



Jämlik vård ur underläkarperspektiv

Om underläkares upplevda förutsättningar att erbjuda jämlik vård

Sammanfattning

SYLF:s undersökning av underläkares förutsättningar att erbjuda alla patienter jämlik vård visar att en knapp tredjedel av de drygt 3600 svarande underläkarna upplever sig sakna tillräckliga förutsättningar. Störst upplevs hindren för att erbjuda jämlik vård åt patienter av olika etnicitet, ålder, funktionsnivå och religion.

Ur underläkarnas fritextsvar framgår att de som upplever sig ha respektive sakna förutsättningar att erbjuda jämlik vård i grund och botten har förhållandevis likartad syn på hur vården ser ut och vilka hinder som finns i mötet med olika patientgrupper. Skillnaden mellan grupperna ligger istället främst i synen på vad jämlik vård innebär. De som upplever sig kunna erbjuda jämlik vård talar i hög utsträckning om att kunna ge "god vård" trots hinder och mindre goda förutsättningar, medan de som upplever sig sakna möjlighet att erbjuda jämlik vård talar om att inte kunna ge "lika god vård" utifrån de givna förutsättningarna.

En mycket stor andel av de svenska underläkarna upplever således omfattande hinder för att kunna erbjuda alla patienter jämlik vård – i bästa fall går dessa att ta sig runt hjälpligt genom särskilda ansträngningar från vårdpersonalens sida. Dessa tar dock energi och tid, som med bättre förutsättningar hade kunnat läggas på själva vården.

Samtliga hinder underläkarna beskriver rör vårdens bristande kunskap om och förmåga att anpassa sig till patienters individuella förutsättningar. Hindren återfinns inom flera områden – vårdens organisation och styrning, dess kunskapsnivå och vårdpersonalens attityder. Många av problemen är konkreta och verksamhetsnära, som ojämn tillgång och kvalitet på tolkning, rigida tidsbokningssystem, alltför små besöksrum samt fördomar och osäkerhet kring bemötandet av patienter som avviker från normen.

SYLF:s undersökning visar att underläkarna *vill* erbjuda alla patienter jämlik vård, och har en stor mängd idéer kring hur vårdens jämlikhet skulle kunna förbättras. Många svarande uttrycker frustration över att inte få gehör för dessa. Inte minst då många åtgärder är förhållandevis enkla, som att exempelvis installera högtalartelefon och lyftutrustning på alla akutmottagningar.

Undersökningen visar också med stor tydlighet att jämlik vård inte innebär samma vård åt alla, utan tvärtom olika vård åt alla patienter utifrån deras egna förutsättningar. Fortfarande har dock vården alltför mycket av den första sortens jämlikhet, vilket i praktiken ger patienter mycket olika chanser till ett gott hälsoutfall. För att vården ska kunna ge alla patienter samma chans till bästa möjliga hälsoutfall anser SYLF således att hälso- och sjukvården måste planeras efter patienters individuella behov. Vårdpersonal från sjukhusgolvet till ledningsrummet behöver också ökad utbildning i patienters olika förutsättningar och behov, samt tid att använda denna kunskap för att utmana egna invanda attityder, värderingar och arbetssätt. Så når vi en verkligt jämlik vård.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
1. Inledning	3
1.1 Data	4
1.2 Urval	5
1.3 Representativitet och pålitlighet	5
1.4 Metod.....	6
1.5 Tidigare studier	7
2. Resultat.....	9
2.1 Hinder för jämlik vård.....	10
2.1.1 Kommunikationssvårigheter	12
2.1.1.1 Problem med tolkning.....	12
2.1.1.2 Kulturförbistring	13
2.1.2 Bristande organisation och styrning	14
2.1.3 Kunskapsunderskott	17
2.1.4 Attityder.....	18
3. Slutsatser.....	20
3.1. Åtgärdsförslag	22
Referenser	23

1. Inledning

Under det gångna året har frågan om jämlik vård hamnat allt högre på dagordningen. Det har diskuterats och studerats vad jämlik vård innebär, i vilken utsträckning vården verkligen är jämlik, och hur vi uppnår en mer jämlik vård. I debatten har vi bland annat hört forskare, myndigheter, patientföreningar och politiker uttala sig. Hittills har dock få, om någon, frågat hur vårdpersonalen upplever vårdens jämlikhet och sina egna förutsättningar att erbjuda patienter jämlik vård. Detta trots att de som arbetar inom hälso- och sjukvården har en unik insyn i vårdens villkor och verkningar, och är oundgängliga för det faktiska tillhandahållandet av vård till patienten.

Som representanter för landets underläkare vet SYLF att underläkarna har ett enormt engagemang både för att erbjuda alla patienter bästa tänkbara vård idag, och att för att göra hälso- och sjukvården ännu bättre i framtiden. Vi menar att underläkarna är en outnyttjad resurs i debatten om jämlik vård, som kan bidra både med kunskap om vårdens befintliga jämlikhet och väl underbyggda idéer om hur jämlikheten skulle kunna ökas. Därför har vi genomfört den här undersökningen, där drygt 3600 underläkare fått svara på frågor om sina förutsättningar att erbjuda jämlik vård åt alla patienter, samt vilka eventuella hinder de upplever för detta.

Att inte lyssna på vad underläkarna har att säga innebär inte bara att stor förbättringspotential går förlorad, till nackdel för patienter landet över. Det innebär också att otaliga underläkare även fortsatt kommer uppleva frustration och stress över att inte kunna erbjuda alla sina patienter så god vård som de skulle vilja. Andelen svarande som överväger att lämna läkaryrket är nästan dubbelt så hög bland de som upplever sig sakna förutsättningar att erbjuda jämlik vård som bland dem som upplever sig ha tillräckliga förutsättningar.¹ Brister i vårdens jämlikhet får således konsekvenser för både patienterna och vårdpersonalen.

Stockholm, februari 2015

Emma Spak
Ordförande SYLF

Kajsa Holmberg
Utredningssekreterare SYLF

Sveriges Yngre Läkares Förening (SYLF) organiserar underläkare från läkarexamen fram till färdiga specialister. Med cirka 9 500 medlemmar är SYLF den näst största yrkesföreningen inom Sveriges läkarförbund. SYLF arbetar med förhandlings-, utbildnings-, arbetsmarknads-, arbetsmiljö- och sjukvårdspolitiska frågor.

¹ 19 procent jämfört med knappt 11 procent.

1.1 Data

Den här rapporten bygger på data från två enkätundersökningar: SYLF:s AT-ranking samt SYLF:s ST-enkät 2014.² . Enkäterna riktar sig till olika grupper av underläkare, det vill säga läkare som befinner sig mellan läkarexamen och specialistläkarkompetens. Detta är också den yrkesgrupp som SYLF organiserar. AT-rankingen riktar sig till läkare som gör allmäntjänstgöring (AT) eller arbetar kliniskt innan AT. ST-enkäten riktar sig till läkare som fullgjort AT och därigenom blivit legitimerade. Dessa gör antingen specialiseringstjänstgöring (ST) eller arbetar kliniskt innan ST.

Båda enkäterna administreras regelbundet och omfattar bland annat frågor om underläkares anställningsvillkor, arbetsmiljö, utbildningskvalitet och yrkesengagemang. 2014 var första året som enkäterna innehöll frågor om de svarandes upplevelse av förutsättningarna att erbjuda patienter jämlik vård. Mer specifikt har de svarande fått svara på frågan "Upplever du dig ha förutsättningar att erbjuda alla patienter jämlik vård oavsett..?" De svarande har sedan kunnat kryssa "ja", "nej", eller inget alternativ alls för var och en av de sju diskrimineringsgrunder som omfattas av diskrimineringslagen: kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning, funktionshinder och ålder. De svarande har också, oavsett om de kryssat i något svarsalternativ eller inte, haft möjlighet att lämna en fritextkommentar av valfri längd.

De svarande som uppgett sig sakna förutsättningar att erbjuda jämlik vård till någon av patientgrupperna ovan har sedan fått följdfrågan "Varför upplever du att du inte har förutsättningar att erbjuda alla patienter lika god vård?". Här har de svarande kunnat kryssa i valfritt antal av sex svarsalternativ, härledda ur tidigare forskning om jämlik vård – "bristande organisation och/eller styrning", "bristande utbildning i patienters olika förutsättningar och behov", "mindre erfarenhet av vissa patientgrupper än andra", "språksvårigheter", "attityder på arbetsplatsen", samt "annat". De som angett "annat" har i fritext kunnat ange ett obegränsat antal egenformulerade förklaringsfaktorer. Samtliga svarande har också, oavsett om de kryssat i något svarsalternativ eller inte, kunnat lämna en fritextkommentar av valfri längd.

Enkäterna mäter alltså inte den absoluta eller objektiva förekomsten av jämlik vård, utan de svarande underläkarnas upplevelse av sina förutsättningar och hinder för att erbjuda patienter sådana. Underläkarnas upplevelse är inte synonym med patienternas, eller resultatet av en extern utvärdering. Var och en av dessa källor representerar dock viktiga perspektiv och kan bidra med värdefull information. Resultaten av vår undersökning har således både ett stort egenvärde och potential att användas i kombination med resultaten från andra studier av jämlik vård.

I SYLF:s AT-ranking har några av bakgrundsfrågorna, till exempel om anställningstyp och eventuellt legitimationsdatum, varit obligatoriska. Övriga frågor som ligger till grund för den här rapporten, inte minst frågan om upplevd diskriminering, har varit frivilliga att svara på. I ST-enkäten har samtliga frågor varit frivilliga att svara på. Syftet med frivilligheten har varit att öka både enkäternas svarsfrekvens och kvaliteten på insamlad data. Att de svarande ges möjlighet att lämna frågor som upplevs som svårtolkade eller känsliga obesvarade innebär att sådana frågor inte behöver resultatera i att enkäten som helhet avbryts, eller att frågorna besvaras slumpmässigt eller medvetet felaktigt bara för att den svarande ska komma vidare i enkäten. På grund av denna frivillighet kan andelen svarande variera något från en fråga till en annan (vilket är ett tecken på att frivilligheten fungerar som avsett). Det interna bortfallet är dock begränsat, då ingen av de frågor som använts i den här rapporten har en svarsfrekvens som avviker mer än ett par procentenheter från enkäten som helhet. I sammanställning och analys av resultaten har ingen form av viktning förekommit. När det i rapporten anges att underlä-

² Båda enkäterna är webbaserade. SYLF:s AT-ranking 2014 skickades ut 16 april 2014 med sista svarsdag 22 maj 2014. Däremellan skickades två e-postpåminnelser. SYLF:s ST-enkät 2014 skickades ut 22 april 2014 med sista svarsdag 28 maj 2014. Däremellan skickades två e-postpåminnelser. Mejladresser hämtades, för båda enkäterna, ur Sveriges Läkarförbunds medlemsregister.

kare har en viss upplevelse är det endast de personer som besvarat någon av enkäterna och/eller de specifika frågorna som avses.

