



LUND
UNIVERSITY

**Ojämlig behandling och diskriminering
inom den svenska sjukvården**
– en undersökning av bidragande faktorer
interaktion

Lunds Universitet

Mänskliga Rättighetsstudier

Fakulteten för Humaniora och Teologi

Författare: Amanda Edfeldt

Handledare: Dr. Maria Ericson

Abstract

The Swedish health care does not live up to the objective set in the legislation about health care, that every person has the equal right to health care according to need. New reports show that both discrimination and unequal treatment among patients occur within the Swedish health care. This study is confined to include only institutions for treatment of people with physical health problems. Previous research show that people with disabilities and chronic disease, low socioeconomic status, no or few family members, and people who differs from the norm concerning gender, culture, age, sexuality etc. gets inferior treatment and care at Swedish hospitals. The aim of this study is to analyse how different factors leading to the occurrence of discrimination and unequal treatment interact with each other. This is done with a literature study combined with qualitative interviews with Swedish doctors. The method is chosen to make it possible to answer the question regarding how the main factors interact with each other and possibly find a mutual source. Other material used for this study is the Swedish legislation and a report from the Swedish discrimination ombudsman, as well as previous findings from Doctor Nina Cavalli-Björkman at the University of Uppsala. The results show that discrimination and unequal treatment depend on several interacting factors joint by the fact that the Swedish healthcare system is underfinanced. The Swedish healthcare supply cannot meet the total demand, which results in discrimination and unequal treatment. Underlying norms and power structures in society result in health personnel making priorities based on deep-rooted norms, which results in unequal treatment and discrimination for certain groups.

Key words: discrimination, health, rights, justice, equal treatment, priorities, intersectionality

Sveriges hälso- och sjukvård lever inte upp till de mål som finns stadgade inom hälso- och sjukvårdslagen, där varje person har rätt till lika vård efter behov. Nya rapporter visar att både diskriminering och ojämlik behandling bland patienter förekommer. Studien är begränsad att enbart inkludera vårdinstitutioner som behandlar människor med fysiska hälsoproblem. Tidigare forskning har visat att personer med funktionshinder och kroniska sjukdomar, låg socioekonomisk status, inga eller få

familjemedlemmar samt personer som skiljer sig från normen i förhållande till kön, kultur, ålder, sexualitet etc. får sämre bemötande och vård än andra patienter. Syftet med denna studie är att undersöka hur olika faktorer som bidrar till att diskriminering och ojämlik behandling förekommer interagerar med varandra, genom att kombinera en litteraturstudie med kvalitativa djupintervjuer med svenska läkare. Denna metod är vald för att göra det möjligt att svara på forskningsfrågan om huruvida faktorerna som bidrar till att diskriminering och ojämlik behandling uppstår interagerar med varandra och möjligheten att det finns en gemensam källa till problemens uppkomst. Litteraturstudien behandlar svensk lagstiftning, internationella åtaganden, en rapport från diskrimineringsombudsmannen samt nyligen gjorda undersökningar av Dr. Nina Cavalli-Björkman vid Uppsala Universitet. Undersökningen visar att problemen med diskriminering och ojämlik behandling kommer ur flera samverkande faktorer som sammankopplas av bristande resurser och personalens prioriteringar. Underfinansiering skapar en situation där vårdutbudet inte kan täcka hela vårdbehovet. Personalens prioriteringar påverkas av personliga rättviseuppfattningar samt gamla normer och maktsystem, vilket resulterar i ojämlik behandling och diskriminering för specifika samhällsgrupper.

Nyckelord: diskriminering, hälsa, rättigheter, rättvisa, likabehandling, prioriteringar, intersektionalitet

Innehållsförteckning

Förkortningar

1. Introduktion	07
1.1. Inledning.....	07
1.2. Syfte och frågeställning.....	09
1.3. Avgränsningar.....	10
1.4. Material	11
2. Teori och Metod	13
2.1. Teori.....	13
2.1.1. Jämlikhet och likabehandling.....	13
2.1.2. Rättigheter.....	14
2.1.3. Diskriminering och Intersektionalitet.....	15
2.2 Metod.....	17
3. Litteraturstudie	18
3.1 Hälsa.....	18
3.2 Mänskliga Rättigheter och internationella åtaganden.....	19
3.3 Svensk hälso- och sjukvård.....	20
3.3.1. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL).....	20
3.3.2. Vårdgaranti.....	21
3.3.3. Patientcentrering.....	22
3.3.4. Olika förståelser av rättvisa bland vårdpersonal	23
3.3.5. Prioriteringsprinciper.....	24
3.4. Diskriminering.....	26
3.4.1. Diskrimineringslagen.....	26
3.4.2. Diskrimineringsgrunder.....	26
3.4.3. Socioekonomisk Status (SES).....	29
3.4.4. Familj och nätverkssupport.....	30
4. Undersökningen	33
4.1. Metod.....	33
4.2. Urval.....	33

4.3. Datainsamling.....	34
4.4. Dataanalys.....	35
4.5. Resultat.....	36
4.5.1. Bristande resurser.....	36
4.5.2. Strukturell diskriminering	37
4.5.3. Diskriminering på grund av nedsatt förmåga att kommunicera.....	38
4.5.4. Diskriminering på grund av nedsatt förmåga att vara aktiv.....	38
4.5.5. Mänskliga Rättigheter och intersektionalitet.....	39
4.5.6. Sammanfattning av resultat.....	40
5. Analys.....	41
6. Slutsats.....	44
7. Diskussion.....	45
8. Referenslista.....	47
9. Bilaga.....	51

Förkortningar

AT: Allmäntjänstgöring

DO: Diskrimineringsombudsmannen

FN: Förenta Nationerna

HSAN: Hälso- och Sjukvårdsnämnden

HSL: Hälso- och Sjukvårdslagen

ICESCR: International Convention on Economic, Social and Cultural Rights (den internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter)

SES: Socioekonomisk Status

SKL: Sveriges Kommun och Landsting

SOU: Statens Offentliga Utredningar

ST: Specialisttjänstgöring

UDHR: Universal Declaration of Human Rights (FN:s Allmänna Deklaration)

WHO: World Health Organization (Världshälsoorganisationen)

1. Introduktion

1.1. Inledning

I enlighet med FN:s allmänna deklaration om de mänskliga rättigheterna har varje människa rätt till hälsa och välmående för sig själv och sin familj.¹ Denna rättighet finns även återfinna i artikel 12 i FN:s internationella konvention angående ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ICESCR).² Grundläggande, som återfinns i samtliga konventioner, är att alla människor har lika rätt att åtnjuta de rättigheter som stadgas i konventionerna utan diskriminering på grund av ras, hudfärg, språk, kön, religion, etnicitet, politisk eller annan åskådning, nationell eller social härkomst, egendom, börd eller ställning i övrigt.³ Detta skall gälla inom alla aspekter i samhället och livet igenom.

I Sveriges regleras dessa värden av diskrimineringslagen och hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Syftet med den svenska hälso- och sjukvårdslagen är att vård skall ges på lika villkor till hela befolkningen efter behov samt att vården skall ges utifrån respekt för varje människas lika värde. Detta är dock enbart ett mål, och det finns inga lagbundna regleringar för hur varje enskild situation skall hanteras för att uppfylla syftet.⁴

Tidigare forskning visar tydliga mönster på vilka personer som får större tillgång till den vård som finns tillgänglig samt får bättre behandlingsresultat. Detta innebär att Sverige inte lever upp till HSL:s mål; att alla människor skall ha rätt till lika tillgång till vård efter behov oavsett samhällstillhörighet, personlighet, kön eller hälsotillstånd. Diskrimineringsombudsmannen (DO) rapporterar 2012 att både direkt och indirekt diskriminering förekommer inom vården⁵ och ny forskning från Uppsala Universitet pekar på att patienters socioekonomiska status (SES) och sociala förhållanden påverkar vilken typ av tillmötesgående och behandling patienten erhåller. En nyutkommen extern granskning beställd av myndigheten för vårdanalys visar att vården inte heller lever upp

¹ Universal Declaration of Human Rights, UN Doc. A/RES/217 (III), 10 december 1948, Artikel 25

² International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 993 U.N.T.S. 195, 16 december 1966. Artikel 12

³ International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, Artikel 2

⁴ SFS 1982:763, Hälso- och Sjukvårdslagen

⁵ DO 2012: R4. *Rätten till vård på lika villkor*. Ödesbro. Diskrimineringsombudsmannen

till de krav på patientcentrering som patienterna kan förvänta sig i enlighet med HSL.⁶ Läkare intervjuade i undersökningen menar att problem med diskriminering inom sjukvården springer ur flera olika källor såsom sjukvårdens regelverk, strukturer och bristande ekonomi, medan DO menar på att förekomsten av diskriminering ofta inte en fråga om resurser och struktur utan snarare en fråga om makt, normer och invanda attityder.⁷

⁶ Lennartsson, Fredrik. Patienter måste få verkligt inflytande. *Svenska Dagbladet*. 2013-01-07 http://www.svd.se/opinion/brannpunkt/patienterna-maste-fa-verkligt-inflytande_7800772.svd Hämtad: 2013-01-07

⁷ DO 2012: R4. *Rätten till vård på lika villkor*. Ödesbro. Diskrimineringsombudsmannen, s. 15

1.2. Syfte och frågeställning

Denna studie ämnar undersöka de bakomliggande faktorerna till att diskriminering och ojämlik behandling existerar inom den svenska sjukvården, för att därefter analysera hur dessa interagerar med varandra. Litteraturundersökningens ändamål är att skapa en överblick av tidigare gjord forskning kring de bidragande faktorerna till att diskriminering och ojämlik behandling uppstår inom den svenska sjukvården. Därefter är undersökningens syfte att ta detta vidare för att besvara frågan kring hur dessa faktorer interagerar med varandra och huruvida det kan finnas en gemensam nämnare. Genom att se problemen i sin helhet kan det skapa nya möjligheter till förbättringar inom sektorn, och Hälso- och sjukvårdslagen kan uppfylla målet att kunna erbjuda alla i Sverige lika vård efter behov.

Frågeställning:

Hur interagerar de faktorer som bidrar till att diskriminering och ojämlik behandling uppstår inom svenska sjukvården med varandra och finns det en gemensam grund?

1.3. Avgränsningar

Denna uppsats är avgränsad till att enbart röra vårdinrättningar som behandlar människor med fysiska hälsoproblem. Vårdinrättningar för psykiska hälsoproblem är således inte inkluderat. Inte heller någon form av specialvård som exempelvis tandvård behandlas. Sveriges sjukvård är omfattande och det finns stora regionala skillnader på hur olika vårdinrättningar bedrivs. Litteraturstudien behandlar samlad kunskap kring situationen för hela landet, medan Undersökningen är begränsad till att enbart inkludera Stockholmsområdet. Resultaten måste således ses i sitt sammanhang och kan inte användas för att generalisera den absoluta situationen i landet. Både tidigare gjord forskning och intervjuundersökningen inkluderar enbart läkare och sjuksköterskor, och utelämnar således all övrig personal inom sjukvården.

1.4. Material

Primärmaterialet utgörs av kvalitativa intervjuer med svenska läkare på svenska sjukhus och vårdcentraler. Sammanlagt utgörs undersökningen av nio respondenter med blandande specialiseringar. Undersökningen beskrivs utförligt i kapitel 4. Undersökningen.

