperspektiv inom de medicinska grundutbildningarna (Socialstyrelsen, 2008). Socialstyrelsens första utredning 2003 följdes upp med en kunskapsöversikt från Sveriges kommuner och landsting (2007) "*(O)jämställdhet i hälsa och vård*". Kunskapsöversikten behandlade hur fördomar gentemot könen kunde inverka negativt på den samlade upplevelsen av hälsa hos befolkningen, samt leda till feldiagnostisering och då även död (Smirthwaite, 2007). I socialstyrelsens (2008) rapport diskuterade författarna om det kunde vara den manliga normen på sjukhus som låg till grund för felbehandling av kvinnor, samt vara en av anledningarna till att det främst var kvinnor som anmälde sina vårdkontakter till hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (Socialstyrelsen, 2008). Det ansågs kunna vara en orsak att vården i sig som organisation inte var anpassad efter de vårdsökande kvinnornas behov, utan att vården främst utgått från den manliga patienten, både när det kom till val av behandling och hur symtom bedömdes och patienten bemöttes (Foss & Sundby, 2003; Socialstyrelsen, 2008).

Inom hälso- och sjukvården har könsskillnader främst varit kopplat till de professionella hierarkierna där männen utbildat sig till läkare och kvinnorna till sjuksköterskor. Detta medförde således att den manliga normen, patriarkatet, kunde ses som en utgångspunkt för hur den strukturella organisationen byggdes upp och därmed även inverkade på individnivå. Dessa genusstereotyper har därefter blivit ett arv från generation till generation både vad gäller hälso- och sjukvårdsorganisationen och till den personal som arbetat där (Albinsson & Arnesson, 2000). Trots att fler kvinnor utbildat sig till läkare har traditionen av den manliga normen kvarstått, eftersom det främst varit män som suttit på de högre positionerna med befogenhet att fatta organisatoriska beslut medan kvinnorna fortfarande hamnat i mellan- och bottenskiktet av vårdens hierarki (Socialstyrelsen, 2008; Öhman, 2009; Öresland et al., 1999). Arvet av den manliga normen har kommit att visa sig även för de kvinnor som utbildat sig till läkare, de har inte fått samma möjligheter till att få hjälp av sjuksköterskor som de manliga läkarna. Bemötandet av de kvinnliga läkarna kunde ses som att vårdpersonalen inte själva hade varit observanta på att de i allra högsta grad hade arbetat efter den manliga normen och därmed upprätthållit denna hierarki (Öhman, 2009). Inom sjuksköterskeyrket, ett yrke som av tradition varit kvinnligt, har det de senaste åren skett en utveckling där fler män utbildat sig till sjuksköterskor. Även om det medfört att männen blivit representerade inom yrket har studier visat att manliga sjuksköterskor haft lättare att avancera inom vården och oftare fått mer organisatoriska arbetsuppgifter och i slutändan högre lön än sina kvinnliga yrkeskollegor (Socialstyrelsen, 2008; Öhman, 2009; Öresland et al., 1999). En studie har visat på att det främst varit den kvinnliga personalen som känt sig orättvist behandlade och att vården inte varit en jämställd arbetsplats. Detta gällde områden som lön, möjlighet att avancera, samt att de upplevde att deras ord och kunskap inte vägde lika tungt som de manliga yrkeskollegornas (Öresland et al., 1999).

När det kom till hur kvinnor respektive män uppfattades i sin yrkesroll som sjuksköterska har de kvinnliga sjuksköterskorna uppfattats som mer relationsorienterade än sina manliga kollegor, enligt Nilsson och Sätterlund Larssons studie (2005). Samma studie belyste även diskussioner kring huruvida kvinnors förmåga att möta patienter varit något naturligt för det kvinnliga. De manliga sjuksköterskorna ansågs mer teknikorienterade och de beskrevs som mer tekniska och praktiska än kvinnorna. Vidare uttryckte de intervjuade personerna att de kvinnliga sjuksköterskorna inte verkade tycka att den medicintekniska utrustningen var

speciellt intressant och antogs inte ha ambitionen att lära sig den (Nilsson & Sätterlund Larsson, 2005).

Den manliga normens inflytande på sjukvården har haft inverkan på hur vården har bedrivits bland annat när det gäller bemötande av manliga respektive kvinnliga patienter av läkare så väl som sjuksköterskor. Foss och Sundby (2003) har studerat hur patienter upplevt bemötande av sjuksköterskor och läkare. Där framkom att missnöjet främst gällde bemötandet från sjuksköterskor och det var framför allt de yngre kvinnliga patienterna som inte var nöjda med den vård som givits. Författarna diskuterade hur genusroller bibehölls och förstärktes under vårdvistelsen genom upprätthållandet av de sociala normer och vanor som var för samhället rådande vid genomförandet av studien. En anledning till de kvinnliga patienternas missnöje kunde vara att de av tradition ansvarat mer för omvårdnad i familjen, och att detta i sin tur medfört att de var mer uppmärksamma och eventuellt hade en högre känslighet för att kunna avgöra om vården var av god kvalitet eller inte (Foss & Sundby, 2003).

Närvaron av den manliga normen har även diskuterats utifrån hur manliga och kvinnliga patienter uppfattats av vårdpersonalen. Foss (2002) intervjuade personal som tillhörde yrkeskategorierna läkare och sjuksköterskor. Det fanns tydliga åsikter om vad som ansågs vara manligt respektive kvinnligt när de kom till hur dessa patienter upplevdes att vårda. Framför allt framkom det att kvinnor som grupp var besvärligare att vårda (Foss, 2002). Foss och Sundby (2003) konstaterade att kvinnor beskrevs som atypiska, som det andra könet, eftersom vårdpersonalen beskrev kvinnornas beteende som avvikande från männens, den manliga normen. Anledningen till att de sågs som mer besvärliga kunde bero på att de kvinnliga patienterna inte passat in i den norm som skapats av de män som haft ansvar för hur vården organiserats och då kvinnorna inte hållit sig till agendan hade de stört det vardagliga arbetet på avdelning. Kanske hade de kvinnliga patienterna även ett större kontrollbehov över sin situation under sjukhusvistelsen och låg därför ständigt steget före sjuksköterskorna. Detta ledde således till att de kvinnliga patienterna förväntade sig att sjuksköterskorna skulle ha utfört vissa uppgifter och detta medförde att vissa av sjuksköterskorna kände sig mer som betjänter och blev frånstulna sin auktoritet och status. I jämförelse med de kvinnliga patienterna fick männen sjuksköterskorna att känna sig viktiga då de visade mer tacksamhet (Foss & Sundby, 2003).

I samma studie framkom att sjuksköterskorna i diskussioner med varandra kommit fram till att de hellre velat arbeta på en avdelning med endast manliga eller kvinnliga patienter. Detta kunde härledas till den ständiga jämförelsen mellan manliga och kvinnliga patienter som sjuksköterskorna gjorde och som framställde kvinnorna som mer krävande. När sjuksköterskorna ombads att uppskatta hur lång tid de spenderade i ett patientrum med manliga respektive kvinnliga patienter, uppskattade alla att de spenderat mer tid i rummen med kvinnliga patienter än vad de faktiskt gjort. Uppskattningen av spenderad tid i männens rum var däremot överensstämmande i högre grad (Foss & Sundby, 2003).

Enligt sjuksköterskorna ställde kvinnliga patienter fler frågor och ville veta vad som skulle hända med dem. De kvinnliga patienterna ville i större utsträckning tala med en läkare medan de manliga patienterna oftare nöjde sig med att en sjuksköterska svarade på deras frågor. Kvinnliga patienter beskrevs som att de hade mer spörsmål och tankar som kretsade kring sina familjesituationer under sjukhusvistelsen. De manliga patienterna tyckte istället avsäga sig ansvaret för familjen i högre grad än kvinnor när de var sjuka (Foss & Sundby, 2003).

Patienters delaktighet i omvårdnad var ett annat ämne som forskare diskuterat utifrån ett genusperspektiv (Foss & Kirkevold, 2008; Foss & Sundby, 2003). Foss och Kirkevold (2008) presenterade illustrationer i artiklar som berörde delaktighet. Illustrationerna visade kvinnliga respektive manliga patienters roll i vården samt om det gick att skönja genusbias utifrån dessa. Då patienters delaktighet benämndes som något positivt valdes bilder av män som tycktes visa dem som starka, friska och välutbildade. När patienters delaktighet istället beskrevs som någonting negativt visade bilden en kvinna och undertonen pekade mot att den kvinnliga patienten stal läkarens kunskap och läkaren degraderades till en upppassare till den kvinnliga patienten som förde befälet (Foss & Kirkevold, 2008). De kvinnor som försökt använda sig av ökat inflytande på hur den personliga vården skulle utformas sågs som respektlösa gentemot den kunskap som sjuksköterskorna innehade, särskilt då de velat prata direkt med läkaren istället (Foss & Sundby, 2003).

Mäns sätt att kommunicera –Ett önskvärt sätt

Nilsson och Sätterlund Larsson (2005) visade att kvinnors och mäns sätt att kommunicera tycktes skilja sig från varandra och har värderats på olika sätt. I de flesta fall var det manliga sättet att kommunicera det sätt som ansågs vara normen och det kvinnliga sättet att kommunicera definierades utifrån den (Nilsson & Sätterlund Larsson, 2005). Foss och Sundby (2003) kunde utröna att det fanns kommunikation och kvinnlig kommunikation inom hälso- och sjukvården (Foss & Sundby, 2003).

Både kvinnliga och manliga vårdenhetschefer har beskrivit män som arbetat i vården som dem som använt sig av direkt kommunikation medan kvinnorna i vården tycktes gå omvägar när de kommunicerade. Vårdenhetscheferna ansåg att det var lättare att vara rak med en manlig kollega och diskussionerna beskrevs som mer sansade. Vårdenhetscheferna omnämnde istället de kvinnliga kollegorna som att de saknade lugn, kontroll och sunt förnuft vilket i slutändan ledde till att de blev svårare att diskutera med (Nilsson & Sätterlund Larsson, 2005).

Foss och Sundby (2003) fann att sjuksköterskorna ansåg att de yngre, kvinnliga patienterna var mest krävande medan läkarna tyckte att de äldre kvinnliga patienterna var de som var mest krävande. De yngre kvinnliga patienterna ansågs av både läkarna och sjuksköterskorna som mer medvetna om sina rättigheter. De var mer benägna att ställa frågor, kräva svar och att bli lyssnade på jämfört med de manliga patienterna. Sjuksköterskorna såg egenskaperna hos de yngre kvinnliga patienterna som negativa då de inte följde sjuksköterskornas uppmaningar i samma utsträckning som de manliga patienterna. De äldre kvinnliga patienterna beskrevs av läkarna som diffusa i sina symtombeskrivningar samt att de gjorde irrelevanta utsvävningar och ansågs följaktligen slösa med läkarens tid. Män som hade en diffus symtombild beskrevs, enligt läkarna, symtomen mindre utbroderat och mindre tidskrävande än kvinnorna. Sjuksköterskorna framställde det som att de äldre kvinnliga patienterna inte vågade vara tydliga i sina frågor vilket gjorde att det blev svårare för läkarna att förstå vad de egentligen menade (Foss & Sundby, 2003).

