

Att mötas i hälso- och sjukvård

– Ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande
och jämlika villkor



Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges.
För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

ISBN 978-91-7555-246-0
Artikelnummer 2015-1-5

Illustrationer Helena Halvarsson
Grafisk form Jupiter Reklam AB
Sättning Edita Bobergs AB
Tryck Edita Bobergs AB, Falun, januari 2015

Utbildningsmaterialet *Att mötas i hälso- och sjukvård – ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlik vård* är skrivet för personal i hälso- och sjukvården för att ge stöd i att arbeta systematiskt med bemötande och jämlik vård i den egna verksamheten.

Rapporter från Socialstyrelsen och Diskrimineringsombudsmannen visar att det finns stora skillnader i hälsa mellan olika grupper i befolkningen och att bemötandet och den vård som erbjuds skiljer sig åt beroende bland annat på faktorer som kön, könsidentitet eller könsuttryck, etnisk tillhörighet, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder.

Rapporterna visar att dessa faktorer samverkar med de socioekonomiska faktorerna och missgynnar människor med exempelvis låg utbildning, låg yrkesstatus, låg lön, ingen eller liten kontantmarginal och annat födelseland än Sverige. Detta sker trots att alla har rätt till en vård på lika villkor. I utbildningsmaterialet betonas därför bemötande i vid mening och det ansvar för att behandla alla patienter jämlikt som ligger i sjukvårdarens yrkesroll. De regelverk som styr hälso- och sjukvårdens verksamheter avseende bemötande, jämlik vård och diskriminering tas också upp, liksom systematiskt förbättringsarbete och förhållningssätt som stärker en patientcentrerad vård.

Arbetet med att ta fram utbildningsmaterialet har skett i samverkan med Diskrimineringsombudsmannen och i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting. En dialog har också förts med berörda organisationer inom hälso- och sjukvårdens yrkesgrupper och berörda intresseorganisationer.

Hälso- och sjukvårdspersonal har läst materialet under arbetets gång och några har dessutom medverkat i att testa materialet i praktiken. Deras synpunkter har beaktats vid framtagandet av detta utbildningsmaterial.

Projektgruppen har bestått av projektledaren Maria Olsson Eklund, utredarna Lena Rahle Hasselbalch och Eva Entelius-Melin samt informatören Synnöve Ljunggren, samtliga från Socialstyrelsen. I projektgruppen har även utredaren Eva Nikell från Diskrimineringsombudsmannen ingått.

Anders Palm, Katarina Bernhardsson och Therese Nilsson, samtliga ansvariga för kursen Medicinens humaniora vid läkarutbildningen på Lunds universitet har medverkat med avsnittet *Att mötas och bemöta* – litteratur och film för gemensam reflektion.

Ansvarig enhetschef har varit Mari Forslund, enheten för Kunskaps-tillämpning 1.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Förord	3
Inledning	8
Att möta och bemöta – litteratur och film för gemensam reflektion.....	11
Avsnittets innehåll.....	11
Introduktion	13
Litteraturens och filmens möjligheter.....	14
Två reflektionsövningar.....	14
Litterär text I: Fjärilen i glaskupan.....	16
Utdrag ur Fjärilen i glaskupan.....	18
Övningar.....	21
Litterär text II: Klinisk blick	23
20 texter av Pia Dellson.....	24
Övningar.....	26
Att möta patientens behov.....	29
Avsnittets innehåll.....	29
Möten med patienter.....	31
Brist i samtalet leder till fel diagnoser	31
Personalens bemötande väcker känslor	32
Vi minns när vi blev respekterade – och när vi inte blev det.....	33
Personalen bestämmer vad som är viktigt respektive oviktigt.....	34
Kategorisering som maktutövning	34
Patientcentrering ger bättre behandlingsresultat	35
KASAM – ett hälsofrämjande förhållningssätt.....	36
De tre F:en i patientsamtalet.....	37
Tips för att kunna mötas i ett respektfullt samtal.....	37
Samtal med barn och unga.....	38
Kommunikation är mer än information	38
Motiverande samtal	39
Tolk – för jämlikhet och patientsäkerhet.....	39
Inte bli lyssnad på, inte bli trodd.....	40
AKK – Alternativ och kompletterande kommunikation.....	41
Delat beslutsfattande vid psykisk sjukdom	41
Kommunikationsbarriärer	42

Reflektion	43
Övning.....	43
Diskriminering.....	45
Avsnittets innehåll.....	45
Diskriminering	47
Urskilja, särskilja och särbehandla.....	47
Historiska exempel på diskriminering	48
Rashygien och kontroll av "asociala"	48
Kriminalisering och sjukförklaring av homosexualitet	49
Ett oetiskt experiment – karies provocerades fram	50
Olika former av diskriminering	50
Omedveten diskriminering	52
Några exempel på ojämlikhet i vården.....	53
Ska alla behandlas lika?	54
Okunnighet kan såra	55
Reflektion	57
Övning: självskattningsstest	57
RFSL:s begreppslista	59
Arbete med bemötande – exempel från verksamheter.....	63
Avsnittets innehåll.....	63
Exempel från verksamheter	65
Inledning	65
Utbildning i medicinens humaniora	65
Kvinnohälsa som ger hopp	67
Internutbildning i humanistisk medicin	69
Ett sjukhus för framtiden	70
Reflektion	73
Systematiskt förbättringsarbete	75
Avsnittets innehåll.....	75
Systematik för förbättring	77
Chefen har en nyckelroll.....	77
Varje vårdgivare ska ha ett ledningssystem.....	77
Bemötande och icke-diskriminering i ledningssystemet	78
Instruktion för systematiskt förbättringsarbete.....	78

Innan ni börjar – gör en baslinjemätning	80
Formulera mål.....	81
Att tänka på kring mål och arbetsätt.....	82
Ta fram och välj ut arbetsätt.....	84
Stödjande mallar	86
Fyrfältsdiagram till stöd för val av arbetsätt.....	86
Handlingsplan för systematiskt förbättringsarbete kring bemötande och icke-diskriminerade arbetsätt	88
Risikanalys för aktivitet	89
Patientenkät	91
Patientenkät – hur upplever du som patient vårt bemötande?	92
Regelverk	97
Avsnittets innehåll.....	97
Regelverk för jämlika villkor	99
Hälso- och sjukvårdslagen	100
Tandvårdslagen	100
Patientlagen	101
Patientsäkerhetslagen.....	101
Diskrimineringslagen.....	102
Nationella minoriteter och minoritetsspråk	102
Tolk i hälso- och sjukvården	103
Asylsökandes och papperslösas rätt till vård i Sverige	103
Lagen om patientnämndsverksamhet m.m.....	104
Klagomål från enskilda	105
Exempel på diskriminering – rättsfall	107
Avsnittets innehåll.....	107
Fem rättsfall som rör diskriminering.....	109
Webbtips	113
Lästips.....	114
Utbildningsmaterial	117
Referenser	118

Förklaringar till symbolerna i boken:

Lästips!



Lästips!

För vidare läsning och fördjupning. Kanske läsa samma sak som kollegorna och sedan samtala om texten, eller läsa på egen hand.



Gemensam reflektion

Gemensam reflektion.

Frågor att fundera över tillsammans med kollegorna.



Skriv ner!

Dokumentera det ni kommer överens om att arbeta med, så blir det lättare att genomföra och följa upp.



Vi vill veta vad du tycker!

Förslag till frågor att ställa i en patientenkät.

**Att möta och bemöta
- litteratur och film
för gemensam
reflektion
sid 11-27**

**Att möta patientens
behov
sid 29-43**

**Diskriminering
sid 45-61**

**Arbete med bemö-
tande - exempel
från verksamheter
sid 63-73**

**Systematiskt
förbättringsarbete
sid 75-95**

**Regelverk
sid 97-105**

**Exempel på diskrimi-
nering - rättsfall
sid 107-112**

Inledning

Utbildningsmaterialet *Att mötas i hälso- och sjukvård* är skrivet för dig som arbetar som läkare, sjuksköterska, undersköterska eller i andra professioner inom hälso- och sjukvården. Du kan till exempel ha rollen som chef, utvecklingsledare eller personal.

Det första avsnittet handlar om att ta hjälp av skönlitteratur och film för att reflektera över patientens och vårdarens roller. Det följs av ett avsnitt om att möta patientens behov och förstå den ojämlikhet som ryms i mötet mellan patient och personal.

Därefter följer ett avsnitt som kortfattat beskriver vad diskriminering är. Vårdpersonal verkar inte i ett slutet system, utan är påverkade av samhällets normer och värderingar som kan vara diskriminerande. Utbildningsmaterialet kan vara en hjälp till att bli medveten om de egna värderingarna och hur de kan påverka samspelet mellan vårdens personal och patienter.

Ett kort avsnitt beskriver exempel från verksamheter där man aktivt arbetar med bemötandet.

Avsnitten avslutas med förslag på reflektionsfrågor och övningar.

I avsnittet om systematiskt förbättringsarbete ges exempel på hur man kan utveckla arbetssätt för ett gott och icke-diskriminerande bemötande.

I slutet av utbildningsmaterialet finns ett avsnitt om regelverk med betydelse för bemötande och diskriminering samt ett avsnitt med exempel på rättsfall om diskriminering.

Sist finns lästips och webbtips om både skönlitteratur, facklitteratur, rapporter och utbildningsmaterial samlade.

Så här kan utbildningsmaterialet användas:

Du och dina kollegor arbetar givetvis med utbildningsmaterialet i den ordning och den omfattning som ni själva vill, men här presenteras ett förslag:

- ✓ Läs hela eller delar och reflektera på egen hand med stöd av reflektionsfrågorna i slutet av varje avsnitt.
- ✓ Läs och reflektera tillsammans med kollegor på personalmöten eller ordna en utbildningsdag och arbeta med något eller några av bokens avsnitt.
- ✓ Om ni bestämmer er för att börja utveckla ert ledningssystem för kvalitet med stöd av boken, rekommenderas avsnittet Systematiskt förbättringsarbete. Det riktar sig till både chefer och medarbetare.



Att mötas i hälso- och sjukvård

Att möta och bemöta – litteratur och film för gemensam reflektion

Avsnittets innehåll

- Introduktion
- Litteraturens och filmens möjligheter
- Två reflektionsövningar
- Litterär text 1: Fjärilen i glaskupan
- Övningar
- Litterär text 2: Klinisk blick
- Övningar



Introduktion

Följande avsnitt ger möjlighet att diskutera och reflektera tillsammans genom ett nytt och annorlunda material. Det är framtaget av Anders Palm, Katarina Bernhardsson och Therese Nilsson, ansvariga för kursen Medicinens humaniora vid läkarutbildningen på Lunds universitet.

Här är det vi-tilltal i texten och det ”vi” som åsyftas är vårdpersonal, kollegor som arbetar tillsammans och i en vid mening också alla professionella som oavsett avstånd eller grad av bekantskap ändå delar erfarenheter av att arbeta i hälso- och sjukvården.

Att förstå och att förbättra vårt professionella bemötande i vården lär vi oss både genom egna och andras erfarenheter. Genom att diskutera våra egna upplevelser av patientmöten – av positiv eller mer svårhanterbar natur – med våra kollegor får vi förmodligen större möjligheter att utvecklas i vårt arbete.

Ett kall? En livsgärning?

Vårdpersonalens arbete och yrkesval beskrivs ofta som ett kall eller en livsgärning, där vi ibland blir påtvingade egenskaper och nästan automatiskt förväntas agera självuppoffrande och outtröttligt. Men vi är människor som alla andra, med såväl positiva som negativa egenskaper. Skillnaden mot de flesta andra yrken är att vi arbetar så nära människor och att majoriteten av dessa är i utsatta positioner. Många är i olika stadier av kris med känslorna ”utanpå kroppen”. Vi ser sådant som ingen annan ser. Vi får förtroenden som ingen annan får. Vi lämnas ofta kvar efter möten med patienter och anhöriga utan att vi hunnit avsluta mötet eller kunnat bearbeta det vi varit med om. Alla har vi någon gång känt behovet av att reflektera – i ensamhet eller tillsammans med våra kollegor.

Perspektivbyte

Att reflektera innebär alltid att pröva andra perspektiv, att lyssna och ta ställning till andras perspektiv, att ifrågasätta sin egen syn och andras, för att fördjupa, skärpa och förändra. Perspektivbyte är att hitta olika sätt att se på samma fenomen. Det handlar om att låta olika uppfattningar och åsikter brytas mot varandra, för att sedan komma överens om vad vi som hälso- och sjukvårdspersonal vill stå för, både i bemötandet av patienter och anhöriga och i arbetsgemenskapen med våra kollegor.

Hur omsätta värdeorden till handling?

De positivt laddade värdeorden för det goda bemötandet är väl kända men hur få orden att omsättas till handling? Hur gör man för att inte bara utföra jobbet på rutin utan även ge patienterna en mer personlig omvårdnad, i tillit och förtroende? Inget möte är det andra likt. Därför finns det heller inget standardrecept på bemötande i det enskilda fallet.

Litteratur som vi alla har kommit överens om att läsa, och film som vi ser tillsammans, kan ge oss möjlighet att mötas i det gemensamma med våra olikheter och våra olika uppfattningar. Det är just sådana alternativ till reflektionsmaterial och diskussionsunderlag som vi ska pröva i de följande övningarna.

Litteraturens och filmens möjligheter

Under de senaste decennierna har man mer och mer blivit uppmärksam på skönlitteraturens och spelfilmens möjligheter att fungera som reflektionsmaterial i olika vårdutbildningar. Dessa konstarter har alldeles speciella resurser när det gäller att vidga och fördjupa vår livskunskap och vår människokunskap. I litteraturen och filmen har vi möjlighet att uppleva det som ligger bortom det självupplevda. Vi kan föreställa oss andra människors beteenden och reaktioner. Just denna föreställningsförmåga är en förutsättning för den lika självklara som svårdefinierade komponent i vår yrkeskompetens och vårt förhållningssätt som kallas *empati*.

Att litteraturen och filmen – tillsammans med andra konstnärliga uttrycksformer och andra humanistiska perspektiv – kan erbjuda vården reflektionsmaterial och perspektiv är grunden till det område som internationellt brukar kallas *Medical Humanities*, medicinens humaniora.

Två reflektionsövningar

De två reflektionsövningar som följer bygger dels på läsning av korta litterära texter, dels på filmvisning. Mötet mellan vårdad och vårdande är den gemensamma nämnaren för såväl texter som filmer. Både texterna och filmerna vädjar till vår föreställningsförmåga, ifrågasätter bemötanden och prövar empatins möjligheter och begränsningar.

Poängen med övningarna är att bli medvetna om hur vi tänker och agerar, och vilka konsekvenser detta får för patienter, anhöriga, kollegor, oss själva och de personer vi umgås med på vår fritid.

Ofta tar vi med oss de känslor som skapas på arbetet hem till våra anhöriga, ofta helt omedvetet. Hur hanterar vi detta? Endast genom att göra oss medvetna om våra tankar kan vi utveckla oss själva.

I båda exemplen står text och film i mer eller mindre direkt förbindelse med varandra. I det första exemplet handlar det om den typ av berättelser som kallas *patografi*, den sjukes egen berättelse, som sedan filmatiserats. I det andra exemplet rör det sig om en svit av korta, reflekterande dikter som har resulterat i en kortfilm om bemötande i vården.

Gör så här

Övningarna kan genomföras var för sig om man har ont om tid, eller så kan man diskutera alla övningarna mer eller mindre i följd. Det väsentliga är att diskussionerna handlar om möten och bemötande. Tanken med texterna är att de ska vara katalysatorer för fortsatta reflektioner kring egna erfarenheter. För att reflektionerna ska komma igång är gruppledaren viktig. Även om målet med övningarna är reflektion måste gruppledaren se till att den röda tråden hålls och att deltagarna håller sig till ämnet. Det viktigaste är att få ut någonting av diskussionerna, inte att hinna med samtliga texter.

Texterna kan läsas i förväg eller tillsammans i gruppen. Om det finns tid, rekommenderas högläsning i grupp.

Observera att inköp av filmen är en förutsättning för att kunna göra uppgift ”b” i respektive övning. Det är bra om gruppen ser filmen tillsammans.

Ta en paus ibland och ta er tid att summera och avsluta innan ni skiljs åt.

Gruppstorlek och gruppledare

Lämplig gruppstorlek är 6–8 personer.

En person i varje grupp tar på sig att vara gruppledare och har det övergripande ansvaret för gruppen och för övningarnas genomförande. Gruppledaren ansvarar för såväl den praktiska organisationen (ha gärna en whiteboard-tavla att skriva på) som att föra diskussionerna framåt, exempelvis genom att sammanfatta hur långt man kommit hittills.

Skapa förutsättningar för att göra övningarna

Det är nödvändigt att så långt det är möjligt kunna stänga av telefoner och sökare och stänga dörren. Det kan vara bra att byta miljö för att kunna fokusera på diskussionerna. Om det inte finns förutsättningar för ostördhet är det inte säkert att det går att göra övningarna.

Skapa en tillåtande atmosfär

Försök att skapa en tillåtande atmosfär där alla kan komma till tals. Om inte alla redan känner varandra är det av stort värde att presentera sig för varandra. Det är viktigt att alla känner sig inkluderade och respekterade. Avbryt inte varandra. Respektera varandras åsikter, men be gärna om ytterligare förklaring till varför man har de tankar som man ger uttryck för.

Strider någons personliga åsikter mot arbetsplatsens värdegrunder är detta ett utmärkt tillfälle att i lugn och ro diskutera igenom hur detta kan påverka arbetet med patienter i utsatta situationer.

Glöm inte att vi alla bär på fördomar oavsett om vi medger det eller ej. Meningen är inte att tillrättavisa någon eller att skapa en mall för hur alla ska arbeta. När det gäller bemötande och möten i stort finns det många sätt som fungerar.

Det som sägs stannar oss emellan

Vi vet alla vad tystnadsplikt innebär och även om det inte direkt föreskrivs i det här sammanhanget är det fint om det som sägs i rummet stannar i rummet. Det ger en känsla av trygghet och gemenskap.

Litterär text I: Fjärilen i glaskupan

Introduktion

I den här övningen läser vi tillsammans fyra utdrag ur *Fjärilen i glaskupan*, en självbiografisk berättelse skriven av Jean-Dominique Bauby (övers. Maria Björkman, Bokförlaget DN, 1997). Jean-Dominique Bauby dog tre dagar efter utgivningen.

Texterna belyser ett patientperspektiv som är begränsat och fysiskt kringskuret. Bauby, redaktör för tidskriften *Elle* och en mycket aktiv person, drabbades vid 43 års ålder av en stroke som resulterade i ett locked in-syndrom. Sjukdomen gjorde honom helt orörlig, utan möjlighet att tala eller ge respons, med den risk det innebär att då bli sedd som ett paket, ett ting, i stället för en människa.

Bauby lärde sig ett sätt att kommunicera genom att blinka. Med hjälp av en tavla, där bokstäverna var placerade i en ordning som representerade hur vanligt förekommande de är i det franska språket, ”skrev” Bauby sin bok. I sin ensamhet tänkte Bauby ut och memorerade i förväg de meningar han ville ha med i boken. En förlagsredaktör hjälpte honom sedan att skriva ner de bokstäver som han blinkade fram, en efter en.

En grundläggande bild i boken är titelns fjäril och en dykarklocka (originalets titel är ”Fjärilen i dykarklockan”). Bauby tänker på sig själv innesluten och fånglad i en dykarklocka, sin orörliga kropp, medan själen är en fjäril som flyger fritt och kan ta sig vart den vill, genom hans minnen. Sin sjukdomstid kallar Bauby för en orörlig resa.

Den förlamade Bauby beskriver många möten med olika yrkespersoner, med vänner och kolleger, med sina barn och sin före detta fru. Den nya flickvännen klarar inte av att se honom förlamad och hör bara av sig per telefon. Fadern är gammal och sjuk och kan inte lämna sin lägenhet för att komma på besök. Bauby skriver att de båda lider av locked in-syndrom – han själv i kroppen och fadern i lägenheten.

Han reflekterar också över sina medpatienter. De som bara är tillfälligt sjukhusbundna kallar han för ”turister”, medan han själv är resenär på sin orörliga resa mot den obönhörliga döden. När barnen är på besök på Fars dag ger de sig ut på en sanddyn och han får uppleva ”att en antydan, en skugga, ett uns av pappa fortfarande är en pappa”. Så blir han påmind om allt i det normala livet som han har förlorat. Han kommer på roliga kommentarer till barnen, som han sedan inte kan förmedla: ”Den allra skarpaste och mest träffande formulering trubbas av och faller platt till marken när det tar flera minuter att få till den. När det väl är gjort förstår man inte ens själv längre vad det var som verkade så roligt [...]. Jag räknar den här ofrivilliga bristen på humor till olägenheterna med mitt tillstånd.”

Han minns sitt tidigare liv, olycksdagen som förändrade hans liv, och slutligen kommer han fram till att sjukhuset faktiskt blivit hans nya hem: att han har ett nytt liv och att det livet utspelar sig i sjukrummet och i hans fria, och likväl inlåsta, tankar och känslor.

Övningen består av fyra utdrag ur boken

Det första avsnittet som valts ut från boken är från inledningen, där Bauby berättar om sin belägenhet. De följande avsnitten handlar om hans kontakter med vårdpersonal och hans syn på de olika personer han möter, de som rör sig kring hans sjuksäng och framträder på den scen som sjukrummet erbjuder framför hans ögon.

Utdrag ur Fjärilen i glaskupan

Ur Förordet

”Det är en helt vanlig morgon. Klockan sju börjar kapellets klockspel återigen ge eftertryck åt tidens flykt, kvart för kvart. Efter nattens frist börjar mina tilltäppta bronker väsa ljudligt igen. Mina händer ligger knutna på det gula lakanet och plågar mig utan att jag lyckas avgöra om de är brännheta eller iskalla. För att bekämpa min ledstelhets utlöser jag en reflexrörelse som får ben och armar att dra sig några millimeter bakåt. Det är oftast tillräckligt för att avlasta en värkande lem.

Glaskupan blir mindre besvärande och själen kan flyga fritt som en fjäril. Det finns så mycket att göra. Man kan flyga ut i rymden eller tiden, resa till Eldslandet eller till kung Midas hov.

Man kan besöka kvinnan man älskar, smyga sig nära och smeka hennes fortfarande sömndruckna ansikte. Man kan bygga luftslott, erövra det gyllene skinnet, upptäcka Atlantis, förverkliga sina barnomsdrömmar och sina vuxenfantasier.

Nu får det räcka med distraktion. Jag måste först och främst författa början på mina anteckningar från denna orörliga resa, så att jag är redo när min förläggares representant kommer för att skriva ner den efter diktamen, bokstav för bokstav. Jag ältar varje mening tio gånger inne i huvudet, tar bort ett ord, lägger till ett adjektiv och lär mig texten utantill, stycke för stycke.”

