

Anna Eklöf och Carina Bildt

Hälsa, arbete och kön

– en utvärdering av en jämställdhetsåtgärd inom vården

ARBETSLIV I OMVANDLING | 2007:3

ISBN 978-91-7045-823-1 | ISSN 1404-8426



Arbetslivsinstitutet är ett nationellt kunskapscentrum för arbetslivsfrågor. På uppdrag av regeringen bedriver institutet forskning, utveckling och kunskapsförmedling. I dialog med arbetslivets aktörer verkar vi för ett arbetsliv med goda villkor, utvecklingsmöjligheter och en hälsosam arbetsmiljö för både kvinnor och män. Institutet har omkring 400 anställda och finns på flera orter i landet. Besök gärna www.arbetslivsinstitutet.se för mer information.

Arbetsliv i omvandling är en av Arbetslivsinstitutets vetenskapliga skriftserier. I serien publiceras avhandlingar, antologier och originalartiklar. Främst välkomnas bidrag avseende vad som i vid mening kan betraktas som arbetsorganisation och arbetsmarknad. De kan utgå från forskning om utvecklingen av arbetslivets organisationer och institutioner, men även behandla olika gruppers eller individers situation i arbetslivet. En mängd ämnesområden och olika perspektiv är således tänkbara.

Författarna till bidragen finns i första hand bland forskare från de samhälls- och beteendevetenskapliga samt humanistiska ämnesområdena, men även bland andra forskare som är engagerade i utvecklingsstödande forskning. Skrifterna vänder sig både till forskare och till andra som är intresserade av att fördjupa sin förståelse av arbetslivsfrågor.

Manuskripten lämnas till redaktören som ombesörjer att ett traditionellt ”refereeförfarande” genomförs. I huvudsak publiceras bidrag från forskare med anknytning till Arbetslivsinstitutet.

ARBETSLIV I OMVANDLING

Redaktör: Eskil Ekstedt
Redaktion: Jonas Malmberg, Anders Neergaard,
Lena Pettersson, Ann-Mari Sätre Åhlander
och Annette Thörnquist

© Arbetslivsinstitutet & författare, 2007
Arbetslivsinstitutet,
113 91 Stockholm

ISBN 978-91-7045-823-1
ISSN 1404-8426
Tryckt hos Elanders Gotab, Stockholm

Innehållsförteckning

Bakgrund	1
Jämställdhetsintegrering inom landstinget	1
”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön”	2
Processen	3
Materialet	3
SKL:s målsättning med 3xAPT	4
Uppdrag	5
Syfte	6
Teoretiskt ramverk	7
Kön och organisation	7
Inläring och organisation	10
Definitioner	11
Metod	13
Utvärdering som metod	13
Studiegruppen	15
Genomförande och datainsamling – de övriga sjukhusen	20
Etiska aspekter	20
Kvantitativa data	21
Resultat – Pilotprojektet	22
Resultat – de övriga sjukhusen	44
Resultat: Kvantitativ översikt	49
Diskussion	53
Faktorer som kan ha påverkat resultatet	53
Målsättningen med ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön”	54
Jämställdhetsintegrering	55
Genomförande av de tre stegen – har processen fungerat?	55
Projektets genomslagskraft	56
Vad är jämställdhet i vården?	59
Slutsats	61
Sammanfattning	64
Referenser	65
Bilagor	67

Bakgrund

Jämställdhetsintegrering inom landstinget

Inom EU lanserades begreppet *gender mainstreaming* i Amsterdamfördraget 1997. I Sverige innebär dess motsvarighet *jämställdhetsintegrering*, som i övriga Europa, att beslut inom alla samhällsområden och verksamheter skall präglas av jämställdhet (Lorentzi & Lundkvist 2001). Jämställdhetsfrågorna integreras i de ordinarie politiska sakfrågorna och jämställdhetsperspektivet beaktas när beslut fattas. Inom hälso- och vårdsektorn har det Europeiska ministerrådet betonat vikten av att göra yrkesverksamma inom sjukvården mer medvetna om att köns-tillhörighet är en viktig hälsfaktor, samt uppmanat medlemsstaterna att själva vidta åtgärder för att stärka sjukvårdspersonalens kunskaper om sambandet mellan kön och hälsa (Europeiska unionens råd 2006). I maj 2006 antog de europeiska kommun- och regionförbundens samarbetsorganisation (CEMR) en deklara-tion om jämställdhet mellan kvinnor och män på lokal och regional nivå. I den fastställdes bland annat att det är nödvändigt att integrera ett jämställdhetsper-spektiv i alla verksamheter för att främja jämställdhet, samt att tillräckligt finan-sierade handlingsplaner och program är nödvändiga för att främja jämställdhet.¹

Inom Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), som samverkar i en organi-sation sedan 2003,² har programberedningen för Hälsa och Välfärd ansvar för jämställd vård och omsorg. I programberedningens direktiv finns som huvud-sakligt mål för jämställdhetspolitiken att ”förbundens medlemmar som arbets-givare, huvudmän för vård och omsorg samt samhällsplanerare agerar så att man främjar hälsa och ger vård på lika villkor oavsett kön”. En av de insatser som programberedningen genomför är ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön”, ett pilot-projekt inom Stockholms läns landsting (SLL), som har en särskild projektledare på SKL. Arbetslivsinstitutet fick i uppdrag att utvärdera projektet under 2006, då det initierats och i stor mån fortfarande genomfördes inom SLL.

På landstingsnivå, inom SLL, ingår ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön”, i en större satsning på jämställdhetsområdet. I harmoni med tankar om jämställd-hetsintegrering har man under mandatperioden 2002–2006 sökt integrera jämställdhetsperspektivet inom alla verksamheter (Stockholms läns landsting 2006). I satsningen ingår ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön” som en del tillsammans med bland annat en seminarieriserie, framtagande av lokala jämställdhetsplaner och könsuppdelad statistik inom alla områden (Stockholms läns landsting 2004, sid 1). Hösten 2004 startade SLL även projektet *Certifierad jämställdhetsutbild-ning för chefer och lärare*. Målgruppen var divisionschefer och verksamhets-chefer inom landstinget samt lärare vid Karolinska institutet (KI) och fackliga företrädare. Under utbildningens sammanlagt två och en halv dag behandlas

¹ Europeisk deklARATION om jämställdhet mellan kvinnor och män på lokal nivå.

² Den nya organisationen skall vara fullt genomförd 2007.

ämnen som organisationskultur, organisationsstruktur, arbetsvillkor, arbetsmiljö och ledaransvar. Sex månader efter avslutad utbildning görs en uppföljning på en halv dag. Målet har uttalats som att

”fördjupa kunskap och medvetenhet om ett integrerat jämställdhetsperspektiv. Utbildningen ska ge deltagarna möjlighet att reflektera över sin egen roll och förhållningssätt samt att med hjälp av forskningsresultat stärka deltagarnas förmåga att analysera sin egen roll i det praktiska verksamhetsnära jämställdhetsarbetet.”³

Sammanlagt 500 chefer inom SLL kommer att ha gått igenom den certifierade jämställdhetsutbildningen när projektet når sitt slut.

”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön”

Arbetsmaterialet som används i ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön” skapades 2002 av SKL som ett utställningsmaterial om hälsa och kön. Utställningen har turnerat runt i över fyrtio svenska och europeiska städer, och återfanns i Stockholms läns landsting under året 2003/2004. Arbetsmaterialet omarbetades sedan till ett kompendium, en CD-rom och en handledning i syfte att på ett lättillgängligt sätt problematisera kön och hälsa inom vård/omsorg och i arbetslivet. Inom SKL beslutade programberedningen för Hälsa och Välfärd att sprida utbildningsmaterialet under mandatperioden och att använda det som grund för ett utbildningsprojekt. Idén har vuxit fram i en tanke om att det kan skapa en viktig lärandeprocess då chefer på arbetsplatsen går igenom materialet på tre arbetsplatsträffar med sin personal, därav namnet 3xAPT.

Pilotprojektet initierades i SLL under hösten 2004 (Stockholms läns landsting 2004, sid 1). Målsättningen med de planerade arbetsplatsträffarna uttrycktes av SLL som att

”väcka den interna arbetsprocessen till liv, sätta fokus på tydliga fakta och könsindelad statistik och också få i gång en dialog kring hur varje enskild patient blir bemött och varför” (Stockholms läns landsting (2004, sid 1).

Karolinska Universitetssjukhuset är först inom SLL med att sprida arbetsmaterialet *Hälsa, Arbete & Kön* bland personalen. Utbildningsprojektet genomförs under 2005–2006 och följer en trestegsmodell som avslutas med 3xAPT. Även handledare från Södersjukhuset, Danderyds sjukhus samt S:t Eriks Ögonsjukhus har utbildats och det långsiktiga målet är att projektet ska genomföras även på dessa sjukhus.

³ Lärande exempel, Certifierad utbildning i jämställdhet för chefer, Svenska ESF-Rådet.

Processen

Utbildningsprocessen i ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön” innebär tre steg. Nedan följer en kortare sammanfattning av processen, som längre fram i rapporten kommer att presenteras noggrannare.

Under 2005 utbildade projektledaren på SKL två handledare på varje division, sammanlagt sexton handledare, på Karolinska Universitetssjukhuset. Vidare utbildade de handledarna första linjens chefer på den egna divisionen under vintern 2005/2006. De chefer som utbildades ansvarar för grupperna läkare, sjuksköterskor och undersköterskor, samt övrig personal som administratörer och läkarsekreterare. Cheferna avslutar slutligen processen med det sista steget, 3xAPT, det vill säga under tre arbetsplatsträffar går personalen igenom materialet tillsammans med chefen och diskuterar betydelsen av kön inom vård, behandling och bemötande ur såväl ett medarbetar- som ett arbetsgivar- och ett brukarperspektiv. Efter varje arbetsplatsträff ger gruppen sig själva uppgifter att lösa och fundera på till nästa arbetsplatsträff. På så vis ska materialet och tiden till eftertanke tillsammans kunna bidra till att utveckla personalens och chefernas kunskap och medvetande om betydelsen av kön i vård och omsorg. Efter genomförd utbildning fyller cheferna i en utvärderingsblankett som skickas till handledaren på den egna divisionen.

På Danderyds sjukhus, Södersjukhuset och S:t Eriks Ögonsjukhus utbildades en handledare från varje institution vid samma tillfälle som Karolinska Universitetssjukhusets handledare, i september 2005. Dessa sjukhus har ännu inte fått några formella direktiv att implementera processen med 3xAPT, men de har alla börjat planera för att genomföra projektet i framtiden och kommit olika långt i den processen.

Materialet

Arbetsmaterialet *Hälsa, Arbete & Kön* består av ett cirka sjuttio sidor långt kompendium med statistik, texter och illustrationer. Kapitlen är indelade efter ämnen; *Genus och hälsa*, *Kön i vården*, *Hälsa och arbete* och *Arbetsvillkor*. Sist i kompendiet finns ett avsnitt med viktiga årtal och diskussionsfrågor. Till kompendiet finns även en handledningsskrift och en CD-rom skiva med statistik och bilder.

För tydlighetens skull ska klargöras att ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön” syftar till hela projektet, inklusive trestegsmodellen och arbetsmaterialet. *Hälsa, Arbete & Kön* syftar enbart till det skrivna arbetsmaterialet som ingår i utbildningen. 3xAPT syftar till sist på steg tre i processen, alltså genomförandet av de tre arbetsplatsträffarna där deltagarna diskuterar materialet *Hälsa, Arbete & Kön*.

SKL:s målsättning med 3xAPT

SKL har själva uttalat sin målsättning med satsningen på 3xAPT:

”Att öka kunskapen om betydelsen av kön i vård, behandling och bemötande, både ur ett arbetsgivar-, medarbetar- och brukarperspektiv. Detta för att förbättra vårdens arbetsmiljö, kvalitet och säkerhet. Som ett led i detta och som ytterligare ett syfte kommer arbetsmaterialet Hälsa, Arbete & Kön att testas som metod.

Målen är att:

1. Sprida arbetsmaterialet Hälsa, Arbete & Kön inom Stockholms läns landsting enligt modell 3xATP under 2005–2006.
2. Öka medvetenhet och kunskap om betydelsen av kön bland personalen i Stockholms läns landsting, som en effekt av spridningen av arbetsmaterialet Hälsa, Arbete & Kön.”⁴

Denna målsättning formulerades av SKL i den uppdragsbeskrivning som Arbetslivsinstitutet delgavits.

⁴ Uppdragsbeskrivning: Utvärdering av projektet 3xAPT; Hälsa, arbete och kön (2006).

Uppdrag

Utvärdering av projektet ”3xAPT, Hälsa, Arbete och Kön” har genomförts av Arbetslivsinstitutet under perioden januari till november 2006.

Eftersom Karolinska Universitetssjukhuset är först inom Stockholms Läns Landsting att sprida arbetsmaterialet *Hälsa, Arbete & Kön* bland personalen och att genomföra 3xAPT, så är det också det sjukhus där en utvärdering av hela utbildningsprocessen och av materialet har kunnat ske. Där har utvärderingen inneburit att dokumentera genomförandet både kvantitativt och kvalitativt, för att belysa måluppfyllelse. Den kvantitativa kartläggningen har skett genom insamling av data från Karolinska Universitetssjukhusets olika divisioner. Den kvalitativa delen av utvärderingen är baserad på resultat från intervjuer med fokusgrupper inom olika yrkesgrupper som deltagit i projektet.

Även om handledare från Södersjukhuset, Danderyds sjukhus samt S:t Eriks Ögonsjukhus har utbildats av SKL och målet är att 3xAPT ska genomföras också på dessa sjukhus, fokuserar utvärderingen enbart på det första steget i utbildningsprocessen, det vill säga utbildningen av handledare. Intervjuer har skett med den handledare på varje sjukhus som utbildats av SKL och därmed givits ansvaret att så småningom implementera projektet. Det är för att ge en bild av den pågående processen samt belysa aspekter och erfarenheter som de ansvariga inom varje sjukhus har av uppstartandet och införandet av det nya utbildningsprojektet inom den egna organisationen.

Utvärderingen syftar till att påvisa styrkor och svagheter i modellen ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön” och till att ta fram utvecklingsmöjligheter som kan vara användbara i framtiden.

Syfte

Syftet med den här rapporten är att utvärda projektet ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön”. Det innebär både att granska projektets implementeringsprocess och att undersöka om de av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) uttalade målen har uppnåtts:

Mål 1. Sprida arbetsmaterialet *Hälsa, Arbete & Kön* inom Stockholms läns landsting enligt modell 3xAPT under 2005–2006.

Utifrån mål 1: Rapporten skall innehålla en kvantitativ översikt som visar hur arbetsmaterialet *Hälsa, Arbete & Kön* har spridits inom Stockholms läns landsting under 2005–2006 enligt modell 3xAPT.

Mål 2: Öka medvetenhet och kunskap om betydelsen av kön bland personalen i Stockholms läns landsting, som en effekt av spridningen av arbetsmaterialet *Hälsa, Arbete & Kön*. Detta beskrivs utförligare av SKL som

”Att öka kunskapen om betydelsen av kön i vård, behandling och bemötande, både ur ett arbetsgivar- medarbetar- och brukarperspektiv. [...] Som ett led i detta och som ytterligare ett syfte kommer arbetsmaterialet *Hälsa, Arbete & Kön* att testas som metod.”

Utifrån mål 2: Rapporten skall innehålla en utvärdering av genomförandet och genomslaget av ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön” på Karolinska Universitetssjukhuset. Utvärderingen skall belysa processen i de olika stegen i ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön” och dess genomslagskraft som metod och inverkan på personalens kunskap och medvetenhet om betydelsen av kön i vården. Rapporten skall också innehålla redogörelse över det första steget i utbildningsprocessen på Södersjukhuset, Danderyds sjukhus samt S:t Eriks Ögonsjukhus.

Rapporten kommer således att innehålla två olika delar. För det första, en kvalitativ undersökning som bygger på intervjuer med fokusgrupper och individuella intervjuer. Syftet med intervjuerna är att dokumentera genomförandet av 3xAPT för att belysa måluppfyllelse.

För det andra en kvantitativ översikt som beskriver hur pilotprojektet ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön” spridits inom SLL till och med september 2006.

Teoretiskt ramverk

Kön och organisation

Den grundläggande teoretiska utgångspunkten i rapporten är ett socialkonstruktivistiskt perspektiv inom området kön och organisation. Robertsson har beskrivit det på följande sätt:

”På arbetsplatserna verkställs och upprätthålls föreställningar om kön och även föreställningar om yrke. Organisationer betraktas som arenor, för socialisering till normer och värderingar både på arbetsplatsnivå och på en samhällelig nivå. Arbeten och yrken är inte manliga eller kvinnliga de görs till kvinnliga eller manliga och detta återspeglas i samhället i stort. De upplevda eller tolkade skillnaderna mellan kvinnor och män manifesterar sig i en mängd föreställningar, idéer och i praktiskt handlande och det har avgörande inflytande på identitetsskapandet som yrkesmänniska och köns-varelse” (Robertsson 2003, sid 16).

Vad är jämställdhet i vården?

Betydelsen av ett köns- och genusperspektiv i hälso- och sjukvården har under det senaste decenniet uppmärksamrats av många olika aktörer. I Socialstyrelsens rapport *Jämställd vård?* påpekas att det saknas en allomfattande definition av vad som är jämställd vård. Socialstyrelsen skriver att jämställd vård innebär att ”såväl kvinnor som män, oavsett ålder, socioekonomisk bakgrund och etniskt ursprung har tillgång till vård av god kvalitet på lika villkor” (Socialstyrelsen 2004, sid 19). Denna definition fokuserar på patienter och utesluter därmed andra komponenter som kan tänkas ingå i begreppet. I denna rapport vidgas det till att även innesluta dem som arbetar i vården och deras relation till arbetsgivare och kollegor. Vården är en mångfasetterad sektor som fungerar både som vårdgivare för patienten, samt arbetsgivare och en arbetsplats för de anställda. Är jämställdhet hos personalen en förutsättning för att kunna ge jämställd vård till patienterna? Kan personalgruppen någonsin bli jämställd om de arbetar i strukturer och med rutiner som producerar ojämställd vård? Jämställdhet bland personalen är ju en förutsättning för att kunna ge jämställd vård till patienterna och vice versa.

Vårdorganisationens särpräglade hierarki har beskrivits av Lindgren som skilda nivåer där de olika yrkesgrupperna undersköterskor, sjuksköterskor och läkare, har sina egna idealtypiska kulturer (SOU:1996:134). Denna indelning bygger på Hirdmans teori om genussystemets logik; ett isärhållande av könen samt ett underordnande av det kvinnliga i förhållande till det manliga (Hirdman 1988). Genussystemet ska enligt Hirdman förstås som en ordningsstruktur som grundas på biologiskt kön och som skapar förutsättningen för andra sociala ordningar. Inom vården sker detta genom en traditionell arbetsindelning där omvårdnad som kvinnlig kompetens har kopplats ihop med sköterskerollen sam-

tidigt som medicinsk skicklighet som specifikt manlig kompetens har kopplats ihop med läkarrollen. Underordningen av den kvinnliga sfären och överordningen av den manliga har blivit en struktur som reproduceras genom olika processer, föreställningar och förväntningar. Skillnaderna i hierarkin märks till exempel i olika inkomst, arbetsuppgifter, befogenheter, inflytande och status i verksamheten kring patienterna (SOU:1996:134). I Lindgrens indelning är alltså även ett socioekonomiskt perspektiv närvarande:

”Längst upp i hierarkin finns företrädesvis män på de medicinska högstatuspositionerna, och dessa är vanligen rekryterade från det övre samhällsskiktet. I mitten finns mellanskiktet representerat, till övervägande delen kvinnor – sjuksköterskorna, och på den lägsta nivån finns också övervägande kvinnor – undersköterskor rekryterade från lägre mellanskikt, arbetar- eller småbrukarmiljöer” (SOU:1996:134).

Undersköterskornas kultur beskrivs som *kollektiv*, med ett gemensamt skapande av värderingar och situationer som bekräftar och reproducerar likhet inom gruppen (SOU:1996:134). Kulturen är kvinnodominerad.

Sjuksköterskornas kultur beskrivs som *kooperativ*, en medarbetarkultur där individerna är relativt självständiga och bildar allianser upp och ned i hierarkin. Här ”transporteras budskap uppifrån och ned och ibland tvärtom” (Lindgren 1999). Även sjuksköterskekulturen är kvinnodominerad och enligt Lindgren är detta den mest rörliga och mångfasetterade gruppen, där klasshomogeniteten inte är så stor som hos undersköterskor eller läkare (SOU:1996:134).

Läkarnas kultur beskrivs som *kooptativ*. Med det menas att den präglas av en kåranda, där man via informella och formella krav blir en del i kulturen (Lindgren 1999). Då yrket traditionellt varit mansdominerat menar Lindgren att tendensen att män söker sig till varandra i homosociala grupper är stark i läkarkulturen (SOU:1996:134).

Begreppet *könsstruktur* beskriver den vertikala och horisontella könssegregeringen i organisationen (Wahl m fl 2001). Könsstrukturer kan se ut på olika sätt och förändringar som introduktion av ny teknik kan rubba den existerande strukturen, för att ofta skapa en ny könsstruktur genom nya könsordnande processer. Det allmänna för könsstrukturen är att den i organisationen uppfattas som ”naturlig” och att man därför inte ifrågasätter den i någon större utsträckning (Wahl m fl 2001, sid 207). Att tala om en process när det gäller skapandet och återskapandet av en struktur innebär att erkänna betydelsen av tid och rum i ett vidgat perspektiv (Bondestam & Carstensen 2004, sid 6). Det är inte specifika handlingar eller beslut, utan komplexiteten i det sammanlagda livet i organisationen, summan av interaktioner, handlingar, föreställningar och så vidare som är processerna som bildar könsstrukturen. Inom vården finns en tydlig maktstruktur och könssegregering. Föreställningar om kön och yrkesidentitet har traditionellt

sett förstärkt varandra: läkare är män och sköterskor är kvinnor (Robertsson 2003, sid 2).

