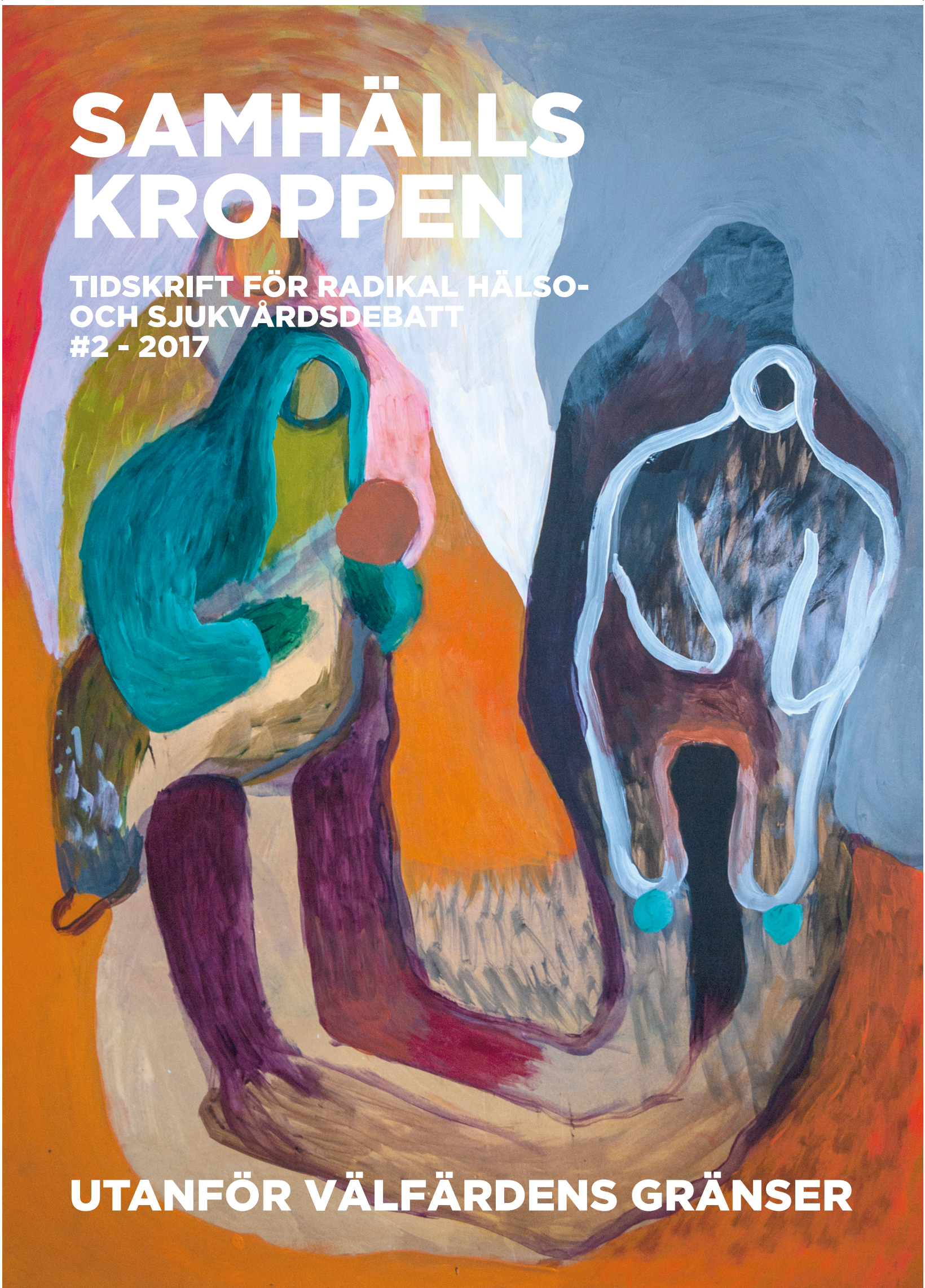


SAMHÄLLS KROPPEN

TIDSKRIFT FÖR RADIKAL HÄLSO-
OCH SJUKVÅRDSDEBATT
#2 - 2017

UTANFÖR VÄLFÄRDENS GRÄNSER



RECEPT FÖR EN BÄTTRE FRAMTID

Gäller En mandatperiod
från utfärdandet om
inte annat anges

Patientens personnummer och namn, djurägare

Sverige

Åkomma/Diagnos

Skeptisk chock

Symptom

Tillståndet karaktäriseras av SIRS, systemic
intolerant response syndrome, en paranoid
autodestruktiv process riktad mot flyktingar,
papperslösa och ensamkommande.
Imperialistiska krig och globala klassklyftor
tros utgöra en central del av patologin. Synd-
romet har hög smittsamhet och för närvarandet
pågår en epidemi i USA, EU och Australien.

Åtgärd/Behandling

Öppna en gräns om dagen i en månad eller så
länge syndromet varar.
Tilläggsbehandling med antifascistisk kamp vid
behov.

Ansvarig förskrivare, signatur och förskrivarkod

SOCIALISTISKA LÄKARE

Datum

1/5 2017

Ledare

Redaktionen Malmö - april 2017

Välkommen till Socialistiska läkare och Samhällskroppen!

”När bildas den socialistiska läkarföreningen här i landet?” frågade sig läkarstudenten Gunnar Inghe i tidskriften Clarté 1932. Samma år bildades den första upplagan av vår förening. Under flera decennier var tidskriften Motpol det som höll föreningen samman. Sedan 2010 finns vi, den aktuella upplagan av socialistiska läkare. Vi är stolta och glada att nu ge ut detta andra nummer av vår tidning och välkomnar dig som läsare att även ta steget att bli medlem eller stödmedlem i vår förening!

Socialistiska läkare organiserar läkare som brinner för en hälsa som är jämlik oavsett klass, kön, etnicitet, sexualitet och funktionalitet. Vi är övertygade om att en

jämlik hälsa endast är möjlig att uppnå i ett jämlikt samhälle men att vi även i dagens samhälle kan göra stora förbättringar. Vi verkar inom en hierarkisk organisation, där de stora löneklyftorna under de senaste åren har blivit ett akut problem genom att underbetalda personalkategorier som undersköterskor och sjuksköterskor tvingas arbeta under hård press och därför väljer bort sjukvården som arbetsplats. Detta är den största förklaringen till vårdplatsbristen. Kampen för mera resurser till vården så att vi kan höja löner och förbättra arbetsmiljö för våra kollegor kan du läsa mer om här i tidningen.

I detta nummer vill vi utforska välfärdens gränser. Var går gränsen för vem som får vård och inte, vem är det som bevakar gränsen och på vilka sätt kämpar männi-

skor för att vidga eller krossa gränserna? Vi har bjudit in experter på utförsäkringar och LSS, pratat med vårdpersonal som säger ifrån, belyser transfrågor i flera artiklar och gläds åt att en länge hård gräns för tillgängligheten till sprututbyte äntligen rubbas. Missa inte heller senaste vetenskapliga rön och aktuella boktips!

Vår förhoppning är att tidningen ska tjäna som inspiration, kunskapskälla och som ett sätt att hålla samman Socialistiska läkare och nå ut till sympatisörer och nya medlemmar. Tack för att du valt att stödja oss!

Innehåll

Ledare	3
Vården sviker självmedicinerande transpersoner	4
Lag öppnar för sprututbyte för fler	7
Idag spelar vi!	8
Välfärden för transpersoner	10
Kan man lära en gammal hund att sitta?	13
Att läsa - Boktips	14
Visst har vi råd med välfärd!	16
Socialmedicinska tips	18

Sårbarhetskedjan	20
Pengarna eller livet	22
Egenreferat av forskning	26
#slutpårean	27
Läkarstrejk stoppade privatiseringar i Madrid	28
Disa Dahlman vill ge vård åt röstsvaga individer	30
Ledningsläkaren som fick nog	32
Den nya välfärden med en gammal stofils ögon	34

Vården sviker självmedicinerande transpersoner

Text: Axel Repka - Foto: Privat

Jag hade inte kunnat vänta 14 månader. Jag hade inte överlevt.

Många transidentifierade börjar självmedicinera med könshormoner under tiden de väntar på könsbekräftande vård eller under utredningstiden. Det är givetvis ett problem som innebär risker för den enskilda patienten och vittnar om att vården inte klarar att möta gruppen på ett fullvärdigt sätt. Jag som transidentifierad läkare får ofta frågor från självmedicinerande transpersoner om risker och vad en kan göra för att minska riskerna med hormonbehandling. För denna artikel har jag intervjuat en handfull transpersoner som har självmedicinerat under de senaste åren.

De flesta söker sig till transvården när de själva är rätt säkra på att de vill genomgå könsbekräftande behandling. Känslan av att kroppen känns fel avseende kön, det som kallas könsdysfori, har blivit så stark att en söker sig till vården för att få hjälp att må bättre i sin kropp. Då möts en av en lång kö innan sitt första besök och väl där en lång utredningstid innan en får tillgång till hormoner på recept. I det läget väljer många att ta hormoner på egen hand i väntan på receptet. Det är så

vanligt att transpersoner som berättat att de självmedicinerar för sina vårdgivare under utredningen får höra att det är helt normalt.

Det stod mellan livet eller att börja med hormoner på egen hand.

De jag har intervjuat berättar en samstämmig bild av att inte kunna vänta för att få vård, att det inte var något val att självmedicinera utan att valet stod mellan att fortsätta leva eller att dö. Att det är en fråga på liv och död återspeglas även i folkhälsostatistiken. I Folkhälsomyndighetens rapport om hälsoläget bland transpersoner 2015 [1] kan vi läsa att 36 % av de svarande allvarligt hade övervägt att ta sitt eget liv under det senaste året. Förtroendet för sjukvården är enligt samma rapport lågt och många har blivit dåligt bemötta vid tidigare sjukvårdskontakter. Så här beskriver en person om beslutet att börja självmedicinera:

'Jag kom fram till att jag inte kunde vänta på att de skulle hjälpa mig, jag var tvungen att ta tag i det själv. Jag läste på noggrant, beställde över nätet och började försiktigt. Jag förstod riskerna men de var på nåt sätt inte relevanta. Den reducering

i ångest som hormonerna gav mig går inte att beskriva. Jag blev glad, utåtriktad, fick en vilja att leva.'

Vården för transpersoner har i Sverige och internationellt fått ta emot en hel del kritik de senaste åren [2,3,4,5]. Vi är många som har debatterat, skrivit, argumenterat och slagits med våra kroppar och liv som insats för våra mänskliga rättigheter och rätt till god vård. Tvångssteriliseringarna är slutligen borta ur lagen, vården granskas och utvecklas på Socialstyrelsen och i nästa utgåva av Världshälsoorganisationens internationella klassifikationssystem för diagnoser (ICD) kommer transdiagnoserna flyttas från psykiatrikapitlet [6]. När transfrågor får större utrymme i den offentliga debatten och blir mer synliga är det också fler som hittar identifikation och landar i sin könsidentitet och därmed också fler som söker sig till transvården. Resurserna räcker inte till och köerna växer [7]. Med det växer också problemet med självmedicinering.

De flesta som hör av sig till mig har redan utan gehör försökt få blodprover kollade på vårdcentralen eller via transvården. De söker aktivt hjälp för att de vill ta ansvar

Folkhälsan bland transpersoner i Sverige, ett urval (800 svarande) [1]

- 18 % skattar sin hälsa som dålig
- 36 % har allvarligt övervägt att ta sitt liv under det senaste året
- 46 % har aldrig hiv-testat sig
- 10 % har haft sex mot ersättning
- 20 % utsatta för våld pga sin transidentitet
- 43 % lågt förtroende för sjukvården
- 28 % tidigare dåligt bemötta i sjukvården
- 30 % har fått utbilda sjukvårdspersonal för att få hjälp

för sin hälsa men möts av kalla handen från vården. 'Dina värden är omätligt höga' fick en bekant höra från sin läkare, blev remitterad vidare till en specialist som bara sa 'jag hoppas du fattar ett klokt beslut, jag kan inte följa dig' och lämnade honom orolig och hjälpsökande utan att ens få veta sina provsvar. De jag intervjuat berättade alla för sina utredningsteam att de självmedicinerade och flera har också försökt få blodprover kollade på vårdcentral, utan att någon vårdgivare har tagit några prover. Så här berättar två personer:

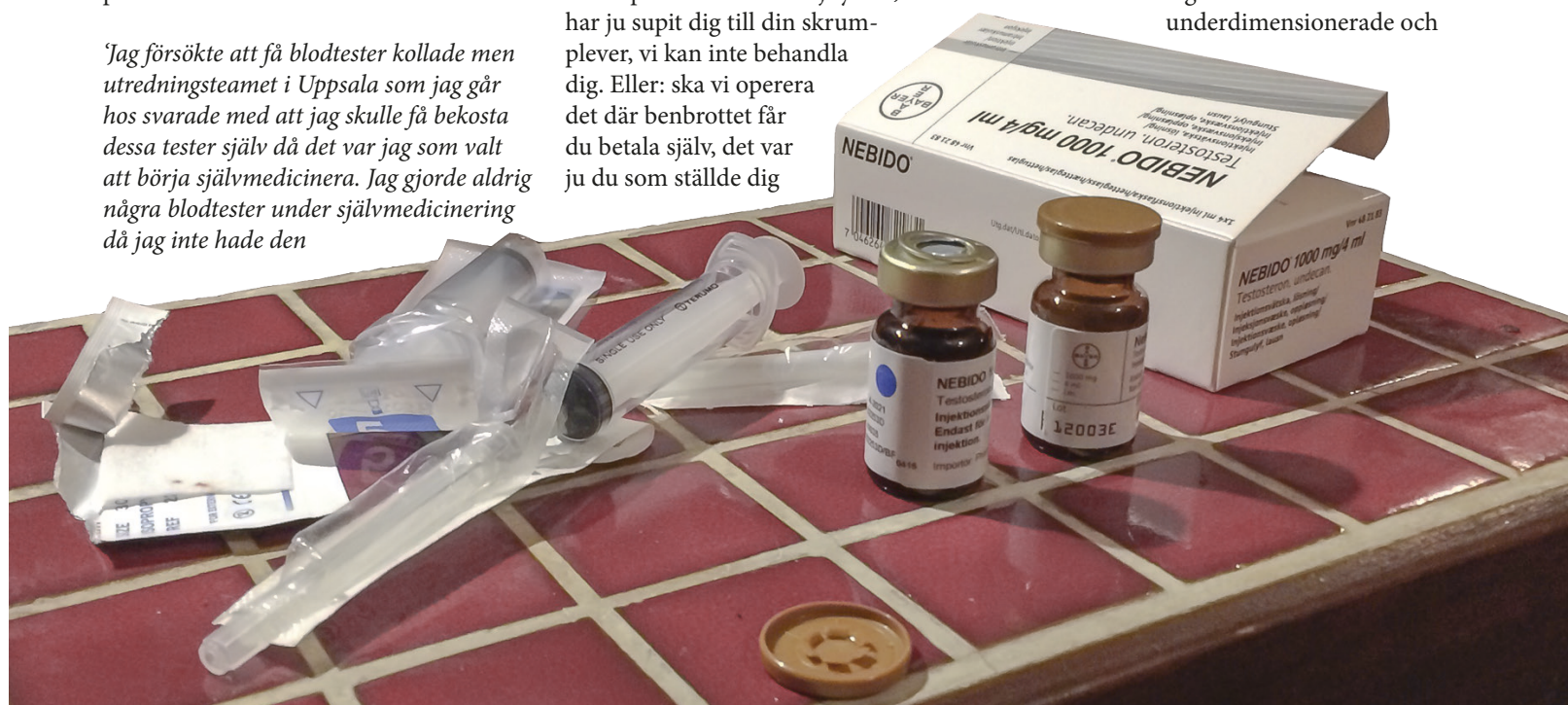
Jag försökte att få blodtester kollade men utredningsteamet i Uppsala som jag går hos svarade med att jag skulle få bekosta dessa tester själv då det var jag som valt att börja självmedicinera. Jag gjorde aldrig några blodtester under självmedicinering då jag inte hade den

ekonomiska möjligheten just då. Såklart skapade det en stress eftersom man inte säkert visste om allting stod rätt till.'