1.2 Urval

Den förstnämnda enkäten, SYLF:s AT-ranking 2014, är en totalundersökning. Populationen är alla i Sverige verksamma, kliniskt arbetande, SYLF-medlemmar med e-postadress i Läkarförbundets medlemsregister som tagit läkarexamen före 1 december 2013, men vid enkättillfället ännu var olegitimerade eller erhöll läkarlegitimation efter 30 november 2013. Dessa uppgick vid urvalstillfället till 2415 personer, varav 1717 personer besvarade enkäten helt eller delvis. Detta ger en svarsfrekvens på 71 procent. 212 av de svarande uppgav att de inte påbörjat AT. Av dessa arbetade 194 kliniskt som läkare innan AT. 1390 personer uppgav att de gjorde AT eller hade avslutat AT och erhållit läkarlegitimation efter 30 november 2013. 25 personer svarade att de inte gjort eller kommer göra AT i Sverige, och de kvarvarande 90 personerna uppgav att de hade avslutat AT före 1 december 2013 eller att de inte arbetade kliniskt. Dessa 25 plus 90, samt de 18 som varken påbörjat AT eller arbetade kliniskt innan AT fördes direkt till slutet av enkäten.

Den andra enkäten, SYLF:s ST-enkät 2014, är en urvalsundersökning bland de i Sverige verksamma, kliniskt arbetande, SYLF-medlemmar med e-postadress i Läkarförbundets medlemsregister som har erhållit läkarlegitimation men ännu inte uppnått specialistläkarkompetens. För att inte samma person skulle få båda enkäterna begränsades undersökningens population ytterligare till de medlemmar som legitimerats innan 1 december 2013. Dessa uppgick vid urvalstillfället till 6533 personer. Ur denna grupp valdes 3288 personer slumpvis ut med hjälp av ett, med undantag för Gotland, proportionellt stratifierat urval på 50 procent på basis av landsting/region. För Gotland inkluderades hela den underläkarpopulation som mötte enkätdefinitionen ovan. Då Gotland är den klart minsta av Sveriges regioner, och säkra resultat kräver ett visst absolut antal svarande, var denna urvalsstrategi nödvändig för att säkerställa resultatens tillförlitlighet för samtliga sjukvårdsregioner. Totalt besvarade 1925 personer enkäten helt eller delvis, vilket ger en svarsfrekvens på 59 procent. Av de som svarat uppgav 1678 personer att de gör ST och 161 personer att de arbetar som legitimerade läkare innan ST. De resterande 86 personerna har uppgivit att de antingen är specialister eller inte arbetar kliniskt som läkare. Dessa har slussats till slutet av enkäten.

Som framgår ovan har ett antal enkäter gått ut även till personer som i praktiken inte uppfyller urvalskriterierna för respektive enkät. Detta beror dels på att Läkarförbundets medlemsregister inte alltid är helt uppdaterat, dels på att registret inte innehåller information om verksamhetssektor. Bland de som felaktigt mottagit enkäter finns läkare som flyttat utomlands, legitimerats eller uppnått specialistkompetens, men inte anmält detta till medlemsregistret.³ Även läkare som forskar prekliniskt eller arbetar i läkemedelsindustrin riskerar att ingå i denna grupp, då de inte kan identifieras i medlemsregistret. I de fall dessa personer ändå nås av och besvarar enkäten i fråga fångas de upp och sällas bort genom frågor om anställningstyp, verksamhetsregion och -sektor. Risken är dock att dessa personer i högre utsträckning än andra antingen inte nås av enkäten, eller inte besvarar den, då innehållet (med rätta) upplevs som irrelevant. Denna övertäckning förklarar således sannolikt en del av det externa bortfallet.

I det externa bortfallet ingår även de som aktivt valt att spärra sin e-postadress från utskick som kommer från SYLF eller annan del av Sveriges Läkarförbund, samt de som har en felaktig e-postadress registrerad i medlemsregistret.

1.3 Representativitet och pålitlighet

³ Läkarförbundet inhämtar information från Socialstyrelsen om nya läkarlegitimationer och specialistkompetensbevis två gånger årligen. Om medlemmen inte själv anmäler sin nya kompetensnivå till förbundet kvarstår gammal information således som längst ett halvår.

Enkätundersökningarnas svarsfrekvenser på 71 respektive 59 procent är mycket goda, då allt över 50 procent generellt anses vara mycket bra för enkätundersökningar.⁴ Nivåerna är särskilt höga i förhållande till jämförbara undersökningar. Exempelvis nådde Läkarförbundets undersökning om jämställt specialitetsval en svarsfrekvens på knappt 49 procent,⁵ och undersökningens uppföljning 37 procent.⁶ De höga svarsfrekvenserna ger SYLF:s undersökning goda förutsättningar att producera pålitliga resultat, förutsatt att det inte finns någon systematisk skevhet i det bortfall av enkätsvar som ändå kvarstår.

Den största delen av det externa bortfallet orsakades av felaktiga e-postadresser i Läkarförbundets medlemsregister. Detta är naturligtvis inte önskvärt, men heller inte ett allvarligt problem, eftersom personers benägenhet att byta och/eller uppdatera sin e-postadress inte kan antas ha ett systematiskt samband med hur de upplever sin arbetsmiljö. Det finns alltså ingen anledning att tro att denna del av bortfallet utgörs av en särskild grupp av underläkare, eller förvränger representativiteten i de svar som faktiskt erhöles.

Vidare överensstämmer sammansättningen av våra svaranden mycket väl med sammansättningen av populationen som helhet både vad gäller kön och ålder. Av de totalt 1717 personer som besvarat SYLF:s AT-rankingenkät var 60 procent kvinnor och 40 procent män, vilket är samma fördelning som i den undersökta populationen som helhet. Både de svarandes och populations genomsnittliga födelseår var cirka 1983. Av de 1925 personer som besvarade SYLF:s ST-enkät 2014 var 62,5 procent kvinnor och 37,5 procent män, att jämföra med 61 procent kvinnor och 39 procent män i urvalet som helhet. Genomsnittligt födelseår för både urvalet och de legitimerade läkarna som svarat på enkäten är cirka 1978. De 3627 personer som besvarat någon av enkäterna utgör sålunda ett för den undersökta populationen representativt urval med avseende på kön och ålder. Då SYLF organiserar ca 75 procent av de svenska underläkarna innebär detta i förlängningen att undersökningens resultat omfattar en stor del av den svenska underläkarkåren som helhet.

1.4 Metod

Insamlade data har analyserats genom en kombination av kvantitativa och kvalitativa metoder. Den kvantitativa metoden har använts för att ge en uppfattning om den rena förekomsten av förutsättningar att erbjuda alla patienter jämlik vård, samt olika hinder därom. Detta är viktigt för att kunna värdera var förebyggande arbete för mer jämlik vård har potential att förbättra situationen för störst antal personer.

Den kvalitativa metoden har använts för att ge analysen djup, och synliggöra var bristerna i vårdens jämlikhet är som störst, om än inte mest vanliga. Kvalitativ data kan således öka förståelsen för vad sifferunderlaget från den kvantitativa analysen egentligen innebär, och demonstrera att mindre vanliga former av ojämlikhet inte nödvändigtvis är mindre allvarliga. Medan kvantitativ analys fångar en statisk ögonblicksbild kan den kvalitativa analysen fånga processer. Förståelse av dessa – hur ojämlik vård uppstår och reproduceras i ett sammanhang över tid – är också det av stor betydelse för att kunna utforma framgångsrika insatser för mer jämlik vård, så väl som stödinsatser för de som drabbats av ojämlikhet i vården.

Efter insamling har enkätsvaren på de flervalfrågor som presenterats ovan sammanställts i frekvenstabeller, dels för populationen som helhet och dels för olika undergrupper inom populationen utifrån faktorer som exempelvis kön, examensland, karriärstadium och medicinsk specialitet. Fördelningen mellan olika svarsalternativ redovisas genomgående som procent av den aktuella populationens totala antal svar på den specifika frågan.⁷

⁴ Trost 2010:137.

⁵ Sveriges läkarförbund 2008:4.

⁶ Sveriges läkarförbund 2013:13.

⁷ På frågor de svarande kunnat välja ett obegränsat antal svarsalternativ innebär detta summan av alla valda svarsalternativ.

De svarandes fritextkommentarer har bearbetats genom kvalitativ innehållsanalys. Denna metod används här för att undersöka och förstå hur en grupp – i det här fallet underläkarna – själva förstår och beskriver en viss social process – i det här fallet tillhandahållandet av jämlik vård. Utgångspunkten för kvalitativ innehållsanalys är ambitionen att inte bara analysera det som direkt uttrycks i texten, till exempel antalet gånger ett visst ord förekommer, utan även textens implicita innehåll – vad de svarande faktiskt menar. Detta innebär i sin tur att databearbetning och tolkning sker parallellt.

För att minska risken för att fritextsvaren tolkas utifrån rapportförfattarens förutfattade meningar har svaren inte analyserats utifrån förutbestämda hypoteser eller kategorier. Dessa har istället tillåtits framträda organiskt genom upprepad läsning. Samtliga fritextsvar har därför lästs igenom förutsättningslöst upprepade gånger. Efter denna genomläsning har fritextsvaren kategoriserats i övergripande teman utifrån de centrala budskap som framträder i svaren.

Eftersom många fritextsvar är ganska långa kan ett och samma svar beröra många olika ämnen som i sin tur korresponderar till olika teman. Inom forskningen kallas dessa olika delar av ett samma fritextsvar för "meningsbärande enheter". Exempelvis ger ett svar som "*Även om jag är intresserad och engagerad så är min kunskap för liten. Framför allt tillåter inte systemet runt mig att jag lägger energi på att motverka diskriminering.*" uttryck både för bristande utbildning (den första meningen) och bristande praktiska förutsättningar att erbjuda jämlik vård (den andra meningen). För att bevara svarens helhet, och därmed minska risken för feltolkningar, har fritextsvar med mer än en meningsbärande enhet sorterats under samtliga berörda teman, med tydlig märkning av vilken meningsbärande enhet som legat till grund för varje kategorisering. Varje meningsbärande enhet har endast tillåtits korrespondera med ett tema.

När samtliga fritextsvar relaterats till minst ett tema har svaren inom varje tema lästs igenom på nytt, och omvärderats i ljuset av varandra. Denna del av processen har dels syftat till att säkerställa att svaren inom ett visst tema verkligen ger uttryck för samma sak, dels att temana är fullständiga och ömsesidigt uteslutande. Här har vissa fritextsvar omsorterats till nya teman, och flera teman delats upp i två eller fler underteman, som exempelvis olika aspekter av det övergripande temat kommunikations-svårigheter.

När data strukturerats på detta sätt har varje tema analyserats närmare, genom att varje fritextsvar inom temat undersökts utifrån vilka påståenden eller fakta som tas för givna, och vilken position jämlik vård har i fritextsvaret i fråga. Sist i processen, när analysen av de svarandes fritextkommentarer är slutförd, har temana relaterats till flervalsfrågornas svarsalternativ.

