

Masteruppsats i offentlig förvaltning [HT 2012]

Förvaltningshögskolan, Göteborgs universitet

Kristin Eliasson

Handledare: Vicki Johansson

Examinator: Patrik Zapata

Konsten att implementera jämställdhet

En fallstudie om varför vissa jämställdhetsarbeten integreras
i svensk sjukvård och andra inte

Sammanfattning

Denna uppsats handlar om hur det kan gå till när det politiska målet jämställdhetsintegrering ska nås genom konkret jämställdhetsarbete inom svensk sjukvård. Med hjälp av metoden processpåring analyseras tre jämställdhetsarbeten som bedrevs inom ramen för projektet Gör det Jämt (GDJ) under 2009 och 2010. Vid projekttidens slut framhölls de tre som framgångsrika och goda exempel på förändringsarbete med fokus på jämställdhet. Genom ett underifrånperspektiv på implementering undersöks varför endast två av jämställdhetsarbetena kom att integreras i sina verksamheters ordinarie arbete medan ett inte gjorde det. Utifrån en analysram bestående av implementeringsteori samt tidigare forskning om jämställdhetsintegrering och förändringsarbete med fokus på jämställdhet jämförs de tre arbetena.

Analysen visar på både likheter och skillnader mellan jämställdhetsarbetena som har fått namn efter verksamheterna där de utspelade sig: akutkliniken, kvinnokliniken och psykiatriavdelningen. De har alla ingått i ett sammanhang där jämställdhet framhållits som en fråga om kvalitet, istället för en fråga om makt, vilket gynnat dem. Akutklinikens arbete handlade om hur kvinnor, män och barn fick smärtlindring på olika villkor och kom att bli ett kvantitativt och systembevarande jämställdhetsarbete. Kvinnoklinikens arbete syftade till att främja mäns delaktighet på förlossning och BB och var kvalitativt och systemförändrande. Arbetena mötte motstånd men det visade sig positivt att bemöta motståndet genom att lyfta fram möjliga långsiktiga effekter av jämställdhetsarbetet. Trots skilda angreppssätt integrerades arbetena på både akutkliniken och kvinnokliniken. På psykiatriavdelningen, som undersökte hur insatser fördelades bland inneliggande patienter, avstannade dock arbetet efter att projekttiden tagit slut. En av anledningarna var bristen på ett tydligt och väl avgränsat problemområde. Paradoxalt nog är det också möjligt att arbetet missgynnades av att det till skillnad från de andra belyste en mer klassisk och kvalitativ jämställdhetsproblematik. Psykiatriavdelningens resultat indikerade nämligen att kvinnor fick mindre andel av sjukvårdens gemensamma resurser. Uppsatsens resultat visar på fördelar och risker med att behandla jämställdhet som en kvalitetsfråga som påverkar både kvinnor och män.

Innehållsförteckning

1	Jämställdhetsintegrering i praktiken.....	5
1.1	Jämställdhetsarbete i svensk sjukvård	6
1.2	Syfte och frågeställningar	8
1.3	Uppsatsens disposition	8
2	Teoretisk analysram	9
2.1	Implementering ur ett underifrånperspektiv	10
2.2	Kontextens betydelse	12
2.3	Olika sätt att se på jämställdhet och jämställdhetsintegrering.....	13
2.4	Motstånd vid jämställdhetsarbete	16
2.5	Analysramens kärna	17
3	Uppsatsens metod och material	19
3.1	Processpåring	19
3.2	Val av analysfall	20
3.3	Materialinsamling	22
3.4	Min förståelse.....	23
3.5	Analysens tillvägagångssätt.....	24
4	Tre förändringsarbeten med fokus på jämställd vård	26
4.1	Akutkliniken	27
4.2	Kvinnokliniken	31
4.3	Psykiatriavdelningen	36
5	Varför integreras jämställdhet?	39
5.1	Jämställdhet som ett (o)tydligt problem	39
5.2	Jämställdhet som en fråga om kvalitet eller makt	42
5.3	Jämställdhet som ett systembevarande eller systemförändrande arbete.....	43
5.4	Jämställdhet som hot eller möjlighet	44
6	Slutsatser.....	46
6.1	Avslutande diskussion	48

7	Referenser	50
7.1	Primärmaterial	50
7.2	Sekundärmaterial	50
	Bilaga: Intervjuguide	55

1 Jämställdhetsintegrering i praktiken

Jämställdhetsintegrering är den huvudsakliga strategi som Sveriges regering och riksdag har valt för att nå målet med den nationella jämställdhetspolitiken: kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv. För att nå målet ska all offentlig verksamhet jämställdhetsintegreras. Det innebär att jämställdhet ska uppnås genom att ett jämställdhetsperspektiv¹ införlivas i allt beslutsfattande, på alla nivåer och i alla processer, av de aktörer som normalt sett deltar i beslutsfattande (SOU 2007:15, s. 19f). En av anledningarna till att jämställdhetsintegrering antogs som strategi i samband med propositionen *Delad makt och delat ansvar* 1994 var att jämställdhetsarbetet runt om i Sverige inte nådde de resultat som politiker, forskare och praktiker önskade. Arbetet för att kvinnor och män skulle få lika möjligheter, rättigheter och skyldigheter ansågs gå för långsamt. En förklaring till varför jämställdhetsarbetet gick trögt var att jämställdhet ofta behandlades som en isolerad fråga, både politiskt och i praktiken. Regeringens utredare visade exempelvis hur den svenska jämställdhetspolitiken sidoordnades, frågor om jämställdhet sågs som separata ”kvinnofrågor” och behandlades någon annanstans än där övriga politiska beslut fattades. Eftersom jämställdhetspolitiken och jämställdhetsarbetet utgick, och fortfarande utgår, från att jämställdhet skapas och ojämställdhet vidmakthålls där ordinarie beslut tas, förändrades inte rådande maktordningar mellan kvinnor och män. Strategin jämställdhetsintegrering framhölls som ett medel för att motverka sidoordningen. Nu skulle ett jämställdhetsperspektiv appliceras i styrningen av ordinarie verksamhet; inom alla politikområden och i organisationers vardagliga arbete (Prop. 1993/94:147, s. 22, SOU 2005:66, s. 50ff).

I dag, nästan 20 år efter att strategin antogs, beskrivs jämställdhetsintegrering som ett arbete för att säkra att vård, service och tjänster som utförs i offentliga verksamheter är rättvisa, jämnt fördelade och av samma kvalitet för både kvinnor och män (Callerstig m.fl. 2011:14). Jämställdhetsintegrering fungerar alltså både som politisk målsättning och som implementeringsstrategi för att nå målet i praktiken. För att implementering av politiska mål i

¹ Begreppet jämställdhetsperspektiv fungerar som samlingsbeteckning för olika tekniker, verktyg och mål som används under jämställdhetsarbete i praktiken. Oftast innebär ett jämställdhetsperspektiv också analys av strukturella samband mellan makt och kön (Mark 2007:43ff).

offentliga verksamheter ska kunna genomföras krävs ofta att extra resurser tillförs i form av exempelvis särskilda ekonomiska anslag eller vidareutbildning av personal (Sannerstedt 2001:35ff). För att implementera jämställdhet har regeringen sedan 2008 tilldelat arbetet med jämställdhetsintegrering 225 miljoner kronor. Det är den i särklass största satsningen på jämställdhet som gjorts i Sverige och leds av organisationen Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Satsningen innebär att SKL utifrån ett jämställdhetsperspektiv ska medverka till så kallad kvalitetssäkring av offentligt finansierade verksamheter runt om i Sverige. Det sker bland annat genom stöd till förändringsarbete i praktiken (Halldén m.fl. 2011:4).

Tidigare studier om jämställdhetsintegrering har ofta utforskat strategin utifrån det som inom implementeringsteori kallas för ett uppifrånperspektiv (top-down). Studierna har exempelvis handlat om på vilket sätt politiker och tjänstemän formulerar jämställdhet, hur styrningen i arbetet med jämställdhetsintegrering går till och hur marknadsinspirerade styrningsideal inom offentlig sektor påverkar arbetet med att nå de politiska jämställdhetsmålen (jfr Olofsdotter Stensöta 2009, Lauri 2010, Wittbom 2010, Rönnblom 2011). I denna uppsats intresserar jag mig för jämställdhetsintegrering utifrån ett underifrånperspektiv (bottom-up). Hur går det till i praktiken när jämställdhetsarbete bedrivs för att integrera ett jämställdhetsperspektiv och vilka faktorer påverkar implementeringsprocessen? Det är ett område där forskning saknas. För trots att jämställdhetsintegrering har beviljats omfattande ekonomiska medel och fått stort genomslag hos myndigheter och i offentliga verksamheter har forskare konstaterat att det behövs fler svenska studier om konkret arbete med jämställdhetsintegrering som syftar till att påverka jämställdheten på lokal nivå (Furst Hörte och Isaksson 2007:42, Wittbom 2009:15, Norrbin och Olsson 2010:5ff, Callerstig 2011:92f).

1.1 Jämställdhetsarbete i svensk sjukvård

För att ur ett underifrånperspektiv undersöka jämställdhetsintegrering i praktiken har jag valt att ta reda på hur det gick till när ordinarie personal i tre verksamheter inom svensk sjukvård skulle integrera ett jämställdhetsperspektiv i sitt dagliga arbete. De tre jämställdhetsarbetena, som också beskrivs som förändringsarbete med fokus på jämställdhet, ingick projektet Gör det Jämt (GDJ). GDJ pågick i Västra Götalandsregionen från januari 2009 till december 2010

och finansierades med medel från regeringens särskilda satsning på jämställdhetsintegrering. GDJ:s mål var att integrera ett jämställdhetsperspektiv i det strategiska utvecklingsarbete som redan pågick inom Västra Götalandsregionen. Totalt deltog 20 verksamheter och för verksamheterna från regionens sjukvårdsektor gick arbetet ut på att identifiera och förändra medicinskt omotiverade köns- och genuskillnader i diagnos, behandling och bemötande. GDJ:s budskap var: jämställd vård leder till högre kvalitet för patienter och närstående (Jupiter och Halldén 2011:7ff).

Jämställdhetsarbetena som studeras i denna uppsats bedrevs vid tre sjukhus i Västra Götalandsregionen och inom olika medicinska specialiseringar: en akutklinik, en kvinnoklinik samt en psykiatriavdelning. Under projekttiden i GDJ upptäckte akutkliniken att de inte gav likvärdig smärtlindring till kvinnor och män med misstänkt fraktur i någon av armens leder, kvinnokliniken insåg att de trots föräldrarnas önskemål inte medverkade till att göra pappor delaktiga under förlossnings- och BB-tiden, och psykiatriavdelningen upptäckte att kvinnor och män fick olika insatser vid slutenvård. De tre verksamheterna arbetade utifrån vad som brukar kallas för ett externt jämställdhetsperspektiv. Det innebar att målet var jämställdhet för dem som verksamheterna är till för: patienterna och deras närstående. De fokuserade inte på intern jämställdhet vilket rör personalpolitiska frågor som lika lön, rätt till heltid och maktstrukturer inom och mellan personalgrupper (Wahl m.fl. 2011:201). Efter att GDJ avslutades lyftes alla de tre verksamheterna fram som goda exempel på hur jämställdhetsarbete kan bedrivas. De hade upptäckt brister i sina verksamheter och försökte göra något åt dem för att erbjuda jämställd vård och omsorg. Verksamheterna och deras arbeten blev omskrivna i utvärderingar, media och litteratur på både lokal och nationell nivå. Psykiatriavdelningen mottog 2010 Västra Götalandsregionens jämställdhetspris och akutkliniken belönades med sitt sjukhus årliga kvalitetspris. I dag, två år senare, skiljer sig verksamheterna åt när det gäller i vilken grad jämställdhetsarbetena har integrerats i det ordinarie arbetet. På akutkliniken har arbetet införlivats genom utbildning och nya riktlinjer; nu ska alla patienter som kommer till akuten med misstänkt fraktur erbjudas smärtlindring (Slutrapport Gör det ont 2011). På kvinnokliniken menar chefer och medarbetare att det skett en attitydförändring till pappor vilket märks hos personalen i det dagliga arbetet och i mötet med männen (Dagens Medicin 2011-03-09). På psykiatriavdelningen däremot har arbetet avstannat. Varför blev de tre jämställdhetsarbetenas resultat i slutändan så olika?

1.2 Syfte och frågeställningar

Denna uppsats handlar om vad som kan hända när politiska jämställdhetsmål omsätts till jämställdhetsarbete i praktiken och varför jämställdhetsarbete integreras. Med utgångspunkt i implementeringsteori samt tidigare forskning om jämställdhetsintegrering och förändringsarbete med fokus på jämställdhet, är syftet att undersöka och förstå varför två av tre framgångsrika jämställdhetsarbeten integrerades i sina verksamheters ordinarie arbete medan ett inte gjorde det. Målet är att uppsatsens resultat bidrar till förståelsen för hur jämställdhetsarbete i offentliga verksamheter integreras och förblir hållbart. Uppsatsens frågeställningar är:

- Hur gick det till när jämställdhet skulle integreras i tre verksamheter inom svensk sjukvård?
- Varför integrerades vissa av jämställdhetsarbetena i verksamheternas ordinarie arbete medan andra inte gjorde det?

1.3 Uppsatsens disposition

Efter att ha introducerat uppsatsens problemområde och frågeställningar presenteras i kapitel två den teoretiska analysramen. I kapitel tre redogörs för uppsatsens metodologiska överväganden. Metoden processpåring, som använts för att undersöka hur det gick till när jämställdhetsarbetena genomfördes, introduceras och jag resonerar kring mina val av analysfall, min insamling av material samt på vilket sätt min roll och förförståelse kan ha betydelse för uppsatsarbetet och de resultat jag kommer fram till. Därefter beskrivs hur jag har analyserat det empiriska materialet. I det femte kapitlet redovisas de tre jämställdhetsarbetenas processer var för sig och i kapitel sex analyseras jämställdhetsarbetenas processer gemensamt utifrån den teoretiska analysramen. I det sjunde och avslutande kapitlet sammanfattas och diskuteras uppsatsens slutsatser samt möjligheter till fortsatt forskning.

2 Teoretisk analysram

För att förstå vad som påverkar implementeringsprocesser av jämställdhetsarbete inom svensk sjukvård presenteras i detta kapitel den teoretiska analysram som jag successivt har formulerat utifrån tidigare forskning från flera olika forskningsfält. Min ansats har varit abduktiv vilket innebär att teori och empiri har varvats och tolkats i förhållande till varandra. Det skiljer sig från en induktiv ansats där empiriskt material samlas in förutsättningslöst och sedan granskas, och från en deduktiv ansats som utgår från en teori som prövas på ett empiriskt material (Alvesson och Skoldberg 2008:55f). Innan jag mer precist redogör för min teoretiska analysram vill jag tydliggöra hur mina val av teoretiska nedslag hänger ihop. Som jag ser det handlar uppsatsens problemområde övergripande om *implementering*, det vill säga hur det kan gå till när politiska lagar, mål och riktlinjer genomförs i offentlig verksamhet och vilka faktorer som kan påverka genomförandet. Det politiska målet som ska genomföras i mitt fall är *jämställdhet* och den huvudsakliga genomförandestrategin för att nå jämställdhet är *jämställdhetsintegrering*. Jämställdhetsintegrering är inte en metod eller modell utan kan användas på en mängd olika sätt och på olika nivåer i offentlig verksamhet, däribland genom *förändringsarbete* ute i verksamheterna där medborgarna finns. Organisatoriskt förändringsarbete, oavsett målsättning, ger ofta upphov till olika former av *motstånd* från både enskilda aktörer och grupper. Motståndet kan ha olika orsaker, uttryckas på olika sätt och ge olika konsekvenser.

Nedan följer fördjupade definitioner och diskussioner kring de kursiverade begreppen och de forskningsfält som omger dem. Avslutningsvis i kapitlet konkretiseras de fyra teman som jag har valt att fokusera på i analysen av det empiriska materialet i kapitel fem.

