



UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för kvinnors och barns hälsa

Akut buksmärta hos tonåringar ur ett genusperspektiv

Ett synliggörande av det akuta omhändertagandets genus bias.

Författare:
Jonna Alenvall
Frida Axelsson

Handledare:
Ann-Charlotte
Almblad

Examinator:
Pranee Lundberg

Specialistsjuksköterskeprogrammet
med inriktning på Hälso- och sjukvård
för barn och ungdomar. 60hp 2017

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Genusbias, det vill säga felaktigheter i vården till följd av föreställningar om kön och stereotypa könsroller, eller brist på kunskap om relevanta biologiska skillnader, är vanligt förekommande i Sverige. Buksmärta är en vanlig sökorsak för tonåringar med många könsspecifika differentialdiagnoser, och risk för genusbias finns således även där.

Syfte: Syftet med studien var att ur ett genusperspektiv beskriva handläggning av tonåringar med akut buksmärta.

Metod: En kvalitativ, deskriptiv studie baserad på tre fokusgruppsintervjuer med sammanlagt 16 deltagare i form av sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor och läkare med erfarenhet av att handlägga tonåringar med akut buksmärta. Intervjuerna har analyserats med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Ett övergripande tema framkom i studien: Komplexitet som påverkas av kunskap, rutiner och attityder. Det övergripande temat grundas på de tre huvudkategorierna: att beakta olika orsaker till buksmärta hos tonåringar; att handlägga akut buksmärta hos tonåringar kräver lyhördhet, tydliga rutiner och kunskap och att identifiera genusbias vid handläggning av akut buksmärta hos tonåringar.

Slutsats: Handläggningen av tonåringar med akut buksmärta har brister och genusbias förekommer. Könsspecifika rutiner för tonåringar med buksmärta kan vara gynnsamt både för personal och patienter, och framförallt för flickor. Genusperspektivet bör belysas mer och ytterligare utbildning och forskning i området medicinsk genusbias är nödvändig.

NYCKELORD

Akut buksmärta, akutpediatrik, tonåringar, genus, genusbias

ABSTRACT

Background: Gender bias; inaccuracies in the healthcare system related to gender and stereotype gender roles, or a lack of knowledge and awareness of relevant biological differences among the sexes, are common in Sweden. Abdominal pain is a common reason to why teenagers up seek healthcare, and there is a lot of gender specific differential diagnosis, which comes with is a risk for gender bias to occur.

Aim: The aim of this study was to describe the caring-process of teenagers with acute abdominal pain from a gender perspective.

Method: A qualitative, descriptive study based on three focus groups with a total amount of 16 participants whom where registered nurses, specialist nurses and doctors with experience of administrating teenagers with acute abdominal pain. The interviews where analyzed with qualitative content analysis.

Result: An overall theme appeared in the study: Complexity affected by knowledge, routines and attitudes. The theme where based on three main categories: To consider different reasons of abdominal pain in teenagers; to administrate acute abdominal pain in teenagers demands sensitivity, clear routines and knowledge; to identify gender bias in the caring-process in teenagers with acute abdominal pain.

Conclusion: The caring-process of teenagers with acute abdominal pain has inadequacies and gender biases exists. Gender specific routines for teenagers with abdominal pain could be favorable both for healthcare professionals and patient, and teenage girls. The gender perspective needs to be more illuminated and further education and research in the area medical gender bias is needed.

NYCKELORD

acute abdominal pain, acute pediatric, teenagers, gender, gender bias

Innehållsförteckning

BAKGRUND	6
GENUS I TEORI OCH PRAKTIK	6
GENUS OCH JÄMSTÄLLDHET I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN	6
MÄN OCH KVINNOR BEHANDLAS OCH PRIORITERAS OLIKA AV HÄLSO-OCH SJUKVÅRDEN	7
AKUT BUKSMÄRTA HOS FLICKOR – KOMPLICERAT OCH INTE RISKFRITT	8
PROBLEMFÖRMULERING	9
GENUSTEORI SOM REFERENS RAM	9
SYFTE	9
METOD	9
DESIGN	9
URVAL	10
DATAINSAMLINGSMETOD	11
TILLVÄGAGÅNGSSÅTT	12
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	13
BEARBETNING OCH ANALYS	13
FÖRFÖRSTÅELSE FÖR STUDIEN	16
RESULTAT	16
ÖVERGRIPANDE TEMA	FEL! BOKMÄRKET ÄR INTE DEFINIERAT.
ATT BEAKTA OLIKA ORSAKER TILL BUKSMÄRTA	17
TANKAR OM ORSAKER TILL BUKSMÄRTA HOS TONÅRINGAR GENERELLT.	17
TANKAR OM ORSAKER TILL FLICKORS BUKSMÄRTA	17
TANKAR OM ORSAKER TILL POJKARS BUKSMÄRTA	19
ATT HANDLÄGGA AKUT BUKSMÄRTA HOS TONÅRINGAR KRÄVER LYHÖRDHET, TYDLIGA RUTINER OCH KUNSKAP	20
LYHÖRDHET AVGÖRANDE VID KOMMUNIKATION MED TONÅRINGAR	20
FORMELLA OCH INFORMELLA RUTINER	21
SAMARBETET MELLAN OLIKA INSTANSER PÅVERKAR PATIENTEN	23
ATT IDENTIFIERA GENUSBIAIS VID HANDLÄGGNING AV AKUT BUKSMÄRTA HOS TONÅRINGAR	24
KÖNSSPECIFIK HANDLÄGGNING FLICKOR	24
KÖNSSPECIFIK HANDLÄGGNING POJKAR	26
DISKUSSION	27
RESULTATDISKUSSION	28
RELEVANTA BIOLOGISKA SKILLNADER – FÖRKLARINGEN?	28
KUNSKAPSBRIST - EN FÖLJD AV “DEN MANLIGA NORMEN”?	28
DET KVINNLIGA LIDANDET - ETT LIVSÖDE?	30
“DEN VITA MANNENS BÖRDA” - HUR GENUSKONTRAKTET DRABBAR ÄVEN POJKAR OCH MÄN	32
GENUSBIAIS TILL FÖLJD AV VILJA ATT VARA ”RÄTTVIS”	33
DEN KVINNLIGA UTSATTHETEN - INGEN BIAS, UTAN EN RELEVANT ORO	33
STUDIENS KLINISKA RELEVANS	34
METODDISKUSSION	34
SLUTSATS	37

REFERENSER	38
BILAGA 1	44
BILAGA 2	45
BILAGA 3	46
BILAGA 4	47

BAKGRUND

Genus i teori och praktik

Begreppet genus började figurera i forskningen under 1980-talet. Ordet är från början latin och betyder slag, sort, släkte eller kön, men började då alltmer dyka upp i den feministiska forskningens framfart med syfte att betona att bakom de biologiska och fasta formerna av kön; det vill säga män och kvinnor, finns mer än biologi. Genus började användas för att definiera och diskutera de sociala och kulturella konstruktionerna av kön. Idag är genus ett välanvänt ord som börjar ingå i vårt språk, i varierande kontexter och inte sällan i samtal kring jämställdhet.

Genusteorin (Hirdman, 2001) vill belysa att mannen är normen i samhället och kvinnan alltid är sekundär. Om detta fenomen används begreppet könsmaktsordning, och det pratas om ett genuskontrakt. Med detta syftas på att det finns en styrd överenskommelse kring mäns och kvinnors åtskilda rättigheter, förpliktelser och skyldigheter, samt deras gemensamma sammandragande. Denna överenskommelse är ett starkt, ofta omedvetet och kulturellt nedärvt fenomen som kan spåras till flera hundra år före Kristus, och har levt vidare i olika former under olika tidsepoker (Hirdman 2001). Att män, kvinnor, flickor och pojkar behandlas och värderas ojämnt utifrån kön även idag, är ett globalt hälsoproblem, som ofta drabbar kvinnor och flickor hårdast (WHO, 2017). I Sverige finns en jämställdhetspolitik vars mål är att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv (Regeringskansliet, 2017).

Genus och jämställdhet i hälso- och sjukvården

Begreppen genus och jämställdhet är aktuella i alla samhällsområden, även inom hälso- och sjukvården (WHO, 2017; SKL, 2017). I hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763) stadgas i 2 § att hela befolkningen ska ha rätt till en god hälsa och en god vård på lika villkor. En jämställd vård innebär att var och en, oavsett kön, erhåller den vård hen behöver och att kvaliteten för vården är likvärdig. När felaktigheter inom vården uppstår som en följd av föreställningar om manligt och kvinnligt eller en kunskapsbrist om relevanta biologiska skillnader, kan det benämnas som genusbias eller medicinsk genusbias. Genusbias i denna kontext innebär felbehandling, feldiagnostisering eller felprioritering på grund av föreställningar om kön hos personalen (Risberg, Johansson & Hamberg, 2009; SKL, 2017). Exempelvis att könsskillnader överdrivs där de inte finns, eller att relevanta könsskillnader bortses ifrån och kvinnor behandlas som män eftersom det manliga är normen (Hirdman, 2001), eller att vården utgår från könsstereotyper istället för individen. Genusbias kan leda till försämrad vårdkvalitet och en

hotad patientsäkerhet (SKL, 2017). Genusbias existerar även inom den pediatriiska sjukvården och i hela världen. Khera, Jain, Lodha & Ramakrishnan (2017) beskriver den pediatriiskt medicinska genus-biasen ur ett globalt perspektiv genom exempel från barnsjukvård i Asien där föräldrar mer sällan söker vård för flickor. Flickorna erhåller även mer sällan rekommenderade vacciner och mortaliteten för ineliggande barn på sjukhusen är högre hos flickor. I Indien erhåller flickorna under barndomen mer sällan sjukvård överhuvudtaget än pojkarna (Gupta, Makhija, Sood & Devgan, 2015). Detta är förenligt med en könsmaktsordning (Hirdman, 2001) och starka patriarkala strukturer och traditioner globalt där flickor strukturellt diskrimineras (WHO, 2017).

Män och kvinnor behandlas och prioriteras olika av hälso-och sjukvården

Hamberg, Risberg & Johansson (2004) exemplifierade genusbias i Sverige när de i en komparativ studie lät läkarstudenter handlägga samma patientfall med olika kön på patienten. Ett exempel handlade om buksmärta och gastrointestinala besvär, och resultatet blev att den kvinnliga exempelpatienten förskrevs psykofarmaka och fick livsstilsråd medan den manliga erbjöds somatiska undersökningar och röntgen. I en annan studie med samma upplägg påvisade Hamberg, Risberg, Johansson & Westman (2004) återigen på hur läkarstudenter handlade fiktiva patienter med nacksmärta olika utifrån kön, genom att visa på hur den kvinnligt fiktiva patienten tilldelades icke-somatiska diagnoser, psykosociala orsaker och erbjöds psykofarmaka, smärtstillande och sjukgymnastkontakt i större utsträckning än den manliga, där läkarstudenterna istället var mer benägna att ta ytterligare prover och utreda vidare. Chen et al. (2008) studerade patienter som sökte för akut insättande buksmärta på en akutmottagning och fann att kvinnor fick vänta längre på smärtlindring än män med samma sökorsak. Keogh (2014) undersökte hur män och kvinnor uttrycker smärta icke-verbalt. I studien utfanns att samma ansiktsuttryck tolkades av sjukvårdspersonal på olika sätt beroende på om det visades hos män eller kvinnor. Detta är i linje med att tolkningen ligger i vårdgivarens omedvetna föreställningar om genus och stereotypa bilder av kön (Hirdman, 2001; SKL, 2017).

Armuand et al. (2012) kom i sin studie fram till att kvinnor och män med cancerdiagnoser, fick olika tillgång till information om hur cancerbehandlingen skulle påverka deras fertilitet och möjligheten till att få barn i framtiden (80% av männen, 48% av kvinnorna), samt information om möjligheter till fertilitetsbevarande åtgärder (68 % av männen, 14% av kvinnorna). Detta visar på att även män och kvinnors fertilitet värderas och hanteras olika, vilket är i linje med

könsmaktsordningen (Hirdman, 2001) och i opposition med Hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om vård på lika villkor (SFS, 1982:763).

