

Samhälls kruppen



Vård i uppror!

*My Morin, Torun Carrfors och
SannaTefke om antibiotikavaskning
och GPS-kontroll i hemtjänsten*

Besök på solidaritetskliniker i Grekland

*Abortkamp med Soccoristas i
Argentina*

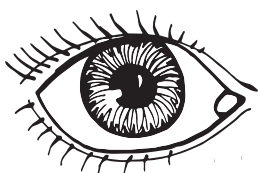
Skottland visar vägen - livet efter NPM



Prenumerera

på

samhällskroppen?



INNEHÅLL

Samhällskroppen nr. 1 2014



LEDARE	4
– Vården är i uppror	
DEBATT	5
– Det är vår skyldighet att agera	
TEMA: VÅRDEN I UPROR!	
Vårdarbetare ryter – Ett samtal	6
Den Privata vården – Så ser den ut	10
Läkare, säg ifrån när läkaretiken står på spel	11
Ett år efter läkaruppropet – Intervju med Märit & Lollo	12
Värdebaserad vård, vad är det ?!	15
Den Skotska modellen – Det finns ett liv efter NPM!	16
Från Dorothea till Trelleborg, uppror över hela landet	18
TILLBAKABLICKAR	20
– Gamla MOTPOL:are berättar	
FORSKNING	22
– Tove Nilsson och Rebecca Gomperts	
BÖCKER	24
– Lästips för den radikala vårdarbetaren	
De RÖDGRÖNROSA vårdfrågorna	26
I organisationen SOCIALISTISKA LÄKARE:	
Abortkamp i Argentina	29
Socialistiska läkare i Aten	30
På gång just nu	32
MEDARBETARE	
– Vi som gjorde Samhällskroppen denna gång	33
DIAGNOSEN	Baksidan
– Nazistsvininfluensan	

OCH Radikala vårdarbetare genom tiderna. De som inspirerar oss till kamp och aktion!

Vården är i uppror

Vården är i uppror. Över hela landet går sjuksköterskor, hemtjänstpersonal, patienter, anhöriga, socialarbetare och andra välfärdsarbetare ihop. Vi pratar om folkrörelse i ordet rätta bemärkelse, folk går ihop på arbetsplatsen, på den lokala vårdcentralen och samarbetar solidariskt med andra yrkesgrupper. Vi vill genom denna tidskrift bidra till motståndet. Vi har valt namnet Samhällskroppen för det är i skärningspunkten mellan politik och medicin som hälsa blir möjlig. Vi följer en radikal socialmedicinsk tradition som tyvärr hamnat i skuggan av det dominerande biomedicinska synsättet. Vår föregångare hette Motpol och fanns på 70- till 90-talet. Men traditionen sträcker sig tillbaka längre än så, redan på 1800 talet sa den berömde patologen och aktivisten Rudolf Virchow att medicinen måste intervensera i det politiska och det sociala livet om den ska kunna fullfölja sin uppgift. Varför har till exempel en arbetare uppemot 60% högre risk att insjunkna eller dö i hjärtinfarkt jämfört med en högre tjänsteman? Den snäva biomedicinen räcker inte till. Kapitalism, rasism, heterosexism, sätter spår i våra kroppar.

I detta nummer möter vi vardagshjältarna som för kamper som vi alla blir eller kommer att bli behjälpta av. Vi har mött sjuksköterskor som ryter ifrån, hemtjänstarbetare som organiserar sig mot GPS-kontroller och läkare som försöker hitta alternativ till New Public Management. Vi lär oss också av vårdmotståndet i andra länder. I Grekland hälsar vi på solidaritetskliniker där vårdarbetare och patienter tillsammans försöker bekämpa de sjuka effekterna av Trojkans besparingar. I Argentina möter vi socorristas som ser abort som en kollektiv handling och hjälper kvinnor med säkra aborter. I Sverige har Vårdvrålet organiserat vårdarbetare som sällan annars möts i den hierarkiska sjukvårdsorganisationen. Gamla rävar från Motpol och förra omgångens Socialistiska läkare minns tillbaka till kamperna på den tiden.

Detta är första numret, redaktionen representerar landet väldigt dåligt. Vi har varit för få och det ideella arbetet har som så ofta dragit ut på tiden. Till nästa nummer behöver vi en större bredd och fler skribenter och fler sjuksköterskor och undersköterskor. Mejla gärna oss om ni vill vara med!

Dagens medicin utgår från individen, från den egna kroppen till det privata vårdvalet. Vi vill politisera detta och skrika folkhälsa. Det säger sig självt att hälsa kräver ett vi och en kollektiv handling. Det kräver jämlikhet och solidaritet. En annan vård är möjlig.

Redaktionen

Det är vår skyldighet att agera

Text av Ida Linander

DEN 12 MARS skulle Sverigedemokraterna med Jimmie Åkesson i spetsen besöka Norrlands Universitetssjukhus i Umeå. Samma morgon fick personalen på Geriatriskt centrum veta att det var deras klinik som skulle besökas.

När Åkesson med släptåg kom in genom entrén på Geriatriska kliniken stod vi några stycken med lappar med texten "Sverigedemokraterna - Nej tack! Inga rasister på vårt sjukhus". Detta var vårt sätt att visa att de värderingar och åsikter som Åkesson företräder inte är välkomna på vårt sjukhus och vår arbetsplats.

På grund av våra protester blev vi hotade av Säpo och landstingets säkerhetsansvariga. De hotade med att "lyfta ut oss" och att rapportera vårt "olämpliga beteende" till våra chefer. Det fanns bara en person vars säkerhet och rättigheter stod i centrum den dagen, det var Jimmie Åkessons. Men i verkligheten var det ju vi som behövde skydd. Vi som hade protesterat mot SD hängdes ut på Flashback och Exponerat, vi hotades via brev, mail och telefon.

Det var inte bara säkerhetsbedömningen som brast inför besöket på geriatriken. Allt vad som heter arbetsplatsdemokrati var som bortblåst. Informationen om besöket gavs samma morgon till berörd personal. Det fanns aldrig någon möjlighet för personalen att påverka beslutet om, eller hur, besöket skulle äga rum. Därmed hade de anställda och fackförbunden heller ingen möjlighet att lyfta frågor om säkerhet, integritet och

känsla av trygghet för sig själva och för sina patienter. Just de frågor som visade sig bli aktuella under besöket.

Åkesson är företrädare för ett parti med rötter i fascistiska rörelser och organisationer. Ett parti som beskriver invandring som ett hot mot landets välfärd och trygghet. Ett parti som vill ge olika mycket vård till olika människor beroende på ursprung. Det är ett parti som menar att de som innehar papper har större rättigheter till vård. Det strider mot mina egna värderingar men det strider också mot vår yrkesetik, Hälso- och sjukvårdslagen samt Västerbottens läns landstings likabehandlingsplan.

Det var som företrädare för Sverigedemokraterna som Åkesson var på Geriatriskt centrum. Han var inte där som patient eller anhörig. Han var där som representant för Sverigedemokraternas åsikter som är omöjliga att förena med de värderingar som sjukvården vilar på. Han var dessutom ute på valkampanj, vilket är väldigt tydligt på deras hemsida där de beskriver detta som en "(S)verigeturné".

I efterspelet har landstingsledningen hävdad att det var vi som gjorde Geriatriskt centrum till en politisk plats. De hävdar att vi i vårt yrke måste vara opartiska, objektiva och behandla alla partier likadant. Men vi kan aldrig stå opartiska och objektiva inför rasism. Det är tvärtom vår skyldighet att agera.



Radikala vårarbetare som inspirerar:

Frantz Fanon – Fransk psykiater, filosof och författare. Skrev utifrån ett marxistiskt perspektiv om rasism och avkolonialisering och öppnade upp för fältet postkolonialism. Född i franska kolonin Martinique och bosatte sig senare i Algeriet och deltog i befrielsekriget.



"Vad tror de, att vi blandar massa antibiotika i onödan som vi sedan vaskar? "

Samtal med tre vårdarbetare

Text av Roya Hakimnia

Illustration Bianca Kronlöf

En vacker vårdag sitter jag tillsammans med tre aktiva vårdarbetare i föreningen Plankas lokaler i Stockholm och diskuterar vårdaktivism. De tre som intervjuas är alla aktiva i de nya vårdrörelser som sveper över landet med krav på privatiseringsstopp och höjda sjuksköterskelöner. De som intervjuas är My Morin, sjuksköterska som startat upproret Sjuksköterskor Ryter ifrån, även engagerad i Vänsterpartiet och Vårdförbundet. Sanna Tefke som jobbar inom privatiserad hemtjänst och är aktiv i flera nätverk såsom Folkkampanjen för Gemensam Valfärd och Rättvisepartiet Socialisterna. Dessutom är hon förtroendevald i Kommunal. Jag möter också Torun

Carrfors som arbetar på Södersjukhusets kvinnoklinik och akutmottagningen för våldtagna kvinnor. Hon är även skribent i Dagens Arena och Arbetet.

Roya Hakimnia (RH) : Vad händer inom hemtjänsten Sanna, vi hör om GPSer och ökad kontroll?

Sanna Tefke (ST): Vi i Stockholm har fått ett nytt registreringssystem, ParaGå. Man ska logga in sig i systemet när man går in till de äldre och logga ut när man lämnar. Man ska registrera vad man har gjort. Genom registreringssystemet har de koll på dig och kan kolla exakt var du varit och gjort. Biståndsbedömningarna är ofta



snävt tilltagna så de äldre får för lite tid beviljat och vi får inte tid att äta lunch.

My Morin (MM): Får jag fråga? Hur ser arbetsvillkoren ut? Är det många visstidsanställningar?

ST: Det finns 250 privata företag i Stockholm, hälften har inte kollektivavtal. Jag träffade en kille som jobbade från klockan åtta på morgonen till tio på kvällen alla dagar förutom lördagar. Chefen menade att det bara var en 80 procentig tjänst eftersom det bara var tiden hos vårdtagarna som räknades!

RH: Kan du beskriva en dag på akuten My?

MM: Om du kommer dit som patient kan du få vänta i flera timmar. Någon sjuksköterska kommer förbi dig och säger vi kommer, vi kommer, men vi hinner inte just nu. Hen hinner i bästa fall dutta lite med morfin och utföra det basala för att hålla dig flytande, men kan inte lägga någon vikt vid bra bemötande. Väl på avdelningen, om du blir inlagd efter flera timmars väntan på undersökningar, bedömning och plats på avdelning, duttar sjuksköterskan också lite med morfin. Sedan kommer fredag och du har inte kommit igång med din mage än. Men eftersom det är fullt på sjukhuset måste du vidare. Är du gammal och har tur hamnar du på geriatriken annars hemkastad i sämre kondition än vid första turen. Det tar en vecka, så är du dålig, du får kanske lunginflammation för att du inte varit tillräckligt mobiliserad. Hemtjänst säger att det inte fungerar hemma så de skickar in dig och du hamnar på sjukhuset igen. Vi är i en cirkel jag och Sanna, sjuksköterskorna och hemtjänstpersonalen.

RH: Hotas patientsäkerheten? Cheferna säger ju att det du beskriver inte är patientosäkert?

MM: När man granskat lex Marior i radioprogrammet Kaliber har man sett att personalbristen orsakat att patienter avlidit i onödan. Så patientsäkerheten är visst hotad, även om de högre upp säger att det inte är det. Men vi gör ju så gott vi kan, får du hjärtstopp så är det klart att vi försöker få igång dig, vi klarar ju det basala. Men inte mer.

Torun: Jag känner igen beskrivningen helt. Dock skiljer sig gynekologakuten och kvinnokliniken som arbetsplats jämfört med mina tidigare arbetsplatser. Här har vi tillräckligt med resurser, då behöver inte patienterna vänta. Jag skulle vilja se en vård som bemannas efter patienters behov. Nästan alla delar av sjukvården behöver bemannas upp. Annars blir vi sjuksköterskor bara

medicinska utförare som duttar morfin men vi hinner inte med omvårdnad som är vår egentliga profession. Mer omvårdnad skulle öka vårdkvaliteten och förhindra dödsfall.