Inom jämställdhetsdiskursen är de två begreppen kön och genus centrala. Det pågår en diskussion bland forskare om vilka begrepp som bör användas och på vilket sätt (Wahl m.fl. 2011:25ff). Jag kommer inte att redogöra för denna diskussion utan stannar vid att klargöra hur begreppen fortsättningsvis används i denna uppsats. Med begreppet kön syftas på biologiskt kön vilket delas in i två kategorier: kvinna och man. Begreppet genus innefattar de

föreställningar och normer som finns i samhället om kvinnor och män och vad som anses kvinnligt och manligt. Föreställningar om genus formuleras i ett samspel mellan biologiskt kön och människans sociala och kulturella miljö och förändras över tid. Genus konstrueras och uttrycks på olika sätt i samhället av både kvinnor och män genom tal, bilder och symboler, personliga förhållningssätt till vad som anses kvinnligt och manligt samt genom interaktion mellan människor (Wahl m.fl. 2011:33ff). För att beskriva hur kön påverkar kvinnors och mäns villkor myntade Hirdman under tidigt 1990-tal begreppet genusordning. Genusordning innebär att det som är manligt och kvinnligt är ordnade i förhållande till varandra där gruppen män och manligt oftast värderas högre än gruppen kvinnor och kvinnligt. Genusordningen bestämmer också fördelningen av uppgifter och resurser mellan gruppen kvinnor och gruppen män. Att det finns en hierarki mellan män och kvinnor är en av två grundläggande principer för genusordningen. Den andra är segregering som innebär att könen hålls åtskilda och konstrueras och reproduceras som motsatser till varandra (Hirdman 2003). I samband med propositionen *Makt att forma samhället och sitt eget liv* betonades från regeringen att kön och genus påverkar maktförhållandet mellan kvinnor och män och att jämställdhetspolitikens yttersta mål är att förändra de strukturella, ojämna maktförhållandena (Prop. 2005/06:155, s. 9).

2.1 Implementering ur ett underifrånperspektiv

Implementeringsteori belyser hur politiska lagar, mål och riktlinjer formuleras och vilka faktorer som påverkar om de genomförs i praktiken eller inte (Hill och Hupe 2009:6ff). Sedan implementeringsteorins genomslag på 1970-talet har litteraturen präglats av en skiljelinje mellan två perspektiv på hur implementeringsprocesser kan och bör studeras: ur ett uppifrånperspektiv (top-down) eller ur ett underifrånperspektiv (bottom-up). Utifrån uppifrånperspektivet är det hur beslutsfattarna utformar politiska lagar, målsättningar och riktlinjer som är analysens utgångspunkt. Utifrån underifrånperspektivet är istället verksamheterna och de aktörer som ska tillämpa beslutsfattarnas mål i praktiken i fokus. Förespråkarna för underifrånperspektivet menar att det är vad som faktiskt händer i praktiken som är avgörande för om politikernas beslut realiserar eller inte, oavsett hur tydligt politikerna har försökt formulera de mål som ska implementeras (Sannerstedt 2001:24f). På senare år har flera forskare försökt foga samman de två perspektiven och visa på att båda har

betydelse för genomförandet (Hill och Hupe 2009:58ff). I denna uppsats har jag dock valt att endast utgå från underifrånperspektivet då det som tidigare nämnts saknas studier av lokalt arbete med jämställdhetsintegrering.

I denna uppsats är vårdpersonalen som bedrev jämställdhetsarbetet i sina egna verksamheter huvudpersonerna. En av dem som först lyfte fram hur aktörerna i praktiken påverkar utfallet av en implementeringsprocess är Lipsky som 1980 slog igenom med sin teori om närbyråkrater, även kallade gräsrotsbyråkrater. Närbyråkraterna är enligt Lipsky de aktörer som har direktkontakt med medborgarna i olika offentliga organisationer; exempelvis sjuksköterskor, barnmorskor och läkare på sjukhusens avdelningar. Lipsky menar att närbyråkraterna ofta är under stor press på grund av många arbetsuppgifter och begränsade resurser. Närbyråkraterna hanterar samtidigt olika former av mål och perspektiv som både verksamheterna och närbyråkraterna själva har satt upp. Den höga arbetsbelastningen gör att de medvetet och omedvetet hittar strategier och skapar rutiner för att klara av vardagen vilket innebär att de gör prioriteringar mellan verksamhetens mål och perspektiv och de egna, individuella drivkrafterna. För att kunna hantera sin arbetssituation delar även närbyråkraten omedvetet in medborgarna i olika stereotypa kategorier. Trots tuffa arbetsförhållande är Lipskys slutsats att närbyråkraterna har stort handlingsutrymme i vardagen och att det är deras bedömningar som påverkar vilken service medborgarna får. Därför är det enligt Lipsky närbyråkraterna som i slutändan formar politiken (ibid. 2010).

Målet med jämställdhetsintegrering är att offentlig verksamhet ska bedrivas så att tjänster och service som erbjuds medborgarna är lika tillgänglig, av lika hög kvalitet och lika väl anpassad för alla, oavsett kön. Strategin slår fast att jämställdhet ska integreras i offentliga organisationers kärnverksamheter, av befintlig personal där samhällsservice ges till medborgarna (SOU 2007:15, s. 19ff). Med andra ord: det är dem som Lipsky kallar för närbyråkrater som ska realisera de politiska jämställdhetsmålen. Tidigare studier av närbyråkrater och jämställdhet visar att jämställdhet riskerar att tappas bort när den enskilde medarbetaren samtidigt ska hantera verksamhetsmål, patientperspektiv och jämställdhetsmål (Callerstig 2011:73ff). Det finns också studier som pekar på att närbyråkrater i sjukvården gör omedvetna bedömningar i mötet med patienterna vilket leder till att kvinnors och mäns symptom och diagnoser bedöms olika, inte utifrån olika medicinska behov utan utifrån personalens föreställningar om kön och genus (Smirthwaite 2007:40ff).

Vad är det då som avgör om närbyråkraterna genomför politiska mål i praktiken? Enligt Lundquist (1987) måste tre till synes enkla men grundläggande förutsättningar uppfyllas: aktören måste *förstå* beslutet, *kunna* genomföra beslutet samt inte minst *vilja* att genomföra beslutet. Det politiska mål som aktören ska genomföra behöver vara tydligt formulerade och helst inte gå emot tidigare lagar, mål och riktlinjer då det kan leda till målkonflikter eller så kallad perspektivträngsel. Aktören måste också ha de resurser som krävs i form av exempelvis tid och kunskap för att genomförandet ska vara möjligt. Dessutom måste aktören vara motiverad och ha ett eget intresse av att genomföra det som politikerna efterfrågar. Har aktören av olika anledningar andra intressen är det stor risk att aktören motsätter sig genomförandet, mer om det i avsnittet 2.4 om motstånd (Sannerstedt 2001:29ff).

2.2 Kontextens betydelse

Trots fokus på den enskilde aktörens handlingar i underifrånperspektivet på implementering anses aktörerna inte vara isolerade öar. Istället lyfts aktörernas kontext fram som viktig att ta hänsyn till för att förstå implementeringsprocesser och varför vissa förändringar genomförs och inte andra. Hjern (1982) har exempelvis visat hur aktörer ingår och påverkas av olika nätverk, både inom den egna organisationen och mellan olika organisationer (Hill och Hupe 2009:53f). Andra forskare använder begreppet organisationskultur för att lyfta fram det interna sammanhanget och visa på hur gemensamma normer, värderingar och verklighetsuppfattningar inom en organisation som sjukvården påverkar implementeringsförsök och organisatoriska förändringsprocesser (Jacobsen 2005:139ff, Nilsen 2010:82f).

I denna uppsats är sjukvården jämställdhetsarbetenas arena. Sjukvården beskrivs ofta som en komplex organisation med en stark organisationskultur (Norbäck och Targama 2009:15ff). Sjukvården är politisk styrd och regleras utifrån lagar, föreskrifter och riktlinjer genom olika övergripande styrsystem. Sjukhus, vårdcentraler och andra vårdinrättningar jämförs med varandra genom årliga nationella jämförelser och olika nationella kvalitetsregister. Verksamheterna gör även egna utvärderingar och uppföljningar, formulerar styrkort med indikatorer och genomför enkätundersökningar med patienter och närstående. Syftet är att utveckla vårdens kvalitet, säkerställa att alla professioner arbetar för god och jämlik vård

utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och att patienterna är nöjda. Samtidigt som sjukvårdens verksamheter ska hålla hög kvalitet på den vård och omsorg som bedrivs ska produktionen vara kostnadseffektiv då de ekonomiska resurserna är begränsade (Blomqvist 2007).

Inom sjukvården har begreppet kvalitet blivit ett övergripande mål som ska implementeras. Begreppet fick sitt genomslag i samband med den ekonomiska krisen under 1990-talet då Socialstyrelsen också lanserade idén om ”kvalitetssäkring av svensk sjukvård”. Några år senare kom en lag som gjorde så kallat systematiskt kvalitetsarbete obligatoriskt för alla verksamheter inom sjukvården. I dag 2012 ska kvaliteten fortfarande säkras genom systematiskt och fortlöpande förändringsarbete och det sker utifrån ledord som processorientering, kundfokus, medarbetarnas deltagande och kontinuerlig utveckling (Bejerot och Erlingsdóttir 2002:59ff, Lindvall 2011:113ff, SOSFS 2011:9). I likhet med förändringsarbete inom sjukvården har också jämställdhetsarbetet blivit en fråga om kvalitet. Exempelvis ses jämställd vård som en förutsättning för att offentlig verksamhet ska ha en hög kvalitet. SKL skriver att jämställdhet är en viktig faktor för kvalitet och effektivitet i en verksamhet och har därför knutit arbetet med jämställdhetsintegrering till arbetet med kvalitetsutveckling. Målet är att visa att jämställdhet har relevans för den kärnverksamhet som bedrivs (Nilsson och Trollvik 2011:10). Kvalitetsbegreppets genomslag och utveckling inom både sjukvården och jämställdhetsdiskursen kan härledas till den övergripande utveckling av marknadsinspirerade idéer om styrning som sedan 1980-talet har kommit att tillämpas inom hela den offentliga sektorn under samlingsnamnet New Public Management (NPM) (Erlingsdóttir 1999:7ff, Callerstig 2011:75).

2.3 Olika sätt att se på jämställdhet och jämställdhetsintegrering

Jämställdhet är ett politiskt begrepp vilket innebär att förståelsen av begreppet kan variera beroende på den enskilda användarens bakgrund, ideologiska hemvist och sammanhang. Hur begreppet förstås får i sin tur betydelse för vilka åtgärder som anses önskvärda för att uppnå jämställdhet (SOU 2005:66, s. 56). Höök skriver att ”hur man talar om jämställdhet och vem som talar om jämställdhet, påverkar vilka förändringsåtgärder som blir möjliga, vilka åtgärder

som i praktiken vidtas samt vilka resultat som kan uppnås” (ibid. 2001:55). En vanlig definition av jämställdhet är att människor inte ska särbehandlas på grund av sitt kön. Det vill säga kvinnor och män ska ha samma möjligheter, rättigheter och skyldigheter inom alla områden i samhället (Jutterdal 2008:12). Hur jämställdhet kan uppnås kan delas upp i kvantitativa och kvalitativa aspekter. Jämställdhet i *kvantitativ* bemärkelse går att mäta och handlar om (o)jämn könsfördelning och representation av kvinnor och män inom olika områden som politiken, yrkeslivet eller på maktpositioner. Kvantitativ jämställdhet kan också handla om fördelning av olika resurser mellan kvinnor och män. *Kvalitativ* jämställdhet lyfter istället fram betydelsen av makt och maktrelationer mellan kvinnor och män samt samhällets normer och attityder till det som anses kvinnligt och manligt (Mark 2007:15f). Ibland särskiljs olika former av jämställdhetsarbete beroende på om det är av kvantitativ eller kvalitativa art: *systembevarande* jämställdhetsarbete anses det arbete vara som utgår från ett kvantitativt perspektiv på jämställdhet vilket alltså syftar till att utjämna ojämn resurs- och representationsfördelning mellan kvinnor och män. Ett *systemförändrade* jämställdhetsarbete utgår snarare från ett kvalitativt jämställdhetsperspektiv där målet är att förändra verksamhetens struktur, kultur och befintliga maktförhållanden på djupet (ibid. 2007:21f).

Inom forskningsfältet om jämställdhet och jämställdhetsintegrering diskuteras hur jämställdhetsarbetet bör utformas. Rönnblom (2011) är en av kritikerna till valet av jämställdhetsintegrering som implementeringsstrategi för att nå jämställdhet. Hon menar att jämställdhetsarbetet i och med strategin har blivit ett systembevarande projekt som allt mer kommit att handla om kvantitativ mätning av olika indikatorer än om systemförändrande arbete utifrån ett maktperspektiv. Rönnblom hävdar att jämställdhetsarbetet inte längre utmanar ojämställda system utan istället befäster dem när ett jämställdhetsperspektiv ska integreras i verksamhetens redan befintliga ojämställda strukturer (ibid. 2011:47ff). Rönnblom är inte ensam om denna farhåga. Fürst Hörte och Isaksson har granskat tidigare satsningar på jämställdhetsintegrering och konstaterade att ett samtal om makt i vissa fall undviks i jämställdhetsarbete (ibid. 2007:46). Anledningen anses vara att jämställdhetsarbetet allt mer kommit att ses som ett gemensamt projekt för både kvinnor och män, något som alla tjänar på och som ska uppnås tillsammans. Att då prata om fördelning av resurser mellan kvinnor och män ur ett maktperspektiv kan uppfattas som kontroversiellt. Maktperspektivet undviks därför för att åstadkomma samförstånd mellan alla dem som berörs av jämställdhetsarbetet (ibid. 2007:27ff). Wittbom skriver att om försök till jämställdhetsintegrering sker där det saknas förutsättningar för att omvärdera ojämna maktförhållanden så kommer ojämställdheten att

bestå (ibid. 2009:43ff). Mark menar i sin tur att kvantitativt jämställdhetsarbete behövs men att det främst leder till en jämnare könsfördelning, inte till en förändring av rådande genusordningar och maktstrukturer (ibid. 2007:16, 138f). Jämställdhetsintegrering kopplas av vissa forskare alltså samman med en fokusering på jämställdhet som något som ska mätas på bekostnad av ett arbete där makten mellan gruppen kvinnor och gruppen män omfördelas. Samtidigt skriver Fürst Hörte och Isaksson (2007:46) att det är ett glapp mellan politikens och forskningens analyser av jämställdhet som en maktfråga och hur jämställdhetsarbetet formuleras och planläggs i praktiken. Andra forskare och aktiva inom jämställdhetsintegreringsarbetet hävdar att det systembevarande och systemförändrade arbetet inte behöver stå i motsatts till varandra. I praktiken kan och bör de två varianterna av jämställdhetsarbete ske parallellt, utifrån olika tidsperspektiv och på olika nivåer i organisationerna (jfr Åström 2007, Olsson 2010:12ff, Nilsson och Trollvik 2011:70, Callerstig m.fl. 2011:256)

Tidigare forskning om jämställdhetsarbete som organisationsförändring har ofta utgått från ett internt jämställdhetsperspektiv. Studierna har handlat om hur kön och genus konstrueras och återskapas inom och mellan organisationers personalgrupper (jfr Höök 2001, Amundsdotter 2010, Abrahamsson 2009, Wahl m.fl. 2011). Studier av jämställdhetsarbete där syftet varit att integrera ett externt jämställdhetsperspektiv är mer sällsynta. Studierna om jämställdhetsintegrering är snarare utformade som utvärderingar och inriktade på vad som krävs för att jämställdhetsintegrera en verksamhet i allmänhet. Slutsatserna är ofta att framsteg görs men att det är svårt att integrera ett jämställdhetsperspektiv på djupet då förändringarna går långsamt (jfr Fürst Hörte och Isaksson 2007, Sundin och Göransson 2006). Abrahamsson (2009:252) beskriver utvecklingen som ”två steg fram och ett tillbaka” och Eriksson-Zetterquist och Renemark (2011:137) uttrycker situationen som att jämställdhet ofta aktiveras i organisationerna genom exempelvis nya styrdokument och handlingsplaner men utan att de sedan integreras i den vardagliga praktiken.

