

Vad sker med personalens inställning till Vård på lika villkor när verksamheterna deltar i Lärandeprojektet?

Sharareh Akhavan

Docent i Folkhälsovetenskap, Mälardalens högskola, Akademin för hälsa, vård och välfärd, Västerås. E-post: sharareh.akhavan@mdh.se.

Jämlikhet i hälsa och att erbjuda vård på lika villkor är en av de viktigaste aspekterna för ett välfärdssamhälle. Flera rapporter visar att hälso- och sjukvården inte är jämlik. Syftet med denna studie var att studera vårdpersonalens synpunkter på jämlik vård samt om deras tankar om metoder för att uppnå en mer jämlik vård. En webbenkät skickades till all personal före och efter projekttiden i de verksamheter som deltog i Lärande projektet. Resultatet visar att vårdpersonalen anser att de faktorer som påverkar brukares/patienters tillgång till vård på lika villkor består av: Strukturella/organisatoriska faktorer inom vården (t.ex. brist på läkare), eller i samhället (t.ex. bostadsområde) och patienternas/brukarnas sociala situation (t.ex. utbildning).

Equity in health and providing care on equal terms is one of the most important aspects of a welfare society. Several reports indicate that the health care services are not equal. The purpose of this study was to study health care providers' perceptions on equitable care and their ideas about methods to achieve a more equitable care. A web survey was sent to health care providers whose unit were involved in the project "Care on equal terms" before and after the project period. The results show that health care providers perceived that the factors that influence clients'/ patients' access to care on equal terms consists of: structural / organizational factors in the health care organization or in the society and clients'/ patients' social situation.

Inledning

Jämlikhet i hälsa och att erbjuda vård på lika villkor är en av de viktigaste aspekterna för ett välfärdssamhälle (Bartley, 2004). "Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen", enligt paragraf 2 av Hälso- och sjukvårdslag (Socialdepartementet, 1982: 763).

Flera rapporter, bl. a Sveriges Kom-

muner och Landstings (SKL) rapport (2009) visar att hälso- och sjukvården inte är jämlik. Vården har bland annat brister i tillgänglighet och att den inte erbjuds på likvärdiga villkor, utifrån människors skilda behov och förutsättningar. Målet är att alla människor – oavsett kön, ålder, etnisk tillhörighet, inkomst, bostadsort etc. ska bemötas och behandlas på ett likvärdigt

sätt. I SKL:s rapport finns det flera exempel på ojämlikhet i vården.

Rapporter från Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet (Socialstyrelsen & Folkhälsoinstitutet, 2013), visar på stora skillnader i hälsa mellan olika grupper i befolkningen. De visar bland annat att högutbildade har längre medellivslängd än människor med kort utbildning. Även om hälsan har blivit bättre jämfört med för 50-60 år sedan har skillnaderna i hälsa mellan olika grupper ökat under de senaste åren. Att hälsan är ojämlik mellan olika grupper och att vårdens tjänster inte erbjuds på ett likvärdigt sätt är en utmaning för hälso- och sjukvården.

Syftet med denna studie var att dels studera vårdpersonalens synpunkter på jämlik vård dels deras tankar om metoder för att uppnå en mer jämlik vård.¹ Studien baseras på Mål- och resultat från utvärderingen av det nationella ”Lärande projekt – Vård på lika villkor” (Akhavan, m.fl., 2014, s. 41-72).

Metod

Inför projektet start gjordes en baslinjestudie och i dess slutskede skickades ytterligare en webbenkät till all personal i de verksamheter som deltog i Lärandeprojektet – Vård på lika villkor.²

Utformandet och genomförande av webbenkät

För att få in hög svarsfrekvens användes en kvantitativ undersökningsmetod i form av ett strukturerat frågefor-

mulär. Del 1 i enkäten handlade om demografisk information (yrke, ålder, utbildning, antal år inom yrket och i nuvarande verksamhet), Del 2 handlade om arbetsplats miljö, arbetsvillkor samt om uppfattning om förhållandena i verksamheten. Del 3 handlade om respondenternas uppfattning och attityder om faktorer som är relaterad till vård på lika villkor. Sista delen i enkäten handlar om respondenternas uppfattningar och attityder om faktorer som är relaterade till förändringar och förbättringar för att erbjuda en vård på lika villkor. I webbenkäten fanns frågor både med slutna svarsalternativ, frågor med flervalsalternativ och öppna frågor. En del frågor hade svarsalternativ i form av likertskala. Frågorna utformades med hjälp av tidigare internationell och nationell forskning om vård på lika villkor och utvärdering av genombrottsmetodiken. Enligt SKL ”Det är en metod för kontinuerligt, lärandestyrkt förbättringsarbete och metodiken bygger på principen om att det är de som utför arbetet som också är de som kan förändra det”. Förändringar testas i liten skala (Carter-Pokras & Baquet, 2002; Gwatkin, 2008; Ainalem & Bengtsson, 2008; Graham, 2009; Utvecklingscentrum, 2008, SKL, 2015).