RH: Ni har ju jobbat ett tag, ser ni skillnader idag jämfört med när ni började?

ST: När jag började sa chefen max tio hemtjänstären den om dagen. Nu är det minst tio ärenden. Allt mer fokus läggs på dokumentation, vilket är viktigt i sig men inte om det tar tid från att hjälpa. Man ser inte individer, alla ska passa i samma mall. Men alla är olika. Vissa får extrem ångest av att gå in i duschen till exempel och en måste först övertyga hen om att hen behöver duscha och att det inte är farligt. Men det funkar inte i biståndshandläggarens kvart för dusch. Dessutom tar vi ofta hand om personer som egentligen inte borde vara hemma utan på korttidsboende. Vissa ligger i sina sängar hela dagarna, förutom när de går på toaletten.

MM: Säger någon från alliansen en gång till att de sätter patienter är i centrum så blir jag nästan våldsam! (Skratt)

ST: Och sen pratar politikerna om kunder! Jag har tvärvägrat att använda kundbegreppet. De går inte till Ica och köper potatis. De behöver omvårdnad.

TC: När jag jobbade inom hemtjänsten innan jag studerade till sjuksköterska jobbade jag med Majvor. Majvor berättade att när hon började jobba så hade hon tre vårdtagare per dag; en mellan 8-10 en mellan 10-13 och en mellan 13-15. Jag räknade någon gång och kom fram till att jag hade 24 besök på en arbetsdag. Lyssnar man på de äldre märker man hur drastiska förändringarna har varit.

ST: Så sent som i början av 2000-talet var det ungefär fyra vårdtagare per dag som hemtjänstarbetaren behövde hinna med.

TC: Jag tror också att det är lättare att driva mättningskrav när omsorgen försämras, eftersom anhöriga, som har sett skandalerna, förstås vill se något form av kontrollsystem för att se att ens förälder får omsorgen.

ST: Tanken med ParaGå var faktiskt att minska stressen och att säkerställa att äldre får sin tid och att företagen inte fuskar. Men det beräknas ändå att av åtta timmar ska du vara ute sex och en halvtimme. Så du får väldigt kort tid på dig att transportera dig. Det går inte ihop om man inte kan teleportera sig. Alla pensionärer bor inte i samma trappuppgång. (skratt)



TC: Man försöker symtomlindra. Det handlar om att man inte har tillräckligt med resurser och att en del av resurserna nu ska gå till vinst. Därför måste man kontrollera vad företagen gör för pengarna.

RH: Håller ni med om att det är vårdmotstånd i luften?

TC: När jag blev färdig sjuksköterska var det väldigt svårt att engagera sig vårdpolitiskt. Mitt engagemang hade jag i andra sammanhang till exempel feministiska. Men nu har det blivit allt lättare att organisera sig vårdpolitiskt. Hemtjänstupproret, Vårdpersonal mot rasism, det finns en allt större politisk diskussion om hur vi organiserar välfärden. Det är ingen slump utan när man utsätts för nedskärningar så kommer motståndet som brev på posten.

MM: Jag håller med. Men det finns också ett dilemma i vårdaktivismen som jag ofta tänker på, nämligen den tredje parten som vi måste värna. Patienterna. Därför har jag tänkt mycket på hur jag framför kritiken så att jag inte skrämmer iväg patienterna så de inte vågar söka vård. Det som är bra är att kritiken nu lyfts till strukturnivå. Det handlar inte om oss, att hemtjänstpersonalen är dåliga eller att akutsjuksköterskorna är dåliga.

RH: Vilka strategier fungerar bäst? Facket, partipolitik, gräsrotsarbete?

ST: Alla strategier, såväl politiska som fackliga, fyller sitt syfte. När det gäller det fackliga arbetet gäller det mycket att säkerställa att lagar och avtal följs. Det är när vi i personalen höjer våra röster som det blir förändring. Fackförbundet Kommunal till exempel har styrka i att de har 550 000 medlemmar bakom sig om de bestämmer sig för något. En politisk organisation har möjlighet att få stort genomslag medialt istället. Hemtjänstupproret har till exempel fått mycket uppmärksamhet.

MM: Jag vill sätta in ett ord här: feministisk emancipation. Det här är feministisk fråga. Vården är kvinnodominerad och det handlar om systerskap, om att gå ihop och säga att våra kunskaper är viktiga.

RH: Behövs det patientgrupper som organiserar sig och säger vad de tycker om vården?

MM: Ja absolut, men patienter är enormt beroende av

sjukvården och befinner sig i en underordnad situation. De är inte kunder. Det är svårt för dem att veta hur mycket antibiotika som behövs till exempel. Det kan vara svårare för dem att driva krav.

TC: Ja som patient är en ju i underläge men en är också samhällsmedborgare och egentligen äger vi alla sjukvården. Så en måste man få ställa krav. Det finns flera patientorganisationer som gjort detta. Det vore bra om patienter höjde sina röster till exempel inom kvinnovården som är eftersatt, till exempel har endometriospatienter nu börjat höras i medierna.

RH: Alltför människor har höjt sina röster mot New Public Management (NPM), styrmodellerna som kommer från näringslivet och betonar konkurrens och mätning. Men vad finns det för alternativ till NPM?

TC: Jag tycker det här med vård efter behov är ganska bra.
(Skratt)

Men det är ju så himla kostnadseffektivt att ge kroniskt sjuka lång besöksstid redan från början. Att verkligen ta sig tid med den här kvinnan som söker gång på gång inom vården och fråga hur hon har det hemma och ta henne ur den våldsamma relationen hon kanske befinner sig i. Vi sparar extremt mycket pengar men också lidande och man får en bättre personalgrupp som trivs med sitt jobb. Man har så mycket att vinna på att ge vård efter behov.

MM: I sak har budgetansvaret som följer med NPM sipprat ned till varenda vårdarbetare, undersköterskan säger att nålen kostar så här och så här mycket. Akuten säger: ta inte de här proverna, de får ta dem uppe på avdelningen istället. Man skyfflar pengar över till varandra för att spara på sin egen budget. Avdelningar på samma sjukhus måste tävla mot varandra på grund av NPM!

TC: Jag skulle fylla i mina mål för året nyligen i en enkät på jobbet. Bland annat skulle jag fylla i hur jag blir mer kostnadseffektivt. Jag vet inte, hur gör man en abort kostnadseffektivt? Jag är bara en sjuksköterska, jag är inte kostnadseffektiv. Det är ju inte som att vi innan det här systemet med NPM slösade med pengar. Det är ju inte vi som har åkt på bjudresor. Vad tror de, att vi blandar massa antibiotika i onödan som vi sedan vaskar?

ST: Frågan är också vem det är som vi sparar pengar åt? De skattesänkningar som har införts har inte gått till

*“...den folkliga
opinionen måste hålla
trycket uppe, annars
kommer det inte att
hända NÅGONTING.”*



vanliga människor. Vi skickar pengar till skatteparadis. Man ser bara kortsiktiga vinster, de pengar man nu lägger på kontrollsystemen hade man kunnat lägga på annat. Till exempel på att införa sex timmars arbetsdag inom vård- och omsorgsykten.

TC: Vad kostar det egentligen med utbrända sjuksköterskor, vad kostar det när anhöriga måste gå ner i arbetstid för att vårda familjemedlemmar när välfärden skärs ned? Jag effektiviserar gärna för att ge patienter bättre vård, men inte för att betala skattesänkningar för människor som redan har svinmycket pengar eller för att man ska plocka ut vinster.

RH: Men kan vi vanliga vårdarbetare verkligen sätta emot kapitalisternas krav på vinster?

ST: Ja, de är skitträdde, de stora vårdbolagen går till attacker hela tiden mot motståndet. Vårdföretagarna hade lanserat en egen kampanj samma dag som Folkkampanjen för Gemensam Valfärd arrangerade demonstrationer mot vinster i hela landet. Man ser på deras utspel att de märker att de har den folkliga majoriteten emot sig. Vi är så många fler. Det är självklart att vi kan utmana det här systemet.

TC: Det är inte för att berätta snyfthistorier som vi berättar det här utan för att vi tror att det går att förändra.

RH: Tror ni det blir en förändring om oppositionen vinner efter valet?

TC: Om de bestämmer sig för det går det.

ST: Men den folkliga opinionen måste hålla trycket uppe annars kommer det inte att hända någonting.

RH: Slutligen, vilken är den viktigaste vårdpolitiska frågan just nu?

TC: Oj det är många saker. Men vi måste höja kvinnors löner och skapa bättre villkor, för de har betalat för nedskärningarna inom vården i så många år.

ST: Jag håller med, och det vi äger gemensamt ska vi styra tillsammans.

MM: Solidaritet och människovärdesprincipen ska gå först inom sjukvården. Inte lojalitet mot arbetsgivare och vinster!





DEN PRIVATA

VÄRDE

Marknaden växer.

2012 köpte kommunerna, landstingen och staten verksamhet (vård, skola, omsorg) av privata aktörer för 104 miljarder kronor – en fördubbling sedan 2005.

Den privata andelen ökar.

Andelen av den skattefinansierade välfärden som drivs i privat regi ökade från 7 till 17 procent mellan 1998 och 2012.

Mest i Stockholm.

Stockholmsregionen sticker ut. 32 procent av sjukvården inom landstinget drivs till exempel privat, och hela 65 procent av primärvården.

Riskkapitalets marknad.

Ätta av de tio största vård- och skolkoncernerna ägs av buyout-bolag (riskkapitalbolag), formellt av fonder med säte i skatteparadis.

Koncentrationen ökar.

De tio största vård- och skolkoncernerna omsatte 37,5 miljarder svenska skattekronor 2012. Deras andel av det privata var 36 procent, en ökning från 29 procent 2008.

Vinstdriften tar över.

Vinstdrivande företag (aktiebolag) kontrollerade 83 procent av den privata andelen 2012, en ökning från 77 procent 2002.

Stora vinster.

2012 gjorde de tio största koncernerna 1,9 miljarder i rörelsevinst (EBITA) i Sverige. 2008-2012 var deras sammanlagda rörelsevinst 9,5 miljarder och snittmarginalen 7 procent.

Mindre personal.

Vinstdrivna äldreboenden har i snitt 10 procent lägre personaltäthet än kommunalt drivna. Vinstdrivna friskolor har i snitt 18 procent lägre lärartäthet än kommunala.

Research av Kent Werne.
Den stora omvandlingen – en granskning av välfärdsmarknaden, red. Werne & Unsgaard, Leopard förlag.





Läkare, säg ifrån när läkaretiken överträds!

Text av Jan Halldin

I MITTEN på 1960-talet började jag som underläkare på den psykiatriska kliniken vid Danderyds sjukhus. Chef på den avdelning där jag tjänstgjorde var biträdande överläkare Clarence Blomquist. Clarence har betytt en hel del för min syn på läkaryrket och på läkarrollen. Han var starkt engagerad i samhällsproblem, diskuterade gärna medicinetiska frågor och var aldrig rädd att yttra sig i kontroversiella ämnen. Han såg som läkarens plikt att slå larm om exempelvis sjukvårdsresurserna fördelades på ett oanständigt vis.

Han var en pionjär inom medicinetiken i Sverige.

En annan förebild för mig var Gunnar Inghe – Sveriges förste socialläkare och sedermera professor i socialmedicin. Inghe var den drivande kraften bakom den tidigare socialistiska medicinar- och senare läkarföreningen. Jag mötte honom på 1970-talet och imponerades av hans starka engagemang för utstötta grupper. Inghes förmåga att tala klarspråk och säga ifrån framkom redan på 1940-talet i hans dräpande svar på ett remissyttrande från Läkarförbundet. Det hade nämligen väckt förbundets förvåning och betänkligheter att Inghe och en annan socialläkare tillhörde en partipolitisk läkarförening (Socialistiska läkare) som enligt förbundet förbinder läkarverksamheten med ett visst politiskt partis synpunkter.

