

# Främja Hälsa

nr 1 2015

En tidning från nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård

## TEMA: Jämlik vård



### Vårdmötet viktigt för jämlik vård

► SIDAN 4-5



Sylvia leder kunskapscentrum för jämlik vård

► SIDAN 8



Hbtq-certifiering ställer nya frågor

► SIDAN 15

# Kära vänner!

Detta nummer har som tema Jämlik vård, ett ämne som de senaste åren blivit allt mer aktuellt. Medvetenheten om att det finns skillnader i vården ökar men det är fortfarande inte självklart vad skillnaderna beror på eller hur de bäst ska motverkas. Och, detta är fortfarande ett ganska nytt ämne för många.

Hälso- och sjukvårdslagens målparagraf beskriver att vård ska ges på lika villkor. Ska denna lag verkligen behövas i vårt land? Verkligheten är att alla inte får vård på lika villkor - inte utifrån sina villkor.

Kunskapen om geografiska skillnader har blivit tydlig genom arbete med öppna jämförelser av vårdens kvalitet. Dessa beskrivs numera regelbundet i rapporter från nationella kvalitetsregister. När detta var nytt fanns det ofta omfattande diskussioner kring om dessa skillnader verkligen var sanna, nog kunde det mesta förklaras av skillnader i patientsammansättningar. Efter kontroll för olika former av statistiska fällor kvarstod ofta stora, omotiverade, skillnader som sedan har inspirerat till ett omfattande förbättringsarbete!

Myndigheten för Vårdanalys, som medverkar i detta temanummer, beskriver en viktig distinktion mellan geografiska skillnader i vården, som ofta har organisatoriska orsaker, och skillnader mellan befolkningsgrupper, som beror på vad som händer i själva vårdmötet. Påverkar detta vår möjlighet att minska skillnaderna? Kan det vara lättare att ändra organisationsformer och strukturer än att påverka vad som sker i de enskilda vårdmötena?

Jag tror inte att någon vårdgivare medvetet behandlar patienter olika. Däremot visar forskning och erfarenheter att patienter, ofta och konsekvent, behandlas olika. Och det gäller för en rad "omotiverade" skillnader. Det finns till exempel inte någon medicinsk förklaring till att lågutbildade mer sällan får den bästa medicinen.

Ett återkommande budskap i detta temanummer är att inte lägga skulden på, eller försöka ändra, patienterna utan vända blicken mot vår egen verksamhet, fundera på hur vi själva agerar och ändra på arbetssätt och rutiner så att de anpassas mer till patienternas behov.

Temanumret visar också att det är möjligt att hitta nya metoder och arbetssätt för att nå dem som inte nås av vården i dag, men också för att kommunicera så att alla förstår och för att ge bättre bemötande. Men det kräver att man avsätter tid för kunskapsinhämtning och reflektion och genom detta skapar samsyn kring begreppen jämlikhet och jämlik vård. Det krävs att man skapar delaktighet och förankrar i både ledning/styrning och i verksamheten, mäter, dokumenterar arbetet och följer upp.

Vi måste framför allt lära av patienternas erfarenheter - och arbeta normkritiskt!



*"Ett återkommande budskap i detta temanummer är att inte lägga skulden på, eller försöka ändra, patienterna utan vända blicken mot vår egen verksamhet, fundera på hur vi själva agerar och ändra på arbetssätt och rutiner så att de anpassas mer till patienternas behov."*

Som Sandra Dahlén så klokt säger i artikeln om normkritiskt förhållningssätt, måste vi fråga oss på vems villkor vi arbetar, fundera över vad det är vi säger och egentligen förmedlar, medvetet eller omedvetet. Vad råkar vi förmedla och vad råkar vi missa? Om du möter en krånglig patient som du tycker ställer orimliga krav – är det då den patienten som är problemet eller är det kanske du och din verksamhet?

Lyssna också på Hanna Wallin; det viktiga är att inte var man börjar utan att man börjar!

Jag hoppas att det här numret av Främja Hälsa ska ge er många nya tankar och insikter, men också inspiration och idéer om hur man kan arbeta för att utveckla sin egen verksamhet för att nå en mer jämlik vård.

Välkommen till ett aktuellt och viktigt temanummer!

Margareta Kristenson  
Nationell koordinatör  
i HFS-nätverket

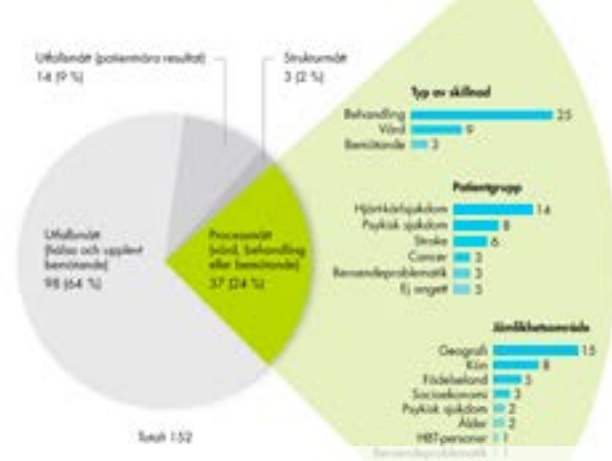


FOTO: SOFIE DRAKE

**Ansvarig utgivare:** Margareta Kristenson  
**Framsidan:** Foto stora bilden: Shutterstock, Genushanden: Skurup vårdcentral, Region Skåne.  
**Publikationsbeteckning:** ISSN 1402 - 4187

**Redaktör Främja hälsa**  
Anchi Alm  
E-post: [anchi@granitpr.se](mailto:anchi@granitpr.se)  
Telefon: 0760-15 90 10  
Läs tidningen även som pdf på webbplatsen:  
[www.hfsnatverket.se](http://www.hfsnatverket.se)

**Kontakt nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård**  
Lovisa Karlsson  
E-post: [lovisa.karlsson@regionostergotland.se](mailto:lovisa.karlsson@regionostergotland.se)  
Telefon: 010 – 103 72 68



## 4 Så ser skillnaderna i vården ut



**9** Angereds sjukhus satsar på tillgänglighet



**10** Nya perspektiv i lärandeprojekt



**12** "Våga ifrågasätta dig och din verksamhet"

FOTO: ULRIKA ZWENGER

## Innehåll nr 1, 2015

Tema: Jämlig vård

- 4 Vårdmötet viktigt för en jämlig vård
- 7 Utsatta EU-medborgare nekas vård
- 9 Angered – bäst i klassen
- 10 Vård på lika villkor vände perspektiven
- 12 Normkritik – att sätta sökljuset på sig själv
- 14 "Även jämställdhetsperspektivet behövs"

Redaktören har ordet!

## Vår sanning är inte allas sanning

Min pappa var en klok man som gav mig många insikter jag ofta återvänder till. En sak han brukade säga var att det är lätt att göra sin egen sanning till allas. Han var kommunpolitiker och önskade nog att fler förmådde lyfta blicken bortom sin egen stubbåker ibland.

Och även om han inte hade stött på begreppet normkritik, tror jag att han också syftade på just det som det här numret av Främja Hälsa handlar om. Att om vi gör vår egen sanning till allas, så ser vi inte varje individ utifrån hans behov utan utifrån hur vi tror att världen ser ut. Och då blir det inte rättvist.

Att vården ska vara jämlig är så självklart att många nog inte ens reflekterar över att den inte är det. När en syriansk, lågutbildad kvinna får sämre vård och behandling än en svensk, högutbildad man är det förstås inte något som sker medvetet i vården. Sandra Dahlén uttrycker det väl när hon i intervjun på sidan 12–13 säger att ingen i vården skulle säga att "vi är bara till för de rika".