'Jag var helt öppen med vården under hela tiden med att jag självmedicinerade, men inte fick jag hjälp för det, inte ens prover på hormonnivåer. Nu vet jag hur kroppen reagerar på dessa och inser att jag hade rätt doser. Gick på känn.'

Tänk er att vi skulle bemöta andra personer som utsätter sina kroppar för risker på samma sätt. Nej tyvärr, du har ju supit dig till din skrumplever, vi kan inte behandla dig. Eller: ska vi operera det där benbrottet får du betala själv, det var ju du som ställde dig

i skidbacken. Som sjukvårdspersonal måste vi enligt våra etiska riktlinjer alltid arbeta för vår enskilda patients hälsa. Får vi kännedom om något som kan riskera den hälsan är vi skyldiga att agera. Fler och fler områden inom sjukvården går mot en skadebegränsande arbetsmodell där en inte anklagar eller skuldbelägger patienten för sina riskbeteenden utan istället fokuserar på att minska skadorna av desamma, för att det gynnar hälsan. Samma tankesätt borde gälla för självmedicinerande transpersoner, i synnerhet när det enligt min förståelse är den underdimensionerade och



Risker med självmedicinering

Generella risker: läkemedel köps över nätet utan säker hantering, en del patienter injicerar sig själva.

Feminiserande behandling: antiandrogener (Androcur vanligaste preparat) samt östrogen. Androcur kan påverka levervärden, östrogener ökar risken för venös tromboembolism, kan påverka levervärden och blodfetter samt orsaka prolaktinom. Prover att kolla: Hb, kreatinin, Na, K, glukos, leverstatus, blodfetter, prolaktin, östrogen, testosteron. [8,9,10]

Maskuliniserande behandling: testosteron. Kan orsaka polycytemi (EVF > 0.55). Prover att kolla: Hb, EVF, kreatinin, Na, K, glukos, leverstatus, blodfetter, TSH, östrogen, testosteron. [8,9,10]

bristande sjukvården som driver personer till beslutet att ta hormoner på egen hand. Sjukvården måste ta ansvar för sina egna brister.

I Socialstyrelsens kunskapsstöd från 2015 till vårdgivare kring patienter med könsdysfori [8] framgår att vårdpersonal som möter patienter som självmedicinerar "bör överväga faran med självmedicinering utan monitorering och vad det kan ge för eventuella risker om man som hälso- och sjukvårdspersonal väljer att inte överta hormonbehandlingen."

Det anges vidare att personal kan behöva neka en patient behandling om indikation saknas eller då man inte anser sig ha kompetens för att utföra den. Här finns alltså en öppning till att överta behandlingen när vetskapen om självmedicinering finns. Något fall där det skulle ha skett känner jag inte till.

Jag är övertygad om att vi i framtiden kommer se en reformerad transvård i Sverige. När diagnoserna inte längre faller under psykiatrins ramar blir det ohållbart att psykiatrin skall fortsätta äga rätten att utreda vem som uppfyller indikationerna för könsbekräftande behandling. Utredningarna är kritiserade sedan

länge för att vara utdragna, ovetenskapliga, ifrågasättande och dömande. Hur skulle transvården se ut om du fick bestämma? frågade jag i mina intervjuer och fick bland annat svaren:

Jag hade gärna velat se att transvården gått ifrån att agera gatekeepers som kräver att du är "tillräckligt" trans och istället fokuserat på att hjälpa människor att må bra.

Förståelsen för självmedicinering måste öka, många väljer det alternativet och behöver hjälp. Nuvarande system med extrema väntetider på vård fungerar absolut inte och riskerar människors hälsa och till och med liv!

Självmedicinering är ett vanligt problem hos transpersoner orsakat av långa köer och långa utredningstider. Personer som väljer att ta hormoner själva gör det inte bara för att må bättre utan för att kunna fortsätta leva, men får ingen hjälp när de söker och vill kontrollera sina värden. I väntan på att transvården reformeras måste vi andra inom sjukvården hjälpa till att lappa hålen och ta hand om patienter som självmedicinerar. Läs på och kolla blodprover, så ökar du inte bara patientens möjlighet till bättre hälsa utan också förtroendet för sjukvården generellt.

Referenser till artikeln hittas på:
www.samhalls Kroppen.se/referenser

Lag öppnar för sprututbyte för fler

Text: Simon Larsson - Foto: privat



En lagändring lyfter bort kommunernas rätt att stoppa etableringen av sprututbyten. Okunskap och ovilja gör dock att rätten till vård för personer som injicerar droger ännu har en gräns. Simon Larsson, ST-läkare med erfarenhet från sprututbytet i Stockholm, gläder sig över att fler mottagningar är på gång, men undrar när gränsen helt ska suddas ut.

Hälso- och sjukvårdslagen är tydlig. ”Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården” och ”den ska vara lätt tillgänglig”. Att vårdalet inom både primärvård och specialistvård gjort att dessa principer idag frångås allt oftare, vet de flesta som följt med i de senaste årens vårddebatt. Mindre känt är att en på flera sätt utsatt grupp människor med ett stort vårdbehov länge förvägrats vård, nämligen personer som injicerar droger. Specialiserade vårdinrättningar för denna grupp multisjuka patienter var tills nyligen inte tillåtna enligt lag, annat än som försöksverksamhet.

Under 1980-talet spreds HIV snabbt bland personer som injicerar droger. Ett sätt att förhindra smittspridning är att erbjuda rena sprutor och kanyler till denna grupp. I Sverige var man tidigt ute med att öppna sprututbytesmottagningar i Lund (1986) och Malmö (1987). Det dröjde sedan till 2010 innan nästa sprututbyte öppnade, i Helsingborg. Detta blev möjligt tack vare en ny lag 2006. ”Lag (2006:323) om utbyte av sprutor

och kanyler” gjorde att det blev fritt fram för alla landsting i Sverige att öppna sprututbyten. Detta under förutsättning att kommunen där verksamheten skulle öppnas inte använde sin vetorätt.

Att frågan om införande av sprututbyten i Sverige i första hand varit politisk och inte medicinsk har tyvärr gjort att de flesta landsting idag fortfarande saknar specialiserade mottagningar för personer som injicerar droger. Av främst moraliska och ideologiska skäl har både landstings- och kommunpolitiker sett till att denna utsatta grupp inte fått den vård de behöver.

I bästa fall beror politikernas ovilja att erbjuda vård till personer som injicerar droger på okunskap. Vanliga missuppfattningar är att droganvändningen skulle öka om man erbjuder rena sprutor, att man sänder ut ”fel signaler” eller att man tränger undan andra vård- och behandlingsinsatser för personer som använder droger. Det är emellertid möjligt att bedriva en restriktiv narkotikapolitik och samtidigt erbjuda vård till de personer som av olika anledningar inte fått den hjälp de behöver. Vad många dessutom inte känner till är att det på svenska sprututbyten erbjuds betydligt mer än bara rena sprutor och kanyler. De som söker sig till mottagningen har möjlighet att träffa läkare, sjuksköterska, kurator eller barnmorska. Dessa personer hjälper till med provtagning för blodsmittor,

vaccinationer, kontakt med socialtjänst eller beroendevård, information om riskbeteende och har framförallt ett förhållningssätt som gör att brukarna känner sig välkomna.

Personer som injicerar droger har ofta lågt förtroende för myndigheter och många har inte kontakt med vare sig socialtjänst, beroendevård eller psykiatri. De söker ogärna sjukvård annat än i akuta fall, ofta för åkommor som kunde ha åtgärdats enkelt om de hade sökt tidigare. En lågtröskelmottagning med generösa öppettider, drop-in och en personal som bemöter personen som söker med respekt är ett måste för att bygga upp ett förtroende. Detta kan leda till att någon vill ta sig ur sitt drogberoende eller återuppta kontakten med socialtjänsten.

Enligt en lagändring som trädde i kraft första mars i år blir landstinget ensam huvudman för sprututbytet. Samtidigt sänktes åldersgränsen från 20 till 18 år. På så sätt hoppas man kunna utjämna de skillnader som finns över landet när det gäller vård av personer som injicerar droger. Lagändringen är ett steg i rätt riktning och ger fler personer den vård de behöver och har lagstadgad rätt till. Utanför välfärdens gräns befinner sig fortfarande de som ännu inte är myndiga eller bor i ”fel” landsting.

Idag spelar vi!

Vårdcentral i Argentina som knyter kontakt med lokala ungdommar genom fotboll

Text: Sten Axelson Fisk - Foto: Privat

Pablo Rall, som gör sista året på sin ST-tjänst i internmedicin, delar ut röda och gula band till barn och ungdomar från sex till 15 års ålder. Fotbollsplanen ligger mitt framför vårdcentralen, de flesta dagar i veckan är det tomt här men onsdagar klockan 17 samlas ungdomar och ST-läkare i allmänmedicin för att spela fotboll tillsammans.

Scenen utspelar sig precis framför vårdcentralen i Villa Esperanza, ett slags kooperativ som utgör en stadsdel som i hela Argentina är berömd för droghandeln som förekommer här. I samband med nedläggningen av en keramikfabrik där många hade arbetat började kokain av hög kvalitet från de tropiska områdena i norra Argentina komma hit för vidare befordran till Buenos Aires. Idag är handeln mindre intensiv, även om de flesta hushåll får delar av sina inkomster från droghandel, men bruket är desto större. Stadsdelens historia återspeglas i vårdcentralens historia eftersom människorna i stadsdelen upplever att vårdcentralen tillhör dem. Invånarna väljer vårdcentralens chef genom en lokal församling som kontinuerligt arbetar med att förbättra tillgången till vård och hälsa.

Projektet med fotbollsspel bland ungdomar påbörjades i december 2014. Det övergripande syftet var att öka tillgängligheten till vård genom att överbygga den kulturella barriär som ST-läkarna hade identifierat och som gjorde att ungdomar avstod från att söka vård eller sökte sjukvård alldeles för sent. Det finns en allmän skepsis mot myndigheter bland ungdomar som är fast i ett

drogberoende, eftersom polisen ofta har gjort razzior i området, och läkare tolkas som representanter för myndigheterna. "Ifall ungdomarna ser att vi kan svettas, bli omkulltacklade eller tunnlas precis som alla andra kommer de förstå att läkare inte är några speciella personer utan människor som vilka andra som helst" resonerar Pablo. Dessutom såg vi att det offentliga rummet, som i stor utsträckning var tillgängligt för invånarna i stadsdelen, inte användes i samma utsträckning som i andra fattiga områden.

På grund av den höga kriminaliteten tar kommunen inte hand om stadsdelen utan skräpet får ansamlas på gatorna. Ett par gånger har kommunpolitiker försökt stänga vårdcentralen men "la salita", som den kallas, har ett starkt folkligt stöd. Eftersom den från början kom till efter att kooperativet krävt det har den kommit att bli en folklig faktor. Invånarna ser att läkarna där tar hand om deras barn och deras mor-och farföräldrar och därför deltog en hel del droghandlare i den senaste ockupationen som varade 11 månader innan kommunen fick ge upp sina planer på att stänga ner vårdcentralen.

Stor vikt läggs alltså på förebyggande arbete, som mest effektivt bedrivs av någon som känner människorna i stadsdelen. Därför har vårdcentralen en anställd "hälsofrämjare", med ett halvårs utbildning, som fungerar som vårdcentralens förlängda arm i området. Hon heter Gladys Nena och betonar att vårdcentralen tillhör folket. "Det är inte kommunen utan invånarna i Villa Esperanza

som väljer chefen för vårdcentralen och läkarna måste inse att de inte kan komma hit och bestämma hur arbetet ska gå till", säger Gladys. Exempelvis går det inte att ordna samtalsgrupper på morgnarna, för här sover människorna länge eftersom de jobbar med droghandel på nätterna. På torsdagarna har de en extra sjuksköterska här eftersom det är fler barn som skadar sig torsdagar – det är nämligen den dagen de som sitter fängslade får ta emot besök. När kvinnor åker och hälsar på sina fängslade män blir barnen utan uppsikt och då ökar skärskador och andra olyckor.

Några konkreta positiva effekter har inte kunnat uppvisas ännu, ST-läkarna som organiserar projektet ser själva stora svagheter. Det är främst killar som spelar, de erbjuder bara fotbollsspel och intresset för hälsosamtal och informationsmaterial om behandling för drogmissbruk har varit lågt. De har lärt sig mycket om hur starka de geografiska barriärerna är. När de någon gång spelat fotboll på en plan som ligger 200 meter från vårdcentralen, utanför Villa Esperanza, dyker ingen av killarna upp. Att röra sig utanför stadsdelen är ingen självklarhet. På samma sätt är de vårdinrättningar som finns mer centralt i kommunen för avlägsna för att användas av patienterna om inte behovet är akut. Trots alla brister och frågetecknen kring vad fotbollspelandet innebär fortsätter de att spela varje onsdag mellan klockan 18 och 20. Ifall de är sena kommer de ungdomar som tidigare inte satte sin fot på vårdcentralen självsäkert in och knackar på ST-läkarnas kontor och ber om fotbollen.



Välfärden för transpersoner

Intervju med Vierge Hård från RFSL ungdom

Text: Roya Hakimnia, Axel Repka - Foto: RFSL, Anna Åberg

Vierge Hård jobbar som sakkunnig i transfrågor på RFSL Ungdom. Samhällskroppen mötte Vierge för ett samtal om hur välfärden och vården fungerar för transpersoner idag, vilka områden som kunde förbättras och vad den ökade synligheten får för följder. Hen gav också många tips på vad en som enskild vårdgivare kan tänka på i patientmöten.

Vad betyder välfärden/vården för de människor du arbetar med? Har transpersoner tillgång till välfärden?

För många transpersoner är vården och välfärden institutioner där man kan bli utsatt på grund av sin transerfarenhet, och som man av den anledningen skjuter upp eller om möjligt avstår från att vända sig till. Att den här typen av undvikandestrategier förekommer i så stor utsträckning bland transpersoner – enligt en rapport från Folkhälsomyndigheten (Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner, 2015) har 40 procent skjutit upp att söka vård på grund av oro för dåligt bemötande, och 23 procent har gjort det på grund av tidi-

gare erfarenheter av dåligt bemötande – är helt förståeligt, och ett sätt att skydda sig själv, men självklart är det något som vården behöver vara medveten om.

Det är oerhört allvarligt att transpersoner ska behöva ta till en sådan strategi, inte minst med tanke på att både fysisk och psykisk ohälsa är vanlig hos den gruppen eftersom vårt samhälle ser ut som det gör. Det är viktigt att vården arbetar för att ta igen sitt förtroendeunderskott här.

Hur kan vården jobba med det där förtroendeunderskottet?

