



RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Sjuksköterskeprogrammet 180hp
Vetenskaplig metodik III, Självständigt examensarbete
Dk 17, 15 hp
VT 12

Att famla i blindo

En litteraturstudie om sjuksköterskors
erfarenheter av papperslösa och asylsökande i
hälso- och sjukvården.

Flying blind

A literature review of nurses experiences of
undocumented migrants and asylum seekers in
the health care system.

Hanna Furuhausen & Ellinor Andersson

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Papperslösa och asylsökande räknas till samhällets mest utsatta och tillhör de grupper vilka FN:s mänskliga rättigheter syftar till att skydda. Svensk lagstiftning är inte förenlig med dessa rättigheter. Papperslösa och asylsökande lider ofta av fysiska och psykiska problem och vägen till hälso- och sjukvård är kantad av hinder. Den svenska yrkesetiska koden för sjuksköterskor beskriver en professionell plikt att vårda alla på samma villkor. Omständigheter som hindrar sjuksköterskor att ge jämlik vård ställer dem inför problem och dilemman. **Syfte:** Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av papperslösa och asylsökande i hälso- och sjukvården. **Metod:** Litteraturstudie med kvalitativ ansats. Tio vetenskapliga artiklar granskades och låg till grund för denna studie. **Resultat:** Studien fann fyra huvudteman, *Att famla i blindo*, *Frustration*, *Kulturell kompetens* och *En känslomässig utmaning* med åtta tillhörande subteman. **Slutsats:** Brist på/okunskap om riktlinjer var tydlig. Det är därför av stor vikt att författa och implementera riktlinjer i verksamheterna. Leiningers transkulturella omvårdnadsteori ska inspirera sjuksköterskor att utforma kulturanpassad omvårdnad. Den publicerade forskningen inom valt område var begränsad och talar för ett bristande forskningsintresse inom området. **Klinisk betydelse:** Genom att studera sjuksköterskors erfarenheter identifierades organisatoriska hinder som möjligen kan avlägsnas genom tydliga riktlinjer och ökad kunskap. Ett uppmärksammande av ämnet kan leda till strukturella förändringar och ett införlivande av rätten till lika vård.

Nyckelord: *Sjuksköterskor, papperslösa, asylsökande, erfarenheter, hälso- och sjukvård.*

ABSTRACT

Background: Undocumented migrants and asylum seekers are part of society's most vulnerable groups which the UN Human Rights seeks to protect. Swedish legislation does not comply with these rights. Undocumented migrants and asylum seekers often suffer physical and psychological problems and the road to health care is paved with obstacles. The Swedish Ethical Code for nurses describes a professional duty to provide care for all under the same conditions. Factors that prevent nurses from providing equitable care, cause problems and dilemmas. **Aim:** The aim of this study is to describe nurses' experiences of undocumented migrants and asylum seekers in the health care system. **Method:** Literature review with qualitative approach. Ten articles were reviewed and formed the basis for this study. **Result:** The findings of this study revealed four major themes *Flying blind*, *Frustration*, *Cultural competence* and *An emotional challenge* with eight subthemes. **Conclusion:** The lack of / ignorance of guidelines were clear. The writing and implementation of guidelines is therefore essential. Leininger transcultural nursing theory can inspire nurses to develop cultural appropriate care. Published research in this subject was limited therefore suggesting a lack of interest in this area of research. **Clinical significance:** By studying nurses' experiences, organizational barriers were identified. These may possibly be eliminated by clear guidance and knowledge. Highlighting this problem can lead to structural changes, thereby helping to incorporate equitable health care for all.

Keywords: *Nurses, undocumented migrants, asylum seekers, experience, health care.*

INNEHÅLL

INLEDNING	1
BAKGRUND.....	2
Papperslösas status i Sverige	2
Asylsökandes status i Sverige	2
Papperslösas hälsa	3
Asylsökandes hälsa	3
Rättigheter	4
Sjuksköterskors arbete	5
Frivilligorganisationer	6
Transkulturell omvårdnad	6
Teoretisk referensram.....	7
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE	8
METOD	9
Urval	9
Datainsamling.....	9
Dataanalys	10
ETISKA ASPEKTER	11
RESULTAT	12
Att famla i blindo	12
Frustration.....	14
Kulturell kompetens	16
En känslomässig utmaning	19
DISKUSSION	20
Metoddiskussion.....	20
Resultatdiskussion.....	22
Slutsats	26
Klinisk betydelse	27
Förslag på vidare forskning.....	27
REFERENSER	28
BILAGOR.....	32

INLEDNING

Hälso- och sjukvårdens grund är att den ska vara lika tillgänglig för alla. Alla människor har rätt till hälsa och rätt till liv oavsett nationalitet och socioekonomisk status. På grund av rådande system där lagar styr, hamnar papperslösa och asylsökande utanför dessa rättigheter och möter stora hinder i mötet med hälso- och sjukvården. Det är en viss skillnad mellan dessa två gruppers tillgång till vård men att den av olika anledningar inte är likställd vården som medborgare erhåller är något som gäller för båda grupperna. Under den verksamhetsförlagda utbildningen har vi ställts inför situationer som har gått emot hälso- och sjukvårdens grund. Ett exempel på detta upplevdes på en intensivvårdsavdelning där en ung patient utan identifikation inkom med svåra skador. Patienten visade sig vara papperslös. Väl på intensivvårdsavdelningen erhöll patienten samma typ av vård som en patient med svenskt medborgarskap, men när det kom till utskrivning och fortsatt eftervård stod personalen handfallen och alla ställdes inför ett svårt känslomässigt dilemma. Ovissheten om vart denna patient skulle ta vägen efter utskrivning och hur patienten skulle få möjlighet till rehabilitering var stor. Patienten hade heller ingen chans att följa med i beslutsprocessen, vi talade ju inte samma språk. Avsaknaden av riktlinjer för hur man ska hantera dessa situationer var påtaglig och för en blivande sjuksköterska lämnade detta djupa spår. Att vårda dessa sårbara grupper kan innebära komplexa problem och därmed leda till stora etiska frågeställningar för all vårdpersonal. Grundat på egna upplevelser väcktes därmed intresset för vilka svårigheter sjuksköterskor kan stöta på i sitt arbete med papperslösa och asylsökande.

BAKGRUND

Papperslösas status i Sverige

Begreppet *papperslös* definieras av Socialstyrelsen [SoS] (SoS, 2010) som en persons juridiska status i ett visteland. Det innefattar exempelvis en person som stannar i landet efter att giltighetstiden för ett visum eller uppehållstillstånd gått ut och innebär alltså inte att personen är utan identifikationsdokument. Begreppet är vedertaget i Sverige och har sitt ursprung i franskans *sans papier* som betyder *utan papper*. Till gruppen papperslösa hör även barn födda i Sverige av papperslösa föräldrar. Det finns ingen säker statistik över antalet papperslösa som befinner sig i Sverige men myndigheter, journalister och forskare uppskattar antalet till någonstans mellan 10 000 – 50 000 personer (SoS, 2010).

Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (HSL, Svensk Författningssamling [SFS], 1982:763) 2 § säger att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen och att vården ska ges med respekt för människors lika värde. I 4 § nämns det att om någon befinner sig i ett landsting där de inte är bosatta och behöver omedelbar sjukvård ska landstinget erbjuda denna vård (HSL, SFS, 1982:763). Personer som vistas i landstinget men som inte är bosatta där innefattar individer bosatta i ett annat landsting samt utlänningar¹ på besök, exempelvis turister och studenter. Denna kategori innefattar även papperslösa (Statens Offentliga Utredningar [SOU] 2011:48). Enligt HSL har papperslösa alltså endast rätt till omedelbar nödvändig vård, vilket i praktiken innebär akutsjukvård. Att få tillgång till primärvård är i stort sett en omöjlighet. Ett sjukhus eller annan vårdinrättning har ingen rätt till ersättning från staten för vård av papperslösa vilket kan innebära att patienten kan krävas på den faktiska kostnaden för vården (Svensk Sjuksköterskeförening, 2008).

Asylsökandes status i Sverige

Cirka 35 000 personer söker asyl i Sverige varje år. Med *asylsökande* avses en person som har sökt uppehållstillstånd i Sverige (SOU 2011:48).

¹ Begreppet används i SOU 2011:48 samt SFS 2008:344.

Lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. omfattar enligt 4 §: (1) personer som ansökt om uppehållstillstånd som flykting/ annan skyddsbehövande, (2) personer som beviljats uppehållstillstånd med tillfälligt skydd, (3) personer som hålls i förvar samt (4) personer som vistas i landet med stöd av tidsbegränsat uppehållstillstånd (SFS, 2008:344, 4 §). De personer som hör till de tre första kategorierna ovan, samt har fyllt 18 år, ska av landstinget endast erbjudas vård som inte kan anstå, mödrahälsovård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning. Personer som inte har fyllt 18 år samt de personer som hör till den fjärde kategorin ovan ska erbjudas subventionerad vård i samma omfattning som bosatta personer (SFS, 2008:344).

Papperslösas hälsa

Mycket lite är känt om papperslösas hälsa och situation. Dålig tillgång till hälso- och sjukvård, långvarig stress och en osäker livssituation tros leda till försämrad psykisk och fysisk hälsa. I en studie från Nederländerna uppgav 92 av de 100 medverkande att de hade problem med hälsan, både av akut och kronisk art (Schoevers, Van den Muijsenbergh & Lagro-Janssen, 2009). Papperslösa har begränsad tillgång till preventiv vård och vaccin och lider då oftare av smittsamma sjukdomar som exempelvis tuberkulos och HIV/AIDS. Papperslösa kommer ofta in i landet under ogynnsamma förhållanden och har därefter undermåliga bostäder vilket är faktorer som påverkar den psykiska och fysiska hälsan negativt. De papperslösas hälsoproblem kan bli förvärrade och långvariga på grund av ekonomiska begränsningar, språkbegränsningar samt otillräckliga kunskaper om vistelselandets sjukvårdssystem (Kullgren, 2003). Ytterligare ett problem är att papperslösa undviker att söka vård på grund av rädsla för att bli anmälda av sjukvårdspersonal (Hunt, 2007). Hälsoproblem bland papperslösa påverkar inte bara den enskilda individen utan hela samhället. Obehandlade tillstånd kan leda till ökad smittspridning och egenvård i form av felaktig antibiotikabehandling ökar utvecklingen av multiresistenta bakterier (Kullgren, 2003).