Varför är det intressant att tala om könsstrukturen vid en utvärdering av projektet ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön”? Könsstrukturen inom vården är tydlig både vertikalt och horisontellt. Hur individerna inom varje grupp upplever jämställdheten på arbetsplatsen och därmed satsningar inom området torde vara nära sammanlänkat med deras egen position i organisationen. Fokusgrupperna som intervjuats består av sjuksköterskor, undersköterskor och chefer inom vården. Då respondenterna till exempel diskuterar upplägget eller innehållet i 3xAPT gör de det utifrån sin egen synvinkel. Uppfattningen om jämställdhetsreformer och utbildningar präglas av det perspektiv betraktaren har.

Lindgrens trekultursmodell ska inte ses som oföränderliga, fasta kategorier. Lindgren själv påpekar att sjuksköterskans roll inom vårdorganisationen förändras snabbt och klättrar i status. Hon menar att sjuksköterskorna i takt med organisationsutveckling och rationaliseringar tillskansat sig alltmer inflytande och befogenheter (Lindgren 1999, sid 37). Sjuksköterskornas kooperativa medarbetarkultur har spridit sig och framförallt tonat ned delar av den kollektiva kulturen i undersköterskegruppen.⁵ Allt fler kvinnor söker sig till läkaryrket (i väldigt hög grad). Idealtyperna i sig beskriver inte fullt ut vad som händer i de olika kulturerna då könsfördelningen blir jämnare.

Begreppet intersektionalitet kan vara användbart för att belysa komplexiteten i hierarkin inom vården. Det finns inte en kategori som betyder mest. Intersektionalitetsbegreppet visar enkelt uttryckt att kategorier som kön, klass, sexualitet och etnicitet alla är maktordningar som är förenade med varandra och som påverkar och förstärker varandra.

Kort om motstånd

Inte sällan möts satsningar som handlar om jämställdhet av olika sorters motstånd från deltagarna. Forskaren Ingrid Pincus har delat in motstånd till jämställdhetsarbete i *aktivt* och *passivt* motstånd. Pincus menar att tystnad är det passiva motståndets vanligaste uttrycksform och att det även i planerings-sammanhang kan handla om att exempelvis se till att en fråga inte kommer upp på dagordningen. Hon menar att jämställdhet på så vis blir en ”icke-fråga” (Pincus 1997, sid 14).

⁵ Lindgren (1999, sid 39ff). Exempelvis övergången till parvård undersköterska/undersköterska skapade enligt Lindgren en självständigare position för sjuksköterskorna och samtidigt bröt den upp undersköterskornas kollektiva kultur med arbetslag. Den kollektiva normen hos undersköterskorna ersattes med en medarbetarnorm som individer inom gruppen hade svårt att anpassa sig till.

Inläring och organisation

Inom organisationsforskningen ses könsstrukturen som en pusselbit i det komplexa sociala system som en organisation är. Människors agerande i organisationer anses också bland annat vara beroende av formella mål och strategier, personliga och sociala förhållanden samt faktorer i omvärlden (Jacobsen & Thorsvik 2002, sid 12). Enligt Jacobsen och Thorsvik är det vi kallar *organisationskultur* summan av värderingar, gruppnormer, social sammanhållning och gruppträck (Jacobsen & Thorsvik 2002, sid 14, 17). SKL:s målsättning med ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön” är att personalen ska reflektera över de fakta och frågeställningar som de möter i arbetsmaterialet och upplägget. Man vill från SKL:s sida öka medvetenheten och kunskapen om kön bland personalen. Det innebär att man sätter igång en inlärningsprocess hos deltagarna. ”Allt organisatoriskt lärande måste bygga på att individer i organisationen lär” skriver Jacobsen och Thorsvik (2002, sid 422). Nedan följer ett teoretiskt avsnitt som behandlar synen på kunskap och lärande i organisationer.

Vad krävs för att en utbildningssatsning ska fungera?

Tydlig kommunikation från ledningen. Hedin och Svensson ger ett exempel på hur man inför en ny pedagogik inom högskolan. För att åstadkomma en riktig förändring menar de att man måste ha ett helhetsperspektiv, och att en avgörande faktor för pedagogisk förnyelse är det organisatoriska klimatet och traditionen på institutionen. ”Det krävs en medveten vilja, en pedagogisk policy och satsning från institutionsledningen för att något skall ske”, skriver de (Hedin & Svensson 1997, sid 172). Även Clemedson, som skrivit om organisationskultur och förändringsprocesser, menar att ledningens roll är av största vikt, eftersom ledningen oftast är de som vill kommunicera ut ett budskap. Han definierar kommunikation i en organisation som ”länken från sändarens avsikt via hur denna avsikt uttrycks till vad mottagaren uppfattar av budskapet” (Clemedson 2006, sid 88). Clemedson beskriver tre vanliga problemområden inom kommunikation i organisationer: otydlig adress, otydlig avsändare och otydligt eller motsägelsefullt innehåll. För att ett budskap ska hitta rätt och slå rot är det avgörande att det förs fram med tydlighet, att man berättar vem som är avsändare, vem som ska ta till sig informationen och varför, istället för att uttrycka sig generellt och kollektivt.

Centraliserat eller decentraliserat initiativ? Jacobsen och Thorsvik skriver om skillnaden mellan en centraliserad satsning, där man kan få till klara styrsignaler och en enhetlig personalpolitik och en decentraliserad satsning där man snabbt kan utnyttja lokal kunskap och vara flexibel. I den decentraliserade formen kan man motivera underordnade att arbeta kreativt, men ökar samtidigt risken för suboptimering, det vill säga att lokala nivåer fattar beslut utan att ta hänsyn till organisationens överordnade mål.

Att kunna se helhetsbilden. SKL vill i sin målsättning med ”3xAPT Hälsa, Arbete & Kön”, att projektet ska öka personalens kunskap och medvetenhet om betydelsen av kön. Hedin och Svensson skriver att när lärande ska handla om förståelse så innebär det en syn på kunskap som en process, i motsats till en produkt. Det präglas av en konstruktivistisk och kvalitativ syn på kunskap, det vill säga att kunskap är någonting man ”skapar genom att integrera ny kunskap med tidigare kunskaper och erfarenheter” (Hedin & Svensson 1997, sid 12). En kombination av teori och praktik kan skapa en stegvis process där man går från en vardaglig praktik via en teoretisk analys till en ny praktik där man införlivar den nya kunskapen (Hedin & Svensson 1997, sid 12). Hedin och Svensson menar att det finns olika typer av svårigheter med överföring av teoretisk förståelse till handling; antingen praktiska svårigheter att överföra det man vet till något användbart, eller att attityder och värderingar inte korrelerar med det man lär ut (Hedin & Svensson 1997, sid 11). I utvärderingen av 3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön är det intressant att se lärandeprocessen. De olika grupperna som intervjuats i utvärderingen representerar olika yrkeskulturer; undersköterskor, sjuksköterskor, chefer och personalspecialister. Den kunskap de redan besitter inom jämställdhetsområdet kan variera mellan både grupper och individer. Viktigt är att minnas att SKL:s målsättning med pilotprojektet ”3xAPT, Hälsa, Arbete och Kön” inte är att över en natt förändra organisationen, utan att öka medvetenhet och kunskap om betydelsen av kön bland personalen. Jacobsen och Thorsvik presenterar Senges teori om vad som stimulerar lärande i en organisation (Jacobsen & Thorsvik 2002, sid 425): Det viktigaste enligt Senge och författarna är att det finns ett systemtänkande:

”att man förstår helheten och sammanhangen i sin egen organisation och den situation som organisationen befinner sig i. Därmed kan man se sambandet mellan händelser och aktiviteter så att man kan avslöja orsaker bakom de effekter man observerar” (Jacobsen & Thorsvik 2002, sid 425–426).

Ett sätt att skapa ett systemtänkande är att vara noggrann med att sammanhanget blir tydligt för de deltagande i varje moment. Genom att markera sammanhanget, det vill säga berätta om bakgrunden till projektet och vad syftet är, så kan man bidra till att ge deltagarna en helhetssyn.

Definitioner

En del begrepp som är frekvent förekommande i rapporten behöver definieras för full förståelse av resultat och resonemang:

Jämställdhet: definieras enligt jämställdhetsombudsmannens definition: ”kvinnor och män har samma rättigheter, skyldigheter och möjligheter inom alla

väsentliga områden i livet”.⁶ *Jämställdhet i vården*: med detta menas en vårdorganisation som är jämställd ur ett arbetsgivar-, medarbetar- och brukarperspektiv. Det avser lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter för personal och chefer samt rätt till likvärdig vård för kvinnor och män. Vården ska vara fri från könsstereotypa bilder som kan påverka bemötande och behandling. De olika yrkesgrupperna och individerna i vården ska ha samma rättigheter, skyldigheter och möjligheter att utvecklas i sitt arbete. Diskriminering och trakasserier ska ej förekomma.

Kunskap och medvetenhet om betydelsen av kön i vården: SKL har som målsättning för ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön” att personalens kunskap och medvetenhet om betydelsen av kön i vården ska öka. I rapporten definieras det som kunskap om faktiska förhållanden, det vill säga jämställdhetsfakta som hur könsfördelningen ser ut eller hur stort lönegapet är mellan kvinnor och män i vården. Det är också en analytisk medvetenhet om hur könsstrukturen och genusordningen påverkar en organisation och/eller en individ.

⁶ JämO:s Ordlista. Finns att tillgå på Jämställdhetsombudsmannens hemsida, www.jamombud.se.

Metod

Utvärdering som metod

Enligt Vedung kan man avgränsa definitionen av utvärdering inom offentlig sektor till att innebära

”en noggrann efterhandsbedömning av utfall, slutprestationer eller förvaltning i offentlig verksamhet, vilken avses spela en roll i praktiska besluts-situationer” (Vedung 1998, sid 20).

Utvärderingen spelar en viktig roll för den offentliga sektorns legitimitet. I den här definitionen ses politiken som ett system med ett inflöde och ett utflöde (Vedung 1998, sid 24ff). Inflödet är till exempel beslut om reformer eller program och utflödet är *slutprestationer*, *utfall* och *förvaltning*. Med *slutprestationer* menar Vedung det som till syvende och sist lämnar det offentliga förvaltnings-systemet, till exempel en ny skatteregel eller en informationsbroschyr. Med *utfall* avses det som händer när medborgarna nås av dessa slutprestationer, det vill säga om de läser broschyren eller ej och med *förvaltning* åsyftar Vedung hela skeendet, från inflödet i form av ett beslut till utflödet i form av slutprestationer och utfall. Enligt Vedung kan utvärdering handla om såväl pågående som avslutad verksamhet, det väsentliga är att det aldrig handlar om en förhandsbedömning av ett resultat (Vedung 1998, sid 27). Tranquist påpekar att utvärderingens roll i det postmoderna samhället gått från att vara en klassisk beskrivning till att vara en bedömning och därmed blivit mer interaktiv. Idag ligger tyngdpunkten tydligare på att utvärderingar ska stimulera till utveckling och att resultaten ska komma till nytta (Tranquist 2004, sid 1). Vedung instämmer när han menar att utvärderingar ska syfta att vara användbara, och att det främjande syftet därför ska vara centralt vid utvärdering i offentlig sektor (Vedung 1998, sid 29).

Utvärderingsmodell

Ovan nämndes utvärderingens roll för den offentliga sektorns legitimitet. Den demokratiska aspekten vid utvärderingsarbete är alltid närvarande i den offentliga sektorn. Där ryms både frågor om medborgarnas vilja och deltagande samt om effektivitet och kvalitet. Beroende på var huvudvikten ligger så kan utvärderaren välja olika modeller för granskning. Modellerna kan vara rent ekonomiska eller inriktade på sakresultat eller regelverk (Vedung 1998, sid 50). Den vanligaste varianten då man undersöker om en insats gett resultat som motsvarar uppsatta mål, och den modell som används i den här rapporten, är *Måluppfyllelsemodellen*.

Måluppfyllelsemodellen ställer två grundfrågor: Stämmer resultaten överens med målen? Beror det i så fall på insatsen? Utvärderaren själv tar inte ställning till huruvida resultatet är bra eller dåligt, utan inriktar sig på att utgå ifrån målen

för den verksamhet som ska bedömas. Enligt Vedung vinner modellen på sin tydlighet och enkelhet, men kan också kritiseras på goda grunder, eftersom den har vissa svaga punkter. Vedung lyfter fram tre av dem (Vedung 1998, sid 55ff). För det första tar modellen inte hänsyn till kostnader och ger därför inte en helhetsbild av insatsens effektivitet och konsekvenser. För det andra kan den också vara något oklar, då politiska mål ibland inte alltid är tydligt formulerade. För det tredje kan mål i olika program strida mot varandra och oklarheten för utvärderaren blir större och modellens tillförlitlighet mindre, när en till synes godtycklig avvägning måste göras. Till sist så kan måluppfyllelsemodellen ha svårt att fånga upp bieffekter. Om en insats genererat oförutsedda effekter så kan utvärderaren förbise dem i en strikt måluppfyllelseanalys. För att undvika detta kan utvärderaren använda sig av en *bieffektsmodell* där en fråga om sidokonsekvenser läggs till. Bieffekter kan genereras under lång tid efter insatsen. I den här rapporten bygger granskningen på en måluppfyllelseutvärdering och fokuserar hur resultatet förhåller sig till målen som uttalats av SKL. Eftersom projektet ”3xAPT, Hälsa, Arbete och Kön” i stor mån fortfarande pågår på Karolinska Universitetssjukhuset skulle en analys av bieffekter behöva följas upp en period efter avslutat projekt. Måluppfyllelsemodellen passar därför bäst i detta fall, där målen är tydliga och uttalade, för att den är enkel och välavgränsad. I linje med uppdraget från SKL avslutas även utvärderingen med en diskussion kring projektets svagheter och styrkor samt möjligheter till utveckling av projektet.

Makro eller mikro?

Utvärderingar av effekter på makronivå möter det som Carling och Larsson (2000, sid 186) kallar den klassiska utvärderingsfrågan: *Hur har deltagande i utbildning X påverkat individens situation jämfört med om individen inte hade deltagit?* Den sortens kontrafaktiska problem är omöjliga att svara på. Experiment kan göras med kontrollgrupper men frågan är hur tillförlitliga resultaten är. Därför är grunden i den här rapporten att utgå ifrån mikroperspektivet som, till skillnad från makroperspektivet, fokuserar på skeenden och upplevelser i mindre grupper och hos individer. Genom att genomföra intervjuer med fokusgrupper och individer möjliggörs en analys av reaktioner, upplevelser och orsaker till åsikter och uppfattningar. I en sådan kvalitativ forskningsansats görs inget anspråk på generalisering. Däremot kan forskaren få fram värdefulla detaljer och information som kan bidra till en djupare förståelse av resultatet. Pingel menar att den kvalitativa forskningen är ett viktigt angreppssätt för att förstå sociala skeenden därför att man då kan belysa resultat av människors agerande mot bakgrund av deras redan internaliserade strukturer, som kön, klass och etnicitet (Pingel 1999, sid 43).

Studiegruppen

Pilotprojektet – Karolinska Universitetssjukhuset

Pilotprojektet ”3xAPT, Hälsa, Arbete och Kön” har implementerats på Karolinska Universitetssjukhuset. Universitetssjukhuset bildades 1 januari 2004 genom sammanslagningen av Huddinge Universitetssjukhus AB och Karolinska Sjukhuset och är ett av nordens största sjukhus med cirka 15 000 anställda och 1 600 vårdplatser.⁷ Verksamheten är organiserad i åtta medicinska divisioner med administrativa staber. Inom divisionerna finns 69 verksamhetsområden. Sammanslagningen 2004 grundas i en tanke om en samlad universitetssjukvård för att stärka den högspecialiserade vården och säkerställa Stockholms plats som ledande region för medicinsk forskning och utveckling, både ur ett nationellt och internationellt perspektiv.

Över åttio procent av de anställda på Karolinska Universitetssjukhuset är kvinnor. I chefsgruppen på divisionerna är strax över åttio procent män. Grupperna sjuksköterskor och undersköterskor är starkt kvinnodominerade och i läkargruppen är knappt fyrtio procent kvinnor.⁸

På varje division finns en personalspecialist som har ansvar för jämställdhetsfrågor. Dessa personer är nu handledare i ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön”. Alla ingår även i ett divisionsövergripande nätverk för jämställdhetsfrågor. Nätverkets sammankallande har haft en samordnande funktion i projektet ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön”.

De övriga sjukhusen

På Danderyds sjukhus, Södersjukhuset och S:t Eriks Ögonsjukhus utbildades en handledare från varje institution vid samma tillfälle som Karolinska Universitetssjukhusets handledare, i september 2005. Dessa sjukhus har inte fått några formella direktiv att implementera ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön”. Nedan följer korta fakta om de tre övriga sjukhusen:

Södersjukhuset har cirka 3 800 anställda och Europas största akutmottagning som varje år har cirka 90 000 besökare. Sjukhuset är indelat i tio verksamhetsområden och har 545 vårdplatser.⁹

Danderyds sjukhus AB har cirka 3 000 anställda och 530 vårdplatser. Sjukhuset är ett helägt landstingsbolag.¹⁰

S:t Eriks Ögonsjukhus AB har cirka 300 anställda. S:t Eriks har sju verksamhetsområden: fem kliniker, operation och akut.¹¹

⁷ Årsberättelse 2004 Karolinska Universitetssjukhuset och Karolinska Universitetssjukhusets hemsida www.karolinska.se.

⁸ Statistik från Karolinska sjukhusets personalavdelning.

⁹ Information från Södersjukhusets hemsida www.sodersjukhuset.se.

¹⁰ Information från Danderyds sjukhus hemsida www.ds.se.

¹¹ Information från S:t Eriks Ögonsjukhus hemsida www.sankterik.se.

Pilotprojektets uppläggning

Som nämnts ovan så är utbildningsprocessen i ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön” uppbyggt av tre steg, den så kallade ”trestegsraketen” (figur 1). Den börjar med att två handledare på varje division utbildades av projektledaren från SKL. Dessa personer kommer från divisionernas administrativa staber och arbetar med personalfrågor. Initialt skulle endast en handledare per division utbildas. Det var den personalspecialist som också fungerar som jämställdhetssamordnare på varje division. Rollen som jämställdhetssamordnare innebär i korthet att driva det lokala jämställdhetsarbetet och att delta i ett divisionsövergripande nätverk som träffas regelbundet i regi av den centrala personalfunktionen på sjukhuset. Nätverket är betydelsefullt för satsningar inom jämställdhetsområdet, som ”3xAPT, Hälsa, Arbete och Kön”, då det ofta är där som projektplaner definieras och informationsutbyte kan ske. I samråd med nätverket bestämde man att en till person från varje division skulle utbildas till handledare av SKL. Totalt 16 personer utbildades i första steget, vid ett utbildningstillfälle, i september 2005.

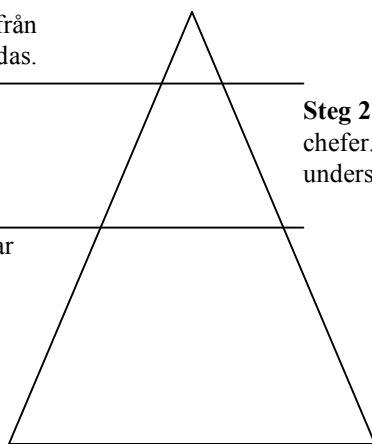
Steg två i processen är att handledarna utbildar första linjens chefer på den egna divisionen. Dessa kan vara sektionschefer, chefssjuksköterskor och verksamhetschefer. Tanken är att alla personalgrupper ska nås, läkare, sjuksköterskor och undersköterskor, samt övrig personal som administratörer och läkarsekretärer.

Steg tre är genomförandet av 3xAPT. Under tre arbetsplatsträffar går personalen igenom materialet tillsammans med chefen. SKL:s rekommendationer är att träffarna ska spridas över en period på högst sex månader. Det behöver alltså inte vara tre arbetsplatsträffar i följd. Efter genomförd utbildning fyller cheferna i en utvärderingsblankett som skickas till handledaren på den egna divisionen.

Steg 1. Två handledare vardera från Karolinskas åtta divisioner utbildas.

Steg 3. 3xAPT. Cheferna utbildar sin personal. Undersköterskor, sjuksköterskor och läkare har arbetsplatsträffar där de på tre träffar går igenom materialet.

Steg 2. De sexton handledarna utbildar första linjens chefer. Cheferna basar över läkare, sjuksystrar, undersköterskor samt övrig personal.



Figur 1. Projektets uppläggning.

Urvalsprocessen

Utvärderingen av pilotprojektet på Karolinska Universitetssjukhuset är baserad på intervjuer med fokusgrupper. Totalt genomfördes sju intervjuer med olika fokusgrupper. Grupperna valdes ut i enlighet med upplägget i trestegsraketen. Det möjliggör dels att fokusera på måluppfyllelse i resultatet från intervjuerna med grupperna men även att följa processen i de tre stegen för att kunna bedöma projektets genomslagskraft som metod. Deltagarna i fokusgrupperna behövde inte väljas genom slumpmässigt urval eftersom inga generaliseringar görs till andra grupper.

Den första fokusgruppen som valdes ut för intervju var de lokala jämställdhetssamordnare som utbildats av SKL. Detta för att nå erfarenheter av steg ett. Den här fokusgruppen fick namnet H1. I gruppen deltog handledare från sex av åtta divisioner.

I februari 2006 gjordes i samarbete med Karolinska Universitetssjukhusets centrale jämställdhetssamordnare en kartläggning över hur långt arbetet med 3xAPT fortskridit inom de olika klinikerna. Nästan alla kliniker hade haft utbildning för chefer, men när det gällde att börja med 3xAPT så var det stor variation i vilka som hade börjat och hur många träffar man genomfört. Det är svårt att utvärdera något som inte ägt rum, så bland de divisioner som kommit längst i genomförandet valdes två ut, division 1 och division 2. De två divisionerna har till viss del olika karaktäristika, något som ökar spridningen på respondenternas bakgrund i form av arbetsmiljö, förutsättningar och specifika institutionskulturer: Könnsstrukturen på de två divisionerna följer samma mönster men division 1 är mer kvinnodominerad än division 2 och könssegregeringen är något tydligare bland läkarna på division 2, som också är mindre till antalet anställda, än på division 1 (tabell 1). Det arbetar i genomsnitt 217 anställda inom varje verksamhetsområde på division 1 och 139 anställda inom varje verksamhetsområde på division 2.