I den följande redovisningen används citat ur de svarandes fritextkommentarer för att illustrera, förankra och ge legitimitet åt den analys och de tolkningar som presenteras. Med undantag för att den inom vården vedertagna förkortningen "pat" för "patient" skrivits ut för att öka läsbarheten har inga språkliga korrigeringar av citaten gjorts.

1.5 Tidigare studier

Under de senaste åren har ett stort antal studier visat att tillgången till god vård skiljer sig mellan olika befolkningsgrupper, utifrån bland annat kön, etnisk bakgrund, utbildningsnivå, funktionsnivå, socioekonomisk ställning och sexuell läggning.⁸ Många av studierna konstaterar att orsakerna till den ojämlika vården är komplexa och svåra att identifiera.

Diskrimineringsombudsmannen (DO) ringar in kunskapsbrist, normer och attityder hos vårdpersonalen som mycket viktiga orsaker till ojämlikhet, och menar att och regelrätt diskriminering inom sjukvården

⁸ Se t.ex. Patientmaktsutredningen 2013:44:136, 165; Diskrimineringsombudsmannen 2012:18; Nyberg, Osika & Evengård 2008:147; Hamberg 2008:237.

främst handlar om personalens bemötande. Kunskapsbristen beskrivs som särskilt stor vad gäller personer med könsöverskridande identitet eller uttryck.⁹ Samtidigt understryker DO att omotiverade skillnader i bemötande, diagnostisering och behandling sällan är medvetna handlingar från vårdpersonalens sida, utan snarare resultatet av omedvetna prioriteringar, okunskap och otydliga rutiner,¹⁰ så som att läkare har olika förväntningar på, och tolkningar av, patienter utifrån vilken grupp de tillhör¹¹. Även i patientmaktsutredningen konstaterades att det finns stora brister i bemötandet, kunskapsnivån och värdegrundsarbetet inom den svenska hälso- och sjukvården.¹² Europakommissionen för mänskliga rättigheter (FRA), gör en mer negativ tolkning, och menar att vårdpersonal ofta är "ovilliga att medge att diskriminering i hälso- och sjukvården existerar", utan istället förklarar eventuella skillnader i tillgången till vård mellan olika patientgrupper utifrån språkliga- och/eller organisatoriska hinder.¹³

Dessa brister påverkar i sin tur människors benägenhet att söka vård. På grund av egna och andras dåliga erfarenheter av bemötandet från vården avstår till exempel många homo-, bi- och transsexuella samt utlandsfödda systematiskt från att söka vård.¹⁴ Många representanter för dessa grupper upplever att de i kontakten med vården reduceras till sin "normavvikelse", vilket tar fokus från de faktiska symptom som föranlett vårdkontakten och riskerar att påverka vårdkvaliteten negativt.¹⁵

Ytterligare studier har visat att även patienter har olika förväntningar på läkare, exempelvis utifrån faktorer som läkares kön och ålder. Detta kan i sin tur påverka patientens villighet att följa behandlingsinstruktioner, eller överhuvudtaget låta sig behandlas av en viss läkare.¹⁶

Utöver brister i vårdpersonalens kunskapsnivå och bemötande noterar DO att hälso- och sjukvårdspersonal kan begränsas av strukturer och praktiska förutsättningar, som trots de bästa intentioner gör det svårt att ge alla jämlik vård.¹⁷ Risken för omedvetna prioriteringar och inlärd beteenden och normer får styra, till nackdel för den individuella bedömningen, ökar när verksamheten och personalen är under tidspress.¹⁸ DO menar vidare att ersättningsystem som premierar många korta patientmöten är diskriminerande, då de gör exempelvis äldre och eller multisjuka patienter med komplicerade sjukdomsbilder mindre lönsamma, och därför mindre attraktiva att tillmötesgå – om det ens är företagsekonomiskt möjligt. Andra patienter – t.ex. patienter med psykisk funktionsnedsättning eller patienter som behöver tolk – behöver också ofta längre besökstid.¹⁹

Vidare finns även flera studier som visar på problem i tillgången till och användning av både döv- och språktolk. Bristen är särskilt stor på särskilt auktoriserade sjukvårdstolkar. Detta leder dels till att många avstår från att söka vård helt och hållet, och dels till att anhöriga, inte sällan barn, får agera tolk. Problemet anses både bestå i reell brist på tolkar, särskilt auktoriserade och sjukvårdsauktorisera- de dito, men även i att vårdpersonalen systematiskt underlåter att undersöka patienters tolkbehov, eller avstår från att boka tolk då man förväntar sig att anhöriga tolkar. Otillräcklig kvalitet och tillgång på tolk kan i sin tur leda till sämre anamnes och diagnostik, samt att patienten inte förstår behandlingsinstruktioner.²⁰ Det finns även indikationer på högre dödlighet i patientgrupper med behov av tolk då sådan inte använts.²¹

När Myndigheten för vårdanalys nyligen undersökte förekomsten av omotiverade skillnader i vården av olika patientgrupper bedömde man att faktorer som resurstillgång, organisation och utrustning

⁹ Diskrimineringsombudsmannen 2012:17

¹⁰ Diskrimineringsombudsmannen 2012:10

¹¹ Andersson 2012:16.

¹² Patientmaktsutredningen 2013:141, 166, 168

¹³ European Union Agency for Fundamental Rights 2013.

¹⁴ Diskrimineringsombudsmannen 2012:9, 20f; Wamala et. al. 2007:409.

¹⁵ Diskrimineringsombudsmannen 2012:45

¹⁶ Hall & Roter 2002:217; Arouni & Rich 2004:24, SYLF 2013.

¹⁷ Diskrimineringsombudsmannen 2012:15f

¹⁸ Diskrimineringsombudsmannen 2012:24

¹⁹ Diskrimineringsombudsmannen 2012:22f

²⁰ Se t.ex. Sundell Lecerof 2008:18f och Hadziabdic 2011:30ff; Sveriges Radio 2012-06-19.

²¹ Esscher 2014:44, 47.

ersättningssystem inte är direkt avgörande för vad som sker i vårdmötet, men kan ha indirekt effekt genom sin påverkan på tid för kommunikation med patienten och reflektion över behandlingsbeslut.²² Just kommunikationen mellan läkare och patient identifieras även i Patientmaktsutredningen som ett område med förbättringspotential. På grund av faktorer som modersmål, utbildningsnivå och funktionsnivå varierar patienters förutsättningar att kunna beskriva sina symptom, ställa krav och efterfråga information, eller förstå läkarens instruktioner.²³ Om vårdpersonalen inte anpassar sitt eget bemötande och sin kommunikation efter detta riskerar vården att bli ojämlik. Flera studier visar också att läkare är mer benägna att erbjuda mer vårdresurser – i form av tid, information, behandling och diagnostiska test – till patienter som socialt är lika dem själva, oavsett faktiskt vårdbehov.²⁴ Sammanfattningsvis påverkas vårdens jämlikhet, som konstaterat av Tengelin, av vårdmötets hela kontext – ”både patienters och läkares karaktäristika och förutsättningar, samt av de organisatoriska förutsättningar mötet sker inom.”²⁵

2. Resultat

Tabell 1 nedan visar att cirka 70 procent av de svarande upplever sig ha förutsättningar att erbjuda jämlik vård till alla patienter, oavsett om patienter representerar någon diskrimineringsgrund eller inte. Detta innebär att knappt en av tre underläkare upplever sig sakna sådana förutsättningar. Kvinnor upplever större hinder för erbjudandet av jämlik vård än män. Då det inte finns något skäl att tro att manliga läkare systematiskt är mer kompetenta än kvinnor reflekterar könsskillnaden sannolikt skillnader i bedömningen av den egna förmågan, uppfattningen om vad jämlik vård innebär, och medvetenheten om vilka problem kring erbjudandet av jämlik vård som faktiskt finns.

Tabell 1. Upplever du att du har förutsättningar att erbjuda jämlik vård till patienter oavsett deras..? Andel ja-svar i procent

	Totalt	Män	Kvinnor
Sexuell läggning	97,7	98,1	97,5
Kön	96,7	97,6	96,1
Könsidentitet/-uttryck	95,3	95,7	95,0
Religion	91,1	91,6	90,8
Funktionshinder	88,5	91,1	86,8
Ålder	88,3	89,8	87,4
Etnicitet	80,4	84,4	77,8
Något av ovanstående	70,5	75,3	67,3

Källa: SYLF:s AT-ranking 2014, SYLF:s ST-enkät 2014.

Undersökningen visar att den stora majoriteten av de svarande underläkarna upplever sig kunna erbjuda patienter jämlik vård oavsett patientens sexuella läggning, kön och könsidentitet. Vad gäller diskrimineringsgrunderna religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder, ålder och etnicitet uppgår betydande andelar av de svarande att de upplever hinder för att erbjuda jämlik vård. Störst hinder upplevs i vården av personer med olika etnisk härkomst – hela 20 procent av de svarande upplever sig sakna möjlighet att ge vård av lika god kvalitet till patienter oavsett etnicitet.

Generellt finns inga betydande skillnader mellan olika de underläkargruppernas upplevda förmåga att erbjuda jämlik vård utifrån faktorer som kön, ålder, utbildningsland eller andra demografiska faktorer, inklusive samvariationer av dessa. Det finns heller inga betydande skillnader i den upplevda möjligheten att erbjuda jämlik vård mellan underläkare verksamma i olika medicinska specialiteter, eller

²² Myndigheten för vårdanalys 2014:75

²³ Patientmaktsutredningen 2013:141, 166, 168

²⁴ Se t.ex. Tengelin 2013, Verlinde et. al. 2012 och Scott et. al. 1996.

²⁵ Tengelin 2013:5

primär- och slutenvården.²⁶ Det enda undantaget gäller underläkare med examen från land utanför EU, vilka upplever avsevärt mindre hinder för att erbjuda jämlik vård till patienter av olika etnicitet än sina svenskutbildade kollegor.²⁷ Detta är den enda patientgrupp för vilken tredjelandsläkarnas upplevelse skiljer sig från övriga läkargrupper, vilket indikerar att resultatet inte beror på kulturella skillnader i synen på jämlikhet i stort. En möjlig förklaring är istället att tredjelandsläkarnas större erfarenhet av kulturella och språkliga utmaningar ökar deras förmåga att hantera de problem som kan uppstå i vården av patienter med olika etnicitet, och förstå de patienter som möter dessa problem.