Sekundärt används främst Hälso- och Sjukvårdslagen, diskrimineringslagen och en rapport från Diskrimineringsnämnden, *Rätten till sjukvård på lika villkor* från 2012.⁸ DO:s rapport ger en bred inblick över hur den svenska sjukvården ser ut utifrån ett diskrimineringsperspektiv och belyser vilka problem som finns, samt ger förslag på hur dessa skulle kunna minskas. DO är ett statligt organ och materialet är således inte opartiskt, men kan likväl anses vara legitimt.

Vidare har jag använt mig av studier genomförda av Sveriges Radio, *vårdgaranti för vissa*,⁹ där svenska läkare talar om hur den nyligen införda vårdgarantin påverkar vårdköerna, samt studien *Notions of just health at three Swedish hospitals* från 2008 gjord av Carl-Åke Elmersjö och Gert Helgeson. Jag har även tagit del av efterforskningar utförda av Doktor Nina Cavalli-Björkman, *Factors Influencing Selection of Treatment for Colorectal Cancer Patients*, en avhandling gjord vid Uppsala Universitet samt två av hennes nyligen publicerade artiklar, *Equal cancer treatment regardless of education level and family support? A qualitative study of oncologists' decision-making* och *Differences according to educational level in the management and survival of colorectal cancer in Sweden*.¹⁰ Elmersjö och Helgesons undersökning omfattar 114 djupintervjuer med vårdhavare på tre svenska sjukhus som var antingen specialiserade inom kardiologi

⁸ DO 2012: R4. *Rätten till vård på lika villkor*. Ödesbro. Diskrimineringsombudsmannen

⁹ Vårdgaranti för vissa. *Sveriges Radio*. 2012-05-07.

<http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=1316&artikel=5123371>

¹⁰ Cavalli-Björkman, Nina. *Factors Influencing Selection of Treatment for Colorectal Cancer Patients*. Diss. Uppsala Universitet, Sverige 2012.

Cavalli-Björkman, Lotta, Glimelius, Bengt, Strang, Peter. Equal cancer treatment regardless of education level and family support? A qualitative study of oncologists' decision-making. *BMJ Open Journal*. Vol. 2, Nr. 2 (2012): 1-7. doi:10.1136/bmjopen-2012-001248

Cavalli-Björkman, Nina, Eaker, Sonja, Glimelius, Bengt, Lambe, Mats, Sandin, Fredrik. Differences according to educational level in the management and survival of colorectal cancer in Sweden.

eller infektionssjukdomar.¹¹ Studien består av vårdpersonalens tolkningar av begreppet rättvisa.¹² Cavalli-Björkmans studier behandlar hur patienters socioekonomiska status och sociala situation påverkar bemötande och behandling under vårdprocessen.¹³ Hennes studier är begränsade till patienter med tarmcancer på svenska sjukhus. Hon reflekterar över olika anledningar det kan finnas till att SES och sociala förhållanden kan resultera i olika hög vårdkvalité och lämnar bland annat öppet för att patienter med hög respektive låg SES bemöts olika av vårdpersonal.

¹¹ Elmersjö, Carl-Åke, Helgesson, Gert. Notions of just health at three Swedish hospitals. *Medicine, Health Care and Philosophy*, Vol. 11 (2008): 145-151. doi:10.1007/s11019-007-9084-0, s. 145

¹² Elmersjö, Carl-Åke, Helgesson, Gert. Notions of just health at three Swedish hospitals.

¹³ Cavalli-Björkman, Nina. Factors Influencing Selection of Treatment for Colorectal Cancer Patients. Diss. Uppsala Universitet, Sverige 2012, s. 14

2. Teori och Metod

2.1. Teori

2.1.1. Jämlikhet och Likabehandling

Inom rättvisedebatten återfinns ofta engelskans uttryck "equality", vars svenska direktöversättning är jämlikhet. För att ge ordet "equality" en korrekt innebörd bör dock även begreppet rättvisa innefattas då dessa två teorier är tätt sammankopplade. Larry S. Temkin behandlar ämnet i sin artikel *Equality, priority or what?* där han binder ihop de två begreppen och fastslår att jämlikhet kan uttryckas som jämförbar rättvisa, då människans teorier om jämlikhet inte skiljer sig långt ifrån teorierna om rättvisa.¹⁴ Han påvisar att "en viss situation omöjligt kan vara värre än en annan i någon aspekt, om det inte finns någon som har det värre i någon aspekt".¹⁵ I regel brukar människor känna att orättvisa uppstår då en person har det sämre än en annan person, trots att det inte är hans/hennes eget fel och att denne person inte har haft någon möjlighet att påverka situationen. Är de två situationerna jämförbara anses det vara orättvist. Oförtjänad ojämlikhet anses orättvist, medan förtjänad orättvisa i regel tenderar att inte göra det.¹⁶

Av denna teori kan vi således dra slutsatsen att personer som behandlas ojämlikt i en situation på grund av förutsättningar denne inte personligen kan hjälpa eller förändra, exempelvis hudfärg, religion eller kön, blir orättvist behandlad. Samtidigt kan vi dra slutsatsen att de personer som förtjänar att behandlas ojämlikt i vissa fall, exempelvis kriminella, inte blir orättvist behandlade då de straffas med fängelse.¹⁷ Det kan således existera ojämlika situationer som inte anses vara orättvisa.¹⁸

Ett icke-strikt likabehandlingspåbud lyder "lika skall behandlas lika" vilket följaktligen leder till den komplexa frågan om vem som är den andres like. I dagens samhälle finns en mängd olika system och metoder för att på ett moraliskt sätt se till att de urval som görs sker på vad som kan anses vara legitima grunder mellan de som, i det specifika

¹⁴ Temkin, S. Larry. *Equality, priority or what?*. *Economics and Philosophy*. Vol 19. Nr. 1, (2003): 61-87. doi: 10.1017/S0266267103001020 s. 62

¹⁵ Ibid, s. 71

¹⁶ Ibid s. 62

¹⁷ Ibid s. 62

¹⁸ Ibid, s. 63

fallet, kan anses vara den andres like. Exempelvis studenter som söker till högskolan med lika höga betyg kan i den situationen anses vara varandras likar.¹⁹ Larry S. Temkin menar att teorin om rättvisa bör ses med pluralistisk inställning då den annars blir för extrem, oavsett vilket inriktning man väljer.²⁰

2.1.2. Rättigheter

Att alla människor är lika värda, jämlika och bör behandlas därefter har sin grund i artikel 1 i UDHR.

*All human beings are born free and equal in dignity and rights. They are endowed with reason and conscience and should act towards one another in a spirit of brotherhood.*²¹

För att vara en jämlik rättighetsbärare enligt UDHR krävs enbart att du är biologisk människa. Brian Orend, filosofiprofessor vid Waterloo Universitet, väljer att definiera begreppet rättighet enligt utdraget nedan.

*A human right is a high-priority claim, justified by sufficient reasons, to a set of objects that are owed to each human person as a matter of minimally decent treatment.*²²

Orend menar dock att det krävs ytterligare en aspekt för att vara rättighetsbärare då exempelvis företeelsen fängelsestraff annars skulle kollidera med alla människors lika rätt till frihet. Varje människa måste respektera och avhålla sig från att inkräkta på andra människors rättigheter för att själva kunna kräva att deras rättigheter respekteras. Frihet och jämlikhet är således centralt för de mänskliga rättigheterna, men inte utan förbehåll då det även krävs att man respekterar andra rättigheter för att kunna åtnjuta sina egna.²³ Från denna definition kan en rättighet i studiens kontext tolkas som att vara gällande för hela Sveriges befolkning, utan större påverkan från möjliga undantagssituationer.

¹⁹ Ibid, s. 180-181

²⁰ Ibid, s. 63

²¹ Universal Declaration of Human Rights, Artikel 1

²² Orend, Brian, *Human Rights: Concept and Context*, Ontario: Broadview Press, 2002, s. 34

²³ Orend, Brian, *Human Rights Concept and Context*, s. 62-64

2.1.3. Diskriminering och Intersektionalitet

Ordet diskriminering kommer ur det latinska ordet "discrimi" vilket betyder jag avskiljer²⁴ och kommer ur människans förmåga att kategorisera andra människor. Diskriminering kan även springa ur ett maktperspektiv. Dagens sociala normer och grundläggande föreställningar kommer ur tidigare historia, men får mening först när de tolkas i det nutida samhället. Ojämligheter beror i grunden på att det har gjorts en värdering av människors olikheter. Dessa olikheter används sedan som stöd för att människorna har olika egenskaper. Dessa egenskaper kopplas sedan ihop med ordet vilket skapar stereotyper och normer. Exempelvis ordet man, eller manlig, förknippas vanligtvis med egenskaper som styrka, duglighet och oberoende. Egenskaper som anses vara positiva hjälper därför till att hålla kvar tanken om att mannen är normen och att kvinnan är den negativa motsatsen.²⁵ Individer i ett samhälle kan använda diskriminering som verktyg för att skapa en underordnad position för människor som skiljer sig från dem. Denna process skapar tankar och värderingar som präglar hela samhället och således skapar en ihållande norm. Människor som faller utanför normer uppfattas som annorlunda och avvikande.²⁶ Enligt Barbro Wijma, professor vid Linköpings Universitet, gör människor ständigt undermedvetna kategoriseringar vilket kan leda till att diskriminering och ojämlig behandling uppstår.²⁷ För att kunna omtolka och förändra vårt nuvarande kunskapsparadigm måste vi se de underliggande orsakerna till de rådande normerna.²⁸ Diskriminering i denna studie inkluderar alla situationer en person blir/upplever sig bli orättvist behandlad på grund på egenskap som skyddas av diskrimineringslagen (se avsnitt 3.4.).

Intersektionalitet är ett teoretiskt redskap som används för att se samband mellan all form av förtryck och diskriminering.²⁹ En människa tillhör alltid mer än en

²⁴ Roth, Ann-Katrine. *Mångfaldsboken, från teori till praktik*, s. 12

²⁵ Intersektionalitet. Flerdimensionellt perspektiv på makt. *Föreningen Civis*.

