EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

I VÅRDVETENSKAP
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2008:44

Jämställd vård?

Distriktssköterskors uppfattningar om vård ur ett genusperspektiv

Maria Claesson
Annika Svensson

HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel:	Jämställd vård? Distriktssköterskors uppfattningar om vård ur ett genusperspektiv.
Författare:	Maria Claesson och Annika Svensson
Ämne:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Kurs:	Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot Distriktssköterska 75 p
Handledare:	Elisabeth Björk Brämberg
Examinator:	Lotta Dalheim-Englund

Sammanfattning

Vi i Sverige anser oss ge relativt jämställd vård. Tidigare forskning visar ändå på att det existerar ojämställd vård. Exempel på detta är vid hjärt- och kärlsjukdomar där symtomen kan vara olika. Oftast är det då till kvinnans nackdel men även ibland till mannens. Detta kan leda till underbehandling och att vissa åkommor inte upptäcks. Det är viktigt att som distriktssköterska känna till dessa olikheter för att kunna säkerställa jämställd vård. Syftet med denna studie är att belysa distriktssköterskors uppfattningar om jämställd/ojämställd vård. Studien är en kvalitativ intervjustudie och datamaterialet har analyserats enligt kvalitativ innehållsanalys. Resultatet visar på att jämställd vård ges i en omedveten och naturlig handling och den utgår från individens behov. Lika vård behöver inte betyda jämställd vård enligt informanterna. Vidare visar resultatet att jämställd vård är någon annans ansvar. Det framkommer även orsaker som kan ge ojämställd vård och vidare finns det brister i kunskaper och utbildning kring genusperspektivet. Upplevelsen är att ämnet är känsligt och även oreflekterat. Det diskuteras sällan på arbetsplatser bland personalen. Vi upplever att begreppet jämställd vård förväxlas med jämlik vård som har en bredare innebörd. I resultatdiskussionen nämns att intervjupersonernas reflektioner och uttryck till stor del är likvärdigt med vad som kommit fram i tidigare forskning. Vi anser att ämnet behöver belysas för att öka medvetenheten hos all personal inom vård och omsorg.

Nyckelord: Distriktssköterska, jämställd, ojämställd, vård, genus, intervju, kvalitativ innehållsanalys.

FÖRORD

Vi har nu läst i ett år och tio veckor för att nå vårt mål att bli distriktssköterskor. Kursen avslutas med att skriva denna D-uppsats på magisternivå som har som syfte att lyfta fram distriktssköterskors uppfattningar om vård ur ett genusperspektiv. Det har varit mycket intressant, givande och utvecklande för oss att genomföra detta arbete som ett avslut på en spännande och utvecklande kurs.

Vi vill passa på att tacka de personer som gjort det möjligt för oss att förverkliga denna uppsats. Till att börja med riktar vi ett stort tack till vår handledare Elisabeth Björk Brämberg som stöttat oss på ett föredömligt sätt genom hela processen och kommit med relevanta råd och tips. Vidare vill vi tacka de distriktssköterskor som vi fick äran att intervjua. Tack vare att vi fick ta del av dessa uppfattningar kring ämnet kunde vi nå fram till följande resultat som presenteras.

Vi önskar er en tankeväckande läsning!

Maria Claesson och Annika Svensson

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING 1

BAKGRUND 1

Definition av jämställd vård 1

Historik 1

Genus 2

Genusperspektiv 3

Könsrelaterade skillnader i vård och behandling 3

Depression 4

Hjärt- och kärl sjukdom 4

Läkemedelsanvändning 4

Tillgång till operation, behandling och uppföljning 5

Bemötande 5

Distriktssköterskans kompetens 6

Vårdrelation utifrån ett maktperspektiv 6

PROBLEMFORMULERING 7

SYFTE 7

METOD 7

Urval 8

Datainsamling 8

Dataanalys 9

Etiska övervägande 9

RESULTAT 10

Jämställd vård innebär att se individens behov 10

Orsaker som kan leda till ojämställd vård 11

Reflektioner över om jämställd vård ges 12

Jämställd vård – någon annans ansvar 13

Bristande kunskap och utbildning utifrån ett genusperspektiv 13

DISKUSSION 14

Metoddiskussion 14

Resultatdiskussion 16

Slutsats 19

REFERENSER 21

INLEDNING

Under en intressant och tankeväckande föreläsning med Silvia Määttä uppstod tankarna kring att skriva om och undersöka hur det står till med jämställdheten i vården utifrån en distriktssköterskas perspektiv. Silvia rekommenderade oss att läsa boken *(O)jämställdhet i hälsa och vård* av Smirthwaite (2007). Enligt Backhans, Lundberg och Månsdotter (2007) anser vi oss i Sverige relativt jämställda, men tendensen är att kvinnan mer och mer anammar det typiska manliga beteendet. Mannen däremot håller kvar vid det typiska manliga beteendet vilket kan leda till att kvinnan tar på sig både de kvinnliga och manliga sysslorna. Detta i sin tur leder inte till förbättrad hälsa för kvinnan (ibid). Det är inte bara kvinnor som gynnas utav att forskning bedrivs kring medvetet genusperspektiv i all omvårdnad, diagnos och behandling. Det finns även de områden där forskningen baserats på en kvinnlig norm, såsom exempelvis vid depression. Män får inte diagnosen lika ofta som kvinnor vilket kan bero på att symtomen vid depression hos män inte är lika väl studerade.

Enligt Jorfeldt (2006) är det självklart att båda könens aspekter finns med i samhället, trots detta är det väldigt få studier kring kvinnor och mäns olikheter i vårdvetenskapliga sammanhang. Traditionell forskning bygger på medicinsk och teknisk vetenskap där kroppen ses som ett biologiskt fenomen (ibid). Vi känner därför att det i hälso- och sjukvården behövs ökad information gällande genusperspektivet. Till vår glädje kunde vi under vår studie läsa i dagspressen att Västra Götalandsregionens hälsoutskott kommer att starta upp ett kunskapscentrum för att öka kunskapen om jämställd vård för personal inom vård- och omsorg. Då vi snart är färdigutbildade distriktssköterskor uppstod ett intresse av att skaffa kunskap om hur distriktssköterskor på en vårdcentral reflekterar kring jämställd/ojämställd vård mellan kvinnor och män.

BAKGRUND

Definition av jämställd vård

Att definiera innebörden av jämställd vård är svårt. Det finns ingen entydig beskrivning. Jämställdhet kan förväxlas med ordet jämlikhet som är ett bredare begrepp och beskriver lika rättigheter när det gäller till exempel social klass, etnicitet, sexuell läggning och kön. Jämställdhet handlar enbart om relationen man och kvinna, vilket innebär i vilken utsträckning män och kvinnor lever under lika villkor. Jämställd vård betyder att män och kvinnor får den vård de behöver, utifrån deras specifika förutsättningar (Smirhtwaite, 2007). Detta är utgångspunkten för vår studie.

Historik

Enligt Lindström (2007) har kvinnan historiskt sett i princip haft en underordnad position till mannen. Arbetsmarknaden i början på 1900-talet var strikt könssegregerad. Kvinnor hade liten om än någon tillgång till utbildning vilket förstärkte mannens

maktposition och detta skapade könsstereotypa värderingar. Om kvinnorna arbetade var de oftast hänvisade till oavlönat omvårdnadsarbete eller att ta hand om barnen. Fortfarande ses skillnader inom olika yrkeskategorier och kampen pågår alltid om lika lön för lika arbete (ibid). Först år 1921 fick kvinnor rösträtt och år 1927 fick de rätt att studera på gymnasium Sedan lång tid tillbaka i tiden har kvinnor i Sverige en högre medellivslängd än männen, trots att de har en högre sjukskrivning och högre ohälsa än männen, vilket kan bero på en ojämställdhet i tillgång till vård och behandling (Smirthwaite, 2007). Vidare menar Smirthwaite (2007) att kvinnorna fortfarande lever längre än männen men männens medellivslängd har ökat medan kvinnornas ligger kvar på samma nivå som tidigare. I alla åldrar har män en högre dödlighet än kvinnor men kvinnor drabbas oftare av kroniska sjukdomar.

För att män och kvinnor skall få jämställd vård krävs det att lika mycket forskning bedrivs kring kvinnors hälsoproblem som kring männens. Men kvinnor har under årens lopp exkluderats från forskning som därför till stor del är baserad utifrån den manliga normen. Forskarna har velat bespara fertila kvinnor lidande då de varit rädda för att de skall bli gravida under pågående forskning med fosterskador som följd. Andra uteslutande kriterier för kvinnor i medicinsk forskning har varit bland annat cykliska hormonsvängningar och p-pilleranvändning. Ytterligare en förklaring kan vara att all tidigare forskning gjordes på män och att forskarna vill upprepa exakt samma forskning för att kunna verifiera den tidigare studie som gjorts. På så vis ökar kunskaperna kring kvinnors ohälsa långsamt och ojämställdhet i vård och behandling fortsätter (Söderström, 2001).

Genus

Genusbegreppet myntades på 1980-talet av historikern Yvonne Hirdman och innefattar de sociala och kulturella aspekterna av kön och sexuell läggning. Det motsvarar på ett ungefär det engelska begreppet *gender.* På 1990-talet började begreppet genusvetenskap användas vid forskning som studerar könens sociala villkor, tidigare kallad kvinnoforskning trots att den även innefattade män och relationen mellan könen. Frågor som intresserar en genusforskare är bland annat vilka föreställningar som finns om könet och dess natur och hur dessa förställningar påverkar kvinnors och mäns levnadsvillkor Ordet kön speglar de rent fysiologiska skillnaderna mellan män och kvinnor och motsvarar ordet *sex* på engelska (Smirthwaite, 2007).

