



MALMÖ HÖGSKOLA
FAKULTETEN FÖR
HÄLSA OCH SAMHÄLLE

VÅRD AV PAPPERSLÖSA I PRIMÄRVÅRDEN

RIKTLINJER OCH UPPLEVDA UTMANINGAR
VID IMPLEMENTERING

ALMA ZACHRISON PERSSON
HILDA HÖRBERG

VÅRD AV PAPPERSLÖSA I PRIMÄRVÅRDEN

RIKTLINJER OCH UPPLEVDA UTMANINGAR VID IMPLEMENTERING

ALMA ZACHRISON PERSSON
HILDA HÖRBERG

Hörberg, H & Zachrison Persson, A. Vård av papperslösa i primärvården - riktlinjer och upplevda utmaningar vid implementering. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Fakulteten för hälsa och samhälle, institutionen för vårdvetenskap, 2016.

Bakgrund: Vid genomgång av lagar och etiska riktlinjer som beskriver ramarna för en god vård uppstår betänkligheter kring att till papperslösa tillämpa en begränsad sådan. Personalen som arbetar inom primärvården i Region Skåne ska arbeta enligt stadgade lagar samt förhålla sig till de riktlinjer som tillhandahålls. Enhetscheferna är de som har en övergripande blick över verksamheten och ska leda utvecklingsarbete på vårdcentralen. Det tycks vara en stor utmaning och det saknas en bild av hur detta går till, specifikt avseende en god vård av papperslösa. **Syfte:** Syftet med denna studie var att undersöka tillvägagångssätt på enhetsnivå inom primärvården för att erbjuda papperslösa en vård i enlighet med svenska lagar och etiska riktlinjer. **Metod:** Intervjustudie med sex enhetschefer. Datamaterialet analyserades med innehållsanalys. **Resultat:** De kategorier som framträdde relaterat till hur enhetscheferna uppfattar att Region Skånes riktlinjer och begreppet vård som inte kan anstå omsätts i praktiken var: *kontaktväg, definition av patientgrupp, bedömning av vårdbehov och tolkning av vård som inte kan anstå*. De utmaningar som enhetscheferna upplevde att de stod inför avseende implementering av riktlinjerna var: *försvårande faktorer vid upprättande av kontaktväg, svårigheter att definiera patientgrupp, patientsäkerhet och praktiska problem vid administrering, svårighet att tolka vård som inte kan anstå, samsyn genom vårdkedjan, vårdpersonals värderingar, resurser versus människovärde, vårdpersonalens behov av kunskap och bristande information till patienten*. **Slutsats:** Genomgående i resultatet sågs inkonsekvens genomgående vård. Således kan en god vård till denna patientgrupp enligt nuvarande lagstiftning inte säkerställas.

Nyckelord: *Enhetschefer, papperslösa, primärvård, riktlinjer, vård som inte kan anstå*

CARE OF UNDOCUMENTED IMMIGRANTS IN PRIMARY CARE

GUIDELINES AND PERCEIVED CHALLENGES AT THE IMPLEMENTATION

ALMA ZACHRISON PERSSON
HILDA HÖRBERG

Hörberg, H & Zachrison Persson, A. Care of undocumented immigrants in primary care - guidelines and perceived challenges at the implementation. *Degree Project in nursing 15 credit points*, Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of Care Science, 2016.

Background: A review of the laws and guidelines describing the scope of quality of care create a disinclination towards limiting the care for undocumented immigrants. The staff within primary care in Region Skåne should work in accordance with laws and the proffered guidelines. The nurse managers have an overriding view of the unit and should lead the development work at the health centre. This appears to be a challenge and a depiction of how this is done is lacking, specifically revolving the care of undocumented immigrants. **Aim:** The aim of this study was to examine how to offer undocumented immigrants a care in accordance to swedish laws and ethical codes on a unit level within primary care. **Method:** An interview study was conducted with six informants. The data were analyzed with content analysis. **Results:** The question of how nurse managers perceive the guidelines of Region Skåne and how a care that cannot be deferred is turned into practice resulted in these categories: *connection to health care, definition of patient community, assessment of health needs and interpretation of care that cannot be deferred*. The challenges that the nurse managers perceived they are facing regarding the implementation of guidelines were: *problematic factors in establishing a connection to health care, difficulties to define the patient community, patient safety and practical problems of administration, difficulties to interpret care that cannot be deferred, consensus through the care chain, values among the health care staff, resources versus human dignity, required knowledge among health care staff and lacking information to the patient*. **Conclusion:** Throughout the result was an inconsistency found to permeate the care. Hence, the quality of care for these patients can not be ensured.

Keywords: *Care that cannot be deferred, guidelines, nurse managers, primary care, undocumented immigrants*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	2
BAKGRUND	2
Patientgruppen	2
Vård som inte kan anstå	4
Region Skånes riktlinjer avseende papperslösa	5
Primärvårdens uppdrag	5
Sjuksköterskans yrkesuppdrag	6
Problemformulering	7
Syfte och frågeställning	7
Avgränsningar	7
Definitioner	7
METOD	8
Urval	8
Datainsamling	9
Dataanalys	10
Etiska överväganden	11
RESULTAT	11
Omsättning av riktlinjer om vård som inte kan anstå i praktiken	12
Upplevda utmaningar avseende implementering av riktlinjer	13
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	19
KONKLUSION	23
FÖRSLAG PÅ FORTSATT KUNSKAPSUTVECKLING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE	23
REFERENSER	25
BILAGOR	28

INTRODUKTION

Att som flykting anlända till ett nytt land för att söka asyl innebär inte automatisk trygghet. Asylprocessen är ofta långdragen och präglad av osäkerhet och hopplöshet med apati och självmordsförsök som välkända reaktioner (Kihlbom, 2006). Många personer på flykt bär på traumatiska minnen av våld, förföljelse och trakasserier (Röda korset, 2016). För en del resulterar inte asylansökan i uppehållstillstånd och dessa kan då tvingas välja mellan att resa tillbaka till det land de lämnat bakom sig eller leva som papperslösa i det nya land de anlant till. Utöver tidigare traumatiska upplevelser måste dessa personer leva med den stress det innebär att vara gömd då en tillbakaresa till hemlandet i värsta fall kan innebära döden. Papperslösa är således en sårbar och utsatt grupp då de riskerar att bli utvisade när de söker hjälp hos myndigheter eller bara besöker vårdcentralen (Josborg, 2010).

På vårdcentraler arbetar sjuksköterskor. Arbetsplatserna de befinner sig på är ett myller av etiskt laddade beslutssituationer. En sådan beslutssituation kan eventuellt uppstå genom konflikt mellan lagar och ökande ekonomiska intressen då ekonomiska intressen riskerar att leda till begränsningar av vård (Vårdanalys, 2013). Den sjuksköterska som dessutom arbetar som enhetschef har ett övergripande ansvar för verksamheten och behöver också hen ta hänsyn till både lagstiftning och till etiska principer samt att vården på enheten håller god kvalitet.

Lagstiftningen i Sverige gällande rätt till vård ser olika ut beroende på vilken juridisk status den vårdsökande har och vården för den papperslöse är just begränsad. Det tycks existera gråområden där etiska principer och lagstiftning är svåra att kombinera. Det är då av stor vikt att det finns vägledande riktlinjer och rutiner för hur personalen på vårdcentralen som möter dessa patienter ska agera för att främja personcenterad omvårdnad och patientsäkerhet. Hur upplever enhetscheferna med överblick och insyn i den praktiska omsättningen ute i vården att detta går till?

BAKGRUND

Under detta avsnitt presenteras den patientgrupp som är i fokus för studiens syfte och den lagstiftning som är specifik för sagda patientgrupp. Då studien avgränsats till att gälla primärvården beskrivs dess uppdrag och verksamhet. I slutet av avsnittet redovisas sjuksköterskans åtagande i förhållande till samtliga patienter men som framför allt görs gällande i relation till utsatta patientgrupper. Slutligen framställs enhetschefens typiska position inom vården för att förtydliga deras relevans för den omvårdnad som bedrivs inom primärvården, mer specifikt omvårdnaden av papperslösa.

Patientgruppen

Det finns idag olika anledningar till att personer vistas i Sverige utan tillstånd (Regeringens proposition 2012/13:109). Det kan handla om att ett tidsbegränsat uppehållstillstånd har löpt ut men att personen har valt att stanna kvar. Det kan också i vissa fall handla om att en asylansökan har fått avslag och att personen i fråga därefter håller sig undan för att undvika verkställighet av beslut om

utvisning. Det förekommer också att personer aldrig ger sig tillkänna för myndigheter efter inresa. Oavsett anledning till att befinna sig i Sverige utan tillstånd så kvarstår eventuella behov av att uppsöka vård vid sjukdom (a a).

Enligt en nationell rapport om sociala förhållanden från Socialstyrelsen (2010) saknas pålitlig statistik över antalet papperslösa personer i Sverige. Men beräkningar baserade på uppgifter från flertalet myndigheter, journalister och forskare uppskattade år 2010 antalet papperslösa i Sverige till mellan 10 000 och 35 000 personer (a a). Enligt Migrationsverket (2016a) har det under 2016 fram till november fattats 100 029 beslut i asylärenden, varav 41 % av dessa har fått avslag. Hur många av de som har fått avslag som väljer att stanna kvar går inte att veta. Papperslösa är således en patientgrupp som sjuksköterskor kommer att möta i sina verksamma yrkesliv och det är dessutom tänkbart att patientgruppen kommer att växa.

Enligt Region Skåne (2015), som bedriver den offentliga sjukvård som primärvården i Skåne är en del av, definieras papperslösa som personer vilka inte har några dokument att uppvisa som bevisar att personen har tillstånd att vistas i landet. Definitionen gäller även tidigare asylsökanden vars ansökan har fått avslag. Tidigare asylsökanden kan visa upp sina utgångna LMA-kort¹ eller dokument som styrker att ansökan har fått avslag. Definitionen gäller också personer vars tidsbegränsade uppehållstillstånd har löpt ut. Papperslös är således en benämning på juridisk status (a a).

Även EU/EES-medborgare som stannar längre än giltighetstiden för uppehållstillstånd eller inte längre uppfyller villkor för uppehållsrätt i Sverige *kan* enligt Socialstyrelsen (2014a) betraktas som papperslösa. Det är dock svårt att i praktiken att bedöma om en vårdsökande är att betrakta som papperslös när hen är EU/EES -medborgare då dennes juridiska status har med vistelselängd att göra samt om hen bedöms som "ekonomiskt aktiv" eller "ekonomiskt icke-aktiv" (Socialstyrelsen, 2016).

I en metastudie som undersökte effekten av immigrationspolitik på papperslösa immigranter i bland annat EU-länder, upptäcktes en korrelation mellan hur tillåtande de lagstiftade rättigheterna till hälso- och sjukvård var i olika länder och de papperslösas hälsa (Martinez m fl, 2015). I de länder vilka gav tillgång till hälso- och sjukvård utöver akutvård fann man en bättre hälsa hos de papperslösa. Vid denna utökade vård krävdes dock en rad administrativa procedurer som i praktiken försämrade tillgången till vård. Generellt sågs att institutionaliserade fördomar och diskriminering såväl som kulturella skillnader verkade avskräckande för de papperslösa från att söka vård (a a).