Det finns också ett samband mellan de svarandes upplevda förutsättningar att erbjuda jämlik vård och de svarandes upplevelser och erfarenheter av sin arbetsplats i övrigt. De underläkare som själva upplevt sig diskriminerade – så många som en knapp tredjedel²⁸ – upplever i högre utsträckning än de som saknar egen diskrimineringsupplevelse hinder för att erbjuda jämlik vård. Detta visas i tabell 2, och gäller både män och kvinnor och oavsett vilken grund underläkarna själva upplevt sig diskriminerade på. En möjlig tolkning av resultatet är att personer som själva upplevt diskriminering är mer benägna att identifiera och uppmärksamma negativ särbehandling och ojämlika strukturer i sin omgivning. Detta skulle i sin tur även delvis kunna förklara kvinnors något sämre upplevda förutsättningar att erbjuda jämlik vård – kvinnliga underläkare upplever diskriminering i avsevärt högre utsträckning än sina manliga kollegor, och är därför möjligen mer medvetna om ojämlikhet i sin omgivning. Detta möjliga orsakssamband identifieras även av flera av de svarande själva. En kvinnlig underläkare reflekterar:

"[Jag] tror snarare att man blir en bättre läkare om man fått känna av diskriminering, att man inser maktförhållanden i samhället och att man tex är i maktposition som läkare."

Tabell 2. Upplever du att du kan ge jämlik vård till patienter oavsett deras..? Andel ja-svar i procent

	Svarande med egen diskrimineringsupplevelse	Svarande utan egen diskrimineringsupplevelse
Sexuell läggning	96,9	98,1
Kön	95,2	97,3
Könsidentitet/-uttryck	93,8	95,9
Religion	88,9	92,1
Funktionshinder	86,0	89,6
Ålder	86,6	89,1
Etnicitet	76,6	82,1
Något av ovanstående	66,1	72,4

Källa: SYLF:s AT-ranking 2014, SYLF:s ST-enkät 2014.

Vidare anger de som upplever sig ha möjlighet att påverka sin arbetsmiljö att de även upplever sig ha något större möjlighet att erbjuda patienter jämlik vård (72 procent jämfört med 68 procent). Detta skulle kunna indikera att arbetsgivare som lyssnar på och är villiga att anpassa sig till personalens behov också är mer benägna att lyssna på och anpassa sig till patienternas dito.

2.1 Hinder för jämlik vård

De svarande som uppgett att de upplevde sig sakna förutsättningar att erbjuda jämlik vård till alla patienter fick sedan en följdfråga om varför. De svarande fick välja så många av de sex möjliga svarsalternativen de önskade, och hade också möjlighet att lämna en fritextkommentar av obegränsad längd. Tabell 3 nedan visar att de svarande upplever hinder på en lång rad områden. Hela 60 procent av de som säger sig sakna förutsättningar att erbjuda jämlik vård identifierar bristande utbildning i patienters

²⁶ De upplevda hindren är, föga förvånande, något mindre inom specialiteter med begränsad patientkontakt, så som bild- och funktionsmedicin och labbspecialiteterna, men skillnaden är ytterst marginell; enstaka procentenheter.

²⁷ 90 procent av de svarande med läkarexamen från land utanför EU upplever sig kunna erbjuda jämlik vård till alla patienter oavsett etnicitet, jämfört med 79 procent av de svenskutbildade svarande.

²⁸ SYLF 2014:8

olika förutsättningar och behov som ett av hindren. Nästan lika många upplever sjukvårdens själva organisation och styrning som ett hinder. Även bristande erfarenhet av vissa patientgrupper, språksvårigheter och attityder på arbetsplatsen upplevs som hindrande av stora andelar av de svarande.

Tabell 3. Varför upplever du att du inte har förutsättningar att erbjuda alla patienter lika god vård? (Andel svar i procent)

	Totalt	Män	Kvinnor
Bristande utbildning i patienters olika förutsättningar och behov	60,9	59,6	61,4
Bristande organisation och/eller styrning	56,1	53,9	57,2
Mindre erfarenhet av vissa patientgrupper än andra	41,1	40,4	41,3
Språksvårigheter	31,9	30,1	32,8
Attityder på arbetsplatsen	28,5	23,8	30,7
Annat	10,4	12,5	9,3
Summa	228,9	220,4	232,8

Källa: SYLF:s AT-ranking 2014, SYLF:s ST-enkät 2014.

En närmare undersökning av förekomsten av hinder för jämlik vård av specifika patientgrupper visar att bristande utbildning och erfarenhet är ett särskilt stort hinder i vården av HBTQ-patienter – nära 70 procent av de svarande upplever sig exempelvis sakna tillräcklig erfarenhet av denna patientgrupp.²⁹ Föga förvånande uppfattas också språksvårigheter som ett särskilt stort hinder i vården av patienter med annan etnisk bakgrund än svensk. Hela 80 procent av de som upplever hinder för jämlik vård till denna grupp gör det åtminstone delvis på grund av språkproblem. Minst skillnader mellan patientgrupper finns i fråga om vårdens organisation och styrning, vilken upplevs som hindrande för erbjudandet av jämlik vård till samtliga patientgrupper. Men vad avser underläkarna egentligen när de upplever sig hindrade i sin vårdutövning av sjukvårdens organisation och styrning, och vilken utbildning saknar man? Vad är det för attityder i vägen för erbjudandet av jämlik vård?

På frågan om möjlighet att erbjuda patienter jämlik vård fick vi ett överväldigande antal – nära 1000 – fritextsvar från drygt 600 unika läkare. Detta i sig tyder på ett mycket stort engagemang i frågan om jämlik vård, och att underläkarkåren har mycket kunskap och idéer att bidra med för att öka vårdens jämlikhet. I avsnittet som följer används fritextsvaren som underlag för att identifiera de underliggande problemen och hindren för att erbjuda jämlik vård till alla patienter. Då underläkarna upplever relativt störst hinder för erbjudandet av jämlik vård till patienter med olika religion, funktionsnivå, ålder och etnicitet ligger fokus på dessa fyra patientgrupper.

I underläkarnas kommentarer om hinder för att erbjuda jämlik vård till patienter oavsett diskrimineringsgrund återkommer fyra tydliga teman, som på olika sätt relaterar till flervalsalternativen som presenterades ovan. Flera av temana i fråga är gemensamma för patienter som representerar olika diskrimineringsgrunder. Temana i fråga behandlas även av ett stort antal svarande som uppgett att de trots allt upplever sig ha möjlighet att erbjuda jämlik vård – dessa svaranden beskriver hur olika situationer och förhållanden är långt ifrån optimala, men att man genom att göra sitt bästa ändå är förmögen att ge patienten god vård. Den absoluta majoriteten av de fritextkommenterande underläkarna har således samma grundsyn på vårdens strukturer och problem. Skillnaden mellan de som upplever sig kunna respektive inte kunna erbjuda jämlik vård ligger istället främst i synen på vad jämlik vård innebär.

En återkommande skillnad mellan de som upplever sig kunna respektive inte kunna erbjuda jämlik vård är hur man beskriver "ett tillfredsställande utfall" – de som upplever sig kunna erbjuda jämlik vård talar i högre utsträckning om att kunna ge "god vård" trots hinder, medan de som upplever sig sakna möjlighet att erbjuda jämlik vård talar om att inte kunna ge "lika god vård".

²⁹ De som inkluderas i diskrimineringsgrunderna könsöverskridande identitet eller -uttryck samt sexuell läggning.

2.1.1 Kommunikationssvårigheter

Det första temat som återkommer i underläkarnas fritextsvar är kommunikationssvårigheter. Dessa uppstår främst i mötet mellan läkare och patienter med utländsk bakgrund, men även i mötet med mycket unga eller gamla patienter och patienter med funktionsnedsättning som påverkar möjligheten att beskriva symptom och ta in information. Problemen består dock inte bara i språkförbistring i strikt bemärkelse, utan även i kulturförbistring, varför kommunikationssvårigheter i vården delvis är en fråga om bristande utbildning av både läkare och patienter.

2.1.1.1 Problem med tolkning

När underläkare upplever hinder för att erbjuda jämlik vård till patienter oavsett etnicitet handlar problemen till stor del om språkförbistring snarare än etniciteten i sig. Ett mycket stort antal svarande beskriver grava problem i kommunikationen med patienter med begränsade kunskaper i svenska. En stor del av dessa problem kretsar kring tillgången till, och kvaliteten på, tolkning. Ur de svarandes kommentarer framgår att den fysiska tillgången på tolk är mycket knapp. På många platser finns överhuvudtaget ingen tillgång till fysisk tolk, på andra ställen är fysisk tolk enbart tillgänglig under dagtid och/eller med lång framförhållning, vilket sällan är praktiskt möjligt då många läkarbesök sker akut.

Vidare beskrivs kvaliteten på tolkning som mycket ojämn. Även i det relativt bästa scenariot, när fysisk tolk är närvarande och tolkningen håller god kvalitet upplever dock i princip samtliga fritextsvarande att samtalskvaliteten försämras och detaljer och nyanser går förlorade i tolksamtal jämfört med direktkommunikation med patienten. Detta påverkar särskilt upptagandet av sjukdomshistoria negativt och är ett stort problem i akuta situationer. Flera svarande beskriver hur bristen på information i sin tur leder till att de överutreder patienten, eller väljer andra behandlingsalternativ än de annars gjort, för att minimera risken för feldiagnostisering och felbehandling snarare än att optimera behandlingens effektivitet. Några underläkare beskriver:

"Brister i språklig kommunikation ibland gör att jag erbjuder annan vård för att uppnå bättre compliance (ex vårdar ibland patienten inneliggande på andra indikationer än vad jag hade gjort med en patient som jag hade kunnat kommunicera med)"

"Även när det finns tillgång till tolk har jag svårare att göra ett bra arbete. Blir missförstånd gång efter annan, och samtalen blir mycket stolpiga. Upplever att den krångliga kommunikationen medför att patienter låter bli att påtala problem"

"En del tolkar håller inte måttet, och även om de är acceptabla kan man aldrig uppnå lika bra kommunikation som om man talar samma språk."

Svarande som jobbar inom psykiatrin beskriver problematiken kring tolk som särskilt stor inom detta fält, då tolknärvaron ofta upplevs hindra patienten från att öppna sig och berätta så fritt som hen annars skulle gjort. Det är också svårare att fånga upp språkliga nyanser som kan vara av stor betydelse för hur patienten ska bedömas och behandlas. Tolkbehov anses således försämra förutsättningarna för en likvärdig psykiatrisk vård.

I de otaliga fall fysisk tolk inte är tillgänglig är läkaren och patienten i första hand hänvisade till telefontolk. Även tillgången på telefontolk beskrivs som begränsad, och ofta förenad med lång väntetid och krav på god framförhållning. När telefontolk väl finns är de svarande unisont överens om att telefontolk ytterligare försämrar kvaliteten på patient-läkarmötet jämfört med fysiskt närvarande tolk, och att kvaliteten på telefontolkarna varierar ännu mer än kvaliteten på de fysiska tolkarna.