<http://www.intersektionalitet.org/vad-ar-intersektionalitet/flerdimensionellt-perspektiv-pa-makt/> Hämtad: 2013-01-04

²⁶ Roth, Ann-Katrine. *Mångfaldsboken, från teori till praktik*, s. 13

²⁷ Smirthwaite, Goldina, Swahnberg, Katarina, Wijma, Barbro. *Genus och Kön inom medicin- och vårdutbildningar*. Lund: Studentlitteratur AB, 2010, s. 125

²⁸ De los Reyes, Paulina, Mulinari, Diana. *Intersektionalitet: kritiska reflektioner över (o)jämlighetens landskap*, s. 128

²⁹ Roth, Ann-Katrine. *Mångfaldsboken, från teori till praktik*. Stockholm: Norstedts Juridik AB, 2008, s. 13

samhällsgrupp. En man kan exempelvis aldrig vara enbart en man då denne är bunden att också ha en ålder, nationalitet och sexuell läggning o.s.v. Den punkt där dessa egenskaper korsar varandra kallas intersektion.³⁰ Genom att kartlägga sambandet på ett mångdimensionellt plan kan vi lättare se och försöka omdistribuera rådande maktsystem för att motverka diskriminering och ojämlik behandling.³¹

³⁰ De los Reyes, Paulina, Mulinari, Diana. *Intersektionalitet: kritiska reflektioner över (o)jämlikhetens landskap*. Malmö: Liber, 2005, s. 23

³¹ Roth, Ann-Katrine. *Mångfaldsboken, från teori till praktik*, s. 13

2.2. Metod

Naturligt för denna studie är att ha ett tolkande perspektiv då frågor som berör diskriminering sällan eller aldrig kan anses vara svart eller vitt. Enligt Orlikowski och Baroudi utgår ett tolkande perspektiv utifrån att människan skapar sin egen verklighet utifrån de intryck som hon tolkar utifrån sina personliga förutsättningar.³² Vad som är diskriminering eller inte bestäms således av personers individuella tolkningar av en situation eller en händelse. Det finns följaktligen ingen verklighet som ter sig likadant för alla. Ett perspektiv som utgår ifrån individuella tolkningar av studiens resultat och innehåll är nödvändig för mig att använda i denna studie då min personliga utgångspunkt är blivande människorättsvetare som saknar personliga upplevelser av diskriminering inom vården.

Arbetat påbörjades med en kartläggning av hälso- och sjukvårdslagen, diskrimineringslagen samt de mänskliga rättigheterna som är aktuella för syftet. Detta genom att först söka upp de båda lagarna samt konventionerna och därefter sammanfatta det väsentliga. Därefter gjordes en undersökning av vilka problem som finns inom den svenska sjukvården rörande diskriminering och ojämlik behandling av patienter. All information samlades in i ett tidigt skede som sedan kategoriserades med underrubriker för att underlätta studiens överskådlighet.³³

För att svara på forskningsfrågan valde jag därefter att göra en analytisk utredning. Med en kvalitativ innehållsanalys kategoriserades sekundärmaterialet efter vilka centrala teman som fanns att hitta i tidigare gjord forskning.³⁴ Grundläggande utifrån ett tolkande perspektiv är att undersöka svensk vårdpersonals attityder i förhållande till diskriminering och ojämlik behandling, då det till stor del är deras upplevelser och föreställningar som skapar/minskar diskriminering och ojämlik behandling. Min metod för intervjuerna beskrivs utförligt under kapitel 4. Undersökningen.

³² Orlikowski, W.J. & Baroudi, J.J. "Studying Information Technology in Organizations: Research Approaches and Assumptions", *Information Systems Research* (2) 1991, pp. 1-28, s. 5

³³ Ibid, s. 127

³⁴ Patton, Mark. *Qualitative evaluation and research methods*. Beverly Hills: Sage, 1990, p. 172

3. Litteraturstudie

Litteraturstudien är baserad på ett urval av tidigare forskning som är relevant för att besvara frågeställningen, som knyts ihop kring de centrala begreppen diskriminering, likabehandling, jämlikhet och hälsa. Begreppen hälsa och likabehandling bygger tillsammans målet för hälso- och sjukvårdslagen.³⁵

3.1. Hälsa

Ett centralt begrepp inom vården är hälsa. God hälsa för hela befolkningen anges som ett av målen för svensk hälso- och sjukvårdslag.³⁶ Det existerar inte en universellt vedertagen definition. Världshälsoorganisationen (WHO) har valt att definiera begreppet hälsa som "a state of complete physical and social well-being and not merely lack of illness or weakness." Hälsa kan också användas för att beskriva en befolknings välmående överlag, och inte enbart för att beskriva en enskild persons tillstånd.³⁷ Nationalencyklopedin beskriver begreppet som svårdefinierat och även de menar att begreppet är bredare än enbart frihet från sjukdom.³⁸ Då vetenskapen om friskt och sjukt ständigt förändras är det svårt att få en universell medicinsk definition.³⁹ Denna uppsats är avgränsad till en studie av fysisk hälsovård och begreppet hälsa kommer därför att användas för att beskriva fysiskt välmående och avsaknad av sjukdom.

³⁵ Steen Carlsson, Katarina. Equality of Access of Health Care. *Lund Economic Studies*, Vol. 86, (1999): Sammanfattning

³⁶ SFS 1982:763, Hälso- och Sjukvårdslagen

³⁷ Westerhäll, Lotta. The Right to Health Care in Sweden. *European Journal of Health Law*, Vol. 3, (1996): 163-171, s. 164

³⁸ Hälsa. <http://www.ne.se/lang/halsa>, Nationalencyklopedin, hämtad 2013-01-03.

³⁹ DO 2012: R4. *Rätten till vård på lika villkor*, s. 16

3.2. Mänskliga Rättigheter och internationella åtaganden

Diskrimineringsförbudet återfinns som en röd tråd genom alla internationella rättighetskonventioner Sverige har undertecknat.⁴⁰ I FN:s allmänna förklaring av de mänskliga rättigheterna stadgas det redan i första artikeln.⁴¹ Artikel 2 klargör att rättigheterna konventionen innefattar skall gälla alla människor utan undantag med grund i etnicitet, kön, språk, religion, politisk eller annan uppfattning, nationellt eller socialt ursprung, ägandeskap, födsel eller annan status.⁴² Artikel 3 fastslår att varje människa har en inneboende rätt till liv, frihet och säkerhet.⁴³ Dessa punkter finns även att finna i konventionen om de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna från 1966 (ICESCR).⁴⁴ I artikel 12 stadgas att alla människor utan undantag har rätt att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa.

*1. The States Parties to the present Covenant recognize the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health.*⁴⁵

Sverige har ratificerat både UDHR och ICESCR och är därmed förpliktigade att uppfylla det svenska folkets rättigheter i enlighet med dessa konventioner.⁴⁶ Hälso- och sjukvårdslagen möter artikel 12 i ICESCR, då lagen fastslår att alla människor skall ha rätt till lika sjukvård efter behov. Diskrimineringslagen ger kraft åt artikel 2 i UDHR samt artikel 2 i ICESCR angående diskrimineringsförbud. Dessa två lagar i kombination skall resultera i en jämlik sjukvård, där alla människor har rätt till lika behandling efter behov utan diskriminering eller annan ojämlik behandling.

⁴⁰ DO 2012: R4. *Rätten till vård på lika villkor*, s. 14

⁴¹ Universal Declaration of Human Rights, Artikel 1

⁴² Ibid, Artikel 2

⁴³ Ibid, Artikel 3

⁴⁴ International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, Artikel 2

⁴⁵ Ibid, Artikel 12

⁴⁶ Regeringens webbplats om mänskliga rättigheter. Konventioner om mänskliga rättigheter som Sverige har undertecknat. *Mänskliga rättigheter*.

<http://www.manskligarattigheter.se/Media/Get/295/Konventioner%20om%20mänskliga%20rattigheter%20som%20Sverige%20har%20undertecknat.pdf> Hämtad: 2012-12-10

3.3. Svensk hälso- och sjukvård

3.3.1. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

Sveriges vårdssystem finansieras statligt och därmed skall alla i befolkningen kunna nyttja det likvärdigt oavsett personliga finansiella tillgångar.⁴⁷ Patienternas juridiska rättigheter regleras inte av lagen, utan betraktas som patienternas individuella rättigheter, där strävandet ligger i att skydda varje persons integritet, säkerhet och personliga frihet.⁴⁸ Den svenska vårdens mål och den svenska vårdens krav är åtskilda av lagen. Det finns inga lagbundna regleringar för hur Sveriges hälso- och sjukvårdsmål ska uppnås. De kriterier hälso- och sjukvården är lagbundna att följa stadgas i 2 a §, samt 2 b §⁴⁹ men är inte vidare intressant för denna studie. Målen för hälso- och sjukvården är följande;

"2 § Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården."⁵⁰

Den precisa innebörden av HSL:s mål "vård för hela befolkningen på lika villkor efter behov" finns inte definierad någonstans i samband med lagstiftningen. Vård på lika villkor tolkas vanligtvis som möjligheten för alla i befolkningen att få likvärdig vård vid behov, oavsett var i landet denne person bor eller vilka finansiella tillgångar han/hon har.⁵¹ Med att den som har det största behovet till hälsa- och sjukvård skall ges företräde följer att de som arbetar inom svenska vården måste sträva efter att distribuera vårdtillfällena rättvist och utforma strategier för att minimera risken för diskriminering eller ojämlig behandling på grund av geografiska, språkliga och kulturella skillnader.⁵²

⁴⁷ Cavalli-Björkman, Nina. Factors Influencing Selection of Treatment for Colorectal Cancer Patients, s. 14

⁴⁸ Westerhäll, Lotta. The Right to Health Care in Sweden, s. 163

⁴⁹ SFS 1982:763, Hälso- och Sjukvårdslagen, 2 a §, 2 b §

⁵⁰ Ibid, 2 §

⁵¹ Westerhäll, Lotta. The Right to Health Care in Sweden, s. 164

⁵² Ibid, s. 165

Vården skall inte påverkas av omständigheter såsom kön, könsidentitet eller könsuttryck, utbildning, SES, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, ålder, sexuell läggning etc.⁵³ Lika villkor definieras i boken "Genus och kön inom medicin- och vårdutbildningar" som olika gruppers rätt att få villkor som motsvarar gruppens behov lika bra som en annan grupp får villkor som motsvarar deras behov. Andra stycket av målet kan ses som ett uttryck för principen om ickediskriminering som återfinns i de internationella konventionerna UDHR och ICESCR, samt svensk lagstiftning om förbud mot diskriminering (se kapitel 3.4).⁵⁴

HSL reglerar även vilka områden som är kommunens respektive landstingens ansvar. Både kommun och landsting får stor frihet över hur de vill organisera hälso- och sjukvården i sin region.⁵⁵ Varje landsting är skyldiga att ge både institutionell och icke-institutionell vård. Patienten skall vara fri att själv välja vilken vårdcentral han/hon vill gå till, det skall gå snabbt och vården skall vara av bra kvalitet.⁵⁶ Den som känner sig dåligt eller orättvist behandlad skall vända sig till Riksdagens justitieombudsman.⁵⁷ Socialstyrelsen ansvarar för att övervaka vården och de personer som arbetar inom sektorn. Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSAN) är ansvariga att se över vårdgivares legitimation och kan även dra in denna vid om de anser att det vara nödvändigt.⁵⁸

3.3.2 Vårdgaranti

Lagen om vårdgaranti som reglerar hur lång tid det får ta innan en vårdsökande kommer i kontakt med vården samt hur lång tid efter det att remiss utfärdats som behandlingen skall påbörjas. Om sjukvården misslyckas med att uppfylla vårdgarantin bötas ansvarig vårdinrättningen. Lagen gäller följande;

3 g § Landstinget ska erbjuda dem som är bosatta inom landstinget vårdgaranti. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

⁵³ SFS 2008:567, Diskrimineringslagen

⁵⁴ Smirthwaite, Goldina, Swahnberg, Katarina, Wijma, Barbro. *Genus och Kön inom medicin- och vårdutbildningar*, s. 47

⁵⁵ Regeringen. Hälso- och sjukvård i Sverige. *Regeringen*. 2012-02-14. <http://www.regeringen.se/sb/d/14832> Hämtad: 2012-11-26, s. 1

⁵⁶ Ibid s. 1

⁵⁷ Ibid, s. 3

⁵⁸ Ibid, s. 2

1. kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti),
2. besöka läkare inom primärvården (besöksgaranti),
3. besöka den specialiserade vården (besöksgaranti), och
4. planerad vård (behandlingsgaranti).

Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om de tidsperioder inom vilka vårdgarantin ska vara uppfylld samt föreskrifter i övrigt om vårdgarantins innehåll. Lag (2010:243).⁵⁹

Landsting bestämmer själva inom vilken tidsram patienten skall få hjälp men maximalt gäller 5 dagar för besök hos husläkare, 30 dagar för specialbesök från det att remissen är skriven och behandlingen skall påbörjas senast 90 dagar efter att behandlingsbeslut tagits.⁶⁰ Detta gäller enbart nybesök, återbesök bokas in av patienterna själva.⁶¹ År 2009 beslutade regeringen att en miljard kronor skulle avsättas som stimulansbidrag på en treårsperiod, även kallat kömiljarden, till de vårdinrättningar som uppfyllde kraven på vårdgarantin. År 2012 uppfyllde 9 av 10 landsting kraven för vårdgarantin och kunde ta del av kömiljarden.⁶²

3.3.3. Patientcentrering

Patientcentrering syftar till att patienten skall stå i fokus och att de själva har rätt att vara med och utforma sin behandling. Det saknas dock en officiell förklaring för vad patientcentrerad vård innebär och det finns inte heller en officiell modell för hur personalen ska gå till väga för att nå detta syfte.⁶³ Myndigheten för vårdanalys har nyligen kommit ut med en rapport med den första externa granskningen av patientens rätt inom vården. Slutresultatet visar att vården i Sverige som den ser ut idag inte är

⁵⁹ SFS 1982:763, Hälso- och Sjukvårdslagen, 3 g §

⁶⁰ Hammarström, Anna, Vårdgaranti, *Vårdguiden*. 2012-12-04 <http://www.vardguiden.se/Sa-funkar-det/Lagar--rattigheter/Vardgaranti/> Hämtad: 2013-07-31

⁶¹ Vårdgaranti för vissa. *Sveriges Radio*. 2012-05-07.

<http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=1316&artikel=5123371>

⁶² Socialstyrelsen Artikelnummer 2012-5-16. *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009-2011*. Socialstyrelsen.

⁶³ Lennartsson, Fredrik. Patienter måste få verkligt inflytande. *Svenska Dagbladet*. 2013-01-07

http://www.svd.se/opinion/brannpunkt/patienterna-maste-fa-verkligt-inflytande_7800772.svd Hämtad: 2013-01-07

patientinriktad i enlighet med vad patienterna kan förvänta sig av HSL, och patienterna har mycket liten möjlighet att själva välja eller påverka sin behandling. Fredrik Lennartsson, myndighetschef på myndigheten för vårdanalys, menar att en mer patientinriktad vård är grundläggande för att kunna förbättra vårdresultaten. Han vill även mena att en mer individanpassad vård skulle kunna förbättra återhämtningstider och stoppa vad som idag är onödiga utgifter. Vårdanalys menar att staten ska investera i att skapa nödvändiga mätbara kriterier för vad patientcentrering innebär. Detta för att alla i personalen skall använda gemensamma metoder för att nå målet. Vårdanalys rapport visar att vården oftare är anpassad efter organisationen än efter patientens behov.⁶⁴

3.3.4. Olika förståelser av rättvisa bland vårdpersonal

Carl-Åke Elmersjö och Gert Helgeson påträffar i sin studie *The right to health care* fem olika förståelser av vad begreppet rättvisa innebär hos de läkare och sjuksköterskor som de intervjuat på tre svenska sjukhus. Den första förståelsen definierar rättvisa som *då hänsyn alltid tas till patienternas intressen*. Rättvisa uppstår då alla patienter blir sedda i relation till sina behov. Alla patienter ska bli uppmärksammade och ingen ska känna sig bortglömd. Den andra förståelsen av rättvisa kommer ur att *varje patient bör få jämlik behandling utifrån sina behov*.⁶⁵ Vid undersökningsstadiet skall alla patienter få lika bemötande och därefter skall resurserna tilldelas efter behov. Den tredje förståelsen innefattar rättvisa som *nödvändig hänsyn till relevanta skillnader* och innebär att personer kan ha olika behov trots lika hälsoproblem, vilket måste tas hänsyn till. Alla kan inte erhålla exakt samma behandling, utan behandlingen måste vara anpassad till personen. Icke patientanpassad behandling kan leda till att vissa patienter får för mycket behandling och andra för lite. En fjärde definition av rättvisa är då *ingen blir diskriminerad*. Den femte och sista förståelsen innebär att rättvisa uppstår då *den person som bäst förtjänar vården får den*. De menar att patienter kan göra sig oförtjänta av lika behandling trots att de har lika stora behov, exempelvis en person med lungcancer som inte slutar röka trots att denne är medveten om vilka konsekvenser rökningen har för

⁶⁴ Lennartsson, Fredrik. Patienter måste få verkligt inflytande. *Svenska Dagbladet*. 2013-01-07 http://www.svd.se/opinion/brannpunkt/patienterna-maste-fa-verkligt-inflytande_7800772.svd Hämtad: 2013-01-07

⁶⁵ Elmersjö, Carl-Åke, Helgeson, Gert. Notions of just health at three Swedish hospitals, s. 146

hälsan. Orättvisor som uttrycks är då personalen upplever att vissa personer får bättre vård på grund av att de är aktiva i processen, eftersom alla patienter inte har samma möjlighet att vara det. Att människor med högre inkomst och bättre ekonomiska förutsättningar har möjlighet att betala för att få bättre vård är också svårförenligt med rättviseteorin.⁶⁶ Att privat sjukvård skulle förbjudas ligger i sin tur i konflikt med rätten till frihet i enlighet med UDHR, då alla människor har rätt att agera fritt och göra fria val.⁶⁷

Elmersjös och Helgesons undersökningar har även visat att patientprioriteringar påverkas av en rad faktorer utöver vårdpersonalens personliga val och prioriteringar. Kvalitén på sjukvården påverkas av regionala skillnader då människors bosättning påverkar hur mycket sjukvård som finns tillgänglig. Således påverkar även antalet existerande institutioner mängden tillgänglig vård. Dessa två förutsättningar i kombination påverkar patientflödet. Två personer med lika behov behandlas enbart lika om det finns tillgång till lika mycket vård vid den tiden och den platsen. Även privat sjukvård påverkar patientprioriteringen då detta innebär att finansiella medel bestämmer vem som prioriteras, och inte vårdbehovet i sig.⁶⁸

3.3.5. Prioriteringsprinciper

Prioriteringar inom vården är en svår och komplex uppgift då medicinska, sociala och finansiella omständigheter måste vägas in i processen innan behandling kan rekommenderas och inledas. Behandling måst grunda sig på fler faktorer än enbart de medicinska då patientens personliga behov kan göra att annan behandling är effektivare.⁶⁹ Patienten ska bli sedd som en individ och skall bemötas med respekt för sin person.⁷⁰ Därefter måste läkare agera efter statens riktlinjer.⁷¹ I rapporten *No easy choice – the difficult priority in health care* från SOU fastslås att läkare skall agera efter tre grundläggande etiska principer när de prioriteringar inom vården. Principen om

⁶⁶ Elmersjö, Carl-Åke, Helgesson, Gert. Notions of just health at three Swedish hospitals, s. 147

⁶⁷ Universal Declaration of Human Rights, Artikel 1

⁶⁸ Elmersjö, Carl-Åke, Helgesson, Gert. Notions of just health at three Swedish hospitals. S. 149

⁶⁹ Cavalli-Björkman, Nina. Factors Influencing Selection of Treatment for Colorectal Cancer Patients, s. 7

⁷⁰ DO 2012: R4. *Rätten till vård på lika villkor.*, 20

⁷¹ Cavalli-Björkman, Nina. Factors Influencing Selection of Treatment for Colorectal Cancer Patients, s. 7

mänskligt värde, behovsprincipen och effektivitetsprincipen. Principen om mänskligt värde utgår från alla människors lika värde medan behovsprincipen innebär att patienter ska prioriteras utifrån vilka medel som finns och vem som är i störst behov av vården. Effektivitetsprincipen innebär att man bör investera där medlen blir mest kostnadseffektiva, där val finns om vilken prioritering som bör göras utifrån lika behov. Sveriges Riksdags Prioriterings-kommission har vid en granskning funnit att svenska läkare i första hand gör följande prioriteringar;

- 1. Vård till akuta livshotande sjukdomar eller sjukdomar som leder till invaliditet. Svåra kroniska sjukdomar, sjukdomar som drar ner möjligheten att leva ett självständigt liv, och palliativ terminal behandling.*
- 2. Förebyggande vård, återhämtning, rehabilitation och hjälp för handikappade människor.*
- 3. Mindre allvarliga akuta kroniska sjukdomar.*
- 4. Vård på grund av andra omständigheter än sjukdom.*
- 5. Mildare besvär där självbehandling är effektivast.⁷²*

⁷² Westerhäll, Lotta. The Right to Health Care in Sweden, s. 167

3.4. Diskriminering

3.4.1. Diskrimineringslagen

Enligt 2 kap. 13 § i diskrimineringslagen är det förbjudet att diskriminera inom hälso- och sjukvård eller annan medicinsk behandling. Diskrimineringsgrunderna kön, könsidentitet eller könsuttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, ålder och sexuell läggning skyddas av lagen om diskrimineringsförbud.⁷³

Diskrimineringslagen skyddar från både direkt och indirekt diskriminering på grund av någon av dessa egenskaper. Med direkt diskriminering avses situationer där en person missgynnas eller behandlas sämre än någon annan i en jämförbar situation på grund av någon av ovannämnda diskrimineringsgrunder.⁷⁴ Indirekt diskriminering avser situationer då någon genom bestämmelser, kriterium eller förfaringsätt missgynnas eller behandlas sämre än någon annan i jämförbar situation på grund av någon av ovannämnda egenskaper. Detta enbart om bestämmelsen, kriteriet eller förfaringsättet och dess medel inte har ett legitimt syfte eller är relevanta för situationen.⁷⁵

3.4.2. Diskrimineringsgrunder

Sverige har under de senaste 20 åren utvecklats till ett mångfaldssamhälle där vissa grupper i samhället får bättre bemötande och behandling än andra inom vården. DO rapporterar att vissa samhällsgrupper upplever att de tidigare har blivit så dåligt bemötta i möten med samhället att de väljer att helt avstå från att söka vård vid behov. Undersökningar från Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting (SKL) visar exempelvis att personer med annat modersmål än svenska och transsexuella ofta får sämre bemötande inom vården än andra människor runt om i landet. DO rapporterar även att dödstalen i behandlingsbara sjukdomar är högre bland utlandsfödda och lågutbildade män jämfört med svenskfödda och högutbildade män. Också patientens kön har visat sig påverka väntetider, behandling och medicinering där kvinnor oftast är de

⁷³ SFS 2008:567, Diskrimineringslagen.