I en studie (Campbell m fl, 2012) gjord i Kanada uttryckte papperslösa en stor oro inför att uppsöka sjukvård. Detta grundade sig i rädsla för att bli känd för myndigheter och därefter riskera utvisning. Trygghet värderades högre än hälsa (a a). Frivillighetsorganisationerna Läkare i Världen (2013) och Röda korset (2013)

¹ LMA står för lagen om mottagande av asylsökande. Ett LMA-kort är en personlig identitetshandling som fungerar som ett bevis på att personen i fråga är asylsökande och att personen har tillstånd att vistas i Sverige under tiden som ett beslut ska fattas (Migrationsverket, 2016b).

bekräftar en liknande rädsla och oro hos papperslösa i Sverige. Frivillighetsorganisationerna poängterar också bristande kunskap hos vårdpersonal avseende lagstiftning, vilket har inneburit att papperslösa har behandlats utifrån felaktiga villkor när de har sökt vård och därefter har undvikit att uppsöka sjukvård (a a). Rädslan är bli känd för myndigheter är befogad och risken är reell då hälso- och sjukvårdens uppgiftsskyldighet och underrättelseskyldighet enligt Patientsäkerhetslagen 2010:659 (PSL) sjätte kapitlet 15 §, innebär att hälso- och sjukvårdspersonalen måste oavsett anledning till förfrågan ange, utan hinder av sekretess, om någon vistas på en vårdenhets *om uppgifterna i ett specifikt fall begärs* av polis eller åklagare. Papperslösa är således en sårbar och utsatt patientgrupp.

Vård som inte kan anstå

I Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763 (HSL) framgår det i 2 § att vård ska ges med respekt för alla människors lika värde samt att god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen är målet för svensk hälso- och sjukvård. Samma formulering återkommer i Patientlagen 2014:821 (PL), första kapitlet 6 §. I HSL 2 a § redovisas kraven på svensk hälso- och sjukvård. God vård innebär att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet (a a). Enligt PSL tredje kapitlet 1 § ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera hälso- och sjukvårdens verksamhet så att de krav som framgår i HSL upprätthålls. I första kapitlet 3 § i PSL framgår att med vårdgivare avses statlig myndighet, landsting eller kommun vilka bedriver hälso- och sjukvård.

Utöver vad som regleras i HSL, PL och PSL framkommer i Lagen om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd 2013:407, landstingens skyldigheter gällande hälso- och sjukvård till papperslösa. Lag 2013:407, omfattar enligt 5 § personer som vistas i Sverige utan stöd från myndighetsbeslut eller författning, där vistelsen inte anses vara tillfällig. Enligt 7 § har personer över 18 år rätt till *vård som inte kan anstå*, mödrahälsovård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning.

Begreppet vård som inte kan anstå innebär enligt Socialstyrelsens rapport Vård för papperslösa (2014b) en utvidgning av vård som definieras som akut. Vård som inte kan anstå omfattar enligt Socialstyrelsen (2014b) s.15:

- Vård och behandling (inklusive följdinsatser) av sjukdomar och skador där även en måttlig fördröjning kan innebära allvarliga följder för patienten.
- Vård som ges för att motverka ett mer allvarligt sjukdomstillstånd.
- Vård för att undvika mer omfattande vård och behandling.
- Vård för att minska användningen av mer resurskrävande akuta behandlingsåtgärder.
- Vård för personer med särskilda behov (tortyr, allvarliga övergrepp, trauma) bör bedömas särskilt omsorgsfullt.
- Hjälpmedel vid funktionshinder om inte patienten kan få tillgång till det på annat sätt.

Tillsammans med ett antal fackförbund och yrkesorganisationer såsom Svensk sjuksköterskeförening bjöd Socialstyrelsen in till en hearing 2013 (Socialstyrelsen, 2014b). Detta utmynnade i ett konsensusutlåtande om användbarheten av begreppet vård som inte kan anstå. I konsensusutlåtandet påtalar yrkesorganisationerna att vård som inte kan anstå är oförenligt med

vårdpersonals professionsetik då det implicerar begränsningar i vården baserat på bland annat juridisk status och nationalitet och att vården således inte ges efter behov. Det finns även en risk att patientsäkerheten äventyras. I regeringens proposition (2012/13:109) samt enligt Region Skåne (Koncernkontoret, 2015) är det upp till ansvarig läkare att i varje enskilt fall bedöma vad vård som inte kan anstå innebär. Vården som erbjuds är därför beroende av hur begreppet tolkas. Socialstyrelsen (2014b) betonar tillsammans med yrkesprofessionerna att vården bör ges enligt de accepterade prioriteringsprinciper som anges nedan.

Fördelningen av vårdresurser styrs av idén om att alla människor är lika värda (SOU 1995:5). Prioriteringsprinciperna utgörs av människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen som ska ligga till grund för de prioriteringar som görs inom hälso- och sjukvård. Principerna är rangordnade, vilket betyder att människovärdesprincipen står över de andra principerna. I SOU (1995:5) beskrivs innebörden av människovärdesprincipen, vilken innebär att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av juridisk och social status i samhället. Behovs- och solidaritetsprincipen innebär att resurser bör läggas på de personer eller verksamheter som har störst behov och kostnadseffektivitetsprincipen innebär att det bör finnas en rimlig balans mellan kostnader och effekt, mätt i hälsa och livskvalitet. I en rapport skriven på uppdrag av regeringen för att följa upp landstingens skyldighet att erbjuda papperslösa hälso- och sjukvård framgår att ersättningen från staten till landstingen utökades för att kompensera ett utökat vårdåtagande vid införande av lag 2013:407 (Statskontoret, 2015). Denna ersättning syftade till att täcka sjuk- och tandvård för papperslösa och fördelades till landstingen utifrån befolkningsunderlag (a a).

Även om prioriteringsprinciperna tas i beaktning vid vård av papperslösa menar Socialstyrelsen (2014b) att begränsningen som begreppet vård som inte kan anstå utgör, är problematiskt då det strider mot etiska normer. Det finns en risk att vård som inte kan anstå är oförenligt med människovärdesprincipen om vården begränsas utifrån juridisk status och nationalitet.

Region Skånes riktlinjer avseende papperslösa

Riktlinjerna som Region Skåne tillhandahåller redogör för vilka definitioner som ska användas för olika migrantgrupper samt vårdens omfattning, det vill säga en beskrivning av vård som inte kan anstå (Region Skåne Koncernkontoret, 2015). Det bemötande vårdpersonal bör ha gentemot patientgruppen beskrivs vad gäller inlevelse, professionalitet, omhändertagande, samsyn och kontinuitet (Region Skåne Koncernkontoret, 2011). Skyldigheter redovisas avseende patientregistrering, ekonomisk ersättning till vårdgivande enhet, patientavgifter, kontaktväg till patient för provsvar och återbesök samt kontaktväg för patient att nå vårdenheten via (a a). På Vårdgivare Skåne (2015) beskrivs kortfattat tillämpning av vården avseende reservnummer vilket ersätter fullständigt personnummer, patientavgifter, registrering, journalföring samt recept på läkemedel, hjälpmedel och förbrukningsmaterial. Även sekretesshantering och rätten till tolkstöd betonas (a a).

Primärvårdens uppdrag

Primärvården är ofta den första vårdinstans en patient möter och utgör en sluss till vidare specialistvård (Starfield, Shi & Macinko, 2005). Primärvårdens lagstadgade uppdrag anges i HSL 5 §, som inte specifikt säger vilken verksamhet

som ska bedrivas men att primärvården ska svara för behovet av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte fordrar de tekniska eller medicinska resurser som finns att tillgå på sjukhus. Detta oavsett ålder, patientgrupp eller sjukdom (a a).

Sjuksköterskans yrkesuppdrag

International Council of Nurses (ICN's) etiska kod (2014) säger att sjuksköterskans ansvar gentemot allmänheten är att främja en miljö där mänskliga rättigheter respekteras. Ett annat ansvar är att verka för jämlikhet och social rättvisa. Oberoende av nationella lagar ska den etiska koden vara ett gemensamt förhållningssätt och vägleda sjuksköterskor i sitt arbete. Omvårdnad ska utföras på ett respektfullt sätt oberoende av patientens nationalitet, etniska bakgrund och sociala ställning i samhället. ICN's etiska kod (2014) menar att varje sjuksköterska bär ett moraliskt ansvar för sina beslut. Det moraliska ansvar som sjuksköterskan bär i mötet med patienten tillsammans med de krav som lagstiftningen ställer på sjuksköterskan utformar enligt Svensk sjuksköterskeförening (2016a) professionsetiken. Professionsetiken handlar om att sjuksköterskan ska ha patientens hälsa i fokus i samverkan med principen om alla människors lika värde. Svensk sjuksköterskeförening (2016a) anser att oavsett människors juridiska status ska vård ges efter behov på lika villkor. Svensk sjuksköterskeförening jobbar aktivt för att begreppet vård som inte kan anstå ska tas bort ur lagtext (Svensk sjuksköterskeförening, 2016b). De menar att den särbehandling begreppet innebär orsakar lidande för patienterna men också att vårdpersonalen ställs inför etiska dilemman då de tvingas frångå de yrkesetiska principerna (a a).

I en studie som belyste upplevelserna hos sjuksköterskor i ett ideellt nätverk för vård av papperslösa sågs etiska dilemman och utmaningar, strukturella brister samt personlig påverkan och insikter (Sandblom & Mangrio, 2016). Begränsad ekonomi och materialtillgång, plats- och tidsbrist var problem som utgjorde strukturella brister. Det fanns också en osäkerhet gällande en bristande patientsäkerhet och vem som hade det övergripande ansvaret för att kvalitetssäkra denna. Informanterna kände också att det fanns ett stort behov av stöd hos patienterna. Under etiska dilemman och utmaningar sågs känslan av ett stort ansvar att förmedla lugn, trygghet samt känsla av att bli synliggjord. Kännedom om patienters prekära situationer där hälsoproblemen var direkt relaterade till en juridisk status som papperslös var orsak till stor frustration hos sjuksköterskorna (a a).

Region Skåne har ingen enhetlig arbetsbeskrivning för enhetschefers yrkesuppdrag inom primärvården. Larsson (2008) beskriver den roll som mellanchefer, varav en av benämningarna är enhetschef, har inom vård- och omsorg. Speciellt för dessa är att de befinner sig i en hierarkisk och politisk styrd organisation med flertalet professioner som anställda. Chefen har verksamhets-, personal- och budgetansvar. Det är mellancheferns bedömningar som till viss del styr innehållet i verksamheten. Autonomi beskrivs vara begränsad för mellanchefern men denne kan påverka hur beslut implementeras i organisationen samt hur information om vad som sker i organisationen förs uppåt. Larsson (2008) menar att mellanchefer kan ha en viktig del i utvecklingsarbetet inom vård- och omsorg men sällan ges utrymme och resurser för att arbeta med detta. Enligt Hewko m fl (2015) är bristande förmåga att säkerställa patientsäkerhet en av anledningarna till att enhetschefer väljer att säga upp sig.

