



VÅRD AV MIGRANTER MED FOKUS PÅ PAPPERSLÖSA I EUROPA

Vårdpersonalens och patienternas erfarenheter

**HEALTHCARE OF MIGRANTS FOCUSING ON UNDOCUMENTED
MIGRANTS IN EUROPE**

Healthcare personnel and patient experiences

Examinationsdatum: 2013-08-23

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Kurs 39

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Författare: Emma Fagerstedt och Mariel Taxén

Handledare: Anna Swall

Examinator: Ulrika Kreicbergs

SAMMANFATTNING

Bakgrund

I dagsläget finns cirka 42 miljoner migranter utspridda i världen. Många av dessa ställs inför stora svårigheter bland annat på grund av att de saknar tillgång till hälso- och sjukvård samt socialt stöd. Papperslösa migranter är en särskilt utsatt grupp, där psykisk ohälsa är vanligt förekommande. Enligt FN:s deklARATION om mänskliga rättigheter har alla människor rätt till vård, men inom Europa skiljer sig lagstiftningen om papperslösas rätt till vård stort mellan de olika länderna. För att förbättra hälsan inom gruppen av migranter behövs information om hälsoläget, vilket är problematiskt ur dokumentation och begreppssynpunkt. Lite forskning och kunskap finns om de sociala determinanterna för hälsa, rättigheterna till sjukvård, specifika interventioner samt allmän tillgång och kvalitet av vården.

Syfte

Syftet var att belysa migranternas svårigheter i mötet med vården, med fokus på papperslösa.

Metod

Den metod som användes var en litteraturstudie, en sammanställning av 16 vetenskapliga artiklar inom valt problemområde. Databassökningar har gjorts i Cinahl, PsycINFO och Pubmed, samt manuella sökningar. Använda inklusionskriterier var 10 år gamla studier, samt studier skrivna på engelska. De 16 artiklarna lästes i sin helhet av båda författarna och sammanställdes i ett resultat.

Resultat

Resultatet sammanfattades utifrån två funna huvudteman; svårigheter som migranter möter i vården, samt förslag till förbättringar av vården för migranter. Vanligt förekommande svårigheter berodde främst på vårdpersonalens okunskap kring lagstiftning och administrativa procedurer, samt språkbarriärer, och migranternas okunskap kring sjukvårdssystemet i det nya landet, samt kulturella skillnader och attityder. Förslag på förbättringsåtgärder som framkom var samverkan mellan instanser, samt alternativa vårdgivare, god kommunikation och ökad kulturell kompetens bland vårdpersonalen.

Slutsats

Alla länder i Europa har skrivit under de flesta av FN:s konventioner om de mänskliga rättigheterna, och därmed också alla människors rätt till vård. Trots detta brister vården av migranter på flera punkter. I den här studien framställs dessa svårigheter som rapporterats av vårdpersonal och migranter, samt förslag till hur dessa kan överkommas. Vidare belyste studien det stora kunskapsglappet bland vårdpersonalen kring vilka rättigheter migranter har till sjukvård. Studien visade att det finns ett stort glapp mellan den beslutsfattande nivån kring migranternas rättigheter till vård, och vården i praktiken. Genom att lyfta fram dessa svårigheter ville författarna av föreliggande studie konkretisera vården av migranter och öka medvetenheten bland vårdpersonalen om det egna agerandet i mötet med migranter.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Mänskliga rättigheter.....	1
Barnens rättigheter.....	2
Migration.....	2
Papperslösa.....	2
Hälsa bland migranter.....	3
Hälsa bland papperslösa.....	4
Vården inom Europa.....	4
Dokumentation av hälsa hos migranter.....	5
Problemformulering.....	5
SYFTE	7
FRÅGESTÄLLNINGAR	7
METOD	7
Val av metod.....	7
Urval.....	7
Datainsamling och databassökning.....	7
Manuell sökning.....	8
Databearbetning.....	9
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	9
RESULTAT	9
Svårigheter.....	10
Svårigheter relaterat till kunskap kring lagar och administrativa procedurer.....	10
Svårigheter relaterat till språk.....	11
Svårigheter relaterat till brist på kunskap om sjukvårdssystemet i det nya landet.....	11
Svårigheter relaterat till kulturella skillnader och attityder.....	12
Förslag till förbättringar.....	13
Administrativa och organisatoriska förbättringar.....	13
Samverkan och alternativa vårdgivare.....	13
God kommunikation och kulturell kompetens bland vårdpersonal.....	14
DISKUSSION	15
Metoddiskussion.....	15
Resultatdiskussion.....	16
Slutsats.....	18
REFERENSER	22
BILAGA I-II	

INLEDNING

Under sjuksköterskeutbildningen har författarna av föreliggande studie gjort verksamhetsförlagd utbildning på olika vårdavdelningar och vårdinstanser i Stockholms stad. Idén till denna studie föddes ur den besvikelse som flera gånger upplevts hos båda författarna över vårdpersonalens bemötande av människor med annan etnisk bakgrund. I termin ett fick vi som sjuksköterskestudenter lära oss att alla människor ska behandlas med respekt och värdighet, något som tycktes självklart. Verkligheten ser dock annorlunda ut. Rasistiska uttalanden, nedvärderande vokabulär, och förutfattade meningar om patienter med annat etniskt ursprung är exempel på vad författarna fått uppleva under sin verksamhetsförlagda utbildning.

Den erfarenhet ur verkligheten som gjort störst intryck på författarna av föreliggande studie är kvinnan som skulle genomgå en operation och kort därefter utvisas ur Sverige. Vårdpersonalen uttryckte stor motvilja att ”ta sig an” kvinnan, vilket resulterade i att en av oss författare i egenskap av student fick ansvaret. Kvinnan sadades på rapporten inte kunna tala någon svenska, vilket visade sig helt felaktigt. Vårdpersonalen tycktes mycket skrämmd över att kvinnan var HIV-positiv, och kvinnan fick utstå förmaningar och högst otrevligt bemötande när hon efter operation hade lämnat blodspår efter sig inne på sitt rum. Det tycks författarna av denna studie obegripligt att vårdpersonal som dagligen möter patienter med varierande bakgrund och liknande medicinsk problematik inte hade förmågan att behandla kvinnan bättre. Vården präglades av ett omänskligt, oetiskt och högst kränkande bemötande av en patient i en mycket svår och utsatt position.

Ensamkommande flyktingbarn, papperslösa och asylsökande tillhör alla en utsatt grupp av människor. Med den här litteraturstudien vill författarna belysa de svårigheter som papperslösa människor möts av i vården.

BAKGRUND

Mänskliga rättigheter

År 1948 antog Förenta Nationernas generalförsamling den allmänna förklaringen av de mänskliga rättigheterna, i syfte att skydda utsatta människor. De mänskliga rättigheterna gäller för alla människor. De fastslår att vi alla är födda lika, med lika värde och lika rättigheter. Rättigheterna är universella vilket innebär att de gäller över hela världen, oavsett land, kultur eller specifik situation.

De mänskliga rättigheterna täcker in flera delar av människans liv, och syftar till att alla människor ska få möjlighet att leva ett drägligt liv, möjlighet att överleva, möjlighet till föda och husrum, samt rätt till sina innersta tankar och trosuppfattningar. Rättigheterna inkluderar skydd för familjen, frihet från tortyr och slaveri, rätt till utbildning, yttrandefrihet och rätt till deltagande i landets styre. I artikel 25 förklaras alla människors rätt till en levnadsstandard tillräcklig för den egna och familjens hälsa, samt välbefinnande och hälsovård (FN, 2008b).

Förhållandet mellan statsmakten och enskilda människor regleras genom deklarationen av de mänskliga rättigheterna. De utgör en begränsning av statens makt över individen och slår samtidigt fast vissa skyldigheter som staten har gentemot individen. Varje land ansvarar för att de mänskliga rättigheterna representeras i den nationella lagstiftningen, och

att fungerande rättssystem finns för att upprätthålla lagarna. Vidare krävs kompletterande åtgärder såsom främjande genom information om de mänskliga rättigheterna. Ofta är det människor som behöver få sina mänskliga rättigheter skyddade som behöver informeras och påminnas om dem (FN, 2008a).

Alla länder inom Europa har skrivit under den allmänna deklARATIONEN om de mänskliga rättigheterna. Inom deklARATIONEN finns det konventioner som utvecklar olika områden som de mänskliga rättigheterna innefattar. De flesta konventioner är antagna av alla länder inom Europa. Konventionen om skydd och rättigheter för säsongarbetare och deras familjemedlemmar är dock endast antagen av Bosnien-Hercegovina, Albanien, Serbien, Kosovo och Montenegro. Konventionen om skydd för människor som lever tvunget undandömda har antagits av de flesta europeiska länderna, men inte av Ryssland, Estland, Lettland, Ukraina, Bulgarien, Polen, Ungern, Tjeckiska Republiken, Turkiet och England. Konventionen om rättigheter för människor med funktionsnedsättning har inte antagits av Vitryssland och Schweiz (Raoul Wallenberg Institute, 2013).

Barnens rättigheter

Enligt Unicef räknas människan som barn från födseln till arton års ålder. FN:s kommitté för barnens rättigheter är det kontrollorgan som ser till att länderna som skrivit under konventionen för barnens rättigheter, också följer dem.

Alla barn har samma rättigheter och lika värde och ingen får diskrimineras. Staten ska vidta alla lämpliga åtgärder för att genomföra konventionen, och utnyttja det yttersta av sina resurser när det gäller barnens ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. I de fall där det behövs ska staten samarbeta utanför de nationella gränserna för att se till att flyktingbarn får skydd och hjälp, och att varje barn åtnjuter bästa uppnåeliga hälsa och samt sjukvård (FN, 2008b). Alla Europeiska länder har antagit konventionen om barnens rättigheter (Raoul Wallenberg Institute, 2013).

Migration

Migration innebär att människor av olika anledningar rör sig över landsgränser, frivilligt eller ofrivilligt. Anledningarna kan vara att söka arbete, studera eller söka bättre möjligheter och livsvillkor. Anledningarna kan också handla om att man riskerar förföljelse eller allvarliga kränkningar och därmed tvingas på flykt. De mest omfattande och allvarliga kränkningarna sker i samband med väpnade konflikter. En annan anledning till migration kan vara att den egna staten inte respekterar de mänskliga rättigheterna, och att människor diskrimineras på grund av etnisk tillhörighet, hudfärg, språk, kön, religion, politisk uppfattning eller samhällsklass. Vart människan som migrerar till slut hamnar ligger oftast helt utanför dennes kontroll. De flesta som flyr blir kvar inom det egna landets gränser, eller kommer bara över gränsen till närmaste grannland (Röda Korset, 2012). I dagsläget finns cirka 42 miljoner migranter utspridda i världen. Många av dessa ställs inför stora svårigheter bland annat på grund av att de saknar tillgång till hälso- och sjukvård samt socialt stöd (Röda Korset, 2013).