Jag tror att det finns mycket att vinna om vården över lag blir mindre normativ. Till exempel att man ställer frågor mer förutsättningslöst, snarare än utifrån föreställningar om hur saker är. Det skadar inte, och för utsatta grupper kan det vara helt avgörande för om man med förtroende kan söka hjälp. Att man bekräftar könsidentitet och försöker att inte köna kroppen om det inte stämmer överens med identiteten.

Det kan kännas orättvist för en som

vårdgivare: Jag behöver inte bara ge ett bra bemötande i just detta möte med patienten, utan kanske också väga upp för hur andra tidigare har agerat eller inte agerat. Men man har som vårdgivare möjligheten att betyda mycket för den enskilda patienten, med medel som är relativt små.

Behövs mer kompetens om trans hos vårdgivare tror du?

För transpersoner är det givetvis viktigt med transkompetens i vården. Många transpersoner drabbas av psykisk ohälsa, inte på grund av transidentiteten i sig utan på grund av att kunskapen om trans i samhället är så låg. Det finns stora behov hos gruppen att få hjälp med exempelvis depressioner och ångesttillstånd, också parallellt med och efter en eventuell könsutredning. Transkompetenta gynekologer och urologer, graviditets- och föräldravård och alla andra yrkeskategorier och discipliner inom hälso- och sjukvården möter vårdtagare som är trans eller som har transerfarenhet.



Det finns mycket att kunna om trans, men ett bra bemötande handlar egentligen bara om respekt och lyhördhet. Ett grundläggande krav för ett bra bemötande är att vården använder rätt namn och pronomen om vårdtagare, i samtal både med och om patienten och i journaler och annan dokumentation. För detta behöver man fråga efter rätt namn och pronomen. Det kan till exempel vara lämpligt att göra det till en del av inskrivningsformulär eller -samtal, och det är viktigt att det gäller för samtliga patienter, inte bara dem som man tror kan vara trans. Det syns inte utanpå vilket eller vilka pronomen en person har, och det är många som av olika anledningar inte använder sitt juridiska tilltalsnamn i vardagen.

Enligt rapporten från Folkhälsomyndigheten jag nämnde tycker 65 procent av transpersonerna att de har blivit bra bemötta och hjälpta av hälso- och sjukvården. Det vore intressant att titta närmare på vilka faktorer som (gärna utöver de grundläggande) är viktiga för transpersoners upplevelser av vården.

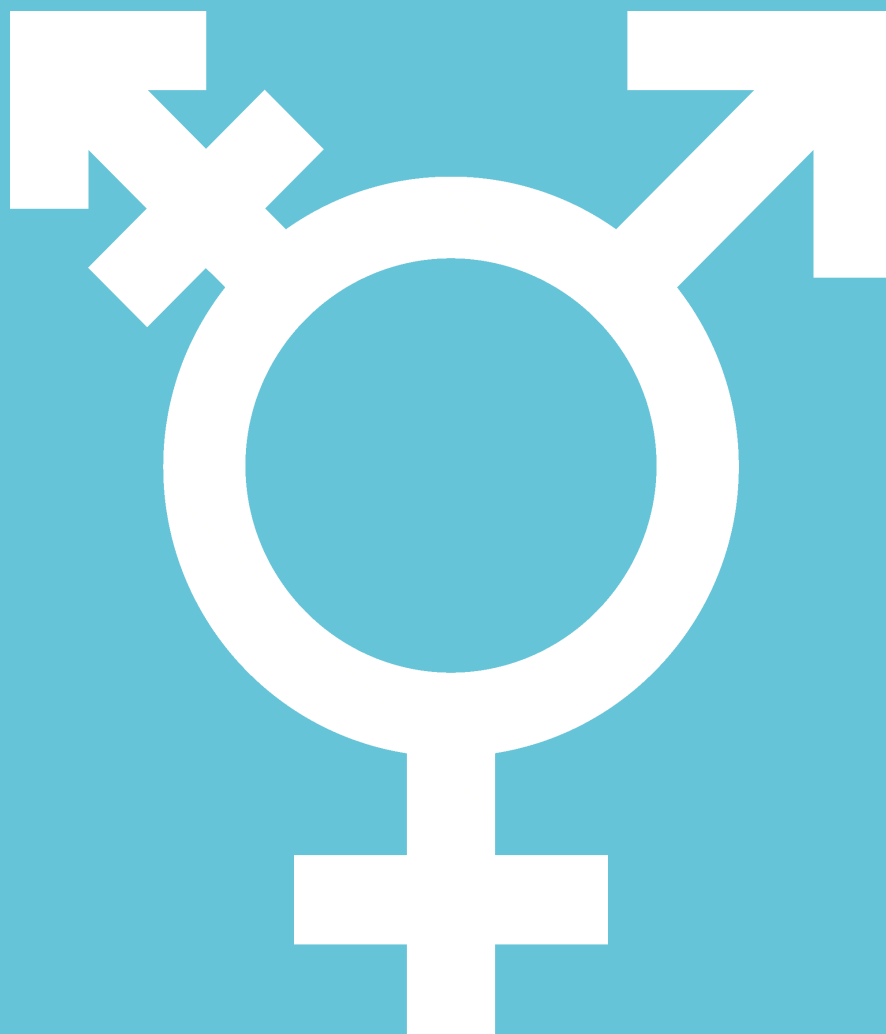
Den transspecifika vården har fått ta emot en hel del kritik under de senaste åren. Hur ser det ut med den könsbekräftande vården idag?

Tillgången till vård vid könsdysfori är ojämlig beroende på var i landet man bor, och ofta begränsad. Det problemet har varit känt en längre tid. Till viss del beror det på att könsutredningsteam, som är de enda som har kompetensen att utreda och diagnosticera könsdysfori, inte får tillräckliga resurser. Den nya patientlagen, som innebär att man fritt kan välja utredningsteam i stället för att vara hänvisad till det som är geografiskt närmast, har hjälpt till viss del, men om man får fördel av den lagen kan också bygga på privatekonomi: om man har råd att eventuellt själv betala resor till och från utredningsteam, ta ledigt från jobb eller skola etcetera. Men de bristande resurserna, ibland hårda remisskrav och kvardröjande normativitet i fråga om hur trans "ska" yttra sig innebär problem. Det händer också att transpersoner blir kvar i primärvård eller allmänpsykiatri för att de inte får en remiss till ett utred-

ningsteam. Den grundläggande transkunsskapen i vården måste öka för att det inte ska hända.

Hur ser du på framtiden för välfärden för transpersoner? Ser det ljusst eller mörkt ut? Framtiden har både dagar och nätter. Att transpersoner blir mer synliga i väst tror jag har potential att öka medvetenheten och respekten för transpersoner och våra erfarenheter, men ökad synlighet gör också att utsattheten kan öka. När vi högtidlighåller Transgender Day of Remembrance i november varje år, för dem som blivit utsatta för dödligt våld på grund av att de är trans, minns vi framför allt dem som i sitt liv brutit mot flera normer: bruna och svarta transkvinnor som haft en socialt och ekonomiskt utsatt situation. Människor som bryter mot normer är synliga på gott och ont.

De transpersoner som syns och hyllas följer ofta skönhetsnormer. Många är unga och vita och många är binära transpersoner, alltså personer som är antingen män eller kvinnor. Här blir



ökad synlighet paradoxalt nog också begränsande för transpersoner som inte följer de normerna. Inte minst för dem som inte följer passerandeidealet – personer som inte läses som sitt kön, i linje med sin könsidentitet. Många har inte möjligheten att passera och det är ofta enormt smärtsamt. Jag tänker till exempel på Jen Richards rollfigur Violet i serien Her Story (hela finns på Youtube och jag rekommenderar den varmt), när hon säger: ”This whole time, some part of my mind has been noting how much bigger my hands are, wondering if people are clocking my voice ... It’s hard to feel totally present with all of that.” Det måste finnas tillgång till tryggare platser där man inte hela tiden måste vara på sin vakt, och vården behöver ha sådana platser, helst vara en sådan plats i sig själv.

Den ökade synligheten har också den positiva sidan att en annan särskilt utsatt grupp som jag arbetar med, transpersoner under 18 år, får tillgång till offentliga personer att känna igen sig i. Man kan behöva se, om man är en ung transperson

som inte har så mycket makt över sitt liv och som kanske är utsatt på olika sätt, att det finns vuxna som verkar ha ett bra liv och gör saker de brinner för och som också är trans. De som har möjlighet att vara synliga offentligt betyder mycket för dem som kanske inte ens kan vara öppna för dem som borde stå dem närmast.

Till sist, vad är dina tips till sjukvårdsarbetare?

Att exempelvis fråga om namn och pronomen kan kännas ovant, men är inte svårt. Ta hjälp av varandra på arbetsplatsen för att öva på att ställa frågor och skapa ett klimat där ni kan påpeka för varandra om det råkar bli fel. Lägg lite extra tid och omsorg på kroppsundersökningar för transpersoner på samma sätt som du skulle göra för en patient med ett psykiskt eller kroppsligt trauma. Berätta vad syftet är med det du gör eller med de frågor du ställer. Berätta att du använder medicinska begrepp och hur det fungerar med juridiskt namn i journaler. Lär dig att hantera dina egna misstag. Om du till exempel råkar säga fel

pronomen: rätta dig, be kort om ursäkt och fortsatt samtalet.

Om du är osäker i ett möte med en transperson: be hellre att få återkomma än att ge svar du inte är säker på. Ta kontakt med ett utredningsteam om du är osäker på patientens möjligheter till könsbekräftande vård eller på hur du hjälper patienten att få en remiss. Remittera hellre än inte, och dra inte ut på remissförfarandet, i synnerhet inte vad gäller barn och personer som uttrycker att de mår dåligt.

Kom ihåg att du inte behöver förstå för att kunna visa respekt. Det är inte möjligt för den som inte har egen erfarenhet av könsdysfori att till fullo förstå hur det kan kännas, men det finns ju inget krav att du ska kunna relatera till patientens upplevelser för att ge rätt vård. Det handlar inte om dig, utan om att tillgodose vårdtagarens behov.

Kan man lära en gammal hund sitta?

Normkritisk granskning av läkarprogrammet i Lund

Text: Maria Weber och Karolin el-Jaleb



Läkaryrket har traditionellt varit ett yrke för vita män från medel- och överklassen. Det är fortfarande den vanligaste bilden vi ser. Även om det tillkommer allt fler kvinnor är gruppen läkarstudenter fortfarande relativt homogen vad gäller etnicitet och klass. En insyn i detta är fundamentalt för en god patient-läkarrelation, vilket i sin tur är en förutsättning för patientsäker vård. Det är även av stor vikt att få en förståelse för ens egna värderingar, fördomar och patienters utsatthet.

Många av världens sjukdomar inklusive våra egna folksjukdomar som diabetes, hjärt-kärlsjukdomar och depression är i stor utsträckning kopplade till socioekonomisk marginalisering och utsatthet. Livsstil, makt, resurser att påverka sin hälsa och motivationen att upprätthålla den är alla direkt kopplade till individens socioekonomiska status (inkomst, utbildning och status i samhället m.m.). Stigma samt skadliga normer och stereotyper kring kön och sexualitet påverkar patienters benägenhet att söka vård; bemötandet de får och vad de förväntar sig av sjukvården. En förståelse för normer är fundamental för oss som framtida vårdgivare. Vi borde värna om samhällets och individens hälsa och lära oss förstå

våra framtida patienter för att kunna möta dem där de är och därmed ge dem den bästa vård vi kan.

Det är inte bara patienterna som skadas av rådande normer och en bristande insyn i dessa. Det är även vi studenter och vårdgivare som drabbas. Många exempel kan här nämnas på de gånger olika kränkande påståenden, kommentarer, och insinuationer har gjorts under läkarutbildningen. Stereotypa fallbeskrivningar om kvinnor med funktionella magbesvär, hysteriska mammor på barnakuten eller malnutrierade invandrarbarn är inte ovanliga företeelser på läkarprogrammet. Detta gör inte bara att fördomar och skadliga stereotyper förstärks och att vården av patienterna påverkas, utan det skapar även ett obehagligt läro- och arbetsklimat.

Läkarprogrammet i Lund står just nu inför en omarbetning och behovet är stort av att uppdatera utbildningen utifrån aspekterna ovan. Efter kontakt med arbetsgruppen som utformar det nya läkarprogrammet fann vi att ledningen ser positivt på och är mottagliga för att arbeta mer aktivt med normkritik och utbilda studenter med djupare förståelse för likabehandling. Även om det ligger i

tiden att prata om dessa frågor så verkar det finnas en begränsad insikt i hur allvarliga och utbredda problemen är. Just nu finns ett nationellt projekt kring att omarbeta läkarprogrammen i Sverige till en 6-årig utbildning, vilket skulle kunna vara ett gyllene tillfälle att få in denna typ av arbete. Men som alltid krävs det att folk arbetar aktivt för förändring.

Vi har själva samlat berättelser om incidenter som inträffat på klinik och i utbildningssammanhang och en rad konkreta förslag på förändringar som vi anser är nödvändiga för en modern läkarutbildning. Detta material har vi skickat till ovan nämnda arbetsgrupp och fått positivt bemötande.

Det vi vill förmedla med denna text är att det inte behöver vara så svårt att försöka förändra. Denna typ av kritik ligger rätt i tiden vilket gör att de som bestämmer är mer lyhörda. Då det inte automatiskt händer något är det viktigt att försöka trycka på från alla håll. Vi tror att ett vinnande koncept är att visa på vad som är fel och varför, men också sätta det i ett större sammanhang och visa på alternativ.

Rapporeten hittas på:
www.samhallskroppen.se/referenser

Att läsa

Boktips från Samhällskroppen



Fallna Kvinnor - när samhällets bottensats skulle lära sig veta hut, Eva F Dahlgren

Är inte grunddiagnosen kvinna? Tillgänglig bok med gedigen research om hur medicalisering av kvinnans sexualitet låg bakom Statens tvångsarbetsanstalt i Landskrona. I brev mellan föreståndare för barn och mammor som har trampat utanför en snäv kvinnonorm och därför skiljts från sina barn skildras ett skamfyllt kapitel i svensk historia på ett personligt sätt.

Sjukt hus, Henrik Ennart och Fredrik Mellgren

Det Nya Karolinska Sjukhuset ska bli ett sjukhus i världsklass men från start till slut har projektet skuggats av miljardrullningar och skandaler. Förseningar, partiska konsultbyråer, enorma kostnader och en odemokratisk process med bristande insyn är en bara del av något så mycket större. Det Nya Karolinska Sjukhuset ska byggas utifrån ett affärskoncept som ger miljarder till multinationella finansföretag. Inte nog med de kostnaderna denna modell ger i höginkomstländer, nu exporteras konceptet, på världsbankens regi, till låg och medelinkomstländer med allvarliga konsekvenser.



Fattigfällan, Charlotta von Zweigbergk

Mekanismerna bakom hur fattigdom skapar ohälsa och väcker skam synliggörs smärtsamt tydligt i denna berättelse baserad på en levd erfarenhet. Vill du lära dig hur absurd dåligt välfärden fungerar i detta land kan boken varmt rekommenderas! Socialtjänsten nagelfar kontoutdrag, samordningen mellan myndigheter är obefintlig och vännerna förstår inte allvaret medan fattigdomens fälla slår till.