I sjukvårdens styrning enligt New Public Management har det sedan 1990-talet inom Stockholms läns landsting gjorts försök att genom olika policydokument styra

sjukvårdsanställdas massmediakontakter vilket strider mot yttrande- och meddelarfriheten. Förhoppningsvis är dokumenten numera borta. Journalisten Maciej Zaremba blev med sina DN-artiklar och sin bok "Patientens pris" en ögonöppnare inte minst för Svenska Läkaresällskapet, som nu har bildat projektet "En värdefull vård". Att Sveriges Läkarförbund inte är med är olyckligt.

Det är obegripligt att läkarkåren i så många år under tystnad och utan nämnvärda protester

arbetat i primärvårdens vårdval speciellt i Vårdval Stockholm med dess ersättningssystem.

Lätta okomplicerade patientfall prioriteras av

ekonomiska skäl ofta framför patienter med mer sammansatta problem. Detta strider mot hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf om vård på lika villkor och mot flera av Läkarförbundets etiska regler.

Kan en orsak till läkarkårens tystnad vara att kåren har blivit uppsplittrad dels i läkare i olika chefspositioner på sjukhusen och dels i läkare som arbetar med patienter? Läkare som är chefer tar ofta politikernas parti. Ett bra exempel på detta är Kalibers tre radioprogram i april-maj i år om vårdplatsbristen i Sverige. Politiker och chefer inom vården talar om att effektivisera flödena i vården och att det ännu inte behövs fler vårdplatser. Personalen på golvet bland annat läkare anger att det behövs fler vårdplatser och mer personal främst sjuksköterskor.

Avslutningsvis: Läkare, inte minst i chefsbefattningar, måste tala klarspråk när läkaretiken och hälso- och sjukvårdslagen överträds.



Ada Nilsson – Gynekolog och kvinnopolitisk frontfigur. En del av Kvinnliga Medborgarskolan vid Fogelstad och aktiv i rösträttskampen. Engagerade sig bland annat för prostituerades hälsa och livsvillkor.



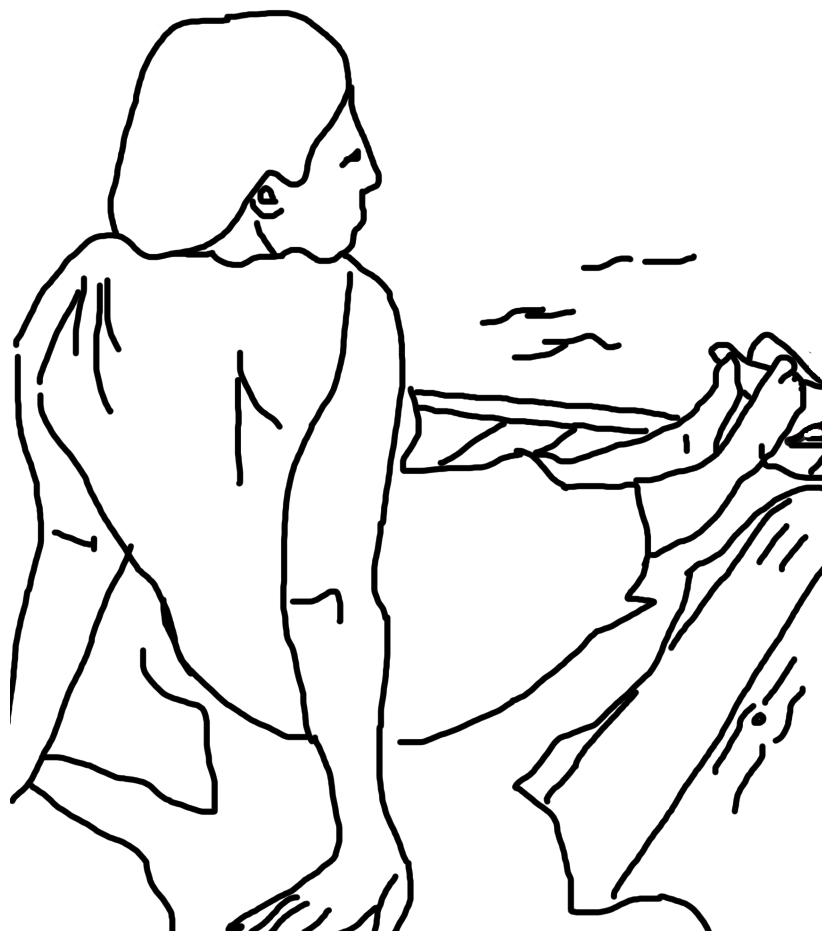
Läkaruppropet

– ett år i rampljuset

Text av Theo Bodin

Illustration av Alexandra Löfstedt
och Roya Hakimnia

Läkaruppropet blev startskottet för en våg av missnöjesyttringar, där hela kåren reste som en person och drog en linje i sanden. Det räcker nu, var budskapet till beslutsfattare och allmänhet. Vad var det som hände och vad har det fått för konsekvenser?



JAG TRÄFFADE initiativtagarna, Märit Halmin och Lollo Makdessi för att samtala om året som gått och vad de har i sikte framåt.

Märit: "För ett år sedan var man inte överens om problemet, men nu är alla överens om att det inte fungerar som det är idag.

Lollo: Jag tror att vi har hetsat på debatten rätt mycket och jag tror att vi har ingett hopp i läkarkåren. Just det nya var att försöka ena kåren och försöka skapa en gruppkänsla och att vi håller med varandra. Att man inte står ensam och tycker att allt är helt skevt. Det tycker jag är den viktigaste biten.

Märit: Jag tror att vi hade mycket tur, eller sjukt bra

feeling när vi skulle tajma vårt inlägg för det blev helt rätt i tiden. Men om vi skulle tänka oss ett scenario där det här inte skulle ha hänt. Alltså Zaremba skriver den här artikelserien och sen är läkarna tysta. Då tror jag att vi skulle ha ett ännu större självförakt som kår. För jag tror att vi har tappat lite av vår yrkesstolthet under New Public Management och att professionen har blivit marginaliserad och att professionella intressen inte ställs i centrum när man organiserar vården. Det tror jag i viss mån har gjort att vi förlorat vår yrkesstolthet. Hade vi här inte heller responderat på Zarembas rop till läkarkåren att engagera sig hade vi nog ännu mer förlorat vår stolthet. Hur mycket vi har vunnit är svårt att säga, men jag är ganska övertygad över att vi har undvikit att förlora mer i varje fall.

Under året som gått har Svenska Läkaresällskapet tagit



också rackar ner på det, är det uppenbart att man inte kan försvara NPM längre. Men man kan istället börja föreslå förändringar som egentligen inte förändrar systemet mer än på ytan

Ett exempel kan vara att man inte ifrågasätter beställar-utförarmodellen. Det är då det blir svårt politiskt, men det är också då som den nuvarande enigheten i läkarkåren börjar spricka och det är viktigt att försöka förstå vad dessa aktörer vill med framtiden tror både Lollo och Märit.

Är det Leading Health Care som kommer att bestämma hur framtidens sjukvård ser ut?

Märit: Ekonomismen är väldigt stark nu och ekonomerna har enormt mycket makt och inflytande över hur sjukvården organiseras och det tror jag såklart att dom vill fortsätta att ha. Där har dom en stor arena som dom inte vill bli utsparkade ifrån. Det är väl givet att dom vill fortsätta vara experterna på sjukvårdsorganisation. Men jag tror att det alltid kommer att stå i motsättning till vårdprofessionernas makt över vården. Det är inte så att den ena måste slängas ut, men problemet är att det är ekonomerna som sätter agendan idag och det är det vi ser konsekvenserna av och också kritiserar. Vi tycker att professionerna ska ha större makt och då kommer det att ske på bekostnad av någon annan

Lollo: Vi behöver ju ekonomer, men vi tycker inte att det är ekonomin som är det kärnan i vården. Det ju vår kunskap som vi anser är det centrala, inte ekonomernas och deras tankar. Läkarsällskapet har gjort detta bra. Man säger att man gärna samarbetar med exempelvis Leading Healthcare men att det inte är dom som ska sätta agendan.

Men hur går man vidare från diskussioner i olika grupper till att påverka de fora där besluten om framtidens hälso- och sjukvårdsstyrning fattas?

stafettpippen och bjudit in till ett flertal seminarier. Man har också skapat en grupp som heter "En värdefull vård" som diskuterar styrningen av vården utifrån principer som etik och människovärde. Samtidigt finns stora utredningar och grupper som kommit långt i diskussionerna om hur nästa styrmodell ska utformas (Se artikel om värdebaserad vård på sidan 15).

Var finns professionens röst, som ni beskriver den, i dessa fora? Hur når man från dessa diskussionsgrupper in i maktens korridorer?

Märit: Detta får alltså inte kidnappas nu, men det är det som händer nu. När även Leading Healthcare (tankesmedja med koppling till Handelshögskolan, reds anm) som har varit drivande i New Public Management (NPM) nu

Lollo: det mest naturliga steget är ju läkarförbundet. Det är ju vår kanal, och jag önskar att de kunde bestämma sig var de ska stå i de här frågorna.

Märit: Det finns ett större hopp nu än tidigare att läkarförbundet ska ta i den här frågan. Det har ju inte varit helt okontroversiellt att man valde att inte ta i den när allt drog igång förra året. Jag tror att det finns en växande falang inom förbundet som tycker att man ska engagera sig i mer än bara jouravtalet.

Lollo: Jag tror egentligen att förbundet inte har råd att vara utanför den här debatten. Det är stora förändringar på gång, hur ska förbundet kunna stå utanför? Jag tror att dom inte var med från början för att det finns flera saker i vårt upprop som inte per automatik skulle gynna de



enskilda doktorerna på kort sikt. Det har varit lätt att se till enskilda delar men inte de mer komplexa sammanhangen.

Märit: För mig ter det sig ganska obegripligt varför förbundet inte hakade på. Det kanske är så att man är så färgad och påverkad av systemet man verkar i och att det blir svårt att se problemen för att man är mitt i det och samtidigt blivit en del av att administrera och upprätthålla systemet. Då blir en kritik också delvis riktad mot en själv.

Det är stora frågor som upproppet behandlar och hos vissa finns kanske en känsla av uppgivenhet. Att det inte är någon idé att engagera sig för att de små förändringar man åstadkommer ändå inte spelar någon roll och att man inte kan påverka de stora frågorna. Men den beskrivningen vänder sig både Lollo och Märit emot.

Lollo: Det finns ju inget som är förgäves. Det blir ju helt ohanterligt om man tänker att "antingen så förändrar jag allt själv, eller så gör jag ingenting". Det är en del av problemet när enskilda väljer att inte engagera sig. Om man bestämmer sig för att man inte kan göra någonting, så är det det som leder till att man inte protesterar här och nu.

Märit: Jag tycker att det är ganska intressant att NPM inte mötte på större protester när det kom. Nu är det ju de facto infört sedan länge och det är först nu som folk

börjar engagera sig emot det. Jag tror att det är viktigt att fundera på varför vi som profession inte har reagerat tidigare. Jag tror att det kanske beror på att vi varit väldigt individualistiska i vårt sätt att tänka. Att vi gör något här och nu med den enskilda patienten, men att vi inte är vana att agera som grupp och kritisera systemet.

Lollo: Det är väldigt tydligt att det är enskilda läkare som har kritiserat systemet sedan länge, och det är samma personer. Men dom har inte lyckats mobilisera alla andra. Det har varit många kritiska röster, men var och en för sig. Det var en av de saker som vi märkte förra året. Vi förstod inte varför de inte har kontaktat varandra och gjort nåt. En del har ju hållit på i 20 år.