Vid ankomst till barnakutmottagning triageras ofta patienterna av vårdpersonal enligt lämpligt triagesystem. Ett triagesystem är ett nödvändigt redskap för att korrekt kunna prioritera handläggningen av sjuka barn. Genom en utvärdering av det sjuka barnets vitalparametrar samt se till förutbestämda koder kan vårdpersonalen identifiera varningstecken på brådskande tillstånd (Debono, Debattista, Attard-Montalto & Pace, 2012). Ett triagesystem som används i Sverige är rapid emergency triage and treatment system – pediatric (retts-p). Enligt riktlinjerna och de så kallade Emergency Symptoms and Signs (ESS)-koderna i retts-p bör pojkar med skrotal smärta prioriteras högt för läkarundersökning och fortsatt handläggning (Widgren, 2012), då risken för vävnadsdöd och infertilitet finns (Saxena, Castellani, Ruttensstock, & Höllwarth, 2012). För flickor med lågt sittande buksmärta och risk för ovarial torsion eller andra under tonåren förekommande gynekologiska tillstånd, som kan ha likvärdiga komplikationer (Lagana et al., 2016; Reust & Williams, 2016) finns inga riktlinjer utformade i detta triagesystem.

Akut buksmärta hos flickor – komplicerat och inte riskfritt

Hatipoglu, Hatipoglu & Abdullayev (2014) beskrev hur komplext och svårt det är att handlägga kvinnor med buksmärta och att det är lätt att hamna på fel spår och i fel diagnos. De följde i sin studie 290 kvinnor med symtom i form av låg buksmärta lokaliserat till höger fossa, förhöjd kroppstemperatur och förhöjda leukocyter, och fann att slutdiagnoserna efter kirurgi ändå varierade mellan appendicit, rupturerade ovarialcystor och ovarial torsion, trots identisk klinisk bild. För flickor könsspecifika diagnoser som ovarial torsion och rupturerade ovarialcystor bör således alltid övervägas när flickor i tonåren söker för akut buksmärta (Lagana et al., 2016; Reust & Williams, 2016). Ovarial torsion/adnex torsion innebär att ovariet eller hela adnexet torkverar runt sig själv och leder till akut buksmärta (Olovsson, 2015). Viktigt är också att överväga inflammationer så som cervicit, salpingit, endometrit och ooforit samt utesluta graviditet och komplikationer som kan komma med den, t.ex. extrauterin graviditet (Reust & Williams, 2016). Den vanligaste orsaken till gynekologiskt orsakade smärtor hos tonårsflickor är primär dysmenorré (De Sanctis et al., 2016). Svår dysmenorré hos tonårsflickor kan även handla om andra diagnoser, som endometriosis, vilket ofta debuterar i tonåren (Greene, Stratton, Cleary, Ballweg & Sinai, 2009).

Vid akut buksmärtan hos flickor i tonåren bör initialt infektionsprover och graviditetstest tas (Reust & Williams 2015). Kvinnor löper även en högre risk att drabbas av appendicit under ett livstidsperspektiv (kvinnor 25%, män 12%) (Guss & Richards, 2000), vilket bör ha i åtanke. Guss & Richards (2000) fann i sin studie att kvinnor fick vänta betydligt längre på akuten innan de opererades när de sökte för akut buksmärtan, men även att det väl vid operation var vanligare att appendix ej var perforerad eller inflammerad hos kvinnor, och att man således ställt fel diagnos. Salö, Ohlsson, Arnbjörnsson & Stenström (2015) undersökte handläggningen av appendicit i den pediatrika populationen ur ett genusperspektiv och finner att handläggningen fram tills operationen är densamma för pojkar och flickor, men att flickor oftare hade en icke inflammerad appendix väl vid operation, och att det även här, således ställts fel diagnos.

Problemformulering

Akut buksmärtan är en vanlig sökorsak på akutmottagningar för barn och ungdom (El-Radhi, 2014). Buksmärtan hos barn och ungdomar kan vara svår att handlägga och diagnostisera oavsett kön då det finns många differentialdiagnoser att ha i åtanke hos den pediatrika populationen (Saito, 2012). När flickor i tonåren söker för akut buksmärtan riskerar även många för flickor könsspecifika differentialdiagnoser att missas, samt handläggningstiden och omvårdnaden att bli felaktig, som en följd av genusbias (SKL, 2017). Det är viktigt ur ett patientperspektiv att beskriva eventuella skillnader i omvårdnaden för att optimera omhändertagandet och säkerställa en god och patientsäker omvårdnad.

Genusteori som referensram

I studien används Hirdmans (2001) genusteori som referensram. Teorin valdes för att på ett relevant sätt kunna belysa hur omedvetna sociala och kulturella konstruktioner kring genus kan influera samhällets och nutidens alla delar, och så även hälso- och sjukvården.

Syfte

Syftet med studien var att ur ett genusperspektiv beskriva handläggningen av tonåringar med akut buksmärtan.

METOD

Design

Studien gjordes enligt kvalitativ design. Datasamlingsmetoden för studien genomfördes med hjälp av fokusgruppsintervjuer. Intervjuer i fokusgrupper är en vanlig metod inom kvalitativa

studier och har visat sig framgångsrik när det gäller känsliga ämnen och människor i utsatta situationer (Peek & Fothergill, 2009). Metoden är effektiv då den tillåter forskaren att intervjua flera personer samtidigt och hjälper henne att få djupa svar utan att utföra ett större antal enskilda intervjuer. Diskussioner i fokusgrupper kräver, precis som vid traditionella intervjuer, noggrann planering och omfattande förberedelser för att bli så givande som möjligt.

Urval

Urvalet av deltagare skedde på Akademiska sjukhuset i Uppsala, till största del på barnakutmottagningen. Inklusionskriterier för deltagande var yrkestitel som antingen sjuksköterska/specialistsjuksköterska, ST-läkare, specialistläkare eller underläkare, samt klinisk erfarenhet av att bedöma, prioritera och handlägga den aktuella patientgruppen för studien. Rekryteringen av deltagare utfördes strategiskt med avsikt att erhålla informanter av varierande kön, ålder och erfarenhet, för att få en god spridning och därmed en ökad giltighet (Graneheim & Lundman, 2004). Tre fokusgrupper med sammanlagt 18 deltagande, med rimlig spridning över grupperna, planerades. Totalt deltog 16 personer; fem specialistsjuksköterskor med varierande specialitet, fem sjuksköterskor med grundutbildning, två underläkare, en ST-läkare med specialisering på pediatrik, en barnläkare samt en AT-läkare. Bortfallet blev två personer, och berodde på sjukdom och att de ej hade möjlighet att lämna sitt arbete på mottagningen enligt plan på grund av hög arbetsbelastning. Bland deltagarna fanns som planerat stor spridning på ålder, kön och erfarenhet (Tabell 1). Medianåldern hos deltagarna var 33 år och medianen på erfarenheten av akutpediatrik var 3,5 år.

Tabell 1: Studiedeltagarnas profession, erfarenhet, ålder samt kön.

Profession	Erfarenhet av akutpediatrik	Ålder	Kön
Barnsjuksköterska	2 år	31 år	kvinna
Barnsjuksköterska	3 år	26 år	kvinna
Barnsjuksköterska	19 år	46 år	kvinna
Barnsjuksköterska	11 år	36 år	Man
Barnmorska	>10 år	41 år	Kvinna
Sjuksköterska	2,5 år	54 år	Kvinna
Sjuksköterska	5 år	30 år	Kvinna
Sjuksköterska	2,5 år	30 år	Man
Sjuksköterska	9 år	65 år	Kvinna
Anestesisjuksköterska	3,5 år	30 år	Man
Anestesisjuksköterska	5 år	32 år	Kvinna
Underläkare inom medicin	3,5 år	27 år	Man
Underläkare inom medicin	1 år	34 år	Kvinna
ST-läkare barnmedicin	7 månader	30 år	Kvinna
Barnläkare	>10 år	44 år	Kvinna
Underläkare inom barnkirurgi/ Ortopedi	1 år	39 år	Man

Datainsamlingsmetod

Att göra en datainsamling med hjälp av fokusgrupper innebär att intervjuaren tar sig an rollen som moderator och leder deltagarna i gruppdiskussioner. Detta skiljer sig från traditionella intervjuer, då det ofta finns tydligt strukturerade frågor som intervjuaren ställer till deltagarna (Peek & Fothergill, 2009). Det är viktigt att moderatören är aktiv och leder deltagarna åter till ämnet eller framåt i diskussionerna för att inte allt för mycket irrelevant information skall utvinnas (Jayasekara 2012). Enligt Jayasekara (2012) är fokusgrupps intervjuer ett bra sätt för att belysa människors åsikter, attityder och upplevelser om olika fenomen. Fokusgrupperna

utfördes med stöd av en intervjuguide (Bilaga 1) innehållande öppna frågor med möjlighet till följdfrågor och diskussioner. Intervjuguiden inleddes med frågor som syftade till att beskriva gruppens erfarenhet, kön och ålder. Därefter följde fyra huvudfrågor, med två följdfrågor vardera, gällande upplevelsen av att bedöma buksmärtor hos flickor och pojkar, samt vilket arbetsstöd de upplevde sig ha i sin bedömning. Intervjuguiden (Bilaga 1) utformades med stöd av Kvale (1997). Intervjufrågorna baserades på litteratur och tidigare forskning som författarna fördjupat sig i inför denna studie (SKL, 2017; Strömberg & Eriksson, 2010), samt klinisk erfarenhet.

Tillvägagångssätt

Avdelningschef på berörd akutmottagning fick skriftligen erhålla ett brev för godkännande av att studien utförs på enheten (Bilaga 2) av författarna till studien. Ett informationsbrev med inbjudan till deltagande delades ut till personer i urvalsgruppen för fokusgrupperna (Bilaga 3). Brevet innehöll information om studien, att deltagande är frivilligt och kan avbrytas när som helst. Deltagarna gav skriftligt och muntligt sitt samtycke till att delta (Bilaga 4). Ett större antal deltagare än det som var planerat per grupp rekryterades för att kompensera för bortfall.

Innan intervjuerna ägde rum utfördes en pilotintervju med två specialistläkare som båda hade erfarenhet i området och således lämpade sig enligt inklusionskriterierna. Båda deltagarna för pilotintervjun hade själva erfarenhet av forskning och fokusgrupper, varför tillfälle även togs att utföra en såskallad peer-debriefing (Graneheim & Lundman, 2004) av det förberedda materialet och intervjuguiden. Detta för att få en möjlighet att öka studiens giltighet och för att i ytterligare mån undvika att författarnas egna tankar i ämnet skulle komma att påverka resultatet (Graneheim & Lundman, 2004). Inga stora ändringar utfördes i materialet, men de båda forskarnas tankar om ett neutralt förhållningssätt och fokus på öppna frågor togs tillvara på.

Tre fokusgrupper organiserades under mars månad 2017 och vardera grupp innehöll 5 – 6 personer. Den första gruppen innehöll fyra grundutbildade sjuksköterskor och en underläkare, den andra gruppen innehöll två grundutbildade sjuksköterskor, en specialistsjuksköterska med inriktning på hälso- och sjukvård för barn och ungdom, en barnläkare och en AT-läkare. Den tredje och sista gruppen innefattade en grundutbildad sjuksköterska, en specialistsjuksköterska med inriktning på anestesi, en specialistsjuksköterska med inriktning på hälso-och sjukvård för

barn och ungdom, en barnmorska, en underläkare samt en ST-läkare med specialisering på pediatrik.

Intervjuerna utfördes av författarna själva som försökte hålla en neutral position för att undvika risken för att deltagarnas åsikter och tankar influerades av intervjuarnas motiv och perspektiv. Detta för att öka objektiviteten och neutraliteten i resultatet. En av författarna agerade som moderator och den andre sekreterare (Polit & Beck, 2014). Under intervjuernas gång fick moderatören ställa följdfrågor och leda grupperna tillbaka till eller vidare inom ämnet för att samtalen/diskussionerna skulle fortsätta och hålla sig till ämnet. Intervjuerna följde intervjuguiden (Bilaga 1) med stöd av moderatören och varade i ca 60 minuter. Alla intervjuerna spelades in samt transkriberades av författarna själva.