Problemformulering

Vid en samlad genomgång av några av de lagar och etiska riktlinjer som beskriver ramarna för en god vård uppstår betänkligheter kring att till vissa tillämpa en vård som inte kan anstå då begreppet inte tycks vara förenligt med yrkesetiska principer. Region Skåne (2015) har utformat generella riktlinjer för vård av papperslösa. Hur dessa riktlinjer sedan följs och omsätts i omvårdnadshandlingar är oklart och kan eventuellt skilja sig åt olika vårdenheter emellan. Enhetscheferna kan sägas vara de som har den närmst övergripande blicken över verksamheten och vars arbetsuppgifter i viss mån består av att leda utvecklingsarbete och balansera exempelvis budgetkrav och vårdkvalitet (Larsson, 2008). Det tycks som en stor utmaning att ta samtliga av dessa aspekter i beaktning och det saknas en bild av hur detta går till, specifikt avseende vård av papperslösa. Särskilt intressant blir ur detta perspektiv primärvården med sitt uppdrag inom rehabilitering, psykosociala insatser och hälsofrämjande samt sjukdomsförebyggande insatser där vården mer sällan behandlar akut livshotande tillstånd. Hur implementeras riktlinjer om vård som inte kan anstå med etiska riktlinjer och yrkesetik i behållning inom en vård där ekonomiska värden tycks vara starkt rådande?

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie var att undersöka tillvägagångssätt på enhetsnivå inom primärvården för att erbjuda papperslösa en vård i enlighet med svenska lagar och etiska riktlinjer. Detta gjordes genom två frågeställningar;

1. Hur uppfattar enhetscheferna att Region Skånes riktlinjer och begreppet vård som inte kan anstå omsätts i praktiken?
2. Vilka utmaningar upplever enhetscheferna att de står inför avseende implementering av riktlinjerna?

Avgränsningar

Asylsökande har också rätt till vård som inte kan anstå men för denna studie är fokus på rutiner vid vård av vuxna papperslösa. Således frånges asylsökande samt papperslösa patienter <18 år i studien.

Den papperslöse har rätt till vård som inte kan anstå, mödrahälsovård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning. Då studien ska beröra den grundutbildade sjuksköterskans arbete inkluderas enbart den vård som innefattas inom begreppet vård som inte kan anstå på vårdcentraler. Författarparet har således valt bort exempelvis MVC och barnmorskemottagningar.

En geografisk avgränsning har gjorts till att innefatta Malmö och Lund.

Definitioner

I denna studie åsyftas vid användande av termen papperslös någon som saknar handlingar som ger denne rätt att vistas i landet. Papperslös är således benämningen på en juridisk status (Socialstyrelsen, 2010). Denna definition används även av Region Skåne (2015).

I lag 2013:407 specificeras aldrig någon åtskillnad mellan medicinsk behandling och omvårdnad. I denna lagtext används genomgående begreppet vård. Författarparet gör därför tolkningen att begreppet vård innefattar omvårdnad.

Huruvida medicinsk behandling baserat på ett visst sjukdomstillstånd kan nekas men omvårdnad relaterat till samma sjukdomstillstånd kan ges, går ej att utröna utifrån lagtexten.

När begreppet vårdpersonal används avses all personal som deltar i patientnära arbete.

METOD

Initialt drogs slutsatsen att det valda ämnesområdet var tämligen utforskat då sökningar av relevanta block i databaserna CINAHL och PubMed resulterade i ett fåtal vetenskapliga artiklar. Det bedömdes föreligga en kunskapslucka och således sågs relevans av en empirisk studie. För att besvara syftet genomfördes en kvalitativ intervjustudie. Kvalitativ metod tenderar, enligt Polit och Beck (2014) att synliggöra personers subjektiva upplevelser och erfarenheter. För att få ökad förståelse för hur enhetschefer uppfattar Region Skånes riktlinjer avseende vård som inte kan anstå och dess implementering ansågs det därför fördelaktigt att använda sig av vald metod.

Urval

Då kunskapsfältet var relativt utforskat av författarna var det svårt att bedöma maximering och minimering av skillnader i enlighet med ett teoretiskt urval som beskrivet av Dalen (2008). Således är vald metod för urval istället ett kriterieurval där urvalet baseras på ett visst antal kriterier som informanten ska uppfylla (a a). Utöver kriterieurval gjordes även ett snöbollsurval. Snöbollsurval innebär enligt Polit och Beck (2014) att en redan intervjuad informant rekommenderar andra potentiella informanter.

Den kriteriebaserade målgruppen bestod av enhetschefer med en bakgrund som grundutbildade sjuksköterskor. Med hjälp av Region Skånes intranät kunde interna kontaktuppgifter hittas till respektive informant. Informanterna kontaktades via mejl med bifogad projektplan samt informationsbrev (Bilaga 4).

Vid ett första urval kontaktades samtliga vårdcentraler i Malmö och Lund som enligt uppgifter från intranätet hade enhetschefer som också var sjuksköterskor. Dessa utgjorde nio vårdcentraler, från vilka tre verksamma enhetschefer tackade ja till att medverka i studien. De enhetschefer på vårdcentraler i Malmö och Lund som inte redan blivit tillfrågade om medverkan kontaktades därefter med frågan om de var legitimerade sjuksköterskor och om de ville medverka i studien, varav två tackade ja.

Således fanns ett utökat behov av informanter varför fler enhetschefer verksamma inom Region Skåne kontaktades, även på privata vårdenheter som arbetar på uppdrag av Region Skåne. Samtliga kontaktade enhetschefer på vårdcentraler utanför Malmö och Lund samt enhetschefer inom privat verksamhet tackade nej till att medverka i studien. Slutligen kontaktades ytterligare två vårdcentraler i Malmö efter rekommendationer från en redan intervjuad informant. En av dessa verksamma enhetschefer tackade ja till att medverka i studien. Sammanlagt kontaktades 44 enhetschefer på vårdcentraler inom Region Skåne, varav 6 enhetschefer tackade ja till att medverka i studien. Informanterna matchade på

förhand definierade inklusionskriterier, med två undantag vilka diskuteras under avsnittet Metoddiskussion. Fem informanter var kvinnor och en var man. En enhetschef var verksam i Lund och resterande i Malmö.

Inklusionskriterier

- Legitimerade sjuksköterskor som är yrkesverksamma enhetschefer på vårdcentraler inom Region Skåne eller som arbetar på uppdrag av Region Skåne.
- Ska ha varit verksamma på nuvarande arbetsplats ett minimum av sex månader.
- Tjänst som utgör 75 % eller mer på nuvarande arbetsplats.
- Ska arbeta på enhet med papperslösa som patientgrupp.

Datainsamling

Datainsamlingen gjordes genom semistrukturerade intervjuer. Det innebär enligt Dalen (2008) att samtalet mellan forskare och informant är inriktat på ämnen som har valts ut på förhand. En intervjuguide utformades innehållande centrala teman för kunskapsområdet relevant för studien, se intervjuguide (Bilaga 1).

Dalen (2008) anser att en eller flera pilotintervjuer bör göras för att försäkra sig om att intervjuguiden fungerar samt för att testa sig själv som intervjuare. Det kan också vara nödvändigt med pilotintervjuer för att testa teknisk utrustning (a a). Därför utfördes en pilotintervju med den första informanten som tackade ja till medverkan, som också kom att inkluderas i det presenterade resultatet eftersom intervjuguiden ansågs vara väl utformad.

Intervjuerna beräknades initialt ta mellan 30 och 45 minuter. Därför ombads informanterna avsätta en timme för intervju. De genomförda intervjuerna tog i genomsnitt 28 minuter. Informanterna tillfrågades om plats för intervjun. Samtliga informanter föredrog att intervjuas på respektive arbetsplats. Samtycke från verksamhetschefer samt från informanter inhämtades skriftligen. Efter ytterligare muntligt godkännande från informanterna spelades intervjuerna in med hjälp av en diktafon. Därefter transkriberades intervjuerna ord för ord av författarparet. Dalen (2008) menar att det är viktigt att få med informantens egna ord för att inte gå miste om relevant data. Under intervjuerna medverkade båda författarna varav en höll i intervjun och en ansvarade för inspelningen samt kompletterade med följdfrågor vid behov.

Intervjuguide

Intervjuguiden bestod av en uppsättning frågor till stöd för de teman författarparet ville samla information om. De inledande frågorna var av enklare karaktär så till vida att informanten fick svara på faktafrågor om sitt eget arbete och om patientgruppen relevant för studien. Detta för att inleda varsamt och få igång samtalet men också för att få en fingervisning om huruvida vårdenheter samt informanternas roller på arbetsplatsen var likvärdiga. Vissa frågor som ställdes var direkta. Direkta frågor kan enligt Kvale (2007) vara så kallade ja- eller nej-frågor varför de företrädesvis ställs i mitten eller mot slutet av en intervju. Efter att frågorna ställts lämnades ibland utrymme för paus i samtalet med en medveten tystnad från intervjuaren. Detta är enligt Kvale (2007) ett sätt att ge informanten tid att reflektera och associera vidare, något som i sig kan driva intervjun framåt. Polit och Beck (2014) menar att den som intervjuar bör uppmuntra informanten

att prata fritt om de områden som intervjuguiden berör. Vissa av svaren följdes upp med tolkande frågor av typen “Menar du..?”, något som kan användas för att klargöra resonemang från informanten (Kvale, 2007). Även specificerande frågor ställdes, för att få mer precisa beskrivningar. Detta kan göras då många allmänna uttalanden förekommer (a a). I dessa fall ombads informanten att utveckla sina uttalanden. Slutligen tillfrågades informanten om denne hade någon tveksamhet kring frågorna som ställts eller om denne hade något att tillägga.

Dataanalys

Innehållsanalys valdes som metod och ansats för att analysera data, vilket är lämpligt om man vill göra en induktiv tematisering av data för att få en beskrivning av ett kunskapsfält (SBU, 2014). För detta användes en mall från Graneheim och Lundmans artikel “Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness” (2004). Enligt Graneheim och Lundman (2004) kan innehållsanalys användas som ett adekvat verktyg för studenter som för första gången ska anta ett forskningsprojekt.

Initialt lästes intervjumaterialet igenom upprepade gånger för att få en tydlig helhetsbild. Därefter ströks meningsbärande enheter relevanta för frågeställningarna under i samtliga intervjuer, en färg för varje frågeställning. De meningsbärande enheterna kondenserades. Därefter abstraherades enheternas innebörd och enheterna grupperades sedan i under- och huvudkategorier. Detta är enligt Graneheim och Lundman (2004) en process av diskussion och reflektion som mynnar ut i övergripande teman som syftar till innehållets underliggande mening. Under kategoriseringsprocessen användes lappar i två olika färger med de kondenserade meningarna som sorterades baserat på likheter och skillnader.

Tabell 1. Exempel på innehållsanalys

Meningsbärande enhet	Kondenserad enhet	Abstrahering av innebörd	Underkategori	Huvudkategori	Tema
<i>...men så är det ju lite ute på vårdcentraler, att de flesta har tyvärr för många patienter, för lite tider och för lite läkare. Någon måste bort.</i> (Informant A)	De flesta vårdcentraler har för många patienter, för lite tid och för lite läkare, någon måste bort.	Vid resursbrist måste någon väljas bort.	Resurser vs. Etik	Etiska dilemman	Upplevda utmaningar avseende implementering av riktlinjer
<i>...hon va liksom rasistisk mot patienter och då kan man inte ha kvar henne som människa. Det funkade liksom inte. Då lägger hon in sina egna värderingar i sättet att vårda och att bedöma och det funkade inte.</i> (Informant E)	Personal som är rasistisk mot patienter kan inte arbeta kvar. Då lägger hen in egna värderingar i sättet att vårda och bedöma.	Personliga värderingar påverkar bedömningarna och kan ge sämre vård.	Personliga värderingar		

Etiska överväganden

Vetenskapsrådet (2002) betonar att de ansvariga inför en studie alltid ska väga värdet av den förväntade kunskapstillförseln mot risken för eventuella negativa konsekvenser för berörda deltagare i studien. Resultatet i utförd studie kan klargöra hur Region Skånes riktlinjer upplevs omsättas samt påvisa upplevda utmaningar och därav vara till hjälp för enhetschefer inom primärvården. Vinsterna med detta bedömdes överväga riskerna. Nedan presenteras de etiska överväganden som gjordes i relation till studien i enlighet med Vetenskapsrådets riktlinjer (2002).