Badet

”Klockan halv nio kommer sjukgymnasten. Brigitte, som ser sportig ut och har en klassiskt romersk profil, kommer för att få mina ledstela armar och ben att fungera. Det kallas för ”mobilisering” och krigsterminologin är skrattretande när man ser hur mager truppen är: trettio kilo har försvunnit på fem månader. Jag förväntade mig inte ett sådant resultat när jag började banta åtta dagar före olyckan. Under arbetets gång är Brigitte uppmärksam på minsta lilla sprittning som i så fall tyder på en förbättring. ”Försök krama min knutna hand”, ber hon. Det känns ibland som om jag rör på fingrarna och jag koncentrerar mig på att krama hennes fingerben, men ingenting rör sig och hon lägger ner min orörliga hand på den skumgummibit som utgör mina händers juvelskrin. Det enda som förändrats är faktiskt att jag kan röra huvudet bättre. Nu kan jag vrida det nittio grader och mitt synfält sträcker sig från grannhusets skiffertak till den märklige Musse Pigg med hängande tunga som min son Théophile ritade när jag inte kunde öppna munnen. Efter trägen övning kan vi nu snart få in en slickepinne i den. Som neurologen säger: ”Vi måste vara väldigt tålmodiga.”

Sjukgymnastiken avslutas med en ansiktsmassage. Med sina varma fingrar går Brigitte över hela mitt ansikte, det livlösa området som tycks mig ha samma textur som ett pergament, och där jag fortfarande kan rynka på ögonbrynet. Eftersom demarkationslinjen går tvärs över munnen, kan jag bara antyda halva leenden, vilket också stämmer ganska väl överens med mina humörväxlingar. Någonting så privat som den personliga hygienens väcker på så sätt olika känslor hos mig.

Ena dagen tycker jag att det är komiskt att vid fyrtiofyra års ålder bli tvättad, vänd, torkad och bytt på som ett spädbarn. När jag regredierar som mest njuter jag rentav av det på något mystiskt vis.

Dagen därpå känns allt det där som det mest patetiska som tänkas kan, och en tår rullar ner i raklöddret som ett sjukvårdsbiträde stryker ut över mina kinder. Och när jag badas en gång i veckan blir jag sorgen och lycklig på samma gång. Efter det första ljuvliga ögonblicket när jag sjunker ner i badkaret, kommer snabbt saknaden efter de utdragna plaskanden som var lyxen i mitt första liv. Försedd med en kopp te eller en whisky, en god bok eller en hög tidningar, marineras jag länge och väl och reglerade kranarna med tårna. Det finns få tillfällen då jag upplever mitt nuvarande tillstånd så plågsamt som när jag påminns om sådana njutningar. Lyckligtvis har jag inte tid att ge mig hän åt den känslan. Jag förs redan huttrande tillbaka till mitt rum på en sjukbår som är lika bekväm som en spikmatta. Jag måste vara klädd från hjässan till fotabjället före klockan halv elva, färdig att åka till sjukgymnastiksalen. Jag har vägrat att anamma den fula joggingstil som sjukhuset förespråkar och klär mig i stället i mina paltor från studietiden. Mina gamla kavajer skulle precis som badet kunna öppna smärtsamma vägar i mitt minne. Jag ser det snarast som en symbol för att livet går vidare. Och beviset på att jag fortfarande vill vara mig själv. Om jag ändå dräglar kan jag lika väl göra det iklädd kashmir.”

Rösten i kulissen

”Jag har vaknat på behagligare sätt. När jag återfick medvetandet den där morgonen i slutet av januari, stod en man lutad över mig och sydde ihop mitt högra ögonlock med nål och tråd, som om han stoppade ett par strumpor. Jag blev fullständigt skräckslagen. Tänk om ögonläkaren skulle sy ihop mitt vänsteröga också när han ändå var i farten, denna min enda förbindelse med yttervärlden, den enda källargluggen i min isoleringscell, min enda möjlighet att se världen? Som tur var försänktes jag inte i mörker. Han lade omsorgsfullt ner sin utrustning i vadderade plåtaskar och slängde ur sig: ”Sex månader”, med samma tonfall som en åklagare som yrkar på ett avskräckande straff för en återfallsförbrytare. Med mitt friska öga signalerade jag ihärdigt min undran, men gubben, som tillbringade sina dagar med att studera människors ögon, kunde för den skull inte tyda blickar.

Han var urtypen för doktor Det-skiter-jag-i: högdragen, tvär och full av nedlåtenhet, en sådan som alltid myndigt kallar sina patienter till konsultation klockan åtta, kommer nio och går fem över, efter att ha ägnat var och en fyrtiofem sekunder av sin dyrbara tid. Till det yttre liknade han Dennis, ett stort runt huvud på en kort och spänd kropp. Han var föga värtalig redan tillsammans med de vanliga patienterna, och gentemot spöken av mitt slag blev han direkt undvikande och ödslade aldrig ett ord på att förklara någonting. Till slut fick jag reda på varför han hade stängt till mitt öga för sex månader: ögonlocket fungerade inte längre som en rörlig och beskyddande rullgardin, och jag löpte risk att få sårbildning på hornhinnan.

Under några veckor frågade jag mig om inte sjukhuset med flit använde en så avskräckande figur som katalysator för den vaga misstro som långliggande patienter till sist känner mot läkarkåren. En syndabock så att säga. Om han försvinner, som det är tal om, vad för ömklig figur ska jag då kunna göra narr av? På hans eviga fråga: ”Ser ni dubbelt?” skulle jag inte längre få ha det ensamma och oskyldiga nöjet att inombords höra mig svara honom: ”Ja, jag ser två dumma jävlar i stället för en.”

Att bli berörd, att älska och beundra är hos mig ett lika starkt behov som att andas. Ett brev från en vän, en målning av Balthus på ett vykort, en sida Saint-Simon ger mening åt timmarna som går. Men för att behålla min vaksamhet och inte sjunka ner i en likgiltig uppgivenhet, är jag mån om att känna ett visst mått av vrede och avsky, varken för mycket eller för lite, precis som tryckkokare har en säkerhetsventil för att inte explodera.

Just det, ”Tryckkokaren” skulle kunna vara titeln på den teaterpjäs jag kanske kommer att skriva en dag utifrån mina erfarenheter. Jag har också funderat på att kalla den ”Ögat”, och givetvis ”Glaskupan”. Ni känner redan till handlingen och miljön. Sjukhusrummet där herr L, en familjefar i sin krafts dagar, lär sig leva med det locked in-syndrom som är resultatet av att ett blodkärl brustit i hjärnan. Pjäsen skildrar herr L:s upplevelser i läkarvetenskapens värld och vad som händer med hans relationer till sin hustru, sina barn och vänner och till kompanjonerna i den stora reklambyrå som han var med och grundade. Herr L har varit en äregirig och ganska cynisk person som aldrig tidigare lidit några nederlag, men nu får han känna på sorg och bedrövelse, ser alla de övertygelser han dignade under falla ihop som ett korthus och upptäcker att hans närmaste är främlingar för honom. Tanken är att man ska kunna följa herr L:s långsamma mutation på första parkett, tack vare en röst i kulissen som återger hans inre monolog i alla belägenheter. Nu återstår bara att skriva pjäsen. Jag vet redan hur den ska sluta. Scenbilden försänks i halvmörker, men en ljusgloria omger sängen mitt på scenen. Det är natt, alla sover. Plötsligt drar herr L, som legat orörlig sedan ridån gick upp, undan täcket, hoppar

ur sängen och går omkring på scenen i ett överkligt ljus. Sedan blir allt svart och för sista gången hör man rösten i kulissen, herr L:s inre monolog: ”Jävlar, det var bara en dröm.”

Ur På vaxkabinettet

I en dröm besöker Jean-Dominique Bauby vaxkabinettet i Paris, och efter ett tag inser han att vaxdockorna föreställer de sjuksköterskor och sjukvårdsbiträden som avlöst varandra vid hans sjuksäng:

”Alla var där, stelnade i vaxet: de vänliga, de bryska, de känsliga, de likgiltiga, de arbetsamma, de lata, de som man kan få kontakt med och de i vars händer man bara är en patient bland andra.

I början var jag skräckslagen för vissa. Jag såg dem bara som argisinta dörrvakter i mitt fängelse, som medhjälpare i en fruktansvärd komplot. Senare hatade jag vissa av dem för att de vred armen på mig när de satte mig i rullstolen, glömde mig framför TV:n hela natten, lät mig ligga länge i en smärtsam ställning trots att jag protesterade. Under några minuter eller timmar skulle jag ha kunnat döda dem. Och sedan, när tiden hade slukat det mest kallblodiga ursinnet, blev de välbekanta personer som efter bästa förmåga fullgör sitt svåra värv: att rätta till våra kors en aning när de skadat våra axlar alltför svårt.

Jag styrde ut dem i namn som bara jag kände till, så att jag när de kom in i mitt rum kunde ropa åt dem med min dundrande inre stämma: ”Hej Blåöga! Tjena Stornäsa!” De vet självklart inte om det. Han som dansar runt min säng och intar en rockstjärnepose när han frågar hur jag mår, det är David Bowie. Magistern får mig att skratta med sitt barnansikte och sitt gråa hår och det allvar som han lägger sig till med varje gång han fäller den eviga domen: ”Så här långt har allt gått bra.” Som man kanske kan ana är inte Rambo och Terminator ömheten förkroppsligad. Jag tycker bättre om Termometer, vars engagemang skulle vara föredömligt, om hon bara inte ständigt glömde sina redskap i mina armhålors skrymslen. [...] När jag gick ut från salen sade jag till mig själv att jag tyckte bra om dem alla, fast de torterar mig.”

Övningar

Övning A:



Läs utdragen, gärna högt i gruppen. Diskutera.

- Lyft fram exempel på bemötanden ur texterna. Hur beskriver Bauby bra och dåliga vårdmöten? Vad är bra i vissa av dem, och dåligt i andra?
- Vad tror du att läkaren som syr ihop Baubys öga tänker? Vad hade han kunnat göra annorlunda för att göra mötet bättre?

- Bauby beskriver även goda vårdmöten. Vilka handlingar och egenskaper i dem är det som Bauby uppskattar? I hans texter är det små handlingar som gör stor skillnad för hans välbefinnande. Hur har du tänkt kring sådana detaljer och signaler i ditt arbete?
- Har du haft en patient som av någon anledning varit svår att kommunicera med och hur har du då agerat? Har du sett exempel på hur andra har bemött den typen av patienter, väl eller mindre väl?
- Har du själv varit patient eller anhörig, och vad i vårdpersonalens bemötande uppskattade du då särskilt?
- Bauby hör till den patientkategori som är helt maktlös, men alla patienter drabbas mer eller mindre av känslan av maktlöshet. Vad lär vi oss av Baubys historia som är tillämpligt i mötet med utsatta patienter?
- Inte bara patienter, utan också hälso- och sjukvårdspersonal känner utsatthet i arbetssituationer. När känner du dig som mest utsatt som personal? Hur hanterar du det?
- Hur skapar vi möjlighet till förtroende? Är det nödvändigt med förtroende? Varför?
- Hur påverkar vårt arbete med utsatta patienter oss som individer? På arbetet? Privat?
- Hur kan vi skapa de förutsättningar som behövs för att målen om värdegrunder ska uppfyllas?

Övning → Övning B:

Gruppen ser tillsammans filmen *Fjärilen i glaskupan* (2007, regi Julian Schnabel, 112 minuter). Här får man se hela Jean-Dominique Baubys historia och inte bara utdragen.

Diskutera

- Vad kommer fram i filmen som inte ryms i utdragen ovan? Tillkommer någon ytterligare dimension i förståelsen när du ser helheten?
- Vad ger filmens stillastående kameravinkel dig för känslor? Påverkar det din inlevelse i Bauby som person?
- De scener som beskrivs i utdragen, till exempel den där Bauby får ena ögat hopsytt – är de mer eller mindre drabbande i text respektive film?

Litterär text II: Klinisk blick

Introduktion

De här övningarna grundas på en helt annan typ av text än den föregående. Här handlar det om mycket korta, till innehåll och uttryck starkt koncentrerade texter, var och en på ett fåtal rader, som är skrivna av Pia Dellson. Man skulle kunna kalla dem för patientmötets *poesi*, fast det kan uppfattas som alltför pretentiöst, eller patientmötets *Twitter*, fast det kan uppfattas som alltför anspråkslöst. Till skillnad från Jean-Dominique Baubys berättelse handlar denna text om upplevelser och erfarenheter ur vårdpersonalens perspektiv.

Att skriva ner sina reaktioner och reflektioner som bearbetning av svåra upplevelser och situationer kan sägas vara en form av självterapi. Skrivandet kan ha en terapeutisk funktion inte bara för patienten, som i Baubys fall, utan också för vårdpersonalen. I all synnerhet blir den psykologiska och pedagogiska funktionen påtaglig, både för den som skrivit och dem som läst, om texterna presenteras och diskuteras i en gemenskap mellan kolleger. Självklart måste man respektera kollegers och patienters anonymitet. Men funktionen att skriva av sig kan vara ytterst betydelsefull för utvecklingen av den egna yrkesrollen och för att kunna bearbeta företeelser, händelser och tankar som vi ofta bär med oss.

Att både läsa och försöka skriva för att sedan reflektera och diskutera är vad den här övningen går ut på. Övningen börjar med läsning och diskussion av tjugo korttexter av Pia Dellson. Den avslutas med försök till eget skrivande av samma typ av texter, men baserade på egna upplevelser och erfarenheter.

Pia Dellson är onkolog, psykiatriker och psykoterapeut, verksam i Lund vid Skånes universitetssjukhus. När hon ännu höll på att utbilda sig som ung läkare prövade hon att formulera sina upplevelser av sjukhusmiljön, sin yrkesroll och sina patientmöten på några få rader. Hon utvecklade en poetisk form – en koncentrerad personlig reflektion – som en omedelbar reaktion på sin upplevelse av sjukhusvårdens verklighet. Så småningom samlade hon sina texter i en liten bok som fick titeln *Klinisk blick – reflexioner kring läkekonsten* (1997). I urvalet som här följer har de två avslutande texterna tillkommit efter publiceringen av boken.

20 texter av Pia Dellson

1. De första patienterna
jag träffade
var redan
döda.
2. Det är lättare att göra
något för kroppen
än för själen.

Kroppen finns
åtminstone.
3. Våra nycklar öppnar alla dörrar
utom de väsentligaste.
4. Efter ett tag får man känslan av
att världen är delad i två lag.

De som kan bli sjuka
och vi som inte kan det.
5. Journalen ger
bara vår sida
av verkligheten.
6. De gamla
har inte alltid varit gamla
och de är fortfarande
samma människor
inuti.
7. När man inte fått
äta eller sova
eller kissa
är det svårt
att känna empati.
8. När jag sövt dig
är du helt i mina händer.
Du andas om jag vill det.
Sedan ropar jag
dig åter till världen.

Det närmaste Gud
man kan bli.
9. Ibland undrar jag
vem det är
jag vårdar mest.
Patienten eller de anhöriga?

20 texter av Pia Dellson

10. Det är svårt att
i efterhand ersätta
utebliven kärlek.
11. Rutiner är verk av mänsklig vilja.
Mänsklig vilja kan också rubba dem.
12. Patienten ser sin kropp
som helt unik.
Personalen har sett tusen
nästan likadana.
13. Inget elände kan längre förvåna mig
Jag har sett de förvärkta, de lama,
de utmärglade, de tokiga, de döda.

Nu förvånar mig bara styrkan
hos dem som inte gett upp.
14. Jag går omkring här
mitt i livet och döden.
15. Den totala tomheten i korridoren
får mig att ana
att alla är på möte
utom jag.
16. Man måste göra klart för sig
på vems sida man står egentligen.
På patientens?
17. Hennes bror hängde sig igår.
Han var nitton år gammal.
Hon berättar det sakligt, nästan argt.
Plötsligt strömmar tårarna
på mig
men utan att jag känner någon sorg.

Hennes tårar
genom mig?
18. De tumlar runt i korridoren
som små rydmän,
alldeles skalliga och
förtöjda vid sina droppställningar.
Dödligt sjuka,
bubblande av skratt.

20 texter av Pia Dellson

19. Det gör ont
när mina patienter dör
som jag lärt känna så väl
som delat sitt innersta med mig
som tar med sig en bit av mig in i döden.
Jag sörjer.
Jag saknar.
Det smärtar.
- Det gör ont att bry sig om.
20. För patienten handlar det
om liv eller död.
För mig handlar det om
en fungerande vardag.
När jag går hem i tid
är det svårt att inte drabbas
av skuld känslor.

Övningar

Övning → Övning A

Steg 1

Varje deltagare väljer tre texter i urvalet. Formulera för dig själv varför du gjort ditt val och på vilket sätt dessa texter ger uttryck för viktiga och problematiska reaktioner i våra yrkesroller.

Steg 2

Motivera inför gruppen varför du har valt just dessa tre texter.

Gruppen summerar, under ledning av grupphandledaren, vilka texter som valdes. Är det någon som valdes av flera, och varför i så fall? Är det någon som du inte känner igen dig i alls?

Steg 3

Var och en i gruppen skriver, under cirka 15 minuter, en kort text som återger eller går tillbaka till en egen erfarenhet av ett patientmöte.

Gruppen samlas igen för att alla ska få ta del av varandras texter. Gruppen kan välja att antingen läsa sina egna texter högt eller låta gruppleddaren läsa upp alla texter helt anonymt (detta bestäms av gruppen i förväg).

Diskutera tillsammans upplevelsen av att reflektera genom att skriva. Kan det få en situation att framstå tydligare eller i nytt ljus, och användas i professionell och personlig utveckling?

Övning B

← Övning

Gruppen ser tillsammans Janne Ahlbergs och Pia Dellsons kortfilm *Var ska jag ligga sen?* (2006) – 25 minuter lång. Filmen kan köpas via info@timecode.se, och med den följer en bra och omfattande studiehandledning som går igenom filmen scen för scen.

Filmen har vuxit fram ur Pia Dellsons erfarenheter och texter och ger på ett gripande sätt scener ur sjukhusvärldens vardag med patientmötet i centrum. Här möter patienter och anhöriga olika yrkesgrupper i vården, var och en i sina roller. Möjligheterna är många att diskutera hur vi ser på vårt agerande i sjukvårdens ofrånkomliga dramatik.

Filmen har kallats en ”etisk thriller i sjukhusmiljö”. Den gjordes 2006 och sedan dess har mycket förändrats. Många problem är bestående. Andra har tillkommit. Filmen ger oss anledning att göra iakttagelser av likheter och skillnader mellan då och nu. Hur ser vården ut nu, till skillnad från vad som skildras i filmen?

Gruppen väljer 2–4 scener som man tycker var särskilt intressanta och diskuterar studiehandledningens frågor kring dem.



Att mötas i hälso- och sjukvård

Att möta patientens behov

Avsnittets innehåll

- Möten med patienter
 - Brist i samtalet leder till fel diagnoser
 - Personalens bemötande väcker känslor
 - Vi minns när vi blev respekterade – och när vi inte blev det
 - Personalen bestämmer vad som är viktigt respektive oviktigt
 - Kategorisering som maktutövning
 - Patientcentrering ger bättre behandlingsresultat
 - KASAM – ett hälsofrämjande förhållningssätt
 - De tre F:en i patientsamtalet
 - Tips för att kunna mötas i ett respektfullt samtal
 - Samtal med barn och unga
 - Kommunikation är mer än information
 - Motiverande samtal
 - Tolk – för jämlikhet och patientsäkerhet
 - Inte bli lyssnad på – inte bli trodd
 - AKK – Alternativ och kompletterande kommunikation
 - Delat beslutsfattande vid psykisk sjukdom
 - Kommunikationsbarriärer
-
- Reflektion
 - Övning



Möten med patienter

Vi utbildar oss på det tekniska området, vi blir specialister, men när utbildar vi oss till människor, till lyssnare? Vem är det vi arbetar för och lever för? Jag snackar inte om ideal, jag talar om dig och mig, att finnas till inför ett Du. Vem har haft tid, råd och lägenhet att utbilda sig till lyssnare /.../. Hur mycket är en kurs i lyssnande värt i reda pengar? Vem satsar pengarna? Och jag vad gör jag? Följer jag bara systemets kursplaner, vågar jag någon gång i fem minuter tala om att lyssna?

Ur Hallonfallet av Göran Tunström

Att arbeta i hälso- och sjukvård innebär att stundtals vara i svåra situationer. Känslor som väcks behöver hanteras och härbärgeras. I den professionella hållningen ingår att klara av att ge ett gott bemötande, vara empatisk och inge lugn, hopp och tröst – även när det känns svårt att räcka till eller orka.

Rädsla, ångest och känslor av otillräcklighet kan vandra mellan patient och vårdpersonal i omedvetna så kallade parallellprocesser [1].

Brist i samtalet leder till fel diagnoser

Att se människan bakom sjukdomen eller diagnosen, att lyssna och att samtala ökar förutsättningarna för att vårdpersonal och patient ska förstå varandra. Det ökar patientens delaktighet. När patienten är delaktig får vården viktig kunskap om hans eller hennes erfarenheter och upplevelser och kan lättare möta dennes individuella behov och skapa förutsättningar för läkande.

Om patienten däremot inte är delaktig finns risk att han eller hon underordnar sig sjukvårdens bedömningar, inte lyssnar till sin kropp och därmed riskerar att förlora förtroendet för kroppens signaler. Det kan leda till att läkeprocessen tar skada. En ond spiral kan uppstå med många återbesök, nya undersökningar och symtom [2].

Bemötandet spelar också en viktig roll när det gäller att ställa rätt diagnos:

Att lära sig om bemötande i utbildningen är oerhört viktigt. Det spelar en central roll för att patienten ska få rätt diagnos. Femton procent av de diagnoser som ställs är felaktiga, och det beror inte på bristfälliga medicinska kunskaper hos läkaren har det visat sig, utan på en brist i samtalet mellan läkare och patient [3].

Astrid Seeberger, överläkare i njurmedicin och ledningsansvarig för professionell utveckling vid Karolinska Institutet.

Personalens bemötande väcker känslor

Hur patienten upplever bemötandet spelar roll för vårdens effekter. I Anne Denhovs studie *Hjälpande personal, brukarperspektiv* [4] beskrivs relationens betydelse för patientens välmående och tillfrisknande. Hon har studerat vilka faktorer som patienter menar har betydelse för känslan av förtroende för personalens hjälpande förmågor och som möjliggör att en god relation skapas mellan patient och personal:

- de är engagerade och bryr sig
- de tar sig tid
- de gör något extra
- de gör undantag
- de kommer ihåg
- de är experter och medmänniskor
- de respekterar patientens värdighet
- de finns kvar.

Citat från Denhovs studie som belyser att personalens agerande noteras och väcker känslor hos patienterna:

... inte är på väg någon annanstans ... Det kan vara så i vissa möten ... att man ägnar sig åt datorn eller någon annan pryl, massa formaliteter som skall ordnas och så.

... visar lugn och ro, lyssnar på en, inte sitter och tittar på klockan, i almanackan eller på papper, att dom visar att dom lyssnar. För om den här personen inte är koncentrerad eller på något annat sätt inte är närvarande så i mitt fall, jag får panik, och jag kan inte koppla av, jag blir stressad och jag tror att som patient så är det viktigt att man känner sig avstressad när man sitter där.

Vi minns när vi blev respekterade - och när vi inte blev det

Vårdsituationen är ett möte mellan ojämlika parter. Patienten, å ena sidan, befinner sig i underläge bland annat på grund av sin sjukdom, oro, medicinska okunskap och beroendeställning. Vårdpersonalen, å andra sidan, är med sin yrkeskunskap, sitt fackspråk och sin yrkesstatus i ett överläge.

Ofta är personalen omedveten om denna maktobalans. Men var och en som arbetar inom hälso- och sjukvården har ett personligt och professionellt ansvar att bemöta patienter och vård sökande på ett sätt som ger dem lika rättigheter och möjligheter i mötet med vården.