Forskningsetiska överväganden

Avdelningschefen för den aktuella enheten informerades skriftligt och muntligt samt fick lämna ett skriftligt samtycke till att studien utfördes på enheten. Alla deltagande i studien fick både skriftlig och muntlig information om att deltagande i studien är frivilligt och kan avbrytas när som helst. De informerades även om studiens bakgrund, syfte, metoder samt vilka ansvariga personer för studien är (CODEX, 2016a). De fick samtidigt skriftlig och muntlig information om att allt material kommer att behandlas konfidentiellt så att enskild person ej är identifierbar i resultatet (CODEX, 2016b).

Frågor kring genus och diskriminering i vården kan uppfattas som känsliga, varför öppna frågor kommer att ställas och deltagarnas anonymitet i resultatet påvisas. Vid en enskild intervju om ett sådant känsligt ämne kan deltagarna känna sig mer utpekade än vid en gruppintervju. Nackdel med gruppintervju i sammanhanget är risken att deltagarna ej vågar uttrycka sin åsikt i grupp, vilket kommer tas i beaktning när metoden diskuteras (Jayasekara, 2012).

Bearbetning och analys

Intervjuerna transkriberades ordagrant och användes till grund för en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman (2004). För att gradvis bryta ned och förtydliga de transkriberade intervjuernas innehåll lästes texterna noggrant igenom av båda författarna. De delar av intervjuerna som innehöll relevans för studiens syfte togs ut och delades in i meningsbärande enheter. Därefter kondenserades de meningsbärande enheterna för att tydliggöras och

relevansen till syftet lyftas fram. Utifrån de kondenserade meningsbärande enheterna skapades koder. Koderna jämfördes sedan och delades in i kategorier och subkategorier som tillsammans skapade ett övergripande tema. Exempel på meningsbärande enheter, kodning och kategorier och kan ses i Tabell 2. Ett antal citat har valts ut för att förtydliga texten och analysens innehåll. Analysen skedde i enlighet med Graneheim & Lundmans (2004) metod för kvalitativ innehållsanalys. Meningsbärande enheter som inte upplevdes som relevanta för studiens syfte valdes, vid den granskning som sker under analysens gång, bort för att ingen irrelevant data skulle påverka resultatet (Graneheim & Lundman, 2004; Lundman & Graneheim, 2012).

Genom att noggrant beskriva analysen och genom att använda relevanta citat vill författarna öka tillförlitligheten och giltigheten av studien. Bearbetningen av materialet som utgör kontexten för studien redogörs för noggrant i syfte att öka studiens överförbarhet. Det karakteristiska som är representativt för det som avsågs undersökas och beskrivas i studien lyfts fram i resultatet för att studiens giltighet ska kunna styrkas ytterligare (Polit & Beck, 2014).

Tabell 2: Exempel på meningsenheter, kondenserad meningsenhet, koder, subkategori & kategorier som framkom i den kvalitativa innehållsanalysen.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	kod	Subkategori	Kategori
Ssk 3: Det kan vara ganska svårt. Kan jag tycka. Både hos killar och tjejer. Buksmärta kan stå för så mycket. Så man måste verkligen tänka...tänka brett?	Svårt att bedöma buksmärta överlag, kan stå för mycket	Buksmärta svårbedömt	Tankar om orsaker till flickors buksmärta	Att beakta olika orsaker till buksmärta
Ssk 1: och om det är ett tecken på något annat, det kanske, mår dåligt om det är något i skolan eller har det jobbigt hemma eller blir mobbad och sådär	Viktigt att leta efter psykosociala orsaker till att tonåringar söker för buksmärta	Buksmärta kan vara psykosocial t		
Läk1: Det borde... De som man tänker på att det är lättare med pojkarna Ssk3: Aaa Läk1: det är... Antingen så är det blindtarmsinflammation eller så är det ingenting Ssk4: Japp Läk1: Egentligen, så tänker man... det är... det stämmer nog inte helt.. men... ehm... det är nästan så man tänker.	Lättare med pojkar	Pojkar mer lättbedömd a	Tankar om orsaker pojkars buksmärta	
Ssk1: spontant för mig brukar vara att det, tonåringar brukar va svårt att få nån information ut över huvud taget, det ont i magen, a, det, det dom är inte så, i regel så, värtaliga tycker jag. Sen är det ju så mycket mera saker det kan va, det känns ju, ju äldre dom blir desto mera brukar det också vara med magen.	Svårt att få information ur tonåringar.	Information svårt	Lyhördhet avgörande vid kommunikation med tonåringar	Att handlägga akut buksmärta hos tonåringar kräver lyhördhet, tydliga rutiner och kunskap
Ssk2: sen är det ju speciellt på barnakuten för de flesta kommer ju med sina föräldrar och de frågor vi ska ställa är ganska känsliga, personliga, medan många föräldrar inte ens är medvetna och eeem..., det är jobbigt med tonåring att prata om det, och föräldrarna skäms aaa... men det blir ju väldigt, att det är tabu liksom.	Upplever det problematiskt att tonåringarna ofta har förälder med sig när man ska prata om ämnen som upplevs som "tabu"	Känsliga frågor		

Förförståelse för studien

Då författarna har klinisk erfarenhet av arbete på barnakutmottagning och därmed av bedömning av tonåringar med buksmärta finns det en risk att detta färgar studiens resultat. Det är därför av stor vikt att författarna är medvetna om detta och intar ett neutralt förhållningssätt vid intervjuer och vid analys av materialet.

RESULTAT

Nedan redovisas studiens resultat. Resultatet redovisas i sammanfattningar från det som framkommit under intervjuerna i studien, samt förtydligande genom citat hämtade direkt från intervjuerna. I resultatdelen omnämns de deltagande som ”vårdpersonal”, ”informerter”, ”de tillfrågade” eller med sina yrkestitlar.

Tabell 3: Tema, kategorier & subkategorier som framkom i den kvalitativa innehållsanalysen.

TEMA	KATEGORI	SUBKATEGORI
Komplexitet som påverkas av kunskap, rutiner och attityder.	Att beakta olika orsaker till buksmärta hos tonåringar	Tankar om orsaker till buksmärta hos tonåringar generellt Tankar om orsaker till orsaker till flickors buksmärta Tankar om orsaker till pojkars buksmärta
	Att handlägga akut buksmärta hos tonåringar kräver lyhördhet, tydliga rutiner och kunskap	Lyhördhet avgörande vid kommunikation med tonåringar Formella och informella rutiner Samarbetet mellan olika instanser påverkar patienten
	Att identifiera genusbias vid handläggning av akut buksmärta hos tonåringar	Könsspecifik handläggning för flickor Könsspecifik handläggning för pojkar

Ett övergripande tema grundat på de tre huvudkategorier framkom: Komplexitet som påverkas av kunskap, rutiner och attityder.

Att beakta olika orsaker till buksmärta

Tankar om orsaker till buksmärta hos tonåringar generellt.

Ett resultat som framkom tydligt var att buksmärta är svårt att bedöma och handlägga då det kan stå för många olika saker. Det framkom även att vårdpersonalen ofta känner att tonåringar i sig är en svårbedömd och svårhanterlig patientgrupp och att denna kombination gör det särskilt svårt att handlägga tonåringar med buksmärta. Informanterna menade således att buksmärta är en sökorsak som kan stå för allt möjligt, från något kirurgiskt eller medicinskt akut till symptom på en långdragen psykosocial problematik.

“Spontant för mig brukar vara att det, tonåringar brukar va svårt att få någon information ut över huvud taget, det... ont i magen, ja, det, det... dom är inte så, i regel så, värtaliga tycker jag. Sen är det ju så mycket mera saker det kan va, det känns ju, ju äldre dom blir desto mera brukar det också vara med magen.” [Sjuksköterska, man, 36 år]

Det kom flertal gånger under intervjuerna upp att vårdpersonalen upplevde att akut buksmärta kunde vara en diagnos med psykosomatisk förklaring hos barn och ungdomar.

“För det är väl något vi lätt missar och alla tonåringar som har ont i magen som en del av ett stressyndrom, eller att det är mycket, och där har vi varken tid eller liksom, att snappa upp det, där blir det mer den här ‘det är ont i magen men det är inget akut’” [Läkare, kvinna, 30 år]

Tankar om orsaker till flickors buksmärta

Att bedöma buksmärta hos en tonårsflicka, eller hos flickor och kvinnor överlag kommenterades som svårt och utmanande då det kunde stå för många skilda saker. Informanterna nämnde framförallt en okunskap och upplevelsen av en allmän kunskapsbrist bland personal kring kvinnligt könsspecifika differentialdiagnoser och komplikationer kring de kvinnliga reproduktionsorganen.

Genomgående uttryckte både sjuksköterskor och läkare att de ofta initialt inte blir oroliga när de handlägger en tonåring av kvinnligt kön med buksmärta. De uttryckte att de inte alltid tar de unga kvinnornas smärta på allvar, utan tänker att det kanske handlar om den typ av smärta som många kvinnor upplever i samband med menstruation eller ovulation. Under flera intervjuer spekulerades det i att de aktuella tonårsflickorna aldrig hade upplevt denna smärta förut, och därför inte förstod att det var en smärta som hör livet som kvinna till.

“Kanske inte att man tror att det är någonting som kanske är fel, men att man frågar om det... alltså om dom har fått mens eller om det kan vara menssmärta... men man kanske inte... [...] tror att det ÄR, alltså att det är nått allvarligt... men man tänker att ‘men har du upplevt menssmärta?’, är det det som är problemet? ” [Sjuksköterska, kvinna, 32 år]

Vårdpersonalen upplevde att psykosociala aspekter som en orsak till ont i magen är mer vanligt hos tonårsflickor än hos tonårspojkar. Informanterna pratade om att det vid sökorsaken buksmärta är viktigt att fråga hur det går i skolan och så vidare, att således prestation är en relevant parameter i unga kvinnors psykosociala ohälsa. Detta diskuterades inte i sammanhang kring pojkars buksmärta.

Det framkom även under flera intervjuer att det hos vårdpersonalen finns en oro kring unga kvinnors utsatthet när de söker för akut buksmärta, framförallt när de söker återkommande. Informanterna spekulerade i huruvida dessa unga kvinnor eventuellt är eller har varit utsatta för någon form av övergrepp och att det är det buksmärtan egentligen står för. Det uttrycktes också av informanterna flera gånger under flera intervjuer att detta är ett svårt ämne att hantera då det är svårt att komma åt och förhålla sig till.

“En sak till som jag tänker på ibland när tonåringar kommer in med buksmärta och även på vuxenakuten att de ganska ofta, tror man att de varit utsatta för övergrepp och söker för buksmärta gång, på gång [...]det vet jag inte hur man skulle kunna fånga alltså... [...] men alltså jag frågar inte om de blir utsatta för övergrepp heller, nä.... det är mest em, flickor som jag träffat alltså, som söker gång, på gång..” [Sjuksköterska, kvinna, 65 år]

Tankar om orsaker till pojkars buksmärta

I diskussionerna kring akut buksmärta hos tonårspojkar framkom som resultat att vårdpersonalen upplevde denna handläggning som betydligt enklare och mindre komplex.

“Det som man tänker på är att det är lättare med pojkarna. Det är... Antingen så är det blindtarmsinflammation eller så är det ingenting. Egentligen, så tänker man... det är... det stämmer nog inte helt... men... ehm... det är nästan så man tänker.” [Läkare, man, 27 år]

Det framkom att en anledning till att pojkars buksmärta upplevs som lättare att bedöma är att deras reproduktionsorgan sitter på utsidan. En av informanterna exemplifierade detta med hjälp av diagnosen torkvering och menade på att torkvering är betydligt lättare att upptäcka på pojkar just relaterat till detta.

“...sen finns det ju en akut buk som inte finns hos män och det är ju torkverad äggstock, på killarna sitter de ju utanför så det är ju lättare att se.” [Läkare, kvinna, 44 år]

Oron för att en allvarlig komplikation i form av fertilitetspåverkan skulle drabba pojkar som söker för akut buksmärta var stor. Detta kopplades till en oro över att pojkar med buksmärta i själva verket hade skrotal smärta men ej talade om det. I samtliga intervjuer återkom en historia om en pojke som sökte för akut buksmärta men som egentligen hade skrotal smärta som sen visade sig vara en testistorsion. Detta resulterade i det aktuella fallet att ena testikeln kirurgiskt fick tas bort på grund av vävnadsdöd. Denna historia hade satt spår hos personalen och berättades vidare i personalgruppen, även de informanter som inte själva var delaktiga i det aktuella patientfallet pratade om det. Vårdpersonalen var som en följd av denna historia rädda för att missa skrotal smärta och på så vis påverka en pojkes fertilitet. Att alltid ha skrotal smärta i åtanke som differentialdiagnos vid buksmärta hos pojkar har därför blivit en informell rutin.