Märit: Det måste gå att hitta den gemensamma nämnaren om vad vi gemensamt som läkare professionellt kan enas kring. För sen kan man ha massor av olika politiska åsikter och det är jag helt övertygad om att vi har. Men som läkare kan man vara ganska så överens om att läskautomater på skolor är någonting dåligt. Och det är där som de gemensamma yrkesprofessionella nämnarna, det är det vi ska driva. Vi ska absolut inte bli något politiskt parti.

Läkarupproppet lades upp den 8 juni 2013 och har samlat över 9 000 namn.

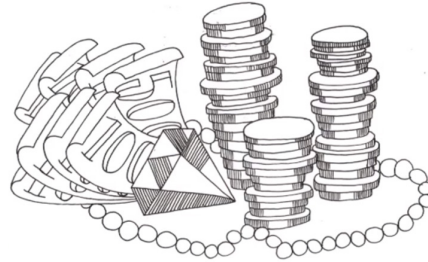


Värdebaserad vård, frälsning eller fernissa?

Av: Theo Bodin

Illustration: Bianca Kronlöf

Albert Einstein lär ha sagt att "Allt som är viktigt kan inte mätas och allt som kan mätas är inte viktigt". Om vi då mäter allt fler oviktiga saker samtidigt som vi inte kan mäta många av de viktiga aspekterna, får vi inte då allt fler som jobbar med att göra fel saker? Detta är mätningssamhällets baksida och en av de grundläggande problemen med New Public Management.



"Det känns lite som ett Halleluja moment", säger en mellanchefer på Sveriges Kommuner och Landsting efter att ha lyssnat på Yves Morieux från Boston Consulting Group (BCG). Morieux står på scenen inför en fullpackad salong på Clarion Hotel Wisby under årets Almedalsvecka och predikar. Vården blir allt mer komplex, förklarar han. Fler vårdenheter, privata utförare, vårdval och en ålderdomlig organisation skapar problem. Hittills har vi tacklat komplexiteten genom en ökad kontroll och ännu fler mätetal. Var och en kan de vara viktiga och bra, men som helhet leder mätningarna till minskad produktivitet och värde för patienterna, förklarar han.

Nu sällar sig alltså ytterligare en grupp till skaran av kritiker mot detaljstyrning: konsulterna.

Morieux menar på att avprofessionalisering och minskad kontroll över arbetet har lett till en global trend där allt fler är missnöjda med sitt lönearbete. Här står alltså en av världens mest inflytelserika managementkonsulter och berättar att max 23% av européerna känner sig engagerade på jobbet. Alienationen har blivit ett produktivetsproblem och nu gäller det att hitta på något.

Problemen med detaljstyrning och fragmentisering är att man har applicerat managementidéer från näringslivet på sjukvården, menar Morieux. I nästa andetag berättar han hur värdebaserad styrning gjort underverk för franska tågtrafiken och att detta nu är den perfekta lösningen på sjukvårdens problem.

Den massiva kampanj som nu pågår har redan gett resultat. De flesta landstingsdirektörer och sjukhuschefer sätter nu sitt hopp att just detta, värdebaserad vård, ska lösa problemen med väntetider, kvalitetsbrister och budgethål. En av dessa är Lennart Persson, som är sjukhusdirektör för Akademiska Sjukhuset i Uppsala. Denna dag står han på scen som ambassadör för värdebaserad vård. Persson är mest (ö)känd som

förvaltningschef för Nya Karolinska Solna. I vintras uppdagades det också att han köpt konsulttjänster av BCG för 4,2 miljoner utan upphandling. Under våren har Akademiska stått på randen till kollaps och det är lätt att tro att Lennart Persson griper efter det sista halmstrået i en desperat jakt efter något som kan ge en välbehövlig vitamininjektion i en stukad organisation.

Vad är då värdebaserad vård? Kortfattat kan man säga att stuprörsorganisation och mätetal ska ersättas med samarbete. Istället för att var och en ser till sitt, ska man försöka se till hela vårdkedjan och skapa ett så stort värde som möjligt för patienten. Men för att riktigt förstå det hela måste man definiera "värde" och enligt ekvationen från BCG är "Värde" lika med "Resultat som är viktiga för patienten" delat med "Kostnad per patient". Jaha, påpekar den som minns sin mellanstadiematte – då blir det totala värdet som produceras i sjukvården summan av alla resultat som är viktiga för patienterna. Känner du dig provocerad? Det gjorde en kirurg från Karolinska, som reste sig upp och undrade varför sjukhusledningarna, som konsekvent försvarat alla försök till samarbete och helhetssyn, nu helt plötsligt står och predikar något som läkarna försökt arbeta efter sedan tidernas begynnelse? Är inte detta bara ett sätt för aktörer som BCG att sälja dyra konsulttimmar?

Men om man gräver ner stridsyxan och istället intresserar sig för att finna ett bättre styrsystem, där vi som arbetar i vården får arbetsglädjen tillbaka och där patienterna gynnas av ökad helhetssyn, kan inte värdebaserad vård vara lösningen?

Jo, delvis, menar **Isis Amer-Wählin** från Stockholms Läns Landsting och **Pär Höglund** från Karolinska institutet som jag träffade i början av sommaren för ett samtal i studion. Alldeles oavsett är det ett begrepp som är här för att stanna. Slaget om vilken managementfilosofi som ska dominera det närmaste decenniet är redan avklarat. Nu har du chansen att lära dig mer. Ladda ner samtalet som en podcast via vår hemsida eller prenumera på iTunes.



Den skotska modellen

Tack och hej till NPM och konkurrens!

Text av Alexandra Löfstedt

SEDAN MACIEJ ZAREMBAS artikelserie om vården publicerades i DN har det talats mycket om sjukvårdens organisering och ekonomiska styrmodeller. New Public Management (NPM) är det nya skällsordet, ändå sägs det att det är en omöjlighet att återgå till det budgetsystem som gällde fram till 90-talet och innan NPM-eran. Sällan nämns det att vi faktiskt inte behöver titta mycket längre än över Nordsjön för att hitta framgångsrika exempel på att just detta är möjligt.

National Health Service, NHS, grundades efter andra världskriget med målet att tillhandahålla skattefinansierad, offentlig sjukvård som var gratis för alla. Men under 80- och 90-talet blev beställarutförarsystemet som vi har i Sverige idag, gängse driftsform inom den brittiska välfärdssektorn.

År 1999 avknoppades NHS Scotland från dess brittiska moderorganisation, efter en länge efterlängtd omröstning i det skotska parlamentet. Snart var det tack och hej till det gamla beställarutförar-systemet från Thatchers dagar. Efter bara tre år hade antalet hälso- och sjukvårdsföretag som var verksamma på marknaden minskat rejält, från 47 till 28. Bara ett par år därefter år, 2004, var hela företagsmodellen och de konkurrensbaserade systemen med interna marknader fullständigt fimpad inom hälso- och sjukvården.

Den skotska regeringens officiella linje är att offentliga medel inte ska användas till att finansiera den privata sektorns konkurrens med NHS Scotland.

Hälso- och sjukvården ska baseras på samarbete, och inte konkurrens. Man har så återgått till grundidén med NHS det vill säga gratis vård till patienter och brukare samt att tillgången på tjänsterna ska baseras på behov.

Hur det fungerar i praktiken

Det skotska hälso- och sjukvårdssystemet är idag uppdelat på 14 regionala och 8 landstäckande funktioner. Primärvård och specialistvård ligger under ett och samma tak på regional nivå. Även anställningar för farmaceuter, tandläkare och andra yrkesgrupper tätt anknutna till sjukvården, sköts via regionerna. De åtta landstäckande funktionerna är bland annat ambulansväsendet, den rättspsykiatriska vården, folkhälsoinstitutet, den nationella vårdköen och den skotska motsvarigheten till Vårdguiden /1177. Nationella och regionala hälsoplaner styr sjukvårdens organisering. Specifika målformuleringar, eller så kallade "HEAT targets", formuleras för särskilda fokusområden, och årliga mål sätts upp för till exempel andelen vuxna rökare, procentandel barn med tillgång till tandvård och minskad dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar.

En särskild kommitté, NHS Scotland Resource Allocation Committee (NRAC), fördelar de gemensamma resurserna. Sjukhusen och vårdcentralerna tilldelas ekonomiska medel genom årliga budgeteringar, så kallade ramanslag, utan några insatsstyrningar eller styckprisfinansieringar





KORT OM SKOTTLAND

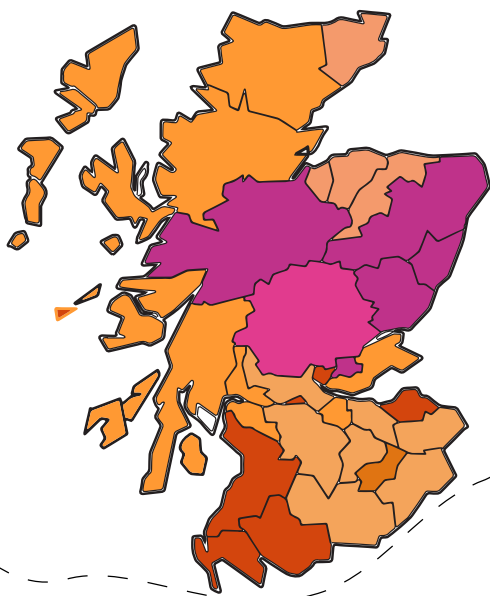
Skottland har 5,1 miljoner invånare.

I hela landet finns det 40 mindre sjukhus, och några få större sjukhus. Sammanlagt arbetar cirka 160 000 personer i sjukvården, varav 8 500 är läkare och 63 000 är sjuksköterskor.

Med stora problem med alkoholmissbruk och leversjukdomar, självmord, sociala svårigheter, övervikt och hjärt- och kärlsjukdomar har Skottland ibland kallats för Europas sjuke man.

De lägger större procentandel av BNP på hälsa än andra länder i Storbritannien.

Scottish National Party (SNP) är det socialdemokratiska parti som är i majoritet i det skotska parlamentet idag.



därutöver. Själva fördelningen av skatteintäkterna mellan de 14 regionerna bygger på en algoritm omfattande fyra parametrar:

1. Befolkningsandelen i regionen
2. Särskild sjuklighet inom regionen
3. Regionens geografi och merkostnader till följd av långa avstånd till annan sjukvård.
4. Andra faktorer såsom högspecialiserad vård och "HEAT targets".

Exempelvis får en region som Glasgow, där 25 % av Skottlands invånare bor, sitt budgetanslag genom att de ungefär 10 miljarder pund som är budgeterade åt hela sjukvården, multipliceras med befolkningsandelen och korrektionsfaktorer för regionens demografi och geografi.

Utöver denna nya modell för fördelning av de offentliga resurserna har Skottland också avvecklat konkurrensutsättning och outsourcing av "stöd tjänster" som städning, matlagning och tvätt på sjukhusen. Detta sågs som ett naturligt steg då dessa tjänster är av största vikt för ett välfungerande sjukvårdssystem och bör också därför styras och regleras med samma insyn som annan offentlig verksamhet.

På senare tid har det i svensk hälso- och sjukvårdspolitik fokuserats mycket på patientens rätt

att välja fritt mellan sjukhus och vårdgivare. Intressant att notera i den skotska modellen är den totala avsaknanden av fokus på just detta. I ett land där de regionala sjukhusorganisationerna har ansvar för alla sina medborgare, och incitamenten för att konkurrera om patienterna lyser med sin frånvaro, har sådana val blivit irrelevanta. I Skottland har patienterna viss rätt att välja mellan sjukhus, när det gäller att få snabbast möjliga behandling, men i praktiken efterfrågas detta knappast.