Asylsökandes hälsa

Studier visar på att bristsjukdomar och infektionssjukdomar såsom hepatit, parasitsjukdomar, tuberkulos och HIV/AIDS ofta avspeglar prevalensen i den asylsökandes hemland. Depression, ångest och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) är vanligt förekommande i denna grupp och är ofta en reaktion på tidigare erfarenheter och nuvarande sociala förhållanden.

Osäkerhet kring asylprocessen, fattigdom, diskriminering och rasism är faktorer som ytterligare påverkar hälsan negativt (Kisely, Stevens, Hart & Douglas, 2002). Andra hälsoproblem kan vara psykiska och fysiska skador från våld i hemlandet. Kvinnor som flytt från krigshärjade länder kan ha varit utsatta för sexuellt våld och kan komma att behöva stora vårdinsatser och mycket stöd för att bearbeta dessa händelser. Faktorer som försvårar tillgången till vård för asylsökande kan vara språkbarriärer, kulturella skillnader och brist på information om hälso- och sjukvårdssystemet i landet de befinner sig i (Joels, 2008).

En studie från Storbritannien visade att negativa attityder hos befolkningen fick de asylsökande att känna sig oönskade och som en börda för systemet. Fattigdom, arbetslöshet, dåliga boendeförhållanden och bristande språkkunskaper ledde till stigmatisering. Stigmat visade sig kunna leda till en ovilja att söka vård på grund av rädsla för att använda upp samhällets resurser. Information till de asylsökande var bristande och endast de personer som hade stöd av vänner, släktingar eller frivilligorganisationer visste var de kunde vända sig för att få hjälp. Språkbarriärer och svårigheter att få tillgång till tolk i hälso- och sjukvården rapporterades som ett problem. Att använda vänner, släktingar och i vissa fall sina barn som tolk blev ofta nödvändigt (Bhatia & Wallace, 2007).

Rättigheter

Sverige har ratificerat Förenta Nationernas [FN] mänskliga rättigheter där varje människa har rätt till hälsa och rätt till liv (Regeringen, 2009). Paul Hunt (2007), FNs rapportör, besökte Sverige för att utvärdera hur landet skulle förverkliga rätten till högsta uppnåeliga hälsa på nationell och internationell nivå. Enligt Hunt (2007) är svensk lag gällande hälso- och sjukvård inte förenlig med de mänskliga rättigheterna, det vill säga rätten att kunna åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa. Enligt FN har länderna skyldighet att respektera rätten till hälsa genom att inte neka eller begränsa tillgång till förebyggande, kurativ och palliativ vård. Papperslösa och asylsökande är några av de mest utsatta, sårbara och marginaliserade grupperna i Sverige och tillhör därför några av de grupper som de mänskliga rättigheterna syftar till att skydda (Hunt, 2007).

Landstingens ansvar slutar vid lagstiftningen vilket innebär att papperslösa och asylsökande kan vägras till exempel: all icke-akut somatisk vård, samtal med psykolog, behandling för kroniska sjukdomar och icke-akut tandvård (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010).

Sjuksköterskors arbete

Den yrkesetiska koden för sjuksköterskor innefattar fyra grundläggande ansvarsområden: *att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa och att lindra lidande*. Omvårdnaden skall ske utifrån respekt för individen och de mänskliga rättigheterna. Vården ska inte begränsas på grund av patientens nationalitet (Svensk Sjuksköterskeförening, 2007). Som anställd inom hälso- och sjukvården förväntas du följa de överenskommelser som många av världens länder ratificerat. Inte alla arbetsplatser är villiga att anpassa arbetet efter dessa överenskommelser. De kan exempelvis förbjuda sin personal att ge papperslösa vård som inte är akut, eller välja att inte ge personalen resurser att arbeta med exempelvis preventiv vård till asylsökande (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010). I sjuksköterskans kompetensbeskrivning (SoS, 2005) står det att sjuksköterskan ska ha en värdegrund som baseras på en humanistisk människosyn. Sjuksköterskan ska se till att patientens basala och specifika omvårdnadsbehov samt fysiska, psykiska, kulturella, sociala och andliga behov tillgodoses (SoS, 2005). Svensk lagstiftning stämmer inte överens med de yrkesetiska principerna som gäller för flera av vårdprofessionerna och är att betrakta som ett arbetsmiljöproblem (SOU 2011:48).

Flera landsting i Sverige har uppfattat den nuvarande lagstiftningen som otydlig och svårtolkad, och funnit svårigheter att applicera denna på den dagliga verksamheten.

Landstingen har i vissa fall valt att författa egna riktlinjer och att själva beskriva vad som ska gälla i frågan om asylsökandes och papperslösas rätt till vård. I vissa av landstingen innebär de egna riktlinjerna att asylsökande och papperslösa erbjuds hälso- och sjukvård i större utsträckning än vad lagstiftningen kräver. Stockholms Läns Landsting [SLL] är ett av de landsting som skrivit riktlinjer gällande vård till papperslösa (SOU 2011:48). Rönnerfalk (2009) skriver att chefsläkargruppen i SLL har utarbetat riktlinjer för vård av papperslösa som vägledning för personal inom landstinget. SLL tolkar Hälso- och sjukvårdslagen på så sätt att papperslösa har rätt till akut och omedelbar nödvändig vård.

Riktlinjerna säger att papperslösa ska ha rätt till behövlig vård för akut sjukdom samt återbesök för samma åkomma. SLL definierar omedelbar vård som vård vid destruktiva, progredierande sjukdomar som obehandlade leder till försämrad prognos för patientens liv. SLL poängterar att frågan om betalningsansvar är något som alltid kan lösas i efterhand och att administrativa svårigheter inte får hindra att en patient erhåller akut eller nödvändig vård. Dessa riktlinjer ska ha delgetts berörda medarbetare inom hälso- och sjukvården i Stockholms Läns Landsting (Rönnerfalk, 2009).

Papperslösa och asylsökande som tas emot i den offentliga hälso- och sjukvården kan eller vill inte alltid uppge sin identitet. I brist på personnummer skrivs journalerna då i ett så kallat reservnummer, samma sorts nummer som används när exempelvis en medvetlös person inkommer till en akutmottagning. Detta system innebär att uppföljning av vårdinsatser och tillgång till vårdhistorik är närmast minimal. Som ett resultat av detta lever Sverige i nuläget inte upp till lagstiftning gällande journalföring och patientsäkerhet (SOU 2011:48).

Frivilligorganisationer

Rosengrenska nätverket i Göteborg är en stiftelse som grundades för att ge medicinsk vård till papperslösa. Verksamheten är ideell och helt beroende av skänkta pengar. Ett av målen för verksamheten har redan från start varit att avskaffa sig själva, ideell sjukvårdsverksamhet ska enligt stiftelsen inte behöva finnas i Sverige. Nätverket samarbetar med Röda Korsets vårdförmedling i Göteborg (Sjögren, 2008). På Röda Korsets förmedling i Stockholm erbjuds papperslösa kostnadsfri tillgång till enklare medicinska undersökningar samt hjälp att söka vidare vård. Röda Korset tog emot ca 30-40 nya patienter samt förmedlade ca 120 besök i månaden (Hansson & Diaz, 2009).

Transkulturell omvårdnad

Med transkulturell omvårdnad menas en omvårdnad som är kulturspecifik samt individanpassad och där sjuksköterskor tar hänsyn till olika kulturellerade traditioner och beteenden. Kunskap om detta är något som behövs i och med att samhället förändras och blir mer mångkulturellt (Leininger, 2002). Det ökade antalet patienter med olika kulturella bakgrunder kan ställa sjuksköterskor inför flera utmaningar.

Utmaningarna handlar om att ge dessa patienter individanpassad omvårdnad med respekt för varje patients kulturella behov. För att detta ska kunna uppnås krävs det att sjuksköterskor har ett öppet sinne och intresse för olika kulturer. Då sjuksköterskor ofta har en nära kontakt med patienten är det därför viktigt att de har förståelse för den enskilda patientens behov (Maier-Lorentz, 2008). Kulturell och etnisk mångfald måste uppmärksammas för att uppnå en god kommunikation och ett tillfredsställande bemötande i hälso- och sjukvården (Bärnhielm, 2007).

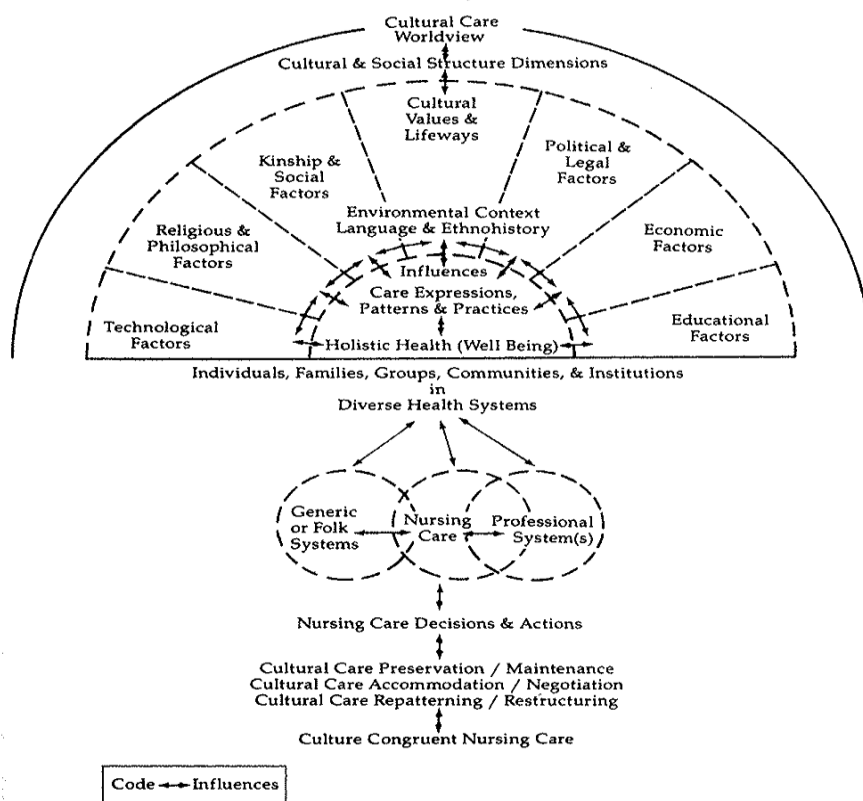
Teoretisk referensram

Soluppgångsmodellen

Madeleine M. Leininger är grundaren till den transkulturella omvårdnadsteorin där målet är att generera kunskaper för att sjuksköterskor ska kunna kulturanpassa omvårdnaden. För att underlätta visualiseringen av komponenterna i den transkulturella omvårdnadsteorin skapades Soluppgångsmodellen, se figur 1. Denna modell är inte konceptuell i sig, eller ett generellt system för begreppen, utan ska användas som en kognitiv karta för att skildra komponenternas inverkan på varandra. Den övre halvan av modellen avbildar komponenter relaterade till sociala strukturer och världsbildsfaktorer som influerar hälso- och sjukvården genom språk, etnisk bakgrund och miljörelaterade faktorer. Dessa influeras av tekniska faktorer, religiösa och filosofiska faktorer, släktskap och sociala faktorer, kulturella värderingar och levnadssätt, politiska och juridiska faktorer, ekonomiska faktorer och utbildningsfaktorer och bildar tillsammans den undre delen av modellen.