“Jag vet ju att en gång var det en kille som sökte och sökte för att han hade ont i magen alltså, det här var under typ ett dygn, och de kom tillbaka flera gånger och då var det egentligen en.... ehmm testistorsion... men han vågade inte som visa liksom, som säger, aa han har ont i magen och så är det ingenting och så till slut ba, aa, men ser ni ba, direkt till operation... så det är ju ett observandum” [Sjuksköterska, kvinna, 32 år]

“Men det är ju så oåterkalleligt om, om det blir fel. Alltså, det blir ju såna extrema konsekvenser.” [Sjuksköterska, kvinna, 32 år, om rädslan att missa en testistorsion]

Det framkom inga speciella upplevelser och uppfattningar kring att akut buksmärta hos pojkar skulle ha psykosociala bakgrundsorsaker. Det som synliggjordes i diskussionen ur den aspekten är asylsökande pojkar. Dessa pojkar lever under mycket stress och därför kunde orsaken till buksmärta hos denna patientgrupp vara stressrelaterad.

Att handlägga akut buksmärta hos tonåringar kräver lyhördhet, tydliga rutiner och kunskap

Att prioritera och handlägga akut buksmärta hos tonåringar upplevdes generellt som svårt och komplext. De flesta informanter betonade vikten av en hög kunskapsnivå i personalgruppen och framförallt vikten av väl utarbetade rutiner att luta sig mot.

Lyhördhet avgörande vid kommunikation med tonåringar

Vårdpersonalen upplevde att tonåringar är svåra att kommunicera med. Det nämndes av många informanter att det tyckte det var svårt att veta vart de ska börja, då tonåringarna är olika kommunikativa. Att föräldrarna ofta är närvarande sågs också som problematiskt då det kunde kännas oklart vem som skulle tillfrågas om anamnesen; tonåringen eller föräldern.

“Och sen är det inte så lätt alltid vad tonåringen tycker är problemet kontra vad mamman och pappan tycker är problemet [...] liksom vem ska jag lyssna mest på, är det här någon som talar för sig eller som inte talar för sig och låter sin mamma eller pappa tala för sig, och det är också, tonåringar...” [Läkare, man, 39 år]

Många informanter återkom också till att de utgick ifrån en bild de hade av att tonåringar är oärliga och att de inte skulle komma att berätta sanningen, särskilt inte när det kom till känsligare frågor, som till exempel sådana som berörde sexualitet och menstruation. Tonåringar som grupp omtalades av vårdpersonalen många gånger som tvära och inte alltid samarbetsvilliga patienter. En annan svårighet som lyftes av några informanter var att dagens tonåringar upplevdes som lättkränkta och var svåra att handlägga av den anledningen.

Vid handläggningen av tonåringar med buksmärta nämndes det som viktigt att handläggande vårdpersonal ställer en del frågor till tonåringen som kunde upplevas som känsliga. Många av informanterna tyckte det var jobbigt att ställa dessa frågor på grund av att tonåringen hade en förälder med sig som ibland kunde ha svårt att hantera detta.

“Sen är det ju speciellt på barnakuten för de flesta kommer ju med sina föräldrar och de frågor vi ska ställa är ganska känsliga, personliga, medans många föräldrar inte ens är medvetna och em, det är jobbigt med tonåringar att prata om det, och föräldrarna skäms aa... men det blir ju väldigt, att det är tabu liksom....” [Sjuksköterska, kvinna, 32 år]

Vårdpersonalen menade på att dessa frågor inte bara var potentiellt känsliga för patienten, utan även för personal. Informanterna upplevde att de själva hade svårt att prata om känsliga saker och att ta upp frågor som kunde ses som pinsamma. Det påpekades dock av någon att det är en träningsfråga och att det är möjligt att lära sig “känna av stämningar” efter att ha arbetat en tid inom området.

“Men det gäller väl både tjejer och killar nedanför bältet är det svårt att på något sätt pratat avslappnat, [...] och undersöka.. en del är ju som helt obrydd och drar ner kalsonger och tycker inte att det är några bekymmer med mamman och pappa medan, andra är väldigt blyga och tycker att det är jättejobbigt och även föräldrar tycker att det är jobbigt då.... det är ju en svårighet förstås, det tar ju ett tag innan man själv pratar avslappnat om det, för man känner ju av stämningar och tycker att det är jobbigt att prata om också, eller så är det bara jag, jag vet inte” [Läkare, man, 39 år]

Formella och informella rutiner

Det som av personalen upplevdes som den fungerande delen av handläggningen var framförallt de utarbetade rutiner som de hade stöd av. Till exempel nämndes triagesystemet retts-p, och tillhörande ESS-koder av vilka vårdpersonal kunde ta stöd av när de gjorde en första bedömning av tonåringarna som sökte för akut buksmärta. Informanterna betonade också att det handlade mycket om personal som hade hög och relevant kompetens när handläggningen är fungerande, men att den riskerade att brista när det inte föreföll så. Det som inte fungerade i handläggningen av tonåringar med akut buksmärta upplevdes av de flesta informanter vara en brist på rutin eller att existerande rutiner inte följdes.

Vårdpersonalen upplevde att de rutiner som fanns kring omhändertagandet av barn och ungdomar med akut buksmärta var otydliga, bristfälliga och i många fall även oåtkomliga. En del av informanterna hävdade att det överhuvudtaget inte sett några sådana rutiner. Det ansågs bland informanterna att det rådde både en kunskaps- och rutinbrist hos vårdpersonalen där de arbetade, av vilken följden blev fördröjd kontakt med rätt läkare för patienterna och som skulle kunna leda till patientskada.

Informanterna pratade om ett klimat bland vårdpersonal där erfarenhet går före rutiner och att många "gör som de alltid gjort" istället för att följa utarbetade rutiner. Många informanter menade också att de själva ofta gjorde en bedömning helt utifrån egna mått om hur mogen och utvecklad de tyckte patienten var. Därefter utförde de den handläggning de ansåg lämplig utifrån det. En del av informanterna påtalade även att det fanns ett klimat på arbetsplatsen kring förstoppning. Det utgicks från att många patienter med buksmärtor hade en förstoppning, vilket det medgavs att det fanns en stor risk med.

"Typ var tredje patient eller något sånt är buk liksom, det är jättekonstigt och så går alla runt och kör sina egna liksom ba, 'jag brukar fråga det, och jag tar hCG, å ja...' mmm, det känns ju inte så proffsigt liksom"* [Sjuksköterska, kvinna, 32 år *hCG= humant choriongonadotrofin; hormon som visar på förekomst av graviditet, testas i urin]

Upplevelsen bland vårdpersonal var att det fanns ett behov att uppdatera befintliga rutiner och göra dem tydligare, att rutinerna borde utgå ifrån att utesluta de allvarligaste orsakerna först, istället för tvärtom. Det var önskvärt med rutiner kring frågor som är känsliga, till exempel sexualitet och övergrepp. Överlag ansågs det behövas ett klimat där rutiner går före erfarenhet och inte tvärtom som i nuläget.

Informanterna efterfrågade uppdaterade rutiner kring handläggningen och prioriteringen av akut buksmärta hos tonåringar och trodde att det skulle kunna vara lämpligt med könsspecifika riktlinjer. Många av informanterna tyckte att det egentligen var en självklarhet då anatomin är helt annorlunda på en flicka jämfört med en pojkes.

“Bara där är ju stor skillnad, alltså unga kvinnor har ju de, ska ju typ, alltså de har ju gyn det är ju ett helt spektra till som ska tas i beräkning, med allt vad det innebär, så det är klart riktlinjerna måste ju skilja.” [Sjuksköterska, man, 30 år]

Någon av informanterna tyckte att det vore bättre med samma riktlinjer för alla och att personalen istället måste lära sig tänka ett steg längre, men de flesta var överens om att könsspecifika riktlinjer skulle vara till nytta, särskilt för ny personal.

“Men det måste ju vara lättare för nya inom området att ha skilda riktlinjer, så att, det här med att tänka ett steg längre, att man inte har det i bagaget och så, det kan ju vara bra med extra riktlinjer” [Sjuksköterska, kvinna, 32 år]

De flesta av informanterna ansåg alltså att könsspecifika riktlinjer just för tonåringar vore en bra ide och menade att de skulle gynna flickor, vilket skulle leda till en mer jämställd vård. De tillfrågade upplevde också ett behov av rutiner som tar flickor på större allvar.

Samarbetet mellan olika instanser påverkar patienten

Andra svårigheter som synliggjordes i diskussionen kring att handlägga tonåringar med buksmärta var att det upplevdes problematiskt av vårdpersonal att tonåringar befinner sig i ett gränsland mellan att vara barn och vuxen. När de söker vård på en barnakutmottagning behandlades de som barn, vilket kan medföra risker i att viktiga aspekter missas. Informanterna upplevde att de gärna vill behandla dessa patienter på barnakutmottagning för att vara snälla, då de på vuxenakutmottagning skulle komma att behandlas som vuxna. Det spekuleras av de tillfrågade vidare i att de kanske ändå borde behandlas på vuxenakutmottagning där de skulle få ett mer adekvat omhändertagande då andra resurser finns. Det fanns bland vårdpersonalen en upplevelse av att samarbetet mellan olika instanser på sjukhuset fungerade dåligt och att detta var negativt för patienten.

“Men det känns tråkigt, det känns som att vi vill åt samma håll, att vi inte kan hjälpas åt för att komma, komma någon vart” [Läkare, man, 39 år]

Att identifiera genusbias vid handläggning av akut buksmärta hos tonåringar

Flickor och pojkar med akut buksmärta handlades och prioriterades olika på många sätt och frågan väcktes om det var relevant att behandla olika och om vården och prioriteringen verkligen var jämlik och jämställd.

Könsspecifik handläggning flickor

Flickor med buksmärta upplevdes av vårdpersonalen som svårare att handlägga än pojkar på grund av komplexiteten i diagnostiken. Många av de tillfrågade upplevde även att diagnosen hos flickor fördröjdes som en följd av rutinbrist och kunskapsbrist. De allvarliga orsakerna utesluts först, vilket kommenterades av flera informanter som att kanske börja i fel ände. De gynekologiska, potentiellt allvarliga aspekterna kom in väldigt sent i processen. Fertila kvinnor bör bedömas av gyn, men det händer inte alltid menade informanterna.

De flesta av vårdpersonalen var överens om det var viktigt att fråga flickor med buksmärta om de hade sexualdebuterat och om de hade börjat menstruera, i syfte att ställa rätt diagnos och inte riskera att missa något. Dock upplevdes detta inte som någon rutin, utan något en del själva valde att göra ibland, utifrån egen bedömning. Ingen av de tillfrågade kunde specificera någon tanke om exakt varför de gjorde det eller inte gjorde det och kunde inte direkt säga vilka specifika differentialdiagnoser de var ute efter, men de var överens om att det egentligen borde göras.

“Eh... Det är väl först att fråga om dom har börjat med mensen. Eh, liksom, om dom är över 10 år gamla. Eller om dom är yngre (skratt), men är väl nästan 10, fråga alla. Och så när sista mens var. Om det brukar vara regelbundet eller inte. Då får man ganska snabbt veta... om dom kan vara gravida och allt möjligt.” [Läkare, man, 29 år]

Många av informanterna avvaktade med att ställa frågorna och hoppades och tänkte att någon annan skulle göra det. Menstruation upplevdes som väldigt pinsamt och jobbigt att prata om och vårdpersonalen utgick från att patienterna kände samma sak.