När varken fysisk tolk eller telefontolk finns tillgänglig uppger de svarande att patientens anhöriga ofta får tolka, även när de anhöriga är unga barn. Detta upplevs som både medicinskt och etiskt problema-

tiskt. Dels för att det finns en risk att patienten inte är helt ärlig i sina anhörigas närvaro, till exempel för att patienten skäms inför sina anhöriga eller inte vill oroa dem. Dels för att anhöriga inte har tystnadsplikt som professionella tolkar. Två svarande beskriver situationen:

"Även om det sägs att man ALLTID ska ta in professionell tolk för de som behövs, så är det långt ifrån alltid som det efterlevs - blir det nog allt för ofta en anhörig som är med och tolkar (inte sällan barn, vilket ju är förkastligt)"

"Föreligger det en språklig barriär blir vården sämre då det ofta blir sämre kontakt via telefontolk och att det dessutom sällan finns utrymme för tolk tidsmässigt. Anhöriga får oftast tolka. Även barn åt vuxna"

Flera svarande berättar också om hur vissa patienter inte vill ha tolk närvarande, och att tolkarna ibland känner patienterna. Många uppger också att tolksamtal systematiskt underutnyttjas, vilket av vissa svarande anses leda till bristande patientsäkerhet.

"Mer eller mindre rutin att inte anlita tolkar trots att kommunikationen ofta är bristfällig och det skulle behövas."

I fall som rör patienter som talar mycket ovanliga språk som endast ett fåtal individer i Sverige behärskar är en viss väntetid, eller till och med bristande tillgång, på tolk möjligen oundviklig. Flera svarande beskriver dock att det vid upprepade tillfällen saknats tolkar till bland annat finska och dari, trots att dessa språk talas av ett stort antal patienter, och finska har särskild minoritetsspråksstatus. I dessa och liknande fall kan bristen på tolkar inte ses som något annat än ett misslyckande för samhället.

"Det kan vara svårt att känna att man verkligen förstår och gör sig förstådd vid vissa tolksamtal alt med patient som har stora svårigheter med svenskan och som ej vill ha tolk med. Detta kan leda till osäkerhet om patienten har fått samma förutsättningar och vård som när dessa svårigheter ej föreligger."

Givet alla de problem som är förenade med tolk uppger flera svarande som själva är flerspråkiga att de upplever flerspråkigheten som en mycket stor tillgång i sitt arbete. Många andra, som saknar språkkunskaper utöver svenska och engelska, uttrycker en önskan om att behärska fler språk.

"Som dubbelkulturell och dubbelspråkig kan man nå ut till större mängd patienter"

"Ett hinder är att jag endast är flytande på svenska o engelska. Tänk vad bra om jag förstod somaliska eller arabiska.."

Vad gäller kommunikationssvårigheter som uppstår i mötet med unga barn och äldre patienter, samt patienter med funktionshinder- eller nedsättning tar sig dessa delvis andra uttryck. Här uppfattas problemet främst ligga i att de personer som följer med patienterna i fråga för att tillgodose deras intressen – vårdare, gode män, föräldrar till barn och barn till åldringar – ofta saknar tillräcklig information om patienten för att kunna tala i dennes sak, svara på frågor, och inhämta adekvat information. Liksom för de patienter som behöver tolk påverkar detta ofta anamnesen negativt. Flera svarande påtalar också att medföljande vårdpersonal ibland inte har med sig listor över patientens befintliga medicinering trots att detta är en central arbetsuppgift för vårdarna i fråga. Detta medför i sin tur stora risker för patienten, särskilt i akuta situationer.

2.1.1.2 Kulturförbistring

Utöver hindren för ren språklig kommunikation mellan läkare och patient beskriver även många svarande svårigheter i den icke-språkliga kommunikationen. Detta gäller främst i mötet med patienter från andra kulturer, och en annan religiös eller etnisk bakgrund än läkarens egen. Ett fåtal svarande reso-

nerar dock kring att motsvarande problem kan uppstå även i mötet med patienter med en socioekonomisk status och utbildningsnivå som skiljer sig avsevärt från läkarens. En av de största utmaningarna upplevs vara att sätten att uttrycka smärta och oro och beskriva symtom är kulturellt betingade. Ett stort antal svarande beskriver hur *"andra kulturers sätt att uttrycka sjukdom/smärta ofta är svårtolkade"*, *"kultur och religion påverkar sjukdomsuppfattning"* och att de *"har svårt att tolka signaler och uttryck för oro eller obehag från personer av annat etniskt ursprung"*. Denna kulturförbistring gör det svårare för läkaren att förstå patienten – och för patienten att förstå läkaren. Detta försvårar i sin tur diagnos såväl som behandling, och många svarande beskriver hur de skulle vilja öka sin vårdkulturella kompetens. En underläkare sammanfattar:

"Vi får alldeles för lite utbildning i vad det innebär att vara vårdsökande och ha annan kulturell/etnisk/religiös bakgrund. Vi förutsätts kunna hantera olika kulturellt betingade sätt att söka vård, uttrycka sjukdom och symtom. Verkligheten ser helt annorlunda ut och en av de största utmaningarna för mig är att ta fram och förklara för människor som kan ha helt olika förutsättningar för att förstå och delta i sin egen vård. Detta blir lätt ett hinder för mig att ge lika vård till alla"

En annan, relaterad utmaning är kulturella skillnader i förväntningar på sjukvården och läkaren, och hur mötet mellan läkaren och patienten ska se ut. Det kan exempelvis gälla omfattningen på instruktioner och patientdelaktighet eller hur auktoritär läkaren ska vara. En underläkare berättar:

"patientens religiösa/kulturella bakgrund kan göra att den har andra förväntningar på vården än den traditionellt svenska, som teoretiskt kan göra att jag inte kan erbjuda lika god vård, ssk om jag inte har koll på deras förväntningar, men jag försöker efterfråga det om jag upplever att patienten verkar ha andra förväntningar."

2.1.2 Bristande organisation och styrning

Nästa övergripande tema i underläkarnas fritextsvar är hur bristande praktiska förutsättningar hindrar tillhandahållandet av jämlik vård. Bristerna återfinns både i hur sjukvården styrs och organiseras och hur vårdens fysiska utrymmen och utrustning är konstruerade. Många problem grundar sig i att vården i många avseenden är organiserad utifrån formell jämlikhet, det vill säga att alla patienter ska erbjudas samma sak, till exempel vad gäller resurser och ärendehantering. Då patienterna inte är identiska, utan tvärtom har mycket olika förutsättningar och behov, passar standardbemötandet från vården olika patienter olika väl. I praktiken leder den formella jämlikheten således till betydande ojämlikhet i förutsättningarna till ett gott utfall.

2.1.2.1 Rigida tidsbokningssystem

Ett av de mest frekvent återkommande praktiska hindren för tillhandahållandet av jämlik vård är bristande möjlighet att anpassa patientens besökstid efter behov. På den absoluta majoriteten av Sveriges vårdcentraler och sjukhus används standardiserade besökstider på mellan 15 och 30 minuter. Detta leder ofta till tidsbrist, särskilt i möten med vissa patientgrupper. En sådan grupp är patienter som behöver tolk. Utöver att dessa patienter ofta får vänta längre på läkarbesöket i sig – både vid tidbokning och i väntrummet – tar även själva undersökningen oundvikligen längre tid. Dels eftersom all kommunikation måste ske via mellanhand, dels eftersom både läkaren och patienten kan ha behov av att ställa extra frågor för att vara säkra på att de fått rätt information och gjort sig förstådda. En annan grupp som av många svarande upplevs behöva mer tid är gamla och/eller funktionsnedsatta patienter behöver mer tid, inte minst eftersom hög ålder och funktionsnedsättning ofta sammanfaller. Äldre patienter har exempelvis ofta sämre hörsel och rörlighet än unga, vilket gör att frågor kan behöva upprepas och förtydligas, och att det tar längre tid för patienten att ta av sig kläderna inför en undersökning.

När dessa patienter får lika lång besökstid som alla andra blir resultatet att mindre information hinner förmedlas och chansen att nå gemensam förståelse kring diagnos och behandlingsstrategi minskar. Även det personliga bemötandet blir ofta lidande. Sammantaget upplevs följden vara att patienterna i fråga har sämre förutsättningar till lika god vård som andra. Att alla patienter tilldelas lika lång besökstid är således bara jämlikt i teorin – i praktiken innebär en sådan struktur att olika patienter hinner få sina vårdbehov tillgodosedda i högst varierande grad, och att vissa patientgrupper systematiskt missgynnas.

"Upplever tidspress med tolksamtal som en stor nackdel för patienten. Inte lika vård och patientens besök får ofta avslutas utan tolk dvs jag kan inte vara säker på att förståelse nås och ordinationer följs."

Många svarande uttrycker hur de, trots upprepade påtryckningar, inte får gehör när de påtalar exempelvis äldre och tolkbehövande patienters behov av extra besökstid. Ur de svarandes kommentarer kan vi utläsa att det endast är i extrema undantagsfall det finns möjlighet att faktiskt avsätta längre tid för något besök, även om besöket är förbokad och vårdenheten är väl medveten om patientens behov vid bokningstillfället. Ett mycket stort antal svarande beskriver också stor frustration över att, på grund av detta, inte kunna möta exempelvis äldre patienter på ett så gott sätt de skulle önska.

"De äldre behöver ofta mer tid, och när tiden inte räcker till går det ut över den vård jag ger. Tidsbristen gör att bemötandet inte blir lika bra"

"Det finns inte tillräckligt med tid att möta äldre, funktionshindrade och språkbarriärer på ett rättvist sätt. Tid saknas pga för lite personal."

"30 min är inte tillräckligt och trots mångåriga påtryckningar om längre tid fås inte detta"

"Tyvärr finns för lite tid för att göra det jag skulle vilja för de allra äldsta"

2.1.2.2 Vårdplatsbrist

Ett av de mest återkommande praktiska hindren för att erbjuda jämlik vård är vårdplatsbrist. Detta drabbar främst äldre, multisjuka patienter. Ett mycket stort antal svarande beskriver hur patienter ur denna grupp, som egentligen skulle behöva läggas in, prioriteras bort när vårdplatserna inte räcker. Detta leder i sin tur till täta återinläggningar, och flera svarande beskriver hur de *"fått lägga in patient som skrivits ut tidigare samma dag"*. Särskilt stor upplevs bristen på intensivvårdsplatser och geriatriska vårdplatser, inklusive psykiogeriatriska platser.

"Många äldre skickas mellan sjukhus och boende utan ordentlig uppföljning och det stöd de egentligen skulle behöva. På grund av vårdtrycket skrivs de ut för tidigt och andelen återinläggningar är stor hos äldre multisjuka."

"Miljön inom psykiatrin som det ser ut nu är särskilt dålig för äldre människor, det borde vara självklart att det inom varje sektor finns en psykiogeriatrisk enhet men nu blir det i stället blandning där äldre, ofta dementa och förvirrade, människor klumpas ihop med psykotiska/utåtagerande personer vilket absolut inte gör dem bättre."

Många svarande beskriver hur problemen med vårdplatsbrist och rigida tidbokningssystem förvärras av ersättnings- och utvärderingssystem som premierar snabb expediering av väldefinierade diagnoser. Istället för att uppmuntra vårdens huvudmän att tillmötesgå och anpassa sig till patienter med stora och komplexa behov belönas verksamheter för den motsatta prioriteringen. Särskilt problematisk upplevs situationen på akutmottagningarna. En svarande berättar:

"De äldre multisjuka får vänta på akuten där det finns "snabbspår" i form av vårdprogram för patienter som har en definierad diagnos men som kanske skulle kunna vänta till förmån för den äldre."