⁷⁴ Ibid, 4 §. 1

⁷⁵ Ibid, 4 §. 2

som missgynnas.⁷⁶ Orsakerna till olikbehandling är svåra att känna igen och kan enligt DO ha sin grund i omedvetna prioriteringar, okunskap och gamla rutiner.⁷⁷

I en undersökning gjord 2007 framgick att 15 % av kvinnorna och 13 % av männen i undersökningsgruppen undvikt att söka vård vid behov på grund av tidigare upplevd diskriminering. Hela 30 % av kvinnorna hade upplevt sig bli diskriminerade mot 22 % av männen. Kvinnorna uppgav vanligtvis sitt kön som upplevd diskrimineringsgrund, medan männen uppgav andra anledningar som exempelvis etnicitet.⁷⁸ Utlandsfödda kvinnor har rapporterat till DO att de känner att de inte blir tagna på allvar och att deras problem "viftas bort" av vårdpersonalen.⁷⁹ Barbro Wijma menar att mannen och den manliga biologin historiskt sett har varit normen, och kvinnan och kvinnokroppen avvikelser.⁸⁰ Kvinnor kan därför lida större risk att få sämre individanpassad medicinsk behandling än män då mycket av den tidigare forskningen och kunskapen har utgått ifrån den manliga biologin.⁸¹ Trots att detta resonemang till stor del anses förlegat i dagens samhälle lever föreställningarna kvar och mönstren speglas även inom hälso- och sjukvården. Stereotypiska föreställningar om manligt och kvinnligt är exempelvis att män anses vara driftiga och ta för sig, medan kvinnor är mer passiva och försiktiga.⁸²

Med sexuell läggning avses heterosexuell, homosexuell och bisexuell. Könsidentitet eller könsuttryck avser transsexualitet och queer. Homosexualitet var fram till 1944 kriminaliserat med fängelse som möjlig straffpåföljd och var officiellt ett sjukdomsbegrepp fram till 1979.⁸³ Dessa händelser ligger nära i historien och resulterar i att många homosexuella fortfarande kämpar mot gamla föreställningar och tidigare

⁷⁶ DO 2012: R4. *Rätten till vård på lika villkor*, s. 8

⁷⁷ Ibid, s. 9

⁷⁸ Boström, Gunnel, Hogstedt, Christer, Merlo, Juan, Wamala, Sarah. Perceived discrimination, socioeconomic disadvantage and refraining from seeking medical treatment in Sweden. *Journal of Epidemiol & Community Health*. Vol. 61. (2007): 409-415. doi: 10.1136/jech.2006.049999, s. 411

⁷⁹ DO 2012: R4. *Rätten till vård på lika villkor*, s. 49

⁸⁰ Smirthwaite, Goldina, Swahnberg, Katarina, Wijma, Barbro. *Genus och Kön inom medicin- och vårdutbildningar*, s. 79-80

⁸¹ Wallberg-Henriksson, Harriet. Gender Equality at the Karolinska sjukhuset. *Gender Medicine*, Vol. 2, No. 2. (2005): 62-64, s. 63

⁸² Intersektionalitet. Flerdimensionellt perspektiv på makt.

<http://www.intersektionalitet.org/vad-ar-intersektionalitet/flerdimensionellt-perspektiv-pa-makt/>

⁸³ Roth, Ann-Katrine. *Mångfaldsboken, från teori till praktik*, s. 25

diskriminerande system. Exempelvis rapporterar vårdförbundet om en kvinna som hänvisats till en särskild mottagning för lesbiska kvinnor, då hon besökt en barnmorska på en allmänmottagning för att göra en gynekologundersökning. Ett annat exempel är en homosexuell man som sökt hjälp för nackspärr och då blev erbjuden att göra ett HIV-test.⁸⁴

Funktionshinder definieras som "varaktiga fysiska, psykiska eller begåvningsmässiga begränsningar av en persons funktionsförmåga som till följd av skada eller sjukdom fanns vid födseln, har uppstått därefter eller kan förväntas uppstå."⁸⁵ Personer med vissa fysiska och psykiska funktionshinder kan ha nedsatt förmåga att tala för sig själva och vara aktiva under vårdprocessen, och lider således risk att inte få lika tillgång till vård som andra patienter. Personer med kroniska sjukdomar lider även större risk att drabbas negativt av vårdgarantin då de med mer behov av återbesök trängs undan till förmån för nybesöken.⁸⁶

En vanlig orsak till indirekt diskriminering är språkbarriärer. Personer med annat modersmål än svenska löper större risk att få sämre bemötande och mindre tillgång till vård än svensktalande personer.⁸⁷ Diskriminering på grund av etnicitet, hudfärg, språk eller kultur i samhället får större effekter på dessa människors tillgång till vård än enbart vilket bemötande de får på plats. Tidigare diskriminering inom exempelvis arbetslivet kan resultera i att dessa personer har lägre socioekonomisk status (SES). Hur personer med lägre SES bemöts i jämförelse med personer med högre SES behandlas vidare senare i avsnitt 3.4.3. DO varnar även för att det finns risk för personer med utländsk bakgrund att ses som en företrädare för en kulturell status istället för att behandlas utifrån sin person.⁸⁸ Detta kan resultera i sämre vård på grund av förutfattade meningar och okunskap kring andra kulturer.

⁸⁴Mirsch, Helena. DO: hbt-personer diskrimineras inom vården. *Vårdfokus*. 2010-07-26 <https://www.vardforbundet.se/Vardfokus/Webbnyheter/2010/7/DO-hbt-personer-diskrimineras-inom-varden/> hämtad: 2013-01-04

⁸⁵ Roth, Ann-Katrine. *Mångfaldsboken, från teori till praktik*, s. 26

⁸⁶ Vårdgaranti för vissa. *Sveriges Radio*. 2012-05-07.

<http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=1316&artikel=5123371>

⁸⁷ DO 2012: R4. *Rätten till vård på lika villkor*, s. 8

⁸⁸ Ibid, s. 24

3.4.3. Socioekonomisk Status (SES)

Socioekonomisk status mäts genom faktorer som utbildning, inkomst, hushållets inkomst, medelinkomst i bostadsområdet, hus- och bilägande etc.⁸⁹ Nyligen gjorda studier av Nina Cavalli-Björkman har visat att personer med låg SES har lägre sannolikhet att överleva särskilda typer av tarmcancer än patienter med hög SES.⁹⁰ Detta kan ha sin grund i levnadsstandard och hälsovanor, men också att patienter med låg SES får ett annat bemötande och en annan behandling jämfört med personer med hög SES.⁹¹ Bland annat har undersökningen visat att patienter med låg SES behandlas med äldre och mindre sofistikerade metoder än personer med hög SES.⁹²

I Cavalli-Björkmans studier framgår att intervjuade onkologer upplever att patienter med hög SES respektive låg SES har olika personliga egenskaper. Patienter med hög SES uppfattas vara pålästa om ämnet och sjukdomen innan deras första besök. De beskrivs även som aktiva, frågvisa och initiativtagande. Onkologer beskriver patienter med låg SES som diskreta och kompatibla, och att de sällan ställer många frågor. Personer med låg SES beskrivs också som misstroagna och icke samarbetsvilliga, men också som uppskattande och intresserade.⁹³ Dock uttrycker de intervjuade onkologerna också en oro över den orättvisa som uppstår i och med att personer som är aktiva och syns mer ofta får mer, vilket enligt denna studie är personer med högre SES.⁹⁴

Onkologer som fick frågan om varför de trodde att patienter med lägre SES hade sämre överlevnadschanser än patienter med hög SES svarade de att de trodde att det berodde på sämre efterlevnad av rekommenderade åtgärder, tidigare sämre levnadsvanor, invandrarstatus och sämre socialt nätverk. Andra förklaringar som ges är att personer med hög SES bosätter sig i mer urbana områden och har således större tillgång till

⁸⁹ Cavalli-Björkman, Nina, Eaker, Sonja, Glimelius, Bengt, Lambe, Mats, Sandin, Fredrik. Differences according to educational level in the management and survival of colorectal cancer in Sweden, s. 1401

⁹⁰ Cavalli-Björkman, Lotta, Glimelius, Bengt, Strang, Peter. Equal cancer treatment regardless of education level and family support? A qualitative study of oncologists' decision-making, s. 2

⁹¹ Ibid, s. 2

⁹² Cavalli-Björkman, Nina. Factors Influencing Selection of Treatment for Colorectal Cancer Patients, s. 33

⁹³ Bernheim, Susannah, Bradley, Elizabeth, Krumholz, Harlan, Ross, Joseph. Influence of Patients' Socioeconomic status on Clinical Management Decisions: A Qualitative Study. *Annals of Family Medicine*, Vol. 6, Nr. 1 (2008) :53-59. doi: 10.1370/afm.749, s. 55

⁹⁴ Elmersjö, Carl-Åke, Helgesson, Gert. Notions of just health at three Swedish hospitals, s. 150

sjukvård än personer som väljer att bosätta sig längre ifrån hälso- och sjukvårdsanläggningar.⁹⁵ Onkologer har även uttryckt att de känner sig tryggare att beskriva alla bieffekter och inverkningar en behandling kan ha för en person som är mer påläst och redo att bemöta dem, än en person som inte har några tidigare kunskaper kring ämnet.

It makes ME feel a little bit safer... a highly educated patient is more often well-read, has been online, is motivated and understands... can ask questions and has less anxiety... I tend to treat patients who are motivated- Onkolog

Studien visar att patienter med högre utbildning hade 69,1% överlevnadschans vid en viss typ av tarmcancer, medan personer med lägre utbildning enbart hade 58,7% överlevnadschans.⁹⁶ Patienter med hög SES har även visat sig återhämta sig bättre efter behandlingar, få mindre komplikationer och få bättre resultat efter en operation.⁹⁷

3.4.4. Familj och nätverkssupport

Personer som lever ensamma har visat sig ha lägre chans att överleva vissa typer av cancer. Vissa läkare har även sagt sig ta med detta faktum i beräkningen innan behandling inleds.⁹⁸ Ensamstående patienter är i regel mindre kommunikativa, mindre angelägna om att få behandling och tenderar även att ha en historia av sämre levnadsvanor. Genom intervjuer gjorda i samband med Cavalli-Björkmans efterforskningar uttryckte en läkare oro avseende vårdpersonals inställning till ensamma patienter.

And there is probably a tendency to believe that the person lying there alone has lower quality of life and less to live for. It's not necessarily so but I think that even if it's hard to

⁹⁵ Cavalli-Björkman, Nina. Factors Influencing Selection of Treatment for Colorectal Cancer Patients, s. 28

⁹⁶ Cavalli-Björkman, Nina, Eaker, Sonja, Glimelius, Bengt, Lambe, Mats, Sandin, Fredrik. Differences according to educational level in the management and survival of colorectal cancer in Sweden, s. 1398

⁹⁷ Ibid, s. 1403

⁹⁸ Cavalli-Björkman, Lotta, Glimelius, Bengt, Strang, Peter. Equal cancer treatment regardless of education level and family support? A qualitative study of oncologists' decision-making, s. 2.

admit to yourself it could be that way [the doctor thinks]. (Onkolog)⁹⁹

Andra faktorer som i dessa fall gör läkare tveksamma att sätta in behandling är att de var oroad över patientens förmåga att klara behandlingen. Om de försvagas av behandlingen, som exempelvis är fallet vid cellgiftsbehandling, kan det finnas risk att de inte kan ta hand om sig själva. Om patienten har mycket släkt och vänner känner sig vårdhavarna ofta tryggare med att sätta in behandling då de upplever att patienten har folk i sin närhet som stöd under processen. Andra orsaker till annorlunda behandling är släkt och vänner förmåga att ställa krav på läkaren och behandlingen.