“Det känns som en känslig fråga, man vill inte gärna ställa den flera gånger eller man... Det beror ju egentligen väldigt mycket på, men det borde man ju fråga alla om de haft mensdebut innan man går vidare till nästa fråga.” [Läkare, kvinna, 30 år]

Att på en barnakutmottagning ta graviditetstest på tonåringsflickor med akut buksmärtan utan att först be om samtycke väckte många tankar och känslor hos vårdpersonalen. De flesta tyckte att det borde göras, då det görs på vuxenakutmottagningar på rutin där det ses som ett redskap med syfte att utesluta en allvarlig differentialdiagnos. På den aktuella barnakutmottagningen där de flesta av informanterna arbetade eller hade arbetat gjordes detta inte rutinmässigt och många medgav att de därför drog sig för att göra det, och att det ibland uteblev helt.

“Det är ju en sån här sak att gör man det sällan blir det en stor grej, då blir det som att doktorn misstänkte att jag var gravid liksom.” [Läkare, kvinna, 30 år]

Vårdpersonalen hade historier att berätta där någon missat graviditeter på grund av att det ej tagits graviditetstest och fall där patienten sagt att hon ej sexdebuterat men ändå visat sig vara gravid. Dessa historier hade trots sina allvarliga konsekvenser ej kommit att påverka personalens handlande i form av informella rutiner eller utformning av faktiska rutiner.

Informanterna ansåg sig sakna en rutin kring att fråga unga flickor om övergrepp och utsatthet, vilket resulterade i att de ofta undviker frågan. De tillfrågade tänkte att det kanske skulle vara lättare att fråga om de kunde säga att det var en rutinfråga. Det kom också upp att många drog sig för att undersöka flickors underliv då de tänker att det eventuellt skulle kunna upplevas som kränkande om de varit med om något övergrepp tidigare.

“...och det är ju samma sak där på läkarsidan att har man någon som söker för att med buksmärtan som är pojke eller man, så tittar man ju på pungen och snoppen och det ska man göra. Men däremot så gör man ju inte det per automatik på flickor, [...] att det skulle vara utsatta för något och inte våga säga det till exempel. Men det för, för, specialare för att man ska liksom, tvinga sig på höll jag på att säga, att titta på alla tjejers uuu, liksom.” [Läkare, kvinna, 34 år]

Andra svårigheter som kom på tal är det problematiska i att gynekologiska mottagningar inte handlägger flickor som ej har sexualdebuterat. Detta då de vill göra vaginalt ultraljud på sina patienter och inte gör det på flickor som ej debuterat sexuellt. De tillfrågade såg detta som en etisk diskussion som inte förs överhuvudtaget.

“Men det känns ju lite märkligt att man aa... du kan bara få hjälp om du har... (sexualdebuterat) men lite så, vi gör inte det vaginalt, bara i fall att, vad är värst då kan man ju tänka, en torkverad äggstock eller att man gör ett ultraljud utan att ha haft ... (sex) men den diskussionen kan inte förs överhuvudtaget?” [Läkare, man, 39 år]

Informanterna menar att det enda sättet att utesluta den könsspecifika diagnosen ovarialtorsion sägs vara genom ultraljuddiagnostik. Dock poängterades det flera gånger i intervjuerna att detta bara görs på de flickor som har svår smärta och först efter att andra, mindre allvarliga differentialdiagnoser uteslutits.

“Torkvering? Det ser man bara på ultraljud egentligen..... Men då, då, aaa...det är bara för de fall som har smärta på ena sidan. Och långt ner. Vänster eller höger. De som har svår smärta. De som kräks och sådär. De som också kan ... ja... så det är liksom inte för alla.” [Läkare, man, 27 år]

“Jag tänker att man skulle kunna prova, alltså som en slags testperiod att... nu tar vi alla, alla flickor med buksmärta, nu tar vi dom liksom, verkligen på allvar och ser hur många extra ultraljud skulle det bli? Vad är kostnadsfrågan, skulle det verkligen vara ett sånt problem?” [Sjuksköterska, kvinna, 32 år]

Könsspecifik handläggning pojkar

Genomgående upplevde vårdpersonalen att pojkar i tonåren var lättare att bedöma och att de i regel handlades fortare och framförallt fick ultraljudsremiss mycket snabbare än flickor. Detta motiverades ofta med att pojkar är lättare att undersöka på grund av att deras reproduktionsorgan sitter på utsidan.

Återkommande i samtal kring handläggningen av tonårspojkars buksmärta var pojkarnas pung. Samtliga informanter var väldigt tydliga med att ingen ville missa att fråga om eller titta på pungen och därmed riskera att stå ansvarig för de konsekvenser det skulle kunnat medföra. Det fanns ingen formell rutin kring att alltid undersöka skrotum, men samtliga av de tillfrågade upplevde att det alltid görs och är en stark informell rutin.

“Men det har också blivit lite klimat på våran barnakut tycker jag också att vi är så otroligt försiktiga med, med just killar och risken för torsion. [...], man chansar aldrig,

man tar alltid det säkra för det osäkra. Jag upplever inte att det är samma eeh, samma liksom klimat kring eeh tjejers buksmärta, även om det är en större tjej med lågt sittande, fast det kanske verkligen egentligen tyder på liksom gynsmärtor [...] Varför det är så vet jag inte riktigt, men jag tror att det är erfarenheter liksom. “[Sjuksköterska, kvinna, 26 år]

Pojkar i tonåren tillfrågades enligt vårdpersonalen inte om sexualdebut och dylikt, då det sällan ansågs relevant för diagnostik i det akuta skedet och det upplevdes heller inte finnas något direkt behov av att börja göra det. Eventuellt i enstaka fall med specifik infektionsmisstanke. Någon av informanterna tyckte att det kanske inte var dumt att fråga även pojkarna på rutin, så att det skulle vara lika för alla och lättare att komma ihåg för personalen.

Pojkar upplevdes av vårdpersonalen bli högre prioriterade än flickor och det fanns informella rutiner hos sjuksköterskorna kring att alltid hämta en läkare direkt vid misstanke om en testistorsion, en informell rutin som inte existerade vid misstanke om en ovarialtorsion eller dylikt.

“Nä men absolut och det är ju också, det är det som känns så himla, vad ska man säga ojämlikt på nått sätt, att hos killarna så kör vi en orange ofta prioritet direkt, medans hos tjejer så kan man börja med klyx och urinsticka och sjuksköterskebesök och sen ”näj men det här kanske blir något för doktorn”, [...] det drar ju ut så mycket på tiden”*
[Sjuksköterska, kvinna, 30 år] *orange prioritet innebär läkarbedömning inom 20 minuter

DISKUSSION

Resultatet visade genomgående på att det är komplext att handlägga och hantera tonåringars buksmärta och att handläggningen påverkas av många faktorer så som kunskap, rutiner och attityder. Ur ett genusperspektiv har även omedvetna strukturella normer och könsmaktsordningen influerat omhändertagandet.

RESULTATDISKUSSION

Relevanta biologiska skillnader – förklaringen?

Återkommande i resultatet var att pojkars buksmärta är enklare att handlägga och mindre komplex än flickors. En relevant aspekt som delvis förklarar detta diskuterades i Salö et al. (2015), att den kvinnliga anatomin är mer komplex inuti buken än den manliga. Detta relaterades till att reproduktionsorganen tar mer plats på insidan, vilket i deras studie sågs som förklaringen till fler postoperativa komplikationer hos flickor efter bukkirurgi. Hatipoglu et al. (2014) poängterade även de, i sin studie, att den kvinnliga patienten med buksmärta är svår att handlägga på grund av den stora komplexiteten och bredden i differentialdiagnoser relaterat till de kvinnliga reproduktionsorganen, vilket således är en relevant aspekt att ha i åtanke vid diskussion kring resultatet i vår studie. I genusteorin (Hirdman, 2001) tas den biologiska aspekten upp, och skeptiker spekulerar i huruvida dessa otvetydiga biologiska skillnader bara helt enkelt är det som ligger bakom de stereotypa genusformlerna, och undrar om det verkligen är nödvändigt att tolka in och diskutera sociala konstruktioner i sammanhanget. Genusteorin (Hirdman, 2001) menar på att det är ur just dessa biologiska skillnader som de sociala konstruktionerna föds och därmed blir nödvändiga att reflektera kring. Den kvinnliga kroppen är anatomiskt skapad för barnafödande, och så länge kvinnor föder barn, blir det deras uppgift och plats. De blir stationerade i hemmet, med en automatiskt underordnad position, med sämre möjlighet till representation i samhället och med en sämre inkomst (Hirdman, 2001). Således legitimerar kvinnornas biologi deras sociala plats i samhället på alla plan, vilket blir ytterst problematiskt och behöver synliggöras. Alltså är en genusanalys av relevans, de faktiska biologiska skillnadernas förklaring till trots.

Kunskapsbrist - en följd av “den manliga normen”?

Det framkom dock i vår studie att det finns vetskap om den kvinnliga kroppens komplexa anatomi, men trots detta upplevde många att det råder stor kunskapsbrist i området. Flera informanter ansåg att de aktuella könsspecifika diagnoserna är så ovanliga att de rimligen inte alltid behöver ligga till grund för rutinmässigt omhändertagande. Enligt genusteorin (Hirdman, 2001) är mannen normen och förenlig med det vi tänker på när vi tänker på “människan”, vilket är en djupt nedärvd kulturell självklarhet. Mannen beskrivs som “människan” i relation till djuren, och även i relation till kvinnan. Hirdman (2001) exemplifierar genom att till exempel belysa skillnaden mellan betydelsen av ordet man och kvinna. Ordet ”man” har många betydelser som till exempel ”mansperson” och ”manfolk” men även ”människa” och ”folk”,

medan ordet ”kvinna” endast betyder ”honkön”. Samhället är uppbyggt och anpassat efter mannen då ”mannen” är lika med ”människan”, vilken drabbar kvinnor i form av olika slags bias. Kunskapen kring de kvinnliga reproduktionsorganen har historiskt sett blivit påverkade av denna diskurs. Den vanligaste teorin fram till slutet av 1800-talet om konceptionen i kvinnan var ”spermieteorin”, som gick ut på att mannen bar på en mirakulös sädesvätska som innehöll möjlighet till liv. Kvinnans livmoder behövde han endast som förvaringsutrymme i syfte att skapa liv. En intressant aspekt att diskutera i sammanhanget är således hur den rådande kunskapsbristen kring de kvinnliga reproduktionsorganen, enligt genusteorin, skulle kunna ha rötter i den manliga normen (Hirdman, 2001).

Det är även intressant att trots att buksmärta härleds som ett potentiellt symtom från reproduktionsorganen hos både pojkar och flickor hyser många större respekt och rädsla för pojkens könsspecifika diagnoser än flickans. Detta trots vetenskapen om att flickans komplikationer kan vara långt mer allvarliga och komplexa (Hatipoglu et al., 2014; Salö et al., 2015). Armuand et al. (2012) skrev om hur unga människor som skulle komma att genomgå en cancerbehandling fick varierande information om hur behandlingen skulle påverka deras fertilitet beroende på kön. De kom fram till att män i högre utsträckning fick sådan information, samt att de i högre utsträckning erbjöds fertilitetsbevarande åtgärder. Mäns och kvinnors fertilitet hanteras och värderas således olika, vilket även det är i linje med tidigare nämnda exempel från genusteorin (Hirdman, 2001). Det verkar omedvetet existera en förlegad och mycket föråldrad syn, på att även om kvinnan är den som bär och föder barn, är det mannen som bär på det som kan skapa liv och således är viktigast; sädesvätskan. Hirdman (2001) beskriver även fler historiska ”ur-tankar” kring den manliga säden som en ”magisk” vätska förenlig med liv, och hur den historiskt setts på som en viktig länk mellan kropp och själ. Det exemplifieras genom hur det alltid funnits olika riter kring att behålla sädesvätskan i kroppen inför viktiga prestationer, och på 1800-talet cirkulerade panikartade anti-onanirörelser riktade till män. Detta då man inte ville riskera att de tömde sin kropp på den viktiga sädesvätskan (Hirdman, 2001).