Tabell 1. Division 1 och 2.

	Div 1	Div 2
Antal verksamhetsområden	9	7
Antal anställda	1 954	979
Andel kvinnor (%)	88	79
Andel kvinnliga läkare (%)	54	34

Utifrån steg två valdes fokusgrupper med chefer, en grupp från division 1 och en grupp från division 2. Urvalet av respondenter skedde i samarbete med personalfunktionen på varje division. Kriteriet för att vara med i fokusgruppen var att man skulle ha genomfört minst en APT med materialet från *Hälsa, Arbete & Kön*. Personalfunktionen valde i samarbete med avdelningscheferna ut vilka som

skulle delta i intervjun, utifrån de möjligheter som schemat på varje avdelning tillät. Dessa fokusgrupper fick namnen C1 (4 personer) och C2.

Utifrån steg tre, själva genomförandet av 3xAPT, valdes så ut en grupp av sjuksköterskor och en av undersköterskor från varje division. Alla respondenter kontaktades via personalfunktionen på divisionen som genom att kontakta chefer kunde sätta ihop fokusgrupperna utifrån de möjligheter som schemat tillät. Alla respondenterna hade deltagit på minst en arbetsplatsträff där man diskuterat materialet *Hälsa, Arbete & Kön*. Dessa grupper fick också namn:

Sjuksköterskor, division 1: S1 (2 personer)

Sjuksköterskor, division 2: S2 (2 personer)

Undersköterskor, division 1: U1 (3 personer)

Undersköterskor, division 2: U2 (3 personer).

Bortfall

Intentionen i utvärderingen var att också genomföra intervjuer med fokusgrupper bestående av läkare från division 1 och 2, på samma sätt som ovan. Det visade sig vara mycket svårt att få till stånd ett tillfälle för dessa intervjuer. På division 1 kom beskedet relativt snabbt att det inte skulle gå att hitta några läkare att intervjua eftersom de inte deltagit i utbildningstillfällena. På division 2 bokades intervjuer med läkare in vid tre tillfällen, men ställdes in på grund av återbud. Vid det sista tillfället dök endast en läkare upp, vilket inte var tillräckligt för att kunna genomföra intervjun.

Bortfallet i sjuksköterskegrupperna bör också nämnas. Vid båda intervjutillfällena var fyra personer inbjudna, men endast två informanter dök upp i S1 och S2.

Fokusgrupperna

Totalt genomfördes sju intervjuer med fokusgrupper under perioden april-augusti 2006: H1: i april, C1, S1, U1: i maj, S2, U2: i juni, C2: i augusti.

”Fokusgrupper kan beskrivas som en kvalitativ datainsamlingsmetod som ligger någonstans mitt emellan ostrukturerade intervjuer och deltagande observation” (Hylander 1998, sid 1). Så skriver Hylander i en rapport som ger en översikt över fokusgrupper och användning av metoden. Syftet med fokusgrupper inom beteende- och samhällsvetenskaplig forskning är att samla in kvalitativa data i form av attityder och värderingar. Idén utgår från en tanke om att det är mer värdefullt att samla människor med kunskap om den situation som är av intresse än att göra ett slumpmässigt urval (Hylander 1998, sid 2). När en deltagare talar inspireras de andra till att våga uttrycka sig och att kanske minnas sådant som de annars inte skulle ha kommit ihåg. Här följer en enkel definition av fokusgrupper (Hylander 1998, sid 5):

- Syftet är att samla in kvalitativa data.

- De som intervjuas (respondenterna) har haft en gemensam upplevelse av något, som en film eller en utbildning. I det här fallet har de alla deltagit i något av de tre stegen i ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön”.
- Respondenterna har något gemensamt (ålder, kön, yrke och så vidare). I det här fallet är fokusgrupperna indelade efter yrkeskategorier. Detta för att grupperna ska representera de olika stegen i ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön”, men också för att det skulle kunna varit hämmande för en respondent att sitta med i samma fokusgrupp som sin chef.

Under intervjuens gång ser intervjuaren till att fokus behålls på ämnet. Hylander skriver att fokusgrupper kan användas på alla stadier i en forskningsprocess, som enda insamlingsmetod eller som komplement till en annan metod.

De sju intervjuerna med fokusgrupper som är underlag för måluppfyllelsevärderingen var mellan 46 och 58 minuter långa. De spelades in på band och skrevs sedan ut ord för ord. Antalet deltagare i varje grupp varierande från två till sex personer. Målet var att det skulle vara minst tre deltagare vid varje intervju, då rekommendationen för fokusgrupper är att det inte ska vara färre än tre deltagare. Vid intervju S1 och S2 deltog endast två personer eftersom den tredje vid båda tillfällena inte dök upp.

Både fokusintervjuerna och de individuella intervjuerna var halvstrukturerade, det vill säga inte öppna samtal men inte heller strängt strukturerat frågeformulär. Vid intervjuerna användes en intervjuguide som följdes i stora drag (se bilaga 1). Tonvikten i intervjuerna har varit respondenternas upplevelse och beskrivningar. Intervjuaren ställde följdfrågor och bad dem utveckla resonemang. I vissa fall fick även respondenterna fundera utifrån ett färdigt exempel. Syftet under intervjuerna var att undersöka respondenternas erfarenheter och resonemang. Särskilt intervjuerna med fokusgrupperna kunde ibland dra iväg åt håll som kom för långt från ämnet. Då fick intervjuaren styra in på ämnet igen genom att använda intervjuguiden. Efter att alla intervjuer skrivits ut genomfördes en innehållsanalys.

Operationalisering

Utifrån den teoretiska genomgången av kön, lärande och organisation har ett antal frågor utkristalliserats. De nio frågorna nedan är en operationalisering som gör det möjligt att värdera måluppfyllelsen med grund i det teoretiska avsnittet.

1. Upplevde respondenterna att materialet *Hälsa, Arbete & Kön* hade en tydlig avsändare och en tydlig adress?
2. Hur uttolkade grupperna syftet med utbildningsprojektet ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön”?
3. Vad för slags kunskap och medvetenhet om betydelsen av kön i vård kom fram i intervjuerna?

4. Hur definierade respondenterna begreppet jämställdhet ur ett arbetsgivar-, medarbetar- och brukarperspektiv?
5. Ansåg respondenterna i de olika grupperna att deras kunskap och medvetenhet om jämställdhet förändrats sedan de genomgått 3xAPT?
6. Fanns det någon del av lärandeprocessen som av respondenterna upplevdes som särskilt positiv eller utvecklande?
7. Hade respondenterna själva utfört projektet som det planerats ”uppifrån” eller hade de gjort anpassningar som innebar avsteg från upplägget?
8. Kan man i intervjuerna identifiera svårigheter med överföringen av den teoretiska förståelsen som finns i materialet Hälsa, Arbete & Kön? Är de svårigheterna a) av praktisk karaktär? b) sammankopplade med attityder och värderingar som inte korrelerar med budskapet i materialet Hälsa, Arbete & Kön?
9. Finns det ett *systemtänkande* i respondenternas syn på budskapet i ”3xAPT, Hälsa, Arbete och kön”? Beskriver de betydelsen av kön i vården i ett helhetssammanhang och ser sambandet mellan händelser och aktiviteter?

Genomförande och datainsamling – de övriga sjukhusen

Här handlar det inte om att genomföra någon regelrätt utvärdering enligt måluppfyllelsemodellen. Istället hamnar fokus här på det *första steget* i trestegsprocessen. Individuella intervjuer har genomförts med de handledare på varje sjukhus som utbildades i september 2005. En handledare från varje sjukhus ger tre intervjuer totalt. Intervjuerna genomfördes under perioden juni-juli 2006. Intervjuerna var mellan 46 och 56 minuter långa och skrevs ut ord för ord i sin helhet. Innehållsanalysen här har varit inriktad på att se fyra utvalda bitar:

1. Den pågående processen
2. Vad som upplevdes positivt
3. Vad som upplevdes negativt
4. Egna anpassningar.

Etiska aspekter

Alla fokusgruppsintervjuer inleddes med information om respondentens anonymitet och om att intervjumaterialet är konfidentiellt. För att minimera risken för identifiering av vad vissa deltagare sagt är de två divisionerna 1 och 2 namnlösa i utvärderingen. Innan intervjutillfället med handläggarna på Södersjukhuset, Danderyds sjukhus och S:t Eriks Ögonsjukhus godkände respondenterna att ställa upp trots risken för att de skulle kunna bli identifierade.

Kvantitativa data

Datainsamling för den kvantitativa översikten genomfördes under september 2006. Den skedde i samarbete med Karolinska Universitetssjukhusets centrala och lokala personalavdelningar. Syftet med översikten är att fokusera på SKL:s första mål för utvärderingen:

Mål 1. Sprida arbetsmaterialet Hälsa, Arbete & Kön inom Stockholms läns landsting enligt modell 3xATP under 2005–2006.

Sju av de åtta divisionerna på Karolinska Universitetssjukhuset utgör underlag för den kvantitativa översikten. Tanken med detta är att se hur processen fortlöpt där den faktiskt initierats. En division uteslöts i stickprovet då de inte påbörjat steg två med utbildning av chefer i september 2006.

Urvalet skedde genom att personalavdelningen på de sju divisionerna slumpmässigt kontaktade tio av de chefer som deltagit i utbildningen på den egna divisionen per telefon eller e-post. Till alla 70 cheferna ställdes frågan hur många APT de genomfört. Detta stickprov om 70 chefer av sammanlagt 239 chefer som gått utbildningen, kan ge en uppskattning av hur spridningen ser ut.

Vid datainsamling på det här sättet blir validiteten hög då det är säkrat av varje personalavdelning att alla tillfrågade chefer verkligen gått utbildningen. Reliabiliteten kan dock vara något lägre, då resultatet i mångt och mycket bygger på uppskattningar.

Resultat – Pilotprojektet

Presentation av grupperna

Som tidigare nämnts så ingick mellan två och sex respondenter i grupperna. I handledargruppen, som bestod av sex respondenter, var alla personalspecialister från de sex av de åtta divisionerna på Karolinska Universitetssjukhuset. Handledarna var i åldern 30–55 år. Det var även den enda gruppen som hade en blandad könsfördelning, två av respondenterna var män. I övriga grupper var alla respondenter kvinnor.

Chefsgrupperna bestod av fyra personer, som alla har personalansvar. Majoriteten var chefsjuksköterskor och någon enstaka chef över läkarsekreterare. Åldern i chefsgruppen låg kring 40–60 år.

Sjuksköterskorna var två respondenter i varje grupp. I båda grupperna arbetade sjuksköterskorna på samma avdelning. Tre av fyra sjuksköterskor var i 25–30-årsåldern, och en av dem var i 60-årsåldern.

Undersköterskorna var tre och fyra respondenter i de olika grupperna. De hade en åldersmässig spridning från 25 år till 60 år.

Frågorna som analysen är strukturerad efter är de frågor som presenterades i operationaliseringen på sid 19–20.

1. Upplevde respondenterna att materialet *Hälsa, Arbete & Kön* hade en tydlig avsändare och en tydlig adress?

Handledarna

I handledargruppen fanns en medvetenhet om att ”3xAPT, Hälsa, Arbete och Kön” började som en utställning och sedan blev ett pilotprojekt på Karolinska Universitetssjukhuset:

”Ja, att det startade som en utställning som har turnerat runt på olika sjukhus. Och sen att man försöker få ut det mer bland de anställda. Jag tror att vi och Karolinska är första sjukhuset som prövar materialet” (R2, H1).

Handledarna hade också en klar bild av vilka organisationer som står bakom ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön”. De nämnde landstingsdirektören och landstingsstyrelsen och diskuterade sig snabbt fram till att pilotprojektet är ett samarbete mellan SKL och SLL.

Angående projektets adress så var handledarna överens om att budskapet ska nå ut i organisationen, till dem som är ”på golvet”, det vill säga de medarbetare som främst möter patienter. Detta eftersom handledarna upplevde att materialet i sig och upplägget främst riktar sig till dessa grupper.

Cheferna

Det som respondenterna i chefsgruppen berättade om projektets avsändare är att det ”var bestämt” att första linjens chefer skulle gå igenom det på sina APT. En av respondenterna kopplade ihop projektet med den certifierade jämställdhetsutbildningen:

”Jag vet att det har gjorts, att jag anmälde mig till en större utbildning som jag sen inte deltog i av olika orsaker. Så att det går parallellt med en större utbildning, vet jag” (R4, C1).

Adressen, det vill säga mottagaren av budskapet i materialet, kommer implicit fram i intervjuerna med C1 och C2. Cheferna ansåg att budskapet ska nå sjuksköterskor, undersköterskor och läkare på den egna avdelningen. De nämnde även sina egna verksamhetschefer och ledningsgrupper.

Sjuksköterskorna

I S2 berättade respondenterna att ingen av dem hade reflekterat nämnvärt över avsändaren när man tog upp Hälsa, Arbete & Kön på deras arbetsplats.

”Inte någon bakgrund, det är väl nåt jämställdhetsprojekt” (R2, S1).

Respondenterna i S1 minns inte hur det presenterades när de pratade om det, men har ändå en uppfattning om det rör sig om en särskild satsning. I både S1 och S2 blev det tydligt under intervjun att de såg sig själva som projektets adress, det vill säga att det är meningen att de i egenskap av sjuksköterskor skulle ta till sig budskapet och fundera över betydelsen av kön i sin egen arbetssituation.

Undersköterskorna

Undersköterskorna i U1 berörde inte tydligt i intervjun var avsändaren för projektet fanns, men det kom fram att de visste att det var ”uppifrån” i organisationen och att de själva i egenskap av undersköterskor utgjorde adressen, det vill säga att projektet riktade sig mot dem. En av dem beskrev det så här:

”Det presenterades ju på det här mötet via OH att materialet, och vi gick igenom det lite sådär. Inte sådär jätteingående utan, sen så kom det som en bilaga till vår pärm härute där vi själva kan sitta och läsa igenom mera noga sådär” (R2, U1).

Inte heller i U2 fanns en tydlig uppfattning om projektets avsändare. En av respondenterna hade ”en känsla” av att det sades vem som stod bakom projektet, men mindes inte. På frågan hur projektet presenterades för dem var svaret att det presenterades som OH-bilder. En annan respondent berättade att de hade fått veta innan utbildningen att de skulle prata om jämställdhet. Uppfattningen i U2 var också att det är de själva i egenskap av undersköterskor som var adressen för budskapet.

2. Hur uttolkade grupperna syftet med utbildningsprojektet ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön”?

Handledarna

Handledarna nämnde att projektet på lång sikt ska förbättra kvinnors hälsa. Respondenterna var även överens om att syftet är att öka kunskapen om jämställdhetsfrågor bland medarbetarna, inklusive dem själva. Syftet är att väcka tankar om sådant som organisationen kanske inte är medveten om. Jämställdhetsperspektivet ska få medarbetarna att fundera över om de behandlar patienter och anhöriga på ett jämställt sätt:

”Det handlar ju mycket om värderingar, det man gör, det är ju mycket värderingar i det här, liksom att man får in i sina värderingar att, liksom hur påverkar mina värderingar hur jag är mot mina arbetskollaboratorer, patienter eller vad det nu är, så att liksom, det stora hela på nåt sätt” (R1, H1).

Handledargruppens fokus låg alltså på att syftet är att projektets budskap ska nå ut till personalen på klinikerna och avdelningarna och få personalen att reflektera över betydelsen av kön i vård.

Cheferna

I Chefsgruppen berättade en respondent att hon ofta brukar prata om jämställdhetsfrågor med sin personal. Hon menade att det finns en poäng i att lyfta frågan med jämna mellanrum för att öka medvetenheten och fick medhåll av övriga chefer. De tyckte att det viktigaste med pilotprojektet är medvetandehöjning eftersom ”man kan inte gärna vara medveten om att man gör fel om man inte känner till det”. De tyckte att deras egna personalgrupper har ”allt att tjäna på att det finns ett bra jämställdhetsarbete”.

Sjuksköterskorna

Sjuksköterskorna i S1 och S2 menade att syftet med projektet måste vara att få dem själva att reflektera och fundera över betydelsen av kön i vården:

”Att vi skall öppna ögonen och börja tänka i de banorna, att det verkligen är ett kvinnodominerat arbete, vad skillnaderna kan vara och vad skillnaderna är i samhället” (R1, S1).

Så här beskrev en sjuksköterska i S2 hur hon hade uppfattat syftet:

”Men är det inte lite grann att de ska få oss att tänka annorlunda? Att ja, så vi tänker på hur vi uppför oss och beter oss mot andra” (R1, S2).

Hon fick medhåll av sin kollega som även tillade att det även måste vara ett syfte att cheferna ska få sköterskornas och personalens synpunkter så de kan använda dem i framtiden.

Undersköterskorna

Undersköterskorna i U1 menade att syftet måste vara att lyfta frågan om jämställdhet eftersom det inte är jämställt i landstinget och det är en viktig fråga:

”Det är väl viktigt för oss, det tror jag. Och som du sa, det här med att det är ett projekt och att man gör en stor satsning på det, det är väl på tiden” (R1, U1).

I U2 menade man att syftet med projektet måste vara att ge personalen en tankeställare och att få igång en diskussion. En av dem menar att jämställdhet inte behöver vara endast mellan kvinnor och män, utan även mellan yrkesgrupper och att det är viktigt att tala om det. En av respondenterna i U2 tyckte även att syftet kan vara för cheferna att se om det finns problem på avdelningarna.

3. Vad för slags kunskap och medvetenhet om betydelsen av kön i vård kommer fram i intervjuerna?

Handledarna

Handledarna pratade om att projektets syfte var att få personalen att reflektera och diskuterade praktiska delar av upplägget i trestegsmodellen. Ingen ifrågasatte jämställdhetsprojektets relevans, men få av dem framförde en analys av jämställdhetsproblemen inom vårdorganisationen. Kanske finns förklaringen till det i följande uttalande från en av handledarna:

”Det var det jag tyckte var svårt, jag och en annan tjej vi har kört den för staben en gång, och det var ju lätt, med värderingsövningar. Men nu andra gången så är det svårt, hur skall vi göra nu för att få det verkligen till oss, vi jobbar ju inte inom vården, utan vi är ju väldigt vårdinriktat i det här upplägget, och att göra den till våran verklighet, som vi lever på staben, så att ja, det blir svårt” (R6, H1).

Hennes kollegor höll med henne om det under intervjun. En av dem som funderade mer under intervjun på jämställdhetsläget i vården uttryckte sig såhär om personalen:

”Jag tror inte att de här, är medvetna om att de kan känna att de behandlar, att medarbetarna behandlar varandra olika, men även med patienterna som de kanske blir lite mera, att de inte alls har tänkt på att de kanske har trott att de har en bild att de är nog jämställda, men att de har börjat tänka efter så att de får en liten tankeställare” (R5, H1).

Många av respondenterna i handledaregruppen kommenterade att de hade haft svårt att nå ut till läkargruppen och menade att det berodde på ”en gammal kultur som behöver ändras”. Detta hävdade de handlade om läkarnas traditionella

särställning i vårdorganisationen, och om att vissa i läkargruppen inte tog jämställdhet på allvar:

”Många tror jag anser det som lite flummigt. Det är inte det, men många tycker det är lite ’ah, varför ska vi prata om jämställdhet när vi har så viktiga’, hade det varit en utbildning i ekonomi, så kan jag tänka att kanske fler hade kommit. Det är lite synd, att jämställdhet har kanske lite dålig status. Då prioriterar man kanske inte den här typen av utbildning” (R2, H1).

Handledarna var överens om att projektet ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön” är bra för vården och att upplägget och materialet passade bra för just deras organisation.

Cheferna

Jämställdhet är inget nytt ämne för chefsgruppen. De tillbringade en stor del av intervjutiden med att beskriva hur de upplever jämställdheten i vården. Deras berättelser vävdes samman och visade en bild av ett klimat där könsrollerna är tydliga, könsfördelningen ojämn och handlingsutrymmet litet om man vill förändra något. En respondent efterfrågade arbete med lokala jämställdhetsplaner på sjukhuset eftersom det då är lättare att arbeta med frågan. En kollega i C1 funderar på hur ojämsälldheten kan yttra sig i dåligt bemötande kollegor emellan och hur hierarkiska former hindrar personalen från att reagera mot orättvisor, något hon själv hade varit med om:

”Man ser hur den manliga sektionschefen behandlar den kvinnliga chefs-sjuksköterskan, nämligen på ett oerhört nedmarkerat, nedvärderande, icke-respektfullt sätt. Och det tror jag har liksom också gett tankar och det blir lite svårt, det blir det, för att vem skall man vara lojal med?” (R4, C1).

En av respondenterna påpekade att vården inte är någon isolerad ö i samhället utan att den ojämsälldhet som finns överallt även finns på sjukhuset. Hon berättade hur hon kände att förtroendet för henne som chef kan undergrävas av att hon inte blir behandlad med respekt av sin egen chef. En annan respondent berättar om sin upplevelse:

(2): ”jag kan tycka att det är så svårt att veta vad som är vad ibland för om man tittar på vår organisation så kan ju jag se att jag får ju mycket mindre tid med min chef än vad en vanlig kollega får, en manlig chef. I våran organisation. Och sen om det beror på ett könsperspektiv eller om hans saker är mycket viktigare än vad mina är, det vet inte jag. Och det säger ju, det är ju... en bråkdel av vad han får. Fast samtidigt så pockar jag ju inte på och begär mer tid än vad jag får, men om man ser hur mycket tid våra olika områden får, så får mitt väldigt lite i jämförelse med” (R2, C1).

Respondenterna i chefsgruppen kom ofta tillbaka till relationen med läkarna, och att jämställdheten främst är ett problem som motarbetas av en sorts ”gubbmaffia” som tycker att jämställdhetsfrågor är löjliga och onödiga.

”Ja de kan fnissa till lite grann och ’vad är det där för fjoll’ och lite grann sånt där. Det blir ett litet löjets skimmer, kan många tycka” (R1, C2).

De talade om att de kan känna att de reduceras till enbart kön inför sina manliga chefskollegor, som är vana vid mer traditionella könsroller hemifrån. De menade att jämställdhet måste vara något grundläggande i organisationen, och att man inte kan ha en sorts jämställdhet hemma och en på fritiden.