Mäns symtombeskrivningar är utgångspunkten för diagnos

Forskare runt om i världen har funnit att kommunikation av symtom har styrts hur patienter triagerats. Studierna visade att kommunikation av symtom utgick ifrån vad som ansågs vara normalt hos män (Arslanian- Engoren, 2000, 2001, 2002; Bergelsson & Tomasso, 1995; Frinch et al., 2006).

Honkasalosisid (2004) fann genom studier gjorda i Finland, att sjukdomar och dess symtom vanligen inte uppfattades som neutrala av samhället utan innehöll värderingar om rätt och fel, gott och ont. Då forskning om olika sjukdomar varit inriktade på den manliga kroppen, har normen av symtom på sjukdom blivit manlig. Orsaken till att den manliga normen har styrts kan ha varit att forskningen på 1960- talet inriktade sig på de mest ohälsosamma människorna i samhället, alltså männen. Människors sjukdomsföreställningar konstruerades genom det kontext människorna befann sig i. Dessa sjukdomsföreställningar kunde påverka skillnader i vårdinsatser för män och kvinnor då symtomen uttrycktes och uppfattades olika (Honkasalosisid, 2004). Söderström (2004) fann däremot i sina studier att forskarna motiverade uteslutandet av kvinnor i sina studiepopulationer med menstruationen, som ansågs störa forskningsstudierna. Detta trots att studierna behandlade en sjukdom som drabbade både kvinnor och män. Vissa forskare har betraktat män men inte kvinnor som en homogen grupp. Andra gånger motiverades genusbias med att forskningsresultaten blev mindre tillförlitliga då genusfaktorn var svår att mäta (Söderström, 2004).

Vårdpersonal har tolkat patienters symtombeskrivningar med hjälp av klinisk kunskap som inneburit att de använt sig av både objektiv fakta och erfarenheter från tidigare patientberättelser. Summan av biomedicinsk fakta och personliga erfarenheter, värderingar och känslor hos vårdpersonalen påverkade bedömningen av symtomen. Patientens kön men också vårdpersonalens kön spelade roll för hur bedömningen gjordes och hur patienterna och vårdpersonalen kommunicerade med varandra. Positionerad kunskap kunde enligt forskaren förklara denna genusbias. Positionerad kunskap innebar att människor skapade den kunskap människan har. Kunskapen låg med andra ord inte bara och väntade på att bli funnen. Den utgick ifrån ett begränsat perspektiv och var präglad av vår plats i världen och vårt synsätt (Forssén, 2004).

I en studie av Bergelsson och Tomasso (1995), vars syfte var att se om det fanns skillnader mellan män och kvinnor i bedömning och behandling av hjärtsjukdom, fann forskarna att så var fallet. De drog slutsatsen att denna genusbias uppstod tidigt i mötet med patienten på grund av skillnader i symtombeskrivningarna mellan män och kvinnor (Bergelsson & Tomasso, 1995). Uppfattningen om att genusbias uppstår tidigt i mötet med patienten beskrevs också av Arslanian- Engoren (2000) och Macintyre et al. (1999). Arslanian- Engoren (2000) intervjuade legitimerade sjuksköterskor och fann att sjuksköterskorna hade en uppfattning om att män ansågs söka vård för sina symtom senare än kvinnor och först efter påtryckningar av personer i deras närhet. Kvinnor ansågs däremot söka vård utan påtryckningar (Arslanian- Engoren, 2000). Macintyre et al. (1999) beskrev att det inom hälso- och sjukvården har funnits en uppfattning att kvinnor överrapporterat sin ohälsa och att de accepterat rollen som det mer sjukdomsdrabbade könet, vilket i sin tur kan ha lett till att de inte bemötts på samma sätt som männen. Samma forskare beskrev också föreställningen om att kvinnor skulle ha en lägre tröskel för sjukdom och att de i större utsträckning hade tagit kontakt med sjukvården för "obetydliga åkommor". I undersökningen kunde ingen statistiskt säkerställd skillnad påvisas för att stärka detta påstående. Fördomarna kring hur kvinnor skattat sin ohälsa kunde härröras till gamla stereotyper som hängt kvar trots den sociala och kulturella utvecklingen (Macintyre et al., 1999).

Föreställningen om att män sökte vård senare än kvinnor och att kvinnor överrapporterade sin ohälsa resulterade i att sjuksköterskorna utgick ifrån att mäns tillstånd var allvarligare än kvinnors och triagerade därför män och kvinnor olika direkt vid ankomst (Arslanian- Engoren, 2000). Det har även framkommit att sättet som patienten redovisade sina symtom på, verbalt

och ickeverbalt, spelade en avgörande roll för bedömningsprocessen (Arslanian- Engoren, 2000; Frinch et al., 2006). Sjuksköterskorna beskrev att den individuella uppfattningen av de olika könen också var en del av denna process (Arslanian- Engoren, 2000; Frinch et al., 2006; Macintyre et al., 1999).

Arslanian- Engoren (2000) fann också att män beskrev sina symtom specifikt som exempelvis att de hade bröstsmärta medan kvinnor hade en mer allmän symtomberättelse. Sjuksköterskorna beskrev att de var medvetna om att män och kvinnor presenterade sina symtom olika, trots att det gällde samma sjukdom, men för att göra en bedömning var de tvungna att spegla de kvinnliga symtomen mot männens då forskningsresultat oftast är baserade på män (Arslanian- Engoren, 2000). I en senare studie utgick Arslanian- Engoren (2002) från ett feministiskt analysperspektiv. Hon fann att oavsett om patienterna använde ungefär samma ord för att beskriva en upplevelse tolkades innebörden olika beroende på exempelvis personens klass, etniska tillhörighet och kön (Arslanian- Engoren, 2002). Flera studier visade att legitimerade sjuksköterskor lade stor vikt vid vilka ord patienten använde för att beskriva symtom. Använde patienten ord som för sjuksköterskan ansågs som klassiska för en viss sjukdom, påverkade detta triageringen (Arslanian- Engoren, 2002; Frinch et al., 2006). De klassiska orden hade sjuksköterskan lärt sig genom utbildning baserad på forskningsresultat, alltså forskning oftast gjord på män. Forskaren diskuterade om tilltron till det som framstod som rätt och riktigt utifrån forskningsresultat på män kunde förhindra att korrekta vårdinsatser gjordes för kvinnor (Arslanian- Engoren, 2002).

Undantagen –Den fördelaktiga kvinnliga kommunikationen

Kvinnors sätt att kommunicera värderades emellertid högre än männens i ett fåtal situationer såsom vid telefonrådgivning (Höglund & Holmström, 2008), de unga kvinnornas kommunikation gentemot läkaren och vid samtal om allvarliga diagnoser (Foss & Sundby, 2003). De kvinnor som ringde upp sjuksköterskorna beskrevs som lättare att förstå samt bättre på att beskriva symtom mer detaljerat än männen. Sjuksköterskorna fick större förtroende för mammorna som ringde angående sina barn än vad de fick för papporna. Papporna ansågs sämre att prata med eftersom de kunde mindre om symtomen hos barnet än mammorna. Det var heller inte ovanligt att telefonsamtalen togs över av mammorna för att rätt information skulle förmedlas till sjuksköterskorna (Höglund & Holmström, 2008).

Vid telefonkommunikation mellan kvinnliga sjuksköterskor och kvinnliga uppringare skapades band lättare än när de kvinnliga sjuksköterskorna talade med en man i telefonen. Banden kunde härledas till moderskänslor eftersom de kvinnliga uppringarna ofta ringde angående sina barn, vilket fick de kvinnliga sjuksköterskorna att relatera till sitt eget moderskap. Det var lättare att visa känslor, konversationen gick smidigare och det kändes givande att kunna hjälpa dessa mammor som visade en stor uppskattning. En del av sjuksköterskorna nämnde att de kunde få moderskänslor *för* de unga mammorna som ringde upp. Sjuksköterskorna uppgav att de varken pratade om samma saker eller med samma röstläge med papporna som ringde upp, som med mammorna (Höglund & Holmström, 2008).

Sjuksköterskorna på telefonrådgivningen nämnde också tillfällen då manliga uppringare varit respektlösa, nedvärderande och stränga mot dem på ett sätt som de ansåg att kvinnor sällan var. Kvinnorna som ringde ansågs istället vara upprörda, oroade, emotionella, osäkra eller utmattade (Höglund & Holmström, 2008).

En annan situation då kvinnors sätt att kommunicera värderats högre än männens var vid tillfällena då läkarna skulle tala med patienter om känslor och svåra saker som exempelvis allvarliga diagnoser. Läkarna i studien tyckte att det var lättare att tala med kvinnliga patienter. Manliga patienter sågs som vanskeligare att kommunicera med vid sådana situationer då de beskrevs ha en "vägg" omkring sig. Även när det kom till de yngre kvinnliga patienterna ansåg läkarna att de hade kommunikativa egenskaper som var fördelaktiga i jämförelse med männen. Läkarna uppskattade att de unga kvinnliga patienterna kunde ge ett tydligt svar när läkarna frågade vad de kunde göra för dem. De manliga patienterna svarade (Foss & Sundby, 2003) oftare på samma fråga att det var upp till läkaren eftersom denne hade kunskapen och därmed visste bäst (Foss & Sundby, 2003).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Valet att göra en litteraturoversikt gjordes då en önskan fanns att ge en bild av och tydliggöra vilken betydelse kommunikation hade i relation till genus. Det hade varit intressant att följa upp litteraturoversikten med en intervjustudie utifrån de frågeställningar som varit med sedan arbetets start, där både patienter och personal ingick. Detta för att få en mer djupgående insyn i vad genus och kommunikation gör med oss människor.

Under litteratursökningen visade det sig att det inte var lätt att hitta forskningsmaterial som behandlade både genus och kommunikation. De största problemen var det faktum att mycket av den forskning som fanns tillgänglig var gjord under 1990-talet. Studierna som användes var gjorda av ett fåtal författare och de hade i viss utsträckning använt sig av samma population. Detta behöver dock inte bara ses som någonting negativt. I och med att det till viss del varit samma forskare som genomfört olika studier har en längre tankekedja om hur de har sett på genus inom hälso- och sjukvård kunnat följas. Forskarna hade använt sig av olika utgångspunkter och ansatser i de olika studierna, vilket medförde en bredd i det insamlade och analyserade resultatet. Av de tolv artiklarna i resultatet var sex kvalitativa studier och sex kvantitativa studier.

Under planeringen av litteraturoversikten var målet att inte använda artiklar som var äldre än tio år, alltså gjorda före 2000-talet. Då det visade sig vara svårt att få fram relevant material användes studier äldre än så. En av artiklarna var från 1995 och två var från 1999, resten var gjorda mellan åren 2000-2008.

Alla studier var gjorda i västvärlden. Tre från Sverige, tre från Norge, tre från USA, en från Skottland samt en studie som hade med undersökningar gjorda i Sverige, Norge och Danmark. Studierna var således gjorda i länder vars sociala struktur hade vissa likheter med varandra, både när det kom till utformning av hälso- och sjukvård samt den ekonomiska situationen i respektive land. Även om det finns skillnader mellan de länder som studierna utförts i, fanns tillräckligt mycket likheter för att studierna skulle kunna användas och därmed styrka resultatet.