Papperslösa

Irreguljära migranter är ett begrepp som syftar till olaglig vistelse i ett land. Enligt Socialstyrelsen är irreguljär migration ett komplext och svårbegripligt fenomen. ”Termen irreguljär immigrant har använts för den som i något avseende avviker från reglerna för en

person som inte är medborgare i ett visst land. Detta gäller EU-medborgare med flera enligt EU-rätten.” (Socialstyrelsen, Socialrapport 2010, s. 269).

Vanligare förekommande idag är begreppet papperslös. Begreppet kommer ursprungligen från franskans *sans papier* – utan papper. Ordet *papier* syftar till identitetshandlingar men här bör understrykas att termen ”papperslös” handlar om människor som saknar uppehållstillstånd men som har identitetsdokument. Papperslös är en definition för en människas juridiska status i ett vistelseland och betyder inte att personen är statslös. Andra termer som används för denna grupp är illegala invandrare eller illegala utlänningar. Men detta kan vara missvisande, att det handlar om kriminalitet, och därför frångår man nu användningen av dessa termer (Socialstyrelsen, 2012).

Andra förekommande begrepp för att beskriva gruppen papperslösa är ”overstayers” och gömda flyktingar. ”Overstayers” är migranter som stannat efter att giltighetstiden på visum eller uppehållstillstånd har passerats. Människor som fått avslag på sin asylansökan men som fortfarande befinner sig i värdlandet kallas gömda flyktingar. Juridiskt sett i Sverige har en flykting beviljats asyl eller uppehållstillstånd men internationellt är det en person som tvingats lämna sitt land. Det föreligger vissa risker för sammanblandning av olika begrepp i och med användandet av termen papperslös, att man syftar till dokumentlös eller statslös. Trots detta används begreppet papperslös både i Sverige och internationellt. Beroende på hur man tog sig in i landet, om vistelse och sysselsättning är laglig så avgör detta det irreguljära tillståndet. Termen papperslös kan komma att förändras beroende på de legala omständigheterna (Socialstyrelsen, 2010).

Hälsa bland migranter

Den svåra processen att integreras i ett nytt land associeras med högre risk för att drabbas av psykisk ohälsa. Prevalensen av psykisk sjukdom har dock inte kunna evalueras bland migranter generellt. Den psykiska hälsan hos migranter kan antas vara influerad av erfarenheter från hemlandet, själva processen av migration, och levnadsförhållandena i det nya landet. Processen av migration kan beskrivas i faserna ”före migration”, ”migration”, och ”efter migration”. Riskfaktorer för psykisk sjukdom i fasen ”före migration” är associerade med levnadsförhållanden i hemlandet, och kan innefatta våld, krig och tortyr. Riskfaktorerna i fasen ”migration” kan innefatta den tid migrationen tar samt upplevelser av våld. Riskfaktorer i fasen ”efter migration” innefattar levnadsförhållanden, samt legal och social status i det nya landet. Låg social status är, liksom för icke-migranter, en riskfaktor för fysisk och psykisk ohälsa, likväl som för ohälsa relaterad till rökning och alkoholmissbruk.

Höga siffror av suicid och suicidförsök bland migranter inom Europa har länkats samman med höga siffror av depression inom samma grupp. Studien visar även att andra generationens migranter löper större risk för suicid än första generationens migranter (Lindert et al, 2008).

I en artikel av Arcury och Quandt (2011) beskrivs de stora hälsorisker som migranter och säsongarbetare utsätts för. Extremt fattiga levnadsförhållanden, risker med att korsa landsgränser och illegal vistelse inom andra länder, isolerade från familj och släkt, samt diskriminering, trakasserier och hårda arbetsförhållanden är faktorer som sätter hälsan på spel. Ofta resulterar dessa levnadsförhållanden i oro, depression och psykiska problem. Att depression är vanligare i grupper av migranter än hos grupper av icke-migranter visar Sieber et al (2012). En historia av migration visar sig vara en oberoende riskfaktor för att

utveckla depression enligt kliniska termer. I jämförelse med en grupp av icke-migranter visar kvinnliga, första generationens migranter, nästan en dubbel risk för utveckling av depression. Vidare är medicinskt oförklarade fysiska symtom vanliga bland flyktingar (Feldmann, Bensing & de Ruijter, 2007). Enligt flyktingarna själva är oro den vanligaste förklaringen till ohälsa. Orsaken till oron uttrycks vara ensamhet, arbetslöshet, krigserfarenheter, att ha förlorat familjemedlemmar, att vara separerad från sin familj, och att inte kunna stödja sina familjemedlemmar i svåra situationer.

Hälsa bland papperslösa

I studien av Jolivet et al (2012) jämförde man grupper av papperslösa, dokumenterade migranter samt inhemsk befolkning för att se eventuella skillnader i hälsa mellan grupperna. Resultatet visade stora skillnader. Papperslösa rapporterade sämst upplevelse av hälsa, samt i högre grad kroniska sjukdomar och funktionella begränsningar. Inhemsk befolkning rapporterade bättre hälsa. Skillnaderna förklaras delvis av socioekonomisk status och psykosociala faktorer. Vilket land migranterna ursprungligen kommer ifrån samt tiden som de har vistats i det aktuella landet visade sig också ha inflytande över hälsan (Jolivet et al (2012)).

Castañeda (2009) påpekar i sin studie att illegal vistelse i ett land är en riskfaktor för psykisk ohälsa. Psykisk och känslomässig stress, samt oro och depression är vanligt bland människor som vistas illegalt i ett land. En av de vanliga orsakerna till vårdsökande inom denna grupp är ospecifika hälsoproblem som inte kan diagnostiseras av läkare. Symtomen är ofta generell smärta, illamående och diffusa magsmärtor.

Vården inom Europa

I artikeln ”Right of access to health care for undocumented migrants in EU...” klagar Cuadra (2011) i vilken utsträckning papperslösa migranter är lagligt berättigade till vård inom EU:s 27 medlemsländer, och identifierar i vilken utsträckning dessa rättigheter förhåller sig till de mänskliga rättigheterna. Resultatet visar att vård skiljer sig stort mellan medlemsländerna. Tre kategorier bildades för att beskriva nivån på vården som erbjuds papperslösa migranter i de olika länderna; ”mer än minimala rättigheter”, ”minimala rättigheter” och ”mindre än minimala rättigheter”.

Fem av länderna tillhör kategorin ”mer än minimala rättigheter”, vilket innebär att papperslösa migranter i dessa länder har rätt till vård som omfattar mer än endast akutsjukvård, till exempel påföljande vård och primärvård (Italien, Portugal, Spanien, Nederländerna och Frankrike).

Tolv av länderna tillhör kategorin ”minimala rättigheter”, vilket innebär att de papperslösa migranterna har rätt till akutsjukvård, utan kostnad, vid brådskande eller akuta tillstånd (Cypern, Danmark, England, Tyskland, Ungern, Estland, Litauen, Polen, Slovakien, Slovenien, Belgien och Grekland).

I tio av EU:s medlemsländer har papperslösa migranter ”mindre än minimala rättigheter”. Det betyder att de inte ens har rätt till akutsjukvård. I vissa fall kan patienten bistås med akut sjukvård om denne själv betalar för de faktiska sjukvårdskostnaderna. I länderna inom denna kategori ges vård, enligt regelverket, endast till papperslösa migranter som sitter i häkte (Finland, Irland, Sverige, Malta, Österrike, Bulgarien, Tjeckien, Lettland, Luxemburg, Rumänien). Barn lyder under andra regelverk (Cuadra, 2011).

Mot bakgrund av att den vård som erbjöds papperslösa människor i Sverige inte var förenlig med FN:s förklaring om de mänskliga rättigheterna (Socialstyrelsen, 2010) trädde en ny författning i kraft den 1 januari 2012 (grundförfattning SOSFS 2011:11). Författningen ger papperslösa rätt till samma vård som asylsökande i Sverige. Vilket innebär hälsoundersökning och akutsjukvård för vuxna.

Dokumentation av hälsa hos migranter

De flesta av medlemsländerna inom EU saknar information om hälsan hos migranter. Detta begränsar möjligheten att få en bild av, och förbättra hälsan inom gruppen. För att upprätta en hälsoöversikt över gruppen migranter finns begreppsmässiga och metodologiska utmaningar. Ordet ”migrant” har ingen universell definition, utan definieras utifrån varje lands definition och lagstiftning. Detta gör det svårt att jämföra migranter internationellt, och vidare även att undersöka hälsan inom gruppen. Ett annat problem är att ordet migrant inte urskiljer de olika kategorierna av migranter, som till exempel asylsökande, papperslösa, offer för trafficking, ekonomiska flyktingar, och studenter. Gruppen migranter har således olika behov, och kan möta olika sorters hinder när de söker vård (Rechel, Mladovsky, Devillé, 2012).

Historiskt sett har en stor del forskning om ras och etnicitet varit rasistisk och oetisk. Att samla information om gruppen migranter leder således till frågor rörande vad som är etiskt försvarbart. Här skiljer sig länderna åt avseende vad som är acceptabelt att dokumentera om migranter. I Tyskland får ingen ”etnisk” data offentligt registreras. Det kan härleda tankarna till kategoriseringen av människor under nationalsocialismen, och skulle kunna användas i diskriminerande eller rasistiska syften (Rechel et al., 2012).

Kunskap och information om migranternas hälsa är dock intressant ur syftet att förbättra hälsan inom gruppen. Tillgång till information om hälsoläget skulle till viss del kunna fås genom att undersöka i vilken utsträckning migranter använder sig av sjukvården. Men graden av användning av sjukvård kan inte likställas med behoven av sjukvård då migranter möter hinder i sina försök att få vård. Vidare är det inte en självklarhet att patientgruppen tillkännager sig som just migranter av rädsla för att bli diskriminerade, stigmatiserade, exkluderade, eller, beroende på migrationsstatus, utvisade ur landet. Populationen är i sig svår att uppskatta eftersom antalet papperslösa är av okänt antal. Utöver detta är användningen av sjukvård inte alltid korrekt dokumenterad. Register över migranternas användande av sjukvård finns tillgänglig i 11 av EU:s 27 medlemsländer. Dessa register täcker dock i de flesta fall inte primärvård utan endast sjukhusvård. Endast ett fåtal länder dokumenterar i större utsträckning migranternas användning av sjukvården. En annan begränsning i kunskapen om migranternas hälsa är att forskningen hittills till största del har fokuserat på typiska och specifika sjukdomar och tillstånd inom gruppen. Lite forskning och kunskap finns om de sociala determinanterna för hälsa, rättigheterna till sjukvård, specifika interventioner samt allmän tillgång och kvalitet av vården (Rechel, et al., 2012).