Även personalbrist, hög arbetsbelastning, bristande samordning med kommun och socialtjänst samt otillräcklig geriatrisk kompetens upplevs förstärka de problem som vårdplatsbrist och ett fyrkantigt tidbokningssystem och vårdplatsbrist genererar. Många svarande beskriver hur de möter motstånd när de försöker frigöra resurser åt äldre patienter.

"Söker man konsult hjälp om en geriatrisk patient ska det väldigt mycket till att man får till en fysisk konsultation, tex besöks tid el undersökning. Det är trögjobbat att försöka hjälpa en geriatrisk patient genom vården som behöver någon ytterligare hjälp utanför geriatrikens specialistområde."

Vården av multisjuka äldre är således ytterligare en aspekt av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet som är jämlik på ytan, i det att äldre har tillgång till vård under samma övergripande former som övriga befolkningen, men i praktiken skapar ett sämre utfall för äldre och sjuka patienter än för unga och friska, eftersom de två grupperna har vitt skilda förutsättningar och behov. Skillnaden mellan jämlikhet i teorin och praktiken, och problemen som uppstår när likhetstecken sätts mellan dessa, noteras även av flera av de svarande underläkarna själva. En kvinnlig ST-läkare sammanfattar:

"Tyvärr så är vården inte lika god tex avseende hemsjukvårdspatienter och äldre multisjuka som skulle behöva längre mottagningstider och tätare besök. Tyvärr erbjuds de vård på samma villkor avseende kontinuitet och tillgänglighet som yngre friska patienter med tex förkylningar."

2.1.2.3 Fysisk planering och organisation

Ett tredje återkommande tema i de svarande underläkarnas beskrivningar av organisatoriska hinder för jämlik vård är hur vårdutrymmenas och den tekniska utrustningens fysiska utformning skapar svårigheter för personer med begränsad rörlighet. Detta gäller främst äldre och/eller funktionsnedsatta patienter, men även patienter med stor övervikt. Problemen består bland annat i bristande anpassning av teknisk utrustning till patienter som inte kan röra sig som utrustningen kräver, eller givet sin bristande rörlighet eller kroppsform inte får plats i de maskiner som utför en viss undersökning. Vad gäller överviktiga patienter uppstår problemen ofta på en mycket basal nivå, då det ofta saknas möjlighet att röntga eller ens lyfta patienterna i fråga. Flera svarande berättar vidare att trånga besöksrum ofta gör det svårt för mindre rörliga patienter att ta av och på sig kläderna, eller för patienter med rullstol att ta sig in och få plats i rummen. En svarande beskriver:

"Just nu har jag väldigt litet rum så jag skäms när jag har rullstolsburna patienter för de kommer knappt in på rummet. Min chef är informerad och medveten men tyvärr kan vi inte göra så mkt åt situationen då det finns för få rum med många medarbetare."

Relaterade problem påtalas även vad gäller organisationen av pre-operativa utredningar, som idag nästan uteslutande görs inom öppenvården. Detta innebär att patienten för egen maskin måste besöka en lång rad mottagningar för provtagning och undersökning inför eventuell operation. Systemet är jämlikt på ytan i och med att det är lika för alla, men flera svarande konstaterar att det är betydligt mer besvärligt för exempelvis funktionsnedsatta och äldre patienter, och därför i praktiken innebär sämre förutsättningar för dessa patientgrupper att få lika god vård och ett gott hälsoutfall som andra.

På ett liknande sätt beskriver flera svarande hur även underbemanning inom vården slår olika hårt mot olika patientgrupper – den äldre patienten som behöver hjälp av en sjuksköterska för att klä av sig saknar sjuksköterskan mer än den rappa 20-åringen den dag sjuksköterskan inte längre är tillgänglig på kliniken eller vårdcentralen. Vårdens underbemanning upplevs också få negativa spridningseffekter på underläkarnas förutsättningar att erbjuda jämlik vård. Många svarande beskriver hur de, på grund av arbetsbelastningen, inte har möjlighet att verkligen ta sig tid för varje patient och sätta sig in i – och

möta – dennes personliga behov så som de skulle vilja. Arbetsbelastningen krymper också tiden att fortbilda sig i mindre patientgruppers specifika förutsättningar, och orken att ta strid för patienter som faller mellan stolarna.

"Även om jag är intresserad och engagerad så är min kunskap för liten. Framför allt tillåter inte systemet runt mig att jag lägger energi på att motverka diskriminering."

Slutligen uppfattas även lagstiftning kring papperslösa invandrare och asylsökande som ett hinder för jämlik vård. Problemen handlar dels om praktiska svårigheter att följa upp dessa patienter, som ofta flyttar eller flyttas runt mellan olika flyktingförläggningar och tillfälliga boenden, och dels om osäkerhet om vilken vård man som läkare har rätt att ge en papperslös patient. Det påtalas också att papperslösa och/eller asylsökande ofta inte har råd att hämta ut de läkemedel som skrivs ut åt dem.

"Även om det inte faller under diskrimineringslagen så skulle man här även kunna fråga om juridisk status/flyktingstatus. Där tror jag många känner sig "tvingade" att göra skillnad på patient och patient även om det är vi som läkare som ska avgöra vilken vård en patient behöver"

2.1.3 Kunskapsunderskott

Av de som angett att de upplever sig sakna möjlighet att erbjuda alla patienter jämlik vård anger över 60 procent bristande utbildning i patienters olika förutsättningar och behov som ett av skälen. 40 procent anger också bristande erfarenhet av vissa patientgrupper, vilket även det kan ses som en form av kunskapsunderskott.

När de svarande beskriver vilka typ av kunskap och erfarenhet de saknar är ett återkommande tema osäkerhet kring hur man bäst hanterar patienter som är aktivt religiösa, vare sig det handlar om Jehovas vittnen som ej vill ta emot blodtransfusion, eller muslimer som inte vill klä av sig eller bli undersökta av en person av det motsatta könet. Många svarande efterfrågar mer kunskap om religion och hur det kan påverka vårdkontakten, för att kunna ge patienten ett bättre bemötande och bättre kunna sätta sig in i hens situation. Flera svarande resonerar också kring om läkarens osäkerhet i sig ger upphov till ett sämre bemötande och/eller sämre vård, trots att osäkerheten i grunden stammar från en vilja att göra "rätt" och "gott". En svarande beskriver dilemmat:

"Osäkerhet om andra kulturer/religioners normer, önskemål och tabun kan naturligtvis påverka. Avstår man från att be en kvinna ta av sin chador av rädsla att såra och ger henne på det sättet en sämre undersökning?"

Något annat som återkommer i de svarandes fritextkommentarer är en stor osäkerhet kring hur man som läkare ska bemöta och vårda patienter med könsöverskridande identitet och/eller annan sexuell läggning än hetero. Här framstår kunskapsunderskottet som särskilt stort, då det härrör både ur bristande erfarenhet, bristande kunskap om rent medicinska faktorer och bristande kunskap om de psykologiska och sociala problem dessa patienter kan möta, vilka i sin tur kan ta somatiska uttryck. Flera svarande beskriver, i likhet med vården av religiösa patienter, osäkerheten och bemötandet som det största problemet.

"Jag har bara mött någon enstaka med könsöverskridande id... Jag försökte att inte låta det påverka, men tror att visst fanns en elefant i rummet."

Några svarande anser att vården borde kunna göra mer för dessa patienter, både genom ökad samordning med andra samhällsaktörer som HBTQ-personer möter, och genom att mer aktivt och utåtriktat arbeta för att få HBTQ-personer att känna sig välkomna i vården.

"Jag skulle önska att all personal på arbetsplatsen utbildades i Hbtq och transkulturalism och att vi markerade detta så att patienter och anhöriga känner sig trygga"

Det sista frekvent återkommande temat under rubriken kunskapsunderskott är bristande kunskap om funktionshindrade patienters fysiologiska och psykologiska förutsättningar, och hur dessa påverkar lämpligheten hos vissa typer av mediciner och behandlingar. Detta gäller även vanliga funktionshinder, som t.ex. Downs syndrom, vilket påtalas som en brist i utbildningen. Även vad gäller funktionshindrade patienter finns också en osäkerhet kring bemötandet.

"mina kunskaper kring - och erfarenheter av - könsöverskridande identitet resp ffa större fysiska funktionshinder är begränsade vilket kan göra mig osäker. I slutändan blir det medicinska omhändertagandet samma som för andra, men jag är rädd att bemötandet blir annorlunda pga min osäkerhet"

Sammanfattningsvis uppger ett stort antal svarande att deras möjlighet att erbjuda jämlik vård till religiösa-, HBTQ- och funktionshindrade patienter skulle öka om de fick mer utbildning i de respektive patientgruppernas förutsättningar och behov, och träning i bemötande av och kommunikation med dessa patienter.

"Jag tror att jag påverkas av mina egna föreställningar och fördomar om hur kvinnor/män är och vilka sjukdomar och sjukdomsuttryck de har. Jag tror det är något en hela tiden måste försöka vara uppmärksam på. Jag upplever att det finns försvårande faktorer och genomgående föreställningar om män och kvinnor i vården precis som det finns i resten av samhället. Jag försöker vara normkritisk och inte heteronormativ och tror jag har ganska goda förutsättningar att vara det men jag har inte lärt mig det på utbildningen utan i främst i andra sammanhang. Jag saknar ett normkritiskt förhållningssätt under utbildningen."

2.1.4 Attityder

Det sista återkommande temat i underläkarnas fritextsvar är attityder – dels från läkarkollegor och andra vårdmedarbetare, dels från chefer och ledning och det omgivande samhället. Dessa består dels av regelrätta fördomar och misstro mot olika patientgrupper, av mindre engagemang i vissa patientgrupper än andra på grund av politiska, ekonomiska och sociala prioriteringar, och av osynliga strukturer som dikterar att vissa typer av patienter är mer trovärdiga, behövande eller förtjänande än andra. Många svarande beskriver en känsla av att kämpa i motvind mot fördomar, trångsynthet och ingrodda strukturer. En svarande berättar:

"Jag har föreslagit förändringar för att bättre ta om hand strul-patienter från andra länder, med sämre förutsättningar att klara det vi kräver av patienterna. Då fick jag bara veta av läkarchefen att om jag engagerade mig i den patientgruppen skulle jag bränna ut mig. Det finns tillräckligt många som sköter sig, det är de vi ska prioritera. Men jag menar att de som sköter sig kanske inte ens egentligen behöver oss. Det är de med trassligt liv och ofta med en bakgrund från krig och flykt som inte sköter sig och som behöver extra resurser. Men det engagemanget finns inte och är inte uppskattat."

Flera svarande beskriver fördomar och negativa attityder särskilt gentemot transpersoner. Detta yttrar sig bland annat i skepsis inför dessa patienters sökorsaker, och att patienterna felkänas av vårdpersonal även när de gjort tydligt vilket kön de identifierar sig som. Även nedsättande kommentarer om transpersoner, samt patienters sexuella läggning och etnicitet, förekommer. Några svarande kopplar dessa attityder till vårdpersonalens kunskapsnivå, och spekulerar kring att man är mer benägen att bemöta grupper väl om man är insatt i deras olika förutsättningar och behov.