I enlighet med informationskravet fick de om medverkan tillfrågade informanterna på förhand tillgång till projektplan och information om studiens syfte samt ramarna för deras deltagande. Villkoren för deltagande, det vill säga frivillighet och rätt till att avbryta medverkan delgavs informanterna vid förfrågan om deltagande samt i relation till intervjun. Denna information innefattade även hur intervjumaterialet sedan har kommit att användas. Informanterna fick i samband med intervjun erbjudande om att godkänna den transkriberade intervjun i textform.

För att uppfylla samtyckeskravet underrättades informanterna vid förfrågan om medverkan i studien samt i anslutning till intervju att de när som helst under forskningsprocessen fick lov att avbryta utan att behöva uppge anledning. Samtycke (Bilaga 2) inhämtades som ett skydd för både intervjuperson och forskare och en överenskommelse av betingelserna. En skriftlig tillåtelse inhämtades från respektive verksamhetschef (Bilaga 3) då det kan ligga i informantens intresse att ha verksamhetens godkännande. Verksamhetschefen gavs möjlighet att avböja informantens medverkan i händelse av att studien, enligt verksamhetschefen, inte ansågs vara relevant för verksamheten.

Konfidentialitetskravet uppfylldes genom att informanterna försäkrades om konfidentialitet och att de förblev anonyma inför utomstående. Dock bör betänkas att informanterna var ensamma om sin yrkesroll på respektive vårdenheter varför inte heller specifika vårdenheter nämns vid namn. Inga utöver uppsatsförfattarna och handledaren tilläts ta del av inspelat intervjumaterial. Denna information framgick och samtycktes till skriftligen i anslutning till intervjun. Ljudfilerna förvarades på ett USB-minne, oåtkomligt för obehöriga. Kontaktuppgifter till enskilda personer antecknades och förvarades säkert från obehöriga på kodförsedda elektroniska enheter.

Även nyttjandekravet följdes vilket innebär att den data som samlades in enbart användes som material för föreliggande studie.

RESULTAT

Under detta avsnitt presenteras två övergripande teman: *omsättning av riktlinjer om vård som inte kan anstå i praktiken* samt *upplevda utmaningar avseende implementering av riktlinjer*. De genom innehållsanalys funna huvud- och underkategorierna presenteras som rubriker under respektive tema och återspeglar de centrala ämnesområden som framkom i intervjuerna samt svarar på studiens förutbestämda syfte och frågeställningar.

Omsättning av riktlinjer om vård som inte kan anstå i praktiken

Nedan presenteras hur enhetscheferna upplever att Region Skånes riktlinjer avseende papperslösa omsätts i praktiken.

Etablerande av kontakt

Innan de papperslösa patienterna blir aktuella för vård krävs ett upprättande av kontakt och i denna initiala kontakt görs också en bedömning av patientens juridiska status vid registrering.

Kontaktväg. Tre informanter beskrev hur de upplevde att de papperslösa sökte vård på respektive enhet. Samtliga av dessa informanter uppgav att de papperslösa kommer till väntrummet på vårdcentralen och tar kontakt i receptionen där de uppger sitt bekymmer och att de därefter registreras. Patienterna får då ett reservnummer. Om de sökt vård tidigare kan de redan ha ett reservnummer. Två informanter betonade att de papperslösa oftast har en svensktalande person med sig: *"[d]e flesta kommer inte själva. Utan de har ju någon svensk med sig eller någon som kan prata svenska som för deras talan många gånger."* (Informant F).

Enhetschefernas definition av patientgruppen. Definitionen avseende eu-migranter tycktes skilja sig åt enhetscheferna emellan. En informant uteslöt eu-migranter ur definitionen av papperslösa medan en annan informant ansåg att eu-migranter ska räknas som papperslösa. Ytterligare en informant uppgav att det aldrig har förekommit att papperslösa uppsökt vård på dennes vårdcentral, men däremot eu-migranter.

Vården som erbjuds

Den vård som ges papperslösa är beroende av olika faktorer. De faktorer som tydligast framträdde i informanternas utsagor, relaterat till frågeställningarna, var hur och vem som gjorde bedömningarna av vårdbehov samt tolkningen av begreppet vård som inte kan anstå.

Bedömning av patientens vårdbehov. Svaren från informanterna visar att det i de flesta fall görs en första bedömning av patientens vårdbehov av en sjuksköterska. Det betonades från en majoritet av informanterna att alla papperslösa har rätt till en bedömning och att ingen patient nekas en sådan men att däremot kan patienten, efter bedömning, komma att nekas vård. Tre informanter betonade personcentrerad vård och behovet av att spendera resurser för att göra bedömningar vid varje enskilt fall samt vikten av en anamnes för att säkerställa att ett korrekt beslut om vård fattas.

Tolkning av begreppet vård som inte kan anstå. Fyra av sex informanter uppgav att tillstånd som riskerar att försämrats är sådant som bedöms tillhöra en vård som inte kan anstå och därför behandlas. Två av dessa fyra betonade primärt att livshotande tillstånd eller risk för detta berättigade en vård som inte kan anstå och att tillstånd som inte riskerar livet inte behandlas men utvidgade resonemangen till att även gälla tillstånd där det finns risk för försämring. En tredje av de som framhöll försämring av tillstånd som ett kriterium för vård betonade riktigt akuta tillstånd och patienter med kroniska tillstånd som kan bli mycket sjuka. En informant menade att vårdpersonal även kan lindra symptom avseende exempelvis smärta men också detta som ett led i att undvika förvärrat tillstånd. En annan menade att behov av smärtlindring inte tas hänsyn till inom

begreppet vård som inte kan anstå. Två informanter exemplifierade att patienter med långdragna besvär som är statiska inte berättigar vård medan en tredje framhöll att exempelvis funktionsnedsättningar kunde falla under en vård som inte kan anstå. Två beskrev att de utifrån Region Skånes riktlinjer uppfattat att vårdenheter ska vara generösa i sin tolkning av lag 2013:407 och med sjukvården till papperslösa. En informant framhöll att både primärvård och specialistvård kan ingå vid vård som inte kan anstå. En informant var ensam om tolkningen att det mesta ryms inom begreppet och att *"[m]an får vara rätt så tuff om man ska neka någon sjukvård"* (Informant A) med hänvisning till att enligt lagtexten kan all sjukvård ges med undantag för *"[l]ite förebyggande som inte ingår och kanske lite reproduktiva åtgärder som inte heller ingår."* (Informant A). Två informanter nämnde att de vårdat papperslösa återkommande på planerade mottagningar.

Tre informanter uppgav vid svårigheter i bedömningen olika sätt att hantera situationen. Utgångspunkten på de flesta vårdenheter var att de papperslösa initialt träffade en sjuksköterska och vid svårbedömda fall fanns olika vägar att hantera detta. En informant menade att sjuksköterskan kunde fråga kollegor om råd samt att läkare alltid fanns tillgänglig att rådfråga under vårdenhetens öppettid. En annan informant uppgav att den bedömande sjuksköterskan rådfrågade enhetschefen på den aktuella enheten. En tredje informant nämnde också denne att hen förlitade sig på läkare vid svårbedömda fall samt att Flyktinghälsan i Malmö ibland kontaktades.

Upplevda utmaningar avseende implementering av riktlinjer

Nedan presenteras de utmaningar som enhetscheferna upplevde att de står inför i arbetet med papperslösa. Utöver svårigheter vid etablerande av kontakt och betänkligheter över vilken vård som ges, tillkommer även etiska dilemman samt otydlighet genom vårdkedjan som två kategorier vilka svarar på frågeställningen avseende utmaningar.

Etablerande av kontakt

Utmaningar som framträdde vid etablerande av kontakt mellan de papperslösa och vårdcentralerna var försvårande faktorer vid upprättande av kontaktväg, svårigheter att bedöma patientens juridiska status samt bristande patientsäkerhet.

Försvårande faktorer vid upprättande av kontaktväg. Två av informanterna belyste den eventuella otrygghet papperslösa känner inför att etablera kontakt med sjukvården. En menade att gömda papperslösa inte gärna visar sig offentligt och att detta kan begränsa vårdsökandet. En annan poängterade att rättsväsendet har rätt att begära ut journaler och på så sätt få information om var den papperslösa befinner sig.

Svårigheter att definiera patientgrupp. En informant uttryckte svårigheten att definiera patientgruppen och att avgöra vem som är papperslös. *"...[j]ag tror inte de själva riktigt alltid förstår vad det innebär...plus att vi inte alltid heller är uppdaterade [angående] vilka som är papperslösa och vad det är..."* (Informant E). Mer specifikt påtalades skillnaderna mellan asylsökande, papperslösa och gömda och risken för att dessa behandlas som en homogen grupp. Ett problem utgjordes av patientens sätt att identifiera sig i förhållande till vårdenhetens rutiner för att avgöra om patienten är papperslös eller asylsökande *"...[d]et kunde ju ta veckor innan de fick de här LMA-korten och det innebär ju att de egentligen är*

papperslösa fast egentligen är de inte det...det var ett jättedilemma” (Informant E), med påpekandet att en vårdsökande exempelvis kan ha inlett en asylprocess även om denne inte använder ett LMA-kort för att identifiera sig.

Patientsäkerhet och praktiska problem vid administrering. Hälften av informanterna uppgav att patientsäkerheten äventyras när den papperslösa patienten söker vård, främst genom administrering och journalföring. Två informanter poängterade att det är svårt att identifiera vem det är som faktiskt söker vård vid brist på dokument som styrker vem de är. Fyra av sex informanterna betonade att det finns tydliga svårigheter vid journalföring. En informant berörde svårigheten att administrera för rätt ekonomisk ersättning till vårdcentralen. Två informanter berörde specifikt svårigheter då patienterna inte alltid kommer ihåg sitt reservnummer från tidigare vårdtillfällen vilket innebär att det upprättas flera journaler med olika reservnummer, gällande en och samma patient. *”Har de sökt vård tidigare så har de fått ett så kallat reservnummer. Och i möjligaste mån så ska de ju kunna uppge det numret. Det är inte alltid de kan det.”* (Informant D). Detta kan leda till att väsentlig information om patienten går förlorad, vilket är en stor patientsäkerhetsrisk.

Denna patientsäkerhetsrisk föranledde att en av vårdenheterna upprättat ett system med pappersjournal med tillhörande fotografi av patienten för att ha möjlighet att sammanlänka patientens olika journaler utan att utgöra en säkerhetsrisk för patienten vid begäran av journalhandlingar från myndigheter.

Vården som erbjuds

Utmaningarna som berör den vård som erbjuds de papperslösa inkluderade tolkning av begreppet vård som inte kan anstå och samsyn genom vårdkedjan.