Frågan är varför inte fler länder visat intresse för den skotska styrningsmodellen, varför debatten är så tyst i både svensk och internationell media. I Sverige har alternativ till New Public Management-systemet nästan fullständigt ignorerats från politiker och beslutsfattare, något som framstår som minst sagt märkligt efter de senaste årens vårduppror och det massiva missnöjet från både personal och vårdtagare.

FÖR DEN SOM VILL LÄSA MER

Från norskt håll har det visats ett visst intresse för den skotska modellen, och en norsk läkardelegation har varit i Skottland på studiebesök. På ABF-play kan du höra forskaren och journalisten Asbjørn Wahl prata om detta, från dagen för gemensam välfärd hösten 2013.

Velferdsstaten och Roland Elertsen har gett ut "De tok tilbake sykehusene," 2009. Rapporten tar upp exempel från Nya Zeeland, Norge och Skottland.

Future of Scotland's Health Services av David Price, 2007.
NHS; the cost of privatisation av Alysson Pollock, The Guardian 2006.

Alexandra Löfstedt är läkare och doktorand på Karolinska Institutet.



ORGANISERING och UPPROR över HELA landet



Läkarupproret på SU och Östra

Läkaruppror mot indragna miljoner i Kalmar

Läkarupproret mot sjukförsäkringen

Folkkampanjen för Gemensam välfärd

Löneupproret

Vårduppror i Skaraborg

Läkaruppror på akuten Gävle

HUR Hemtjänstupproret

Sjuksköterskor ryter ifrån
Doroteaupproret

Barnmorskor för trygg och säker vård

Socialistiska läkare

Socialistiska sjuksköterskor

Vårdvrålet

Läkaruppropet

En värdefull vård - Läkarsällskapet
FENS feministiskt nätverk för sjuksköterskor

Inte under 24 k

KAOSA Kritiska organiserade socialarbetare

Dessutom vårduppror i Alingsås
Ljungdalen
Storsjö
Börtnan
Rättvik



Känner du dig ledsen och deppig?



Svårt att sova?
Oro för framtid?
Huvudvärk?
Känslor av
otillräcklighet?

Du kan lida av
kapitalism,
eller
patriarkatet.
Eller
både och -
samtidigt

Av: Roya Hakimnia

Samhällskroppen är en tidskrift som tar upp staffettpinnen där redaktionen för Motpol lämnade den i slutet på 90-talet. Vi har saknat en fördjupad och initierad debatt om sjukvården och vill gärna bli den röst som Motpol en gång var. Vi bad Motpols siste chefredaktör Per-Olof Nilsson och föreningens siste ordförande, Peter Nilsson, skriva sina reflektioner om tiden som varit och som komma skall. Båda är idag verksamma som forskare vid Lunds Universitet.

Politik är inget annat än medicin i större skala

Text av P-O Östergren

DETTA LÅTER SOM en tolkning av Världshälsoorganisationens senaste slogan, det vill säga "hälsa i alla politikområden". Men citatet i rubriken är över 150 år gammalt. Det myntades av den berömde tyske patologiprofessorn Rudolf Virchow, redan 1848. Han hade en mindre känd sida som radikal samhällsaktivist och grundare av debattidskriften "Die Medicinische Reform".

Mellan Virchow och MOTPOL-Tidskrift för sjukvårdsdebatts glansdagar under 1960-, 70- och 80-talen, ägde en explosionsartad kunskapsutveckling rum inom medicinen. Detta skedde samtidigt som det allmänna välbefindandet ökade i det västerländska samhället och drastiskt förbättrade folkhälsan i dess länder genom bättre allmänna levnadsförhållanden. Framstegen inom den medicinska forskningen ledde till att den kliniska medicinen för första gången fick bred tillgång till effektiv behandling mot flera av de stora folksjukdomarna.

Av detta följde att hälso- och sjukvården och parallellt läkemedelsindustrin, utvecklades mycket starkt kring mitten av 1900-talet. Detta kom att präglade den radikala kritiken mot det så kallade medicinindustriella komplexet som MOTPOL blev en del av. Men MOTPOLs analys var bredare än så. Kopplingen till miljöfrågorna, hälsans jämlikhet, den globala perspektivet och genusfrågorna behandlades också som återkommande teman i tidskriftens artiklar.

Sedan MOTPOLs nedläggning har

alla dessa perspektiv fått en både större och tydligare roll i den hälsopolitiska debatten, kanske främst genom att kopplingarna mellan dem blivit mycket synligare. Får man idag undgå insikten att vi inte har en hållbar utveckling vilket hotar människoartens långsiktiga överlevnad och välfärd. Eftersom Världshälsoorganisationens breda hälsodefinition i stort sett matchar fenomenen överlevnad och välfärd, så ser vi tydligt kopplingen mellan hållbar utveckling och hälsa.

Det har därför blivit meningsfullt att också tala om kopplingen mellan de tre pelarna i en hållbar utveckling, ekologi, ekonomi och sociala faktorer. Kopplingen mellan den globala uppvärmningen och dess dramatiska effekter på överlevnad och välfärd i olika delar av världen blir alltmer dokumenterad. Detsamma gäller kopplingen mellan ekonomisk utveckling och hälsa, vilket belyses i den nyligen på svenska utkomna boken "Åtstramning till döds" av Stuckler och Basu.

Temat social ojämlikhet och hälsa har också kommit högt på den hälsopolitiska dagordningen efter den så kallade Marmotkommissionens rapport om hälsans sociala bestämningsfaktorer, som publicerades 2008. Hälsoeffekter av dålig arbetsmiljö eller försämrade anställningsvillkor har under den senaste tiden åter kommit upp i den allmänna debatten. Frågan om vinster i välfärdssystemen, inklusive hälso- och sjukvården, var också en mycket het fråga i den aktuella svenska valrörelsen.

En möjlig slutsats är att Virchows citat från 1848 är lika relevant idag som för 150 år sedan, nu underbyggd av en betydligt större evidensbas och en tydligare förstärkning. Det är därför glädjande att Samhällskroppen tar upp den vilande (inte tappade!) stafettpinnen för att återskapa en synlig plattform för en kritisk hälso- och sjukvårdsdebatt bland studerande och yrkesverksamma i hälsosektorn!

MOTPOL - en skola i kritiskt tänkande

Text av Peter M. Nilsson

DET SOM främst stannar i minnet är det goda kamratskapet i kretsen kring den medicinska tidskriften MOTPOL som existerade på 70- och 80-talet. Vi hade ansvar för olika temanummer och jag vill minnas att vi arbetade dels med klass och ohälsa och dels med avarterna av en långt driven privat sjukvård i USA, finansierad via privata försäkringar. Att skriva i tidningen innebar en skola i journalistik och kritiskt sökande efter fakta, något som varit mig till stor nytta under livet. Alla kamrater hade sina speciella intressen, några arbetade med internationella solidaritetsfrågor, andra med kulturfrågor, kvinnofrågor eller frågor om tvång i vården eller insatser för funktionsnedsatta individer. Några av oss var långt drivna i arbets- och miljöfrågor redan då och har sedan fortsatt med dessa teman i yrkeslivet. Mina egna ämnen var dels klass och ohälsa i Sverige, orsaker, utbredning och konsekvenser, dels ett fokus på hjärt- och kärlsjukdomar. Varför det? Jag tyckte att denna sjukdomsgrupp visade på folkhälsans sneda sociala profil. Jag blev mer och mer intresserad och skrev en tidig artikel om "Hypertoni som klassjukdom". På den vägen har det fortsatt och jag har ägnat ett helt yrkesliv åt just riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom, samt bidragit till att ta fram såväl nationella som internationella rekommendationer, bland annat via Läkemedelsverket. Samtidigt har detta område varit kontroversiellt eftersom det även funnits omfattande

ekonomiska intressen från bland andra läkemedelsindustrin som lever på försäljning av olika läkemedel för hypertoni, lipidrubbningsmedel mera. Här har jag haft nytta av det kritiska tänkandet från mina år i MOTPOL för att kunna orientera mig.

Den radikala undertonen i MOTPOL gick aldrig att ta miste på, även om den inte var partipolitiskt anknuten. Jag som kom från en dogmatisk del av den maoistiska vänstern upptäckte att det var högt i tak i MOTPOL. Detta fick mig att utvecklas på många sätt, och jag hoppas att jag även kunnat bidra till andras utveckling genom de otaliga möten, föreläsningar och andra föreningsaktiviteter som jag var med att organisera med mina vänner. Framförallt tänker jag på vår huvudredaktör Per-Olof Östergren som jag står i stor tacksamhet till för att tidskriften ändå kom ut trots många svårigheter. Nu önskar jag en ung radikal generation all lycka till, på samma sätt som debattföreningen "Den Yngre Gubben" (DYG) en gång efterträdde "Den Unge Gubben" (DUG) i den radikala Lunda-miljön för 100 år sedan, och som sedan i sig stegvis efterträddes av Clarté, Socialistiska läkare, 68-generation och sedan (för vissa med vårdanknytning) MFT/MOTPOL. Så länkas den radikala idétraditionen långa kedja, med ständigt nya generationer, nya frågeställningar och nya svar på utmaningarna.



STÄLLA TILL EN SCEN

Motstånd mot rasifiering inom vården

Text av Tove Nilsson

UNDER MINA år på läkarutbildningen samlade jag på mig en mängd erfarenheter av hur rasism kommer till uttryck, både i undervisningen och i det kliniska arbetet. Jag upplevde också stor brist på samtal och diskussioner kring hur rasism och andra maktstrukturer verkar inom vården och påverkar mötet med patienten. Patient-läkarmötet presenterades under utbildningen som ojämnt i stort, men förstods aldrig utifrån ett maktkritiskt perspektiv och placerades inte heller in i ett större sammanhang. Jag upplevde att det fanns en föreställning om vården som en isolerad verksamhet, opåverkad av de strukturer och idéer som inverkar på samhället i övrigt. Och att de problemformuleringar som över huvud taget fick ta plats var de som lyftes av de överordnade i sammanhanget, istället för av de som drabbas av maktordningarna. Jag blev därför intresserad av att problematisera dessa föreställningar genom att undersöka hur motståndet mot strukturerna tar sig form och dess potential att underminera makten och skapa förändring. Jag valde därför att i min masteruppsats i medicin, Ställa till en scen – en intervjustudie om vårdsökandes motstånd mot rasifiering i svensk sjukvård undersöka hur rasifieringsprocesser, såväl som motstånd mot dessa processer, verkar i sjukvården.

Studien bygger på intervjuer med personer som, i egenskap av vårdsökande, blivit utsatta för rasism i mötet med svensk sjukvård. Resultaten visar på en mängd olika sätt genom vilka rasifieringsprocesser verkar i vårdkontakten. Deltagarna beskriver några av sina upplevelser av bemötandet i vården med ord som förminskad, förlöjligad och föraktad. Erfarenheterna får en rad olika konsekvenser för de personer som jag intervjuade.

Bland de viktigaste är att studiens deltagare nu undviker vården så långt det går.

Jag fann också flera former av motstånd i deltagarnas ageranden vid de aktuella vårdtillfällena. I detta sammanhang, där patienter – de underordnade – står i stark beroendeställning till vårdpersonalen – de överordnade – i en situation som dessutom är mycket utsatt, tar sig motståndet av nödvändighet ofta dolda former. Jag valde att kalla de olika typerna av motståndsstrategier för Rubba makten, Ta plats, Lämna, Hävda sin rätt och Kollektivisera.

Rubba makten till exempel, handlar om strategier för att försöka förändra de maktpositioner som etablerats mellan personerna i vårdmötet. Utifrån en mindre underordnad position upplever deltagarna sig ha större chans att bli sedda och hörda. En av dessa strategier är att alltid ta någon med sig till vårdbesöket. Helst någon som bidrar extra till att rubba ordningen, t.ex. i egenskap av att vara läkare, vara vit eller vara cisman.