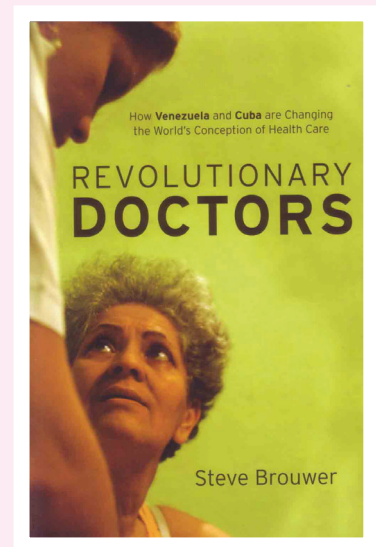


Knark - en svensk historia, Magnus Linton

Ibland blir språket väl akademiskt i de teoretiska styckena men behållningen av den välgrundade analysen väger mycket tyngre. Djupgående historisk blick på Sveriges repressiva narkotikapolitik som har skapat bland den högsta dödligheten hos missbrukare av länder i Europa blandas med råa porträtt av knarkare och deras mödrar. Det hugger både i hjärtat och hjärnan av läsningen.

Revolutionary Doctors, Steve Brouwer

En målande men föga kritisk beskrivning av hur Kuba och Venezuela har visat att läkarutbildning och sjukvård kan expanderas med den rätta politiska viljan. Författaren följer studenter som tidigare aldrig hade haft råd att bli läkare men som nu utbildas till allmänläkare i det projekt som under Chavez byggdes upp med stor hjälp av kubanska läkare.



GLOBAL



HEALTH



WATCH

AN ALTERNATIVE WORLD HEALTH REPORT

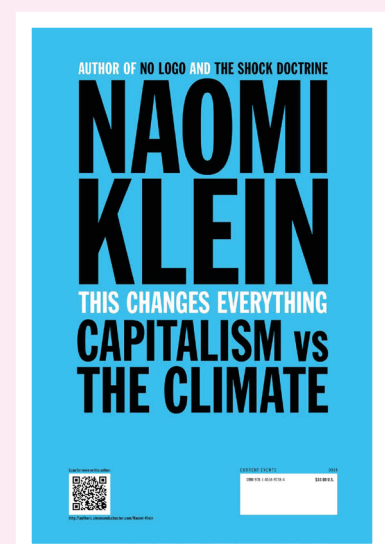
4

Global Health Watch 4

Global Health Watch ger inblick i en annan sida av hälsoläget globalt med fokus på de strukturella orsakerna till ojämlikheter i hälsa. Projektet är initierat av olika gräsrotsorganisationer aktivt insatta i de aktuella problemställningarna. Genom exempel från hela världen diskuteras dagens politiska och ekonomiska system, hälsans bestämningsfaktorer, hälsosystem och governance. Boken presenterar också innovativa strategier och rörelser för hållbara lösningar till dagens hälsoutmaningar. I rättvisans namn (och i projektets anda) har man gratis tillgång till boken: <http://www.ghwatch.org/node/45484>.

This changes everything, Naomi Klein

Ännu ett gediget verk med granskande blick på världens orättvisor av Naomi Klein. Denna gång är det klimatförändringarna som genomlyses. Läsaren får bekanta sig med allt från klimaförnekare och oljeskandaler till aktuell forskning. Inte minst utgörs en stor del av boken av inspirerande aktivism till stor del från ursprungsbefolkningar världen över som återväcker hoppet att vår planet kan räddas.



Visst har vi råd med välfärd!

Lars-Erik Hansson har läst Daniel Ankarloos bok *Välfärdsmyter* och sammanfattar de viktigaste argumenten för att vi visst har råd med välfärden.

Med jämna mellanrum kommer sedan ett 20-tal år larmrapporter om välfärdens finansiering. I en SKL-rapport 2010 (Framtidens utmaning) om välfärdens långsiktiga finansiering slogs fast att "om vi inte gör någonting och fortsätter finansiera välfärdstjänster på samma sätt som idag kommer vi 2035 ha ett gap mellan behov och resurser motsvarande 13 kronor i kommunalskatt", ett budskap som fick stort genomslag i medier. Strax efteråt angrep Riksrevisionen i en debattartikel i DN dåvarande regeringen för att underskatta de offentliga utgifterna fram till 2020. Befolkningsökning och en allt äldre befolkning skulle kräva ett tillskott på 50 miljarder kr från staten, annars var neddragningar inom välfärden nödvändiga. Alternativet uppgavs vara ökat skatteuttag med 2% i kommunerna. Vid ett seminarium om effektiv vård målade Roger Molin från SKL upp en mörk bild av att vi står inför en "demografisk chock" med en snabbt åldrande befolkning. Exemplet på den alarmistiska dramaturgin skulle kunna mångfaldigas, men det intressanta är egentligen vad som är syftet med dessa återkommande larm. Vad ligger bakom och är det verkligen så att vi troligen inte kommer att ha råd att finansiera en gemensam välfärd i framtiden?

Skapa krismedvetande

Borg-kommissionen, ett samarbete mellan Timbro och Arena Idé, beskriver utmaningen för välfärdens framtida finansiering så här i sin rapport från 2011: "En framgångsrik process förutsät-

ter medvetenhet om att det finns ett framtidsproblem som allvarligt hotar välfärdspolitikens trovärdighet. Stora förändringar av det här slaget beslutas nämligen först efter det att de bedöms som oundvikliga Det var exempelvis insikten om att ATP-systemet sannolikt skulle bryta samman en bit in på 2000-talet som drev fram pensionsbeslutet. Sådant krismedvetande krävs för att få igång en framgångsrik beslutsprocess för att klara välfärdstjänsternas framtida finansiering."

Alliansregeringens skattesänkningar underminerar fortfarande finansieringen av den gemensamma välfärden, bara under 2016 med 230 miljarder i uteblivna skatteintäkter (se ETC 1.10 2016). Men detta visar ju också de goda möjligheterna att finansiera välfärden genom att höja skatter.

Försörjningsbördan

I SKL:s rapport påpekas att försörjningsbördan (kvoten totalbefolkning/förvärvsarbetande personer 16-74 år) ökar. Måttet beskriver hur många personer en person som arbetar försörjer inklusive sig själv. Men nu är det ju inte i huvudsak antalet individer som är avgörande för möjligheterna att försörja befolkningen med välfärdstjänster. Försörjning bör mätas i kronor och ören, inte i antal personer. "Bördan" av denna försörjning bestäms inte i hur många man ska försörja, utan i relationen mellan utgifter och inkomster. Om vi antar en framtida produktivi-

tetsökning i samhället och att skattekvoten inte radikalt justeras ned så finns inte finansieringsproblemet på det sätt som det ofta beskrivits. Skulle dock andelen som inte arbetar radikalt öka jämfört med dagsläget så kommer det att få stor betydelse. Detsamma gäller för en kraftigt ökad arbetslöshet. Full sysselsättning är en faktor av stor betydelse för möjligheten att finansiera våra välfärdstjänster både nu och i framtiden.

Ålderschocken

Forskningen om de bakomliggande orsakerna till att kostnaderna ökar inom hälso- och sjukvården visar inte på någon entydig koppling till en stigande ålder i befolkningen. En faktor som har lika stor betydelse tycks vara den medicintekniska utvecklingen och efterfrågan/behov som gör att man utför mer och dyrare diagnostik och behandling. Dessa faktorer ökade (i en fransk studie) med 12,9% medan åldersförändringarna i befolkningen medförde endast 3,4% kostnadsökning.

Borgkommissionen gjorde bedömningen att andelen äldre över 85 år ökar med 67% 2020-2040. 1990-2010 var ökningen av andelen äldre lika stor. Under dessa år skedde en arbetstidsförkortning, skatterna sänktes kraftigt och de offentliga finanserna stärktes kraftigt. Man kan därmed dra slutsatsen att det inte finns något bakåt i tiden som tyder på att "ålderschocken" medfört en "ökad försörjningsbörda".

Ökad privat konsumtion?

Enligt SKL-rapporten beräknas inkomstökningen för hushållen till 2035, utan höjda kommunalskatter, bli 70% , motsvarande mer än 1000 miljarder kronor i 2010 års prisnivå. Den offentliga konsumtionen under samma tid beräknas endast öka marginellt. Uppenbart är att det inte saknas resurser om man får tro SKL:s prognoser. Vad som krävs är att man utmanar dogmen om att inte höja skatter.

Hushållens ökade konsumtionsutrymme måste också ses ur ett miljö- och klimatperspektiv: Om en stor del av utrymmet leder till konsumtion av prylar är det inte något som är förenligt med en hållbar utveckling och klimatmålen. Ökade offentliga investeringar t.ex. i välfärd har endast marginell sådan påverkan.

Effektivitet och kvalitet

Vilka är då möjligheterna att effektivisera i välfärdssektorn för att sänka kostnader?

Det finns en grundläggande skillnad mellan varuproduktion och tjänsteproduktion

- Varuproduktion handlar om att spara tid
- Produktion av välfärdstjänster handlar om att ge tid

Det finns åtminstone två faktorer som kan motverka produktivitetsökning i tjänstesektorn:

- Verksamhetens natur lämpar sig inte alltid för standardisering. Ett bra

exempel är inom sjukvården där en exakt diagnos följs av individuellt anpassad behandling, en verksamhet som inte låter sig automatiseras.

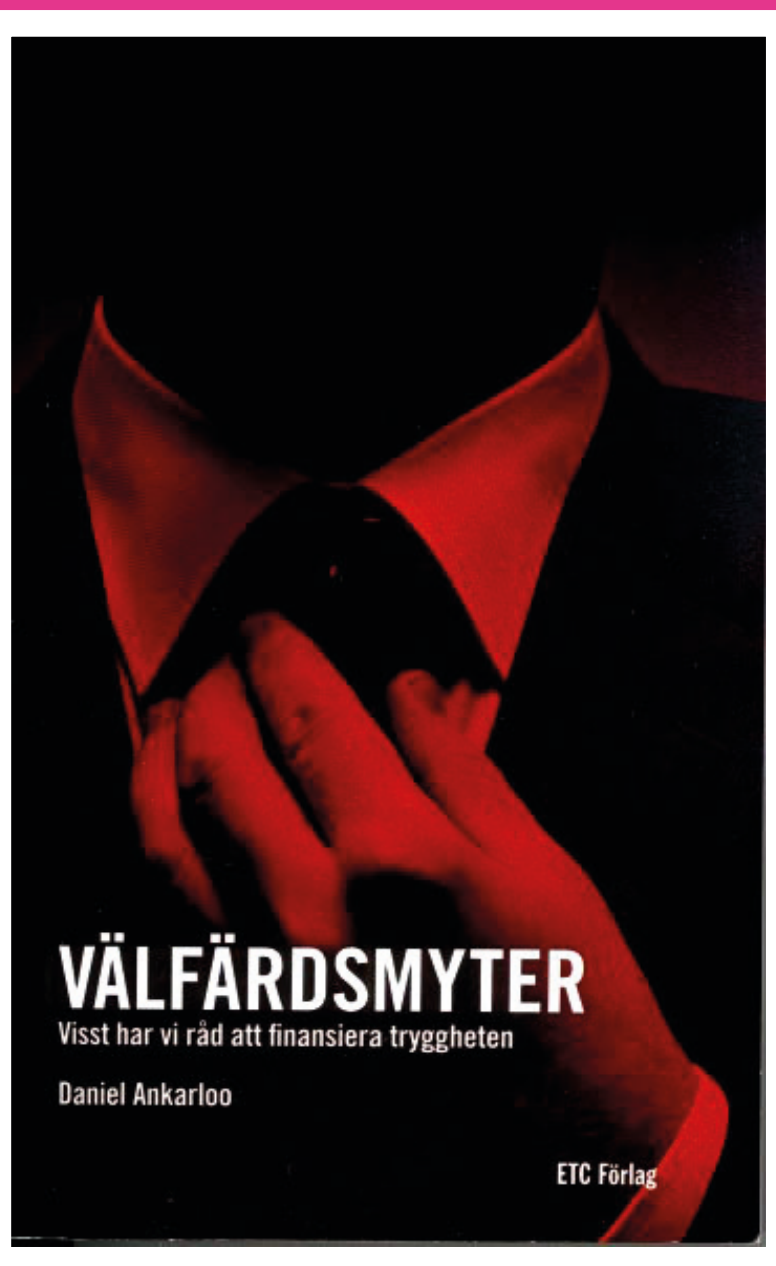
- Det är svårt att minska arbetsnehället i till exempel sjukvård och undervisning, utan att verksamhetens kvalitet påverkas. I allmänhet är det så att det finns ett nära samband mellan hur mycket arbete som läggs ner i en tjänst och dess kvalitet.

En solidarisk skattefinansierad vård Internationella erfarenheter visar tydligt att en solidariskt skattefinansierad vård med tydliga mål och prioriteringar, är den mest kostnadseffektiva. För att sjukvården ska kunna fördelas efter behov måste den vara skattefinansierad. Ökat inslag av egenfinansiering, leder till ökad ojämlikhet och risk för sämre kostnadseffektivitet.

Att sjukvården ska vara tillgänglig för alla begränsar möjligheten till avgiftsfinansiering. Patientavgifter inom sjukvård betraktas normalt inte som finansieringskälla utan snarare som styrmedel. Vilket är det största problemet, över- eller underkonsumtion av vård?

Underkonsumtion är definitivt ett större problem ur folkhälsosynpunkt. Erfarenheter visar att höga avgifter tar bort en del "överflödigt" vård, men medför också att en del nödvändig vård inte ges. Sammantaget finns risk för en mindre effektiv vård, eftersom målet är att vård ska ges efter behov.

Sammanfattningsvis finns det hittills inga bevis för att välfärden i framtiden inte skulle kunna finansieras fullt ut genom offentliga monopol och skatter.



10 SOCIALMEDICINSKA TIPS FRÅN SAMHÄLLSKROPPEN

Hälsoklyftorna i samhället måste vi tillsammans bekämpa politiskt. I den kliniska vardagen träffar vi ofta patienter med socialmedicinska problem. Eftersom vi sällan får utbildning i att hantera detta blir vi ofta frustrerade i sådana situationer.

Här följer 10 tips som kan hjälpa dig att bidra till en mer jämlik sjukvård:

1. Recept till patient utan personnummer?
 - Ge ett pappersrecept i handen så kan patienten hämta där det passar
 - xxxx istället för 4 sista siffror fungerar utmärkt.
 - Kom ihåg att skriva "Enl lag om asylsökande och papperslösa" på receptet, då blir avgiften 50:- för allt som hämtas ut

2. Hemlös patient som inte har någonstans att ta vägen?
Sociala journaler kan hjälpa med kontaktuppgifter till ett härbärge.

3. Pratar ni olika språk? Använd alltid tolk!

4. Remittera till distriktssköterska? Ett besök är kostnadsfritt i de flesta länsting och kan vara bra om du är osäker på följsamhet eller om patienten är orolig. ♡

5. Journalföra det sociala? Sociala faktorer påverkar många sjukdomar, i andra fall innebär omnämmande ett ontödigt stigmatiserande. Vänj dig att ta den sociala rubriken på allvar!

6. Inte pengar till medicin?
Skicka med några extra tabletter hem!
Om patienten har ekonomiskt bistånd från soc kan hen få tillbaka pengar för läkemedelskostnader.

7. Fördelar du din tid jämlikt? Ofta får högutbildade, svensktalande personer mer uppmärksamhet på mottagningsbesök och ronder. Granska dig själv!

8. Har patienten någon inkomstkälla? Om inte: vet hen hur hen kan söka inkomststöd? Om inte: Kontakta kurator, Pius knutet till de flesta vårdenheter.