Ändå finns skillnaderna där. Det beror på att vi bara är människor. Allihop. Och på att det krävs medvetenhet för att förändra. Men hur gör man? I det här numret av Främja Hälsa kan du läsa om goda exempel och även få en del tips på var man kan börja sitt arbete för en jämlig vård. Hanna Wallin, som har drivit projektet Vård på lika villkor som vi skriver om på sidan 10–11 menar att det viktigaste är att man börjar, inte hur.

Att skriva texterna till det här numret av Främja Hälsa har fått mig att fundera en extra gång på hur jag agerar i förhållande till människor omkring mig. Vad tar jag för givet och vilka normer utgår jag från? Jag bidrar ju också till ojämlikheterna – inte bara i vården utan i hela samhället. Det tänker jag jobba vidare med för egen del. För min sanning är inte allas sanning.

Redaktör Anchi Alm



# Organisation och individ bakom skillnader i vården

*Omotiverade geografiska skillnader i vården har ofta organisatoriska orsaker, medan skillnader mellan befolkningsgrupper beror på vad som händer i själva vårdmötet. Det visar rapporten "En mer jämlik vård är möjlig" som Myndigheten för Vårdanalys presenterade i oktober förra året.*

Text: Anchi Alm

Att svensk hälso- och sjukvård inte är jämlik är i dag rätt välkänt. Med jämna mellanrum kommer det rapporter och statistik som visar att vården skiljer sig åt för olika människor, beroende på vilka de är och var de bor.

– Öppna jämförelser exempelvis visar ju att vården skiljer mellan landsting, säger Åsa Ljungvall, utredare på Myndigheten för Vårdanalys och ansvarig för rapporten "En mer jämlik vård är möjlig". Och det har också blivit vanligare att titta på hur det ser ut mellan olika befolkningsgrupper, det vill säga mellan män och kvinnor, socioekonomiska grupper, patienter med olika ursprung och så vidare.

## Olika typer av skillnader

Enligt Åsa Ljungvall förekommer skillnader i vården inom många olika dimensioner. Det vi vet mest om är de geografiska skillnaderna, men det finns också skillnader mellan olika befolkningsgrupper. En sådan skillnad är att män och kvinnor får

olika sjukvård, bland annat inom hjärt/kärl-området, men även inom andra områden. Socioekonomiska faktorer, som kan vara såväl inkomst som typ av arbete men som ofta mäts i utbildningsnivå, kan också påverka vilken vård man får.

**...för att kunna göra något åt skillnaderna måste vi veta vad de beror på"**

– Där kan vi se att personer med lägre utbildning får vård och behandling i mindre utsträckning än personer med högre utbildning. Vi ser också att personer födda utanför EU får sämre vård och att de får vissa behandlingar i mindre utsträckning. Dessutom förekommer det skillnader i vård mellan personer som har psykisk sjukdom och de som inte har det.

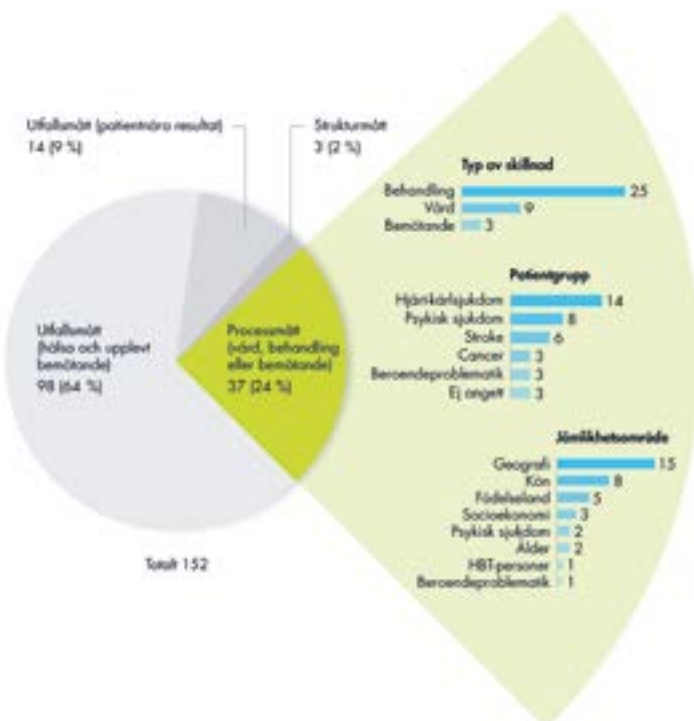
– Ofta korrelerar dessutom de olika faktorerna. Psykisk sjukdom eller var man är född kan exempelvis hänga samman med utbildningsnivå. Samtidigt är det naturligtvis viktigt att komma ihåg att alla med en viss utbildningsnivå, eller alla kvinnor, inte är på ett visst sätt. Även inom gruppen finns det stor variation. Detta skapar komplexa mönster som gör det svårt att avgöra vilken faktor som ligger bakom en skillnad och hur skillnaden ska åtgärdas. Men för att kunna göra något åt skillnaderna måste vi studera vad de beror på. Det är det vi har försökt göra i den här rapporten.

## Skillnader kan vara motiverade

Alla skillnader i vården innebär inte nödvändigtvis att vården är ojämlig, vissa skillnader kan vara motiverade utifrån exempelvis medicinska ställningstaganden. Myndigheten för Vårdanalys skapade därför en modell för att kunna avgöra om en skillnad var omotiverad och väsentlig, där de två tyngst vä-

### Mekanismer i vårdmötet som kan leda till omotiverade skillnader mellan befolkningsgrupper:

- Otillräcklig anpassning efter patienters skilda egenskaper och förutsättningar
- Beslut om enskilda patienter fattas utifrån information som gäller på gruppnivå (generaliseringar)
- Omedvetet beteende med grund i normer och värderingar



De 37 skillnaderna i Socialstyrelsens rapport som handlade om vård, behandling och bemötande fördelade sig enligt utsnittet i grafen. Den vanligaste typen av skillnad gällde behandling, den vanligaste patientgruppen var hjärt/kärlsjukdom och det vanligaste området var geografiska skillnader.

Källa: "En mer jämlik vård är möjlig".

gande kriterierna var om skillnaden kunde förklaras av rimliga medicinska avvägningar eller skillnader i behov.

– I Socialstyrelsens rapport ”Ojämna villkor för hälsa och vård” från 2011 tog vi ut de 37 skillnaderna som rörde vård, behandling och bemötande, berättar Åsa Ljungvall. Sedan gick vi igenom de skillnaderna utifrån våra kriterier.

– Rent konkret studerade vi litteratur på området och intervjuade läkare inom respektive verksamhet. På så vis försökte vi ta reda på om det fanns något som exempelvis pekade på att män och kvinnor inte ska behandlas med RAAS-hämmare, ett läkemedel som har god effekt vid hjärtsvikt, i samma utsträckning.

### Åtta studerades

Utifrån förstudien valdes åtta skillnader ut för den verkliga analysen om vad omotiverade skillnader kan tänkas bero på, åtta skillnader som alla bedömdes som både omotiverade och väsentliga. Två av dem var geografiska skillnader, sex av dem rörde skillnader mellan befolkningsgrupper (se faktaruta). Den slutliga analysen gjordes också genom litteraturstudier och intervjuer, där även patientföreträdare och forskare inom andra områden, som genuskunskap, fanns med.

– Det finns ju många omotiverade skillnader i vården, men vi har bara studerat de här åtta i den här rapporten.