Problemformulering

Inom vården finns patienter med olika bakgrund. I enlighet med sjuksköterskans etiska riktlinjer ska vi som blivande sjuksköterskor behandla alla patienter lika, med värdighet och respekt (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Utmaningen ligger i att fullfölja detta

även när språket är en barriär, eller än värre, när lagstiftningen säger att individen inte har rätt till vård.

Alla människors rätt till vård står i kontrast till de brister som beskrivits och författarna anser att det är nödvändigt att sammanställa det nuvarande kunskapsläget inom området. Avsikten är att öka kunskapen och förståelsen för dessa individers utsatthet. Författarna till föreliggande studie har också en förhoppning om att genom ökad kunskap bidra till att minimera de svårigheter och brister som finns för migranter att få en god vård.

SYFTE

Syftet var att belysa migranternas svårigheter i mötet med vården, med fokus på papperslösa.

FRÅGESTÄLLNINGAR

Vilka hinder upplever vårdpersonalen i vården av papperslösa och migranter?
Vilka hinder upplever papperslösa och migranter när de söker sjukvård?
Hur kan dessa svårigheter minimeras?

METOD

Val av metod

Metoden som valts för studien är en allmän litteraturstudie vilken enligt Henricson (2012) innebär att sammanställa aktuell forskning av tidigare genomförda studier och ge en överblick av valt problemområde. Att genomföra en allmän litteraturstudie, innebär en möjlighet att sammanställa både kvalitativ och kvantitativ forskning.

Urval

Enligt Henricson (2012) följer en bra systematisk litteraturstudie vissa principer för att i minsta mån låta slump eller godtycklighet påverka resultatet. Dessa principer berör bland annat problemområde, redovisning av urvalskriterier och kvalitetsgranskning. I föreliggande studie preciserades inledningsvis problemområdet. Vidare formulerades lämpliga sökord, och inklusions- och exklusionskriterier valdes för att begränsa artikelsökningen. I databasen Pubmed inkluderades artiklar som var skrivna på engelska samt publicerade de tio senaste åren. Artiklar som innehöll termen immigrants exkluderades.

Denna studie handlar om migranter och ett särskilt fokus har lagts på papperslösa migranter. I resultatet används även begreppet "vårdpersonal" vilket innefattar läkare, sjuksköterska, undersköterska, kurator, psykolog, administrativ personal, socialtjänst och frivillig organisationer.

Datansamling och databassökning

Till en början gjordes databassökningar på egen hand av författarna men efter sviktande resultat bokades handledning med Sophiahemmet Högskolas bibliotek för att få vägledning kring sökmeter och sökord. Databaser som föreslogs vid handledningen och senare användes var Pubmed, Cinahl och PsycINFO. I Pubmed användes Medical Subject Headings (MeSH-termer), i Cinahl användes Cinahl Headings och i PsycINFO användes Subject Headings. Artiklarna som inkluderades i den här studien hittades i Pubmed. Sökningen har redovisats i tabellen nedan.

Pubmed

Datum	Sökord	Antal träffar	Granskade abstracts	Granskade artiklar	Inkluderade artiklar
2013-03-05	Transients and migrants	1668			
2013-03-05	Attitude of health personnel	58675			
2013-03-05	Transients and migrants+Europe	427	17	5	5
2013-03-05	Transients and migrants+Europe+Attitude of health personnel	21	21	9	7
2013-03-05	Quality of health care	1843592			
2013-03-05	Quality of health care+transients and migrants	1036	5	1	1

Manuell sökning

Enligt Forsberg och Wengström (2013) kan manuella sökningar ske på olika sätt. I förestående studie har författarna tagit del av artiklar som relaterats till databassökningarna, en funktion som finns tillgänglig i databasen Pubmed. Genom denna sökmetod hittades två artiklar som sedan inkluderades i resultatet. I PubMed och Cinahl gjordes författarsökningar, och en artikel som hittades i Cinahl inkluderades i resultatet. Totalt inkluderades tre artiklar från manuella sökningar.

Databearbetning

I enlighet med Henricson (2012) har artiklar som hittats genom sökningarna sållats i två steg, ett första steg där abstrakts granskas och ett andra steg där granskning och genomläsning av artiklarna gjordes i helhet, detta har gjorts av båda författarna. Artiklarna översattes ordagrant med hjälp av lexikon. Artiklarna sammanställdes fortlöpande i en matris utformad av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) (Bilaga II). Även ett bedömningsunderlag utformat av Willman et al. (2011) och Berg, Dencker och Skärsäter (1999) (Bilaga D) användes för att klassificera artiklarna utefter vetenskaplig kvalitet. En tematisering utfördes, där författarna delade upp artiklarnas resultat under olika teman. Ur dessa teman formulerades rubriker och underrubriker till förestående studies resultatdel.

Tillförlitlighet

Om resultatet går att överföra utanför studien och urvalet är studien generaliserbar (Henricson, 2012). Författarna till förestående studie har i så stor utsträckning som möjligt valt de mest aktuella och senast skrivna artiklarna med tanke på att lagstiftning, som ligger till grund för hälso- och sjukvården, ändras med tiden. Detta är något som påverkar generaliserbarheten ur ett tidsperspektiv. Den geografiska avgränsningen påverkar också generaliserbarheten. Författarna har valt att studera situationen i Europa, men även inom de europeiska länderna skiljer sig lagstiftningen och organisationen kring hälso- och sjukvården åt. Den geografiska avgränsningen och tidsperspektivet innebär att resultatet inte kan appliceras överallt, alltid och för alla människor, såsom Henricson (2012) beskriver kriteriet för ett universellt kunskapsanspråk.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Författarna till föreliggande studie hade i enlighet med Henricson (2012) för avsikt att presentera resultatet på ett hederligt sätt och att undvika oredlighet. Såsom att avsiktligt förvränga, manipulera eller plagiera det inkluderade vetenskapliga materialet för att passa studiens syfte. Artiklarna har redovisats, alla resultat har presenterats och ursprungliga texter har inte förvanskats.

RESULTAT

Resultatet är indelat i de två huvudrubrikerna Svårigheter och Förslag till förbättringar. Rubriken Svårigheter syftar till de hinder och problem som migranter möter i vården, samt de svårigheter som vårdpersonalen upplever i mötet med migranter. Förslag till förbättringar beskriver förslag till hur hinder kan överkommas ur vårdpersonalens perspektiv. Under huvudrubrikerna förekommer underrubriker i olika teman.

Svårigheter

Svårigheter relaterat till kunskap kring lagar och administrativa procedurer

Trots varierande rättigheter för papperslösa inom de 16 olika länderna som Dauvrin et al. undersökte (2012a) i en belgisk studie, rapporterades liknande problem från de flesta länder. Frekvensen av problem skiljde sig inte nämnvärt mellan länder som erbjöd ”rättigheter” för papperslösa, ”ett minimum av rättigheter” och ”inga rättigheter”. Svårigheter i kontinuiteten av vården förekom när utökad eller kompletterande behandling krävdes. Detta problem rapporterades även från länder där papperslösa hade fulla rättigheter till vård. Från primärvården rapporterades fördröjning av vården i väntan på att administrativa processer gällande patientens legala status skulle avgöras. En fjärdedel av det totala antalet av hälso- och sjukvårdspersonal som intervjuades, berättade att det inte var någon skillnad i den faktiska vården av papperslösa jämfört med vården av landets medborgare. Andra menade att vården av papperslösa brast trots deras rättigheter. Faktorer som försämrade kvaliteten av vården var administrativa hinder, bristande finansiering, samt förfarandet av vård inom instansen. Vårdpersonalen rapporterade att de flesta skulle välja att inte rapportera en patient till myndigheterna, även om det gällde papperslösa patienter (Dauvrin et al., 2012a).

I en dansk studie av Jensen et al. (2011) intervjuades bland annat vårdpersonal som arbetade i akutrum. De menade att vården av papperslösa migranter inte skiljde sig från vården av andra patienter. Vård av papperslösa patienter innebar större administrativt arbete, eftersom de inte fanns registrerade i officiella system. Ersättningsnummer skapades för att kunna föra in patienten i sjukhusets IT-system. Formella hinder uppstod när dokument som hälsoförsäkringskort saknades eller om ytterligare vårdinstans krävdes. Generellt svarade vårdpersonalen att de inte skulle blanda in polis eller myndigheter för att ange den papperslösa patienten, medicinsk behandling ska hållas separat från rättstatus (Jensen et al., 2011).

Straßmayr et al. (2012) beskriver i en österrikisk studie komplexa procedurer som skapade problem för migranter i sökandet av vård, såsom införskaffning av hälsoförsäkring eller registrering i det nya landets sjukvårdssystem, även i länder där lagen berättigade till vård. Den befintliga vården inskränktes för de papperslösa migranterna, då de saknade korrekta dokument eller fast adress. Inför dilemmat att följa lagarna och de administrativa reglerna, eller att behandla patienten ändå, tenderade de flesta att välja det senare alternativet

De flesta deltagarna i en engelsk studie gjord av Priebe et al. (2011), skulle i de flesta fall ge akutsjukvård till papperslösa patienter. Genom alternativa metoder i arbetet såsom att skriva provtagningar och mediciner i sitt eget namn eller registrera patienten som turist, har hälso- och sjukvårdspersonal kunnat kringgå risken för att patienten upptäcks av myndigheterna och i värsta fall utvisas ur landet. Förmodligen på grund av rädsla för att bli utvisade har patienter i vissa fall använt sig av falsk identitetshandling eller lånat någon annans handlingar.

I en svensk studie gjord av Enskär, Ankarcrona, Jörgense och Huus (2012) undersöktes vårdpersonalens kunskap kring vilka regler som gäller när ensamkommande flyktingbarn söker vård. Det visade sig att vårdpersonalen kände osäkerhet både beträffande vilket regelverk som gällde, och även hur barnen skulle vårdas.

Enligt papperslösa migranter som intervjuats i en dansk studie av Biswas, Kristiansen, Krasnik och Norredam (2011) var rädslan för att bli angiven till polisen det primära hindret för att uppsöka vård. Andra hinder som beskrevs var bland annat brist på kunskap om sjukvårdssystemet. Ett allvarligt och brådskande tillstånd verkade vara den avgörande faktorn för huruvida papperslösa migranter valde att söka vård eller inte. De akutsjuksköterskor som intervjuades i samma studie uttryckte villighet att vårda alla patienter oavsett legal status. Det framkom dock att det saknades vägledning i hur papperslösa patienter ska tas om hand om. Vissa i vårdpersonalen menade att vägledningen var införstådd i de medicinsk-etiska koderna (Biswas et al., 2011).