”Man kan inte behandla mig som lilla gumman på jobbet om man tycker att det är ok med sin fru hemma, det är inte ok på jobbet i en yrkesrelation” (R4, C1).

En av respondenterna sade att man ”har lite lätt overseende med de manliga läkarna” och ”fixar lite mera hos manliga läkare som slarvar som man inte gör för de kvinnliga läkarna” och då de andra respondenterna tillfrågades om de höll med svarade en av dem att ”det beror på vilken husbyggnad man är i”, det vill säga vilken division på Karolinska Universitetssjukhuset som man arbetar på. Det hänger ihop med tradition, var många av cheferna överens om. I C2 berättade en chef att det för hennes personal emellertid varierade mycket med åldern, hur mycket man kände till om jämställdhet. ”Det är liksom andra normer idag på något sätt” säger hon.

Sjuksköterskorna

När sjuksköterskorna skulle beskriva vad de vet och tycker om jämställdheten på sin arbetsplats så pratade alla om lönediskriminering. Så här sade en av respondenterna:

”Lönediskriminering, ok jag kan gå till min chef, men... vad fan spelar det för roll, det händer ingenting i alla fall” (R1, S2).

I S1 berättade sjuksköterskorna att de inte brukar prata om jämställdhetsfrågor på jobbet. Men en av dem sade att hon ibland brukar fundera på att de manliga och kvinnliga läkarna beter sig olika, och att det har att göra med kön och inte yrket. Hon berättade också att hon brukar tänka på att kvinnliga kollegor med barn ofta har en större arbetsbelastning i hemmet än männen, och berättade att hon brukade ha det i åtanke om hon ringde in vikarier, att främst ringa dem som inte har barn.

Många associerade jämställdhetsbegreppet till relationer mellan yrkesgrupperna i vården. En av sjuksköterskorna i S2 tyckte att det var främst de kvinnliga läkarna som hade en pressad situation. Respondenterna i S2 var noga med att säga att de hade en god relation till läkarna på sin arbetsplats och att de hade högt i tak när det gällde att diskutera arbetsmiljön. En av dem framhöll att

det fanns andra saker som hon hellre skulle vilja diskutera med läkarna än jämställdhet, som förbättring av rutiner.

I S1 berättade sjuksköterskorna om den strikta hierarki som finns på deras egen avdelning. En av sjuksköterskorna förklarade att på hennes avdelning satt läkarna och sköterskorna på olika sidor av bordet i fikarummet. Hon berättade att hon själv inte är rädd för att bryta mönstret, men att hon försökt och att det är svårt:

”Nej, de säger att de skall försöka. Och jag har varit med när överläkaren satt en halv frukost på halva stolen, och satt liksom... där sitter läkarna och här sitter vi, så satt han med halva skinkan också pratade han med läkarna i alla fall. En halv frukost sen tog han sitt och så gick han tillbaka igen” (R1, S1).

Hon diskuterade fenomenet med intervjuaren (A) under intervjun:

”(1): Det är ju det, hade man kunnat så, vadsomhelst men det spelar ingen roll vad man gör.

A: Men tror ni att läkarna tänker så också?

(1): Nä, de bryr sig ju inte.

A: Tror ni att de märker det då?

(1): Nej. De har sitt, liksom. De har kommit till det här stadiet att de har ett sätt att jobba och de kör sitt race, det spelar ingen roll, jag har stått vid tavlan där ute varje morgon och ska ronda halv tio och de sitter och äter frukost till tjugo i tio, varje dag i ett halvår har jag och min kollega turats om att gå ut dit, det har inte skett någon förändring i alla fall. Det spelar ingen roll.”

Undersköterskorna

Bland undersköterskorna rådde olika uppfattningar om jämställdheten i vården. En sköterska i U1 sade ”vi har jobbat många år i sjukvården och sett hur det är” och gav exempel på när man testar läkemedel enbart på män. Hennes kollega tillade:

”Jag läste häromdan att unga, kvinnliga läkare med barn har det jättejobbigt, jättejobbigt. Därför att överläkarna som basar över dem är män som har haft service hemma. Som inte alls förstår att man måste gå nu för jag ska hämta mina barn idag. Så att de skulle säkert behöva diskutera den här frågan” (R2, U1).

Undersköterskorna i U1 berättade att jämställdhet inte är ett ämne som de brukar diskutera på arbetsplatsen. En av dem berättade att hon brukar prata om det privat men inte på arbetet. ”Ibland upplever jag att världen tar väldigt liten plats när man är på jobbet”, sade hon. Hon tyckte att när jobbet var krävande så orkade hon inte fokusera på något annat.

En av hennes kollegor i U1 beskrev vården som en ”kvinnofälla” och motiverade det med att det var ”alldeles för lite sextrakasserier” på deras avdelning (R3, U1). Med nästan bara kvinnor på arbetsplatsen menade hon att det behövdes män för att arbetsmiljön skulle bli bättre.

Även undersköterskorna kom in på relationen mellan olika yrkesgrupper och nämnde som exempel att läkarna inte tar av sig smycken och klockor, fast de är tillsagda att göra det, något hon ansåg också var en jämställdhetsfråga.

De berättade att de upplever att det är mycket fokus på status och hur lång utbildning man har, när de möter sjuksköterskor och läkare:

”(2): En del tror nog själva och så att de kanske är lite högre.

(1): Ja.

(2): De har lite svårt att ta till sig att de som jobbat längre fast inte gått på universitetet ändå kan vissa saker. Fast man inte får det nedskrivet på papper.

(1): Ja, har min kollega jobbat fem år och så kommer det en ny läkare till exempel, då kanske hon kan väldigt mycket mer, och ibland funkar det jättebra, ibland så blir det motsatt effekt.”

I U2 nämnde de att de ibland kunde prata om löner i fikarummet, men att de inte hoppades på att få stöd från cheferna:

”Vi har ju första linjens chefer, en chefssjuksköterska, det är ju den alla pratar med. Hon, hon har ju egentligen en väldigt pressad situation, hon är ju bara en sån liten chef, så att säga. Det finns så många som är över henne. Om man skulle prata med chefen så är det ju väldigt svårt att, man går ju inte direkt upp till sjukhusdirektören, man kommer ju liksom ingenstans” (R3, U1).

En av hennes kollegor höll med och sade att ”det där med att gå till chefen, det är en chimär”. I U2 diskuterade undersköterskorna om det kanske var så att killarna fick högre lön för att de var mer ivriga eller otåliga och snabbt vidareutbildade sig.

4. Hur definierar respondenterna begreppet jämställdhet ur ett arbetsgivar-, medarbetar- och brukarperspektiv?

Handledarna

Ett arbetsgivarperspektiv. I handledargruppen ansåg en personalspecialist att arbetsgivarens roll är att analysera organisationen och samtidigt ställa sig frågan vad man kan göra för att öka eller minska jämställdheten. Hon fick medhåll av övriga och en annan respondent påpekade att arbetsgivaren har stor makt vad det gäller jämställdhetsarbetet. Om en chef inte tycker att det är viktigt så kan den

chefen sinka hela processen, menade han. En annan respondent berättade då hur de löst detta på hennes division:

”Vi har betonat mycket det där materialet eftersom chefen skulle bara skulle få sitt eget kompendium och sen skulle ett kompendium ligga ute på arbetsplatsen, och de har fått flera, så har alla medarbetare chans att bekanta sig med materialet, gärna innan själva, för då kanske inte chefen kan styra för mycket också, och att de ändå kanske får en annan bild också genom att materialet är så bra och lättöverskådligt, så att de får en positiv bild av materialet ändå” (2, H1).

En av hennes kollegor menade dock att det fortfarande fanns en risk:

”För att om en chef har ansvar att förmedla det här, så är det så beroende av hur chefen om han vill eller inte, eller hon, lägga fram det på fikabordet” (R6, H1).

Ett medarbetarperspektiv. När det handlade om medarbetare ansåg handledarna att det handlade om samma rättigheter och lika lön oavsett kön om man utför lika arbete, samt om att det inte ska vara några skillnader mellan män och kvinnor. De talade också om att det är viktigt med bemötande, och att fundera på hur man bemöter sina kollegor eller personer i ens närhet.

Ett brukarperspektiv. Det rådde ingen tvekan bland handledarna att en av de största anledningarna till att genomföra ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön” var att patienterna skulle få en jämställd vård. De ansåg att det var viktigt att personalen fick reflektera över hur de bemöter patienter och anhöriga.

Cheferna

Ett arbetsgivarperspektiv. Cheferna diskuterade dilemmat som de alla upplevde i en rekryteringssituation; skulle de välja efter kön eller kompetens? Eftersom de befinner sig på starkt kvinnodominerade avdelningar måste de fundera på betydelsen av kön då de ska nyanställa:

”Det jag får lite varningsklocka för mig själv, det är när jag står i en rekryteringsprocess, har tre sökande som är intressanta, två kvinnor och en man och så vill jag ju välja, det vore ju väldigt trevligt med lite mer män i organisationen, ska jag då anställa en man för att få det och vad, alltså det blir ju lite omvänt också, jag tycker inte att det är helt enkelt. Jag vill ha en blandad grupp, jag kommer aldrig få en blandad grupp, jag har alldeles för låg personalomsättning för det, jag kan möjligtvis kila in en person om den passar in och då vet jag inte, gör jag något bra då eller blir det fel?” (R4, C2).

En annan respondent berättade att det var självklart att man som arbetsgivare försöker jämna ut skillnader, inte bara i könsfördelning, utan även vad det gäller etnicitet och ålder.

Arbetsgivaransvaret handlar både om att skapa ett jämställt klimat i nyanställningar och om hur man behandlar befintlig personal och vilka möjligheter man ger dem. Alla cheferna hade funderat på könsfördelningen på den egna avdelningen. En av dem berättade att hon upptäckt att hon kanske bemöter sin manliga personal annorlunda:

”Jag har lyckats få in tre killar och där finns en risk att jag vårdar dem lite för mycket. Där försöker jag i alla fall hålla tillbaka lite. Man ska inte dadda med dem utan man får försöka vara neutral, ur det perspektivet då... det är hemskt att upptäcka sånt” (R1, C1).

Ett medarbetarperspektiv. Cheferna ansåg att jämställdhet ur ett medarbetarperspektiv främst handlade om yrkesgruppernas hierarki inom vården. ”Jag är kvinna. Och sjuksköterska. En lägre stående individ” (R4, C1). De framhävde att de i sin position både kunde ses som chefer och medarbetare på en gång, och att det inte var helt självklart hur deras roll såg ut. En respondent i C2 berättade hur hon kan känna sig underlägsen sin egen chef men försöker att vara jämlik med sina anställd på avdelningen och vill se på all sin personal som jämlikar. En respondent i C1 berättade att det på hennes egen avdelning finns en stark hierarki mellan läkare och sköterskor, något som yttrar sig i att man fikar vid olika delar av bordet matsalen. Hon själv brukade försöka sitta mitt emellan de olika grupperna. På frågan om det skulle gå att som chef uppmana alla personal att blanda sig på fikarasten svarade hon:

”Ja, det är ju ett sätt att göra det på, men en del vågar inte gå över. Jag kan sätta mig och då finns det några som har följt med. Men det är inte alltid man är med i samtalet. Det är mycket av den här kulturen. För mig är det att gå tillbaks 15–20 år i tiden” (R3, C1).

Ett brukarperspektiv. Jämställdhet ur ett brukarperspektiv definierade en av respondenterna såhär:

”Så har flickor rätt att få samma vård som pojkar. Kvinnor samma rätt att få vård som män, på samma villkor alltså, utefter sitt behov” (R4, C1).

En av de andra respondenterna tillade att hon upplever att det inte finns tid till att se till att personalen ger jämställd vård till patienterna och att hon hoppas att någon annan sköter det (R3, C1). En tredje berättade att de på hennes avdelning funderat på vem som får mest hjälp, en manlig eller en kvinnlig anhörig?

Sjuksköterskorna

Ett arbetsgivarperspektiv. Sjuksköterskorna i S2 tyckte att det viktigaste för arbetsgivaren var att se alla på avdelningen och behandla alla rättvist. De gav exemplet att alla ska få de löner de förtjänar och få gå på kurs när det behövs. När S1 skulle definiera jämställdhet ur ett arbetsgivarperspektiv menade de att man inte ska bedöma någon efter kön eller utseende.

Ett medarbetarperspektiv. När de skulle definiera jämställdhet ur ett medarbetarperspektiv tyckte sköterskorna i S2 att lönen var viktig. Att det skulle vara rättvist medarbetare emellan, efter hur länge man jobbat. I S1 diskuterades också lönen och att män hade högre lön. De tyckte att lön ska sättas efter prestation och inte kön och att lönen därför skulle vara individuellt baserad.

Ett brukarperspektiv. Sjuksköterskorna var överens om att detta innebar lika vård för alla. När de ombads berätta vad de egentligen innebar sade en av dem såhär:

”Alla har ju olika behov, men att det ska ändå vara, alla ska ha rätt till samma vård” (R2, S2).

När man kommer till sjukhuset som patient så ska man bli sedd och det ska inte vara den som skriker högst som får komma till doktorn, tyckte de:

(1) Och den som har känningar uppåt... och ringer till professorer, de kommer ju in. (2): ja, de glider bara in.

I S1 kopplade respondenterna även ihop den situationen med patientens kön:

”Det är ju också det här med kön, att man, bara för att en kvinna kan jobba, eh, är det en man som kommer in med ett litet barn, så kan det hända att man kanske pysslar om lite mer än om det är en kvinna med sitt barn” (R1, S1).

De tar även upp att det kan komma patienter som inte talar svenska och att vissa patienter får lida av det eftersom vissa sköterskor inte gärna går in till dem eftersom det krånglar med språket. De båda berättar att när det kommer en patient med utländsk bakgrund så är det nästan alltid en kvinna som följer med som anhörig och att hon då drabbas negativt eftersom personalen kan ignorera henne.

Undersköterskorna

Ett arbetsgivarperspektiv. Undersköterskorna definierade jämställdhet ur ett arbetsgivarperspektiv som att det är viktigt att chefer är lyhörda mot personalen när de tar beslut. En undersköterska i U1 berättade att hon kan känna att ”mycket bestäms kanske lite över huvudet på en” (R2, U1). En av hennes kollegor tyckte att det inte känns jämställt när hon, som är placerad i Huddinge, får ta över många rutiner från Solna efter sammanslagningen.

I U2 pratade undersköterskorna om anställning ur ett arbetsgivarperspektiv. De undrade om man som chef kanske hellre anställer en man än en kvinna för att jämna ut könsfördelningen.

Ett medarbetarperspektiv. Undersköterskorna associerade jämställdhet bland medarbetare som att det ska finnas möjlighet för alla att stå för sina åsikter och att alla ska bli respekterade för sina egna åsikter:

”Det är ju hur mycket man vågar också, att framföra sin åsikt. Det skall finnas ett klimat där man kan göra det” (R2, U1).

I U2 påpekade en respondent om att jämställdhet mellan medarbetare handlade om skillnader mellan könen och samtidigt olika yrkesgruppers relation till varandra.

Ett brukarperspektiv. Undersköterskorna i U1 tolkade det som att detta handlade om att behandla alla patienter lika. De berättade att de försöker göra det, men att ibland så kan det vara svårt:

”Ja, vi försöker väl, men oftast så är, något som verkligen sitter fast det är om man har en patient vars föräldrar är, mamman är sjuksköterska eller såna saker, det är så, jag menar det dokumenteras ett par gånger för mycket. Så fortfarande är folk lite sådär att då måste man vara extra försiktig och allting och det är inte riktigt jämställdhet” (R1, U1).

5. Anser respondenterna i de olika grupperna att deras kunskap och medvetenhet om jämställdhet förändrats sedan de genomgått 3xAPT?

Handledarna

Handledarna menade att det viktigaste i utbildningen är att personalen får reflektera över hur de behandlar patienterna och varandra. En av dem sade att personalen kanske trott att de var jämställda och då är det bra att få en tankeställare.

”Jo man måste ju ha kunskap om det för att börja kunna se olika saker som kanske inte är helt jämställda. Och materialet är uppbyggt på det sättet, så att det är inte bara det här som kanske är vanligt annars att det är gå igenom och så vidare, utan det är liksom, det bygger ju mycket på att man får titta på sina *egna* värderingar och utifrån det, så att jag tror att det är ett väldigt bra sätt att lära sig på, faktiskt” (R1, H1).

Flera av handledarna berättade att chefer som gått på deras utbildningar tagit budskapet mycket personligt och börjat berätta om sina hemförhållanden och att vissa deltagare uppskattat det mycket samtidigt som några tagit illa vid sig. En av handledarna berättade att på hennes utbildning var det som att cheferna lärde

känna varandra på ett helt annat sätt, och att de kanske inte varit förberedda på att de skulle öppna sig så mycket.

En annan respondent i handledargruppen menade att kunskapsnivån hos cheferna är varierande och att det därför inte är ny kunskap för dem som är insatta. Hon tyckte att det finns ett syfte i att repetera kunskapen. En kollega höll med henne:

”Jo för på nåt sätt så är ju jämställdhet, det är ju väldigt mycket så att det är ingenting som man kan lära sig och sen släppa det, som du säger, utan det är någonting som man måste bli påmind om hela tiden för att liksom titta på det sättet, man måste liksom hålla det igång på nåt sätt” (R2, H1).

Handledarna pratade lite under intervjun om deras egen roll och hur deras egen kunskap och medvetenhet förändrats sedan de gått utbildningen. Då de tillfrågades hur de såg på det svarade en att det var för tidigt att säga hur hon hade påverkats, men att hon hoppades att hon tänkte oftare på betydelsen av kön idag. Det kom fram i diskussionen att handledarna främst tolkat ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön” som att de ska föra den vidare så att de som jobbar med patienter tar till sig budskapet.

Cheferna

Alla var överens om att den diskussion som uppstått under arbetsplatsträffen varit fruktbar och lämnat spår hos dem själva och hos personalen. De talade om att diskussionsformen i sig fyller ett syfte, eftersom man då får reda på vad kollegorna och personalen tycker. En menade att många blir förvånade när de får reda på hur det egentligen står till, genom att ta del av statistiken i materialet. Hon fick medhåll av en kollega, som också anser att just diskussionen i grupp är viktig:

”Min upplevelse är att det är inte så många som kanske inte riktigt sätter sig ner och funderar över var de står, så att ibland kan det ju vara en ny upplevelse för dem själva, att känna efter och ta ställning” (R4, C1).

En tanke som kom fram var att genom att lyfta ämnet så sätter man igång en process, det blir en ”tankeväckare”. En effekt blir då, enligt en av respondenterna, att personalen förstår att det är helt i sin ordning att fundera över jämställdhet på jobbet och att det blir tydligt för dem att de inte behöver oroa sig för om deras chef står bakom dem eller inte. De yngre medarbetarna förstår att hon som chef inte är ”mossig” utan att man kan vara ifrågasättande. Hon menade att det dykt upp ett nytt självförtroende hos personalen efter diskussionen på arbetsplatsträffarna.

En chef berättade att man i hennes grupp börjat fundera mycket mer på bemötande av patienter efter att ha haft diskussionen. De har inte endast pratat om bemötande ur ett könsperspektiv utan även ur ett etnicitetsperspektiv.

En annan chef berättade att utbildningen och materialet i sig också har fungerat konkretiserande för henne i arbetet med jämställdhetsfrågor. Innan hade hon svårt att hitta ingångar i ämnet. Men materialet *Hälsa, Arbete & Kön* gav henne en rad användbara tips och var en startpunkt som gjorde att hon till och med letade reda på ännu mer material innan hon diskuterade med personalen.

En respondent berättade hur utbildningen fått henne att vilja ta med kunskapen om jämställdhet hem till sin familj och sina barn. Hon ansåg att det kan vara lättare att arbeta med sådana frågor med den ”uppväxande generationen”. Hon får medhåll av en kollega, som liknar jämställdhetsarbetet på Karolinska Universitetssjukhuset vid att ”vända en atlantångare”. Även om det är svårt att se omedelbara effekter så menade hon att man ger personalen något att fundera på, och att det är oavsett vad de själva har för åsikter i frågan:

”Ja, det tror jag. Det sår någon form av frö. Antingen så tycker man ’åh gud också tjtade hon om det där tre gånger’ men de kommer i alla fall ihåg vad man tjtade om tre gånger, eller så kan det ju va så att de ’bra att vi tog upp det där’” (R1, C1).

Vid frågan om de själva ser annorlunda på något i sin egen yrkesutövning efter den utbildningen svarar en respondent att hon upplever att hon talat så mycket om jämställdhet sedan innan så att det inte blir någon märkbar skillnad. En annan respondent menar att utbildningen var en ”väckarklocka”, som fick henne att fundera över att man ofta förminskar sjuksköterskor och undersköterskor genom att kalla dem för ”systrar”. De var överens om att sjuksköterskor systematiskt nedvärderats genom historien, men kommenterade inte sin egen roll i jämställdhetsarbetet på avdelningarna utöver det.

Sjuksköterskorna

Sjuksköterskorna i S2 sade att de inte tyckte att de lärde sig något nytt genom att studera materialet i *Hälsa, Arbete & Kön*, men medgav att det kan vara en påminnelse om att det är viktiga frågor. De tyckte inte att materialet innehöll något uppseendeväckande, men berättade att de hade svårt att komma ihåg precis vad som ingått i utbildningen. En av dem säger att hon nog pratade om utbildningen med sina kollegor i hissen efteråt men att de inte tagit upp det senare.

Inte heller i S1 var minnesbilden av *Hälsa, Arbete & Kön* stark. De berättade att de har haft materialet till hands i fikarummet, men att de inte trodde att någon hade tittat på det. De, som kollegorna i S2, ansåg att det trots det är en bra satsning:

”Ja åtminstone så blir man ju påmind och att man reflekterar över det” (R2, S1).

I S1 berättade en av sjuksköterskorna att hon och hennes kollegor har börjat prata lite mer om hur de kanske förstärker traditionella könsroller hos patienterna genom sitt beteende:

”Ja, det har vi ju börjat prata lite mer om, såhär att vi tar ju såhär klassiska saker, att man tar fram en rosa mugg om det är en tjej även om den bara är så liten så att den precis kan dricka själv. Och kanske blått är favoritfärgen, det vet ju inte vi, och att bilen åker fram till lilla killen och så” (R1, S1).