En av artiklarna var en review som hade bearbetats utifrån en ny utgångspunkt, en genusrelaterad teoretisk utgångspunkt. Därför tillförde den kunskap till litteraturoversikten. I tillägg till de vetenskapliga artiklarna har en rapport, avhandlingar och kunskapsöversikter från

bland annat Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting använts. Dessa medtogs då de gav en bild av hur Landstingen synliggjort genus inom hälso- och sjukvård.

Kunskapsöversikten från Sveriges Kommuner och Landsting användes för att spegla hur genus uppmärksammas och behandlas i den svenska hälso- och sjukvården, både på en organisations- och individnivå. Den andra kunskapsöversikten från Högskoleverket gav en bred bild om hur patienter bemöts utifrån ett genusperspektiv både i Sverige och i utlandet. För att få ytterligare bekräftelse på att avhandlingarna, rapporten och kunskapsöversikterna var av vetenskaplig art kontaktades utgivarna vilka bejakade vetenskapligheten.

Några svårigheter med litteraturstudien har redan tagits upp. Andra svårigheter var att studierna hade tolkats utifrån forskarens premisser, en tankegång som inte kunnat tas del av. Det kan i sin tur ha lett till att studierna vinklats åt ett visst håll utan att insynen i denna vinkling kunnat utrönas. Fler studier gjorda ur ett patientperspektiv hade varit önskvärt. Resultatet saknar vinklingar utifrån etnicitet, handikapp, kultur och religion, något som hade kunnat ge en större mångfald och en mer verklig samhällsbild av hur kommunikation och genus står i relation till varandra.

I tillägg till de vinklingar som kan antas ha gjorts av författarna till arbetets material, har resultatet i denna litteraturöversikts utformning bidragit till upprätthållandet av den rådande genusordningen. Upplägget av arbetet har varit ett medvetet val för att tydliggöra den manliga normens ständiga närvaro. Närvaron av den manliga normen har kommunicerats i allt material, främst genom de tydliga uppdelningar mellan manligt och kvinnligt, en uppdelning som också hållits fast vid i litteraturöversiktens resultatdel.

Denna litteraturöversikt är gjord i en grupp av tre medlemmar, något som inte tillhör vanligheterna på institutionen. Att vara tre i gruppen har varit fördelaktigt. Genom att vara tre har diskussionerna kring resultat och innehåll i studierna varit mer ingående vilket har gett en bredd och tyngd till arbetet.

RESULTATDISKUSSION

Syftet med litteraturöversikten var att beskriva den rådande genusordningen inom hälso- och sjukvård, samt huruvida kommunikation inverkar på skapandet och upprätthållandet av den. Sjuksköterskans ansvar är att bedriva god omvårdnad på lika villkor för hela befolkningen. Det är något sjuksköterskor är ålagda att göra enligt hälso- och sjukvårdslagen och därför ska detta vara den grund som sjuksköterskor utgår ifrån i planeringen av det dagliga arbetet.

Efterföljandet av lagen kan underlättas med ett synsätt som utgår från upprättandet av den mellanmänniska relationen. I början av sjuksköterskeutbildningen tilldelades alla en lapp med följande fyra frågor som skulle vara centrala i utformandet av den omvårdnad som skulle komma att ges till patienter:

- Vad ser jag?
- Vad tänker jag?
- Vad känner jag?
- Vad gör jag?

Syftet med frågorna var att tänka kritiskt över alla de handlingar vi gör som sjuksköterskor. Med lagen som utgångspunkt, Travelbees omvårdnadsteori och dessa reflektionsfrågor borde

det som sjuksköterska finnas bra förutsättningar för att bedriva en jämställd, god omvårdnad. Som visats på i både bakgrund och resultat är verkligheten inte så enkel.

Den manliga normen är allena rådande inom hälso- och sjukvårdens organisation. Det är männen som med sina höga positioneringar tar de avgörande besluten om hur vården ska organiseras och därmed passar männen bättre in i rollen som patient. Detta är en följd av den biomedicinska vetenskapen som av tradition inriktat sig på att utreda hur sjukdom ter sig hos män och hur män kommunicerar dessa sjukdomars symtom. Frågan om det finns ett ”tvåpatientssystemet”, patienten och den kvinnliga patienten, har växt fram under skrivandet av uppsatsen. Den kvinnliga patienten kommer hela tiden speglas mot patienten för att kunna förstås. Vidare leder detta till att den kvinnliga patienten inte får någon säker plats inom hälso- och sjukvården. Hon blir således alltid en avart, en atypisk tingest, vars beteende alltid kommer att ses som avvikande från den nu rådande normen. Centralt för urskiljningen mellan människotyper är uppfattningen om det biologiska könet, det vill säga könsorganet. Thurén (2003) skriver om människors behov av att kategorisera för att förstå oss själva i relation till vår omgivning (Thurén, 2003). Genom systemen rättfärdigas handlingar som kommuniceras genom bemötandet av patienter. Svårigheterna med ett samhälle som är uppbyggt genom kategoriseringar, kan komma till uttryck genom ett missnöje hos dem som inte passar in. Foss (2002) visade på att det varit de unga kvinnorna som inte känt sig tillfreds med bemötandet från sjuksköterskorna. Samma grupp av patienter har även omnämnts som de mest krävande att vårda av sjuksköterskor i Foss och Sundbys (2003) studie. Anledningen kan vara det faktum att de kvinnliga patienterna inte passar in i den organisation som är uppbyggd av män, det vill säga som utgår och vilar på den manliga normen. De kvinnliga patienterna kommer således alltid att betraktas som mer krävande än männen, eftersom de ställer krav utifrån sina behov, de kvinnliga behoven. En omvårdnad som uppfyller dessa behov finns inte tillgänglig inom dagens hälso- och sjukvård. Det är föga förvånande att det är de kvinnliga patienterna som är missnöjda med hur vården bedrivs, då det är dem som står i ett utanförskap och därmed har lättare att uppmärksamma de skillnader som finns. Öresland et al. (1999) diskuterade huruvida det främst var de kvinnliga anställda inom hälso- och sjukvård som uppmärksammat de skillnader som fanns mellan kvinnor och män och därför kände sig missnöjda. Skillnaderna handlade främst om lönen, möjligheterna till att göra karriär samt att avancera (Öresland et al., 1999). Kontentan av dessa studier blir därmed att det är negativt att vara kvinna inom hälso- och sjukvård.

Den mellanmännsliga relationen skapas genom fem steg där alla måste uppnås för att nå resultatet god omvårdnad. I det första steget behandlas sjuksköterskans observation av den vårdsökande människan. Observationen syftar till att ta reda på vem personen som söker vård är och vilka omvårdnadsåtgärder denna person är i behov av (Travelbee, 2001). Med ett samhälle och en hälso- och sjukvårdsorganisation som utgår från den manliga normen blir de patienter som inte uppfyller den manliga stereotypen också bemötta som atypiska för den vård som erbjuds. Så som hälso- och sjukvården är utformad idag blir det således omöjligt för sjuksköterskan att uppfylla de fem stegen som leder till den mellanmännsliga relationen och i ett vidare perspektiv även lagen om jämställd vård på lika villkor för alla.

Den mellanmännsliga relationen skapas främst med hjälp av kommunikationen. Problemet blir dock när sjuksköterskan använder kommunikationen på ett felaktigt sätt och snarare stöter bort patienten (Travelbee, 2001). Kvinnliga patienter inom hälso- och sjukvården har som tidigare beskrivits omtalats som krävande, som att de tar vårdpersonalens tid och som att de uppfattas som osakliga och diffusa i diskussioner där män snarare setts som raka i sin kommunikation

(Foss & Sundby, 2003; Nilsson & Sätterlund Larsson, 2005). Det finns en tanke om att vården ska utgå från ett holistiskt tänkande där det ska ges mer plats åt den enskilda individens behov. Det anses även vara centralt i Travelbees omvårdnadsteori. Människan kan inte vara unik om vården inte låter patienten vara sig själv, sin egen identitet, och att det då är omöjligt att upprätta den mellanmännsliga relationen om människan inte får vara unik (Travelbee, 2001). Upprätthållandet av den manliga normen inom hälso- och sjukvård innebär dock att det inte är möjligt för patienten att vara unik eftersom det redan finns en förförståelse om hur människan ska bete sig i rollen som patient. På grund av den kontext som patienten befinner sig i, alltså sjukvårdorganisationen som utformas enligt den rådande manliga normen, påverkas kommunikationsprocessen. Det beror på att det inte bara är meningar och ord som ska tolkas av deltagarna, utan hela den samlade kontext som både patienten och sjukvårdspersonalen befinner sig i (Nilsson & Waldemarsson, 2007).

Kommunikationen är således central i utformningen av en patients vård. Det finns dock strikta regler över vad som anses vara korrekt att prata om inom vården. Hälso- och sjukvårdspersonal har tyckt att det varit enklare att gå in till salar med manliga patienterna i jämförelse med salar med enbart kvinnliga patienter (Foss & Sundby, 2003). Med tanke på att de kvinnliga patienterna har befunnit sig på sjukhus, borde det anses självklart att få lyfta frågor och funderingar om sin hälsa och ohälsa. Om tanken är att vården ska utgå från ett holistiskt synsätt, där vården ska utformas utifrån den enskilda människans behov, är det då inte intressant för vårdpersonalen att diskutera med patienterna om hur den specifika sjukdomen inverkar på just den personens liv? Hur kan vårdpersonalen vara med och bidra till att livssituationen förbättras? Vårdpersonal borde ha de kunskaper som krävs för att bemöta och samtala med patienterna om deras upplevelse av hälsa och ohälsa, det ska inte anses vara besvärande att gå in till de patienter som vill det.

Det enda undantaget som framkom i resultatet där sjuksköterskor värderade kvinnlig kommunikation högre var i Höglund och Holmströms (2008) studie om telefonrådgivning. Det kvinnliga sättet att kommunicera på, med sjuksköterskor, anses alltså vara till fördel endast när de ringer till telefonrådgivning och att deras samtalsämnen bland annat kan kopplas till moderskap. Den positiva egenskapen som kvinnorna besitter handlar främst om att ge detaljerade, tydliga symtombeskrivningar (Höglund & Holmström, 2008). Samma egenskap, förmågan att uttrycka symtom, har i Foss och Sundbys (2003) studie dock setts som någonting negativt. Då har kvinnors detaljerade symtombeskrivning ansetts slösa på personalens tid då de inte kommit till kärnan av problemet utan istället svävat ut för mycket. Det är svårt att hitta en bra förklaring på denna paradox, å ena sidan är det positivt att kvinnor uttrycker och kan kommunicera symtom på ett beskrivande sätt, å andra sidan anses dessa målande beskrivningar ta upp för mycket tid, det vill säga slösa på vårdpersonalens resurser. En möjlig förklaring kan handla om att det vid telefonrådgivning är svårare att få en bild av patienten på annat sätt än just den personens beskrivning av vad som är problemet. Det finns ingen möjlighet att göra några andra kontroller som exempelvis blodtryckskontroller, puls och blodprover. Sjuksköterskan måste helt enkelt ta beslut endast utifrån den symtombeskrivning som patienten ger. En annan förklaring kan vara att de som ringer in till telefonrådgivning inte befinner sig på sjukhus och därmed står utanför den organisation som säger sig vara tidspressad.