Vilka faktorer har då lyfts fram som viktiga för att integrera jämställdhet? Norrbin och Olsson skriver att om jämställdhet ska uppnås måste det ske genom långsamt förändringsarbete som inledningsvis bör organiseras i projektform. Politiker och chefer måste engagera sig i arbetet och arbetet måste förankras i organisationen. Den ordinarie verksamheten ska jämställdhetsintegreras av den befintliga personalen men personalen bör ha stöttning och kontaktnät utanför organisationen. Dessutom måste organisationens ledning ge arbetet med

jämställdhetsintegrering sitt aktiva stöd (ibid. 2010:44). Dessa faktorer sammanfaller med jämställdhetsintegreringens grundtankar och skiljer sig inte så mycket från de faktorer som brukar framhållas som viktiga för att förändringsarbete oavsett fokus ska bli varaktigt i en organisation (jfr Jacobsen 2005, Svensson m.fl. 2007:38ff). Jag bedömer att en faktor betonas extra i litteraturen när det gäller förändringsarbete med fokus på jämställdhet: behovet av externt stöd. Mark menar att det vid jämställdhetsarbete kan vara nödvändigt att ta in extern kompetens som utbildar och handleder chefer och medarbetare då kunskap om kön, genus och makt ofta saknas i verksamheterna (ibid. 2007:129f). Tamm-Hallström (1992) har visat att extern stöd vid jämställdhetsarbete i form av exempelvis konsulter dessutom kan fungera som legitimitetsskapare och ge en känslig fråga status (Höök 2001:61f).

2.4 Motstånd vid jämställdhetsarbete

I litteraturen om förändringsarbete och förändringsarbete med fokus på jämställdhet lyfts återkommande begreppet motstånd. Slutsatsen är att förändringsförsök så gott som alltid möter motstånd oavsett vilken verksamhet som ska förändras och oavsett förändringens syfte, mål och omfattning. Människor reagerar med blandade känslor inför förändringar vilket ses som naturligt. Motstånd kan uppstå för att förändringen väcker osäkerhet genom att det kan innebära krav på ny kompens och nya arbetsvillkor eller att enskilda aktörerna får mindre makt och status. Motstånd kan också bero på att enskilda aktörerna har en annan uppfattning om vad som ligger i verksamhetens intresse eller vilka ideal det är som ska uppnås (Jacobsen 2005:190ff; Alvesson och Sveningsson 2008:50f). Förändringsarbete med fokus på jämställdhet är inget undantag. Flera forskare menar dessutom att förändringsarbete med fokus på jämställdhet möter extra motstånd eftersom att jämställdhet handlar om både övergripande samhällsstrukturer och människors egna, personliga identiteter och normer om hur de är och bör vara som kvinnor och män. Vid jämställdhetsarbete ifrågasätts kvinnors och mäns för givet tagna föreställningar om sig själva och samhället vilket ofta väcker starka känslor (Furst Hörte och Isaksson 2007:22ff, Amundsdotter 2010:194, Wahl m.fl. 2011:214ff).

Hur kan motstånd uttryckas i praktiken? I en studie av jämställdhetsarbete i svenska kommuner identifierade Pincus (1998) olika former av motstånd som hon delade in i två

kategorier: passivt och aktivt. Passivt motstånd uttrycktes oftast genom tystnad. Det innebar exempelvis att frågor om jämställdhet och jämställdhetsarbetet aldrig gavs plats på den ordinarie dagordningen eller att beslut om jämställdhetsåtgärder ”glömdes bort”. Det passiva motståndet kunde också bestå av så kallade skenhandlingar vilka innebar att åtgärder genomfördes men inte gavs någon faktiskt tyngd. Aktivt motstånd uttrycktes när beslut skulle omvandlas till handling. Det kunde ske genom motargument som att jämställdhet inte var relevant i olika frågor eller att det fanns andra frågor som behövde prioriteras först vilket gjorde att jämställdhetsarbetet sidoordnades. Det förekom också att de som genomförde jämställdhetsarbetet förlöjligades och att deras kompetens ifrågasattes. Pincus studerade manliga chefer men motstånd mot jämställdhet och jämställdhetsarbete kan uttryckas av både kvinnor och män på olika nivåer inom en organisation (Wahl m.fl. 2011:216f).

Att kunna se, förstå och hantera motstånd framhålls som mycket viktigt för att nå resultat vid förändringsarbeten med fokus på jämställdhet (Furst Hörte och Isaksson 2007:21). Det finns olika tekniker för att minska förändringsmotstånd i en organisation. Att göra personalen delaktig i förändringen, tillhandahålla information och uppmuntra till dialog är några exempel (Alvesson och Sveningsson 2008:50f). Forskare har också påtalat att motstånd inte enbart behöver vara negativt för ett förändringsarbete. Istället kan det ses som ett tecken på engagemang hos personalen vilket i sin tur gör att viktiga förutsättningar för förändring blir synliga liksom vilka problemen i verksamheten faktiskt är och vad som måste till för att åtgärda dem. Vid jämställdhetsarbete ses ofta motstånd som en logisk nödvändighet eftersom makt och resurser ofta behöver omfördelas mellan gruppen kvinnor och gruppen män. För att en omfördelning ska kunna ske behöver en grupp avstå från makt och resurser vilket ofta skapar kraftiga reaktioner bland dem som riskerar att få mindre andel än tidigare (Höök 2001:66, Jacobsen 2005:210f).

2.5 Analysramens kärna

Utifrån den teoretiska analysramen som presenterats ovan kommer jag fortsättningsvis att fokusera på fyra teman för att förstå varför de framgångsrika jämställdhetsarbetena integrerades i verksamheternas ordinarie arbete i olika omfattning och på olika sätt.

Dessa fyra teman är:

1. Vilja – förstå – kunna: aktörernas förmåga att ta sig an jämställdhetsarbetet och på vilket sätt de har hanterat uppgiften.
2. Kvalitet eller makt: på vilket sätt jämställdhetsarbetet har motiverats.
3. Systembevarande eller systemförändrande: om jämställdhetsarbetet har syftat till att utjämna ojämn resursfördelning och/eller förändra normer inom organisationen.
4. Motstånd: om aktörerna har stött på motstånd och haft möjlighet att hantera det.

Temana har utkristalliserats successivt i enlighet med ett abduktiv angreppssätt; utifrån min förförståelse (som närmre beskrivs i avsnitt 3.4), genom tidigare undersökningar och utvärderingar av jämställdhetsarbeten, den insamlade empirin samt befintlig teori (Alvesson och Sköldberg 2008:55f). Hur jag har använt analysramen återkommer i avsnitt 3.5 om analysens tillvägagångssätt och som indelningsgrund för analysen i kapitel fem.

3 Uppsatsens metod och material

Innan uppsatsens metod och material presenteras och motiveras vill jag tydliggöra hur min kunskapssyn ser ut. Jag utgår från ett socialkonstruktivistiskt perspektiv vilket innebär att samhällets institutioner, normer och värderingar konstrueras när människor samspelar med varandra. Under detta samspel produceras och omformuleras kunskap, något jag själv alltså är högs delaktig i. Eftersom jag är en del av samhället och det som sker blir det omöjligt för mig att i strikt mening vara objektiv till mitt material. Istället är jag en del av materialet och präglar det genom att jag utifrån min samhällssyn och tidigare kunskap tolkar och gör olika val genom hela uppsatsprocessen. Syftet med denna uppsats är att tolka och förstå varför jämställd integreras i sjukvårdens ordinarie arbete; därmed ansluter jag mig till den hermeneutiska vetenskapstraditionen (Alvesson och Sköldberg 2008:193ff). För att som läsare kunna följa mina tolkningar och val redovisas de dels explicit i detta kapitel men min ambition är också att löpande i uppsatsen redogöra för de steg som har lett fram till mina slutsatser om hur de tre jämställdhetsarbetenas olika utfall kan förstås. På så sätt vill jag leva upp till det grundläggande kravet på genomskinlighet och välgrundad argumentation som gäller för all typ av forskning. Mitt mål är att uppsatsen och dess resultat är trovärdiga (Bergström och Boréus 2005:25, 36; Trost 2010:131ff).

3.1 Processpåring

För att utifrån ett underifrånperspektiv undersöka vad som hände när tre verksamheter genomförde förändringsarbeten för ökad jämställdhet och hur deras olika utfall kan förstås har jag valt att använda den kvalitativa metoden processpåring. Det har varit nödvändigt att på ett strukturerat sätt först identifiera vad som hände för att i nästa steg kunna tolka varför. Processpåring är en form av fallstudie vilket kan beskrivas som en empirisk utredning som undersöker samtida fenomen på djupet. Fenomen undersöks i sitt sociala sammanhang och gränserna mellan det fenomen som studeras, i mitt fall tre jämställdhetsarbeten, och dess kontext, den svenska sjukvården, är otydliga. Namnet processpåring avslöjar att det är själva

processen som är i fokus. Händelseförlopp följs i kronologisk ordning och metoden går ut på att spåra påverkansmekanismer, så kallade formativa moment. Dessa moment kan bestå av påtagliga, avgörande händelser i praktiken men också mer subtila moment som hur ny kunskap och nya insikter införlivas hos berörda aktörerna och hur de blir betydelsefulla för processernas nästa steg (Esaiasson 2007:144ff, Teorell och Svensson 2007:247f). Enligt Elmore (1979), en av teoretikerna bakom underifrånperspektivet på implementering, är fördelen med processpåring att det är när, hur och varför en förändring sker som studeras, inte utfallet av en förändring. Processpåring tar också hänsyn till verksamhetens omständigheter och kontext samt till involverade aktörers olika förutsättningar. Elmore menar att ett förändringsarbets resultat inte enbart bestäms av om en process har nått inledningsvis uppsatta mål utan även andra resultat och effekter är viktiga att identifiera. Aktörer på olika nivåer i den verksamhet som studeras är betydelsefulla för att förstå processen och inte sällan är enskilda aktörers val och handlingar avgörande för processens utveckling. De tre jämställdhetsarbetena i denna uppsats är alla hämtade från svensk sjukvård, en sektor med starka hierarkier, professioner och linjebeslut (Norbäck och Targama 2008:27ff). Det är förutsättningar som ofta framhålls som viktiga påverkansfaktorer för förändringsarbeten men både Collier (2011) och Elmore (1979) menar att genom metoden processpåring får en syn på att andra, ofta informella men kanske mer betydelsefulla moment än officiella linjebeslut, är viktiga för processens fortsättning. Enligt teorin bakom processpåring spelar alltså organisationers styrsystem mindre roll för hur förändringsproblem förstås och hanteras. Istället handlar det om hur enskilda aktörer agerar vilket sammanfaller med Lipskys teori om närbyråkraters betydelse för om och hur politiska beslut omsätts i praktiken (Hill och Hupe 2009:51ff). Genom att använda metoden processpåring har mitt mål varit att fånga både formella och informella händelser, analysera dessa händelser utifrån tidigare forskning och på så sätt tolka och förstå förutsättningar för jämställdhetsarbete i svensk sjukvård.

3.2 Val av analysfall

Metoden processpåring har alltså använts för att kartlägga vad som hände under de tre jämställdhetsarbetena, uppsatsens tre analysfall. Teorell och Svensson (2007:261) menar att processpåring fungerar bäst när generaliserbara fall med variation studeras och jämförs. De tre jämställdhetsarbetena har både likheter och skillnader. De har alla framhållits som goda

exempel på förändringsarbete med fokus på jämställdhet i svensk sjukvård. Utöver att de tre fallen väckt medialt intresse på både lokal och nationell nivå har de uppmärksammats i utvärderingar (Jupiter och Halldén 2011:43f, Halldén m.fl. 2011:29f) och i litteratur om förändringsarbete med fokus på jämställdhet (Nilsson och Trollvik i Lindholm 2011:63ff). De har fått jämställdhetspris och kvalitetspris och representanter från jämställdhetsarbetena har vid olika tillfällen bjudits in för att berätta om sina arbeten på konferenser som arrangerats av Västra Götalandsregionen och SKL. Att alla de tre jämställdhetsarbetena har framhållits som goda exempel är intressant i ljuset av att 70 procent av alla organisatoriska förändringsinitiativ inte når sina uppsatta mål (Beer och Nohria 2000). Det bidrog till att jag valde just akutkliniken, kvinnokliniken och psykiatriavdelningen: de fångade mitt intresse! För samtidigt som jag kände till att alla tre varit framgångsrika och fått mycket uppmärksamhet visste jag att de hade integrerats i olika omfattning (mer om min förförståelse i avsnitt 3.4). Akutkliniken och kvinnokliniken bedöms i dag som fortsatt framgångsrika då de har fortsatt att arbeta vidare med de problem som identifierades under projektiden efter att samarbetet med GDJ avslutats. På psykiatriavdelningen avstannade arbetet.

I GDJ deltog verksamheter från alla Västra Götalandsregionens ansvarsområden: sjukvård, kollektivtrafik, utbildning och kultur. Jag har valt att fokusera på tre jämställdhetsarbeten från sjukvården. De tre kommer från olika förvaltningar och från olika medicinska specialistområden som skiljer sig åt när det gäller patienternas sjukdomsbilder och vårdbehov liksom verksamheternas organisering. Det kan ha bidragit till skilda förutsättningar för de tre verksamheterna att driva sina jämställdhetsarbeten. För patienterna som kommer till sjukvården spelar de olika medicinska specialistområdenas förutsättningar mindre roll. Oavsett patienternas sjukdomsbilder och vårdbehov har de gemensamt att de sällan kommer till sjukvården för att de själva vill. Patienterna kommer för att de måste, de behöver hjälp. De är eller tror sig vara sjuka. Det skapar en utsatt position i förhållande till vårdens professioner. Därför måste vården vara jämställd och jämlik. Den kan exempelvis inte grunda sig på den enskilda patientens förmåga att efterfråga vård eller den enskilda vårdgivarens förmåga eller vilja att ge vård. Det betonas i de lagar som styr sjukvården och målet för all form av sjukvård är detsamma. Sjukvården ska uppfylla kraven för god vård, ges på lika villkor för hela befolkningen och inga patienter ska missgynnas eller särbehandlas på osakliga grunder (Diskrimineringsombudsmannen 2012:14, Hälso- och sjukvårdslag 1982:763 2 §, 2a §). Patienterna har oavsett exempelvis sitt kön och sin ålder rätt att få den vård som de behöver. Dessa förutsättningar bidrog till att jag valde tre jämställdhetsarbeten från just sjukvården. En

annan bidragande orsak till val av analysfall var att när arbetet med denna uppsats började under hösten 2011 hade de lämnat in sina så kallad slutrapporter till GDJ. I och med det fanns en uttalad början och ett uttalat slut för respektive projekt, något som inte gällde för alla deltagare i GDJ.

3.3 Materialinsamling

Under processpåringen har jag både samlat in olika former av sekundärmaterial samt tagit fram eget primärmaterial. Sekundärmaterialiet består av processdokumentation om de tre jämställdhetsarbetena som förts av projektgruppen vid GDJ, verksamheternas styrdokument, verksamheternas slutrapporter, externa utvärderingar samt medialt material i form av tidningsartiklar och radioinslag. Kvinnokliniken medverkar även i informationsfilmen *Vård på lika villkor* som tagits fram av SKL för att visa hur förändringsarbete med fokus på jämställdhet kan bedrivas. Primärmaterialiet består av sex intervjuer med totalt fyra chefer och tre medarbetare som varit involverade i de tre jämställdhetsarbetena. Vid ett intervjutillfälle intervjuades två chefer gemensamt efter deras önskemål. De övriga intervjuerna ägde rum enskilt. Intervjupersonerna, fortsättningsvis kallade informanter, har främst identifierats via sekundärmaterialiet. Samtliga tillfrågade har tackat ja till att delta och intervjuerna varade mellan 55 till 75 minuter. Alvesson och Sveningsson menar att det är viktigt att studera alla berörda, inte bara de som kommunicerar mål och budskap utan också de som förutsätts bli påverkade av dem och hur de tolkar och tar emot de mål, värderingar och beteenden som de uppmanas att anamma (ibid. 2008:16). Under processpåringen intervjuades verksamhetschefer, avdelningschefer och medarbetare som har haft framträdande funktioner under jämställdhetsarbetena. Informanterna har haft drivande roller eller funnits nära arbetet genom sina chefspositioner. Därmed har samtliga haft betydelsefull kunskap om vad som hände under de tre processerna vilket också varit målet med intervjuerna (Essaiasson 2007:291f). Under intervjuerna användes en frågeguide, se bilaga. Frågeguiden utformades i enlighet med metoden processpåring. Jag ville fånga in sådant som informanterna själva såg som formativa moment för jämställdhetsarbetena vilket jag också berättade för informanterna. Jag frågade även specifikt om tidigare kända dilemman vid jämställdhetsarbete, som att jobba utifrån kvantitativa eller kvalitativa jämställdhetsperspektiv och att låta arbetet utgå från jämställdhetsmål eller verksamhetsmål. Kände informanterna igen dessa dilemman och i så

fall på vilket sätt? De olika utmaningarna har tidigare identifierats i forskning om förändringsarbete med fokus på jämställdhet och sammanfattas i samband med följeforskning och utvärderingar av regeringens särskilda satsning (Callerstig m.fl. 2011:23). Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant. För att ge läsaren möjlighet att själv bilda sig en uppfattning om materialet, och för att underlätta förståelsen av min analys i kapitel fem, används citat från informanterna i kapitel fyra (Teorell och Svensson 2007:54f).