Enligt Smirthwaite (2007) är genusmedicin ett begrepp vilket kan förklaras som vård, behandling och former av medicinrelaterad forskning som bedrivs utifrån kompetens om genus. Detta förbättrar och gör vården säkrare. Ett exempel är när ett läkemedel är utprovat på både män och kvinnor och det därmed finns information om hur de båda könen reagerar gällande eventuella biverkningar. Det finns även områden där män är missgynnade och skulle vinna på att forskning genomfördes utifrån ett genusperspektiv till exempel vid depression. Frågeställningar finns huruvida männens symtom på detta tillstånd är annorlunda än kvinnors på grund av att män står för en större andel självmord som skulle kunna vara kopplat till depression.

Genusperspektiv

Genusperspektiv betyder att vi har en helhetssyn inom medicinen oavsett sociala, kulturella, psykologiska eller biologiska aspekter (Hovelius & Johanssson, 2004). Inom den medicinska vården och dess behandling kan det vara svårt att skilja på de biologiska och sociala faktorer som kan spela roll. Då är det bra att använda formuleringen ”Genus = kön med helhetssyn” (Socialstyrelsen, 2004 s 111).

Enligt Hammarström (2004) innebär genusperspektiv på medicinen en medvetenhet om kvinnors och mäns livsvillkor och vad dessa kan ha för betydelse för hälsan. Det innebär även att ställa sig frågan om vilken betydelse kön och genus har i olika sammanhang. Lovlien (2001) skriver att när forskning bedrivs utan att ha med könsperspektivet är förlorarna de som inte är i fokus för forskningen men ändå utsätts för forskningsresultatet. Smirthwaite (2007) menar att omedvetna könsfördomar hos vårdpersonal kan orsaka att patienten får fel behandling.

Enligt Smirthwaite (2007) visar många studier att det förekommer medicinska felaktigheter som beror på medvetna eller omedvetna föreställningar om kön s.k. genusbias. Genusbias kan innebära att man ser skillnader i könen där det inte finns eller att skillnader inte syns där de faktiskt finns. Detta kan i sin tur leda till att patienter får fel diagnos. Studier har även visat att kvinnor får sämre tillgång till viss vård och får vänta längre i kö till en del operationer. Exempel på detta är att kvinnor har sämre tillgång till dialys och transplantation vid njurinsufficiens, operationer vid knäledsartros och höftledsartros, operationer av grå starr och delar av hjärt-kärlsjukvården. Skillnader i tillgång till vård har visat sig vara till kvinnors nackdel och förklaringar till detta kan ha olika orsaker som samspelar med varandra. En orsak kan vara samhällets genussystem där mannen utgör norm och som innefattar attityder till och föreställningar om kön. En annan åsikt är att män och kvinnor får jämställd vård bara de får lika vård. Män kan behöva vård anpassad för sina fysiologiska förutsättningar och kvinnor för sina. Kvinnor och män har alltså ibland olika behov av vård (Smirthwaite, 2007).

Könsrelaterade skillnader i vård och behandling

Inom hälso- och sjukvård har det uppmärksammats könsrelaterade skillnader i vård, behandling och omsorg. Socialstyrelsen arbetar på uppdrag av regeringen med att analysera och följa upp jämställdheten för patienter inom hälso- och sjukvård. År 2003 hade hälften av alla landsting mål om jämställdhet för vårdtagare inskrivet i allmänna policydokumentet och sedan 2007 gäller detta för alla landsting. Hälften av alla landsting följer med hjälp av särskilda indikatorer regelbundet upp jämställdheten i sitt arbete. År 2003 var det inga landsting som arbetade på detta sätt (Socialstyrelsen, 2008). Enligt Jonsson, Schmidt, Sparring och Tomson (2006) är ett viktigt mål för svensk hälsovård att alla oavsett etnicitet, ålder, social tillhörighet eller kön har rätt till samma höga kvalitet på vård och behandling. I mitten av 90-talet blev det uppmärksammat att kvinnor och män erhöll ojämställd vård, främst inom hjärt- och kärl sjukdomar. Framförallt visade det sig att kvinnan låg i riskzonen för att bli behandlad efter en manlig norm. Det rekommenderades att öka kunskapen om könsspecifika behandlingar, efterfrågningar och symtom. Trots de ambitioner som har gjorts de

senaste årtionden angående att öka kunskapen kring könsspecifik behandling och vård har det inte kunnat påvisas någon märkbar skillnad (Jonsson et al., 2006).

Depression

Enligt Bertakis, Helms, Callahan, Azari, Leigh och Robbins (2001) fick kvinnor som sökte primärvårdsläkare diagnosen depression dubbelt så många gånger som män. Vid diagnostisering användes bland annat diverse skattningsskalor och trots att män och kvinnor i vissa fall hade samma värde på dessa tester diagnostiserades fler kvinnor att lida av depression vilket kan spegla läkarens attityd. Orsakerna till detta anses även vara att kvinnor i större utsträckning söker vård och dessutom är bättre på att uttrycka sina känslor än män. Kvinnor fick även oftare rådet att söka samtalsterapi än män. Läkarna har även en större benägenhet att sätta diagnosen depression på kvinnor till viss del beroende på denna kunskap.

Hjärt- och kärl sjukdom

Dominant inom forskning gällande genusfokus är hjärt- kärlsjukdomar där symtomen på hjärtinfarkt kan skilja sig mellan män och kvinnor (Socialstyrelsen, 2004). Enligt Smirtwaite (2007) är det män i 50-60 års ålder som löper störst risk att få hjärtinfarkt, de har fyra gånger så hög risk jämfört med kvinnor i samma ålder. Vid 80-års ålder löper båda könen lika stor risk att drabbas av hjärtinfarkt (ibid). Trots all upplysning och utbildning kring kvinnor och hjärt- kärlsjukdomar förekommer det att en del yngre kvinnor inte tas på allvar när de söker för andnöd och smärtor i bröstet. Detta på grund av inställningen att det är bara är äldre kvinnor som får hjärtinfarkter. Diagnosen blir istället ofta psykiska besvär. Det finns skillnader i hur vårdpersonal diagnostiserar kvinnor med hjärtinfarkter på grund av att de inte är medvetna om de könsspecifika skillnader som kan finnas. Det finns även skillnader i hur kvinnor och män svarar på olika behandlingar då de flesta studier är gjorda utifrån mäns behandling som till exempel vid hjärtinfarkt. Det är därför viktigt med fortsätt utbildning gällande kvinnors symtom vid hjärtinfarkter (Miracle, 2006).

Läkemedelsanvändning

Socialstyrelsen (2004) skriver att det finns biologiska skillnader mellan kvinnor och män, framför allt gäller det hormonella och metaboliska skillnader. Detta påverkar hur läkemedlet tas upp i kroppen och hur resultatet blir. Det påverkar även vilka biverkningar som kan uppstå. Kvinnor rapporterar oftare biverkningar än män, men kvinnor använder också fler läkemedel än män. Att kvinnor har fler läkemedel än män gör att de oftare utsätts för olämpliga läkemedelsinteraktioner. (Socialstyrelsen, 2004; Smirthwaite, 2007). Kvinnor väger ofta mindre än män och skulle ibland behöva en specifik dosanpassning vilket inte sker till fullo (Smirthwaite, 2007). Vissa läkemedel förskrivs i högre grad till kvinnor, till exempel antidepressiva läkemedel. Vid användning av blodfettssänkande läkemedel och läkemedel mot hjärtkärlsjukdomar förskrivs dessa i större utsträckning till män. Trots att fenomenet har varit känt länge har endast ytterst små förändringar noterats (Socialstyrelsen, 2008). Enligt Smirthwaite (2007) har kvinnor varit underrepresenterade i läkemedelstudier trots att de står för en högre läkemedelsförbrukning (ibid). Det har även visat sig att dyrare och nyare läkemedel i större utsträckning skrivs ut till män. Detta betyder inte alltid att mannen

därmed får bättre vård då det billigare läkemedlet som förskrivs till kvinnan kan ha lika god effekt som det nya och dyrare. Resultatet kan alltså bli detsamma, ojämställdheten ligger i processen där det förutsätts att nyare och dyrare läkemedel är bättre än gamla och billiga (Socialstyrelsen, 2004).

Tillgång till operation, behandling och uppföljning

Ett antagande som kan vara intressant enligt Smirthwaite (2007) är ”om kvinnor och män hade lika tillgång till vård till exempel vad gäller väntetider, men den vård som erbjuds är formad utifrån en manlig norm- är det då rimligt att säga att män och kvinnor har lika god tillgång till lika god vård?” (Smirthwaite, 2007, s 77).
Angående väntetider på behandling får kvinnor vänta något längre än män på planerade hjärtoperationer. Män har längre väntetider till operation för prostatacancer än kvinnor som väntar på bröstcanceroperation. Det verkar dock inte finnas några systematiska skillnader för män och kvinnor i väntetider till att få komma till behandling. Enligt Nilsson et al., (2003) framkom det att män och kvinnor som genomgått en hjärtinfarkt under det första efterföljande året i princip får lika stor tillgång till läkemedel. Uppföljning av behandling gjordes vid tre tillfällen. Endast en viss skillnad sågs vid första kontrollen där det upptäcktes att äldre kvinnor fick fler förskrivningar på blodfettssänkande läkemedel än män. Detta hade dock jämnat ut sig till den sista kontrollen som skedde tolv månader efter hjärtinfarkten då ingen signifikant skillnad kunde påvisas (ibid). När det gäller uppföljningen av vårdens resultat inom vissa områden (till exempel hjärtintensivvård, cancervård och ögonsjukvård) har inga markanta skillnader uppmärksammats vad det gäller överlevnad, funktion eller livskvalitet till vare sig mäns eller kvinnors nackdel (Socialstyrelsen, 2008).