Svårigheter relaterat till språk

I en engelsk studie av Priebe et al. (2011) ansågs språket vara det största problemet vid vården av migranter. Språkliga brister beskrivs ha lett till missförstånd, feldiagnostisering och fördröjning. Brist på tillgänglighet av tolkningsservice och indikationer på att sekretessen ibland äventyrades framkom av studien. I 15 av 16 undersökta länder rapporterades avsaknad av anamnes, eller att den information som fanns var skriven på patientens modersmål vilket gjorde arbetet med patienten svårt för vårdpersonalen (Priebe et al., 2011).

Hultsjö och Hjelm (2005) beskrev i en svensk studie svårigheter att få tillgång till tolk utanför kontorstid. Att förstå patientens problematik och ställa rätt diagnos, samt möjligheten att ge adekvat information blev svårt utan goda möjligheter till tolkningsservice. I en annan svensk studie av Samarasinghe, Fridlund och Arvidsson (2010) nämner vårdpersonalen svårigheter relaterat till språk och kroppsspråk som ett hinder i arbetet med immigrerade familjer.

Jensen et al. (2011) påpekade att problem rörande språket uttrycktes hos både akutläkare och allmänläkare. Det förelåg svårigheter i att förstå patientens problem samt svårigheter för patienten att förstå de medicinska problemen.

I studien av Dauvrin et al. (2012a) rapporterade den intervjuade vårdpersonalen att språkliga brister gjorde det svårt att ställa diagnos. Patienter upplevdes som stressade av att inte kunna uttrycka sig inför vårdpersonalen. Att använda professionella tolkar istället för att använda familjemedlemmar föredrogs av de intervjuade. Bristen på tolkningsservice beskrevs ha fördröjt vårdarbetet, och lett till frustration bland patienterna. Viss behandling gick inte att genomföra, till exempel samtalsterapi som kräver oerhört kvalificerad tolk.

Straßmayr et al. (2012) beskriver att brist på professionella tolkar med kompetens inom psykiatrisk vård sågs som särskilt problematiskt för diagnostisering och behandling av patienter med psykisk ohälsa. Problemet rapporterades både från den allmänna psykiatriska vården samt frivilligorganisationer. Vidare identifierades brist på flerspråkig vårdpersonal liksom brist på informationsmaterial på flera språk.

Svårigheter relaterat till brist på kunskap om sjukvårdssystemet i det nya landet

Priebe et al. (2011) nämner i sin engelska studie att arbetslöshet, fattigdom och trauman var faktorer som kunde förvärra sjukdomstillstånd och begränsa återhämtning. Bland migranter var kunskapen om det nya landets sjukvårdssystem låg och det enda alternativet de kände till var akutsjukvård. Detta ledde till att befintlig service utnyttjades dåligt eller inte alls för att migranterna inte visste att det existerade vård att tillgå.

Straßmayr et al. (2012) noterade att papperslösa patienter som kom från länder med mycket olika traditioner av hälso- och sjukvård ofta var obekanta med kraven som sjukvården måste leva upp till i det nya värdlandet, och vilka tjänster som fanns att tillgå.

I en nederländsk studie av Dorn et al. (2011) rapporterades att 48 procent av de papperslösa som intervjuades visste hur de skulle finna medicinsk vård. Tretton procent visste inte hur de skulle få tillgång till vård. Studien visade att faktorer såsom ålder, kronisk sjukdom, eller tid spenderad i värdlandet markant påverkade sannolikheten för att söka vård.

Enligt Biswas et al. (2011) uttryckte vissa av de intervjuade papperslösa migranterna osäkerhet kring sina möjligheter att erhålla vård, samt osäkerhet kring vilken rätt de hade till akutvård. Andra visste på vilka sätt de kunde erhålla vård. Några av deltagarna kände till informella nätverk och läkare att vända sig till vid behov. I en spansk studie av Torres-Cantero, Miguel, Gallardo och Ippolito (2007) påträffades ingen skillnad mellan legala och illegala migranter i Spanien gällande användande av sjukvård. Utbildning, antal år i landet och trygga arbetsförhållanden associerades med högre användning av sjukvården.

Svårigheter relaterat till kulturella skillnader och attityder

Priebe et al. (2011) beskrev fall där patienterna hade en annan syn på sjukdom och smärta och detta ledde till svårigheter för läkaren att ställa diagnos. I vissa fall följde inte patienterna givna rekommendationer eller behandlingar. Problem relaterat till kulturella och religiösa aspekter uppstod vid undersökningar samt vid fysisk kontakt med vårdpersonal av annat kön än patienten. Andra faktorer som relaterades till kulturella skillnader beskrevs som svårigheter för patienten att ta till sig den europeiska sjukvårdstraditionen ur ett medicinskt och behandlingsmässigt perspektiv. Det framkom att bristande förtroende och negativa attityder hos patienterna gentemot vårdpersonalen förmodligen handlade om rädsla för att inte bli tagen på allvar eller diskriminerad. Synen på vårdrelationen skiljde sig åt mellan patienten och vårdpersonalen. I vissa fall beskrevs patienten ha orimliga krav på att lösa problem på kort tid. När detta inte kunde uppnås kunde det leda till misstro och osäkerhet hos patienterna (Priebe et al., 2011).

Oväntat uppträdande relaterat till kulturella skillnader rapporteras av Hultsjö och Hjelm (2005). Som exempel beskrevs patienter som beklagade sig högljutt och på så vis upplevdes försvåra bedömningen av hur allvarligt tillståndet var. Kommunikationen upplevdes också försvåras i de fall där mannen förde kvinnans talan. Att hantera ett stort antal anhöriga till patienten upplevdes som kaotiskt och bedömdes fördröja vården av den sjuke (Hultsjö & Hjelm, 2005).

Flera av allmänläkarna som intervjuades av Dauvrin et al. (2012a) menade att vårdgivaren och patienten inte alltid har samma förståelse för hälsa och sjukdom. Patienten kan ha andra, och höga krav på vårdpersonalen. Att snabbt bli botad samt tilltro endast till behandling som innefattar medicin anges som exempel på olika uppfattningar kring sjukdom. Det finns även exempel där patienten inte vill vårdas av det motsatta könet relaterat till kulturell bakgrund. Vidare uttrycks påståendet att kulturell tro i vissa fall kan stå som ett hinder för tillfrisknande.

Enligt Biswas et al. (2011) kunde vårdpersonalens attityder gentemot papperslösa patienter leda till problem. De papperslösa patienternas upplevelser av detta spreds inom gruppen och bidrog till uppfattningen att besök inom sjukvården inte alltid resulterade i behandling. Bristen på förtroende för vårdpersonalen kunde medföra att patienterna gav mindre information om sin situation och sitt tillstånd. Alla intervjuade sjuksköterskor i studien menade dock att vårdpersonal hade plikten att behandla alla patienter oavsett rättsstatus.

I en portugisisk studie av Dias, Gama, Cargaleiro och Martins (2012) konstaterades att vårdpersonalen i högre utsträckning var positiva i sina attityder gentemot migranter än vad den administrativa personalen var. Bland gruppen läkare kunde man se att åldern var signifikant associerad med negativ attityd mot migranter. Äldre läkare var mer benägna att rapportera negativa attityder än sina yngre

Straßmayr et al. (2012) menar att sjukvården generellt saknade kompetens för att behandla migranter. Det var brist på vårdpersonal med kunskap, kulturell kompetens och erfarenhet som var relevant för behandling av migranter.

Förslag till förbättringar

Administrativa och organisatoriska förbättringar

Priebe et al. (2011) framhåller att flexibilitet inom organisationen såsom fler drop-in mottagningar, öppna bokningstider och advokattjänster skulle vara förbättringsåtgärder i vården av migranter. Att anställa personal för att specifikt arbeta med administrativa uppgifter skulle frigöra mer tid för vårdpersonalen. Att försöka uppnå en vård som ska vara tillgänglig rent geografiskt förmodas öka chanserna att inbokade tider används av patienterna, och även minska transportkostnaderna. (Priebe et al., 2011).

Ett allmänt ”vårdkort” (medical card) för papperslösa föreslogs som förbättringsåtgärd i en annan belgisk studie av Dauvrin, Derluyn, Coune, Verrept och Lorant (2012b). I områden där kortet redan finns fungerar det som en tillgång till vård för papperslösa, inom en specifik period, utan administrativa procedurer.

Samverkan och alternativa vårdgivare

Biswas et al. (2011) visade i sin studie att majoriteten av de intervjuade papperslösa deltagarna hade undvikit sjukvården och istället använt alternativa behandlingsmetoder. Det framkom även att papperslösa migranter ibland valde att kontakta läkare i hemlandet för medicinsk rådgivning, och genom sitt nätverk få tillgång till läkemedel därifrån (Biswas et al., 2011).

Priebe et al. (2012) menade att papperslösa migranter inte aktivt sökte psykiatrisk vård av rädsla för att bli upptäckta av myndigheterna. Av den anledningen föreslogs ett aktivt uppsökande program för att hitta papperslösa migranter i behov av psykiatrisk vård. Deltagarna menade att papperslösa migranter ofta får rekommendationer av andra papperslösa om vart de kan vända sig utan att behöva uppvisa identitetsdokument (Priebe et al., 2012).

Straßmayr et al. (2012) underströk i sin studie vikten av frivilligorganisationer, eftersom dessa kunde erbjuda flera tjänster för papperslösa migranter. Tolk, kulturella tjänster,

tillhandahållande av information, materiellt och socialt stöd, legal rådgivning, och psykiatrisk vård var exempel på tjänster som frivilligorganisationer kunde stå för. Förtroendet för frivilligorganisationerna var stor bland de papperslösa migranterna. I kontakt med dessa var de var mindre rädda för att bli angivna, och deras anonymitet upplevdes som bättre skyddad. Det rapporterades att papperslösa migranter vanligen inte kontaktade instanser som hade möjlighet att behandla dem för den psykiska ohälsan. Tendensen visade istället på att organisationer som det fanns tillit till kontaktades oavsett organisationens specifika sakkunskap (Straßmayr et al., 2012).

Priebe et al. (2011) betonade att länken mellan vården, sociala instanser och patientens familj var viktig för att förhindra isolering. Att erbjuda sjukvård, administrativ och juridisk hjälp på samma ställe föreslogs för att patienterna inte skulle behöva skickas runt mellan olika instanser. För att stötta integreringen föreslogs uppsökning av religiösa samfund, lokala organisationer eller kurser. För patienter med bostadsproblem rekommenderades förmedling till välgörenhetsorganisationer med bostadsmöjligheter (Priebe et al., 2011).

