



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, Grundnivå (G2E)
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Examinerat och godkänt: 2025-04-04

Vårdpersonalens erfarenhet av vårdmötet med personer med migrantbakgrund i Europa

En allmän litteraturstudie

Healthcare workers' experiences in migrant-care in Europe

A literature review

Författare:	Arturs Kovalovs Isak Sagnell
Handledare:	Mia Kraft, Fil. Mag.
Examinerande lärare:	Petter Tinghög, Docent

Röda Korsets Högskola

Besöksadress: Hälsövägen 11C, 141 57 Huddinge | Postadress: Röda Korsets Högskola, Box 1059, 141 21 Huddinge
Telefon: 08 – 587 516 00 | E-post: info@rkh.se | www.rkh.se

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Den ökade migrationen i världen sätter ett ökat tryck på vården i de länder som tar emot migranter.

Syfte: Studiens syfte var att beskriva vårdpersonalens erfarenheter och uppfattningar av att möta vårdsökande migranter i Europa.

Metod: Studien genomfördes i form av en litteraturstudie med kvalitativ ansats. Studien följde Polit och Becks niostegsmodell för litteraturstudier. Tio artiklar valdes ut och analyserades med tematisk analys.

Resultat: Resultatet redovisar tre huvudteman och sex underteman: 1) *Betydelsen av en ömsesidig förståelse i vårdmötet* med underteman *att möta språket som ett hinder i vårdmötet* och *olika kulturers påverkan på vårdmötet*. 2) *Migranternas utsatthet utmanar vårdens organisation* med underteman *Att inte kunna ge vård på grund avsaknad av rutiner* och *Att sätta fokus på socioekonomisk och social utsatthet i mötet med vårdsökande migranter*. 3) *Lagstiftning styr vårdens tillgänglighet och hälsofrämjande* med underteman *Att möta etiska dilemman vid omvårdnaden av papperslösa* och *utmaningar i det hälsofrämjande arbetet*.

Slutsats: Bristande ömsesidig förståelse, socioekonomiska faktorer och avsaknad av strukturerade rutiner utgör hinder i vårdmötet med migranter. För att förbättra vårdtillgängligheten krävs ökad kunskap hos både vårdpersonal och migranter samt tydligare system och riktlinjer.

Nyckelord: Migranter, migration, tillgång till vård, upplevelser, vårdpersonal.

ABSTRACT

Background: Increased migration globally places greater pressure on healthcare systems in receiving countries. Healthcare professionals are experiencing several challenges in connection to this, several aspects affect the encounters with migrant patients.

Aim: To describe healthcare professionals' experiences in meeting migrant patients in Europe.

Method: Qualitative literature study following Polit and Beck's nine-step model. Ten articles were analysed using thematic analysis.

Results: Three themes and six sub-themes were generated: 1) *The importance of mutual understanding in care encounters* with sub-themes *encountering language barriers in care encounters* and *encountering lack of cultural understanding in care encounters*. 2) *Migrants' vulnerability challenges for healthcare organisation* with sub-themes *Not being able to provide care due to lack of routines* and *focusing on socio-economic and social vulnerability in the encounter with migrants seeking care*. 3) *Legislation dictates access to health and health promotion* with sub-themes *Facing ethical dilemmas in the care of undocumented migrants* and *challenges in health promotion*.

Conclusion: Lack of mutual understanding, socioeconomic and organisational factors are all barriers to quality care for care-seeking migrants according to healthcare professionals. Improving accessibility requires enhanced knowledge among both patients and staff, along with clearer policy and guidelines.