Kvinnlig kommunikation värderades högre av läkarkåren vid två specifika situationer, de unga kvinnornas delaktighet i sin omvårdnad samt när läkarna skulle ge patienter svåra besked (Foss & Sundby, 2003). Kan detta bero på att läkarna som kommer med svåra besked vill ha en bekräftelse på att budskapet är mottaget? Bekräftelsen kan komma till uttryck genom att visa

känslor. Genom att bekräfta läkarnas ord med känslor kan de få en uppfattning om patienten har förstått det budskap som har givits. Detta blir en förutsättning för att läkaren tillsammans med patienten ska kunna gå vidare med behandling. Det kan även härledas till skapandet av den mellanmänniska relationen, där vårdgivaren når fram till patienten, genom dialogen, och patienten når fram till läkaren. I tillfällena där läkarna omnämnde de unga kvinnliga patienternas sätt att kommunicera som mer positivt, kan en anledning vara att det blev lättare för läkarna att fatta beslut om åtgärder när patienten specifikt uttryckt en önskan om hur vården skulle utformas. Eventuellt kan dessa tillfällen som anses positiva, relateras till att läkarna inte behöver ta samma ansvar för hur den individuella vården ska utformas och att det i sin tur kan leda till en mer nöjd patient.

Kvinnlig kommunikation värderas således endast högre inom hälso- och sjukvård när det kommer till telefonrådgivning med sjuksköterskor, samt unga kvinnors önskan om delaktighet och besked om allvarliga diagnoser. I motsats till den positiva kvinnliga kommunikationen finns det inom hälso- och sjukvård fördomar kring hur kvinnor kommunicerar sina symtom när de söker vård (Macintyre et al., 1999; Socialstyrelsen, 2008). Förklaringar till att kvinnor triagerats annorlunda än män kan härröras till att gamla stereotyper hänger kvar trots den kulturella och sociala utveckling som har ägt rum i samhället. Kvinnor som söker vård blir därmed behandlade annorlunda än männen eftersom hälso- och sjukvården fortfarande har uppfattningen att de söker för obetydliga åkommor (Macintyre et al., 1999). Bilden av kvinnor inom hälso- och sjukvård kan relateras till den starka manliga norm som råder. Trots den sociala utveckling som kvinnan har gjort inom samhället som stort, med större inflytande och mer jämlikhet har denna utveckling ännu inte nått hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvården är en diskurs för sig som inte har utvecklats parallellt med det övriga samhället. Denna diskurs kan i så fall vara en förklaring till att kvinnor behandlas annorlunda i jämförelse med männen. En möjlighet till förändring inom hälso- och sjukvården skulle kunna härledas till Foucaults tankar om ett kritiskt tänkande om sociala konstruktioner, diskurser, hur de påverkar oss och vårt sätt att vara (Foucault, 1993, 2002).

Närvaron av stereotypisering inom hälso- och sjukvård skulle också kunna relateras till utvecklingen, eller ickeutvecklingen av yrket sjuksköterska och omvårdnaden som ämne. Trots det akademiska intåget på sjuksköterskeutbildningen med tanken om ett självständigt yrke, håller de gamla diskurserna kvar synen på yrket som ett kall. Omvårdnaden ses som något kvinnlig och moderligt, som för kvinnor inte kräver någon ytterligare kunskap eller kompetens. Det finns således en tanke om att omvårdnaden som sådan följer med det kvinnliga könet, som någonting naturgivet (Nilsson & Sätterlund Larsson, 2005). I resultatet har moderskapet uttrönts som något centralt, en grundpelare för omvårdnaden och därmed yrket som sådant. Moderskapet kommer till uttryck i situationer när sjuksköterskan tar hand om patienterna. Det är genom detta moderskap som den kvinnliga sjuksköterskan får makt inom hälso- och sjukvård. I dessa omvårdnadssituationer skapar sjuksköterskan band till patienten, dessa band är de som bekräftar sjuksköterskans yrkesidentitet och därmed säkerställer dennes auktoritet i organisationen. Det kan då tyckas att den kvinnliga sjuksköterskeidentiteten är byggd på moderlig omsorg för patienten och när denna omsorg tas ifrån henne, exempelvis av unga kvinnliga patienter, skapas en obalans som nedvärderar sjuksköterskans tilldelade kompetens. Av tradition kan det då ses som att sjuksköterskeyrket består av en treenighet: kvinna, moder och omvårdnadsansvarig. De män som söker sig till yrket kommer därmed alltid att hamna i en gråzon, där de blir tilldelade en alternativ yrkesidentitet som mer fokuserar på teknik och tar avstånd från den rena omvårdnaden. Denna särställning resulterar i en obalans som bland annat syns i lönesättning och möjlighet till vidareutbildning och avancemang. Trots samma yrkestitel

fortsätter diskursen inom hälso- och sjukvård att kommunicera manliga och kvinnliga egenskaper som varandras motsatser och därmed belönas egenskaperna enligt gamla inlärdade mönster. Moderskapet kommuniceras genom omvårdnadshandlingar och kan ses som en orsak till upprätthållandet av den rådande genusordningen inom hälso- och sjukvårdens organisation.

De upptäckter som gjorts under arbetet av uppsatsen har till stor del handlat om mänsklighetens vilja och strävan efter att sätta namn på saker, att kategorisera och dela in. För oss människor är en stor del av denna kategorisering vår förmåga att tillskriva olika personer och kön egenskaper, som anses vara genomgående för alla som hamnar i den sfär vi syftar att beskriva. Både Butler och Travelbee har diskuterat om begrepp som begränsar den individuella friheten hos människor (Butler, 1990, 2005, 2006; Travelbee, 2001). Performativitetsteorin syftar till skapandet av genusidentiteten, där denna genusidentitet som maktordning, enligt Robertsson (2010) är överordnad alla andra sociala maktordningar som samspelar det vill säga intersektionalitet. Butlers kritik gentemot kategorisering av människor och skapandet av normer är centralt för problemet med den manliga normen inom hälso- och sjukvård. Normen tar sig uttryck genom särskiljningen av könen, där tillskrivningen av egenskaper som är specifika för ett visst kön, exempelvis moderskapet, värderar oss och därmed kan vård på lika villkor inte ges. Vidare har både Butler och Travelbee diskuterat kring hur användningen av begrepp i kommunikationen med andra skapar värderingar gentemot den andra och i det föds ojämställdheten. Travelbee diskuterar kring hur begreppen sjuksköterska och patient avhumaniserar båda parterna och på så sätt försvåras upprättandet av den mellanmännliga relationen (Travelbee, 2001). Med utgångspunkt i Travelbees och Butlers tankegång om hur begreppen styr oss finns således förutsättningen för att förstå vilka begränsningar som begreppen medför i mötet med andra och i förhållande till sig själv. Sättet som vi kommunicerar på i vår roll som sjuksköterska kan därmed vara en orsak till upprätthållandet av ojämställdheten inom hälso- och sjukvård. För de människor som inte kan identifiera sig med sitt könsorgan och de tillskrivna egenskaper som det könsorganet medför, kan upprätthållandet av ojämställdheten bli extra tydlig. Dessa människor kommer med nuvarande organisation alltid att hamna i ett utanförskap eftersom de inte har en naturlig plats i systemet. Upprätthållandet av diskurser är därmed beroende av att vissa saker passar in och att andra inte gör det. En huvudkärna i Butlers genusteori handlar om att det inte ska finnas några normer, att det inte ska finnas specifika ramar för könstillhörighet. Butler menar att det inte ska finnas något specifikt kön (Butler 1990,2005,2006). Språket och dess kategorisering är det som upprätthåller genusordningen inom hälso- och sjukvård. Genusordningen uttrycks genom uppdelningen av manligt och kvinnligt, de egenskaper som setts som typiska för de båda könen och hur dessa människor förväntas uppföra sig som patienter och vårdpersonal. Det är vidare dessa specifika egenskaper som är centrala för hur vårdpersonal och patienter uppfattar varandra, något som detta arbete visat. När dessa förväntade egenskaper inte efterlevs blir vården bristande eftersom organisationen inte är uppbyggd och utformad fri från normer. Ett tydligt exempel på att samhället som stort inte förstått djupet av problemet med kategoriseringar kan vara WHO's definition på genusrättvisa som lyder:

"fairness and justice in the distribution of benefits and responsibilities between men and women, recognizing that women and men have different needs and power and that these differences should be identified and addressed in a manner that rectifies the imbalance between sexes" (WHO, 2010).

Problemet med denna definition är att den trots en god tanke blir begränsande och därmed förtryckande. I definitionen uppdelar WHO tydligt män och kvinnor i olika kategorier, samt

tillskriver dem naturligt specifika egenskaper för könen som ska vara utgångspunkten för skapandet av rättvis vård. Definitionen tar förvisso hänsyn till att kvinnor har sämre förutsättningar än män, men det blir svårt att arbeta mot en jämställd, rättvis vård och samhälle så länge dessa kategoriseringar förlöper. Det hade istället varit bättre om definitionen hade utgått från Travelbees och Butlers tankar om människan som unik och fri från förtryckande ramar.

SLUTSATS

Den manliga normen har satt agendan för hur hälso- och sjukvården ska organiseras och bedrivs, detta medför dock att de människor som inte har de tillskrivna egenskaperna som denna norm kräver kommer att hamna i ett utanförskap. Detta utanförskap leder till att hälso- och sjukvården inte kan följa den lag som den är ålagd att göra. Närvaron av den manliga normen kommuniceras i möten mellan alla människor som utgör hälso- och sjukvården, både på organisations- och individnivå. Kommunikationen blir en grundförutsättning för upprätthållandet och skapandet av de normer som är vår verklighet. Genom att använda kommunikationen på ett medvetet sätt ökar därmed möjligheten för att inkludera dessa människor som nu hamnar i utanförskapet.

Egna reflektioner

De frågor vi fick ta del av i början av vår utbildning som ett reflektionsverktyg för vår kommande yrkesidentitet kan öka möjligheterna till att ge en vård som inte ställer sig inom normen. Vi anser att med ett tillägg av frågan ”varför?” kan sjuksköterskan anta ett kritiskt ifrågasättande till sina egna normer och värderingar och därmed försöka att inte begränsa sig av dem.

- Vad ser jag?
- Vad gör jag?
- Vad känner jag?
- Vad tänker jag?
- ...och varför?

Vårt syfte med arbetet var att beskriva den rådande genusordningen inom hälso- och sjukvård samt huruvida kommunikationen inverkade på skapandet och upprätthållandet av den. Förekomsten av den manliga normen och upprätthållandet av genusordningen inom organisationen visade sig vara central för allt material i resultatet. Dock tycker vi oss kunna skönja att genusforskning inom omvårdnad är ett ungt och begränsat forskningsfält. Författarna till materialet har endast belyst genus på en ytlig nivå, ehuru vi anser att det är av största vikt att gå till botten med genusdiskussionen för att förstå problemets komplexitet. Vi anser därmed att det behövs mer forskning som inriktar sig mot genus och omvårdnad. Vi är medvetna om att vårt resultat hade kunnat få mer substans om det funnits mer forskningsresultat att analysera, men vi tycker ändå att syftet är uppnått.