9. Vill personen bli undersökt? Kanske ha någon med sig? Kom ihåg att patienten äger sin kropp och rätten att bestämma vad som ska hända med den.

10. Inte nöjd med erbjuden vård?
Påminn patienten att den har rätt till second opinion och hjälp till med förfrågan till ny vårdgivare!

Sårbarhetskedjan

När välfärden brister

Text: Ina Hallström

Ina Hallström, genusvetare, om uppsatsen **Sårbarhetskedjan: En feministisk studie av hur utförsäkring förkroppsligas när välfärden brister**

Alltså vi har inget välfärdssamhälle längre. Vi har inte det. Och när det har gått så långt så att man måste alltså överklaga och ta upp sitt fall i förvaltningsrätten. [...] Du måste gå till domstol för att du är sjuk. Jamen alltså, du är ju inte kriminell, det är väl när man är kriminell man ska komma till rätten och sitta och bli anklagad?

Marie, utförsäkrad

Mellan åren 2008 och 2016 skedde över 100 000 utförsäkringar av sjuka människor i Sverige. Men vad innebar det för de som drabbades? I min masteruppsats har jag intervjuat kvinnor som blev utförsäkrade och som kastades ut ur sjukförsäkringen efter att ha passerat en administrativ borte tidsgräns. Kvinnorna berättar om utförsäkringen som en del i en hel kedja av upplevelser av att inte få det stöd och erkännande man behöver som sjuk. I uppsatsen har jag velat sammanfatta dessa upplevelser med hjälp av uttrycket ”sårbarhetskedjan”. Det handlar nämligen om en rad av områden som fallerar och gör individen sårbar – det handlar om brist på ekonomiskt, socialt, emotionellt och medicinskt stöd. Det handlar om arbete som gör en sjuk, om brist på pengar men också brist på vård och stöd i nära relationer. Det handlar om att vara sjuk men inte bli sedd eller erkänd som sjuk.

2008 införde den borgerliga alliansen den så kallade ”Rehabiliteringskedjan” som innebar fasta tidsgränser i sjukförsäkringen. Det var dels gränser som innebar att den sjuke prövas mot arbetsmarknaden och dels en borte tidsgräns efter 2,5 år då man helt kastades ut ur sjukförsäkringen. Då spelade det ingen roll om man var sjuk eller frisk, när dagarna tog slut så slutade man helt enkelt att betala ut sjukpenning till den sjuke. Det var just sjuka människor som utförsäkrades: för att bli utförsäkrad måste man per definition först ha intygats och blivit bedömd som sjuk. Med tanke på att den borte tidsgränsen inföll efter 2,5 år så handlar det också per definition om långtidssjuka eller kroniskt sjuka människor. Majoriteten av sjukskrivna är kvinnor och bland de utförsäkrade utgjorde de nära 70 %.

Jag blev själv utförsäkrad 2010 och har många gånger tänkt på att det inte var jag som valde att skriva om utförsäkringar, det var utförsäkringen som valde mig. Min egen utförsäkringshistoria började med ensamarbete på ett serviceboende (där man borde ha varit två), med tunga lyft (där det borde ha funnits hjälpmedel), med en skada (som borde ha erkänts som arbetsskada) och med vård och operationer (som borde ha kommit tidigare). Min ryggsmärta blev till en kronisk smärta.

Under mina intervjuer och samtal med andra utförsäkrade kvinnor blev det tydligt att utförsäkring handlar om mycket mer än en sjukförsäkring som fallerar. Utförsäkringen sker inte i ett vakuum, det handlar om sjukdomar som har en historia. I den historien spelar sociala strukturer en betydande roll. Flera kvinnor berättar att det var arbetet som från början gjorde dem sjuka. De berättar om nedskärningar på kvinnodominerade arbetsplatser inom till exempel vård eller barnomsorg, där pressen till slut blir för mycket och leder till utmattningssyndrom. I många fall har inte heller vården fungerat som den ska, en kvinna med nackskada och smärta berättar att det tog 15 år att till slut få en diagnos. Kvinnor med långvarig smärta är en grupp som ofta har särskilt svårt att få medicinsk diagnos för sina besvär. Flera av kvinnorna beskriver svårigheterna med att få diagnos och att bristen på diagnos får konsekvenser, dels när det gäller möjligheten att få sjukpenning och adekvat vård, men också genom att vänner och bekanta har tagit avstånd när det inte finns en tydlig diagnos som förklarar besvären. Närstående har dessutom svårt att tro på att någon som är sjuk kan stå helt utan sjukpenning i en välfärdsstat som Sverige. Hellre än att misstro systemet så riktas misstron mot den sjuke själv. Själva utförsäkringen sker efter en lång tids kontakt med Försäkringskassan och ibland Arbetsförmedlingen. Kontakterna med myndigheter upplevs ofta som



svåra och präglade av brist på respekt och förståelse. De fyrkantiga reglerna med fasta tidsgränser tar inte hänsyn till individens situation och man känner sig ifrågasatt, pressad och misstrodd. Ett tungt besked som ett avslag på en ansökan om sjukpenning kan komma på väldigt olämpliga platser. En kvinna berättar om när hon fick beskedet om utförsäkring på en tågplattform där hon omgiven av främmande människor pressades till tårar av vad hon beskriver som en omänsklig handläggare.

Kvinnorna berättar också om hur det känns när det pratas om sjuka i samhällsdebatten. De beskriver en syn där sjuka ses som potentiella fuskare som försöker sko sig på socialförsäkringarna. Tidigare studier visar att ett sätt att tala om sjuka där fusk och överutnyttjande fokuserades etablerades i debatten om sjukförsäkringen åren innan rehabiliteringskedjan infördes.

Allt detta läggs ovanpå själva sjukdomen. En sjukdom som inte läker på 2,5 år och som kanske aldrig kommer att göra det innebär förstås en svår och skakande upplevelse i sig. Kvinnorna jag har pratat med berättar om hur skrämmande det kan vara att leva i en kropp som inte längre lyder. När de då inte får det stöd de behöver från vård och välfärd så innebär det en väldigt utsatt situation. Flera berättar att de på grund av sjukdomen inte heller har haft orken att överklaga beslut

om indragen sjukpenning och att de känner sig rättslösa. Alla dessa upplevelser gör saker med den sjuke och påverkar den egna självkänslan på ett djupgående sätt. Det är inte svårt att förstå att självmordshoten till Försäkringskassan ökade med 3000 % efter rehabiliteringskedjan infördes. Vården har inte fungerat, man har inte fått den diagnos som krävs för såväl samhällsinsatser som omgivningens stöd. Ekonomin raseras när utbetalningen sjukpenning upphör. Inom arbetslivet är man inte längre önskad som deltidssjuk. I debatten beskrivs man som potentiell fuskare snarare än sjuk. Allt detta upplever man samtidigt som man mår dåligt och förlorar något av det viktigaste som finns: hälsan.

Om välfärdstanken från början handlade om att skapa trygghet och att sprida risken för förlorad arbetsförmåga så kan de senaste årens åtstramningspolitik förstås som en individualisering av denna risk. Det är dessutom en risk som är ojämnt fördelad och där vissa kroppar drabbas oftare och hårdare än andra. Kvinnor är överrepresenterade bland både sjuka och utförsäkrade och de har dessutom svårare att få sina arbetsskador godkända än män. Kvinnor med smärtsymtom har svårare att få diagnos. Fysiska arbetsskador sker framförallt inom arbetarklassyrken. Nedsänkningar har ökat stressen på många kvinnodominerade arbetsplatser.

Det är just de här bristerna, inom område efter område, som drabbar redan utsatta kroppar som jag har velat fånga med uttrycket "sårbarhetskedjan". En brist på stöd och erkännande inom ett av områdena riktar den sjuke mot ökad sårbarhet och risk. För utförsäkrade kvinnor kan vi tala om en kedja där bristen upprepas i länk efter länk och ökar risken att falla igenom samhällets skyddsnet. När välfärden brister och utförsäkrar sjuka så gör den det i ett socialt sammanhang där kroppen, arbetslivet, vården och debatten redan har brutit. Att kroppar blir sjuka är svårt att undvika men tanken med välfärdsstaten har varit att den som förlorar sin hälsa inte samtidigt ska förlora allt annat, den ekonomiska tryggheten ska garanteras. När sjukdom innebär att man förlorar både trygghet och inkomst kan man, som Marie, ifrågasätta om vi överhuvudtaget har ett välfärdssamhälle längre. Det här är erfarenheter som behöver tas på allvar. När sjuka behandlas som brottslingar riskeras själva tron på välfärdsstaten och välfärdspolitik bygger liksom all politik på att vi tror på den. Vi måste fortsätta jobba för en välfärd som garanterar likvärdig trygghet för alla och vi måste skapa ett arbetsliv som inte gör människor sjuka.

Uppsatsen hittas på:
www.samhallsgruppen.se/referenser

Pengarna eller livet

Förändringarna i LSS och dess konsekvenser

Text: Christine Bylund - Foto: Privat

Hösten 2016 har en debatt om den personliga assistansen och andra insatser enligt LSS rasat i media. Vi har kunnat läsa om Selma 4 år, som trots att hon varken kan gå, prata eller styra sina rörelser i armar och ben mister hela sin statliga assistansersättning. Om radioprofilen Katarina Hahr som efter 20 år med LSS-insatsen ledsagning från sin stadsdelsnämnd i Stockholm blir av med alla sina insatser och förpassas till ett liv i beroendeställning till familj och vänner för att ens kunna röra sig utanför hemmet.

Under hösten växer rapporteringen om barn, unga och vuxna som blivit utan stöd och service som de bevisligen behöver till ett helt hav av historier. 441 personer mister sin statliga assistansersättning, hur många som blir utan stöd i landets olika kommuner är svårt att veta. Men en sak är säkert, något är inte som det var tänkt att vara?

Den rättighetsreform som var tänkt att möjliggöra frihet, självbestämmande och full delaktighet i samhällslivet för per-

soner med normbrytande funktionalitet (eller funktionsnedsättning) och som trädde i kraft 1994 nedmonteras nu i en takt som knappats går att följa. Men hur kunde det bli så här?

Åtstramningarnas tidslinje

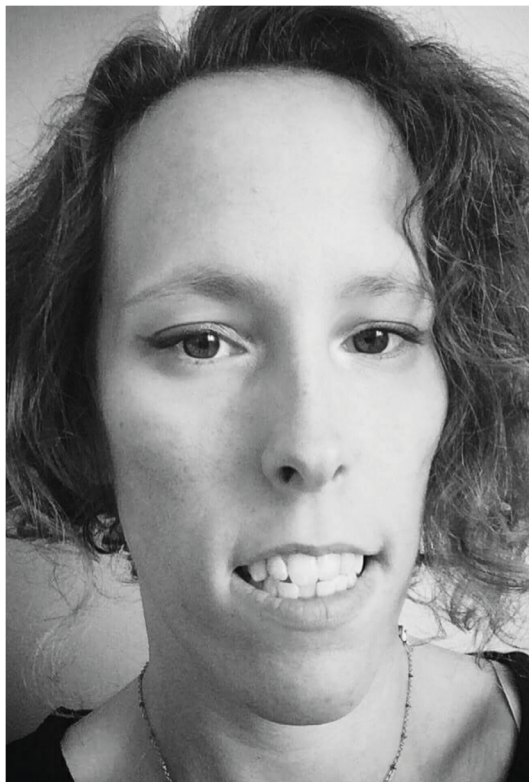
1994 införs LSS, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, i Sverige. Lagen är en revolutionerande rättighetslag som flyttar makt och resurser från stora institutioner eller kommunala hemtjänstinsatser till den enskilde individen, framförallt med hjälp av insatser som ledsagning och personlig assistans.

Insatsers enligt LSS fördelas mellan stat och kommun. Kommunerna görs skyldiga att tillhandahålla insatser som ledsagning, daglig verksamhet, anpassat boende och viss personlig assistans. Gränsens för om ens personliga assistans ska betalas av stat eller kommun dras vid 20 timmar av något som kallas för grundläggande behov. Till de grundläggande behoven räknas påklädning, personlig hygien, matlagning och ätning och kom-

munikation och ingående kunskap om en persons hjälpbehov.

Fram till cirka 2009 upplevs den statliga assistansen som stabil, även om de andra insatserna enligt LSS på kommunal nivå är godtyckliga och som vitt skilda beroende på i vilken kommun en bor. I grund och botten handlar det ofta om den kommunala ekonomin istället för vilka behov den enskilde har.

Under 2007 skickar Försäkringskassan, den myndighet som ansvarar för den del av den av den assistansen som finansieras av staten, ut ett internmeddelande där man avser att ändra kriterierna för det som ska räknas som grundläggande behov. Hädanefter kommer det därför inte att ses som grundläggande behov att få hjälp att laga mat, bara att föra gaffeln eller skeden till munnen. Inte heller kommer det att vara grundläggande behov att tvätta håret eller få hjälp med av och påklädning av ytterkläder. I takt med Försäkringskassan allt snävare bedömningar av rätten till assistans enligt LSS förlorar flera hundratals personer om



året sin statliga assistansersättning (mer om detta kan en läsa i rapporten *Innan levde jag*, nu existerar jag som finns på organisationen STILs hemsida) och hamnar då i den kommunala godtyckliga och ekonomiskt pressade LSS-verkligheten.

Men Försäkringskassans insnävningar slutar inte där, sommaren 2015 kommer en dom från Högsta förvaltningsdomstolen, efterfrågad av myndigheten, som menar att andning inte kan anses vara ett grundläggande behov om det inte samtidigt sammanfaller med en psykisk sjukdom. Något som det mycket sällan gör, och som i verkligheten betyder att personer vars största behov av assistans handlar om att kunna andas nu helt blir av med sin assistans.

Regeringens kluvna tunga – LSS på liv och död

Trots regering Löfvens uttryckliga vilja att förbättra levnadsvillkoren för personer med normbrytande funktionalitet i sin regeringsförklaring 2015 har den senare varit tydlig med att åtstramningen måste fortsätta. I ett regleringsbrev till

Försäkringskassan 2016 ger man myndigheten i uppdrag att bromsa kostnadsutvecklingen inom den personliga assistansen – det finns inget annat sätt att göra detta än att minska de timmar som den enskilde assistansanvändaren beviljas. Försäkringskassan måste därför vidta ännu hårdare åtgärder. Bland annat anses det under hösten 2016 inte längre som ett grundläggande behov att få hjälp att äta om en inte äter via munnen, utan till exempel via knapp i magen.

Debattens smärtpunkt har varit den tragiska död som drabbade en kvinna i Malmö vars assistans blivit neddragen av Försäkringskassan. I efterhand har myndigheten backat och postum gett den döda kvinnan rätt till den assistans hon själv ansåg sig behöva. Men inte velat ompröva någon av de andra indragningarna den gjort.

Under 2016 presenterades också den utredning av hela LSS vars resultat ska presenteras efter valet 2018. Direktiven har ett tungt fokus på kostnader för de olika insatserna och menar bland annat

att man måste öka ”träffsäkerheten” för de insatser som ges, men utan att specificera hur eller varför detta bör och kommer att göras.

Även om den samlade funktionshinderpolitiska rörelsen bjudit upp till motstånd med manifestationer, debattartiklar och krav på nödstopp visar den pågående politiken och myndighetsutövningen på en skrämmande maktfullkomlighet. Det som 1994 var en revolutionerande rättighetsreform som skulle möjliggöra frihet, jämlikhet och självbestämmande för alla samhällsmedborgare är idag en vantolkad lag och en myndighetsutövning vars konsekvenser kan vara liv eller död för den enskilde. Med en utredning som snarare vill befästa denna verklighet än förändra den rör vi oss med hisnade hastighet bort från det människovärde som lagen var till för att säkra.