### Skilda orsaksmönster

Analysen i rapporten ”En mer jämlik vård är möjligt” visar på flera olika orsaker till omotiverade skillnader i vården. Framför

#### Åtta skillnader studerades i rapporten ”En mer jämlik vård är möjligt”:

- Geografiska skillnader i väntetid från remissdatum till specialistklinik till beslut om behandling för lungcancer
- Geografiska skillnader i andel personer med alkoholdiagnos som gjort uttag av läkemedel mot alkoholberoende
- Män får oftare än kvinnor behandling med RAAS-hämmare efter hjärtsvikt
- Fler män än kvinnor anger att sjukvårdspersonal har berättat om biverkningar om deras läkemedel som de ska uppmärksamma
- Strokepatienter som är födda i Sverige får warfarin i högre utsträckning än strokepatienter födda utanför EU
- Lågutbildade får warfarin vid stroke i mindre utsträckning än högutbildade
- Lågutbildade schizofrenipatienter får i större utsträckning än högutbildade två eller fler antipsykotiska läkemedel
- Psykiskt sjuka patienter med akut hjärtinfarkt behandlas inte med ballongutvidgning (PCI) i samma utsträckning som övriga patienter



Åsa Ljungvall är en av de ansvariga bakom rapporten ”En mer jämlik vård är möjligt” från Myndigheten för Vårdanalys.

allt skiljer sig orsaksmönstret beroende på om det handlar om geografiska skillnader eller skillnader mellan befolkningsgrupper.

Geografiska skillnader kunde oftast förklaras med hur vården var organiserad och hur vårdkedjorna såg ut. När det gällde skillnader mellan befolkningsgrupper däremot, låg den viktigaste förklaringen i vad som hände i själva vårdmötet. Rapportförfattarna såg tre mekanismer som förklarade att ett vårdmöte kunde resultera i olika beslut för patienter från olika befolkningsgrupper.

– Det ena var att man inte anpassade sig efter patientens förutsättningar tillräckligt mycket. Patienter har olika förkunskaper och olika kommunikationsförmåga och detta påverkade ibland vilken vård de fick.

– Det andra var att man generaliserade på grunder som inte var ändamålsenliga. Vid warfarin-behandling efter stroke till exempel är det viktigt att man tar läkemedlet korrekt, annars kan det vara farligt. I våra intervjuer framkom det att läkarna ibland kan bli ”överdrivet försiktiga” med att förskriva warfarin till utrikes födda och personer med låg utbildning, därför att man gjorde ett antagande om att de här grupperna hade sämre följsamhet till läkemedelsbehandling.

– Den tredje mekanismen var omedvetna beteenden som grundade sig i vårdpersonalens normer och värderingar.

### ”Kombination av faktorer ger sämre vård”

Åsa Ljungvall menar att det utifrån rapporten inte går att säga något om vilka skillnader i vården som är störst.

– Men det är viktigt att vi verkligen uppmärksammar skillnaderna mellan befolkningsgrupper och inte bara tittar på de geografiska skillnaderna, säger hon. Vi behöver också tänka på de grupper som har en kombination av olika faktorer som ligger bakom ojämlik vård – dessa patienter riskerar att få en ännu sämre vård än andra.

# Åtgärder på många plan

*För att komma tillrätta med omotiverade skillnader i vården krävs det principiella åtgärder på olika nivåer. Man måste arbeta på nationell nivå, organisatoriskt i vården och på individnivå, menar Myndigheten för Vårdanalys i "En mer jämlik vård är möjlig".*

Text: Anchi Alm

Förutom att kartlägga och analysera vilka omotiverade skillnader som finns i vården (se föregående uppslag) lyfter Myndigheten för Vårdanalys i sin senaste rapport också fram sex åtgärdsområden för att komma tillrätta med de skillnaderna.

– Åtgärderna handlar bland annat om att stärka utsatta grupper, kartlägga geografiska skillnader i tillgång till specialistkompetens, stärka förutsättningarna för vårdprofessionerna att bedriva en mer jämlik vård och utveckla en nationell modell för att mäta och följa upp ojämlik vård, säger Åsa Ljungvall, utredare på Myndigheten för Vårdanalys.

## Fem fokusområden

På nationell nivå utgår i dag mycket av arbetet för en mer jämlik vård från Socialstyrelsens rapport "Ojämna villkor för hälsa och vård" från 2011. Den visade att diskriminering var vanligare än väntat och handlade om skillnader i behandling, bemötande, kommunikation, information och delaktighet. Rapporten låg till

### Åtgärdsområden för en jämlik vård enligt rapporten

#### "En mer jämlik vård är möjlig":

- Utveckla en nationell modell för att mäta och följa upp ojämlik vård på ett systematiskt, överblickbart och ändamålsenligt sätt
- Kartlägg geografiska skillnader i resurstillgång
- Samla systematiskt och kontinuerligt in information om provade metoder för ökad jämlikhet och dess effekter
- Öka kunskapen om vad som händer i mötet mellan patient och vårdpersonal
- Stärk förutsättningarna för vårdprofessionerna att bedriva en mer jämlik vård
- Stärk utsatta grupper i mötet med vården

grund för den förra regeringens strategi för en jämlik vård 2012–2016 som sedan har resulterat i vidare arbete i olika former på nationell nivå.

Regeringens strategi för en jämlik vård utgår från fem fokusområden. Bland dem finns exempelvis synliggörande och analys av skillnader i vård, behandling och bemötande, stöd och stimulans till utveckling i vården samt samverkan och dialog med hälso- och sjukvårdens aktörer, invånare och patienter.

### Nationell plattform

På nationell nivå har SKL samlat ett antal myndigheter och organisationer i "Nationell plattform för jämlik vård och hälsa" för att vända trenden med ökande skillnader mellan grup-

per. Initiativtagare är – förutom SKL – Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Diskrimineringsombudsmannen, Vårdförbundet, Kommunal, Sveriges läkarförbund, Svenska Läkaresällskapet och Svensk sjuksköterskeförening. Nätverket hälsofrämjande hälso- och sjukvård är också en av deltagarna i plattformen. Tanken är att organisationerna tillsammans, och var och en för sig, ska arbeta för att hitta system och metoder för att identifiera och åtgärda skillnader i hälsa, bemötande och tillgång till vård.

Samtliga aktörer i plattformen bjuds in till årligen återkommande workshops för att utbyta erfarenheter och höja kompetensen inom områdets aktuella frågeställningar. Ett exempel är den nyligen arrangerade workshopen om utsatta EU-medborgares möjligheter till vård (se nästa sida).

 Socialstyrelsen

### Att mötas i hälso- och sjukvård

– Ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlika villkor



## NYTT UTBILDNINGSMATERIAL

Socialstyrelsen har nyligen publicerat ett färskt utbildningsmaterial för verksamheter som vill arbeta systematiskt med bemötande och jämlik vård. Materialet har tagits fram i samarbete med Diskrimineringsombudsmannen och SKL och heter "Att mötas i hälso- och sjukvård – ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlika villkor". Materialet kan beställas och laddas ned på Socialstyrelsens webbplats [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)



# Okunskap kring utsatta EU-medborgares rätt till vård

Okunskap hos vårdpersonalen gör att utsatta EU-medborgare ibland stoppas i dörren i svensk hälso- och sjukvård. Det framkom vid den workshop som nyligen arrangerades av Nationell plattform för jämlik vård och hälsa.

Text: Anchi Alm

Vården är allt annat än jämlik för vissa EU-medborgare som kommer till Sverige. EU-medborgare från exempelvis Rumänien eller Bulgarien, som kommer till Sverige för att plocka bär eller be om pengar, har hamnat i en sits som gör deras tillgång till hälso- och sjukvård starkt begränsad.

Nyligen höll Nationell plattform för jämlik vård och hälsa en workshop på temat utsatta EU-medborgares vårdssituation. En av deltagarna vid konferensen var Anna Åberg, jurist vid SKL, Sveriges kommuner och landsting.

– Landstingen har en skyldighet enligt hälso- och sjukvårdslagen att ge den här gruppen tillgång till omedelbar (akut) hälso- och sjukvård. De här personerna är många gånger inte försäkrade i sina hemländer vilket innebär att de måste betala den faktiska vårdkostnaden för vården de får.