Den transkulturella omvårdnadsteorin ska inspirera sjuksköterskor att utforma omvårdnad efter kulturell kunskap för att kunna ge en meningsfull, tillfredsställande och holistisk vård till såväl individer som grupper (Leininger, 2001).

Leininger's Sunrise Model to Depict Theory of Cultural Care Diversity and Universality



Figur 1. Soluppgångsmodellen (Leininger, 2001).

PROBLEMFÖRMULERING

Papperslösa och asylsökande är några av samhällets svagaste och mest utsatta människor och tillhör de grupper som FN:s mänskliga rättigheter syftar till att skydda. Svensk lagstiftning är i nuläget inte förenlig med dessa rättigheter. Enligt litteraturen lider papperslösa och asylsökande ofta av psykiska och fysiska problem relaterade till flykt från krig och konflikt samt en osäker livssituation. Litteraturen beskriver vidare att papperslösa och asylsökande har begränsad tillgång till vård och att hindren är många. Sjuksköterskor har genom den yrkesetiska koden en professionell plikt att vårda alla på samma villkor. Faktorer som hindrar den jämlika vården ställer sjuksköterskor inför komplexa problem och etiska dilemman. Kunskap om sjuksköterskors erfarenhet av dessa grupper i hälso- och sjukvården avses skapas genom denna litteraturstudie.

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av papperslösa och asylsökande i hälso- och sjukvården.

METOD

Författarna valde att göra en litteraturstudie. Då syftet var att belysa erfarenheter valdes kvalitativa studier ut för analys. Friberg (2006a) menar att vald metod syftar till att skapa en översikt över ett redan befintligt kunskapsområde. Kvalitativa studier kan användas för att öka förståelsen kring ett utvalt fenomen vilket kan resultera i användbar kunskap i praktiken (Friberg, 2006a). Därutöver har litteraturstudier visat sig ha en viktig roll i sjuksköterskans utveckling av den evidensbaserade omvårdnaden (Polit & Beck, 2010).

Urval

I studien ingår artiklar publicerade från år 2003 och framåt, en av inklusionskriterierna var att artikeln skulle vara publicerad efter år 2000, detta relaterat till bristen på forskning inom området före sekelskiftet (SoS, 2010). Övriga inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska eller något av de skandinaviska språken, att artiklarnas resultat behandlade studiens syfte samt att en kvalitativ ansats eller mixed method-ansats användes. Kvalitativ ansats användes i åtta av de valda artiklarna och mixed method-ansats i två stycken (artikel nr 1 & 10). Mixed method är en metod i vilken forskarna använder sig av både kvalitativa och kvantitativa datainsamlingsmetoder, till exempel enkäter och intervjuer (Polit & Beck, 2010). Där de artiklar med mixed method-ansats användes var det endast de resultat som framkommit genom den kvalitativa datainsamlingen som överfördes till denna studies resultat. I flertalet artiklar slogs grupperna papperslösa och asylsökande ihop i resultatet varpå författarna till denna studie valde att inkludera båda grupperna i syftet för att undvika att utelämna funnet resultat.

Datainsamling

Sökningar efter vetenskapliga artiklar gjordes i databaserna CINAHL with full text, MEDLINE och AMED. Sökningen var boolesk och operatorn AND användes mellan sökorden. Sökord som användes var "failed asylum seekers", "asylum seek*", "nurses", "nurse", "undocumented migrants", "care", "experience" "experiences" och "health care", se sökmatrix tabell 1. Sökningen begränsades av årtal, endast artiklar från år 2000 och framåt önskades. Sökningarna som ledde till studiens valda artiklar gav totalt 96 träffar varav 58 abstracts lästes.

Av dessa besvarade 16 artiklar studiens syfte och valdes därför ut för genomläsning och granskning med hjälp av en kvalitativ granskningsmall, se bilaga 1 (Friberg, 2006a). 10 av artiklarna fick efter granskningen utgöra resultatet. Artikel nr 2, 8 och 10 fanns ej tillgängliga i fulltext via Röda Korsets Högskola men fanns att tillgå vid Karolinska Institutet. Även sökningar med andra sökord som till exempel ”unauthorized migrant*” och ”illegal immigrant*” gjordes. Dessa sökningar resulterade i många lästa abstracts och artiklar men dessa artiklar sållades bort efter granskning.

Tabell 1. Sökmatrix.

Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstracts	Antal artiklar utvalda för genomläsning	Utvalda artiklar
Failed asylum seekers	25	20	4	Nr 1, 2
Asylum seek* AND nurses	43	24	4	Nr 3, 4
Undocumented migrants AND nurse AND care	6	3	2	Nr 5
Asylum seek* AND nurse AND experience	5	5	1	Nr 6
Health care AND undocumented migrants AND experiences	14	3	2	Nr 7
Sekundärsökningar från referenslistor	3	3	3	Nr 8, 9, 10

Dataanalys

Ett vanligt tankesätt vid analys av kvalitativa studier är att se det som en process som går från helhet till delar för att sedan bilda en ny helhet. De olika delarna blir tydliga när artiklarnas resultat delas upp för att hitta material som har betydelse för syftet. Dessa delar bildar sedan en ny helhet och blir studiens resultat (Friberg, 2006b). Till en början lästes de tio valda studierna grundligt. Därpå fördes en diskussion för att kontrollera att studien hade uppfattas på samma sätt av författarna. En analysmall användes för att stegvis bearbeta de valda studierna (Friberg, 2006b, s. 110). Ett steg i att bearbeta studierna var att analysera skillnader och likheter. Studierna numrerades allt eftersom de hittades på databaserna. När studierna hade numrerats påbörjades litteraturmatrixerna, se bilaga 2. Detta för att få en överblick över samtliga studiers resultat. Nästa steg blev att markera i texten det som i studierna besvarade syftet.

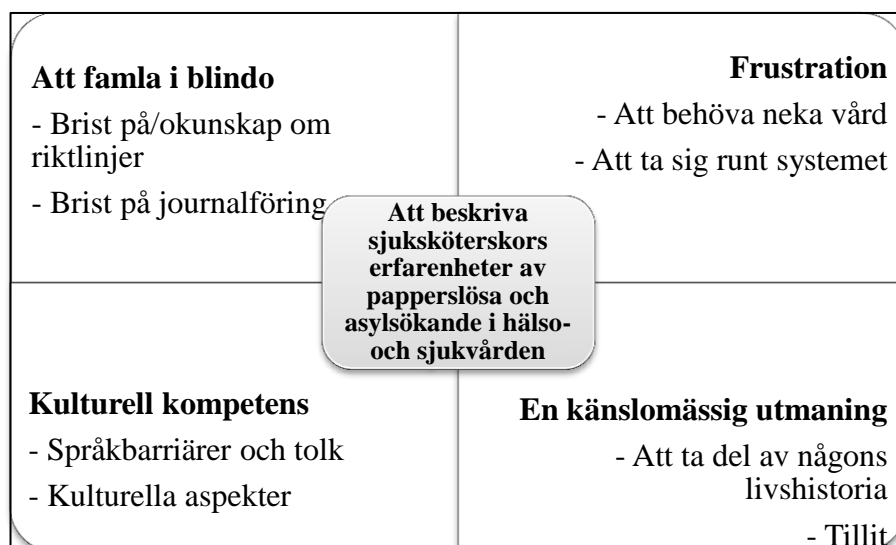
För att finna likheter i de valda studierna markerades texten med färgpennor. Denna färgkodning identifierade olika kategorier. På detta sätt fick författarna fram det som ligger till grund för studiens resultat, vilket bildade den nya helheten.

ETISKA ASPEKTER

Enligt Forsman (1997) ska etiska kommittéer ta ställning till moraliska frågor inom forskningen. Artiklarna som har valts ut till resultatet har fått etiskt godkännande eller innehåller etiska överväganden. Forsman (1997) menar att den inomvetenskapliga forskningsetiken innebär att författaren inte konstruerar, plagierar eller förvränger data. Materialet i denna studie har hanterats etiskt korrekt, resultat har inte exkluderats eller förvrängts för att passa syftet. Översättningar har bitvis gjorts med lexikon för att undvika feltolkningar. Den egna förståelsen har funnits i åtanke vid litteraturgranskningarna och så långt som möjligt lagts åt sidan.

RESULTAT

De kategorier som identifierades i dataanalysen var ”brist på/ okunskap om riktlinjer”, ”brist på journalföring” ”att behöva neka vård”, ”att ta sig runt systemet”, ”språkbarriärer och tolk”, ”kulturella aspekter”, ”att ta del av någons livsberättelse” och ”tillit”. Dessa åtta kategorier lades under fyra övergripande teman för att förtydliga resultatets delar. De åtta kategorierna bildade resultatets subteman. De övergripande temana blev, *Att famla i blindo*, *Frustration*, *Kulturell kompetens* och *En känslomässig utmaning*. Temana skrevs in i en tabell där det markerades vilka teman som återfanns i vilka studier, se bilaga 3. Detta för att ytterligare förtydliga studiernas likheter. Teman och subteman, se figur 2, presenteras nedan i löpande text. *Kulturell kompetens* kom att bli det största temat samt det som återfanns i samtliga studier.