Tillgången till könsbekräftande vård är socialt stratifierad

I en nyligen publicerad intervjustudie undersökte vi hur vårdtagare i den trans-specifika vården förhandlar och navigerar sig fram till könsbekräftande vård. Resultaten visar att tillgången till sådan vård kan vara socialt stratifierad och flera förändringar behövs (Linander et al., 2016).

För att få tillgång till könsbekräftande behandling så måste vårdtagare gå igenom en klinisk utredning. Tidigare studier har visat att vårdgivares kontroll över tillgången till könsbekräftande vård utgör ett hinder för en god vård. Dessutom visar tidigare forskning att personer med transerfarenheter ofta möter stigma, okunskap och diskriminering i mötet med vården. I den aktuella studien intervjuades 14 personer med transerfarenheter och materialet analyserades med grundad teori.

Deltagarna i studien upplevde att det var svårt att navigera i den trans-specifika vården p.g.a. långa väntetider, brist på kunskap hos vårdgivare och brist på psykosocialt stöd. Beroendeställningen till utredarna försvårade också relationen mellan vårdtagare och vårdgivare och bidrog bland annat till att deltagarna inte vågade framföra kritik. För vårdtagarna skapade dessa brister oro, sömnproblem och stress. Dessa hinder pressade vårdtagare att ta ansvar över vårdprocessen och deltagarna i studien beskrev hur de hade beställt hormoner över nätet, inhämtat medicinsk kunskap, kontinuerligt pressat på vårdgivarna genom att skicka in kompletterande papper, och försökt hitta stöd från anhöriga eller vårdgivare utanför den trans-specifika vården.

Den ansvarsförskjutning som skedde, dvs. att vårdtagarna tog över ansvar för vårdprocessen, menar vi beror dels på en resursbrist inom den trans-specifika vården. Det är också kopplat till nyliberala förändringar inom vården där ansvar allt mer läggs på den enskilda vårdtagaren. Dessutom såg vi i materialet tecken på att vårdgivare inom utredningen tolkar ett aktivt förhållningssätt hos vårdtagaren som att den är redo eller i behov av vård. Till exempel uppfattade vissa deltagare i studien att självmedicinering med hormoner kunde ge en snabbare tillgång till könsbekräftande vård inom landstinget, genom att självmedicineringen kunde signalera att man var ”seriös”. På ett liknande sätt diskuteras vi att de väntetider som deltagarna upplevde som väldigt jobbiga, inte bara är kopplade till en resursbrist utan att tid även används som ett diagnostiskt verktyg under utredningen. Alltså om det kvarstår en vilja att ha könsbekräftande vård efter en längre tidperiod kunde det ses som ett positivt tecken enligt utredningens logik.

“Och jag tror lite grann att de vill att man ska leda, alltså att man ska ta tag i det här själv och pusha på det själv, när man tar kontakt med utredarna för att det ska hända saker. Så tror jag lite grann att man måste göra saker själv också för att bevisa för dem att man verkligen vill det här” (Johanna)

Eftersom förmågan att ta en ”projektledarroll” under vårdprocessen kan vara socialt stratifierad utifrån till exempel klass, etnicitet, funktionalitet och geografisk plats menar vi att tillgången till könsbekräftande vård är stratifierad. Till exempel är det dyrt att köpa hormoner över nätet vilket gör att ekonomiska

resurser styr över tillgången till hormonbehandling, och i förlängningen skapar det olika möjligheter att positivt påverka utredningsförloppet. På ett liknande sätt är möjligheten att finna transkompetenta vårdgivare utanför den trans-specifika vården beroende på geografisk plats. Möjligheten att ligga på utredarna och skicka in kompletterande uppgifter kan till exempel vara stratifierat utifrån funktionalitet och klass.

Utifrån studiens resultat föreslår författarna en rad förändringar inom den trans-specifika vården. Utredningsteamens uppgift borde omformuleras så att den handlar om att stötta vårdtagarna i sina medicinska beslut och ge stöd under vårdprocessen, istället för det nuvarande fokuset på att utreda och ifrågasätta behovet av könsbekräftande vård. Att separera det juridiska könsbekräftandet från den trans-specifika vården skulle kunna bidra till en sådan förändring eftersom utredarna då inte blir ansvariga för att skicka intyg till Rättsliga rådet. Den trans-specifika vården behöver ökade resurser för att minska väntetider och öka tillgången till stöd, uppföljning och vidareutbildning för vårdgivare. Eftersom deltagarna upplevde att kunskapen om transerfarenheter var väldigt bristfällig på hälsocentraler och inom allmänpsykiatri borde det finnas en möjlighet att ta direkt kontakt med utredningsteamet, oavsett geografisk plats. Dessutom behövs system som möjliggör kritik från vårdtagarna, utan att det äventyrar tillgången till könsbekräftande vård.

Ida Linander

Doktorand vid Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå universitet

Preventivmedel och psykisk ohälsa

Hormonella preventivmedel och deras eventuella effekt på den psykiska hälsan diskuteras livligt i den offentliga debatten. Det är en komplex, och som alltid när kvinnors sexualitet och rättigheter står i centrum, kontroversiell fråga. I stora delar av världen finns fortfarande politiska och religiösa makter som hävdar att preventivmedel är en synd, men kritiken kommer också från progressivt håll, och rätten till välfungerande preventivmedel utan biverkningar har på senare år blivit en angelägen feministisk fråga. En av de allra vanligaste invändningarna mot hormonella preventivmedel är att de skapar psykisk ohälsa – allt från depression, ångest och minskad sexlust. De allra flesta unga kvinnor verkar ha upplevt ett förändrat humör eller välmående när p-piller påbörjas eller avslutas, och studier har även visat att dessa biverkningar är en av de vanligaste orsakerna till att avsluta behandling (1).

Med tanke på att två tredjedelar av alla kvinnor i 20-årsåldern i Sverige använder hormonella preventivmedel, borde dess påverkan på psyket vara en högprioriterad forskningsfront. Men så är det tyvärr inte. Jämfört med somatiska biverkningar, där framförallt trombosrisken stått i centrum, har psykiska biverkningar varit oerhört nedprioriterade som huvudsakliga utfallsmått i studier. De studier som finns har också delvis motsägelsefulla resultat. Den mest citerade review-artikeln på området sammanfattar kunskapsläget med att de flesta kvinnor får ett stabilare humör samt mindre negativa affekter under bortfallsblödningen under pågående behandling med hormonella preventivmedel (2). Samma författare påpekar dock att en del kvinnor verkar kunna

reagera negativt. En nyligen publicerad studie från Danmark, som fick stort genomslag i media, kunde visa att kvinnor hade ett högre uttag av antidepressiva läkemedel året efter ett uthämtat recept av hormonella preventivmedel, jämförst med de tidsperioder kvinnan inte tagit ut något preventivmedel (3). Detta var en registerbaserad observationell studie som är känslig för confounding, men att alla analyser gjordes intra-individuellt stärker sambanden. En annan uppmärksam svensk studie från förra året, som var randomiserad och kontrollerad, visade vissa negativa effekter på sexlusten, men sambanden var svaga eller obefintliga för flera andra aspekter av sexualiteten (4). Ett flertal mekanismer har föreslagits för att förklara hormonella preventivmedels effekt på humöret. Östrogen är exempelvis en regulator av serotonin, men störst fokus har ändå legat på den gestagena komponenten. Progesteronets påverkan på psyket tros utövas av dess nedbrytningsprodukter (allopregnanolon och pregnanolon), som binder till GABA-receptorer i hjärnan. Effekten av progesteron är dock paradoxal, där mycket låga eller höga nivåer verkar ge en anxiolytisk effekt, medan mediumlåga nivåer, inom samma intervall som de fysiologiska nivåerna under lutealfasen ligger på, kan påverka humöret negativt (5). Olika kvinnor reagerar dock olika på samma nivåer av progesteron, där exempelvis kvinnor med premenstruellt dysforiskt syndrom reagerar starkare.

Sammanfattningsvis kan alltså sägas att det finns tänkbara biologiska mekanismer bakom humörpåverkan av hormonella preventivmedel, och även om forskningsfältet länge varit eftersatt

verkar det nu ha fått förnyad energi. Exakt hur eller varför dessa vanliga preparat påverkar psyket är dock fortfarande omstritt. Att inte avfärda kvinnors upplevelser av sin kropp och hälsa, men inte heller spä på en onödig oro i detta riskfokuserade samhälle, är en lika känslig som viktig balansgång. Och en som bara kan lyckas om vetenskapssamhället börjar ta denna fråga, såväl som andra orsaker till en ökande psykisk ohälsa bland kvinnor, på allvar.

Sofia Zettermark

Forskarstuderande socialepidemiologi,
Lunds universitet

Gratis cellprov påverkar inte deltagandet i cervixcancer-screening

I Sverige är en av de viktigaste riskfaktorerna för att insjukna i cervixcancer att inte gå på regelbundna cellprover inom screeningen för cervixcancer [1]. Ett högt deltagande är en förutsättning för en effektiv screening och det varierar i olika delar av landet. I Göteborg skiftar screenings täckningsgrad mellan olika stadsdelar från 67 till 90 % [2]. Tidigare studier pekar ut organisatoriska faktorer som särskilt viktiga för deltagandet. Det kan handla om påminnelser vid uteblivet besök, möjlighet till HPV-test i hemmet för de som uteblivit från screeningen och bokade besök istället för att kvinnan bokar själv [3-7]. Bokade besök passar framförallt de kvinnor som är insatta i screenings mål, för att nå de mindre motiverade kvinnorna krävs istället individualiserad kommunikation [8]. Man har även sett att kunskap om cellprovet är av vikt [9-11]. Avgiftens betydelse för deltagandet är dock sparsamt undersökt och det saknas randomiserade studier avseende avgiften inom cervixcancer-screeningen. I en studie från Stockholm har man noterat att efter införande av avgift vid cellprovstagning 2003 – sjönk deltagandet med 15% [12]. Inom bröstcancerscreeningen har man i en retrospektiv finsk studie sett minskat deltagande när man införde en avgift på mammografi [13]. I en RCT sågs ökat deltagande om mammografin var gratis [14].

Göteborg är en mycket segregerad stad med stora skillnader i hälsa. Studien förlades till Angered, Bergsjön och

Biskopsgården, tre stadsdelar som alla är socioekonomiskt utsatta och har ett lägre deltagande i screeningen än övriga delar av staden [15]. Detta för att interventionen kunde tänkas ha störst effekt här. Man hade tidigare arbetat aktivt i Västra Götaland och i Angered och Bergsjön för öka deltagandet med bland annat årliga påminnelser för de som uteblivit tidigare, drop-in bussar för cellprovstagning och kulturdoulor. I studien randomiserades hälften av de kvinnorna som skulle kallas till screeningen under tidsperioden, till erbjudande om gratis cellprov. Den andra hälften fick betala ordinarie avgift, 100kr. Totalt inbjöds 3124 kvinnor. Om kvinnan lämnade ett cellprov inom 90 dagar från inbjudan räknades det som att hon deltog. Deltagande är ett annat mått för hur många screeningen når än täckningsgraden. 36,7% av de som erbjöds gratis cellprov deltog jämfört med 39,2% av de som betalade (RR 0,93; 95% CI: 0,85–1,02). Således sågs ingen signifikant skillnad mellan grupperna. Vi kunde heller inte se någon skillnad om kvinnan deltog för första gången, om hon uteblivit tidigare eller vilken av de tre stadsdelarna hon tillhörde. Enda skillnaden mellan grupperna sågs i åldern 40–50 år där det var ett högre deltagande i betalande gruppen (RR 0,72, 95% CI: 0,61–0,86).

Erbjudandet om gratis cellprov ökade inte deltagandet i gynekologisk cellprovskontroll i socioekonomiskt utsatta områden. Studien bekräftar resultat från tidigare studier att andra faktorer än avgiften såsom organisatoriska faktorer

är viktigast för deltagandet. Resultaten skiljer sig dock från tidigare studier av avgiftens betydelse. En möjlig förklaring kan vara att det redan gjorts insatser för ökat deltagande i de stadsdelarna som ingått i studien, möjligen kunde man ha fått ett annat resultat i områden där kvinnors medvetenhet om screeningen var lägre.

Däremot kan man inte tolka studiens resultat som att en höjd avgift eller en nyinförd avgift, inte har någon påverkan på deltagandet. Avgiften är troligen inte betydelselös men resurser som annars skulle lagts på att avskaffa avgiften skulle istället kunna läggas på de åtgärder som har bevisad effekt för att öka deltagandet.

Emilia Alfonzo Rodriguez

Forskarstuderande vid avdelningen för obstetrik och gynekologi vid Institutionen för kliniska vetenskaper

#slutpårean

Intervju med Agneta Lenander

Text: Sten Axelson Fisk - Foto: Lenanders fotografiska AB



Samhällskroppen har träffat Agneta Lenander, sjuksköterska och vänsterpartist, för att fråga henne om de nationella vård demonstrationer hon var med om att ta initiativ till den 4 september förra året.

Kan du berätta hur idén till demonstrationen föddes och hur det hela började?
Våren 2016 var vi tre sjuksköterskor som diskuterade hur vi skulle göra för att lyfta sjukvårdsfrågan. Vi ville slippa läsa lögnen i tidningarna om att patientsäkerheten inte var hotad, utan att någon nämnde att priset för patientsäkerheten betalades av välfärdsmedarbetare som krackelerar, blir sjuka, slutar och lämnar yrket. En fredagskväll när vi satt och skrev till varandra bestämde vi oss för att dra igång en landsomfattande sjukvårdsdemonstration, den 4 september.

Rörelsen växte och till slut var 26 orter igång med att förbereda sig, från norr till söder. Patientorganisationer, fackliga rörelser, anhörigorganisationer, vanliga människor, sjukvårdsaktivister målade,

affischerade ochh spred budskapet om att en annan vård inte bara är möjlig utan nödvändig. Debattartiklar skrevs och i augusti rapporterade dagens samhälle att sjukvården var den fråga som engagerade mest. Äntligen respons!

Lyckades ni nå ut med ert budskap då?
Vi intervjuades i tv, radio och tidningar och vårt budskap spreds. Den fjärde september tågade 10 000 tals människors ut på gator och torg. Vi protesterade mot de nedskärningar som genomförts, mot välfärdsarbetarnas bristande förutsättningar att utföra sina arbeten, mot alla de människor som inte får plats, inte får den behandling/undersökning de behöver, om hur privata sjukförsäkringar skapar gräddfiler som slår sönder HSL behovsprincip. Förenade, enade, organiserade, engagerade. Med en röst ropade vi: Det är nog nu!

Demonstrationen blev lyckad, vi hördes över hela landet. Dagen efter satt vi åter i tv-sofforna och som gäst efter oss var sjukvårdsminister Gabriel Wikström. Vi

fick ett samtal där vi åter lyfte vår oro om svårigheterna att rekrytera, om stängda vårdplatser, om patienter och medarbetare som far illa och en allmän oro för den offentliga vården som tenderar att bli allt mer ojämlig. I en annan tv-soffa debatterade en annan av initiativtagarna, Lotta Dickman med representant för SKL. Pins har släppts, den 14 december åkte en delegation till riksdagen i Stockholm.

Vad händer nu?