## Okunskap hos landsting och regioner

Ett problem för gruppen utsatta EU-medborgare är att det verkar finnas en okunskap hos landsting och regioner om hur lagstiftningen ser ut och vilken vård man är skyldig att ge. Det förekommer att utsatta EU-medborgare stoppas i dörren och inte får den vård de har rätt till.

– Hälso- och sjukvårdslagen är glasklar, säger Anna Åberg. Landsting och regioner har en ovillkorlig skyldighet att ge omedelbar, akut vård till de här personerna.

Ett annat problem utsatta EU-medborgare kan stöta på är att vissa vårdgivare kräver betalning i förväg, innan personerna får akut vård. Inte heller det är i enlighet med lagen.

– Om de tvingas betala i förväg får de ju inte heller den vård de har rätt till, säger Anna Åberg. Hälso- och sjukvården har skyldighet att ge akut vård, det är en

sak. Först därefter kommer frågan om betalning. Kan de inte betala sin faktura kan det ju bli så att landstingen får skriva

borgarna eftersom de har tillstånd att vistas här i tre månader, säger Anna Åberg.

Workshopen resulterade i ett konsta-



*Landstingen och regioner har en ovillkorlig skyldighet att ge omedelbar, akut vård”*

av den, men det får aldrig vara en fråga innan vården ges.

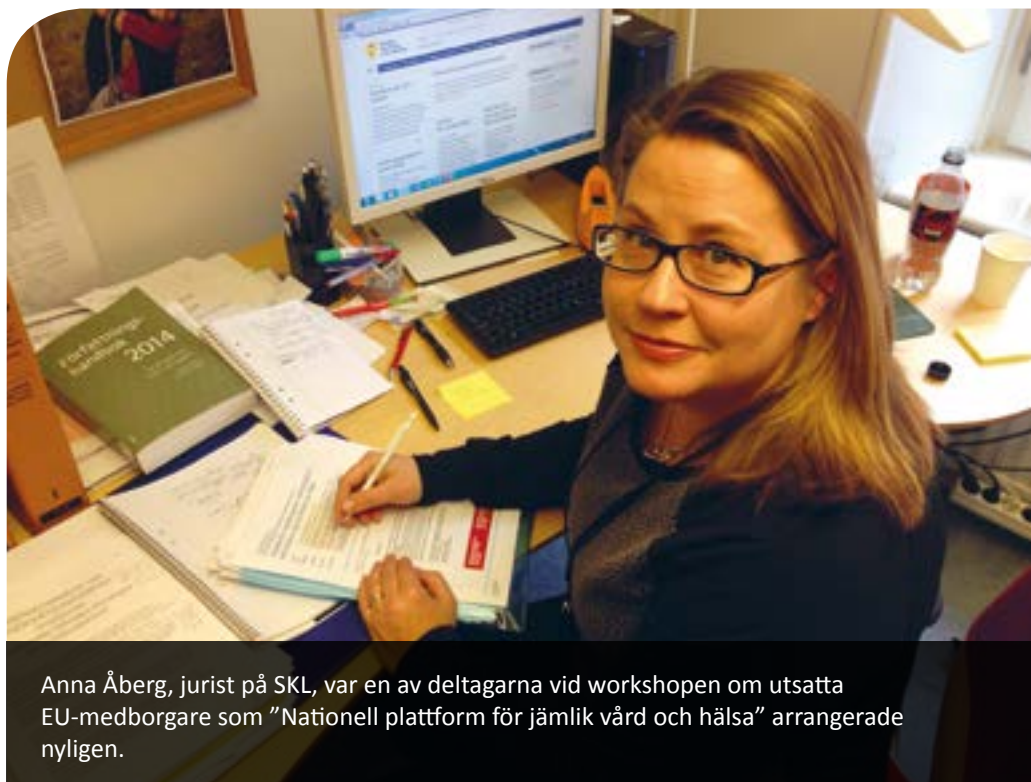
## Mer information behövs

Oklarheterna kring den här frågan, och frågan huruvida 2013 års lag rörande hälso- och sjukvård till papperslösa och gömda kan tillämpas, diskuterades vid workshopen nyligen.

– Utgångspunkten är att 2013 års lag inte är tillämplig på de utsatta EU-med-

terande att det behövs fler informationsinsatser kring regelverket. Statskontoret har ett uppdrag att bland annat titta på hur landstingen och regionerna informerar sin vårdpersonal om regelverket. Uppdraget ska delredovisas nu i april.

– Vi får titta på frågan om det behövs ytterligare informationsinsatser, säger Anna Åberg. Hälso- och sjukvårdspersonalen måste känna till vad som gäller så att man gör rätt och lika över hela landet.



Anna Åberg, jurist på SKL, var en av deltagarna vid workshopen om utsatta EU-medborgare som "Nationell plattform för jämlik vård och hälsa" arrangerade nyligen.



”Vi skulle kunna införa jämlik vård nu”

– Vi skulle i princip kunna införa en jämlik vård nu, om vi bara bestämde oss. Sjukvården har ju verktygen – det handlar om metoder och förhållningssätt. Jämlik hälsa däremot, är en samhällsfråga som är betydligt mer komplex.

Det säger Sylvia Määttä, chef för Sveriges enda kunskapscentrum för jämlik vård, i Västra Götalandsregionen.

Text: Anchi Alm

Kunskapscentrum för jämlik vård bildades 2009 och hette från början Kunskapscentrum för jämställd vård. 2011 utökades uppdraget till att omfatta mer än enbart genus. I dag är devisen ”alltid kön – inte enbart kön”. Centrumet har fyra huvuduppdrag – att driva verksamhetsutveckling, sprida kunskap, initiera forskning samt stödja ledning, styrning och uppföljning för en jämlik vård i regionen.

– Västra Götalandsregionen som arbetsgivare har alltid haft en medvetenhet om jämställdhetsfrågor, säger Sylvia Määttä.

Därför fanns det en bra grogrund för ett kunskapscentrum av det här slaget.

### Handleder vårdpersonal

För att stötta verksamhetsutvecklingen i vården handleder centrumet vårdpersonal i deras patientkontakter och är dessutom engagerat i olika förbättringsarbeten. På Alingsås sjukhus till exempel, har man studerat hur kvinnor och män fick smärtlindring vid armbågsfrakturer.

– Vi trodde att män oftare fick smärtlindring än kvinnor. Men när vi gjorde en journalgranskning visade det sig att det var tvärtom. Och genom ett utvecklingsarbete har sjukhuset bättrat på siffrorna på ett år. Fler får smärtlindring och fler män får det, även om de fortfarande är lite underrepresenterade.

– En jämställd vård betyder inte att det bara är kvinnor som är underbehandlade, det kan lika gärna vara män. Här hand-

” Vi ser arbetet med jämlik vård som ett kvalitetsarbete”

lade det kanske om en attitydfråga, att starka män inte ska be om smärtlindring. Så de frågar inte.

### Statistik viktigt

Kunskapsspridning och utbildning är också en viktig del av uppdraget. Kunskapscentrum för jämlik vård ordnar föreläsare, tar fram rapporter och arrangerar workshops för både personal och politiker.

– Tillsammans med Högskolan Väst har vi också dragit igång en 7,5-poängskurs i normmedvetenhet i vården som riktar sig till pedagogerna på sjuksköterske- och specialistsköterskeprogrammen.

En stor del av arbetet handlar om att ta fram statistik av olika slag. Dels tittar man på Öppna jämförelser för att se tendenser i riket, dels studerar man de egna databaserna.

– Vi ser arbetet med jämlik vård som ett kvalitetsarbete, det bidrar ju till att verksamheten når sina kvalitetsmål. Om kvalitetsmålet är att nå 80 procent av patienterna med en viss insats måste man gå in och se hur den gruppen patienter ser ut och titta på vilka riskgrupperna är.

– Sjukvården är ju angelägen om att ge bästa vården för patienterna. När vi tar fram statistik som visar att vi inte alltid ger jämlik vård blir de flesta både förvånade och bestörta. Min erfarenhet är att personalen verkligen är beredd att kavla upp ärmarna för att göra de förändringar som krävs.