Svårigheter att tolka begreppet vård som inte kan anstå. Majoriteten av informanterna uttryckte att Region Skånes riktlinjer är tydliga men att utmaningen utgörs av att veta vad vård som inte kan anstå innebär i praktiken. Tre av informanterna pratade specifikt om svårigheten att fatta beslut om vilken vård som ska ges papperslösa då begreppet vård som inte kan anstå är otydligt och det är svårt att avgöra vad som kan vänta och vad som inte kan vänta. *”Vad är vård som inte kan anstå? Det är det som man kanske måste förtydliga... Det är inte svårt att läsa dem [riktlinjerna] ju, sen kan man ju fråga vad det menas egentligen... i praktiken.”* (Informant F). Det sågs svårigheter att besluta om behandling vid smärtproblematik samt att avgöra vilka avvikande vitala parametrar som var patientens normaltillstånd och vad som var vårdkrävande. *”[t]ill exempel när någon har lågt blodvärde. Lågt i förhållande till referensvärden, men inte livshotande lågt. Vad ska man göra med den patienten? Det är ingenting som är livshotande nu. Det kanske är den personens normala blodvärde...vad är rimligt att man gör med en sån patient till exempel?”* (Informant D). En informant reflekterade över hur en lista över diagnoser hade underlättat för att göra gränsdragningen och fatta beslut om vård men avfärdade i samma resonemang detta med hänvisning till personcentrerad vård. En annan sådan reflektion berörde den hypotetiska situationen att om alla hade haft samma rätt till vård hade svårigheterna att fatta beslut om vård inte uppstått. Ett annat dilemma som uppgavs var att det patienten upplever som akut kanske inte vårdgivaren bedömer som akut. En av de tre informanterna nämnde i samband med svårigheten att dra gränser att vårdenheter gör olika bedömningar i samma

patientfall.

Samsyn genom vårdkedjan. Sammantaget berörde fyra informanter svårigheter vad gäller samsyn. Denna samsyn berörde behovet av en konsekvens vad gällde bedömningar av vård som inte kan anstå för papperslösa på olika vårdcentraler men även samsyn mellan enhetschefen själv och dennes överordnade samt behov av samsyn mellan enhetschef och vårdpersonal. Två informanter påtalade att beslut om nya vårdrutiner vid mötet av papperslösa kräver en enad personalgrupp för att kunna genomföras. I samband med införande av lag 2013:407 krävdes att *”[riktlinjer] skickades från Region Skåne till alla vårdcentraler och sen skickade jag till alla medarbetare...[det är] inte bara att skicka, man måste kunna ha en dialog eftersom vi alla är involverade: läkare, sjuksköterskor, sjukgymnast....och likaså receptionisten som är den som möter patienterna först”* (Informant C). En annan informant lyfte svårigheten att uppnå samsyn vid förändring av vården när rutiner, efter en lång tid på samma arbetsplats, var mycket invanda hos enskild sjukvårdspersonal vilket informanten menade kunde orsaka en brist på reflektion.

Etiska dilemman

Enhetscheferna påtalade etiska svårigheter vid arbetsledningen i vården av papperslösa. Dessa utgjordes av enskild vårdpersonals personliga värderingar samt vägande av resurser i relation till människovärde.

Vårdpersonalens värderingar. Flertalet reflektioner visade hur personliga värderingar kunde utgöra olika typer av utmaningar. Tre av informanterna förde resonemang kring detta. De privata värderingarna som lyftes bedömdes kunna resultera i en vilja att ge fler patienter vård men även i en otillräcklig vård. En informant uttryckte behovet av att bortse från privata värderingar och agera professionellt och neutralt. Informanten menade att om känslor tilläts styra skulle alla patienter få vård trots att behovet kanske inte hade bedömts falla under en vård som inte kan anstå. En annan informant menade att vissa fall kändes mer ömmande vilket kunde påverka bedömningen. Detta menade informanten utgöra ett problem då dessa personliga värderingar kunde resultera i en inkonsekvent vård. En tredje informant betonade problem med rasism hos vårdpersonal vilket ansågs påverka sättet att bedöma och vårda papperslösa negativt. *”[h]on var väldigt rasistisk mot patienterna och det funkade inte.”* (Informant E). Samma informant ansåg att politik och tongångar i samhället kan påverka människosynen inom vården negativt och nämnde specifikt Sverigedemokraternas väljarkrets som också finns representerade bland vårdpersonal.

Resurser versus människovärde. Fem av sex informanter lyfte prioriteringar som utmaningar vad gäller vården av papperslösa. Då påtalades att resursbrist, som många ansåg att de och vården generellt lider av, innebar att något prioriterades bort, vid vilket patientgruppen papperslösa var nära till hands. *”[d]e flesta har för många patienter, för lite tider, för lite läkare. någon måste bort...och då blir ju den här gruppen per automatik den som faktiskt är lättast att välja bort.”* (Informant A). Det största dilemman vid vård av papperslösa bedömdes av en informant vara att *”[d]et är ju att det kostar pengar, vi har inte personal”* (Informant E). Det nämndes att *“oavsett om man är papperslös eller inte så ska ju det [etiska riktlinjer] genomsyra vården...det är väl just papperslösa, där blir det ju mer tufft...”* (Informant B). En informant menade att utmaningen i förhållande till vården av patientgruppen var beroende av hur stor efterfrågan är. En av dessa informanter nämnde dock även att ekonomin var

sekundär och patienterna viktigast. Samma informant menade att en ökad efterfrågan på vård från patientgruppen krävde effektivisering som innebar att fler får vård, detta då ett snabbt fattat beslut om att ge vård var mer tidseffektivt och således resurseffektivt än ett grundligt avvägande som resulterade i ett beslut om att inte ge vård. En informant påtalade att denne var tvungen att förhålla sig till Region Skånes riktlinjer oavsett personliga åsikter då hen kände att det fanns en ekonomi att förhålla sig till.

Otydlighet genom vårdkedjan

Denna kategori utgör olika aspekter av brist på information och rutin. Denna informationsbrist bedömdes av informanterna finnas hos både personal och hos patientgruppen.

Vårdpersonalens behov av kunskap. Två informanter uppgav behov av att inhämta kunskap kring riktlinjer avseende vård av papperslösa. En informant önskade utbildning i frågan och betonade att *"[d]et hade varit bra om någon kom hit och föreläste på APT."* (Informant B). En informant nämnde specifikt att det finns svårigheter med att hålla sig uppdaterad om lagar och riktlinjer. Majoriteten av informanterna menade att erfarenhet underlättar omsättning av riktlinjer i praktiken. Fyra informanter menade att erfarenhet och kunskap ger en effektiv verksamhet. Två av dessa informanter belyste även fördelarna med en eventuell centraliserad verksamhet, en verksamhet dit personer som faller inom begreppet vård som inte kan anstå kan vända sig. Genom specialisering menade informanterna att verksamheten kan bli mer effektiv. Informanterna menade att den bedömande sjuksköterskan inte vårdar papperslösa så pass ofta att det blir en rutin. Bristen på rutin sågs kunna leda till bristfällig och inkonsekvent vård. En informant belyste specifikt att *"[k]ommer det in en papperslös här så är man mer ovan med att till exempel handskas med en tolk, att komma på att man ska ringa en tolk för att man inte är van vid det."* (Informant F).

Bristande information till patienten. Fyra informanter upplevde även att det ges bristande information till allmänheten samt till patienten. *"Hur ska de papperslösa, de gömda och alla som kommer förstå vårt sjuksystem om inte ens vi själva kan förstå det?"* (Informant E). Patientgruppens kännedom om rätten till vård, hur sjukvårdssystemet fungerar samt vikten av att komma ihåg reservnummer är aspekter som informanterna belyste. En informant betonade vikten av att patientens ofta medföljande svensktalande anhöriga eller kontaktperson också har tillräcklig kunskap kring riktlinjer och lagar. Informanten upplevde att det lätt kan uppstå konflikter mellan personal och anhörig avseende vad som gäller i sjukvården, vilket minskar patientfokus och således personcentrerad vård. Informanten pratade specifikt om att *"[d]et kan vara svårt, för då blir det ju på något sätt att patienten inte är i fokus utan det blir den andra som man har diskussionen med, om lagar och förordningar."* (Informant F).

DISKUSSION

Nedan diskuteras aspekter av den metod som valts för att inhämta datan till grund för studiens resultat. Dessa resultat diskuteras i relation till tidigare presenterad kontext, forskning kopplad till de nya vinklingar av forskningsfältet som resultatet gav upphov till samt författarparets egna reflektioner.

Metoddiskussion

I detta avsnitt behandlas studiens trovärdighet, giltighet och tillförlitlighet avseende urval, datainsamling och dataanalys. Denna del ämnar göra det tydligt för läsaren hur och varför samt vilka beslut som fattats inför och under dels datainsamling men även under analysprocessens gång.

Urval

Fem informanter verksamma i Malmö och en i Lund tackade ja till att medverka i studien. Polit och Beck (2014) anser att ett litet urval kan vara tillräckligt när informanterna får möjlighet att reflektera fritt avseende deras erfarenheter och upplevelser. En väl utformad intervjuguide möjliggjorde detta. Det bör tilläggas att ytterligare en informant deltog men valde att avbryta sin medverkan efter genomförd intervju och exkluderades således från studien. Om denna studie skulle genomföras igen anser författarparet att populationen borde ha kontaktats innan studien påbörjades eftersom det krävde mycket tid och energi att få kontakt med eventuella informanter under datainsamlingsprocessen.

En av studiens informanter kontaktades genom snöbollsurval. Detta tros dock inte ha vinklat resultatet då nätverket informanterna emellan inte byggde på personliga relationer utan endast kännedom om respektive enhetschefs titel inom verksamheten. Dessutom matchade informanten studiens förutbestämda inklusionskriterier.

Två av sex informanter arbetade på enheter där papperslösa som patientgrupp inte förekom. Dessa informanter utgjorde således ett undantag avseende ett av studiens inklusionskriterier. Emellertid hade dessa två informanter tidigare erfarenheter av arbete kring papperslösa. En av dem i rollen som enhetschef och den andra i rollen som sjuksköterska. Syfte och frågeställningar bedömdes beröra även den beredskap enheterna besitter avseende arbetet med papperslösa. Att papperslösa som patientgrupp inte har förekommit på respektive enhet under tiden enhetschefen har varit yrkesverksam innebär inte per automatik att papperslösa aldrig kommer att förekomma. Detta undantag från kriterierna skulle kunna ses som en svaghet i studien. Författarparet menar dock att de två informanternas deltagande i studien snarare tillför aspekter i resultatet som kan ge en källtrianguleringeffekt med olika synvinklar på frågeställningarna vilket ökar studiens giltighet samt överförbarhet i enlighet med Lundman och Graneheim (2012). Därför ansåg författarparet, trots förutbestämda inklusionskriterier, att det var värdefullt att dessa två informanter deltog.

Alla informanter var verksamma inom Malmö och Lund, således finns det en risk att de utgör en alltför homogen grupp. Dock är vårdcentralerna i Malmö belägna i upptagningsområden med socioekonomiska skillnader dem emellan (Malmö Stad, 2016). Detta kan förutom förekomsten av patientgruppen relevant för studien, även spegla en diversitet avseende erfarenheter hos informanterna och är därmed en styrka i relation till studiens överförbarhet.

Datainsamling

Intervjuerna föregicks av mejl- och telefonkontakt med informanterna i vilken de försågs med information om studien. Det bedömdes vara viktigt att informanterna skulle känna sig bekväma i intervjusituationen varför en god kontakt upprättades inför samtalet. Detta tillsammans med att intervjuerna efter önskemål från

informanterna utfördes på respektive arbetsplats kan ha bidragit med en bekvämlighet som främjade öppenhet och informationsrika samtal. Informanterna försäkrades om konfidentialitet och att de förblev anonyma inför utomstående. Dock krävdes att ett skriftligt godkännande om deltagande i studien inhämtades från respektive informants verksamhetschef. Därmed finns en eventuell risk att informanterna kände sig begränsade i sin frihet att prata fritt.