God kommunikation och kulturell kompetens bland vårdpersonal

Priebe et al. (2012) påpekade vikten av tillgänglighet till professionell tolkningsservice och tolkar med inblick i den medicinska terminologin. Det påtalades att samtalsterapi borde ges på respektive modersmål. Patientinformation på olika språk föreslogs för att tydliggöra vad patienterna kan vänta sig av vården (Priebe et al., 2012).

Ökade möjligheter för patienterna att lära sig det nya språket sågs bland deltagarna i studien av Priebe et al. (2011) som en långsiktig lösning på språkproblemet. Instruktionsprogram och informationsmaterial som förklarade det nya landets sjukvårdssystem föreslogs finnas tillgängligt på olika språk för att underlätta för migranter. Att utbilda personalen i kulturella och religiösa likheter och olikheter samt om sjukdomar som förekom i vissa länder sågs som kärnan till en tillfredställande och respektfull vård av migranter. Förslag fanns på att profilera vissa vårdinrättningar som kulturellt utvecklade. Det betonades att personal med annan etnisk bakgrund sågs som värdefull för att kunna bidra med förståelse och svar på frågor rörande patienter med annan etnisk bakgrund (Priebe et al., 2011).

Dauvrin et al. (2012b) uppmärksammade två förslag på lösningar som kunde minska isoleringen av kvinnorna i utsatta grupper av migranter. Det ena var användning av professionella tolkar för att undvika att maken översätter åt kvinnan. Det andra var förslag på närvaro av kulturella medlare för att undvika problematiken för patienten kring att vårdas av det motsatta könet.

Samarasinghe et al. (2012) gav i sin studie exempel på god kommunikation när språket inte räckte till. Att tala långsamt med medvetenhet om sitt eget kroppsspråk, samt användning av leksaker och olika objekt som kommunikativa hjälpmedel föreslogs. Den intervjuade vårdpersonalen menade att de immigrerade familjerna saknade självförtroende på grund av att de var obekanta med det svenska samhället och dess funktioner, och att det därför var deras uppgift, som vårdpersonal, att informera och förklara samhällsliga funktioner och värderingar (Samarasinghe et al., 2012).

Tillgänglighet och regelbundna möten med samma vårdpersonal ökade upplevelsen av gott omhändertagande, påpekade Razavi, Falk, Björn och Wilhelmsson (2011) i en annan svensk studie. Intresserad personal som tog sig tid att prata med patienterna utöver

undersökningen ansågs vara positivt. Problemen som patienterna upplevde relaterade enligt dem själva inte till deras bakgrund som migranter. Okunskap kring mål med behandling och sjukdom nämndes bland deltagarna som problematiskt (Razavi et al., 2011).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Författarna var noviser inom denna typ av studie och därför kan forskningsprocessen ha påverkats, avseende datainsamling, granskning och analys. Framtida litteraturoversikter kommer göras mer systematiskt med de nya införlivade kunskaperna kring den vetenskapliga processen. Användning av MeSH-termer, Cinahl-headings och Subject-headings ger ett mer träffsäkert sökresultat och sparar värdefull tid. Användning av matris i tidigt skede är också ett bra verktyg att använda vid arbete med resultatdelen.

Författarna har stundtals upplevt sviktande underlag för att svara på studiens syfte. Genom att bredda urvalet från endast ”papperslösa”, till att även inkludera ”asylsökande” och ”flyktingar” nåddes ett utökat antal sökträffar. Genom att inkludera även ytterligare yrkeskategorier, inte endast sjuksköterskor utan även läkare, undersköterskor, socialtjänst och frivilligorganisationer gav också upphov till fler intressanta artiklar. Valt problemområde har det inte forskats så mycket inom, vilket kan ses som en begränsning.

Urvalet gjordes ur tre olika databaser för att öka validiteten. Enligt Henricsson (2012) ska artiklar av samma design användas så långt det är möjligt för att öka validiteten. I förestående studie fanns inte möjligheten att använda endast en design eftersom underlaget var begränsat och hänsyn kunde inte tas till vilken design artiklarna hade. Sökorden gav många träffar men under huvud-MeSH-termen ”transients and migrants” ingår flera undergrupper vilket gjorde att många artiklar inte kändes relevanta för vårt syfte. Kombinationer av MeSH-termer såsom ”Attitude of health personnel” och MeSH-termen ”Europe” blev sökresultatet mer träffsäkert och relevant för syftet.

De flesta artiklarna togs från Pubmed, då de ansågs mest relevanta. PsycINFO är psykologi-inriktat och gav inga relevanta artiklar.

Kvalitetsgranskningen genomfördes av båda författarna, något som enligt Henricson (2012) ökar reliabiliteten. För en god kvalitetsbedömning användes kvalitetsbedömningsunderlag av Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011). Dataanalysen har gjorts både individuellt och gemensamt, resultatbeskrivningarna har även tagits upp under grupphandledningsträffar och lästs av deltagarna i författarnas grupp, en försäkring om att ”analysen grundats i data”. Detta stärker trovärdigheten (Henricson, 2012).

Författarnas ambition var att göra en utförlig redovisning av metodbeskrivningen genom en utförlig redovisning av urval, sökord, datainsamling och dataanalys. Detta för att ge möjlighet till reproducerbarhet, vilket stärker studiens reliabilitet (Henricson, 2012). De valda artiklarnas innehåll påverkade självklart kvaliteten i resultatet, därför har författarna valt att lägga mycket tid på dataanalys för att upprätthålla kvaliteten på examensarbetet. Med hjälp av lexikon översattes hela resultatdelarna i de valda artiklarna. Arbetet var tidsödande och något som ifrågasattes vid en av handledarträffarna. Inför framtida litteraturstudier kommer författarna förmodligen inte att använda sig av samma strategi,

eftersom den detaljerade översättningen av hela resultatdelarna i de valda studierna tog mycket tid. Denna noggranna genomgång av resultaten talar dock för att författarna har gjort sitt bästa för att förstå studiernas innehåll och undvika att förvanska resultaten av de valda artiklarna i sammanfattningen.

Författarna har flertalet gånger under arbetet övervägt att använda sig av ett annat begrepp än ”papperslösa” i texten. Slutligen beslutades dock att begreppet ”papperslösa” skulle användas med motiveringarna att begreppet ”papperslös” är vanligare förekommande än alternativet ”irreguljära migranter”. Begreppet ”papperslös” används bland annat av Socialstyrelsen, Migrationsverket, och Röda Korset. Alternativet ”människor som vistas illegalt ilandet” övervägdes vidare för att ersätta ”papperslösa”, men för att texten skulle bli mer behaglig att läsa valdes detta bort. Författarna är medvetna om att ”papperslösa” är ett begrepp som beskriver en grupp unika individer. Det är inte författarnas mening att generalisera, endast att på tydligast möjliga sätt beskriva den grupp av människor som studien handlar om.

Artiklarna som inkluderats i resultatet är europeiska studier. Eftersom lagstiftning till stor del styr sjukvården kan resultatet inte sägas vara fullständigt tillämpligt i länder där lagstiftningen ser annorlunda ut än vad den gör inom de undersökta länderna. Att kunna generalisera resultatet till andra världsdelar kan även vara problematiskt ur ett begreppsperspektiv då begreppet migranter kan avse många olika grupper av människor. Genom ett utvidgat geografiskt perspektiv hade resultatet fått en mer global vidd, men författarnas avsikt var att undersöka kunskapsläget inom Europa.

Studierna som analyserats i resultatet kommer från ett fåtal länder som alla som tillhör Europa. Alla länder finns däremot inte representerade i studierna, och detta får ses som en faktor som begränsar studiens generaliserbarhet.

Resultatdiskussion

Denna litteraturstudie syftade till att beskriva migranter och papperslösas möjligheter till vård inom Europa. Eftersom författarna av föreliggande studie själva upplevt orättvisor i vården fanns intresse av att undersöka det vetenskapliga underlaget i frågan. Resultatet av studien visade att möjligheten till vård ur ett legalt perspektiv skiljer sig till stora delar inom Europa. Såsom framgick av Cuadras studie (2011) hade papperslösa mindre än minimala rättigheter till vård i tio av EU:s medlemsländer. Dauvrin et al (2012a) påvisar dock att problematiken kring vård av papperslösa inte skiljer sig nämnvärt mellan länder där papperslösa faktiskt har rätt till vård, och länder där de inte har rätt till vård. Även i länder där papperslösa har rätt till vård brast vården på grund av bland annat administrativa hinder.

De flesta länder inom Europa saknar information om hälsan hos migranter. Författarna av föreliggande studie anser att detta på ett sätt är olyckligt, men inte heller svårt att förstå mot bakgrund av att en stor del av forskningen kring etnicitet och ras historiskt sett varit rasistisk och etisk. Att upprätta dokumentation om migranter innebär utmaningar både beträffande begrepp och metod (Rechel et al., 2012). När migranter och papperslösa söker vård blir det uppenbart att ett system för registrering och dokumentation saknas, även i länder där lagen berättigar till vård (Straßmayr et al, 2012).

I enlighet med FN:s konvention om mänskliga rättigheter (FN, 2008) tycktes en relativt stor del av den intervjuade vårdpersonalen göra skillnad på patientens rättsstatus och rätten

till vård. Det tycktes finnas en positiv inställning till att ge akutsjukvård till papperslösa migranter även i länder där lagen inte berättigade till vård (Jensen et al., 2011; Priebe et al., 2011; Straßmayr et al., 2012). Det framkom även olika exempel på hur administrativa procedurer kunde kringgå (Jensen et al., 2011; Priebe et al., 2011). Ett allmänt "vårdkort" för papperslösa föreslogs av Dauvrin et al (2012b) för att överkomma administrativa hinder. Flexibilitet inom organisationen genom att anställa personal som endast arbetar med administrativa uppgifter var förslag på hur vården kan bli bättre för papperslösa (Priebe et al., 2011).

En frekvent återkommande barriär till vård för papperslösa var brister relaterade till språket. Tillgänglig tolkningsservice beskrevs som bristfällig och som en fördröjande faktor i vårdprocessen. (Priebe et al., 2011; Samarasinghe et al., 2010; Jensen et al., 2011; Dauvrin et al., 2012a; Straßmayr et al., 2012). Brist på professionella tolkar med kompetens inom psykiatrisk vård sågs som särskilt problematiskt för diagnostisering och behandling av patienter med psykisk ohälsa (Straßmayr et al., 2012). Detta rimmar illa med den höga risk för psykisk ohälsa som associeras med migranter och papperslösa (Arcury & Quandt, 2011; Lindert et al, 2008). Ökad tillgänglighet till professionell tolkningsservice med inblick i den medicinska terminologin, samt samtalsterapi på modersmålet var förslag på hur språkliga hinder kan överkommas (Priebe et al., 2012).