# Angered arbetar för att nå alla

*Angereds Närsjukhus är något så ovanligt som ett sjukhus byggt för att skapa en mer jämlik vård. - Hela konceptet är baserat på behovsanalyser som har kunnat påvisa stora skillnader i hälsa och dödlighet i Göteborg, säger Ann Ekberg Jansson, tf sjukhusdirektör.*

Text: Anchi Alm

Angered och Östra Göteborg är stadsdelar i nordöstra Göteborg med hög arbetslöshet, en stor andel familjer med försörjningsstöd och en stor andel utlandsfödda. I sjukvårdsorganisationen har stadsdelarna länge varit organiserade tillsammans med ett av Göteborgs rikaste områden, Örgryte, och det var först när man började analysera de olika områdena separat i mitten av 00-talet som det stod klart hur illa läget var.

– Då såg man för första gången nordöstra Göteborgs egna siffror över dödlighet i KOL, cancer och hjärt-kärlsjukdomar, berättar Ann Ekberg. De var 2-3 gånger högre än i resten av Göteborg. Skillnaden i medellivslängd var nio år. Det fanns en politisk enighet om att satsa på specialistvård i Angered.

## Tillgänglighet viktigt

Det stora problemet i nordöstra Göteborg var att befolkningen underkonsumerade vård. Därför jobbar Angereds närsjukhus framför allt med att bli tillgängligare, för att nå dem som inte tidigare har nåtts av vården. Ett sätt är att möta patienterna där de finns, ute i samhället.

– Vi arbetar mycket mot lokalsamhället, genom kommunen och olika föreningar, berättar Ann Ekberg Jansson. Vi har mobila enheter och vi gör screeningar ute på stan. Vi behöver vara där folk är.

Ett exempel är arbetet med KOL-screeningar. Angereds närsjukhus erbjuder alla invånare med risk för att utveckla KOL en gratis lungfunktionsundersökning och förflyttar sig ibland ut på stan för att hitta patienterna.

– Det finns ett stort mörkertal när det gäller KOL, säger Ann Ekberg Jansson. Patienterna får inte alltför sällan diagnosen alltför sent och då är det mycket svårare att påverka sjukdomsförloppet. Om vi kan nå dem tidigare kan vi öka antalet diagnostiserade och ge bättre behandling.

– Vi arbetar alltid utifrån det problem vi ser och så försöker vi lösa det. Märker vi till exempel att vissa grupper uteblir från besök måste vi fråga oss varför och försöka hitta en åtgärd.

## Varför kommer inte patienterna?

Att mäta hur verkligheten ser ut är en viktig framgångsfaktor för Angereds närsjukhus. Det är ett av få sjukhus som redovisar uteblivna besök, för att förstå varför patienterna inte kommer.

– Vi ser det inte som en självklarhet att patienterna uteblir för att de inte vill ha en konsultation utan det kan finnas andra orsaker till uteblivandet. Därför undersöker vi vad vi kan göra för att patienterna ska komma i större utsträckning.

– Anledningarna till att de inte kommer är många, men vad vi kan se är de viktigaste faktorerna bristande hälsolitteracitet\* i kombination med glömska.

För att försöka åtgärda problemen har Angereds närsjukhus satsat på telefonpåminnelser och riktade insatser för personer med exempelvis neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. För att minska språkbarriärerna jobbar man också med olika IT-lösningar för att kommunicera med patienterna och även med bildspråk för att förmedla information.

– Vi har tagit fram ett kommunikationsverktyg för mobil, läsplatta och dator, där vi i en kombination av bild, text och tal kan kommunicera om olika vårdinriktade åtgärder. Vi använder faktiskt också mycket papper och penna och ibland också dockor för att visa hur kroppen är uppbyggd.

– Bland våra invånare finns en hel del analfabeter som inte förstår även om vi översätter information. Då får vi arbeta efter det. Om patienten inte kommer kan det ju bero på att den inte har förstått att den ska komma.

## Följer upp allt

En annan framgångsfaktor i arbetet för en jämlik vård på Angereds närsjukhus är uppföljning. Det visar om insatserna var rätt och om de eventuellt ska utökas eller kan användas i andra sammanhang.

– Vi är noga med att alltid följa upp allt vi gör för att se om det verkligen har effekt. I de fall där vi har nationella kvalitetsregister använder vi dem. Patientnöjdhetenkäter är ett annat sätt. De kan ju göras med de nationella enkäter som finns, men även enklare undersökningar där man anger glad, arg eller neutral figur på en apparat när man lämnar vår enhet.

– Vi måste veta att det vi gör får rätt resultat. Det handlar om att skapa en så effektiv vård som möjligt.

\*Hälsolitteracitet: Förmågan att förvärva, förstå och använda information för att bibehålla och främja hälsa.



Ann Ekberg Jansson är tf sjukhusdirektör för Angereds Närsjukhus.

# Vård på lika villkor fick verksamheten att tänka till

Text: Anchi Alm

*Hälsoskola på andra språk, öppen mottagning för enklare besök och samtalskvittenser med en summering av besöket på vårdcentralen.*

*Det är några av de konkreta förändringar som sju vårdverksamheter har genomfört inom ramen för SKL-projektet Vård på lika villkor.*

Lärandeprojektet Vård på lika villkor för att öka jämlikheten i första linjens vård har drivits som en överenskommelse mellan SKL och staten sedan 2011. Sex vårdcentraler och en barmorskemottagning har deltagit i projektet och resultaten är positiva. Deltagarna har hittat metoder och arbetssätt för att nå dem som inte nås av vården i dag, kommunicera så att alla förstår och ge ett bättre bemötande. Dessutom kunde projektledaren Hanna

Wallin på SKL se en tydlig förskjutning i perspektiv hos deltagarna under tiden projektet pågick.

## ”Vi-och-dom-tänk”

– Före projektet var det ett visst vi-och-dom-tänk; ”de kommer inte som de ska, de gör inte som vi säger”. Efter projektet handlade det mer om hur verksamheterna skulle ändra sina rutiner. Då var frågeställningen ”hur ska vi förbättra vår kommunikation” och ”hur kan vi ändra våra rutiner och arbetssätt för att möta patientens behov”.

De sju deltagande vårdverksamheterna fick själva anmäla intresse för att delta. Innan de satte igång med sina förbättringsarbeten fick de fundera på vad jämlik vård är och hur de skulle kunna jobba bättre för att nå alla.

– Alla har gjort en problembeskrivning och har också granskat den ur ett normkritiskt perspektiv. Det är viktigt att slå fast om det är vårdpersonalen som tycker något eller patienterna.

## Värderingsövningar

För att testa sina värderingar fick deltagarna också göra olika värderingsövningar med hjälp av duktiga föreläsare. Bland annat kom en socialantropolog för att tala om kultur.

– Hon började ifrågasätta hur vården ser ut och vad det är vi mäter på exempelvis barnvårdscentralen. I Sverige lägger vi barnen på golvet och vill se om de kan lyfta huvudet. Kommer man från vissa andra länder lägger man aldrig det käraste man har på golvet, det är förenat med livsfara.

– Värderingsövningarna handlade

mycket om reflektion och att väcka känslor, säger Hanna Wallin. Meningen var att öka deltagarnas självkännet, få alla att se sin verksamhet med nya glasögon. Att börja granska sig och sin verksamhet var ganska jobbigt, man måste erkänna sina egna brister och fördomar vilket inte



*Före projektet var det ett visst vi-och-dom-tänk”*

alltid är lätt. Någon sa ”jag visste inte att jag var så här hemsk”.

När deltagarna väl kom igång med reflektionen kom aha-upplevelserna och förslagen på vad de kunde göra. Förbättringsområdena valdes utifrån var och ens lokala förutsättningar.