Keywords: Barriers to healthcare, experiences, healthcare professionals, migrants.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION.....	1
BAKGRUND	2
Bärande begrepp.....	4
Problemformulering	5
SYFTE	6
METOD	8
Design.....	8
Urval.....	8
Datainsamling	9
Dataanalys.....	10
Etiska aspekter	11
RESULTAT	13
DISKUSSION.....	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	22
SLUTSATSER.....	25
REFERENSER	26
BILAGOR	1

INTRODUKTION

Migration är ett globalt fenomen som påverkar både de individer som lämnar sina hemländer och personal inom hälso- och sjukvården i värdlandet. Vårdpersonal möter dagligen personer med olika bakgrunder, vårdbehov samt språkliga och kulturella skillnader som kan orsaka svårigheter i vårdmötet med dessa personer och påverka vårdkvalitén. Denna studies författare har ett personligt intresse för ämnet som kommer från en vilja att förbättra förutsättningar i vården för personer med migrantbakgrund, då det genom personlig erfarenhet finns insikt i komplexiteten omvårdnadsprocessen innebär med utmaningar som en person med migrantbakgrund tillför. Genom att undersöka vårdpersonalens erfarenheter av att möta personer med migrantbakgrund främjas en jämlik hälsa och personcentrerad vård, och grunden för en kompetensökning inom området utökas.

BAKGRUND

Personer med migrantbakgrund

Personer med migrantbakgrund eller migrant syftar på personer som har lämnat sina ursprungsländer (Migrationsverket, 2023). Samtidigt används det flera andra begrepp inom diskussionen av personer med migrantbakgrund. Dessa innefattar asylsökande, flykting, papperslös, nyanländ och arbetskraftsmigrant (Migrationsverket, 2023). I denna studie används samma definitioner som Tinghög et al. (2016).

Asylsökande personer definieras av Tinghög et al. (2016) som utländska medborgare som tagit sig till Sverige och begärt skydd men ännu inte fått uppehållstillstånd här. Enligt UNHCR (2024) är en flykting en person som flyr från krig, konflikt, våld eller brott mot de mänskliga rättigheterna. Flykting används i den breda bemärkelsen av någon som flytt sitt hemland på grund av förföljelse, krig, eller konflikt (Tinghög et al., 2016). Här bör även nämnas de personer som bor i Sverige utan giltiga tillstånd, en person som vistas, arbetar, eller studerar i Sverige utan giltiga tillstånd definieras som papperslös (Transkulturellt Centrum, u.å.). Den fundamentala skillnaden mellan asylsökande personer och nyanlända personer är att nyanlända är utländska medborgare som har fått uppehållstillstånd i Sverige av flyktingliknande skäl (Tinghög et al., 2016). En person som lämnat sitt hemland och begär skydd är alltså asylsökande tills den fått uppehållstillstånd och klassas då som nyanländ, och som längst kan en person klassas som nyanländ i högst fyra år (Sveriges Riksdag, 2018). Det enhetliga begreppet nyanländ myntades 2018 av Sveriges Riksdag (Sveriges Riksdag, 2018) och är således ett relativt nytt begrepp. Arbetskraftsmigrant definieras av Europeiskt Migrationsnätverk som en person som ska vara anställd, är anställd eller har varit anställd i en betald verksamhet i en annan stat där de inte är medborgare (EMN, 2018). Asylsökande, flykting, papperslös, nyanländ och arbetskraftsmigrant faller alla in under paraplybegreppet migrant och personer med migrantbakgrund och samtliga är aktuella i studien men kommer hänvisas till som personer med migrantbakgrund konsekvent.

Vårdpersonal

Vårdpersonal i denna studie kommer definieras utifrån MeSH (u. å.). MeSH (u. å.) definierar vårdpersonal som "Personal som ger patienter vård inom en organiserad sjukvårdsinrättning".

Ojämlighet i hälsa

Begreppet jämlik hälsa innebär enligt Folkhälsomyndigheten (2024) att alla människor ska ha samma möjligheter till en god hälsa. Enligt WHO (2025) kan jämlikhet i hälsa uppnås när alla har uppnått sin fulla potential för hälsa och välmående och den jämlikheten påverkas bland annat av förutsättningarna som var personer föds, växer upp, lever, jobbar och leker men även ålder och kön är viktiga determinanter för jämlik hälsa. Jämlikhet uppnås genom en frånvaro av skillnader, orättvisor samt fränkomliga och åtgärdbara skillnader mellan olika grupper i samhället oavsett hur de definieras och vad som skiljer dem åt (WHO, 2025). Hälsa är en mänsklig rättighet (WHO, 2025).