Strategierna som jag sorterade under typen Ta plats handlar om det jag kallat att återhumanisera sig själv, som svar på den upplevelse deltagarna ibland haft av att bli dehumaniserade. Att insistera på mänsklighet och människovärde, genom att be om hjälp eller att visa sina känslor på olika sätt. Syftet är att tvinga vårdpersonal att känna något själva, för att få kontakt.

Motståndet har förstås också konsekvenser. Det är en av anledningarna till att deltagarna oftast inte känt att det varit möjligt att göra så mycket motstånd som de hade önskat. Bland de allvarigaste hör rädslan för att inte få någon behandling alls, eller att få en sämre behandling än en annars skulle ha fått. Men att inte göra motstånd kan,

Rasifiering (från engelskans racialization eller etnifiering, är ett samhällsvetenskapligt begrepp och teoretiskt perspektiv som beskriver hur människor ses som stereotyper utifrån fördomar om deras bakgrund eller ursprung. Några egentliga raser existerar inte enligt teorin - utan det är föreställningar och myter om raser, som står bakom rastänkandet inom den gamla forskningen och i samhället.

upplever deltagarna, ha än värre följder.

Resultaten i studien visar på nödvändigheten av att förändra vården. Så som det ser ut idag fräntas patienters motståndshandlingar ofta legitimitet. Det sker genom att vårdpersonal gör tydligt att patienten genom sitt beteende förstås som krävande eller bråkig och av detta har hen också att vänta sig ett visst bemötande. Om vårdpersonal lärde sig att istället se motståndet och dessa så kallade "krävande" patienter som en tillgång skulle vården ha mycket att vinna. Motståndet borde få formulera problemen och istället för att avfärda konflikterna som så kallade "kulturkrockar" eller "överkänslighet" vid etikseminarier på utbildningen, borde de lyftas som viktiga källor till kunskap i utvecklingen av vården samt det medicinska och vårdvetenskapliga fältet. Men framför allt tror jag själv på motståndets förmåga att tvinga till sig förändringar, rättigheter och möjligheter.

En **cisperson** är en person som entydigt är, och alltid har varit, antingen man eller kvinna och är motsatsen till en transperson. Alla könsmassiga faktorer har genom livet varit och är tydligt manliga eller kvinnliga. En cisperson är således en person med ett linjärt kön, där det biologiska, juridiska, sociala och kulturella könet, könsuttrycket och könsidentiteten pekar (och av andra uppfattas peka) entydigt åt ett håll.

Rebecca Gomperts om medicinska aborter på distans

GRUNDAREN AV Women on Waves och abort-trättsaktivisten, Rebecca Gomperts, disputerade i maj vid Karolinska Institutet på avhandlingen "Task Shifting in the provision of medical abortion"

Osäkra aborter är en av de främsta orsakerna till mödradödlighet i världen. Varje år genomförs 21 miljoner osäkra aborter vilket resulterar i uppskattningsvis 47 000 dödsfall. För närvarande bor 39% av jordens befolkning i länder med mycket restriktiva abortlagar. Men även i länder där abort är lagligt, finns administrativa och organisatoriska hinder som begränsar tillgängligheten till säkra aborter.

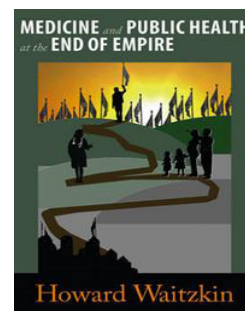
Medicinsk abort är mycket säkert med minimal risk för komplikationer och försumbar risk för dödsfall. Om man

låter fler yrkesgrupper än läkare utföra medicinska aborter kan tillgängligheten öka. Rebecca Gomperts studerade säkerheten och tillgänglighetsaspekter i fall där man provat att genomföra abort i hemmet på distans.

Hennes avhandling visade att denna typ av medicinsk abort på distans är både säkert och effektivt. Vid abort upp till vecka 9 är resultaten lika bra oavsett om de utförs av läkare, barnmorskor eller administreras av kvinnorna själva i hemmet via telemedicin. Hennes avhandling och arbete inom Women on Web och Women on Waves visar vilken otrolig möjlighet som finns att tillhandahålla medicinska aborter för kvinnor som bor i länder med restriktiv abortlagstiftning.

Medicine and Public Health at the End of Empire av Howard Waitzkin

PROFESSORN, sociologen och läkaren Howard Waitzkin har skrivit många bra böcker om hälsa och kapitalism, dessvärre inte särskilt kända i Sverige. Med insikter i såväl medicin och samhälle kan han dra skarpa slutsatser som få andra. I tidigare böcker har han forskat på patient-läkar-relationen som han menar genomsyras av kapitalistiska, rasistiska och patriarkala strukturer. "Medicine and Public Health at the End of Empire" är hans senaste bok och utkom 2011. I den diskuterar han hur den ekonomiska krisen påverkar hälsan globalt och han analyserar särskilt situationen i USA med fokus på läkemedelsföretagens makt.



Caremaskandalen - riskkapitalets fantastiska resa i äldrevården av Erik Palm

BOKEN TAR UPP skandalerna som vårdföretagen helst vill få oss att glömma. Som när tre höga Caremachefer fick sparken för fusk vid bemanningskontroller och fick böta drygt 11 miljoner kronor. En skandal som fick dem att byta namn till Vardaga. "Vad händer när de allra tuffaste avkastningskraven möter samhällets mest sköra och utsatta individer?" undrar författaren som också gjort dokumentärfilmen "Vi gav dom vår pappa" som fick bland annat Guldspaden.



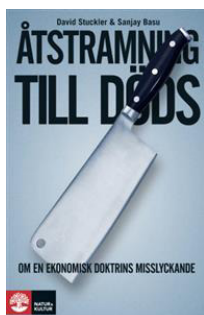
Välfärdsfabriken av Katarina Mattsson

I REPORTAGEBOKEN berättar Kristina Mattsson om upprinnelsen till New Public Management. Om marknadsteorierna som först utvecklades i bilfabriker och sedan kom att hamna i välfärden. New Public Management är inget nytt. Tidigare hade vi något liknande som hette MTM, Metod-Tid-Mätning påpekar Mattsson. Men därefter kom en period av låg arbetslöshet och starkt fackligt arbete vilket gjorde att vi kunde vi trycka tillbaka marknadsstyrningen av välfärden något. Men med nyliberalismens start på 80-talet, kom marknadsteorierna åter tillbaka med kraft. Välfärdsarbetare kommer till tals i boken och berättar hur de upplever NPM och marknadsstyrningen av välfärden i vardagen.



Åtstramning till döds, Om en ekonomisk doktrins misslyckande
av Sanjay Basu & David Stuckler

VAD HÄNDER med hälsan i ekonomiska kriser? Det finns inte ett svar, menar författarna, utan flera. Det beror på vilken hälsopolitik som förs. Därför försämrades folkhälsan knappt märkbart på Island trots krisen, medan hälso- och sjukvården går på knäna i Grekland där nya HIV- och malariaepidemier bryter ut. Där nästan en miljon barn saknar sjukförsäkring. Boken skrämmar, som i kapitlet om hur Ryssland förlorade 1 miljon män på grund av den snabba takten av privatiseringar efter Sovjets fall. Men den ger också hopp eftersom den visar att radikal hälsopolitik kan skydda människor från ohälsa trots ekonomisk kris.



Den stora omvandlingen - en granskning av välfärdsmarknaden
av Kent Werne, Olav Fumarola Unsgaard, Malin Beeck, Shora Esmailian, Mikael Färnbo

TVÅ HUNDRA TUSEN elever går i friskolor, var tredje svensk träffar doktorn på privata vårdcentraler och 30 000 personer jobbar inom vinstdriven äldreomsorg. Vi har blivit kunder på en välfärdsmarknad. "Den svenska modellen", som vi varit internationellt kända för, betyder numera en offentligt finansierad privat välfärdsmarknad som omsätter miljarder i skattepengar. Så skapas skandaler som Carema-skandalen, JB-affären, blöjvågningar. I boken får man bland annat ta del av en hemlig rapport från landstinget i Stockholm som visar att akuten fylls med patienter från de fattiga förorterna. Över en natt förlorade nämligen dessa cirka en tredjedel av sina intäkter till följd av införandet av Vårdval Stockholm. Berättelserna i boken vittnar alla om, att var helst välfärden blivit privatiserad och konkurrensutsatt, är det de svagaste som blivit förlorarna. Att demokratin, medarbetarinflytande, folkhälsan och rätten till utbildning kommer i andra hand när vinsterna får komma i första hand.



The rise and fall of the Welfare state av Asbjörn Wahl

OBLIGATORISK läsning om en välfärdsstat som är på väg att förtvina efter 30 år av nyliberal dominans. Välfärdstaten, argumenterar Wahl, är ett resultat av den klasskompromiss som ingicks på 1900-talet. Han argumenterar att välfärden har förvandlats. På engelska från "Welfare" till "Workfare" alltså att välfärden har gått från att vara rättigheter för alla till något som man måste förtjäna genom till exempel arbete och pengar.



Vårdens viktigaste frågor.

Vad lovar politikerna?

Vi ställde fyra frågor till våra riksdagspartier, minus Sverigedemokraterna som vi ersatte med Feministiskt Initiativ. Inget alliansparti svarade, så här svarade de rödgröna:

1.

Kvinnor i förvärsarbetande åldrar med endast grundskoleutbildning är en grupp som i flera avseenden har haft sämre hälsoutveckling än andra grupper, vad ska ni göra åt detta?

Kvinnors villkor måste förbättras med trygga anställningar, rätt till heltid, nationella satsningar för fler anställda i välfärden, kortare arbetstid och delad föräldraförsäkring. Vi vill tillsätta en folkhälsokommission som bland annat ska analysera könsskillnader i hälsa. V har öronmärkt en miljard nationellt i vår skuggbudget för att utveckla primärvårdens förebyggande insatser. Det behövs en mer systematisk könssuppleterad statistik för att synliggöra könsrelaterade problem inom vården. Ett genusperspektiv borde integreras i all forskning, utbildning och utveckling och det borde forskas mer om kvinnors sjukdomar och villkor i vården. En nationell genomförandeplan för jämställd sjukvård bör därför tas fram med inriktning på hur man kan öka och sprida kunskap om hur könsfaktorer påverkar vården.

För att stoppa den ojämlika ohälsan, vill vi ha en generell arbetstidsförkortning för att dela på jobben och ge människor tillbaka makten över tiden. Vi vill höja lönerna inom kvinnodominerade branscher och öka satsning på åtgärder som förbättrar arbetsmiljön inom kvinnodominerade arbetsområden. Vi vill att sambanden mellan obetalt och betalt arbete kartläggs ur ett hälsoperspektiv och att genusperspektivet integreras i allt arbetsmiljöarbete. Vi vill att det tas fram en handlingsplan med genusperspektiv för att förebygga och minska sjukfrånvaringarna, öka hälsan i arbetslivet samt stärka satsningarna på att förebygga de allvarigaste folkhälsoproblemen. Vinstuttag i välfärden måste förbjudas.

Hälsa beror mycket på vilka levnadsvillkor man lever under. Vi vill tillsätta en nationell kommission för jämlik hälsa. De stora hälsoskillnaderna i Sverige är djupt orättvisa och extremt kostsamma för samhället. Människors hälsotillstånd påverkas inte bara av individuella levnadsvanor utan också av samhälleliga faktorer. Det finns stora hälsoskillnader mellan individer och mellan olika delar av landet. Mäns och kvinnors hälsotillstånd och livschanser har ett tydligt socioekonomiskt mönster där rika, välutbildade människor och yrken med hög status har ett markant försprång. Ohälsa är skevt fördelad mellan olika socioekonomiska grupper. Minskade sociala och ekonomiska klyftor är det mest verkningsfulla medlet för en bättre folkhälsa. Det betyder att den ekonomiska politiken ska verka utjämnande samtidigt som det görs satsningar på arbete, bra utbildning för alla, integration och värnandet av den generella välfärden.