Till exempel ska den som söker vård enligt hälso- och sjukvårdslagen få en medicinsk bedömning så snart som möjligt. Bemötande och behandling ska ske utifrån aktuell sjukdom eller dess symtom, inte utifrån personalens föreställningar om patientens livsval eller identitet.

Hur patienten bemöts har stor betydelse. Bemötandet är komplext, det innefattar allt som sker i kontakterna mellan patient och vårdpersonal.

Vi har alla vår egen bild av vad ett gott bemötande är och hur det känns när allt fungerar, när vi känner oss trygga, respekterade och får rätt vård för våra symtom. För oss alla gäller att vi minns det som känts bra, men också det som blev fel eller kändes mindre bra.

Jag skulle vilja borsta tänderna

Det är vad jag ber om, när jag varit på toaletten och ska få hjälp därifrån.

Jag behöver få min tandborste och min tandkräm, som ligger på en hylla dit jag inte når.

Nej, men det ska du väl inte göra nu, du ska ju dricka kvällskaffe sedan, så då får du borsta tänderna då.

Jag hade ätit middag och ville borsta tänderna innan min man kom på besök.

Ville känna mig fräsch, om han kanske skulle pussa mig. (Jo, jag är säker på att han skulle göra det).

Att inte kunna borsta tänderna själv och inte heller få hjälp, när jag själv vill, det är att vara maktlös som patient.

Ur Tankar från en patient [5]

Personalen bestämmer vad som är viktig respektive oviktigt

Tove Harnett har skrivit en avhandling [6] om makt i äldreomsorgens vardag. Hon visar hur personal inom äldreomsorg riskerar att se en del av de äldres önskemål som oviktiga frågor som personalen har makt att bestämma om de ska ta hänsyn till eller inte. Även om Harnetts avhandling handlar om äldreomsorgen har den relevans även för hälso- och sjukvården.

Harnett menar att personal och tjänstemän inom äldreomsorgen använder vad hon kallar *trivialiseringsretorik* som maktresurs. Med det menar hon att de äldres önskemål, klagomål och viljor beskrivs som gnäll och småsaker. Detta synsätt påverkar personalen. När man ”lyckas” med att förminska de äldres önskemål, klagomål och viljor så att verksamheten fungerar för personalen kan man på sikt känna att man också har rätt att ha makt över de äldre. Rutinerna blir viktigast, de äldres inflytande blir mindre viktigt.

Harnett sammanfattar:

Genom att visa hur saker kan göras oviktiga respektive viktiga genom sättet vi pratar, har denna studie visat att vardagligt prat i vardagliga situationer spelar en viktig roll för att förstå makt i äldreomsorgen.

Kategorisering som maktutövning

Helene Brodin forskar för att utveckla och förändra vården och omsorgen för äldre människor i Stockholms läns landsting. I sin forskning har hon sett att det finns ett problem med överdriven kategorisering inom sjukvården [2]. Att kategorisera, att sätta en etikett på något, är en maktutövning, menar hon.

Brodin har visat hur äldrepolitiken ofta har utgått ifrån att de flesta äldre är friska och inte behöver något stöd. Likväl finns det grupper som man även från politiskt håll har ansett behöver stöd, till exempel kvinnor, utlandsfödda äldre, äldre med funktionsnedsättning och äldre från arbetarklass.

Egenskaper och behov i dessa grupper bestäms genom det som Brodin kallar för homogenisering eller *kulturalisering*. Begreppet kulturalisering innebär att vi tolkar problem som inte har med kultur att göra i kulturella termer [7]. Det innebär att alla bedöms på samma sätt utifrån föreställningar om kulturell tillhörighet och inte utifrån sina individuella egenskaper eller förutsättningar. *Exempel:*

- Det anses normalt inom vården att ha ont när man är gammal. Därför dör ofta äldre i smärta trots att det finns smärtlindring.
- Det anses också fullt normalt att vara ”lite deppig” när man blir gammal och därför tas inte äldres psykiska ohälsa på allvar.

I sin avhandling [2] visar Helene Brodin hur omsorgsbehovet prioriteras framför kommunikationsbehovet. *Exempel:*

- Utomeuropeiskt födda äldre fick hemtjänst men inte på sitt eget språk eller med tolk. Det gjorde att de slutligen valde bort hemtjänsten och anhöriga fick rycka in i stället.

Ett annat exempel på kulturalisering är just anhörigvården. Forskning visar att socialtjänsten förväntar sig att utlandsfödda anhöriga ska ta hand om sina äldre släktingar i mycket högre utsträckning än svenskfödda. Denna föreställning om att det finns en omsorgskultur i utomeuropeiska länder belastar främst kvinnor i dessa familjer [2].

Patientcentrering ger bättre behandlingsresultat

I en patientcentrerad hälso- och sjukvård är patientens behov i centrum. Patienten ses som en resurs, som deltar i det gemensamma arbetet med att förstå sina symtom och hur dessa kan botas, lindras eller förebyggas i de fall patienten riskerar att utveckla en sjukdom.

Men när det gäller att möta patienters individuella behov, värderingar och preferenser finns det brister. Detta kan bland annat medföra att det blir svårare för patienten att delta i sin egen vård, vilket är allvarligt. Detta framgår av en rapport från Myndigheten för vårdanalys som 2012 presenterade en utvärdering av patientcentreringen i svensk hälso- och sjukvård [8]. Resultaten visar att när en patient är delaktig ökar till exempel motivationen att följa vårdens råd och rekommendationer. Detta bidrar i sin tur till ett bättre behandlingsresultat, vilket spar både lidande och pengar.

Lästips!



Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Om implementering, broschyr från Socialstyrelsen 2012.

I sin rapport ger Myndigheten för vårdanalys sex rekommendationer för förbättringar:

- **Patienter har tillgång till den information de behöver** för att kunna fatta välgrundade beslut om sin hälsa och sin hälso- och sjukvård. Patienter erbjuds patientutbildningar om sina sjukdomar och vårdalternativ.
- **Patienterna behandlas som individer** med en unik uppsättning behov, preferenser och värderingar i mötet med vården. Vården är utformad för att förutse och reagera på det som är viktigt för patienten och möjliggör ett meningsfullt delta-gande från patienten i alla beslut som rör dennes vård.
- **Verksamheten har en helhetssyn på patientens behov** istället för ett sjukdomscentrerat förhållningssätt. Där finns en medvetenhet om att patientens möte med hälso- och sjukvården är en angelägen och personlig upplevelse som kan skapa ångest och andra emotionella, psykiska och andliga bekymmer. Verksamheten möter dessa behov istället för att uteslutande fokusera på de medicinska aspekterna.
- **Patientens familj och nära vänner engageras och involveras** i patientens vårdupplevelse när patienten så önskar. Det gäller både i beslutsfattandet och i omsorgen om patienten. Här är det också viktigt att betona att patientens familjs och nära vänners behov beaktas eftersom detta är en del av patientens närmsta sociala nätverk och därför av stor vikt för honom eller henne.
- **Samordningen av vården** är utformad för att uppnå optimal service och kontinuitet för patienten.

KASAM – ett hälsofrämjande förhållningssätt

Begreppet Kasam, som står för Känsla av sammanhang och mening, myntades av Aaron Antonovsky, professor i medicinsk sociologi. Han menar att ohälsa och sjukdom förebyggs och hanteras genom sjukvård och mediciner, men också genom att man arbetar för att ta vara på och utveckla det friska och det motståndskraftiga hos människan. Han använde begreppet salutogen som betyder hälsofrämjande.

Ett salutogent, eller hälsofrämjande [9], förhållningssätt betonar friskfaktorer och hälsofrämjande åtgärder och aktiviteter som kan stärka patientens välmående. Sjukdomshistoria kompletteras med levnadsberättelse, och målet för vården och omsorgen är att skapa en känsla av helhet och sammanhang.

De tre bärande principerna i KASAM är:

- **Begriplighet:** Man förstår vad som händer och man förväntar sig att man i stort sett ska förstå det som kommer att hända. Individens upplevelse att det som sker i och utanför individen är förutsägbart och begripligt.
- **Hanterbarhet:** Individens förväntar sig ha resurser nog för att kunna hantera det som sker.
- **Meningsfullhet:** Individens upplevelse att livets utmaningar är värda att investera sitt engagemang i.

De tre F:en i patientsamtalet

Patientsamtalet består av tre delar: patientens del, läkarens del och de båda parternas gemensamma del, skriver läkarna Jan-Helge Larsen och Charlotte Hedberg i boken *Konsultationsprocessen* [10].

I patientens del ska läkaren ge patienten möjlighet att få berätta om sina Farhågor, Föreställningar och Förväntningar, även kallade de tre F:en.

Det är viktigt att läkaren lyssnar på patientens tankar och förklaringar till sina symtom, hur oron känns och vilka önskningar patienten har om att få hjälp. När patienten känner sig trygg och ges tid att tala fritt brukar patientens tankar och frågor komma fram och det hjälper läkaren att förstå och ställa diagnos.

Att ställa öppna frågor, lyssna, sammanfatta och höra efter om man har förstått rätt är delar av ett patientcentrerat förhållningssätt.

Tips för att kunna mötas i ett respektfullt samtal

Samtalet mellan patient och vårdpersonal ser olika ut eftersom vi alla är olika. Här ges några tips som kan vara till hjälp för att kunna genomföra ett respektfullt samtal [11].

- Planera för att ha så **god kännedom om patienten** som är möjligt utifrån aktuell situation. Då ökar chanserna att du gör en korrekt bedömning och patienten känner sig trygg då han eller hon märker att du exempelvis ställer relevanta frågor.
- **Inled med en öppen fråga.** Det bjuder in patienten att ta upp det som hon eller han tycker är viktigt. På detta sätt blir det patientens önskemål och agenda som styr.
- **Ge återkoppling och bekräftelse** under samtalet. Då ökar du chansen för att patienten ska känna att du förstår.
- Om patienten verkar trivas med **ögonkontakt** ska du försöka ha det med honom eller henne. Du kan också placera dig på samma nivå som patienten. Då ökar chanserna att patienten känner sig jämbördig med dig.

- Om det passar i situationen kan du själv **göra korta sammanfattningar** under samtalet. Fråga då patienten om han eller hon tycker att du uppfattat saker korrekt. Det lyfter fram och förtydligar vad ni båda sagt under samtalet.
- **Be gärna patienten att sammanfatta** vad som sagts. Då ökar chanserna att förstå hur hon eller han har uppfattat det som sagts och om något har glömts bort.

Samtal med barn och unga

Dom säger jämt att det inte gör ont men det är inte sant.
Hon stack mig och det gjorde väldigt ont.

Lisa, 12 år, ur *Barns och ungas rätt i vården* [12].

Barn har precis som vuxna rätt till en jämlik vård. De har också samma rätt till information och delaktighet som alla andra. I möte med barn behöver man intressera sig för barnets perspektiv. Det är extra viktigt att skapa en förtroendefull relation och en trygg situation för barnet så att det känner sig tryggt nog för att våga fråga och kunna ta in information och dessutom vara med i beslutsfattandet.

Vårdpersonalen behöver ha kunskap om barns utveckling och kompetens i kommunikation och pedagogik, så att information och förberedelser kan anpassas efter barnets ålder, mognad, livssituation och egen kompetens. I boken *Barns och ungas rätt i vården* [12] listas i fem punkter ett förhållningssätt som kan stödja barns möjligheter att vara delaktiga:

- att barn blir lyssnade till
- att barn får stöd i att uttrycka sin syn, erfarenhet, önskan, vilja etc.
- att barns synpunkter tas till vara
- att barn blir engagerade och involverade i beslutsfattande processer
- att barn får dela makt och ansvar över de beslut som fattas.

Kommunikation är mer än information

I flera av Socialstyrelsens nationella riktlinjer beskrivs samtalsformer som komplement eller metod för att stödja patientens tillfrisknande. Socialstyrelsen betonar i Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder [13] att grunden för merparten av alla åtgärder i riktlinjerna är någon form av rådgivning eller samtal. I Nationellt

kunskapsstöd för palliativ vård i livets slutskede [14] betonas att kommunikation innefattar mer än att enbart ge information:

Det är en process som omfattar flera personer, där målet kan vara informationsutbyte eller ömsesidig förståelse och stöd. Målet kan också vara att ha en diskussion om svåra och smärtsamma frågor samt att ha möjlighet att hantera den känslomässiga oro som är förknippad med sådana frågor. God kommunikation kan dessutom vara symtomlindrande.

I *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011* [13] beskrivs tre nivåer av rådgivning: enkla råd, rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal. De två sistnämnda – rådgivande och kvalificerat rådgivande samtal – kan inkludera motiverande strategier.

Motiverande samtal

I dag är det vanligt att hälso- och sjukvården använder sig av motiverande samtal, MI (*Motivational Interviewing*) [15]. Ett motiverande samtal är patientcentrerat. Behandlaren försöker förstå patienten genom att vara empatisk och lyssna på ett reflekterande sätt.

MI är en hjälp för att ta reda på patientens erfarenheter och önskemål om vård och behandling. På så vis kan man stödja patienten att hitta sin egen motivation till förändring och till att vara delaktig i sin egen vård. Syftet är att stärka patientens tro på sin förmåga och sina möjligheter till förändring [13].

Tolk – för jämlikhet och patientsäkerhet

Tillgång till tolk är i vissa fall en fråga om patientsäkerhet och vårdkvalitet. Vården ska ges på lika villkor, vården och behandlingen ska planeras och genomföras i samråd med patienten och vården är skyldig att ge individuellt anpassad information. Av det följer att tolk kan behövas när patienten har annat hemspråk än svenska (2 § HSL, 2 a § HSL, 2 b § HSL). De som inte har svenska som modersmål känner sig inte informerade, respekterade och delaktiga i samma grad som övriga patienter [16].

Även synskadade, döva och hörselskadade personer behöver tolk, liksom personer som har talsvårigheter.

En auktoriserad och sjukvårdsutbildad tolk är kunnig inom hälso- och sjukvård och det minskar risken för missförstånd. Tolken gör också att patienten kan vara delaktig.

Det kan vara svårt för en tolk att korrekt återge vad som sägs i samtalet mellan patient och vårdpersonal. Öppna frågor, speglingar och

sammanfattningar, som är en del av det patientcentrerade samtalet, kan missuppfattas. Det är därför bra att be tolken att översätta samtalet ordagrant, liksom att berätta hur samtalen brukar gå till, så att tolken bättre kan förstå och tolka samtalet.

Ibland har patienter med sig anhöriga och vänner för hjälp att tolka. Det är dock inte lämpligt att barn tolkar mellan föräldrar och vårdpersonal eftersom detta kan orsaka missförstånd. Den vuxnas vård ska inte äventyras på grund av att barnet inte förstår allt som föräldrarna eller hälso- och sjukvårdspersonalen säger.

Att tänka på när tolk används:

- Tolken placering i rummet.
- Vänd dig till din samtalspartner – inte till tolken.
- Tolken talar i första person, dvs. i ”jag”-form.
- Om flera personer deltar i samtalet med patienten – tala en i taget.
- Tala som vanligt, men inte för fort.
- Är du osäker på hur samtalet med tolk går till – fråga i förväg [17].

Inte bli lyssnad på, inte bli trodd

I *Upplevelser av diskriminering* [18] beskriver DO hur omgivningens attityder och bristande kunskap om olika funktionsnedsättningar ofta leder till problem. Många personer med funktionsnedsättning menar att man hela tiden måste tjata för att få sina rättigheter tillgodosedda. Det förutsätter att man själv är insatt i vilka rättigheter man har. Detta upplevs som både svårt och tröttsamt. Personer med funktionshinder vittnar om att de upplever att omgivningen ofta är väldigt problemorienterad och inte lösningsinriktad.

Bristande tillgänglighet är en orsak till att personer med funktionsnedsättningar känner sig diskriminerade. Många upplever att de blir utestängda och begränsade i vardagslivet. Det handlar om alltifrån var det är möjligt att bo och arbeta till vilken restaurang man kan besöka:

Man anpassar sitt liv efter sitt funktionshinder, fast man inte vill egentligen.

Många upplever också att de inte blir sedda som en person, utan att fokus ligger på funktionsnedsättningen. Det kan till och med vara så att man inte blir tagen på allvar och inte blir lyssnad eller trodd på, skriver DO.

I sjukvården upplever många patienter med funktionsnedsättning att de inte blir sedda som de unika människor de är utan som sitt symtom

eller sin funktionsnedsättning. De kan också uppleva att de inte blir tagna på allvar, inte blir lyssnade på och inte heller blir trodda. Kanske blir personen inte ens tilltalad eller sedd överhuvudtaget [18].

AKK – Alternativ och kompletterande kommunikation

För personer med nedsatt kognitiv förmåga, autism eller intellektuella funktionsnedsättningar eller för personer som saknar tal kan kommunikationen individanpassas genom exempelvis alternativ och kompletterande kommunikation, AKK [19]. Det är ett samlingsnamn för olika kommunikationssätt och metoder som stödjer kommunikation mellan människor. AKK ersätter eller kompletterar ett bristande tal eller språk i kommunikationen mellan människor och hjälper personen med kommunikationssvårigheter att uttrycka sig och att förstå andra.

Vanliga AKK-redskap är tecken, symboler, bilder och datorprogram. Det finns också olika metoder för hur man kan använda dessa och på andra sätt stödja kommunikationen. I dag vill man i allt större utsträckning välja AKK-insatser baserat på den forskning som finns, för att på så vis erbjuda evidensbaserade metoder [20].

Information på lättläst svenska är ett annat alternativ som kan stödja den enskildas förståelse av skriftlig information [21].

De som har så svåra kommunikativa funktionsnedsättningar att de inte kan förlita sig på sitt naturliga tal för att klara sina vardagliga kommunikativa behov behöver någon slags AKK. Det är en heterogen grupp, det vill säga personerna uppvisar olikheter vad gäller ålder och kognitiva, kommunikativa och motoriska förmågor.

Enligt forskning har cirka 1,3 procent av alla medborgare någon slags funktionsnedsättning, vilket i Sverige skulle innebära cirka 124 226 personer (beräknat på en befolkningensmängd på 9 555 893 personer vid årsskiftet 2012/2013) [22].

Delat beslutsfattande vid psykisk sjukdom

När en patient har en psykisk sjukdom kan metoden *shared decision making (SDM)*, eller *delat beslutsfattande*, vara ett sätt att tillsammans med patienten utforska olika behandlingsalternativ. Syftet är att hjälpa patienten att ta en aktiv roll i beslut som rör den egna hälsan, stödet och vården [23].

Metoden ger stöd i att förmedla information och att tydliggöra patientens egna önskemål. Det som utmärker metoden är att olika verktyg utformas för att underlätta för patienten att delta i beslutsfattandet. Exempel på verktyg är guideböcker och olika former av elektroniskt beslutsstöd.

Delat beslutsfattande har visat sig fördelaktigt när det gäller att ge patienten kunskap om sin sjukdom och få honom/henne delaktig i sin egen behandling.

I *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd* [24] rekommenderas att hälso- och sjukvården erbjuder metoden *delat beslutsfattande* när vård- och omsorgsinsatser planeras.

Kommunikationsbarriärer

Kommunikationen mellan patient och vårdpersonal kan försvåras av olika skäl. Dessa hinder för kommunikation kan förebyggas eller hanteras konstruktivt när hindren, eller barriärerna [11, 25], blir synliga:

Institutionsbarriären

Patienten är på ”bortaplan” och känner sig osäker, sjuk och ovan vid vård- och sjukhusmiljön. För vårdpersonalen är detta ”hemmaplan”, en trygg och känd miljö.

Känslobarriären

Patienten är sjuk, ett ovant och oroande tillstånd, som kan orsaka både rädsla och ångest. Vårdpersonalen är trygg och säker i sin erfarenhet.

Kunskapsbarriären

Patienten är kanske nyinsjuknad och har ingen eller bara lite kunskap om sin sjukdom. Vårdpersonalen är specialiserad inom området och känner sig säker med sina kunskaper och erfarenheter.

Rollbarriären

Patienten hamnar i underläge på grund av sin beroendeställning, okunskap och oro. Vårdpersonalen, med sin yrkeskunskap och yrkesstatus, hamnar i ett överläge i detta möte.

Förståelsebarriären

Vårdpersonalen kan genom sitt sätt att uttrycka sig, genom sitt fackspråk, skapa svårigheter för patient och närstående att förstå innebörden av vad som sägs.

Språk- och kulturbarriären

Kommunikationen kan försvåras av språksvårigheter, eller svårigheter att tolka varandras signaler eller kroppsspråk. Personer med nedsatt kognitiv förmåga behöver i allmänhet längre tid för att tillgodogöra sig hela samtalet vid ett läkarbesök. Detsamma gäller för patienter som har svenska som andraspråk eller som behöver tecken-tolk på grund av nedsatt hörsel eller syntolkning.

Tidsbarriären

Brådska och stress kan bli hinder i kommunikationen. Man hinner i hastigheten inte uppfatta olika tysta signaler eller avläsa kroppsspråk,

mimik eller tonfall. Den empatiska förmågan påverkas negativt under tidspress och stress.

Erfarenhetsbarriären

Vi har olika erfarenheter. Patienten kan ha upplevt ett dåligt bemötande i hälso- och sjukvården tidigare, i eller utanför Sverige. Patienter som är födda utanför Sverige kan ha erfarenheter av att vissa tillstånd inte går att bota i hemlandet eller att de botas på ett plågsamt eller stigmatiserande sätt.

Reflektion

- Vilka är era erfarenheter av maktobalans mellan patient och vårdare?
- Minns ni någon situation när ni särskilt tänkte på detta?
- Vad innebär det att sätta patientens behov i centrum?
- Hur tillgodoser ni enskilda patienters behov?
- Hur bemöter ni exempelvis
 - personer med synskada?
 - personer med hörselnedsättning eller dövhet?
 - personer med fysiska funktionsnedsättningar?
 - personer med kognitiva funktionsnedsättningar – som ju inte syns och som patienten kanske inte vill berätta om innan ett förtroende finns?
 - personer som har en annan etnisk bakgrund än den egna?



Gemensam
reflektion

Övning



Övningen går ut på att träna bemötande i grupp.

- Arbeta utifrån ett ”case”. Var och en tänker ut en patient som den ska spela, men berättar inte vilken, eftersom den som ska spela läkare ska få träffa patienten utan några förkunskaper. Möjligen kan ni bestämma vilken slags mottagning ni arbetar på i övningen.
- Var tre personer i varje grupp. En spelar patient, en spelar läkare och en observerar och ger feedback på ”läkarens” bemötande.
- Byt roller så att alla får pröva alla roller.

Diskutera:

- Hur kändes det att vara patient?
- Hur kändes det att vara läkare?
- Hur kändes det att ge och få feedback?



Att mötas i hälso- och sjukvård

Diskriminering

Avsnittets innehåll

- Diskriminering
 - Urskilja, särskilja, särbehandla
 - Historiska exempel på diskriminering
 - Rashygien och kontroll av "asociala"
 - Kriminalisering och sjukdomsförklaring av homosexualitet
 - Ett oetiskt experiment – karies provocerades fram
 - Olika former av diskriminering
 - Omedveten diskriminering
 - Några exempel på ojämlikhet inom vården
 - Ska alla behandlas lika?
 - Okunnighet kan såra
 - RFSL:s begreppslista
-
- Övning



Diskriminering

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (2 § i hälso- och sjukvårdslagen [1982:763], HSL).