Hon beskrev att det var efter att de diskuterat könsroller på arbetsplatsträffen som de börjat ifrågasätta varför de inte gör precis tvärtom. Hon tänkte att det kanske var något man skulle kunna utveckla, men att det gäller att noga tänka efter om det verkligen är nödvändigt:

”Det kan vara en kul tanke och sådär, vad händer om jag tar in den här rosa muggen till en liten kille som sitter och kan få någon reaktion så, men om man ser till långsiktigt vad leder det till om vi börjar ändra på det, kan vi vinna något på det? Jag vet inte” (R1, S1).

Sjuksköterskorna i S1 berättade även hur de hade kommenterat utbildningen hemma med sina sambos samma dag som de gått den och sagt att den varit intressant.

Undersköterskorna

En av respondenterna sade under intervjun att hon tyckte att hon fått en ”aha-upplevelse” under utbildningen. Hon menade att all fakta i materialet hade gjort att hon stannat till och tänkt efter på hur kvinnor och män beter sig när de kommer in och är sjuka. Och även på vilket bemötande som de får:

”När kvinnor kommer och vill ha hjälp så ser det som lite gnäll-syndrom, medan karlar stövlar in och får sin medicin och sen är det klart” (R2, U1).

Även i U2 tyckte sköterskorna att det var bra att bli påmind och få reflektera över vad man själv tyckte och vad deras kollegor hade för uppfattning. Undersköterskorna i U1 sade att de hoppades att de skulle se annorlunda på sina egna jobb efter att ha gått utbildningen, men att det är lätt att glömma detaljerna och komma av sig. Två av dem trodde att de skulle kunna säga till på ett annat sätt efter utbildningen om de skulle upptäcka något som inte var jämställt:

(2): ja, det ger mer skinn på näsan.

(3): det är väl det som är meningen med det här materialet, att man blir medveten bättre.

(2): mm, att diskussionen finns, liksom, att det.

(3): ja, att frågan finns.

(2): ja, precis, att frågan finns.

A: Hur menar ni då, att frågan finns?

(3): ja, men om man aldrig pratar om saker så kan det ju vara så att man själv bara går och funderar runt i cirklar och inte trott sig själv om de upplevelser man faktiskt har, men om man tar upp det i större forum, belyser det från lite olika håll, diskuterar, då vet ju alla, att den här frågan finns. Och då går det ju att prata om det. Annars så tror man 'det är jag som inte förstår' eller 'jag är missförstådd'.

6. Finns det någon del av lärandeprocessen som av respondenterna upplevts som särskilt positiv eller utvecklande?

Handledarna

Personalspecialisterna hade svårt att komma överens om det var faktadelen i materialet med statistik eller om det var värderingsövningarna och diskussionen som var mest värdefulla för att personalen skulle lära sig. Några ansåg att statistiken innehåll sådant som cheferna redan visste, men att under värderingsövningarna så fick deltagarna tänka till. Andra tänkte att faktabitarna var viktigare just för att många inte är införstådda i hur verkligheten ser ut.

Handledarna betonade även att det divisionsövergripande nätverk som de själva ingår i fungerat som ett utmärkt stöd för dem under hela processen.

Cheferna

Även om statistikdelen fått kritik så är det också en av delarna i materialet som framhålls som särskilt värdefull. Sådär beskrev en respondent hur hon uppfattar den:

”Det är tacksamt när statistiken är så övertygande om att det är någonting som är fel, eller att det är en snedfördelning på något sätt, av resurser eller vad det nu är, för att många blir ju ändå väldigt förvånade när man lägger upp siffrorna och säger att 'så här är det'” (R2, C1).

Hon fick medhåll av en kollega. De ansåg att det är viktigt att se siffrorna för att inte normalisera eller neutralisera ojämställdhet. Hon menade att man annars lätt blir ”inkörd på att det är normalt” och att siffrorna hjälper till att öka medvetenheten om hur det faktiskt ser ut i samhället när det gäller jämställdheten (R2, C1).

Sjuksköterskorna

Sjuksköterskorna i S1 berättade att särskilt exemplet med läkemedelsanvändning hos kvinnor och män hade gjort intryck på dem under utbildningen. De tyckte också att materialet i allmänhet var mycket bra. Sjuksköterskorna i S2 tyckte inte att det fanns något särskilt positivt med utbildningen, förutom att det var en påminnelse att tänka på jämställdhetsfrågor.

Undersköterskorna

I intervjuerna med undersköterskorna var det endast U1 som lyfte fram någon del som särskilt positiv. En respondent framhövde att den diskussion hon och hennes kollegor hade på arbetsplatsträffen där de tog upp materialet hade varit ”ovanligt bra” och betydelsefull.

7. Har respondenterna själva utfört projektet som det planerats ”uppifrån” eller har man gjort egna anpassningar, som är avsteg från upplägget?

Handledarna

Majoriteten av deltagarna i handledargruppen hade genomfört projektet som de blivit tillsagda. De upplevde inte att de själva hade någon makt att påverka om projektet genomfördes eller inte. En av handledarna berättade att man på hennes division hade gjort ett litet avsteg från modellen:

”Vi hade en pilotgenomgång första gången, bestämde vi oss för. Så vi valde ut specifika, vilka vi ville ha i första omgången. För att testa om det funkade men också för att vi skulle bli lite varma i kläderna och kunna det här.”

Cheferna

Bara en chef i C1 hade givit sin personal någon uppgift eller något att fundera på mellan arbetsplatsträffarna. Hon hade bitt sin personal tänka igenom hur de bemöter patienterna. Orsaken till att ingen av de andra givit någon uppgift var att det inte var samma personal som deltog på de olika mötena. En respondent i C1 berättade att hon använt sig av litet eget material för att stödja diskussionen, bestående av några vykort från JämO som problematiserar jämställdhet.

Cheferna var överens om att de hade blivit ålagda av personalchefen att gå på utbildningen för 3xAPT och att själva genomföra det. Direktiven hade varit tydliga och en respondent berättade att hon antagligen skulle ha prioriterat bort det om hon inte blivit ålagd att följa modellen. På frågan varför vissa chefer ändå väljer att inte gå på utbildningen svarade en annan respondent såhär:

”Jag tror att man orkar inte, det har varit jättemycket att, det är miljö, det är jämställdhet, det är besparingar, det är... Med besparingar och sånt har divisionen kommit ganska långt och då tror jag att till slut orkar man inte en sak till” (R3, C1).

En av deras kollegor framhöll att hur man förhåller sig till implementeringen också beror på hur det presenteras för chefsgruppen och vilka valmöjligheter man får. Som chefssjuksköterska upplevde hon att hon inte hade något val att välja bort något.

I chefsgruppen ansåg de flesta att satsningen ”3xAPT, Hälsa, Arbete och Kön” även borde följas upp för att fungera optimalt.

Sjuksköterskorna

Sjuksköterskorna i S1 hade alla varit på minst en arbetsplatsträff där materialet diskuterats. Ingen av dem hade varit på tre stycken, och det framkom i intervjun att det inte var upplagt så på någon av deras avdelningar. På grund av det rullande schemat kom det alltid olika personal på arbetsplatsträffarna. I S2 hade en av sköterskorna tagit upp *Hälsa, Arbete & Kön* på en arbetsplatsträff, under det att hennes kollega hade fått utbildningen på en planeringsdag då personalspecialisten som är handledare på hennes division hade hållit i diskussionen. För alla sjuksköterskorna var det obligatoriskt att närvara vid utbildningen.

Undersköterskorna

Även för undersköterskorna var utbildningen obligatorisk. I U1 tyckte respondenterna att det var en bra lösning att ha den på arbetsplatsträffen. I U2 hade två av undersköterskorna fått utbildningen på planeringsdag, och då var det personalspecialisten på divisionen som höll i den. De tyckte att det hade varit bra. Den tredje undersköterskan i U2 hade haft utbildningen med avdelningschefen på en arbetsplatsträff, enligt ursprungsmodellen.

8. Kan man i intervjuerna identifiera svårigheter med överföringen av den teoretiska förståelsen som finns i materialet *Hälsa, Arbete & Kön*? Är de svårigheterna a) av praktisk karaktär? b) sammankopplade med attityder och värderingar som inte korrelerar med budskapet i materialet *Hälsa, Arbete & Kön*?

Handledarna

A) *Svårigheter av praktisk karaktär.* Många i handledargruppen efterfrågade en starkare betoning på hur de själva skulle lägga upp utbildningen med cheferna. De skulle ha velat prata mer om hur de skulle gå tillväga för att implementera projektet i organisationen:

”Fast jag hade nog uppskattat lite mer tips och hur vi skulle lägga upp själva utbildningen, för det vet jag att jag tänkte efteråt sen att, hur jag praktiskt skulle gå tillväga, just man kan lägga upp det lite på det här sättet... Materialet var bra redan från början, men lite mer praktiska råd, tycker jag. Gärna tips på hur vi skulle ha lagt upp själva utbildningen för våra chefer” (R2, H1).

En av handledarna påpekade att detta i sin tur kan skapa svårigheter för chefen som de lär upp. Han menade att målet borde vara att chefen ska kunna gå en utbildning och sedan inte behöva lägga ned extra tid innan arbetsplatsträffen.

B) Svårigheter sammankopplade med attityder och värderingar. En av handledarna berättade att hon hade svårt att försvara faktadelarna och statistiken i materialet när den blev ifrågasatt av de chefer som hon skulle utbilda. Hon kände inte att hon visste bakgrunden eller kunde förklara orsaker. Många höll med henne om att det hade varit svårt att möta kritiken från de forskarvana läkare och chefer som gått på deras utbildningar.

”Ja, så att det känns lite som ett platt fall på det sättet, då blev det mera ’ja, så här ser det ut, take it or leave it, liksom’ och ha som en diskussion. Så att jag tror att man måste veta exakt, annars tror de inte på det” (R6, H1).

Många av handledarna hade särskilt upplevt att statistiken blev ifrågasatt på grunden att den var för gammal, då den beskrev förhållanden från 2003.

Cheferna

A) Svårigheter av praktisk karaktär. Ett problem som chefsgruppen identifierade var att man inte hade lokaler som passade för till exempel värderingsövningar. En av dem påpekade att deras konferensrum var för tolv personer, vilket gör det omöjligt att ”springa runt”.

B) Svårigheter sammankopplade med attityder och värderingar. I C1 upplevde en av respondenterna att det varit svårt att diskutera jämställdhetsfrågor i hennes personalgrupp. Hon beskrev det såhär:

”Jag känner det att det är, i min personalgrupp så landar inte det här direkt sådär att, det räcker med en diskussion, utan det, och det kan ha att göra med ålder, det kan ha att göra med egna sociala erfarenheter och så...” (R4, C1).

En kollega berättar att hon själv inte känt sig så motiverad att övertyga personalen på arbetsplatsträffen.

Sjuksköterskorna

A) Svårigheter av praktisk karaktär. I S2 tyckte sjuksköterskorna att de hade svårt att ta till sig ett budskap när det hade den formen som deras arbetsplatsträff hade:

”Fast då tror jag att man måste lägga upp det på ett annat vis. För när man bara sitter och blir imatad sådär, då får man... ja... man blir inte så engagerad i det” (R1, S2).

En av dem pratade även om att det ofta råder tidsbrist på avdelningarna och att det inte finns utrymme till att reflektera och diskutera som man borde. I S1 pratade man om samma svårighet med tidsbrist:

”Ja, vi vet ju inte vad det var för någon, men... men jag tror att det hade kunnat varit, för jag tyckte själv att det har gått lite fort, liksom att vi har visat bilder, man har visat det och sen var det bara slut” (R1, S1).

B) Svårigheter sammankopplade med attityder och värderingar. I S2 menade en av sköterskorna att det var tröttsamt att prata om jämställdhet när det redan finns så mycket information om det i media och i samhället. ”Man blir lite blasé”, sade hon. Hon tyckte inte att det fanns några problem som var kopplade till kön på hennes egen avdelning och att hon därför kanske inte tog till sig budskapet.

Undersköterskorna

A) Svårigheter av praktisk karaktär. Undersköterskorna lyfte också fram tidsbristen som den största praktiska svårigheten. En av dem tyckte även att det var viktigt att de kunde vara i en lugn miljö då de diskuterade:

”Vi har ju de här i personalrummet och de är aldrig riktigt lugna, men skulle man sitta i en lugnare miljö och kanske ha någon, ett par timmar i alla fall skulle väl räcka för att gå igenom lite. Framförallt någon annanstans än i personalrummet. För man har så mycket annat då” (R1, U1).

En kollega till henne tyckte att det skulle vara bra att ha de tre tillfällena i närmare anslutning till varandra eftersom hon annars hann glömma en hel del mellan gångerna. Även i U2 menade man att det borde vara fler tillfällen. De diskuterade även problemet med att de flesta är trötta och inte orkar engagera sig:

”Det finns så många arbetsgrupper redan. Så ska man hinna med patienterna också. Man sitter sin knappa halvtimme på lunchen och sen är det fullt kör” (R3, U2).

B) Svårigheter sammankopplade med attityder och värderingar. De enda svårigheter sammankopplade med attityder och värderingar som undersköterskorna själva tog upp var läkarnas attityd till jämställdhetsarbete.

9. Finns det ett *systemtänkande* i respondenternas syn på budskapet i ”3xAPT, Hälsa, Arbete och kön”? Beskriver de betydelsen av kön i vården i ett helhetssammanhang och ser sambandet mellan händelser och aktiviteter?

Handledarna

Bland personalspecialisterna rådde uppfattningen att deras uppgift är att få ut ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön” i organisationen genom att själva gå på SKL:s utbildning och sedan hålla i egna utbildningar. De såg på organisationen som en helhet eftersom de har kontakt alla personalgrupper och själva är placerade på positioner där de har bra utsikt över organisationen. De problematiserade även

betydelsen av kön utifrån samma perspektiv, med fokus på den personal som arbetar med att ge vård och ha kontakt med patienter.

Handledarna var medvetna om att det har varit svårt att nå ut till läkargruppen med projektet. De berättade att de skickat inbjudningar per e-post och informerat i ledningsgrupper, men att många läkarchefer ändå inte dykt upp. De menade att detta har att göra med en gammal kultur ”som behöver ändras”. De sade dock att läkarna fortfarande är ålagda att genomföra ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön”, trots att majoriteten av dem inte gått på handledarnas utbildning.

Cheferna

Respondenterna ägnade en relativt stor del av intervjun till att diskutera trestegsmodellens upplägg. De ansåg att läkargruppen inte verkade ha varit särskilt delaktig i processen. Många menade att läkarna generellt sett inte brukar prioritera jämställdhetsfrågor. De ansåg också att cheferna i läkargruppen har större inflytande över sitt eget arbete än vad de själva har:

”Fast de är ju också ålagda detta som första linjens chefer. Det är klart att det är mycket viktigare att prioritera någon häftig liten levertransplantation eller stamcellstransplantation jämfört med det här. Och så har man ännu färre i sin grupp, man har kanske två eller fyra som man är chef över. Och man har knappt APT. Jag tycker att det är synd, för att det skulle behövas i den gruppen, bara för att väcka tanken kring jämställdhet på andra, alltså det är, mellan yrken, mellan kön, mellan kön och yrke” (R2, C1).

Några respondenter berättade att ett antal kvinnliga läkare på divisionen skapat ett nätverk för unga, kvinnliga läkare och att det nätverket kommit att fungera som en förevändning för de manliga läkarna att inte jobba vidare med jämställdhetsfrågor: ”Ja, men då vet man att det nätverket finns, då räcker det på nåt sätt.” De menade att läkargruppens frånvaro drar ned resultatet för projektet i sin helhet.

En av respondenterna beskrev att det var först under utbildningen i ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön” som hon förstod varför det skulle vara värdefullt för henne och hennes personal att reflektera över jämställdhet. Hon menade att hon plötsligt kunde se hennes avdelning som en del i den stora organisationen:

”Jag reflekterade som så många andra, att vad ska det här ge, jag har ju inte en enda man i min organisation, och jag hoppades att jag skulle få hjälp att få en annan infallsvinkel och det fick jag. Det tyckte jag var bra och det har jag försökt ta med mig ut i organisationen också att man kan faktiskt tänka på andra sätt och det är inte bara så enkelt med jämställdhet att det förekommer att man har manliga arbetskamrater och så” (R2, C2).

Ett helhetstänkande blir även tydligt då många av cheferna identifierat risker med att låta varje chef ta ansvar för om arbetsplatsträffarna verkligen genomförs. En

respondent sade att om hon inte hade tyckt att det var viktigt med jämställdhetsfrågor så ”skulle jag nog få mycket annat att göra”, och ganska lätt komma undan med att inte avsluta projektet. En annan av respondenterna ansåg att de chefer som inte gått utbildningen har brustit i sitt chefskap och att det är ett problem för organisationen i stort.

Sjuksköterskorna

På frågan om sjuksköterskorna trodde att modellen i 3xAPT fungerar och om alla grupper på sjukhuset skulle nås så svarade både S1 och S2 att de inte trodde att läkarna skulle nås. En av dem menade att det var för att läkarna tyckte att det var ”för låg nivå” på sjuksköterskornas möten. Hon berättade att man försökt att bara ta upp övergripande frågor på arbetsplatsträffarna, med tanke på läkarna, men att många ändå inte dyker upp och att hon upplever att hon ofta måste gå till deras chef separat för att informera.

Undersköterskorna

Undersköterskorna i U1 trodde inte heller att trestegmodellen fungerade särskilt bra. ”Det blir för många håll”, sade en av dem. Hennes kollega höll med:

”Jag tror nog tyvärr att det kan bli det. Om det börjar med att någon eldsjäl gått ut med det och så trappas det av så blir det bara som hafsigt i slutändan” (R2, U1).

Den tredje undersköterskan i U1 höll inte med, hon tyckte ändå att det hade varit en bra utbildning och bra diskussion. De tvivlade emellertid alla på att läkargruppen skulle nås i processen:

”Vi har ju de här barnläkarna som är här ofta. Ja, de och våra överläkare, de är ju kopplade till sektionen. De är på alla avdelningar. Men underläkarna däremot, de tillhör ju hela huset så att säga. Så ska man få dem så får man ta alla ST-läkare i en organisation. De är ju aldrig med på några möten, de är liksom inte hemma någonstans” (R3, U1).

Resultat – de övriga sjukhusen

I denna del av rapporten fokuserar utvärderingen enbart på det första steget i utbildningsprocessen, det vill säga utbildningen av handledare. Intervjuer har skett med den handledare på varje sjukhus som utbildats av SKL och därmed givits ansvaret att småningom implementera projektet. Det är för att ge en bild av den pågående processen samt belysa aspekter och erfarenheter som de ansvariga inom varje sjukhus har av uppstartandet och införandet av det nya utbildningsprojektet inom den egna organisationen.

Södersjukhuset

Pågående process

Jämställdhetshandläggaren på Södersjukhuset deltog i SKL:s utbildning vid samma tillfälle som handledarna på Karolinska Universitetssjukhuset. Hon berättade under intervjun att det inte var SKL som bjöd in henne till det tillfället, utan att initiativet hade kommit från Karolinska Universitetssjukhusets personalavdelning, eftersom det fanns platser kvar.

På Södersjukhuset arbetar man aktivt med att anpassa ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön” till den egna organisationen. Den jämställdhetshandläggare som jag intervjuade upplevde att jämställdhetsfrågor blivit allt mer prioriterade under senare år. Under 2006 har Jämställdhetscertifieringen pågått på Södersjukhuset och ett antal verksamhetschefer har påbörjat den. Jämställdhetshandläggaren tyckte att hon märkt att de chefer som redan gått den certifierade utbildningen har börjat fundera lite mer på jämställdhet. Personalavdelningen hade, veckan innan intervjun, haft en temadag för jämställdhet med en extern föreläsare. De har även tagit in en praktikant som arbetat med att ta fram en checklista för chefer som kan användas vid kartläggning av organisationen ur ett genusperspektiv.

Vad upplevs som positivt?

Att den certifierade jämställdhetsutbildningen pågår i anslutning till ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön” tyckte Södersjukhusets jämställdhetshandläggare var mycket bra. Det kan uppstå vissa synergieffekter som är positiva. Hon gav exempel på chefer som kommit tillbaka från utbildningen och startat upp egna projekt, som att se över föräldrapolicy eller könsfördelning på olika befattningar.

Hon berättade även hur hon haft stor nytta av att frågan lyfts formellt i organisationen:

”Vi har ju haft väldigt stor draghjälp av att man under den här mandatperioden tillsatte någon som jämställdhetsansvarig i koncernledningen.”

Hon menade att det är betydelsefullt att allt yngre kvinnor och män kommit in i ledningsgruppen, eftersom de ofta har småbarn och då kanske ett annat perspektiv än äldre chefer.

Vad upplevs som negativt?

Södersjukhusets jämställdhetshandläggare berättade att hon hela tiden varit lite tveksam till hur Karolinska Universitetssjukhuset valt att gå tillväga. Hon utvecklade sitt resonemang såhär:

”Det har jag varit lite tveksam till och funderat på hur det fungerar i praktiken, det är det här att det går via personalfunktionen, för de hade, personalfunktionen ska ju vara ett stöd, men de hade ju gjort så att de beslöt sig för att använda det här materialet, och man hade då, när jag pratade med honom första gången, inte tagit in ledningsgruppen, på Karolinska. Utan det var ett beslut som satt på personalsidan. Och sen så valde man att utbilda personalspecialisterna som i sin tur skall engagera cheferna. Och då blir jag lite... för att det blir som det ibland blir med jämställdhetsfrågor, det står här vid sidan om. Om man inte har ledningens stöd.”

Hon menade att det är nödvändigt att den som har ansvar för implementeringen måste ha en sådan ställning i organisationen att man kan förmå alla chefer att prioritera frågan och att lägga ned reell tid på arbetsplatsträffar: Där är det mycket viktigt med en tydlighet från ledningsgruppen, sade hon, annars finns en risk att frågan halkar ned på prioriteringslistan:

”Ja, jag tror att många chefer kan tänkas uppfatta det som att det är en personalfråga enbart, att det inte är en verksamhetsfråga på samma sätt som man kanske kan säga om det kommer från ledningen, att det är viktigt för er verksamhet, alltså att ni tar upp den här frågan och vi vill att ni formulerar egna mål och åtgärder, och vi vill se en förändring.”