För att hantera de kulturella skillnader som påtalas i flera av studierna (Priebe et al., 2011; Hultsjö & Hjelm 2005; Dauvrin et al., 2012a) föreslås kulturell och religiös utbildning av vårdpersonalen (Priebe et al., 2011). Vårdpersonal med annan etnisk bakgrund, än den i värdlandet, får ses som en särskilt värdefull tillgång för att kunna bidra både med språk och förståelse i situationer där kulturell kompetens hos personalen brister. Författarna av föreliggande studie har sett goda exempel på situationer där vårdpersonal snabbt har kunnat rycka in som tolk i akuta situationer.

Den oro som beskrivs som vanligt förekommande bland papperslösa (Castañeda, 2009; Lindert et al, 2008) kan kopplas samman med den rädsla som papperslösa beskriver som det största hindret för att söka vård (Biswas et al., 2011). Av rädsla för att bli upptäckt av myndigheter och polis har patienter i vissa fall använt falska identitetshandlingar när de söker vård (Priebe et al., 2011). Majoriteten av den intervjuade vårdpersonalen rapporterar dock att de inte skulle blanda in polis eller myndigheter vid kontakt med papperslösa (Dauvrin et al., 2012a; Jensen et al., 2011). Av studierna framgick att riktlinjer kring hur vården av papperslösa patienter skall bedrivas efterfrågas av vårdpersonalen (Biswas et al., 2011; Enskär et al., 2012).

Brist på kunskap om det nya landets sjukvårdssystem, och vilka vårdtjänster som finns att tillgå utgör ett hinder när papperslösa människor är i behov av vård (Priebe et al., 2011; Straßmayr et al., 2012; Dorn et al., 2011; Biswas et al., 2011). Frivilligorganisationer spelar en viktig roll eftersom förtroendet för organisationer som dessa är stort bland papperslösa migranter. Dessutom kan frivilligorganisationerna ofta erbjuda flera olika tjänster i form av tolk, rådgivning, tillhandahållande av information, psykiatrisk vård samt materiellt och socialt stöd (Straßmayr et al., 2012). Vikten av att det finns organisationer som papperslösa litar på betonas av Priebe et al. (2011) som menar att det är viktigt att de papperslösa inte bli isolerade. Priebe et al. (2012) föreslår även aktivt uppsökande program för att hitta papperslösa migranter som är i behov av psykiatrisk vård. Detta får anses som ett högst relevant förslag till förbättring av papperslösas hälsa, med tanke på den stora psykiska ohälsa som antas finnas inom gruppen (Arcury & Quandts, 2011; Castañeda,

2009; och Lindert et al., 2008).

Författarna av föreliggande studie ställer sig undrande till i vilken utsträckning vården hos frivilligorganisationer utnyttjas. Rechel, Mladovsky och Devillé (2012) påpekar att dokumentationen inom den statliga vården är bristfällig och inte ger några indikationer på hälsotillståndet inom gruppen. Är det här en kunskapslucka som frivilligorganisationer till viss del skulle kunna fylla? Vidare funderar författarna av föreliggande studie på vilken typ av samhälle vi får när frivilligorganisationer väntas svara för vården av papperslösa människor. Vad medför möjligheten att leva i ett skuggsamhälle i ett land där man vistas olagligt, i längden? Är det etiskt hållbart att förlita sig på frivilligorganisationernas stöd till migranter?

Kulturella skillnader beskrivs som en av svårigheterna i vården av papperslösa (Priebe et al., 2011; Hultsjö & Hjelm, 2005; Dauvrin et al., 2012a). Priebe et al. (2011) föreslår att utbilda personalen i kulturella och religiösa kunskaper, samt att profilera vissa vårdinrättningar som kulturellt utvecklade verksamheter i syfte att förbättra vården av dessa människor. Vidare betonas att personal med annan etnisk bakgrund än värdlandets är värdefull inom vården för att kunna bidra med förståelse och svar på frågor rörande patienter med annan etnisk bakgrund.

Författarna av föreliggande studie reagerade på att vissa beteenden bland papperslösa och migranter förklarades som kulturella skillnader fastän de skulle kunna appliceras på alla människor oavsett kulturell bakgrund. Att som kvinnlig patient vilja vårdas av en kvinnlig vårdgivare tycks författarna fullt förståeligt och självklart i vissa situationer. Vidare uttrycker sig människor olika vad gäller smärta. Vissa kulturellt betingade skillnader kan möjligen ses, men även en patient av värdlandets ursprung skulle kunna beklaga sig högljutt när denne har ont eller känner ångest. Risken föreligger att beteenden som förklaras som "kulturella skillnader" generaliseras och bagatelliseras utan att den bakomliggande orsaken utreds när man förklarar detta ur ett etniskt kulturellt perspektiv.

Vidare instämmer författarna av föreliggande studie i påståendet att etnisk mångfald inom vården är en stor tillgång (Priebe et al., 2011) inte bara utifrån ett språkligt och kulturellt perspektiv, utan även för att svara upp till mångfalden som finns i vårt land. Möjligheten att ta del av andra kulturer och kompetenser får ses som en stor tillgång inom vården. Mot bakgrund av Röda korsets (2012) upplysning om att 42 miljoner människor i dagsläget är på flykt runt om i världen antar författarna att det finns ett stort behov av kulturellt kompetent personal för att kunna möta behoven av vård som finns inom denna grupp. Som blivande sjuksköterskor har vi en viktig roll i att behandla alla patienter lika, oavsett bakgrund, utifrån FN:s konventioner om alla människors lika värde och rätt till respektfull vård (FN, 2008).

Slutsats

Alla länder i Europa har skrivit under de flesta av FN:s konventioner om de mänskliga rättigheterna, och därmed också alla människors rätt till vård. Trots detta brister vården av migranter på flera punkter både i Sverige och i andra europeiska länder. I den här studien framställs svårigheter som rapporterats av vårdpersonal och migranter, samt förslag till hur svårigheterna kan överkommas. Vidare belyste studien bristen på kunskap bland vårdpersonalen kring vilka rättigheter migranter har till sjukvård. Studien visade att det finns ett stort glapp mellan den beslutsfattande nivån kring migranternas rättigheter till vård

och vården i praktiken. Genom att lyfta fram dessa svårigheter ville författarna av föreliggande studie öka medvetenheten bland vårdpersonalen om det egna agerandet i mötet med migranter.

Fortsatta studier

Författarna av föreliggande studie fann underlaget av vetenskapliga artiklar begränsat. Vidare forskning inom ämnet föreslås generellt, och mer forskning som beskriver situationen ur de papperslösas perspektiv efterfrågas specifikt då de flesta studierna behandlar ämnet ur vårdpersonalens perspektiv. Artiklar som beskriver situationen i Sverige eftersöktes men fanns endast i ett begränsat antal. Att vidare studera migranter och papperslösas situation i Sverige skulle vara intressant i ett första steg mot förbättring av vården för papperslösa i vårt land. Särskilt aktuellt känns detta i och med den nya lagstiftningen som ger papperslösa samma rättigheter till vård som asylsökande.

REFERENSER

*Arvidsson, H., & Hultsjö, S. (2009). Needs and care of migrants considered as severely mentally ill--cross-sectional and longitudinal studies of a Swedish sample. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 24(8), 533-539. doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.01.007.

Arcury, T. A., & Quandt, S. A. (2011). Living and working safely: challenges for migrant and seasonal farmworkers. *North Carolina Medical Journal*, 72(6), 466-470.

Berg, A., Dencker, K. & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad,1999:3). Stockholm: SBU, SFF.

*Biswas, D., Kristiansen M., Krasnik, A., & Norredam, M. (2011). Access to healthcare and alternative health-seeking strategies among undocumented migrants in Denmark. *Biomed Central Health Services Research* 11(13). doi: 10.1186/1471-2458-11-560

Cuadra, C. B. (2011). Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. *European Journal of public health*, 22(2), 267-271. doi: 10.1093/eurpub/ckr049

Castañeda, H. (2009). Illegality as risk factor: a survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic. *Social Science & Medicine*, 68(8), 1552–1560.

*Dauvrin, M., Lorant, V., Sandhu, S., Devillé, W., Dia, H., Dias, S.,... Priebe, S.; EUGATE study group. (2012a). Health care for irregular migrants: pragmatism across Europe: a qualitative study. *Biomed Central research notes*, 5(99). doi: 10.1186/1756-0500-5-99

*Dauvrin, M., Derluyn, I., Coune, I., Verrept, H., & Lorant, V. (2012b). Towards fair health policies for migrants and ethnic minorities: the case-study of ETHEALTH in Belgium. *Biomed Central Public Health*, 12(726). doi: 10.1186/1471-2458-12-726

*Dias, S., Gama, A., Cargaleiro, H., & Martins, M. O. (2012). Health workers' attitudes toward immigrant patients: a cross-sectional survey in primary health care services. *Human Resources for health*, 10(1). doi: 10.1186/1478-4491-10-14. 10(1):14

*Dorn, T., Ceelen, M., Tang, M. J., Browne, J. L., de Keijzer, K. J., Buster, M. C., & Das, K. (2011). Health care seeking among detained undocumented migrants: a cross-sectional study. *Bio Med Central Public Health*, 11(190). doi: 10.1186/1471-2458-11-190

*Enskär, K., Ankarcróna, E., Jörgense, A., & Huus, K. (2012). Undocumented refugee children in Swedish healthcare: Nurses' knowledge concerning regulations and their attitudes about the care. *Vård i Norden*, 32(1), 44-47.

Feldmann, CT., Bensing, JM., & de Ruijter, A. (2007). Worries are the mother of many diseases: general practitioners and refugees in the Netherlands on stress, being ill and prejudice. *Patient education and counseling* 65(3), 369-80.

Förenta Nationerna(a). (2008). *FN:s arbete med mänskliga rättigheter och demokrati*. Hämtad 15 mars, 2013, från Förenta Nationerna, <http://www.fn.se/fn-info/vad-gor-fn/manskliga-rattigheter-och-demokrati/>

Förenta Nationerna(b). (2008). *Allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna*. Hämtad 15 mars, 2013, från Förenta Nationerna, <http://www.fn.se/fn-info/vad-gor-fn/manskliga-rattigheter-och-demokrati/fns-allmana-forklaring-om-de-manskliga-rattigheterna/>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Stockholm: Natur och Kultur.

Henricson, M. (2012). Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad. Lund: Studentlitteratur.

*Hultsjö, S., & Hjelm, K. (2005). Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. *International Nursing Review*, 52(4), 276-85.

*Jensen, N.K., Norredam, M., Draebel, T., Bogic, M., Priebe, S., & Krasnik, A. (2011). Providing medical care for undocumented migrants in Denmark: what are the challenges for health professionals? *BioMed Central Health Services Research*, 28(11). doi: 10.1186/1472-6963-11-154.