Då intervju bygger på ett socialt samspel går det inte att undvika intervjuareffekter och en viss effekt av social önskvärdhet vid intervju (Passer & Smith, 2007). Det vill säga att informanten svarar i enlighet med vad informanten tror intervjuaren önskar höra eller enligt förväntade normer (a a). Författarparet har försökt minimera risken för intervjuareffekter och på så sätt öka giltigheten genom en väl utarbetad frågeguide, genom att betona konfidentialitet samt genom ett neutralt men bekräftande bemötande i intervjusituationen.

Att på förhand definiera samtalsämnena genom en intervjuguide kan utöver en åsyftad begränsning oavsiktligen utesluta ämnen relevanta för studiens syfte (Malterud, 2014). Denna potentiella svaghet har dock reducerats genom att lämna pauser för eftertanke och möjlighet för informanten att i viss mån styra samtalet. Det har även lämnats utrymme för att tillföra orörda ämnen i slutet av intervjun vilket ökar datamaterialets giltighet. Möjligtvis skulle den i viss mån flexibla ordningen på frågorna som ställts kunna påverka svarens tillförlitlighet då frågorna leds in på via olika perspektiv. Frågorna i intervjuguiden har dock i stor utsträckning haft samma följd i samtliga intervjuer och tycktes ha en naturlig ordning i sin beröring av teman.

Att frågeguiden utformats till stor del av öppna frågor kan ha minskat effekterna av eventuell bias vad gäller förutfattade meningar från författarparets sida. Reflexivitet diskuteras av Polit och Beck (2014) där behovet av forskarnas reflektion över bias relaterat till förståelse betonas. Något som också diskuterats återkommande före och under hela forskningsprocessen av författarparet, vilket kan öka giltigheten (Lundman & Graneheim, 2012). Till den vid intervjuerna använda frågeguiden lades frågor om informanternas arbetsuppgifter och uppfattade handlingsutrymme då fördomar eller missuppfattning om detta var något som bedömdes kunna vinkla analysen. Detta kan sägas utgöra en form av deltagarkontroll (Malterud, 2014). Denna deltagarkontroll har också förekommit genom dialogisk validering. Något som enligt Malterud (2014) sker då informanternas utsagor sammanfattas av intervjuare för att minimera felaktiga uppfattningar och missförstånd under intervjuens gång.

Samtalen spelades in och följdes av noggrann transkribering. Kvaliteten på den tekniska utrustningen var god och ljudkvaliteten gjorde transkriberingen relativt enkel då informanternas utsagor var tydliga att uppfatta. Tillförlitligheten i den data som bearbetats är således hög. Datainsamlingen gjordes över sju veckors tid och de erfarenheter som gjordes initialt i datainsamlingen har bidragit till viss förtrogenhet hos författarparet gällande insamlingsmetodik vilket även detta kan ha bidragit till en ökad bekvämlighet och öppenhet hos informanten i intervjusituationen. Det tros dock inte ha påverkat följsamheten mot data och tillförlitligheten då ramarna frågeguiden utgjort har varit desamma under hela processen. Det tycktes som en mättnad i data har uppnåtts då informanternas svar i stor utsträckning tangerade varann.

Dataanalys

Graneheim och Lundmans artikel "Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness" (2004) användes som mall för att analysera insamlat datamaterial. Initialt lästes transkriberat intervjumaterial upprepade gånger för att öka förståelsen för materialet. Detta gjorde författarparet var för sig för att öka tillförlitligheten. Även meningsbärande enheter plockades ut separat för att sedan jämföras författarna emellan. Enheternas relevans i relation till syfte och frågeställningar bekräftades då författarna till stor del fann samma meningsbärande enheter. För att uppnå ökad trovärdighet analyserades varje enskild meningsbärande enhets innebörd noga och de meningsbärande enheter som bedömdes beröra olika aspekter delades. Detta då Graneheim och Lundman (2004) menar att allt för breda enheter kan resultera i att innehållets mening går förlorat under processen av kondensering.

De meningsbärande enheterna kondenserades gemensamt av författarparet och därefter gjordes en abstrahering där innebörden av den kondenserade meningen plockades ut. Denna innebörd var olika framträdande i olika enheter och nivån av abstrahering har således skiljt sig åt något. Efter detta inleddes ett sökande efter möjliga kategorier och sedan övergripande teman som ansågs representera datamaterialets relevanta delar. Utarbetandet av kategorier var inledningsvis induktivt för att hitta gemensamma nämnare i meningsenheterna. Därefter övergick bearbetningen till en deduktiv process under vilka skillnader och likheter mellan meningsenheterna under respektive kategori bedömdes. Dessa processer skedde växelvis och parallellt. En öppenhet under denna inledande process bedömdes vara viktig, i enlighet med Malteruds (2014) beskrivning av datastyrd bottom-up-analys. Kategorierna namngavs därefter och jämfördes sinsemellan för att bedöma huruvida dessa kunde anses beröra samma tema. Genom att skriftligen presentera citat menar Graneheim och Lundman (2004) att trovärdigheten kan öka. Således har citat från de transkriberade texterna plockats ut för att stärka resultatet. Författarparet hade, om studien skulle genomföras igen mot bakgrund av gjorda erfarenheter planerat för en större tidsåtgång under analysprocessen för att i ännu större utsträckning bekräfta att analysmättnad uppnåtts.

Under hela processens gång har författarparet fört dagbok för att på ett strukturerat sätt kunna gå tillbaka i arbetsprocessen för att klargöra tankegångar, vilket anses ha varit fördelaktigt.

Resultatdiskussion

I detta avsnitt diskuteras de resultat som utgör svar på frågeställningarna avseende omsättning av riktlinjer i praktiken och upplevda utmaningar i relation till varandra. Detta då praktik och problematik rörande samma kategori har ett naturligt samband.

Etablerande av kontakt

Det sågs flera försvårande aspekter som berör etablering av kontakt. Det bedömdes finnas en osäkerhet hos papperslösa inför att etablera kontakt med sjukvården. Detta skulle kunna kopplas till en ovilja att visa sig offentligt men även en brist på information om vilka rättigheter till vård som patienten besitter. En annan försvårande aspekt som belystes avseende etablering av kontakt var att rättsväsendet har rätt att begära ut journaler och på så sätt få information om var

den papperslöse befinner sig. Denna problematik gällande sekretess och anonymitet bekräftas av Statskontoret (2015) som beskriver hur papperslösa uteblivit från vård då de inte kunnat få vård direkt, utan tidsbokning, och således inte kunnat förbli anonyma (a a). De papperslösa uppgavs söka vård genom att komma till vårdcentralens väntrum eller reception. I ljuset av det uttalande om en eventuell oro hos papperslösa inför att gå till vårdcentraler och ett uppmärksammande av problematik med ett misstänkt mörkertal vad gäller vårdbehov, väcks tankar om att det bör finnas andra vägar att kontakta vårdcentralerna genom. Sådana hade eventuellt kunnat öka benägenhet att söka vård för en patient som hyser oro inför att upprätta kontakt med samhälleliga institutioner. Vårdgivaren har enligt Region Skånes egna riktlinjer ansvar för att upprätta fungerande kontaktvägar till patienter, men även vägar för patienter att nå vårdgivaren (Vårdgivare Skåne, 2015). Det finns skäl att tro att kontaktvägarna kan utökas och framför allt förbättras.

I resultatet framkom det att enhetscheferna hade olika definitioner av papperslösa avseende EU-migranter med avsaknad av EU-kort. För att kunna ge papperslösa vård i enlighet med relevanta lagar och riktlinjer behöver patienten identifieras i förhållande till den personkrets som lag 2013:407 berör. Enligt regeringen är det inte uteslutet att lag 2013:407 i enskilda fall kan gälla EU- medborgare men lyckas inte utröna när EU-migranter ska ges vård som inte kan anstå (Statskontoret, 2015). Socialstyrelsen (2016) beskriver att detta har med vistelselängd och ekonomisk förmåga att göra men enligt Region Skånes anvisningar ska oförsäkrade EU-migranter utan EU-kort behandlas som egenbetalare när de söker vård och berör i sin policy på Vårdgivare Skåne (2015) inte när de kan anses vara papperslösa. Denna svårighet att definiera patientgruppen synliggörs även i informanternas svar.

En utmaning som uttrycktes gällde nuvarande rutiner för att identifiera patientgruppen. Enbart en informant uttryckte explicit svårigheten att definiera patientgruppen men författarparet valde att ta med detta i en kategori då det var något som berördes av informanten flertalet gånger och bedömdes vara viktiga reflektioner eftersom det kan ge avgörande konsekvenser för den patient som söker vård. Det är ett problem om en patients tillhörighet i en patientgrupp och därmed rätten till vård baseras på innehav av pass eller ett LMA-kort. Detta då en avsaknad av eller ägo av respektive identitetshandling inte nödvändigtvis är signifikant för patientens juridiska status. Denna problematik påtalas också av Läkare i världen (2015) som menar att denna typ av rutiner på felaktiga grunder har setts leda till att papperslösa patienter nekats subventionerad vård. Identifiering av patienten är något som troligtvis görs redan i receptionen. Detta synliggör därför betydelsen av kunskap även hos personal på vårdcentralen som inte nödvändigtvis är *vårdpersonal* men som möter patienten.

Resultatet visar även att patientsäkerheten, det vill säga det skydd mot vårdskada som vårdcentralen bör kunna garantera, äventyras – främst vid administrering och journalföring när de papperslösa söker vård. Svårigheten att identifiera vem som söker vård vid brist på identitetshandlingar eller hågkomst av reservnummer belystes. Det kan finnas olika skäl till att patienterna inte kan uppge reservnummer. Det kan möjligtvis tyda på en bristande kommunikation och att vårdgivaren inte har lyckats förmedla vikten av att bevara ett givet reservnummer. Något som inte heller kan säkerställas är om denna brist på förmåga att identifiera sig härrör till en vilja att förbli anonym och avsaknad av förtroende för vården.

Statskontoret (2015) lyfter dessutom det potentiella scenario där patienten i receptionen aldrig får reservnumret tilldelat sig.

Den svårigheten som lyftes avseende att administrera för rätt ekonomisk ersättning till vårdcentralen kan ha samband med en brist på rutin och information till administrativ personal och receptionister och tyder på svårighet att följa de riktlinjer som Region Skåne har gällande registrering. Även detta påvisar behovet av kunskap och informationsspridning genom hela vårdkedjan, vilket diskuteras ytterligare under rubriken Otydlighet genom vårdkedjan.

Vården som erbjuds

Informanterna betonade att alla har rätt till en första bedömning och att ingen nekas en sådan. Vilken vård som sedan ges beror på hur begreppet vård som inte kan anstå tolkas. Att göra denna tolkning samt bedömning var enligt informanterna en utmaning. Resultatet visade att det inte fanns någon enhetlighet i hur begreppet tolkades. De informanter som poängterade att vårdenheter ska vara generösa i sin tolkning av begreppet var i sina egna utsagor om vilken vård som ska ges relativt begränsade. Primärt betonade en majoritet av informanterna att livshotande tillstånd eller risk för detta berättigar en vård som inte kan anstå vilket sannolikt inte är den vidast möjliga tolkningen. En informant menade däremot att näst intill allt kan ingå. Utifrån detta finns det anledning att tro att papperslösa får olika vård beroende på vilken vårdcentral de uppsöker.