Slutligen har litteraturstudien väckt frågor om hur vården i Sverige bör utformas. Hur skall de normer som finns inom hälso- och sjukvård brytas, utan att skapa en ny norm som i sin tur blir förtryckande? Hur skall problemet kunna synliggöras när det oftast är de förtryckta som upplever ojämställdheten? Medvetandegörandet om att normer och kategoriseringar styr oss samt att vi måste anta ett kritiskt tänkande gentemot dem, är det vi anser vara mest relevant för att kunna bedriva en jämställd vård.

REFERENSER

Albinsson, G., & Arnesson, K. (2000). *Makutövning ur ett organisations- och genusperspektiv –En studie om tjugo sjuksköterskor och undersköterskor vid en somatisk vårdavdelning*. (Doktorsavhandling) Lunds universitet: Pedagogiska institutionen. Hämtad 2010-03-29: http://dspace.mah.se:8080/bitstream/2043/7210/1/albinsson_arnesson.pdf

Arslanian-Engoren, C. (2000). Gender and age bias in triage decisions. *J Emerg Nurs*, 26(2), 117-123.

Arslanian-Engoren, C. (2001). Gender and age differences in nurses' triage decisions using vignette patients. *Nurs Res*, 50(1), 61-66.

Arslanian-Engoren, C. (2002). Feminist poststructuralism: a methodological paradigm for examining clinical decision-making. *J Adv Nurs*, 37(6), 512-517.

Bergelsson, B-A., & Tomasso, C-L. (1995). Gender differences in clinical evaluation and triage in coronary artery disease. *CHEST*, 6 (108), 1510-1513.

Butler, J. (1990). *Gender Trouble. Feminism and the Subversion of Identity*. Routledge: Taylor & Francis Books Inc.

Butler, J. (2005). *Könet brinner* (Svensk uppl.). Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Butler, J. (2006). *Genus ogjort* (Svensk uppl.). Stockholm: Nordstedts Akademiska Förlag.

de los Reyes, P., & Muliari, D. (2005). *Intersektionalitet: kritiska reflektioner över (o)jämlighetens landskap*. Malmö: Liber AB.

Eide, T., & Eide, H. (2006). *Kommunikation i praktiken – relationer, samspel och etik inom socialt arbete, vård och omsorg*. Malmö: Liber AB.

Forssén, A. (2004). Kan begreppet positionerade kunskaper användas för att granska och utveckla (allmän) medicinsk kunskap? I M. Leijonhufvud, & B. Antonsson. (Red.). *Medicinsk genusforskning - teori och begreppsutveckling*. (ss. 138-145). Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad 2010-03-29: http://www.cm.se/webbshop_vr/pdf/2004_2.pdf

Foss, C. (2002). Gender bias in Nursing Care? Gender- related differences in patient satisfaction with the quality of nursing care. *Scand J Caring Sci*, 16(1), 19-26.

Foss, C., & Kirkevold, M. (2008). Unfolding the invisible of the visible: gendered constructions of patient participation. *Nurs Inq*, 15(4), 299-308.

Foss, C., & Sundby, J. (2003). The construction of the gendered patient: hospital staff's attitudes to female and male patients. *Pat Educ Couns*, 49(1), 45-52.

Frich, J. C., Malterud, K., & Fugelli, P (2006). Women at risk of coronary heart disease experience barriers to diagnosis and treatment: A qualitative interview study. *Scand J Health Care*, 24(1) 38-43.

- Foucault, M. (1993). *Diskursens ordning*. Eslöv: Brutus Östlings Bokförlag Symposion.
- Foucault, M. (2002). *Sexualitetens Historia* (Band: 1, Viljan att veta). Göteborg: Daidalos AB
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nur Educ Tod*, 24(2), 105-112.
- Gunnarsson, E., & Szebehely, M. (2009). *Genus i omsorgens vardag*. Stockholm: Gothia Förlag AB.
- Hammarström, A. (2004). *Genusperspektiv på medicinen*. Stockholm: Högskoleverket.
- Honkasalosid, M-L. (2004). *Sjukdomsföreställningar och genus- Hur kan forskning om vardagsteorier bidra till vår förståelse av kvinnor och män i kulturellt kontext*. I M. Leijonhufvud, & B. Antonsson. (Red.). *Medicinsk genusforskning - teori och begreppsutveckling*. (ss. 121-137). Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad 2010-03-29: http://www.cm.se/webbshop_vr/pdf/vr_2004_2.pdf
- Höglund, T-A., & Holmström, I. (2008). "It's easier to talk to a woman". Aspects of gender in Swedish telenursing. *J Clinic Nurs*, 17(22), 2979-2986.
- Macintyre, S., Ford, G., & Hunt, K. (1999). Do women "over-report" morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness? *Soc Sci Med*, 48(1), 89-98.
- Nationalencyklopedin (2010). Hämtad från 2010-03-29: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/>
- Nilsson, B., & Waldemarsson, A-K. (2007). *Kommunikation. Samspel mellan människor* (3:e ed.) Lund: Studentlitteratur.
- Nilsson, K., & Sätterlund Larsson, U. (2005). Conceptions of gender - a study of female and male head nurses' statements. *J Nurs Manag*, 13(2) 179-186.
- Raadu, G. (2010). *Författningshandbok - för personal i hälso- och sjukvården* (41:a uppl.). Stockholm: Liber AB.
- Robertson, E. (2010). *Bemötande i vård och omsorg – genusperspektiv*. Handbok för hälso- och sjukvårdspersonal. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting/Regioner. Hämtad 2010-03-14: <http://www.vardhandboken.se/kategori/bemotande> .
- Smirthwaite, G. (2007). *(O)jämsliddhet i hälsa och vård- en genusmedicinsk kunskapsöversikt*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting. Hämtad 2010-03-29. http://brs.skl.se/brsbibl/kata_documents/doc39045_1.pdf .
- Socialstyrelsen. (2008). *Mot en mer jämställd sjukvård och socialtjänst*. Hämtad 2010- 03- 29: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8839/2008-131-1_20081311_rev1.pdf .

Söderström, M. (2004). *Forskningsetik, makt och kön*. I M. Leijonhufvud, & B. Antonsson. (Red.). *Medicinsk genusforskning - teori och begreppsutveckling*. (ss. 146- 152). Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad 2010-03-29: http://www.cm.se/webbshop_vr/pdf/er/vr_2004_2.pdf .

Thornqvist, E. (2001). *Kommunikation i kliniken*. Lund: Studentlitteratur.

Thurén, B-M. (2003). *Genusforskning – Frågor, villkor och utmaningar*. Stockholm Uppsala: Vetenskapsrådet.

Travelbee, J. (2001). *Mellommensklige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

World Health Organisation. (2002). *Mainstreaming gender equity in health. The need to move forward*. Madrid Statement. WHO Regional Office for Europe. Hämtad 2010-04-29: <http://www.euro.who.int/document/a75328.pdf> .

Öhman, A. (2009). *Genusperspektiv på vårdvetenskap*. Stockholm: Högskoleverket. Hämtad 2010-03-29: http://www.hsv.se/download/18.1dbd1f9a120d72e05717ffe1497/isbn_71-2.pdf .

Öresland, S., Jakobsson, A., & Segesten, K (1999). To see or not to see: perceptions of equality in a swedish university hospital. *Scand J Caring Sci*, 13(4), 227-233.

BILAGA 1
SÖKORD FRÅN ARTIKELSÖKNING

Databas	Datum	Avgränsning	Sökord	Antal träffar	Antal utvalda artiklar	Använda artiklar (författare)
Cinahl	2010-03-04	Peer reviewed, Abstract available	Genderbias [AND] nursing	57	4	Arslanian-Engoren, C (2000). Arslanian-Engoren, C (2001). Foss, C (2002). Foss, C & Kirkevold, M (2008).
Cinahl	2010-03-09	Peer reviewed, Research article, MW Word in Subject Heading	Gender [AND] communication	32	2	Nilsson, K & Sätterlund Larsson, U (2004). Foss, C & Sundby, J (2003).
Cinahl	2010-03-11	Peer reviewed, Research article.	Gender [AND] Perceptions [AND] equality	5	1	Öresland, S et.al. (1999).
Gender Studies Database	2010-03-18		Symptom [AND] triage	7	1	Arslanian-Engoren, C. (2002).
Gender Studies Database	2010-03-18	TI Title, Linked full text, Scholarly (Peer Reviewed) Journals	Gender [AND] differences [AND] health care	208	1	Macintyre, S et.al. (1996).
Gender Studies Database	2010-03-26	TI Title, Linked full text, Scholarly	Women [AND] coronary heart	32	1	Frich, JC. et. al. (2006)

		(Peer Reviewed) Journals	disease.			
PubMed	2010-03-17	Free full text, Human, Randomized Controlled Trial	Gender [AND] triage	8	1	Bergelsson, B.A. & Tomasso C.L. (1995).
PubMed	2010-03-09		Gender [AND] nurse-patient communication	60	1	Höglund, A.T & Holmström, I. (2008)

BILAGA 2

ÖVERSIKT AV ARTIKLAR/ AVHANDLINGAR/ RAPPORT/ KUNSKAPSÖVERSIKTER SAMT INNEHÅLLSANALYS

Artikel	Teoretisk utgångspunkt	Urval	Resultat-innehåll	Författarnas resultat-tolkning	Menings-bärande enheter	Kondenserade menings-bärande-enheter	Koder	Huvudtema	Subtema
<p>Albinsson G. & Arnesson K, 2000</p> <p>Maktutövning sett ur ett organisations- och genusperspektiv. En studie om tjugo sjuksköterskor vid en somatisk vårdavdelning.</p>	<p>Genus och kön ses inte som givet utan något som konstruerats och rekonstruerats i en social och kulturell kontext. Åtskillnaden mellan genus och kön är ointressant. Hartmanns teori om manlig överordning och kvinnlig underordning. Hirdmans hierarki- och dikotomibegrepp.</p>	<p>Avhandlingen baserades på en studie gjord på ett sjukhus i Sverige. Kvinnliga och manliga sjuksköterskor och läkare från två vårdavdelningar observerades och intervjuades. Totalt var de 57 st.</p> <p>Avhandlingen har 185 st referenser.</p>	<p>Avhandling som syftade till att fördjupa förståelsen för relationen mellan organisation, genus och makt inom hälso- och sjukvården. Vårdenhetschefer hade inte den faktiska makten, den var fortfarande överläkarnas. Det var överläkarnas (männens) ord som vägde tyngst och läkarna satte normen för hur dagsagendan såg ut även om den egentligen inte passade in i övriga personalens dagsrutiner.</p>	<p>Den manliga normen styr fortfarande för hur agendan på sjukhusen sätts. Kvinnors kunskap och makt väger inte lika högt som männens. Männerna använde sig av patriarkatet för att förminska den formella makten som kvinnorna hade genom nedlåtande kommentarer.</p>	<p>”Vi är ju alla chefer, men det är ju alltid läkarnas ord som betyder mest”</p> <p>”Organisationen kännetecknades fortfarande av en hierarkisk struktur där yrkeskategorierna placerades på olika nivåer... Detta medförde att den hierarkiska strukturen förstärktes av en genusordning”.</p>	<p>”Det är ju alltid läkarnas ord som betyder mest”.</p> <p>”Organisationen är hierarkisk och förstärks av den rådande genusordningen”.</p>	<p>Den manliga normen existerar inom sjukhusorganisationen.</p>	<p>Manlig norm inom hälso- och sjukvård</p>	