En annan sak som hon funderat på var att materialet kanske är lite väl omfattande och att det kan bli mycket att hålla reda på för den enskilda chef som ska arbeta med materialet, eftersom det täcker många områden.

Egna anpassningar

På Södersjukhuset har man valt att arbeta med materialet och lyfta fram vissa delar. En arbetsgrupp har tillsatts som leds av en person som har forskat inom genusmedicin och som fått i uppdrag att leda gruppen. De har valt att enbart använda patientperspektivet i det nya material som de tar fram med utgångspunkt i *Hälsa, Arbete & Kön*. Arbetsgruppen består av läkare, sjukgymnaster och sjuksköterskor med målet att de olika kompetenserna ska komplettera varandra. Tidsperspektivet är flera år, projektet startar hösten 2006. Planen är även att genomföra en uppföljning av projektet:

”Första steget är ju att på nåt sätt mäta om man har tagit upp en diskussion, haft det här materialet. Så att det är då skrivet att en viss procent av vård-enheterna skall ha hunnit med under det här året. Då kommer man ju när vi gör uppföljningen så kommer ju den frågan, har vi jobbat med det här materialet, i vilken omfattning?”

Anledningen till att Södersjukhuset valt att omarbete materialet är tudelat; dels hoppas de få in ett starkare ”Sös-perspektiv” med mer lokal statistik och förankring i den egna verksamheten, dels ansåg jämställdhetshandläggaren att det är en bra början då man ska närma sig känsliga frågor.

I praktiken kommer projektet att implementeras genom att vårdutvecklare på varje verksamhetsområde fungerar som ett stöd åt cheferna innan de går ut på arbetsplatsträffarna. Jämställdhetshandläggaren berättade att det är första gången som de arbetar så grundligt med något innan det sätts igång och hon menade att förhoppningsvis grundar det för en ny sorts arbetsform för liknande projekt i framtiden.

Danderyd

Pågående process

Danderyds sjukhus tog emot utställningen *Hälsa, Arbete & Kön* för två år sedan. Efter det har den certifierade jämställdhetsutbildningen inletts, och i stort sett alla chefer har gått den. För Danderyd är det tredje och sista steget att starta ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön”. Jämställdhetshandläggaren på Danderyds sjukhus deltog vid utbildningstillfället med SKL i september 2005. Hon berättade vid intervjun att de diskuterat efteråt på sjukhuset hur och när de ska sätta igång men att de inte bestämt något än. Hon tyckte att förankring är ”A och O”, särskilt eftersom detta är det största projekt de haft någonsin på jämställdhetsområdet:

”Då, gäller det ju att förankra hos VD och personaldirektören. Det skall ju passa in i allt det andra som är på gång också. Verksamhetsförändringar och så, som. Ja, och så ska den vanliga verksamheten skötas också. Så det är lite tufft att få ihop allting. Men man måste ha med personaldirektören och VD på tåget. Sen har ju cheferna, verksamhetscheferna, de är ju liksom lite inne på banan också i och med att de gått den certifierade jämställdhetsutbildningen. Så vi sade att vi skall inte börja innan åtminstone de första är klara.”

Man vill alltså vänta med ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön” tills cheferna har blivit klara med jämställdhetscertifieringen. Jämställdhetshandläggaren berättade för mig att det på så vis blir en sorts kvalitetssäkring av 3xAPT.

Vad upplevs som positivt?

Danderyds jämställdhetshandläggare var mycket positiv till hela projektet och uttryckte särskilt sitt gillande över den ordlista som finns med i materialet. Hon berättade att hon redan använt den i olika sammanhang, vid utbildningar och föreläsningar. Hon påpekade också att projektet om det når ut till hela organisationen har potential att skapa levande diskussioner och främja jämställdhetsfrågan. Men det kräver blandade grupper av sjuksköterskor, undersköterskor och läkare för att skapa just den dynamiken.

Vad upplevs som negativt?

En sak som jämställdhetshandläggaren på Danderyds sjukhus nämnde som svårt var att modellen i ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön” kräver en del av den som håller i utbildningen. Dels måste man vara ganska faktakunnig, men även klara av att bli ifrågasatt:

”Ja, om man ska prata om jämställdhet så behöver man mycket fakta på fötterna, alltså kunskap. Forskning och så, för att det kommer vara en del som älskar att nagelfara saker och ting, speciellt läkare. Där vill man ha mycket bakgrundsfakta och ’vad säger forskningen’.”

Hon lyfte också fram som en nackdel att en avdelning och dess chef redan har så mycket att gå igenom och lära ut till personalen så att detta lätt kan försvinna bland alla andra måsten.

Egna anpassningar

På Danderyds sjukhus har man inte planerat eller diskuterat några större anpassningar av projektet. Jämställdhetshandläggaren berättade att hon själv upplevt det som ett synnerligen toppstyrt initiativ. Hon trodde att man ofta kunde känna på hennes arbetsplats att man ville ha mer medverkan från ledningen på sjukhusen i sådana här frågor.

Den stora anpassning som de dock diskuterat är att inte implementera projektet i hela organisationen på en gång, utan att börja med vissa kliniker:

”Ingen massutbildning. Att alla liksom måste in i en fåra. Utan, de som är intresserade och vill jobba vidare med det.”

Hon medgav att detta skulle kunna vara en lösning på problemet hon tidigare identifierat, att många lider av tidsbrist.

S:t Eriks Ögonsjukhus

Pågående process

PA-konsulten på S:t Eriks Ögonsjukhus berättade att alla verksamhetscheferna precis gått eller går den certifierade jämställdhetsutbildningen. Även ”3xAPT,

Hälsa, Arbete & Kön” har satts igång. Ett tiotal chefsjuksköterskor har utbildats och påbörjat steg tre med arbetsplatsträffar. Verksamhetscheferna har inte än utbildats men planen är att göra detta under hösten 2006. Beslutet att även verksamhetscheferna skulle utbildas togs av sjukhusledningen under tidig vår 2006.

Vad upplevs som positivt?

PA-konsulten menade att det är bra att den certifierade jämställdhetsutbildningen har legat före och i viss mån samtidigt som ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön”. Hon tyckte att det är ett mycket bra sätt för cheferna att föra vidare sina nyfunna kunskaper till sina medarbetare.

Vad upplevs som negativt?

Den största svårigheten som kom fram under intervjun var att PA-konsulten ibland kunde känna att det var svårt att anpassa materialet till sjukhusets egna vardag:

”Vår egen verklighet, det är ju ofta lättare att diskutera i sådana här stora, fluffiga termer, ja, att män är bättre än kvinnor på olika sätt, ja, samhällsfrågor eller vad man ska säga. Medan det blir mer känsligt också om man börjar prata om sin egen verklighet. Hur man själv förhåller sig till manliga respektive kvinnliga läkare eller kollegor och sådär.”

Hon påpekade även att hon tyckte att det var lite otydligt för cheferna hur de skulle arbeta vidare med materialet och bete sig när de tog upp det på arbetsplatsträffarna.

Egna anpassningar

På S:t Eriks ögonsjukhus tyckte man från början att 3xAPT var en spännande form, särskilt som de fått veta i egna medarbetarundersökning att kvinnor och män upplevde sin arbetssituation olika. Handledaren funderade under intervjun på att det skulle vara värdefullt om verksamhetscheferna och läkargruppen som ska utbildas hösten 2006 kan få ta del även av resultatet från medarbetarundersökningen och hur det ser ut på deras egna kliniker. Då skulle man kunna anpassa varje diskussion ännu mer till hur det verkligen ser ut.

Resultat: Kvantitativ översikt

Det första målet som SKL uttalat i samband med pilotprojektet ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön” var att sprida materialet i SLL:

Mål 1. Sprida arbetsmaterialet Hälsa, Arbete & Kön inom Stockholms läns landsting enligt modell 3xAPT under 2005–2006.

Detta har under det senaste året 2005–2006 gjorts genom att man utbildat handledare som sedan fortsatt med trestegsmodellen och fört ut materialet i sina egna organisationer. Det här avsnittet ger en bild över hur ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön” spridits genom att modellen implementerats, främst på Karolinska Universitetssjukhuset. Alla siffror kommer från Karolinska Universitetssjukhuset. Nedan följer genomgångar av hur varje steg enskilt spridit sig. Steg 2 och 3 bygger på uppskattningar från ett stickprov om 70 slumpmässigt utvalda chefer som deltagit i steg ett. Totalt 461 chefer bjöds in att delta i utbildningen, och 239 deltog.

Steg 1. SKL utbildar handledare inom SLL

Sammanlagt nitton handledare har utbildats av SKL fram till och med september 2006. Sexton av dem finns på Karolinska Universitetssjukhuset, och en vardera på Danderyds sjukhus, Södersjukhuset och S:t Eriks Ögonsjukhus.

Steg 2. Handledarna utbildar chefer inom sin egen organisation

På Karolinska Universitetssjukhuset har sammanlagt 239 chefer genomgått utbildningen till och med september 2006 (tabell 2). Handledarna har rapporterat att de bjudit in totalt 461 chefer. Det är alltså 52 procent av cheferna i målgruppen som genomfört utbildningen. På den åttonde divisionen hade man i september 2006 ej ännu utbildat några chefer, därför uteslöts denna division i datainsamlingen.

Tabell 2. Utbildade chefer per division på Karolinska Universitetssjukhuset.

Division	Antal	Andel (%)
Akutdivisionen	25 av 105	24
Barndivisionen	40 av 70	57
Huvuddivisionen	39 av 72	54
Medicinsk kirurgi 1	33 av 53	63
Medicinsk kirurgi 2	39 av 85	46
Onkologi och hematologi	39 av 47	83
Thorax/kärldivisionen	25 av 29	86
Totalt	239 av 461	52

På S:t Eriks Ögonsjukhus har ett tiotal av första linjens chefssjuksköterskor utbildats. Ingen verksamhetschef hade ännu genomgått utbildningen i september 2006.

På Danderyds sjukhus och Södersjukhuset hade man i september 2006 inte påbörjat utbildningen av chefer.

Steg 3. Cheferna som utbildats genomför 3xAPT

De kontaktade cheferna på varje division har rapporterat om de genomfört 0, 1, 2 eller 3 arbetsplatsträffar där de tagit upp materialet *Hälsa, Arbete & Kön* (tabell 3). Alla medelvärden från divisionerna berättar för oss att man på divisionerna genomfört 0,7 APT i genomsnitt. Variationsbredden är 2, vilket tyder på stor variation i antalet genomförda APT.

Majoriteten, 60 procent av de utbildade cheferna, hade dock i september 2006 inte än genomfört en enda APT (tabell 4). Tjugo procent hade genomfört en APT, 11 procent två stycken och 9 procent tre stycken APT. Märk dock att siffrorna är en uppskattning av hur de 239 cheferna som genomgått steg ett agerat och alltså inte exakta värden.

Tabell 3. Uppskattning av antal genomförda APT.

Division	Antal genomförda APT i genomsnitt
Akutdivisionen	0,6 st
Barndivisionen	0,8 st
Huvuddivisionen	0,1 st
Medicinsk kirurgi 1	0,4 st
Medicinsk kirurgi 2	0,6 st
Onkologi och hematologi	0,2 st
Thorax/kärldivisionen	2,1 st
Genomsnitt alla divisioner	0,7 st

Tabell 4. Hur stor andel genomförde hur många APT?

Antal APT	Antal chefer	Andel chefer (%)
0 (noll) genomförda APT	42	60
1 (en) genomförd APT	14	20
2 (två) genomförda APT	8	11
3 (tre) genomförda APT	6	9
Totalt	70	100

Tabell 5 och 6 visar hur många APT som genomförts på den division som genomfört störst respektive minst antal APT. Vid datainsamlingen informerades

den division som haft flest genomförda APT, Thorax/Kärl, om att en del av deras avdelningar haft en gemensam träff då de diskuterat materialet, både med sina chefer och med handläggarna på divisionen. Det är en förklaring till varför resultatet är så pass annorlunda på den divisionen.

Tabell 5. Thorax/Kärl. Antal genomförda APT per tillfrågad chef (n = 10, N = 29).

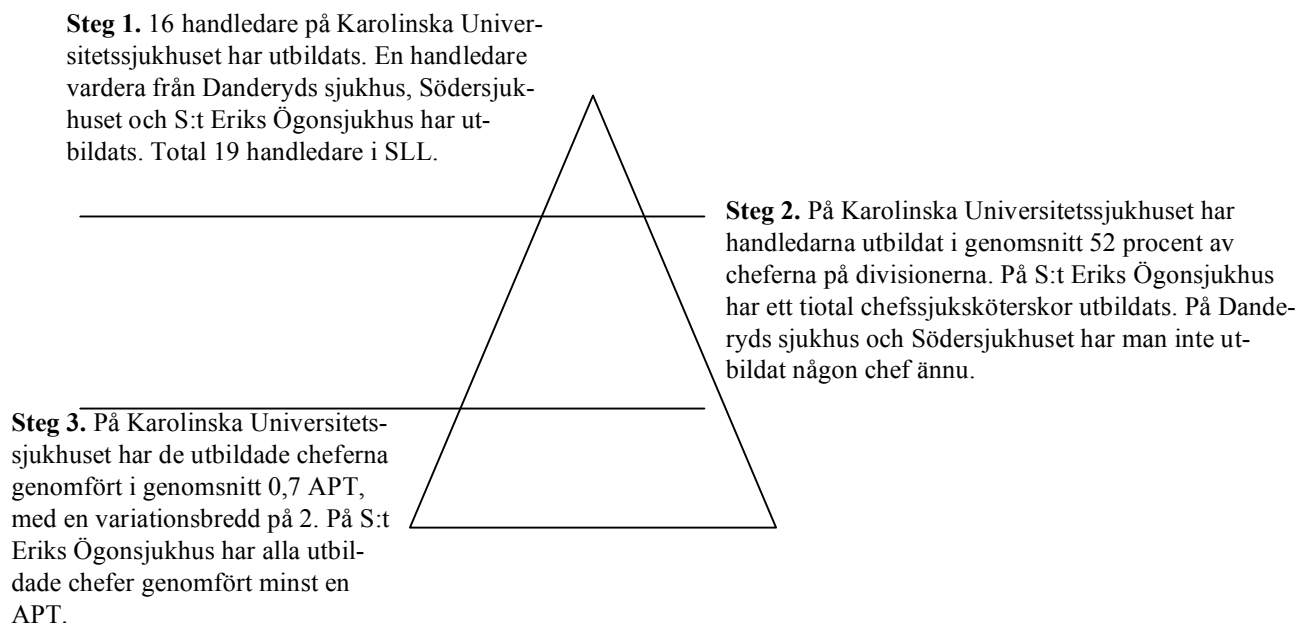
Chef	Antal APT
1. Chef övrigt	3
2. Chefssjuksköterska	1
3. Chefssjuksköterska	3
4. Läkare	3
5. Chefssjuksköterska	2
6. Läkare	3
7. Chefssjuksköterska	2
8. Chefssjuksköterska	1
9. Chef övrigt	1
10. Chefssjuksköterska	2
Genomsnitt	2,1

Tabell 6. Onkologi och Hematologi. Antal genomförda APT per tillfrågad chef (n = 10, N = 47).

Chef	Antal APT
1. Chefssjuksköterska	0
2. Chef övrigt	1
3. Chefssjuksköterska	0
4. Chefssjuksköterska	0
5. Chefssjuksköterska	0
6. Chefssjuksköterska	0
7. Chefssjuksköterska	0
8. Läkare	0
9. Chefssjuksköterska	0
10. Chefssjuksköterska	0
Genomsnitt	0,1

Det blir tydligt att det är mycket upp till chefsnivån om och när man tar upp materialet från *Hälsa, Arbete & Kön* på en APT. Alla divisioner var noga med att påpeka under datainsamlingen att projektet fortfarande pågår inom organisationen och att många chefer uppger att de planerar att sätta igång med APT under hösten. Över hälften av de tillfrågade cheferna som ännu inte genomfört något APT uppgav att de planerat det första mötet under hösten 2006 (figur 2). På S:T

Eriks Ögonsjukhus rapporterade man att de chefssjuksköterskor som genomgått utbildningen hade genomfört minst en APT till och med september 2006.



Figur 2. Kvantitativ översikt.

Enkäten

Efter avslutad ”3xAPT” ska chefen på arbetsplatsen fylla i den utvärderingsenkät som sitter längst bak i handledningskompendiet. Vid samtal med Karolinska Universitetssjukhusets centrala personalavdelning i september 2006 hade inte någon enkät kommit in.

Diskussion

Faktorer som kan ha påverkat resultatet

Ett pågående projekt

Den viktigaste faktorn som påverkat resultatet i den här utvärderingen är att ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön” i stor mån fortfarande pågår på Karolinska Universitetssjukhuset. En majoritet av de tillfrågade cheferna som utbildats av handledarna uppger att de planerar att sätta igång med arbetsplatsträffarna inom kort. Därför kan man med relativt stor säkerhet konstatera att andelen chefer som genomför APT kommer att stiga det närmaste året.

En annan faktor som blir relevant i samband med att projektet pågår är om utvärderingen i sig har påverkat projektets process, i synnerhet där intervjuer skett. På S:t Eriks sjukhus berättade respondenten att det var efter kontakten med Arbetslivsinstitutet som man fortsatte med projektet, även om intentionen funnits där redan tidigare så satte man igång tidigare än planerat. Även på de utvalda divisionerna 1 och 2 på Karolinska Universitetssjukhuset kan Arbetslivsinstitutets utvärdering ha skyndat på processen.

Bortfall av läkargruppen

En inte minst lika viktig faktor som att projektet fortfarande pågår, är svårigheten som uppstod med att finna läkare som ville intervjuas. Detta gäller såväl på chefsidan som på personalsidan. Att inte en enda läkare har uttalat sig i utvärderingen har naturligtvis en inverkan på resultatet. Först och främst står det obesvarat varför läkarna deltagit i ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön” i så liten utsträckning. De övriga gruppernas uppfattning om läkargruppens handlande får därför stå oemotsagd i utvärderingen.

Urval av data

Datainsamlingen till den kvantitativa översikten skedde i samarbete med divisionernas personalavdelningar. De uppmanades att via telefon eller e-post kontakta tio av de chefer som utbildats i steg två. I detta förlopp kan de personalspecialister som kontaktade chefer ha påverkat urvalet genom att välja chefer som de visste hade genomfört många APT. Resultatet tyder dock inte på att en sådan snedvridning förekommit.

Urval av respondenter

Samma problem finns vid urval av respondenter till fokusgrupperna. Här var det främst chefer på avdelningarna som valde ut vilka som skulle intervjuas. Man kan anta att respondenten även var intresserad av att delta. Därför kan det ha varit de mest intresserade och engagerade på avdelningen som valdes ut och detta i sin tur kan ha påverkat resultatet och fått projektet att verka mer framgångsrikt.

Eftersom det inte finns några generaliseringsanspråk i studien så är det bra att även ha med denna möjliga tendens i värderingen av resultatet.

Alla respondenter har egen erfarenhet av att genomgå utbildningen. Då fokusgrupperna är indelade efter yrkesgrupp så är risken att en deltagare inte kan yttra sig på grund av en formell beroendeställning till en annan deltagare minimerad. Relationer mellan kollegor som deltog i fokusgrupperna kan dock ha påverkat vem som uttalade sig och hur. Det är svårt att säga i vilken utsträckning detta skett.

Risken för påverkan finns alltid vid en intervjusituation. Respondenten kan av olika anledningar omedvetet eller medvetet försköna sin egen position eller andra delar av sin upplevelse. I de här intervjuerna ska detta beaktas i bedömningen av resultatet.

Målsättningen med ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön”

Målsättningen med de planerade arbetsplatsträffarna uttrycktes av SLL som att ”väcka den interna arbetsprocessen till liv, sätta fokus på tydliga fakta och könsindelad statistik och också få igång en dialog kring hur varje enskild patient blir bemött och varför” (Stockholms läns landsting 2004, sid 1). SKL formulerade sina mål på följande vis:

”Att öka kunskapen om betydelsen av kön i vård, behandling och bemötande, både ur ett arbetsgivar-, medarbetar- och brukarperspektiv. Detta för att förbättra vårdens arbetsmiljö, kvalitet och säkerhet. Som ett led i detta och som ytterligare ett syfte kommer arbetsmaterialet Hälsa, Arbete & Kön att testas som metod.”¹²

Syftet med utvärderingen är att granska projektets implementeringsprocess och att undersöka om de av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) uttalade målen har uppnåtts. Detta har gjorts genom en kvantitativ översikt som beskriver hur pilotprojektet ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön” spridits inom SLL till och med september 2006, och genom en kvalitativ undersökning som bygger på intervjuer med fokusgrupper inom olika yrkesgrupper som berörts av projektet. Utvärderingen belyser processen i de olika stegen i ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön” och dess genomslagskraft som metod och inverkan på personalens kunskap och medvetenhet om betydelsen av kön i vården. Rapporten innehåller också en redogörelse över det första steget i utbildningsprocessen på Södersjukhuset, Danderyds sjukhus samt S:t Eriks Ögonsjukhus.

Målet i sig innebär en syn på kunskap som en process, något som främjar inlärning enligt de teorier som belystes inledningsvis. SKL har inte haft som mål att organisationen ska ha förändrats, utan fokuserat på det första steget i inlärningsprocessen, det vill säga reflektion och medvetenhet.

¹² Uppdragsbeskrivning: Utvärdering av projektet 3xAPT; Hälsa, arbete och kön (2006).

Jämställdhetsintegrering

Tanken att jämställdhetsperspektivet ska integreras i alla verksamheter inom förvaltningen bygger på att man hittar sätt att inte bara förändra beslutsprocesser och fördelning av resurser. Det kräver också en inlärningsprocess, där individer och organisationer ska internalisera kunskap och öka sin medvetenhet om betydelsen av kön i deras egen verksamhet. ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön” är ett projekt som har ambitionen och möjligheten att vara en sådan inlärningsprocess. I den här avslutande diskussionen belyses resultatet i utvärderingen med en utmynning i styrkor, svagheter och möjligheter i ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön”. Integrering av ett jämställdhetsperspektiv kräver reflektion, kunskap och medvetenhet, men även synliggörande av motstånd och hinder i processen.