Jag har valt att inte intervjua aktörer i den drivande projektgruppen från GDJ. Den huvudsakliga anledningen är att det inte är deras syn på jämställdhet och jämställdhetsarbetena som är uppsatsens fokus utan underifrånperspektivet på implementering; hur aktörerna som befinner sig i sjukvården, och som drev arbetena i sina egna verksamheter, ser på processerna. Projektgruppens erfarenheter från projektet har dock funnits med i den externa utvärderingen som gjordes av Halldén och Jupiter 2010 liksom i projektgruppens interna processdokumentation som jag har använt mig av.

3.4 Min förförståelse

Projekt GDJ, som uppsatsens tre analysfall ingick i, drevs av utvecklingsledare vid Västra Götalandsregionens Kunskapscentrum för Jämställd vård² vilket är min nuvarande arbetsplats. Sedan januari 2010, då jag började som praktikant på enheten, har jag följt GDJ och verksamheterna som studeras inom ramen för denna uppsats. Flera av dem som jag har intervjuat har jag träffat tidigare. Inte minst har jag på nära håll följt de ansvariga för GDJ som i dag är mina kollegor. Jag har observerat, lyssnat och ställt frågor vilket har gett mig ovärderlig förförståelse och praktiska fördelar i form av tillgänglighet till material och informanter som jag annars hade haft svårt att få tillgång till.

Närheten till verksamheterna och det sammanhang som studeras är inte självklart en fördel för uppsatsarbetet. När jag kom i kontakt med GDJ hade förändringsarbetena varit igång i över ett års tid och därmed hade mycket redan hänt. Arbetsgrupperna skulle börja redovisa sina så kallade kartläggningsresultat och diskutera dem tillsammans med kollegor och chefer. Viktiga händelser i processerna hade redan ägt rum och berättelser om de olika arbetena hade redan

² Enheten fick 2012 ett förnyat uppdrag vilket medförde ett namnbyte till Kunskapscentrum för Jämlik vård.

formulerats. Min kunskap om processerna innan 2010 har jag baserat på berättelser från andra och på dokumentation från den tiden. Dokumentationen är omfattande och berättelserna detaljerade men samtidigt finns en risk att jag av olika anledningar inte har sett eller fått hela bilden. Informanterna har gett mig värdefull information men det har gått nästan två år sedan GDJ avslutades vilket också gör att informanterna kan ha glömt viktiga delar eller att de snarare berättar sammanfattande om processen som helhet än om viktiga formativa moment. Under intervjuerna märkte jag att det ibland var svårt för informanterna att minnas tillbaka och att de snarare beskrev hur de såg på händelserna i dag. Min förförståelse riskerar också att påverkas av att jag har dragit förhastade slutsatser utifrån min egen kunskap eller förutfattade tankar istället för att fråga vidare och läsa djupare. Det är också möjligt att jag inte har fått höra hela berättelsen eftersom jag är en del av den verksamhet som drev GDJ. Å andra sidan har jag upplevt ett förtroende från informanterna som jag tror varit svårt att få om jag kommit utifrån (Trost 2010:98ff).

3.5 Analysens tillvägagångssätt

Med hjälp av metoden processpåring har jag först identifierat *vad* det var som hände under de tre jämställdhetsarbetena från svensk sjukvård. I enlighet med metoden har jag systematiskt samlat in olika former av material och beskrivit vad som lett fram till jämställdhetsarbetena slutresultat. Detta för att ge en så fullkomlig och objektiv bild som möjligt (Essaiasson 2007:145). Som jag beskrev i kapitel två har mitt arbete präglas av en abduktiv ansats. Teori och empiri har varvats genom att jag använt tidigare forskning för att leta efter mönster hos de tre analysfallen liksom gått till teorin för att undersöka hur händelser under de tre processerna skulle kunna förstås (Alvesson och Sköldberg 2008:55f). Processpåringen har därför inte varit förutsättningslös utan till viss del präglats av tidigare forskning liksom min förförståelse och tidigare kunskap om de tre jämställdhetsarbetena. Under processpåringen har en rad formativa moment identifieras som på olika sätt haft betydelse för processernas nästa steg. Det kan vara både specifika händelser av olika slag eller mer subtila situationer och insikter. Majoriteten av de formativa momenten har lyfts fram av informanterna själva. Andra moment har jag tolkat som formativa och därför valt att ta med. Jag har också valt att redovisa hur informanterna beskriver sin syn på jämställdhet, förändring och jämställdhetsarbete i stort. Anledningen är att enligt metoden processpåring spelar både

formella och informella moment roll för hur en process utvecklas. Utifrån min tolkning av metoden, och i enlighet med ett underifrånperspektiv på implementering, kan informella moment vara just hur enskilda aktörer ser på jämställdhetsarbete vilket i sin tur påverka hur de genomförs och integreras.

I uppsatsens andra steg har jag utifrån min teoretiska analysram undersökt *hur* de formativa momenten beskrivs, motiveras och förklaras och hur momenten skiljer sig åt mellan de tre jämställdhetsarbetena. Jag vill påminna om analysramen som presenterades i kapitel två där fyra teman lyfts fram:

1. Vilja – förstå – kunna: aktörernas förmåga att ta sig an jämställdhetsarbet och på vilket sätt de har hanterat uppgiften.
2. Kvalitet eller makt: på vilket sätt jämställdhetsarbetet har motiverats.
3. Systembevarande eller systemförändrande: om jämställdhetsarbet har syftat till att utjämna ojämn resursfördelning och/eller förändra normer inom organisationen.
4. Motstånd: om aktörerna har stött på motstånd och haft möjlighet att hantera det.

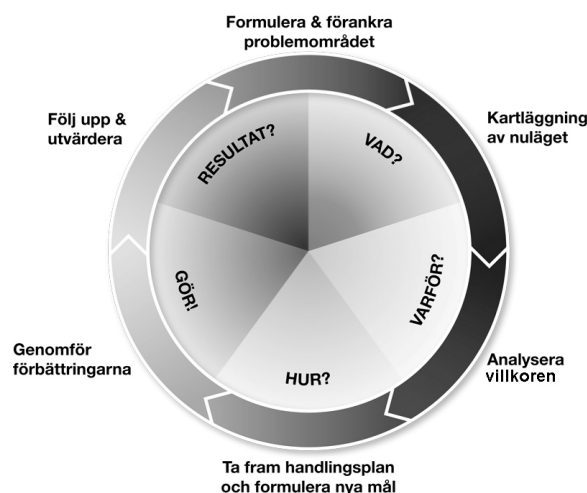
Utifrån informanternas utsagor, det skriftliga materialet samt den teoretiska analysramen framträder en förståelse för vad som hände under jämställdhetsarbetena och hur det har påverkat om jämställdhetsarbetet har integrerats i ordinarie verksamhet. Processpåringen presenteras i kapitel fyra och analysen i kapitel fem.

4 Tre förändringsarbeten med fokus på jämställd vård

I detta kapitel ämnar jag besvara den första av uppsatsens två frågeställningar: hur gick det till när jämställdhet skulle integreras i tre verksamheter inom svensk sjukvård? I enlighet med metoden processpåring presenteras respektive jämställdhetsarbete separat och i kronologisk ordning där de formativa momenten betonas. Jämställdhetsarbetena har fått namn efter de verksamheter där de utspelade sig: akutkliniken, kvinnokliniken och psykiatriavdelningen.

Då alla de tre jämställdhetsarbetena bedrevs inom ramen för GDJ inleds kapitlet med en kort beskrivning av den metod som användes. Metoden har samma namn som projektet och har tagits fram av de ansvariga för GDJ. Metoden följer sex steg.

Figur 1: Metoden Gör det Jämt



I steg ett ringas ett problemområde in och ett uppdrag formuleras av cheferna i den verksamhet som ska göra ett jämställdhetsarbete. Cheferna ger sedan uppdraget till en arbetsgrupp bestående av medarbetare som arbetar i verksamheten. Arbetsgruppen, ibland tillsammans med cheferna, formulerar därefter frågeställningar kopplade till verksamhetens ordinarie arbete. Utifrån frågeställningarna görs i steg två en så kallad kartläggning av hur det

ser ut i verksamheten. Forskning och kunskap på det aktuella området hämtades in, statistisk från verksamheten studerades och ofta görs exempelvis journalgranskningar eller intervjuer med patienter, närstående och personal. Kartläggningen sammanställs och utifrån resultaten görs en kön- och genusanalys av kvinnors och mäns villkor. Helst involveras hela verksamhetens personalgrupp i analyskedet. Med utgångspunkt i kartläggningens resultat formuleras en handlingsplan med konkreta förslag på förändringar. Därefter genomförs förändringarna för att förbättra vård och omsorg för kvinnor och män. Avslutningsvis antas en plan för uppföljning. Arbetet pågår i cirka 1,5 år och metoden innebär att de verksamheterna som deltar i GDJ får handledning i så kallade tvärgrupper. I tvärgrupperna deltar arbetsgrupper från olika verksamheter och deltagarna får utbildning i bland annat förändringsarbete och genusvetenskap. Utöver tvärgrupperna får verksamheterna enskild handledning av GDJ efter behov vilket även omfattar berörda chefer och ledningspersoner. Metoden uppmuntrar till att sprida information om arbetena internt inom den egna organisationen, ut till andra verksamheter och till medborgarna. Inom GDJ genomförs därför också konferenser, utbildningsdagar och utställningar där erfarenheter, arbetssätt och resultat förmedlas och diskuteras (Slutrapport Gör det Jämt 2010, Jupiter och Halldén 2011:14ff).

4.1 Akutkliniken³

Arbetet startar

Arbetet på akutkliniken började med att GDJ arrangerade en föreläsning på sjukhuset där alla avdelningar fick information om projektet och erbjöds stöd för att driva förändringsarbete med fokus på jämställdhet. En sjuksköterska på akutmottagningen, som då var jämställdhetsombud, tog med sig sin avdelningschef för att lyssna. Sjuksköterskan hade tidigare iakttagit att det verkade skilja sig åt om patienter med misstänkt fraktur fick smärtlindring inför röntgenundersökning och fortsatt behandling. GDJ sågs som en möjlighet att få hjälp med att undersöka frågan ordentligt. Tillsammans med klinikens verksamhetschef togs beslut att akutmottagningen och röntgenavdelningen, som nyligen slagits ihop till en klinik, tillsammans skulle ta reda på om kvinnor och män fick likvärdig smärtlindring inför

³ Om inget annat anges baseras avsnittet på intervjuer med klinikens verksamhetschef, en deltagare i arbetsgruppen, informationsfoldern Gör det ont?, förbättringsarbetets slutrapport från 2011 samt processdokumentation från GDJ.

röntgenundersökning vid misstakt fraktur i någon av armens leder: ”Det var nog en chans för dem att jobba tvärprofessionellt och jobba över tidigare organisationsgränser” (I 4).

Sjuksköterskan från akutkliniken bildade en arbetsgrupp tillsammans med en sjuksköterska från röntgenavdelningen. Från början var det i första hand smärtlindring de var intresserad av. Att det skulle handla om jämställdhet mellan kvinnor och män kändes ovant: ”när jag började med detta så tyckte jag faktiskt att det var en lite konstig vinkling att titta på kvinna och man. Jag fattade först inte vad det innebar, vilket jag fattade sedan, efter ett tag” (I 5).

Kartläggning

Med stöd från GDJ påbörjade arbetsgruppen en kartläggning. De utforskade patientens väg från ankomsten till akutmottaningen tills dess att patienten var färdigbehandlad. De tog också del av forskningsstudier som kopplade samman smärta, smärtlindring, kön och genus. För att ta reda på hur det såg ut i den egna verksamheten gjordes i januari 2009 en blindstudie i form av journalgranskning av 90 patienter. Granskningen visade att 75 procent av patienterna inte hade fått någon smärtlindring. Av kvinnorna fick 33 procent smärtlindring och av männen fick 14 procent smärtlindring. I undersökningen ingick 15 barn, inget barn hade fått någon smärtlindring. Kartläggningens resultat visade på brister i verksamheten, brister som gick att sätta siffror på vilket enligt informanterna var ett formativt moment: ”Det var ett reellt problem. Sen var vi väl inte så medvetna om det innan arbetsgruppen tittade på det och körde pappret under näsan på oss: så här är det faktiskt. Man vet ju om ungefär vilka förbättringsområden man har. Så är det ju många gånger i alla fall, men kanske inte riktigt djupet av det” (I 4). Det visade sig alltså vara känt på kliniken att smärtlindringen inte fungerade, men inte omfattningen eller vad orsakerna kunde vara. Förändringsarbetets resultat berörde personalen: ”när vi mätte barn där ingen fick [smärtlindring], det reagerade ju alla på. Det tyckte man var hemskt. Men jag tror inte man förstod... hade inte tänkt på det innan förrän vi sa det. Man klappade dem på huvudet och tyckte de var duktiga istället” (I 5).

En informant menar att det var avgörande för arbetet att arbetsgruppen genom forskningsartiklar och föreläsningar av GDJ fick kunskap om jämställdhet, kön och genus. Ett annat formativt moment var den utvecklingsdag som arrangerades hösten 2009 under ledning av GDJ. All personal på akutmottagningen och röntgenavdelningen var med och fick ta del av den kartläggning som hade gjorts. Där fick personalen diskutera sina attityder och föreställningar om kvinnor och män med smärta samt gemensamt analysera vad det kunde

bero på att kvinnor och män fick olika mycket smärtlindring. Det visade sig att det fanns olika inställningar till smärta och smärtlindring hos personalen som ibland varierade beroende på patientens kön och ålder. Personalen efterlyste riktlinjer om hur smärtlindring skulle ges och hur patienterna skulle informeras. Läkarna berättade om en osäkerhet kring att smärtlindra barn och personalen konstaterade gemensamt under utvecklingsdagen att patienterna inte bemöttes på ett jämställt och jämlikt sätt.

Effekter och det fortsatta arbetet

Resultatet och analysen på utvecklingsdagen ledde till flera insatser för att åtgärda bristerna. Under de närmsta månaderna hölls en föreläsning om smärta och smärtlindring för personalen, en informationsbroschyr till patienterna om hur det går till när en misstänkt fraktur utreds togs fram och läkarna fick utbildning i smärtlindring av barn. Personalen på de två enheterna gjorde även studiebesök hos varandra för att öka förståelsen och kunskapen om arbetet på respektive enhet. Ett formativt moment var de nya riktlinjer, så kallade PM, som togs fram och som innebar att sjuksköterskor i första mötet med patient nu fick erbjuda smärtlindring till alla som kom till akuten med misstänkt fraktur i armens leder. Tidigare hade det krävts en bedömning av läkare innan sjuksköterskor fick ge smärtlindring. Informanterna menar att de nya riktlinjerna togs väl emot och att det tydliga problemet; att patienterna, varken kvinnor eller män, fick smärtlindring var orsaken: ”Det här är väl egentligen ett sjuksköterskeprojekt eftersom det är sköterskor som har gjort det. Samtidigt är det ju läkarna som står för smärtlindringen [...] läkarna såg väl själva att här får [patienterna] inte så mycket smärtlindring och det borde ju vara bra om man bryter armbågen och ska röntga den” (I 4).