Figur 2. Temaöversikt.

Att famla i blindo

Under denna rubrik presenteras brist på och okunskap om riktlinjer. Detta visade sig i fler studier där sjuksköterskor beskrev att de saknade riktlinjer eller att de inte känner till de existerande riktlinjerna. Vidare kommer brist på journalföring och problematiken kring att patienter uppgav falsk identitet att tas upp.

Brist på/ okunskap om riktlinjer

Flera studier visade på att brist på riktlinjer eller tvetydiga lagar var ett problem gällande papperslösa och asylsökande i hälso- och sjukvården (Biswas, Kristiansen, Krasnik & Norredam, 2011; Drennan & Joseph, 2005; Jensen, Norredam, Draebel, Bogic, Priebe & Krasnik, 2011; Priebe et al., 2011). Tydligare information och riktlinjer om vilken sorts vård grupperna hade rätt till efterfrågades. I lagtexter reglerades rätten till vård för dessa grupper men begreppen i lagtexterna kunde vara svåra att applicera på den dagliga verksamheten. En ökad tydlighet önskades gällande vad till exempel "ett livshotande tillstånd" kunde innefatta. Strukturerade, regelbundna möten där personalen kunde diskutera dessa frågor sågs som ett viktigt steg mot ökad tydlighet och kunskap (Priebe et al., 2011).

Bristen på interna riktlinjer kunde resultera i dilemman för den enskilda vårdpersonalen och skapa stor oro inför mötet med dessa patienter (Jensen et al., 2011). Biswas et al. (2011) kom fram till att bristen på riktlinjer ledde till svårlösta konflikter inom personalgruppen och stor osäkerhet inom organisationen. Sjuksköterskorna var överens om att det behövdes tydligare riktlinjer från sjukhusledningen men valde också att se på sjuksköterskans etiska kod som en form av riktlinjer i arbetet med dessa grupper (ibid.). Hultsjö och Hjelm (2005) visade på att lagar fanns skrivna gällande vård för dessa grupper men att det var okunskapen och svårighet att tillämpa dessa som var problemet och att detta ledde till stor frustration och problematiska situationer för sjuksköterskorna (ibid.). I en studie från England uttryckte sjuksköterskorna att de saknade kunskaper och inte kände sig förberedda på att arbeta med dessa grupper. De uttryckte brist på kunskap i den juridiska delen, till exempel hur asylprocessen gick till samt brist på kunskap om nystiftade och ändrade lagar (Drennan & Joseph, 2005).

Sjuksköterskor beskrev vikten av att ha kunskap för att kunna informera patienterna om lagar och hur dessa tillämpas. De ansåg att det var viktigt att ha möjlighet att ge patienten en tydlig bild av hur sjukvårdssystemet samt sekretesslagstiftningen fungerade (Suurmond, Seeleman, Rupp, Goosen & Stronks, 2010).

Brist på journalföring

Problemet med patienter som av någon anledning använde sig av lånad eller falsk identitet samt brist på tidigare journalföring och vårdhistorik togs upp i flera studier (Biswas et al., 2011; Jensen et al., 2011; Priebe et al., 2011). Priebe et al. (2011) fann att det uttrycktes stor oro över att patienter använde sig av någon annans identitet, exempelvis vid provtagning. Biswas et al. (2011) skrev att sjuksköterskor förklarade att användandet av någon annans identitet kunde få fatala konsekvenser för både patient och personal. Om en patient, som inkom med buksmärta, enligt journaltext opererat bort blindtarmen så hade sjuksköterskorna snabbt avskrivit blindtarmen som möjlig orsak till smärtorna (Biswas et al., 2011).

If you are scanned for pain in the abdomen and the person you have borrowed the health insurance card from has his appendix removed, then we might say to ourselves: well, this is not appendicitis and then you could die from a perforated appendix (s. 8).

På grund av avsaknad av tidigare journaltexter samt eventuella språkförbistringar kunde det vara svårt att få reda på om patienten var allergisk mot något, hade vaccinerat sig eller hade några tidigare hälsoproblem (Priebe et al., 2011). Brist på kontaktuppgifter och information om närstående togs också upp som ett problem för sjuksköterskorna (Jensen et al., 2011; Priebe et al., 2011).

Frustration

Under följande tema presenteras erfarenheter av att behöva neka vård, där ord som rädsla, ångest och maktlöshet förekommer. Att det råder en skillnad mellan vad lagen och sjuksköterskans etiska kod säger blir tydligt. Vidare beskrivs exempel på hur sjuksköterskor tog sig runt systemet för att ge dessa patienter vård.

Att behöva neka

Flera studier tog upp diskrepansen mellan lagstiftningen och sjuksköterskans etiska kod gällande hälso- och sjukvård för asylsökande och papperslösa (Biswas et al., 2011; Kurth, Jaeger, Zemp, Tschudin & Bischoff, 2010; Priebe et al., 2011).

Biswas et al. (2011) beskrev att sjuksköterskor uttryckte att de hade en plikt att behandla alla personer som var i behov av vård, oavsett rättslig status. ”The moment I put on my nurse’s coat I am a nurse and have a duty to treat whoever comes” (s. 7). Vidare menade sjuksköterskorna att icke-diskriminerande vård och patientsekretess var en fråga om yrkesmässig integritet samt att det inte borde vara upp till vårdpersonal att avgöra vem som har rätt till vård. Att lagstiftningen inte stämde överens med den etiska koden skapade osäkerhet hos sjuksköterskorna (ibid.).

Att behöva begränsa nödvändig vård beskrevs i flera studier (Hultsjö & Hjelm, 2005; Jensen et al., 2011; Ozolins & Hjelm, 2003; Priebe et al., 2011; Suurmond et al., 2010). Sjuksköterskor berättade hur undersökningar fick skjutas upp på grund av en patients rättsliga status samt att patienten inte hade råd att finansiera undersökningen (Ozolins & Hjelm, 2003). ”Then it turned out that she didn’t have a residence permit in Sweden and no insurance to cover the cost of treatment. It meant that the ultrasound examination of her heart was postponed” (s. 89).

Begränsad tillgång till undersökningar såsom laborietest, röntgen och ultraljud som inte var akuta beskrevs (Jensen et al., 2011; Priebe et al., 2011). Sjuksköterskor från en akutmottagning talade om situationer där de inte kunde hjälpa människor som led och om svårigheter med att skicka en patient till annan instans efter initial behandling. Att de inte hade någonstans att skicka patienten vidare gjorde att sjuksköterskorna kände att de tappade hoppet om sjukvårdssystemet (Hultsjö & Hjelm, 2005). Studier tog upp problem som uppstod för sjuksköterskor när asylsökande nekades uppehållstillstånd och blev papperslösa. De som arbetade med dessa patienter beskrev en känsla av maktlöshet och talade om sin situation som ångestladdad (Burchill, 2011; Suurmond et al., 2010).

Sjuksköterskorna berättade att de kände sig ensamma och helt utan stöd i sitt arbete. Frivilligorganisationer kunde ibland vara till hjälp men resurser för ytterligare stöd fanns inte att tillgå. Sjuksköterskorna förklarade att patienterna inte hade någonstans att vända sig och att de var de enda från sjukvårdssystemet som fortfarande hade kontakt med dem. Rädslan för att dessa patienter skulle försvinna från systemet efter ett avslag på asylansökan var stor och sjuksköterskorna berättade om situationer när hela familjer försvunnit.

Det professionella ansvaret att skydda dessa utsatta patienter ledde till svår ångest när patienterna inte längre gick att få tag på. Att sjuksköterskorna inte kunde följa upp patienterna eller få veta hur det gått för dem var mycket oroande (Burchill, 2011).

Att ta sig runt systemet

Inom primärvården fanns strategier för att kringgå administrativa problem såsom att skicka in prover i någon annans namn eller använda sig av alternativa registreringsätt (Jensen et al., 2011; Priebe et al., 2011). Primärvården kunde ibland hänvisa papperslösa till frivilligorganisationer när de inte kunde ta sig förbi organisationens restriktioner (Priebe et al., 2011). Att inte kunna erbjuda optimal hälso- och sjukvård till dessa patienter på grund av restriktioner i organisationen beskrevs som frustrerande och som ett stort ansvar för den enskilda att ständigt försöka ta sig runt systemet för att tillhandahålla vård av god kvalitet (Jensen et al., 2011).

Kulturell kompetens

Under detta tema presenteras problem relaterade till språkbarriärer, användandet av tolk samt kulturella aspekter. Studier visade på hur vårdprocessen kunde förlängas och sjuksköterskor uppgav att vården komplicerades av kommunikationsproblem. Begränsad tillgång till tolk och problem gällande släktingar som tolk, olika syn på sjukdom och behandling, samt sjuksköterskornas brist på kunskaper om kulturella aspekter tas upp.

Språkbarriärer och tolk

Något som förekom i flera artiklar var att det ofta uppstod kommunikationssvårigheter i vård av papperslösa och asylsökande och att detta försvårade omvårdnadsarbetet (Biswas et al. 2011; Drennan & Joseph, 2005; Hultsjö & Hjelm, 2005; Jensen et al., 2011; Kurth et al., 2010; Ozolins & Hjelm, 2003; Priebe et al., 2011). Exempel på språkbarriärer visade sig ofta inom akutsjukvård. Sjuksköterskor uttryckte oro över att inte förstå vad dessa patienter som ringde till akuten hade för problem. Sjuksköterskorna vågade inte ta några risker vilket resulterade i onödiga uttryckningar för ambulanspersonalen. Patienterna behövde egentligen inte akutsjukvård men på grund av kommunikationssvårigheter så kunde patienterna inte förklara sitt egentliga vårdbehov (Hultsjö & Hjelm, 2005).