I regeringsformen, en av våra grundlagar, uttrycks samhällets ansvar för allas lika rättigheter så här:

Det allmänna ska verka för att alla människor ska kunna uppnå delaktighet och jämlikhet i samhället och för att barns rätt tas till vara. Det allmänna ska motverka diskriminering av människor på grund av kön, hudfärg, nationalitet eller etniskt ursprung, språklig eller religiös tillhörighet, funktionshinder, sexuell läggning, ålder eller andra omständigheter som gäller den enskilde som person.

Samiska folkets och etniska, språkliga och religiösa minoriteters möjligheter att behålla och utveckla ett eget kultur- och samfundsliv ska främjas.

1 kap 2 §, lag om ändring i regeringsformen (2010:1408)

Urskilja, särskilja och särbehandla

Att diskriminera betyder att urskilja, särskilja och särbehandla. Diskriminering förekommer både på individuell och på strukturell nivå i samhället. Individuell diskriminering innebär att en enskild person utsätts för diskriminering medan strukturell diskriminering innebär att regler, föreskrifter eller praxis i ett socialt system avsiktligt eller oavsiktligt får diskriminerande konsekvenser. Det innebär alltså att diskriminering inte enbart praktiseras av individer utan även kan ingå i de sätt som samhällets institutioner, organisationer, företag med flera fungerar [26].

Trots goda intentioner visar rapporter från bland andra Socialstyrelsen [27] och Diskrimineringsombudsmannen [2] att människor inte ges likvärdig vård. Detta beror på att vården, liksom samhället i stort, fungerar inom den ram av diskriminerande strukturer som skapas av dominerande attityder och värderingar i samhället [2]. När mötet med vården upplevs som besvärligt, beror det sällan på att patienten utsätts för medveten diskriminering. Det beror istället ofta på omedvetna faktorer som resulterar i en diskriminerande handling [2].

Enligt diskrimineringslagen (2008:567), DiskL, är det förbjudet att diskriminera någon utifrån

- kön
- könsidentitet eller könsuttryck
- etnisk tillhörighet
- religion eller annan trosuppfattning
- funktionsnedsättning
- sexuell läggning
- ålder.

Historiska exempel på diskriminering

I alla samhällen förekommer uppfattningar om människor som kan resultera i normer som i sin tur kan leda till såväl individuell som strukturell diskriminering. Sedan 2008 har vi en diskrimineringslag till skydd mot diskriminering. En lag är dock ingen garanti för att inte diskriminering och rena övergrepp ändå kan förekomma. Vi behöver ständigt reflektera över våra egna värderingar, reaktioner och handlingar för att inte riskera att diskriminera.

Historiskt finns flera exempel på övergrepp mot människor som ansetts sjuka, normbrytande eller bara annorlunda. Långt in på 1900-talet tog sig samhället rätten att bestämma vad som var ”sjukt” och ”normalt” och att behandla människor på ett oetiskt och ovärdigt sätt. Psykiskt sjuka och funktionsnedsatta utsattes till exempel för tvångsåtgärder i form av placering på så kallade idiotanstalter och tvångsterilisering [28].

Rashygien och kontroll av ”asociala”

Med stöd av en steriliseringslag som gällde från 1934 och fram till 1976 steriliserades 63 000 personer. De flesta var kvinnor. Syftet med lagen var bland annat rashygien, befolkningsbegränsning och kontroll av ”asociala”. Tvångsterilisering sågs som en samhällspreventiv verksamhet mot exempelvis brott och degeneration av ”folkstammen” [29]. De grupper som omfattades av lagen var:

- personer med psykiska och intellektuella funktionsnedsättningar
- unga kvinnor som ansågs vara ”sexuellt lösaktiga”
- individer som uppfattades som kriminella
- människor som kallades ”tattare”.

En statlig utredning, Steriliseringsfrågan i Sverige 1935–1975 [29], uppskattade att mellan 20 000 och 30 000 av dessa steriliseringar skedde med tvång, varav de allra flesta utfördes från mitten av 1930-talet till mitten av 1950-talet.

Läkare och olika företrädare för sociala myndigheter kunde ställa krav på steriliseringar som villkor för ekonomiskt stöd eller för frigivning från anstalt. Ibland förekom hot från sociala myndigheter om att omhänderta en kvinnas barn om kvinnan inte gick med på ingreppet. Det förekom också att kvinnor var tvungna att genomgå sterilisering för att få göra abort.

Först 1975 blev både aborträtten och steriliseringsrätten en fråga om individens rättigheter och frivilliga val. Fram till hösten 2012 var dock sterilisering ett villkor för att få byta till ett nytt juridiskt kön. Genom en lagändring den 1 juli 2013 har kravet på sterilisering för att få byta juridiskt kön tagits bort.

Kriminalisering och sjukförklaring av homosexualitet

Enligt 1864 års strafflag bestraffades homosexuella samlag med straffarbete i högst två år. Det var främst homosexuella män som dömdes, även om strafflagen också uppmärksammade kvinnor, men de osynliggjordes oftare än de bestraffades.

Homosexuella handlingar var olagliga fram till 1944, då homosexualitet i stället kom att betraktas som en mentalsjukdom. Först 1979, när en grupp homosexuella ”massjukskrev” sig och ockuperade Socialstyrelsens trappa i protest mot sjukdomsstämpeln, togs homosexualitet bort ur det svenska diagnosregistret [30]. Det var dåvarande generaldirektören för Socialstyrelsen, Barbro Westerholm, som fattade beslutet.

I dag finns inga formella skillnader i rättigheter mellan homo- och heterosexuella individer. Sedan maj 2009 kan två personer ingå samkönat äktenskap. Personer som är gifta eller har ingått ett registrerat partnerskap har rätt att adoptera barn i samkönade förhållanden. Tidigare registrerade partnerskap kan omvandlas till äktenskap eller behållas som de är.

I många länder är homo- eller bisexualitet fortfarande straffbart eller socialt oacceptabelt, något som kan vara viktigt att tänka på exempelvis i samband med vård till asylsökande eller papperslösa personer.

Sist i detta kapitel finns RFSL:s lista över ett antal begrepp som har koppling till diskrimineringsgrunderna.

Lästips!



Regeringens proposition
Ett starkare skydd mot diskriminering, prop.2007/08:95,
<http://www.regeringen.se/sb/d/9756/a/100634>.

Ett oetiskt experiment – karies provocerades fram

Personer med funktionsnedsättningar har ofta behandlats på ett människo-ovärdigt sätt. Långt in på 1950-talet kunde de betecknas som ”sinnesslöa, debila, imbecilla” och togs om hand och förvarades på olika slags institutioner. Den allmänna uppfattningen var att dessa människor saknade känslor och inte kände smärta, vilket gjorde dem till bra försöksobjekt.

Ett exempel på experiment där man använde personer med funktionsnedsättningar är det så kallade kolhydratsförsöket på Vipeholm [31], en anstalt för ”sinnesslöa och idioter” som ansågs vara obildbara. En tredjedel av patienterna var sängliggande och behövde matas.

Kolhydratsförsöket innebar att patienterna på Vipeholm under åren 1947–1955 fick äta stora mängder kola för att man skulle se hur det påverkade deras tänder. Vissa patienter tvingades delta i studien i fyra år. Forskarna bestämde med stöd av Medicinalstyrelsen vilken diet patienterna skulle få och provocerade fram karies hos dem för att få underlag till sina resultat. Alla experiment genomfördes utan de anhörigas eller patienternas samtycke.

Kolhydratsförsöket på Vipeholm har ökat kunskapen om tandhälsa. Ingen vet dock hur patienterna själva upplevde sin situation eftersom de aldrig fick eller kunde avlägga ett vittnesmål om studien de tvingats medverka i.

Lästips!



I Socialstyrelsens handbok för vårdpersonal, *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig*, ges en samlad beskrivning av lagstiftning, föreskrifter och andra regler som gäller patientens ställning och rätten till information, delaktighet och kontinuitet. Syftet är att underlätta tillämpningen.

I Socialstyrelsens skrift *Min guide till en säker vård* ges information till patienter för att stödja den enskilda i kontakterna med hälso- och sjukvården.

Olika former av diskriminering

Direkt diskriminering

I 1 kap. 4§ 1 diskrimineringslagen anges att direkt diskriminering innebär att någon missgynnas genom att behandlas sämre än någon annan behandlas, har behandlats eller skulle ha behandlats i en jämförbar situation, om missgynnandet har samband med kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

Indirekt diskriminering

I 1 kap. 4 § 2 diskrimineringslagen anges att indirekt diskriminering innebär att någon missgynnas genom tillämpning av en bestämmelse, ett kriterium eller ett förfaringsätt som framstår som neutralt, men som kan komma att missgynna vissa personer på ett sätt som har samband med någon av diskrimineringsgrunderna.

Trakasserier

I 1 kap. 4 § 3 diskrimineringslagen anges att trakasserier är ett uppträdande som kränker någons värdighet och där beteendet har samband med någon av diskrimineringsgrunderna kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

Det är den som blir utsatt som i första hand avgör om upplevelsen känns kränkande eller inte. Om frågan skulle bli föremål för prövning i domstol är allvaret i kränkningen avgörande. Det är också viktigt att ta ställning till om den som utsatte personen för trakasserier borde haft insikt om huruvida beteendet var kränkande eller ej.

I 1 kap. 4 § 4 diskrimineringslagen anges att sexuella trakasserier är ett uppträdande av sexuell natur som kränker någons värdighet.

Instruktioner att diskriminera

I 1 kap. 4 § 5 diskrimineringslagen anges att instruktioner att diskriminera är order eller instruktioner att diskriminera någon på något av de sätt som beskrivs ovan och som lämnas åt någon som står i lydnads- eller beroendeförhållande till den som lämnar ordern eller instruktionen eller som gentemot denna åtagit sig att fullgöra ett uppdrag.

Bristande tillgänglighet

Bristande tillgänglighet innebär att en person med en funktionsnedsättning missgynnas genom att man inte vidtagit åtgärder för tillgänglighet som möjliggör att personen kan komma i en jämförbar situation som personer som inte har denna funktionsnedsättning [32]. Åtgärderna ska vara skäligen utifrån krav på tillgänglighet i lag och annan författning, och med hänsyn till

- de ekonomiska och praktiska förutsättningarna
- varaktigheten och omfattningen av förhållandet eller kontakten mellan verksamhetsutövaren och den enskilde
- andra omständigheter av betydelse.

Omedveten diskriminering

Diskriminering sker ofta utan avsikt att diskriminera. Vi har alla föreställningar om andra och utifrån dessa skapas normer och sociala konstruktioner – som kön, etnicitet och klass – som vi omedvetet förhåller oss till.

Normer kan vara goda, de kan upprätthålla respekten för demokratin, för stiftade lagar och regler eller för människovärdet som sådant. Men de kan också verka som oskrivna lagar eller överenskommelser om vad som är ”normalt”, önskvärt och accepterat i ett visst samhälle. Vi har alla lätt för att tänka i ett ”vi och dom”.

Om vi inte är medvetna om våra normer och föreställningar om andra kan följden bli att vi bemöter olika patienter på olika sätt, med deras tänkta gruppstillhörighet som enda grund för vårt bemötande. Då riskerar vi att inte behandla människor likvärdigt.

Personer som inte lever i enlighet med rådande och allmänt accepterade normer kan utsättas för negativa attityder och ibland även för sociala och andra sanktioner som utanförskap eller rent av förföljelse. Ett exempel på hur våra uppfattningar styr är följande:

Jag fick träffa en läkare som började prata om att skicka mig till en urolog, jag visste att jag inte skulle dit för jag har inget manligt könsorgan. ”Jag har inget manligt könsorgan” sa jag ganska tydligt. ”Så du är kvinna”, sa hon. ”Nej, jag är inte kvinna, jag har ingen kuk”. Då sa hon: ”Ja nämen då är du kvinna alltså, har du opererat om dig? Då gör vi så att vi skriver en remiss dit i alla fall, det blir spännande för dem”. Det kändes inte okej, det kändes tröttsamt och kränkande.

Röster ur Upplevelser av diskriminering [18].

Exempel!

Några exempel på ojämlikhet i vården

Att vården ännu inte är jämlik ges det en rad exempel på i *Den jämlika vårdens väntrum*, Socialstyrelsen [33]:

- **Barn som omhändertagits av samhället nås inte av barnhälsovården** i tillräcklig utsträckning trots att denna grupp ofta lever med ohälsa.
- **Våld mot barn anmäls inte** i tillräcklig utsträckning; här har hälso- och sjukvården och tandvården ett särskilt ansvar att upptäcka och anmäla övergrepp (se även 14 kap. 1 § socialtjänstlagen [2001:453]).
- **Äldre med kortare utbildning har sämre hälsa**, högre dödlighet och högre förekomst av de flesta sjukdomar och besvär jämfört med dem med längre utbildning. Högutbildade äldre får oftare nyare läkemedel mot demens utskrivna jämfört med lågutbildade.
- **Äldre kvinnor ordineras oftare läkemedel som kan orsaka förvirring** och fall jämfört med män i samma åldersgrupp.
- **Homo- och bisexuella kvinnor besöker vården i lägre utsträckning** än heterosexuella trots ett upplevt behov. Detta gäller särskilt kvinnosjukvården.
- **Transpersoner har lägre förtroende för sjukvården** jämfört med övriga medborgare.
- **Bland de nationella minoriteterna**, dvs. romer, samer, judar, sverigefinnar och tornedalingar, finns fler som har lägre tilltro till vården enligt preliminära studier, lägre vårdutnyttjande och sämre psykisk och fysisk hälsa än befolkningen i övrigt. Intervjuer och anmälningar om diskriminering i sjukvården med personer som tillhör de nationella minoriteterna visar att hälso- och sjukvården brister i sitt bemötande.
- **Utlandsfödda löper ökad risk för psykisk ohälsa** och fler lider av depressioner, ångest, posttraumatisk stress och sömnsvårigheter än Sverigefödda. Kunskap om behoven hos personer med utländsk bakgrund saknas till stor del.
- **Det är vanligare att utlandsfödda dör i förtid** av annars behandlingsbara sjukdomar, till exempel hjärtsjukdom.

Lästips!



Läs om vård och omsorg för asylsökande med flera på Socialstyrelsen.se:

<http://www.socialstyrelsen.se/vardochomsorgforasylsokandemedflera>.

Lästips!



Socialstyrelsen.se:
<http://www.socialstyrelsen.se/vardochomsorgforasyl-sokandemedflera>.

- **Självskattad ohälsa är tio gånger vanligare bland personer med funktionsnedsättning** än bland den övriga befolkningen. En tredjedel av personer med funktionsnedsättningar uppger att de har nedsatt psykiskt välbefinnande, i jämförelse med en sjundedel av befolkningen i övrigt.
- **Personer med funktionsnedsättning avstår från vård och behandling** i högre utsträckning än den övriga befolkningen. Det är också betydligt vanligare att denna grupp avstår från vård av ekonomiska orsaker.
- **Personer med psykiska funktionsnedsättningar löper större risker än andra att inte få tillräckligt god vård.** Till exempel upptäcks somatisk sjuklighet senare hos dessa personer och de får också ett sämre somatiskt omhändertagande inom vården.
- **Högt utbildade ordinerar generellt en mer adekvat läkemedelsbehandling** vid psykossjukdom än lågutbildade.
- **Personer med missbruksproblem upplever ett sämre bemötande** inom hälso- och sjukvården jämfört med övriga befolkningen.
- **Dödligheten i cancer är högre bland personer med kort utbildning**, och personer med eftergymnasial utbildning har bättre chanser till överlevnad oavsett cancerform.
- **Män får oftare än kvinnor högspecialiserade behandlingar**, exempelvis inopererad hjärtdefibrillator vid ökad risk för plötslig död och pacemaker vid svår hjärtsvikt. Vårdinsatserna vid hjärt- och kärlsjukdom är dock jämlika i många andra avseenden.

Ska alla behandlas lika?

Ska vi då behandla alla lika för att undvika att människor diskrimineras? Nej, det finns även en risk för diskriminering om man behandlar alla lika, dvs. inte tar hänsyn till individuella förutsättningar och behov.

Genusvetaren Goldina Smirthwaite skrev 2007 en genusmedicinsk kunskapsöversikt på uppdrag av Sveriges Kommuner och Landsting [34].

Utgångspunkten i rapporten är att män och kvinnor är delvis lika och delvis olika, och att både män och kvinnor förlorar på att detta inte uppmärksammas. Exempelvis har kvinnor och män ibland behov av samma vård inom samma tidsram, men vid andra tillfällen kan de

behöva vård som är anpassad till det egna könets specifika förutsättningar. Utmaningen ligger i att identifiera när behandlingen ska vara lika och när den ska vara olika.

Enligt Smirthwaite finns det föreställningar om kön i vården som påverkar hur personalen förhåller sig till individen. Man kan exempelvis överdriva eller bortse från könsskillnader när de faktiskt har betydelse.

Smirthwaite menar att det finns en manlig norm inom vården som inte tar hänsyn till hur kvinnors kroppar och levnadsomständigheter ser ut [2]. *Exempel:*

- Internationella studier visar bland annat att kvinnors besvär oftare tolkas som psykiska och psykosociala i jämförelse med hur mäns symtom tolkas.

Den manliga normen slår också mot manliga patienter [2]. *Exempel:*

- Depressioner hos män upptäcks inte i lika hög grad som hos kvinnor och behandlas därför inte som de borde.

Okunnighet kan sära

Anna Westerståhl, läkare och forskare, har tillsammans med Jeanette Stål, genusvetare och fil. mag. i mänskliga rättigheter, skrivit en rapport som belyser lhbtq-personers¹ upplevelser av möten med vårdpersonal [35]. Texterna speglar vårdpersonalens okunskap om lhbtq-personers livsvillkor och de konsekvenser detta får för kvaliteten på vården. Westerståhl och Stål skriver:

Att bemötas med okunnighet kan handla om att personalen inte har kunskapen om hur och under vilka villkor lhbtq-personer lever. Man kan inte utan vidare likställa samkönade par med heterosexuella, utan insikt om skilda livsvillkor. Det kan leda till att man i sin iver att behandla människor lika bemöter alla som vore de heterosexuella cis-personer (cis-person, se RFSL:s ordlista s. 59 [35]).

¹ RFSL använder HBTQ som ett paraplybegrepp. Några forskare använder istället beteckningen LHBQTQ. L finns med för att lyfta fram homosexuella kvinnor i gruppen H.

Lästips!



Intresserad av att veta mer om regelverket för hälso- och sjukvården?

Se:
www.riksdagen.se/sv/Dokument/Lagar/Lagar/.

”Oj, det vet jag inget om”

Ett exempel ur rapporten av Westerståhl och Stål [35] belyser hur ett besök hos en barnmorska utvecklas till en situation där vårdpersonalens okunskap påverkar bemötandet och kvaliteten på vården negativt för patienten, som är en lesbisk 23-årig kvinna:

Så sa barnmorskan ” har du haft oskyddat samlag nyligen?” och jag sa ”nej, alltså jag har bara haft sex med tjejer”. Barnmorskan bara spärrade upp ögonen och blev helt tyst.

Jag fortsatte ”och jag vet inte hur könssjukdomar sprids mellan tjejer så jag skulle gärna vilja veta det” och hon bara ”oj, det vet jag ingenting om, jag måste gå och fråga någon”.

Sen kom hon tillbaks och sa att ”det finns i princip ingen möjlighet alls att det kan spridas”.

Den 23-åriga kvinnan berättar om sina tankar i samband med detta bemötande:

Vissa former av könssjukdomar där man har hudkontakt tänker jag att det är logiskt att det bör smitta och de borde utgå från att man har det. Men den här reaktionen att hon blev helt ställd, den här människan som har jättemycket utbildning och antagligen erfarenhet ...

Nästa exempel visar att vårdpersonals okunnighet i sig inte behöver vara sårande eller kränkande. Mycket handlar om attityd, språkbruk etc.

”Jag ska skaffa mig den kompetens jag behöver”

Min psykolog sa ”Jag har inte så mycket transkompetens men det ska inte gå ut över dig. Jag ska se till att är det något jag inte förstår så ska jag skaffa mig den kompetensen.” Och det kändes väldigt bra för man har hört historier där människor nästan fått undervisa sina psykologer. Där har fokus legat på att berätta vad trans är eller vad hbt är. Att fokuset inte har legat på vad man kom dit för utan att man ska berätta om hbt. Och blir också så väldigt fel.

Henrik, 23 år, ur Är du kille eller tjej? [36]

Reflektion

- Vilka utsatta grupper finns i idag?
- Hur ser vi på dessa grupper och varför har vi de uppfattningar vi har?
- Kan det vara så att vi idag gör saker mot patienter som kan komma att betraktas som övergrepp i framtiden?
- Har ni varit med om att en patient har uttryckt att han/hon/hen känt sig diskriminerad i mötet med vården? Eller har ni efter ett möte tänkt att en patient kanske kände sig diskriminerad? Vad hade ni i så fall kunnat göra annorlunda?



**Gemensam
reflektion**

Övning: självskattningstest



För att bli medveten om hur situationer och möten kan upplevas som diskriminerande kan det vara bra att vara medveten om hur olika positioner och grupptillhörigheter kan ge fördelar i vissa situationer och bli till nackdelar i andra. I mötet med patienten är det vårdens ansvar att skapa förutsättningar för att patienten ska känna sig väl bemött.

Den som själv har upplevt sig inte passa in har troligtvis en känslighet för vad som är acceptabelt att säga eller göra i en viss situation medan den som upplever sig passa in ofta saknar denna känslighet. För att inte riskera att omedvetet diskriminera någon behöver man skaffa sig kompetens om hur man kan bemöta patienter som inte har samma livserfarenheter som man själv har.

Den här övningen, som är ett självskattningstest, syftar till tydliggöra egenupplevda erfarenheter. Testet visar på vilka områden man å ena sidan är privilegierad, å andra sidan har märkt att man inte riktigt passar in. Man kan beskriva det som att man inte uppfyller de normer som gäller för den aktuella situationen. Upplevelserna kan innefatta allt från ovälkommet stirrande eller nonchalerande till tydlig diskriminering, hot och våld.

Gör så här

Bestäm om ni vill göra testet enskilt och reflektera utan att visa ert testresultat för kollegorna, eller om ni vill göra testet gemensamt i arbetsgruppen.

Skriv ut testet så att alla får varsitt exemplar.

Var och en kryssar i hur ofta man upplever att man inte passar in utifrån föreställningar om bland annat ålder, kön, hudfärg, funktionsförmåga m.m.

Självskattningstest²

Upplevelser av att inte passa in på grund av föreställningar om:	Ofta	Ibland	Sällan
Ålder			
Kön			
Sexualitet			
Etnicitet			
Hudfärg			
Funktionalitet			
Trosbekännelse			
Klass			
Kroppsstorlek			
Annat? Fyll på med egna förslag			

Reflektera gemensamt efter genomfört test

Samla gruppen till gemensam reflektion utifrån exempelvis följande frågor:

- Vad tänker ni om resultatet?
- Var det något som förvånade er?
- Kan ni ha hjälp av att ha gjort detta test i era möten med patienter?

² Självskattningstestet är hämtat från materialet GÖR - Samlade metoder för jämställdhetsintegrering från ESF Jämt [37] men är omgjort för att passa in i detta utbildningsmaterial.

RFSL:s begreppslista

RFSL har listat ett antal begrepp som har direkt koppling till diskrimineringsgrunderna [38]:

Heterosexuell – En person som har förmåga att bli kär i, attraherad av eller kåt på personer med annat och/eller motsatt kön. Heterosexualitet definieras i svensk lagstiftning som en av tre sexuella läggningar.