I ljuset av resultatet kan det tyckas behövt att vårdgivare får vägledning i sina bedömningar av vård som inte kan anstå, så länge detta begrepp nyttjas, eftersom det är otydligt och utgör stora utmaningar. Även Statskontoret (2015) poängterar att vägledning för vårdpersonal saknas. Detta tycks ytterst relevant då ett mål för sjukvården rimligtvis borde vara en minimering av omotiverade skillnader primärvårdsenheter emellan. Det vill säga skillnader som inte kan härledas till att patienter har olika behov eller förutsättningar.

Informanternas tveksamhet kring att under vård som inte kan anstå ge symtom- och smärtlindring till papperslösa indikerar en begränsning i vården som inte är baserad på behov. Begränsningarna tycks istället vara baserade på juridisk status, vilket är en företeelse Socialstyrelsen (2014b) har riktat kritik mot. Att utnyttja den möjlighet att ge papperslösa sämre vård än en svensk medborgare som begreppet vård som inte kan anstå erbjuder, är också oförenligt med professionsetiken. Denna professionsetik ska enligt Svensk Sjuksköterskeförening (2016a) innebära ett fokus på patientens hälsa i samverkan med principen om alla människors lika värde. ICN's etiska kod (2014) betonar att sjuksköterskan bör främja en miljö där mänskliga rättigheter respekteras samt att sjuksköterskan ansvarar för jämlikhet och social rättvisa. Men det tycks uteslutet att jämlikhet och social rättvisa kan främjas genom att till vissa personer tillämpa en vård som inte kan anstå om vården inte ges i enlighet med behov- och solidaritetsprincipen.

Vikten av samsyn hos vårdpersonal i arbetet med papperslösa var något som majoriteten av informanterna framhöll som en utmaning. Denna samsyn berörde delvis enhetlighet vid bedömningar av vård som inte kan anstå. En enad personalgrupp anses därför betydelsefull för att papperslösa ska föras med en konsekvent vård. Denna samsyn är också något Region Skåne (2011) betonar i sina riktlinjer. Utmaningarna i att uppnå samsyn ger dock ytterligare tyngd till

problematiken kring att papperslösas rätt till vård är beroende av enskild vårdpersonals tolkning.

Etiska dilemman

I resultatet sågs en tendens att bortprioritera papperslösa vid upplevd resursbrist. Närheten till att prioritera bort denna patientgrupp kan vara en konsekvens av lag 2013:407 som trots utökningen från enbart akutvård, tillåter begränsningar av vården och som dessutom innefattar en tolkningsmån vilket ger vårdgivaren möjlighet att tolka generöst eller snålt om vårdgivaren så vill. En informant menade att utmaningen i förhållande till vården av patientgruppen var beroende av hur stor efterfrågan är. I nuläget är dock patientgruppen en relativt liten del av det totala antalet vårdsökande inom Region Skåne och kostnadsproblematiken relaterad till den enskilda patientgruppen är inte reell för de enskilda landstingen (Statskontoret, 2015). I resultatet sågs en upplevd resursbrist, trots det var det ingen informant som reflekterade över faktiska ekonomiska förhållanden. I Skåne utgjorde den redovisade kostnaden för vård av papperslösa år 2014 endast 26 % av det från staten utökade bidraget (här kan dock vårdenheternas svårighet att administrera patientgruppen utgöra en felkälla i redovisningen) (a a). Att resursbristen ändå upplevs som stor och som en utmaning just i relation till den papperslösa patientgruppen är anmärkningsvärt. Verksamheten på vårdcentralerna styrs i viss utsträckning av enhetscheferna, som enligt egna uppgifter besitter budgetansvar. Det är oroväckande om enhetscheferna uppfattar just papperslösa som betungande ekonomiskt och tillåter denna upplevelse styra innehållet i vården.

Den av informanterna bekräftade tendens till bortprioritering av papperslösa tycks strida mot prioriteringsprinciperna där människovärdesprincipen ska vara vägledande, även vid en vård som inte kan anstå (Socialstyrelsen, 2014b). Det strider också mot professionsetiken då vården inte ges förutsättningslöst efter behov. I första hand tycks snarare juridisk status och nationalitet dela upp patienter i olika prioriteringsordning.

Otydlighet genom vårdkedjan

I resultatet sågs olika aspekter avseende behov av kunskap. Informanterna menade att det finns en avsaknad av erfarenhet och rutin när den bedömande sjuksköterskan på vårdcentralerna inte vårdar papperslösa patienter kontinuerligt. Denna avsaknad av rutin kan ge osäkerhet i hur lagstiftning och riktlinjer ska tolkas. Frivillighetsorganisationerna Läkare i Världen (2013) och Röda korset (2013) menar att bristande kunskap avseende lagstiftning hos vårdpersonal kan innebära att den papperslösa inte behandlas utifrån rätt villkor. Om kunskapsnivån hos personal skiljer sig åt finns det risk att bedömningarna inte sker baserat på samma grunder vilket kan leda till att patienter ges olika information och en inkonsekvent vård. Statskontoret (2015) menar att landstingen i Sverige inte har gjort tillräckligt för att hälso- och sjukvårdspersonal ska känna till de lagar och riktlinjer som gäller papperslösa. Något som återspeglas i informanternas utsagor, även gällande personal som inte är utbildad inom hälso- och sjukvård men möter patienter. Ändå framhålls just Region Skåne som ett gott exempel på ett landsting som erbjuder lättillgänglig och uppdaterad information (a a). Om informanterna trots detta upplever att personalen på vårdcentralen är osäker i sitt yrkesutövande krävs ytterligare information och dialog. Något som enligt Larssons (2008) beskrivning samt informanternas egna uttalanden om den egna yrkesrollen, kan

tyckas ligga inom enhetschefens arbetsuppgifter i egenskap av verksamhetsansvarig.

För att papperslösa ska ges adekvat vård i enlighet med lagar och riktlinjer är det väsentligt att samtlig personal genom vårdkedjan erhåller förståelig information om dessa. Den information Region Skåne tillhandahåller må vara lättillgänglig och uppdaterad och av informanterna uppgav en majoritet att riktlinjerna var tydliga. Ändå rådde tveksamhet hos informanterna kring vad de faktiskt innebär vid implementering.

Majoriteten av informanterna påtalade även att det hos patientgruppen finns bristande kännedom om lagstadgade rättigheter till vård. De menade att de papperslösa har bristande kunskap om hur det svenska sjukvårdssystemet fungerar samt inte själva vet vilken vård de har rätt till. En intressant aspekt är dock de uttalanden en informant gjorde i samband med intervjun. Hen betonade problematiken kring att förmedla rätt information när vårdpersonalen inte själva vet. Detta bekräftar ytterligare vikten av god kunskap hos vårdpersonal avseende ämnesområdet.

KONKLUSION

Genomgående sågs att Region Skånes riktlinjer är tydliga. Trots detta sågs svårigheter att följa dessa. Vård som inte kan anstå tycks inte kunna ges konsekvent. Det troliga är att lagar och riktlinjer kring vård av papperslösa inte är möjliga att förstås entydigt. Även om så var fallet kan en god vård till denna patientgrupp enligt nuvarande lagstiftning inte säkerställas då vården inte ges utefter behov utan istället baseras på juridisk status. Skillnader i vården som inte härrör till orsaker möjliga att motivera med olika behov eller förutsättningar innebär ojämlikhet. Skillnader i vården som motiveras med skilda juridiska förutsättningar och nationell tillhörighet är etiskt tvivelaktigt. Ett annat fynd som är etiskt tvivelaktigt är den indikation på att prioriteringar styrs av resurser snarare än människovärde.

FÖRSLAG PÅ FORTSATT KUNSKAPSUTVECKLING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE

Syftet med denna studie var att undersöka tillvägagångssätt på enhetsnivå inom primärvården för att erbjuda papperslösa en vård i enlighet med svenska lagar och etiska riktlinjer. Inom primärvården går det att konstatera inkonsekvent vård för papperslösa patienter. Det finns således anledning att tro att inkonsekvent vård även existerar inom andra vårdinstanser. Det föreligger kunskapsluckor avseende detta och författarparet föreslår därför fortsatt utvärderingsarbete beträffande vård av papperslösa på akutmottagningar samt inom somatisk och psykiatrisk slutenvård. Det finns likaså ett behov av kunskapsutveckling vad gäller de papperslösas upplevelser i kontakt med sjukvården. Författarparet rekommenderar således forskning på området ur ett patientperspektiv. Utöver fortsatt

utvärderingsarbete önskar författarparet också att enhetschefer inom primärvården får möjlighet till fortbildning inom ämnesområdet, i förhoppning om att kunna öka kunskap och därmed bidra till bättre vård av papperslösa. Författarparet upplever även bristande undervisning avseende vård av papperslösa på sjuksköterskeprogrammet på Malmö Högskola och föreslår därför undervisning i utbildningen gällande lagar och etiska riktlinjer.

Fynden i denna studie bedöms av författarparet vara både relevanta och användbara vad gäller kunskapsspridning. Resultatet i utförd studie påvisar hur de existerande riktlinjerna vid vård av papperslösa upplevs och omsätts samt påvisar brister med rådande lagstiftning. Dessa fynd kan uppmuntra enhetschefer inom primärvården till ett kritiskt förhållningssätt gentemot riktlinjerna och lagstiftningen de avser förtydliga, vilket i sin tur kan leda till en bättre kvalitet av omvårdnaden.

REFERENSER

Campbell M R, Klei G A, Hodges D B, Fisman D, Kitto S, (2012) A Comparison of Health Access Between Permanent Residents, Undocumented Immigrants and Refugee Claimants in Toronto, Canada. *J Immigrant Minority Health, 16*, 165-176.

Dalen, M (2008) *Intervju som metod*. Malmö, Sverige: Gleerups Utbildning AB.

Graneheim U.H, Lundman B, (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today, 24*, 105-112.

Hewko J S, Brown P, Fraser D K, Wong A C, Cummings G G, (2015) Factors influencing nurse managers' intent to stay or leave: a quantitative analysis. *Journal of Nursing Management, 23*, 1058-1066.

Hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763.

International Council of Nurses (2014) ICN's etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Josborg L, (2010, 31 augusti) Hon kräver vård för papperslösa, *Mitt i Kungsholmen*. Hämtad från databasen Retriever.

Kihlbom M, (2006) Flyktingars apati och uppgivenhet välkänd och begriplig reaktion. *Läkartidningen, 41(103)*, 3084-3086.

Kvale S, (2007) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lagen om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd, 2013:407.

Lundman B, Graneheim U H (2012) *Kvalitativ innehållsanalys*. I: Granskär M, Höglund-Nielsen, (Red) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2a upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Läkare i Världen (2013) 101 dagar med utökad rätt till vård för papperslösa - i teorin. ><http://vardombudsmannen.se/wp/wp-content/uploads/2013/11/101-dagar-med-ut%C3%B6kad-r%C3%A4tt-till-v%C3%A5rd-f%C3%B6r-pappersl%C3%B6sa-i-teorin.pdf>< (2016-11-07)

Läkare i Världen (2015) 18 månader med utökad rätt till vård för papperslösa - i teorin ><http://lakareivarlden.se/wp-content/uploads/2015/10/18-m%C3%A5nader-med-v%C3%A5rd-f%C3%B6r-pappersl%C3%B6sa-24-februari-2015-1.pdf>< (2016-12-18)

Larsson K, (2008) *Mellanchef i vård och omsorg*. Stockholm, Sverige: Gothia Förlag.