Även i vår studie synliggjordes detta till synes omedvetna klimat tydligt, då det fanns en stor rädsla för fertilitetspåverkan hos pojkar efter en testistorsion. Skräckhistorier hade lett till informella rutiner med syfte att fånga upp dessa patienter. Vad gällde påverkan på flickors fertilitet cirkulerade inga skräckhistorier, och ingen allmänt utbredd rädsla fanns. Romao & Lorezo (2017) skrev om varför pojkar och unga män i större utsträckning erbjuds

fertilitetsbevarande åtgärder i samband med cancerbehandling genom att förklara att processen är betydligt mer komplex för kvinnor och därför prioriteras bort. En av anledningarna som nämndes är att det i många fall är nödvändigt att göra undersökningar och interventioner vaginalt för att kunna bevara flickornas fertilitet, något de ej alltid anses mogna till. I vår studie uppkom en diskussion kring vad som är värst - ett torkverat ovarie eller ett vaginalt ultraljud innan sexualdebut, vilket är i linje med detta. Det är en aspekt att reflektera kring i diskussionen om hur den kvinnliga fertiliteten värderas. En annan vinkel, som också är värd att belysa, är att det är ett beslut som diskuteras och fattas på en nivå där flickorna själva ej är involverade. Man tar beslut kring kvinnors kroppar och bestämmer vad som är den värsta upplevelsen för dem. Även detta är i linje med genusteorin och genuskontraktet (Hirdman, 2001), där den manliga förpliktelsen är att "ta hand om kvinnan" och se efter hennes bästa. Kvinnan ses ej som på egen hand kapabel till detta, och är dessutom i naturlig beroendeställning till mannen, vilken i det här fallet kan ses som "människan"/"folk". Rötter till dessa kulturellt nedärvda tankesätt finns att hämta redan tillbaka i antikens Grekland, där kvinnan sågs som en ofullständig form av mannen och således en ofullständig människa som var lidelsefull, våldsam och okontrollerad, och med ett nedsatt intellekt, varför det sågs som en självklarhet att demokrati och beslutsfattande inte innefattade kvinnor (Hirdman, 2001).

Det kvinnliga lidandet - ett livsöde?

Ett ämne som diskuterades genomgående i alla intervjuerna var att flickors buksmärta kan vara symtom på menstruation eller ovulation. Det framkom i resultatet ett klimat kring att flickors buksmärta sällan är anledning till oro, och dysmenorré eller ovalutionssmärta sågs som en rimlig motivering till att inte oro sig som vårdpersonal. Primär dysmenorré är den vanligaste orsaken till gynekologiska smärtor hos tonåringar, och det är vanligen en icke-patologisk åkomma (De Sanctis et al. 2016), men det finns andra aspekter att ha i åtanke vid handläggning av flickor med denna typ av smärta. Ur en samhällelig och samhällsekonomisk aspekt, är menstruationsrelaterade smärtor en av de främsta orsakerna till sjukfrånvaro från skola och arbete, samt till en kraftigt sänkt livskvalitet på kort och lång sikt hos flickor och kvinnor (De Sanctis et al. 2016). Svår dysmenorré hos tonårsflickor kan även vara endometriosis, vilket ofta debuterar i tonåren, men inte sällan diagnostiseras först flera år senare (Greene et al., 2009). Rätt diagnos tidigt vid endometriosis är värdefullt för att kunna sätta in rätt behandling och minska lidandet, varför endometriosis bör ha i åtanke som diagnos vid upprepade problem med akuta buksmärter hos tonårsflickor (Dun et al., 2015).

Tydligt var också att menstruation var ett känsligt ämne att prata om, och benämndes till och med vid något tillfälle som tabu. Detta är en samhällsnorm som även den kan härledas till den manliga normen i samhället och de, enligt genusteorin (Hirdman, 2001), existerande patriarkala strukturerna som mynnar i ett ointresse för sådant som inte faller under den maskulina stereotypen eller kroppen. Underliggande i klimatet kring menstruation och dess smärtor var att många utgick från att tonårsflickorna som upplever detta första gången reagerar starkt, på grund av att de inte förstår att denna smärta är något som enligt den samhälleliga normen ses som normalt för en fertil kvinna. Genusteorin (Hirdman, 2001) förklarar detta som att det enligt genuskontraktet är en kvinnas öde och mening med livet att föda barn. Att menstruera ses som en del i detta, och att börja menstruera är en påminnelse om den andra rangs plats som väntar dem i samhället och vad syftet med deras liv är. Således ses menstruationen och det lidandet som hör den till som en naturlig del i att vara kvinna, en syn som influerar samhällets klimat kring ämnet (Hirdman, 2001).

Alltså påverkade möjligen omedvetna könsstereotypa föreställningar personalens syn på patienterna i det här fallet. Briones-Vozmediano, Öhman, Goicolea & Vives- Cases (2017) intervjuade vårdpersonal som handlade patienter med ett smärttillstånd relaterat till en sjukdom som oftast och i svårast form drabbar kvinnor; fibromyalgi. De fann att vårdpersonalens attityd till kvinnor med smärtproblematik var starkt influerat av könsstereotyper. De beskrev de kvinnliga patienterna med kronisk smärta som gnälliga och emotionella personer som klagade mycket, och hur de därför tvivlade på om de egentligen hade ont. De intervjuade menade att fibromyalgi eventuellt var mer diagnostiserat hos kvinnor då de enligt sociala konstruktioner är mer benägna att gnälla och klaga, samt att upprepat be om hjälp för sin smärta och därför tillslut får diagnos, till skillnad från männen. Dessa resultat skulle kunna vara i linje med våra fynd kring personalens omedvetna föreställningar som även överensstämmer med genusteorin (Hirdman, 2001).

Flickors buksmärta troddes även oftare bero på psykosociala orsaker. Det här ligger tydligt i linje med studien som Hamberg et al. (2004) utförde, där kvinnliga patienter fick psykofarmaka utskrivet och livsstilsråd i stället för en radiologisk undersökning som männen. Detta är även helt i linje med genusteorin (Hirdman, 2001) och att kvinnan som det svagare könet, som enligt genuskontraktet behöver bli omhändertagen och är menad att vara i beroendeställning. Enligt folkhälsoinstitutet är kvinnor i åldern 16 - 29 år den grupp som i störst utsträckning rapporterar självupplevt nedsatt psykiskt välmående, och antidepressiva läkemedel förskrivs i större

utsträckning till kvinnor än till män överlag (SKL, 2017). En relevant diskussion att föra är huruvida det enligt genusteorin (Hirdman, 2001) och dess patriarkala samhällsstrukturer ses på kvinnan som det svagare könet, och att det därför i större utsträckning utgås från att kvinnor är i behov av psykofarmaka och har nedsatt psykisk hälsa? Eller huruvida dessa patriarkala strukturer påverkar kvinnors uppfattade psykiska hälsa negativt? SKL (2017) skriver om hur flickor och pojkar växer upp med olika krav och förväntningar på sig från samhället, med en fördelning där flickor är mer ansvarstagande, och upplever en större stress kring prestationer i skolan och som följd av detta får en sämre psykisk hälsa. I resultatet i vår studie framkom spekulationer kring att vårdpersonalen borde fråga om prestation i skolan när de diskuterades kring orsaker till flickors buksmärta, men ej i diskussionen om pojkar, vilket är i linje med detta.

“Den vita mannens börda” - Hur genuskontraktet drabbar även pojkar och män

En annan viktig vinkel i delen med psykosociala orsaker till buksmärta, är aspekten att pojkar, som en följd av könsmaktsordningen och manligt kodade normer, kan ha problem med att själva identifiera när de mår dåligt, samt som en följd av normerna kan ha svårt att be om hjälp. Detta skulle kunna leda till ett bias där det statistiskt framstår som att flickor och kvinnor mår sämre. Hirdman (2001) skriver om hur den manliga kolonisationen av begreppet människa skapat ett betungande ok för män och pojkar som gör att genuskontraktet även blir plågsamt för dem att leva under. Genusteorin (Hirdman, 2001) diskuterar kring begreppet “den vita mannens börda”, då normen av människan är baserad på just den vita mannen. Detta kommer förstås med privilegier för män att förhålla sig till, men även med förpliktelser och ansvarsområden som kan vara betungande. Att leva upp till normen av mänskligheten kommer med höga krav, vilka inte sällan genererar ångest och nervositet kring existensen (Hirdman, 2001). Det enda i vårt resultat som framkom kring när det kunde vara aktuellt med pojkars psykosociala ohälsa som en orsak till buksmärta, var om de var asylsökande pojkar. Detta är också i linje med att den norm vi lever i, kodad utifrån den vita mannen (Hirdman, 2001), ej ses som applicerbar på pojkar och män från andra kulturer varför det blir mer rättfärdigat för dem att psykiskt dåligt

Genusbias kan således även drabba pojkar. Ett annat exempel på detta är Bernardes & Limas (2010) studie som visar på att en man som visar svaghet i form av smärta eller kronisk sjukdom ses som mindre manlig. Manlighet är enligt genusteorin (Hirdman, 2001) något män bör eftersträva då det är normen. Denna attityd skulle kunna leda till att pojkar söker sjukvård senare då de uthärdar längre och skattar sin smärta lägre, medan flickor skattar sin smärta högre än

pojkar och därför söker vård i ett tidigare skede (Patel, Biros, Moore, & Miner, 2014). Salö et al. (2015) påvisar i sin studie att pojkarna i större utsträckning har perforerade appendiciter, vilket skulle vara i linje med att detta, då de tydligt väntat längre med att söka vård för sin smärta.

Detta sätt att se på män, pojkar och smärta är förenligt med resultatet i vår studie där det framkom att många tar pojkars smärta på större allvar än flickors, och att de prioriteras högre när de visar på smärta. Ett tydligt exempel var att ultraljudsremiss skickades snabbare på pojkar, och flickor uttryckligen måste visa på mycket svår smärta för att tas på allvar och skickas på ultraljud. Keogh (2014) påvisar att samma ansiktsuttryck vid smärta tolkas olika beroende på könstillhörighet hos den som visar det, vilket stödjer teorin om detta fenomen.

Genusbias till följd av vilja att vara ”rättvis”

Det framkom i vår studie att vårdpersonalen ibland gärna vill göra “lika för alla”, så att det ska bli rättvist, jämlikt och lättare att komma ihåg. Till exempel nämndes det kring att fråga om sexualdebut; en del tänkte att de på rutin borde fråga pojkar också om sexualdebut om de ska fråga flickor, även om det inte sågs som relevant i ett akut skede. Jorfeldt (2010) skriver om genusneutralitet i vården, och om hur det i vårdteoretiska texter, utifrån kända vårdteoretiker, används begrepp som individ, person och människa, vilket gör patienterna könlösa och genusneutrala. Jorfeldt (2010) menar att denna diskurs, som är vedertagen, blir problematisk då olikheter som råder i sjukvården genom detta osynliggörs. Detta är intressant tillsammans med aspekten att genusbias även är att bortse från relevanta könsskillnader (Risberg et al. 2009), vilket görs om en fråga som egentligen bara är relevant för patienter av kvinnligt kön även ställs till de av manligt. Tanken att frågan borde ställas till pojkar även om den inte är relevant, för att det ska vara rättvist och för att det gör det lättare att komma ihåg, är även det i linje med Hirdmans genusteori (2001) om att mannen är primär och kvinnan sekundär.

Den kvinnliga utsattheten - ingen bias, utan en relevant oro

I resultatet framkom en oro över att flickor varit utsatta för någon form av övergrepp, en oro som inte diskuterades kring pojkarna. Denna oro kan ses som relevant då våld mot kvinnor och flickors utsatthet ses som ett strukturellt, globalt samhälls- och folkhälsoproblem och är vida studerat och dokumenterat (WHO, 2013). Uppskattningsvis en tredjedel av världens kvinnor drabbas av fysiskt eller sexuellt våld enligt WHO:s senaste rapport från 2013. Vårt resultat

pekade även på en önskan och behov av utformade rutiner kring att ställa frågor om utsatthet till patienterna, då det upplevs som en svår arbetsuppgift. Nationellt centrum för kvinnofrid (2010) kom i sin rapport "Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen" fram till att hälso-och sjukvårdspersonal alltid bör ställa frågan om våldsutsatthet till den enskilda kvinnan och att rutiner kring detta bör utformas. Detta då våldet och utsattheten leder till stort lidande och ohälsa, vilken kan förhindras om våldet synliggörs och stöd och hjälp erbjuds. Det skulle kunna ses som ett genusbias att inte ha en rutin kring att ställa frågan, då den typen av genusbias där relevanta könsskillnader bortses från inte enbart handlar om biologiska sådana, utan även aspekter som att män och kvinnor lever under olika villkor och har olika förväntningar på sig (Risberg et al., 2009). Hälso-och sjukvårdspersonal som möter ett barn som de på något sätt misstänker far illa, oavsett kön, har enligt lag en skyldighet att göra en orosanmälan till socialtjänsten (SOSF, 2001:453). WHO (2013) menar även att mäns våld mot kvinnor är en av de vanligaste orsakerna till kvinnors ohälsa, vilket således är i linje med att misstänka våldsutsatthet som en orsak till buksmärta hos flickor.