Hbtq – Ett paraplybegrepp för homosexuella, bisexuella, transpersoner samt andra personer med queera uttryck och identiteter.

Homosexuell – En person som har förmågan att bli kär i, kåt på och/eller attraherad av personer av samma kön. Homosexualitet definieras i svensk lagstiftning som en av tre sexuella läggningar.

Bisexuell – En person som har förmågan att bli kär i, kåt på eller attraherad av människor oavsett kön. Bisexualitet definieras i svensk lagstiftning som en av tre sexuella läggningar.

Queer – Ett brett begrepp som kan betyda flera olika saker men i grunden är ett ifrågasättande av heteronormen. Många ser sin könsidentitet och/eller sin sexualitet som queer. Queer kan innebära en önskan att inkludera alla kön och sexualiteter eller att inte behöva identifiera/definiera sig.

Transperson – Ett paraplybegrepp. Med transpersoner menas oftast personer som genom sina könsuttryck och/eller könsidentiteter avviker från könsnormen. Det kan till exempel vara transvestiter, transgenderister, dragkings/dragqueens, transsexuella, intergender och intersexuella. Begreppet är inte tvingande; det står var och en fritt att definiera sig som transperson eller inte.

Transpersoner kan uppfatta sig varandes män, kvinnor, både man/och kvinna eller neutrala, oberoende av om deras biologiska kön och juridiska kön är manligt eller kvinnligt. Transpersoner kan också välja att inte definiera sitt kön alls. Det finns även olika åsikter om huruvida fetischistiska transvestiter bör inkluderas i begreppet eller inte.

Att vara transperson har inte något med personens sexuella läggning att göra. Det hänger istället ihop med personens könsidentitet och könsuttryck och hur dessa relateras till personens biologiska kön. Transpersoner kan vara hetero-, homo-, bi- eller asexuella eller definiera sin sexuella läggning på annat sätt, precis som vem som helst.

Transsexuell – En person som upplever sig vara av annat kön än det juridiska kön en tilldelades vid födseln och som har en vilja att förändra kroppen helt eller delvis med exempelvis kirurgi eller hormonbehandling.

Transsexualism är en medicinsk diagnos som för vissa innebär ett övergångsstadium tills en har korrigerat sin kropp. Andra fortsätter att definiera sig som transexuella eller före detta transexuella även efter korrigeringen.

Transvestit – En person som ibland eller alltid, som helt eller delvis iklär sig eller använder sig av ett annat köns kläder och/eller andra attribut.

Kön – Begreppet kön är en socialt konstruerad kategori som används för att dela in människor i grupperna kvinnor och män. Kön kan delas in i fyra olika delar:

Biologiskt kön – Definieras utifrån inre och yttre könsorgan, könskromosomer och hormonnivåer. Biologiskt kön avgörs av hur den fysiska kroppen ser ut.

Juridiskt kön – Det kön som står registrerat i folkbokföringen, pass eller legitimation. Juridiskt kön framgår också av den näst sista siffran i svenska personnummer. I Sverige finns bara två juridiska kön: man eller kvinna. Alla barn som föds tilldelas ett juridiskt kön baserat på ens biologiska kön.

Könsidentitet/mentalt kön – En persons självupplevda kön, det vill säga det kön en person känner sig som. Ingen utom personen själv kan bestämma detta och var och en har rätt att själv avgöra vilken könsidentitet en har.

Könsuttryck – Hur en person uttrycker sitt kön. Det görs till exempel genom kläder, kroppsspråk, frisyr, smink, socialt beteende och röst.

Intersexuell/intersexualism – Ett stort antal olika tillstånd och diagnoser samlas under detta begrepp. Kortfattat är en intersexuell person en person med ett medfött tillstånd i vilket könskromosomerna, könskörtlarna (testiklar eller äggstockar) eller könsorganens utveckling är atypisk. ”Inter” betyder ”mellan” på latin och ”sexus” betyder ”kön”. Intersexuell betyder således ”mellan könen”. Det finns olika åsikter om huruvida intersexuella bör inräknas bland transpersoner eller inte.

Intergender – En person som inte vill inordna sig i den traditionella uppdelningen i enbart kvinnor och män. Någon som identifierar sig som mellan eller bortom könen. Har inte att göra med hur en kropp ser ut, utan vilket kön en känner sig som (könsidentitet).

Cis-person – En person vars juridiska kön, biologiska kön, könsidentitet och könsuttryck är linjärt, hänger ihop och alltid har hängt ihop enligt normen. Exempelvis en person som föds med penis, ser sig själv som kille och har könet man registrerat som kön i folkbokföringen. Ordet rör könsidentitet och könsuttryck och har ingenting med sexuell läggning att göra. Cis är latin för ”på samma sida”.

Könskorrigering – Den korrekta termen för det som ibland benämns som könsbyte. För att få rätt till könskorrigering i Sverige idag krävs diagnosen transsexualism som ställs av psykiater vid någon av landets mottagningar för transsexuella.



Info!

Mer information

- Transföreningen FPES: <http://fpes.se/>
- www.rfsl.se
- www.1177.se



Att mötas i hälso- och sjukvård

Arbete med bemötande – exempel från verksamheter

Avsnittets innehåll

- Utbildning i medicinens humaniora – Lunds universitet.
 - Kvinnohälsa som ger hopp – Södersjukhuset i Stockholm
 - Internutbildning i humanistisk medicin – Södertälje sjukhus
 - Ett sjukhus för framtiden – Angereds närsjukhus
-
- Reflektion



Exempel från verksamheter

Inledning

Det finns många sätt att arbeta med bemötande och att motverka diskriminering. Här följer fyra exempel på detta. Två handlar om utbildning, det tredje handlar om bemötande i vården och det fjärde handlar om hur man bygger upp ett nytt sjukhus med utgångspunkt från patienternas behov och önskemål.

Utbildning i medicinens humaniora

Begreppet *Medical Humanities*, på svenska *medicinens humaniora*, myntades 1976 av en australisk kirurg [39] och är numera internationellt etablerat. Medicinens humaniora innebär att den mänskliga kroppen ses både utifrån ett humanioraperspektiv och ett medicinskt perspektiv, och är en reaktion på en alltmer teknikinriktad hälso- och sjukvård.

Inslag av litteratur, musik, konst, filosofi

Medicinens humaniora har inslag av litteratur, musik, film, konst, filosofi, etik, religion, antropologi och psykologi. Man försöker lyfta fram hur dessa ämnen kan appliceras i den medicinska praktiken och medverka till en ökad förståelse för livsbetingelser, lidande och mellanmänniska relationer. Att fördjupa sig i litteratur och kultur kan bidra till en ökad förmåga till observation, analys, empati och självreflektion, vilket anses vara en förutsättning för en human medicinsk vård. Fördjupning i sociologi, antropologi och psykologi hjälper till att se medicinens plats i samhället samt individens förhållande till hälsa och sjukdom beroende på bakgrund och uppväxt.

Saknad efter humanistiska värden i läkarutbildningen

Sedan 2008 har läkarutbildningen i Malmö/Lund gett läkarstudenterna möjlighet att under termin elva delta i utbildningen Medicinens humaniora. Utbildningen löper under fem veckor och syftar till att ge studenterna humanistiska perspektiv på den mänskliga kroppen och läkaryrket. Initiativtagare till denna utbildning är Anders Palm, professor i litteraturvetenskap. Han är även ansvarig för utbildning och handledning av läkarstudenterna i kursen Medicinens humaniora.

Läkargärningen är en kombination av teori och teknik med människan som utgångspunkt, samt det praktiska arbetet som innebär många möten med människor och deras oro och ångest i samband med sjuk-

dom eller befarad sjukdom. Den medicinska utbildningen är i stort inriktad på det rent medicinska och naturvetenskapliga och många studenter kan uppleva en saknad efter andra värden och dimensioner. Just saknaden efter humanistiska värden i läkarutbildningen anges vara en anledning till att man söker sig till Medicinens humaniora.

Studenterna träffas femton timmar per vecka. Under kursens gång inbjuds läkare och forskare inom medicinska, humanistiska och estetiska områden för att föreläsa om till exempel litteraturvetenskap, filmvetenskap, konstvetenskap och musikvetenskap.

Föreläsningar över ett brett fält

Föreläsningarnas innehåll spänner över ett brett fält och har rubriker som väcker nyfikenhet och intresse: *Empatibegreppet reflekterat genom konst och litteratur*, *Sjukdom som case och berättelse*, *Ingmar Bergman och läkarna*, *Sjukdom och död i operakonsten*.

Studenterna möter nya kunskapsområden och nya vinklar på kända ämnen. Tanken med kursen är att skapa möjligheter till reflektion och att träna sin föreställningsförmåga. Allt detta kommer till nytta i den kliniska vardagen, då det behövs både klinisk skicklighet och förmåga till inlevelse och fantasi för att kunna ställa korrekt diagnos, och för att på ett empatiskt sätt kunna möta patienten.

Redskap för att se hela människan

Kursen avslutas med en examination i form av en konferens, där samtliga kursdeltagare håller en föreläsning. Några exempel på teman: *Sorgearbetet, den slingriga vägen framåt*, *Mindfulness i vardagen – en copingstrategi för läkare*, *Hälsan som samhällsplikt – hot om hälsodiktatur*, *Psykisk ohälsa i nutida svensk barnlitteratur* samt *Läkarroller i bildkonsten*.

Utvärderingarna efter genomgången kurs vittnar om att studenterna är mycket nöjda. De framhåller att de börjat tänka på ett nytt sätt i sitt medicinska utövande, att utbildningen gett dem redskap att se hela människan i stället för bara en diagnos. Genom kursen har de fått nya redskap för mötet med patienten och en fördjupad kunskap om sig själva i relation till andra människor.

Kvinnohälsa som ger hopp

Amel betyder hopp på arabiska. AMEL-mottagningen på Södersjukhusets kvinnoklinik i Stockholm riktar sig till alla kvinnor oavsett födelseland. Hit kommer vuxna kvinnor som har besvär efter kvinnlig könsstympning under barndomen eller ungdomen. Mottagningen tar emot kvinnor från hela Stockholms läns landsting och man kontaktas även av andra landsting för konsultation i enskilda patientärenden. Sedan starten 2003 har man haft drygt 600 nybesök. Ungefär 20 procent av dessa patienter har opererats på mottagningen.

Patienterna ges vård, stöd, tröst och hopp. Med mer kunskap om kvinnors villkor och hälsa vill man hjälpa dem som redan är omskurna att kunna leva så gott som möjligt trots sina skador, och medverka till att flickor ska slippa könsstympning.

Utmaning att nå ut och att vinna förtroende

Mottagningens två stora utmaningar är dels att nå ut med att den finns, dels att få kvinnornas förtroende. För att nå ut besöker man bland annat lokala kvinnoföreningar och informerar om verksamheten. Förtroendet skapas i undersökningsrummet, där samtalet utgår från kvinnans berättelse.

Överläkaren Meri Liljegren berättar: ”Vanliga orsaker till vårdbehov är värk i magen, mensvärk och oro för njurbesvär, vilket orsakas av att urinröret täppts till genom omskärelsen. Andra orsaker är graviditet, brist på sexuell lust, slidkramper och smärtor i könet. Några behöver opereras för att kunna ha sex på ett sätt som inte smärtar. Många har psykiska problem till följd av ingreppet, som ofta görs i 6–7-årsåldern, just när flickorna börjar känna sig självständiga och kapabla.”

Cirka två miljoner könsstympningar per år

Unicef beskriver att ingreppet ofta utförs med avslagna glasflaskor, saxar eller rakknivar. Bedövning är sällsynt. Många flickor dör i sviterna av infektioner. Enligt Unicef förekommer könsstympning bland katoliker, protestanter, kopter, falasher, muslimer och animister. Man räknar med att det utförs cirka två miljoner könsstympningar varje år och att det finns cirka 130 miljoner omskurna kvinnor i världen. Det finns inget skriftligt stöd i någon religion för könsstympning [40]. Könsstympning av kvinnor är förbjudet enligt 1 och 2 §§ lagen (1982:316) med förbud mot könsstympning av kvinnor, och den som utför könsstympning kan dömas till fängelse.

Lästips!



Ojämna villkor för hälsa och vård. Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen 2011.

Rätten till sjukvård på lika villkor. Diskrimineringsombudsmannen 2012.

(O)Jämställdhet i hälsa och vård – en genusmedicinsk kunskapsöversikt. Sveriges Kommuner och Landsting 2007.

Tolk ofta avgörande för god vård

Den vanligaste patienten på AMEL är en kvinna som kommit till Sverige som flykting och främst lever i gemenskap med andra landsmän. Hon har oftast inte tillräckliga kunskaper i svenska för att kunna samtala utan tolk vid läkarbesöket. Språket har stor betydelse för att kunna ge rätt vård och stöd. AMEL-mottagningen använder sig som regel av neutrala telefontolkar. Två saker är oerhört viktiga: Tolken ska vara neutral, av patientsäkerhets- och integritetsskäl. Tolken ska dessutom vara kvinna eftersom en manlig tolk är hämmande. I sällsynta fall, när det är befogat, låter man en vuxen anhörig tolka. Det är dock viktigt att kvinnan har förtroende för den anhöriga.

Samtal med stöd av bilder

För att kvinnan ska kunna beskriva sina besvär och för att läkaren ska kunna samtala om möjliga vårdalternativ tar man hjälp av bilder. En tecknad bild visar två till det yttre likadana nakna kvinnor, med den skillnaden att könet ser helt olika ut på dem. Könet finns också på uppförstorad bild. I patientsamtalet pekar och ritar läkaren på delar av kvinnornas kön och sätter ord på delar som den omskurna patienten aldrig sett eller rört. Kvinnorna som kommer till AMEL får genom samtalen kunskap om sin kropp och ord för det outtalade. Ofta utvecklas ett gott förtroende mellan patienten och vårdpersonalen. Den gynekologiska undersökningen genomförs på samma sätt. Allt sker varsamt och på kvinnans villkor. Läkaren Meri Liljegren beskriver ett patientmöte:

Jag är glad att kvinnan kommit, jag är nyfiken och ställer öppna frågor. Jag lyssnar på kvinnan. Vilka ord använder hon för att beskriva könsstympningen? Jag tar till mig kvinnans ordval för att inte kränka henne. En vanlig beskrivning är att ”man skar i mig som liten flicka”. Ordet könsstympning använder vi aldrig i samtalen med patienterna.

Meri Liljegren berättar att kvinnorna som söker vård på AMEL är motiverade att förändra sina liv, vilket kan vara ett stort beslut eftersom kvinnlig omskärelse är en tradition som hänger samman med synen på hur en kvinna ska vara. Att ta beslut i riktning från de normer och traditioner som upprätthåller social ställning och acceptans kan vara kontroversiellt, även om könsstympningens ställning är på väg att försvagas i världen.

Internutbildning i humanistisk medicin

Sedan 2005 arbetar man på Södertälje sjukhus systematiskt med att utveckla vården och patientmötet med hjälp av utvecklingsprogrammet Humanistisk medicin.

Syftet är att öka medarbetarnas kunskaper, insikter och förmåga att utöva en god vård i mötet med patienter och närstående. Målet är en ökad förståelse för patientens perspektiv, hans eller hennes upplevelse av vården samt en ökad insikt om att patientens delaktighet har betydelse för vårdens utfall. Satsningen, som har fullt stöd från högsta ledningen, har hjälpt till att skapa en gemensam värdegrund på Södertälje sjukhus och avspeglar sig också i att patientnöjdheten har ökat.

Programmet utgör i dag en kvalificerad utbildning för den enskilda medarbetaren och är en viktig del i sjukhusets arbete med att förankra och utveckla sin värdegrund.

Utbildningen är öppen för alla yrkeskategorier

Utbildningen löper över ett år och är öppen för alla yrkeskategorier inom vården. Drygt fyrtio medarbetare antas till programmet varje år. Programmet innehåller föreläsningar, workshops, reflektion över patientdagböcker, erfarenhetsutbyte, rollspel, självkännedomsovningar, litteraturstudier, hemuppgifter och reflektionspass. Deltagarna förväntas även hålla sig à jour med aktuell forskning inom området.

Fyra introduktionsföreläsningar med efterföljande seminarier följs av tvärprofessionella lärträffar varannan vecka. Deltagarna får inblick i psykologiska processer i mellanmänskliga möten, iscensätter möten och spelar rollspel. De utbyter erfarenheter och varje utbildningstillfälle avslutas med tid för reflektion. Deltagarna får en hemuppgift som följs upp vid nästa lärträff. Föreläsningarna kan ha rubriker som:

- Att möta och förhålla sig till patienten och sig själv
- Humanistisk medicin och patienten som subjekt
- Det mellanmänskliga mötet och patientens fokus
- Utmaningar i det mellanmänskliga mötet
- Den lidande människan eller den besvärlige patienten.

Verktyg och metoder

Under andra terminen är huvudtemat *Verktyg och metoder*, och då betonas samtalskonst ur aspekter som att mötas i samtal, samtalsprocessen som struktur, dialogen, att skapa en samtalsallians samt olika samtalsövningar. Deltagarna avslutar utbildningen genom att göra ett förbättringsarbete på sin arbetsplats.

Ett sjukhus för framtiden

Angereds närsjukhus öppnades för att minska ohälsan i Göteborgs norra stadsdelar. En kartläggning hade visat på en klart högre sjuklighet i lungsjukdomen kol samt i cancer, diabetes och hjärtkärlsjukdomar än i övriga stadsdelar, men invånarna sökte inte vård i högre grad än övriga göteborgare. Primärvården i området hade fått mer resurser än övrig primärvård på grund av det tyngre vårdbehovet, men vårdcentralerna hade så svårt att rekrytera personal, särskilt läkare, att de inte kunde använda resurserna.

Befolkningens behov fick styra

När Angereds sjukhus skulle byggas upp var ambitionen att utgå från behovet hos befolkningen, inte från hur ett sjukhus brukar fungera. Man gjorde därför en avgränsad befolkningshälsostudie. Ett flertal dialoger genomfördes också med vårdpersonal i området. Behovsanalysen presenterades för alla partier i Västra Götalandsregionen.

Man beslöt att satsa på vård av barn, på hjärt- och lungsjukdomar samt på diabetes eftersom befolkningsstudien visade på stora behov inom dessa vårdområden. Lite senare startades även mottagningar för gynekologi och psykiatri.

Dialog mellan allmänhet och personal

Parallellt med planeringen av klinikerna hölls många öppna möten för allmänheten. Informationsmaterial på en mängd olika språk producerades. Allmänheten gav också tipset att använda närradion som når ut till många språkgrupper i Angered och Bergsjön. Sjukhuset arbetar också med film för att föra ut information om förebyggande hälsovård.

Särskilda arbetssätt

Insikten om vikten av att vinna patienternas förtroende, tillsammans med resultaten från behovsanalysen, har lett till särskilda arbetssätt på Angereds närsjukhus. Alla patienter tillfrågas om huruvida de röker, och de som gör det erbjuds rökavvänjning. Sjukhuset erbjuder också gratis undersökning av lungkapaciteten för att upptäcka kol. Ett mobilt team, det första i landet, bedriver kolsjukvård i hemmet.

I dag bedriver sjukhuset specialistvård på dagtid i tillfälliga lokaler men 2015 ska sjukhuset finnas i ett eget hus och där ska mottagningsrummen vara stora så att det går att ta med flera familjemedlemmar. Runda bord ska ge utrymme för mer jämbördiga samtal. Andaktsrum, stilla rum och avskilda rum för amning ska finnas.

SMS-påminnelser på olika språk ska hjälpa patienter att komma ihåg sina bokade tider. Annonser för sjukhusets verksamhet kan komma upp på utländska internetsidor om den som surfar har en IP-adress från Göteborg.

Patienterna kan boka tid direkt i receptionen och få hjälp av personalen att skriva en egenremiss för att komma till en specialist. På många håll i landet vill man inte att patienter ska skriva egenremisser, men Angereds närsjukhus uppmuntrar det som ett sätt att öka patienternas makt över sina egna liv.

I hälften av alla patientsamtal behövs tolk och då räcker det inte med en kvart per patientbesök. Personalen på sjukhuset behärskar tillsammans 24 olika språk och står för vardagstolkningen. För medicinsk tolkning anlitas oftast telefontolk. Det är praktiskt och dessutom ofta bra för patienten som slipper ha ytterligare en person i rummet.

Inspiration till arbetssättet kommer bland annat från Socialstyrelsens handbok för vårdgivare, chefer och personal med titeln *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig*.

Informationsinsatser på flera olika arenor

Behovsanalysen visade att enbart 63 procent av kvinnorna i Angered kom till cellprovstagningar mot 88 procent av kvinnorna i Askim.

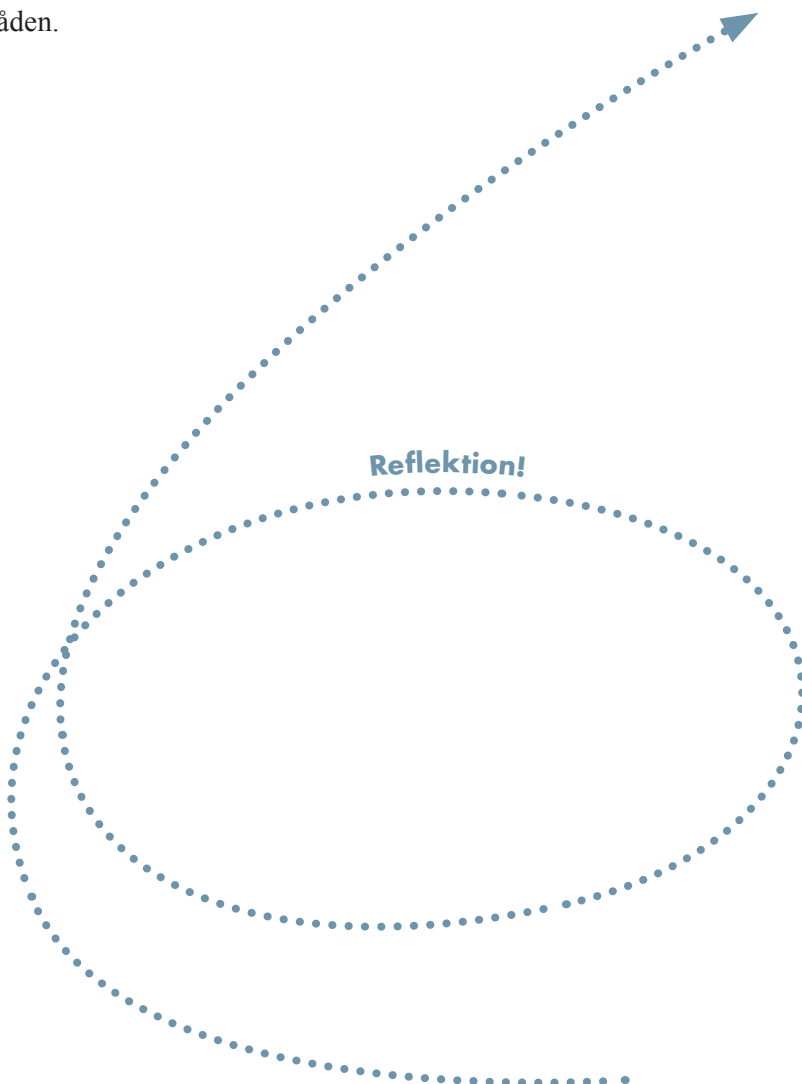
I samarbete med Kunskapscentrum för jämlik vård utformade Angereds närsjukhus därför en kampanj för att få fler att ta cellprov. Man gjorde också reklam i närradion och satte upp anslag i bostadsområdenas tvättstugor. Efter några månader hade antalet cellprovstagningar ökat med 20 procent.