En pilot webbenkät skickades till personer som arbetade inom de verksamheter som deltog i Lärandeprojektet ”Vård på lika villkor” via Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) statistisksektionen. Webbenkäten be-

¹ Tack till mina kollegor Osman Ayatar, Lennart Bogg, Anne Söderlund och Per Tillgren samt Hanna Wallin och Marian Granath från SKL för deras kommentarer och stöd vid denna studie.

² Webbenkäten finns som bilaga i rapporten ”Blev det ett genombrott? Utvärdering av det nationella Lärandeprojektet – Vård på lika villkor” (2014).

arbetades därefter för att bli mer begriplig och lätt att svara på.

Webbenkät 1 (baslinjestudien) skickades till all personal i de nio verksamheter som ingick i projekt och webbenkät 2 skickades till all personal i de sju verksamheter som deltog under hela projekt. Webbenkät 1 och 2 skickades av statistisksektionen inom SKL, Resurs och Kompetenscentrum (ReKo)

som även sammanställde enkätsvaren i SPSS.

Respondenter

Sammanställningen av webbenkäten visar att 141 personer besvarade enkäten (baslinje- År 2012) och 147 personer webbenkät 2 (År 2013). Tabell 1 visar de olika verksamheterna och antal deltagare i varje verksamhet. Det

Tabell 1. Antal deltagande fördelat efter undersökningsår och verksamhet

År	BVC/ BMM Sommar- gatan Karlstad	VC City Eskils- tuna	VC Dalbo Växjö	VC Drottning- hög Helsing- borg	VC Ljustadal Sundsvall	VC Nacksta Sunds- vall	VC Nävertorp Katrine- holm	VC Orsa Orsa	VC Åsidan Nykö- ping	Totalt
2012	8	18	25	20	9	13	18	6	24	141
2013	9	34	17	25	0	0	18	18	26	147

fanns inga frågor om personliga uppgifter (t.ex. namn) i webbenkäten därför följdes respondenter som grupp i verksamheter och inte som individer. Det var vårdpersonal från olika yrkesgrupper som deltog i studien. De flesta var sjuksköterskor, läkare, läkarsekreterare, sjukgymnaster och undersköterskor. De flesta av respondenterna var erfarna yrkesmänniskor som hade arbetat inom yrket i mer än 10 år och inom den nuvarande verksamheten mellan 0-9 år. De var verksamma vid Vårdcentraler och Barnvårdscentraler. De som svarade kunde kryssa i flera alternativ och det var en del respondenter som arbetar inom olika verksamhet och kryssat i mer än ett alternativ. Det externa bortfallet var 40 %.

Dataanalys

Insamlade data från webbenkäterna analyserades via SPSS programmet 22.0 för Windows och Excell pro-

grammet. Andel som refereras till i resultatdelen bygger på "valid percent" vilket exkluderar den interna bortfallet. Svartalternativ 1 och 2 eller 4 och 5 har lagts ihop i svarsfrekvenser för att kunna få en tydligare uppfattning om resultatet.

De öppna frågor som respondenterna svarade på har analyserats utifrån en manifest innehållsanalys. Innehållsanalys gjordes genom att identifiera, koda och kategorisera de primära mönster som plockas upp ur insamlade data (Krippendorf, 1980; Patton, 1990). Under den första fasen lästes utskrifterna igenom upprepade gånger för att få en känsla för helheten. Under den andra fasen identifierades meningar eller fraser ut som innehöll information som var relevant för frågeställningarna. Tredje fasen var en "systematisk analys av svar på öppna frågor". Forskaren kodade påståenden, klippte ut och sorterade

dem utifrån de olika teman. Därefter genererades kategorier. Utifrån en jämförande analys av dessa kategorier kunde några kategorier slås ihop (Holme & Solvang, 1991; Graneheim & Lundman, 2004).

Resultat

Vårdpersonalens perspektiv

Viktiga kriterier som påverkar verksamhetens möjligheter att erbjuda vård på lika villkor

Resultatet (tabell 2) visar att de flesta valde under både 2012 och 2013 att

rangordna mellan följande alternativ: Kontinuitet i vården, Tilldelning av ekonomiska resurser efter upptagningsområdets behov/patientgruppens behov, Utbildad personal, Tillgänglighet och Hur vård anpassas sig till brukarnas behov. De flesta respondenter ansåg att modern teknisk och medicinsk utrustning, Fritt val av vårdcentral och Fritt val av läkare är inte alls viktigt eller lite viktigt. Cirka 30 % av respondenternas ansåg att frågor om Vårdens politiska styrning eller Vinstdrivande vård kan vara ett av

Tabell 2. Kriterier som påverkar verksamhetens möjligheter att erbjuda vård på lika villkor (andel)

Organisatoriska/ strukturella kriterier för att kunna erbjuda vård på lika vård	År	Andel					Antal
Fritt val av vårdcentral	2012	9,1	9,1	9,1	27,3	45,5	11
	2013	0,0	0,0	40,0	0,0	60,0	5
Fritt val av läkare	2012	16,7	0,0	16,7	33,3	33,3	6
	2013	0,0	11,1	22,2	11,1	55,6	9
Tillgänglighet	2012	21,7	21,7	22,8	18,5	15,2	92
	2013	21,1	24,4	18,9	18,9	16,7	90
Modern teknisk och medicinsk utrustning	2012	0,0	0,0	7,7	23,1	69,2	13
	2013	0,0	0,0	10,0	10,0	80,0	10
Utbildad personal	2012	10,6	26,6	29,8	23,4	9,6	94
	2013	18,6	16,7	26,5	20,6	17,6	102
Icke vinstdrivande vård	2012	21,2	15,2	18,2	18,2	27,3	33
	2013	20,7	27,6	6,9	13,8	31,0	29
Tilldelning av ekonomiska resurser efter upptagningsområdets behov/patientgruppens behov	2012	26,0	14,0	27,0	16,0	17,0	100
	2013	23,5	22,5	21,6	16,7	15,7	102
Vårdens politiska styrning	2012	20,0	16,0	16,0	20,0	28,0	25
	2013	21,4	3,6	14,3	21,4	39,3	28
Kontinuitet i vården	2012	27,0	24,0	14,0	24,0	11,0	100
	2013	23,6	25,5	20,0	20,0	10,9	110
Hur vården anpassas sig till brukarnas behov	2012	19,0	24,1	11,4	15,2	30,4	79
	2013	17,6	17,6	18,7	27,5	18,7	91

de kriterier som kan vara relevanta för att kunna erbjuda vård på lika villkor.

Faktorer som påverkar förbättrings och förändringsarbetet

Flertalet respondenter ansåg Att ha tillgång till extra resurser som t.ex. kurator och psykolog, Att ha tid för samtal om jämlik vård, Att planera för förbättringar inom verksamheten och Att ha tillgång till kulturtolkar var de viktigaste faktornafaktorn för förbättring och förändrings arbete. Den faktor som de flesta under 2012 ansåg påverkade förbättrings- och förändringsarbetet var tillgång till extra resurser som t.ex. kurator och psykolog, detta har minskat under 2013.

Respondenterna under 2013 ansåg att ha tillgång till kulturtolkar var den viktigaste faktorn för förbättring och förändrings arbete. Till svar på frågan om ”patienterna själva söker information och gör sig hörda” kan ha betydelse för ansvaret för förbättrings- och förändringsarbete ligger hos patienten ansåg respondenterna under både år 2012 och 2013 att denna faktor har minst betydelse för förändrings arbetet. Totalt 48 % av respondenterna under 2012 ansåg att denna faktor har mycket stor påverkan eller påverkar i stor sträckning medan under 2013 har andelen minskat till 30%. Andelen som hade ingen uppfattning för denna faktor ökade under 2013.

Tabell 3. Faktorer som påverkar förbättrings- och förändringsarbetet (andel)³

Faktorer som påverkar förbättrings- och förändringsarbetet	År	1	2	3	4	5	0	Antal
Att ha tid för samtal om jämlik vård och planera för förbättringar inom vår verksamhet	2012	48,2	15,2	15,2	7,1	12,5	1,8	112
	2013	33,6	22,4	14,7	13,8	12,9	2,6	116
Att samarbeta med socialtjänsten, medborgarkontoret och andra relevanta aktörer	2012	34,5	17,7	24,8	8,8	9,7	4,4	113
	2013	32,5	23,1	15,4	12,8	11,1	5,1	117
Att ha tillgång till kulturtolkar eller brobyggare mellan vårdgivare och olika utsatta grupper	2012	44,6	17,0	17,9	5,4	11,6	3,6	112
	2013	39,3	21,4	12,8	9,4	13,7	3,4	117
Att ha tillgång till extra resurser som t.ex. kurator och psykolog	2012	43,4	20,4	10,6	8,8	11,5	5,3	113
	2013	39,7	19,0	12,9	13,8	12,9	1,7	116
Att patienterna själva söker information och gör sig hörda	2012	26,8	21,5	30,4	9,8	8,0	3,6	112
	2013	20,7	9,5	35,3	15,5	12,1	6,9	116

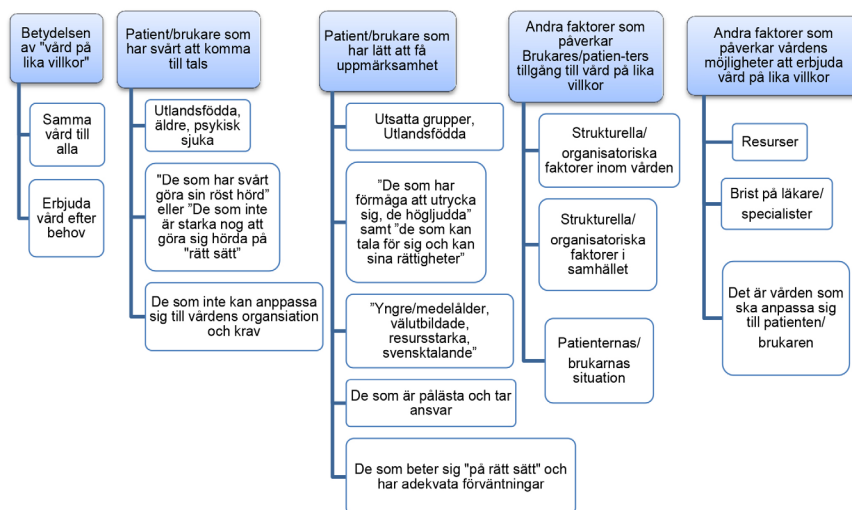
³ Deltagarna kunde svara på frågan genom att välja på en skala mellan 1 och 5, där 1=mycket stor påverkan, 5= Ingen påverkan, 0 = Ingen uppfattning.

Öppna frågor

Resultat av de öppna frågorna delas in i fem kategorier som illustreras i figur 1. Svarsfrekvensen på öppna frågor varierade mellan 10 och 124 respondenter. Svaren på de öppna frågorna visade små förändringar mellan åren. Det finns två uppfattningar om "Vård på lika villkor". En del respondenter ansåg att vård på lika villkor innebar att samma vård erbjuds till alla patienter/brukare och andra ansåg att vård skall erbjudas efter behov. En del respondenter ansåg att de som har svårt att komma till tals inom vården är personer som inte kan anpassa sig till vårdens organisation och krav. De grupper som nämndes mest var patient/brukare med invandrar bakgrund, äldre och psykisk sjuka samt de som har svårt att "göra sin röst hörd". Det fanns även olika uppfattningar om patient/brukare med invandrar bakgrund, en del ansåg att de inte får tillräcklig med uppmärksamhet och andra ansåg att de får för

mycket uppmärksamhet inom vården. De flesta ansåg att de som är svensktalande, högutbildade och "de som har förmåga att uttrycka sig, de högljudda" samt "de som kan tala för sig och kan sina rättigheter" och "kan bete sig på rätt sätt" får uppmärksamhet inom vården.

Från analysen av de öppna frågorna genererades tre kategorier som har betydelse för patienternas tillgång till vård: Strukturella/organisatoriska faktorer inom vården (till exempel brist på läkare och resurser), Strukturella/organisatoriska faktorer i samhället (till exempel bostadsområde) och patienternas/brukarnas sociala situation/karaktär (till exempel: Utbildning, yrke, etnicitet, ålder). Andra faktorer som påverkar vårdens möjligheter att erbjuda vård på lika villkor är resurser i form av ekonomiska resurser och personal samt tid för besök, tillgång till läkare och specialister och vårdens anpassning till patienter/brukarnas behov.



Figur 1. Resultat av innehållsanlys av öppnasvarfrågor i webbenkäten

Betydelsen av "vård på lika villkor"

Till svar på en öppen fråga om Vad betyder "vård på lika villkor" för dig svarade en del att vård på lika villkor innebär "Alla ska få den vård de behöver" eller "Alla, oavsett ursprung, social och ekonomisk status och sexuell läggning och oavsett andra sjukdomar ska beredas rätt till jämlik vård". Några få svarade "Ingen åsikt" eller "vet ej".

En del respondenter uttryckte att vård på lika villkor innebär "Att alla skall ha rätt till samma vård" medan andra ansåg "Att varje person som söker vård ska bedömas individuellt och få sina behov tillfredsställda, vilket inte alltid innebär att alla patienter ska få samma vård" eller som en av personalen uttryckte det:

Att alla känner att det fått ett bra bemötande när det varit i kontakt med vården. Det betyder att man som sköterska inte kan bemöta alla på samma sätt utan man måste utgå från just den patienten man träffar och dennas behov.

En annan som svarade på enkäten sammanfattade "Lika bemötande. Lika behandling. Men också efter enskilt behov". En annan aspekt som lyftes fram av en del respondenter är att "Att alla skall kunna få hjälp utifrån sina behov även om de kan ha svårt att uttrycka sig eller förstå kultur eller regelverk".

Denna aspekt betonades av en annan respondent som ansåg "Att patienter ska få vård efter sina förutsättningar, dvs. struliga patienter och patienter med sänkt autonomi ska få lika bra vård som väl pålästa patienter".

En annan respondent la till "Den som har lätt att tala för sig eller har högre rang ska inte prioriteras framför den som är svag, ofta multisjuk och inte kan tala för sig eller kräva rätt vård".

En av respondenter ansåg att det är viktig att vården anpassar sig till patienternas/brukarnas behov: "Att "anpassa" vården efter varje individs förutsättningar, t ex personer med ADHD, fysiska funktionshinder, traumatiserade mm och inte tvärtom".

Förutsättningar för att kunna erbjuda vård på lika villkor beror på:

Att det t ex finns lika bra kompetens och tillräckligt med personal på vilken vårdcentral man än söker sig till, liksom inom sjukhusvården" och att "Ingen patient ska gå för någon annan om det inte är berättigat utifrån prioriteringsordningen och hur sjuk patienten är.

Att "Försöka hitta dem som inte söker vård själva" nämndes också som en viktig faktor för vård på lika villkor.

Patient/brukar-grupper som har svårt att komma till tals

Till svar på frågan om vilka patient/brukar grupper som har svårt att komma till tals inom din verksamhet svarade de flesta utlandsfödda (invandrare, asylsökande och några respondenter nämnde en särskild utlandsfödd grupp – Somalier), äldre och psykisk sjuka det vill säga " de som har svårt göra sin röst hörd" eller "de som inte är starka nog att göra sig hörda på "rätt sätt "och "de som brister i kommunikationsförmåga".

Andra patientgrupper som nämns

des är: multisjuka, de som har någon form av funktionsnedsättning, patienten som är tystlåtna och tillbakadragna, ensamstående, äldre utan anhöriga, kronisk sjuka, missbrukare, barn och äldre kvinnor.

Av dem som ansåg att det finns patienter/brukare som har svårt att komma till tals, uttryckte de flesta att språk och kultur/etnisk tillhörighet eller invandrar status är avgörande faktorer. En av de svarande uttryckte det på följande sätt ”De som inte talar svenska, de som inte förstår system och organisation”. Medan en annan skrev ”De som inte kan svenska o inte har någon anhörig med sig som kan tolka”. Eller som en annan respondent framförde ”Invandrare, speciellt kvinnor som är analfabeter” eller ”Utrikesfödda patienter kan få vänta lite längre då tolk måste beställas”. En annan deltagare uttryckte det på följande sätt ”Invandrare med stora kulturella skillnader (jmf med västvärlden)”.

En del respondenter ansåg att utlandsfödda inte har någon svårighet att komma till tals utan de missbrukar vården. ”Patienter från andra länder har svårt att förstå främst egenvård de är vana att alltid gå till doktorn vid minsta liten åkomma”.

En försökte förklara att utlandsfödda/låg utbildade eller patienter/brukare med nedsatt psykiska/fysiska funktioner har svårt att anpassa sig till vårdens organisation och krav. Eller som det uttryckts av en som svarat på frågan:

De har svårt att förstå hälso- och sjukvårdssystemet, rent konkret att förstå att vi förväntar oss att man ringer och genom

knappval markerar vad man önskar och sedan när man blir uppringd förklarar (på svenska) vad man vill ha hjälp med - etnicitet med både språk och kulturskillnader försvårar detta ... detta gäller även för patienter med låg utbildning.

Patient/brukar grupper som har lättare att få uppmärksamhet

Till svar på frågan om vilka patient/brukar-grupper som har lättare att få uppmärksamhet inom din verksamhet hade de flesta svarat ”de som har förmåga att uttrycka sig, de högljudda” samt ”de som kan tala för sig och kan sina rättigheter”. Några få hade svarat ”vet ej” eller ”ingen åsikt” eller tyckte att ingen patient-grupp har lättare att få uppmärksamhet i deras verksamhet.

Patient-gruppen ”de som har förmåga att uttrycka sig, de högljudda” upplevdes och definierades på två olika sätt. En del respondenter definierade de som ”välutbildade som vet hur de ska ta sig fram i samhället oavsett etnisk tillhörighet”, ”De som lärt sig hur systemet fungerar”, ”De som låter och syns och är snyggt klädda”, ”Välutbildade Pålästa Svensktalande”, ”De som vet sina rättigheter”, ”Ganska ”friska” patienter i 30 -50 års ålder”, ”medelålders män ur socialgrupp 1 samt unga friska människor” och ”De som har lätt för att hantera telefon, knappa in”. Medan en annan del definierade de som ”invandrare som inte kan tala svenska”, ”missbrukare”, ”äldre”, ”vissa psykiskt sjuka” och ”Romer”. En del svarade att flyktingar och invandrare har lättare att få uppmärksamhet inom deras verksamhet. En förklarade:

Invandrare, men det är bara för vi har väldigt invandrartätt hos oss. Det upplevs som om man överdriver och som sjuksköterska måste man boka vissa saker pga. risker. Många säger att de har svårt att andas och bröstsmärta bara för att man vet att man kommer lättare till doktorn då.

En del ansåg att de som verkligen inte behöver vård prioriteras inom deras verksamhet.

Äldre som är inskrivna i bemsjukvården. Yngre och medelålders som får snabba tider för själv läkande åkommor som ex övre luftvägsinfektioner. Detta gäller även barn (speciellt invandrabarn) där vi har god tillgänglighet.

En del respondenter ansåg oavsett etnisk tillhörighet, kön, ålder och socioekonomiska förhållanden ”personer med egen auktoritet och god förmåga att verbalisera sina problem”, ”Aktivt agerande personer med personkännedom och nätverk”, ”de som är påstridiga, de som absolut inte ”ger sig” och ”de som kan ”systemet” och som har förmåga och kraft att verbalisera detta” har lättare att få uppmärksamhet inom deras verksamhet.

Att känna till vårdens organisation och kultur och att ha ”rimliga”, ”adekvata” förväntningar är en annan aspekt för att ha det lättare att få uppmärksamhet i respondenternas verksamhet. En respondent sa ”de som kan föra sin egen talan och har förväntningar som är adekvata” fick uppmärksamhet i deras verksamhet. En annan anser ”de som kan ringa till VC och kan hålla tiden. dvs. ringa ti-

digt på morgonen för att få en akut tid samma dag. På eftermiddagen är akuttiderna slut”.

En respondent förklarade det tydligare, att de som uppför sig ”på rätt sätt” får lättare uppmärksamhet ”Jag upplever att alla grupper får lika mycket hjälp men det är lättare för en svensktalande som kan boka tid på det ”rätta” sättet genom telefon att få en tid”.

Andra faktorer som påverkar patienters/brukares tillgång till vård på lika villkor

Av de respondenter som svarade på följdfrågan om vilka andra faktorer som påverkar patienters/brukares tillgång till vård på lika villkor nämndes en del strukturella/organisatoriska faktorer som finns inom vården. De ansåg ”tillgång till vård där det finns samma läkare kontinuerligt”, ”tillgång till tolk när det behövs”, ”arbetstider”, ”brist på läkare”, ”upplysning och information om vad vi kan erbjuda”, ”patienters grad av högljuddhet” och ”kostnader” kan ha betydelse för tillgång till vård.

En del ansåg att det är strukturella/organisatoriska faktorer i samhället som påverkar tillgång till vård på lika villkor. De nämnde ”plånboken”, ”arbetslöshet” och ”tillgång till bil”. En av respondenter förklarar ”framförallt plånboken, har du ekonomiska möjlighet kan man söka privat och komma intill snabbare”.

Flera respondenter ansåg att språket kan påverka tillgång till vård på lika villkor. En av de förklarade det på följande:

Språk. Talar man själv inte svenska blir

det ett hinder för att få kontakt. Det kan ta längre tid då tolk behöver boka in. Jag upplever också att nyans i språket och något i relationen går förlorat då samtal sker med tolk.

Och en annan relaterade till patienternas/brukarnas utbildningsnivå samt deras "Health literacy":

Utbildning är en viktig faktor och speciellt okunskap om hur kroppen fungerar, sjukvården förväntar sig att patienten ska kunna beskriva vad man vill ha hjälp med, hur man mår och även ha förmågan att ta emot information, förklaringar etc. och kunna delta i en diskussion med yrkesutövaren... det är inte lätt om du förstår kroppen på helt olika sätt.

Andra faktorer som påverkar vårdens möjligheter att erbjuda vård på lika villkor

Andra faktorer som nämndes var "resurser", "brist på läkare/specialister", "politisk styrning" och "det är vården som ska anpassa sig till patienten/brukaren".

När det gäller resurser pekade en respondent på utdelning av resurser "att landstingets sätt att fördela pengar för verksamheten tar hänsyn till att det till exempel tar mycket längre tid med ett mottagningsbesök där man pratar med varandra genom tolk".

Brist på fast anställda läkare och specialister diskuterades av en respondent som en viktig faktor för att kunna erbjuda vård på lika villkor. En del respondenter ansåg att ha "olika läkare hela tiden" minskar möjligheten att erbjuda vård på lika villkor. Kontinuitet i vård är en faktor som nämns "att kunna träffa samma läkare, speciellt

för äldre kroniker eller t ex multisjuka patienter med många problem" och "tillgång till fast anställda läkare" för att kunna erbjuda vård på lika villkor. Tillgång till tolk och "kvalitet på tolkar" samt "kunskap inom personalen om olika kulturer" nämndes som andra viktiga faktorer som kan ha betydelse för att kunna erbjuda vård på lika villkor.

När det gäller politisk styrning och ledarskap ansåg en respondent att "okunskap och ovilja hos ledarskapet" kan vara ett hinder för att kunna erbjuda vård på lika villkor. En annan lägger till behovet av "att kunna samverka med flera sjukvårds instanser".

En annan respondent uttryckte "att personalgrupperna "matchar varandra" och att rätt personalgrupp utför rätt arbetsuppgifter" kan ha betydelse för att kunna erbjuda vård på lika villkor.

En del respondenter lyfte fram frågan om att det är vården som ska anpassa sig till patienten/brukaren och inte tvärtom och detta är en avgörande faktor för att kunna erbjuda vård på lika villkor. En ger ett exempel "de som har svårt att klara att knappa sig fram till Tele-Q har svårare att söka vård om de inte har någon som kan hjälpa dem". En annan förklarade "alla inte är män i 40-50 års ålder ... patienter med svårigheter att "ta sig fram" i sjukvårdssystemet behöver mer tid för att vården ska hålla samma kvalitet som för den som har lätt att ta sig fram".

En del tyckte att ekonomin påverkar möjligheten att erbjuda vård på lika villkor och budgeten har blivit mindre med hänsyn till besparingar

(under 2013). Ett exempel på besparingarnas effekter är att man inte får in flera läkare och personal på vårdcentralen”. Besparingarna påverkar också ”personal styrkan och tiden som man kan ha för patienter”.

Att kunna erbjuda olika kontakt vägar för att kommunicera med vården nämns ”Kontaktvägarna in till vården måste bli flera och mer öppna”.

Andra faktorer som nämndes som kan ha betydelse för att kunna erbjuda vård på lika villkor är ”TID och Åter TID!! Personal Styrka!!!!” (under 2013). En annan respondent förklarade ”Vissa patienter behöver längre tid vid konsultation vilket vi har svårt att tillgodose”. En annan la till ”vi är för lite personal på vår samtalsmottagning” och någon annan respondent anser ”resurserna räcker inte till”. ”För mycket administration och dokumentation”, ”villkoren och ersättningsmedel från beställaren av primärvård”, ”ekonomi politisk inriktning” är andra faktorer som nämndes som kan ha betydelse för att kunna erbjuda vård på lika villkor.

Diskussion

Syftet med denna studie var dels att studera vårdpersonalens perspektiv om jämlik vård dels deras attityder och tankar om metoder för att uppnå en mer jämlik före och efter deltagande i Lärandeprojektet. Studien visar att en verksamhetsförändring har påbörjats, men för att denna ska leda till en mer jämlik vård och ge bestående effekter måste den påbörjade processen få fortsätta och utvecklas över tid.

Att ha tillgång till tolkar nämndes som en viktig faktor för

förbättring och förändringsarbete. Utöver detta framkom att andra faktorer som påverkar vårdens möjligheter att erbjuda vård på lika villkor är Resurser, ekonomiska och tillgång till personal. Tider för besök hos såväl allmänläkare som specialister. Vidare frmhävdesframhävdes vårdens anpassning till patienters/ brukares behov. Detta är i överensstämmelse med tidigare internationell forskning om jämlik vård (Starfield, 1994; De Maeseneer et al., 2007; Oliver & Mosialos, 2004; Hjárn et al., 2001; Helman, 1994; Nguyen et al., 2011; Stolt, 2003; Hetlevik & Gjesdal, 2012).

Det finns två uppfattningar om ”vård på lika villkor” bland vårdpersonalen; en del anser att vård på lika villkor innebär att erbjuda samma vård till alla patienter/brukare och andra anser att vård på lika villkor är att erbjuda vård efter behov. Dessa två uppfattningar har egna konsekvenser och kan leda till val av olika åtgärder och strategier för att erbjuda vård på lika villkor. Det finns också olika uppfattningar om patient/brukare med invandrabakgrund. En del anser att de inte får tillräcklig uppmärksamhet och andra anser att de får för mycket uppmärksamhet inom vården. Dessa två uppfattningar kan också leda till val av olika bemötande, åtgärder och strategier för att erbjuda vård på lika villkor. De flesta anser att de som är svensktalande, högutbildade och ”de som har förmåga att uttrycka sig, de högljudda” samt ”de som kan tala för sig och kan sina rättighet” och ”kan bete sig på rätt sätt” får mest uppmärksamhet inom vården. Resultatet visar också att enligt respondenter

de som har svårt att komma till tals inom vården är de som har svårt att personer som inte kan anpassa sig till vårdens organisation och krav, t.ex. att ringa och boka tid och inte bara dyka upp på VC och kräva att träffa en läkare. I en tidigare forskningsstudie med barnmorskor har samma sätt av tänkande bland vårdpersonal observerats (Akhavan, 2012).

I studien från 2013 framkommer att ha tillgång till kulturtolkar uppfattades som den viktigaste faktorn för förbättrings- och förändringsarbete, vilket kan tolkas som en ökad medvetenhet kring kommunikation, kultur och bemötande under projektet gång.