Arbetets frågeställning visade sig bland annat handla om personalens attityder till smärta och smärtlindring. Åtgärderna blev både utbildning och nya riktlinjer. En informant menar att sjukvården måste ha tydliga direktiv, annars fungerar inte akutsjukvård: ”Det måste vara standardiserat, klart och tydligt för varje enskilt fall [...] Naturligtvis har du ett bemötande, du har en unik situation varje gång. Men någonstans måste det finnas en struktur. Standardiserat måste det vara. Annars glöms det bort. Hade de gjort det här arbetet och gått ut och pratat i personalgruppen då har det funkade en månad eller två. Sen byter vi personal och så finns det en liten folder någonstans... nej jag tror inte på det” (I 4).

En annan informant håller med om att rutiner är viktigt för att ett arbete ska befastas i en organisation men att den fördjupade diskussionen kring hur kön och genus påverkar vården är

en förutsättning för att förändra attityder om kvinnor och män: ”Det där pappret är ett styrdokument, ja det ska vi göra, men man måste också få folk att vilja göra det annars gör man det inte. Så är det. Därför måste man få folk att förstå varför man ska göra det. Det är jätteviktigt” (I 5).

Den successivt ökande kunskapen och förståelsen för hur föreställningar om kön och genus påverkar smärta och smärtlindring gav så småningom eko i personalgruppen: ”Det är ju attitydförändringar till smärta och smärtlindring tycker jag. Det handlar om det, att ändra attityden och bli mer... ha mer kunskap om det framförallt. Jag tror alla i personalen behövde det” (I 5). Informanterna säger att det var positivt för arbetet att både kön och ålder visade sig ha betydelse för om patienten fick smärtlindring eller inte: ”oftast handlar det om våra patienter som en stor klump. De ska vi behandla på ett likvärdigt sätt. Och då lyfter vi inte om det är killar eller tjejer, gammal eller ung” (I 4).

Handledarna från GDJ pratade mycket om att det var viktigt av att sprida förändringsarbetets resultat, både inom sjukhuset och utanför men också till patienterna. Därför redovisade arbetsgruppen löpande arbetet för kollegor och klinikledning men också utanför kliniken; för sjukhusledningen, på temadagar runt om i regionen och till patienterna genom media. Svensk sjuksköterskeförenings populärvetenskapliga tidskrift skrev: ”Stora skillnader i smärtlindring vid misstänkt fraktur” (Omvårdnadsmagasinet 2010) och i Västra Götalandsregionens magasin gick det att läsa: ”Får kvinnor mer smärtlindring än män? Eller är det tvärtom? På Alingsås lasarett ville personalen ta reda på om det fanns några skillnader. Resultatet blev inte riktigt vad de hade förväntat sig. Det var värre” (Regionmagasinet 2010). En informant menar att arbetsgruppen själva lyckades ”saluföra” arbetet, de har drivit och argumenterat för det i sina respektive personalgrupper och deras närmsta chefer har visat sitt stöd. En annan informant menar dock att utan GDJ hade arbetet aldrig blivit av: ”Då hade jag aldrig fått frågan hörd” (I 5). Inledningsvis var också responsen på det egna sjukhuset svalt: ”Vi var i Göteborg och Stockholm innan vi var uppe hos sjukhusledningen och pratade... sjukhuset skulle ju ha vetat det först” (I 5). Trots viss tröghet att sprida arbetet internt på sjukhuset har fler och fler börjat intressera sig för smärta och smärtlindring. Samma år som samarbetet med GDJ avslutades vann också arbetet vid akutkliniken pris på sjukhusets egna kvalitetsdagar: ”Det är ju som en snöboll som började rulla så började effekterna. Vi har fått fler PM, vi har fokuserat mer på barn, det har bildats en smärtgrupp på sjukhuset... det klart att det har spridit sig! Det lilla projektet har blivit så stort” (I 5). På frågan varför arbetet i dag ses som

framgångsrikt svarar en informant: ”ibland görs projekt på saker som vi egentligen inte kan se vitsen av [...] Det måste finnas lite substans, en god affärsidé på något sätt. Det tycker jag att det fanns här” (I 4).

Vid en uppföljning 2011 hade 84 procent av patienterna fått smärtlindring, motsvarande siffra 2009 var 25 procent. Fortfarande fick kvinnor mer smärtlindring än män. I uppföljningen ingick 11 barn, 73 procent hade fått smärtlindring till skillnad från 0 procent 2009.

4.2 Kvinnokliniken⁴

Arbetet startar

På kvinnokliniken fick den dåvarande verksamhetschefen information om GDJ och en inbjudan att delta i projektet. Tillsammans med två av klinikens avdelningschefer beslöts att en arbetsgrupp skulle få i uppdrag att undersöka pappans delaktighet i processen födande och föräldraskap. Året innan hade kliniken gjort en enkätundersökning som visade att det fanns stora önskemål om att mannen skulle få stanna kvar på BB tillsammans med sin familj under hela vårdtiden, något som endast var möjligt i begränsad omfattning. Uppdraget formulerades alltså av klinikens chefer men sen var det frivilligt att gå med i den arbetsgrupp som behövdes. Två barnmorskor från förlossningsavdelningen och en barnmorska och en barnsjuksköterska från BB-enheten tackade ja. Inledningsvis var de dock skeptiska till att fokusera på pappor. I filmen *Vård på lika villkor* (2010) säger en av barnmorskorna: ”Min första tanke var okej, det här låter ju intressant, men vad är det vi ska titta på då? Här är ju kvinnor. Så jag kunde inte se någon jämställdhet egentligen”. Två av deltagarna i arbetsgruppen var nära att hoppa av när de fick klart för sig att det skulle handla om män. Att de stannade kvar kan i dag ses som ett formativt moment.

Med stöd från GDJ formulerade arbetsgruppen frågeställningar som: Vilka förväntningar och attityder har vårdpersonalen på männen i processen födande och föräldraskap? Hur upplever männen möjligheten till delaktighet och hur upplever männen vårdpersonalens stöd och förväntningar på honom?

⁴ Om inget annat anges baseras avsnittet på intervjuer med klinikens verksamhetschef, en avdelningschef och en deltagare i arbetsgruppen, informationsfoldern *Gör föräldraskapet jämställt!*, förbättringsarbets slutrapport från 2010 samt processdokumentation från GDJ.

Kartläggning

Arbetsgruppen påbörjade en kartläggning där forskning om mäns upplevelse av att bli förälder granskades och gruppintervjuer med både personalen och nyblivna pappor genomfördes. När arbetsgruppen lyssnade på intervjun som gjorts med pappor ändrande deras egna attityder till arbetet: ”Vi har många pappor som vill sova över och vi som personal ser det ibland som att föräldrparet inte klarar av att sova ensamma, att de inte har vuxet upp utan måste ligga och hålla handen. Det var nog vår allmänna attityd kring pappor som skulle sova över. [...] Det var en pappa där som var alldeles förtvivlad, han grät i intervjusituationen och sa: ’Det är fruktansvärt, vi har kämpat i 72 timmar och när vi äntligen är klara så får hon åka in till BB och jag får inte vara kvar. Där låg hon och jag någon annanstans. Fruktansvärt, jag trodde aldrig det kunde existera’. Han vill vara ihop med henne för att de precis har fått barn, de är en familj. Det blev en aha-upplevelse” (ur *Vård på lika villkor* 2010). Aha-upplevelsen ses som ett formativt moment, efteråt blev alla i gruppen allt mer engagerade i arbetet. En avgörande händelse var också när arbetsgruppen upptäckte att det i kvinnoklinikens styrkort från 2008 fanns en visionen om ”att skapa en attraktiv klinik med möjlighet att möta morgondagens krav och förväntningar” och att kliniken ”arbetar för jämställdhet” (Styrkort NÄL 2008). När intervjuerna med personal och nyblivna pappor sedan analyserades visade det sig att det fanns olika synsätt och förväntningar mellan dem. På förlossningen såg sig mannen som en del av ett födande par medan personalen i bästa fall såg mannen som en coach till kvinnan. På BB såg föräldrarna sig som en enhet, ett par som fått barn tillsammans, men personalen kunde istället uppleva att pappan var i vägen för vården av kvinnan. Personalens synsätt krockade med visionen som hade formulerats i styrkortet. Arbetsgruppen konstaterade: ”Det handlar inte om morgondagen – det handlar om i dag. Oavsett hur vi på avdelningarna tänker kring detta så är det dessa krav vi måste möta” (ur dokumentation från utvecklingsdagar, juni 2010).

En händelse som ägde rum tidigt i processen, innan kartläggningen var klar, var när arbetsgruppen under en tvärgruppshandledning tillsammans med andra verksamheter inom GDJ blev ombedd att visionera om vilka effekter arbetena skulle leda till: ”Vi hade en idé om att vi ville förändra världen. Och vi skulle spåna och då spånade vi verkligen; mindre skilsmässor och lyckligare värld. Och då säger en av de andra verksamheterna, de hänskrattade lite grann och sa: ’Hur kan ni tro det? Om ni påverkar där så kan ni ju inte påverka här’. Men vi var fast övertygade om att jo, det kan vi” (I 3). Reaktionen från den andra verksamheten gjorde att deltagarna i arbetsgruppen kände sig fåniga och nedtryckta.

Informanten tror att arbetsgruppen hade burit med sig den känslan om det inte varför för att en följeforskare som var med och observerade under handledningen berömde arbetsgruppen från kvinnokliniken: ”hon tyckte att det var fantastiskt vilken framåtsyn vi hade, att vi tänkte så. Och så gav hon en känga till dem som skrattade om att de kanske också ska tänka framåt [...] Det påverkade nog oss väldigt mycket tror jag” (I 3).

Att arbetet bedrevs som ett projekt med externt stöd från GDJ möjliggjorde att flera formativa moment kunde äga rum: ”Alltså, vi som jobbar inom den offentliga sektorn har ju aldrig några pengar. Och här kom vi till en organisation som hade pengar. Som hade möjligheter på ett helt annat sätt” (I 3). Projektformen gjorde att hela personalgruppen på BB-enheten och förlossningsavdelningen personalen kunde samlas under gemensamma utvecklingsdagar. Med hjälp av metoden forumteater diskuterades attityder och värderingar och i dag ses utvecklingsdagarna som mycket viktiga: ”det var ju en förmån för oss att kunna ha olika forum, utvecklingsdagar och så, som gjorde att det spred sig i hela gruppen, sen är det klart att individerna har gjort lite olika men jag tänker på en undersköterska som ofta pratar om att det verkligen har satt sig hos henne [...] från att vara skeptiska i början har många köpt det mer och mer när de kom in i tanken och vågade titta på; hur tänker jag, varför tänker jag så och man kan tänka på ett annat sätt ” (I 1). Projektformen fungerade också som ett tryck utifrån. Arbetsgruppen var tvungen att få tid för att exempelvis läsa in litteratur för att kunna driva arbetet framåt: ”den ekonomiska utmaningen var väl att tillåta att nu har vi liksom gått igång med det här och då måste dom få utrymme och dom måste ha tid” (I 1). Informanterna menar också att det var betydelsefullt att det var tillåtet att prata om att jämställdhetsarbetet kunde innebära vinster även för personalen: ”Att jag som personal får en vinst om jag ser pappan, då får jag med pappan på ett annat sätt och då tjänar vi [personalen] på det [...] för att få någonting genomförbart så måste man se: vad är det här för vinst för den enskilde medarbetaren? För annars så är det en belastning, visst du gör det om du är tvungen till det men det kommer ju inte från hjärtat” (I 3).

Under processen mötte arbetsgruppen en hel del motstånd. En informant berättar om en föreläsning för andra professioner inom den egna organisationen som i likhet med kvinnokliniken arbetar med gravida, födande och nyförlösta kvinnor. Arbetsgruppen var inbjuden att berätta om sitt arbete och det visade sig vara mycket provocerande att ett förändringsarbete på en kvinnoklinik belyste männens situation: ”De skrattade ner oss totalt, jag har aldrig fått så mycket... eller om vi inte riktigt kunde förklara. Det är nog det starkaste

motangreppet som vi har fått [...] det var en oväntad reaktion” (I 3). Även internt inom kvinnokliniken fanns skepsis. Både chefer och arbetsgruppen berättar att de fick höra kommenterar som: ”Varför ska vi satsa på papporna? Männerna har ju allting, de får ju alltid framstå i alla undersökningar och allting, varför ska vi nu göra ytterligare en undersökning på män [...] Alltså om jag tycker att pappan ska hålla tyst någonstans i världen så kan han väl få göra det på förlossningssalen. Och nu säger någon att jag inte ska göra så. Alltså det påverkar mig personligen, mer än något annat verksamhetsområde, det här med jämställdhet. Vi lyfte ju den som är starkast i samhället. I jämförelse med många andra som tittade på kvinnan som fick sämre vård eller tas om hand sämre än mannen som är norm. Här plötsligt ska vi lyfta normen som är rådande överallt” (I 3). Diskussioner om vad jämställdhet kan innebära och vilka frågor begreppet kan omfatta har löpt som en röd tråd under arbetet. Att arbetet fokuserade på män och jämställdhet, på en klassiskt kvinnodominerad arena som förlossning och BB utmanade arbetsgruppen, hela kvinnokliniken och omvärlden på flera sätt. En informant beskriver det som att: ”jobba med jämställdhet, det har vi ju inte gjort förut [...] det är lättare att diskutera den medicinska utvecklingen [...] jämställdhet handlar ju mycket om våra egna värderingar och vilket mål vi har med jämställdhet och vad som jämställdhet är för mig som person, det ser kanske inte likadant ut hos dig. Det är ju den stora skillnaden tycket jag, att jobba med förändringsarbete som har med jämställdhet att göra” (I 2).

Efter ungefär ett års arbete började förändringsarbetet vid NÄL väcka medialt och politiskt intresse. Den socialdemokratiska tidningen Ny Tid skrev ”Ändrat bemötande ska göra pappor mer delaktiga vid förlossningen” (ibid. 2010-04-12) och nyhetsprogrammet Studio Ett i Sveriges Radio, berättade om NÄL utifrån rubriken ”Pappor vill vara mer delaktiga vid förlossningar” (ibid. 2010-10-11). En av informanterna beskriver utvecklingsområdet som ”lite kontroversiellt” och att ingen hade gjort någonting liknande förut vilket var roligt. Samtidigt väckte arbetet kritik. När den medicinska nyhetstidningen Dagens Medicin gjorde ett uppslag om arbetet skrev en läsare som undertecknade med namn och titel ett sarkastiskt debattinlägg där han bland annat undrade om BB ska förvandlas till ett ”vuxendagis” (ibid. 2011-04-07). Ansvariga för förändringsarbetet bemötte kritiken med att blivande pappors delaktighet före och under förlossningen lägger grunden till ett gott föräldraskap och att pappornas stöd till mammorna höjer kvaliteten i förlossningsvården (Dagens Medicin 2011-05-24). Debatten uppmärksammades av jämställdhetsminister Nyamko Sabuni som i sin tur skrev debattartikeln ”Se pappornas behov i förlossningssalen” (Aftonbladet 2011-05-22). Att arbetsgruppen och de berörda cheferna gemensamt hanterade och bemötte olika former av

motstånd under arbetets gång bedöms som mycket avgörande för processen. Ofta innebar bemötandet av motstånd att gruppen lyfte fram möjliga, långsiktiga effekter av arbete som gynnar både mannen, kvinnan och barnet: ”Vi får försvara och då får vi ta hela omvägen om att i slutändan är det mamman som ändå får vinst av detta plus barn och man. Vi strävar efter att mamman ska kunna jobba lika mycket, få lika hög lön” (I 3).

Effekter och det fortsatta arbetet

På frågan vad arbetet handlade om i grunden svarar en informant: ”det är en attitydförändring som har skett” (I 1). Informanterna vittnar om att de inte var beredda på att arbetet skulle utmana personalens förhållningssätt i så stor omfattningen som det gjorde: ”[När] jag tänker på det efteråt ser jag att det hände andra saker än vad jag hade trott, djupare, mer genomgripande än vad man tänkte. Ja, ja det blir något med papporna ungefär och så blev det mycket mer. Och att vi lyfte upp frågor kring våra värderingar gentemot papporna. Vi tycker inte att de ska gå omkring med keps inne och nerhasade byxor, men det är våra värderingar. Vi tycker många gånger att det är fjompigt att de ska sova över, men det är ju våra värderingar och det är oerhört viktigt att diskutera. Vi måste ju se att vi måste följa med tiden också och det är ju en av de sakerna som jag känner att vi alltid, eller många gånger inom sjukvården i alla fall, är väldigt långt efter utvecklingen ute i samhället. Det är någonting som stoppar oss och det är nog vi själva” (I 2).