Studiens kliniska relevans

Studiens resultat synliggör brister i vården relaterat till genus, och kan således användas till att eventuellt implementera nya rutiner vilket skulle kunna optimera omhändertagandet, förbättra omvårdnaden och göra vården mer patientsäker. Studien gör även en ansats till att djupare knyta an och överbrygga glappet mellan vårdvetenskap och genusvetenskap, samt förklarar relevansen i att sammanfoga dessa vetenskaper. Detta kan vara till nytta genom att det belyser en problematik med omedvetna förutfattade meningar hos vårdpersonal utifrån patriarkala strukturer som finns i samhället. En medvetenhet hos personal som vårdar barn och ungdomar om den risk som genusbias innebär, kan väckas. Denna medvetenhet skulle i sin tur kunna leda till ett mer jämställt bemötande för patienter och en mer kvalitetssäkrad och evidensbaserad omvårdnad.

METODDISKUSSION

Kvalitativ metod används lämpligen för att få en helhetsbild och beskriva eller få förståelse för ett fenomen (Polit & Beck, 2014). Den har ofta lett till mer kunskap och nya teorier om patienters och vårdgivares perspektiv och behov (Wu, Thompson, Aroian, McQuaid, & Deatrck, 2016). Då syftet med denna studie var att få en helhetsbild och en förståelse för en vårdssituation, valdes denna metod.

Den kvalitativa forskningen har många fördelar. Som tidigare nämnts ger den ofta nya insikter och djupare kunskap inom det område som studeras, den kan ge ett nytt perspektiv på ett fenomen och ge förståelse för patienter och deras anhöriga (Wu et al., 2016). Trots de kvalitativa studiernas många fördelar finns det även nackdelar. Det diskuteras om det är möjligt att säkerställa en kvalitativ studies trovärdighet utifrån de i den kvantitativa forskningen traditionella kriterierna som validitet, reliabilitet och generaliserbarheten. (Mays & Pope, 2000; Wu et al, 2016). Genom att granska studien utifrån dessa begrepp läggs ändå en grund för studiens vetenskaplighet trots dess avsaknad av p-värden och kvantitativa data (Morse, Barrett, Mayan, Olson, & Spiers, 2002). Då studiens datainsamlingsmetod var intervjuer i fokusgrupper, en metod som genom diskussioner i grupp kring ett ämne kan ge mycket information och nya vinklar på ett fenomen. Därför är alla deltagarnas åsikter och upplevelse av lika värde, men endast det material med relevans för studiens syfte har lyfts fram i denna rapport.

En spridning vad gäller erfarenhet, ålder och kön bland studiens deltagare har även gjort att studiens ämne har belysts från olika perspektiv och mycket data kunde fås fram. Något som ökar studiens trovärdighet och överförbarhet (Graneheim & Lundman, 2004).

Studiens resultat handlar även om attityder och fenomen som påverkar hur vårdpersonal prioriterar och bemöter patienter. Resultatet är alltså inte enbart kopplat till diagnosen buksmärta utan kan överföras på vårdpersonal i allmänhet och i synnerhet de som vårdar barn och ungdomar. Detta ökar även studiens överförbarhet (Graneheim & Lundman, 2004).

För att uppnå trovärdighet i en kvalitativ innehållsanalys är det viktigt att kondenseringen av de meningsbärande enheterna inte påverkar dess innehåll och att noggrannhet och eftertanke genomsyrar arbetet med kodningen och utarbetandet av kategorier och det övergripande temat. Genom att arbeta på detta sett anser författarna att resultatet som framkommit i studien är trovärdig och att innebörden i materialet inte har förvanskats eller gått förlorad i analysprocessen (Graneheim & Lundman, 2004). Ett sätt att visa detta på har varit att redovisa citat som är representativa för sin kategori. En tredje part har även deltagit och granskat den kodning och kategorierna som skapades utifrån detta arbete. För att höja studiens giltighet och undvika att författarnas förståelse och sätt att tolka materialet har påverkat analysen och dess resultat (Graneheim & Lundman, 2004).

Under intervjuernas gång är det lätt att deltagarna avviker från ämnet om de inte blir ledda, samtidigt som för mycket ingripande av moderatorn kan göra frågorna ledande något som kan påverka resultatet (Peek & Fothergill, 2009). Frågorna som diskuterades togs fram efter noggrant betänkande för att de skulle vara öppna men samtidigt leda till svar utifrån studiens syfte och frågeställning. Intervjuerna genererade stora mängder material som var mycket tidskrävande att transkribera och granska. Analysen av materialet följde den vedertagna metoden för kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman (2004).

Enligt Peek & Fothergill (2009) uppges grupper på 3–5 personer vara det optimala antalet deltagare, och då grupperna i denna studie innehöll 5 - 6 uppnåddes ett tillräckligt antal deltagare för ett trovärdigt resultat. En god spridning på deltagarnas ålder, erfarenhet och kön uppnåddes, dock var den övervägande delen av deltagarna kvinnor. Detta kan delvis förklaras i att sjukvården är en kvinnodominerad arbetsplats och således är ändå det procentuella antalet män relativt högt. Huruvida resultatet ur ett genusperspektiv påverkats av att deltagarna bestod av fler kvinnor än män med tanke på ämnet för studien, går att spekulera i och kunde ha tagits i beaktning för analysen. Författarna valde dock att inte fördjupa sig i denna aspekt med tanke på begränsningen i studiens omfattning.

Bortfallet i studien var förhållandevis lågt, detta eventuellt på grund av att vi rekryterat fler deltagare än tänkt till grupperna i syfte att minimera bortfall. Då urvalet skedde på en akutmottagning där vården pågår dygnet runt var anledningen till bortfallet att deltagare krävdes i det dagliga arbetet och på så sätt inte hade tid att delta, något författarna hade i åtanke vid överrekryteringen.

Fokusgruppsintervjuerna genomfördes i rum bokade i förväg som tidigare beskrivits spelades allt material in för att sedan kunna transkriberas och analyseras. En fördel med detta är att det genom intervjuer, i form av diskussioner, framkom många spontana svar som speglade deltagarnas åsikter och upplevelser. En nackdel med detta kan vara att det finns en risk att den enskilda deltagaren inte vågade dela sin erfarenhet eller åsikt inför de övriga i gruppen. Denna aspekt är särskilt viktig att reflektera kring då det handlar om genus som kan ses som ett känsligt ämne. Det kan även tänkas vara känsligt att dela med sig inom gruppen om ett individuellt, specifikt handläggande, och medge fel en eventuellt gör i samband med detta. Detta skulle kunna leda till att information som hade framkommit vid enskilda intervjuer, missades på grund av studiens design.

Då båda författarna arbetat med akut barnsjukvård fanns det en stor förförståelse inom ämnet. Författarna iakttog en medvetenhet kring sin förförståelse och försökte aktivt förhålla sig så neutralt som möjligt under intervjuerna och analysens gång. Ett exempel på detta var de öppna frågor som ställdes samt de följdfrågor som ställdes under intervjuerna för att diskussionen skulle föras framåt. En fördel med att äga förförståelse var att det underlättade när följdfrågor skulle ställas då moderatorn visste vad som skulle vara relevant att fråga om. Genom att hänvisa till forskning och vedertagna teorier inom ämnet i bakgrunden och i resultatet vill författarna visa på att förförståelsen har påverkat studiens resultat så lite som möjligt.

SLUTSATS

Handläggningen av tonåringar med akut buksmärta har i dagsläget brister som kan härledas till kön och genus. Genusbias förekommer i den akuta vården av tonåringar med buksmärta. Flickor tillskrivs ofta psykosociala besvär som bakomliggande orsak till de somatiska besvären och tas på mindre allvar än pojkar med buksmärta. Det finns en stor okunskap kring de kvinnliga reproduktionsorganen trots att vetenskapen om eventuella diagnoser är stor, och rutinerna kring dem är bristfälliga. Könsspecifika rutiner för tonåringar med buksmärta kan vara gynnsamt både för personal och patienter, framförallt för flickor, och skulle kunna optimera omvårdnaden. Genusperspektivet bör belysas mer, både ur ett samhälleligt perspektiv och inom hälso- och sjukvården. Ytterligare utbildning och forskning i området medicinsk genusbias är nödvändig, och särskilt i området pediatrik där det ej är vida studerat.

REFERENSER

Armuan, G. M., Rodriguez-Wallberg, K. A., Wettergren, L., Ahlgren, J., Enblad, G., Höglund, M. & Lampic, C. (2012). Sex differences in fertility-related information received by young adult cancer survivors. *American Society of Clinical Oncology*. 30(17), 2147-2153. doi:10.1200/JCO.2011.40.6470

Bernardes, S. F., & Lima, M. L. (2010). Being less of a man or less of a woman: perceptions of chronic pain patients' gender identities. *European Journal of Pain (London, England)*, 14(2), 194–199. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2009.04.009>

Briones-Vozmediano, E., Öhman, A., Goicolea, I. & Vives-Cases, C. (2012). “The complaining women”: health professionals' perceptions on patients with fibromyalgia in Spain. *Disability and Rehabilitation*. 26, 1-7. doi:10.1080/09638288.2017.1306759

Chen, E. H., Shofer, F. S., Dean, A. J., Hollander, J. E., Baxt, W. G., Robey, J. L. & Millis, A. M. (2008). Gender Disparity in Analgesic Treatment of Emergency Department Patients with Acute Abdominal Pain. *Academic Emergency Medicine*. 15(5), 414-423. doi:10.1111/j.1553-2712.2008.00100.x

CODEX - regler och riktlinjer för forskning. (2016a) *Informerat samtycke*. Uppsala: CODEX, Centrum för forsknings och bioetik. Hämtat 18 januari 2017 från <http://codex.vr.se/manniska2.shtml>

CODEX - regler och riktlinjer för forskning. (2016b) *Personuppgifter*. Uppsala: CODEX, Centrum för forsknings och bioetik. Hämtat 18 januari 2017 från <http://codex.vr.se/manniska3.shtml>

Debono, P., Debattista, J., Attard-Montalto, S. & Pace, D. (2012). Adequacy of pediatric triage. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. 6(2), 151-154. doi:10.1001/dmp.2012.32a.

De Sanctis, V., Soliman, A. T., Elsedfy, H., Soliman, N. A., Soliman, R. & El Kholy, M. (2017). Dysmenorrhea in adolescents and young adults: a review in different country. *Acta Biomed*. 87(3):233-246.

Dun, C. E., Kho, A. K., Morozov, V. V., Kearney, S., Zuravin, L. J. & Nezhat, H. C. (2015). Endometriosis in adolescents. *Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*. 19(2) doi:10.4293/JSLS.2015.00019

El-Radhi, A. (2014) Management of abdominal pain in children. *British Journal of Nursing*. 24(1), 44-47. doi:10.12968/bjon.2015.24.1.44

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24(2), 105 – 112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Greene, R., Stratton, P., Cleary, D. S., Ballweg, L. M. & Sinaii, N. (2009). Diagnostic experience among 4,334 women reporting surgically diagnosed endometriosis. *Fertility and sterility*. 91(1), 32-39. doi:10.1016/j.fertnstert.2007.11.020

Gupta, R., Makhija, S., Sood, S. & Devgan, V. (2015). Discrimination in Seeking Medical Care for Female Child from Birth to Adolescence – A Retrospective Study. *The Indian Journal of Pediatrics*. 83(5), 410–413. doi:10.1007/s12098-015-1959-0

Guss, D. A., & Richards, C. (2000). Comparison of men and women presenting to an ED with acute appendicitis. *The American Journal of Emergency Medicine*, 18(4), 372–375. <https://doi.org/10.1053/ajem.2000.7323>

Hamberg, K., Risberg, G. & Johansson, E. (2004). Male and female physicians show different patterns of gender bias: a paper-case study of management of irritable bowel syndrome. *Scandinavian journal of public health*. 32(2), 144-152.