– I ett fall fick en vårdcentral besök av en man från somaliska föreningen som var orolig för att många kvinnor i föreningen hade övervikt och fetma och en ökad risk för följdjukdomar. De ville ha hjälp att jobba hälsofrämjande. Då arbetade man vidare utifrån det och skapade en hälsoskola riktad till kvinnorna.

– Resultaten från projektet visar att vårdverksamheten behöver ta reda på hur befolkningen i närområdet har det och vilka faktorer runt om patienterna som påverkar mottagligheten av vård och behandling, för att kunna anpassa vården.

## Öppen mottagning

När det gäller konkreta förbättringsarbeten i projektet är exemplen många. Flera verksamheter startade olika former av öppen mottagning för enklare besök, med större mandat för sjuksköterskorna.

– Det fanns en upplevelse hos flera att



Hanna Wallin har lett projektet ”Vård på lika villkor” som drevs som en överenskommelse mellan staten och SKL.



När Synskadades riksförbund föreläste fick alla deltagare i projektet prova på att ha olika synfel och ledsaga varandra.  
Foto: Hanna Wallin.

många patienter kom för onödiga saker, saker man kan klara med egenvård. Men oro för sin hälsa är också en anledning att söka vård och man kanske är i behov av något stöd. Genom att öppna upp för sjuksköterskebesök kunde man möta patienterna och samtidigt ge läkartider till

man har bestämt när man har varit hos en läkare eller sjukgymnast?

### Att viktigare än hur

Hur ska man då göra om man vill dra igång ett eget förbättringsarbete för en mer jämlik vård, var börjar man någonstans? Det viktiga är egentligen inte var man börjar utan att man börjar, menar Hanna Wallin. Inte heller behövs det mycket pengar. Däremot är det viktigt att ledningen är med, framför allt närmaste chefen som måste vara med på tåget. Och det är viktigt att det så småningom görs en planering för arbetet, som är förankrad på arbetsplatsen.

– Jag tycker att man kan ta stöd i det som redan har gjorts på andra håll, det finns en del goda exempel runt om i landet. Man kan kolla med de vårdcentraler som har gjort den här typen av arbeten, se vad man kan använda. Vi gjorde ett studiebesök till Angereds Närsjukhus som har kommit långt och då började det sprudla av idéer bland deltagarna.

– Många tvekar ibland inför att det är så många olika diskrimineringsgrunder och olika perspektiv att väga in, de är rädda att missa några. Mitt bästa tips är att börja någonstans, med kön till exempel. Sedan kan man gå vidare med sexuell läggning eller något annat. Det viktiga är att avsätta tid för att jobba med de här frågorna och jobba med både vårdpersonalen och patienterna. Gör det inte så svårt.

**” Det viktiga är att avsätta tid för att jobba med de här frågorna ”**

dem som verkligen behövde, berättar Hanna Wallin.

### Samtalskvitto

En annan insats som testades var en samtalsmodell med kvittenskort efter besöken på vårdcentralen. Drottningshögs vårdcentral i Helsingborg upplevde att de inte lyckades formulera sig så att patienterna förstod och kunde ta till sig det som sades. De tog fram förtryckta kort där det viktigaste som bestämdes under besöket skrevs ned.

– Det användes som ett slags kvitto på att man hade förstått varandra. Det intressanta var att deltagarna tänkte att det handlade om språk innan de startade. Nu har de sett att det handlar om kommunikation - med alla. Och vem skulle inte behöva ett kort med det viktigaste

### ATT TÄNKA PÅ VID FÖRBÄTTRINGSARBETEN FÖR JÄMLIK VÅRD

- Avsätt tid för kunskapsinhämtning och reflektion
- Skapa samsyn kring begreppen jämlikhet och jämlik vård
- Organisera en arbetsgrupp inom ordinarie verksamhet som har mandat att driva arbetet och där verksamhetschefen är aktiv
- Arbeta normkritiskt
- Arbeta nära eller inom ramen för ordinarie verksamhet
- Skapa delaktighet och förankra i både ledning/styrning och i verksamheten
- Lär av patienternas erfarenheter av vården
- Mät och dokumentera arbetet, stanna upp, reflektera
- Ändra inte på patienterna, ändra på arbetssätt och rutiner så att de anpassas mer till patienternas behov



# Normkritik en pusselbit för jämlik vård

*En jämlik vård kräver att alla människor bemöts som individer. För att vi ska nå dit behöver vården utveckla ett mer normkritiskt förhållningssätt och sätta sökljuset på den egna verksamheten.*

*- Vi måste fråga oss på vems villkor vi arbetar, säger Sandra Dahlén, föreläsare och utbildare i normkritik.*

Text: Anchi Alm

Det mesta i samhället är anpassat efter hur vi förväntar oss att människor fungerar. Problemet är bara att förväntningarna grundar sig på en norm som många inte passar in i. Ett normkritiskt förhållningssätt handlar om att reflektera över hur vår egen position påverkar oss i mötet med andra, och vilken norm vi utgår från. Att sätta sökljuset på det eller den som diskriminerar i stället för den som diskrimineras.

Sandra Dahlén har sin bakgrund i sexualupplysningen, men har i många år arbetat med frågor om likabehandling och normativitet. Utifrån den senaste forskningen på området har hon varit med och utvecklat den normkritiska pedagogiken i Sverige. I dag föreläser hon mycket om normkritik och menar att det finns en hel del kvar att göra inom de flesta områden i samhället, även vården.

## Vad förmedlar vi - egentligen?

– Kärnan i normkritiken är att fundera över vad det är vi säger, förklarar hon. Alltså det vi egentligen förmedlar, medvetet eller omedvetet. Vad råkar vi förmedla och vad råkar vi missa?

– Ta en sådan sak som webbplatsen 1177.se till exempel. En fantastisk informationskälla, något av det bästa vi har i svensk hälso- och sjukvård. Men vem vänder den sig till, vilka är det som syns på bild och tilltalas? Målgruppen för webbplatsen är alla, men riktar den sig verkligen till alla?

Ett normkritiskt förhållningssätt är en viktig pusselbit i arbetet för en jämlik vård. Om vi okritiskt utgår från det som är norm bidrar vi till att cementera och förstärka ojämlika villkor, vi ger helt enkelt normen mer resurser. Effekten blir en ojämlik sjukvård.

– Ett exempel är förlossningsvården. När den är anpassad för heterosexuella visar det sig att lesbiska kvinnor får mer komplicerade förlossningar. Om vårdapparaten är inriktad på kvinna/man, så ser man inte det stöd en lesbisk partner kan ge och det leder till större otrygghet hos den födande kvinnan.

Om barnmorskorna får rätt utbildningsinsatser visar det sig att de komplicerade förlossningarna minskar.

– Men vi kan se samma sak i så många andra rutiner i vården också. Vems verklighet utgår vi ifrån när en vårdverksamhet har telefontid en timma varje förmiddag, vilka har störst möjlighet att ringa då?

## Egna erfarenheter påverkar

Att agera normkritiskt handlar om att våga ifrågasätta både sig själv och sin verksamhet, att inse att bilden av hur andra fungerar är färgad av egna erfarenheter och upplevelser.

– Vilken position i samhället har du som läkare eller sjuksköterska? Du har förmodligen växt upp i ett rätt välbärgat område, du har studerat på universitetet och du lever i ett samhälle där ett hudfärgat plåster har din hudfärg.

– Om du möter en krånglig patient som du tycker ställer orimliga krav – är det då den patienten som är problemet eller är det kanske du och din verksamhet? Vem är egentligen norm och vem är avvikare? Vem passar vår verksamhet för? Den typen av frågor måste man hela tiden ställa sig.

Det börjar hända saker i vården när det gäller normkritik, fler och fler verksamheter tar till sig nya arbetssätt och metoder.

Samtidigt är vissa grupper extra utsatta i förhållande till den rådande normen.