I en studie med fokus på personer med migrant- och flyktingstatus hälsa av Lebano et al. (2020) påvisades stora ojämlikheter i tillgången till hälso- och sjukvården mellan personer som varit migranter och den inhemska befolkningen. Två av aspekterna som Lebano et al. (2020) undersöker är tillgången till hälso- och sjukvård och problematik gällande kommunikation och information. I studien framkommer det att personer med migrantsstatus har en begränsad tillgång till hälso- och sjukvården och att den varierar mycket mellan olika länder beroende på lagstiftning (Lebano et al., 2020). Lebano et al. (2020) förklarar att administrativa och organisatoriska hinder var vanliga orsaker till en bristande tillgång på hälso- och sjukvård. Lebano et al. (2020) hänvisar till en studie av Chauvin et al. (2016) som menar på att det saknas rutiner för handhavande av papperslösa barn, vilket leder till en

bristande kontinuitet av vården. Lebano et al. (2020) fortsätter och menar att även i länder där personer med migrant- och flyktingstatus har uppehållstillstånd så är vanliga hinder bristande kunskap, administrativa svårigheter, bristande språkförmåga, rädsla för att bli anmälda, rädslan att bli nekad vård och rädslan att bli diskriminerad (Lebano et al. 2020).

Människors förmåga att förstå kultur och hälsa

Hälsolitteracitet innebär människors förmåga att förstå information om hälsa och sedan tillämpa den för att kunna leva hälsosamt (Sørensen et al., 2012). Begreppet i sig kräver dock inte bara engagemang från personens håll, utan det ligger på hälso- och sjukvården att göra informationen relevant, tillgänglig och tillförlitlig. En allmänt acceptabel nivå av hälsolitteracitet är således en nödvändighet för att kunna främja hälsa på både individ- och samhällsnivå, där begreppet ska beaktas med en komplexitet som varierar utifrån situation och aktuell kontext (Mårtensson, 2011). Även Heijmans (2018) styrker vikten av hälsolitteracitet samt att det kan uppnås genom ett personcentrerat förhållningssätt gentemot patienten. Detta ökar personens välmående överlag genom en ökad förståelse för den egna situationen och förmåga att hantera sin sjukdom (Heijmans, 2018).

Ward et al. (2018) visar på att hälsolitteracitet hos personer med migrantbakgrund inom Europa överlag är lägre än hos de som är födda inom Europa. Samtidigt är att bibehålla en god hälsostatus hos personer med migrantstatus är kritiskt för att upprätthålla en fortsatt god folkhälsa (Folkhälsomyndigheten, 2024). En lägre nivå av hälsolitteracitet kan innebära en sämre förmåga till egenvård, lägre hälsostatus och begränsad tillgång till vården (Maia et al., 2024). Personer med migrantbakgrund är inte en homogen grupp, utan det finns stora variationer när det kommer till hälsolitteracitet eftersom de har olika individuella förutsättningar och bakgrund (Maia et al., 2024). Bristande kunskap om kultur och språkbarriärer mellan vårdgivare och vårdtagare har visat sig leda till sämre sjukvård för personer med migrant och flyktingstatus (Lebano et al., 2020). När det kommer till hinder i kommunikation och information kommer Lebano et al. (2020) fram till att det finns en gradient av hälsolitteracitet bland personer med migrantbakgrund som framgår tydligare än hos den inhemska befolkningen. Sannolikt på grund av större individuella variationer i förutsättningarna eftersom den inhemska befolkningen per definition är en mer homogen grupp med snarlika grundförutsättningar.