Hamberg, K., Risberg, G., Johansson, E. & Westman, G. (2004). Gender Bias in Physicians' Management of Neck Pain: A Study of the Answers in a Swedish National Examination. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*. 11(7), 653-666. doi:10.1089/152460902760360595.

Hatipoglu, S., Hatipoglu, F. & Abdullayev, R. (2014). Acute right lower abdominal pain in women of reproductive age: clinical clues. *World journal of gastroenterology*. 20(14): 4043–4049. doi:10.3748/wjg.v20.i14.4043

Hirdman, Y. (2001) *Genus- Om det stabila föränderliga former*. (2. uppl.) Stockholm: Liber

Jayasekara, R (2012) Focus groups in nursing research: Methodological perspectives. *Nursing Outlook*. 60(6), 411-416. doi:10.1016/j.outlook.2012.02.001

Jorfedt, I. (2010). Vårdvetenskapen ur ett genusperspektiv. Strömberg, H. & Eriksson, H. (Red.) *Genusperspektiv på vård och omvårdnad*. (ss. 25-40) Lund: Studentlitteratur.

Keogh, E. (2014). Gender differences in the nonverbal communication of pain: A new direction for sex, gender, and pain research? *Pain*. 155(10), 1927–1931. doi:10.1016/j.pain.2014.06.024

Khera, R., Jain, S., Lodha, R., & Ramakrishnan, S. (2014). Gender bias in child care and child health: global patterns. *Archives of Disease in Childhood*, 99(4), 369–374. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2013-303889>

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

Laganá, A. S., Sofu, V., Salmeri, F. M., Palmara, V. I., Triolo, O., Terzic, M. M. & Santoro, G. (2015). Oxidative Stress during Ovarian Torsion in Pediatric and Adolescent Patients: Changing The Perspective of The Disease. *International Journal of fertility and sterility*. 9(24), 416 – 423.

Lundman, B. & Graneheim, H. U. (2012). Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.) *Kvalitativ innehållsanalys*. (ss. 187 - 202) Lund: Studentlitteratur.

Mays, N., & Pope, C. (2000). Qualitative research in health care: Assessing quality in qualitative research. *BMJ : British Medical Journal*, 320(7226), 50.

Morse, J. M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K., & Spiers, J. (2002). Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2), 13–22. <https://doi.org/10.1177/160940690200100202>

Nationellt Centrum för Kvinnofrid (2010). *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen*. Uppsala. Nationellt centrum för kvinnofrid, NCK. Kunskapsbanken. Hämtad 28 april från [http://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/492/nck-rapport-att-fraga-om-valdsutsatthet-som-en-del-av-anamnesen-2010-4.pdf#__utma=1.885516314.1467370354.1473421898.1473424077.27&__utmb=1.3.10.1473424077&__utmc=1&__utmz=1.1467370354.1.1.utmcsr=\(direct\)|utmccn=\(direct\)|utmcmd=\(none\)&__utmv=&__utmk=113182340&__utma=1.1311597242.1473145745.1479373864.1493365628.2&__utmb=1.19.10.1493365628&__utmc=1&__utmz=1.1479373864.1.1.utmcsr=\(direct\)|utmccn=\(direct\)|utmcmd=\(none\)&__utmv=-&__utmk=14398135](http://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/492/nck-rapport-att-fraga-om-valdsutsatthet-som-en-del-av-anamnesen-2010-4.pdf#__utma=1.885516314.1467370354.1473421898.1473424077.27&__utmb=1.3.10.1473424077&__utmc=1&__utmz=1.1467370354.1.1.utmcsr=(direct)|utmccn=(direct)|utmcmd=(none)&__utmv=&__utmk=113182340&__utma=1.1311597242.1473145745.1479373864.1493365628.2&__utmb=1.19.10.1493365628&__utmc=1&__utmz=1.1479373864.1.1.utmcsr=(direct)|utmccn=(direct)|utmcmd=(none)&__utmv=-&__utmk=14398135)

Olovsson, M. (2015). Akuta gynekologiska bukfall. Jansson, P. O. & Landgren, B-M. (Red.) *Gynekologi*. (ss. 291-298) Lund: Studentlitteratur.

Patel, R., Biros, M. H., Moore, J., & Miner, J. R. (2014). Gender differences in patient-described pain, stress, and anxiety among patients undergoing treatment for painful conditions in the emergency department. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 21(12), 1478–1484. <https://doi.org/10.1111/acem.12543>

Peek, L. & Fothergill, A. (2009) Using focus groups: lessons from studying daycare centers, 9/11, and Hurricane Katrina. *Qualitative Research*. 9(1), 31-59.
doi:10.1177/1468794108098029

Polit, F. D. & Beck, T. C. (2014). *Essentials of Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice. 8th edition*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins.

Regeringskansliet (2017). Jämställdhet. Stockholm: Regeringskansliet. Hämtad 17 januari, 2017, från <http://www.regeringen.se/regeringens-politik/jamstalldhet/>

Reust, C. E. & Williams, A (2016). Acute Abdominal pain in Children. *American Family Physician* 93(10), 830-836.

Risberg, G., Johansson, E. E. & Hamberg, K. (2009). A theoretical model for analysing gender bias in medicine. *International Journal for Equity in Health*. 8(28). doi:10.1186/1475-9276-8-28

Romao, L. P. R. & Lorenzo, J. A. (2017). Fertility preservation options for children and adolescents with cancer. *Canadian Urological Association journal*. 11(1-2), 97-102. doi:10.5489/cuaj.4410

Saito, J. M. (2012). Beyond appendicitis: Evaluation and surgical treatment of pediatric acute abdominal pain. *Current Opinion in Pediatrics*. 24(3), 357-364. doi:10.1097/MOP.0b013e328352704e

Salö, M., Ohlsson, B., Arnbjörnsson, E. & Stenström, P. (2015). Appendicitis in children from a gender perspective. *Pediatric surgery international*. 31(9), 845–853. doi:10.1007/s00383-015-3729-5

Saxena, A., Castellani, C., Ruttensstock, E. & Höllwarth, M., (2012). Testicular torsion: a 15-year single-centre clinical and histological analysis. *Acta Paediatrica*. 101(7), 282-286. doi:10.1111/j.1651-2227.2012.02644.x

SFS 1982:763. *Hälso och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtat 17 januari 2017, från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763

SOSFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 28 april 2017, från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

Strömberg, H. & Eriksson, E. (2010). *Genus-perspektiv på vård och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2017). (O)jämslällldhet i hälsa och sjukvård. Reviderad upplaga 2014.

Widgren, B. (2012). *RETTIS. Akutsjukvård direkt*. Lund: Studentlitteratur

World Health Organisation, WHO (2017). Health Topics. Gender. Hämtad 17 januari, 2017, från <http://www.who.int/topics/gender/en/>

World Health Organisation. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Genève. Department of reproductive health and research. Hämtad 28 april från [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf#__utma=1.1311597242.1473145745.1479373864.1493365628.2&__utmb=1.9.10.1493365628&__utmc=1&__utmx=&__utmz=1.1479373864.1.1.utmcsr=\(direct\)%7Cutmccn=\(direct\)%7Cutmcmd=\(none\)&__utmv=-&__utmik=8493749](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf#__utma=1.1311597242.1473145745.1479373864.1493365628.2&__utmb=1.9.10.1493365628&__utmc=1&__utmx=&__utmz=1.1479373864.1.1.utmcsr=(direct)%7Cutmccn=(direct)%7Cutmcmd=(none)&__utmv=-&__utmik=8493749)

Wu, Y. P., Thompson, D., Aroian, K. J., McQuaid, E. L., & Deatrick, J. A. (2016). Commentary: Writing and Evaluating Qualitative Research Reports. *Journal of Pediatric Psychology*, 41(5), 493–505. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw032>

BILAGA 1

INTERVJUGUIDE

Intervjuerna genomförs i grupper på fem personer varav tre är sjuksköterskor och två är läkare. Intervjuerna utförs i syfte att svara på frågan hur barn som söker för akut insättande buksmärta handläggs och behandlas, och om det eventuellt finns några skillnader utifrån kön och genus. Då intervjuerna sker i fokusgrupper inriktar vi oss på att föra en semistrukturerad diskussion och använda oss av så öppna frågor som möjlig för att främja diskussionen men ändå ge en struktur till samtalet.

Inledande Frågor

Vad är din profession?

Hur gammal är du?

Vad är ditt kön?

Hur länge har du arbetat inom akutpediatrik?

Frågor

Vad har ni för upplevelse av att bedöma buksmärta hos tonårsflickor på barnakuten?

Vad har ni som stöd i er bedömning?

Hur upplever ni det?

Vad har ni för rutiner kring omhändertagandet av tonårsflickor med buksmärta?

Hur tänker ni kring dem?

Vad skulle kunna förändras?

Vad har ni för upplevelse av att bedöma buksmärta hos tonårspojkar på barnakuten?

Vad har ni som stöd i er bedömning?

Hur upplever ni det?

Vad har ni för rutiner kring omhändertagandet av tonårspojkar med buksmärta?

Hur tänker ni kring dem?

Vad skulle kunna förändras?

BILAGA 2



UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för kvinnors och barns hälsa

Till dig som är avdelningschef på barnakutmottningen på Akademiska Barnsjukhuset Uppsala.

Du tillfrågas härmed om fokusgruppsintervjuer angående omhändertagandet av barn med akut insättande buksmärta kan genomföras. Syftet med studien är att beskriva handläggning, prioritering och omhändertagande av tonåringar som söker vård på barnakutmottagning för akut buksmärta. Inga svar är rätt eller fel, deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas. Intervjun kommer att spelas in, under intervjun kommer även stödanteckningar att föras. Detta material kommer att behandlas konfidentiellt och vid redovisning av materialet kommer inte deltagarnas identiteter att presenteras, svaren kommer heller inte att kunna kopplas till någon person. Intervjuerna kommer att genomföras vid tre tillfällen under våren 2017.

Kontakta oss gärna för eventuella frågor.

Jonna Alenvall jonna.alenvall@hotmail.com 0762242740

Frida Axelsson axelsson.frida@gmail.com 0733870602

Studeringe specialistsjuksköterskeprogrammet
med inriktning på hälso- och sjukvård för barn och ungdomar

Ann-Charlotte Almblad ann-charlotte.almblad@kbh.uu.se 0705328162

Handledare för D-uppsatsen

BILAGA 3



UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för kvinnors och barns hälsa

Till dig som arbetar på barnakutmottningen på Akademiska Barnsjukhuset Uppsala.

Du tillfrågas härmed om fokusgruppsintervjuer angående omhändertagandet av barn med akut insättande buksmärta kan genomföras. Syftet med studien är att beskriva handläggning, prioritering och omhändertagande av tonåringar som söker vård på barnakutmottagning för akut buksmärta. Inga svar är rätt eller fel, deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas. Intervjun kommer att spelas in, under intervjun kommer även stödanteckningar att föras. Detta material kommer att behandlas konfidentiellt och vid redovisning av materialet kommer inte deltagarnas identiteter att presenteras, svaren kommer heller inte att kunna kopplas till någon person. Intervjuerna kommer att genomföras vid tre tillfällen under våren 2017.

Kontakta oss gärna för eventuella frågor.

Jonna Alenvall jonna.alenvall@hotmail.com 0762242740

Frida Axelsson axelsson.frida@gmail.com 0733870602

Studeringe specialistsjuksköterskeprogrammet
med inriktning på hälso- och sjukvård för barn och ungdomar

Ann-Charlotte Almblad ann-charlotte.almblad@kbh.uu.se 0705328162

Handledare för D-uppsatsen

BILAGA 4



UPPSALA
UNIVERSITET

Intervju angående omhändertagandet av barn med akut insättande buksmärta på akutmottagningen för barn och ungdomar, Akademiska sjukhuset, Uppsala.

Att delta innebär följande:

Det är frivilligt.

Intervjun kan när som helst avbrytas.

Intervjun kommer att spelas in.

Svaren kan inte härledas till någon enskild person.

Härmed ger jag mitt medgivande om att delta i intervjun.

Namn:

Datum:
