

Oreglerad=Fri?

En studie om Läkarkliniken

The discrepancy in the rights for healthcare between undocumented migrants and the citizen in Sweden is a prerequisite for the existence of Läkarkliniken. Because of the chosen patient group the clinic stands outside the regulations from the National Board of Health and Welfare. The aim of this study was, from an institutional perspective, to investigate how such a unique player is designed and where the influences to the design origin from. The task was conducted thorough a qualitative case study with base in depth interviews. High levels of isomorphism were observed between Läkarkliniken and the general healthcare, however differences were seen as well. A summarizing conclusion is that it is the areas of difference between the clinic and the environment that causes the most practical workload for the organization, not the areas of institutional alignment.

Författare: Isabella Bizjak (20476) och Elin Blomqvist (20976)

Handledare: Karin Fernler

Examinator: Dag Björkegren

Opponent: Mirja Bokholm och Anna Savostina

Framläggning: 2011-05-31, kl. 16:15-17:00.

Förord

Genom detta förord vill vi tacka *alla* personer som har bidragit till denna uppsats. Inledningsvis vill rikta ett stort tack till vår handledare Karin Fernler som har gett oss stöd, värdefulla synpunkter och inspirerande idéer.

Vi vill även rikta ett lika stort tack till personalen på Läkarkliniken som har tagit sig tid att visa oss kliniken samt delat med sig av uppfattningar och upplevelser. Ett sista tack vill vi rikta till de respondenter som upplyst oss och gett oss större förståelse för reglering av Hälso- och sjukvården i Sverige.

Utan er alla hade inte uppsatsen varit möjlig.

Stockholm 23 maj 2011

Isabella Bizjak

Elin Blomqvist

Innehållsförteckning

Inledning	5
Definition av papperslösa	6
Syfte och forskningsfråga.....	6
Avgränsningar	6
Metod.....	8
Forskningsansats.....	8
Deduktiv eller induktiv ansats?	8
Kvalitativ och kvantitativ metod	8
Forskningsmetod.....	9
Fallstudie	9
Datainsamling	9
Primärdata	9
Sekundärdata	11
Datareduktion och analys	11
Forskningskvalitet	11
Intern giltighet	11
Överförbarhet	11
Resultatens tillförlitlighet.....	12
Teoretisk referensram	13
Inledning	13
Centrala begrepp inom institutionell teori	13
Legitimitetsskapande i organisationer.....	14
DiMaggio & Powells tre källor till isomorfism.....	15
Tvingande isomorfism.....	15
Härmande processer	16
Normativt tryck.....	16
Anledningar till att isomorfism inte uppstår.....	16
Empiri	18
Bakgrund till Médecins du Monde och Läkare i världen.....	18
Hur allt började – Läkarkliniken startas	18
Läkarkliniken idag.....	19

Flödesschema för kliniken.....	20
Roller på kliniken.....	20
Klinikgrupper och klinikgruppsmöten.....	24
Klinikgrupper	24
Remisser och samarbeten.....	28
Journalssystemet	30
Reglering av hälso- och sjukvården i Sverige	30
Analys	32
Observerade likheter	32
Likt och olik	34
Observerade olikheter	35
Vidare reflektioner	36
Ekonomi	36
Personal	37
Samarbeten.....	37
Slutord.....	38
Slutsats.....	39
Källförteckning	40
Intervjuer	40
Intervjuer Läkarkliniken	40
Övriga intervjuer	40
Skriftliga källor	40
Internetresurser	41
Övrigt	42
Appendix	43
Appendix 1: Läkarklinikens PM	43
Appendix 2: Läkarklinikens journalblad	44

Inledning

I Sverige och Europa pågår just nu en het debatt om immigration och rätten till vård för papperslösa. De papperslösa utgör en utsatt grupp i samhället och Sverige har fått kritik från FN för bristande tillgång till sjukvård för dessa personer. Hur många papperslösa som uppehåller sig i Sverige råder det dålig kunskap om, i den allmänna debatten figurerar siffror som varierar mellan 10 000 och 50 000 personer.¹

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen har alla människor *rätt* till "omedelbar vård" (akut vård) vid behov. För papperslösa över 18 år är detta den enda vård som landstingen är *skyldiga* att erbjuda. Vården är inte subventionerad och landstingen får ingen ekonomisk ersättning från staten. Betalningsansvaret för vården har således patienten själv. Detta innebär att kostnaden för en papperslös som besöker akuten uppgår till minst cirka 2 000 kr. Behövs en akut operation kan räkningen bli avsevärt dyrare. (Vestin, 2009).

Det faktum att landstingen inte är skyldiga att erbjuda mer än akutvård innebär att papperslösa *kan* nekas "Vård som inte kan anstå", det vill säga vård som inte är omedelbart akut men som ändå är nödvändig för att ett allvarligt tillstånd inte ska förvärras. Det är dock inte förbjudet att erbjuda mer vård än vad patienten formellt har rätt till. Flera landsting har antagit egna riktlinjer som klargör hur papperslösa ska bemötas. (Vestin, 2009). Stockholms läns landsting har något generösare regler än vad lagen kräver, framförallt då papperslösas har *rätt* till mödravård. (Rönnerfalk, 2009).

Läkarkliniken är en klinik i Stockholm dit papperslösa personer som uppehåller sig i Sverige erbjuds vård helt utan kostnad. Verksamheten drivs helt ideellt med syftet att öka tillgängligheten till hälso- och sjukvård för papperslösa. Sjukvårdspersonalen består av ett nätverk av volontärer som bistår med allt ifrån läkarvård och sjukgymnastik till psykologsamtal och rådgivning. Kliniken är inte hemlig men adressen är skyddad med hänsyn till patienternas speciella livssituationer. Kliniken drivs av och är en del av Läkare i världen (LIV). LIV är i sin tur den svenska grenen av Médecins du Monde en religiöst och partipolitiskt obunden humanitär hjälporganisation.

I Sverige regleras den offentliga och privata vården av Socialstyrelsen och majoriteten av all vård finansieras av stat och landsting.² En stor del av denna reglering behandlar hur vårdverksamheter ska vara organiserade. För Läkarkliniken är situationen annorlunda. Kliniken är inte registrerad som vårdgivare och inte en del av den offentliga vården. Såväl kliniken som Läkare i världen Sveriges verksamhet finansieras till 95 % av moderorganisationen Médecins du Monde. Övriga 5 % består av donationer.³ Genom detta upplägg står kliniken utanför den ordinarie regleringen av vården i Sverige och man har därmed stor frihet att välja hur man vill organisera sin verksamhet. Detta gör verksamheten i sig intressant att studera.

Både LIV och dess verksamhet Läkarkliniken har ett stort mått av självstyre i förhållande till moderorganisationen. Det enda Médecins du Monde reglerar är hur den gemensamma logotypen får

¹ <http://www.riksdagen.se/webbnav/?nid=410&dokid=GX02Ju239> (2011-05-18)

² Intervju med generaldirektör Leading Health Care (2011-05-03)

³ Intervju med Ansvarig insamling, kampanj och påverkan Läkare i Världen (2011-03-14)

användas, hur man kommunicerar med media samt större beslut och investeringar som kräver kapital från moderorganisationen. Läkarkliniken är med andra ord fri från regleringar från både offentliga lagar och förordningar samt i stort sett fri från intern reglering av den egna organisationen. Detta är ytterligare en anledning till varför kliniken är intressant att studera.

Inom organisationsteorin utvecklades under början av 1980-talet teorier, under begreppet institutionell teori. Dessa handlar om att organisationer påverkas av de normer de har i sin omgivning och att organisationer inom samma fält tenderar att införa strukturer så att de blir mer och mer lika varandra. De flesta organisationer som studerats inom denna är officiella organisationer som är offentligt reglerade. Få studier har gjorts på organisationer som står utanför den offentliga regleringen. Teoretiskt gör det Läkarkliniken mycket relevant att studera.

Definition av papperslösa

Med "papperslösa" avses i arbetet alla människor som saknar "papper" det vill säga som behöver ett tillstånd av staten för att få vistas i Sverige och som befinner sig i Sverige utan ett sådant tillstånd. Det kan vara personer kommit in i landet på ett okonventionellt sätt och som aldrig sökt asyl, personer som fått avslag på sin asylansökan och håller sig gömda, barn som fötts i Sverige av papperslösa föräldrar eller personer som blivit kvar i landet då deras visum gått ut.

Syfte och forskningsfråga

Syftet med uppsatsen i allmänhet är att undersöka hur en organisation som står utanför den formella regleringen utformas organisatorisk. Mer specifikt är syftet att titta på hur denna utformning sker då det är en vårdverksamhet som är fokus för undersökningen. Då hälso- och sjukvården i Sverige är starkt reglerad av lagar och förordningar finner vi det väldigt intressant att se hur en enskild vårdaktör utanför denna reglering hanterar sin situation. Vår frågeställning med underfrågor lyder därför:

Hur utformas en vårdorganisation som inte är offentligt reglerad? I vilken mån följer man samhällets normer, de normer som finns inom vården och hur mycket väljer man fritt? Och varför blir det på det ena eller andra sättet?

Avgränsningar

Då vi har haft en strikt tidsram att hålla oss till under skrivandet av denna uppsats har vi varit tvungna att avgränsa oss i valet av forskningsobjekt. Denna fokusering har även gjorts för att öka kvaliteten på uppsatsen genom att kunna gå djupare på ett avgränsat område istället för att undersöka många fenomen ytligt.

För denna uppsats kommer vi därför inte att titta på organisationsstrukturerna hos Médecins du Monde i världen eller Läkare i Världen Sverige. Vi kommer istället endast att studera Läkarklinikens verksamhet som går ut på att ge vård till papperslösa som befinner sig i Sverige. Vidare fokuserar vi på vuxna papperslösa och inte de som räknas som asylsökande eller papperslösa barn eftersom andra regler gällande vård gäller för dessa grupper.

Vi vill även poängtera att vi kommer att studera reglering av vården på ett generellt plan och inte i detalj eftersom det ligger utom ramen för uppsatsen.

Metod

Läkarkliniken utgör ett unikt fenomen inom Hälso- och sjukvården i Sverige eftersom det är en organisation som ger vård utan att vara en del av den offentliga eller privata vården i Sverige. Detta faktum gjorde att vi tyckte att organisationen var väldigt spännande och ett intressant ämne för vår kandidatuppsats. Att vi båda två dessutom studerar till läkare på Karolinska Institutet parallellt med våra handelsstudier bidrog ytterligare till vårt intresse för Läkarkliniken. Det finns i allmänhet väldigt lite forskning gällande organisationer som befinner sig utanför det offentliga systemet, och i synnerhet gällande vårdorganisationer i denna situation. Vi såg därför explorativa möjligheter inom området som ytterligare väckte vårt intresse.

Här nedan kommer vi att beskriva vilka metoder vi har använt oss av för att undersöka Läkarkliniken som forskningsobjekt.

Forskningsansats

Deduktiv eller induktiv ansats?

Vid skrivande av en samhällsvetenskaplig uppsats finns det två vägar att gå gällande vilken typ av forskningsansats undersökningen ska ha. Det första alternativet är använda sig av *deduktion*, det vill säga bevisföringens väg, och det andra är att använda sig av *induktion*, upptäckstens väg. (Holmberg, 1987, Andersen 1998). Deduktion är tätt sammankopplat med kvantitativa studier och innebär att man går från teori till empiri. Med stöd i teoretiska antaganden definierar undersökaren vilken typ av information som är mest relevant att söka efter och var man söka ska efter denna. Induktion, å andra sidan, hänger ihop med kvalitativa studier och vid denna forskningsansats försöker undersökaren att förhålla sig så objektivt som möjligt till undersökningen genom att samla in data på ett så öppet sätt som möjligt samt genom att undvika att styra de data som samlas in. (Jacobsen, 2007).

När vi startade vår undersökning om Läkarkliniken hade vi, på grund av dess hemliga natur, väldigt lite information om organisationen och vi hade därför svårt att välja en lämplig teoretisk ram från början. En deduktiv forskningsansats valdes därmed bort. Vi bestämde oss istället för att ha en induktiv ansats för vårt arbete för att på så sätt tillgodogöra oss så mycket information som möjligt om hur Läkarkliniken och dess omgivning var organiserad för att därefter kunna analysera dessa fynd. Denna analys ledde gradvis fram till slutsatsen att institutionell teori var lämplig för att förstå klinikens verksamhet. I ett senare skede kom därför forskningsansatsen att få en abduktiv karaktär, det vill säga ett växelspel mellan teori och empiriansamling. (Alvesson & Skoldberg, 1994).

Kvalitativ och kvantitativ metod

Enligt Holme & Solvang (1997) syftar kvalitativa metoder till att fånga egenarten hos en enskild enhet och dennas speciella livssituation medan kvantitativ information införskaffas på ett sätt som präglas av avstånd och urval. Eftersom vår frågeställning handlar om att studera hur den enskilda organisationen Läkarkliniken har utformats och utvecklats samt varför dessa processer har skett på de sätt de har passar den kvalitativa metoden bäst för oss, med hänsyn till vår frågeställning.

Vid en kvalitativ undersökning ska källorna normalt anonymiseras⁴ och vi har därför valt att göra detta i uppsatsen. Endast personer som har varit med och startat kliniken nämns vid namn då vi anser att de är en del av Läkarklinikens historia och därmed viktiga för fullständig förståelse av empirin.

Forskningsmetod

Vår uppsats ämnar undersöka hur en organisation som inte är en del av den generella vården i Sverige väljer att organisera sig. Under arbetets gång beslutade vi att försöka förstå detta utifrån institutionell teori. För detta ändamål krävs en omfattande förståelse av verksamheten och vi har därför valt att göra en fallstudie.

Fallstudie

Fallstudier är lämpliga när vi vill få en djupare förståelse för en viss händelse samt när vi vill beskriva vad som är specifikt för en enskild plats, till exempel en organisation. Vidare är fallstudier också lämpliga för att vidareutveckla teorier genom att utifrån fallstudien skapa hypoteser som kan prövas i senare studier. (Jacobsen, 2002). Vid vår undersökning av Läkarkliniken kändes fallstudie som ett självklart val av forskningsmetod eftersom organisationen utgör en unik företeelse inom Hälso- och sjukvården i Sverige. Att få en djupare förståelse för dess förutsättningar genom en fallstudie var därför ett attraktivt val. Under arbetets gång har vi även märkt ett stort intresse för organisationen som fenomen och vi hoppas att vi genom detta arbete kan bereda väg för ytterligare forskning inom området.

Datainsamling

Primärdata

Vid datainsamling baserad på primärdata är insamlingen skräddarsydd för en specifik problemställning. Primärdata fås genom att använda metoder som intervju, observation eller frågeformulär. (Jacobsen, 2002). För denna uppsats har vi valt att använda oss av öppna intervjuer samt observationer direkt på plats på Läkarkliniken. Enligt Jacobsen (2002) är öppna intervjuer mest lämpliga när relativt få enheter undersöks, när vi är intresserade av vad den enskilde individen säger samt när vi är intresserade av hur individen tolkar och lägger mening i ett speciellt fenomen. Alla dessa kriterier tycker vi är uppfyllda vid undersökning av Läkarkliniken och vi anser därför att öppna djupintervjuer var ett passande val av metod.

Under arbetet med uppsatsen har vi genomfört totalt tio intervjuer (för fullständig intervju lista se källförteckningen). Sju stycken av dessa har varit med personer som har koppling till Läkarkliniken; antingen som medgrundare av kliniken, administrativt ansvariga eller som volontärer. Vid val av intervju personer på Läkarkliniken har vi försökt att få så stor spridning som möjligt gällande intervju personernas roller på kliniken, allt för att få en så omfattande och rättvisande bild av verksamheten som möjligt. Överlag har vi fått väldigt bra och uttömmande svar, det enda vi

⁴http://www.hb.se/wps/portal/lut/p/c1/hY9BDolwEEXP4gFMZ1ossCwF2qpAUKnlhrAwhkTQROP5rXFjSNSZ5fsv84c0xO3YPfTd-8vY3cmNWI4m2S6CiMUoHwaAGWlIXG8w8yi4wfe5gWtUs8gBjxBoFx70doaUDH7Y-9f9z4SkJS-Syhl87WJUbl3hy8jYOoXYep8EWojyg1Qf8KLFF8NqNQZ02a55BQuigAc35ZsRSVGZvGzH_e8N_xf64vw5Fsbw9yH_WroTW_mYjZ7AnBQFBQ!/dl2/d1/L2dJQSEvUUt3QS9ZQnB3LzZfRU1IVTICMUEwRzcyODAyM1FWQ0REVDfVMjQ!/ [2011-05-22]

observerat som ett problem är att det har varit svårt att få intervjupersonerna att berätta om hur det gick till när Läkarkliniken grundades för 16 år sedan. Dels på grund av att de flesta av volontärerna inte var medlemmar i organisationen på den tiden och dels på grund av att människor glömmer eller förvränger det som hände för så lång tid sedan.

De övriga tre intervjuerna har varit med personer med kunskap om vårdens uppbyggnad och reglering i samhället, då det har varit viktigt för oss att förstå vilka faktorer som styr vårdorganisationer. För detta syfte har vi intervjuat en jurist på Socialstyrelsen, före detta chefen på Hälso- och Sjukvårdsavdelning på Socialstyrelsen samt generalsekreteraren på Leading Health Care, en akademisk tankesmedja för fördjupad dialog kring dagens och morgondagens hälso- och sjukvård i Sverige och internationellt. Dessa tre intervjuer, information från Socialstyrelsens författningstexter samt våra egna erfarenheter från när vi rört oss i vården under utbildningen ligger till grund för hur vi bildat oss vår uppfattning om den generella vården. Vi definierar den generella vården som det organisatoriska fältet hälso-och sjukvården i Sverige samt de organisationer som ingår där och det är den generella vården som vi jämför Läkarkliniken med i vår analys.

Under arbetets gång har vi satt oss in i de lagar och förordningar som reglerar vården. Dock är att beskriva och analysera dessa ett ofantligt stort uppdrag och tyvärr utom ramen för detta arbete. I empirin har vi därför sammanställt våra lärdomar från de tre källorna ovan till ett kort generellt stycke gällande reglering av hälso- och sjukvård i Sverige. Vi önskar att vi hade haft möjlighet att beskriva ämnet vidare men vill igenom denna sammanställning ändå ge läsaren möjlighet att förstå de viktigaste principerna.

Jacobsen (2002) rekommenderar att intervjuer ska göras ansikte mot ansikte eftersom det är lättare att ha ett givande, öppet samtal då än vad det är över telefon. Majoriteten av våra intervjuer har vi därför genomfört på detta sätt och intervjuerna har pågått mellan cirka en till två timmar. Ett par av intervjuerna har vi dock varit tvungna att genomföra över telefon. Vid dessa tillfällen har vi emellertid försökt att boka en tid då det har passat att vi ringt upp, allt för att intervjupersonen inte ska känna sig stressad under samtalet då detta skulle kunna försämra de svar vi får. För att grundligt utröna hur det gick till när kliniken grundades har vi även genomfört kompletterande intervjuer med en del av intervjupersonerna. Jacobsen (2002) förespråkar att om man vill få en helhetsbild av ett enskilt fall- en person eller en situation- ska man försöka genomföra flera intervjuer med samma person, vilket vi alltså gjort.

Som ytterligare insamling av primärdata har vi även besökt Läkarkliniken vid två tillfällen för att observera verksamheten i verkligheten. Observationer passar bra när vi är intresserade av att registrera vad människor faktiskt gör (beteende), inte vad de säger att de gör, samt för att registrera beteende i en kontext (Jacobsen 2002). Vid vårt första besök fick vi en introduktion till klinikens verksamhet samt fick vara med under en mottagningskväll. Vårt andra besök bestod bara av att kopiera material och vi fick vid detta tillfälle endast en snabb glimt av klinikverksamheten. Vår förhoppning när vi påbörjade uppsatsarbetet var att vi skulle kunna besöka kliniken ett flertal gånger för att kunna studera verksamheten på plats. Vid kontakt med Läkarklinikens administrativt ansvariga blev vi dock nekade detta med hänvisning till att det är många som vill besöka kliniken och att de på grund av utrymmesbrist måste ge platserna till volontärer etc. Då vårt första och enda riktiga besök på kliniken var precis i uppsatsarbetets början, innan vi hade haft några intervjuer, var det många processer som vi inte förstod till fullo och det hade därför varit värdefullt för oss att få

besöka kliniken en gång till senare under arbetets gång. Vi upplever emellertid att vi har fått ut ett omfattande empirimaterial från de intervjuer vi genomfört och anser därför att bristen på direkta observationer inte bör påverka undersökningen i någon större grad.

Sekundärdata

Vid sekundär datainsamling utgår man från information som har samlats ihop av andra och man måste därför vara kritisk till urvalet av källor till dessa data. (Jacobsen, 2002). Vår sekundärdata består framförallt av kopior av Läkarklinikens journaler och PM (se appendix 1 och 2) samt information från Läkarklinikens egna broschyrer som vi fått vid intervjuer. Journalerna och PM:en kan nästan ses som direkta observationer av kliniken då de utgör en praktisk del av verksamheten och dessa sekundärdata bedöms därmed som pålitliga. Vi har även fått en del empirisk information från en tidningsartikel från Focus. Denna sekundärdata har granskats mer kritiskt än information vi fått från primärdata och vi har noggrant övervägt vilken information som kan betraktas som riktig och relevant.

Datareduktion och analys

Intervjuerna som vi har genomfört har spelats in och vi har även fört anteckningar under samtalen. Detta material har sedan renskrivits och byggblock från intervjuerna gällande samma typ av information har sammanfogats resulterande i en grovmall över Läkarklinikens struktur. Denna mall har därefter finslipats och skrivits om för att slutligen leda till uppsatsens empiridel.

Som vi nämnde tidigare är vi båda läkarstudenter utöver att vara studenter vid Handelshögskolan. Genom vår läkarutbildning har vi praktiska erfarenheter av vården som vi tror har varit till stor nytta för förståelse av Läkarklinikens verksamhet samt av vårdstruktur i allmänhet vilket underlättat och fördjupat vår analys. Vi har även märkt att genom att säga att vi är läkarstudenter har vi bemötts med mindre skepsis av vårdpersonal och detta har troligen lett till att vi fått ut mer information under våra intervjuer än om vi sagt att vi bara studerat ekonomi.

Forskningskvalitet

Jacobsen (2002) tar upp tre kriterier för att undersöka kvalitén hos genomförd forskning: intern giltighet, överförbarhet samt resultatens tillförlitlighet.

Intern giltighet

Intern giltighet handlar om resultatens giltighet, att kritiskt granska resultatet och fråga sig själv om vi har fått fram det vi ville ha. (Jacobsen, 2002). För vår undersökning av Läkarkliniken anser vi att vi att resultatet från intervjuerna bör vara riktigt eftersom vi eftersträvat att ha många intervjuer med många olika personer som är engagerade i Läkarkliniken samt sett till att vi intervjuat personer med olika roller inom organisationen. Dock kan man ha synpunkter på hur vi utförde våra direktobservationer. Då vi endast fick möjlighet att besöka kliniken en gång ordentligt hade det i efterhand varit bättre om vi gjort det senare under arbetets gång efter att vi haft några intervjuer. Då hade vi kunnat förbereda oss mer inför besöket och aktivt observera olika processer, ta bilder etc.

Överförbarhet

Överförbarhet handlar om i vilken grad som rönen från en undersökning kan generaliseras. Kvalitativa studier har dock inte som mål att generalisera från en litet urval till en större grupp utan i

detta fall handlar det om att generalisera det lilla urvalet till en teori. (Jacobsen 2002). Då vi tittat på en unik enhet kan det bli svårt att skapa några generella teorier utifrån det. Dock anser vi att resultatet av vår undersökning återspeglar tendenser inom vården som går att generalisera och knyta an till existerande teori.

Resultatens tillförlitlighet

Det tredje kriteriet utreder om själva undersökningsmetoden har påverkat resultatet, till exempel genom att den intervjuade personen påverkas av den som intervjuar etc. (Jacobsen 2002). Vi har försökt att få resultaten så tillförlitliga som möjligt genom att genomföra de flesta intervjuer tillsammans så att anteckningar från intervjuerna inte speglar endast en frågeställares bild samt genom att försöka hålla oss neutrala till dem vi intervjuar. Vi har även genomfört intervjuerna i miljöer där den intervjuade personen har kunnat prata fritt, utan att behöva oroa sig för vad någon annan tycker om uttalandena. Vi anser inte att det faktum att kliniken ligger utanför den ordinarie vården har påverkat mängden eller kvaliteten på den information som vi har fått fram vid intervjuerna. De intervjuade har berättat väldigt öppet och fritt och det enda krav vi har haft på oss har varit att vi håller adressen till kliniken hemlig för att minska oron hos patientgruppen.

Ytterligare en aspekt att ta hänsyn till gällande resultatens tillförlitlighet är om vår roll som läkarstudenter har påverkat den bild vi har av den generella vården och att jämförelsen mellan denna och Läkarkliniken på så sätt påverkas. Vi bedömer dock denna risk som låg då vi i analysen endast tar upp mycket generella fenomen som är centrala inom sjukvården, som till exempel journaler.

Teoretisk referensram

Inledning

Traditionellt sett har organisationsteorin utgått ifrån att en organisations struktur och processer syftar till att maximera dess effektivitet. Synsättet bygger på sex antaganden och har sin grund i Taylors "Scientific Management" och Webers "Monokratiska Byråkrati": (1) Organisationer existerar för att man skall kunna uppnå uppställda mål, (2) organisationer förbättrar effektivitet och utfall genom specialisering och tydlig arbetsfördelning, (3) lämpliga samordnings- och kontrollformer säkerställer att olika individers och enheters ansträngningar kopplas samman, (4) organisationer fungerar bäst då rationaliteten ges företräde framför personliga preferenser och yttre tryck, (5) strukturerna måste utformas på ett sådant sätt att de passar organisationens villkor (exempelvis vad gäller mål, teknologi, arbetsstyrka och omgivning) och (6) problem och försämrade prestationer uppstår till följd av strukturella svagheter och kan åtgärdas med hjälp av analys och omstrukturering. (Bolman & Deal, 2005).

Detta traditionella sätt att se på organisationer lyfter fram organisationen som ett produktionssystem där olika enheter inom organisationen har olika uppgifter att lösa. Indelningen av de olika enheterna kan vara gjord utifrån någon av de två huvudprinciperna funktionsbaserad- eller marknadsbaserad gruppering. Vid funktionsbaserad gruppering är organisationen indelad i byggblock efter liknande uppgifter så som inköp, produktion, försäljning etc. Vid marknadsbaserad indelning, å andra sidan, sammanför man alla olika uppgifter specifika för en viss marknad och byggblocken blir då till exempel avdelningen för privatkunder, företagskunder respektive utlandskunder etc. (Jacobsen & Thorsvik, 2008).

Under de senaste decennierna har det dock väckts ett intresse för att förstå organisationers formella struktur utifrån deras samspel med omvärlden. Begreppet institutionell omvärld fokuserar på hur kulturella aspekter hos omvärlden kan påverka organisationer och syftar mer specifikt på grundläggande antaganden, värderingar och normer i omgivningen som präglar inställningen till hur olika slags verksamheter bör etableras och organiseras, styras och ledas. (DiMaggio & Powell 1991, Jacobsen & Thorsvik, 2008).

I skriften "Aktörer och institutionell teori" hänvisar Tengblad (2006) till DiMaggio & Powells uttalande om att startpunkten för "nyinstitutionalismen" (institutionell teori) kom genom Meyer & Rowans artikel *Institutionalized Organisations: Formal Structure as Myth and Ceremony* från 1977. Tengblad framhåller även DiMaggio & Powells *The Iron Cage Revisited: institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields* (1983) som en av de mest betydelsefulla artiklarna inom institutionell teori. Som utgångspunkt för vår teoretiska referensram kommer vi därför att ta avstamp i dessa två artiklar. DiMaggio & Powells (1983) uppdelning i tre olika typer av isomorfism (likriktning) kommer senare även att vara grundpelaren för vår analys.

Centrala begrepp inom institutionell teori

Innan vi fördjupar oss i Meyer & Rowan samt Di Maggio & Powells syn på institutionell teori vill vi börja med att förklara några centrala begrepp inom området.

Formell organisation: Begreppet innebär ett översiktsplan över aktiviteter inom en organisation så som till exempel vilka olika kontor och avdelningar som ingår i organisationen samt vilka positioner, processer och program som finns. (Meyer & Rowan 1977).

Institution: Institutioner består enligt Berger & Luckmann av gemensamma "typifieringar" som över tiden får en "objektiv" och "självklar" status (...) Berger & Luckmanns institutioner består av rutinmässiga tolkningsmönster som med tiden betraktas som självklara (taken-for-granted). De framhåller att institutioner byggs upp därför att människan har en önskan att etablera vanor för att effektivisera sin tillvaro och reducera osäkerhet. (Tengblad, 2006). I relation till organisationer kan institutioner ses som en slags generella normer (Fernler, 1996) eller kognitiva föreställningar (Tengblad, 2006). Dessa normer eller föreställningar kan liknas vid en slags kulturella regler som ger kollektiv mening och värde åt specifika enheter, aktiviteter eller strukturer (Meyer, Boli & Thomas 1994, Fernler, 1996). De framställer vissa strukturer som lämpliga, naturliga, självklara eller nödvändiga för varje legitim, det vill säga demokratisk, rationell, effektiv eller modern organisation att införa. (Meyer & Rowan 1977, DiMaggio & Powell 1983, Fernler, 1996).

Isomorfism: Begreppet betyder likriktning och ordet syftar på de processer som får organisationer att likna andra organisationer. (Bolman & Deal, 2005).

Organisatoriskt fält: Med ett organisatorisk fält menas flera organisationer som producerar liknande tjänster och produkter och som tillsammans utgör en accepterad institutionell sfär. (DiMaggio & Powell, 1983). Begreppet är bredare än bransch och som exempel kan ges att i hälso- och sjukvårdsfältet ingår inte bara sjukhus och vårdcentraler utan även organisationer såsom Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Läkarförbundet.

Byggblock: Byggblock är mycket specifika institutionaliserade normer som ger direkta föreskrifter för hur organisationen ska byggas upp. Exempel på byggblock är professioner som ekonomer och läkare, strukturer som personalavdelning och företagshälsovård samt tekniker som redovisning och budgetering. Vissa av dessa byggblock förväntas finnas i alla typer av organisationer. (...) Andra berör endast specifika organisationstyper. (Meyer & Rowan 1977, Fernler, 1996).

Legitimitetsskapande i organisationer

En utgångspunkt för institutionell teori är att för en organisation är framgången och överlevnaden starkt beroende av att omgivningen uppfattar organisationen som legitim. Enligt Meyer & Rowan (1977) skapas legitimitet för en organisation genom att denna lever upp till de institutionaliserade generella normer som samhället är genomsyrat av. Att göra detta kan dock ofta ligga i konflikt med vad som är effektivast för organisationen och Meyer & Rowan observerar därför att det för många företag finns en diskrepans mellan vilka uppgifter som faktiskt utförs i organisationen och vad man säger att man gör enligt den formella strukturen. Denna särkoppling mellan verklighet och formell struktur kallas decoupling (särkoppling). Författarna hävdar att de formella strukturerna hos många organisationer i det postindustriella samhället reflekterar myterna, det vill säga de generella normerna, i deras institutionella omgivning istället för att reflektera efterfrågan från deras verkliga arbetsuppgifter. Genom ceremoniell återupprepning av myterna befest de även gång på gång och blir en självklar del av samhället.

Meyer & Rowan hävdar att legitimitetsskapande normer eller föreställningar influerar organisationer på alla plan. Normer definierar till exempel vilka byggblock som bör finnas i ett företag, så som

försäljning, produktion och redovisning, eller ett sjukhus, så som kirurgi och internmedicin. Men normerna formar även byggblocken i sig och ger dem legitimitet. Genom denna process i kombination med det ökade fokuset på formella organisationer ges möjlighet för en organisation att själva skapa den bild av den formella organisation den vill ha, och som ligger i linje med de generella normerna i omgivningen, genom att välja mellan legitimitetsskapande byggblock.

“The growth of rationalized institutional structures in society makes formal organizations both easier to create and more necessary. After all, the building blocks for organizations come to be littered around the societal landscape; it takes only a little entrepreneurial energy to assemble them into a structure. And because these building blocks are considered proper, adequate, rational, and necessary, organizations must incorporate them to avoid illegitimacy. Thus, the myths built into rationalized institutional elements create the necessity, the opportunity, and the impulse to organize rationally, over and above pressures in this direction created by the need to manage proximate relational networks.” (Meyer & Rowan, 1977, sid. 345).

Författarna hävdar vidare att byggblocken har enorm påverkan på organisationer och organiseringssituationer. Normer för byggblocken och byggblocken i sig påverkar hur nyorganisering och omorganisering sker och kräver ofta att deltagarna organiserar sig enligt bestämda linjer.

Enligt Meyer & Rowan finns det tre processer som genererar myterna eller de generella normerna. Den första processen är *utarbetningen av komplexa relationsnätverk*. Det innebär att ju fler sammanlänkade relationsnätverk samhället får desto mer ökar antalet myter och normer. Process nummer två handlar om *nivån av kollektiv organisering av omgivningen*. Detta innebär att generella normer kan ha legitimitet baserad på lagar, förordningar, praxis etc. och ju större denna kollektiva organisering är desto större genomslagskraft får normerna. Den sista processen som genererar myter och generella normer är *ledarskapsansträngningarna hos lokala organisationer*. Med detta menas att organisationer anpassar sig till sin institutionella omgivning men att de ofta tar en aktiv roll i att forma denna omgivning. Hög grad av engagemang hos organisationer bidrar därmed också till att generella normer genereras. Organisationers anpassning till dessa generella normer i omgivningen leder till isomorfism, vilket kommer att beskrivas ytterligare i stycket nedan. I litteraturen finns det många olika indelningar av isomorfism. Vi har dock valt att utgå ifrån DiMaggio & Powells indelning då vi tycker att den passar bra in på Läkarklinikens situation. DiMaggio & Powells artikel om isomorfism anses dessutom vara en av grundpelarna inom institutionell teori och det gör det ännu mera rimligt att utgå ifrån den.

DiMaggio & Powells tre källor till isomorfism

När en grupp organisationer utkristalliserar sig så att dessa kan benämnas som ett organisatoriskt fält observerar DiMaggio & Powell (1983) att en likriktning mellan organisationerna sker. Författarna identifierar och beskriver tre olika typer av denna isomorfism.

Tvingande isomorfism

Denna typ av isomorfism kan komma från både formellt och informellt tryck som utövas på organisationen från andra organisationer som den är beroende av. Kulturella förväntningar som finns i den del av samhället där organisationen verkar kan också ha en isomorf effekt. Trycket kan ta sig tre olika former, det kan upplevas som tvingande, övertygande eller som en inbjudan till samförstånd. Ett exempel på tvingande isomorfism är lagar och förordningar som organisationer måste anpassa sig till. Om staten till exempel inför en ny lag som reglerar mängden tillåtna

miljöskadliga utsläpp kommer detta att påverka produktionsteknologin hos alla företag som berörs av den nya lagen och en likriktning mot mer utsläppssnål produktion kommer att ske.

Författarna beskriver vidare hur tvingande isomorfism från staten och det sociala systemet kan användas som stöd samt för att eliminera svårigheter för organisationer som är i beroendeförhållande med andra organisationer. När organisationerna inte vet hur de ska hantera relationen kan tvingande isomorfism från det sociala systemet användas för att minska osäkerheten. (Pfeffer & Salancik 1978, DiMaggio & Powell 1983). Mindre organisationer anpassar sig även i högre grad till de större organisationerna. Ett dotterbolag i en företagskoncern måste till exempel anpassa sin redovisning, budget etc. efter de principer som moderbolaget använder sig av.

Härmande processer

Ett grundantagande för denna typ av isomorfism är att osäkerhet är en stark kraft som driver organisationer till att efterlikna och härma andra organisationers struktur samt sätt att göra saker på. När osäkerheten gällande till exempel mål eller teknologi är stor för en organisation är en lösning för att minska osäkerheten att titta på hur andra har gjort och sedan göra likadant. Vid dessa situationer brukar den efterföljande organisationen välja att efterlikna en organisation inom samma organisatoriska fält som man upplever som framgångsrik och legitim. Anledningar till att härmande processer sker kan till exempel vara att anställda plockar med sig kunskaper från tidigare arbetsplatser eller att många företag inom samma organisatoriska fält använder sig av samma konsultbyråer vilket leder till att liknande modeller implementeras inom organisationerna.

Av DiMaggio & Powells tre typer av isomorfism är det den härmande som har fått mest uppmärksamhet inom forskningsvärlden. (Tengblad, 2006).

Normativt tryck

Den tredje typen av isomorfism som DiMaggio & Powell identifierar är den normativa. Den är starkt knuten till professionalisering och professioner och innebär att personer med samma sysselsättning definierar och kontrollerar förutsättningarna och metoderna för deras arbete. En stor anledning till denna likriktning är att människor inom samma yrkesgrupp har genomgått samma typ av universitetsutbildning och tar därifrån med sig en gemensam bas av idéer och normer. När dessa personer kommer ut i arbetslivet sprids dessa normer vidare och bekräftas av arbetskollegor med samma bakgrund. En del av den normativa likriktningen handlar också om att människor strömlinjeformas i institutionella miljöer. Personer inom samma organisatoriska fält tenderar till exempel att klä sig på samma sätt, använda samma språk och skämta om samma saker. Denna strömlinjeformande process är framförallt vanlig i service- och finansorganisationer.

Anledningar till att isomorfism inte uppstår

Om man studerar ett organisatoriskt fält inser man ganska snart att det inte bara är isomorfism som uppkommer utan mångfald och olikheter existerar också. Fernler (1996) förklarar detta genom att säga att organisationerna inom fältet kan regleras av olika normer. En anledning till detta kan vara att alla organisationer inom fältet inte har hunnit nås av de senaste och mest moderna teorierna och att en fördröjning av denna spridning leder till att organisationerna regleras av olika normer. En annan anledning kan vara att normerna förändras under tiden. Organisationer som fattar beslut vid olika tidpunkter kommer därmed att införa olika strukturer. (Fernler, 1996). Jacobsen & Thorsvik (2008) förklarar mångfalden med att vissa organisationer kan vara uppbundna genom att de använder en viss sorts teknik och att detta hindrar dem från att anpassa sin struktur till omvärlden.

Inom organisationen kan det också finnas oenighet om vilka teorier och normer i omgivningen som är viktigast för att ge organisationen legitimitet. En lösning till detta kan bli att organisationen anpassar de generella normerna efter den egna interna strukturen och på så sätt skapar ett eget organisationsrecept. (Jacobsen & Thorsvik, 2008). Detta leder dock också till att mångfald uppkommer. Fernler (1996) beskriver denna påverkan från interna faktorer som att generella normer har *frihetsgrader* i sin reglering. Vidare säger Jacobsen & Thorsvik (2008) att genom att erkänna att det finns konflikter i organisationer blir det omöjligt att förklara deras anpassning till omvärlden som enbart bestämd av institutionella faktorer. Genom att erkänna konflikt medger man att interna faktorer också påverkar organisationers agerande.

Vår teoretiska utgångspunkt för undersökningen är alltså institutionell teori där vi tittar på hur organisationer påverkas av omgivningen vilket leder till isomorfism. Emellertid är vi även intresserade av att undersöka varför likriktning inte uppkommer. I följande empiri kommer vi därför att observera organisationen i sin helhet för att kunna upptäcka allt ifrån likheter till frihetsgrader och olikheter.

Empiri

Bakgrund till Médecins du Monde och Läkare i världen

Médecins du Monde startades 1980 som en utbrytargrupp från Läkare utan Gränser med syfte att ge vård till de mest utsatta samt vittna om förhållanden kring bristfällig hälso- och sjukvård. Médecins du Monde spreds snabbt över världen och år 1991 startades den svenska divisionen LIV. I dagsläget finns organisationen representerad med kontor i fjorton länder varav ett är det gemensamma huvudkontoret i Paris.⁵

LIV har två heltidsanställda, en verksamhetsansvarig och en person som är ansvarig för insamling, kampanj och påverkansarbete. Dessa personer är dock inte involverade i Läkarklinikens arbete, mer än delvis på ett administrativt plan, utan kliniken drivs helt av volontärer. Två av volontärerna är extra involverade i kliniken och kallas koordinatörer och har tillsammans med den medicinskt ansvariga läkaren övergripande kontroll över Läkarkliniken.

Hur allt började – Läkarkliniken startas

En av eldsjälarna bakom Läkarkliniken heter Anita Dorazio. Hon har en bakgrund som invandrarlärare och har arbetat med flyktingars rätt till asyl sedan 1970-talet. År 2008 utsågs hon av nyhetstidningen Fokus till Årets Svensk för sitt » *”uthålliga, engagerade och målmedvetna arbete för flyktingars rättigheter. Genom att starta en hemlig klinik där gömda och papperslösa kan få vård och råd i sjuk- och hälsofrågor har Anita Dorazio bidragit till en drägligare tillvaro för många utsatta flyktingar. Hennes insatser har också satt fokus på den svenska flyktingpolitiken och den fortsatta kampen för människors lika värde i Sverige.”*« (Bergman & Eriksson, 2008).

Under 1990-talet upplevde Anita en förändring i svensk invandringspolitik. Klimatet hade hårdnat och migrationspolitiken hade blivit mer restriktiv. Sverige hade tagit emot stora flyktingströmmar från forna Jugoslavien och Ny Demokrati fanns representerad i Sveriges riksdag. Det dagliga arbetet med att hjälpa flyktingar blev allt svårare också när det gällde hälso- och sjukvård samt möjligheten att få tillgången till medicin och behandling. HIV-positiva papperslösa fick enligt lag inte tillgång till marknadens nya bromsmediciner och relativt ofta ringde Polisen eller Migrationsverket till sjukhusen för att leta efter personer utan papper. Sammantaget gjorde situationen att papperslösa inte vågade uppsöka sjukvården och således behandlades inte personer med smittsamma sjukdomar som till exempel HIV- TBC-, och hepatit. Anita jobbade under den här perioden hårt med att hjälpa de som var utsatta och hade kontakt med flera infektionsläkare som hjälpte till att få fram bromsmediciner till papperslösa med HIV.

Eftersom Anita träffade så många flyktingar som behövde sjukvårdshjälp började hon själv fundera på att starta en egen vårdklinik för flyktingar. Eftersom hon saknade medicinsk utbildning behövde hon ta hjälp av sådan kompetens. På Danderyds sjukhus, i samband med att hon informerade sjukvårdspersonal om asylrätt och svensk sekretess inom vården, kom hon i kontakt med infektionsläkaren Anders Björkman. Han hade erfarenhet av globala infektioner och hade jobbat med internationella projekt i bland annat Etiopien. De två beslutade tillsammans med läkarna Sven Britton och Lars Engart att starta en vårdklinik för flyktingar som de gav namnet Läkarkliniken.

⁵ <http://lakareivarlden.org/sv/om-oss> (2011-05-20).

Beslutet klubbades igenom på LIVs årsstämma där alla var verksamma och kliniken blev därmed en del av LIVs verksamhet.

Anita kom på att Vänsterpartiets bokcafé på Lidingö kunde passa som kliniklokal. Där hade hon själv varit aktiv och visste att lokalerna mest stod tomma. Den 7 maj 1995 öppnade kliniken på Lidingö och var den första läkarkliniken för papperslösa flyktingar i Stockholm. (Bergman & Eriksson, 2008). Kliniken hade öppet en kväll per vecka, på onsdagar. I början var verksamheten provisorisk, tänkt mer som något temporärt tills situationen för papperslösa förbättrades. Det handlade mest om att lotsa patienter vidare och ge dem det mest rudimentära som exempelvis Magnecyl och Penicillin. Mediciner förvarades i skafferiet i det angränsande köket. Dessa var inte lätta att få tag på utan fick tiggas ihop ifrån apotek och enskilda bidragsgivare, exempelvis dödsbon.

Anita höll i koordineringen av verksamheten i början. Minst en sjuksköterska och en läkare fanns tillgängliga varje klinikkväll. Alla som arbetade ideellt på kliniken var ofta på plats eftersom man inte var så många i antal. Till kliniken kom cirka 3-8 patienter/kväll. Parallellt med läkarundersökningen hjälpte man till med ansökan om uppehållstillstånd. Merparten av läkarna hade erfarenhet av utlandsarbete och beskrev arbetet på kliniken "som att jobba utomlands". Man gjorde lite som man ville och fick lösa problemen utifrån den givna situationen och de knappa resurser man hade. Det gällde att vara kreativ och ha tålamod. Som läkare kunde man hitta lösningar genom att ta med en patient till jobbet och be en kollega om hjälp eller gå till röntgen och be om en röntgenbild. "Nuförtiden går det ju inte ens att ta ett vanligt blodprov utan att datorn är inkopplad och måste registrera ditt personnummer" berättar Anders Björkman.

Under perioden 1995-97 följde dokumentärfilmaren Brita Landoff Anita Dorazio i hennes arbete vilket ledde fram till dokumentärfilmen "Fångad i Flykten". Filmen visades på biografen Zita och på SVT. Huset där bokcaféet och Läkarkliniken låg syntes mycket i filmen och man var därför tvungen att flytta verksamheten efter att filmen haft premiär. Flytten gick till en lokal på Södermalm som Läkarkliniken fick låna av en sjukgymnast. Där stannade man mellan 1997-2000. Under den här perioden fick kliniken ett brev från Socialstyrelsen med regler för hur vård ska bedrivas i Sverige. Eftersom Läkarkliniken ville ha en bra dialog parterna emellan bjöd de därefter in Socialstyrelsen till ett möte. På mötet berättade man om kliniken, vad man gjorde och hur mediciner och journaler förvarades. År 2000 blev det för dyrt för sjukgymnasten att ha kvar lokalen på Södermalm och Läkarkliniken fick då lov att flytta in i lokalen där moderorganisationen LIV hade sitt kontor. Lokalen var liten och upplevdes som alltför trång för verksamheten. År 2004 flyttade kliniken och kontoret till en större lokal i samma område, där verksamheten fortfarande håller till (adress skyddad). Hyran är på grund av ändamålet kraftigt subventionerad av hyresvärden och betalas av LIV.

Läkarkliniken idag

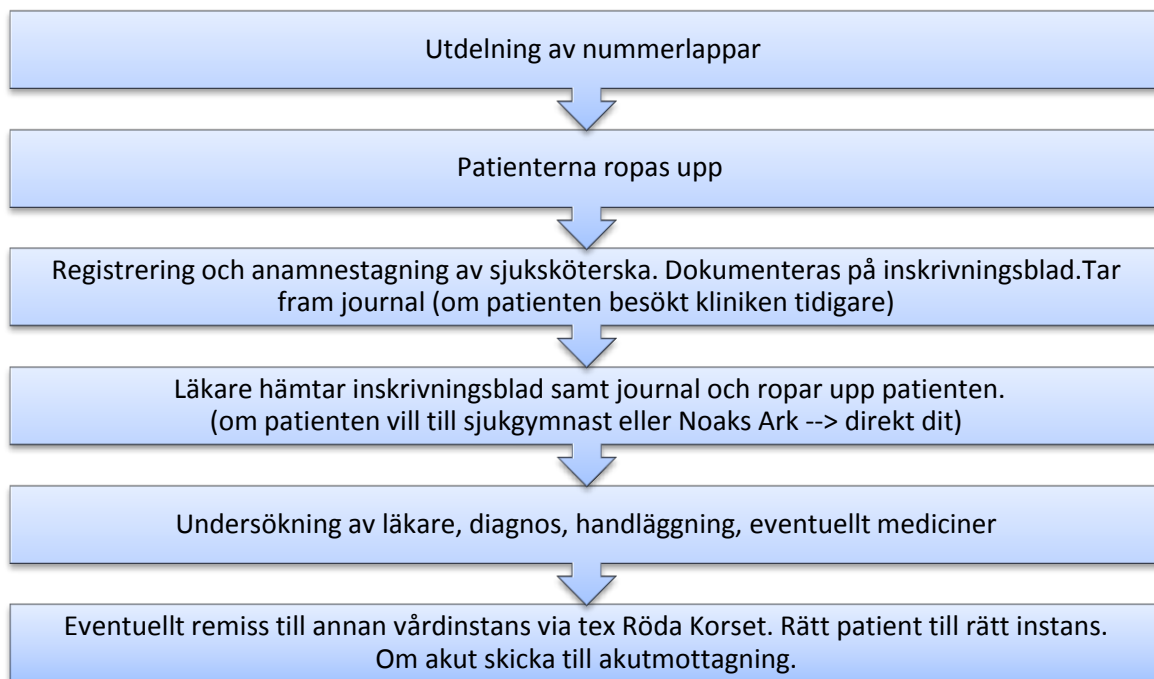
Eftersom papperslösa fortfarande lever i utsatthet och saknar tillgång till hälso och sjukvård fortsätter LIV att driva Läkarkliniken. (LIVs årsredovisning, 2010). Kliniken drivs alltså på en skyddad adress med hänsyn till patienternas livssituation. Även om kliniken fortfarande är öppen en onsdagskväll i veckan och är kvar i samma lokal som man flyttade till år 2004 har mycket hänt bara de senaste åren. Verksamheten har växt och förändrats, både vad gäller patienter och arbetande volontärpersonal. Samarbeten har inletts, nya funktioner har tillkommit och interaktionen med media och beslutsfattare har stärkts.

Under år 2010 kom 488 patienter (293 kvinnor) till kliniken, varav 392 nybesök. De utgjorde sammanlagt 812 besök och i genomsnitt cirka 19 läkarbesök per kväll.⁶ När vi var på plats och observerade på kliniken i mars 2011 poängterades dock att denna siffra ökat och vi uppskattade då att cirka 25 till 35 personer befann sig på kliniken. Eftersom lokalen inte är så stor var det trångt och stimmigt.

Jämfört med en vanlig vårdcentral är det liksom tidigare en ung patientgrupp som besöker kliniken, 65% procent av patienterna är födda på 70- och 80-talet. År 2010 var Mongoliet det land som var mest representerat, (32%), följt av Bolivia, Bangladesh, Peru, Kongo, Azerbajdzjan och Filippinerna i procentuellt nedåttigande ordning. Totalt 65 länder var representerade. (LIVs årsredovisning, 2010).

Klinikens öppettider är satta till klockan 18.30-22.00 men i praktiken kommer en del patienter redan klockan 17.00 och sitter i väntrummet där det under kvällen bjuds på gratis fika.

Flödesschema för kliniken



Figur 1: Flödesschema för kliniken.

Roller på kliniken

Målsättningen är att det varje onsdagskväll skall finnas:

- 1-2 kvällsvårdar
- 2 sjuksköterskor (eller i 1 sjuksköterska och 1 undersköterska) – varav minst 1 legitimerad sjuksköterska
- 4 läkare – varav minst 1 legitimerad
- 1 kvällsansvarig

⁶ <http://lakareivarlden.org/sv/om-oss> (2011-05-20).

- 1 sjukgymnast eller 1 sjuksköterska från Noaks Ark
- 1-2 tolkar
- Rådgivningshörnan med Anita samt 1-2 jurister
- Fikaansvarig
- 1 medicinskt ansvarig läkare

Kvällsvård

Kvällsvården delar ut nummerlappar till de som kommer och ska verka som den första kontakten vid ett besök på kliniken. De har också en social funktion och kan ibland även tolka vid behov. Grön lapp får de som vill träffa läkare, sjukgymnast eller Noaks Ark och rosa lapp får de som vill besöka rådgivningshörnan.

Sjuksköterska

Sjuksköterskorna på kliniken har en övergripande triagefunktion. Triage kommer från franskan och kan definieras som *"prioritering utifrån medicinska behov och lämplig plats för behandling"* (Hansson, Wahlström-Persson & Davidsson, 2005). Patienter med grön lapp ropas upp och sjuksköterskorna tar sedan, precis som i annan sjukvård, en kort anamnes om varför patienten söker och fyller i ett journal/inskrivningsblad (se appendix 2). Samtidigt fyller de i en "liggare" som har samma funktion som de som finns på akutmottagningar, nämligen att verka som en loggbok för att hålla koll på alla patientbesök. Vårdbehovet avgörs sedan och patientens journal letas fram (om patienten besökt kliniken tidigare) och läggs i prioritetsordning för läkaren att hämta. Precis som i vården generellt prioriteras allvarliga fall, i övrigt gäller besöksordning.

Läkare

Läkarens roll är att ge bästa möjliga vård till patienterna utifrån de förutsättningar som finns tillhands på kliniken. Patienternas behov varierar och gäller alltifrån kroppsundersökning och behandling till rådgivning och samtal. (LIVS årsredovisning, 2010). Legitimerad läkare har möjlighet att skriva ut mediciner samt distribuera mediciner ur Läkarklinikens eget medicinförråd. Det finns även möjlighet, om än begränsad, att remittera patienter till specialistläkare samt till laboriemedicin och röntgen. Målet är att ha fyra stycken läkare på plats varje klinikkväll för att verksamheten ska flyta. Det fungerar ibland men alltför ofta är bara två eller tre läkare på plats. "Ibland kanske man får ihop fyra stycken men då efter en jävla massa tjatmail" berättar en läkare. "Det tycker jag är ett tråkigt sätt att jobba på."⁷

Det är viktigt och ett krav från klinikens sida att minst en av läkarna per klinikkväll är legitimerad. Den personen har ett övergripande ansvar och med honom eller henne ska varje patient diskuteras om man är olegitimerad. Tillsammans kommer man sedan överens om handläggning och plan. Behöver patienten medicin eller remiss distribueras detta av den legitimerade läkaren. För att få börja arbeta på kliniken som läkare eller annan personalkategori krävs att man följt de regler som har fastställts internt det vill säga att man har gått på ett introduktionsmöte och lämnat in sitt CV. När det gäller vilka som får arbeta som olegitimerade läkare på kliniken blir svaret att "vi kör samma regler som vården generellt så man kan börja jobba från termin 9".⁸ Här refereras till den regel som Socialstyrelsen satt upp för vården, nämligen att arbetsgivare kan ansöka om dispens för en

⁷ Intervju med Läkare, Volontär Läkarkliniken. (2011-05-04).

⁸ Intervju med Läkare, Volontär Läkarkliniken. (2011-05-04).

läkarstudent som är helt klar och godkänd (alla ladokpoäng registrerade) med 9 av totalt 11 terminer. I praktiken beviljar Socialstyrelsen sedan alla som lever upp till kraven dispens och de kan därefter börja arbeta som underläkare. Läkarkliniken följer alltså denna policy även om de de facto inte skickar in en dispensansökan till Socialstyrelsen. "Men vi har ju en legitimerad läkare varje gång för att den ska vara ansvarig för klinikverksamheten den gången och det tror jag är ett krav från Socialstyrelsen – utan att veta" berättar en läkare vi talar med. Kliniken har även läkarkandidater med andra arbetsfunktioner, exempelvis tolkar. "Det har uppstått kvällar då det har varit otroligt hektiskt och körigt på kliniken varpå jag sagt: -men du är ju termin 8. Då har du ju gått medicinkursen. Nu gör vi som på sjukhuset –du tar patienten och så stämmer du av varenda patient med mig och så skriver jag under. Då blir det som att vara kandis". Men tillägger han "så ska vi inte göra".⁹

Kvällsansvarig

Varje klinikkväll ska det finnas en kvällsansvarig på plats. Denne är extra ansvarig för kliniken och har flera funktioner, framförallt att fungera som "spindeln i nätet" och "skapa struktur". För att få vara kvällsansvarig måste man ha varit volontär ganska länge och vara insatt i kliniken eftersom det innebär ett större övergripande ansvar. Innan man börjar ska man också gå på ett informationsmöte så att man är införstådd i arbetet och man ska kunna ta Hb (blodvärde) och CRP (inflammationsparameter) kapillärt (i fingret). I dagsläget finns 7 stycken kvällsansvariga, varav två är koordinatörerna för kliniken. De arbetar efter ett rullande schema.

I arbetet som kvällsansvarig ingår att på "förmötet" informera om nya rutiner, presentera personalen, vad som är viktigt att tänka på och hur kvällen ska läggas upp. Att volontärerna hålls uppdaterade med aktuell information anses mycket viktigt. Eftersom man inte kan ta för givet att alla volontärer läst sin mail ska kvällsansvarig hålla sig uppdaterad och förmedla all viktig information under förmötet. Det kan till exempel gälla information från styrelsen, nya rutiner från klinikgruppsmöten, information som gäller LIV eller Médecins du Monde. Det är dock mycket sällan Läkarkliniken får direktiv från Frankrike.

Kvällsansvarig ansvarar också för remisshanteringen och ska finnas tillgänglig för att vägleda läkarna hur och var de på bästa sätt ska skicka remisser, faxa dessa när de är skrivna och hjälpa till med annat när det behövs. Kvällsansvarig är också den som har nycklarna till kliniken och är därmed den som öppnar och ser till att allting är låst när kvällen är slut.

Sjukgymnast/Noaks ark

Sedan i mars 2010 finns det möjlighet för patienterna att 1 klinikkväll per månad snabbtesta sig för HIV på kliniken. Detta har kommit till sedan Läkarkliniken startat ett samarbete med Noaks Ark. (LIVs årsredovisning, 2010). En sköterska från Noaks Ark kommer till kliniken den första onsdagen varje månad och får då hålla till i ett eget och avskilt rum. Testresultatet fås inom 20 minuter och vid positivt resultat sköter Noaks Ark uppföljande vård och behandling. Resterande tre onsdagar är rummet avsatt för en sjukgymnast vars uppgift är att finnas tillgänglig för patienterna vid behov.

⁹ Intervju med Läkare, Volontär Läkarkliniken. (2011-05-04).

Tolk

Tolkar finns på plats för att det finns språkförbistringar hos merparten av patienterna. I princip finns alltid en rysk tolk och en spansk tolk på plats. Störst diskrepans har kliniken med patienter från Mongoliet. Många av volontärerna behärskar också andra språk och när de skriver upp sig för att jobba på kliniken interna hemsida skriver de vilka språk de kan prata så att de tolkar som ska boka upp sig kan se vilket språkbehov som finns och vilket som saknas. Ganska ofta har patienterna själva med sig någon som kan tolka och det brukar enligt volontärerna gå bra för det mesta. Ibland fungerar det dock sämre. En läkare berättar -"ibland kan jag inte kommunicera för jag kan inte fixa en riktigt bra tolk utan.. jaa har vi tur så finns det. Pratar du spanska -ok inga problem. Pratar du mongoliska kan det bli tolkning via kompisens mobiltelefon som måste lägga på. Då sitter jag och patienten där och tittar på varandra och patienten pekar på magen."¹⁰

Rådgivning

En del av utrymmet på kliniken är avsatt till en rådgivningshörna där papperslösa kan få råd vad gäller mänskliga rättigheter och utformningen av svensk lagstiftning. Det är ett samarbete mellan LIV och Asylkommittén och leds av Anita Dorazio som är där för det mesta. På plats finns även 1-2 jurister. Till skillnad från kliniken kan Asylkommittén ge direktstöd och pengar i handen till flyktingar, något kliniken inte gör. Rådgivningshörnan kan vid behov även hjälpa till med ledsagning och fungera som ombud i kontakten med svenska myndigheter. Läkare som arbetar på kliniken hjälper till med läkarintyg när det behövs. (LIVs årsredovisning, 2010).

Fikaansvarig

En före detta patient på kliniken ansvarar för att det bjuds på kaffe och fikabröd under klinikkvällen. Fikat doneras från 7-eleven.

Medicinskt ansvarig läkare

Kliniken har en medicinskt ansvarig läkare (MAL) som ansvarar för att man bedriver en säker vård samt att man jobbar enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. "Kliniken har, som man ju måste ha när man har en sjukvårdsavdelning, el vad man säger en legitim medicinskt ansvarig läkare".¹¹ MAL är väldigt ofta på kliniken och tar stort ansvar för sin roll. När MAL är där finns hon tillgänglig för frågor, handledning och stöd. Är hon inte på plats finns hon tillgänglig på telefon och fungerar därmed som en bakjour efter samma princip som "finns på sjukhus". "Man ringa henne när man vill om man har en patient som man inte riktigt vet hur man ska hantera."¹² Är det till exempel svårt att hitta en specialistläkare som man kan remittera till ansvarar MAL för att det blir gjort. Lika så att läkarna arbetar på ett lämpligt sätt. "Det har hänt att volontärer inte jobbar på ett sätt som medicinskt ansvarig läkare bedömt vara lämpligt för patienterna. Exempelvis hade vi en utländsk läkare som saknade svensk läkarlegitimation och som skulle arbeta under handledning men som struntade i det. Han blev omplacerad av MAL och fick istället andra uppgifter än att vara läkare."¹³ MAL är också den som går igenom remisser och remissvar. Varje remiss tas det en kopia på och den läggs i en låda så att ska MAL ska kunna se den och följa upp. Ibland finns utrymme för kliniken att för patientens räkning betala för ett sjukvårdsbesök eller medicin. MAL är den som kan fatta ett sådant beslut men måste hålla sig till den budgetpost som styrelsen har beslutat om.

¹⁰ Intervju med Läkare, Volontär Läkarkliniken. (2011-05-04).

¹¹ Intervju med ansvarig för insamling, kampanj och påverkan Läkare i Världen. (2011-03-14).

¹² Intervju med Läkare, Volontär Läkarkliniken. (2011-05-04).

¹³ Intervju med Sjuksköterska, Volontär och Kvällsansvarig Läkarkliniken. (2011-05-05).

Klinikgrupper och klinikgruppsmöten

Sedan 2007 har något man benämner klinikgrupper växt fram på kliniken. Dessa har initierats av koordinatorena och har växt fram i takt med att "de behövs". Dessa grupper är indelade efter ansvarsområden där varje grupp består av volontärer som är ansvariga för respektive område. "Man kan säga att kliniken styrs mest genom klinikgrupperna men även genom styrelsebeslut".¹⁴ I genomsnitt är det cirka två volontärer per grupp. När det passar hålls indirekta och informella möten inom grupperna. Var, när och hur ofta man ses gör man upp som man vill. Det övergripande ansvaret för alla grupper har koordinatorena och det är till dem man rapporterar. De är också de som ordnar så kallade klinikgruppsmöten, där alla grupper träffas. Då rapporterar man vad man har gjort i respektive grupp samt går igenom hur läget ser ut, vilka problem som finns och vad som behöver förbättras på kliniken samt vad det finns för behov av nya volontärer. På mötena har alla rätt att komma med förslag och man tar demokratiska beslut tillsammans. "Tex. som när vi bestämde att ett rum skulle bli läkarexpedition, tycker de flesta om idén så prövar vi det. Då tar vi beslutet att testa det och sedan utvärderar vi det och skriver in det som ett rutin-PM om det fungerar".¹⁵ Klinikgruppsmöten hålls cirka en gång per termin men under vårterminen i år har man redan hunnit ses två gånger. En sjuksköterska vi talar med uppskattar antalet aktiva volontärer i grupperna till 30-40 personer.

Klinikgrupper

De klinikgrupper som finns presenteras nedan. Därefter kommer en närmare beskrivning av utvalda grupper för att ge en bättre bild av kliniken.

1. Kvällsansvar
2. Work-shops
3. Material
4. PM och projektplan
5. Tolk och ledsagning
6. Läkemedel
7. Psykosociala gruppen (Terapeuter el psykologer. Tar emot på torsdagar)
8. Statistik och vittnesmål
9. Bemanning
10. Nätverk
11. Remisser

Workshops

"Workshops" är problembaserade kvällar där samtliga volontärer bjuds in till sammankomst för att diskutera aktuella problem, vad man tycker är stressande och vad som inte fungerar på kliniken och i kontakten med andra instanser. Både medicinska, pappersmässiga och byråkratiska frågor diskuteras. "De flesta brukar ha samma uppfattning om vad som inte fungerar".¹⁶ Det är två av klinikens engagerade volontärer, en läkare och en sjuksköterska, som initierat idén. En av dem är utbildad inom lean och har jobbat med det inom sjukvården och "Vet vad det innebär med

¹⁴ Intervju med Läkare, Volontär Läkarkliniken. (2011-05-04).

¹⁵ Intervju med Läkare, Volontär Läkarkliniken. (2011-05-04).

¹⁶ Intervju med sjuksköterska, Volontär Läkarkliniken. (2011-04-21).

standarder. De inom Läkarkliniken som har bidragit till förändring har kunskap om sjukvården och jag tror säkert att man har plockat den erfarenheten från sin egen verksamhet".¹⁷

De första två work-shopsen har man hållit nu under våren 2011 och tanken är att man fortsättningsvis ska ha två möten varje vår och två möten varje höst. "Tanken är att vi ska ha en åtgärdslista där vi går igenom och bockar av".¹⁸ De problem och lösningar som hittills dykt upp har merparten varit överens om. Lokaldispositionen har varit ett problem, att lokalen anses vara för liten har varit svårt att göra något åt, däremot har man arbetat på att förbättra sekretess och integritet vid patientundersökningar. En barriär mellan mottagningsdelen och undersökningsdelen har satts upp så att patienterna ska känna sig mer avskärmade och minde utlämnade. Denna barriär består i att de numer alltid stänger dörren mellan dessa två delar. Förut stod denna öppen så att folk kunde springa emellan. Trots ansträngningarna är det ändå många patienter på liten yta. "Det är jättedålig integritet, alla får trängas och vänta orimligt länge, och britsarna vi undersöker på gränsar mot varandra men vi gör så gott vi bara kan för att det ska bli så bra som möjligt för patienterna".¹⁹ Ytterligare ett problem har varit registreringen av patienter hos sjuksköterskorna som ibland har varit en flaskhals i verksamhetsflödet. Det har hänt att de fyra läkarna har fått stå och vänta och inte kunnat arbeta för att det inte har funnits några registrerade patienter klara. Detta har man löst genom att förregistrera ett antal patienter. Kvällsansvarige börjar då med att registrera patienter en halvtimme tidigare än förut, 18.00 istället för 18.30, så att det finns flera klara patienter att ropa upp när läkarna börjar jobba. Allt för att nyttja läkarna maximalt. "Förmötet" (som beskrevs ovan) är också en process man arbetat fram under en workshop. Det har införts under senaste året i samband med att rollen som kvällsansvarig introducerades. Syftet med förmötet är att informera volontärerna om nya rutiner och skapa en struktur för arbetet under respektive klinikkväll.

Material

Ansvarig för denna klinikgrupp har i uppgift att utvärdera vad kliniken behöver för material i verksamheten för att sedan försöka införskaffa det. Man har redan ganska bra material för basala undersökningar och interventioner som till exempel: stetoskop för att lyssna på hjärta och lungor, möjlighet att titta in i hals och öron, ta temperatur och blodtryck, lägga om sår, sy enklare sårskador samt ta basala prover som graviditetstest, CRP (inflammationsparameter), Hb (blodvärde), blodsocker och urinsticka. En läkare berättar också glatt att den som är materialansvarig nyligen har lyckats "fixa" en EKG-maskin (elektrokardiografi – mäter hjärtats elektriska aktivitet) till kliniken. "Jag vet inte riktigt hur det gick till men om de saknas något är det materialansvarig som ska försöka lösa det."²⁰ "Nu kan vi ju ta EKG men det kunde vi alltså inte för bara en månad sedan. Men vi kan däremot inte ta troponin (diagnostisk prov vid hjärtinfarkt) och vi lär oss ju på läkarlinjen att jobba efter västerländska diagnostiska möjligheter och det här är ju lite som när jag var på Global Health-kurs och var ute på landsbygden i Tanzania".²¹

PM och projektplan

PM och en projektplan är ett resultat av work-shopsen och något som kliniken börjat med det senaste året. De är skapade av koordinatörerna och har tagits fram och uppdaterats allteftersom det

¹⁷ Intervju med sjuksköterska, Volontär Läkarkliniken. (2011-04-21).

¹⁸ Intervju med sjuksköterska, Volontär Läkarkliniken. (2011-04-21).

¹⁹ Intervju med Läkare, Volontär Läkarkliniken. (2011-05-04).

²⁰ Intervju med Läkare, Volontär Läkarkliniken. (2011-05-04).

²¹ Intervju med Läkare, Volontär Läkarkliniken. (2011-05-04).

behövs. Tanken har varit att fler patienter kräver mer struktur och då är PM ett bra hjälpmedel. Vad gäller arbetsroller och verksamhetsrutiner finns det PM med arbetsbeskrivningar för det mesta, i PM-pärmen hittar man alltifrån arbetsrutiner för tolkar till hur man gör när man vill skicka iväg en remiss (se appendix 1). "Tidigare har det varit lite oklarheter vad gäller olika roller och rutiner som gäller, nu är det lättare att veta vad som ligger inom ens område."²² Däremot finns det inga medicinska PM av den typ som man vanligtvis brukar ha när man bedriver sjukvård (ex PM med lokala riktlinjer för bröstsmärta, diabetes etc.). En läkare vi talar med säger att han tycker att det är bra att det inte finns medicinska PM eftersom det skulle ta alldeles för lång tid om man skulle läsa dem. På frågan om man förväntas ha med den kunskapen från sin yrkesroll blir svaret "Ja, det är såklart, det ska man ju veta. Man ska ju inte jobba på kliniken om man inte vet ungefär hur man bedömer en bröstsmärta. Sen kan man ju alltid fråga sina kollegor som på vilken akutmottagning och läkarmottagning som helst och man kan alltid slå upp på internetmedicin eller slå i läkemedelsboken".²³

Tolk och ledsagning

Denna grupp är ansvarig för att det finns volontärer som kan tolka på olika språk. Nytt sedan våren 2011 är att man även vill hjälpa patienterna med ledsagning till olika sjukvårdsinrättningar vid behov.

Läkemedel

Mediciner doneras till kliniken av framförallt privatpersoner (dödsbon) som hör av sig via telefon eller mail. Insamlingen sker löpande under året och samordnats av en volontär som är utbildad farmaceut och ansvarig för klinikgruppen för läkemedel. Farmaceuten går igenom vilka läkemedel som kliniken behöver och vill ta emot, och sorterar därefter löpande in dessa i medicinförrådet (läkemedelsskåp) samt för in dokumentationen i ett excelark. Medicinerna låses in eftersom "man inte får ha mediciner oinlåsta inom vården".²⁴ När det gäller mediciner följer vi riktlinjerna som finns hur man ska hantera mediciner." "Vi tar inte emot några starka narkotiska preparat eftersom vi inte har några sådana inlåsningsmöjligheter på det sättet som man skulle behöva ha om man ska ha massa starka preparat."²⁵

Endast legitimerad läkare på kliniken får skriva ut medicin och hämta i förrådet. Ett recept eller en slags lapp ska, precis som i annan sjukvård, skrivas där det står hur läkemedlet ska tas och hur länge. "Mitt ansvar som läkare att skriva hur man ska ta dem och skriva in i journalen".²⁶ Legitimerad läkare kan även (med sin vanliga förskrivarkod) skriva ut medicin (ej narkotikaklassad) via apoteket genom att använda patientens riktiga födelsekod (år,mån,dag) följt av xxxx. "Det funkar men du kan inte ge med förmån så patienten får betala fullt pris. Så det kan bli ganska dyrt".²⁷ År 2010 var första året som kliniken inventerade och värderade medicinförrådet. Detta gjordes eftersom LIV gick med i

²² Intervju med Sjuksköterska, Volontär Läkarkliniken. (2011-04-21).

²³ Intervju med Läkare, Volontär Läkarkliniken. (2011-05-04).

²⁴ Intervju med Sjuksköterska, Volontär och Klinikansvarig Läkarkliniken. (2011-05-05).

²⁵ Intervju med ansvarig insamling, kampanj och påverkan Läkare i Världen. (2011-03-14).

²⁶ Intervju med Läkare, Volontär Läkarkliniken. (2011-05-04).

²⁷ Intervju med Läkare, Volontär Läkarkliniken. (2011-05-04).

FRIL som är ett insamlingsråd för organisationer med 90-konto och som har som krav att en inventering av mediciner ska ske (Livs årsredovisning, 2010).²⁸

Psykosociala gruppen

Läkarkliniken bildade under hösten 2010 en psykosocial grupp med syfte att två kvällar i månaden erbjuda stödsamtal och samtalsterapi till patienterna. (LIVS årsredovisning, 2010). Framförallt är det personalen som har sett ett ökat behov för detta. "Vi har mycket psykosociala problem hos våra patienter, och det har ökat. Patienterna bor inte bra, jobbar för mycket och är stressade".²⁹ En doktor och en till tre psykologer har varit på plats vid varje tillfälle och i snitt har det kommit en till två patienter per gång, remitterade från klinikkvällen. En läkare berättar att det bästa hade varit om det funnits en psykiater i gruppen, men i dagsläget saknas den kompetensen bland volontärerna. För att patienterna ska få hjälp så snabbt som möjligt valde man att lägga gruppen på torsdagskvällar.

Under våren 2011 har kliniken testat att också ta emot ett antal bokade besök till läkare på torsdagskvällarna, något som ska utvärderas till sommaren. Tanken är att avlasta onsdagarna eftersom det då kan komma ca 30 patienter på en kväll. "Då ska man kunna säga till en patient att du är nr 25, du kommer kanske få vänta i 3 timmar vill du inte komma tillbaka imorgon istället?"³⁰ Torsdagarna ska även kunna användas till återbesök. Torsdagsmottagningen ska ha en läkare och en sjuksköterska och ta emot cirka fem patienter. För att avlasta onsdagarna har man diskuterat om man ska ha 2 klinikkvällar i veckan istället men kommit fram till att man inte har tillräckligt många volontärer för det. "Det är redan läkarbrist som det är."³¹

Bemannings

Läkarkliniken är helt beroende av sina volontärer. Kompetenser som behövs och som finns i kliniken nätverk är bland annat läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, barnmorskor, ledsagare, psykologer och psykoterapeuter samt icke vårdpersonal såsom klinikvårdar, tolkar, översättare, statsvetare och jurister. (LIVS årsredovisning, 2010). De flesta volontärer har hört talas om kliniken via någon bekant eller via något utlandsprojekt. Är man intresserad kan man anmäla sig och skicka in sitt CV på hemsidan. Var 5-6 vecka hålls sedan introduktionsträffar för nya volontärer.

Bemanningsgruppen har man infört eftersom man vill vara mer aktiv vad gäller rekryteringen av volontärer. Förut rekryterade kliniken mest personal genom att förlita sig på mun till mun metoden men sedan i våras har de gått ut aktivt och försökt rekrytera personal, på sjukhusen där man arbetar, via en Facebook-inbjudan mm. Framförallt vill man hitta fler läkarvolontärer eftersom läkare är de som är svårast att rekrytera och hålla kvar på kliniken, och alltså den kompetens som är den största bristvaran. Andra kompetenser är det inte någon direkt brist på i dagsläget men sådant kan förändras snabbt och i princip finns det alltid ett behov. Volontärernas utbildning ses som en viktig resurs eftersom de redan är utbildade, inte behöver läras upp och därmed har en "kort startsträcka". Ansvarig för bemanningsgruppen är själv läkare och berättar att det är bra ur rekryteringssynpunkt eftersom "han vet hur läkare tänker, har ett etablerat kontaktnät och kan promota kliniken utåt".³²

²⁸ Ett 90-konto är ett insamlingskonto som utfärdats och kontrolleras av Svensk Insamlingskontroll. Det ger dig som givare en trygghet att gåvan används på rätt sätt.

²⁹ Intervju med Läkare, Volontär Läkarkliniken. (2011-05-04).

³⁰ Intervju med Läkare, Volontär Läkarkliniken. (2011-05-04).

³¹ Intervju med Läkare, Volontär Läkarkliniken. (2011-05-04).

³² Intervju med Läkare, Volontär Läkarkliniken. (2011-05-04).

Själv har han jobbat i princip var tredje vecka sedan han började för ett och ett halvt år sedan men poängterar dock att han förstår varför det är svårt att locka läkare till kliniken och varför många kommer och provar endast ett fåtal gånger. "Det är väldigt tungt att jobba här .. det är stressigt och jobbigt att man inte kan jobba på det sättet man är van. Det är som att gå en jour på akuten men inte få betalt och det är en taskig arbetsmiljö, rörigt och man känner sig ofta otillräcklig.. så det är jobbigt. Det blir en dålig cirkel för om vi var fler läkare skulle varje pass bli bättre".³³ Även om tiden för stängning egentligen är satt till 21.00 är det sällan de är klara med patienterna då. Oftast arbetar volontärerna till 22.00 och har det varit en jobbig klinikkväll med exempelvis bara två läkare på plats kan stängning ske vid 23.15-23.30. Man tycker dock att det är bra att ha den regeln att kliniken tar emot alla patienter som kommer, och att alla som vill får träffa en doktor. "Vi har ju även diskuterat att ha öppet två klinikkvällar i veckan på grund av lokalbristen men vi har inte läkare så det räcker. Idag kan vi ändå träffa alla patienter och ge en hyfsat bra bedömning även om vi ibland får hålla på länge och såklart innebär det lång väntan för patienterna".³⁴ Volontärerna på Läkarkliniken är försäkrade via en egen volontärförsäkring. "Patienterna är förstas inte försäkrade på grund av hur lagstiftningen ser ut."³⁵

Nätverk

Om man vill remittera en patient till en specialist finns numera ett PM som berättar hur man ska gå tillväga. Första punkten är att kolla på Läkarklinikens nätverkslista som är en lista med specialister som är vänligt inställda till kliniken och som man genom åren fått en bra kontakt med. Den är ganska sparsmakad och innehåller exempelvis hudläkare, infektionsläkare, och hjärtläkare. "Då vänder jag mig till den personen, mailar dem och säger -hej jag jobbar på LIV du står på nätverkslistan, jag har denna patient – när och hur har du möjlighet att träffa den?"³⁶ Finns inte specialiteten på nätverkslistan är det kvällsansvarige som skall veta eller försöka ta reda på vart man kan pröva att skicka remissen. Sedan länge samarbetar kliniken med Svenska Röda Korset, Ersta sjukhus och deras nätverk av vårdpersonal inom den medicinska sektorn. Eftersom nätverkslistan representerar långt ifrån alla specialiteter, exempelvis finns varken urolog, neurolog eller ortoped, arbetar man ständigt med att försöka göra den bredare. Nätverksgruppen är ytterst ansvarig för detta. "Tyvärr ligger vi efter. Vi försöker ju få det att flyta från dag till dag och har ju fullt upp med detta".³⁷

Remisser och samarbeten

Remiss till specialistläkare

Det finns tre sätt att gå till väga när man vill skicka en remiss till en specialistläkare. (1) Via nätverkslistan om man hittar rätt specialitet där, (2) via Röda Korset och Ersta som man har haft ett långvarigt samarbete med och som man vet kan hjälpa till inom vissa specialiteter exempelvis gastroenterologi (invärtesmedicin mag-tarm). Dessa skickas på en specifik "rödakorset-remiss". (3) Läkaren själv ringer runt och frågar specialister och faxar remissen vid ett positivt svar.

³³ Intervju med Läkare, Volontär Läkarkliniken. (2011-05-04).

³⁴ Intervju med Läkare, Volontär Läkarkliniken. (2011-05-04).

³⁵ Intervju med verksamhetsansvarig Läkare i Världen. (2011-04-20).

³⁶ Intervju med Läkare, Volontär Läkarkliniken. (2011-05-04).

³⁷ Intervju med Läkare, Volontär Läkarkliniken. (2011-05-04).

Remisser skrivs precis på samma sätt som i övriga vården. Förstås måste man inkludera vad patienten pratar för språk, om det finns ett tolkbehov och hur man kan kontakta patienten. Men tillägger en läkare vi talar med "skillnaden är att om problemet inte är akut så har ju patienten egentligen inte rätt till den vården vilket innebär att ibland säger till exempel urologen (specialist på urinorgan): Den här patienten har inget personnummer så därför kan vi inte träffa honom. Men då får man ligga på och ringa till flera. Man får hitta sätt att göra en bra handläggning av varje komplicerad patient som finns hos oss."³⁸ "Så jag tycker att individer ofta är ganska flexibla men att det är systemet som är oflexibelt"³⁹ Anledningen till att remisser kommer i retur kan också bero på att man skickat dem till exempelvis Röda Korset men att det där inte finns någon läkare att tillgå som kan hjälpa till med det efterfrågade problemet. MAL har gett direktiv till läkarna att inte skicka onödiga remisser utan de ska vara väldigt varsamma med de remisskontakter som kliniken har. För att kontrollera att det följs ska den som har skrivit en remiss alltid gå via kvällsansvarig. "Kvällsansvarig ska då ha koll på vart man ska skicka den. Så jag som läkare behöver inte ha koll på det men sen så har jag ju lite koll på det eftersom jag jobbat länge och själv varit kvällsansvarig förut".⁴⁰ Den läkare som skrivit remissen ansvarar också för remissvaret. Detta fungerar dock inte i praktiken på grund av för dålig kontinuitet hos läkarna så MAL sköter och ansvarar för remisserna. Ofta får kliniken remissvar men inte alltid, något som läkarna upplever som en osäkerhet. "MAL ringer ju och kollar vad som händer men hon kan få beskedet efter tre veckor att: nej, men den slängde vi för det fanns inget personnummer... Liksom, jaha, okej det är ju faktiskt en patient som har gått och haft sitt besvär och väntar på att vi ska hjälpa den".⁴¹

Remiss till labb och röntgen

Från och med november 2010 startade Läkare i Världen – Sverige ett samarbete med Unilabs AB Laboratoriemedicin och Radiologi vilket inneburit att Läkarkliniken kan skicka remisser för vissa laboratorieprover och röntgen (för nödvändig diagnostik) till Unilabs. Detta sker helt utan kostnad för både patienter och kliniken. Unilabs är ett schweiziskt företag som stöttar LIV som sitt CSR(Corporate Social Responsibility) projekt. Laboratoriet ligger i Skärholmen och röntgen vid Globen.⁴²

Remissystemet till Unilabs är relativt invecklat. Remissen skrivs av läkare på en Röda Korset-remiss eftersom alla remisser till Unilabs måste gå via Röda Korset. Remissen faxas till Röda Korset under kvällen av kvällsvården. Röda Korset måste sedan skaffa fram ett reservnummer till patienten och fylla i en ny remiss som går direkt till Unilabs eftersom Unilabs kräver ett reservnummer. Röda Korset ringer därefter till patienten och informerar om reservnumret och att remiss är skickad samt vilka tider man kan komma på drop-in. Remissvaret skickas sedan tillbaka till Röda Korset som faxar det tillbaka till Läkarkliniken. När remissvaret kommit till kliniken på fax är det MAL (alt. ansvarig doktor) som då har ansvar att följa upp svaret med patienten.

Patenten har redan vid första besöket fått en skriftlig information som finns skriven på svenska, spanska, franska, arabiska, mongoliska och engelska om att remiss ska skickas, Röda Korset ska ringa och så vidare. Man har även ritat kartor så att patienterna ska hitta fram till provtagningen.

³⁸ Intervju med Läkare, Volontär Läkarkliniken. (2011-05-04).

³⁹ Intervju med Läkare, Volontär Läkarkliniken. (2011-05-04).

⁴⁰ Intervju med Läkare, Volontär Läkarkliniken. (2011-05-04).

⁴¹ Intervju med Läkare, Volontär Läkarkliniken. (2011-05-04).

⁴² <http://unilabs.se/Om-Unilabs/CSR/> (2011-05-19).

Journalssystemet

Journalerna skrivs på papper som delvis är förtryckta. Läkaren vi talar med berättar att man skriver och läser Läkarklinikens journaler precis på samma sätt som "i vården generellt", samma rubriker och samma upplägg. Däremot ska man numera (sedan cirka fem månader) fråga lite ytterligare frågor till patienterna bland annat om de testat sig för hepatit, HIV samt TBC. Därför har man fått trycka nya journalblad som man kallar det "nya journalssystemet".⁴³ Dessa journaler ska också innehålla en fransk diagnoskod (utifrån en fransk diagnoslista) något som har skapat frustration hos läkarna på kliniken. "Så du kan inte skriva den kod du kan från Sverige utan en annan kod, det är svårt att hitta den kod man söker och det tar lång tid".⁴⁴ "I det gamla systemet här på kliniken skrev vi inte ens koder utan man skrev bara till exempel "dyspepsi"". ⁴⁵ Nya patientfrågor och diagnoskoder är "en slags order/uppmaning"⁴⁶ från Médecins du Monde som vill att varje landskontor ska föra statistik på detta. Statistik ska även föras på antalet besökare på kliniken, etnicitet, problematik etc. För att tillgodose behovet av statistik och underlätta det arbetet har man under våren 2011 börjat föra in dessa journaluppgifter i ett datasystem (journalerna finns däremot inte i systemet utan finns fortfarande endast på papper).

Journalerna har man börjat ordna efter vad man kallar journalkod. Alla journaler har fått ett nummer eftersom det varit svårt och tagit lång tid att hitta dem när de stod på födelsetal eller namn. En idé med att införa koder är också att man har en tanke om att i framtiden införskaffa som en gammal patientbricka med namn och journalkod på för att lättare hitta journalerna. Journalerna låses in eftersom "man inte får ha journaler oinlåsta inom vården."⁴⁷

Reglering av hälso- och sjukvården i Sverige

För att bedriva vård i Sverige krävs fyra olika organisatoriska byggblock: (1) att det finns en registrerad vårdgivare, (2) att organisationen har system för kontroll av kvalitet, (3) journalföringssystem samt (4) patientförsäkring.⁴⁸ Generalsekreteraren på Leading Health Care tillägger att en grundförutsättning för att bedriva vård är att det finns finansiering. Denna kan dock komma från många olika källor, antingen från staten eller genom att man minskar utgifterna genom att folk jobbar gratis som volontärer. ⁴⁹ Utöver detta ska man också följa lagar, förordningar och föreskrifter och bör följa allmänna råd inom Hälso- och sjukvårdssektorn. Dessa är otaliga. Viktiga att nämna är *Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)* som övergripande behandlar krav på hälso- och sjukvården, *Patientsäkerhetslag (2010: 659)* som också är generell, inkluderar mycket och ska främja patientsäkerhet inom vården, *Sekretesslagen(1980:100)*, *Patientdatalagen(2008:335)* som bland annat behandlar hantering av journaler, *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården*, *Socialstyrelsens föreskrifter (2000:6) om särskilt förordnande att utöva läkaryrket för icke legitimerade läkare*, *SOSFS 1997:8 Socialstyrelsens*

⁴³ Intervju med Sjuksköterska, Volontär Läkarkliniken. (2011-04-21).

⁴⁴ Intervju med Läkare, Volontär Läkarkliniken. (2011-05-04).

⁴⁵ Intervju med Sjuksköterska, Volontär Läkarkliniken. (2011-04-21).

⁴⁶ Sjuksköterska, Volontär och kvällsansvarig Läkarkliniken. (2011-05-05).

⁴⁷ Sjuksköterska, Volontär och kvällsansvarig Läkarkliniken. (2011-05-05).

⁴⁸ Intervju med Jurist Socialstyrelsen. (2011-04-18).

⁴⁹ Intervju med Generalsekreterare Leading Health Care. (2011-05-03).

*allmänna råd; Verksamhetschef inom hälso- och sjukvård samt SOSFS 2005:12 Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (2005:12).*⁵⁰

⁵⁰ Intervju med Läkare, F.d. chef för hälso- och sjukvårdsavdelningen Socialstyrelsen. (2011-05-13).

Analys

Hälso- och sjukvården kan, som tidigare nämnts, ses som ett organisatoriskt fält där lagar, förordningar, praxis och normer reglerar beteendet hos de organisationer som befinner sig inom fältet. För vår analys har vi valt att jämföra Läkarkliniken med detta fält i Sverige och med de organisationer som ingår där. Det vi jämför med är därmed hur vården ser ut generellt men vi kommer även att dra paralleller till specifika organisationsstrukturer inom detta område. Som en generell observation från vår empiriska undersökning kan vi konstatera att Läkarkliniken till stor del liknar den vanliga sjukvården. Så gott det går, utifrån organisationens förutsättningar, följer man de uppsatta lagar och normer som finns inom hälso- och sjukvården. Vi finner det exempelvis väldigt intressant att Läkarkliniken själva kontaktat Socialstyrelsen och inbjudit dem till att observera verksamheten. Det är ett tydligt tecken på att man vill få organisationen godkänd och accepterad av det organisatoriska fält man mest liknar och ett exempel på tvingande likriktning.

Om vi ska jämföra kliniken med en specifik organisation inom vården upplever vi att den storleksmässigt är mest lik en vårdcentral men att den arbetsutförandemässigt har flest likheter med en akutmottagning. Dessa likheter med en akutmottagning visar sig till exempel på det sätt man arbetar med triage och akutliggare vid mottagandet av patienterna. Vi har även funnit likheter med vårdavdelningar när det gäller förvaring av läkemedel, det är endast där man förvarar läkemedel i ett låst läkemedelsskåp. På till exempel en vårdcentral eller en akutmottagning får patienten ett recept och får hämta ut medicinen på apoteket. Vi anser att denna största likhet med en akutmottagning beror på att man har valt den patientgrupp man har. Eftersom papperslösa personer inte vågar vända sig till den vanliga vården när de är allvarligt sjuka får man ett stort spann av åkommor hos patienterna i jämförelse med till exempel en vårdcentral, allt från patienter med huvudvärk till patienter med bröstsmärta. Det finns därmed en större osäkerhet inför vilka patienter som kommer att dyka upp och vår analys är att man därför anpassar sig efter de mest allvarliga åkommorna och på så sätt utformar klinikarbetet som på en akutmottagning.

I nästkommande analysdel kommer vi att börja med att analysera observerade likheter mellan Läkarkliniken och den generella vården. För detta resonemang kommer vi att utgå ifrån DiMaggio & Powells tre typer av isomorfism. Vi kommer därefter att diskutera områden där både likheter och olikheter kan ses samt slutligen beskriva och analysera områden där Läkarkliniken skiljer sig helt från den generella vården.

Observerade likheter

Journalssystem

Det faktum att Läkarkliniken skriver och systematiskt sparar patientjournaler är den första likheten vi observerar. Att ha ett journalssystem är lagstadgat men trots att Läkarkliniken har ett val att inte anpassa sig efter detta väljer man att göra det ändå. Detta kan ses som ett tecken på tvingande isomorfism där lagar och förordningar likriktar organisationer för att till exempel skapa en gemensam samhällsstruktur. Det finns flera rimliga förklaringar till varför Läkarkliniken väljer att anpassa sig till lagen om journalssystem. Framförallt ger de organisationen en legitimitet utåt. Journaler har länge setts som ett minimikrav i sjukvården för att leva upp till god sjukvård. Även om Läkarkliniken är en fristående organisation är de genom samarbeten med andra organisationer

(exempelvis Röda Korset och Unilabs) ändå en del av den stora vårdapparaten. För att dessa ska vilja samarbeta är det viktigt att Läkarkliniken anses vara legitim och en anpassning är troligtvis nödvändig. Utöver en ökad legitimitet underlättar och förenklar journaler också det egna klinikerarbetet och ökar patientsäkerheten. För Läkarkliniken är detta extra viktigt eftersom det finns högre risk för språkförbistringar, missuppfattningar och bristande läkarkontinuitet. Eftersom många patienter återkommer till kliniken kan sparade journaler vara till hjälp.

Moderorganisationen Médecins du Mondes regler gällande gemensamma diagnoskoder för hela organisationen kan också ses som ett exempel på tvingande isomorfism som helt motverkar effektiviteten för den svenska organisationen. Denna isomorfism kommer dock från normer inom ett annat organisatoriskt fält än det vi undersöker här och en krock mellan normer kan observeras.

För journalerna är även det sätt man skriver dessa på likt den generella vården, man använder sig till exempel av samma anamnesrubriker (dvs. rubriker beskrivande sjukdomshistoria till exempel "tidigare sjukdomar", "heriditet" och "läkemedel"). Vi ser detta som ett tecken på normativ isomorfism. Inom läkarkåren får man redan som ung läkarstudent "inpräntat i sig" vilken struktur man ska ha när man skriver journaler och detta sitter sedan i ryggmärgen. För läkarna på Läkarkliniken finns det därför ingen anledning till att skriva journal på något annat sätt än de gör på sin vanliga arbetsplats. Man skulle snarare göra sin läkarkollega en otjänst om man ändrade från vad professionen är van vid.

Kvalitet

Kvalitetsområdet är det andra stora område där vi hittar stora likheter mellan Läkarkliniken och den generella vården. Vi ser många tecken på att kliniken tagit in kvalitetsförbättringar och kvalitetssäkringar i organisationsstrukturen. Exempel på detta är att det alltid finns minst en legitimerad läkare på plats, att läkarstudenter får arbeta som underläkare först efter termin 9, att man utifrån lokalens begränsningar arbetat för att försöka förbättra integriteten och sekretessen för patienterna, att man förbättrat patientflödet genom att implementera lean-teorier samt att kliniken har en medicinskt ansvarig läkare (MAL). Som vi tidigare nämnt är det ett krav från Socialstyrelsen att man som vårdorganisation ska ha ett kvalitetssystem. Detta kan dock vara utformat på olika sätt men ska spegla verksamhetens behov. Utifrån detta resonemang att se på ett kvalitetssystem kan Läkarklinikens kvalitetsmedvetenhet, som beskrivs ovan, ses som ett tecken på tvingande isomorfism där man anpassar sig till kravet om kvalitetssystem.

Analyserar vi några av byggblocken inom kvalitetsområdet var och ett för sig kan vi dock finna olika typer av likriktning. Socialstyrelsen har tydliga regler för hur ansvarsfördelning inom vården sker och kraven gällande att alltid ha minst en legitimerad läkare samt att endast låta läkarstudenter från termin 9 arbeta kan ses som tvingande isomorfism. Man skulle dock även kunna se det som en typ av normativ isomorfism utifrån påståendet att "så gör vi i vården". Läkaryrket kan utifrån detta betraktas som ett lärlingsyrke där man alltid lär sig av de som är mer erfarna och där dessa mer erfarna reglerar yrkesutövningen genom att godkänna/ej godkänna vilken kompetens som krävs. Genom att dessa hela tiden blir reglerade av äldre kollegor samt professionen i sig säkras legitimiteten ändå. Man skulle även kunna se det som att den krassa verkligheten, att Läkarkliniken har brist på läkare, som är likriktande. Utifrån organisationens behov kan man diskutera om inte en medicinkunnig student på T7 är bättre än ingen alls.

Införandet av lean-teorier skedde framförallt på initiativ från en av Läkarklinikens anställda som plockade med sig dessa teorier rak av från sin tidigare arbetsplats. Både införandet och själva utförandet av lean på kliniken kan därför ses som härmande isomorfism. Begreppet "continuous improvements" är centralt inom lean och innebär att ständigt förbättra de dagliga processerna genom att jämföra sig med tidigare resultat. På kliniken försöker man dels förbättras genom att jämföra sig med tidigare prestationer men man jämför sig också med hur man arbetar i den vanliga vården och lånar in element därifrån. Detta sistnämnda kan ses som härmande isomorfism.

Det faktum att kliniken har en medicinskt ansvarig läkare kan också ses som tvingande likriktning då det finns föreskrifter och lagar från Socialstyrelsen som säger att detta ska finnas om den som är verksamhetsansvarig saknar tillräcklig medicinsk kompetens.

Likt och olik

PM

Ett område där vi observerat både likheter och olikhet är Läkarklinikens PM. Detta är likt på så sätt att PM:en finns, PM är något som används i hög grad i den generella vården. Det som är olik är dock att Läkarkliniken inte har några medicinska PM med behandlingsrekommendationer eller PM för vad som ingår i rollen som läkare på Läkarkliniken (det finns PM för alla andra roller på kliniken). Att PM:en finns kan ses som härmande isomorfism då detta är något man har kopierat från den vanliga vården för att öka struktureringen och minska osäkerheten gällande hur olika frågeställningar hanteras. Att det inte finns några medicinska PM eller PM för läkarrollen är intressant eftersom det tyder på att man förlitar sig på läkarnas kompetens i mycket högre grad än vad man gör i den generella vården. Läkarna får ta ett större personligt ansvar och Läkarkliniken förlitar sig på att de normativa lärlingssystemen inom läkarkåren fungerar. Här tycks alltså professionella normer styra snarare än den isomorfism som drivs av en mer administrativ logik.

Nätverk

Läkarkliniken är, precis som den generella vården, beroende och del av olika nätverk och samarbeten. Sjukvården är uppbyggd så att man först kan träffa en doktor som i sin tur remitterar vidare till specialist, röntgen, sjukgymnast och så vidare. Denna typ av likhet är svår att klassificera men vi skulle vilja bedöma den som härmande isomorfism på grund av vad som är olik med nätverken. Den främsta olikheten är nämligen osäkerheten som är förknippad med Läkarklinikens nätverk. Eftersom Läkarklinikens remissvägar i grunden är för få, gör det att många remissvägar blir osäkra. Kliniken kan därför aldrig räkna med att få hjälp, svar på frågor etc. inom nätverket. Sammantaget driver detta kliniken till att underbygga och skaffa sig fler samarbeten och nätverk för att öka chanserna att få hjälp. Genom att använda sig av egna och andras kontakter försöker man bygga en bas att stå på. I och med att man använder sig av de nätverksbyggblock man behöver och är van vid kan en härmande isomorfism observeras.

Remisser

Vad gäller remisser kan man se en normativ likriktning om man tittar på hur remisserna skrivs och utformas. Precis som för journalerna gör Läkarkliniken på samma sätt som i den vanliga vården. Detta tolkar vi som att handlingsmönster och utförande av arbetsuppgifter är starkt inpräglade hos

de som arbetar inom vården. Man utför saker på rutin och har ingen anledning till att ändra beteende när man arbetar på Läkarkliniken. Olikheterna gällande remisserna handlar om osäkerhet och resurstänkande. Inom den vanliga vården kan läkaren i stort sett alltid räkna med att systemet fungerar och när en patient remitteras vidare blir denna ordentligt omhändertagen av den mottagande läkaren. Inom den generella vården finns heller inget resurstänkande gällande remisskontakter, om läkaren har den minsta misstanke om att patienten kan ha behov av att träffa en specialist så skickas en remiss. Som läkare på Läkarkliniken råder däremot större osäkerhet då man aldrig kan veta om en remiss kommer fram. Man är också mycket mer försiktig med de nätverksresurser man har och vill inte överutnyttja dessa. Konsekvensen av dessa olikheter är att ansvaret och trycket på läkarna på kliniken blir stort då de både måste vara oroliga för om patienterna kommer att få vård och dessutom tänka på att spara resurser hela tiden.

Observerade olikheter

Vid jämförelse med Socialstyrelsens byggblock för vad en vårdorganisation är ser vi att Läkarkliniken varken är anmäld som vårdgivare eller har en patientförsäkring och detta är därmed tydliga olikheter. Detta blir dock mer av ett konstaterande då det skulle vara omöjligt för kliniken att ha en patientförsäkring på grund av att patienterna inte har något personnummer och officiellt inte finns i Sverige. Kliniken skulle visserligen kunna anmäla sig till Socialstyrelsen som vårdgivare och låta Socialstyrelsen hantera problematiken kring om de får vara registrerade eller inte. På ett sätt kan man dock säga att de är informellt registrerade då Socialstyrelsen vet om Läkarklinikens existens. Att Socialstyrelsen känner till Läkarkliniken är ett faktum.

En annan olikhet som vi observerat är skillnaden i organisationsstruktur. Vården är generellt hierarkiskt strukturerad med specificerade roller för de anställda medan Läkarkliniken kännetecknas av en platt organisation. De anställda på Läkarkliniken har dessutom flera roller samtidigt, en sjuksköterska kan till exempel arbeta både i rollen som sjuksköterska och som kvällsansvarig. Kliniken har även skapat egna roller som till exempel kvällsvård vilket är olik den generella vården. Dessa olikheter skulle kunna ses som att kliniken använder sig av ett visst mått av frihetsgrader, man anpassar sig på många sätt efter de generella normerna i samhället men anpassar dessa efter sina egna förutsättningar. För Läkarkliniken är ett resultat av detta att relationen mellan de anställda är mer jämlik och att alla oberoende av roll har lika mycket att säga till om. Varje individ bär därmed också mer ansvar på sina axlar. För att illustrera jämlikheten och den platta organisationen vill vi också nämna work-shopsen där alla volontärer har möjlighet att säga sin åsikt och bidra till förbättringar av verksamheten.

Det faktum att kliniken väljer byggblock till organisationen fritt och efter behov är ytterligare ett exempel på Läkarklinikens användande av frihetsgrader gällande sin organisationsstruktur. Kliniken har plockat ihop enheter som rådgivningshörna, jurist, farmaceut, psykosocialt team etc. Detta har man infört på egen hand eftersom man sett att det skulle gynna patienterna och man inte kan förlita sig på sitt kontaktnätverk. Detta beteende behövs inte i det generella sjukvårdssystemet eftersom man där alltid kan skicka remisser till någon annan som är kunnig på området. Inom den vanliga vården finns därför inte samma behov av att varje enhet ska vara heltäckande, istället är det systemet som måste vara det.

Den största observerbara skillnaden är dock den allmänna resursbristen som Läkarkliniken präglas av, denna dyker upp i många olika skepnader i vår undersökning. Brist i material och teknologi påverkar diagnosmöjligheterna, lokalen begränsar patientflöden och antalet patienter man kan ta emot samt minskar integriteten för patienterna etc. Organisationen präglas även av välvilja på ett helt annat sätt än vad övriga vården gör, även om det inom denna också finns mycket välvilja. Denna välvilja visar sig till exempel på så sätt att kliniken inte stänger förrän alla patienter fått vård, man hjälper till med att betala patienters räkningar, är helt beroende av sina volontärer etc. Även detta fenomen härleder vi till Läkarklinikens avsaknad av stabila nätverk. Man vet om att om inte kliniken hjälper de papperslösa kommer ingen annan att göra det. Inom den vanliga vården finns inte detta beteende på samma sätt då man alltid kan räkna med att det finns en akutmottagning eller jour som kan fungera som back-up.

Till sist är Läkarklinikens bristande kontinuitet i arbetet en skillnad från den vanliga vården. På en vanlig klinik eller vårdcentral har man samma personal och kan därmed arbeta med rutiner och standardiseringar på ett sätt som Läkarkliniken har svårt att göra då personalen varierar från gång till gång.

Vidare reflektioner

Det är ett faktum att Läkarkliniken vårdar en patientgrupp utan legal status och som till stor del saknar tillgång till vård. Den vård de har rätt är, till skillnad från hos svenska medborgare, de facto inte subventionerad. Eftersom det primära syftet med kliniken är att erbjuda vård till marginaliserade grupper inom det egna landet har Läkarkliniken *helt medvetet* valt papperslösa som målgrupp. Just detta, valet av papperslösa som patientgrupp, har vi i beskrivningen ovan sett innebära roten till verksamhetens problem. Valet av papperslösa som patientgrupp leder framförallt till att Läkarkliniken brottas med begränsade resurser inom tre viktiga områden: ekonomi, personal och samarbeten. Särskilt tydligt är det faktum att 1) dessa problem har sitt ursprung i det som, på grund av patientgruppen, är *olikt* jämfört med den vanliga sjukvården och att 2) det är dessa problem som klinikens fokus och som de lägger ner merparten av sin tid på att lösa. Det som är likt den vanliga sjukvården behöver man däremot inte ägna så mycket tid åt utan plockar in det som man i verksamheten tycker sig behöva för att öka sin legitimitet. Nedan följer en sammanfattande analys av respektive problemområde.

Ekonomi

Avsaknaden av ett statligt bekostat system för att finansiera vård av papperslösa i Sverige leder till att kostnader hos vårdinrättningar som behandlar papperslösa inte ersätts. Patientgruppen ger helt enkelt inte någon ekonomisk finansiering utan bara "kostar". Läkarklinikens budget är beroende av moderorganisationen i Frankrike och klinikens ekonomi är, som vi fått se, avsevärt begränsad. Detta leder till att mycket arbete läggs på att lösa sådant som på en vanlig vårdinrättning skulle köpa med pengar. Mycket kan inkluderas i listan och man arbetar med alltifrån att hitta frivilliga gåvor som mediciner och material (ex EKG-maskin), få fika donerad och hyran subventionerad till att hitta personal som är beredd att arbeta ideellt. Stor hänsyn tas till patientgruppens utsatthet och dåliga ekonomi. Genomgående visar Läkarkliniken att de "känner med" patienterna. Även fast de skulle kunna ta betalt (tex en liten symbolisk summa) väljer man att låta allt vara gratis. Patienterna betalar varken för undersökning, mediciner, fika, labb eller röntgen.

Personal

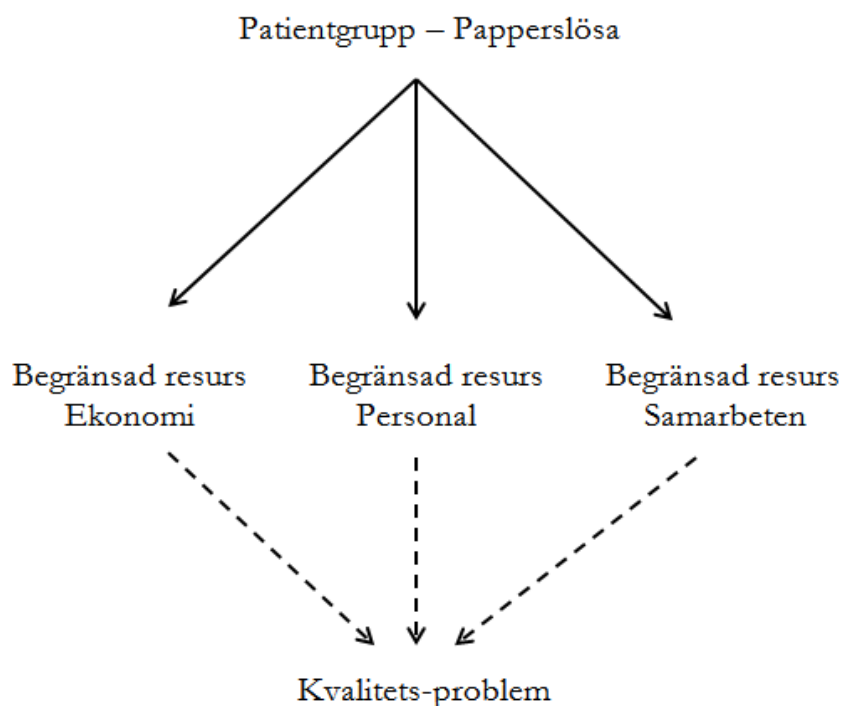
Eftersom Läkarkliniken drivs ideellt blir de helt beroende av sina volontärer. Volontärer som engagerar sig och arbetar på kliniken är helt obetalda och motiveras av andra drivkrafter. Läkarklinikens personalgrupp är således speciell och inte helt okomplicerad. Löpande framkommer att kliniken brottas med bristen på volontärer och osäkerheten över hur många som kommer att dyka upp på varje klinikkväll. Eftersom flera hoppar av efter några gånger blir det svårare att hålla en kontinuitet i arbetet. Dessa problem arbetar kliniken aktivt med genom att rekrytera mer aktivt. Trots detta är de för få för att ha öppet två klinikkvällar per vecka som önskvärt. Eftersom det är svårt att styra personalgruppen på det sätt man kan göra om man anställer, har Läkarkliniken svårt att komma ifrån bristen på kompetens. De är tvungna att "ta vad de får" och kompetensen beror därmed på de som engagerar sig.

Vi tycker dock att man kan skilja en extra stark yrkesetik hos de som väl väljer att engagera sig. Professionens grundidé och rättvisetanke för människors rätt till vård på lika villkor är kraftfullare befast. Merparten involveras ytterligare som kvällsvård eller ansvarig för en klinikgrupp. Fokus läggs på att själva vara flexibla för patientens bästa. Istället för att stänga på tid har man öppet tills alla patienter fått vård, istället för att ha rådgivningshörnan och HIV test på separata dagar förenklar man för de papperslösa genom att ha "allt under samma tak" och så vidare. Den stora anpassningen till patientgruppen leder till att volontärernas arbete på kliniken, i synnerhet läkarnas, blir "tungt" vilket förklarar bristen på läkarkompetens eftersom en "ond-cirkel" uppstår.

Samarbeten

Vi kan urskilja att valet att ha papperslösa som patientgrupp påverkar klinikens nätverk och samarbeten med andra vårdinstanser och gör dessa mer problematiska. En osäkerhetsfaktor uppkommer i och med att klinikens nätverk är begränsat, något som de hela tiden arbetar på men där hänsyn måste tas till att inte belasta den som kan tänka sig att hjälpa med för mycket kostnader. Tillsammans med osäkra remissvägar och lång väntetid för labb och röntgen ligger detta till grund för flera av klinikens problem, något som volontärerna bekymrar sig över ur patientsäkerhetssynpunkt. Sammantaget gör detta att Läkarkliniken står i en extra stor beroendeställning till samarbeten och nätverk än vad en vanlig vårdinrättning gör. Intressant är att de tycks vara mer beroende av samarbeten idag än de var vid starten för 15 år sedan. Detta beror sannolikt på att teknologiutvecklingen som har skett har byggt in stoppfunktioner som gör det svårt att genomföra saker ad hoc i dagens sjukvård. Genom mer struktur, kontroll och datorisering går det inte längre att ta ett blodprov utan att behöva skriva in uppgifter och personnummer i ett datasystem.

Samtantaget kan problem med begränsade resurser inom dessa tre områden riskera att brist på kvalitet uppkommer i verksamheten. Dock är Läkarkliniken väl medveten om detta och arbetar som vi sett hårt för att säkra dessa resurser.



Figur 2: Översikt över Läkarklinikens problem och hur de hänger samman.

Slutord

Läkarklinikens samarbeten har ökat bara under det senaste året. Till exempel blev kliniken nyligen Unilabs CSR-projekt. Samhällets bild och tolerans för papperslösa verkar ha förändrats till det bättre och uppenbarligen finns det idag ett intresse att stödja denna grupp, inte bara hos biståndsorganisationer utan även hos företag. Detta är något vi inte har sett tidigare. Vi ser fram emot att följa den fortsatta utvecklingen inom detta område.

Slutsats

I denna uppsats har vi undersökt hur en organisation som står utanför generell reglering utformas organisatoriskt samt varifrån influenserna till denna utformning kommer ifrån. Genom vår omfattande empiriska undersökning där vi kartlagt Läkarkliniken samt bildat oss en uppfattning om den generella vården har vi kommit fram till att det finns många likheter mellan dessa två spelare. Vi finner att normerna för hälso- och sjukvård i Sverige är starkt reglerande och leder till att möjligheten att välja sin egen struktur är begränsad trots att Läkarkliniken står utanför det generella systemet. Kliniken har dels utformats efter de lagar och förordningar som finns inom hälso- och sjukvården men vi finner även att professionerna inom vården har haft en stor påverkan. Arbetsuppgifterna och arbetsetiken inom vårddyrkena är starkt definierade och personalen på Läkarkliniken har förklarat flera handlingsmönster på kliniken med orden "så gör vi i vården".

Vi har dock även observerat områden där Läkarklinikens utformning inte följer den generella vårdens. Detta analyseras som att kliniken använder sig av ett visst mått av frihetsgrader från de generella normerna i omgivningen för att kunna hantera sin speciella situation. Skillnaderna gäller nämligen framförallt områden där kliniken anpassar sin struktur efter behoven hos den speciella patientgrupp man hanterar. Vidare har vi observerat att det är dessa skillnader de engagerade i kliniken lägger ner mest förbättringsarbete på. En sammanfattande betraktelse blir därför att institutionaliserade normer inom vårdområdet fungerar som ett fundament för att bygga legitimitet utåt på för Läkarkliniken. De ger även stabilitet och trygghet för de anställda så att ansträngningarna istället kan riktas mot de områden som inte är institutionaliserade och där det humanitära behovet är som störst.

Under arbetet med denna uppsats har vi märkt ett stort intresse inom den akademiska världen för Läkarkliniken som organisation. Detta intresse är framförallt baserat på klinikens ovanliga och unika karaktäristika i form av utanförskap från generell reglering. Vi hoppas att vi genom vårt arbete har riktat ljus på organisationen så att framtida forskning inom detta spännande fält kan utföras.

Källförteckning

Intervjuer

Intervjuer Läkarkliniken

Professor i infektionssjukdomar vid institutionen för medicin, Solna, Medgrundare Läkarkliniken. 2011-04-29, 2011-05-19

Medgrundare Läkarkliniken. 2011-04-21, 2011-05-16

Läkare, Volontär Läkarkliniken. 2011-05-04

Ansvarig insamling, kampanj och påverkan Läkare i Världen. 2011-03-14

Sjuksköterska, Volontär Läkarkliniken. 2011-04-21

Sjuksköterska, Volontär och Klinikansvarig Läkarkliniken. 2011-05-05

Verksamhetsansvarig Läkare i Världen. 2011-04-20

Övriga intervjuer

Jurist Socialstyrelsen. 2011-04-18

Generalsekreterare Leading Health Care. 2011-05-03

Läkare, F.d. chef för hälso- och sjukvårdsavdelningen Socialstyrelsen. 2011-05-13

Skriftliga källor

Alvesson, M. & Sköldberg, K. (1994). *Tolkning och Reflektion: Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.

Andersen, I. (1998). *Den uppenbara verkligheten. Val av samhällsvetenskaplig metod*. Lund. Studentlitteratur.

Berger, P. L. & Luckmann, T. (1967). *The Social Construction of Reality. A Treatise in the Sociology of Knowledge*. London: Penguin Books.

Bolman, L. G. & Deal, T. E. (2005). *Nya perspektiv på organisation och ledarskap*. Lund: Studentlitteratur.

DiMaggio, P. J. & Powell, W. W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48 (2), 147-160.

DiMaggio, P. J. & Powell, W. W. (1991). Introduction. *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago & London: The University of Chicago Press.

- Fernler, K. (1996). *Mångfald eller likriktning, Effekter av en avreglering*. Stockholm: Nerenius & Santérus Förlag AB.
- Hansson, H. Wahlström-Persson, K. Davidsson, L. (2005). *En nulägesanalys inom region Skåne*. Lund: Region Skåne .
- Holmberg, C. (1987). Om forskning. Runa Patel m fl: *Grundbok i forskningsmetodik. Kvalitativt och kvantitativt*. Lund: Studentlitteratur.
- Holme, I. M. & Solvang, B. K. (1997). *Forskningsmetodik. Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Jacobsen, D. I (2002). *Vad, hur och varför. Om metodval i företagsekonomi och andra samhällsvetenskapliga ämnen*. Lund: Studentlitteratur.
- Jacobsen, D.I (2007). *Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2008). *Hur moderna organisationer fungerar*. Bergen: Studentlitteratur.
- Meyer, J. W. & Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *The American Journal of Sociology*, 83 (2), 340-363.
- Meyer, J. W., Boli, J. & Thomas, G. M. (1994). Ontology and Rationalization in the Western Cultural Account. I: Thomas, G., Meyer, J., Ramirez, F. & Boli, J. (1987), *Institutional Structure: Constituting State, Society and the Individual*. London: Sage.
- Pfeffer, J. & Salancik, G. (1978). *The External Control of Organizations: A Resource Dependence Perspective*. New York: Harper & Row.
- Rönnerfalk, P. (2009). *Riktlinjer för omhändertagande av "papperslösa eller gömda" personer på hälso- och sjukvårdsinrättningar inom Stockholms läns landsting, Verkställighetsbeslut*. Stockholms läns landsting.
- Tengblad, S. (2006). *GRI-rapport 2006:10, Aktörer och Institutionell teori*. Göteborg: Göteborg Research Institute.
- Vestin, S. (2009). *Varför ska asylsökande och papperslösa ha tillgång till sjukvård på lika villkor som svenska medborgare? Ett argumnetationsunderlag*. Röda Korset, Rädda Barnen, IFMSA och Rosengrenska stiftelsen.

Internetresurser

- Astudillo, L. (2009-09-29). *Motion 2009/10:Ju239 Vittneskydd till papperslös*. Tillgänglig: <http://www.riksdagen.se/webbnav/?nid=410&dokid=GX02Ju239> (2011-05-18).

Bergman, L. & Eriksson, L. (2008-12-08). Årets svensk 2008: Anita Dorazio. *Fokus*. [Elektronisk version]. Tillgänglig på Internet: <http://www.fokus.se/2008/12/arets-svensk-2008/> (2011-05-11).

Läkare i världen. (2010-09-08). *Om oss*. Tillgänglig: <http://lakareivarlden.org/sv/om-oss> (2011-05-20).

Pernler, T. (2011-02-02). *Guide till Harvardsystemet*. Tillgänglig:

<http://www.hb.se/wps/portal/!ut/p/c1/hY9BDolwEEXP4gFMZ1ossCwF2qpAUKnlhrAwhkTQROP5rXFjSNSZ5fsv84c0xO3YPfpTd-8vY3cmNWI4m2S6CiMUoHwaAGWlIXG8w8yi4wfe5gWtUs8gBixBoFx70doaUDH7Y-9f9z4SkJS-Syhl87WJUbl3hy8jYOoXYep8EWojyg1Qf8KLFF8NqNQZ02a55BOuigAc35ZsRSVGZvGzH e8N xf64vw5Fsbw9yH WroTW mYjZ7AnBQFBQ!/dl2/d1/L2dJQSEvUUt3QS9ZQnB3LzZfRU1IVTICMUeWRzcyODAyM1FWQ0REVDfVMjQ!/> (2011-05-22).

Unilabs (2011-02-09). *Unilabs stöttar Läkare i världens organisation*. Tillgänglig: <http://unilabs.se/Om-Unilabs/CSR/> (2011-05-19).

Övrigt

Årsredovisning för Läkare i världen Sverige (2010).

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Patientsäkerhetslag (2010: 659).

Sekretesslagen(1980:100).

Patientdatalagen(2008:335).

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsens föreskrifter (2000:6) om särskilt förordnande att utöva läkaryrket för icke legitimerade läkare.

SOSFS (1997:8) Socialstyrelsens allmänna råd; Verksamhetschef inom hälso- och sjukvård.

SOSFS (2005:12) Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

Appendix

Appendix 1: Läkarklinikens PM

- Akuta sjukdomsfall
- Förskrivning av läkemedel
- Journalskrivning
- Konsultremisser
- Lab.-provtagning/EKG
- Röntgenundersökningar
- Arbetsrutiner tolkar
- Arbetsrutiner sjukgymnaster
- HIV-provtagning
- Arbetsrutiner klinikvårdar
- Kvinnohälsa (gyn, aborter, mödravård)
- Lagar/Riktlinjer Stockholms Läns Landsting
- Psykosocial hälsa
- Tandläkare
- Arbetsrutiner sjuksköterskor
- Intyg
- Instruktioner journalsystem
- PM läkemedelsdonation
- PM kvällsansvariga
- PM hänvisning
- PM Avskrivna fakturor
- Info EU-medborgares rätt till vård
- Info att skickas med remiss till "vanliga vården"
- PM för sputumodling vid TBC misstanke
- PM donation av material
- Kopieringsex. Försättsblad (EN, SP, FR, MONG, ARB, RY)
- PM Läkarmottagning torsdagar

Appendix 2: Läkarklinikens journalblad

Läkare i världen
Telefon: 08-664 66 87
Fax: 08-663 66 86

 Journal

Patientnummer: _____

Personuppgifter

Förnamn: _____

Efternamn: _____

Födelsedatum: _____ (åå/mm/dd)

Kön:
Man ☐
Kvinna ☐

Ursprungsland: _____

Tolkbehov, Ja ☐ Nej ☐ Om JA, språk: _____

Telefonnummer: _____

Ev. telefonnummer till vän/anhörig: _____

*Till mottagande sjuksköterska:
LIV samlar in statistik för att kunna påverka så att alla ska få rätt till samma vård. Informationen i journalen kan även användas till forskning. Berätta för patienterna att deras uppgifter behandlas anonymt. Om patienten inte godkänner att journaluppgifterna används för forskning, sätt ett kryss här [].*

Har du sökt asyl i Sverige? Ja ☐ Nej ☐
Om NEJ, planerar du att söka asyl? Ja ☐ Nej ☐

Har testat dig för:
Hiv Ja ☐ Nej ☐ -Om JA, vad blev resultatet? Positiv ☐ Negativ ☐ Vet ej ☐
Om positivt test, när och var? _____

Tuberkulos Ja ☐ Nej ☐ -Om JA, vad blev resultatet? Positiv ☐ Negativ ☐ Vet ej ☐
Om positivt test, när och var? _____

Hepatit B Ja ☐ Nej ☐ -Om JA, vad blev resultatet? Positiv ☐ Negativ ☐ Vet ej ☐
Om positivt test, när och var? _____

Hepatit C Ja ☐ Nej ☐ -Om JA, vad blev resultatet? Positiv ☐ Negativ ☐ Vet ej ☐
Om positivt test, när och var? _____

Allergier? CAVE: _____

Sida nr 1

Läkare i världen
Telefon: 08-664 66 87
Fax: 08-663 66 86



Journalblad

Patientnummer: _____

Namn: _____

Datum: _____

Journalförande

Namn _____

Yrke _____

Diagnos:

Diagnoskod enligt ICPC:

Vidareremitterat efter detta besök:

Ja () Nej ()

Vart? _____

Journaltext

Glöm inte att skriva tydligt!

Sida nr []