Bemötande

Enligt Verdonk, Harting och Lagro-Janssen (2006) finns skillnader i hur manliga och kvinnliga läkare bemöter sina patienter. De kvinnliga läkarna visar ett större tålamod gentemot patienten och har ett större intresse för psykosociala problem. Den manliga läkaren däremot sätter ett större värde i att vara auktoritär, beslutsfattande, rationell och tävlingsinriktad. I den medicinska kulturen är det fortfarande den manlige läkarens värden som står för professionalism. Patienter med psykosociala problem önskar dock hellre träffa en kvinnlig läkare hos vilken de tycker att de möter en bättre förståelse. Enligt Bertakis och Azari (2007) är det bevisat kvinnor har längre besökstid hos läkare än män, de ställer mer frågor, får mer rådgivning och information. De uttrycker även mer oro och är mer engagerade i samtalet med läkaren än vad män är. Trots detta visar det sig att män oftare än kvinnor får en fysiologisk undersökning vid ett möte med läkare även om orsaken till besöket ligger på det psykiska planet.

Enligt Socialstyrelsen (2004) står kvinnor för sextio procent av de anmälningar som kommer in i form av avvikelser på vård och bemötande till hälso- och sjukvården. Detta kan bero på att vården inte till fullo är anpassad till kvinnors förutsättningar och specifika behov. I övrigt visar forskning fortfarande på att män och kvinnor blir olika bemötta inom vården och att de dessutom önskar bli bemötta på olika sätt.

God omvårdnad enligt Barbosa da Silva (2003) handlar om att kunna hjälpa hela patienten och att se helheten utifrån en medicinsk och moralisk profession. God medicinsk vård upplevs endast som god i kombination med god omvårdnad. Omvårdnadens huvudmål är bland annat att alla människor har rätt till samma vård utifrån sina behov. Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) menar att med hjälp av vårdvetenskap skapas kunskaper om patientens egna upplevda hälsa och hur vårdandet kan skapa välbefinnande och minska patientens lidande. Distriktssköterskan bör ha en god människosyn och behandla patienterna lika utefter var och ens behov. Att vara lyhörd, förstående och hjälpsam är viktiga egenskaper hos den som vårdar.

Distriktssköterskans kompetens

Distriktssköterska är en specialistutbildad sjuksköterska som styrs av hälso- och sjukvårdslagen som bland annat säger följande:

Enligt Hälso- och sjukvårdslag (SFS 1982:763)

> ”§ 2 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…..” (ibid).

En sjuksköterska har enligt Socialstyrelsen (2005) tre huvudsakliga arbetsområden såsom: omvårdnadsteori/praktik, ledarskap och forskning/utveckling/utbildning. Arbetet bör utföras med en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt. International Council of Nurses (ICN) har framställt fyra grundläggande ansvarsområden för en legitimerad sjuksköterska; att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa och att lindra lidande. Sjuksköterskan skall vårda med respekt för mänskliga rättigheter, rätten till liv, värdighet och till alla oavsett kön, ålder, etnicitet, religion eller social status (Socialstyrelsen, 2005). Enligt Lindström (2007) har distriktssköterskan i sin profession kompetens att självständigt genomföra fysiologiska samt hälsofrämjande undersökningar. I hennes kompetens ingår att göra vissa medicinska bedömningar, förskrivande av vissa fastställda läkemedel och att vaccinera utifrån fastställda kriterier. Vidare har distriktssköterskan en rådgivande, promotiv och preventiv funktion gentemot befolkningen. Dessutom menar Lindström (2007) att på grund av den traditionella medicinska kunskapen som styr på vårdcentralerna idag hämmas distriktssköterskan i sitt arbete med folkhälsofrågor. Dessa åsidosätts tyvärr och utövas enbart i mån av tid och om det finns personligt intresse hos den enskilda distriktssköterskan.

Vårdrelation utifrån ett maktperspektiv

För att distriktssköterskan skall kunna minska patienters lidande och öka deras välbefinnande, krävs det att det finns en bra vårdrelation. För att en god vårdrelation skall uppstå krävs det att distriktssköterskan använder ett professionellt engagemang och en absolut närvaro vid varje möte med en patient. Distriktssköterskan behöver vidare visa en öppenhet mot patienten och för att kunna göra detta är det bra om distriktssköterskan reflekterar över sitt förhållningssätt, sitt vårdande och sin egen

förförståelse. Detta behövs för att distriktssköterskans kompetens inte skall ses som makt över patientens egen vilja, då finns det risk för att patientens lidande och ohälsa ökar (jfr. Dahlberg et al., 2003). Enligt Barbosa da Silva (2003) förknippas begreppet makt med kraft, förmåga, kapacitet och möjlighet att handla fritt enligt egna önskningar. Missbruk av makt från vårdpersonal kan innebära att patienten inte får sina grundläggande behov tillfredställda.

Hammarström (2004) menar att makt finns överallt och på alla nivåer, även inom genusmedicinen. Det finns dock en ovilja att nämna detta då den moderna människan inte vill se sig själv som förtryckare eller som förtryckt. Den postmoderna genusforskningen menar att makt inte behöver komma ovanifrån utan verkar i alla vardagliga sammanhang i interaktioner mellan människor och där strömmar den i alla riktningar.

PROBLEMFORMULERING

Det är känt att män och kvinnor får olika vård för samma åkomma, ibland till kvinnors nackdel och ibland till männens. Okunskap kan leda till underbehandling och att vissa åkommor inte upptäcks. Följden kan bli att alla inte får lika vård eller den vård de har rättighet till. Enligt Socialstyrelsen (2008) bör kunskaperna kring män och kvinnors specifika behov och behandling öka. Traditionell medicinsk forskning är utifrån manlig norm. Tidigare forskning uteslöt kvinnor då med tanke på att de kunde bli skadade under studiens gång. Detta leder ännu idag ibland till att kvinnor i slutändan blir utsatta, då de får behandling och diagnos utifrån den manliga forskningens resultat. Att kunskap kring kvinnors symtom och biverkningar av läkemedel är sämre än om männens kan leda till ojämställd vård. Då distriktssköterskan bland annat är specialist på omvårdnad och med sin examen har rätt att behandla och diagnostisera vissa sjukdomar kan det vara viktigt att hon/han känner till kvinnors och mäns skillnader utifrån ett könsperspektiv men även utifrån ett genusperspektiv. Vad görs för att förhindra och minska ojämställd vård?

SYFTE

Syftet är att belysa distriktssköterskors uppfattningar om jämställd/ojämställd vård.

METOD

När en forskare vill fördjupa eller berika rådande kunskap inom ett tidigare undersökt område anser Kvale (1997) det lämpligt att använda en kvalitativ intervjustudie. Lantz (2007) anser att forskaren då kan finna gemensamma nämnare och sätta ihop de olika sammanhangen och på så sätt lyfta fram ny kunskap. Dahlberg (1997) menar att intervju är en lämplig metod vid undersökning av individers företeelser och erfarenheter. Forskaren möter den person som intervjuas och hör dennes erfarenheter, berättelser och egna reflektioner kring det ämne som vill studeras.

I denna studie användes kvalitativ innehållsanalys vid bearbetning av intervjumaterialet. Vi anser att det är en passande metod för studien då den gör det möjligt att lyfta fram intervjupersonernas uppfattningar. Vi har utgått ifrån Graneheim och Lundman (2008) kvalitativa innehållsanalys. Enligt Hsieh och Shannon (2005) passar kvalitativ innehållsanalys bra vid forskning inom vård- och omsorgsrelaterade studier. Den ökar förståelsen av det fenomen som är forskarens primära syfte. Enligt Graneheim och Lundman (2008) är kvalitativ innehållsanalys en metod som fokuserar på tolkning av olika texter. Tolkningen kan ske på olika sätt och inom olika forskningsområden. Syftet är att beskriva de olika variationer som framkommer ur texten och detta sker genom att identifiera likheter och skillnader i textens innehåll.

Urval

De deltagande bestod av nio kvinnor och en man alla distriktssköterskor. Åldern på de intervjuade distriktssköterskorna sträcker sig mellan 29 och 64 år. De hade arbetat som distriktssköterskor på den nuvarande vårdcentralen allt ifrån 8 månader till 26 år. Åtta intervjupersoner har någon form av specialinriktning inom till exempel samtalsterapi, missbruk eller diabetes. Distriktssköterskorna kom från 10 olika vårdcentraler, fem från respektive Göteborg och Borås med kranskommuner. Större andelen av berörda vårdcentraler drivs offentligt medan någon enstaka drivs i privat regi. Antal patienter tillhörande varje vårdcentrals upptagningsområde varierade mellan ca 8000 - 18000 personer.

Datainsamling

Datainsamlingen skedde med hjälp av kvalitativa intervjuer som spelades in på band. Detta är enligt Kvale (1997) en lämplig datainsamlingsteknik vid kvalitativa intervjuer, för att registrera det som blir sagt. Det är viktigt att använda en bra bandspelare och en bra mikrofon för att höra vad som sägs vid intervjun. Vidare menar författaren att det kan vara en fördel att använda en halvstrukturerad frågemall för att få med de ämnen forskaren önskar få svar på. Det kan även vara en fördel om intervjupersonen får lite bakgrundsinformation gällande intervjuns syfte innan den genomförs så att hon/han får en chans att bekanta sig med ämnet och kanske förhoppningsvis känner sig mer avslappnad och bekväm inför intervjun. Frågorna som ställs bör vara öppet ställda vilket innebär att det inte finns något svar som är rätt eller fel, det finns inga i förväg givna svar (Dahlberg, 1997).

Vi utformade en intervjumall för att kunna hålla samtalet inom ramen för vårt syfte med studien. De första fem frågorna var allmänna frågor och utformades för att precisera på vårt urval. De följande frågorna var mer öppet ställda och inriktade på att fokusera intervjupersonernas reflektioner kring ämnet jämställd vård ur ett genusperspektiv. Frågemallen som användes vid intervjutillfället skickades ut alltifrån 2-7 dagar innan själva intervjun (bilaga 1). Intervjuerna utfördes på vårdcentralen där respektive distriktssköterska arbetade och de varierade mellan ca 5 – 40 minuter. Intervjuerna bandades. Vid den första intervjun deltog båda författarna men den skrevs ut av den ena författaren. De övriga nio intervjuerna delades upp mellan författarna och skrevs ut av den som utförde intervjun.

Dataanalys

Graneheim och Lundman (2004) beskriver kvalitativ innehållsanalys som ett verktyg för att belysa fenomenen som framkommer från en bandinspelad intervju. Efter att intervjuerna är gjorda, skrivs de ner ordagrant av forskaren. Det är även viktigt att varenda tveksamhet, skratt och hostning finns med. Detta för att få med de nyanser som finns hos intervjupersonen. Vidare menar Graneheim och Lundman (2008) att forskaren bör dela upp texten i meningsbärande enheter. Dessa kan bestå av meningar och ord som hör samman och de bör inte bli för stora då det finns risk att väsentliga delar av innehållet går förlorat när analysarbetet fortsätter och abstraktionsnivån blir högre. Därefter bryts meningarna ner ytterligare till kondenserade meningar som är kortare men bevarar kärnan i innehållet. Därefter utformas koder som beskriver innehållet av meningen. Denna kod som framträder blir en etikett för den ursprungliga meningsbärande enheten. Koderna jämförs med varandra och de med liknande innehåll sammanförs i kategorier. Kategorierna redovisas sedan som i resultatet.

I det första steget av analysen läste vi varandras utskrivna intervjuer för att finna meningsbärande enheter. Därefter lästes våra egna utförda intervjuer och meningsbärande enheter plockades ut. Gemensamt jämfördes våra meningsbärande enheter och de som vi fann vara meningsbärande kondenserades. Efter detta funderade vi vidare och utformade koder med egna ord som sedan jämfördes med de meningsbärande enheterna så att ingen viktig information gått förlorad. Koderna jämfördes sedan med varandra för att finna likheter och skillnader. Utifrån denna information utformades de olika kategorierna. Kategorierna sammanställdes slutligen till ett resultat.

Etiska övervägande

Då vår studie inte kräver en etisk prövning (SFS, Lag 2003:460) utgår vi i stället utifrån de fyra forskningsetiska principerna för en etisk reflektion. Dessa innebär att deltagarna ges både skydd och rättigheter under tiden studien utförs. Den första principen som gäller krav på information innebär att de berörda intervjupersonerna innan intervjun påbörjas bör få information angående studiens syfte och att det är frivilligt att delta i studien. Den andra principen är samtyckeskravet som grundar sig på att deltagaren samtycker till studiens upplägg och syfte. Det tredje är konfidentialitets kravet och där finns information angående hur forskaren skyddar och handhar materialet så att inga obehörig kan nyttja det. Den fjärde principen som kallas nyttjande kravet innebär att det bör framgå hur lång tid materialet sparas efter intervjun och vilket ändamål materialet har (Vetenskapsrådet, 2002).

Vi började med att ringa runt till olika vårdcentraler för att fråga verksamhetschefen om tillåtelse att intervjua en distriktssköterska inför vår studie. Verksamhetschefen tillfrågade i sin tur en distriktssköterska som var villig att delta och som återkom till oss och bokade datum för intervju. Därefter arbetade vi fram ett brev som förklarade lite vad intervjun kommer att ta upp, att den skulle bandas och att hanteringen av data kommer att behandlas konfidentiellt och förstöras efter studiens godkännande. Det följde även med ett dokument för samtycke att medverka i studien som skrevs under innan intervjun (bilaga 2). Innan intervjun startade småpratade författaren med informanten för att han/hon skulle känna sig mer avslappnad och jämbördig med

intervjuaren. Efter intervjun tillfrågades informanten om hon/han var intresserade av att läsa den färdiga uppsatsen, vilket samtliga önskade. Detta gjordes för att de skulle känna sig delaktiga i studiens resultat (jfr Vetenskapsrådet, 2002).

RESULTAT

Efter analysering av de tio utförda intervjuerna framkom följande resultat innefattande fem kategorier: Jämställd vård innebär att se individens behov, Orsaker som kan leda till ojämställd vård, Reflektioner över om jämställd vård ges, Jämställd vård - någon annans ansvar och Bristande kunskaper och utbildning utifrån ett genusperspektiv. De flesta distriktssköterskorna hoppas att de ger jämställd vård men vissa önskar efter att ha blivit upplysta i ämnet mer medicinsk utbildning utifrån ett könsperspektiv.

Jämställd vård innebär att se individens behov

Uppfattningen bland intervjupersonerna gällande begreppet jämställd vård beskrivs ungefär på ett likvärdigt sätt. Distriktssköterskorna anser att alla patienterna får samma vård oavsett om det är en man eller kvinna som söker hjälp. Det viktigaste enligt intervjupersonerna är att se patientens individuella behov, ha en helhetssyn och att vara flexibel. I detta ingår enligt en intervjuperson att det är så att olika vård ges till olika människor, inte beroende på om de är man eller kvinna utan för att vi alla är olika personer som behöver bli omhändertagna på olika sätt.

En intervjuperson uttryckte sig så här för att beskriva jämställd vård:

> ”Det är ju hela förhållningssättet när man möter en människa. Det där kommer ju in redan då, den jämställda vården så därför kan jag inte ge dig något exempel. Det är ju alltid när man jobbar.”

Intervjupersonerna ansåg att om en patient kontaktar vårdcentralen för att få en läkartid är det viktigt att samtalet inte styrs av att det är en man eller en kvinna utan att graden av individens behov av läkarvård styr. Vid all kontakt med patienter oavsett ålder, kön eller etnicitet är det viktigt att vara flexibel i sitt bemötande. Vidare framkom det att när information ges är det bra att individanpassa den så att varje patient kan ta till sig och förstå sin egen behandling och vård. Det anses väsentligt att bemöta och behandla varje individ utifrån dennes egna förutsättningar och se hela individen innefattande helhetssyn.

> ” Ja att alla behandlas lika oavsett kön, ursprung och ja religion då. Den biten. Helhetssyn. Utgår från patienten, individen, helheten.”

En intervjuperson berättar att hon så långt det går vill se till patienternas individuella behov, men ibland faller hon in i stereotypiskt tänkande. Ibland bemöter hon män på ett mer konkret och bestämt sätt medan hon inför kvinnor är mjukare och lite otydligare i sin kommunikation. Om diskussionen gäller exempelvis rökningens effekter förklarar hon för mannen utan omsvep om följderna av rökning, medan hon för kvinnan lindar in

det hela på ett annat sätt. Intervjupersonen säger att i realiteten är det kanske så att just den mannen skulle behöva ett mjukare bemötande och kvinnan en handfast information.

> ”Ja och sen faller man ju lätt i de här klassiska fördomarna att man bemöter män lite mer rakt och tydligt och så är man lite mer luddig till kvinnor fast man egentligen… Det kan var precis tvärtom som man skall behöva vara i sättet.”

Ett ämne som även diskuterades med en intervjuperson är att vi kvinnor och män har olika fysiologiska förutsättningar och benägenheter att få vissa sjukdomar. Till exempel berättar intervjupersonen att kvinnans organ oftast är mindre än mannens såsom exempelvis kärl och luftrör. Gällande patienter med kol menar distriktssköterskan att kvinnan drabbas både tidigare i livet och dessutom hårdare än mannen. Detsamma ansåg hon gälla alkoholvanor där kvinnan mer och mer tar efter mannens beteende.

Orsaker som kan leda till ojämställd vård

Informanterna anser att ett arbete som sker under stressade förhållande kan medföra brister i omvårdnaden och i det egna omdömet. Uppmärksamheten kring vad patienten egentligen säger och uttrycker kanske inte distriktssköterskan hinner reflektera över då hon/han i tankarna redan befinner sig hos nästa väntande patient.

> ”Just att det kan bli ojämställt på att man ibland inte ger dem, fast man har tidspress att man inte ger dem tillräcklig vård.”