Genomförande av de tre stegen – har processen fungerat?

Efter den kvantitativa översikten kan konstateras att en stor del, 60 procent, av cheferna inte ännu påbörjat steg tre med arbetsplatsträffarna. Här kan tiden vara en viktig faktor, många har helt enkelt inte hunnit igång med det steget. Men steg tre är inte det avgörande i processen, en viktig hållpunkt finns ett steg tidigare, i steg två, där handledarna utbildar chefer. 239 av 461 chefer har genomgått utbildningen. Redan i steg två har följaktligen nästan hälften av målgruppen fallit bort. Enligt handledarna handlar det oftast om att läkarchefer inte har deltagit. En av handledarna uttryckte att det handlar om ”en gammal kultur som behöver ändras”, men det framkommer inte var ansvaret för att förändra finns. Handledarna menade att de skickat ut inbjudningar och informerat på möten om utbildningen men att det inte kommit in anmälningar från många. Det är ett viktigt resultat som visar att det krävs en annorlunda insats för att förmå alla att delta. Jämställdhetshandläggaren på Södersjukhuset menade att man måste gå via ledningsgruppen eftersom det är viktigt att den som har ansvar för implementeringen har mandat att förmå alla chefer att prioritera frågan. Behovet är stort av direktiv från ledningen som är klara och tydliga och kombinerade med överskådlighet kring ansvarsfördelning och uppföljning. På Danderyds sjukhus har man varit mycket noga med att förankra projektet hos ledningen innan första spadtaget tas och i linje med det betonar alla de övriga sjukhusen ledningens roll.

Eftersom få läkarchefer deltagit i steg två så är läkarna också en grupp som inte nåtts i särskilt stor utsträckning av steg tre. Då en intervju med läkargruppen saknas är insikten i orsakerna till detta fortfarande liten. Det blir påtagligt att organisationskulturen inom vården tillåter att läkargruppen uteblir. Motståndet till jämställdhetsreformer kan ta olika uttryck och i utvärderingen syns det i tystnaden och i svårigheten att nå läkargruppen.

Handledarna lyfte fram en risk i steg två av ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön” som kan uppstå då en chef uppvisar medvetet motstånd. De upplevde att det kan vara svårt att säkra kvaliteten på utbildningen, men också att se till att den över

huvud taget fortsätter i steg tre. Även cheferna hade identifierat den risken, även om de kände att de själva hade blivit ålagda att slutföra projektet och därför gjorde det utan att ifrågasätta.

När det gäller genomförande av arbetsplatsträffarna så var de svårigheter som kom fram under intervjuerna främst av praktisk karaktär, som svårigheten att genomföra ett givande möte när man befinner sig i en miljö som är bullrig, trång eller på annat sätt opassande. Handedarna på Karolinska berättade att det gärna skulle ha fått mer pedagogisk vägledning kring hur de skulle lägga upp utbildningen och hantera kritik och ifrågasättanden. Svårigheter kopplade till attityder och värderingar visade sig svårare att få fram i intervjuerna.

Projektets genomslagskraft

Avsändare och adress

Handledarna är den gruppen som är bäst informerad om bakgrunden till projektet ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön”. Både i fokusgruppen och i de individuella intervjuerna på de övriga sjukhusen är handledargruppen väl medveten om utvecklingen och uppkomsten av satsningen och om vilka organisationer som är upphovsmakare till projektet. Chefsgruppen däremot nämner ingen speciell aktör då de berör avsändaren och de övriga grupperna har ingen eller mycket liten kunskap om avsändaren. I alla grupper utom handledargruppen finns en bild av att projektet kommer ”uppifrån”, men inga detaljkunskaper framkommer i intervjuerna.

Angående projektets adress så är handledarna överens om att budskapet ska ut i organisationen, till dem som arbetar direkt med patienter. De ser sig själva som en sorts medlare som för innebörden vidare. Även cheferna har till viss mån den uppfattningen, även om de till större del inkluderar sig själva i målgruppen. Sjuksköterskorna och undersköterskorna ser det som är målgruppen och att det är för att de ska reflektera över sin egen situation och roll.

Det framstår följaktligen att avsändaren är tydlig i början av trestegsmodellen, men att tydligheten klingar av allt eftersom projektet pågår. När det når personalen på arbetsplatsträffarna är det inte ens säkert att materialet presenteras med en förklaring om ursprung och syfte. Inledande definierades kommunikation som länken från sändarens avsikt via hur denna avsikt uttrycks till vad mottagaren uppfattar av budskapet. Genom att markera sammanhanget, det vill säga inleda varje utbildningstillfälle med att berätta om bakgrunden och syftet med projektet så ökar tydligheten och samtidigt påverkas de individuella deltagarnas inlärningsprocess positivt.

Beträffande projektets adress så är det möjligt att uppfatta det som att det endast är de grupper som arbetar med patienter som ska utbildas. Det är dessa grupper som inkluderat sig själva i målgruppen. När de gör det, så ser de sig själva mest som offer för ojämställdhet och inte som upprätthållare av den. Här

är det viktigt att man under utbildningen diskuterar hur de olika grupperna kan använda informationen i arbetsmaterialet för att analysera sin egen situation. Det handlar både om hur man själv påverkas av men också hur man är med och skapar (o)jämslälldhet i organisationen. Bortsett från chefsgruppen, så nämnde respondenterna mycket lite om vad de själva hade för reell makt och handlingsutrymme i helheten och hur deras handlingar kunde påverka på olika sätt.

Hur uppfattades syftet?

Alla grupperna hade mer eller mindre samma syn på projektets syfte. De var överens om att det handlade om att få igång en diskussion på arbetsplatserna, att få personalen att reflektera och bli mer medveten. Handedargruppen var inställd på att syftet var riktat mot personalens värderingar och bemötande. De hade alltså reflekterat lite eller inte alls över sin egen roll. Cheferna, sjuksköterskorna och undersköterskorna var mer inställda på att det handlade om dem själva. Sköterskegrupperna menade också att det kunde vara ett syfte att se om det finns problem på avdelningarna och att cheferna får höra vad personalen anser i frågan och kanske få nya idéer. Hur väl överensstämmer detta med SKL:s uttalade syfte?

”Att öka kunskapen om betydelsen av kön i vård, behandling och bemötande, både ur ett arbetsgivar- medarbetar- och brukarperspektiv. Detta för att förbättra vårdens arbetsmiljö, kvalitet och säkerhet.”

Alla tillfrågade hade i stort sett samma bild av syftet som SKL när det handlar om att öka kunskapen om betydelsen av kön i vård. Ingen av de grupperna hade emellertid en så ingående bild av syftet som SKL. Få nämnde skillnaden mellan de olika perspektiven och inte heller varför det alls skulle vara viktigt att reflektera över betydelsen av kön i vården. Tankarna om att syftet kunde vara att få personalens åsikter stämmer inte in i SKL:s syfte, som har ett ”top-down”-perspektiv. Att få personalens idéer och lyfta problem är en naturlig konsekvens av 3xAPT, som många av cheferna välkomnade under intervjuerna, men den sortens ”bottom-up”-perspektiv står inte att återfinna i syftesformuleringen.

Resonemanget om syftet är nära sammanlänkat med tankar om tydlighet kring avsändare och adress. Genom en sammanhangsmarkering där man vid varje utbildningstillfälle i varje steg berättar vad syftet är, så bjuder man in deltagarna i varför de ska genomgå utbildningen. Den sortens tydlighet är främjande för inlärning och att skapa en helhetssyn, eller ett systemtänkande.

Enligt resultatet från intervjuerna så finns redan ett relativt utbrett systemtänkande kring vårdorganisationen hos alla grupperna. Ingen av dem ser endast sin egen grupp, organisationsbeteendet beskrivs om ett samspel mellan olika grupper och individer. Alla grupperna talade en hel del om vikten av att nå ut till läkargruppen med projekt som ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön”, och att de inte trodde att det hade fungerat speciellt bra denna gång.

Vem tar ansvar för implementeringen?

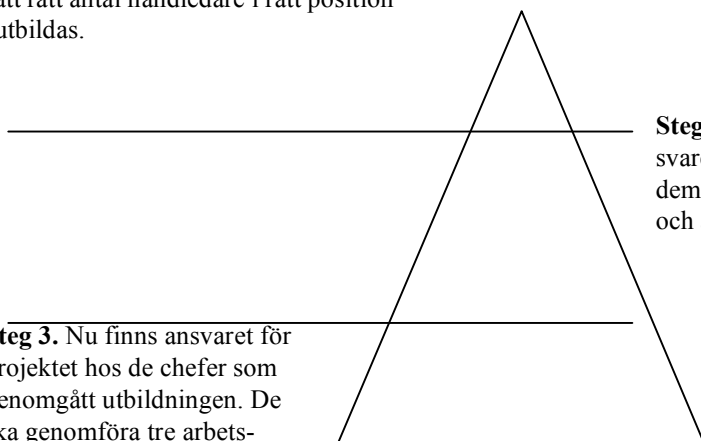
På handledarnivå har man upplevt projektet som ”toppstyrt” och att man fått direktiv att genomföra det. På Karolinska Universitetssjukhuset bjöd handledarna in sammanlagt 461 chefer och cirka 52 procent av dem genomgick utbildningen. Det tyder på att man, trots att projektet upplevdes som ett toppstyrt initiativ, inte hade några krav på att alla eller en viss andel av cheferna skulle genomgå utbildningen. Direktivet var endast att man skulle sätta bollen i rullning. Ingen av handledarna talar i intervjuerna om det fanns någon kvantitativ målsättning. I steg två har också många av de chefer som är läkare inte nåtts. En division rapporterade att ingen läkare deltagit i deras utbildning och mönstret har pekat åt samma håll på alla divisioner. Det är svårt att uttala sig om orsaken till detta då läkargruppen saknas i intervjumaterialet, och ingen läkare som är chef heller deltog i fokusgruppsintervjuerna på chefsnivå.

I steg tre har cheferna gjort främst två avsteg från grundmodellen. Först, och kanske viktigast, så har de inte genomfört tre stycken arbetsplatsträffar med all personal. De menade att det är svårt med tanke på att personalen går på ”rullande schema”. Antagligen skulle man behöva ha med materialet på fler än tre APT för att täcka in hela personalen. Det andra avsteget som cheferna gjort är att majoriteten inte gett sin personal någon uppgift att fundera på till nästa möte, mycket eftersom de flesta bara hade ett möte. De har inte heller fyllt i någon utvärderingsenkät och skickat den till sin handledare.

Sammanfattningsvis kan man se att de flesta deltagarna på alla nivåer upplevt det som att projektet varit toppstyrt och centraliserat, men att ansvaret för att föra vidare projektet alltid har legat på den nivå där projektet befunnit sig (figur 3). Då handledarna utbildar chefer är handledarna ansvariga för att ett så stort antal chefer som möjligt deltar i deras utbildning och för den vidare i organisationen genom steg tre. Handledarna själva har emellertid inte upplevt detta ansvar tydligt. När cheferna gått igenom steg två och ska implementera steg tre så ligger ansvaret på dem själva att genomföra ”3xAPT” och att fylla i utvärderingsblanketten efteråt. De har prioriterat och gjort som de ansett bäst på sin egen avdelning, och därmed gjort egna anpassningar.

”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön” är ett centralt initierat projekt, men eftersom ansvarsfördelningen för genomförandet och uppföljningen är oklar så blir det i praktiken ett projekt med stora initiativ på lokal nivå.

Steg 1. SKL utbildar handledare. Här ligger ansvaret för projektet hos SKL för att se till att rätt antal handledare i rätt position utbildas.



Steg 2. Handledarna utbildar chefer. Nu finns ansvaret för projektet hos handledarna. De är upp till dem att se till att berörda chefer genomgår utbildning och att projektet inte stannar upp

Steg 3. Nu finns ansvaret för projektet hos de chefer som genomgått utbildningen. De ska genomföra tre arbetsplatsträffar med sin personal där de ska ta upp materialet *Hälsa, Arbete & Kön*

Figur 3. Var finns ansvaret?

Vad är jämställdhet i vården?

En av utgångspunkterna i utvärderingen är att jämställdhet i vården inte enbart handlar om jämställd vård till patienter, utan även om att vården som arbetsgivare och arbetsplats ska vara jämställd. SKL har som målsättning för ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön” att personalens *kunskap och medvetenhet om betydelsen av kön i vården* ska öka. Här definieras det som kunskap om faktiska förhållanden, det vill säga jämställdhetsfakta och en analytisk medvetenhet om hur könsstrukturen och genusordningen påverkar en organisation eller en individ.

De olika grupperna gjorde rätt så skilda analyser av jämställdhet inom vården. Handledarna talade mest om behovet av åtgärder för att rätta till jämställdhetsproblemet. En av handledarna betonade att materialet är vårdinriktat och att hon hade svårt att ta till sig informationen och anpassa den till sin egen verklighet, där hon arbetar med personalfrågor. Handledargruppens kunskap om fakta är stor, men många av dem inte automatiskt tagit till sig de fakta de känner till så att den har betydelse för deras egen yrkesutövning. Medvetenheten hos handledarna varierade dock och vissa visade att de hade stor kunskap och medvetenhet också om sin egen roll.

Chefsgruppen däremot gav många exempel där de problematiserar såväl sin egen situation som personalens. De talade en hel del om läkarnas särställning i vårdorganisationen och hur den påverkar jämställdhetsarbetet och vardagen för de kvinnor och män som är verksamma i vården.

De exempel som både sjuksköterskor och undersköterskor oftast omnämnde under intervjuerna var lönediskriminering. De berättade också att de inte brukade

fundera så mycket över jämställdhet när de var på jobbet och att det fanns andra saker som de hellre ville arbeta med. Alla respondenterna var inte överens om att jämställdhet handlade om kvinnor och män, många menade att det i vården idag handlar mer om yrkeskategorier. En sjuksköterska berättade hur läkarna på hennes avdelning satt på en egen sida av bordet och hennes kollega och hon konstaterade att läkarna inte verkar fundera över detta. För henne själv upplevdes relationen till läkarna som ett jämställdhetsproblem. Två av undersköterskorna tyckte inte att det var lönt att prata med sin chef eftersom de sett att även hon hade en pressad situation gentemot den manliga verksamhetschefen. Genus-systemets konsekvenser och könsstrukturen inom vården har normaliserats av dem som befinner sig i organisationen.

Intersektionalitet och yrkeskulturer

En del av intervjuerna handlade om att definiera jämställdhet ur olika perspektiv. Vad det gällde medarbetarperspektivet så betonade handledarna att det handlade om bemötande, även kollegor emellan. Cheferna associerade till sin egen situation, hur de samtidigt kunde känna sig underlägsna andra chefer och försöka vara jämlikar med sin egen personal. De nämnde särskilt den strikta hierarki som finns kvar inom vissa delar av vården idag. För sjuksköterskorna handlade medarbetarperspektivet om lika lön för lika arbete och för undersköterskorna var det viktigaste att alla medarbetare ska få säga sin mening och bli respekterad. Brukarperspektivet handlade enligt cheferna om att reflektera om hur man bemöter patienter. Sjuksköterskorna ger exempel på att det är lättare att få vård om man "har känningar uppåt" och undersköterskorna tyckte att det viktigaste är att alla ska få lika vård. Många sjuksköterskor och undersköterskor och även några chefer påpekade att det i bemötande av patienter inte handlade bara om kön utan även om etnicitet. Det blir tydligt i intervjuerna att sjukvården inte är en organisation som enbart påverkas av en stark könsstruktur. Begreppet intersektionalitet härstammar från engelskans "to intersect", vilket betyder "att korsa" eller "att skära". Det syftar på beröringspunkter i det komplexa landskap som identiteter och sociala kategorier är. Respondenterna associerade ordet "jämställdhet" mer till klass, utbildning, yrkeskategori och etnicitet än till kön. När Lindgren definierade yrkeskulturerna för läkare, sjuksköterskor och undersköterskor, var hon noga med att berätta att kategorierna har ett socioekonomiskt perspektiv (Lindgren 1999). Återigen hade en intervju med läkare varit givande för att få den gruppens åsikter om yrkeskategoriernas hierarki.

Förändring sedan "3xAPT"?

En av kärnfrågorna i utvärderingen är om "3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön" har haft någon effekt på de personer som deltagit i projektet. Formen med fokusgrupper tillåter en diskussion kring huruvida någon upplever sig påverkad av

budskapet, eller om någon märkt en förändring på sin egen arbetsplats efter APT. I de flesta grupperna ger respondenterna exempel på hur de har funderat i nya banor och hur de fått nya synsätt efter att ha diskuterat med kollegorna. Handledarna uttalade sig om att de tror att projektet påverkat chefsgruppen positivt. En undersköterska beskrev det som att hon själv blev stärkt av att ”frågan finns”. Detta kan ses som motsatsen till en icke-fråga; jämställdhet har i och med att man tagit upp det på APT blivit till ett samtalsämne, frågan *finns*. Många av undersköterskorna och sjuksköterskorna hade svårt att minnas exakt vad som hade ingått i utbildningen och efterfrågade en uppföljning. Alla respondenter i handledar- och chefsgruppen är mycket nöjda med arbetsmaterialet. I alla grupper säger man att man är positiv till initiativet och att man funderat mer kring jämställdhet, åtminstone direkt efter utbildningen. De flesta är nöjda med diskussionsformen och de respondenter som haft värderingsövningar uppskattade det mycket.

Slutsats

Slutprestationer – Utfall – Förvaltning

I den här utvärderingen av ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön” framstår att inflödet i förvaltningen består i ett beslut hos SKL och SLL att genomföra pilotprojektet på Karolinska Universitetssjukhuset. Man lät även personal från tre andra sjukhus i SLL delta i första steget, men dessa sjukhus fick inga direktiv att fortsätta med projektet. Med *slutprestationer* menar Vedung det som till sist lämnar det offentliga förvaltningssystemet. Med *utfall* avses det som händer när medborgarna nås av dessa slutprestationer. I det här sammanhanget skulle slutprestation och utfall kunna ses som den vård och den arbetsmiljö som finns efter att projektet genomförts, och hur medarbetare och patienter upplever den. Det är alldeles för tidigt för att kunna uttala sig om sådana effekter av ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön”. Däremot kan det vara värdefullt att fokusera på *förvaltningen* i projektet. Det åsyftar hela skeendet, från inflödet i form av ett beslut till utflödet i form av slutprestationer och utfall.

Måluppfyllelse

Måluppfyllelsemodellen ställer två grundfrågor: Stämmer resultaten överens med målen? Beror det i så fall på insatsen? SKL:s målsättning inleddes med en ambition att öka kunskapen om betydelsen av kön i vård, behandling och bemötande, både ur ett arbetsgivar-, medarbetar- och brukarperspektiv. Detta för att förbättra vårdens arbetsmiljö, kvalitet och säkerhet. Som ytterligare ett syfte skulle arbetsmaterialet *Hälsa, Arbete & Kön* testas som metod. Stämmer resultatet med ambitionen? Hos respondenterna säger sig många ha funderat över jämställdhet i vården, åtminstone i direkt anslutning till utbildningstillfället. Majoriteten är positiv till satsningen och mycket nöjd med arbetsmaterialet. Stora

grupper på sjukhuset har inte nåtts av projektet och förvaltningen har saknat en tydlig ansvarsfördelning med krav eller mål kopplat till genomförandet.

Mål 1. Sprida arbetsmaterialet *Hälsa, Arbete & Kön* inom Stockholms läns landsting enligt modell 3xATP under 2005–2006.

Stämmer resultaten överens med målen? Arbetsmaterialet har spridits via utbildningens tre steg. Läkargruppen har inte nåtts i lika stor utsträckning och har därför inte tagit del av materialet i lika stor skala som övriga grupper på sjukhuset. Den grupp som arbetat mest med materialet är de chefssjuksköterskor som själva genomfört APT, alltså mindre än 40 procent av de deltagande cheferna. Sjuksköterskor och undersköterskor som deltagit i projektet har sett materialet på OH under sin APT, men inte tittat i det efteråt och medger att de glömt det mesta av innehållets detaljer. På Södersjukhuset omarbetar man materialet så att det får ett mer lokalt perspektiv, och att det enbart inriktar sig på patientperspektivet i jämställd vård.

2. Öka medvetenhet och kunskap om betydelsen av kön bland personalen i Stockholms läns landsting, som en effekt av spridningen av arbetsmaterialet *Hälsa, Arbete & Kön*

Stämmer resultaten överens med målen? Beror det i så fall på insatsen?

De respondenter som deltagit i studien säger sig ha reflekterat mer över jämställdhet och jämlikhet efter utbildningen. Undersköterskor och sjuksköterskor menar att de snabbt gått tillbaka i en vardag där de inte funderar nämnvärt på jämställdhet, men att de ändå tänkte extra vid utbildningstillfället och pratade om det med kollegorna i anslutning till utbildningen. Många associerade jämställdhet i vården till yrkesgrupper och även relationer mellan olika etniska grupper.

Måluppfyllelsemodellen tar inte hänsyn till kostnader och ger därför inte en helhetsbild av insatsens effektivitet och konsekvenser. Det går dock att konstatera att modellen där man lägger utbildningen på en APT inte är särskilt resurskrävande. I linje med uppdraget från SKL avslutas även utvärderingen med en diskussion kring projektets svagheter och styrkor samt möjligheter till utveckling av projektet.

Styrkor

Pilotprojektet ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön” har många fördelar. Det har beskrivits i positiva ordalag under intervjuerna och respondenternas upplevelse är att det är en viktig fråga som lyfts. Arbetsmaterialet har betonats i intervjuerna som särskilt värdefullt och användarvänligt. En del respondenter ansåg att materialet är så pass bra att det kan väga upp en mindre engagerad chef/lärare.

En annan styrka är att formen att utnyttja APT-tiden, som kräver relativt lite resurser. Även om utvärderingen inte tittat specifikt på resursutnyttjande så är det en uppfattning som råder bland respondenterna. Detsamma gäller för trestegs-

modellen som, om den fungerar som den ska, är ett flexibelt och effektivt sätt att nå ut med ett budskap i en hel organisation.