Språkbarriärerna kunde också resultera i feldiagnosticering och därmed felbehandling. Då förmågan att kommunicera verbalt uteblev kompensterades det ofta med utförliga undersökningar och provtagningar, vilket förlängde vårdprocessen (Priebe et al., 2011). Sjuksköterskor menade att det nästintill var omöjligt att göra en bedömning av en patients sjukdomshistoria på grund av språkbarriärer. Även detta ledde till att sjuksköterskor fick göra utförliga undersökningar för att skapa sig en bild av patienten (Kurth et al., 2010). Vidare visade det sig svårt för personalen att ge psykosocialt stöd till patienterna på grund av språkbarriärer (Jensen et al., 2011). Att inte kunna förstå och kommunicera med patienten ledde till frustration och negativa känslor. De kände att deras syfte inte kunde uppnås på grund av kommunikationsproblem, vilket i sin tur ledde till en viss fientlighet mot att möta dessa patienter då sjuksköterskorna kände att de inte kunde uppfylla sin uppgift (Kurth et al., 2010). ”The people were really nice... but I just didn’t understand them, and I felt that one should understand them, but I simply couldn’t. My aim, to do the right thing for a patient, could not be reached” (s. 6).

Det var avgörande att ha kunskap om kommunikationstekniker för att skapa en god relation (Suurmond et al., 2010). Exempel på missförstånd som skedde på grund av språkbarriärer lyftes fram av Drennan och Joseph (2005) som beskrev hur sjuksköterskor tyckte att vissa medicinska åtgärder skedde utan att patienterna förstod varför och att en tolk hade underlättat situationen (ibid.).

Förutom att kommunikationssvårigheter var ett hinder så visade det sig även att användandet av tolk kunde innebära svårigheter (Drennan & Joseph, 2005; Hultsjö & Hjelm, 2005; Kurth et al., 2010; Ozolins & Hjelm, 2003; Priebe et al., 2011). Det visade sig att det var svårt att bygga upp en relation till patienten när en tredje part var involverad (Drennan & Joseph, 2005; Priebe et al., 2011). Vidare beskrevs att användandet av tolk kunde äventyra sekretessen (Priebe et al., 2011). Sjuksköterskor poängterade problematik kring att hitta en lämplig tolk relaterat till tolkens och patientens etnicitet (Drennan & Joseph, 2005).

I vissa fall fanns det inga eller begränsade tillgångar till tolktjänster vilket skapade problem (Hultsjö & Hjelm, 2005; Kurth et al., 2010; Priebe et al., 2011) ”We need interpreters very often. It’s difficult to find an interpreter when you need one” (Hultsjö & Hjelm, 2005, s 281). Bristande tillgång till tolk resulterade i att patientens barn eller annan anhörig fick agera tolk. Detta kom att visa sig problematiskt då ett barn inte är kapabelt att tolka och förklara alla typer av problem. Vidare så kunde familjemedlemmar vara selektiva i vad de översatte och censurerade delar av vad som sades (Drennan & Joseph, 2005; Hultsjö & Hjelm, 2005; Priebe et al., 2011). Sjuksköterskor visste inte hur de skulle hantera en situation där en anhörig som tolkade inte förde frågan vidare utan svarade på frågan själv (Ozolins & Hjelm, 2003).

Kulturella aspekter

Sjuksköterskor tog upp kulturella skillnader som en erfarenhet i mötet med papperslösa och asylsökande (Burchill, 2011; Drennan & Joseph, 2005; Hultsjö & Hjelm, 2005; Ozolins & Hjelm, 2003; Priebe et al., 2011). Kulturella skillnader sågs vara en av de faktorer som komplicerade relationen mellan sjuksköterskor och dessa patienter (Drennan & Joseph, 2005). Det kunde vara svårt att vårda patienterna eftersom de hade olika uppfattningar om sjukdom och behandling. Det visade sig även att kulturella skillnader i normer och seder kunde göra att undersökningar och behandlingar blev komplicerade. Viss oro uttrycktes över att inte alltid känna till hur man på ett lämpligt sätt bemötte dessa patienter med respekt för deras kultur. Om patienten inte bemöttes med respekt för sin kultur, kunde det resultera i att patienten vägrade att bli vårdad. En oro över att patienter inte alltid respekterade tider eller dök upp vid inbokade besök, på bekostnad av tid och resurser, beskrevs (Priebe et al., 2011). Sjuksköterskor uttryckte brist på eller begränsade kunskaper om beteenden relaterade till kultur och traditioner vilket kunde orsaka problem (Hultsjö & Hjelm, 2005).

Betydelsen av kulturell kompetens i vårdandet av papperslösa och asylsökande lyftes fram (Hultsjö & Hjelm, 2005; Ozolins & Hjelm, 2003; Priebe et al., 2011; Samarasinghe, Fridlund & Arvidsson, 2010; Suurmond et al., 2010). Vidare beskrev sjuksköterskor att ett sätt att bygga upp en relation till patienterna var genom att visa intresse för patientens bakgrund. Dessutom menade sjuksköterskorna att det var bra att ha en förståelse för olika kulturella värderingar och övertygelser (Samarasinghe et al., 2010).

Fortsättningsvis beskrev sjuksköterskor vikten av att ha kunskap om den politiska situationen i patientens hemland, detta för att få en förståelse för hur detta eventuellt kunde påverka patientens hälsa (Suurmond et al. 2010).

En känslomässig utmaning

Under denna rubrik kommer fokus ligga på erfarenheter av att ta del av patienters livsberättelser. Dessa livsberättelser kunde ofta innefatta olika typer av trauman. Att ta del av detta påverkade sjuksköterskorna känslomässigt och kunde beskrivas som utmattande. Vidare tas vikten av att ha en god relation till patienten upp, vilket presenteras under rubriken tillit.

Att ta del av någons livsberättelse

Kurth et al. (2010) skrev att sjuksköterskor berättade om patienter som kom från krigshärjade länder och som ofta bar med sig svåra erfarenheter av att ha förlorat familjemedlemmar, sexuellt våld, fattigdom, osäkerhet och av att leva under stort hot. Sjuksköterskorna var ibland tvungna att ta del av dessa erfarenheter i mötet med asylsökande och papperslösa i hälso- och sjukvården. De fann det känslomässigt utmanande att höra dessa berättelser, beskrev mötet som enormt utmattande och kunde känna ett motstånd mot att träffa vissa patienter igen (ibid.). Suurmond et al. (2010) beskrev hur sjuksköterskor uttryckte vikten av att gå fram försiktigt i samtalet. De berättade att även vissa standardfrågor som exempelvis ”Har du barn?” eller ”Är du gift?” kunde resultera i att patienten blev väldigt ledsen och sårad på grund av tidigare erfarenheter (Suurmond et al., 2010). Samarasinghe et al. (2010) talade om vikten av att låta patienter få utrymme att berätta sin historia. Sjuksköterskorna kände hur detta kunde öka förståelsen för individen och lindra patientens psykiska lidande. De beskrev hur patienterna verkade lättade över att få dela sin historia med någon (ibid.).

Tillit

Vikten av att bygga upp ett förtroende mellan sjuksköterskan och patienten poängterades. Detta för att underlätta för patienten att tala om sina erfarenheter och problem samt för sjuksköterskan att kunna ställa svåra, personliga frågor (Suurmond et al., 2010).

Svårigheter för sjuksköterskor att sätta sig in i och förstå en patients situation belystes och det beskrevs att det inte gick att föreställa sig hur patienten kände (Drennan & Joseph, 2005; Hultsjö & Hjelm, 2005). ”People who have lost their home, their country... you know... How are they? I don't know...” (Drennan & Joseph, 2005, s 160).

Ozolins och Hjelm (2003) beskrev utmaningen med att anpassa arbetet efter patientens upplevelser av krig och konflikter. Till exempel genom att se till att personal från ett land som patientens hemland var i konflikt med inte vårdar eller tolkar (ibid.).

Processen att bygga upp ett förtroende kunde ta lång tid och sjuksköterskor från Barnvårdscentralen (BVC) berättade om fall där patienter som var asylsökande inte vågade berätta sin historia förrän efter flera möten. Ofta kunde det vara svårt att upprätthålla kontinuitet i mötena mellan sjuksköterska och patient, något som kunde skada tilliten. Vidare förklarade de att vissa problem var av sådan omfattning att sjuksköterskorna ibland var tvungen att välja att blunda för familjens historia och prioritera barnens hälsa. De uppgav i studien att de kände sig traumatiserade av sitt arbete och illa förberedda på den här typen av möten. Sjuksköterskor rapporterade att de upplevde arbetet som stressigt, svårt, isolerande och plågsamt. De önskade lära sig strategier för att arbeta med patienter med svåra erfarenheter som exempelvis våldtäkt eller förlust av närstående (Drennan & Joseph, 2005).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Att göra en litteraturstudie innebär att öka insikten om hur kunskap söks, värderas och sammanställs. Denna insikt är för sjuksköterskestudenten nödvändig för att kunna utveckla professionen och verksamheten som denne blir en del av. En litteraturstudie ska baseras på den senaste forskningen inom ett område (Axelsson, 2008). Artiklar från år 2000 och framåt efterfrågades i sökningarna eftersom området började utforskas först efter sekelskiftet (SoS, 2010). Valda artiklar är från år 2003 vilket kan påverka överförbarheten då de tidigaste artiklarna eventuellt kan anses inaktuella. Granskningarna resulterade i tio användbara artiklar.

Då antalet artiklar kan ses som litet försämrar detta eventuellt applicerbarheten. Publicerad forskning gällande sjuksköterskors erfarenheter av papperslösa och asylsökande i hälso- och sjukvården visade sig begränsad. Detta kan indikera att intresset inom området är bristande (Friberg, 2006a).

I syftet valdes först att endast beskriva sjuksköterskors erfarenheter av papperslösa i hälso- och sjukvården. Vid granskning av valda artiklar fann författarna att resultat gällande grupperna papperslösa och asylsökande ofta slogs ihop. Att dessa grupper likställs bekräftas bland annat i FNs rapport om utsatta grupper i Sverige (Hunt, 2007). För att inte utelämna resultat utökades syftet till att inkludera även asylsökande. På detta sätt växte det slutgiltiga syftet fram under arbetsprocessen. Att smalna av eller att vidga syftet är ett sätt att få ett rimligt material eller att ytterligare fördjupa sina kunskaper (Axelsson, 2008).