Sjuksköterskans kompetens och omvårdnadsansvar i att främja hälsa

Sjuksköterskans arbete med mänskliga rättigheter i en vårdkontext utgår bland annat från FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna (2008) som består av flertalet artiklar. I artikel 25 lyfts att var och en har rätt till en levnadsstandard tillräcklig för den enskildes och familjens hälsa samt välbefinnande där mat, kläder, bostad och hälso- och sjukvård ingår, samt tillgång till nödvändiga socialtjänster vid förändrad livssituation som är utom personens kontroll, som till exempel arbetslöshet, dödsfall i familjen eller invaliditet (FN, 2008). Sjuksköterskans etiska kod ICN (Svensk sjuksköterskeförening, 2017) tar upp som första punkt att det primära professionella ansvaret är riktat mot att hjälpa människor i behov av vård. I det arbetet ska mänskliga rättigheter, värderingar, traditioner och religion respekteras både på personnivå och i samhället (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Sjuksköterskan har ett delat samhällsansvar för att initiera och främja insatser som behövs för att tillgodose allmänhetens och framför allt de mer sårbara och sköra gruppernas sociala och hälsorelaterade behov (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Vid vårdinsats där vidare kontakt med socialtjänst bedöms vara av nytta bör sjuksköterskan ta stöd av samverkanslagen för att tillgodose personens behov. Detta för att uppnå en så fungerande vardag som möjligt samt en god livskvalité (Sveriges riksdag, 2017).

Enligt svensk sjuksköterskeförening (2021) är det den legitimerade sjuksköterskan som har ansvar för omvårdnaden. Detta innebär att sjuksköterskan skall göra en kvalificerad bedömning och tolkning av vilket omvårdnadsbehov personen har samt att utföra en lämplig omvårdnadsåtgärd i samspel med patienten, så att integritet och värdighet bibehålls i största möjliga mån (Svensk sjuksköterskeförening, 2021). Personcentrerad vård är ett förhållningssätt där patienten som person är i centrum och görs delaktig i sin vård och beslutstagande relaterat till det, förhållningssättet ska interagera med personens omgivning samt använda individens styrka, subjektivitet och rättigheter som en resurs (Ekman et al., 2011). Grundläggande för ett personcentrerat förhållningssätt är ett aktivt lyssnande, följsamhet och lyhördhet gentemot patienten där personens egen vilja och önskemål i förhållande till sjukdomen kan beaktas och tillgodoses (Ekman et al., 2011). Det bidrar till att stärka patientens förmågor och egna resurser genom att betona patientens expertkänedom om sig själv som person där vi som sjuksköterskor bidrar med vår expertis inom omvårdnad och medicin. Detta sker med förhållande till person där hänsyn tas till personens unika resurser, förmågor men även hinder. Allt detta sker med värdighet, ömsesidighet och vilja som kärnbegrepp. Att arbeta personcentrerat är att vara medveten om den maktposition man befinner sig i som vårdgivare. Det ska strävas efter att bygga en god och jämlik relation mellan patient och vårdgivare så att integriteten, självbestämmandet och delaktigheten inte bara bibehålls utan även stärks för att uppnå högsta möjliga autonomi för patienten (Ekman et al., 2011; Lindvall, 2022). Personcentrerad vård är en av sjuksköterskans kärnkompetenser som går hand i hand med evidensbaserad vård, arbete i team, kvalitetsutveckling och informatik som alla är nödvändiga komponenter för att kunna uppnå en patientsäker och god vård i en alltmer nerbantad sjukvårdsorganisation (Svensk Sjuksköterskeförening, 2019). God vård definieras av Socialstyrelsen (2009) genom sex områden där hälso- och sjukvården ska vara: evidensbaserad och ha ett tydligt mål, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och fås inom rimlig tid (Socialstyrelsen, 2009). Holmström (2022) styrker att personcentrerad vård fokuserar på personen och bedrivs utifrån de unika behov och förutsättningar som denne besitter med jämlik patientrelation som ett genomgående mål. Det framgår således med tydlighet att individuell anpassning, helhetssyn, engagemang och empati genomsyrar en framgångsrik vårdform.