Den tredje styrkan är det processuella perspektivet som präglar SKL:s målsättning. Att se på kunskap som en process och inte en produkt underlättar personalens inläring. Diskussionsformen och värderingsövningarna spelat stor roll för respondenternas upplevelse av ”3xAPT, Hälsa Arbete & Kön” och för deras uppfattning av att ha tagit till sig ny kunskap. Det har bidragit till att sätta jämställdhet på vårdavdelningarnas dagordning.

Svagheter

I praktiken har projektet, som upplevts som toppstyrt, blivit decentraliserat och beroende av individer och prioriteringar på varje nivå. Det i sin tur har lett till att främst läkargruppen inte blivit delaktig i processen. På så vis har spridningen av materialet avstannat i den gruppen. För att komma runt detta krävs en tydligare projektplan med mål och delmål samt en explicit ansvarsfördelning som fokuserar på ansvar för genomförande och uppföljning av varje steg i processen. Det krävs även att ledningen tydligt kommunicerar till cheferna att projektet ska genomföras. Deltagandet bör vara obligatoriskt, inte bara för personalen utan även på chefsnivån.

Syftet och bakgrunden till projektet är väl kända hos handledargruppen, men personalen som haft APT har ingen eller en dålig uppfattning om den verkliga bakomliggande orsaken till projektet och om vad man vill uppnå med projektet.

Möjligheter

Med små medel går det att arbeta bort de svagheter som syns i projektet idag. Först och främst kan det ske genom skapandet av en projektplan med mindre delmål, en tidsplan och ett större huvudmål. I projektplanen måste även ansvarsfördelning för genomförande och uppföljning stå tydligt och klart. En eller flera personer som har mandat att beordra läkargruppen att delta borde under projektets gång ha en övergripande bild av var processen befinner sig för tillfället och även ha ansvar för att få med alla grupper.

Realistiska mål består av huvudmål och delmål. Dessa mål ska helst vara mätbara och tydliga. På så vis kan måluppfyllelsen enligt planen lättare utvärderas efter avslutat projekt. I bilagorna finns en checklista som lyfter fram viktiga aspekter för den som vill implementera ”3xAPT, Hälsa, Arbet & Kön” i sin egen organisation.

Projektet ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön” har möjlighet att i framtiden fungera i stora organisationer, tack vare enkelheten i modellens tre steg, den höga kvaliteten på arbetsmaterialet och den positiva verkan som diskussionsformen innebär.

Sammanfattning

Under hösten 2005 fick Arbetslivsinstitutet i uppdrag av Sveriges Kommuner och Landsting att genomföra en utvärdering av projektet ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön”. Syftet var både att granska projektets implementeringsprocess och att undersöka om de av Sveriges Kommuner och Landsting uttalade målen hade uppnåtts. Utvärderingen påbörjades i januari 2006 och avslutades i november samma år.

Projektet med utbildning på arbetsplatsträffar, ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön” initierades under 2005–2006 som pilotprojekt på Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholms läns landsting. Upplägget bygger på arbetsmaterialet *Hälsa, Arbete och Kön* och följer en trestegsmodell där steg ett innebär att personalspecialister utbildas som handledare inom organisationen. Dessa handledare utbildar i steg två första linjens chefer, som i sin tur genomför steg tre. Det tredje och sista steget innebär att chefen diskuterar arbetsmaterialet med sin personal på tre olika arbetsplatsträffar (APT).

Utvärderingen bygger på intervjuer med fokusgrupper från yrkesgrupperna personalspecialister, första linjens chefer, sjuksköterskor samt undersköterskor som alla deltagit i något av utbildningens tre steg. Utvärderingen innehåller även en kvantitativ översikt över hur arbetsmaterialet *Hälsa, Arbete & Kön* spridits inom Stockholms läns landsting till och med september 2006. En ytterligare del i rapporten är intervjuer med handledare som utbildats av Sveriges Kommuner och Landsting på Södersjukhuset, Danderyds sjukhus och på S:t Eriks Ögonsjukhus. Detta för att belysa det första steget och fokusera på hur man väljer att arbeta med projektet.

Resultatet visar att projektet spridits till cirka 52 procent av cheferna på Karolinska Universitetssjukhuset och att de i sin tur uppskattningsvis genomfört i genomsnitt 0,7 APT. Läkargruppen har inte deltagit i lika stor utsträckning som övriga grupper. Majoriteten av respondenterna i fokusgrupperna har upplevt projektet som något positivt och påpekar att arbetsmaterialet varit användbart och av hög kvalitet. Bakgrunden till projektet har inte nått ut till personalen som deltagit i steg tre. Projektets största svaghet finns i en otydlig ansvarsfördelning och brist på enkelt mätbara mål och delmål. Dess största fördel är arbetsmaterialet och diskussionsformen samt den flexibilitet som trestegsmodellen skapar. Genom att enkla åtgärder vidtas när projektet ska genomföras är det lämpligt för stora organisationer då det erbjuder en möjlighet att nå ut i hela organisationen utan att ta för mycket resurser i anspråk.

Referenser

- Bondekastam, Fredrik & Carstensen, Gunilla (2004) *Från sexuella trakasserier till könskränkande processer. Om kön, utsatthet och normalitetens våld*. Sociologiska institutionen, Uppsala universitet.
- Carlin, Kenneth & Larsson, Laura (2000) "Att utvärdera arbetsmarknadsprogram i Sverige" *Arbetsmarknad & Arbetsliv*, nr 3, årgång 6, sid 185–192.
- Clemedson, Lars Johan (2006) *Organisationskultur, förändring och konsten att utveckla en ledningsgrupp*. Stockholm: Ledande ledare, Natur och Kultur.
- Drejhammar, Inga-Britt & Pingel, Birgit (2001) *Kvinnor är lika bra arbetskraft som män, men olika*. Arbetsliv i omvandling 2001:11, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Europeisk deklARATION mellan kvinnor och män på lokal nivå Council Of European Municipalities and Regions, 12-05-06.
- Europeiska Unionens Råd, Sysselsättning, Socialpolitik, Hälso- och Sjukvård samt Konsumentfrågor, 1-2 juni 2006, *Kvinnors hälsa, rådets slutsatser 9502/06 SAN 127 SOC 245*.
- Hedin, Anna & Svensson, Lennart (red) (1997) *Nycklar till kunskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Hirdman, Yvonne (1988) "Genussystemet – Reflexioner kring kvinnors sociala underordning" *Kvinnovetenskaplig tidskrift*, nr 3, 1988.
- Hylander, Ingrid (1998) *Fokusgrupper som kvalitativ datainsamlingsmetod*. FOG Rapport nr 42, Institutionen för Pedagogik och Psykologi, Linköpings universitet. Webbadress: <https://polopoly.liu.se/content/1/c6/04/15/76/fograpp42.pdf>.
- Jacobsen, Dag Ingvar & Thorsvik, Jan (2002) *Hur moderna organisationer fungerar*. Lund: Studentlitteratur.
- Jämställdhetsombudsmannens ordlista* <http://www.jamombud.se>
- Lindgren, Gerd (1999) *Klass, kön och kirurgi*. Malmö: Liber Förlag.
- Lorentzi, Ulrika & Lundkvist, Hélen (2001) *Gör det jämt. Att integrera jämställdhet i verksamheten*. Stockholm: Näringsdepartementet.
- Lärande exempel, Certifierad utbildning i jämställdhet för chefer, Produktblad, Svenska ESF-Rådet http://projektbanken.esf.se/documents/55277_projektblad.pdf.
- Pincus, Ingrid (1997) *Manligt motstånd och ambivalens till jämställdhetsreformer*. Kvinnovetenskapligt forum, Högskolan i Örebro.
- Pingel, Birgit (1999) "Objektiv – objekt eller subjektiv – subjekt?" *Kvalitativa metoder i arbetslivsforskning*. Stockholm: Rådet för arbetslivsforskning.
- Prop. 2005/06:155 *Makt att forma samhället och sitt eget liv – nya mål i jämställdhetspolitiken*.
- Robertsson, Hans (2003) *Maskulinitetskonstruktion, yrkesidentitet, könssegrering och jämställdhet*. Arbetsliv i omvandling 2003:13, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Socialstyrelsen (2004) *Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 1996:134 *Genuskonstruktion i hierarkiska organisationer Delbetänkande i Jämställd vård: möten i vården ur ett tvärvetenskapligt perspektiv*. Stockholm: Fritzes.

- Stockholms läns landsting (2004) ”Sammanställning av vandringsutställningen Hälsa, Arbeta & Kön med kringaktiviteter i Stockholms läns landsting från 2003-04-15 till 2004-11-30” Stockholm: Stockholms läns landsting.
- Stockholms läns landsting (2006) *Revisionsrapport: Förstudie: Jämställdhet i landstingets verksamheter*. Stockholm: Stockholms läns landsting.
- Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet (2003) *Direktiv för Programberedningen för Hälsa och välfärd*. Stockholm: Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet.
- Tranquist, Joakim (2004) *Utveckling genom utvärdering – om konsten att ifrågasätta det vardagliga*. Arbetsliv i omvandling 2004:3, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Wahl, Anna, Holgersson, Charlotte, Höök, Pia & Linghag, Sophie (2001) *Det ordnar sig. Teorier om organisation och kön*. Lund: Studentlitteratur.
- Vedung, Evert (1998) *Utvärdering i politik och förvaltning*. Lund: Studentlitteratur.
- Årsberättelse 2004, Karolinska Universitetssjukhuset ”Framtidens sjukvård genom vetenskap och utveckling” Diarienumr: K 216-2005, LS 0409-1748 webbadress: www.karolinska.se.

Bilagor

Checklista för ”3xAPT, Hälsa, Arbete & Kön”

- Utse en projektledare. Denna person fungerar som ansvarig för genomförande och uppföljning av projektet samt som kontaktperson.
- Tillsätt gärna en referensgrupp till projektet, bestående av sakkunniga och personer som innehar strategiskt viktiga positioner. Projektledaren och referensgruppen träffas sedan ett antal gånger under projektets alla faser.
- Var noga med att projektet är förankrat hos sjukhusledningen och att information om projektet finns att tillgå på ett enkelt sätt.
- Bestäm en tidsplan för projektet med en tydlig början och ett tydligt slut.
- Bestäm ett huvudmål för projektet. Huvudmålet kan ha en visionär del och en mer kvantitativ, mätbar del.
- Bestäm ett antal delmål för projektet, och vid vilken tidpunkt dessa skall vara uppnådda: T.ex.: ”i maj ska 80% av första linjens chefer ha genomgått steg två”.
- Bestäm i förväg om projektet skall utvärdera och hur. Sätt av nödvändiga resurser till det.
- TIPS! Var noga med att alltid börja varje utbildningstillfälle med en sammanhangsmarkering.

Intervjuguide

1. Om utbildningen 3xATP:

Vad känner ni till om projektet?

Vilka myndigheter och organisationer står bakom och organiserar utbildningen?

En generell bild; vilket är syftet?

Känns utbildningen meningsfull, tror ni att deltagarna lär sig något nytt?

Om något i utbildningen var svårgripbart eller oförståeligt.

Skulle ni beskriva utbildningen som abstrakt eller konkret?

A. Om materialet (visa upp det!)

Kändes materialet meningsfullt?

Om något i materialet var svårgripbart eller oförståeligt.

Skulle du beskriva materialet som abstrakt eller konkret?

B. Om utbildningen (processen i sig)

Känns processen meningsfull, produktiv/effektiv?

Om något i processen var svårgripbart eller oförståeligt.

Tror ni att alla grupper på sjukhuset nås av utbildningen?

Om man skulle lägga upp det på något annat sätt för att nå ut till hela organisationen, hur skulle man göra då?

Finns det något i utbildningen som du saknar?

Gick du frivilligt på utbildningen? Tycker du att det är bra att det är frivillig eller borde den hade varit obligatorisk? Skulle det ha förändrat något?

Hur kommer ni att tala om utbildningen i mindre formella sammanhang?

Tror ni att den här sortens utbildning kan förändra organisationen?

Är det något mer du vill kommentera eller lägga till?

2. I allmänhet om jämställdhet/arbetsmiljö/hur det funkar på sjukhuset.

Begreppsuppfattning, hur definierar informanterna det begreppet:

Jämställdhet

- ur ett medarbetarperspektiv

- ur ett arbetsgivarperspektiv

- ur ett brukarperspektiv

Frågor om arbetsplatsens öppenhet både i allmänhet och i synnerhet.

Ser du din arbetsplats som oinskränkt och fördomsfri?

Tror du att exemplen från utbildningen skulle kunna förekomma på din egen arbetsplats?

Skulle det gå att beordra anställda att inte diskriminera?

Hur tror du att utbildningen enklast förankras på din arbetsplats? Hur skall man gå till väga för att integrera det som förmedlats?

Tror du att du mer sannolikt skulle kunna säga ifrån ifall någon kollega fällde en fördom eller obetänksam replik?

Är det något mer du vill kommentera eller lägga till?

Uppdragsbeskrivning

Utvärdering av projektet 3xAPT; *Hälsa, arbete och kön*

Bakgrund

Hälsa, Arbete & Kön

Arbetsmaterialet *Hälsa, Arbete & Kön* framställdes 2002, initialt som ett utställningsmaterial och omarbetades sedan till ett kompendium, en CD-rom och en handledning i syfte att på ett lättillgängligt sätt problematisera kön och hälsa inom vård/omsorg och i arbetslivet. Sveriges Kommuner och Landstings programberedning för Hälsa och Välfärd beslutade att sprida utbildningsmaterialet under mandatperioden 2002-2006 och att använda det som grund för ett utbildningsprojekt, Projektet 3xATP. 3xATP innebär att chefer på arbetsplatsen går igenom materialet på tre arbetsplatsträffar med sin personal.

Karolinska Universitetssjukhuset är först inom Stockholms Läns Landsting att sprida arbetsmaterialet *Hälsa, Arbete & Kön* bland personalen. Utbildningsprojektet genomdrivs under 2005-2006 och följer en trestegsmodell, ”trestegsraketen”, som avslutas med 3xATP. Även handledare från Södersjukhuset, Danderyds sjukhus samt S:t Eriks Ögonsjukhus har utbildats och målet är att 3xATP ska genomföras även på dessa sjukhus.

Utbildningsprocess i flera steg

Utbildningsprocessen på sjukhusen har följt ”trestegsraketen” som innebär tre olika steg där först ett antal handledare utbildas som *i sin tur* utbildar chefer inom organisationen som *i sin tur* utbildar personalen genom modellen 3 ggr arbetsplatsträff:

Först utbildar projektledaren på Sveriges Kommuner och Landsting, Helena Spets, två handledare på varje division (sammanlagt åtta divisioner och sexton handledare) på Karolinska Universitetssjukhuset och mellan en och två handledare från vardera Södersjukhuset, Danderyds sjukhus och S:t Eriks Ögonsjukhus. Utbildningen bygger på ovan nämnda arbetsmaterial. *Tidpunkt: maj - december 2005.(?)*

Vidare utbildar handledarna klinikchefer på sjukhusen. Dessa chefer är de som vanligtvis leder arbetsplatsträffar. *Tidpunkt: vår - höst 2006*

Slutligen följer genomförande av 3xATP. De klinikchefer som utbildas är representanter för grupperna läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Cheferna leder 3xATP, dvs. under tre arbetsplatsträffar går personalen igenom materialet och diskuterar betydelsen av kön inom vård, behandling och bemötande ur såväl ett medarbetar- som ett arbetsgivar- och ett brukarperspektiv.

Målet är att de tre arbetsplatsträffarna där man behandlar materialet från *Hälsa, arbete och kön* ska spridas ut över en period på längst sex månader. Efter varje arbetsplatsträff ger gruppen sig själva uppgifter att lösa och fundera på till nästa arbetsplatsträff. På så vis skall materialet och tiden till eftertanke tillsammans kunna bidra till att utveckla personalens och chefernas kunskap och medvetande om betydelsen av kön i vård och omsorg.

Efter genomförd utbildning fyller cheferna i en utvärderingsblankett som skickas till den centrale jämställdhetssamordnaren på respektive sjukhus. *Tidpunkt: vår 2006 - höst 2006*

Syfte

Projektets syfte uttalas av Sveriges Kommuner och Landsting:

”Det övergripande syftet med projektet är att öka kunskapen om betydelsen av kön i vård, behandling och bemötande, både ur ett arbetsgivar- medarbetar- och brukarperspektiv. Detta för att förbättra vårdens arbetsmiljö, kvalitet och säkerhet. Som ett led i detta och som ytterligare ett syfte kommer arbetsmaterialet *Hälsa, Arbete & Kön* att testas som metod.

Målen är att:

1. Sprida arbetsmaterialet *Hälsa, Arbete & Kön* inom Stockholms läns landsting enligt modell 3xATP under 2005-2006.
2. Öka medvetenhet och kunskap om betydelsen av kön bland personalen i Stockholms läns landsting, som en effekt av spridningen av arbetsmaterialet *Hälsa, Arbete & Kön*.”

Uppdraget

Tidsplan

Utvärdering av projektet 3xATP börjar 11 januari 2006 och pågår till 11 november 2006. Genomförande av fokusgruppsintervjuer kommer att ske under februari - september 2006. Rapporten skall slutföras november 2006.

Uppdragsgivare

Sveriges Kommuner och Landsting, Programberedningen för Hälsa och Välfärd.

Kontaktpersoner för utvärdering:

Helena Spets, projektledare
Goldina Smirthwaite, vik. projektledare
Anna Ulveson, utredare Hälsa och Jämställdhet
Sara Deltér, programberedningens sekreterare
Karin Karlsson, programberedningens ordförande

Helena Spets kommer att vara föräldraledig under februari - september 2006. Under den perioden är huvudkontaktperson på Sveriges Kommuner och Landsting Goldina Smirthwaite.

Uppdragstagare

Arbetslivsinstitutet kontaktpersoner:

Carina Bildt, huvudansvarig
Anna Eklöf, utredare

Ekonomisk överenskommelse

Sveriges Kommuner och Landsting förbinder sig att betala en engångssumma till Arbetslivsinstitutet, betalningsmottagare: Carina Bildt.

Rapportering

Utredaren rapporterar kontinuerligt till huvudansvarig på Arbetslivsinstitutet under perioden januari - november 2006. Huvudansvarig Carina Bildt rapporterar till Sveriges Kommuner och Landsting vid tre tillfällen: första veckan i april 2006, första veckan i juni 2006 och första veckan i oktober 2006.

I oktober sker på önskan från uppdragsgivaren eventuellt en rapportering till programberedningen för Hälsa och Välfärd där utredare Anna Eklöf är föredragande.

Detaljerad plan över utvärderingen

Eftersom Karolinska Universitetssjukhuset under 2006 är först inom Stockholms Läns Landsting att sprida arbetsmaterialet *Hälsa, Arbete & Kön* bland personalen och genomföra 3xAPT, så är det också det sjukhus där en utvärdering av den fulla utbildningsprocessen och av materialet kan ske. Här innebär utvärderingen att systematiskt följa och dokumentera genomförandet av 3xAPT både kvantitativt och kvalitativt, för att belysa måluppfyllelse och kortsiktiga effekter.

Även handledare från Södersjukhuset, Danderyds sjukhus samt S:t Eriks Ögonsjukhus har utbildats och målet är att 3xAPT ska genomföras även på dessa sjukhus. Här kommer utvärderingen att fokusera enbart på det första steget i utbildningsprocessen, dvs. utbildningen av handledare. Det är för att ge en bild av den pågående processen samt belysa aspekter och erfarenheter som de ansvariga inom varje sjukhus har av uppstartandet och införandet av det nya utbildningsprojektet inom den egna organisationen.

Rapporten kommer således utifrån de formulerade målen att innehålla två olika delar:

- Kartläggning över i vilken grad arbetsmaterialet *Hälsa, Arbete & Kön* har spridits inom Stockholms läns landsting enligt modell 3xAPT.
- Processutvärdering av genomförandet av 3xAPT på Karolinska Universitetssjukhuset samt en djupare analys av det första steget i utbildningsprocessen på Södersjukhuset, Danderyds sjukhus samt S:t Eriks Ögonsjukhus.

Sammanfattning

1. Kortfattad kvantitativ översikt.

Utvärdering av uppfyllelse av mål 1: Sprida arbetsmaterialet *Hälsa, Arbete & Kön* inom Stockholms läns landsting enligt modell 3xAPT under 2005-2006.

I vilken grad har ”trestegsraketen” genomförts under 2005- 2006?

- Utbildning av handledare inom Stockholms läns landsting.
- Utbildning av chefer på Karolinska Universitetssjukhuset
- Helt och delvis genomförda 3xAPT på Karolinska Universitetssjukhuset.

2. Kvalitativ analys av projektets effekter

Utvärdering av uppfyllelse av mål 2: Öka medvetenhet och kunskap om betydelsen av kön bland personalen, som en effekt av spridningen av arbetsmaterialet *Hälsa, Arbete & Kön*. Här mäts de kortsiktiga effekterna av utbildningsinsatsningen på personalens kunskapsnivå, attityder och beteenden efter genomgång av materialet *Hälsa, Arbete & Kön* under tre arbetsplatsträffar. Utredaren skall, för att kunna utvärdera mål 2:

- Genomföra fokusgruppintervjuer med personal från arbetslag som representerar olika yrkesgrupper på Karolinska Universitetssjukhuset för att kunna bedöma materialets och utbildningsuppläggets *genomslag när det gäller att öka jämställdhetskunskap och jämställdhetsmedvetenhet* hos personalen. Utredaren ska även del av och använda de utvärderingsblanketter som skickats in efter genomförd 3xATP.
- Genomföra intervjuer med de handledare som utbildats på Södersjukhuset, Danderyds sjukhus samt S:t Eriks Ögonsjukhus, för att belysa aspekter och erfarenheter från första steget, dvs. införandet och uppstartandet av 3xAPT i organisationerna.

Den kvalitativa delen av utvärderingen består således av två delar:

1. Att utvärdera arbetsmaterialet *Hälsa, Arbete & Kön* och dess användbarhet i utbildningssammanhang, med fokus på materialets brister och styrkor, samt ge förslag på förbättringar av materialet för att nå uttalat mål.
2. Att utvärdera utbildningsprocessen, dvs. upplägget 3xATP och dess resultat samt att ge, om möjligt, förslag på förbättringar av processen för att uppnå uttalat mål.