- Malmö Stad (2016) Statistikunderlag för Malmö 2007-2015.
><http://malmo.se/Kommun--politik/Statistik.html>< (2016-12-08)
- Malterud K, (2014) *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning. En introduktion*.
Lund: Studentlitteratur
- Martinez O, Wu E, Sandfort T, Dodge B, Carballo-Dieiguez A, Rogeiro P, Rhodes S, Moya E, Chavez-Baray S, (2015) Evaluating the Impact of Immigration Policies on Health Status Among Undocumented Immigrants: A Systematic Review. *Journal of Immigrant & Minority Health*, 17(3), 947-970.
- Migrationsverket, (2016a) Statistik 2016 Avgjorda asylärenden.
><http://www.migrationsverket.se/download/18.2d998ffc151ac3871592564/1478002501257/Avgjorda+asyl%C3%A4renden+2016+-+Asylum+decisions+2016.pdf>< (2016-12-26)
- Migrationsverket, (2016b) LMA-kort för asylsökande.
><http://www.migrationsverket.se/Privatpersoner/Skydd-och-asyl-i-Sverige/Medan-du-vantar/LMA-kort.html>< (2016-09-21)
- Passer W M, Smith E R, (2007) *Psychology: The Science of Mind and Behavior (4th edition)*. New york: McGraw-Hill.
- Patientlagen, 2014:821.
- Patientsäkerhetslagen, 2010:659.
- Polit D F, Beck C T, (2014) *Essentials of Nursing Research; Appraising Evidence for Nursing Practice (8th edition)*. Philadelphia: Lippincott.
- Regeringens proposition, 2012/13:109 Hälso- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd. Tillgänglig:
[http://www.regeringen.se/contentassets/dd981e89c9574cdf9031c3797e883dc1/hal so--och-sjukvard-till-personer-som-vistas-i-sverige-utan-tillstand-prop-201213109](http://www.regeringen.se/contentassets/dd981e89c9574cdf9031c3797e883dc1/hal-so--och-sjukvard-till-personer-som-vistas-i-sverige-utan-tillstand-prop-201213109)
- Region Skåne Koncernkontoret, (2011) Riktlinjer vård för asylsökande och papperslösa. ><http://vardgivare.skane.se/siteassets/2.-patientadministration/vard-inom-utom-landet/asylsokande-och-flyktingar/policy-riktlinjer-och-tillampningar/riktlinjer-var-d-for-asylsokande-och-papperslosa.pdf>< (2016-11-22)
- Region Skåne Koncernkontoret, (2015) Tillämpning för asylsökande och papperslösa personer. ><http://vardgivare.skane.se/siteassets/2.-patientadministration/vard-inom-utom-landet/asylsokande-och-flyktingar/policy-riktlinjer-och-tillampningar/tillampning-for-asylsokande-och-papperslosa-personer.pdf>< (2016-09-22)
- Röda korset, (2016) Tortyr. ><http://www.redcross.se/vart-arbete/t/tortyr/>< (2016-12-06)
- Röda korset, (2013) Uppföljning av Lag om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd (2013:407).
><http://docplayer.se/1431936-Uppfoljning-av-lag-om-halso-och-sjukvard-till->

vissa-utlanningar-som-vistas-i-sverige-utan-nodvandiga-tillstand-2013-407.html<
(2016-11-11)

Sandblom M, Mangrio E, (2016) The experience of nurses working within a voluntary network: a qualitative study of health care for undocumented migrants. *Scandinavian journal of caring sciences*, 2016, 1-8.

SBU, (2014) *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok*. 2 uppl. Stockholm; Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)

Socialstyrelsen, (2014a) *Rätten till socialt bistånd för medborgare inom EU/EES-området – en vägledning*.

Socialstyrelsen, (2010) *Social rapport 2010*.

Socialstyrelsen, (2016) Utländska medborgare.
>http://www.socialstyrelsen.se/ekonomiskt_bistand/utlandskamedborgare< (2016-09-22)

Socialstyrelsen, (2014b) *Vård för papperslösa – vård som inte kan anstå, dokumentation och identifiering vid vård till personer som vistas i landet utan tillstånd*.

Starfield S, Shi L, Macinko J, (2005) Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457–502.

Statens offentliga utredningar, 1995:5 Vårdens svåra val.

Statskontoret, (2015) *Vård till papperslösa En uppföljning av lagen om vård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd*.

Svensk sjuksköterskeförening, (2016a) *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Svensk sjuksköterskeförening, (2016b) Allas rätt till vård.
><https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Omvardnadsmagasinet-ledare/allas-ratt-till-varld/>< (2016-12-26)

Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. ><http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>< (2016-09-20)

Vårdanalys (2013) *Vem har vårdvalet gynnat? En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande i primärvården*. Stockholm: TMG Sthlm

Vårdgivare Skåne, (2015) *Asylsökande och flyktingar*
><http://vardgivare.skane.se/patientadministration/vard-inom-utlandet/asylsokande-och-flyktingar/#15034>< (2016-11-22)

BILAGOR

Bilaga 1 – Intervjuguide

Bilaga 2 – Samtycke från deltagare i projektet

Bilaga 3 – Tillstånd från verksamheten

Bilaga 4 – Informationsbrev

Bilaga 1. Intervjuguide

Inledning

- Förklara syftet med studien
- Antyda vad vi är intresserade av att få veta
- Tydliggöra studiens konfidentialitetkrav

Öppningsfrågor

- Hur länge har du arbetat här?
- I korta drag, vad är dina arbetsuppgifter som enhetschef?
- Hur ofta förekommer det att papperslösa söker vård här?
- Hur söker man vård hos er som papperslös?

Riktlinjer och omsättning

- Berätta hur du upplever rutinerna kring arbetet med papperslösa.
- Arbetar ni efter Region Skånes riktlinjer?
- Hur upplever du att det fungerar att omsätta riktlinjerna i praktiken?
- Hur ser de lokala rutinerna ut?
- Vilka utmaningar upplever du att du står inför avseende rutinerna/omsättningen av riktlinjerna?
- Vad tänker du hade underlättat arbetet?

Yrkesrollen

- Hur upplever du ditt handlingsutrymme när det kommer till att påverka rutinerna?
- Vilka olika perspektiv och ideal känner du att du behöver ta i beaktning avseende arbetet med papperslösa?
- Upplever du att det finns slitningar mellan rollen som chef och rollen som sjuksköterska?

Vård som inte kan anstå

- Lagstiftning säger att papperslösa har rätt till ”vård som inte kan anstå”. Hur uppfattar du begreppet ”vård som inte kan anstå”?
- Hur upplever du att ”vård som inte kan anstå” och riktlinjerna hänger ihop?
- Hur upplever du att ”vård som inte kan anstå” omsätts i omvårdnaden av papperslösa?
- Vad har förändrats omvårdnadsmässigt i arbetet med papperslösa under tiden som du har varit yrkesverksam som enhetschef här?

Exempel på följdfrågor

- Kan du utveckla...?
- Vill du ge ett exempel på...?
- Menar du...?

Avslutande frågor

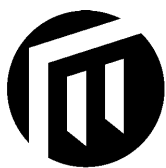
- Finns det något du vill tillägga?
- Finns det intresse att läsa igenom den transkriberade versionen av intervjun samt det färdiga examensarbetet?

Bilaga 2. Samtycke från deltagare i projektet

Samtycke från deltagare i projektet

Projektets titel: Vård av papperslösa – riktlinjer och upplevda utmaningar i primärvården	Datum: 24/11-16
Studieansvariga: Alma Zachrison Persson Hilda Hörberg Din E-post almazachrison@gmail.com hilda.hrberg@gmail.com	Studerar vid Malmö högskola, Fakulteten vid hälsa och samhälle, 205 06 Malmö, Tfn 040- 6657000 Utbildning: Sjuksköterskeprogrammet
<p>Jag har muntligen informerats om studien och tagit del av bifogad skriftlig information. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.</p>	
<p>Jag lämnar härmed mitt samtycke till att delta i ovanstående undersökning:</p> <p>Datum:</p> <p>Deltagarens underskrift:</p>	

Bilaga 3. Tillstånd från verksamheten



MALMÖ HÖGSKOLA

Tillstånd från verksamhetschef/motsvarande

Projektets titel: Vård av papperslösa – Riktlinjer och upplevda utmaningar i primärvården

Studieansvariga: Alma Zachrisson Persson, Hilda Hörberg

Utbildning / nivå:

Sjuksköterskeprogrammet

Härmed ger jag följande studenter vid Malmö högskola tillstånd att genomföra ovanstående undersökning i min verksamhet.

Namn:

.....
.....

Verksamhetschef/motsvarande vid:

.....
.....

Datum:

.....

Underskrift:

.....

Namnförtydligande:

.....

Bilaga 4. Informationsbrev

Informationsbrev	
Projektets titel: Vård av papperslösa - riktlinjer och upplevda utmaningar i primärvården	Datum: 2016-09-27
Studieansvariga: Alma Zachrison Persson och Hilda Hörberg almazachrison@gmail.com hilda.hrberg@gmail.com	Studerar vid Malmö högskola, Fakulteten vid hälsa och samhälle, 205 06 Malmö, Tfn 040- 6657000 Utbildning: Sjuksköterskeprogrammet Nivå: Termin 5
<p>Hej, vi heter Alma och Hilda! Vi är två sjuksköterskestudenter i termin 5 som ska skriva examensarbete i omvårdnad under höstens gång. Vi planerar att göra en studie där vi intervjuar åtta legitimerade sjuksköterskor verksamma som enhetschefer/avdelningschefer på vårdcentraler inom Region Skåne i Malmö och Lund.</p> <p>Vi är intresserade av hur rutinerna vid omvårdnad av papperslösa ser ut och vilka tankar som enhetschefer har avseende de befintliga rutinerna. Hur uppfattar du att Region Skånes riktlinjer omsätts i praktiken och vilka utmaningar upplever du att du står inför avseende omsättningen av riktlinjerna?</p> <p>Genom studien hoppas vi kunna bidra med ökad insikt i arbetsområdet, vilket i sin tur kan leda till eventuellt förbättringsarbete. Medverkan är frivillig och du har rätt till att när som helst avbryta din medverkan, utan att behöva uppge anledning.</p> <p>Upplägget är intervjuer med ett fåtal öppna frågor som kan leda till intressanta reflektioner. Du ska ha möjlighet att avsätta ca en timme vid ett intervjutillfälle och tillsammans kommer vi överens om var intervjun kommer att äga rum. Intervjun kommer att spelas in genom ljudupptagning, om du samtycker. Ingen utomstående kommer att kunna ta del av materialet. Citat kommer att finnas med i den färdiga uppsatsen, men du kommer att vara anonym. Vi vill försäkra dig om konfidentialitet.</p> <p>Du kommer en tid efter intervjun att få möjlighet att godkänna din intervju i textformat. Allt material kommer att raderas efter att projektet har avslutats. Den information som samlas in kommer enbart att användas för detta examensarbete och den färdiga uppsatsen kommer sedan att publiceras i en elektronisk databas för studentarbeten. Om du önskar läsa arbetet kommer det självklart att skickas till dig också.</p> <p>Härmed tillfrågas Du om deltagande i studien</p>	