En svaghet i artikelsökningarna kan vara val av sökord samt diskrepansen mellan orden på olika språk. Ordet "experiences" kan översättas både till svenskans "upplevelser" och "erfarenheter". Författarna har valt att i syftet använda ordet "erfarenheter" och därmed eventuellt förlorat nyanser i översättningen. Ett annat sökord som användes var "nurse" vilket författarna översatt till svenskans "sjuksköterska". Befattningen "nurse" kan innefatta olika ansvarsområden och utbildningsnivåer i olika länder vilket kan sänka trovärdigheten i resultatet. I granskningen av artiklarna översattes dessa från engelska till svenska. Översättningarna gjordes bitvis med hjälp av lexikon för att säkerställa kvaliteten samt för att minimera risken för missförstånd.

Artiklarna lästes till en början av författarna enskilt för att sedan diskuteras och föras in i en litteraturmatriis som presenteras i bilaga 2. Granskningar av artiklarna gjordes med hjälp av en granskningsmall, se bilaga 1, och analysen gjordes med utgångspunkt i syftet. Denna studies resultat baseras på studier gjorda i Europa. Förhållanden inom hälso- och sjukvård kan skilja sig mellan länderna och därför påverka överförbarheten. Inga större skillnader kunde dock påvisas i studiernas resultat.

Denna studie utgår ifrån sjuksköterskors perspektiv vilket baseras på författarnas intresse samt personliga erfarenheter. Leiningers omvårdnadsteori riktar sig till sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter och syftar till att förbättra den kulturanpassade omvårdnaden (Leininger, 2001).

Om en empirisk intervjustudie gjorts hade eventuellt ytterligare erfarenheter från sjuksköterskors arbete med papperslösa och asylsökande kunnat fångas samt ökat överförbarheten till en svensk kontext.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av papperslösa och asylsökande i hälso- och sjukvården. De fyra teman som arbetades fram var *Att famla i blindo*, *Frustration*, *Kulturell kompetens* och *En känslomässig utmaning* vilka alla besvarade syftet. Att temat *Kulturell kompetens* blev så omfattande var något som författarna inte räknat med och är att ses som ett bifynd.

Att famla i blindo

Denna litteraturstudie visade på att brist på riktlinjer och svårtolkade lagtexter var ett problem för sjuksköterskor i vård av papperslösa och asylsökande. Resultatet visade att det, i verksamheter där riktlinjer inte existerar eller var bristfälliga, skapade dilemman för den enskilda och ledde till konflikter mellan sjuksköterskorna. Tvetydiga lagtexter och svårigheter att definiera begrepp i lagarna skapade oro inför mötet med dessa patienter. Där lagtexter förväntades användas som riktlinjer beskrevs svårigheter för sjuksköterskor att applicera dessa på den dagliga verksamheten och det önskades mer specifika riktlinjer.

Enligt SOU 2011:48 har vissa landsting, på grund av svårtolkade lagtexter, valt att författa sina egna riktlinjer som ett stöd till personalen. Även om riktlinjer författats är det ett lika viktigt jobb att informera om och implementera dessa i verksamheten (Sjögren, 2008). Vidare pekade resultatet på att det i vissa fall var okunskap om de gällande riktlinjerna som var det verkliga problemet. I Soluppgångsmodellen är utbildningsfaktorer en del i att förbättra den kulturellt anpassade omvårdnaden (Leininger, 2001).

Hunt (2007) menade att vårdpersonal inte alltid hade kunskap om, eller medvetet gick emot de mänskliga rättigheterna i vården. Svensk Sjuksköterskeförening (2010) poängterar att sjuksköterskestudenter bör kräva att universitet och högskolor tar sitt ansvar och ger studenterna kunskap för att kunna följa internationell rätt och nationella riktlinjer.

Författarna till denna studie kunde konstatera att bristande journalføring och brist på vårdhistorik för papperslösa och asylsökande var ett problem för sjuksköterskor. Enligt SOU 2011:48 resulterar denna brist på journalføring i att lagstiftning om journalføring och patientsäkerhet inte efterlevs. Att följa upp en patient som endast erhållit ett tillfälligt reservnummer är i stort sett en omöjlighet (ibid.). Prideaux (2011) menar att bristfällig journalføring anses bidra till låg vårdkvalitet och att tillfredställande journalføring bidrar till god omvårdnad.

Frustration

Denna studie visade att sjuksköterskor upplevde problem med att behöva neka vård samt att behöva ta sig runt systemet. Resultatet visar på en upplevd diskrepans mellan den yrkesetiska koden och lagstiftningen gällande vård för papperslösa och asylsökande och att detta gav upphov till förvirring för sjuksköterskor. Enligt SOU 2011:48 stämmer svensk lagstiftning inte överens med de yrkesetiska principerna och bör ses som ett arbetsmiljöproblem för flera vårdprofessioner. Hansson och Diaz (2009) frågade sig vad det är för rättvisa och säkerhet i ett system som baseras på godtycklighet, frivillighet och enskilda människors snällhet. I Soluppgångsmodellen ingår komponenterna politiska, juridiska och ekonomiska faktorer. Kulturella anpassningar påverkas av den politiska, juridiska och ekonomiska kontexten i en kultur. På samma vis som sjuksköterskor bedömer en patient måste de bedöma systemet i vilket de verkar. Beroende på kontexten måste sjuksköterskan fråga sig: vilken makt och vilket juridiskt stöd har jag? (Leininger, 1994). Resultatet i denna studie visade på att sjuksköterskor kände att det inte borde vara upp till dem att bedöma vem som har rätt till vård eller inte, samt att icke-diskriminerande vård var en fråga om yrkesmässig integritet. Karl-Trummer, Novak-Zezula och Metzler (2010) beskrev hur de motstridiga kraven kunde skapa osäkerhet bland vårdpersonal: att ge vård och gå emot organisationens regler och riktlinjer eller att inte ge vård och kränka de mänskliga rättigheterna samt utesluta de allra sårbaraste (ibid.).

Kulturell kompetens

I mötet med papperslösa och asylsökande i hälso- och sjukvården uppkom ofta kommunikationssvårigheter, något som i denna studie beskrevs som språkbarriärer. Detta handlade ofta om svårigheter att förstå patienten och att göra sig förstådd. I Leiningers soluppgångsmodell tas språk och kommunikation upp som komponenter i transkulturell omvårdnad. Kunskap om att kulturella värderingar påverkar och påverkas av kommunikationen är av stor vikt (Leininger, 2001). En av de erfarenheter som togs upp var oro över att patienterna inte förstod vad som sades, vilket också bekräftades i en studie av Høye och Severinsson (2008).

Därutöver upplevde sjuksköterskor att det på grund av språkbarriärer kunde uppstå missförstånd. Robinson och Gilmartin (2002) beskrev missförstånd som något som skulle kunna påverka vården och behandlingen. Litteraturstudien visade att språkbarriärer upplevdes som något frustrerande som kunde resultera i negativa känslor gentemot patienterna eftersom sjuksköterskorna inte kunde fullgöra sin uppgift. Enligt Høye och Severinsson (2008) beskrev sjuksköterskor en osäkerhet när det kom till kommunikationssvårigheter och att detta var stressframkallande (ibid.).

Litteraturstudien tog även upp användandet av tolk, där författarna fann att det ofta saknades tolkar, att det var svårt att hitta en lämplig tolk eller att närstående användes för att tolka. Mortensen och Young (2004) menade att det var viktigt att ta hänsyn till vissa aspekter så som etnicitet, eventuella kulturella skillnader och kön, när en tolk skulle användas (ibid.). Vidare så visade litteraturstudien att sjuksköterskor uttryckte en oro över att familjemedlemmar, särskilt barn, tolkade. Gerrish, Chau, Sobowale och Birks (2004) beskrev att sjuksköterskor menade att det var vissa saker som ett barn inte skulle behöva ta del av och att det skulle kunna påverka relationen inom familjen och även sekretessen.

Leiningers Soluppgångsmodell tar upp religiösa faktorer och kulturella värderingar som eventuella skillnader och likheter mellan sjuksköterskor och patienter. Dessa skillnader bör sjuksköterskor vara öppna för i sitt arbete för att uppnå vård som är kulturanpassad (Leininger, 2001). Vikten av att ha förståelse för andra kulturer beskrevs som avgörande när det kom till behandling och bedömning av patientens hälsa (Mortensen & Young, 2004).

Grant och Luxford (2011) skrev att sjuksköterskor upplevde avsaknad av kulturell kompetens och att de såg sin egen kultur som norm och sig själva som kulturlösa. Litteraturstudien beskrev sjuksköterskors erfarenheter av de kulturella skillnader som kunde bli tydliga i vård av dessa patienter. Sjuksköterskorna hade erfarenheter av att skillnaderna kunde försvåra vårdandet, till exempel när kulturella normer stod i vägen för undersökningar och behandlingar. Därutöver menade sjuksköterskor att de hade begränsade kunskaper om olika kulturer. Komponenten utbildningsfaktorer i Soluppgångsuppgångsmodellen förespråkar ökad kunskap som ett steg mot kulturanpassad vård (Leininger, 2001). Studien lyfter fram att det finns brist på kulturell kompetens och att god kulturell kompetens skulle förbättra vården av dessa patienter. Jirwe, Gerrish och Emami (2010) skrev att sjuksköterskor med god kännedom om olika kulturer upplevde att kunskapen ingav självförtroende, vilket i sin tur ledde till att kommunikationen förbättrades.

En känslomässig utmaning

Studien visade att sjuksköterskor mötte patienter med svåra erfarenheter av krig och konflikt. Hunt (2007) menade att vårdpersonal ofta blir vittnen till effekterna av tortyr, våld och diskriminering. Vårdpersonalen har en nyckelroll gällande övervakning, dokumentering och en strävan om upprättelse för dessa grupper (ibid.). Litteraturstudien beskrev sjuksköterskors erfarenheter av att höra dessa berättelser som känslomässigt utmanande, traumatiserande, isolerande och plågsamma. De önskade ökad kunskap och utbildning gällande strategier för att hantera detta. En av komponenterna i Leiningers Soluppgångsmodell är utbildningsfaktorer där det menas att brist på kunskap kan leda till en oförståelse för människors värderingar och behov (Leininger, 1994). Enligt sjuksköterskans kompetensbeskrivning ska sjuksköterskor se till att patientens basala och specifika omvårdnadsbehov samt fysiska, psykiska, kulturella, sociala och andliga behov tillgodoses (SoS, 2005).