En intervjuperson uttryckte en skillnad då hon vid telefonrådgivning medgav att hon snabbare ger läkartid till ett barn om en man ringer än om en kvinna ringer. Är det en kvinna som ringer ges i större utsträckning råd om egenvård i första hand och att åter ta kontakt vid ett senare tillfälle om barnet blir sämre. Kvinnorna anses ha mer kunskap och kanske tidigare erfarenheter kring liknande symtom som barnet uppvisar.

> ”Så ringer det en tafatt pappa och inte vet, då känns det som vi behöver gå in och stötta mer om än en mamma som vet att så här skall det va och så det här vet jag, jag har varit med om det förr.”

En intervjuperson som hade samtalsterapi som specialinriktning upplevde att det ibland under samtalen med en patient kunde vara till hjälp att generalisera könen. Med det menar hon att vi trots allt ibland fungerar olika som man och kvinna och för att bättre kunna förstå varandra kan det som terapeut vara bra att känna till dessa olikheter för att tillsammans med patienten kunna förklara hur det andra könet tänker och agerar i vissa situationer. Detta för att på bästa sätt kunna hjälpa patienten vidare.

> ”Så det känner jag att det behöver man inte vara rädd för och generalisera lite grand heller i samtalet.”

Generaliserande kan vara en fördel att dra nytta av ibland medan det i andra sammanhang kan vara en nackdel och eventuellt leda till ojämställd vård enligt

informanterna. En intervjuperson gav uttryck för att i sitt bemötande och informationsgivande vara mer konkret och sakligt gentemot männen än till kvinnor. Bemötandet gentemot kvinnorna präglades mer av mjukare konversation och förklaringar runt omkring det egentliga problemet. Distriktssköterskan kunde känna en slags förväntan från patienten om att hon skulle uppträda på ett visst sätt. En informant sa att bara för att patienterna får lika behöver det inte innebära detsamma som jämställd vård. Ett exempel som ges är att kvinnor har sämre överlevnad än män efter kranskärlsoperationer och därför kanske inte bör utsättas för operation i lika stor utsträckning som mannen.

> ”Men så kanske det är så här att kvinnor kanske inte ska bypass opereras lika mycket som män för att kvinnor dör mycket mer i bypass operationer än vad män gör. Så det är ju tur att kvinnor inte opereras så mycket som män gör.”

Ytterligare en sak att tänka på enligt en distriktssköterska är att för att det skall bli jämställd vård är kännedom om att mannen och kvinnan vid vissa sjukdomstillstånd kan ha olika symtom för samma sjukdom som till exempel vid hjärtinfarkt och angina pectoris. Okunskap kring detta kan leda till att framför allt kvinnan inte får den vård hon är berättigad.

> ”Nej, alltså men kanske lika vård innebär ju inte att alla blir behandlade lika som ett enda stort kollektiv.”

Reflektioner över om jämställd vård ges

De flesta intervjupersonerna anser att de ger jämställd vård, att det kommer naturligt och ges på ett omedvetet plan. Vidare anser några även att övrig personal på deras arbetsplats ger jämställd vård. Några tycker att det är självklart att de ger jämställd vård men att det är svårt att svara på om kollegorna ger det. De förutsätter, tror och hoppas att övrig personal på vårdcentralen ger jämställd vård. Det upplevs svårt att ge exempel på situationer där ojämställd vård förekommer. Om det förekommer beror det troligtvis på kunskapsbrist och omedvetenhet. Inom vissa kulturer däremot kan det märkas en viss ojämställdhet mellan kvinnor och män. Ett exempel som gavs var följande:

> ”Den muslimske mannen möter mindre fördomar när man träffas än vad den muslimska kvinnan gör som bär slöja.”

Några av intervjupersonerna medger att de under intervjun fått en ökad insikt i vad jämställd vård innebär och därför kan de se att den vård de ger, inte riktigt är så jämställd som de först trodde. Det finns en del skillnader i hur kvinnor och män bemöts, bland annat vid telefonrådgivning.

> ”Ja så som jag tänker på jämställd vård, ger jag väl inte det.”

Diskussioner kring jämställd vård förekom sällan på intervjupersonernas arbetsplatser, vare sig i fikarummet eller på vårdplaneringsmöten. En del anser inte att detta är ett problem och därför heller inget ämne som vare sig behöver diskuteras eller på något sätt

åtgärdas. Det var svårt för vissa intervjupersoner att veta om jämställd vård ges. En intervjuperson uttrycker sig så här:

> ”Det är så långt ifrån mitt tänkande det här med ojämställt.”

Jämställd vård – någon annans ansvar

Informanterna hade svårt att ge exempel på att de själva givit ojämställd vård. Den ojämställda vård som uppmärksammats var sådant de hört talas om och fått till sig via media och verkade förekomma på andra arbetsplatser men inte hos dem själva eller på just deras arbetsplats.

> ”Alltså, jag gör nog inte det egentligen för jag har nog inte arbetat på de ställena.”

Några av informanterna anser att ansvaret för jämställd vård ligger hos läkarna, då det är de som oftast träffar patienten först, sätter diagnosen och startar upp en behandling. På vårdcentralerna pågår för närvarande inget aktivt arbete angående jämställd vård. På någon vårdcentral förekommer dock information från ledningen om vikten av att ge jämställd vård. Vidare framkom det att så länge det inte fanns någon anmälan angående ojämställd vård var vården jämställd.

> ”Man ju se på om man får vad heter det… inte reprimand utan om det skulle vara så att de felbehandlades på något sätt så fick man ju klagomål på det.”

Några informanter uttryckte att de hade talat med chefen och kollegor innan intervjun och de hade sagt att det inte förekom någon ojämställd vård på deras arbetsplats, därför gavs jämställd vård på dessa vårdcentraler.

Bristande kunskap och utbildning utifrån ett genusperspektiv

Enligt intervjupersonerna är kunskap kring jämställd vård liten och utbildning kring vård utifrån ett genusperspektiv i princip obefintlig. Det framkommer även att några av de intervjuade anser att okunskap kan leda till ojämställd vård. De ser vikten av ökad kunskap och medvetenhet kring ämnet jämställd vård vid omvårdnad och behandling av patienter. Viss kunskap kring olika symtom som skiljer sig mellan man och kvinna ansågs finnas men att det kan vidareutvecklas och att ytterligare forskning och utbildning behövs.

> ”Jag tycker att det är väldigt bra att man har uppmärksammat detta, men det krävs säkert ännu mera information men man har ändå gjort en hel del vad gäller hjärt- kärlsjukdomar tycker jag och det är ju jättebra! Kanon!”

Det påtalas av intervjupersonerna att de aldrig under hela sin karriär som sjuksköterska eller distriktssköterska fått utbildning gällande vård utifrån ett genusperspektiv.

Det förekommer ofta utbildning gällande medicinsk behandling och diverse sjukdomstillstånd men ingen av de intervjuade distriktssköterskorna har varit med om att få utbildning inom olika sjukdomar där föreläsaren inriktat sig på att fokusera kring olika symtom mellan kvinnor och män.

> ”Vi tittar ju på olika sjukdomar men vi har ju inte med genusperspektiv.”

Någon av de intervjuade berättade att det inom hjärt- kärlsjukdomar delgivits viss utbildning kring just dessa olika symtom. Däremot var det många av distriktssköterskorna som ansåg att utbildning inom detta område vore av stor vikt för att förhindra att ojämställd vård uppkommer, det vill säga att kunskap förhoppningsvis ger en mer jämställd vård. Vid en vårdcentral hade det tidigare funnits en jämställdhetsgrupp som fokuserade på detta ämne men till följd av en omorganisation hade gruppen upphört på grund av tidsbrist.

> ”Nä det gör vi faktiskt inte men jag kan ju svara på hur vi gjorde tidigare och då fanns det en jämställd hetsgrupp på VC.”

Intervjupersonerna ansåg att det skulle föra med sig många fördelar med utbildning gällande jämställd vård och vad det innebär. Det i sin tur skulle kunna leda till att distriktssköterskan känner sig säkrare på att vården som ges är jämställd.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Vi valde en kvalitativ intervjustudie då det är en lämplig metod att utgå ifrån eftersom vårt syfte var att belysa distriktssköterskors uppfattningar om jämställd/ojämställd vård (jfr. Graneheim & Lundman, 2008; Hsieh, & Shannon, 2005). Två av våra intervjuer tog inte lång tid men med hjälp av den kvalitativa innehållsanalysmetoden anser vi att vi kunde få fram värdefull information även ifrån dessa intervjuer. Vi fick många koder när vi arbetade oss fram i texten. När vi sedan sammanförde de koder som hade likheter med varandra fick vi först sju olika kategorier. När vi sedan skulle sammanfatta varje kategori upptäcktes att en del koder hamnat fel. De fick därför placeras om till en annan mer passande kategori. Ett exempel på detta var en kod vi kallade för ”Vård på lika villkor”. Denna hade vi satt under kategorin ”Uppfattningar som kan orsaka ojämställd vård”. Under bearbetningens gång upptäcktes att den passade bättre under kategorin ”Jämställd vård innebär att se individens behov” och förflyttades därför dit. Under sammanställningen av kategorierna upptäckte vi att två hade likartat innehåll och slog därför samman dessa till en gemensam kategori. Vilket resulterade i sex kategorier totalt. Vid den slutliga versionen upptäcktes att en kategoris innehåll inte var entydig, varvid detta delades upp under övriga kvarstående kategorier. Slutresultatet blev fem kategorier. Vi har hela tiden tittat tillbaka till intervjutexten för att på så vis inte förlora någon viktig information och inga koder har lämnats utan kategori. För att namnge kategorierna ställdes studiens syfte gentemot innehållet i kategorin och på så sätt kunde passande kategorinamn hittas. Tolkningen gjordes med egna ord och skapade en sammanfattning i form av kategorier.