Sämre hälsoutveckling bottnar åtminstone delvis i hur du växer upp, och vilka förutsättningar du har att till exempel läsa vidare, påverkar din hälsa. I det långsiktiga perspektivet behöver vi därför ett samhälle med minskade klyftor, såväl ekonomiskt som socialt. Ju kortare utbildning desto fler kvinnor röker, och kvinnors alkoholkonsumtion börjar få samma mönster som männens. Därför spelar preventiva åtgärder för att minska rökning och alkohol roll. Men frågan om sämre hälsoutveckling för kvinnor med endast grundskoleutbildning får inte reduceras till enbart livsstilsåtgärder, utan kräver ett strukturellt synsätt.

2.

Läkare i Världen och Röda Korset bland andra vittnar om att papperslösa nekas vård, trots den nya lagen, samt att EU-migranter faller mellan stolarna. Vad ska ni göra åt detta?

Vänsterpartiet anser att alla som lever i Sverige skall ha rätt till sjukvård utifrån sina behov. Rätten till sjukvård är ingen migrationsfråga utan en mänsklig rättighet. Vi har därför hela tiden varit kritiska till och reserverat oss i riksdagen mot begreppet vård som inte kan anstå. I V:s vårmotion har vi avsatt pengar enligt samma synsätt för de EU-migranter som saknar sjukförsäkring i sitt hemland och därmed inte har rätt till sjukvård utifrån sina behov i Sverige. Det är viktigt att följa frågan lokalt. Det behövs bättre information till vårdgivare vad lagen innebär och bättre uppföljning kring hur vårdgivaren arbetar och informerar sina anställda om hur vård till papperslösa ska fungera i deras vårdverksamheter.

Mänskliga rättigheter ska inte vara en tolkningsfråga: papperslösas rätt till vård ska fullföljas. Lagen bör skrivas om så att den gäller för "vård efter behov och på lika villkor" och inte "vård som inte kan anstå". Vi stödjer Läkare i Världens förslag om att inrätta en vårdombudsman för papperslösa som kan försvara papperslösas rätt till vård.

Vi vill att reformen som genomfördes för ett år sedan ska få en oberoende utvärdering för att få en riktig bild av hur omfattande problemet är. Under tiden bör sjukvårdshuvudmännen (landstingen) säkerställa att alla vårdinrättningar inom sitt geografiska område har kunskaper om innebörden i den nya lagen så att man kan följa lagen.

Vi vill förbättra situationen för hemlösa EU-migranter. Ingen ska förvägras grundläggande rättigheter, alla ska ha rätt till vård och hemlöshet ska bekämpas oavsett orsak och oavsett varifrån den som lever i hemlöshet kommer. Sverige ska driva i EU att alla EU-medborgare ska ha rätt till akut sjukvård på samma villkor. (Våra landstingspolitiker följer frågan om hur den nya lagen verkställs, och har bland annat i Stockholm drivit på för bättre rutiner för att säkerställa papperslösas rätt till vård.)

3.

Hur mycket tycker ni en sjuksköterska ska tjäna?

Som politiskt parti har vi inga beslut om vad olika yrkesgrupper skall tjäna. Men Vänsterpartiet är mycket tydliga med att lönerna generellt behöver höjas i kvinnodominerade yrken som i hög grad är felavlönade när de jämförs med traditionella manliga yrken med motsvarande krav på utbildning och svårighets- och ansvarsnivå. De krav som drivs på ingångslön är på inget sätt orimliga. I flera landsting/regioner driver V frågan om eller har i budget med extra pengar utöver avtal för att komma till rätta med ojämställda löner. Nationellt har vi i budgeten avsatt närmare 1 miljard för att utbildning till specialistsjuksköterska skall kunna ske med lön. Rödgrönt styrda Västra Götaland region har börjat införa en sådan utbildning med lön.

Vi stödjer kravet om lägsta ingångslön på 25 000 kr men vi kräver också mer. Lönerna är idag ojämställda mellan kvinnodominerade och mansdominerade sektorer och vi vill se en lönevärdering och -korrigering över sektorsgränserna, vilket höjer sjuksköterskornas löner. Mer pengar måste avsättas till löner inom kvinnodominerade branscher så att sjuksköterskor också kan ha en rimlig löneutveckling. Vi vill inrätta en jämställdhetsfond som arbetsgivarna och staten finansierar som betalar ut ett jämställdhetsbidrag till arbetsgivare som höjer löner i kvinnodominerade branscher. Medlingsinstitutets uppdrag måste ändras så att jämställda löner prioriteras först.

Detta är en fråga som måste bestämmas av arbetsmarknadens parter i förhandlingar.

Vi tycker att sjuksköterskeuppropets krav är ett rimliga. Lön och en god löneutveckling är viktigt för att fler ska söka sig till vårdyrket.

4.

Alltfler inom vården kritiserar New Public Management som styrmödel för vården, vad anser ni om NPM, vill ni behålla det eller ersätta det med något annat?

Rätten till bästa möjliga hälsa måste gälla alla oberoende av kön, ålder, klass, etnisk tillhörighet, sexuell läggning, könsidentitet, könsuttryck och funktionsnedsättning. Vi vill därför motverka vinstintressen och marknadslösningar inom vården och istället utveckla en jämställd och jämlik vård, som utgår från patienternas behov och styrs demokratiskt. NPM-modellen är hämtad från industrin och är inte det som skall styra hälso- och sjukvården. I Almdedalen presenterade Vänsterpartiet som ett första steg när det gäller vad

som skall ersätta dagens marknadsanpassade och till delar privat utförd hälso- och sjukvård följande:

- En fond på 1 miljard kronor till stöd för ökat personalinflytande och utveckling bort från marknadssystemen.
- Stöd möjligheten för anställda att ta över privat välfärdsverksamhet om de tidigare ägarna drar sig ur.
- Förbättra möjligheten för personalkooperativ och andra ideella aktörer att ta lån.
- Stöd offentlig verksamhet som ökar personalens inflytande, t ex i form av självstyrande enheter.
- Skapa ett center för välfärdsutveckling för att ta fram nya välfärdsmodeller och sprida goda erfarenheter.

Vi vill ersätta NPM med vård efter behov och största möjliga patientnytta. Vi vill öka personalresurser inom vård och omsorg. Uttag av vinster i vården ska förbjudas och Lagen om valfrihet (LOV) avskaffas.

Ja, vi vill utforma nya ersättningssystem. Vi har deltagit i kritiken mot NPM och detta är en fråga vi driver. Vi har under våren 2014 haft flera runda bordssamtal kring detta med företrädare för sjukvårdens professioner.

Miljöpartiet ser flera problem med NPM. Människor som behöver vård är inte kunder, utan medborgare med rättigheter. Ett annat problem är att ersättningssystemet ger vårdgivaren betalt per ingrepp, alldeles oavsett om det leder till goda medicinska resultat och bättre hälsa. Det kan vara ett bra incitament för att korta vårdköerna, men det leder också till problem med kvaliteten. Om vårdgivaren endast belönas för antalet åtgärder utan att det finns krav på att det också ska leda till att sjuka människor får bättre hälsa, är risken att det glöms bort. För att motverka det här vill Miljöpartiet ha en värdestyrd vård där vårdgivaren ska ersättas för hela vårdepisoder, från det att någon kommer på sitt första besök tills behandlingen är avslutad. Ju färre komplikationer desto längre räcker den ersättning vårdgivaren får. Sedan behöver ersättningssystemen utvecklas även på andra sätt, allt som mäts behöver inte kopplas till ersättning och frågan om tillräckliga resurser är ständigt aktuell, och behöver diskuteras.

Soccoristas i Argentina

gör abort till kollektiv handling

Text av Sten Axelson Fisk



HUNDRA ARGENTINSKOR DÖR varje år i sviterna efter olagliga aborter. Majoriteten tillhör arbetarklassen och saknar såväl förmåga att betala privatläkare som information om hur illegala aborter bäst genomförs. De gångna månaderna har jag, som representant för Socialistiska Läkare, besökt ett feministiskt nätverk som hjälper kvinnor till säkra aborter i väntan på en legalisering.

Abortläkemedlet misoprostol har revolutionerat situationen för kvinnor i länder där abort är illegalt. Till vecka tolv kan aborter genomföras i hemmet. 2009 startade var Ruth Zurbriggen med om att starta ett nätverk för att hjälpa kvinnor att genomföra säkra, illegala, aborter. De kallar sig soccoristas, hjälpare, och finns idag i 16 argentinska städer. "Att själv avsluta en oönskad graviditet är en politisk handling, en vägran att underordna sin kropp patriarkatets kontroll. Att följelså en annan kvinna genom hennes abort är också en politisk handling." Så inleder Ruth Zurbriggen, förgrundsgestalt i den argentinska aborträttsrörelsen, mötet med fem gravida kvinnor som ska få hjälp att göra abort med misoprostol. Verksamheten började i Neuquén och där får mellan tre och fem kvinnor hjälp att göra abort med misoprostol varje vardag. Efter att kvinnorna tagit kontakt med någon av aktivisterna får de tid till ett möte där flera kvinnor samlas på en bar, ett torg, en fakultet eller på bussterminalen. Soccoristas vill bryta tystnaden som råder kring abort och gör det därför till en kollektiv handling. Genom att aborterna initieras med ett gruppmöte inser kvinnorna att de inte är ensamma om att abortera och de vänjer sig vid att tala om sin abort. Under mötet diskuteras sexualitet, kvinnors rättigheter och de medicinska detaljerna kring hur en abort genomförs. Hur kvinnorna får tag på misoprostol vill Ruth inte berätta, att

distribuera misoprostol är straffbart.

Delar av den feministiska rörelsen kritiserar soccoristas för att de bromsar legaliseringsprocessen genom att själva göra det som borde vara statens ansvar. Ruth Zurbriggen tycker att resonemanget är cyniskt och felaktigt. "I länder där abort legaliserats har samarbetet mellan läkare och aktivister varit avgörande. För tio år sedan fick gravida som sökte hjälp höra att abort är illegalt, vi kan inte hjälpa dig. Idag får de ett nummer och beskedet att någon kommer att hjälpa dem, den skillnaden är enorm. Jag ser dessa läkare som medhjälpare som gör vad de kan i en abortfientlig miljö". Dessa läkare är ofta ensamma i sin kliniska vardag och många har funnit det inspirerande att höra om en förening för Socialistiska Läkare. Förhoppningsvis finner aborträttsvänliga läkare i Argentina sitt sätt att organisera sig för att bryta det katolska abortmotståndets hegemoni inom läkarkåren. Läkarkåren var med om att frånta kvinnor rätten att bestämma över sin reproduktion, det är vår skyldighet att aktivt verka för att ge kvinnorna den rätten tillbaka.

Sten Axelson Fisk är en av två ordförande i Socialistiska läkare.

Hälsans politik

– resereportage från vårdkrisen i Grekland

Text av Darius Barimani

JAG BEHÖVDE KOMMA ifrån Ungern där jag har läst medicin för att göra något meningsfullt. Sju år i ett land utan riktig vänsterpolitisk aktivitet kan ha den effekten på en person. En kamrat, Lovisa, från Stockholmsgruppen var på gång med ett solidaritetsprojekt för Grekland. Hon ville möta kollegor och kamrater i Grekland för att se hur krisen påverkar dem och folkhälsan i landet.

Nedskärningar inom hälso- och sjukvården är nämligen en av Trojkans (Europeiska Centralbanken, Europeiska Kommissionen och Internationella Valutafonden) viktigaste sparåtgärder. På nästan en dag decimerade de vårdbudgeten till ynka sex procent av BNP. I Sverige lägger vi 10% av BNP på vårdn. Detta kombinerat med en rad andra besparingar ledde till en 45%-ig ökning av antalet självmord mellan åren 2007 och 2011. En annan konsekvens var att intrauterin fosterdöd ökade med 21% mellan åren 2008 och 2011. Dessutom hade den långa trenden av sjunkande barnadödlighet stannat upp och istället ökat med hela 43% procent mellan 2008 och 2010. En annan häpnadsväckande åtgärd var att man hade slopat anti-myggb programmen så att fall av malaria dokumenterats för första gången på 40 år.