I denna studie framkom att förtroende mellan sjuksköterska och patient var viktigt för att få patienten att dela med sig av sin historia. För att skapa gynnsamma förutsättningar för personliga frågor kunde sjuksköterskan gå försiktig fram i samtalet. Mortensen och Young (2004) belyste vikten av att ha förståelse för patientens upplevelse av flykt. En medvetenhet om patientens potentiellt traumatiska upplevelse av att lämna sitt hemland för ett helt okänt land var av största vikt (ibid.).

För att inte förbise eventuella skador relaterade till krig, såsom våldtäkt och övriga psykiska och fysiska trauman, var sjuksköterskorna tvungna att ställa känsliga frågor mycket varsamt. För att ytterligare uppmuntra patienten att berätta om sina erfarenheter bör sjuksköterskor säkerställa en trygg miljö (Mortensen & Young, 2004). Litteraturstudien kom fram till att det var viktigt för sjuksköterskorna att låta patientens historia få utrymme. Sjuksköterskor beskrev hur patienter verkade lättade över att få dela med sig. Høye och Severinsson (2008) belyste hur sjuksköterskorna uppfattade sin roll i vårdandet av krigsskadade patienter. Genom att skapa ett stödande och tröstande klimat kände sjuksköterskorna att de kunde hjälpa både patienten och dess anhöriga (ibid.).

Slutsats

Denna litteraturstudie beskrev hinder och problem sjuksköterskor ställdes inför i mötet med papperslösa och asylsökande i hälso- och sjukvården. Dessa erfarenheter inkluderade att famla i blindo på grund av bristande riktlinjer och journaler, en frustration över att behöva neka vård eller ta sig runt systemet, den känslomässiga utmaningen i att lyssna till någons livsberättelse samt den kompetens som krävs för att kulturanpassa omvårdnaden.

I de verksamheter där riktlinjer ändå fanns visade resultatet att kunskapen om dessa var bristfällig. Att implementera riktlinjer i en organisation är minst lika viktigt som att författa dem.

Resultat gällande kultur och kommunikation indikerade att kulturell kompetens stundtals saknades hos sjuksköterskorna. Komponenterna i Leiningers transkulturella omvårdnadsteori syftar till att ge sjuksköterskor kunskaper för att kunna kulturanpassa omvårdnaden. På så vis kan de ge en holistisk och tillfredsställande vård.

Den publicerade forskningen inom valt område var begränsad vilket kan ses som ett fynd i sig då det talar för ett bristande forskningsintresse inom området.

Klinisk betydelse

Genom att studera sjuksköterskors erfarenheter av papperslösa och asylsökande i hälso- och sjukvården kunde vissa organisatoriska hinder till god omvårdnad identifieras. Fynd som eventuellt förblivit oupptäckta om studien utgått från patienternas erfarenheter.

Studien visade att riktlinjer saknades eller att kunskaperna om de befintliga var bristfällig. För att säkerställa att framtidens sjukvård håller en god standard måste sjuksköterskor få tydliga riktlinjer att arbeta efter och ha kännedom om dessa. Sjuksköterskestudenter bör genom utbildningen få verktyg för att kunna tillämpa existerande nationella riktlinjer och nationell rätt. Genom att beskriva sjuksköterskors erfarenheter och uppmärksamma ämnet kan förhoppningsvis större strukturella förändringar på nationell nivå införas för att införliva löftet om lika vård på samma villkor för alla.

Förslag på vidare forskning

Då det råder brist på forskning inom valt ämnesområde föreslås vidare forskning med fokus på sjuksköterskors erfarenheter. Författarna till denna studie har upplevt att det finns fler studier som lyfter fram patienternas perspektiv inom detta område. Detta skulle behöva kompletteras med sjuksköterskors perspektiv för att få en mer övergripande bild av hur situationen ser ut inom området. Vidare forskning ur detta perspektiv skulle möjliggöra förändringar i yrkesutövandet och leda till förbättrad vård för patienterna.

REFERENSER

Axelsson, Å. (2008). Litteraturstudie. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad forskning inom hälso- sjukvård*. (s. 173-189). Lund: Studentlitteratur.

Bhatia, R. & Wallace, P. (2007). Experiences of refugees and asylum seekers in general practice: a qualitative study. *BioMed Central, Family Practice*, 8(48). doi: 10.1186/1471-2296-8-48

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

*Burchill, J. (2011). Safeguarding vulnerable families: work with refugees and asylum seekers. *Community Practitioner*, 84(2), 23-26. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Bärnhielm, S. (2007). Möten i den mångkulturella vården. I B. Fossum. (Red.), *Kommunikation: samtal och bemötande i vården*. (s. 287-307). Lund: Studentlitteratur.

*Drennan, V. & Joseph, J. (2005). Health visiting and refugee families: issues in professional practice. *Journal Of Advanced Nursing*, 49(2), 155-163. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Friberg, F. (2006a). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 115-125). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2006b). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 105-114). Lund: Studentlitteratur.

Forsman, B. (1997). *Forskningsetik: En introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Gerrish, K., Chau, R., Sobowale, A. & Birks, E. (2004). Bridging the language barrier: the use of interpreters in primary care nursing. *Health & Social Care In The Community*, 12(5), 407-413. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Grant, J. & Luxford, Y. (2011). 'Culture it's a big term isn't it?' An analysis of child and family health nurses' understandings of culture and intercultural communication. *Health Sociology Review*, 20(1), 16-27. doi:10.5172/hesr.2011.20.1.16

Hansson, M. & Diaz, A. (2009). En mottagning som den här skulle inte behöva finnas. *Fria Tidningen*. Från: <http://www.fria.nu/artikel/76855>

*Hultsjö, S. & Hjelm, K. (2005). Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. *International Nursing Review*, 52(4), 276-285. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Hunt, P. (2007). *Mission to Sweden. UN Special Rapporteur on the Right to the Highest Attainable Standard of Health*. Förenta Nationerna. Från http://www.vardforalla.se/files/vardforalla/paul_hunt_mission_to_sweden.pdf

Høye, S. & Severinsson, E. (2008). Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: an exploratory study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 24(6), 338-348. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05247.x

*Jensen, N., 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*, 11(154). doi: 10.1186/1472-6963-11-154

Jirwe, M., Gerrish, K. & Emami, A. (2010). Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 24(3), 436-444. doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00733.x

Joels, C. (2008) Impact of national policy on the health of people seeking asylum. *Nursing Standard*, 22(31), 35-40. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Karl-Trummer, U., Novak-Zezula, S. & Metzler, B. (2010). Access to health care for undocumented migrants in the EU: A first landscape of NowHereland. *Eurohealth*, 16(1), 13-17. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Kisely, S., Stevens, M., Hart, B. & Douglas, C. (2002). Health issues of asylum seekers and refugees. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 26(1), 8-10. Hämtad från databasen MEDLINE.

Kullgren, J.T. (2003). Restrictions on undocumented immigrants' access to health services: the public health implications of welfare reform. *American Journal Of Public Health*, 93(10), 1630-1633. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

*Kurth, E., Jaeger, F., Zemp, E., Tschudin, S. & Bischoff, A. (2010). Reproductive health care for asylum-seeking women - a challenge for health professionals. *BioMed Central Public Health*, 10(659). doi:10.1186/1471-2458-10-659

Leininger, M. (1994). Transcultural Nursing Concepts, Theories and Practices. In M. Leininger (Ed.), *Towards conceptualization of Transcultural Health Care Systems: Concepts and a model*. (pp. 53-75). Columbus, Ohio: Greyden Press.

Leininger, M. (2001). The theory of Culture Care Diversity and Universality. In M. Leininger (Ed.), *Culture Care Diversity & Universality: A Theory of Nursing*. (pp. 5-68). New York: National League for Nursing Press.

Leininger, M. (2002). Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing and practices. *Journal Of Transcultural Nursing*, 13(3), 189-192. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Maier-Lorentz, M. (2008). Transcultural nursing: its importance in nursing practice. *Journal Of Cultural Diversity*, 15(1), 37-43. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Mortensen, A. & Young, N. (2004). Caring for refugees in emergency departments in New Zealand. *Nursing Praxis In New Zealand*, 20(2), 24-35. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

*Ozolins, L., & Hjelm, K. (2003). Nurses' experiences of problematic situations with migrants in emergency care in Sweden. *Clinical Effectiveness In Nursing*, 7(2), 84-93. doi: 10.1016/S1361-9004(03)00075-X

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2010). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Prideaux, A. (2011). Issues in nursing documentation and record-keeping practice. *British Journal of Nursing*, 20(22), 150-154. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

*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

Regeringen. (2009). *De mänskliga rättigheterna. Rätten till hälsa*. Hämtad 30 januari, 2012, från Regeringen, http://www.manskligarattigheter.gov.se/extra/pod/?id=23&module_instance=3&action=pod_show&navid=1&subnavid=23&subnavinstance=3

Robinson, M. & Gilmartin, J. (2002). Barriers to communication between health practitioners and service users who are not fluent in English. *Nurse Education Today*, 22(6), 457-465. doi: 10.1054/nedt.2002.0758

Rönnerfalk, P. (2009). *Riktlinjer för omhändertagande av "papperslösa eller gömda personer" på hälso- och sjukvårdsinrättningar inom Stockholms Läns Landsting*. Stockholms Läns Landsting.