Varför ska vi se mannen när vi vårdar kvinnan? Det var namnet på en nationell konferens i slutet av förändringsarbetet där arbetsgruppen deltog. Frågan ringar in arbetets kärna: ”Vi har pratat om vår egen osäkerhet kring hur vi som personal ska bemöta pappan. Vi lever och arbetar i ett samhälle som är lite pappafientligt ur många perspektiv. Dels så finns en historisk bakgrund där pappan inte varit speciellt delaktig i föräldraskapet, men den bilden av pappan reproduceras hela tiden trots att det nu kommer nya blivande föräldrar med nya förväntningar. Ibland kan det vara svårt att fokusera på mannen eftersom att vi som arbetar på avdelningen är kvinnor som vårdar kvinnor. Vi identifierar oss i hög grad med kvinnorna vilket kan göra att vi ser mannen främst som ett stöd för henne och därmed glömmer bort att stödja honom i sin papparoll. Pappan är ingen ’extra person’ eller resurs för oss – han ska också få barn” (I 3).

Arbetet vid kvinnokliniken ska följas upp under hösten 2012. Sedan arbetet avslutades har hela kvinnokliniken byggts om. På BB finns nu dubbelt så många enkelrum än tidigare vilket

ökar möjligheten för pappor att sova över. Papporna har också inkluderats i de patientenkäter som nu fylls i av nyblivna föräldrar.

4.3 Psykiatriavdelningen⁵

Arbetet startar

Psykiatriavdelningen är en enhet med specialinriktning mot psykoser, främst inom gruppen schizofrenisjukdomar, samt en utredningsavdelning för oklara psykotiska tillstånd. Samarbetet med GDJ kom som ett uppdrag från vårdenhetschefen. Under våren 2009 hade hon fått kännedom om projektet under en föreläsning som GDJ höll i den ledningsgrupp i vilken hon ingick: ”jag har alltid tyckt om att föra ner projektarbeten på golvet. Jag tycker att personal far väl av det arbetssättet, det gynnar patienterna, [...] så har jag alltid gjort och här kom ett nytt perspektiv med jämställdhet, det har jag inte jobbat med förut så då var det dags att få ner nått” (I 6). Trots att en stor omorganisation var i antågande sågs den inte som ett hinder. Istället menar informanten att projekt kan fungera som broar vid stora organisationsförändringar, att det är ett sätt att trots allt hålla ihop verksamheten. Tre personer, en kurator och två skötare, bildade en arbetsgrupp. Syftet med förändringsarbetet var att kartlägga den vård som genomfördes på psykiatriavdelningen ur ett genusperspektiv för att undersöka om avdelningen levde upp till sitt mål om att erbjuda alla patienter vård på lika villkor.

Kartläggning

När arbetsgruppen började fanns inget klart uppdrag utan tillsammans med kollegor, både läkare och skötare, formulerades sex hypoteser om hur avdelningens resurser fördelades mellan män och kvinnor. För att undersöka hypoteserna studerades forskningslitteratur och 86 patientjournaler från den egna verksamheten granskades. Tre av arbetsgruppens hypoteser visade sig innehålla kvantitativa könsskillnader: män fick fler överläkarsamtal än kvinnor, kvinnor hade fler antal läkemedel och män hade fler inneliggande vård dagar. Kartläggningen genererade även ”bounsuptäckter” som att läkarna ibland dokumenterade dubbelt, ibland

⁵ Om inget annat anges baseras avsnittet på intervjuer med klinikens vårdenhetschef och en deltagare i arbetsgruppen, informationsfoldern Vård på lika villkor!, förbättringsarbetets slutrapport från 2010 samt processdokumentation från GDJ.

missade att dokumentera samt att många olika professioner ofta satt med under patientens överläkarsamtal. Något som personalen sedan tidigare visste att patienter kan uppleva som obehagligt. Informanterna menar att de oväntade upptäckterna stärkte förändringsarbetet liksom att det var positivt att alla professioner var med och tog fram hypoteserna från början. Samtidigt upplevdes det stundtals som svårt att granska den egna verksamheten. Frågorna rörde beslut och bedömningar som kunde knytas till enskilda läkare: ”som när vi tittar på överläkarsamtal, det är ändå riktat till en eller några personer så det är klart att det blir känsligt” (I 7).

Informanterna upplevde inte att förändringsarbetets fokus på jämställdhet var problematiskt för personalen på psykiatriavdelningen. De tror att det handlar om att personalen är van att arbeta med människor som redan är utsatta och har det svårt i samhället. Personalen hade redan ett ”rättviseperspektiv” vilket gjorde att temat jämställdhet inte mötte motstånd. Däremot menar en informant att jämställdhet kan upplevas som en abstrakt fråga som kan vara svår att ta till sig vilket gör att förändringsarbeten med fokus på jämställdhet kan bli svårare att driva: ”Jämställdhet det kan vara osynligt, alltså icke jämställt kan vara osynligt, där blir det svårare” (I 6). Det märktes på utvecklingsdagen som GDJ arrangerade under hösten 2010. All personal deltog men när kartläggningsresultaten skulle analyseras ur ett jämställdhetsperspektiv var det svårt för personalen att avgöra om resultaten var rättvisa eller inte. Personalen menade att resultaten kan vara orättvisa, men för vem? Är det exempelvis så att män är undermedicinerade eller att kvinnor är övermedicinerade och är överläkarsamtal alltid att betrakta som det bästa för patienten? Att det var svårt att avgöra om resultaten var orättvisa ur jämställdhetssynpunkt eller inte kan ses som ett formativt moment. Inom vården ska den enskilda patientens behov vara i fokus. Det försvårade analysen: ”Jag tror personalen har en inställning att man visst man ska behandla alla lika men det här med att man måste se varje individ och så där, alltså där kan det väl bli att man hanterar folk olika” (I 7). Under utvecklingsdagen upprättades en handlingsplan för fortsatt arbete. En enkätundersökning bland patienterna planerades för att se hur patienterna uppfattade överläkarsamtalen. Personalen konstaterade också att psykiatriavdelningen var dålig på att ställa frågor om sexualitet och klimakteriet och att de behövde någon form av skriftligt stöd för att bli bättre på att tala om biverkningar av mediciner kopplat till sexualitet. För att bli bättre på att undvika återinläggningar behövdes även en checklista för att säkerställa att patienten har tillgång till vissa funktioner utanför sjukhuset. Under utvecklingsdagen utsågs ansvariga som fick i uppgift att ta förslagen vidare.

Effekter och det fortsatta arbetet

Psykiatriavdelningen fick för sitt förändringsarbete Västra Götalandsregionen jämställdhetspris 2010. Motiveringen löd: ”Personalen har ställt frågor om vården genom att modigt självrannsaka sig själva och sina uppfattningar om hur vården bedrivits ur ett genusperspektiv” (Pressmeddelande 2010-11-30). Trots den positiva uppmärksamheten avstannade processen när samarbetet med GDJ avslutades vilket informanterna i dag är mycket besvikna över. Båda informanterna berättar att förändringsarbetet blev större än de trott. Under processen fanns det stunder när arbetsgruppen var nära att ge upp. En informant menar att räddningen var stödet från GDJ och att det fanns personer inom den egna verksamheten, utöver de i arbetsgruppen, som kunde bidra med kunskap och råd. Formativa moment var de handledningstillfällen som arbetsgruppen var på där de fick utbildning i förändringsarbetet och jämställdhet: ”Jag tror att de där utbildningsdagarna var nödvändiga för att kunna göra projektet, det är jag helt övertygad om” (I 6). Arbetet präglades av tidspress och den stundande omorganisationen. Under de 18 månaderna som förändringsarbetets drevs hade arbetsgruppen tre olika verksamhetschefer. Att arbetet avstannat beror enligt informanterna även på att nyckelpersonen i arbetsgruppen gick på planerad ledighet och att den närmsta chefen blev sjukskriven. På så sätt försvann båda de ytterst ansvariga. Det grämer informanterna: ”klart att det är olyckligt så som det blev, alltså att man fick hafsa ihop det sista och att jag inte hade möjlighet att integrera det på avdelningen, alltså just förbättringsåtgärderna som vi faktiskt kom fram till” (I 7).

Arbetet bedöms som avstannat efter att projektet avslutades i december 2010. När informanterna intervjuas i början av 2012 var båda ansvariga tillbaka i arbete sedan en tid och den stora omorganisationen genomförd.

5 Varför integreras jämställdhet?

I följande kapitel kommer jag att besvara uppsatsens andra frågeställning: varför integrerades vissa av jämställdhetsarbetena i verksamheternas ordinarie arbete medan andra inte gjorde det? Analysen utgår från de formativa moment som utkristalliserade sig under processpåringen. Jag har undersökt hur momenten beskrivs, motiveras och förklaras, gjort jämförelser mellan de tre verksamheterna och undersökt hur de kan förstås utifrån uppsatsens teoretiska analysram och dess fyra teman: vilja – förstå – kunna, kvalitet eller makt, systembevarande eller systemförändrade samt motstånd.

Analysen visar på vikten av att jämställdhetsarbete utgår från ett tydligt formulerat problem. På så sätt stärks aktörernas förståelse för varför arbetet är viktigt och viljan att åtgärda problemet ökar. Det visar sig att jämställdhet inom GDJ i huvudsak har diskuterats som en fråga om kvalitet, istället för en fråga om makt, vilket också har ökat förståelsen och stärkt viljan att förändra bland både chefer och medarbetare. Huruvida jämställdhetsarbetet har bedrivits som ett systembevarande eller systemförändrande arbete skiljer sig åt mellan de tre analysfallen. De olika formerna av jämställdhetsarbete har båda lett till förbättringar för patienter och närstående men det systemförändrande arbetet har tydligare fortsatt att integrera ett jämställdhetsperspektiv. Verksamheterna har också mött både passivt och aktivt motstånd men på olika sätt och i olika omfattning. Det visade sig lyckosamt att aktivt bemöta kritik genom att tala om jämställdhet som en möjlighet och lyfta fram tänkbara långsiktiga effekter för både de enskilda patienterna och samhället.

5.1 Jämställdhet som ett (o)tydligt problem

Jämställdhetsarbetena vid både akutkliniken och kvinnokliniken drevs utifrån avgränsade problemområden: smärtlindring och bemötande av pappor. Uppdragen formulerades utifrån brister som sedan tidigare var kända i verksamheterna, innan ett jämställdhetsperspektiv

applicerades. Genom kartläggningarna sattes ord och siffror på någonting som medarbetare och chefer anände men som ingen hade utforskat närmre. Jämställdhet uppfattas ofta som något diffust och något som rör samhället i stort, inte den enskilda verksamheten eller den enskilda medarbetaren (Gonäs 2005:247). När siffror visade att varken kvinnor, män eller barn inte fick smärtlindring på akutkliniken åskådliggjordes kvantitativ ojämställdhet och ojämlikhet. Det fanns skillnader både mellan könen och mellan olika åldersgrupper. Att det fanns forskning som kopplade samman smärta, smärtlindring, kön och genus fungerade som en legitimerande kraft. Forskningen tillsammans med de tydliga siffrorna möjliggjorde i nästa steg en mer kvalitativ jämställdhetsdiskussion om normer och attityder till män och manlighet samt kvinnor och kvinnlighet. Min tolkning är att personalen kunde tala om varför kvinnor, män och barn fick eller inte fick smärtlindring för att det ansågs finnas ett konkret problem som behövde åtgärdas. Det kvantitativa ojämställdheten skapade förståelse och möjliggjorde även diskussioner om den kvalitativa ojämställdheten (Mark 2007:15f).

Även på kvinnokliniken fick jämställdhetsarbetet legitimitet när det fanns forskning om mäns upplevelse av födande och föräldraskap. Arbetsgruppen kunde också motivera jämställdhetsarbetet utifrån klinikens övergripande styrdokument. Kliniken sa sig arbeta för jämställdhet men levde inte upp till sin egen vision. Allra mest avgörande för processen på kvinnokliniken, i synnerhet för den närmsta arbetsgruppen och de berörda cheferna, var pappornas röster i fokusgruppen som genomfördes. I likhet med personalens reaktioner mot att barnen inte fick smärtlindring på akutkliniken berördes de inblandade på kvinnokliniken av pappornas berättelser. Det skapade vilja att arbeta vidare. När de sedan jämförde pappornas berättelser med personalens föreställningar om männen på förlossningen och BB framträdde en diskrepans i förväntningar på kvinnor och män som föräldrar och mellan föräldrarnas och personalens syn på föräldraskap. På kvinnokliniken gick inte ojämställdheten att kvantifiera men genom intervjuerna med pappor och personal kunde ett tydligt kvalitativt jämställdhetsproblem ändå formuleras. Att ett kvalitativt problem kunde formuleras så konkret möjliggjorde fördjupade diskussioner om personalens normer och attityder om kön, genus och jämställdhet. Precis som på akutkliniken fanns alltså ett problem som uppfattades som reellt och som personalen var tvungna att prata om och försöka åtgärda.

På psykiatriavdelningen var situationen en annan. Här kunde inte ett problem ringas in på samma sätt. Dels för att problemområdet inte var avgränsat från början och dels för att ingen kunde bedöma om de skillnader som upptäcktes var medicinskt motiverade, åtminstone inte

inom ramen för arbetet. Det hjälpte inte att skillnaderna kunde synliggöras i siffror. Arbetsgruppen och hela personalstyrkan diskuterade sina och patienternas föreställningar om kön och genus, inte minst under den gemensamma utvecklingsdagen, men där och då gick det inte att avgöra om skillnaderna var rättvisa eller orättvisa. Därmed var det svårt att göra någon förändring, det fanns inget tydligt problem att enas kring. Inte heller räckte de berörda aktörernas tid och kunskap till för att arbeta vidare även om viljan fanns (Sannerstedt 2001:29ff).

De tre arbetsgrupperna tog sig alla an svåra uppdrag. Genom sina respektive arbeten ämnade de säkerställa att patienter och närstående erbjöds jämställd vård och omsorg på lika villkor, oavsett kön. Det är en ambitiös målsättning och målet som ska uppnås – jämställd vård – är ett komplext begrepp. Socialstyrelsen har definierat jämställd vård som att män och kvinnor får den vård som de behöver. Det omfattar bemötande, omhändertagande, behandling och rehabilitering och innebär att vård och omsorg ska ges på lika villkor till kvinnor och män. Lika villkor betyder inte att vården alltid ska vara likadan, ibland måste vården anpassas till kvinnors och mäns könsspecifika behov och individens förutsättningar (Smirthwaite 2007:15ff). Ibland ska det alltså vara skillnad på vården för att den ska vara jämställd och likvärdigt. Tidigare studier har visat att jämställdhetsmål kan vara svåra att uppnå i praktiken eftersom de ofta är högt ställda samtidigt som de är utformade så att det ska kunna råda enighet kring målen. Därmed blir de ofta vagt formulerade och svåra att förstå och realisera i praktiken (Hagberg m.fl. 1998:237ff). Även själva grundidén med jämställdhetsintegrering har konstaterats som svår att uppnå lokalt. Förändringarna som krävs är omfattande; jämställdhet ska integreras överallt och på alla nivåer av dem som normalt sett arbetar i verksamheten. Först Hörte och Isaksson skriver att de som driver jämställdhetsarbete måste förhålla sig kritiska till vad som är praktiskt genomförbart i praktiken (ibid. 2007:48). Min tolkning är att akutkliniken och kvinnokliniken i samarbete med GDJ på ett bättre sätt än psykiatrimottaningen avgränsade och formulerade vad som skulle uppnås inom ramen för det specifika jämställdhetsarbetet. De kunde också fastslå att det fanns problem som behövde åtgärdas. Det bidrog starkt till att akutkliniken och kvinnokliniken i dag har integrerat sina arbeten. Det fanns helt enkelt rimliga mål att nå.