<p>Foss C., 2002. <i>Scandinavian Journal of caring science.</i></p> <p>Gender bias in Nursing care? Gender-related differences in patient satisfaction with the quality of nursing care.</p>	<p>Genus som skapas utifrån en social konstruktion. Vårdpersonal interagerat med patienter utifrån rollteori.</p>	<p>Studien gjordes på två sjukhus i Norge. 19 395 patienter som skrivits ut från sjukhus sex veckor tidigare valdes ut och fick delta i en enkätundersökning. Av dessa deltog totalt 1469 manliga patienter och 1226 kvinnliga patienter i studien.</p> <p>Artikeln har 43 st referenser.</p>	<p>Resultatet var en följd av en kvantitativ enkätundersökning som syftade till att ta reda på om patienter var nöjda med den vård de fått av sjuksköterskor respektive läkare. Det framkom att kvinnor och främst unga kvinnor var minst nöjda med vården från sjuksköterskor.</p>	<p>Författarna diskuterade om det kunde vara så att kvinnor inte blev imponerade på samma sätt eftersom de enligt traditionen haft ett större ansvar för familjens omvårdnad, och att det i sin tur lett till att det inte blev lika imponerade av sjuksköterskornas vård. De unga kvinnornas missnöje kan eventuellt härledas till det faktum att de närmat sig männen i den sociala utvecklingen och således ställer annorlunda krav, det vill säga mer krav på delaktighet i besluten.</p>	<p>”Gender-related differences were only found in the area related to nursing care. Analysed separately, five out of six questions related to the care given by the nursing staff, showed a significantly lower satisfaction-score amongst female patients than among male patients”.</p>	<p>Gender-related differences were only found in the area related to nursing care... Showed a significantly lower satisfaction-score amongst female patients than among male.</p>	<p>Kvinnliga patienter mer missnöjda med sjuksköterskevård</p>	<p>Manlig norm inom hälso- och sjukvård</p>	
<p>Foss C & Kirkevold M.,</p>	<p>Postmodern ansats med</p>	<p>Denna studie gjordes i Sverige.</p>	<p>Diskursanalys av tidskrifter som</p>	<p>Resultatet analyserades</p>	<p>”The typical finding was that</p>	<p>Male patients represented more</p>	<p>Kvinnor framställs som</p>	<p>Manlig norm inom hälso- och</p>	

<p>2008. Nursing Inquiry.</p> <p>Unfolding the invisible of the visible: gendered constructions of patient participation.</p>	<p>utgångspunkt från Foucault.</p>	<p>Danmark och Norge. Genom att studera 44 st artiklar från hälsovetenskapliga tidningar valdes 11 artiklar ut som innehöll illustrationer eller foton.</p> <p>Artikeln har 57 st referenser.</p>	<p>publicerat artiklar med tillhörande bilder som behandlade ämnet om patienters ökade delaktighet i sjukvården. När författarna till tidskrifterna var positiva till ökat deltagande för patienterna visade bilderna unga, friska män. Vid mer negativa åsikter visade bilderna istället kvinnor och tongången handlade om patienten (kvinnan) som stal läkarens makt och kunskap. Det var inte uppskattat att kvinnan tog ansvar för sin vård, men positivt om mannen gjorde det.</p>	<p>utifrån Foucaults tankar om skapandet av genus som en social konstruktion. Upprätthållandet av genusordningen skapade normer om hur kvinnor respektive män uppfattades i vården när det kom till roller och möjlighet till att påverka sin vård.</p>	<p>the illustrations of a male were used in articles where the author argued for the advantages of user participation”.</p> <p>”Representation of the female participating patient were scare... They were only found when we turned to the articles that presented a more negative or sceptical view on user involvement”</p>	<p>positive views on user participation while the female patients represented a more sceptical view.</p>	<p>mer krävande än män.</p>	<p>sjukvård</p>	
<p>Foss C & Sundby J., 2003. Patient Education</p>	<p>Yvonne Hirdmans genusteori. Genus</p>	<p>Studien gjordes på ett sjukhus i Norge. 12</p>	<p>Kvalitativ studie med öppna intervjuer inom</p>	<p>All sjukhuspersonal beskrev kvinnliga</p>	<p>“Strikingly and independent of profession,</p>	<p>Female patients were described as demanding.</p>	<p>Kvinnor beskrivs som krävande</p>	<p>Manlig norm inom hälso- och sjukvård</p>	

<p><i>and Counseling.</i></p> <p>The construction of the gendered patient: hospital staff's attitudes to female and male patient's.</p>	<p>som en social och kulturell konstruktion. Om mannen som a och kvinnan som icke-a. Det manliga könet som placerats högre än det kvinnliga i hierarkin (Hirdman Y, 2007)</p>	<p>stycken vårdgivare, antingen sjuksköterska, läkare eller medhjälpare ingick i intervjustudien med öppna frågor. De hade tidigare fått skriftlig information om studien. De arbetade på en kirurgisk eller medicinsk avdelning, i urvalet ingick både män och kvinnor.</p> <p>Artikeln har 48 st referenser.</p>	<p>ramarna för tolkande sociologi som syftade till att ta reda på vårdpersonalens tankar kring patienter och huruvida deras kön haft någon inverkan på hur de uppfattats. Unga kvinnor sågs som mest krävande. Kvinnor i alla åldrar sågs som besvärligare eftersom de inte höll sig till den stadgade agendan på sjukhuset.</p>	<p>patienter som mer krävande än manliga patienter. Sjukvårdspersonalen upprätthöll den rådande genusordningen genom att acceptera olika beteenden när det kom till kvinnor eller män. Detta kan således ha medfört att männen sågs som ryggraden i vården och att kvinnor sågs som avvikande.</p>	<p>department or sex of the respondent, the picture given of female patients was quite consistent. They were repeatedly described as <i>demanding.</i>"</p> <p>"In the eyes of the physician, the female patients behave "out-of-frame". Hospitals are organised by men".</p>	<p>Females behave "out-of-frame". Hospitals are organised by men.</p>	<p>Manlig norm styr hur patienter uppfattas.</p>		
<p>Smirthwaite G, 2007</p> <p>(O)jämfällighet i vården. En genusmedicinsk kunskapsöversikt.</p>	<p>Yvonne Hirdmans genusteori, (Hirdman Y, 2007).</p>	<p>Kunskapsöversikten är baserad på studier gjorda i Sverige. Antal studier som kunskapsöversikten är baserad på nämns inte.</p> <p>Kunskapsöversikt</p>	<p>Kunskapsöversikt från SKL som utgått från tidigare studier och har sammanfattat dessa i en rapport. Genusperspektiv på omvårdnad som visade på skillnader i hur</p>	<p>Den manliga normen och traditionen hade medfört att skillnader mellan könen gjordes även om det inte var medvetet. Även när det kom till hur personal behandlades</p>	<p>"Inom många olika områden har mannen utgjort normen för människan, så även inom olika delar av vården. Kvinnor riskerade därför att få sämre tillgång till vård anpassad till</p>	<p>"Mannen som norm kan leda till att kvinnor får sämre tillgång till vård anpassad till det egna könets förutsättningar".</p>	<p>Den manliga normen inom sjukvården existerar.</p>	<p>Manlig norm inom hälso- och sjukvård</p>	

		en har 121 st referenser.	kvinnor och män bemöttes.	fanns det skillnader beroende på om personalen var kvinna eller man. Det manliga värderades utifrån Hirdmans genusteori högre.	det egna könets "förutsättningar". "Genusbias kan bland annat handla om att man ser skillnader mellan könen där de inte finns, eller att man bortser från skillnader och könsspecifika behov där de faktiskt finns".	"Genusbias kan leda till att man bortser från specifika behov eller förutsätter att skillnader ska finnas".	Genusbias inverkar på vården.		
Socialstyrelsen, 2008. Mot en mer jämställd sjukvård och socialtjänst.	Ingen speciell teoretisk utgångspunkt har valts.	Rapporten är ett resultat av uppdrag från regeringen för att belysa jämställdhetsarbetet inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Rapporten är baserad på enkätundersökningar som är gjorda i Sverige. De medverkande i studien var samtliga 21	Lägesrapport för hur jämlikhetsarbetet inom sjukvården och socialtjänsten har gått efter senaste enkätundersökningen.	Fokus på hur genus var inarbetat i omvårdnad - och medicinsk-forskning när det kom till hur patienter bemöttes och om de var nöjda med vården. Fortfarande fanns brister när det kom till jämställt bemötande och behandling utifrån patienternas kön.	"Det är fortsatt angeläget att i ökad utsträckning och utvidgat analysera orsakerna bakom de könsrelaterade skillnaderna som finns".	Könsskillnader finns trots ett aktivt arbete och det krävs ytterligare insatser för att motverka dessa skillnader.	Det finns ojämställdhet inom sjukvården.	Manlig norm inom hälso- och sjukvård	

		landsting. Rapporten har 153 st referenser.							
Öhman, A. (2009) Genusperspektiv på vårdvetenskap.	Ingen speciell teori har valts för analysen av resultatet. Dock nämnde författaren om hur normer och värderingar som skapats från det sociala även rådde inom hälso- och sjukvården och därmed även framkallat en genusordning på sjukhusen.	Kunskapsöversikten är baserad på ett trettiotal studier gjorda i Sverige och utlandet. Kunskapsöversikten har 73 st referenser.	Kunskapsöversikt med syfte att öka kunskapen om hur den rådande genusordningen kan ha inverkat på bemötande och behandling av manliga respektive kvinnliga patienter. Genom kunskapsöversikten önskade författaren att skapa en diskussion och därmed öka insikten om hur patienter bemöts i vården.	Resultatet tolkades utifrån den för sjukvården rådande genusordningen. Detta medför således att patienter bemöts olika beroende på könstillhörighet och att vårdpersonal fortfarande påverkades av vilket kön patienterna hade.	”Trots att andelen män och kvinnor i olika yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården har förändrats avsevärt under senare tid, så framstår ändå vården som en hierarkisk organisation som till stor del bygger på en gammal genusordning med män i toppen och kvinnor i ett botten- och mellanskikt”. ”Med genuskodat arbete inom hälso- och sjukvården menas att själva arbetsuppgifterna ses som manliga eller kvinnliga”.	”Männen inom hälso- och sjukvården har fortfarande makten även om andelen kvinnor och män har förändrats under senare tid”. Genuskodat arbete styr vilka arbetsuppgifter som tilldelas en man eller kvinna.	Den manliga normen styr över organisationen.	Manlig norm inom hälso- och sjukvård	

<p>Öresland S et. al, 1999. <i>Scand J Caring Sci</i></p> <p>To See or Not to See: Perceptions of Equality in a Swedish University Hospital.</p>	<p>Ingen speciell teoretisk utgångspunkt för analysen.</p>	<p>Studien gjordes på ett universitets sjukhus i Sverige. Urvalet var 2653 legitimerade sjuksköterskor och 899 läkare. Utav dessa sjuksköterskor och läkare randomiserades totalt 507 st ut. Av dessa 507 sjuksköterskor/ läkare svarade 475 st. Artikeln har 24 st referenser.</p>	<p>Kvantitativ enkätundersökning med manliga och kvinnliga sjuksköterskor och läkare om könsskillnader och jämlikhet i yrkeslivet. Resultatet visade att kvinnor ansåg att de hade sämre möjligheter att avancera i karriären och att deras kunskaper värderades lägre än männens. Männerna såg inte dessa skillnader på samma sätt.</p>	<p>Författarna tolkade resultatet som att de hierarkiska strukturerna på sjukhus fortfarande fanns kvar och att de i allra högsta grad påverkat hur kvinnorna sett till sina möjligheter i relation till de manliga kollegornas sätt att göra karriär.</p>	<p>”More men than women considered their salaries fair from an equality point of view”.</p> <p>”A majority of the men (54,2 %) thought that the views, knowledge and aptitudes of men and women are valued equally, whereas 21,4 % of the women shared this opinion”.</p>	<p>”Women see the differences between the sexes when it comes to the salaries”.</p> <p>”Female knowledge is valued differently and often lower than male knowledge”.</p>	<p>Kvinnor mer uppmärksamma på skillnader i yrkeslivet.</p>	<p>Manlig norm inom hälso- och sjukvård</p>	
<p>Foss C & Sundby J., 2003. <i>Patient Education and Counseling.</i></p> <p>The construction of the gendered patient: hospital staff’s attitudes to female and male patient’s.</p>	<p>Yvonne Hirdmans genusteori. (Hirdman Y, 2007)</p>	<p>Studien gjordes på ett sjukhus i Norge. 12 stycken vårdgivare, antingen sjuksköterska, läkare eller medhjälpare ingick i studien, de hade tidigare fått skriftlig information om</p>	<p>Kvalitativ studie med öppna intervjuer inom ramarna för tolkande sociologi som syftade till att ta reda på vårdpersonalens tankar kring patienter och huruvida deras kön haft någon</p>	<p>All sjukvårdspersonal beskrev kvinnliga patienter som mer krävande än manliga patienter. Sjukvårdspersonalen upprätthöll den rådande genusordningen genom att acceptera olika</p>	<p>“Strikingly and independent of profession, department or sex of the respondent, the picture given of female patients was quite consistent. They were repeatedly described as <i>demanding</i>.”</p>	<p>“Female patients were described as demanding”</p> <p>“Females behave ”out-of-frame”. Hospitals are organised by men”</p> <p>“Females are</p>	<p>Kvinnor beskrivs som krävande</p> <p>Manlig norm styr hur patienter uppfattas.</p> <p>Kvinnor</p>	<p>Manlig norm inom hälso- och sjukvård</p>	<p>Mäns sätt att kommunicera - Ett önskvärt sätt</p> <p>Undantagen - Den fördelaktiga kvinnliga</p>

		<p>studien. De arbetade på en kirurgisk eller medicinsk avdelning. I urvalet ingick både män och kvinnor.</p> <p>Artikeln har 48 st referenser.</p>	<p>inverkan på hur de uppfattats. Unga kvinnor sågs som mest krävande. Kvinnor i alla åldrar sågs som besvärligare eftersom de inte höll sig till den stadgade agendan på sjukhuset. Det fanns dock undantag där kvinnors kommunikation ansågs som önskvärd.</p>	<p>beteenden när det kom till kvinnor eller män. Detta kan således ha medfört att männen sågs som ryggraden i vården och att kvinnor sågs som avvikande.</p>	<p>“In the eyes of the physician, the female patients behave ”out-of-frame”. Hospitals are organised by men”.</p> <p>”Female patients were at the same time also described as being easier to communicate with than males, when it came to difficult matters like serious diagnoses”.</p> <p>”In reply to the direct question: ”What can I do for you?” One usually gets a clear answer, a least from women under 50, but from men it is usually a reply like: ”Well I</p>	<p>easier to talk to when it comes to difficult matters”.</p> <p>“In reply to the question: “What can I do for you?” one gets a clear answer, at least from women under 50”</p>	<p>kommunikation är önskvärd vid samtal om svåra diagnoser.</p> <p>Yngre kvinnor ger ett tydligt svar på frågan om vad läkarna kan göra för dem.</p>		<p>kommunikationen</p>
--	--	---	--	--	--	---	--	--	------------------------

					don't know –you know best”.				
<p>Höglund A-T & Holmström I, 2008.</p> <p><i>Journal of Clinical Nursing.</i></p> <p>It's easier to talk to a woman. Aspects of gender in Swedish telenursing.</p>	<p>Genus sågs som den sociala konstruktionen av manligt och kvinnligt (Wamala S-P & Lynch L 2002). Genus sågs som en dimension av socialt liv som interagerade med andra dimensioner som etnicitet, ras, ålder, sexuell läggning och klass (Dressel P et al. 1997, Dworkin S-L 2005).</p>	<p>Studien gjordes i Sverige på tolv sjuksköterskor som arbetade på en sjukvårdsrådgivning. Sjuksköterskorna s ålder var mellan 39-63 år, de var alla kvinnor då inga män arbetade på sjukvårdsrådgivningen. De hade mellan 14-40 års erfarenhet i olika kliniska inriktningar. Sjuksköterskorna hade arbetat med sjukvårdsrådgivning i fyra månader till 35 år.</p> <p>Artikeln har 33 st referenser.</p>	<p>Kvalitativ intervjustudie av telefon-sjuksköterskors erfarenheter av genusaspekter i telefonrådgivning . Det fanns en misstro till papporna som ringde upp och kommunikationen mellan kvinnor sågs som mest givande. Den ambivalenta mannen beskrevs som en ganska typisk uppringare.</p>	<p>Frågor om maktrelationer och bilden av modern som den främsta vårdaren av små barn var central, samt misstron till mannen i föräldrarollen.</p>	<p>“I think it's easier to talk to the mums. Because they know more, that the dads don't know anything about.”</p> <p>“Of course it's easier to talk to a woman, we have more in common...it's generally easier to understand, we have the same view on things so to speak.”</p>	<p>Mums know more than dads.</p> <p>It's easier to talk to a woman because we have more in common.</p>	<p>Misstro till pappor</p> <p>Kvinnliga band gör symtom-beskrivningen bättre</p> <p>Moderskap som gemenskap</p>	<p>Manlig norm inom hälso- och sjukvård</p>	<p>Undantagen - Den fördelaktiga kvinnliga kommunikationen</p>
<p>Nilsson K & Sätterlund Larsson U, 2005.</p> <p><i>Journal of Nursing</i></p>	<p>Genus sågs som en konstruktion i vilken historia, kultur och sociala relationer var</p>	<p>Studien gjordes på ett sjukhus i Sverige. 18 kvinnliga och 18 manliga</p>	<p>Kvalitativ intervjustudie av vårdenhetschefers föreställningar och värderingar</p>	<p>Föreställningarna och värderingarna som uttrycktes idealiserade mannens sätt att</p>	<p>”Both female and male head nurses state in this study that men generally</p>	<p>“Men communicate more directly than women”</p>	<p>Raka rör</p>	<p>Manlig norm inom hälso- och sjukvård</p>	<p>Mäns sätt att kommunicera - Ett önskvärt sätt</p>

<p><i>Management.</i></p> <p>Conceptions of gender – a study of female and male head nurses' statements.</p>	<p>centrala (Radtke H-L & Stam H-J, 1995, Scott J-W, 1999).</p>	<p>vårdenhetschefer som arbetade på avdelningar med vuxna patienter valdes ut. Deras genomsnittliga ålder var 46 år och de hade 1-30 års erfarenheter av chefsjobb. De medverkande hade i genomsnitt läst 20 poäng i omvårdnad och 20 poäng i ledningsrelaterade kurser.</p> <p>Artikeln har 31 st referenser.</p>	<p>om kvinnors och mäns olika sätt att kommunicera. Män beskrevs som raka i sin kommunikation medan kvinnor beskrevs gå omvägar.</p>	<p>kommunicera och definierade kvinnors sätt att kommunicera utifrån mannens.</p>	<p>communicate more directly than women.”</p> <p>“ Women’s way of going roundabout in discussions is different and deviant.”</p>	<p>“Women go roundabout in discussions”</p>	<p>Gå omvägar</p>		
<p>Arslanian-Engoren C, 2000. Journal of Emergency Nursing.</p> <p>Gender and age bias in triage decisions.</p>	<p>Hammond’s lens model for clinical inference and Evan’s two-stage reasoning model.</p>	<p>Studien gjordes i Ohio och Michigan med tolv legitimerade sjuksköterskor som hade erfarenhet av att triagera män och kvinnor med symtom på hjärtinfarkt. Sjuksköterskorna hade erfarenhet från</p>	<p>Studien är en kvalitativ fokusgruppsstudie bestående av sjuksköterskor med syftet att förstå triagebeslutet för personer med hjärtinfarkt. Sjuksköterskornas triagering av män och kvinnor med symtom på hjärtinfarkt</p>	<p>Män och kvinnor triagerades olika pga. skillnader i kommunikation av symtom.</p>	<p>“Presented with a 40-year old man, the tendency was to think it’s definitely cardiac related”</p> <p>”Men have specific complaints, women more generalized complaints”</p>	<p>“Man, think it’s cardiac related”</p> <p>“Men specific complaints”</p>	<p>Symtomtolkningen utgår från mannen.</p>	<p>Manlig norm inom hälso- och sjukvård</p>	<p>Mäns sätt att kommunicera - Ett önskvärt sätt</p> <p><i>Mäns symtombeskrivningar är utgångspunkten för diagnos</i></p>

		akutmottagning. Artikeln har 46 st referenser.	skiljde sig åt.						
Arslanian-Engoren C, 2001. <i>Nursing Research.</i> Gender and age differences in nurses' triage decisions using vignette patients.	Hammond's lens model for clinical inference och Evan's two-stages reasoning model.	Studien gjordes i Michigan och Ohio med 500 akut-sjuksköterskor som blev slumpmässigt valda. Artikeln har 38 st referenser.	Studien var en kvantitativ enkätstudie med syftet undersöka om sjuksköterskor trigerade män och kvinnor olika med symtom på hjärtinfarkt. Män trigerades som hjärtinfarkt till en högre grad än kvinnor i samma ålder och behandlades tidigare än kvinnor.	Sjuksköterskorna trigerade män och kvinnor olika pga. av att de tolkade symtomberättelserna hos parterna olika.	"Women who suffer a myocardial infarction are less likely than men to be diagnosed based on their presenting symptoms" "Women having an myocardial infarction do not exhibit classic symptoms, symptoms are often atypical"	"Women are less likely to be diagnosed on their presenting symptoms" "Women don't exhibit classic symptoms"	Symtomtolkningen utgår ifrån de klassiska manliga symtomen.	Manlig norm inom hälso- och sjukvård	Mäns sätt att kommunicera - Ett önskvärt sätt <i>Mäns symtombeskrivningar är utgångspunkten för diagnos.</i>
Arslanian-Engoren C, 2002. <i>Journal of Advanced Nursing.</i> Feminist poststructuralism: a methodological paradigm for examining	Foucault's post-structuralistiska filosofi.	Inget urval nämns då det är en granskning av tidigare material med ett nytt perspektiv. Reviewartikeln har 32 st referenser.	Studie med syftet att utifrån ett feministiskt post-structuralistiskt perspektiv granska tidigare material. Studien beskrev skillnader i triagering mellan män och kvinnor.	Triagering av män och kvinnor skiljde sig åt pga. att de kommunicerade sina symtom olika.	"Incommensurable meanings develop despite the use of similar words that are employed in different ways to describe experience" "No longer can the	"Incommensurable meanings despite similar words"	Tolkning av kommunikation utifrån mannen som norm.	Manlig norm inom hälso- och sjukvård	Mäns sätt att kommunicera - Ett önskvärt sätt <i>Mäns symtombeskrivningar är utgångspunkten för diagnos.</i>