*Samarasinghe, K., Fridlund, B. & Arvidsson, B. (2010). Primary health care nurses' promotion of involuntary migrant families' health. *International Nursing Review*, 57(2), 224-231. doi:10.1111/j.1466-7657.2009.00790.x

Schoevers, M., Van den Muijsenbergh, M. & Lagro-Janssen, A. (2009). Self-rated health and health problems of undocumented immigrant women in the Netherlands: a descriptive study. *Journal of Public Health policy*, 30(4), 409-422. Hämtad från databasen MEDLINE.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 30 januari, 2012, från Riksdagen, <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>

SFS 2008:344. *Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.* Hämtad 17 februari 2012, från Riksdagen, <http://62.95.69.3/SFSdoc/08/080344.PDF>

Sjögren, A. (2008). Stiftelsen Rosengrenska nätverket i Göteborg. Erfarenheter från arbete med papperslösa. *Socialmedicinsk tidskrift*, 6, 483-491.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen. (2010). *Social rapport. Kapitel 8, Papperslösa*. Från http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-3-11/Documents/2010-3-11_Kap_8_Papperslosa.pdf

SOU 2011:48. *Vård efter behov och på lika villkor – en mänsklig rättighet*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer. Från <http://www.regeringen.se/content/1/c6/16/98/15/1ce2f996.pdf>

*Suurmond, J., Seeleman, C., Rupp, I., Goosen, S. & Stronks, K. (2010). Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers. *Nurse Education Today*, 30(8), 821-826. doi:10.1016/j.nedt.2010.03.006

Svensk Sjuksköterskeförening. (2007). *ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor*. Från <http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>

Svensk Sjuksköterskeförening. (2008). *Ge "papperslösa" patienter vård!* Från <http://www.swenurse.se/Documents/Pappersl%C3%B6sa.pdf>

Svensk Sjuksköterskeförening. (2010). *Alla har rätt till vård! En guide till mänskliga rättigheter i vårdens vardag*. Från http://www.swenurse.se/PageFiles/9245/Nr61_25okt_Alla_ratt.pdf

BILAGOR

Bilaga 1. Granskningsmall.

Granskning av studier med kvalitativ ansats

1. Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
2. Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
3. Finns det någon vårdvetenskaplig teoribildning beskriven i bakgrunden? Hur är denna i så fall beskriven?
4. Vad är syftet? Är det klart formulerat?
5. Hur är metoden beskriven?
6. Hur är undersökningspersoner beskrivna?
7. Hur analyserades data?
8. Hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop? I så fall, hur hänger de ihop?
9. Vad visade resultatet?
10. Vilka argument förs fram?
11. Förs det några etiska resonemang?
12. Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metod i så fall?
13. Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, t.ex. vårdvetenskapliga antaganden?

(Friberg, 2006a).

Bilaga 2. Litteraturmatris.

Art. Nr.	Författare, År, Titel, Tidskrift, Land	Syfte	Metod, Urval, Antal deltagare (=n)	Resultat
1	Kurth, E., Jeager, N.,F., Zemp, E., Tschudin, S., Bischoff, A. (2010) <i>“Reproductive health care for asylum-seeking women – a challenge for health professionals.”</i> BioMed Central Public Health. Schweiz.	Syftet var att undersöka vårdpersonalens erfarenheter av att vårda asylsökande kvinnor.	Mixed- method. Semi-strukturerade intervjuer med vårdgivare från olika professioner och kvantitativ data från journaltext. N=10	Resultatet visade att språkbarriärer och känslomässiga utmaningar i vård av asylsökande var de största svårigheterna.
2	Burchill, J. (2011) <i>“Safeguarding vulnerable families: work with refugees and asylum seekers.”</i> Community Practitioners. England.	Syftet var att presentera de komplexa behoven i sjuk-sköterskornas arbete med asylsökande och flyktingar.	Kvalitativansats. Djupintervjuer med sjuk-sköterskor som arbetet i stadsdelen under minst 2 år. N=14	Resultatet visade på olika komplexa problem, att som vårdare känna sig ensam och rädslan för att patienter skulle försvinna från systemet.
3	Samarasinghe, K., Fridlund, B. & Arvidsson, B. (2010) <i>“Primary health care nurses’ promotion of involuntary migrant families’ health”</i> International Nursing Review. Sverige.	Syftet var att beskriva främjandet av hälsa hos migrantfamiljer i en kulturövergång.	Kvalitativ ansats. Intervjuer med sjuksköterskor från primärvården. N=34	Resultatet fann tre kategorier: ”Ett etnocentriskt tillvägagångssätt för att förebygga fysisk hälsa”, ”Ett empatiskt tillvägagångssätt för att förebygga mental hälsa” och ”Ett holistiskt tillvägagångssätt för att stärka familjen”.
4	Hultsjö, S & Hjelm, K, (2005) <i>“Immigrants in emergency care: Swedish health care staff’s experiences”</i> International Nursing Review. Sverige.	Syftet var att identifiera huruvida personalen i somatisk och psykiatrisk akutsjukvård upplevde några problem i omvårdanden av migranter och i så fall jämföra dessa.	Kvalitativ ansats. Intervjuer gjordes i grupp. Studien inkluderade sjuksköterskor och undersköterskor som jobbade på en akutmottagning. N= 35.	Resultatet visade att det huvudsakliga problemet var svårigheter relaterade till vård av asylsökande. Vidare kunde olikheter mellan de olika instanserna identifieras.
5	Jensen, K., N., Norredam, M., Draebel, T., Bogic, M., Priebe, S. & Krasnik, A. (2011)	Syftet var att utforska hur vårdpersonal i Danmark såg på tillgången till vård för papperslösa.	Kvalitativ ansats. Semistrukturerade intervjuer.	Resultatet visade att personal på akutmottagningar uttryckte att behandling av papperslösa inte skiljde sig från behandling av någon annan person.

	<p><i>"Providing medical care for undocumented migrants in Denmark: what are the challenges for health professionals"</i></p> <p>BioMed Central Health Services Research. Danmark.</p>	<p>Samt hur vårdpersonalen navigerar i ett system utan tydliga riktlinjer för vård för papperslösa.</p>	<p>Deltagare från 3 sjukhus vars upptagningsområden bestod av hög andel invandrare.</p> <p>Läkare och sjuksköterskor från vårdcentraler, akutmottagning samt psykiatriska mottagningar. N=15</p>	<p>Däremot kunde vården bli mer komplicerad på grund av olika faktorer.</p>
6	<p>Drennan, VM. & Joseph, J.(2005)</p> <p><i>"Health visiting and refugee families: issues in professional practise."</i></p> <p>Journal of Advanced Nursing. England.</p>	<p>Syftet var att rapportera erfarna sjuksköterskors upplevelse av att arbeta med flyktingfamiljer.</p>	<p>Kvalitativ ansats med semi-strukturerade intervjuer.</p> <p>Sjuksköterskor med erfarenhet av flykting-familjer. N=13</p>	<p>Resultatet beskrev hur sjuksköterskorna ansåg sig illa förberedda på sitt arbete med dessa familjer. Sjuksköterskorna var medvetna om de emotionella behoven och hade vissa strategier för att hantera dessa.</p>
7	<p>Biswas, D., Kristiansen, M., Krasnik, A. & Norredam, M. (2011)</p> <p><i>"Access to healthcare and alternative healthseeking strategies among undocumented migrants in Denmark"</i></p> <p>BioMed Central Public Health. Danmark.</p>	<p>Syftet var att beskriva och analysera papperslösas erfarenheter och tillgång till sjukvård, alternativa vägar till hälsa samt akutsjuk-sköterskans erfarenheter av möten med papperslösa.</p>	<p>Kvalitativ ansats. Semi-strukturerade intervjuer och observationer.</p> <p>Tio papperslösa från södra Asien och åtta akutsjuksköterskor. N= 18</p>	<p>Resultatet visade att sjuksköterskorna uttryckte en vilja att hjälpa alla patienter oavsett status men uttryckte också utmaningar som; språkbarriärer, falska identitetshandlingar, osäkerhet kring riktlinjer och att inte alltid ha möjlighet att ge lämplig vård.</p>
8	<p>Ozolins, L & Hjelm, K, (2003)</p> <p><i>"Nurses' experiences of problematic situations with migrants in emergency care in Sweden"</i></p> <p>Clinical Effectiveness in Nursing. Sverige.</p>	<p>Undersöka samt beskriva de problematiska situationer sjuksköterskor har upplevt i vård av migranter på en akutmottagning.</p>	<p>Explorativ studie användes för att kartlägga vissa problem. Ett riktat urval gjordes där sjuksköterskor valdes. Resultatet sammanställdes med kvalitativ metod. N=49</p>	<p>Resultatet presenterade 64 situationer som upplevts problematiska, vilka sedan kategoriserades i nio grupper. Det huvudsakliga problemet var kommunikationsproblem samt kulturella skillnader.</p>
9	<p>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.,</p>	<p>Studien undersökte åsikter och erfarenheter av sjukvårdspersonal i Europa som ger vård till migranter.</p>	<p>Kvalitativ ansats. Strukturerade intervjuer med öppna frågor samt fallvinjetter.</p>	<p>Resultatet visade på olika svårigheter så som, språkbarriärer, svårigheter att ordna vidare vård, ta del av social misär och traumatiska upplevelser, kulturella skillnader, olika förståelser för sjukdom och behandling.</p>

	<p>Strassmayr, C., Wahlbeck, K., Welbel, M. & Bogic, M. (2011)</p> <p><i>“Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries.”</i></p> <p>BioMed Central Public Health. England.</p>	<p>Syftet var att bedöma vilka problem som de upplevde i sin tjänst och vad de ansåg var god praxis för att övervinna problemen eller begränsa deras negativa inverkan på vården.</p>	<p>Sjuksköterskor och läkare från vårdcentraler, akutmottagningar samt psykiatriska mottagningar.</p> <p>N=240</p>	<p>Även negativa attityder bland personal och patienter samt brist på tillgång till sjukdomshistoria var problematiskt.</p>
10	<p>Suurmond, J., Seeleman, C., Rupp, I., Goosen, S. & Stonks, K. (2010)</p> <p><i>“Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers”</i></p> <p>Nurse education today. Nederländerna.</p>	<p>Syftet var att utforska vilken sorts kulturell kompetens sjuksköterskorna som arbetade med asylsökande ansåg viktig.</p>	<p>Mixed methodansats. Gruppintervjuer med öppna frågor och enkäter.</p> <p>Sjuksköterskor som arbetade med asylsökande.</p> <p>N=36</p>	<p>Resultatet beskrev vikten av kunskap om situationen i någons ursprungsland, kunskap om epidemiologi och prevalens, kunskap om migrationens påverkan på hälsan, medvetenhet om den juridiska kontexten, förmåga att skapa en tillitsfull relation och ställa känsliga frågor om traumatiska händelser.</p>

Bilaga 3. Studiernas bidrag till resultatets underrubriker.

Art nr	Att famla i blindo	Frustration	Kulturell kompetens	En känslomässig utmaning
1		X	X	X
2		X	X	
3			X	X
4	X	X	X	X
5	X	X	X	
6	X		X	X
7	X	X	X	
8		X	X	X
9	X	X	X	
10	X	X	X	X