Graneheim och Lundman (2008) anser att trovärdigheten på studiers resultat bygger på att den som läser och granskar texterna är väl insatta i ämnet för att kunna tolka trovärdigt och sätta rätt koder och teman. Dessa koder och teman skall sedan prägla innehållet av texten. En annan aspekt att ta i beaktande för att en kvalitativ innehållsanalys skall bli trovärdig är att förstå att forskarens egna erfarenheter och kunskaper sätter sin prägel på texterna som analyseras. Vi upplevde det ibland svårt eftersom vi redan visste en hel del om ämnet när vi analyserade och tolkade texten, men vi försökte läsa texten som ny varje gång. Vid tveksamheter diskuterades ämnet på nytt mellan författarna och intervjutexten granskades på nytt för att få en försäkran om att innehållet tolkats på ett korrekt sätt. Vi anser att det är viktigt med egna erfarenheter och kunskaper kring det valda ämnet för att kunna ge trovärdiga koder och dela in dessa i sammanhängande kategorier. Vidare kände vi att det underlättade att kategorisera materialet då diskussion kunde föras mellan författarna. Kvale (1997) anser att studiens trovärdighet ökar om det är två personer som utför den.

Vid utskriften av intervjuerna valde vi att skriva ut alla skratt, hostningar, humningar och eventuella tveksamheter. Inga kodningar har gjorts utifrån dessa, men en slutsats vi kan göra så här i efterhand är att vissa skratt kan tolkas som nervösa. Det finns även mycket humningar och tveksamheter som också kan tolkas som att det är ett svårt och ett känsligt ämne.

Val av deltagare är även en viktig trovärdighetsfaktor i studien. Det bör ingå både män och kvinnor om studiens syfte exempelvis är att beskriva variationer av reflektioner (Graneheim & Lundman, 2008). Vi valde att försöka få en så stor variation på urvalet som möjligt. Till att börja med bestod intervjupersonerna enbart av kvinnor men kompletterades sedan med en man, vilket kändes viktigt för att öka trovärdigheten i studien. Vid valet av vilka vårdcentraler som skulle medverka var en tanke att det skulle variera och innefatta både landsbygd och tätort. Vi tog hjälp av telefonkatalogen och valde ut tio vårdcentraler utefter geografisk belägenhet. Detta innebar önskemål om att få med lansbygd och tättbebyggt område. Det kändes även viktigt att få med vårdcentraler som hade ett mångkulturellt upptagningsområde. Det var inga svårigheter att få intervjupersoner att delta i vår studie. Dock var det en intervjuperson som en vecka innan intervjun skickade ett brev om att tiden inte räckte till för henne och avböjde till att delta. Detta löstes genom att boka en intervju på en annan vårdcentral. Genom att göra det urval vi gjorde, kan vi anta att resultatet svarar för ganska många distriktssköterskors uppfattningar. En frågställning vi har är om resultatet hade sett likadant ut om vi lyckats få fler män med i våra intervjuer? Över lag så påminner intervjupersonernas resonemang om varandra och den ende mannen som medverkade skiljer sig inte nämnvärt åt i sitt sätt att diskutera ämnet jämfört med kvinnorna i studien. Det finns därför skäl att anta att resultatet troligtvis hade hamnat på ungefär samma nivå som det vi här presenterat.

Enligt Graneheim och Lundman (2008) kan det även vara bra att använda citat från intervjuerna, då läsarna själva får en chans att bedöma trovärdigheten. I APA- manualen (2001) nämns att om mer än 40 ord används i citatet bör texten vara infogad i den löpande texten med situations tecken. Vi valde att lägga citatet fritt med indragning för att texten skulle bli synligare och att det skulle blir enklare för läsaren att läsa texten.

Enligt Dahlberg (1997) finns det nackdelar med intervjustudier. En av dem är att intervjuaren kan styra intervjupersonen i alltför hör grad, och på så vis påverka innehållet i utsagorna. Därför valde vi att skriva vår halvstrukturerade frågemall med öppna frågor, med förslag på uppföljningsfrågor. Uppföljningsfrågorna var till stöd för intervjuaren så att samtalet inte skulle stanna upp.

Vi kan se att vår oerfarenhet som intervjuare kan spela en roll för hur intervjuerna löpte på (jfr Kvale, 1997). Den första intervjun är inte lika fyllig i texten och vi hade svårt att följa upp med följdfrågor. Efter varje intervju blev det dock bättre flyt i konversationen och följdfrågorna blev bättre och det blev lättare att hålla konversationen inom området. Vår erfarenhet av intervju som metod, visar att det var en bra metod att använda och att det besvarade syftet med studien väl. Intervju som metod kan också vara lite känsligt och en del intervjupersoner kan uppleva det jobbigt att bli inspelade på band. Vid två tillfällen var intervjuerna korta och koncisa, men när bandspelaren stängdes av fortsatte dialogen kring ämnet. Intervjuaren frågade om bandspelaren fick sättas på igen då det framkom mycket intressant data. Det ville inte intervjupersonen. I efterhand har vi diskuterat om vi bara skulle startat bandspelaren igen utan att fråga eftersom intervjupersonen redan samtyckt till intervjun.

Detta visar även att intervjustudie som metod kan vara svår att utföra och det krävs ett antal intervjuer för att intervjuaren skall känna sig trygg i sitt utförande. Vi upplevde att den frågemall som skickades ut hjälpte intervjupersonerna att ge sina uppfattningar kring ämnet.

Vi valde att skicka ut frågorna i god tid innan intervjuerna för att distriktssköterskorna skulle få tid att förbereda sig och hinna ”tänka till”. Vi uppfattade det som att alla intervjupersonerna var nöjda med att få frågorna utskickade i god tid. Det var dock en intervjuperson som fick frågorna endast en dag före intervjun och därför inte hann förbereda sig som de övriga deltagande.

Resultatdiskussion

I vår studie framkommer att jämställd vård för intervjupersonerna innebär att alla har rätt till lika vård och att se till individens behov oberoende om det är en man eller kvinna. Det är viktigt är att ha helhetssyn, vara flexibel och lyhörd. Enligt Barbosa da Silva (2003) handlar det om att kunna hjälpa hela patienten och se helheten utifrån en medicinsk och moralisk profession och att alla har rätt till samma vård utifrån sina behov. Även Dahlberg et al. (2003) uttrycker vikten av att se hela människan och att behandla alla lika utefter var och ens behov. De nämner även att sjuksköterskan bör vara lyhörd och förstående vilket kan relateras till vår studie som nämner flexibilitetens betydelse. Som författare kan vi se att intervjupersonernas reflektioner och uttryck är väl förankrat och likvärdigt med vad som framkommer i vår bakgrund. Vi anser såsom dem att det är viktigt att se hela individen och ge vård utifrån var och ens behov. Här märks en enighet bland intervjupersonerna om vikten av jämställd vård och dess betydelse. När det gäller begreppet jämställd vård är det tydligt att det förväxlas med betydelsen jämlik vård som har en bredare innebörd och innefattar inte enbart man och

kvinna utan även exempelvis ålder, etnicitet och sexualitet. När vi märkt att förväxling skett har vi förtydligat att det gäller mellan man och kvinna.

Studiens resultat visar att jämställd vård är något som intervjupersonerna uppfattar att de alltid ger, det sker utan reflektion och kommer naturligt. Enligt Dahlberg et al. (2003) är det viktigt att sträva efter ett öppet förhållningssätt till patienten och för att kunna inta detta bör vårdaren reflektera över sin egen förförståelse. Vidare framkommer det i studien att både jämställd vård ges men att ojämställd vård troligtvis förekommer. Detta talar för att det är svårt att entydigt svara på frågan om jämställd vård ges eller inte. Enligt Smirthwaite (2007) är det risk för att det uppstår genusbias om diagnos och behandling sker omedvetet. En intervjuperson fällde följade kommentar gällande ojämställd vård ”det är så långt ifrån mitt tänkande det här”. Detta anser vi spegla att ämnet vård- och hälsa ur ett genusperspektiv är oreflekterat. Vi har under arbetets gång fått intrycket av att intervjuerna fungerat som en väckarklocka för många av intervjupersonerna som innan intervjun aldrig reflekterat över ämnet/problematiken jämställd/ojämställd vård mellan man och kvinna. Vi är glada över att kanske ha väckt några tankar till liv vilket är nyttigt och positivt inför framtiden. Att det är oreflekterat kan även visa på att brister förmodligen finns. Det är inte lätt att komma till rätta med ojämställd vård för den existerar oavsett om vi är medvetna eller omedvetna om det. Vi anser att det är viktigt att som distriktssköterska bli uppmärksammad på att det existerar. Detta medför förhoppningsvis att det blir så bra som möjligt och att varje patient får den vård som just den behöver oberoende av könstillhörighet.