SKL-representanter, patientorganisationer, fackliga rörelser, riksdagsledamöter ska få information om hur det ser ut i den Svenska sjukvården av golvet folk. Vi samlar berättelser för att synliggöra den tystnadskultur som lagt sig som en våt filt över välfärdsarbetarna.

Vår kamp går vidare, vårt mål är att trycka på underifrån, skapa opinion så att sjukvården blir en av de allra viktigaste valfrågorna 2018.

Läkarstrejk stoppade privatiseringar i Madrid

Text: Sten Axelson Fisk - Foto: Jonathan Pontén

När de slopade lagen som gav gamla och funktionshindrade rätt till assistans märktes det direkt för oss som läkare. Jag minns en kvinna som hade en son som var paraplegisk sedan födseln. Nu vid 82-års ålder hade hon tvingats börja duscha sin 40-åriga son själv, därför kom hon till mig regelbundet för att få kortison-sprutor, axlarna klarade inte av det tunga arbetet.

Sunera Sadicali är specialist i allmänmedicin, utbildad i Spanien, och arbetar på Vårdcentralen Fristad utanför Borås. Samhällskroppen har träffat Sadicali för att ta del av erfarenheterna av den vårdarbetarmobilisering som i den ekonomiska krisens fotspår lyckades stoppa en massiv privatisering av sjukvården i Madrid.

Det finns ett före och ett efter den 15 maj 2011 i Spanien. Den breda och horisontella politiska rörelse som bildades på Puerta del Sol efter att 40 aktivister bestämde sig för att stanna kvar i protest mot hur de regerande partierna försökte få vanligt folk att betala för kapitalismens kris förändrade politiken i Spanien på ett tydligt sätt. Protesterna förgrenade sig i olika riktningar men vi var ändå en enhet. Överallt präglades rörelsen av direktdemokrati, det fanns mängder av församlingar, "asambleas", där alla hade samma rätt att tala och en uttalad vilja att organisera kampen på ett nytt sätt som skiljde sig från de traditionella partierna.

Spanien var ett av de länder där införandet av euron drabbade exportindustrin starkt. Från att ha haft en massiv tillväxt, inte minst inom byggbranschen, kraschade ekonomin efter krisen 2008 och vid tiden för protesterna den 15 maj hade Spanien i flera omgångar begärt nödlån för att rädda bankerna från att gå omkull. Dessa nödlån gavs i utbyte mot massiva nedskärningar i offentlig sektor. Spanien hade fram till 2012 en allmän sjukförsäkring som täckte alla, även turister och den stora andel flyktingar som saknade papper, alltså en mer omfattande sjukförsäkring än den som finns i Sverige idag. När denna sjukförsäkring genom lag nr 16/2012 försvann innebar det att människor var tvungna att betala 700 euro om året för en sjukförsäkring, vilket flyktingar som kommit i båt från Marocko eller det ökande antalet arbetslösa sällan kunde betala.

Hippokrates ed är tydlig, vi kan aldrig neka någon vård för att de saknar pengar eller de rätta papprena. När patienter kom som saknade sjukförsäkring och därför inte hade de papper som fordrades förfalskade vi papprena själva. Jag minns en patient som behövde göra ett blodprov på ett externt laboratorium som inte godkände våra förfalskade papper. Då skickade jag hennes blod med mitt personnummer på. Det blev kaos men vi gjorde vad vi kunde. Vi var måna om att inte göra oss beroende av den andra klassens vård som NGO:s erbjöd.

Sadicali arbetade vid den här tiden i arbetarförorter söder om Madrid, där hon gjorde sin ST i allmänmedicin. I Madrids kommun skulle besparingar på 7% göras inom sjukvården och Partido Populars politiker tänkte göra detta genom att överlåta driften av välfungerande sjukhus till stora privata företag. Nu, 2017, pågår en rättsprocess där flera politiker från Madrid anklagas för att mutade ha sålt offentliga kontrakt till underpriser under den här tiden. Sjukhusen som skulle privatiseras var anrika sjukhus som hade byggts upp med offentliga medel. Bland annat ett 160 år gammalt akutsjukhus, Hospital de La Princesa, där alla specialiteter fanns. Totalt var det sex sjukhus och 27 vårdcentraler som skulle säljas ut i Madrid. Det var detta som fick AFEM, spanska Läkarförbundet, att agera.

Vi var många som blev chockade över att AFEM mobiliserade till en stor demonstration. Läkare hade tidigare sällan blandat sig i politiken och när det gjordes handlade det om frågor som berörde en enskild specialistgrupp. Läkarkåren var fragmenterad i sin organisation men nu gick vi alla i samma demonstrationståg. Inte bara läkare utan alla, från kökspersonalen till undersköterskorna och kirurgerna. Vi demonstrerade i våra vita kläder så demonstrationerna kallades i media för "den vita flodvägen". Det huvudsakliga kravet handlade om att sjukvården skulle förbli offentlig. Det fanns privata läkare sedan tidigare, men



den bästa sjukvården var offentlig och det var bara rika personer med privata sjukförsäkringar som använde privat vård för enklare hälsoproblem. Nu planerades en modell som liknar den i Sverige, att skattemedel finansierar sjukvård som bedrivs av privata företag. Samtidigt hade den allmänna sjukförsäkringen tagits bort vilket gjorde att många läkare såg allvarligt på situationen. Den 8 november samlades flera hundra läkare till ett möte och enligt talespersonen för mötet röstade 99% för en strejk som skulle hålla på tills kommunens ordförande Ignacio Gonzalez hade dragit tillbaka "Planen för en hållbar offentlig sjukvård" som privatiseringsprogrammet kallades.

De äldre läkarna som hela sitt yrkesliv hade arbetat för att bygga upp den offentliga vården såg att den nu var hotad. Även läkarkåren hade tagit intryck av det stora antalet demonstrationer som sågs överallt i Spanien vid den här tiden. Strejken hade föregåtts av ockupationer av flera av de sjukhus som var hotade. Vi stannade helt enkelt kvar nattetid för att försvara sjukhuset mot försök att privatisera. När strejken väl började samlades vi varje dag för stormöten. Alla fick komma till tals och vi diskuterade hur vi skulle göra för att driva kampen vidare.

Under strejken fortsatte gatuprotesterna och läkarna delade ut receptlappar till förbipasserande och patienter där de förklarade motiven bakom strejken. Hela

tiden upprätthölls "minimiservice" för att minimera de medicinska konsekvenserna av strejken.

Sadicali menar att motiven för att strejka såklart var olika för olika läkare. Hennes erfarenhet var att det för de flesta inte handlade om lönen eller den egna positionen. Lönerna var redan dåliga med tanke på hur hårt läkarna jobbade under sina jourer. Spanien hade bland de mest kostnadseffektiva sjukvårdssystemen i Europa, det vill säga att de upprätthöll en högkvalitativ sjukvård till en relativt liten andel av BNP. Detta menar Sadicali var möjligt delvis tack vare de låga spanska läkarlönerna. Hon tror snarare att det var en insikt om att ifall privatiseringar och slopandet av sjukförsäkringar gick igenom skulle de komma att arbeta i ett amerikanskt vårdssystem, där läkare främst fanns till för över- och medelklassen medan de med störst behov stod utan sjukvård.

Glädjen var stor efter segern som det innebär att stoppa privatiseringarna. En del har fortsatt engagera sig i grupperingar inom hälso- och sjukvård men många har också tappat kontakt med den politiska kampen.

Detta är precis vad makthavarna vill! Genom att många av oss är så upptagna med våra privata problem orsakade av ekonomisk otrygghet blir det svårt att fortsätta organisera sig. Dessutom var folk trötta efter ett halvårs protester. En

annan viktig orsak till att organiseringen på arbetsplatser och gator har minskat är att människor har delegerat kampen till institutioner, i första hand PODEMOS (Spaniens nya vänsterparti), som på sitt och vis har sin del i förklaringen till att de folkliga protesterna upphört.

Sunera ser stora likheter med situationen i Sverige, där vårdprotester har handlat om nedskärningar och privatiseringar. Det saknas dock ett engagemang och en vision kring hälsofrågor, säger Sunera med reservation för att hon har varit i Sverige i endast 18 månader.

Här i Sverige har läkare en mer ensidigt biologisk syn på hälsa och jag tycker att det saknas visioner för hälsokampen. Jag tror att det är centralt att ha en biopsykosocial förståelse av hälsan och sjukvården och att formulera tydliga visioner för vad vi vill uppnå med vår kamp. Utan visioner vet vi inte vart vi är på väg och då tror jag det är svårt att skapa en rörelse som på lång sikt kan vara framgångsrik.

*Referenser till artikeln hittas på:
www.samhallsgruppen.se/referenser*

Disa Dahlman vill ge vård åt röstsvaga individer

Text: Caroline Mannerfelt - Foto: Privat

AT-läkaren Disa Dahlman är en av de drivande personerna bakom ett pilotprojekt i Malmö, där hon tillsammans med annan sjukvårdspersonal arbetar för att göra primärvård mer lättillgänglig för patienter i LARO (läkemedelsassisterad rehabilitering av opiatberoende). Under hösten har hon också figurerat i både SVT och Läkartidningen då hon anmälde vuxenpsykiatri i Malmö till Inspektionen för Vård och Omsorg.

Varför anmälde du Malmöpsykiatri?
Jag upplevde under min placering inom öppenvårdspsykiatri att verksamheten inte fungerar. Patienterna får inga läkartider, recept på läkemedel förnyas inte. Det saknas specialistläkare. Alla i personalen vet om detta. Folk skriver avvikelser, men inget händer.

Vad har du fått för respons på din anmälan till IVO?
Jag har fått ganska mycket respons, och uteslutande positiv sådan. Det är dels patienter som hört av sig, men också personal. Många har mailat spontant, och tyckt att det var något som har behövt göras. Andra har hört av sig och sagt att de själva ska göra anmälningar.

Din anmälan till IVO uppmärksammades i Läkartidningen. I kommentarsfältet till artikeln på Läkartidningens hemsida vittnar flera specialistläkare från Malmöpsykiatri om samma förhållanden

som du framhållit. Hur ser du på att det var du, som AT-läkare, som gjorde denna anmälan, och inte dina seniora kollegor?
Jag tror att det är som grodan som kokar i vattnet – att saker normaliseras. Jag kan också tänka mig att det finns en tankebarriär, där folk inte kommer på att man inom sjukvården kan anmäla sig själva. Om saker är dåliga talar man om det inom personalgruppen, eller gör avvikelsesrapporter, eller försöker förmedla uppåt till sin chef. Flera specialister har hört av sig efteråt och sagt att det känns konstigt att de själva inte anmält. Men jag tror verkligen att det är så – att de har kokat ihjäl långsamt.

Verksamhetschefen inom Malmöpsykiatri, Hans Brauer, har förklarat specialistläkarbristen med att det är högre läkarlöner i Köpenhamn. Tror du att det stämmer?
Nej, det tror jag inte. Jag uppfattar det som att svårigheten inte ligger i att rekrytera, utan att folk slutar. Det framkommer ganska tydligt från de som kommenterat artikeln i Läkartidningen – folk uppfattar att de inte får gehör uppåt, och att det är dåligt medarbetarinflytande.

Varför tror du att Malmöpsykiatri fungerar så dåligt?
Det är en dysfunktionell struktur.

Förra sommaren publicerades en nationellt uppmärksammad artikelserie i Sydsvenskan om Malmöpsykiatri. Då

målades det upp en svart bild av verksamheten, utifrån patienternas perspektiv. Överensstämmer den bilden med dina erfarenheter?

Nej, och det var delvis därför jag ville göra ett uttalande till SVT. Bilden som gavs i Sydsvenskan var nästan som ett personangrepp på personalen inom psykiatri, att de skulle sakna empati, och vilja plåga patienterna. Jag tycker tvärtom, att de som jag jobbat med har varit jättebra – framförallt syrror, psykologer, arbetsterapeuter och kuratorer. Jag menar inte att man ska ogiltigförklara psykpatienter och deras vittnesmål, men i viss mån får man ta det med en nypa salt. Inom psykiatri förekommer det tvångsåtgärder som man som patient kan uppleva negativt, det är speciellt jämfört med andra specialiteter. Men jag vill verkligen framhålla att den personal som finns gör sitt yttersta, och jobbar mer än vad någon skulle kunna begära. De har dock helt orimliga arbetsuppgifter. Så nej, jag ville vinkla bilden, och säga att det inte är personalen det är fel på. Det behövs mer personal.

Hur kan Malmöpsykiatri förbättras?
Det behövs anställas på bred front. Både syrror, psykologer och specialistläkare. Det är vad patienterna efterfrågar också – de har tillstånd och sjukdomar som kräver specialistvård, men på mottagningarna får de komma till olegitimerade underläkare. Det var ytterligare en anledning till att jag ville anmäla



– mycket får fortgå för att det handlar om patienter inom psykiatin. Det är en röstsvag patientgrupp, och folk skiter i dom. Hade det kunnat vara såhär på en annan kvalificerad specialistmottagning? Till exempel ortopederna – ”välkommen till ryggteamet, här sitter en olegitimerad underläkare och gör en bedömning, ska den här ryggen opereras eller inte?” Jag tycker psykiatin ska ha samma kvalitet och status som annan sjukvård.

Du doktorerar vid Beroendecentrum i Malmö. I oktober publicerades en artikel i Läkartidningen, där du tillsammans med personal från två LARO-mottagningar i Malmö beskriver ett projekt där ni erbjuder lättillgänglig primärvård till LARO-patienter. Berätta om projektet!

LARO-patienterna är en annan röstsvag patientgrupp. Det är patienter som går i substitutionsbehandling, för att de är beroende av heroin. De flesta är somatiskt sjuka. Alla röker, och många har hepatit C. De har svåra livsomständigheter – en stor andel är hemlösa, de har dålig kosthållning och brist på pengar.

Projektet började med att en klok sjuksköterska på en LARO-mottagning här i Malmö kom på att man kunde triagera patienterna, för att sedan skicka vidare dem till Vårdcentralen Granen. Tanken var att vi skulle vara en sluss till primärvården. Projektet har sedan dess utvecklats, så att det istället kommer

en läkare till LARO-mottagningarna – och den läkaren är jag! Vi försöker helt enkelt minska barriärerna till sjukvården. Målet är att det ska vara lätt för den här patientgruppen att få tillgång till vård – i rättvisans namn.

I rättvisans namn?

Rättvis vård är vård efter vårdbehov. De här patienterna kan inte, eller prioriterar inte, att söka tid hos primärvården. Deras vårdbehov uppfylls inte, utan de behöver någon extra insats. Jag tycker man kan jämföra det med att gamla patienter behöver sjukvård i hemmet, eller särskilt boende. Tanken är att de ska ha rätt till samma vårdtillgång som en högpriesterande människa som själva kan driva sin sak, för det kan inte de här patienterna.

Vad söker patienterna för?

Det är helt vanliga primärvårdsbesök, med lite extra fokus på hepatit C. Det finns också en viss överrepresentation på hudåkommor, olika sår och hudinfektioner. Annars är det vanliga åkommor: KOL, astma, ont i magen, gynekologiska symptom, urinvägsinfektioner och pneumoni.

Har du mött något motstånd när du hjälper de här patienterna?

Nej. Inte från något håll. Nu efter artikeln i Läkartidningen publicerades så folk hört av sig och visat intresse för verksamheten.

Sverige har en säregen restriktiv narkotikapolitik. Vilka politiska beslut eller reformer tror du hade gynnat den här patientgruppen?