Patientens förtroende för personalen var 2012 en faktor som ansågs ha stor betydelse för att erbjuda vård på lika villkor. Den faktor som hade minst betydelse var bristande uppföljning av patienten. I resultaten från enkäten 2013 var det tid till patient vid besök och tillgång till personal som hade störst betydelse. Skillnaden kan

bero på alla organisatoriska förändringar som har skett under de senaste åren med t.ex. användning av stafettläkare eller bemanningsföretag inom vården.

Sammanfattningsvis ansåg flertalet att bra samsyn bland kollegor, bra samarbete inom teamen och bra rutiner vad de tre viktigaste förutsättningarna för att kunna åstadkomma förändringar och erbjuda en mer jämlik vård.

Personal och Tid anses som andra viktiga faktorer. Andelen som anser att ekonomiska tillgångar är en av de viktigaste resurserna för att kunna åstadkomma förändring har ökat under 2013. Detta har också stöd i tidigare forskning (Trubek & Das, 2003) som visar att ekonomiska resurser och fördelning av ekonomiska resurser mellan olika socioekonomiska områden i en kommun eller ett landsting kan ha stor betydelse för att kunna erbjuda vård på lika villkor.

Referenser

- Ainalem I., Bengtsson E. Hur har det gått med förbättringsarbetet? – en uppföljning av några av Utvecklingscentrums utbildningsprogram. Malmö: Region Skåne; 2008.
- Akhavan S. Midwives' views on factors that contribute to health care inequalities among immigrants in Sweden: a qualitative study. *International Journal for Equity in Health*, 2012; 11:47. <http://www.equityhealthj.com/content/11/1/47>
- Akhavan S., Aytar O., Söderlund A., Bogg L. & Tillgren P. Blev det ett genombrott? Utvärdering av det nationella Lärandeprojektet – Vård på lika villkor. 2014. Mälardalens Högskola.
- Bartley M. Health inequality – an introduction to theories, concepts and methods. Oxford: Polity press; 2004.

tema

- Carter-Pokras O., Baquet C. What is a "Health Disparity"? Public Health Reports. 2002; 117(sep-oct): 426–434.
- Graham H. Understanding Health Inequalities. Berkshire, UK: Open University Press; 2009.
- De Maeseneer J., Willems S., De Sutter A., Van de Geuchte I., Billings M. Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network. Attleboro: Belgium: Department of Family Medicine and Primary Health Care, Ghent University & USA: Global Health through Education, Training and Service; 2007.
- Graneheim U. H., Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, Nurse Education Today. 2004; 24(2):105–112.
- Gwatkin R. D. 10 best resources on ... health equity. Health Policy and Planning. 2007; 22(5): 348–351.
- Holme I. M., Solvang B. K. Forskningsmetodik – Om kvalitativa och kvantitativa metoder. Lund: Studentlitteratur; 1991.
- Helman CG. Culture, health and illness. 3rd Edition. London: Butterworth-Heinemann; 1994.
- Hetlevik Q., Gjesdal G. Personal continuity of care in Norwegian general practice: A national cross-sectional study. Scandinavian Journal of Primary Health Care. 2012; 30(4):214-221.
- Hjärn A, Haglund B, Persson G, Rosen M. Is there equity in access to health services for ethnic minorities in Sweden? European Journal of Public Health. 2001; 11:147-152.
- Krippendorff K. Content analysis: An introduction to its methodology. Beverly Hills, CA: Sage; 1980.
- Nguyen TU, Tran JH, Kagawa-Singer M, Foo MA. A qualitative assessment of community-based breast health navigation services for Southeast Asian women in Southern California: recommendations for developing a navigator training curriculum. Am J Public Health. 2011; 101(1):87-93.
- Oliver A, Mossialos E. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. J Epidemiol Community Health. 2004; 58:655–658.
- Hälso- och sjukvårdslag (SFS 1982:763) Stockholm: Socialdepartementet.
- SKL, Sveriges Kommuner och Landsting. Vård på (o)lika villkor. En kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård. 2009. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKL, Sveriges Kommuner och Landsting. Genombrottsmetodik. Hämtad från: <http://skl.se/halsasjukvard/psykiskhalsa/battrevardmindretvang/genombrottsmetodik.1875.html>
- Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut. Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2013. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Starfield B. Is primary care essential? The Lancet. 1994; 344(8930):1129-1133.
- Stolt M. Fastelegeordning i Norge har gett primärvården 700 nya läkare på två år. Läkartidningen. 2003; 100(40):31-36.
- Trubek L. G., Das M. Achieving equality: Health care governance in transition. American Journal of Law & Medicine. 2003; 29(2-3):395–421.
- Patton M. Q. Qualitative evaluation and research method. 2th ed. Newbury Park, CA: Sage; 1990.
- Utvecklingscentrum - Region Skåne. Vårdavdelning i ständig förbättring – Genombrottsmetodik. Malmö: Region Skåne; 2008.