Vårt resultat belyser att en del intervjupersoner hade läst om ojämställd vård i media men själva inte kommit i kontakt med detta på just deras arbetsplats. Det ansågs även vara läkarnas ansvar att ge jämställd vård då det oftast är de som träffar patienten först. Enligt Lindström (2007) ingår det dock i distriktssköterskans kompetensbeskrivning att göra vissa medicinska bedömningar, förskriva läkemedel och utföra viss vaccination (ibid). Detta kan medföra olika resultat beroende på hur stor medvetenheten är gällande jämställd vård. Dessutom anser och tror vi att all vård som ges inom alla vårdrelaterade yrkeskategorier från sjukvårdsbiträde till överläkare har en betydelse för om vården blir jämställd. Alla bidrar på olika sätt och har en viktig del i patientens tillfrisknande. Det är därför viktigt att inom hela vårdkedjan väcka ämnet till diskussion. Det finns hos oss författare en förståelse att tänka att jämställd vård ligger på läkarnas ansvar då mycket av det som kommer till oss i media handlar om anmälningar mot just läkarna. Som distriktssköterska kan det nog infinna sig en känsla av maktlöshet över att inte kunna agera i vissa sammanhang. Att tänka att jämställd vård ges av någon annan någon annanstans och med dem har vi ingen kontakt och kan därför inget göra. Detta är ett tankesätt som kan uppstå och då menar vi att det är viktigt att bli medveten och granska sig själv och sin närmaste omgivning fundera över om vi gör det vi kan här hos oss på vår arbetsplats.

Resultatet i vår studie visar även att distriktssköterskan behöver kunskaper om könsspecifika skillnader mellan kvinnors och mäns symtom vid sjukdom för att kunna ge jämställd vård. Utbildning och föreläsningar sker på vårdcentralerna men ingen av intervjupersonerna har erbjudits detta gällande genusmedicin. Jonsson et al., (2006) menar att det finns skillnader i omhändertagandet mellan kvinnor och män och detta beror framförallt på bristande kunskap om könsspecifika skillnaderna mellan kvinnor

och män. Frågan är om vi görs könsneutrala och får samma behandling, får vi då jämställd vård? Vår reflektion är att vi inte får glömma våra fysiologiska olikheter och att vi kanske i vissa situationer bör behandlas på skilda sätt för ett erhålla jämställd vård. Detta bekräftar både Smirthwaite (2007) och Jorfeldt (2005) genom att berätta att män och kvinnor kan behöva specifikt anpassad vård för det egna könet och därmed ibland har olika behov av vård. Kunskapen som följer med oss gällande att kvinnor eller män i högre grad drabbas av en viss sjukdom än det andra könet kan medföra att sjukdom inte upptäcks.

Studiens resultat tar även upp att en distriktssköterska upplever att hon bemöter män och kvinnor olika, männen bemöts mer konkret medan kvinnan behandlas med en mjukare attityd. Detta belyser även Dalheim (2005) i sin studie som visar att vårdare i sin information till barn med astma förhåller sig mer tydliga i sina råd till pojkar. Pojkar fick dessutom individuell handledning med konkreta råd medan flickor handleddes i grupp och uppmuntrades att reflektera tillsammans. Detta skulle kunna tolkas som att pojkar ses som mångfacetterade och flickor som enklare och mer generaliserbara Det finns en risk att manifestera skillnaderna mellan män och kvinnor med dessa tolkningar och det är därför viktigt att problematisera könsstereotypiskt tänkande. Genom att exponera stereotyperna finns en chans de förlorar sin kraft (ibid). I en artikel av Bönte et al. (2008) framkommer det att det är skillnad i bemötande mellan män och kvinnor. Det visade sig att doktorerna ställde helt olika frågor till patienter som sökte för samma åkomma beroende på om de var man eller kvinna. Detta kan leda till fel diagnostisering och behandling. I studien var det kvinnorna som inte fick den rätta diagnosen ställd (ibid). I vårt samhälle ser vi nog kvinnan som mjukare och mer ”medgörlig” medan mannen är mer bestämd och inte låter sig styras i samma utsträckning, därför kan vi finna dessa resultat intressanta att belysa. Det är nyttigt att bli medveten om detta då en del människor kan uppleva det betungande att bli bemött på ett visst sätt bara för att de är man eller kvinna. Det kanske är så att genom att bemöta kvinnor och män olika ger vi jämställd vård. Vi tror att ökad medvetenheten och kunskap kring ämnet kan leda till att majoriteten av vårdpersonalen upptäcker att de ibland ger ojämställd vård. Vi får heller inte glömma att det finns olikheter mellan könen och att kvinnan ibland önskar blir bemött på ett visst sätt och mannen på ett annat.

I vår studie framkom att jämställd/ojämställd vård kan vara ett känsligt ämne att diskutera. Vi upplevde att en del intervjupersoner intog en form av försvarsposition under samtalets gång. Eftersom Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) anger att vård skall ges på lika villkor till hela befolkningen är detta vad en sjuksköterska strävar efter och därför tror vi att det kan vara svårt att föreställa sig att något annat görs. Vår upplevelse är att ingen av intervjupersonerna vill ge ojämställd vård utan strävar efter att i största möjliga mån ge jämställd vård.

I resultatet framkommer att vissa distriktssköterskor utan att tveka och med bestämdhet menar att alla får precis samma vård oavsett om man är man eller kvinna, de ser till individens behov och ger definitivt jämställd vård. Enligt Socialstyrelsen (2008) har inga tydliga skillnader vare sig till mäns eller kvinnors nackdel kunnat påvisas när det gäller att överleva efter hjärtoperationer, funktionsduglighet eller livskvalité. Där kan påvisas att vården inte är ojämställd och därmed finns en förståelse hos oss författare att vissa distriktssköterskor med säkerhet kan säga att de ger jämställd vård.

Vi anser att jämställd vård är ett mycket hett ämne och vi gör ett försök att närma oss det vårdvetenskapligt. På grund av bristande forskning är det svårt. Vårdvetenskapen säger att vi ska se helheten och med hjälp av genusperspektivets synsätt kan vi upptäcka olikheterna. Detta beskriver även Dahlberg et al., (2003) som att se varje patient som unik. För att vårdpersonal skall upptäcka det unika i varje patient måste de möta patienten så förutsättningslöst som möjligt. Vi ser att förutsättningarna är goda men det är viktigt att öka kunskapen hos vårdpersonal för att det skall bli bättre.

Det finns mycket kvar att arbeta med för att öka jämställdheten inom vården. Vidare forskning kring ämnet är av största vikt. Vi får erkänna att resultatet har förvånat oss en aning. Vi hade inte trott att frågan var så pass oreflekterad som den ändå var och att ämnet sällan tas upp till diskussion på arbetsplatserna. Innan denna studie påbörjades hade inte heller vi reflekterat nämnvärt över jämställd vård utan tänkt mer i jämlikhetstermer, alltså orättvisor gällande ålder, etnicitet och så vidare. Kan den ojämställdhet som i tidigare undersökningar framkommit bottna i att mannen var den som förvärvsarbetade och stod för familjens försörjning medan kvinnan gick hemma med barnen? Det var enligt Lindström (2007) männen som hade de viktiga posterna i samhället. Vi tror att detta kan ha medfört att män fick bättre och snabbare vård och att detta historiska tankesätt till viss del fortfarande påverkar oss på ett omedvetet plan även i dagens moderna samhälle. Vi hoppas att vi genom att utföra studien har förmedlat en del ny kunskap till intervjupersonerna och väckt deras intresse för ämnet. Ytterligare hoppas vi att medvetenheten skall öka och att fler kommer till insikt och reflekterar över hur de egentligen tänker när de arbetar. Förhoppningsvis leder detta i slutändan till en bättre och mer jämställd vård. En spännande frågeställning att lyfta fram är vad som kommer att ske i framtiden? Kommer vi att kunna eliminera ojämställd vård eller är det omöjligt? Det blir en spännande progress att följa och det viktigaste är att vi alla kan vara med och påverka genusperspektivets framtida utveckling.

Slutsats

Dessa slutsatser drar vi från vår studie:

- Genom att prata mer om jämställd vård på arbetsplatserna och låta det bli en del av vardagen tror vi att det kan bli ett mindre känsligt ämne att diskutera.

- Mer utbildning behövs till vårdpersonal för att öka medvetenheten gällande jämställd vård.

- Det vore bra att i framtiden forska ytterligare inom genusmedicin och att kvinnor inkluderas i forskningen på ett annat sätt än tidigare. Detta för att få en bättre dosanpassning och ökad medvetenhet kring biverkningar gällande såväl män som kvinnor. Det vore bra om det i framtidens Fass gick att utläsa dosanpassning och biverkningar gällande respektive kön.

- Fortsatt och ökad forskning kring män och kvinnors olika symtom vid sjukdom. Ur patientens synvinkel viktigt för att alla skall ha möjlighet till rätt diagnos så snabbt som möjligt.

- Intressant vore att ta reda på om all hälso- och sjukvårdspersonal anser att forskning kring genusperspektivet är viktigt för att säkerställa jämställd vård.

- Vidare anser vi att det krävs vidare forskning i ämnet för att få fram ett bra analysredskap för mätning av jämställd vård.

REFERENSER

American Psychological Association (2001). *Publication Manual of the American Psychological Association* (5th Edition). Washington , DC: *American Psychological Association.*

Backhans, M., Lundberg, M. & Månsdotter, A. (2007). Does increased gender equality lead to a convergence of health outcomes for men and women? A study of Swedish municipalities. *Social Science & Medicin.* Vol; 64 (10), 1892-1903.

Barbosa da Silva, A. & Ljungqvist, M. (2003). *Vårdetik för ett mångkulturellt Sverige.* Lund: Studentlitteratur.