I dag finns en cellprovsbuss i nordöstra Göteborg, en mottagning som drivs tillsammans med barnmorskemottagningarna. Sjukhuset har också tagit hjälp av så kallade *doulor* (hjälpkvinnor vid graviditet och förlossning) för att sprida informationen till patienter på olika språk efter patienternas behov.

Viktigast är att lyssna på patientgrupperna

Det viktigaste med Angereds närsjukhus är den aktiva brukarmedverkan och det brukarinflytande som sjukhuset försöker skapa, anser Henry Ascher, som är barnläkare och tidigare universitetslektor och professor på Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap. Han har i uppdrag att försöka förena erfarenheterna från Angereds närsjukhus med den verksamhet som bedrivs vid Sahlgrenska akademien, i ett gemensamt forsknings- och utbildningssamarbete. Det är många välvilliga projekt som misslyckas för att man inte lyssnar på patientgrupperna, säger Ascher.

Angereds närsjukhus arbetar även med ett projekt tillsammans med Kommittén för rättighetsfrågor i Västra Götalandsregionen. Syftet är att ta fram en modell för hur man kan arbeta med mänskliga rättigheter som verktyg i hälso- och sjukvården i socialt och ekonomiskt utsatta områden.



Reflektion

- Vad känner ni till om just era patientgrupper, i ert lokala sammanhang?
- Vilka möjligheter har ni att föra dialog med patienter för att få kunskap om lokala förutsättningar som ni kan lära av eller göra anpassningar efter?
- Hur skulle brukarmedverkan kunna se ut hos er?
- Finns det grupper inom ert upptagningsområde som inte når er verksamhet?
- Vilka ”regler”, rutiner, kommunikationssätt och fysisk miljö finns hos er som kan försvåra för patienter att söka och få vård hos er? Vad kan underlätta?





Att mötas i hälso- och sjukvård

Systematiskt förbättringsarbete

Avsnittets innehåll

- Systematik för förbättring
- Chefen har en nyckelroll
- Varje vårdgivare ska ha ett ledningssystem
- Bemötande och icke-diskriminering i ledningssystemet
- Instruktion för systematiskt förbättringsarbete
- Innan ni börjar – gör en baslinjemätning
- Formulera mål
- Att tänka på kring mål och arbetssätt
- Ta fram och välj ut arbetssätt
- Stödjande mallar
- Patientenkät



Förbättringshjulet

Planera

- Identifiera krav och mål i lagstiftningen
- Planera arbetet för att säkerställa dessa krav och mål – ta fram processer och rutiner
- Gör riskanalyser

Genomföra

- Arbeta utifrån fastställda processer och rutiner
- Ta emot rapporter, klagomål och synpunkter – utred, sammanställ och analysera

Förbättra

- Utveckla och förbättra processer och rutiner – arbeta för att uppnå krav och mål

Utvärdera

- Följ upp och utvärdera resultatet – egenkontroll



Systematik för förbättring

Bemötande går inte att reducera till enkla aktiviteter som kan bockas av, men med systematik kan man skapa en gemensam grund för verksamhetens arbete med bemötande. Genom att skapa rutiner för reflektion kan man utveckla synsätten kring patientmakt och motverka diskriminering.

Ett ledningssystem för kvalitet kan dock aldrig garantera att patienter känner sig trygga, respekterade och att de får rätt vård för sina symtom. Ytterst är det alltid chefens och personalens följsamhet till rutinerna, och deras vilja att värna och respektera patientens individualitet, som skapar förutsättningar för ett icke-diskriminerande bemötande.

Chefen har en nyckelroll

Chefen har en nyckelroll i arbetet med att utveckla och förbättra verksamheten. En av de viktigaste uppgifterna för chefen är att skapa engagemang och motivera medarbetarna. En annan viktig uppgift är att frigöra resurser för personalen att arbeta systematiskt med dessa frågor som en del i verksamhetens löpande systematiska förbättringsarbete.

Varje vårdgivare ska ha ett ledningssystem

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete trädde i kraft den 1 januari 2012. Föreskrifterna och de allmänna råden är gemensamma för bland annat hälso- och sjukvård och tandvård och fokuserar på hur ett systematiskt kvalitetsarbete ska bedrivas.

Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet och vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten (3 kap. 1 och 2 §§ SOSFS 2011:9).

Med kvalitet avses att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter inom hälso- och sjukvården och tandvården och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter (2 kap. 1 § SOSFS 2011:9).

I ledningssystemet ska vårdgivaren därför identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet (4 kap. 2 § SOSFS 2011:9).

Vårdgivaren ska också fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet, så kallad riskanalys (5 kap. 1 § SOSFS 2011:9).

Genom att göra riskanalyser kan man uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Bemötande och icke-diskriminering i ledningssystemet

Att inkludera bemötandet och de icke-diskriminerande arbetssätten i ledningssystemet hjälper verksamheten att arbeta systematiskt med tillgänglighet, individanpassning, delaktighet, patientsäkerhet, närståendestöd, kommunikation och information samt med att sätta patientens behov i centrum.

Som ett stöd för detta ges här ett exempel på en arbetsmodell som kan underlätta arbetet med att systematiskt föra in bemötande och jämlik vård i verksamhetens ledningssystem. I arbetsmodellen ingår följande:

- en instruktion för systematiskt förbättringsarbete
- en metod för att sätta upp mål
- övningar för ta fram och välja ut mål, ta fram och välja ut arbetssätt
- stödjande mallar
- ett förslag till en patientenkät.

Instruktion för systematiskt förbättringsarbete

I ett förbättringsarbete är det bra att sätta upp mål som går att genomföra och som är mätbara. Målen ska också beskriva verkliga förbättringar för patienterna. På s. 76 finns en bild som visar hur man systematiskt arbetar med förbättringar, här kallat ”förbättringshjulet”.

Tanken är att ni ska arbeta systematiskt genom att följa förbättringshjulets faser och utveckla verksamhetens arbetssätt tillsammans. Genom att utgå från ett nuläge och sätta upp mål för förbättring kan ni tillsammans skapa, genomföra, utvärdera och upprätthålla processer, aktiviteter och rutiner som bidrar till ett gott bemötande och en jämlik vård.

Här ges en instruktion som steg för steg guidar er i förbättringsarbetet. Den utgår från SOSFS 2011:9.

- **Steg 1 – Nuläge – baslinjemätning**

Skaffa en bild av hur era patienter upplever ert bemötande. Använd patientenkäten eller använd en egen mätmetod. Beskrivning på s. 80.

- **Steg 2 – Sätt upp mål**

Använd metoden brainstorming för att ta fram mål. Beskrivning finns under rubriken Övning s. 83.

- **Steg 3 – Välj ut ett eller några mål att arbeta med**

Använd gärna modellen för smarta mål. Beskrivning finns under rubriken Formulera mål s. 81

- **Steg 4 – Dokumentera**

Skriv in det eller de mål ni valt i en handlingsplan, s. 88.

- **Steg 5 – Ta fram arbetssätt**

Använd metoden brainstorming för att ta fram arbetssätt. Beskrivning finns under rubriken Övning s. 84.

- **Steg 6 – Välj arbetssätt för måluppfyllelse**

Använd fyrfältsdiagrammet för att välja bland de arbetssätt ni tagit fram, dvs. välja ut de arbetssätt som ska leda till måluppfyllelse. Beskrivning finns under rubriken Stödjande mallar s. 86.

- **Steg 7 – Dokumentera**

Skriv in det eller de arbetssätt ni valt i er handlingsplan, s. 88.

- **Steg 8 – Ansvarsfördela, tidssätt och dokumentera**

Kom överens om vem som ska göra vad, när ni ska starta och när ni ska följa upp. Skriv in det i er handlingsplan, s. 88

- **Steg 9 – Gör en riskanalys**

Nu är er handlingsplan klar. Det är bra att göra en riskanalys för att förutse tänkbara konsekvenser av arbetssätten, s. 89–90.

- **Steg 10 – Testa det eller de arbetssätt ni valt och dokumentera**

Nu gör ni det ni bestämt och skrivit in i handlingsplanen. Dokumentera för er själva hur det går så har ni stöd vid uppföljningen.

- **Steg 11 – Följ upp**

Avsätt tid för att analysera era resultat. Diskutera och besluta hur ni ska arbeta fortsättningsvis.

- **Steg 12 – Inför de nya arbetssätten**

Om arbetssätten ledde till måluppfyllelse kan det vara dags att föra in dem i ert ledningssystem. Om inte, diskutera varför det inte blev så och börja om med steg 6.

- **Steg 13 – Följ arbetssätten och utvärdera regelbundet**

Nu har ni tagit fram nya arbetssätt och dessa ska ni nu följa och utvärdera löpande som allt annat i ledningssystemet, så kallad egenkontroll.

Innan ni börjar – gör en baslinjemätning

Innan ni börjar ert förbättringsarbete behöver ni göra en baslinjemätning. Det betyder att ni gör en mätning av förhållande sådana de är just nu, innan ni startar ert förändringsarbete. Baslinjemätningen ger er ett utgångsvärde – ett resultat – som ni sedan kan använda som jämförelsevärde när ni efter en tid följer upp ert arbete.

Ett sätt att göra en baslinjemätning är att göra en patientenkät. I slutet av avsnittet finns ett exempel på en patientenkät som ni kanske vill använda som den är eller anpassa till era egna behov. Efter att ni analyserat svaren från enkäten har ni ett resultat som visar vad patienterna är mer eller mindre nöjda med. Resultatet kan ni använda för att skapa era mål.

När ni följer upp med nya mätningar ska ni använda samma enkät som vid den första mätningen. Det är bra att i förväg bestämma tidpunkter för uppföljning, till exempel efter tre månader, sex månader och ett år.

Dra lärdomar av svaren. Resultatet ska påverka ert förbättringsarbete.

Gör så här

- Bestäm vilken slags baslinjemätning ni vill göra, en patientenkät eller någon annan valfri mätmetod.
- Bestäm när ni ska analysera era mätresultat och hur ni ska ta hand om dem.
- Bestäm hur ni ska informera patienterna om att ni arbetar med förbättringar och att ni som ett led i detta genomför exempelvis en patientenkät. Presentera gärna resultatet av enkäten i väntrum och på er webbsida och informera om hur ni planerar att arbeta vidare med förbättringar.
- Utse en i personalgruppen som sammanställer enkäterna.
- Bestäm uppföljningstillfällena.

Formulera mål!

Formulera mål

Mål ska beskriva något man vill uppnå. De ska vara möjliga att genomföra och de ska vara mätbara.

Nedan ges exempel på mål som utgår från ett patientcentrerat förhållningssätt:

- Patienten är informerad
- Patienten fattar välgrundade beslut om sin vård
- Patienten är sedd och respekterad som individ
- Patienten deltar i beslut om sin vård
- Patienten får bra service
- Patienten har kontinuitet i sin vård
- Patientens olika behov möts och ges utrymme
- Patientens familj, närstående och vänner välkomnas att delta i vården när patienten så vill.

Smarta mål

Ett sätt att arbeta med mål kan vara att fråga sig hur ”SMART” målet är [41]. Är det specifikt? Är det mätbart, accepterat, realistiskt och tidssatt? Om målet uppfyller dessa kriterier ökar möjligheterna att målet kan uppnås.

S - Specifikt

Skriv målet så specifikt det går. Det ska vara tydligt vad ni ska uppnå.

M - Mätbart

När ni sätter målet ska ni samtidigt besluta hur ni ska mäta. Vilket mått ska ni använda?

A - Accepterat

Den som ska uppfylla ett mål måste känna ägarskap över målet och vilja nå det. Reflektera över de motstånd som eventuellt dyker upp i arbetsgruppen.

R - Realistiskt

Målet ska vara möjligt att uppnå.

T - Tidsbundet

Sätt en deadline för när målet ska mätas.

Att tänka på kring mål och arbetsätt

Här presenteras övningar för att ta fram mål och arbetsätt. De mål och arbetsätt ni väljer ska göra konkret skillnad för patienterna.

Ett tips är att inte ta i för mycket från början. Välj mål och arbetsätt som kan uppnås inom relativt kort tid och som är lätta att mäta. När ni tar fram arbetsätt är det viktigt att tänka på:

- fysisk tillgänglighet
- personlig integritet
- trygghet
- delaktighet
- kommunikation
- patientsäkerhet
- information
- barns behov
- samverkan med närstående
- ljud, ljus, temperatur
- inredning, färger, material
- utsmyckning, konst.



Övningar!

Övning 1 – ta fram smarta mål (brainstorming)



Övning

Övningen syftar till att låta allas förslag på mål komma fram, stora som små, galna som realistiska. Värdera inte, det kommer i ett senare skede. Dokumentera.

Gör så här

En person leder övningen. I det ingår att beskriva hur övningen går till, starta, hålla tiden och se till att allas idéer kommer fram och dokumenteras. Alla ska ha tillgång till post it-lappar och pennor.

Sätt gärna en tidspress (max X minuter) så att ni tvingas ge ifrån er idéerna utan att hinna värdera dem. Värdering sker i nästa steg då ni ska bedöma vilka idéer som har störst chans att göra skillnad för patienterna.

- Tänk enskilt i några minuter. Skriv ner allt som kommer fram på post it-lappar, en idé per lapp.
- Redovisa en idé i taget genom att sätta upp lapparna så att alla kan se dem.
- Gruppera idéerna och formulera era mål. Använd gärna smart-modellen som beskrivs ovan.
- Dokumentera era mål.
- När ni är nöjda med målen går ni över till nästa övning för att ta fram arbetsätt som kan bidra till att ni lyckas nå målen.

Ta fram och välj ut arbetsätt

Här presenteras en metod för komma fram till arbetsätt som ska leda till att ni når era uppsatta mål.

Övning →

Övning 2 – ta fram förslag på arbetsätt

Övningen syftar till att ni alla ska låta era förslag på arbetsätt komma fram. Värdera inte, det kommer i ett senare skede. Här ska allas idéer komma till uttryck, precis som när ni tog fram idéer för mål. Dokumentera.

Gör så här

Börja med brainstorming för att ta fram en mängd förslag på arbetsätt. En person leder övningen. I det ingår att instruera om hur övningen går till, starta, hålla tiden och se till att allas idéer kommer fram och dokumenteras.

Alla ska ha tillgång till post it-lappar och pennor. Sätt gärna en tidspress så att ni skriver ner era idéer utan att hinna värdera dem. Detta gör ni i nästa steg då ni ska värdera vilka idéer som har störst chans att göra skillnad för patienterna.

- Fundera i 2–5 minuter tyst för er själva på vilket arbetsätt som kan hjälpa er att nå det första mål ni satt upp.
- Skriv varje idé/arbetsätt på en post it-lapp.
- Ledaren ber alla att redovisa sina idéer. Lapparna sätts upp så att alla kan se dem.
- Fundera i 2 minuter på det som står på lapparna. Verkar en del av dem höra ihop?
- Samla de lappar som hör ihop i grupper. När ni gjort det är det dags att försöka beskriva varje grupp som ett arbetsätt.
- Dokumentera de arbetsätt som ni slutligen kommer fram till. Dessa idéer ska ni ta med till nästa övning, då ni ska välja arbetsätt.
- Gå över till övning 3 för att välja arbetsätt till era mål.

Övning 3 – välj ut arbetssätt till varje mål (fyrfältsdiagrammet)



Den här övningen går ut på att välja ut ett eller ett par arbetssätt till varje mål. Ta ett mål i taget. Använd fyrfältsdiagrammet på sidan 87 för att välja det eller de arbetssätt som ni bedömer har störst möjlighet att leda till måluppfyllelse.

Gör så här

Här är det bra att två personer ansvarar för övningen. Den ena leder övningen och förklarar hur den ska genomföras, håller tiden och håller i samtalen. Den andra läser upp det som grupperna kommit fram till och dokumenterar under övningen.

1. Läs upp ett arbetssätt i taget. Märk arbetssätten med en siffra så att ni kan känna igen dem senare i övningen.
2. Var och en gör en egen bedömning av arbetssätten. Arbetssätten ska bedömas utifrån följande dimensioner:
 - Stor påverkan avseende patientcentrering
 - Liten påverkan avseende patientcentrering
 - Inte möjligt att genomföra omedelbart
 - Möjligt att genomföra omedelbart
3. Gå laget runt så att alla får säga hur de värderar arbetssättet.
4. Ledaren sammanfattar gruppens åsikter och placerar arbetssätten i fyrfältstabellen (sid 87) enligt gruppens sammanvägda åsikter.
5. Fortsätt tills ni gått igenom alla arbetssätt.
6. Om ni har många (fler än 3 arbetssätt per mål) är det klokt att välja 1–3 arbetssätt per mål.
7. Välj ut vilka arbetssätt ni ska börja jobba med att förbättra och skriv in målet och de relaterade arbetssätten, ansvar och tidsplan i handlingsplanen.
8. När ni valt arbetssätt och beslutat om ansvar och tidsplan för det första målet tar ni nästa mål och börjar om från början (Övning 2 – ta fram arbetsätt) tills ni gått igenom alla era mål och dokumenterat i handlingsplanen.

Stödjande mallar

Fyrfältsdiagram till stöd för val av arbetssätt

Ett fyrfältsdiagram kan användas för att rangordna arbetssätt och få syn på vilka arbetssätt som är lättast att genomföra, vilka som har störst effekt, vilka som är svårare etc. Resonera kring hur varje arbetssätt kan påverka ert arbete i patientcentrerad riktning:

- Om arbetssättet har liten påverkan och inte är möjligt att genomföra omedelbart, skrivs det in i den nedre vänstra rutan.
- Om arbetssättet har stor påverkan och inte är möjligt att genomföra omedelbart, skrivs det in i den övre vänstra rutan.
- Om arbetssättet har liten påverkan och går att genomföra omedelbart, skrivs det in i den nedre högra rutan.
- Om arbetssättet har stor påverkan och går att genomföra omedelbart, skrivs det in i den övre högra rutan.

Den **övre högra rutan** har alltså **hög prioritet** både kort- och långsiktigt. Den övre vänstra rutan visar arbetssätt som tar längre tid att genomföra men som är angelägna.

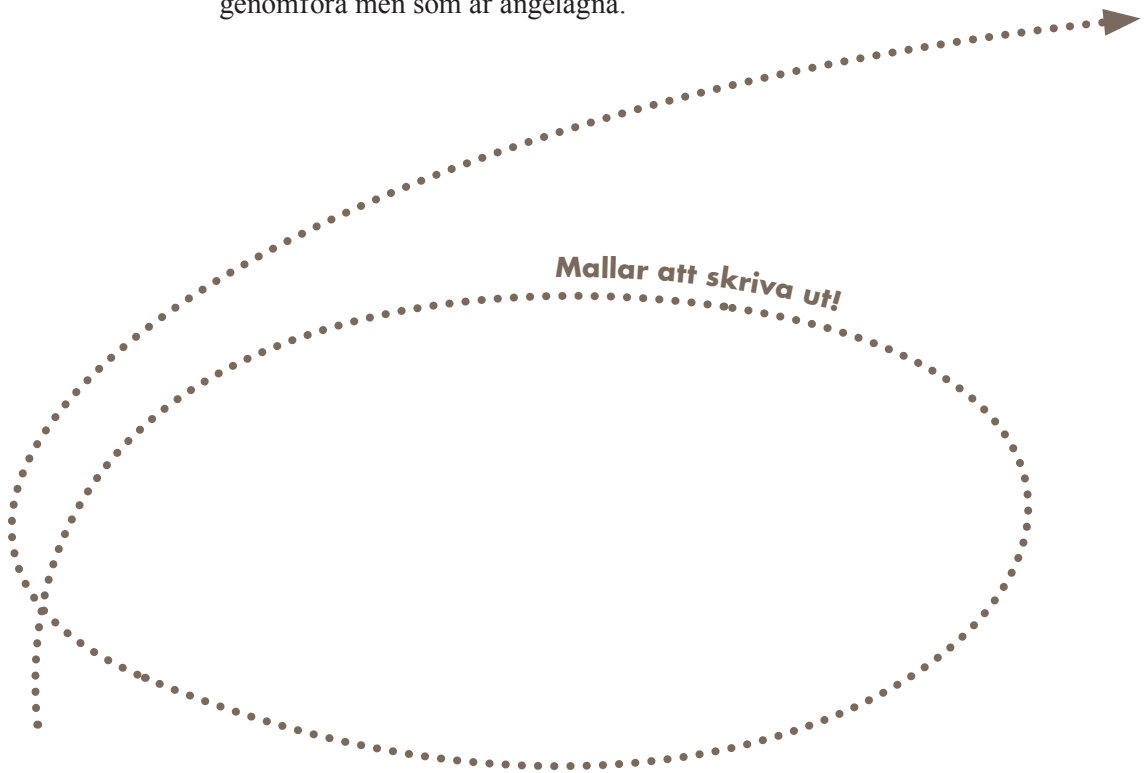




Bild: Fyrfältsdiagram för urval av arbetssätt som har patientcentrering i fokus





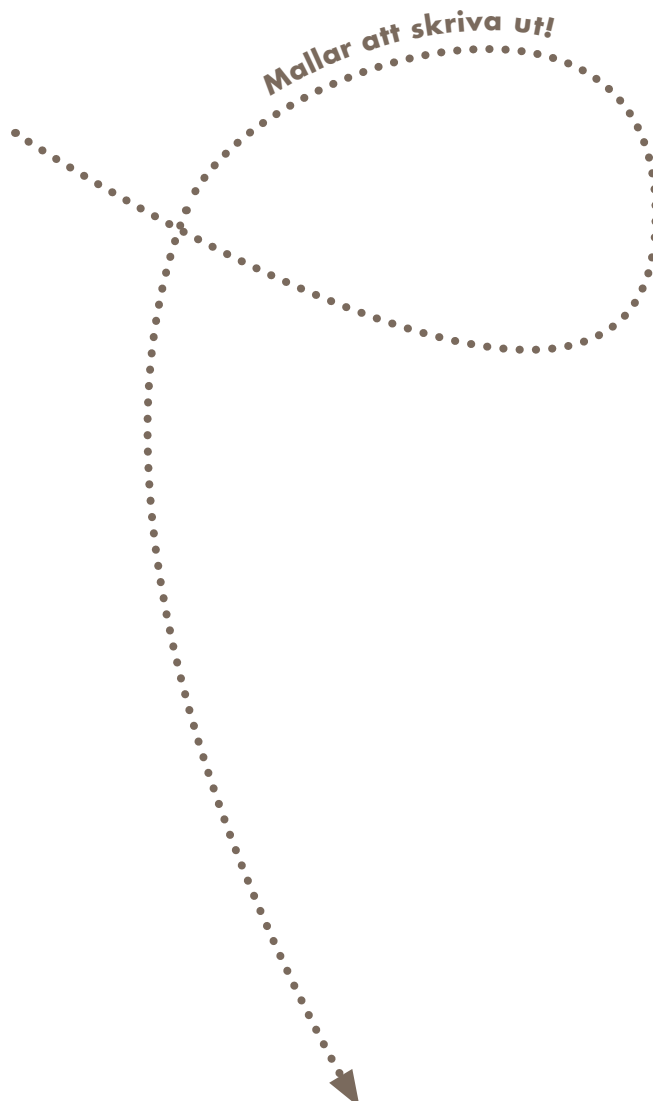
Handlingsplan för systematiskt förbättringsarbete kring bemötande och icke-diskriminerade arbetsätt

Vilket mål ska uppfyllas?	Arbetsätt eller aktivitet – dvs. vad ska göras?	När ska det göras?	Av vem/vilka ska det göras?	När ska det följas upp?