*Jensen, N. K., Norredam, M., Priebe, S., & Krasnik, A. (2013). How do general practitioners experience providing care to refugees with mental health problems? A qualitative study from Denmark. *BMC family practice* (14),17. doi: 10.1186/1471-2296-14-17

*Jolivet, A., Cadot, E., Florence, S., Lesieur, S., Lebas, J., Chauvin, P. (2012). Migrant health in French Guiana: are undocumented immigrants more vulnerable? *BioMed Central public health*, 12(53). doi: 10.1186/1471-2458-12-53.

Lindert, J., Schouler-Ocak, M., Heinz, A., Priebe, S. (2008) Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *European Psychiatry*, 23(1), 14-20. doi: 10.1016/S0924-9338(08)70057-9

Maier, T. & Straub, M., (2011). "My head is like a bag full of rubbish": concepts of illness and treatment expectations in traumatized migrants. *Quality Health Research*, 21(2), 233-248. doi: 10.1177/1049732310383867

Migrationsverket (2012) *Migration som möjlighet* (Broschyr) Link In Media Jönköping: Rydheims tryckeri. Hämtad från http://www.migrationsverket.se/download/18.78fcf371269cd4cda980004265/migrationso mmojlighet_sv.pdf

*Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E.,... Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *Biomed Central Public Health*, 11(187). doi: 10.1186/1471-2458-11-187

*Priebe, S., Matanov, A., Schor, R., Straßmayr, C., Barros, H., Barry, M. M.,... Gaddini, A.

(2012). Four components of good care. Good practice in mental health care for socially marginalised groups in Europe: a qualitative study of expert views in 14 countries. *BioMed Central public health*, 12(248). doi: 10.1186/1471-2458-12-248

Raoul Wallenberg Institute (2013) Theme maps. Hämtad den 9 april, 2013, från Raul Wallenberg Institute, <http://server.pingpong.net/pimWrite.do>

*Razavi, M. F., Falk, L., Björn, Å., & Wilhelmsson, S. (2011). Experiences of the Swedish healthcare system: an interview study with refugees in need of long-term health care. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(3), 319-325. doi: 10.1177/1403494811399655

Rechel, B., Mladovsky P., & Devillé, W. (2012). Monitoring migrant health in Europe: a narrative review of data collection practices. *Health policy* 105(1), 10-6. doi: 10.1016/j.healthpol.2012.01.003

Röda Korset. (2012). *Migration*. Hämtad 6 mars, 2013, från, Röda Korset, http://www.redcross.se/PageFiles/1213/Migration_faktablad_20120420.pdf

Röda Korset. (2013). *Flyktingar i Sverige*. Hämtad 6 mars, 2013, från Röda Korset, <http://www.redcross.se/skolsajt/flyktingar-och-migration/flyktingar-i-sverige/>

*Samarasinghe, K., Fridlund, B., & Arvidsson, B. (2010). Primary health care nurses' promotion of involuntary migrant families' health. *International Nursing Review*, 57(2), 224-31. doi: 10.1111/j.1466-7657.2009.00790.x

Sieber, M., Maksimovic, S., Ersöz, B., Machleidt, W., Ziegenbein, M., & Calliess, I. T. (2012). Depressive symptoms in first- and second-generation migrants: a cross-sectional study of a multi-ethnic working population. *The International journal of social psychiatry* 58(6), 605-613 doi: 10.1177/0020764011418418

Socialstyrelsen (2010). *Social rapport 2010*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från: http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-3-11/Documents/2010-3-11_Kap_8_Papperslosa.pdf

SOSFS 2011:11. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökning av asylsökande m.fl.* Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2011-11/Documents/2011_11.pdf

*Straßmayr, C., Matanov, A., Priebe, S., Barros, H., Canavan, R., Díaz-Olalla, J. M.,... Katschnig, H. (2012). Mental health care for irregular migrants in Europe: barriers and how they are overcome. *Biomed Central Public Health*, 12(367). doi: 10.1186/1471-2458-12-367

Svensk sjuksköterskeförening (2008). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 18 september, 2013, från <http://www.swenurse.se/pagefiles/2582/ssf%20etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>

*Torres-Cantero, A. M., Miguel, A. G., Gallardo, C., & Ippolito, S. (2007). Health care provision for illegal migrants: may health policy make a difference? *European Journal of public health* 17(5), 483-5. doi: 10.1093/eurpub/ckl266

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur. (Valda delar).

* Markerade titlar finns redovisade i matrisen (se bilaga II)

Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvals-process; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/ reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Arvidsson H., Hultsjö S. Sverige 2009	Needs and care of migrants considered as severely mentally ill--cross-sectional and longitudinal studies of a Swedish sample	Att jämföra skillnader i behov och vård mellan migranter och icke-migranter med allvarlig psykisk sjukdom efter reformen inom svensk psykiatrisk vård 1995.	Av 838 personer med allvarlig psykisk sjukdom var 517 villiga att bli intervjuade. 69 av dessa var migranter. Av de 69 migranter som intervjuades 2006, var 30 st även intervjuade år 2001. 448 personer av av de 517 betraktas som gruppen icke-migranter. 211 av dessa intervjuades även 2001. För att jämföra skillnader jämfördes migrant-gruppen (69 personer) år 2006 med icke-migrantgruppen (448 personer) 2006.	n=838 (321)	Behoven hos gruppen migranter var mindre tillgodosedda. År 2006 fanns fler icke tillgodosedda behov inom denna grupp rörande boende, fysisk hälsa, psykisk stress, grundutbildning och ekonomi.	CCT II
Biswas D., Kristiansen M., Krasnik A., Norredam M. 2011	Access to healthcare and alternative health-seeking strategies among undocumented migrants in Denmark	Att beskriva och analysera papperslösas erfarenheter av tillgång till hälso- och sjukvård, användning av alternativa strategier för att söka vård, och	Semistrukturerade intervjuer och observationer.	n= 18	Papperslösa rapporterade svårigheter i att få tillgång till vård. Hinder för vård var begränsade rättigheter till vård, vårdgivarnas attityder, rädsla för att bli angiven till polisen, brister i språket, brist på kontakter med danska medborgare, brist på kunskap om sjukvårdssystemet, brist på kunskap om informella nätverk med	K II

Danmark		akutsjuksköterskors erfarenheter i mötet med papperslösa.			sjukvård. Alternativa metoder för vård var självmedicinering, kontakt med läkare i hemlandet, samt låna sjukförsäkringskort från danska medborgare. Akutsjuksköterskor uttryckte villighet att vårda alla patienter oavsett legal status, men rapporterade också utmaningar i mötet med papperslösa. Dessa innefattade språkbarriärer, falsk identitet, osäkerhet kring standardprocedurerna, och att inte alltid kunna bedriva lämplig vård.	
Dauvrin M., Lorant V., Sandhu S., Devillé W., Dia H, Dias S., Gaddini A., Ioannidis E., Jensen NK., Kluge U., Mertaniemi R., Puigpinós I., Riera R., Sárvary A., Strabmayr C., Stankunas	Health care for irregular migrants: pragmatism across Europe: a qualitative study.	Att undersöka erfarenheter hos hälsopersonal som bedriver vård för papperslösa inom tre olika hälso- och sjukvårdsområden inom 16 europeiska länder.	Semistrukturerade intervjuer med hälso- och sjukvårdspersonal på 144 primärvårdsinstanser, 48 menatlvårdsinstanser, och 48 akutvårdsmottagningar. 83,5 procent av de intervjuade var läkare eller sjuksköterskor.	n=240	Tre huvudteman identifierades efter att intervjuerna sammanfattats; tillgång till vård, att ange till myndigheterna samt kommunikation. Länderna delades in i tre olika kategorier: ingen rätt, minimal rätt, mindre än minimal rätt.	K II

M., Soares JJ., Welbel M., Priebe S., EUGATE study group 2012a Belgien						
Dauvrin M, Derluyn I, Coune I, Verrept H, Lorant V. 2012b Belgien	Towards fair health policies for migrants and ethnic minorities: the case-study of ETHEALTH in Belgium.	Att presentera resultatet av ETHEALTHs rekommendationer för bättre vård av migranter och etniska minoriteter.	The Ministry of public health gav ETHEALTH i uppdrag att skapa rekommendationer för hur vården kan förbättras för migranter och etniska minoriteter. Efter 10 möten presenterades ett resultat.	n=21	46 rekommendationer presenterades. Målgrupperna var papperslösa samt migranter med tillgång till landets sjukvård. Rekommendationerna gällde hälso- och sjukvård, prevention, hälsofrämjande, och tillgång till hälso- och sjukvård. Rekommendationerna bedömdes enligt SMART-modellen, och det konstaterades att en del av rekommendationerna inte var fullt mätbara och tidsbegränsade	R I
Dias S., Gama A., Cargaleiro H., Martins MO. 2012 Portugal	Health workers' attitudes toward immigrant patients: a cross-sectional survey in primary health care services	Att undersöka attityder hos hälsopersonal gentemot patienter med invandrarbakgrund, och hur dessa influerar beteende, medicinska beslut, kvaliteten på vården	Frågeformulär riktat till hälsoarbetare; sjuksköterskor, läkare och administrativ personal inom primärvården i Lissabon. Av 80 primärvårdskliniker valdes 40 ut på måfå, och 10 deltagare från varje klinik valdes på måfå.	n=400 (80)	De flesta deltagare höll inte med om att patienter tenderade att bete sig som offer, men omkring hälften ansåg att vissa var aggressiva och farliga. Läkare och sjuksköterskor visade mer positiv attityd än administrativ personal. Yngre läkare visade mer positiv attityd än äldre läkare. Hälsoarbetare som hade mindre daglig kontakt med	P I