5.2 Jämställdhet som en fråga om kvalitet eller makt

Inom GDJ beskrevs jämställdhet som en kvalitetsfråga. Både under intervjuerna med informanterna och i den externa utvärderingen av GDJ som gjordes under vintern 2010 framhålls det verksamhetsnära arbetet och kopplingen till kvalitet som positiv för jämställdhetsarbetenas processer (Jupiter och Halldén 2010:31). Min tolkning är att talet om jämställdhet som en fråga om kvalitet, och inte som en fråga om makt, gjorde att jämställdhet och jämställdhetsarbetena uppfattats som begripliga och viktiga av de inblandade cheferna och medarbetarna. Att arbeta för att verksamheten ska hålla hög kvalitet var något som verksamheterna kände igen, inte minst på grund av de senaste decenniernas arbete för att kvalitetssäkra sjukvården (Bejerot och Erlingsdóttir 2002:59ff). Det var ett medvetet val från GDJ:s projektgrupp att primärt inte använda maktbegreppet (Jupiter och Halldén 2011:25). Enligt Fürst Hörte och Isaksson nedtonas ofta maktperspektivet i praktiken, trots att det har varit ett bärande analytiskt begrepp både i jämställdhetspolitiken och inom forskningen, för att det uppfattas som kontroversiellt. Maktbegreppet undviks för att åstadkomma konsensus mellan dem som ska driva jämställdhetsarbetet och olika berörda parter (ibid. 2007:28). Utvärderarna av GDJ skrev att det är: "[...] viktigt att betona att det finns en risk att maktperspektivet försvinner och att jämställdhet enbart uppfattas som en win-winsituation för alla inblandade. Det kan riskera medföra att mer känsliga frågor ej tas upp för diskussion" (Jupiter och Halldén 2010:31). Under mina intervjuer talade ingen av informanterna om jämställdhet som en fråga om makt och begreppet finns inte med i jämställdhetsarbetenas slutrapporter. I psykiatriavdelningens slutrapport sker dock en analys kring hur personalen upplever skillnader i patienternas behov, krav och förutsättningar beroende på om patienten är en kvinna eller man (Slutrapport Vård på lika villkor 2010:5f). Diskussionen tolkar jag som en form av maktanalys även om ordet makt inte används. Att det är psykiatriavdelningen som i störst utsträckning för något som kan liknas vid en diskussion om makt och genusordningens påverkan för patienternas dagliga vård och omsorg är intressant. Kan det vara så att psykiatriavdelningens arbete i högre utsträckning än akutkliniken och kvinnokliniken tangerade mer "brännande" frågor om just makt; vad kvinnor och män får och inte får och varför det är så? Dessutom indikerade psykiatriavdelningens journalgranskning att kvinnor som grupp fick mindre andel av resurserna än män som grupp. På akutkliniken fick varken kvinnor eller män smärtlindring och i synnerhet inte barnen. På kvinnokliniken var det män som inte gjordes delaktiga på förlossning och BB. Alla de tre jämställdhetsarbetena väckte

känsliga frågor som diskuterades öppet. Dock är min bedömning är att arbetena vid akutkliniken och kvinnokliniken påverkades positivt av att det i huvudsak inte var kvinnor som inte fick smärtlindring eller synliggjordes på förlossningen utan andra målgrupper. Det upplevdes som nytt och spännande och utmanade bilden av jämställdhet och vad jämställdhetsarbete kan handla om. Samtidigt diskuteras det i forskningslitteraturen om det är positivt eller negativt att kön kopplas samman med andra variabler så som ålder, födelseland och utbildningsnivå. Exempelvis ifrågasätter Verloo (2006) om jämställdhetsintegrering förmår hantera fler variabler samtidigt utan att kön och genus trängs undan (Callerstig 2011:76). Den oväntade upptäckten att barn inte fick smärtlindring på akutkliniken medverkade exempelvis i hög grad till att arbetets genomslag och integrering. Det trängde inte undan frågor om kön och genus men däremot fungerade åldersvariabeln legitimerande för arbetet. En hypotetisk fråga är om akutkliniken blivit lika uppmärksammat och framgångsrikt om det endast hade visat sig vara vuxna kvinnor som inte fick smärtlindring.

Så, måste makt vara i fokus för att ett jämställdhetsarbete ska anses fullvärdigt? Var går gränsen mellan att maktbegreppet undviks i praktiken för att inte vara obekvämt och att det strategiskt tonas ned för att initialt få med viktiga aktörer? Mark skriver att en organisation och dess maktordningar inte förändras av att enskilda medarbetare lär sig tänka annorlunda. Istället måste organisationens handlande förändras (ibid. 2007:116). Samtliga tre arbeten har dock gynnats av att jämställdhet i första hand har behandlats som en fråga om kvalitet, i stället för att i första hand behandlas som fråga om makt. Till skillnad från vad forskare tidigare hävdade har både akutkliniken och kvinnokliniken förändrat sitt sätt att bemöta och vårda patienter och närstående (jmf exempelvis Rönnblom 2011).

5.3 Jämställdhet som ett systembevarande eller systemförändrande arbete

Som nämndes i uppsatsens andra kapitel är Rönnblom en av kritikerna till jämställdhetsintegrering som strategi. Hon menar att strategin uppmuntrar till att undvika maktbegreppet vilket gör att jämställdhetsarbetet riskerar att stanna vid att vara systembevarande och inte förändra organisationer på djupet (ibid. 2011). Under jämställdhetsarbetena användes kvantitativa och kvalitativa jämställdhetsperspektiv parallellt

även om akutkliniken var mer kvantitativt medan kvinnokliniken och psykiatriavdelningen mer kvalitativa. I enlighet med modellen Gör det Jämt arbetade de inblandade hårt för att jämställdhetsarbetena inte skulle stanna vid att vara projekt utan också integreras i verksamheterna. Handlingsplaner där konkreta insatser formulerades skulle medverka till att arbetet fortsatte även efter att projekttiden tog slut. Denna uppsats är ingen utvärdering men för att förstå varför endast vissa av verksamheter integrerade ett jämställdhetsperspektiv har deras respektive handlingsplaner granskats. Akutkliniken är den verksamhet som gjort flest insatser efter att GDJ avslutades. Insatserna rör allt från studiebesök och nytt informationsmaterial till de nya skriftliga riktlinjer i form av så kallade PM vilka används dagligen. Akutkliniken har i högst grad också omvandlats till synliga, kvantitativa resultat. Samtidigt diskuteras kön och genus i betydligt mindre utsträckning i det skriftliga materialet om akutkliniken än i materialet om kvinnokliniken och psykiatriavdelningen. De intervjuade informanterna från akutkliniken talar förvisso om smärtlindring i förhållande till kön och genus, och arbetet benämns som ett jämställdhetsprojekt, men till syvende och sist handlade förändringsarbetet mer om smärtlindring i stort, inte smärtlindring och jämställdhet. Därför bedöms kvinnokliniken, trots att de inte genomfört lika många insatser i sin handlingsplan, i högre grad än akutkliniken, ha bedrivit ett systemförändrande jämställdhetsarbete som utmanat den rådande organisationskulturen. På akutkliniken har smärtlindringen definitivt förbättrats men det är tveksamt om ett jämställdhetsperspektiv i dag genomsyrar verksamheten.

5.4 Jämställdhet som hot eller möjlighet

Att GDJ talade om jämställdhet som en kvalitetsfråga fungerade pedagogiskt som en ”avväpnare” och gjorde arbetena mindre hotfulla vilket underlättade verksamheternas förändringsprocesser. Informanternas berättelser visar inte minst på att jämställdhetsarbetena har setts som nyttiga för verksamheterna, något som gynnar både patienter, närstående och personal. Samtidigt vittnar flera av informanterna om att de mött det Pincus (1998) kallar för passivt och aktivt motstånd under processernas gång. På akutkliniken och kvinnokliniken fanns inledningsvis ett internt, passivt motstånd i form av tystnad från den egna ledningen på respektive sjukhus. En informant berättar att arbetet exempelvis skulle ha presenterats på ett chefsmöte men att mötet uteblev. Det är svårt att tolka om tystnaden var ett uttryck för

motstånd mot jämställdhetsarbetet i synnerhet eller förändring i allmänhet (Wahl m.fl. 2011:216f). Jämställdhetsarbetena provocerade också aktörerna i arbetsgrupperna och medarbetarna ute i verksamheterna, de som Lipsky (2010) kallar för närbyråkrater. Majoritet av medarbetarna på kvinnokliniken är kvinnor; barnmorskor, sjuksköterskor, undersköterskor och läkare utbildade för att vårda andra kvinnor på förlossning och BB. Verksamheterna ses fortfarande av många som "kvinnornas arena". Det aktiva motstånd som arbetsgruppen mötte under föreläsningen som de var inbjudna till kom från andra professioner inom den egna organisationen. Förändringsarbete innebär att befintliga rutiner och kunskap ifrågasätts vilket har skett inom alla de tre jämställdhetsarbetena. Ifrågasättandet kan skapa motsättningar mellan olika professioner. I synnerhet kan det utmana de medicinska professionernas traditionella särställning som experter på sjukvården (Bejerot och Erlingsdottir 2002:60, Hall 2009:168ff). Min tolkning är att detta var vad som hände på kvinnokliniken. Genom att lyfta fram mannen och den nyblivna pappans behov utmanades personalens föreställningar om den egna rollen och vem de är till för. Arbetet väckte ilska och frågor som: ska vi ta resurser från kvinnorna och ge till männen? Utifrån teorier om motstånd vid jämställdhetsarbete är det förvånande att liknade reaktioner inte väcktes på akutkliniken när sjuksköterskorna fick ökade befogenheter och kunde börja ge smärtlindring, förvisso fortfarande efter läkares ordination men nu utan att behöva tillfråga läkaren vid varje enskilt fall. Dock uttrycktes oro för att jämställdhetsfrågor skulle bli viktigare än medicinska bedömningar. Utifrån ett underifrånperspektiv på implementering kan det ses som ett uttryck för målkonflikt i verksamheten; att jämställdhetsarbete uppfattas som hotande mot den medicinska kompetensen (Callerstig 2011:73ff).

Flera av informanterna beskriver sina jämställdhetsarbeten som att det var en möjlighet att närmre undersöka något som de var intresserade av eller ett problem som de anade. Samtidigt hade ingen i de tre arbetsgrupperna tidigare erfarenhet av att driva förändringsarbete. Flera av informanterna i chefsposition säger dock att det fanns en öppenhet för förändringsarbete inom de olika verksamheterna; att de är tillåtande när det gäller nya idéer och att det finns en vana vid förändringsarbete. Flera av cheferna beskriver sig också som positiva till utvecklingsarbete vilket möjliggjorde samarbetet med GDJ från första början; cheferna såg jämställdhetsarbetet som en möjlighet.

6 Slutsatser

Syftet med denna uppsats har varit att förstå hur det gick till när jämställdhet skulle integreras i tre verksamheter inom svensk sjukvård och varför endast två av de tre framgångsrika jämställdhetsarbetena kom att integreras i sina verksamheters ordinarie arbete. Genom metoden processpåring och med hjälp av den teoretiska analysramen har de tre jämställdhetsarbetena följts från att de startade i januari 2009 tills att de avslutades i december 2010. Slutsatserna är att på akutkliniken bedrevs till största del ett systembevarande, kvantitativt jämställdhetsarbete. Arbetet visade att varken män, kvinnor eller barn fick smärtlindring vid misstänkt fraktur i någon av armens leder. Orsakerna var flera; okunskap, tidsbrist och otillräckliga rutiner. Det möjliggjorde att personalens egna attityder och värderingar om smärta, kön och genus fick ta plats och kunde påverka vem som fick och inte fick smärtlindring. Arbetsgruppen som tillsammans med sina chefer ansvarade för arbetet beskriver hur de successivt fick en ökad förståelse för problemet och hur det kunde åtgärdas. De tillskansade sig ny kunskap och drevs av stark förändringsvilja. I dag ska alla patienter som kommer till akutkliniken bli erbjudna smärtlindring och kunskapsnivån om smärta och smärtlindring har höjts genom bland annat utbildning och nya riktlinjer. Hur väl ett jämställdhetsperspektiv i dag genomsyrar verksamheten är mer oklart.

På kvinnokliniken bedrevs ett mer renodlat systemförändrande jämställdhetsarbete som handlade om män på en kvinnodominerad arena. I likhet med akutkliniken fanns ett avgränsat problemområde men här gick det inte att sätta siffror på ojämställdheten. Istället betonades att det handlade om kvalitativ jämställdhet; om normer och attityder till mäns delaktighet. Hela organisationen utmanades och av de tre jämställdhetsarbetena mötte kvinnokliniken mest motstånd. Förmodligen för att arbetet i grunden utmanade personalens egna idéer om vem de är till för; vem det är som föder barn och blir förälder. Även här utvecklades arbetsgruppens förståelse och kunskap kring arbetet efterhand och med stöd från sina chefer blev arbetsgruppen mycket engagerade och uppmärksammas. I dag har personalen förändrat sin syn på mäns delaktighet och inkluderar honom i omvårdnaden av barnet.

På psykiatrimottagningen avstannade arbetet efter projekttidens slut. Anledningen bedöms framförallt vara ett oklart problem från början och ett problemområde som blev allt för omfattande och svårbedömt trots att könsskillnader kunde uppvisas. Att problemet inte ringades in och avgränsades tidigare i processen gjorde det svårt att se vad som skulle förändras. Då blev det också svårt att tala om nyttan med arbetet eftersom det var oklart om könsskillnaderna mellan kvinnor och män var medicinskt motiverade. Kanske hade det underlättat om fler professioner varit med i arbetsgruppen och tillsammans försökt utreda könsskillnaderna som upptäcktes. Ingen av informanterna berättar om något motstånd under arbetets gång men den stora omsättningen på chefer och att viktiga nyckelpersoner i arbetet försvann innan nya rutiner eller arbetssätt hann införas var olyckligt. Dessutom indikerade jämställdhetsarbetet på psykiatriavdelningen att det var gruppen kvinnor som fick mindre andel av de gemensamma resurserna, till skillnad från barn och män i de andra verksamheterna. Det är möjligt att arbetet därmed, i högre grad än på akutkliniken och kvinnokliniken, belyste en mer klassiskt kvalitativ jämställdhetsproblematik där resursfördelningen riskerade att missgynna kvinnor. Paradoxalt nog kan det ha varit negativt för arbetets legitimitet och genomslag i och utanför organisationen.

Enligt flera forskare genererar strategin jämställdhetsintegrering systembevarande jämställdhetsarbete som inte utmanar rådande maktordningar. Gemensamt för de tre jämställdhetsarbetena i denna uppsats är att de ingick i ett sammanhang där jämställdhet i första hand behandlades som en kvalitetsfråga, inte som en fråga om makt mellan kvinnor och män. Det gjorde att jämställdhetsarbetet upplevdes som nytt, begripligt och relevant vilket gynnade arbetenas processer. Samtidigt har endast en av tre verksamheter bedrivit ett i grunden systemförändrande jämställdhetsarbete. Uppsatsens resultat visar därmed på vikten av att bredda den teoretiska diskussionen kring hur jämställdhetsarbete bör bedrivas. Ett kvalitetsperspektiv på jämställdhet behöver inte exkludera ett maktperspektiv men det finns fördelar och risker med att behandla jämställdhet som en kvalitetsfråga som gynnar både kvinnor och män.

6.1 Avslutande diskussion

Denna uppsats har väckt frågor som: vem avgör om ett jämställdhetsarbete kan ses som framgångsrikt och när är ett jämställdhetsarbete integrerat i en verksamhet? Två av tre analyserade jämställdhetsarbeten bedöms som integrerade i verksamheternas ordinarie arbete. Det är mycket positivt och har gett direkta effekter för patienter och närstående. Arbetet vid psykiatriavdelningen avstannade men trots det vittnar informanterna om hur personalen utvecklades under arbetets gång, att hela personalgruppen på ett nytt sätt diskuterade vården utifrån patienternas perspektiv och att de genom GDJ lärde sig ett nytt arbetssätt. De insatser som skrevs in slutrapportens handlingsplan blev inte av men tänk om arbetet genererade andra effekter? Jämställdhetsarbetet ska enligt strategin jämställdhetsintegrering genomföras av den ordinarie personalen ute i verksamheterna. De är sällan utbildade i jämställdhet och förändringsarbete. Trots det ska deras arbete ge resultat genom relativt kortlivade projektformer. Som tidigare nämnts beskriver Abrahamsson jämställdhetsintegreringens utveckling i stort som ”två steg fram och ett tillbaka” (ibid. 2009:252). Det kan låta dystert men när den ordinarie personalen ska göra jobbet är det kanske rimligt att sänka kraven något? Jag menar inte att skattefinansierat jämställdhetsarbete ska slippa undan förväntningar och krav på resultat och effekter. Men all form av förändringsarbete är svårt (Beer och Nohria 2000). Kanske är två steg fram och ett tillbaka rent av en skälig utvecklingstakt när samhällets organisationer med alla dess individer ska förändra något så fundamentalt som dess grundläggande normer och attityder?