Bertakis, K., Helms, J., Callahan, E., Azari, R., Leigh, P & Robbins, J. (2001). Patient Gender Differences in the Diagnosis of Depression in Primary care. *Journal of women`s health & gender-based medicine.* Vol; 20 (7), 689-697.

Bertakis, K. & Azari, R. (2007). Patient gender and physician practice style. *Journal of Women´s Health.* Vol; 16 (6), 859-868.

Bönte**,** M., von dem Knesebeck, O., Siegrist, J., Marceau, L., Link, C., Arber, S., Adams, A. & McKinlay, JB. (2008).Women and men with coronary heart disease in Three countries: are they treated differently? *Women's Health Issues.* Vol; 18 (3). 191-198.

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare.* Lund: Studentlitteratur.

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap.* Lund: Studentlitteratur.

Dalheim, A-C. (2005). *Skydda och frigöra. En studie av föräldrar till barn med astma och av professionella vårdare.* Umeå: Print och media.

Graneheim, U. H & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today.* Vol; 24 (2), 105-112.

Graneheim, U. H. & Lundman, B. Kvalitativ innehållsanalys I: Granskär, M. & Höglund- Nielsen, B. (red). (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård.* Lund: Studentlitteratur.

Hammarström, A. (2004). *Genusperspektiv på medicinen - Två decenniers utveckling av medvetenhet om genus inom medicinsk forskning och praktik.* Kalmar: Lenanders grafiska AB.

Hovelius, B & Johansson, E (2004). *Kropp och genus i medicinen.* Lund: Studentlitteratur.

Hsieh, H-F. & Shannon, S.E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research.* Vol; 15 (9), 1277- 1288.

Jonsson, P-M., Schmidt, I., Sparring, V. & Tomson, G. (2006). Gender equity in health care in Sweden-Minor improvements since 1990s. *Health policy.* Vol; 77, (1). 24-36.

Kvale, S. (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun.* Lund: studentlitteratur.

Lantz, A. (2007). *Intervjumetodik.* Lund: Studentlitteratur.

Lindström, A-C. (2007). *Något som inte längre är- Distriktsköterskors yrkesutövning på vårdcentral ur ett genusperspektiv.* Avhandling från Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs Universitet.

Lovlien, M. (2001). Blir kvinners hjerter tatt på alvor. *Vård i Norden.* Vol; 21 (1), s 15-19.

Miracle, V. (2006). Coronary artery disease in women; the myth still exists. *Dimensions of critical care nursing.* Vol; 25 (5), 209-215.

Nilsson, P., Brandström, H., Lingfors, H., Erhardt, L., Hedbäck, B., Israelsson, B. & Sjöberg, G. (2003). Gender difference in secondary prevention of coronary heart disease: reasons to worry or not? *Scand J Prim Health Care*. Vol; 21, 37-42.

Smirthwaite G. (2007). *(O)jämställdhet i hälsa och vård.* Sveriges kommuner och landsting.

Socialstyrelsen. (2004). *Jämställd Vård? Könsperspektiv på hälso – och sjukvården.* Hämtad den 5 september 2008 från www.socialstyrelsen.se.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.* Hämtad den 27 augusti 2008 från http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8673/2005-105-1.htm.

Socialstyrelsen. (2008). *Mot en mer jämställd sjukvård och socialtjänst.* www.socialstyrelsen.se. Mars, 2008.

Jorfeldt, I. Vårdvetenskapen ur ett genusperspektiv I: Strömberg, H. & Eriksson, H. (red). (2006). *Genus perspektiv på vård och omsorg.* Lund: Studentlitteratur.

Svensk författningssamling. (SFS 1982:763). *Hälso- och sjukvårdslag* hämtad den 2008- 08-27 från www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763.

Svensk författningssamling. (SFS 2003:460). *Lagen om etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtad den 2008-10-03 från http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2003:460.

Söderström, M. (2001). Därför uteslöt forskarna kvinnor ur sina studiepopulationer. *Läkartidningen.* Vol; 98 (13), 1524-1528.

Verdonk, P., Harting, A. J. & Lagro-Janssen, T. L. M. (2006). Does equal education generate equal attitudes? Gender differences in medical students`attitude toward the ideal physician. *Teaching and learning in medicine.* 19 (1), 9-13.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.* Stockholm: Vetenskapsrådet.

Bilaga 1

Hej! Borås 2008-08-26

Här kommer de utlovade frågorna gällande intervjun om ojämställd/jämställd vård. Vänligen läs igenom och begrunda. Frågorna kan komma att ändras något eller någon fråga kan komma att läggas till. Vi ses _____.
Med vänliga hälsningar

Frågor till dsk.

Allmänna frågor:

1. Vad har du för ålder?
2. Hur länge har du arbetat som dsk på VC?
3. Vilken specialinriktning har du som dsk på VC?
4. Är VC privat eller offentlig?
5. Hur många patienter finns i VC`s upptagningsområde?

Specifika frågor:

6. Vad betyder jämställd vård för dig som dsk?

7. Finns det någon konkret situation där du har uppmärksammat jämställd/ojämställd vård? Hur märktes det? Hur tänkte du då? Hade du kunnat undvika det?

8. Har du funderat över om du själv anser att du ger jämställd vård? Hur agerar du då? Vad tänker du på i den situationen?

9. Du känner säkert till att män och kvinnor får olika vård för samma åkomma, hur tänker du om detta?

10. Anser du att vårdcentralen som helhet ger jämställd vård? Om Nej-svar i så fall på vilket sätt märks skillnader? Vad skulle du vilja göra åt det? Arbetar VC aktivt med jämställdhetsfrågor inom medicinskbehandling?

11. Vad tycker du om att få frågorna utskickade på förhand?

12. Är det något du vill tillägga?

Bilaga 2

Information till distriktssköterskor angående intervju till hösten och tillfrågande om deltagande i intervjustudien.

Borås 2008-06-15

Här kommer informationsbrevet enligt överenskommelse vid tidigare telefonsamtal angående magisteruppsats gällande distriktssköterskors erfarenheter av genusfrågor.

Bakgrund och syfte
Det har varit känt sedan 90-talet att det har funnits skillnader i behandling mellan män och kvinnors vård. Forskning visar att det nu i Sverige har blivit mer jämlikhet. Samtidigt är det viktigt att diskussionen fortsätter, för att ytterligare öka medvetenheten om genusfrågor i vården.

Syftet med denna studie är bland annat att ta reda på om distriktssköterskan reflekterar över könsskillnaderna vid vård av män och kvinnor. Syftet är också att undersöka distriktssköterskors erfarenheter av att arbeta med genusfrågor. Syftet kan komma att ändra sig något innan intervjuerna görs. Målet med studien är att fördjupa kunskapen inom området.

Studiens genomförande
Du kommer vid intervjutillfället att få lämna ett skriftligt samtycke till din medverkan (se nedan). Intervjun spelas in på ljudband och skrivs därefter ut ordagrant av oss. Vi kommer att skicka ut frågorna till er ungefär en vecka innan intervjun.

Hantering av data
Intervjun spelas in på ljudband för att viktig information inte skall gå förlorad. Efter intervjun skrivs den ut av oss ord för ord, utan att ditt namn, andra namn eller ortsnamn som nämns finns med. Ljudbandet kommer under och efter forskningsarbetet förvaras i låst skåp, där endast vi har tillgång till ljudbanden. Ljudbanden förstörs efter att uppsatsen är godkänd av examinator vid institutionen. Texten läses endast av personer som är i direkt anslutning till forskningsarbetet. I sammanställningen av resultatet är det inte möjligt att identifiera vad just du sagt. Om du är intresserad, kommer studiens resultat att delges dig.

Tidsåtgång
Intervjun sker vid ett tillfälle och beräknas ta cirka en timma.

Tillfrågan om deltagande
Att delta i studien är helt frivilligt. Du kan närhelst du önskar dra dig ur din medverkan, utan att förklara varför. Ditt beslut kommer inte att påverka den kontakt som du har med oss distriktssköterskestudenter eller Högskolan i Borås. Jag garanterar att de uppgifter du lämnar till oss behandlas med sekretess, vilket innebär att personalen i primärvården eller andra personer på ditt arbete inte kommer att få veta vad du har sagt till mig.

Handledare
Vår handledare under magisteruppsatsen är Elisabeth Björk Brämberg, Högskolan i Borås, Institutionen för vårdvetenskap, tel. nr. 033-4354747 eller mail adress elisabeth.bjork_bramberg@hb.se

Ytterligare information
Vid önskemål om att få förtydligad information Kontakta:

Maria Claessson
Tallstigen 2
513 50 Sparsör
E-mail: gina.maria@telia.com
Tel. nr: 0705-473416

eller

Annika Svensson
Lunnavägen 43
438 34 Landvetter
E-mail: s074309@utb.hb.se
Tel. nr. 0736-896300

Med vänliga hälsningar

Ansvariga för studien

Maria Claesson Dsk 01
Leg. Sjuksköterska
filosofie kandidat i vårdvetenskap
Distriktssköterskestuderande
Högskolan i Borås,
Institutionen för vårdvetenskap

Annika Svensson Dsk01
Leg.Sjuksköterska
filosofie kandidat i vårdvetenskap
Distriktssköterskestuderande
Högskolan i Borås
Institutionen för vårdvetenskap

Frivillighet

Jag har muntligen informerats om studien och har tagit del av ovanstående skriftlig information. Jag är medveten om att mitt deltagande i studien är frivilligt och att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande.

…….

……...

Ort och datum

Namnunderskrift