So it's a difficult situation when there are many sitting there. It's easier when there is only one couple. (Onkolog)¹⁰⁰

Släktingar ses också som en viktig källa till information om patienten, vilket gör det möjligt att ge mer individanpassad behandling med bättre resultat. Familjemedlemmar tenderar att vara mer aktiva under behandlingsprocessen än patienten själv vilket leder till att läkare kan känna större påtryckning att starta behandlingen. Att ha en partner eller solid socialt stöd har visat sig minska dödligheten i vissa sjukdomar med 12-25%.¹⁰¹

⁹⁹ Ibid, s. 3

¹⁰⁰ Ibid, s. 3

¹⁰¹ Ibid, s. 3

3.5 Sammanfattning av litteraturstudien

Sammanfattningsvis finns tidigare forskning som utreder en del av aspekterna om varför diskriminering och ojämlik behandling uppstår och vad det kan bero på. Statliga utredningar har gjorts för att följa upp åtgärderna som tagits för att nå HSL:s mål såsom kring patientcentrering och vårdgaranti. DO har gjort en omfattande utredning där de behandlar de vanligaste diskrimineringsgrunderna. Studier har även gjorts över hur patienters SES och sociala situation påverkar behandlingar och vårdresultat. Det finns omfattande undersökningar som behandlar ämnet rättvisa enligt sjukvårdspersonal, där de beskriver vad de anser det innebära att prioritera rättvist. Vidare saknas material som behandlar den kombinerade kunskapen som finns kring ämnet. Sjukvårdspersonal ges möjlighet att diskutera vad rättvisa är, men de finns inga undersökningar som behandlar varför de vill prioritera som de gör eller vad det är som är diskrimineringens gemensamma nämnare. Detta är ett viktigt hål att fylla då medvetenhet är ett första steg till förändring.

4. Undersökning

4.1. Metod

Undersökningen är kvalitativt genomförd i enlighet med Annika Lantz metod kring semistrukturerade intervjuer utförda med intervjumall. Samtliga respondenter ställdes samma huvudfrågor som följdes upp med olika följdfrågor. På detta sätt kunde respondenterna få uttryck för sina personliga åsikter och tankar kring samma frågor.¹⁰²

4.2. Urval

Urvalet består av nio svenska läkare som bor och verkar i Stockholmsområdet. Respondenterna har alla daglig kontakt med patienter och har nära koppling till beslutsfattning angående patienters mottagande och behandling. Urvalet består totalt av 9 läkare varav 5 är kvinnor och 4 är män. Detta för att få både kvinnor respektive mäns perspektiv och med de nyansskillnader som detta möjligen kunde medföra. Inga sådana skillnader påträffades. Medelålder för respondenterna är 40,7 år (25-55 år) och medeltiden för deras yrkesverksamhet är 13 år (1-26 år) från och med det att läkarstudierna avslutades. 5 av respondenterna arbetar på vårdcentral, varav 4 av dessa är specialister inom allmänmedicin och en är ST-läkare i allmänmedicin. 3 av respondenterna genomgår allmäntjänstgöring (AT) och en av respondenterna är specialist i kirurgi och arbetar som medicinsk ledningsansvarig inom slutenvård för cancerpatienter. Samtliga respondenter informerades kort om mig samt undersökningens syfte och min forskningsfråga via telefon innan intervjutillfällena ägde rum. Samtliga respondenter informerades om att de är anonyma samt att de alltid har rätt att avbryta intervjun eller dra tillbaka/ändra sina uttalanden innan intervjuerna inleddes. Inget bortfall skedde.

Två av intervjuerna genomfördes privat genom telefonsamtal. Telefonsamtalen spelades in i kombination med löpande anteckningar. Kontakt med respondent A skedde via en mellanhand under november månad 2012, varav jag sedan blev sammankopplad med respondent B via respondent A under december månad. Telefonintervjutider avtalades om under december 2012 och intervjuerna genomfördes under januari månad 2013.

¹⁰² Lantz, Annika. *Intervjuteknik*. Lund: Studentlitteratur AB, 2007, s. 34

Kontakt med fyra respondenter för det tredje intervjutillfället etablerades via respondent A under juni månad 2013 via mail. Intervjutid avtalades och samtliga respondenter godkännande samlades in via telefon under juli månad 2013. Intervjun skedde i grupp på en husläkarmottagning strax utanför Stockholm samma månad. Mottagningen har akut läkarmottagning, öppen distriktskjutsköterskemottagning för både bokade och icke bokade tidsbesök samt husläkarjour. Totalt arbetade där 15 personer. Samtliga respondenter arbetsuppgifter inkluderar patientmottagning, patientundersökningar, behandlingar och utskrivning av recept.

Kontakt med respondenter för det fjärde intervjutillfället med tre AT-läkare skedde via telefon genom en andra mellanhand. Första kontakten etablerades i juni 2013 och samtliga respondenter samtycke samt intervjutillfälle avtalades under samma månad. Intervjutillfället ägde rum i juli månad på ett sjukhus i Stockholmsområdet där samtliga respondenter praktiserade/har praktiserat under sin allmäntjänstgöring.

4.3. Datainsamling

Samtliga intervjuer är kvalitativt genomförda med semistrukturerad intervjuteknik. Intervjumallen bestod av inledande frågor om namn, ålder, specialisering, yrkesverksamhet och arbetsuppgifter. Därefter tillfrågades respondenterna om diskriminering, likabehandling, mänskliga rättigheter och intersektionalitet (Bilaga 1). Alla frågor kunde följas upp med vidare följdfrågor för att respondenterna skulle ha möjlighet att svara utförligt och bära fram personliga tankar och upplevelser. Frågorna för intervjumallen förberedde jag efter att min litteraturstudie genomförts för att på bästa sätt ta min undersökning vidare i forskningen.¹⁰³ Alla frågor utformades för att undvika att uppfattas offensivt av respondenterna, för att skapa ett bra och ärligt samtalsklimat. Samtliga intervjuer spelades in i kombination med anteckningar för att lättare kunna följa specifika teman och tankegångar under intervjuens gång. Intervjuerna varade i medel under 55,1 minuter (42-63 minuter) beroende på hur respondenterna valde att utveckla sina svar. Undersökningen är kvalitativ och respondenternas svar måste således ses i sitt sammanhang och kan i viss utsträckning inte användas för att generalisera.

¹⁰³ Ibid, s. 18

4.4. Dataanalys

Under arbetsprocessens förlopp har jag gjort en systematisk tematisering av samtliga färdigställda intervjuer. Med tematisering innebär att jag har valt ut centrala meningsbärande enheter jag funnit under processens gång och därefter kategoriserat dem under olika teman som relaterar till undersökningens syfte. De centrala teman jag valt ut är *Bristande resurser*, *Strukturell diskriminering*, *Diskriminering till följd av nedsatt förmåga att kommunicera*, *Diskriminering på grund av nedsatt förmåga att vara aktiv* och *Mänskliga rättigheter och intersektionalitet*.

4.5. Resultat

4.5.1. Bristande resurser

Gemensamt för samtliga respondenter i undersökningen är att de känner att vården är underfinansierad och att de inte har tillgång till nödvändiga resurser. De menar att omedveten diskriminering inte skulle förekomma om de hade tillgång till tillräckliga medel för att täcka det fullständiga vårdbehovet. Respondent A framhåller exempelvis att de vid en situation kan behöva 5000 röntgen, men att de endast har tillräckliga medel att genomföra 4000 röntgen. Detta medför ett automatiskt bortfall på 1000 personer som måste bortprioriteras.

Jag tror att ojämlikheten i stor utsträckning beror på att man medvetet underfinansierar det förväntade behovet, vilket skapar interna köer överallt i sjukvården. (Respondent A)

Flera av de intervjuade läkarna menar att organisationens prioriteringar går först vilket kan missgynna vissa patientgrupper. Särskilt utsatta patientgrupper som lyfts fram är personer med kroniska sjukdomar, äldre, personer med nedsatt förmåga att kommunicera samt personer med sämre förutsättningar att vara aktiva.

Vi förväntas ju ha ett visst antal besök per dag och det behöver vi för att verksamheten ska gå ihop. Det betyder att vi tar emot ganska många som har ganska obetydliga hälsoproblem som går snabbt att handlägga, istället för att ägna tid åt dem som har mer krångliga sådana och som egentligen behöver mer tid. Ja, de som har riktiga medicinska problem. (Respondent B)

Inriktningarna på vår arbetsplats verksamhet, det styrs mycket av de ekonomiska förutsättningarna. Det är svårt att säga hur mycket vi har möjlighet att påverka det själva. (Respondent D)

4.5.2. Strukturell Diskriminering

Läkarna upplevde också att diskriminering sker på grund av vårdens utformning, regelverk och rutiner. Strukturell diskriminering kan drabba alla patienter som skiljer sig från den norm vården är formad efter.

Man kan ta hudfärgade plåster som exempel, det kan vara en del av strukturell diskriminering. Om alla plåster är hudfärgade vita efter vit hud blir det en diskriminering i sig. Då lyser det på en färgad person, då blir det vita liksom normen. Alltså ska man ha plåster som är genomskinliga. (Respondent A)

Läkarna uttrycker också en oro för den diskrimineringen av patienter som sker på grund av regelverk och bestämmelser som vårdverksamheten i första hand måste följa. Vårdgarantin tas upp som ett problem då det inte ger läkarna själva fria händer att prioritera vårdtillfällena efter medicinskt behov, utan istället måste följa regleringarna. Detta gör att personer med lindriga åkommor och sjukdomar får lika mycket vård som personer med större behov av vårdtillfällena.

Vi måste ta in nybesökare inom 30 dagar, annars måste vi böta 500 kronor i och med vårdgarantin. Jag kan inte bestämma prioriteringen själv, utan måste ta patienter med obetydligare problem före de som ska på återbesök som kanske har svårare problem. (Respondent F)

Andra problem med organisationen som uttrycks är problem med att kontrollera vilka som köar och hur långa köerna är. Köstatistik kan vinklas på många olika sätt för att se så fördelaktig som möjligt för vårdinrättningen.

Ett exempel på hur detta kan ske är att patienten får ett första möte med en skjutsköterska, men sen kan det dröja hur länge som helst innan behandlingen påbörjas. Då kan man säga att behandlingsprocessen har startat fast ingen vård ges. (Respondent D)

Man mäter på hur lång tid det kan ta innan en förväntad operation, men så mäter man inte de interna köerna, det vill säga väntetid för röntgen och sådana saker. Egentligen borde man mäta varje steg bättre i sjukvården. (Respondent A)

4.5.3. Diskriminering till följd av nedsatt förmåga att kommunicera

Respondenterna menade att det är vanligt att personer med nedsatt förmåga att kommunicera lider större risk att få sämre tillgång till vård än andra patienter. Dålig kommunikation mellan patienten och vården kan resultera i att vården blir sämre anpassad till patientens önskemål. Exempel som tas upp är bland annat barn, utlandsfödda och personer med olika handikapp.