Denna uppsats har visat exempel på kvalitetsbegreppets intåg i offentlig sektor. I dag pratar alla kvalitet, oavsett ämnesområde. Det har kommit att bli en trend som fått ordentligt fart och spridning inom både privata och offentliga organisationer (Bejerot och Hasselbladh 2002, Czarniawska och Sevón 2005). Genom strategin jämställdhetsintegrering har även jämställdhet blivit en kvalitetsfråga. Vad gör det med jämställdhetsarbetet? Vilka fler fördelar och risker finns det utöver dem som lyfts fram inom ramen för denna uppsats? Under uppsatsarbetet har jag också kommit i kontakt med begreppet framing som främst används inom medieforskningen för att visa på hur exempelvis politiska budskap ramas in och förpackas (Chong och Druckman 2007). Inom GDJ förpackades jämställdhet och

jämställdhetsintegrering på ett strukturerat och för jämställdhetsdiskursen ganska ovanligt sätt. Det skulle vara spännande att utifrån teorier om framing följa hur GDJ:s budskap: ”jämställd vård leder till högre kvalitet för patienter och närstående” kom till, uppfattades och fick spridning. Dessa tankar är uppslag till fördjupning och fortsatt forskning.

Även om denna uppsats har utgått från ett underifrånperspektiv på implementering är det svårt att avslutningsvis inte nämna något om den projektgrupp som handledde de tre verksamheterna. Samtliga informanter understryker att utan GDJ som extern stödfunktion; som katalysator, kunskapsförmedlare, ekonomisk resurs och mentalt stöd, hade deras jämställdhetsarbete inte blivit av. För att förändra en verksamhet och säkerställa att vården som bedrivs är jämställd krävs kunskap, tid, pengar och gemensamt engagemang från medarbetare, chefer och handledare. Men även om dessa faktorer finns tillgängliga visar uppsatsen att är en konst att implementera jämställdhet.

7 Referenser

7.1 Primärmaterial

- I 1: Verksamhetschef, Kvinnokliniken, Norra Älvsborgs läns sjukhus 2011-12-13
- I 2: Avdelningschef, Kvinnokliniken, Norra Älvsborgs läns sjukhus 2011-12-13
- I 3: Barnmorska, Kvinnokliniken, Norra Älvsborgs läns sjukhus 2012-03-28
- I 4: Verksamhetschef, Akutkliniken, Alingsås lasarett 2011-12-20
- I 5: Sjuksköterska, Akutkliniken, Alingsås lasarett 2011-12-20
- I 6: Vårdenhetschef, Psykiatri Mölndal, Sahlgrenska universitetssjukhus 2011-12-02
- I 7: Kurator, Psykiatri Mölndal, Sahlgrenska universitetssjukhus 2012-02-07

7.2 Sekundärmaterial

- Abrahamsson, L (2009). *Att återställa ordningen: könsmönster och förändring i arbetsorganisationer*. 2 uppl. Umeå: Borea
- Alvesson, M och Sköldbäck, K (2008). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur
- Alvesson, M och Sveningsson, S (2008). *Förändringsarbete i organisationer: om att utveckla företagskultur*. Stockholm: Liber
- Amundsdotter, E (2010). *Att framkalla och förändra ordningen – aktionsorienterad genusforskning för jämställda organisationer*. Avhandling. Stockholm: Gestalthusets Förlag
- Beer, M och Nohria, N (2000). "Cracking the code of change". *Harvard Business Review*. No. 3:133-141
- Bejerot, E och Erlingsdóttir, G (2002). "Kvalitetsidéns materialisering i hälso- och sjukvården" i Bejerot, E och Hasselblad, H [red.]. *Kvalitet utan gränser: en kritisk belysning av kvalitetsstyrning*. Lund: Academia Adacta

- Bergström, G och Boréus, K [red.] (2005). *Textens mening och makt: metodbok i samhällsvetenskaplig text- och diskursanalys*. Lund: Studentlitteratur
- Bjarneberg, A-L. (2010) "Undersökning gav oväntat resultat". *Regionmagasinet* Nr. 3:22-23
- Blidberg, M. "Pappor vill vara mer delaktiga vid förlossningar". *Studio Ett, Sveriges Radio* 2010-10-11
- Blomqvist, P. [red.] (2007). *Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård*. Stockholm: SNS Förlag
- Callerstig, A-C; Lindholm, K; Sjöberg, K och Svensson, L i Lindholm, K [red.] (2011). *Jämställdhet i förändringsarbete*. Lund: Studentlitteratur
- Callerstig, A-C (2011). "Jämställd medborgarservice" i Lindholm, K [red.]. *Jämställdhet i förändringsarbete*. Lund: Studentlitteratur
- Chong, D och Druckman N J (2007). "Framing Theory". *Annual Reviews of Political Science*. No10:103-26
- Collier, D (2011). "Understanding Process Tracing". *PS: Political Science and Politics*. Vol. 44, No. 4:823-30
- Czarniawska, B och Sevón, G [red.] (2005). *Global ideas: how ideas, objects and practices travel in the global economy*. Malmö: Liber
- Diskrimineringsombudsmannen (2012). *Rätten till sjukvård på lika villkor*. Rapport
- Elmore, R (1979). "Backward Mapping: Implementation Research and Policy Decisions". *Political Science Quarterly*. Vol. 94, No. 4:601-616
- Eriksson-Zetterquist, U och Renemark, D (2011). *Jämställdhet i organisationer: hur förändring görs hållbar*. Malmö: Liber
- Erlingsdóttir, G (1999). *Förförande idéer: kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården*. Avhandling. Lunds Universitet
- Esaiasson, P (2007). *Metodpraktikan: konsten att studera samhälle, individ och marknad*. 3. uppl. Stockholm: Norstedts juridik
- Flanke, J. "Ändrat bemötande ska göra pappor mer delaktiga vid förlossningen". *Ny Tid*. 2010-04-12
- Fürst Hörte, G och Isaksson, A (2007). *Jämställdhetssatsningar. I korsningen mellan genusteori och förändringsarbete*. NTG Jämställdhet ARGUS, rapport 2
- Gonäs, L [red.] (2005). *På gränsen till genombrott? Om det könsuppdelade arbetslivet*. Hässleholm: Agora
- Hagberg, J-E, Nyberg, A och Sundin, E (1995). *Att göra landet jämställt: en utvärdering av*

- Kvinnor och män i samverkan - Sveriges största satsning av jämställdhet på arbetsmarknaden.* Stockholm: Nerenius & Santérus
- Hall, P (2009). "Professioners roll i styrning av offentlig verksamhet" i *Offentlig sektor och komplexitet: Om hantering av mål, strategier och professioner.* i Adolfsson, P och Solli, R [red.]. Lund: Studentlitteratur
- Halldén, J; Jupiter, J; Kempinsky, P; Saarinen, Y och Boman, A (2011). "Utvärdering av Program Hållbar Jämställdhet" utdrag från originalrapport *Utvärdering av Program Jämi och Program för Hållbar Jämställdhet - En utvärdering av två nationella satsningar på jämställdhetsintegrering inom stat, landsting och kommun.* Kontigo
- Hirdman, Y (2003). *Genus: om det stabila föränderliga former.* 2 uppl. Malmö: Liber
- Hill, M J och Hupe, P L (2009). *Implementing public policy: an introduction to the study of operational governance.* 2. ed. Los Angeles: SAGE
- Höök, P (2001). *Stridspiloter i vida kjolar: om ledarutveckling och jämställdhet.* Avhandling. Stockholm : Handelshögskolan
- Informationsfilm *Vård på lika villkor* (2010). SKL och Kunskapscentrum för Jämställd vård
- Informationsfolder *Gör det ont?* (2010). Västra Götalandsregionen
- Informationsfolder *Vård på lika villkor!* (2010). Västra Götalandsregionen
- Informationsfolder *Gör föräldraskapet jämställt!* (2010). Västra Götalandsregionen
- Jacobsen, D I (2005). *Organisationsförändringar och förändringsledarskap.* Lund: Studentlitteratur
- Jupiter, J och Halldén, J (2011). *Slututvärdering av Program Gör det Jämt.* Kontigo
- Lagercrantz, S "Värdefullt att involvera papporna tidigt". *Dagens Medicin* 2011-03-09
- Lauri, J (2010). *En avpolitiserad politik? – en studie av hur jämställdhet konstrueras i SKL:s Program för hållbar jämställdhet.* Magisteruppsats vid Södertörns Högskola
- Lindvall, J (2011). *Verksamhetsstyrning: från traditionell ekonomistyrning till modern verksamhetsstyrning.* Lund: Studentlitteratur
- Lipsky, M (2010). *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services.* 30th anniversary ed. New York: Russell Sage Foundation
- Mark, E (2007). *Jämställdhetsarbetets teori och praktik.* Lund: Studentlitteratur
- Nilsen, P [red.] (2010). *Implementering: teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård.* Lund: Studentlitteratur
- Nilsson, L och Trollvik, M (2011). *Program för Hållbar Jämställdhet – Resultatrapport 2008-2010.* Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting

- Nilsson, L och Trollvik, M "Projektformens paradoxer" i Lindholm, K [red.] (2011).
Jämställdhet i förändringsarbete. Lund: Studentlitteratur
- Norbäck, L-E och Targama, A (2009). *Det komplexa sjukhuset: att leda djupgående förändringar i en multiprofessionell verksamhet*. Lund: Studentlitteratur
- Norrbin, C och Olsson, A (2010). *Forskning saknas: en kunskapsöversikt över forskningsfältet jämställdhetsintegrering*. Program Jämi, Jämställdhetsintegrering i staten vid Nationella sekretariatet för genusforskning vid Göteborgs universitet.
- Olofsdotter Stensöta, H (2009). *Jämställdhetsintegrering i statliga myndigheters verksamhet: hur långt har myndigheterna nått? Vad beror det på? Hur kan arbetet utvecklas vidare?*. Göteborg: Nationella sekretariatet för genusforskning
- Olsson, A (2010). *Slutrapport: program Jämi 2008-2010*. Program Jämi, Jämställdhetsintegrering i staten vid Nationella sekretariatet för genusforskning vid Göteborgs universitet.
- Olsson Fors, L; Wennberg, A och Määttä, S. "Pappors stöd höjer vårdkvalitet". *Dagens Medicin* 2011-05-24
- Proposition 2005/06:155. *Makt att forma samhället och sitt eget liv – nya mål i jämställdhetspolitiken*
- Pressmeddelande Västra Götalandsregionen. "Slutenvårdsavdelning på SU/Mölndal får årets jämställdhetspris". *www.mynewsdesk.com* 2010-11-30
- Rönblom, M (2011). "Vad är problemet? – Konstruktioner av jämställdhet i svensk politik". *Tidningen för Genusvetenskap*, nr 2-3
- Sabuni, N. "Se pappornas behov i förlossningssalen". *Aftonbladet* 2011-05-22
- Sannerstedt, A (2001). "Implementering – hur politiska beslut genomförs i praktiken" i Rothstein, B [red.] *Politik som organisation: förvaltningspolitikens grundproblem*. 3 uppl. Stockholm: SNS Förlag
- Slutrapport (2010). *Hur kan delaktighet för mannen i födande och föräldraskap skapas?* Kvinnokliniken, Norra Älvsborgs Länssjukhus
- Slutrapport (2011). *Projekt Gör det ont*. Akutkliniken, Alingsås lasarett
- Slutrapport (2010). *Vård på lika villkor*. Psykiatri Mölndal, Sahlgrenska universitetssjukhus
- Smirthwaite, G (2007). *(O)jämställdhet i hälsa och vård: en genusmedicinsk kunskapsöversikt*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting
- SOSFS 2011:9. *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*. Stockholm: Socialstyrelsens författningssamling

- SOU 2005:66. *Makt att forma samhället och sitt eget liv: jämställdhetspolitiken mot nya mål*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer
- SOU 2007:15. *Stöd för framtiden – om förutsättningar för jämställdhetsintegrering*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer
- Styrkort (2008). Kvinnokliniken, NU Sjukvården
- Svensson, L; Aronsson, G; Randle, H och Eklund J (2007). *Hållbart arbetsliv: Bortom projektet: projekt som gästspel eller strategi i hållbar utveckling*. Malmö: Gleerups Utbildning
- Teorell, J och Svensson, T (2007). *Att fråga och att svara: samhällsvetenskaplig metod*. Stockholm: Liber
- Trost, J (2010). *Kvalitativa intervjuer*. 3 uppl. Lund: Studentlitteratur
- Vingros, P (2010) ”Stora skillnader i smärtlindring vid misstänkt fraktur”. *Omvårdnadsmagasinet*. Nr. 6:22–23
- Wahl, A, Holgersson, C, Höök, P och Linghag, S (2011). *Det ordnar sig. Teorier om organisation och kön*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur
- Waldenström, U. ”Ska BB förvandlas till vuxendagis?”. *Dagens Medicin* 2011-04-07
- Wittbom, E (2009). *Att spränga normer – om målstyrningsprocesser för jämställdhetsintegrering*. Doktorsavhandling. Stockholms universitet.
- Åström, G (2007). *Det är alltid rätt tid & rätt plats att börja jämtegrera*. Luleå: Länsstyrelsen i Norrbottens län

Bilaga: Intervjuguide

Inledande frågor

- Berätta om din bakgrund, roll och arbetsuppgifter i dag och när arbetet började.
- Berätta om din verksamhet, vad gör ni och vilka är era grundläggande förutsättningar är i dag och hur det var när arbetet började.
- Har du arbetet med förändringsarbete tidigare?

Om arbetets bakgrund

- Hur började ert arbete inom GDJ, vem initierade arbetet och varför?
- När fick du kännedom om programmet? Vems var initiativet/uppdraget?
- Kan du beskriva hur du kände, tänkte och reagerade inför arbetet?
- Hur reagerade omgivningen (kollegor/medarbetare/chefer/patienter)?

Under arbetets gång

- Hur började arbetet? Vad gjorde ni? Berätta steg för steg!
- Vem/vilka engagerades och varför?
- Vem var drivande? Var det samma person hela tiden?
- Hur informerades medarbetarna och hur reagerade olika professioner under processen?
- Vilka andra har informerats om arbetet och hur har det tagits emot av ex. ledningen, chefer, politiker?
- Uppstod några som du ser det utmärkande eller avgörande händelser för processen under förändringsarbetets gång? Vad hände? Berätta!
- Vilka utmaningar har du ställts inför under processens gång?
- Har du mött någon typ av motstånd under processen? Hur hanterade du det?

- Hur skulle du säga att din position har påverkat ditt handlingsutrymme under processens gång?

Effekter av arbetet

- Vad har förändringsarbetet inneburit för dig (roll, arbetsuppgifter)?
- Vad har förändringarna inneburit för verksamheten, vilka har påverkas och hur?
- Vilka effekter kan du se i dag till följd av förändringsarbetet inom GDJ?
- Hur talas det om arbetet i dag?

Dina erfarenheter

- Om du skulle kunna gå tillbaka i processen, hade du ha gjort på något annat sätt utifrån de erfarenheter du har i dag? Vad kunde andra gjort?
- Skiljer sig förändringsarbete med fokus på jämställdhet från annat förändringsarbete?
- Vad skulle du säga möjliggör/hotar den här typen av förändringsarbete?
- Vad är viktigt för att nå långsiktiga, hållbara effekter när målet är ökad jämställd?
- Vad ville ni göra och förmedla? Känns det som att ni lyckades?
- Vad skulle du säga att ert förändringsarbete handlade om i grunden?
- Tror du att det spelar någon roll varifrån initiativet kommer?
- Hur känner du inför arbetet i dag?