Dels tänker jag på avkriminalisering av eget bruk av narkotika, vilket jag är ambivalent till, men nog egentligen principiellt är för. Det är svårt att förutspå vad konsekvenserna skulle bli, i och med att det har varit förbjudet i decennier. I övrigt hade det varit önskvärt att få bort den kommunala vetorätten mot sprutbyten, för som det ser ut nu så blandar man ihop sjukvård med något som är en moralisk diskussion. Man får bestämma sig, är beroende en sjukdom, eller inte? Jag tycker att det ska finnas nationella riktlinjer, och att beroendevård ska vara sjukvård som all annan sjukvård. Det är fullt evidensbelagt att sprutbyten minskar farligt injektionsbeteende. Det är massa tjafs och politiska diskussioner kring både sprutbyten och Naloxon-utdelning. Beroendevården har någon sorts särställning, där sjukvården inte får sköta sig själv. Låt sjukvården vara sjukvård, vetenskap måste gå före något slags moralisktänkande. Där finns mycket förbättringspotential. Sen behövs fler skadebe-gränsande insatser överhuvudtaget, som säkra injektionsrum och utbildning till folk som är aktiva i narkotikaanvändning. Det tror jag skulle förändra mycket.

**fotnot:*

Vetorätten mot sprutbytesmottagningar har nu avskaffats. Reds. anm.

Ledningsläkaren som fick nog

Intervju: Sten Axelson Fisk - Foto: Privat

Samhällskroppen har intervjuat Valeria Castro som efter ett arbetspass som ledningsläkare på Sahlgrenskas akuttagning gjorde en statusuppdatering som delades mer än 4000 gånger och som fick stort medialt genomslag.

Vad var det som gjorde att du skrev din statusuppdatering?

Det handlar om en situation som har byggts upp över en två-tre år med överbeläggningar och kollegor på sköterskesidan som har sagt upp sig på grund av dåliga arbetsförhållanden. Det gör att vi succesivt stänger vårdplatser och istället har mängder med inläggningsklara patienter väntandes på akuten.

Den kvällen hann jag knappt titta på de nya patienterna eftersom jag var tvungen att göra avdelningsarbete med de patienter som redan var bedömda och väntade på inläggning. Jag var tvungen att börja uppifrån och ner på en enorm lista där allting var triagerat orange, alltså bedömt som ganska allvarligt. Det var patienter som jag inte kände men var tvungen att följa upp: hur går det med deras blodförgiftning, blododling, lung-röntgen, läkemedel?

Sedan kom en sköterska och sa att det inte fanns några övervakningsplatser kvar. Då skulle jag välja vilka bland de patienter som behövde övervakning som skulle få det. Det var mina uppgifter som

ledningsläkare, det kändes inte värdigt. Jag kunde inte vara ansvarig för den vården, jag kunde inte ge en patientsäker vård på akuten som det såg ut då.

Samtidigt skulle jag ta emot frågor från yngre kollegor som skämdes när de frågade om lov att få lägga in patienter som var helt självklara inläggningsfall. Jag kände att detta inte var en miljö att lära upp nya kollegor, vare sig på läkar- eller sköterskesidan.

Vad tänkte du om att genomslaget blev så stort?

Jag tror det berodde på att det var just en ledningsläkare som var upprörd och ledsn som skrev. I nästa steg tänkte jag att okej, nu har vi fått detta medias-trålkastarljus och då ska vi göra något bra av det. Jag har alltid haft visionen om att vi måste förena oss med fackföreningarna för alla vårdrkeskategorier. Jag hade genom Socialistiska läkare pratat en del med vårdförbundets representanter och bjudit in dem till våra möten eftersom vi ville höra sjuksköterskornas versioner av vårdkrisen. När inlägget började delas tog jag direkt kontakt med skyddsombud för kommunal, vårdförbundet och läkarförbundet. Vi gick ihop alla fyra och skrev en artikel på SVT opinion som också delades tusentals gånger.

Vi får lära oss att vi inte ska låta vårdplatsläget påverka ens bedömning om vem

som ska läggas in. Du talar öppet om att vårdplatsläget påverkar våra bedömningar och patientsäkerheten. Hur är det att bryta mot det tabut?

Vi påverkas absolut i våra inläggningsbeslut. Man vänder ut och in på sig för att hitta andra lösningar som inte kräver inläggning men som ändå känns patientsäkra: ringa till vårdcentral för att försäkra snabb tid där, klämma in subakuta mottagningar eller vårdplanera på akuten (*möte med omsorgscoordinatorer för att ordna kommunala omvårdnadsinsatser i hemmet, reds anm.*).

Selektionen av patienter på akuten gör att vårdtyngden är mycket högre än vad det ser ut som. Mörkertalet vad gäller överbeläggningar är oerhört stort, eftersom vi försöker hitta andra lösningar.

Tyvärr finns det en tystnadskultur bland läkare, det betraktas nästintill nobelt att knyta näven i fickan och bita ihop. Vissa äldre kollegor har kommenterat att "så här har det ju alltid varit", men bara för att det alltid har varit så, betyder inte det att det är rätt.

Vad beror tystnadskulturen på?

När det är en tuff situation kan man tvivla på sin kompetens och då rikta kritiken inåt. Jag har inte upplevt att många är tysta av lojalitet mot chefer utan snarare av rädsla för vad andra kollegor ska tycka



Valeria Castro Tejera

Follow · 11 January ·

View on Instagram

Idag nådde jag en gräns där jag känner att läget på akuten/ Sahlgrenska är utom kontroll, den är utan tvekan patientosäker. Jag är förtvivlad som förbannad. Patienter väntar på akuten för att bli inlagda i 2-3 dygn och vårdplatser finns inte ens på intensiv- avdelningarna. Arbetsmiljön och stressen på akuten är så dålig att kollegor ständigt är på bristningsgränsen, sköterskor som läkare. Detta är ohållbart, detta är ett slagfält. Man kan ju fråga sig varför det inte finns vårdplatser? Jo för att vi förlorar våra sköterskor. Arbetsförhållandena och lönerna för våra kollegor är så usla att de flyr fältet och slutar våra sköterskor, ja då stänger man ner vårdplatser. Jag har alltid älskat att arbeta på akuten, men nu har min gräns nåtts. Vi får organisera oss, vi får visa sjukhusledning, politiker och väljare att detta inte längre får fortgå. Läget är ytterst patientosäkert och arbetsförhållandena är helt oacceptabla. Om vi hade fått strejka så hade det blivit nästa steg. #strejknästa

Like Comment Share

Sten Axelson Fisk, Malina Katarina and 12k others

4,355 shares

813 comments

och tänka. Att man ska vara den som är besvärlig, betraktas som inkompetent och kanske bli utfrusen.

Andra menar att vi måste tänka på sjukvårdens rykte. Jag tror personligen att ifall man hade kunnat bryta den tystnadskulturen och säga att vi gör detta för våra patienter och våra medarbetare så hade folk förstått att det är bättre att stå upp för något, än att själv gå under eller se på när kollegor går under. Vi har förlorat jättemånga fantastiskt kompetenta kollegor, det är en personalflykt. Någon gång måste man tala om den rosa elefanten i rummet.

Vilka drabbas hårdast av överbeläggningarna på akuten?

Multisjuka äldre drabbas extra hårt av belastningen på akuten. De kan komma in med låg medicinsk prioritet men i behov av inläggning för urvätskning om de har samlat på sig vätska på grund av hjärtsvikt, som exempel. Om de inte är akut sjuka får de ligga på akuten upp till 48 h efter att de är inläggningsklara. De akut sjuka kommer ändå till och får

sin behandling. Multisjuka äldre är den svagaste och mest sköra gruppen.

Du avslutade inlägget med "om vi hade fått strejka hade det varit nästa steg". Hur ser du egentligen på nästa steg i kampen för sjukvården?

Om man ska vara krass så är det en form av strejk vi ser nu när medarbetare slutar i en regelrätt personalflykt. Folk vägrar ställa upp på den arbetssituation och de villkor som finns. Vad är farligast? Att förlora massa kompetent personal som är svåra att få tillbaka eller några dagars strejk?

Jag önskar dock att vi via dialog med facken, ledningen och våra politiker kan lösa problemen och även använda oss av 4:e septemberrörelsen som är ett nätverk med flexibel organisation vilket är en stor fördel. Flera läkare som är socialister borde gå med i facket och verka för ökad samverkan mellan de olika vårdyrkeskategorier.

Jag vill uppmana folk att tänka på att man inte behöver vara rädda. Det gäller att

vi nu bryter tystnadskulturen. Du som läkare känner troligtvis en annan kollega som också delar din frustration. Att vara tyst och knyta näven i fickan har aldrig förändrat något i historien och det gör det inte nu heller.

Jag kände själv att jag hade fått nog av att se kollegor gå under i etisk stress och på grund av dålig arbetsmiljö. Eftersom vi alla är så ansvarsfulla personer är det lätt att rikta kritiken inåt, men nu är det dags att tillsammans belysa missförhållandena och ta ansvar för de förbättringar som krävs för att lösa denna vårdkris.

Vägen framåt är att öka tilliten genom ökad dialog och återkoppling med ledning, facken och våra politiker. Vi måste tillsammans finna långsiktiga lösningar som leder till en god och hållbar arbetsmiljö och en patientsäker vård för våra medborgare.

Den nya välfärden sedd med en gammal stofils ögon

Text: Töres Theorell

Under 70- till 90-talen var jag jättestolt över att vara svensk. De utlänningar jag hade kontakt med såg alla upp till det svenska samhället. Vi hade ett heltäckande sjukvårdssystem. När man gjorde direkta samhällsekonomiska jämförelser mellan det amerikanska privatiserade systemet och det svenska offentliga visade det sig att vi hade ett system som var rättvisare för medborgarna än det i USA (Smedby och Andersen 2010).

Dessutom kostade vårt system medborgarna betydligt mindre (per medborgare) än det amerikanska gjorde för sina medborgare.

Vi hade också byggt upp en välfärdsstatistik som höll mycket hög kvalitet och som andra socialmedicinska och epidemiologiska forskare såg upp till i hela världen. På 80-talet inledde jag samarbete med flera socialepidemiologer som gärna ville komma till Sverige just för att det fanns unika möjligheter här. Man kan jämföra med situationen i flera andra ledande forskningsnationer. I Tyskland var det omöjligt att få höga deltagarfrekvenser i välfärdskartläggningar eftersom människorna var misstänksamma mot staten efter andra världskriget. I USA var det stora svårigheter att genomföra befolkningsstudier därför att systemet med individuella försäkringstagarnummer var svårare att använda än våra personnummer. I Australien fanns ett kompakt motstånd mot personnummer och alla

liknande system som skulle göra det möjligt att göra epidemiologiska studier. 1987 försökte en regering där införa personnummer men fälldes då pga motståndet i befolkningen.

På arbetsmiljöforskningsidan hade Sverige i ett internationellt perspektiv en mycket stark finansiering som byggdes upp av överenskommelser mellan de centrala arbetsgivar- och fackföreningssorganisationerna. Det gjorde att man kunde skapa grunden till det som blev Arbetslivsinstitutet som i sin tur betydde mycket för forskningen, för samordningen av denna och för spridning av forskningsresultaten.

Men det fanns också en stark övertygelse i samhället om att det var viktigt att forska på ojämlikhet i hälsa och arbetsmiljö. Det gjorde i sin tur att Gunnar Inghes verksamhet fick växa fram och att vi fick en stark svensk socialmedicinsk och sociologisk tradition, t ex med Robert Erikson, Joachim Vogel, Björn Smedby och Leif Svanström. På arbetsmiljöområdet blev flera svenska forskare internationellt ledande, t ex Lennart Levi, Marianne Frankenhaeuser, Bertil Gardell, Lennart Lennerlöf och Gunnela Westlander

År 2006 fick vi en borgerlig regering som började med att lägga ned Arbetslivsinstitutet. Det var en handling som det internationella samhället såg med

stor förvåning och bestörtning. I inga liknande länder har man gjort något sådant. Plötsligt hade Sverige ingen nationell myndighet som andra länder kunde förhandla med i arbetsmiljöfrågor. Ganska snabbt har också Sverige efter det förlorat sin position som ett ledande land i arbetsmiljöforskningen. På det socialmedicinska området kan man notera att jämlikhet i folkhälsa "inte längre var ett prioriterat område" i folkhälsopolitiken, som det hade varit i Folkhälsokommisionen som lade fram sin utredning år 2000. Sedan har vi också tvingats uppleva att Undersökningen om Levnadsförhållanden (ULF) i praktiken lagts ned år 2006. Den har varit ett viktigt underlag för både politik och forskning från 1976 till 2006. Man kan därför inte längre på ett trovärdigt sätt följa utvecklingen i flera olika välfärdsindikatorer (bl a hälsa). När ULF var som mest omfattande och ambitiös hade man som intervjuare anställda som bodde i samma regioner som intervjupersonerna och åkte runt och intervjuade dessa. Så småningom tyckte man det var för dyrt att ha personer anställda i glesbygden och började övergå till telefonintervjuer (som inte ger exakt samma resultat). Parallellt har också deltagarfrekvensen (som i all epidemiologisk forskning av denna typ i hela världen) minskat så mycket att det är tveksamt om man kan lita på prevalensskattningar. Visserligen försöker man på Statistiska Centralbyrån korrigera siffrorna för särskilt stora bortfall i delar av befolkningen



SAMHÄLLSKROPPEN är en tidning från Socialistiska läkare

Socialistiska läkare är en partipolitisk obunden förening. Vi strävar efter ett klasslöst samhälle som är rättvist, jämställt och jämlikt med avseende på etnicitet, kön, religion, sexualitet, könsidentitet, könsuttryck och funktionalitet.

Läs mer om vår politiska plattform på vår hemsida www.socialistiskalakare.se

(unga människor och utlandsfödda, bl a) men det går inte att göra detta på något helt pålitligt sätt när endast t ex 55% av urvalet har besvarat frågorna. Vi har fått en boom för marknadsundersökningar som har medfört sjunkande förtroende för enkäter generellt och därför skulle det vara särskilt viktigt att satsa på personintervjuer av den typ vi hade i ULF under de första två decennierna.

En viktig orsak till många av våra växande problem på folkhälsoområdet är att politikerna under senare år inte alls har prioriterat befolkningsperspektivet. Det gör att man inte vill fortsätta att satsa på personintervjuer av den typ som ULF representerade. Man får inte lika pålitliga skattningar av hälsoproblem, arbetsmiljö, kulturdeltagande etc som man hade tidigare och framförallt blir det allt svårare att göra jämförelser över tid. En mycket stor del av de variabler som ingick i ULF har dessutom tagits bort.

Man kan ju säga att det kan vara bekvämt för politikerna att inte ha så bra underlag om folkhälsan, det som inte syns ordentligt behöver och kan man inte åtgärda.

*Referenser till artikeln hittas på:
www.samhallsroppen.se/referenser*

Utanför välfärdens gränser



Redaktion:

**Axel Repka
Sten Axelson Fisk
Jonathan Pontén
Olof Lundström**

Omslagsbild:

Anni Tuikka

Tack till:

**Erik Johansson
Lukas Råberg
Kalle Landin**

Skribenter:

**Axel Repka
Simon Larsson
Sten Axelson Fisk
Roya Hakimnia
Maria Weber
Karolin el-Jaleb
Lars-Erik Hansson
Ina Hallström
Christine Bylund
Ida Linander
Sofia Zettermark
Emilia Alfonzo Rodriguez
Caroline Mannerfelt
Töres Theorell**



SOCIALISTISKA LÄKARE