– Jag tycker mig se alarmerande tendenser när det gäller

människor med viss utländsk bakgrund. Det gör mig väldigt orolig. Men det finns fler grupper som är extra utsatta, som intellektuellt funktionsnedsatta och personer med psykisk ohälsa.

## Granska verksamheten

Frågan är vad vården kan göra för att ändra på det här. Hur kan man arbeta mer normkritiskt för att på sikt uppnå en mer jämlik vård? Det första steget är att sätta sig ner och granska



*Är det då patienten som är problemet eller är det kanske du och din verksamhet?"*

sin egen verksamhet. Normkritik handlar om att vända på begreppen och inte förutsätta att det är den som är utsatt som ska förändra sig.

– Jag hör ibland vården säga att olika grupper måste bli bättre på att kommunicera sina behov. Men vi måste rikta

*Vi måste fråga oss på vems villkor vi arbetar”*

sökljuset inåt. Vården måste fråga sig vem verksamheten är anpassad för.

– En bra början är att reflektera kring det som sitter i väggarna, att exempelvis fundera över vad som definieras som skämt på arbetsplatsen och hur det pratas om personer och grupper på möten. Ett bra tips är att identifiera vilka man inte pratar om. En del grupper är så självklara att de inte behöver nämnas, det är de som är normen. Andra är så marginaliserade att de inte nämns av den anledningen. De grupperna behöver man hitta.

### Våga förändra

Nästa steg är att faktiskt se över sina rutiner i verksamheten, och helt enkelt ändra där man ser att det behövs. Sandra Dahléen tycker att man kan utgå från de sju diskrimineringsgrunderna (se faktaruta) samt socioekonomisk status som bas för de förändringar man vill göra.

– Det kan gälla allt från mallar och recept till besökstider, informationsmaterial eller de standardfrågor man använder i olika situationer. Det handlar om att på ett konkret sätt gå in och ändra i formulär eller skriva om material som diskriminerar i den egna verksamheten.



FOTO: ULRIKA ZWENGER

Vården måste tänka mer normkritisk och vända blicken mot sin egen verksamhet. Det menar Sandra Dahléen, författare och föreläsare som bland annat arbetar med normkritik.

– Jag tror att alla vill göra något åt det här. Ingen verksamhet skulle säga att ”vi behandlar grupper olika” eller ”vi är bara till för de rika”. Vi måste bara ta ett medvetet grepp om de här frågorna och fråga oss på vems villkor vi arbetar.

### DE SJU DISKRIMINERINGSGRUNDERNA:

- Kön
- Sexuell läggning
- Könsidentitet eller könsuttryck
- Etnisk tillhörighet
- Religion
- Funktionsnedsättning
- Ålder

# Jämlik vård

## – är det samma som jämställd vård?

*Arbetet med jämlik vård gör inte jämställdhetsperspektivet onödigt. Tvärtom. Om vi enbart fokuserar på jämlik vård finns det en risk att könsperspektivet osynliggörs. Det menar Anna Kullberg, jämställdhetsstrateg vid Stockholms läns landsting.*

Text: Sofie Drake

– Det räcker inte att bara jobba med jämlik vård, säger hon. Vi måste behålla jämställdhetsperspektivet när vi arbetar med jämlik vård, annars riskerar vi att ta ojämsliddheten med oss in även i det arbetet.

Jämställd vård är en del av jämlik vård, men frågan om jämställd vård måste också ha ett eget fokus, menar Anna Kullberg. Inte minst eftersom könsperspektivet skär rakt igenom andra diskrimineringsgrunder. Förutom de generella skillnaderna mellan kvinnor och män när det gäller tillgång till vård och behandling, består alla andra utsatta befolkningsgrupper också till hälften av kvinnor som därmed drabbas av flera diskrimineringsgrunder.

– Bland de utrikes födda är det kvinnorna som drar det kortaste strået, förklarar Anna Kullberg. Likaså i socioekonomiskt utsatta grupper. Risken är att vi tappar det perspektivet om vi bara ser varje grupp för sig.

Som jämställdhetsstrateg vid Stockholms läns landsting svarar Anna Kullberg framför allt för att stötta verksamheterna med kunskap och stöd i jämställdhetsfrågor. Ledningen är viktig för att komma tillrätta med de skillnader som finns. I Stockholms läns landsting ska alla chefer gå en certifierad utbildning i jämlikhet, jämställdhet och mångfald. Genom att kunskapen

höjs, ökar medvetenheten och det påverkar de beslut som tas.

– Det är viktigt med ett normmedvetet ledarskap, säger hon. I våra utbildningar får cheferna ifrågasätta sina egna normer och det brukar vara nyttigt. De får också göra en hemuppgift där de ska ta fram statistik, oftast könsuppdelad, inom något område i sin verksamhet.

– När vi konstaterar att omotiverade skillnader finns kan vi också ändra på dem. Vi vill inspirera till att gräva där man står, det behöver inte vara så svårt. På en avdelning som arbetade med talteknik tog man till exempel reda på varför pojkar stamade längre än flickor, för att se om det var skillnad på den behandling barnen fick.

Jämställdhetsarbete går hand i hand med arbetet att skapa ett mer hälsofrämjande förhållningssätt i vården. Det hälsofrämjande förhållningssättet syftar till att stärka patientens egen förmåga och det gör man bland annat genom att bemöta varje individ jämställt och se bort från olika diskrimineringsgrunder.

– Ofta är det just i vårdmötet våra fördomar kommer fram och hindrar oss från att ge en jämställd vård, säger Anna Kullberg. Så ett normmedvetet, hälsofrämjande förhållningssätt är ett av flera sätt att arbeta för en jämställd vård, vilket även gäller för jämlik vård.



**TÄNK TVÄRTOM MED GENUSHANDEN**

Genushanden är en modell som har tagits fram av Skurups vårdcentral för en bättre sjukskrivningsprocess för både män och kvinnor. Varje finger i genushanden står för ett område där kvinnor och män får olika frågor i vården. Syftet är att få medarbetarna att tänka tvärtom i vårdmötet. Om patienten hade haft annat kön, hade du tänkt annorlunda då?

**GENUSHANDEN**

**Familjesituation:** Kvinnor tillfrågas om sin familjesituation, sällan mannen.

**Våld:** Våld och hot är en riskfaktor för långvarig sjukskrivning. Våga fråga, våga se!

**Somatisk/psykiatrisk sjukdom:** Somatisk inriktning på människens diagnoser och psykosomatisk på kvinnors.

**Riskbruk:** Riskbruk, alkohol mer skamligt för kvinnor. Fråga alltid, gör till rutin att kolla alla långtidssjukskrivna med prov.

**Rehabiliteringsplan:** Män får tidigare specialistremisser och större stöd av arbetsgivaren. Män rehabiliteras utifrån arbete, kvinnor rehabiliteras utifrån sin sociala situation.

**TÄNK TVÄRTOM!**

© Skurups vårdcentral, Region Skåne



# Hbtq-certifiering ställer nya frågor

*Sedan 2008 har RFSL hbtq-certifierat ett 100-tal olika verksamheter inom vården runt om i landet. En av dem är barnmorskemottagningen i Eskilstuna och vårdenhetschefen Mia Ålund menar att utbildningen var ett rejält steg mot en mer jämlik vård.*

Text: Björn Spjut



– För oss är det viktigt att vi verkligen ser alla, oavsett könsidentitet eller sexuell läggning. Certifieringen, och utbildningen, gav oss förutsättningar för ett mer inkluderande arbetssätt.

Idag har knappt 200 verksamheter i landet genomgått RFSL:s utbildning och fått hbtq-certifieringen, av dem finns ett 100-tal i hälso- och sjukvården. RFSL:s utbildningsansvarige Fox Summanen menar att fokus ligger på hbtq-frågor, men poängterar att det är en utbildning i mänskliga rättigheter och i mångfald.