"Tyvärr är det många patienter med utländsk härkomst som blir orättvist behandlade. Särskilt kvinnor. [...] Patienter blir ofta inte tagna på allvar utan de uttrycker ofta att patienter överdriver sina symptom."

Flera svarande påpekar att även patienters attityder kan stå i vägen för jämlik vård. När underläkarna tillfrågats om sina egna upplevelser av diskriminering framkommer att vissa patienter återkommande ber om en "svensk läkare", eller ber att få byta läkare om de tilldelats en läkare med utländsk bakgrund. Detta innebär i sin tur att patienten i fråga ibland får en mindre erfaren läkare, eller en läkare med mindre kompetens inom det specifika medicinska området som besöket gäller – vilket innebär sämre förutsättning för att patienten ska få en lika god vård som den patient som godtar den, bäst lämpade, läkare vården tilldelat hen.

En liknande situation uppstår när patienter som söker gynekologisk vård inte vill träffa en manlig läkare. Detta leder till att de manliga underläkarna – även de som specialiserar sig inom gynekologi och obstetrik – får mindre erfarenhet än sina kvinnliga kollegor, och därför inte uppnår samma kompetensutveckling. Detta påverkar i sin tur möjligheten att ge god vård negativt.

"Som manlig st har jag tyvärr en femtedel av gynpatienter motsvarande mina kvinnliga kollegor. Det gör att jag inte kan erbjuda mina kvinnliga patienter som söker för gynekologiska åkommor så god vård som jag hade önskat."

I andra fall berättar underläkarna om svårigheter att ge jämlik vård till patienter på grund av patientens egen övertygelse – religiös, kulturell eller annan. Ett stort antal svarande uttrycker exempelvis frustration över att inte kunna erbjuda Jehovas vittnen vård av samma kvalitet som andra.

Slutligen beskriver ett stort antal svarande hur röst- och resurssvaga grupper, som inte kan tala för sig själva eller har kunskap om hur man tar sig fram i vården, lätt faller mellan stolarna och/eller prioriteras ned och/eller tas på mindre allvar vid allt från besöksbokning till utredning, operation och författande av sjukintyg. Svarande verksamma inom labbmedicinska specialiteter uppger att prov som rör diagnoser med starka patientorganisationer och politisk prioritet, så som bröstcancer, går före andra, och brev med provsvar skickas på svenska även till känt icke-svensktalande patienter.

"När etnisk tillhörighet hänger ihop med t ex social utsatthet och språksvårigheter upplever jag ibland att vi "ger upp" eller inte utforskar alla möjligheter som har att göra med patientens vårdbehov."

"Tycker att utsatta familjer – de som inte riktigt kan föra sin talan – kan hamna i kläm. Speciellt om de måste förstå alla turer med remisser, socialtjänst, andra myndigheter etc. För att inte tala om asylsökande!"

"Jag upplever att jag själv behandlar människor bra, jag är mån om att bli medveten om mina fördomar och reaktioner och behandla alla patienter väl, däremot upplever jag att förutsättningarna för vård utöver mig själv, t ex hur remisser senare hanteras, hur kostsamma behandlingar prioriteras osv, är beroende av patientens "status" i samhällets ögon och att de som prioriterar själva inte ser mönster i detta. [...] t ex ringer en pappa för en tid om sin femåring upplever jag att han lättare får en tid bokad än om mamman ringer..."

En svarande sammanfattar:

"Alla som har något som gör dem mer utsatta/sårbara än andra på olika sätt (dvs de flesta!) får genast svårare att få del av den vård som sjukvården har att erbjuda. Sjukvården sker på sjukvårdens villkor, inte patienternas!"

"Sjukvården är i allmänhet dålig på att skydda personer som av olika skäl har svårt att upprätthålla sin autonomi."

3. Slutsatser

SYLF anser att jämlik vård innebär att alla patienter ska ha samma chans till bästa möjliga hälsoutfall. Detta innebär inte innebär identisk vård åt alla patienter, utan tvärtom olika vård åt alla patienter utifrån patienternas unika förutsättningar och behov. Vår undersökning visar att denna syn på jämlik vård är mycket väl förankrad i underläkarkollektivet i stort.

Undersökningen visar vidare att en av tre svarande underläkare upplever sig sakna förutsättningar att erbjuda alla patienter jämlik vård. Störst upplevs hindren för att, i fallande ordning, erbjuda jämlik vård åt patienter av olika etnicitet, ålder, funktionsnivå och religion. Mellan 20 (eticitet) och 10 (religion) procent av de svarande upplever sig sakna förutsättningar att erbjuda jämlik vård åt dessa specifika patientgrupper. Andelen svarande som upplever hinder för den jämlika vården av patienter oavsett kön, sexuell läggning och könsöverskridande identitet är mycket liten.

Även om underläkarna till viss del identifierar samma problem som tidigare studier – exempelvis brister i tillgång, kvalitet och användning av tolk och osäkerhet kring bemötandet av HBTQ-patienter – innebär detta att det finns en betydande diskrepans mellan underläkarens bild av sina förutsättningar att erbjuda jämlik vård, och resultaten av tidigare forskning. En majoritet av de svarande underläkarna upplever sig trots allt kunna erbjuda alla patienter jämlik vård. Samtidigt finns omfattande forskning som visar att den svenska hälso- och sjukvården de facto inte är jämlik. Hur går detta ihop?

En delförklaring är hur man definierar jämlik vård. Av de drygt 3000 svarande lämnade drygt 600 unika svarande sammanlagt nära 1000 fritextkommentarer på frågan om jämlik vård. Av dessa fritextsvarande underläkare uppgav ungefär en tredjedel att de kunde erbjuda jämlik vård, medan två tredjedel upplevde sig sakna förutsättningarna för detta. Ur fritextsvaren framgår dock att båda grupperna i grund och botten har förhållandevis likartad syn på hur vården ser ut och vilka hinder som finns i mötet med olika patientgrupper. Skillnaden mellan de som upplever sig kunna respektive inte kunna erbjuda jämlik vård ligger istället främst i synen på vad jämlik vård innebär. De som upplever sig kunna erbjuda jämlik vård talar i hög utsträckning om att kunna ge ”god vård” trots hinder och mindre goda förutsättningar, medan de som upplever sig sakna möjlighet att erbjuda jämlik vård talar om att inte kunna ge ”lika god vård” utifrån de givna förutsättningarna.

Den viktigaste lärdomen är således att en stor andel av de svenska underläkarna upplever omfattande hinder för att kunna erbjuda alla patienter jämlik vård – i bästa fall går dessa att ta sig runt hjälpligt genom särskilda ansträngningar från vårdpersonalens sida. Dessa tar dock energi och tid, som med bättre förutsättningar hade kunnat läggas på själva vården.

En annan möjlig delförklaring är att många underläkare överskattar sin förmåga att ge jämlik vård, och/eller är omedvetna om hur vårdens rutiner och deras bemötande påverkar patienter olika. Detta är i sin tur inte konstigt, givet att läkare får mycket begränsad utbildning i exempelvis bemötande av HBTQ-personer och religiösa patienter, eller vilka problem stora sjukhusområden i många plan orsakar för äldre och/eller mindre rörliga patienter. Kanske har denna kunskap och insikt heller inte uppmuntrats i den prestationsorienterade kultur som historiskt dominerat läkarkåren. Förutsättningar att på egen hand göra dessa iakttagelser försämras i sin tur av underläkarnas mycket höga arbetsbelastning, där tiden att stanna upp och reflektera över denna typ av stora, komplexa frågor många gånger saknas.

Slutligen kan skillnaderna mellan underläkarnas uppfattningar och resultaten från tidigare studier förklaras av skillnader i data. De tidigare studier som presenteras ovan bygger på undersökningar av patienters och patientorganisationers upplevelser, medicinska och administrativa indikatorer och anmälningar till Diskrimineringsombudsmannen. Detta underlag ger goda förutsättningar att identifiera exempelvis geografiska skillnader och hur patienterna känner sig bemötta i vården. Detta är i sin tur

svårt för underläkarna att svara på – inte minst då studierna i fråga visar att majoriteten av dåligt bemötande i vården är omedvetet från vårdpersonalens sida.³⁰ Till skillnad från patienter eller myndigheter har underläkarna däremot mycket goda förutsättningar att identifiera golvnära brister i vårdens organisation, styrning och resurstillgång. Det är just på grund av dessa skillnader i perspektiv, och de skillnader i utfall de genererar, som underläkarnas upplevelser är så viktiga att ta till vara.

Underläkarna upplever att hindren för jämlik vård återfinns på flera olika områden. För det första upplever man sig i hög utsträckning sakna tillräcklig utbildning i patienters olika förutsättningar och behov. Detta gäller exempelvis funktionshinder och HBTQ-patienters medicinska behov, samt bemötandet av aktivt religiösa, funktionshinderade och HBTQ-patienter. Vad gäller den sistnämnda patientgruppen upplever sig också många svarande sakna tillräcklig erfarenhet.

Den bristande utbildningen och förståelsen för utsatta patientgrupper yttrar sig även i vårdpersonalens attityder. Många svarande beskriver negativa attityder mot transpersoner och patienter med utländsk bakgrund, vilket korresponderar med resultaten från tidigare studier som visat att personer ur just dessa grupper ofta drar sig för att söka vård på grund av tidigare dåligt bemötande. Mer dolda negativa attityder, som omedvetna nedprioriteringar från vårdpersonal, kan drabba patienter som, oavsett orsak, har låg status i samhällets ögon. Dessa patienter är i sin tur sällan de med bäst förutsättningar att föra sin egen talan, vilket gör att vårdens prioriteringar slår särskilt hårt.

För det andra uppger en stor andel av underläkarna att sjukvårdens själva organisation och styrning sätter käppar i hjulet för tillhandahållandet av jämlik vård. Ett av de största hindren utgörs av oförmåga att anpassa besökstiden efter patientens behov trots att tidsåtgången varierar kraftigt utifrån exempelvis tolkbehov och funktionsnivå. Även den fysiska planeringen av vårdutrymmen hindrar, då den ofta gör det svårt för exempelvis patienter med rullstol, begränsad rörlighet eller dåligt allmäntillstånd att ta sig in i trånga undersökningsrum eller mellan provtagningsenheter i olika delar av sjukhuset.

Underläkarna upplever också att kommunikationssvårigheter i mötet mellan läkare och patient hindrar jämlik vård. Detta gäller dels rena språkbarriärer i vården av patienter som inte talar svenska, då underläkarna närmast unisont upplever tillgången till, kvaliteten på och användningen av tolkning i vården som otillräcklig. Detta gör att patienter som behöver tolk får vänta länge och att detaljer i kommunikationen mellan läkare och patient går förlorade. Underläkarna beskriver dock även svårigheter i den icke-språkliga kommunikationen, exempelvis bristande kunskap om olika kulturers sjukdomssyn och uttryck för smärta.