clinical decision-making.					symptomology of younger men be standard to which all coronary artery disease presentations are assessed and evaluated”	“Symptomology of younger men can’t be the standard”			
Bergelson B-A & Tomasso C-L, 1995. CHEST. Gender differences in clinical evaluation and triage in coronary artery disease.	Ingen teoretisk utgångspunkt beskrivs i artikeln.	Studie var gjord i Chicago på patienter som hade initial eller avslutad behandling av hjärtsjukdom under perioden augusti 1992 till juli 1993. Artikeln har 18 st referenser.	Det var en kvantitativ studie med genomgång av en databas med syftet att se om män och kvinnor erbjöds samma vård. Män och kvinnor erbjöds ej lika vård vid hjärtsjukdom.	Män och kvinnor erbjöds ej lika vård pga. genusbias tidigt i triageringen då det ansågs att det fanns en skillnad i kommunikation av symtom.	”The differences in gender distribution between patients admitted to the CCU and patient undergoing coronary arteriography was significant” “There appears to be a gender bias earlier in the decision-making process that concerns subjective interpretation of symptoms”	“Gender differences in treatment” “Gender bias in decision- making because of subjective interpretation of symptoms”	Kvinnor triageras olikt män pga. symptomberättelsen	Manlig norm inom hälso- och sjukvård	Mäns sätt att kommunicera - Ett önskvärt sätt <i>Mäns symptombeskrivningar är utgångspunkten för diagnos</i>
Forssén A, 2004. Teori och begreppsutveckli	Donna Haraway’s vetenskapsteori.	Inget urval eller ursprungsland nämns i kapitlet i avhandlingen.	Kapitel i avhandling med syftet att göra könsekvenser och förtyck av	Patientens kön spelade in i bedömningen då läkaren inte enbart använde	”Patienternas kön spelar roll för hur läkare förstår symtom, ställer	”Patientens kön spelar roll för diagnos”	Genusbias pga. skapande av kunskap.	Manlig norm inom hälso- och sjukvård	Mäns sätt att kommunicera - Ett önskvärt sätt

<p>ng: Kan begreppet positionerade kunskaper användas för att granska och utveckla (allmän) medicinsk kunskap? <i>Medicinsk genusforskning –</i></p>		<p>Kapitlet i avhandlingen har 27 st referenser.</p>	<p>kvinnor tydligt genom att kritiskt granska medicinens "objektivitet". Kvinnor fick oftare diffusa diagnoser än män pga. att det fanns mer forskningen gjord på män. Positionerad kunskap innebar att vi skapar den kunskap vi har, den påverkas av vårt synsätt.</p>	<p>sig av objektiv kunskap utan också av icke medicinska kunskaper/ erfarenhet medvetet och omedvetet. Positionerad kunskap kunde stärka omedvetna handlingar om genusbias.</p>	<p>diagnos, och behandlar".</p> <p>"Positionerade kunskaper betonar således att allt skapande av kunskap, dels är ett <i>skapande</i> (vi <i>finner</i> inte kunskap som bara ligger där och väntar på oss)"</p>	<p>"Positionerade kunskaper innebär skapande av kunskap"</p>			<p><i>Mäns symtom-beskrivningar är utgångspunkten för diagnos</i></p>
<p>Frich J-C et al., 2006. <i>Scandinavian Journal of Health Care</i></p> <p>Women at risk of coronary heart disease experience barriers to diagnosis and treatment: A qualitative interview study.</p>	<p>Ingen teoretisk utgångspunkt beskrivs i artikeln.</p>	<p>Studien gjordes i Norge på tjugo kvinnor med heriditet för heterozygot hyperkolesterolmi</p> <p>Artiklen har 25 st referenser.</p>	<p>Studien var en kvalitativ intervjustudie med syftet att studera hinder inom sjukvården vid diagnos och behandling av kvinnor med risk för hjärtsjukdom. De kvinnliga patienterna upplevde att deras symtom-beskrivning missuppfattades av</p>	<p>Pga. att hjärtsjukdom ses som en manlig sjukdom missuppfattade vårdpersonalen kvinnornas symtom-beskrivningar och därför blev kvinnorna inte tagna på allvar.</p>	<p>"Women's symptoms of CHD were misinterpreted when they consulted doctors for evaluation and treatment"</p> <p>"Women's symptoms are not being recognized. Besides having the wrong gender and</p>	<p>"Women's symptoms were misinterpreted"</p> <p>"Having the wrong gender"</p>	<p>Kvinnors symtom felbedömda.</p>	<p>Manlig norm inom hälso- och sjukvård</p>	<p>Mäns sätt att kommunicera - Ett önskvärt sätt</p> <p><i>Mäns symtom-beskrivningar är utgångspunkten för diagnos</i></p>

			vårdpersonalen.		being the wrong age, women's bodily symptoms of CHD may also be considered "untypical"				
<p>Honkasalosisid M-L, 2004</p> <p>Teori och begreppsutveckling: Sjukdomsföreställningar och genus. <i>Medicinsk genusforskning –</i></p>	Medicinskt antropologiskt.	<p>Kapitlet i avhandlingen baseras på forskarens studier gjorda i Finland.</p> <p>Kapitlet i avhandlingen har 33 st referenser.</p>	<p>Kapitel i avhandling med syftet att se genom vardagens kontext, hur vardagsteorier blivit till. Kapitlet beskrev ett historiskt perspektiv på sjukdom och genus där mannen kunde bli sjuk men ej kvinnan.</p>	<p>Vardagsteorier om sjukdomar utnyttjade, enligt författaren, kulturen och samhällets idéer och värden. En genusposition om sjukdomsföreställningar fanns där kvinnor positioneras som den Andra.</p>	<p>"Symtom uppfattas som regel inte som neutrala ur moralisk synvinkel, utan associeras till värderingar om gott och ont, rätt och fel"</p> <p>"Kvinnor blir mera sällan föremål för intensiv forskning, effektiv vård eller kirurgiska åtgärder"</p>	<p>Symtom-uppfattning utgår från värderingar"</p> <p>"kvinnor ingår mer sällan i forskning"</p>	<p>Pga. forskning på män kan symtom ses utifrån en manlig norm.</p>	<p>Manlig norm inom hälso- och sjukvård</p>	<p>Mäns sätt att kommunicera - Ett önskvärt sätt</p> <p><i>Mäns symtom-beskrivningar är utgångspunkten för diagnos</i></p>
<p>Macintyre S. et al, 1999.</p> <p>Do women "over-</p>	Ingen speciell teoretisk utgångspunkt har beskrivits.	<p>Studien gjordes i Skottland. Totalt medverkade 1710 kvinnor och män i studien som</p>	<p>Kvantitativ intervjustudie gjord av sjuksköterskor med manliga och</p>	<p>Resultatet analyserades utifrån det faktum att det ansetts att kvinnor varit det</p>	<p>"Nor where there gender differences in the promotion reporting</p>	<p>"There where no gender differences in reporting "intermediate" or</p>	<p>Gamla uppfattningar om hur kvinnor och män skattar ohälsa råder.</p>	<p>Manlig norm inom hälso- och sjukvård.</p>	<p>Mäns sätt att kommunicera - Ett önskvärt sätt</p>

<p>report” morbidity? Men’s and women’s responses to structured prompting on a standard question on long standing illness.</p>		<p>slumpmässigt valts ut. Artikeln har 42 st referenser.</p>	<p>kvinnliga svaranden. Syftet med undersökningen var att undersöka om kvinnor rapporterar sin upplevelse av ohälsa mer frekvent än män. Inga specifika skillnader mellan könen kunde påvisas efter studiens genomförande. De skillnader som fanns kunde inte säkerställas statistiskt.</p>	<p>sjukare könet och som mer frekvent rapporterat sin ohälsa. Författarna diskuterade kring det faktum att gamla stereotypiseringar hängde kvar inom hälso- och sjukvården och därmed bidrog till att kvinnor och män bemötts olika.</p>	<p>“intermediate” or “trivial” conditions”. “Overall then there was little support for the suggestion by authors such as Hibbard and Pope that there is a tendency for women to be more sensitive to illness and to be more ready to report in illness experiences at lower thresholds of severity, than men”</p>	<p>“trivial” conditions”. “There was little support for the suggestion that there is a tendency for women to “over-report” illness.</p>			<p><i>Mäns symtom-beskrivningar är utgångspunkten för diagnos</i></p>
<p>Söderström M, 2004. Teori och begreppsutveckling: Forskningsetik, makt och kön. <i>Medicinsk genusforskning –</i></p>	<p>Könsperspektiv på medicinsk forskning.</p>	<p>Kapitlet i avhandlingen är från en studie gjord på forskningsetiska kommittéer i Europa. Kapitlet i avhandlingen har 19 st referenser.</p>	<p>Kapitel i avhandling bestående av en kvalitativ intervjustudie med personer från forskningsetiska kommittéer. Syftet med kapitlet var att beskriva vikten av ett</p>	<p>Ett könsperspektiv på etikgranskningen fanns fortfarande inte i någon större utsträckning, detta kunde bero på att det inte fanns ett genussensitivt instrument för bedömning.</p>	<p>”Kvinnor uteslöts från studier om sjukdomar, som både män och kvinnor drabbas av, därför att t.ex. menstruationscykeln uppfattades som ett problem (en ”störfaktor”)</p>	<p>”Kvinnor uteslöts från studier om sjukdomar som drabbar både män och kvinnor”</p>	<p>Kvinnor uteslöts från forskningsstudier p.g.a. att de hade ”fel” kön.</p>	<p>Manlig norm inom hälso- och sjukvård</p>	<p>Mäns sätt att kommunicera - Ett önskvärt sätt <i>Mäns symtom-beskrivningar är utgångspunkten för diagnos</i></p>

			könsperspektiv på medicinsk forskning. Studien syftade till att se om det fanns ett könsperspektiv i etikgranskningen då kvinnor oftare uteslöts från studier än män.		”Män men inte kvinnor betraktades också av forskare som en homogengrupp	”Män ansågs vara en homogen grupp”			
--	--	--	---	--	---	--	--	--	--

REFERENSER FÖR TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER

Dressel, P. & Minkler, M. & Yen, I. (1997). Gender, race, class and aging: advances and opportunities. *Int J Health Serv*, 27(4), 579-600.

Dworkin, S-L. (2005). Who is epidemiologically fathomable in the HIV/AIDS epidemic? Gender, sexuality and intersectionality in public health. *Culture, Health and Sexuality*, 7(6), 615-623.

Hirdman Y. (2007). *Genus- om de stabila föränderliga formerna*. Malmö: Liber.

Radtke, H-L. & Stam, H-J. (1995). *Power/Gender: Social Relations in Theory and Practice*. London: Sage.

Skott, J-W. (1999). *Gender and the Politics of History*. New York: Colombia University Press.

Wamala, S-P. & Lynch, L. (2002). *Introduction: integrating research on gender and social inequalities in health*. Gender and Social Inequalities in Health. Lund: Studentlitteratur.