Risikanalyis för aktivitet

En riskanalys kan synliggöra risker med och konsekvenser av era arbetssätt. Här är ett exempel på en mall för att arbeta med riskanalys.

- För varje arbetssätt eller aktivitet bedömer ni om det finns någon risk att något kan gå fel. Låg risk ges låg siffra osv.
- Bedöm sedan hur sannolikt det är att risken inträffar utifrån en skala från 1 till 5. Bedöm därefter sannolika konsekvenser för patienten enligt samma skala.
- Multiplicera därefter värdet för risk med värdet för sannolikhet. De risker som får en hög summa är viktigast att beakta.
- Riskanalysen ska följas upp regelbundet; hur ofta beror på vilka risker ni har identifierat.





Risicanalys

Arbetsätt eller aktivitet	Risk	Ansvarig/a	Bedömning av risk 1 = låg 5 = hög	Bedömning av konsekvens 1 = låg 5 = hög	Summa risk gånger konsekvens	Åtgärd för att förebygga en risk eller minska riskens konsekvens	Uppföljningsdatum

Patientenkät

Genom att göra en patientenkät och samla in svar kan ni få kunskap om vad era patienter tycker om ert bemötande. Var tydlig med syftet.

Vi ger ett förslag till patientenkät (s. 92–95 som ni kan använda precis som den är eller anpassa efter era egna behov.

Var noga med att ge tydlig information till patienterna om:

- varför ni ställer frågorna
- vad ni planerar att göra med svaren
- hur ni ska presentera resultatet för patienterna
- hur ni tänker arbeta vidare för att förbättra er.

Ta hand om svaren

Efter analys av enkätsvaren har ni ett resultat att utgå ifrån. Enkäten är alltså er baslinjemätning, vars resultat blir det referensvärde som ni kan använda som jämförelse när ni gör era uppföljningar. Baslinjemätningen beskrivs på s. 80.



Patientenkät – hur upplever du som patient vårt bemötande?

Vi arbetar med att förbättra vårt bemötande. Vi har därför tagit fram en enkät med frågor till våra patienter. Svaren ger oss information om vad vi behöver förbättra i vårt arbete. Din medverkan är därför viktig för oss.

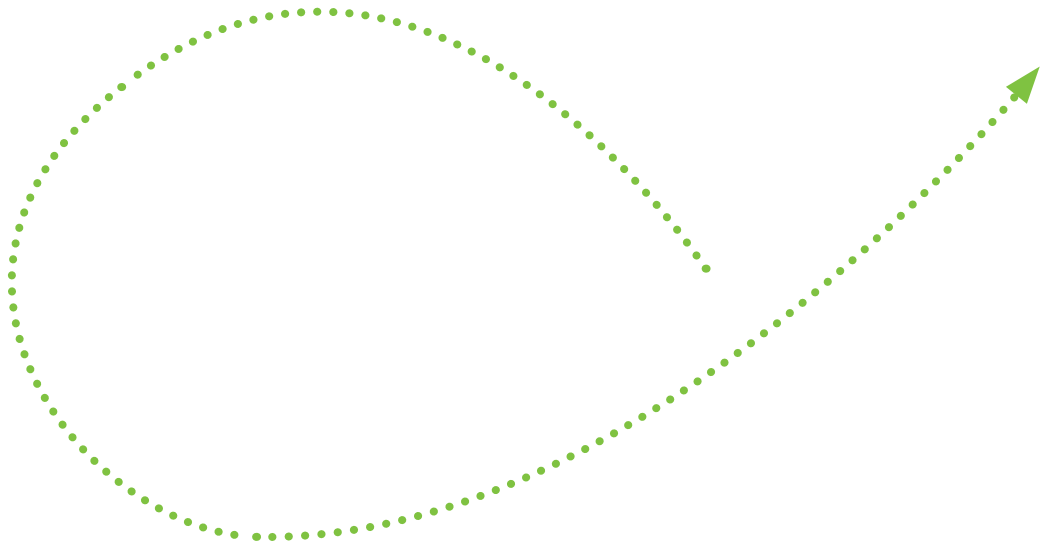
Sätt ett kryss i den ruta som bäst motsvarar din uppfattning.

Siffran 1 betyder att du inte alls instämmer medan siffran 5 betyder att du instämmer helt.

Om du inte vet eller inte känner till ska du kryssa i rutan ”vet ej”.

Du kan också skriva med egna ord vad som är bra och vad som inte är bra.

Kontakta personalen om du undrar över något eller behöver hjälp med enkäten.



Påståenden att ta ställning till

1. Jag känner förtroende för hälso- och sjukvården/tandvården.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
<hr/>						
2. Det är lätt att komma i kontakt med personal genom telefonväxeln.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
<hr/>						
3. Jag får besökstid när jag behöver.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
<hr/>						
4. Jag känner mig trygg i lokalerna.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
<hr/>						
5. Personalen i receptionen hjälper mig till rätta och behandlar mig respektfullt.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
<hr/>						
6. Jag litar på min läkare och den övriga personalen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
<hr/>						
7. Jag upplever att jag får god service av personalen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
<hr/>						
8. Mina anhöriga får vara med när jag vill det.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
<hr/>						
9. Läkaren och de andra i personalen lyssnar på mig och behandlar mig respektfullt.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
<hr/>						
10. Jag får den information jag behöver för att kunna vara delaktig i besluten om min vård.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
<hr/>						
11. Jag får det tolkstöd jag behöver.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
<hr/>						

12. Besökstiden är tillräcklig för att jag ska hinna prata med läkaren om det jag behöver

1 2 3 4 5 Vet ej

13. Min rädsla möts med respekt och jag får hjälp att hantera den.

1 2 3 4 5 Vet ej

14. Jag vågar berätta för läkaren om känsliga saker som kan påverka hur jag mår.

1 2 3 4 5 Vet ej

15. Jag vågar prata med läkaren om mina rök-, drog- och alkoholvanor.

1 2 3 4 5 Vet ej

16. Jag vågar prata med läkaren om min sexuella läggning.

1 2 3 4 5 Vet ej

17. Jag vågar prata med läkaren om min könsidentitet.

1 2 3 4 5 Vet ej

18. Jag vågar prata med läkaren om hur jag mår psykiskt.

1 2 3 4 5 Vet ej

19. Jag upplever att jag förstår allt som sker och varför det sker – jag känner mig delaktig.

1 2 3 4 5 Vet ej

20. Jag erbjuds patientutbildning om min sjukdom.

1 2 3 4 5 Vet ej

21. Jag förstår varför jag fått medicin och hur jag ska ta den.

1 2 3 4 5 Vet ej

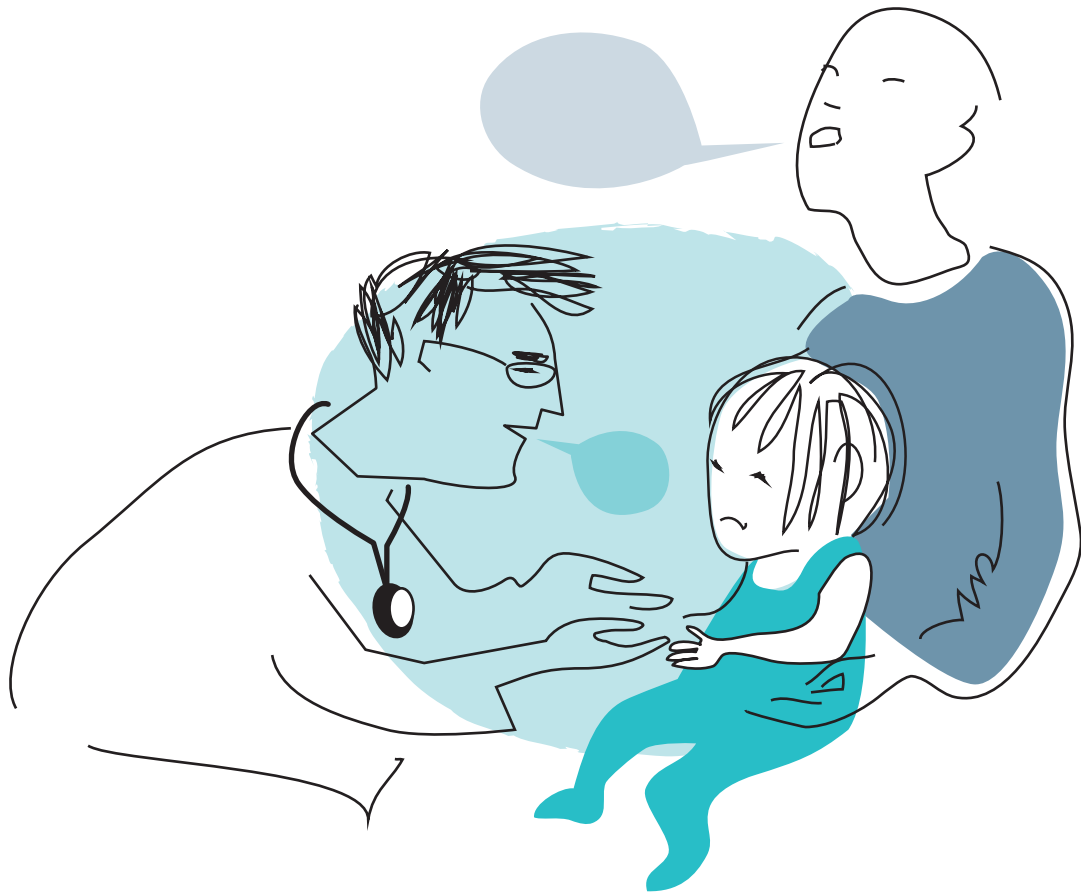


Att mötas i hälso- och sjukvård

Regelverk

Avsnittets innehåll

- Regelverk för jämlika villkor
- Hälso- och sjukvårdslagen
- Tandvårdslagen
- Patientlagen
- Patientsäkerhetslagen
- Diskrimineringslagen
- Nationella minoriteter och minoritetsspråk
- Tolk i hälso- och sjukvården
- Asylsökandes och papperslösas rätt till vård i Sverige
- Lagen om patientnämndsverksamhet m.m.
- Klagomål från enskilda



Regelverk för jämlika villkor

Sverige har förbundit sig att följa internationella konventioner på områden som funktionsnedsättning, barn och hälso- och sjukvård. Det innebär att de internationella konventionernas innebörd ska antingen införas i svensk lagstiftning eller vara i hög grad styrande för hur svenskt regelverk utformas för att tillförsäkra de personer som konventionen omfattar rättigheter på vissa områden.

FN

Artikel 12 i FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter anger att konventionsstaterna erkänner allas rätt till bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa.

Genom att förbinda sig att följa konventionen har Sverige åtagit sig att skapa förutsättningar för alla som bor i landet att få hälso- och sjukvård när de blir sjuka. Denna rätt återkommer också i FN:s konvention om barnets rättigheter och FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

Europarådet

I Europarådets europeisk social stadga, artikel 11, står att Sverige och de andra parterna i stadgan ska vidta de åtgärder som är nödvändiga bl.a. för att så långt som möjligt undanröja orsakerna till ohälsa och ge råd och upplysningar som främjar god hälsa.

Sverige

I en av Sveriges grundlagar, regeringsformen, anges att lag eller annan föreskrift inte får innebära att någon missgynnas därför att han eller hon tillhör en minoritet med hänsyn till etniskt ursprung, hudfärg eller annat liknande förhållande eller med hänsyn till sexuell läggning. Inte heller får lag eller annan föreskrift innebära att någon missgynnas på grund av sitt kön om inte föreskriften utgör ett led i strävanden att åstadkomma jämställdhet mellan män och kvinnor (regeringsformen 2 kap. 12 och 13 §§).

WHO: Viktiga faktorer för att skapa en jämlik vård

- Solidariskt finansierad vård med hög tillgänglig för alla medborgare
- Uppmärksammande av särskilda behov hos utsatta grupper
- Ökad betoning på en sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande hälso- och sjukvård [31].

Hälso- och sjukvårdslagen

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, är en av de lagar som styr arbetet inom hälso- och sjukvården.

I 2 § HSL anges att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde i vården.

I 2 a § HSL står att hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den särskilt ska:

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen
2. vara lätt tillgänglig
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen
5. tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

Tandvårdslagen

Tandvårdslagen (1985:125) är uppbyggd ungefär på samma sätt som HSL.

Enligt 2 § tandvårdslagen är målet för tandvården en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen.

Av 3 § tandvårdslagen framgår att tandvården ska bedrivas så att den uppfyller kravet på en god tandvård. Detta innebär att den ska

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder
2. tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,
3. vara lätt tillgänglig
4. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
5. främja goda kontakter mellan patienten och tandvårdspersonalen.

Patientlagen

Patientlagen (2014:821) gäller fr.o.m. den 1 januari 2015. Enligt 1 kap. 1 § patientlagen syftar den till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Patientlagen omfattar inte tandvård enligt tandvårdslagen (1 kap. 3 § patientlagen) och vissa bestämmelser i den gäller endast hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med ett landsting eller en kommun som huvudman (1 kap. 2 § patientlagen).

Utöver de inledande bestämmelserna i det första kapitlet innehåller patientlagen bestämmelser om

- tillgänglighet (2 kap.)
- information (3 kap.)
- samtycke (4 kap.)
- delaktighet (5 kap.)
- fast vårdkontakt och individuell planering (6 kap.)
- val av behandlingsalternativ och hjälpmedel (7 kap.)
- ny medicinsk bedömning (8 kap.)
- val av utförare (9 kap.)
- personuppgifter och intyg (10 kap.)
- klagomål och patientsäkerhet (11 kap.).

Patientlagen innehåller alltså många bestämmelser av betydelse för bemötande inom hälso- och sjukvården. Till exempel ska hälso- och sjukvården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten (5 kap. 1 § patientlagen) och patienten ska få information anpassad till sin ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar (3 kap. 6 § patientlagen).

Patientsäkerhetslagen

Patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet (1 kap. 1 § PSL). PSL reglerar bl.a. skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal. Bland dem kan nämnas att den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska

- se till att patienten och dennes närstående ges information enligt 3 kap. patientlagen (6 kap. 6 § PSL)

- medverka till att patienten ges möjlighet att välja behandlingsalternativ respektive hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning enligt vad som anges i 7 kap. 1 och 2 §§ patientlagen (6 kap. 7 § PSL)
- medverka till att patienter med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada får en ny medicinsk bedömning (6 kap. 7 § PSL).

Diskrimineringslagen

Diskrimineringslagen (2008:567), DiskL, förbjuder diskriminering i fråga om hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet (2 kap. 13 § DiskL). Förbuden mot diskriminering gäller alla och inte bara vissa individer eller grupper. Diskrimineringsgrunderna är:

- kön
- könsöverskridande identitet eller uttryck
- etnisk tillhörighet
- religion eller annan trosuppfattning
- funktionsnedsättning
- sexuell läggning
- ålder.

Diskrimineringslagen skiljer på sex olika typer av diskriminering (1 kap. 4 §): direkt diskriminering, indirekt diskriminering, bristande tillgänglighet, trakasserier, sexuella trakasserier och instruktioner att diskriminera.

I vissa fall hindrar inte diskrimineringsförbudet i 2 kap 13 § DiskL särbehandling på grund av kön eller ålder inom hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet. Det är vid tillämpning av bestämmelser i lag som föreskriver viss ålder eller om särbehandlingen har ett berättigat syfte och de medel som används är lämpliga och nödvändiga för att uppnå syftet (2 kap. 13 a–b §§ DiskL).

Nationella minoriteter och minoritetsspråk

Lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk (2009:724) innehåller bland annat bestämmelser om nationella minoriteter och minoritetsspråk. De nationella minoriteterna är judar, romer, samer, sverigefinnar och tornedalingar. Samhället ska främja de nationella minoriteternas möjligheter att behålla och utveckla sin kultur i Sverige. Barns utveckling av en kulturell identitet och användning av det egna minoritetsspråket ska främjas särskilt (1, 2 och 4 §§ lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk).

Enligt 7 § språklagen (2009:600) är de nationella minoritetsspråken finska, jiddisch, meänkieli, romani chib och samiska och enligt 8 § språklagen har det allmänna ett särskilt ansvar för att skydda och främja de nationella minoritetsspråken.

Tolk i hälso- och sjukvården

En patient har rätt till tolk i flera situationer. Personer som är döva från barndomen, dövblinda, vuxendöva och hörselskadade ska alltid bli erbjudna tolk vid sjukvårdskontakter, förutsatt att de bor och vistas stadigvarande inom landstinget (3 b § HSL).

Personer som har annat hemspråk än svenska kan också ha rätt till tolk. Det kan behövas för att patienten ska få individuellt anpassad information. Hälso- och sjukvården är skyldig att anpassa informationen bland annat efter individens språkliga bakgrund. Vården och behandlingen ska även, så långt det är möjligt, utformas och genomföras i samråd med patienten (3 kap. 6 § och 5 kap. 1 § patientlagen).

Särskilda hänsyn kan också behövas för Sveriges fem nationella minoriteter: judar, romer, samer, sverigefinnar och tornedalingar, och deras språk.

I 8 § förvaltningslagen (1986:223) finns en bestämmelse som säger att en myndighet som har att göra med någon som inte behärskar svenska eller som är allvarigt hörsel- eller talskadad, vid behov bör anlita tolk. Bestämmelsen gäller enligt 1 § förvaltningslagen, förvaltningsmyndigheternas handläggning av ärenden, och kan bli aktuell inom hälso- och sjukvården, till exempel när det handlar om psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård.

Asylsökandes och papperslösas rätt till vård i Sverige

Att söka asyl är en mänsklig rättighet och att få vård under sin tid som asylsökande eller papperslös har nu lagfästs i Sverige.

I huvudsak gäller att ett landsting ska erbjuda asylsökande m.fl. som vistas inom landstinget och som har fyllt 18 år vård som inte kan anstå, mödrahälsovård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning.

För asylsökande m.fl. som vistas inom landstinget och som inte har fyllt 18 år ska landstinget erbjuda vård i samma omfattning som erbjuds den som är bosatt inom landstinget. Detta följer av 3–6 §§ lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

Landstingen är också skyldiga att erbjuda personer som vistas inom landstinget, som fyllt 18 år och som vistas i Sverige utan stöd av

myndighetsbeslut eller författning, s.k. papperslösa, samma hälso- och sjukvård som vuxna asylsökande har rätt till. Papperslösa som inte har fyllt 18 år har rätt till samma vård som den som är bosatt inom landstinget. Detta följer av 4–7 §§ lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Begreppen asylsökande och papperslös

Skillnaden mellan asylsökande och papperslös är, något förenklat, att den *asylsökande* har sökt uppehållstillstånd och väntar på att hans eller hennes ansökan ska behandlas av Migrationsdomstolen, medan en *papperslös* person befinner sig i landet utan stöd av myndighetsbeslut eller författning. Det innebär att personen kan ha fått avslag på sin asylansökan eller inte medverkat vid återvändandet och istället gömmer sig.

Vilka personer som mer precist omfattas av de olika bestämmelserna framgår av 4 § lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. och 5 § lagen om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Skälen till att någon är papperslös kan vara en stark rädsla för att inte få stanna i Sverige, att bli tillbakasänd till det första landet i EU som han eller hon kom till på sin flykt från sitt ursprungsland.

Lagen om patientnämndsverksamhet m.m.

I varje landsting och kommun ska det enligt 1 § lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. finnas en eller flera nämnder med uppgift att stödja och hjälpa patienter inom

1. den hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen som bedrivs av landsting eller enligt avtal med landsting,
2. den hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen som bedrivs av kommuner eller enligt avtal med kommuner och den allmänna omvårdnad enligt socialtjänstlagen (2001:453) som ges i samband med sådan hälso- och sjukvård, samt
3. den tandvård enligt tandvårdslagen som bedrivs eller helt eller delvis finansieras av landsting.

Patientnämnderna ska enligt 2 § lagen om patientnämndsverksamhet m.m. informera allmänheten, hälso- och sjukvårdspersonalen och andra berörda om sin verksamhet. Nämnderna ska utifrån synpunkter och klagomål stödja och hjälpa enskilda patienter och bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet i hälso- och sjukvården genom att

1. tillhandahålla eller hjälpa patienter att få den information patienterna behöver för att kunna ta tillvara sina intressen i hälso- och sjukvården
2. främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal,
3. hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet, samt
4. rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter.

Klagomål från enskilda

Den som vill klaga på hälso- och sjukvården eller dess personal kan göra en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, som ska göra den utredning som behövs för att kunna pröva klagomålet och får utreda och pröva även omständigheter som inte har åberopats i anmälan. Om det är uppenbart att klagomålet är obefogat, eller saknar direkt betydelse för patientsäkerheten och det saknas skäl att överväga åtalsanmälan får IVO dock avstå från att utreda klagomålet. Detta framgår av 7 kap. 10–12 §§ patientsäkerhetslagen. I utredningen av ett klagomål fokuserar IVO inte enbart på hälso- och sjukvårdspersonalens agerande. Tyngdpunkten ligger framför allt på att bedöma händelsen och utreda om något blev fel och i sådana fall varför. IVO bedömer också vad som är viktigt att åtgärda för att inte samma händelse ska ske igen [42].



Att mötas i hälso- och sjukvård

Exempel på diskriminering – rättsfall

Avsnittets innehåll

- Dom gällande psykiatrisk mottagning i Stockholm
- Dom gällande Uppsala kommun
- Dom gällande Stockholms läns landsting
- Förlikning med Landstinget i Kalmar län
- Förlikning med Landstinget i Värmland
- Förlikning med Västra Götalandsregionen



Fem rättsfall som rör diskriminering

Här följer några exempel på fällande domar eller ingångna förlikningar i fall av diskriminering inom hälso- och sjukvården utifrån olika diskrimineringsgrunder.

Dom gällande psykiatrisk mottagning i Stockholm

Stockholms tingsrätt slår i en dom fast att en läkare diskriminerat två patienter genom att göra en bedömning som är grundad på generaliserande antaganden utifrån etnisk tillhörighet. Läkaren arbetade vid den aktuella tiden som psykiatriker på en mottagning i Stockholm. Han har i båda fallen tagit emot patienterna efter remiss från Försäkringskassan. Syftet var att få en psykiatrisk medbedömning i långvariga sjukskrivningsärenden. Efter två besök utfärdade läkaren ett psykiatriskt utlåtande som, enligt tingsrätten, är grundat på generaliserande uppfattningar utifrån etnisk tillhörighet. Läkaren skrev bland annat i utlåtandena att hos ”invandrargrupper från Medelhavet” (”särskilt greker och turkar”), där en make/maka har sjukpension, ökar sannolikheten att även den andra parten ”insjuknar”. Om kvinnan skrev han att hon var omotiverad för rehabilitering och att ”det enda som gäller är enkelbiljett till Grekland”.

Tingsrätten skriver i domen att läkaren inte gjort en saklig individuell bedömning av patienternas besvär. Utlåtandet bidrog till att kvinnan och mannen nekades sjukpenning. Läkaren hade därför utsatt kvinnan och mannen för etnisk diskriminering och dömdes att betala 60 000 kronor i skadestånd till var och en av dem.
(Stockholms tingsrätt, mål nr T 16183-06 och T 25395-06.)