		och resultat av vården.			invandrare visade mer positiva attityder. De flesta deltagare bedömde sin kunskap och kompetens för att jobba med invandrare som måttlig eller låg.	
Dorn T., Ceelen M., Tang MJ., Browne JL., de Keijzer KJ., Buster MC., Das K. 2011 Nederländer na	Health care seeking among detained undocumented migrants: a cross-sectional study	Att bredda kunskapen om hälsotillstånd hos papperslösa som inte sökt vård.	Strukturerade intervjuer med papperslösa i häkte i väntan på att utvisas. Data samlades även från journaler. Exklusionskriterier: Papperslösa som varit i Holland mindre än tre månader. Deltagare med sjukförsäkring.	n=173 (51)	Hälften av deltagarna i studien visste hur de skulle få sjukvård i landet vid behov. 46 procent hade sökt vård under sin vistelse i landet utan sjukförsäkring. De vanligaste kontaktsakerna var sjukdomar och tandproblem. Omkring 25 procent rapporterade att de blivit nekade vård av vårdgivare. Asiatiska migranter var minst benägna att söka vård vid en jämförelse med andra etniska grupper, oberoende av ålder, kroniska sjukdomar och tid spenderad i landet.	K II
Enskär, K., Ankarcrona, E., Jörgense, A., Huus, K. Sverige 2012	Undocumented refugee children in Swedish healthcare: Nurses' knowledge concerning regulations and their attitudes about care	Att undersöka sjuksköterskors attityder gentemot odokumenterade flyktingbarn och även att undersöka kunskap hos sjuksköterskor angående regelverket kring vården av denna grupp	Frågeformulär riktat till sjuksköterskor inom pediatriken	n=166 (75)	De flesta av deltagarna kände sig osäkra eller saknad kunskap kring vilka regler som gällde vid vården av odokumenterade flyktingbarn. Nästan alla sjuksköterskor hade positiv attityd angående vården av dessa barn, men kände att de saknade kunskap kring vilka regler som gällde.	CCT II

		patienter.				
Hultsjö S., Hjelm K. 2005 Sverige	Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences	Att identifiera huruvida personal inom somatisk och psykiatrisk akutvård upplever problem i vården av migranter, och i så fall att jämföra dessa.	Intervjuer med sjuksköterskor och undersköterskor inom akutsjukvård, ambulanssjukvård och psykiatrisk intensivvård.	n=35	Huvudproblemet inom de tre undersökta områdena var att bedriva vård för asylsökande flyktingar. Några olikheter identifierades; Oväntade beteenden hos migranter relaterade till kulturella skillnader beskrevs av akutsjukvårdspersonalen. Migranter vägran att äta och dricka, samt deras inaktiva beteende inom den psykiatriska vården. Många icke- akuta samtal till ambulansen på grund av språkliga hinder mellan patient och vårdtjänster.	K II
Jensen NK., Norredam M., Draebel T., Bogic M., Priebe S., Krasnik A.. 2011 Danmark	Providing medical care for undocumented migrants in Denmark: what are the challenges for health professionals?	Att fokusera på hälso- och sjukvårdspersonalens erfarenheter i att ge vård till papperslösa patienter inom det danska sjukvårdssystemet	15 semistrukturerade intervjuer med allmänläkare (9), psykiatriker (3) och akutläkare (3) som jobbade på sjukhus i invandratäta områden i Danmark. Exklusionskriterier: Deltagare som inte hade erfarenhet av att behandla papperslösa, därav bortfallet. Datanalys genomfördes med kvalitativ innehållsanalys.	n=15 (3)	Akutläkarna menade att det inte är någon skillnad i att behandla papperslösa patienter. Det kan dock vara svårare när ingen tillgång till journaler finns att tillgå. Allmänläkarna menar att papperslösa möter flera hinder när de söker vård. Problem i behandlingen av papperslösa innefattar språkbarriärer, finansiella aspekter för allmänläkarna, osäkerhet i hur situationen ska hanteras och hur remittering ska ske, samt osäkerhet i om huruvida polisen ska kontaktas.	K II

Jensen NK., Norredam M., Priebe S., Krasnik A 2013 Danmark	How do general practitioners experience providing care to refugees with mental health problems? A qualitative study from Denmark	Att undersöka hur allmänläkare upplever att bedriva vård för flyktingar med psykiska problem.	Semistrukturerade intervjuer med nio allmänläkare i Köpenhamn, valda från områden med hög grad av invandring. Datanalys genomfördes med kvalitativ innehållsanalys.	n=15 (6)	Ett huvudtema som identifierades var kommunikation. Detta inkluderar professionella tolkar, och att kommunikation innefattar mer än ett gemensamt språk. Kvaliteten av vården är ett annat tema som innefattar medvetenhet om eventuellt tidigare trauma, begränsade möjligheter för flyktingar att delta i vissa behandlingar på grund av språkbarriärer, och känslor av hopplöshet hos allmänläkarna. Allmänläkarna väljer olika strategier för remittering och rapporterar att patienterna saknar förståelse kring skillnader mellan psykiska problem och fysiska symtom.	K II
Priebe S., Matanov A., Schor R., Straßmayr C., Barros H., Barry MM., Díaz- Olalla JM., Gabor E., Greacen T., Holcnerová P., Kluge U.,	Good practice in mental health care for socially marginalised groups in Europe: a qualitative study of expert views in 14 countries	Att undersöka erfarenheter och åsikter hos experter i 14 europeiska länder avseende psykisk sjukvård för marginaliserade grupper såsom långtidsjuka, prostituerad, hemlösa, flyktingar/asylsökande, papperslösa och	Två underprivilegierade områden valdes från huvudstäderna i de 14 länderna, och experter från varje marginaliserad grupp intervjuades med semistrukturerade intervjuer.	n=162 (2)	Fyra komponenter av god vård identifierades rörande alla grupper. 1) Etablera program med syfte att identifiera och nå ut till individer med psykiska problem. 2) Underlätta tillgången till tjänster som erbjuder olika typer av sjukvård och psykisk vård, och därmed minska behovet av vidare remittering. 3) Stärka samarbetet mellan olika tjänster och 4) sprida information om tjänster både till marginaliserade grupper och	K I

Lorant V., Moskalewicz J., Schene AH., Macassa G., Gaddini A England 2012		medlemmar av ”travelling communities”.			vårdgivare i området.	
Priebe S., Sandhu S., Dias S., Gaddini A., Greacen T., Ioannidis E., Kluge U., Krasnik A., Lamkaddem M., Lorant V., Riera RP., Sarvary A., Soares JJ., Stankunas M., Straßmayr C., Wahlbeck K., Welbel M., Bogic	Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries	Att uppskatta svårigheterna som sjukvårdspersonal upplever i vården av migranter, och vilka förslag de har på förbättringsåtgärder.	Strukturerade intervjuer med öppna frågor och karaktärsteckning till hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar i områden med hög invandrartäthet i 16 olika länder. Inom varje land intervjuades 9 vårdgivare primärvård, 3 inom akutvård, och 3 inom kommunal psykiatrisk vård om sin syn och sina erfarenheter i att ge vård till flyktingar. Informationen analyserades med tematisk innehållsanalys.	n=240	Åtta problem och sju förslag på förbättringar identifierades. Problemen var: språkproblem, svårigheter att bedriva vård när patienten saknade rättigheter till vård, sociala förluster och traumatiska upplevelser, patienternas brist på kunskap om sjukvårdssystemet, kulturella svårigheter, olika uppfattning om sjukdom och behandling, negativ attityd bland personal och patienter, avsaknad av journaler/anamnes. Förslag på förbättringsåtgärder: flexibilitet inom organisationen och tillräckligt med tid och resurser, bra tolk, arbeta med familjer och socialtjänsten, kulturell medvetenhet bland personalen, utbildningsprogram och information till migranter, positiva relationer	K I

M. 2011 England					mellan personal och patient, tydliga riktlinjer för vad som gäller vid vården av dessa patienter.	
Razavi MF., Falk L., Björn Å., Wilhelmsson S. Sverige 2011	Experiences of the Swedish healthcare system: an interview study with refugees in need of long-term health care	Att undersöka ståndpunkter hos 9 flyktingar med kronisk sjukdom eller funktionell nedsättning i behov av långtidsvård, angående deras kontakt med vårdgivare utifrån tillgång till vård och personliga behov.	Semistrukturerade intervjuer med 9 patienter och/eller släktingar.	n=21 (12)	Vårdorganisationens resurser samt professionell kompetens var två teman som urskiljdes. Deltagarna kände sig omhändertagna utifrån tillgänglighet och möten med samma vårdgivare. Att besöka olika kliniker bidrog till negativ upplevelse och bristande förtroende. Vårdgivarens intresse i deltagarnas liv och hälsa bidrog till en känsla av professionalism. De flesta av deltagarna sa att problemen inte var relaterade till deras bakgrund som flyktingar. Många deltagare förstod inte fullt ut vilken klinik de tillhörde, eller ändamålet med vården som den specifika kliniken bedrev. Vissa saknade kunskap om sin sjukdom.	K II
Samarasinghe K., Fridlund B., Arvidsson B.. 2010	Primary health care nurses' promotion of involuntary migrant families' health	Att beskriva primärvårdsjuksköterskans hälsofrämjande hos ofrivilliga migrant-familjer i ny kulturell miljö.	Intervjuer med sjuksköterskor som arbetar inom primärvården. Intervjuerna spelades in på band. Databearbetning genomfördes med kategorisering och analys i sex steg.	n=34	Tre kategorier urskiljdes i beskrivningen av sjuksköterskans hälsofrämjande i dessa grupper. Ett etniskt centrerat närmande för hälsofrämjande för individen. Ett empatiskt förhållningssätt i främjandet av psykiatrisk vård för	K I

Sverige					individen i familjesammanhang. Ett holistiskt närmande för att stärka familjens egenmakt att väl hantera det vardagliga livet.	
<p>Straßmayr C, Matanov A, Priebe S, Barros H, Canavan R, Díaz-Olalla JM, Gabor E, Gaddini A, Greacen T, Holcnerová P, Kluge U, Welbel M, Nicaise P, Schene AH, Soares JJ, Katschnig H.</p> <p>2012</p> <p>Österrike</p>	Mental health care for irregular migrants in Europe: barriers and how they are overcome.	Att identifiera hinder för psykiatrisk vård av papperslösa och undersöka sätt att överkomma dessa hinder i praktiken	Data från semistrukturerade intervjuer med 25 experter inom psykiatrisk vård för papperslösa i huvudstäderna i 14 europeiska länder analyserades genom tematisering.	n=5 (0)	Flera hinder identifieras, däribland brist på legal rätt till vård i vissa länder, eller brist på medvetenhet kring sina rättigheter, administrativa hinder, brist på kulturellt kunnig personal, komplexa behov hos papperslösa, samt rädsla att bli angiven och utvisad.	K II

<p>Torres-Cantero, A.M., Miguel, A.G., Gallardo, C., Ippolito, S.</p> <p>2007</p> <p>Spanien</p>	<p>Health care provision for illegal migrants: may health policy make a difference?</p>	<p>Att undersöka om det finns skillnad i användandet av sjukvården mellan legala och illegala migranter.</p>	<p>Tvärsnittsstudie. Intervju med deltagare äldre än 15 år som hade bott i Spanien mer än 3 månader.</p>	<p>n=380</p>	<p>Ingen skillnad sågs i användandet av sjukvården avseende de två grupperna legala och illegala migranter. Låg nivå av användande av sjukvården sågs dock bland deltagare med låg utbildning.</p>	<p>CCT II</p>
--	---	--	--	--------------	--	-------------------