– Utbildningen är ett utmärkt tillfälle att diskutera och reflektera över normer och bemötande i ett bredare perspektiv. Under utbildningen pratar vi om, och utbildar om, hbtq-personers situation ur olika perspektiv – och vilka konsekvenser verksamhetens normer har för dessa personers möjlighet till en jämlik vård, säger Fox Summanen.

## Ett års arbete

Certifieringen kan göras för en enhet eller en hel verksamhet och tar ungefär ett år. Under arbetet utbildas all personal i fyra steg av RFSL:s utbildare. Men precis som vid annan certifiering ses också den övriga verksamheten över – som informationsmaterial, blanketter och styrdokument i kontorsrum och väntrum.

– Både processen för certifieringen och utbildningen utgår från de sju diskrimineringsgrunderna. Vi är inte bara vårt kön och vår sexualitet, fortsätter Fox Summanen.

Landstinget Sörmland har hbtq-certifierat 15 verksamheter och i år ska ytterligare åtta certifieras.

– Det är så mycket i samhället som är heteronormativt som man inte tänker på, säger Mia Ålund. Nu har vi andra glasögon på oss och utbildningen har gett oss ett vidare perspektiv. Det

## KRITERIER FÖR RFSL:S HBTQ-CERTIFIERING: För att få hbtq-certifikatet ska följande kriterier uppfyllas:

1. Samtliga anställda ska ha en kunskapsnivå motsvarande en grundutbildning i hbtq-frågor och relevanta fördjupningskunskaper enligt avtalad plan.
2. Uppdragsgivaren ska skapa en öppen och inkluderande arbetsmiljö utifrån ett hbtq-perspektiv.
3. Uppdragsgivaren ska skapa ett välkommande och respektfullt bemötande av kunder, patienter och brukare utifrån ett hbtq-perspektiv.
4. Uppdragsgivaren ska ha en utarbetad och väl förankrad plan för såväl det interna som externa attityd-arbetet med hbtq-frågor på arbetsplatsen.
5. Under certifieringsperioden ska uppdragsgivaren genomföra en kvalitetsgenomgång enligt avtalad plan.

gäller i stort som smått – ända ner till att det finns barnböcker i väntrummet som handlar om familjer som inte enbart består av en mamma och en pappa.

## Gjorde egen plan

Hela personalen på barnmorskemottagningen i Eskilstuna gick den ettåriga utbildningen. Mellan utbildningspassen arbetade de med sin egen plan för hur de ska jobba internt och externt med hbtq-frågor på arbetsplatsen.

– Utbildningen ställde många frågor. Vi började titta på oss själva och fundera över saker som; hur ser vår arbetsgrupp ut, känner sig alla inkluderade, hur gör vi för att patienter, anhöriga och personal ska känna sig välkomna, hur ser litteraturen ut i väntrummet och så vidare. Jag tänkte först att det här kan jag redan, men det var jättenyttigt. Certifieringen fick oss att arbeta med våra attityder, bland annat med hjälp av rollspel kring konkreta situationer. Det var mycket effektivt.

## VAD BETYDER HBTQ?

Hbtq är en förkortning som står för homosexuella, bisexuella, trans- och queerpersoner.

# Regionala kommissioner tar steg mot jämlik vård

*Jämlik vård är ett steg på vägen mot jämlik hälsa. På flera håll i landet har det tagits fram regionala kommissioner för jämlik hälsa, som även innehåller åtgärder för en jämlik vård.*

Text: Anchi Alm

Den nya regeringen har aviserat att den vill tillsätta en nationell kommission för jämlik hälsa. Målet är att inom en generation få bort de hälsoklyftor som går att påverka. Men redan har flera regioner i landet gjort liknande kommissioner på regional nivå, och flera av dem tar också upp frågan om jämlik vård.

– Ska vi nå en jämlik hälsa måste hälso- och sjukvården arbeta aktivt för en jämlik vård, säger Margareta Kristenson, nationell samordnare för HFS och ordförande för Östgötakommissionen. Jämlik vård är en av många viktiga delar för att nå jämlik hälsa.

## Tillgänglighet, tillit och kommunikation

Östgötakommissionen för jämlik hälsa kom nyligen med sin slutrapport och konstaterar där att en orsak till ojämlik vård är skillnader i tillgänglighet. Många avstår från att söka vård trots att de anser sig ha behov av det. Andra faktorer som gör vården ojämlik är att människor inte har tillit till välfärdssystemet och vårdgivarna samt bristande kommunikation.

För att ge alla invånare i Östergötland hälso- och sjukvård utifrån sina behov har Östgötakommissionen en rad rekommendationer. Det handlar bland annat om att arbeta för att ändra förhållnings- och arbetssätt så att patienten blir en medproducent av sin hälsa och omsorg samt att utveckla kunskap om bemötandets betydelse för att öka patienternas tillit till hälso- och

sjukvården och tillit till sin egen förmåga. En annan rekommendation är att utveckla nya möjligheter till tillgänglighet för besök och frågor utifrån patientens behov. Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö är den första lokala kommissionen med rekommendationer för jämlik vård. Malmökommissionen kom med sin slutrapport 2013 och den innehåller 74 åtgärdsförslag för en socialt hållbar utveckling med minskad ojämlikhet i hälsa i Malmö. Även där finns en rad rekommendationer inom hälso- och sjukvårdsområdet.

## Likvärdig hälso- och sjukvård för barn

Ett par av de övergripande mål som Malmökommissionen sätter upp inom hälso- och sjukvården är att en handlingsplan upprättas för jämlik hälsa och vård på lika villkor för Malmös befolkning och att alla barn ska få en likvärdig hälso- och sjukvård. Bland åtgärderna finns att säkerställa att mödrahälsovården och barnhälsovården har förutsättningar att bedriva vård på lika villkor samt att förbättra villkoren för en socialt jämlik mammografiscreening.

Även Västra Götalandsregionen har en handlingsplan för jämlik hälsa där åtgärder för en jämlik vård lyfts fram. Några åtgärder handlar om att erbjuda regelbundna hälsosamtal för alla över 65 år samt arbeta för att inkludera tandvård i hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd.

## NYTT MATERIAL FRÅN HFS

Det här temanumret av Främja Hälsa har återkommit till bemötandets betydelse för en jämlik vård. Begreppet personcentrerad vård används alltmer i dagens sjukvård för att synliggöra att patienten är en person, som större delen av sitt liv lever utanför sjukvården. Personcentrerad vård är en vidareutveckling av begreppet patientcentrerad vård och påminner oss om att personen alltid har en unik livssituation med närstående, vardagsliv, vilja och idéer om hur vården bäst ska utformas.

Vi vet också att människor som lever i en utsatt socioekonomisk status har kortare livslängd, fler kroniska sjukdomar och mer ogynnsamma levnadsvanor. Därför är förebyggande insatser genom att främja goda levnadsvanor ett viktigt sätt att för att minska ojämlikheter i vård och hälsa. Hälso- och sjukvården har en central roll i detta arbete. HFS nätverket har, som en del i regeringens nationella strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar, tagit fram två informations- och inspirationsskrifter för hälso- och sjukvårdens chefer och medarbetare, om Personcentrerad vård och om Prevention.

Båda broschyrerna kan laddas ned på HFS-nätverkets webbplats [www.hfsnatverket.se](http://www.hfsnatverket.se) eller beställas i begränsad omfattning via e-post [infohfsnatverket@regionostergotland.se](mailto:infohfsnatverket@regionostergotland.se).

ATT FÖREBYGGA KRONISKA SJUKDOMAR  
GENOM GODA LEVNADSVANOR

– ett sätt att optimera hälso- och sjukvårdens insatser



HFS

DE KRONISKA SJUKDOMARNAS UTMÄRNING  
PERSONCENTRERAD VÅRD

En effektivare hälso- och sjukvård  
med människan i centrum



HFS