Dom gällande Uppsala kommun

Uppsala tingsrätt beslutade i en dom att en tioårig flicka och hennes föräldrar blivit utsatta för etnisk diskriminering.

När en 10-årig flicka och hennes pappa var på ett rutinbesök på BVC berättade pappan för distriktssköterskan att flickan skulle resa utomlands med sin moster under sommaren för att besöka några släktingar. Distriktssköterskan misstänkte då att flickan skulle könsstympas under resan och gjorde en anmälan till socialnämnden i Uppsala.

Socialnämnden gjorde en utredning som bland annat bestod av ett möte med föräldrarna. Efter en tids handläggning gjordes en polisanmälan om misstänkt könsstympning. Följden av socialtjänstens polisanmälan blev att flickan utan förvarning hämtades av polis i skolan och fördes till sjukhus där hon mot sin vilja tvingades genomgå en

gynekologisk undersökning. Den visade att flickan inte blivit könsstympad och polisen lade därför ner sin förundersökning.

Tingsrättens bedömde att enbart familjens etniska tillhörighet har genomsyrat kommunens hela handläggning av ärendet. Socialnämnden inhämtade inte något underlag för en förhandsbedömning, utan inledde direkt en utredning. Eftersom socialtjänsten inte haft andra skäl för misstanken om könsstympning än föräldrarnas etniska tillhörighet har kommunen utsatt familjen för diskriminering som har samband med etnisk tillhörighet. Tingsrätten anser att kommunen inte skulle ha polisanmält föräldrar med svensk etnisk tillhörighet på ett lika bristfälligt underlag.

Tingsrätten dömde kommunen att betala sammanlagt 60 000 kronor i skadestånd till familjen. Domen har vunnit laga kraft efter att både hovrätten och Högsta domstolen beslutat att inte pröva frågan på nytt. (Uppsala tingsrätt mål nr T4350-07)

Dom gällande Stockholms läns landsting

Diskrimineringsombudsmannen har överklagat en hovrättsdom till Högsta domstolen. De tidigare domarna i tingsrätt och hovrätt har givit DO rätt i sak, men DO anser att den utdömda diskrimineringsersättningen är för låg.

Bakgrund: En homosexuell kvinna nekades att boka tid på sin vårdcentral för provtagning och undersökning inför en kommande fertilitetsbehandling. Vårdcentralen sade att man inte tog emot homosexuella kvinnor för den typen av undersökning eftersom den är mer komplicerad för homosexuella kvinnor än för heterosexuella kvinnor. Vårdcentralen ville i stället hänvisa kvinnan till en mottagning specialiserad på att bemöta hbt-personer, det vill säga homosexuella, bisexuella och transpersoner.

Landstinget menade att en homosexuell kvinna inte befinner sig i en jämförbar situation med en heterosexuell kvinna. Anledningen är att en homosexuell kvinna bara kan få donatorinsemination medan det finns flera olika behandlingsalternativ för en heterosexuell kvinna. Dessutom ska den klinik som har ansvaret att genomföra inseminationen göra en lämplighetsprövning av paret. Landstinget menade att vårdcentralen inte hade denna kunskap.

Tingsrätten ansåg att det var ostridigt att kvinnan inte hade fått boka tid på vårdcentralen. Tingsrätten ansåg också att kvinnan var i jämförbar situation med heterosexuella kvinnor eftersom den medicinska utredningen är densamma oberoende av sexuell läggning. Tingsrätten anmärkte på landstingets påpekande att vårdcentralen inte hade kunskap om de sociala och rättsliga aspekterna vid donatorinsemination.

Tingsrätten ansåg att vårdcentralen skulle ha tagit reda på relevanta lagändringar om tillgången till vård.

Stockholms tingsrätt ansåg att kvinnan hade utsatts för direkt diskriminering och dömde landstinget att betala 15 000 kronor i diskrimineringsersättning. Svea hovrätt beslutade efter ett överklagande att höja diskrimineringsersättningen till 30 000 kronor. DO har fått prövningstillstånd hos Högsta domstolen när det gäller ersättningens storlek. DO anser att det belopp som hovrätten dömt ut inte har den avskräckande effekt som var tanken med den nya lagen, eftersom det handlar om ett landsting med en budget på drygt 76 miljarder kronor. Det är dessutom särskilt angeläget att diskriminering inte förekommer inom offentlig sektor.

(Stockholms tingsrätt, mål nr T 7473-10; Svea hovrätt, mål nr T 9222-11)

Förlikning med Landstinget i Kalmar län

Ärendet gäller en kvinna som lider av både fibromyalgi och elöverkänslighet. Hon hade bokat tid på vårdcentralen för en undersökning eftersom hon känt av stickningar och myrkrypningar i armen.

Kvinnan kände sig kränkt av att läkaren sade att allt kvinnan led av var psykiskt och kallade henne supraneurotisk i journalanteckningarna. Läkaren undersökte inte kvinnan och hon kände sig tvungen att resa sig och lämna undersökningsrummet på grund av läkarens beteende. DO tog ställning för att kvinnan hade utsatts i första hand för direkt diskriminering som har samband med funktionsnedsättning och i andra hand för trakasserier på grund av det respektlösa bemötandet.

Kvinnan klagade även till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN. Nämnden konstaterade att läkaren saknade stöd för sin bedömning eftersom han varken hade gjort en somatisk eller psykisk statusbedömning. Han hade därför inte handlat enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Landstinget erkände att kvinnan hade blivit både kränkt och nekats vård och ersatte henne med 60 000 kronor.

(DO: ANM 2009/1877)

Förlikning med Landstinget i Värmland

Ärendet gäller en kurdisk kvinna som tillsammans med en tolk besökte en ortopedmottagning på grund av problem med knä och lår. Läkaren frågade genast hur det var möjligt att kvinnan fortfarande inte kunde prata svenska efter 15 år i Sverige. Läkaren sade också att det skulle vara konstigt om han hade bott i patientens hemland och inte lärt sig det språk som talas där.

DO ansåg att kvinnan hade utsatts för både direkt diskriminering och trakasserier på grund av det dåliga och respektlösa bemötandet då läkaren kränkt kvinnans värdighet. Kvinnan fick 30 000 kronor i förlikning.

(DO: ANM 2009/337)

Förlikning med Västra Götalandsregionen

Ärendet gäller en muslimsk kvinna som bar huvudduk. Kvinnan mådde psykiskt dåligt och sökte sig till vårdcentralen för att få hjälp. Läkaren ville inte hjälpa kvinnan eftersom hon redan var inskriven på en psykiatrisk mottagning i närheten. Läkaren tyckte att kvinnan skulle vända sig dit i stället.

Kvinnan visste att det var långa väntetider till den psykiatriska mottagningen och ville inte vänta eftersom hon mådde akut dåligt. Det uppstod en ordväxling som slutade med att läkaren sade till patienten att hon inte behöver bo i det här landet om hon inte trivs här.

DO ansåg att kvinnan hade utsatts för trakasserier. Kvinnan fick 25 000 kronor i förlikning.

(DO: ANM 2009/720)

Läs mer om rättsfall inom hälso- och sjukvård eller socialtjänst på www.do.se, eller i rapporten *Rätten till sjukvård på lika villkor, Diskrimineringsombudsmannen 2012*.

Läs mer!

Webbtips

Webb-tips kan snabbt åldras när saker utvecklas på ”nätet”. Vi ger ändå några tips här och rekommenderar er att själva söka på internet efter lästips mm. Ofta finns rapporter, avhandlingar och utbildningsmaterial att ladda ner gratis.

På Socialstyrelsens webbplats finns alla föreskrifter, allmänna råd och nationella riktlinjer. Även produkter till stöd för praktiskt arbete finns här. Allt går att antingen ladda ner eller beställa. www.socialstyrelsen.se

På Kunskapsguiden finns information och e-utbildningar. Det som publiceras på Kunskapsguiden är kvalitetsgranskat av Socialstyrelsen. www.kunskapsguiden.se

På Diskrimineringsombudsmannens webbplats finns information om diskriminering och material från DO att ladda ner eller beställa. www.do.se

På webbplatsen hos Myndigheten för delaktighet finns information om vad som görs för att personer med funktionsnedsättningar ska ha samma möjligheter som andra. Här finns också projektet Hjärnkoll om psykisk ohälsa och Riv hindren om hur man kan skapa tillgänglighet. www.mfd.se

På www.minoritet.se, www.samer.se finns bland annat kunskapsöversikten ”Samernas hälsosituation i Sverige”, utgiven av Sametinget och Södra Lapplandsforskningsenhet (numera nedlagd).

Riksförbundet för sexuellt likaberättigande informerar om lhbtq-personers livsvillkor. www.rfsl.se

Vårdhandboken innehåller information för hälso- och sjukvårdspersonal. www.vardhandboken.se

1177 Vårdguiden ger information om hälsa och sjukdomar och om hur man kommer i kontakt med vården. www.1177.se

På regeringens webbplats finns bland annat information om vad som pågår i hälso- och sjukvårdsfrågor och om pågående och avslutade utredningsarbeten. www.regeringen.se

Sveriges Kommuner och Landsting har mycket information om vad som pågår i landet. Här finns information om olika utvecklingsprojekt och även utbildningsmaterial att ladda ner eller beställa. www.skf.se

Lästips

Bernhardsson K. Litterära besvär: skildringar av sjukdom i samtida svensk prosa. Ellerströms förlag 2010.

Blennberger E. Etik och ledarskap. Etisk kod för chefer. Liber AB 2007.

Blennberger E, Johansson B. Värdigt liv och välbefinnande. Äldreomsorgens värdegrund och brukarinflytande i tolkning och praktik. Fortbildning AB/tidningen Äldreomsorg 2010.

Denhov A. Hjälpande personal: brukarperspektiv. FoU-enheten Psykiatri Södra Stockholm (utgivare) 2012.

Diskrimineringsombudsmannen. Rätten till sjukvård på lika villkor – rapport 2012.

Diskrimineringsombudsmannen. Upplevelser av diskriminering – rapport 2010.

Ekstam K. Praktisk konfliktlösning. Liber 2004.

Fernler K, Krohnwinkel Karlsson A, Holmgren PG. Ledande frågor. 13 röster från praktiken möter organisationsforskare om villkoren för ledning och styrning av vård. Leading Health Care 2013.

Folkhälsomyndigheten, f.d. Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen. Svenska lärdomar av Marmot-kommissionens rapport Closing the Gap 2010.

Grunewald K. Från idiot till medborgare: de utvecklingsstördas historia. Gothia 2012.

Hansson M (red.). Leda känslomässigt krävande arbete. För dig som är chef inom socialt arbete och omsorg. Gothia förlag 2011.

Harnett T, Jönsson H, Wästerfors D. Makt och vanmakt på äldreboenden. Studentlitteratur 2012.

Hertting A, Kristensson M (red.). Hälsöfrämjande möten, från barnhälsovård till palliativ vård. Studentlitteratur 2012.

Holm U. Det räcker inte att vara snäll: om empati och professionellt förhållningssätt inom människovårdande yrken. Natur och Kultur 2009.

HON HEN HAN, En analys av hälsosituationen för homosexuella och bisexuella ungdomar samt för unga transpersoner. Ungdomsstyrelsens skrifter 2010:2 (http://www.mucf.se/sites/default/files/publikationer_uploads/hon-hen-han.pdf)

Larsson I, Rahle Hasselbalch L, Palm L. Patientkommunikation i praktiken – information, dialog, delaktighet. Norstedts akademiska förlag 2008.

- Lilja Andersson P, med bidrag av Hommel A. Vården inifrån. När sjuk-sköterskan blir patient. Natur och Kultur 2012.
- Mothadi L. Den dag jag blir fri: en bok om Katarina Taikon. Natur och Kultur 2012.
- Myndigheten för delaktighet f.d. Handisam. Riv hindren 2012.
- Regeringskansliet. Den mörka och okända historien. Vitbok om övergrepp och kränkningar av romer. Fritzes Offentliga Publikationer 2014.
- Regeringens proposition *Ett starkare skydd mot diskriminering*, prop.2007/08:95, <http://www.regeringen.se/sb/d/9756/a/100634>.
- Seeberger A. Den skamlösa nyfikenheten. Svante Weyler Bokförlag 2010.
- Socialstyrelsen. Att ge ordet och lämna plats. Vägledning om brukarmedverkan och inflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård 2013.
- Socialstyrelsen. Barn som tänker annorlunda 2010.
- Socialstyrelsen. Barn som utmanar 2010.
- Socialstyrelsen. Blyga och ängsliga barn 2010.
- Socialstyrelsen. Ledsna barn 2010.
- Socialstyrelsen. Barn som utsätts för fysiska övergrepp 2010.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- Socialstyrelsen. Om implementering 2012.
- Socialstyrelsen. Om evidensbaserad praktik 2012.
- Socialstyrelsen. Att leda en evidensbaserad praktik – en guide för chefer i socialtjänsten 2012.
- Socialstyrelsen. Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- Socialstyrelsen. Min guide till en säker vård 2011 (finns på ett antal språk och lättläst svenska och kan laddas ner från socialstyrelsen.se).
- Socialstyrelsen. Den jämlika vårdens väntrum 2011.
- Socialstyrelsen. Kort om ADHD hos vuxna. 2014.
- Socialstyrelsen. Kort om ADHD hos barn och ungdomar. 2014.
- Socialstyrelsen. Ojämna villkor för hälsa och vård. Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen 2011.
- Socialstyrelsen. Äldreomsorgens nationella värdegrund – ett vägledningsmaterial 2012.

Stolt C-M. Medicinen och det mänskliga. Vårdkonst och vardagsetik. Humanism och humaniora. Natur och Kultur 2010.

Strömberg H, Eriksson H. (red.). Genusperspektiv på vård och omvårdnad. Studentlitteratur 2010.

Svenaesus F. Autonomi och empati: två missbrukade och missförstådda ideal. Ur Alsterdal L (red.) Omtankar. Praktisk kunskap i äldreomsorg. Södertörn studies in practical knowledge 5. Södertörns högskola 2011.

Sveriges Kommuner och Landsting. Vård på lika villkor – ett lärandeprojekt. Arbetsätt för en mer jämlik första linjens vård. 2014.

Söderbäck M (red.). Barns och ungas rätt i vården. Stiftelsen Allmänna Barnhuset 2010.

Söderman L och Antonson S (red.). Nya omsorgsboken. Liber 2011.

Socialstyrelsen. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig 2012.

Vem får man vara i vårt samhälle? Om transpersoners psykosociala situation och psykiska hälsa http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12169/R200825_Vem_far_man_vara0810.pdf

Vårdanalys. Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård. En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring. Rapport 2012:5.

Vårdanalys. Vad påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården? Rapport 2012:1.

Wermeling E. Brukarmedverkan. Ett nytt sätt att arbeta. SKL Kommentus Media AB och Sveriges Kommuner och Landsting 2011.

Westerståhl A, Stål J. Mänskliga rättigheter i Västra Götaland. ”Jag ska inte behöva outa mig själv varje gång jag har ett samtal”. Rapport om bemötande av lhbtq-personer i Västra Götalands län. Rättighetskommitténs kansli 2012.

Westin N, Wallengren S, Dimiter-Taikon K, Westin C. Antiziganism I statlig tjänst. Socialstyrelsens behandling av romer och resande under 1900-talet.

Sveriges Kommuner och Landsting. (O)jämfällighet i hälsa och vård – en genusmedicinsk kunskapsöversikt 2007.

Sveriges Kommuner och Landsting. Råd för bättre kommunikation mellan patient och vårdpersonal 2011.

Utbildningsmaterial

Med starkare röst del 1 och 2. Studiematerial. NSPH Nationell samverkan för Psykisk Hälsa 2009.

RFSL Ungdom. BRYT! Ett metodmaterial om normer i allmänhet och heteronormen i synnerhet. Forum för levande historia och RFSL 2006.

Socialstyrelsen. Sällan sedda. Utbildningsmaterial om våld mot kvinnor med funktionsnedsättning. Stockholm 2011.

Socialstyrelsen. Äldreomsorgens nationella värdegrund – ett vägledningsmaterial. Studiematerial till stöd för verksamheter som väljer att arbeta i enlighet med den nationella värdegrunden. 2012, Materialet finns tillgängligt som e-lärandemodul på www.socialstyrelsen.se/kunskapsguiden.

Referenser

1. Gerge A. Att minska ångest och främja konstruktivt arbete i organisationer. I: Hansson M (red.). Att leda känslomässigt krävande arbete. Gothia Förlag AB; 2011, s. 60–61.
2. Diskrimineringsombudsmannen. Rätten till sjukvård på lika villkor – rapport 2012.
3. Lofors E. Bra bemötande viktigt för att få rätt diagnos. Dagens Nyheter 2013-02-21; Insidan. <http://www.dn.se/insidan/bra-bemotande-viktigt-for-att-fa-ratt-diagnos/>
4. Denhov A. Hjälpanne personal: brukarperspektiv. FoU-enheten Psykiatri Södra Stockholm (utgivare) 2012.
5. Callersten Brunell M. *Tankar från en patient*. 2012. Otryckt källa.
6. Harnett T. The Trivial Matters. Everyday power in Swedish elder care. Doktorsavhandling. Jönköping, Jönköping University; 2010.
7. Socialstyrelsen 2010. Interkulturellt socialt arbete.
8. Coulter A, Docteur E. Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård. En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring. Svensk översättning av rapporten ”Patient-centeredness in Sweden’s health system – an external assessment and six steps for progress”. Vårdanalys; 2012.
9. Nationalencyklopedin salutogen www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lang/salutogen Hämtad 2014-11-11.
10. Hedberg C, Larsen JH. Konsultationsprocessen. Hämtad 2013-07-09 från www.kalymnos-kurser.dk/rev-kalymnoshaefte-hoest-2012-jhl-ch-28juli.pdf
11. Larsson I, Rahle Hasselbalch L, Palm L. Patientkommunikation i praktiken – information, dialog, delaktighet. Norstedts akademiska förlag; 2008.
12. Kjerstis B, Larsson R, Lindberg M, Sjöberg M, Söderbäck M. Barnkompetens. Söderbäck M (red.). Barn och ungas rätt i vården. Stiftelsen Allmänna Barnhuset; 2010:3.
13. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2012.
14. Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede – vägledning, rekommendationer och indikatorer – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2013.
15. Miller WR, Rollnick S. Motiverande samtal. Att hjälpa människor till förändring. Andra utgåvan. Norrköping: Kriminalvårdens förlag; 2003.

16. Socialstyrelsen. Den jämlika vårdens väntrum 2011.
17. Socialstyrelsen. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig 2012.
18. Diskrimineringsombudsmannen. Upplevelser av diskriminering – rapport 2010.
19. Socialstyrelsen. Sällan sedda. Utbildningsmaterial om våld mot kvinnor med funktionsnedsättning. Stockholm 2011.
20. Stockholms läns landsting. Autismforum. Thunberg G. AKK – Alternativ och Kompletterande Kommunikation för personer med autism. Hämtad 2014-11-07 från http://www.autismforum.se/gn/export/download/af_pdf_vad_kan_man_gora/AKK_kunskapsversikt_thunberg.pdf
21. Centrum för Lättläst, www.lattlast.se
22. Stockholms läns landsting. Habilitering och hälsa. Hämtad 2013-06-28. från <http://habilitering.nu/center-kommunikativt-och-kognitivt-stod/kunskap-och-material/kommunikation>
23. Shared Decision Making – en introduktion till delat beslutsfattande inom psykiatrisk vård. Socialstyrelsen; 2012.
24. Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni-liknande tillstånd 2011 – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2012.
25. Sveriges Kommuner och Landsting. Råd för bättre kommunikation mellan patient och vårdpersonal 2011.
26. Nationalencyklopedin diskriminering www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lang/diskriminering hämtad 2014-11-11.
27. Ojämna villkor för hälsa och vård. Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2011.
28. Westin N, Wallengren S, Dimiter-Taikon K, Westin C. Antiziganism I statlig tjänst. Socialstyrelsens behandling av romer och resande under 1900-talet.
29. SOU 2000:20. Steriliseringsfrågan i Sverige 1935 – 1975. Historisk belysning – Kartläggning – Intervjuer.
30. <http://www.rfsl.se/?p=2840>. Hämtad 2014-11-11.
31. Bommenel E. Sockerförsöket: kariesexperimenten 1943-1960 på Vipeholms sjukhus för sinnesslöa. Linköpings Universitet 2006.
32. Regeringens proposition 2013/14:19. Bristande tillgänglighet som en form av diskriminering http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Forslag/Propositioner-och-skrivelser/Bristande-tillganglighet-som-e_H103198/?html=true Hämtad 2014-11-11.

33. Socialstyrelsen. Den jämlika vårdens väntrum 2011.
34. Smirthwaite G. (O)jämslällldhet i hälsa och vård – en genus- medicinsk kunskapsöversikt. Sveriges Kommuner och Landsting; 2007.
35. Westerståhl A, Stål J. Mänskliga rättigheter i Västra Götaland. ”Jag ska inte behöva outa mig själv varje gång jag har ett samtal”. Rapport om bemötande av lhbtq-personer i Västra Götalands län. Västra Götalandsregionen, rättighetskommitténs kansli.
36. Är du kille eller tjej? En intervjustudie om unga transpersoners livsvillkor, RFSL Ungdom <http://www.rfslungdom.se/material/ar-du-kille-eller-tjej> Hämtad 2014–11–11.
37. GÖR – Samlade metoder för jämställdhetsintegrering från ESF Jämt 2012. <http://www.jamstall.nu/wp-content/uploads/2014/02/GOR-samlade-metoder-for-jamstallldhetsintegrering.pdf>. Hämtad 2014–11–11.
38. RFSL begreppslista. <http://www.rfsl.se/?p=410> Hämtad 2014–11–11.
39. Bernhardsson K. Litterära besvär: skildringar av sjukdom i samtida svensk prosa. Ellerströms förlag; 2010.
40. Unicef. Kvinnlig könsstympning. <http://unicef.se/fakta/kvinnlig-konsstympning> Hämtad 2013–06–30.
41. Ledarna. https://www.ledarna.se/globalassets/checklistor/smarta_mal_checklista.pdf Hämtad 2014–09–12.
42. <http://www.ivo.se/for-privatpersoner/klaga-pa-varden/Sidor/vad-hander-med-min-anmalan.aspx>, <http://www.ivo.se/publiceratmaterial/ovrigt/Documents/Klaga-pa-varden-webbtext.pdf>



Detta är ett utbildningsmaterial som riktar sig både till dem som arbetar nära patienter och till dem som på andra sätt påverkar hur vården utformas och ges. Syftet är att motivera till reflektion om bemötande och jämlika villkor i vården.

Materialet är avsett att vara till stöd för hälso- och sjukvårdspersonal i det systematiska arbetet med att skapa en tillgänglig och icke-diskriminerande verksamhet, där patienternas behov uppmärksammas och tillgodoses med respekt och kunskap.

**Att mötas i hälso- och sjukvård
– ett utbildningsmaterial för reflektion
om bemötande och jämlika villkor**

(artnr 2015-1-5) kan beställas från
Socialstyrelsens publikationsservice.
www.socialstyrelsen.se/publikationer
E-post: publikationsservice@socialstyrelsen.se
Fax: 035-19 75 29

Publikationen kan även laddas ner från
www.socialstyrelsen.se