Ja eller en person som kommer in men inte säger så mycket, då är det klart att den personen får mindre tid eller uppmärksamhet och att behandlingsresultaten kan bli sämre. (Respondent H)

Om en person som inte kan svenska kommer in på akuten utan en synlig skada kan det vara svårt att veta, sådana lägen kan vara kritiska. (Respondent G)

Kommunikationsbristen kan ske under alla steg under mötes/behandlingsprocessen och kan bland annat resultera i att personen inte kommer i kontakt med vården alls, att vården inte blir personligt utformad eller att de inte kan uttrycka sina besvär vilket kan innebära att patienten får sämre behandling och vårdresultat.

Jag tror inte att det (jämlig behandling) är något stort problem för de som kommer hit, men däremot så tror jag att vi är olika tillgängliga för olika grupper. Det kan bero på deras förmåga att tala för sig själva. (Respondent B)

4.5.4. Diskriminering till följd av nedsatt förmåga att vara aktiv

Undersökningen visar att respondenterna även tycker att det finns problem med att de människor som syns och hörs mest får bättre vård än mindre krävande och mer tystlåtna personer. De personer som inte är/kan vara aktiva beskrivs som vilken patient som helst, med extra betoning på kroniskt sjuka och äldre.

Ja till exempel de som inte vet vad de ska fråga efter, eller kanske de som frågar och ligger på hela tiden och sen inte orkar mer. De som är väldigt sjuka kanske inte heller har orken. Och på samma sätt de som är mindre sjuka kanske är piggare och orkar kräva mer.
(Respondent G)

Aktiva personer som kräver mer beskrivs vara de som också får mest.

Personer med rätt kontakter kan ibland snika sig förbi köerna. De vad och vilka de ska fråga och kan ställa krav. (Respondent H)

4.5.5. Mänskliga Rättigheter och Intersektionalitet

Mänskliga Rättigheter är ingenting någon av respondenterna diskuterar eller reflekterar över i sitt dagliga arbete. Undersökningen visar att respondenterna har blandad vetskap kring ämnet, men att ingen av dem har en djupare kännedom eller utbildning.

Nej, det (mänskliga rättigheter) är väl ingenting vi direkt diskuterar. I så fall privat, enbart. (Respondent C)

Den samlade uppfattningen är att mänskliga rättigheter är en teoretisk ideologi och som finns bakomliggande i praktiken och flera av respondenterna menar att de tar till vara på värdena utan att tänka på det. Respondenterna har blandade åsikter om huruvida de tror en medvetenhet kring mänskliga rättigheter och diskriminering skulle ha reella implikationer för diskrimineringssituationen inom vården.

(Intersektionalitet) Vad är det? (...) Ja det låter väldigt bra i och för sig. Det är bra att vara medveten om alla sådana här grejer för då vet man bättre hur man ska hantera det.
(Respondent G)

Vi strävar alla efter att ge alla patienter lika vård, men det finns inte uttalat vad vi ska tänka extra på i alla möten med patienter. Jag vet vilka som anses vara de mest utsatta, men ibland kanske man inte ser att personen framför en hör till en sådan kategori.
(Respondent E)

4.4.6. Sammanfattning av Resultat

Sammanfattningsvis visar undersökningen att respondenterna anser att sjukvården har för lite resurser för att kunna tillgodose hela vårdbehovet. De personer som uppges vara mest utsatta anges vara de patienter som inte kan/vill kommunicera eller vara aktiva under vårdprocessen. Resultatet visar också att läkarna känner sig begränsade att göra egna medicinska prioriteringar då organisationens bestämmelser kommer före. Slutligen påvisas ingen eller begränsad kunskap om mänskliga rättigheter eller intersektionalitet, och att det inte används som ett verktyg för att motverka diskriminering inom svenska vården. Undersökningen visar på att svenska läkare menar att diskriminering kommer ur en ständig underfinansiering och de regelverk det skapat.

5. Analys

Att sjukvården har bristande resurser innebär att vårdbehovet ständigt är större än mängden vård som finns tillgänglig. Denna obalans skapar långa interna köer vilket ger diskriminering en grogrund då det uppkommer möjlighet att få olika bra köplatser och del av vårdutbudet. I denna situation är det tvunget att vissa patienter kommer att falla bort och vara de som får mindre eller senarelagd vård. Både undersökningen och litteraturstudien visar på att denna typ av resursbrist främst drabbar personer som har svårt att vara aktiva under processen. Sådan diskriminering är svår att identifiera då den tystlåtna kan vara vem som helst. Studien visar dock på att personer som anses vara mindre aktiva i många fall är patienter med låg SES, äldre och kroniskt sjuka. En lägre aktivitet och mindre initiativtagande kan springa ur alltifrån kunskap, kontakter, SES, kultur, ålder, normer och hälsotillstånd. Undersökningen visar också på att diskriminering ofta drabbar personer med nedsatt förmåga att kommunicera, något som är nära sammankopplat till nedsatt förmåga att vara aktiv. Detta måste ses som ojämlik behandling då dessa personers agerande eller icke-agerande beror på faktorer som de inte själva valt eller kan påverka.

De bristande resurserna har också gett uppkomst till regleringar inom sjukvården såsom exempelvis vårdgarantin. Vårdgarantin finns till för att reglera vårdköerna och se till att alla människor har lika stor rätt att komma i kontakt med vården, men undersökningen visar att den i flera fall har fått motsatt effekt för en del patientgrupper. Vårdgarantin gäller enbart vid nybesök och resulterar således i att personer med större behov av återbesök bortprioriteras. Att personer med lindrigare problem prioriteras före mer sjuka patienter är oförenligt med HSL då lagen stadgar att alla har rätt till lika vård efter hur stort behov de har av den. Undersökningen pekar på att vårdgarantin innebär att det medicinska behovet hamnar på en andraplats på prioriteringslistan till fördel för köregleringar, och att läkarna själva inte kan påverka prioriteringarna efter vem som behöver vården mest. En annan diskriminering sprungen ur det strukturella är det faktum att återbesök måste bokas in av patienterna själva, vilket också innebär att de minst aktiva får minst vård. Detta är inte heller förenligt med HSL då detta exempelvis kan bero på ålderdom eller svår sjukdom och att vården inte ges efter det medicinska behovet.

I litteraturstudien samt undersökningen framkommer flera exempel på vilka faktorer som kan leda till att personer kan ha nedsatt autonomi och alltså lida större risk för ojämlig behandling och mindre tillgång till vård. Funktionsnedsättning, låg SES, språkbarriärer, ålderdom och ensamhet är alla faktorer som gör att personerna kan ha svårigheter att föra sin talan eller på annat sätt lida större risk att bortprioriteras i vårdssystemet.

Undersökningen visar att kunskapen kring mänskliga rättigheter och teoretiska modeller som intersektionalitet var mycket låg. Detta kan vara en av anledningarna till att det inte gjorts någon tidigare forskning inom ämnet. De flesta av respondenterna ansåg sig ha en allmätkännedom kring de grundläggande rättigheterna, men ingen djupare kunskap. Denna kunskapsbrist kan i sig självt utgöra en bidragande faktor till att diskriminering inom sjukvården uppkommer. Utan teoretiska kunskaper kring mänskliga rättigheter, diskriminering och intersektionalitet kan de finnas en saknad av självinsikt kring omedvetna prioriteringar och normerande tankesätt. En större kunskap kring diskriminering och intersektionalitet skulle kunna hjälpa svenska sjukvårdshavare att ifrågasätta gamla normer och tankesätt, och få en större insikt kring varför de väljer att prioritera som de gör.

Patienter som vanligtvis inte har svårigheter att kommunicera eller vara aktiva kan likväl behandlas utifrån dessa förutsättningar om de ständigt bemöts av gamla föreställningar kring deras person. Vilka förväntade egenskaper kvinnor har respektive inte har kommer ur gamla föreställningar om att mannen är den som tar för sig, medan kvinnan har en mer passiv roll. I en kontext där föreställningar och normer ständigt upprepas, kan de i många fall slutligen uppfylla sig själva. I detta sammanhang kan föreställningar hos personalen göra att kvinnor blir mindre synliga än män och lider större risk att falla bort under prioriteringsprocessen. På samma sätt som vi olikbehandlar kvinnor och män kan andra människor som skiljer sig från normen drabbas. Upprepningarna av normer är svåra att komma ifrån, men medvetenhet är första steget. Även denna studie innehåller replikeringar av stereotypa könsroller som bidrar till att upprätthålla patriarkatet som vi föreställer oss att det ser ut idag. Vanligt i

den rådande diskrimineringsdiskursen är att diskussionen kretsar kring tolerans och inkludering, istället för att ifrågasätta normen i sig.

Alla patienter som får mindre tillgång till vård, sämre bemötande eller behandling på grund av egenskaper eller faktorer de själva inte kan påverka blir ojämlikt behandlade. Undersökningen visar att flera av de faktorer som bidrar till denna olikbehandling och diskriminering på olika nivåer interagerar med varandra och föder nya problem. Undersökningen visar också på att personalen saknar vissa teoretiska kunskaper som är nödvändiga för att komma till insikt av vilken roll de själva spelar i denna diskrimineringshärva.

6. Slutsats

Denna undersökning pekar på att det finns flera olika separata samt interagerande faktorer som leder till att Sverige inte kan uppfylla de mänskliga rättigheter de åtagit sig att infria inom hälso- och sjukvården. Hälso-och sjukvårdslagens mål är att kunna ge alla människor i Sverige likvärdig vård efter behov. En rättvis vård där ingen människa blir ojämnt behandlad på grund av yttre förutsättningar denne inte kan påverka. Litteraturstudien visar att personer med funktionshinder, kroniska sjukdomar, utlandsfödda, kvinnor samt personer med låg SES eller begränsat umgänge är grupper som är särskild utsatta för diskriminering eller ojämlig behandling. Personer som är eller uppfattas vara mer lågmälda eller har problem att vara aktiva hamnar längre bak i de interna köerna och får mindre tillgång till vård. Intervjuundersökningen med svenska läkare visar på att det finns en rådande resursbrist som påverkar vårdens rutiner och arbetssätt negativt för patienterna. Statliga regleringar för att avhjälpa långa köer i väntan på vård såsom vårdgarantin har visat sig istället skapa längre köer för de mest utsatta grupperna. Andra faktorer som påverkar vårdpersonalens prioriteringar är principen om mänskligt värde, behovsprincipen och principen om kostnadseffektivitet. Principen om kostnadseffektivitet innebär att personal skall prioritera så att behandlingen kan bli så effektivt som möjligt, och således bortprioriteras patienter med lägre chans att svara positivt på behandlingen.

Undersökningen visar också på att det finns en okunskap kring teoretiska ämnen som mänskliga rättigheter, diskriminering och intersektionalitet hos respondenterna. Detta i kombination med rådande normer och föreställningar hos vårdpersonal skapar ett mönster där vissa grupper blir särskilt utsatta. De bristande resurserna i kombination med invanda normer, gamla rutiner och otydliga måttstockar för vad rättvis vård leder till att vissa grupper får sämre vård och skapar således en diskrimineringstrend. Samtliga faktorer interagerar med varandra vilket skapar förutsättningar för ojämlig behandling av patienter, som på grund av rådande normer och föreställningar i samhället drabbar personer ur specifika samhällsgrupper.