Ett återkommande tema i underläkarnas berättelser om osäkerhet inför mötet med patienter som på något sätt avviker från normen är svårigheten i att generalisera kunskap om patientgruppen i fråga till den specifika patienten framför sig. Även om sådana generaliseringar ofta kommer ur en vilja att tillmötesgå patienten är risken stor att underläkaren genom att se patienten som representant för en grupp och inte som individ ger patienten mindre ändamålsenlig vård. Generaliseringar av denna typ riskerar också att återskapa ojämlika sjukdomsmönster. För att utbildning om olika patientgruppers förutsättningar och behov ska kunna användas på ett konstruktivt sätt, och inte bara utgöra mer kvalificerade fördomar, krävs därför också att vårdpersonalen har tid och förmåga att applicera generell kunskap på ett ändamålsenligt sätt i det individuella vårdmötet.

Utöver att demonstrera brister i, och hinder för, erbjudandet av jämlik vård till alla patienter visar undersökningen ett enormt engagemang från de svarande underläkarna. I vår enkäts fritextfält hörs en kör av underläkarröster som med stor klarsyn identifierar områden med förbättringspotential, och upplever frustration över att inte få gehör för sina idéer och ansträngningar. Störst är dock frustratio-

³⁰ Även om både allmän- och specialiseringstjänstgöringen är förenad med viss förflyttning mellan olika verksamheter – i glesbygd ofta över stora geografiska avstånd – är det uttalade syftet med dessa flyttar att lära sig sådant man inte har möjlighet till på sin huvudsakliga arbetsplats. Underläkaren ägnar sig därför sällan åt samma saker på de olika platser hen arbetar. Detta gör jämförelser svåra.

nen över att inte kunna erbjuda alla patienter lika god vård. Ett stort antal av de svarande underläkarna kämpar hårt – för att under lunchen hinna utbilda sig om mötet med HBTQ-patienter, frigöra några extra minuters besökstid för patienten som fått vänta i timmar på sin telefontolk, eller hitta en geriatrisk vårdplats åt en äldre multisjuk patient på väg att skickas hem för tredje gången på lika många dygn. Återkommande i underläkarnas berättelser är dock en känsla av att kämpa för patienterna *mot*, inte *med hjälp av*, systemet. Här kan och måste samhällets tunga beslutsfattande aktörer – regering och riksdag, landstingsledning, arbetsgivare göra bättre. Ansvaret att erbjuda patienter jämlik vård kan aldrig vara enbart den individuella vårdgivarens.

3.1. Åtgärdsförslag

Sammanfattningsvis är många av de problem underläkarna beskriver mycket konkreta sådana, som skulle kunna lösas med förhållandevis enkla konkreta åtgärder. I ljuset av undersökningsresultaten vill SYLF se:

- **En hälso- och sjukvård som planeras efter patienters individuella behov**

Särskilt stort framstår behovet av bättre möjlighet att individanpassa besökstiden efter patientens behov. Detta är av särskilt stor betydelse i primärvården, som är många patienters första kontakt med hälso- och sjukvården, och är avgörande inte bara för vidare behandlingsinriktning utan även patientens fortsatta inställning till och förtroende för sjukvården.

En annan viktig del av en mer individanpassad sjukvård är att öka tillgången och säkra kvaliteten på tolkar inom vården. Idag har landstingen och regionerna ansvar för att tillhandahålla tecken- och dövblindtolk medan kommunen ansvarar för att tillhandahålla språktolk. Dessa kan i sin tur ha olika kvalifikationsgrader – från godkänd, till auktoriserad och auktoriserad sjukvårdstolk. De sistnämnda har den högsta kompetensen, men efterfrågan på dessa tolkar överstiger vida utbudet. Här måste kommuner och landsting ta sitt ansvar, och skapa incitament för fler befintliga tolkar att vidareutbilda sig och ha sjukvården som sitt verksamhetsområde.

- **Höjd likarättskompetens för all personal inom hälso- och sjukvården**

Alla underläkare kan inte vara specialister på fysiologin hos patienter med specifika funktionshinder, eller vara insatta i detaljerna kring en utredning inför könsbyte. All vårdpersonal – underläkare som andra – bör dock ha grundläggande kunskap om vårdbehoven och förutsättningarna för patienter som avviker från normen, och veta hur de ska bemöta dessa patienter och få dem att känna sig lika trygga och välkomna i sjukvården som alla andra. Här finns möjlighet att skapa en god cirkel – om exempelvis HBTQ-patienter känner sig bättre bemötta av sjukvården ökar sannolikheten att de faktiskt uppsöker den vid behov. Detta skulle i sin tur ge underläkarna mer erfarenhet av denna idag underrepresenterade patientgrupp, vilket förbättrar förutsättningarna både för ett ännu bättre bemötande och för en god klinisk vård. Handledare och seniora läkare, som generellt har större erfarenhet än underläkare med kortare tid i yrket, har också ett stort ansvar att delge underläkarna sina egna erfarenheter av att möta och behandla patienter från underrepresenterade och/eller särskilt utsatta grupper.

- **Fortlöpande arbete med värderingar på samtliga nivåer från sjukhusgolvet till ledningsrummet**

Utbildning av vårdpersonalen är ett mycket viktigt medel även för att komma till rätta med attityder på arbetsplatsen som hindrar jämlik vård. Utöver detta krävs dock också aktivt och fokuserat värderingsarbete. För att komma till rätta med en kultur som tillåter nedsättande kommentarer och diskriminering krävs därför också ett arbete inom kollegiet. Vi läkare måste medvetandegöra oss själva, och våga ifrågasätta och prata om bemötande och värderingar på arbetet. Tid och resurser behöver sättas av

för utbildning, kontinuerlig reflektion och en levande diskussion om lika rättigheter och möjligheter på våra arbetsplatser.

I de svarande underläkarnas kommentarer hittar vi också många andra konkreta och konstruktiva förslag på mer begränsade åtgärder, som genomförda var och en skulle stärka underläkarnas förutsättningar att erbjuda alla patienter jämlik vård. De svarande efterfrågar exempelvis:

- Att högtalartelefon ska vara tillgänglig i alla akutmottagningars samtliga rum, för att underlätta användningen av telefontolk i akuta lägen.
- Bättre samordning mellan sjukvården, kommunerna och socialtjänsten i vården av äldre
- Att brev till patienter som behövde tolk vid läkarbesöket regelmässigt skickas både på svenska och patientens eget språk
- Fler vårdplatser
- Att samtalsteknik med tolk närvarande införs som moment under läkarutbildningen
- Fler geriatriker
- Att utrustning för lyft av mycket överviktiga patienter ska vara standard på alla akutmottagningar, intensivvårdsavdelningar och operationssalar.
- Bättre samordning mellan sjukvården och migrationsverket i vården av asylsökande
- Att det finns en anställd med särskilt ansvar för äldre patienter på varje akutmottagning

Dessa åtgärder är helt oavhängiga om hälso- och sjukvården är i statens eller landstings regi, offentligt organiserad eller privat. Ett alltför trångt besöksrum blir inte större för att huvudmannskapet skiftar. Debatten om och arbetet för en mer jämlik vård gynnas inte av ett alltför ensidigt fokus på åtgärder som är så stora att de tar närmast oöverskådlig tid att genomföra. Istället måste beslutsfattarna lyssna på underläkarna, och redan idag börja implementera små och medelstora förändringar som skulle kunna göra vården lite mer jämlik imorgon.

Referenser

- Andersson, J. (2012). *Genusgörande och läkarblivande. Attityder, föreställningar och förväntningar bland läkarstudenter i Sverige*. Doktorsavhandling. Umeå: Umeå Universitet.
- Arouni, A. J. & Rich, E. C. (2003). "Physician gender and patient care." *Journal of Gender Specific Medicine*, 6(1), s. 24–30.
- Diskrimineringsombudsmannen (2012.) "Rätten till sjukvård på lika villkor: rapport." Stockholm: Diskrimineringsombudsmannen.
- Esscher, A. (2014). *Maternal Mortality in Sweden : Classification, Country of Birth, and Quality of Care*. Avhandling, Uppsala Universitet. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- European Union Agency for Fundamental Rights (2013). "Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare."
- Hadziabdic, E. (2011). *The use of interpreter in healthcare. Perspectives of individuals, healthcare staff and families*. Avhandling, Linnéuniversitet. Göteborg: Intellecta Infolog.
- Hall, J.A. & Roter, D.L. (2002). "Do patients talk differently to male and female physicians? A meta-analytic review." *Patient Education and Counseling*, 48(3), s. 217-244.
- Hamberg, K. (2008). "Gender bias in medicine." *Women's health*, 4(3), s. 237-243.
- Myndigheten för Vårdanalys (2014). "En mer jämlik vård är möjlig."
- Nyberg, F., Osika, I. & Evengård, B. (2008). "'The Laundry Bag Project'- unequal distribution of dermatological healthcare resources for male and female psoriatic patients in Sweden." *International Journal of Dermatology*, 47(2), s. 144-149.
- Scott, A.; Shiell, A. & King, M. (1996). "Is general practitioner decision making associated with socio-economic status?" *Social Science & Medicine* 42, s. 35-46.

- Sveriges Läkarförbund (2008). "Jämställd specialitetsval – handlingsplan." Stockholm: Sveriges Läkarförbund.
- Sveriges Läkarförbund (2013). "Handlingsplan för jämställt specialitetsval. Utvärdering av mål och delmål." Stockholm: Sveriges Läkarförbund.
- Sveriges Radio. "Brist på tolkar i vården leder till fel diagnoser." <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=83&artikel=5157434>. 2012-06-19
- Sveriges Yngre Läkares Förening (2014). "Upplevd diskriminering i underläkarkåren 2013". Stockholm: Sveriges Yngre Läkares Förening.
- Sundell Lecerof, S. (2008). *Hälsan bland irakier i åtta av Sveriges län*. IMHAD Research Project, European Refugee Fund. Malmö: Malmö Högskola.
- Tengelin, E. (2013). *Social ställning och medicinskt bemötande i vården – en kunskapsöversikt*. Kunskapscentrum för Jämlig vård. Hälso- och sjukvårdsenheten, Västra Götalandsregionen.
- Trost, J. (2010). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.
- Wamala, S.P., Lynch, J. & Kaplan, G.A. (2001). "Women's exposure to early and later life socioeconomic disadvantage and coronary heart disease risk: the Stockholm female coronary risk study." *International Journal of Epidemiology*, 30(2), s. 275-284.
- Verlinde, E.; De Laender, N.; De Maesschalk, S.; Deveugele, M.; Willems, S.; Elwér, S.; Aléx, L.; Hammarström, A.; Hung, L.M. & Rane, S. (2012). "The social gradient in doctor-patient communication." *International Journal for Equity in Health* 11:12.
- Patientmaktsutredningen* (2013). Ansvarsfull hälso- och sjukvård: slutbetänkande. Stockholm: Fritze