Så jag följde med Lovisa för att se detta med egna ögon.

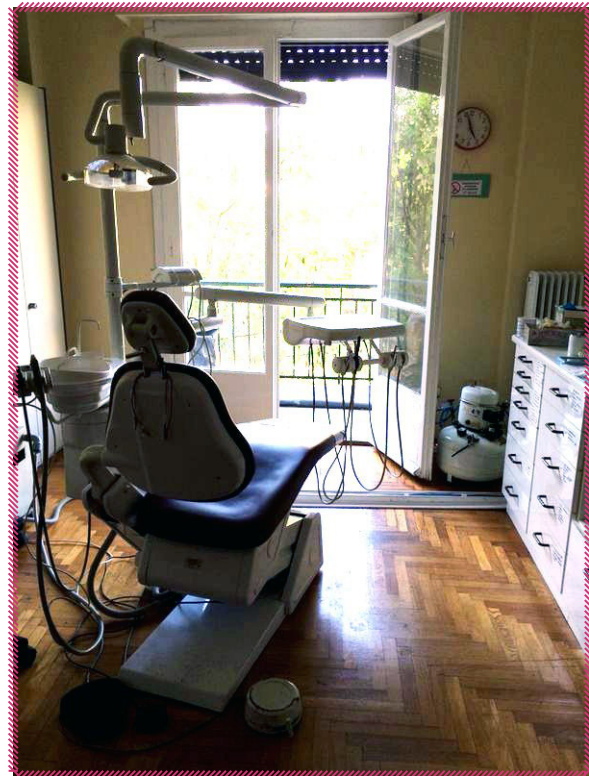
Efter en fruktansvärt lång bussresa från Budapest, och efter att ha blivit tagen och utskälld vid serbiska gränsen för att jag hade svenskt pass men inte såg ut som en viking, anlände vi till slut till Aten. Vi skulle stanna i en vecka och besöka olika solidaritetsinitiativ, framförallt vårdinrättningar som uppstått ur finanskrisens kaos och

som nu erbjuder gratis sjukvård och mediciner. I samband med finanskrisen hade det uppstått ett 50-tal sådana kliniker i hela Grekland varav 15 i Aten.

Vi besökte först Solidarity 4 All. Ursprungligen startades organisationen av partiet Syriza, men nu fränsade de sig all partipolitisk bindning. Deras verksamhet finansieras dock till merparten av bidrag från partimedlemmar. Solidarity 4 All driver inga gratiskliniker själva. De är till för att underlätta kommunikationen mellan olika solidariska initiativ. De var noga med att betona att de inte var intresserade av välgörenhet och att eventuell hjälp i form av aktioner, informationsspridning, utrustning och mediciner måste gå hand i hand med kritik av Trojkans och EU:s politik.

Vi diskuterade möjliga projekt, som att köra ner en buss fylld med medicinsk utrustning hela vägen från Stockholm till Aten och längs vägen erbjuda hjälp och informera om Trojkans övergrepp. På mötet blev vi också inbjudna till att besöka ett antal anknutna solidaritetsinitiativ. Första besöket gick till en klinik i Exarchia i Atens anarkistkvarter.

Vi förstod att vi hade hittat rätt när vi på första planet snubblade in på ett kontor fullproppat med människor fullt uppe i vad som verkade vara heta politiska diskussioner. Visst var de politiska men det visade sig att vi hade kommit in i huvudkontoret för skådespelarnas fackförbund. Så vi fortsatte uppåt och där fann vi kliniken. Det var något efter stängning men det pågick fortfarande febril verksamhet. Det blev lite trångt då ett franskt filmteam var där och filmade samtidigt. I bakre delen av lokalen träffade vi



en farmaceut som var i full rulle med att botanisera bland mediciner. Hon arbetade gratis och tillgodosåg även kliniken med mediciner från hennes eget apotek. Apoteket på kliniken utgjordes nämligen framförallt av mediciner som skänkts bort. Här fick vi inte ta några bilder då detta skedde utan stöd av lagen. På kliniken fanns förutom allmänläkare även gynekolog några dagar i veckan. Här var det uteslutande kvinnor som arbetade. De flesta hade vanliga jobb dagtid och kom hit efter arbetstid. På huset fanns även den fria tandläkarkliniken. Utrustningen där var donerad av tyska vänsterpartiet, Die Linke.

En av Greklands äldsta fria kliniker startades 2009 av områdets lokala invånare i de atenska förorterna Petralona, Koukaki och Thissio. Kliniken huserar i ett ockuperat tvåvåningshus, i en före detta vårdcentral. Den hade stått tom sedan 90- talet men i samband med revolterna i december 2008 då två poliser sköt ihjäl en 15-årig pojke, tog folket över den gamla kliniken. Kliniken har nu öppet två dagar i veckan i totalt sex timmar. På "Social Health Space of the Neighborhood Assembly of Petralona, Koukaki and Thissio", som kliniken heter, ser man inte ohälsa som enbart en biologisk företeelse utan lika mycket som ett samhällsligt problem. En persons ohälsa bör därför inte enbart ses som en personlig angelägenhet, ohälsan bör engagera hela kvarteret. På denna klinik är därför de lokala invånarna involverade i vårdcentralens drift och de närvarar i mötet med patienterna.

Det sista besöket gick till Läkare i Världens

klirik. Situationen är så allvarlig i Grekland att denna organisation, som bygger på att ge vård i utsatta länder, faktiskt upphört med all utländsk aktivitet och fokuserat alla sina resurser på Grekland. Det säger allt om den katastrofala situationen i landet.

Det var skrämmande att se de hälsomässiga konsekvenserna av krisen och de hänsynslösa sparpaketerna men det var också motbjudande att se hur organisationer och partier använder sig av situationen för att vinna inflytande och folkligt stöd. Men kanske är detta rent av en nödvändighet och tecken på framförhållning när till och med rörelser som nazistiska Gyllene Gryning börjat öppna sina egna kliniker där till exempel papperslösa inte får söka.

Resan påminde mig om att kampen inte endast handlar om att sätta stopp för privatiseringarna utan också om att kämpa för alternativa vårdstrukturer, som i ett led på vägen till ett socialistiskt samhälle.

FORTSATT LÄSNING

- *Greece's health crisis: from austerity to denialism.* Kentikelenis et al. *The Lancet* 22 February 2014. Volume 383 Issue 9918 Pages 748-753.
- *Skulden, eurokrisen sett från Aten.* Kajsa Ekis Ekman. Leopard förlag 2013.
- *Åtstramning till döds.* David Stuckler och Sanjay Basu. Natur och Kultur 2014.

Darius Barimani är styrelseledamot i Socialistiska Läkare.

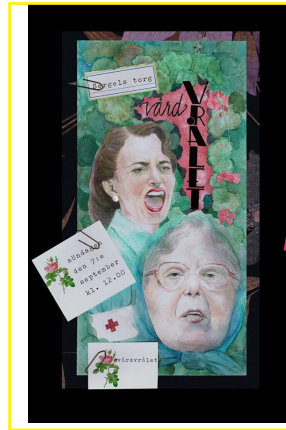
Och så några radikala förebilder till...

Henry Ascher – Aktiv i bland annat Ship to Gaza.

Victoria Strand – Aktiv i Ship to Gaza.

Vård och omsorgspersonal sluter upp i Vårdvrålet

I MITTEN på juli träffades *Sjuksköterskor ryter ifrån*, *Socialistiska läkare*, *Hemtjänstupproret (HUR)* och *Vänstersköterskor* för att samla de senaste årens uppror till en gemensam kraft. Under paroller för säkrare arbetsmiljö, ökat personalinflytande och mot fler nedskärningar i vården bildades gruppen Vårdvrålet. Genom sin bredd av kompetens och erfarenheter från hela vårdkedjan hoppas gruppen att arbetsgivare, politiker och allmänheten ska lyssna på budskapet att god vård och omsorg bara är möjlig i en bra arbetsmiljö. En bra arbetsmiljö kräver omfattande förändringar av dagens organisation och för att detta ska kunna komma till stånd måste beslutsfattare lyssna på dem som faktiskt arbetar på golvet. Alla personalkategorier i vård- och omsorgssektorn är dessutom beroende av varandra för att vårdkedjan skall fungera, och för att ett hållbart arbetsliv och en patientsäker vård skall kunna garanteras. Bara en vecka innan valet, första söndagen i september hölls en stor gemensam demonstrationen på Sergels torg där brandtal och musik ska få politikerna att integrera kraven i framtidens politik.



Håll utkik efter framtida aktiviteter via
facebook.com/vardvralet eller
www.vardvralet.org

Höstläger med Socialistiska Läkare



DEN 11-12 oktober 2014 håller Socialistiska Läkare sitt första höstläger för medlemmarna. Över 30 personer är anmälda till en helg på Rengens kursgård utanför Linköping. På schemat står antirasism och antifascism i teori och praktik, genus och feminism, socialismens idéhistoria, migration och mänskliga rättigheter. Dessutom diskussioner om vårdens styrning och historiska perspektiv på det system som vi nu ser inte fungerar. Konceptet med höstläger ger också medlemmarna gott om tid att umgås, diskutera politik, kultur och lära känna varandra. Läs mer på vår hemsida www.socialistiskalakare.se, eller på vår facebookside. Om du inte kan delta vid årets läger hoppas vi på repris med nya spännande teman nästa år igen.

Redaktionen och medarbetare

Lovisa Kasström
Roya Hakimnia
Theo Bodin
Katrín Persson
Klas-Gunnar Lannfeldt
Alexandra Haara Löfstedt
Rasmus Berglund
Ida Linander
Sten Axelsson Fisk
Darius Barimani
Tove Nilsson
PO Östergren
Peter Nilsson
Jan Halldin

Tack till alla som hjälpt till!

XXX
XXX
XXX

Rebecca Gomperts – Holländsk läkare som har skapat Women on Waves som erbjuder abort till kvinnor på båtar på internationellt vatten för att undkomma abortfientliga lagar.

Erik Fosse – Den mindre kända Gaza-läkaren som också varit aktiv länge för Palestina.

Olle Jeppsson – Barnläkare som engagerat sig för de apatiska flyktningbarnen.

Mads Gilbert – Aktiv i palestinarörelsen, har varit i Gaza många gånger och vittnat.

Anna Westerståhl – Pionjär inom medicin och genus och hbt-perspektiv.

Anne Hammarström – Pionjär inom medicin och genus

RECEPT FÖR EN BÄTTRE FRAMTID

Gäller 1 mandatperi-
od från utfärdandet
om inte annat anges

Patientens personnummer och namn, djurägare

Sverige 2014

Åkomma/Diagnos

Nazistsvin-influensa

Symptom

Våldsamma utbrott av nazistsvin-influensa på flera orter i Sverige. Tillståndet har sin grund i sänkt tolerans för öppenhet, jämlikhet och demokrati. Upp till 10% av befolkningen kan vara drabbade av varianter på sjukdomen, allvarligaste manifestationen är nekrotiserande fascism.

Åtgärd/Behandling

Vaccinering av hela befolkningen med öppenhet, kärlek och jämlikhet. Tidig identifikation av nazistiska hatbrott med korrekt benämning i media. Gruppterapi för frisk befolkning med antifascistiska manifestationer för att öka samverkan mot gemensamt mål, ett Sverige fritt från fascister och anti-demokrater.

Ansvarig förskrivare, signatur och förskrivarkod

Socialistiska läkare

Datum

270914

@veckansdiagnos