7. Diskussion

Vid kvalitativa intervjuer kommer ett naturligt bortfall av flera anledningar. Alla intervjuer var frivilliga, vilket kan innebära att enbart personer med särskilt intresse för ämnet har valt att medverka. Särskilt stressade personer med pressade arbetsförhållanden representeras troligtvis inte i undersökningen. Även personer som medvetet diskriminerar eller vet med sig att de ibland tar sig mindre tid för vissa patienter kan ses som ett bortfall då de troligtvis inte heller finns representerade bland de som ställt upp för intervju. Intervjufrågorna är till största del desamma som användes under de två första intervjuerna, med en viss omarbetning. De två första respondenterna ringdes upp igen och fick möjlighet att svara på de nya frågor som tillkommit för att resultatet skulle bli korrekt och baseras på en homogen grund. Valet av metod var omfattande men nödvändigt för att få svar på forskningsfrågan och belysa nya sidor inom den rådande diskursen. Undersökningen är begränsad i omfattning och skulle behöva utvidgas för att gå vidare till en lösning på problemen med diskriminering och ojämlik behandling inom vården.

Undersökningens resultat lämnar dock öppet för flera tänkbara alternativ till förbättring. En punkt att satsa på för att göra vårdpersonal mer medvetna om mänskliga rättigheter och osynlig diskriminering är att undervisa läkarstudenter kring teoretiska ämnen som mänskliga rättigheter och intersektionalitet. Kännedom och kunskap kring intersektionalitet, maktstrukturer och orsakerna bakom diskrimineringens uppkomst skulle bidra till att en ny medvetenhet kring hur problemen skapas. Detta kan i sin tur hjälpa vårdpersonal att djupare reflektera över hur de prioriterar i sitt arbete och varför de väljer att prioritera på detta sätt. Läran om intersektionalitet kan hjälpa människor att förstå varför vi har våra föreställningar, hur gamla normer skall ifrågasättas och därefter hur de ska förändras. Även praktiserande vårdpersonal borde utbildas inom ämnet då det förekommer att de gör omedvetna prioriteringar med grund i vissa människors egenskaper eller betrodna egenskaper. Uppmärksammande och acceptans av problemet kan ta det närmare en lösning.

Som vården är utformad finns liten statistik över hur långa de interna köerna är och hur länge varje patient får vänta på behandling. Vårdpersonal har således möjlighet att välja

sina prioriteringar utan att det finns ett effektivt regelverk som kontrollerar processen. En öppen statistik inom vården på flera nivåer skulle kunna minska möjligheten för personer med nedsatt autonomi att försvinna in i mängden. Detta system kan också vara fördelaktigt för personal som känner sig pressade av vissa patienter eller patienters anhöriga att låta dem gå före i kön. Statistik på fler nivåer inom vården skulle kunna möjliggöra bättre kontroll av olika väntetider. Ett uttalat och tydligt regelverk för hur man skall behandla detta kan även det hjälpa att förbättra den allmänna vårdkvalitén.

Mitt bidrag till forskningen är att försöka ta orsaken till diskriminering djupare under ytan. Tidigare forskning visar vilka samhällsgrupper som kan vara föremål för diskriminering och reflekterar i viss mån över varför ser ut som det gör. Min undersökning visar på att början till en lösning på diskrimineringen som uppkommer ur det otillräckliga vårdutbudet till stor del ligger hos vårdpersonalen, då det är deras tolkning av läget som skapar situationen. De kan själva vara omedvetna om att de val de tvingas göra i samband med de otillräckliga resurserna tillsammans resulterar i en stor skillnad. Genom att kombinera praktisk kunskap om diskriminering inom vården med teoretiska perspektiv som intersektionalitet och tolkningsmöjligheter kan man förhoppningsvis komma ett steg vidare i forskningen. Förslag på ytterligare utredningar kan vara att göra en mer omfattande undersökning kring de psykologiska orsakerna bakom diskrimineringen med utgångspunkt ur ett beteendevetarperspektiv.

8. Referenslista

Litteratur

De los Reyes, Paulina, Mulinari, Diana. *Intersektionalitet: kritiska reflektioner över (o)jämlighetens landskap*. Malmö: Liber, 2005

Lantz, Annika. *Intervjuteknik*. Lund: Studentlitteratur AB, 2007

Patton, Mark. *Qualitative evaluation and research methods*. Beverly Hills: Sage, 1990

Repstad, Pål. *Närhet och distans, Kvalitativa metoder i samhällsvetenskap*, Vol. 4. Oslo: Universitetsförlaget, 2007

Roth, Ann-Katrine. *Mångfaldsboken, från teori till praktik*. Stockholm: Norstedts Juridik AB, 2008

Smirthwaite, Goldina, Swahnberg, Katarina, Wijma, Barbro. *Genus och Kön inom medicin- och vårdutbildningar*. Lund: Studentlitteratur AB, 2010

Vetenskapliga artiklar

Bernheim, Susannah, Bradley, Elizabeth, Krumholz, Harlan, Ross, Joseph. Influence of Patients' Socioeconomic status on Clinical Management Decisions: A Qualitative Study. *Annals of Family Medicine*, Vol. 6, Nr. 1 (2008):53-59. doi: 10.1370/afm.749.

Boström, Gunnel, Hogstedt, Christer, Merlo, Juan, Wamala, Sarah. Perceived discrimination, socioeconomic disadvantage and refraining from seeking medical treatment in Sweden. *Journal of Epidemiol & Community Health*. Vol. 61. (2007): 409-415. doi: 10.1136/jech.2006.049999

Cavalli-Björkman, Nina, Eaker, Sonja, Glimelius, Bengt, Lambe, Mats, Sandin, Fredrik. Differences according to educational level in the management and survival of colorectal cancer in Sweden. *European Journal of Cancer*. Vol. 47 (2011), 1398-1406 doi:10.1016/j.ejca.2010.12.013

Cavalli-Björkman, Nina, Glimelius, Bengt, Strang, Peter. Equal cancer treatment regardless of education level and family support? A qualitative study of oncologists' decision-making. *BMJ Open Journal*. Vol. 2, Nr. 2 (2012): 1-7. doi:10.1136/bmjopen-2012-001248

Elmersjö, Carl-Åke, Helgesson, Gert. Notions of just health at three Swedish hospitals. *Medicine, Health Care and Philosophy*, Vol. 11 (2008): 145-151. doi:10.1007/s11019-007-9084-0

Holmes, Elisa. Anti-Discriminations Rights Without Equality. *Modern Law Review*, Vol 68, No. 2 (2005): 175-194. Oxford: Blackwell Publishing

Orlikowski, W.J. & Baroudi, J.J. "Studying Information Technology in Organizations: Research Approaches and Assumptions", *Information Systems Research* (2) 1991, pp. 1-28.

Steen Carlsson, Katarina. Equality of Access of Health Care. *Lund Economic Studies*, Vol. 86, (1999): Sammanfattning

Temkin, S. Larry. Equality, priority or what?. *Economics and Philosophy*. Vol 19. Nr. 1, (2003): 61-87. doi: 10.1017/S0266267103001020

Wallberg-Henriksson, Harriet. Gender Equality at the Karolinska sjukhuset. *Gender Medicine*, Vol. 2, No. 2. (2005): 62-64

Westerhäll, Lotta. The Right to Health Care in Sweden. *European Journal of Health Law*, Vol. 3, (1996): 163-171

Internetkällor

Intersektionalitet. Flerdimensionellt perspektiv på makt. *Föreningen Civis*.

<http://www.intersektionalitet.org/vad-ar-intersektionalitet/flerdimensionellt-perspektiv-pa-makt/> Hämtad: 2013-01-04

Nationalencyklopedin. Hälsa. <http://www.ne.se/lang/halsa>, Hämtad: 2013-01-03.

Regeringens webbplats om mänskliga rättigheter. Konventioner om mänskliga rättigheter som Sverige har undertecknat. *Mänskliga rättigheter*.

<http://www.manskligarattigheter.se/Media/Get/295/Konventioner%20om%20mänskliga%20rättigheter%20som%20Sverige%20har%20undertecknat.pdf> Hämtad: 2012-12-10

Regeringen. Diskrimineringslagen. *Regeringen*. 2012-06-13

<http://regeringen.se/sb/d/11043/a/111986> Hämtad: 2012-12-18

Regeringen. Hälsa- och sjukvård i Sverige. *Regeringen*. 2012-02-14.

<http://www.regeringen.se/sb/d/14832> Hämtad: 2012-11-26

Vårdgaranti för vissa. *Sveriges Radio*. 2012-05-07.

<http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=1316&artikel=5123371> Hämtad:

Hammarström, Anna, Vårdgaranti. *Vårdguiden*. 2012-12-04

<http://www.varldguiden.se/Sa-funkar-det/Lagar--rattigheter/Vardgaranti/> Hämtad: 2013-07-31

Elektroniska tidskrifter och tidningar

Lennartsson, Fredrik. Patienter måste få verkligt inflytande. *Svenska Dagbladet*. 2013-

01-07 http://www.svd.se/opinion/brannpunkt/patienterna-maste-fa-verkligt-inflytande_7800772.svd Hämtad: 2013-01-07

Mirsch, Helena. DO: hbt-personer diskrimineras inom vården. *Vårdfokus*. 2010-07-26
<https://www.vardforbundet.se/Vardfokus/Webbnyheter/2010/7/DO-hbt-personer-diskrimineras-inom-varden/> Hämtad: 2013-01-04

Avhandlingar

Cavalli-Björkman, Nina. Factors Influencing Selection of Treatment for Colorectal Cancer Patients. Diss. Uppsala Universitet, Sverige 2012.

Svensk lagstiftning

SFS 1982:763, Hälso- och Sjukvårdslagen

SFS 2008:567, Diskrimineringslagen

Konventioner

International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 993 U.N.T.S. 195, 16 december 1966

Universal Declaration of Human Rights, UN Doc. A/RES/217 (III), 10 december 1948.

Rapporter

DO 2012: R4. *Rätten till sjukvård på lika villkor*. Ödeshög, Diskrimineringsombudsmannen.

Socialstyrelsen Artikelnummer 2012-5-16. *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009-2011*. Socialstyrelsen.

9. Bilaga A – Intervjuguide

Bakgrundsvariabler

- Hur länge har du arbetat som läkare?
- Inom vilket område är du specialiserad?
- Hur ser dina arbetsuppgifter ut?

Frågor om likabehandling och diskriminering

- Upplever du att det finns problem med likabehandling på din arbetsplats?
- Har du eller någon i din närhet stött på problem med att behandla patienter lika efter behov?
- Vilka personer eller samhällsgrupper upplever du som mest utsatta?
- Hur arbetar du för att behandla dina patienter rättvist och ge alla lika mycket vård efter behov?

Frågor om mänskliga rättigheter och teori

- Hur stor kunskap har du om mänskliga rättigheter och hur har du fått den?
- Talas det om mänskliga rättigheter på arbetsplatsen?
- Tror du att teoretiska redskap som kunskap om rättigheter och intersektionalitet skulle göra vården mer medveten kring problemen?

Möjliga följdfrågor till huvudfrågorna:

- Vad tror du att det kan bero på?
- Vill du ge ett konkret exempel?
- Hur tänker du då?
- På vilket sätt?
- Varför/varför inte?