Sjuksköterskans arbete mot jämlik hälsa grundar sig främst i att vara förebyggande och identifiera personer i riskzon för ohälsa, men även främja hälsa genom att dela med sig av sin kunskap på diverse arenor utanför det kliniska arbetet (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Framför allt ligger stor vikt i förbättringsarbetet samt bemötandet av varje enskild patient som en unik person med unika behov och värderingar, där fokus ligger på personlig lämplighet och att pedagogiskt förmå att involvera patienten i sin vårdprocess (Socialstyrelsen, 2019).

Bärande begrepp

De bärande begreppen för denna studie är människa och hälsa.

Människa

Öhlén och Friberg (2019 s. 311–333) använder sig av begreppet "person" och beskriver det som en ständig resa till vidare utveckling. Utvecklingen som beskrivs är mycket mer komplex än sedvanligt åldrande och resa genom livets skeden; den beskrivs som en ständig anpassning och utveckling i samspel med andra men inte minst med sig själv och förändringar i livet. I ett omvårdnadsammanhang så utgår tolkning av begreppet människa ur ett humanistiskt perspektiv. Det innebär att en ser på människan som en skapande och aktiv helhet. Inom omvårdnadsvetenskapen är människan inte reducerbar och betraktas ur ett enhetsperspektiv som utgörs av kropp, ande och själ där intresset riktas just mot summan av alla tre tillsammans eftersom hälsa anses vara relaterat till hela människan och upplevelser som formar den (Svensk sjuksköterskeförening, 2019; Öhlén & Friberg, 2019). En av de viktigaste egenskaperna i detta är värdighet. Värdighet i sin essens är ett grundläggande etiskt ideal

som påtalar att människan har en moralisk plikt att skydda andra människors värdighet genom ett respektfullt bemötande i synnerhet gentemot äldre och utsatta personer (Lindvall, 2022, s.147). Värdighet är viktigt eftersom frånvaro av den i vårdandet blir kränkande och utsätter patienten för onödigt lidande (Lindvall, 2022, s. 150). Dessutom har sjuksköterskor som plikt att lindra lidandet hos sina patienter i enlighet med ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). I det ingår även människovärdesprincipen som innebär att alla människor har lika värde och rättighet oavsett funktion i samhället eller personliga egenskaper (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). I en vårdkontext innebär detta att vården ska fördelas jämnt och rättvist till alla som är i behov av den (Werntoft, 2019, s. 198).

Hälsa

Hälsa är ett centralt begrepp inom omvårdnadsvetenskapen och kan definieras utifrån olika perspektiv. Idag dominerar en helhetssyn på hälsa som är ett humanistiskt mångdimensionellt begrepp. Hälsa har dessutom en stark anknytning till personcentrerad vård eftersom genom ett centralt fokus på personen och dennes resurser, förmågor och livssituation hjälper man personen till bättre hälsoval och en ökad förståelse för egen hälsa och därmed ökad känsla av självbestämmande (Wärnå-Furu, 2022, s.127). Enligt WHO (2024) definieras hälsa vidare som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom eller funktionsnedsättning. Ett annat sätt att se hälsa är genom ett ontologiskt perspektiv. Wärnå-Furu (2022, s.129) tar ansats ur Erikssons caritativa vårdteori där hälsans premisser är sundhet, friskhet samt en känsla av välbefinnande. Friberg (2019) styrker därtill teorin om hälsa som ett komplext begrepp med betoning på att hälsa inte innebär frånvaro av sjukdom, utan är en livslång resa och är fluktuerande.

Problemformulering

Personer med migrantbakgrund som söker vård har andra förutsättningar när det kommer till att kontakta hälso- och sjukvården. Dessa skillnader i tillgång till vården kan leda till en ojämlikhet i hälsa. Studier påvisar att organisatoriska och administrativa hinder och språkbarriärer finns vilket resulterar i en lägre hälsolitteracitet och påverkar dessa personers möjlighet till att bli erbjudna en god vård. En god hälsa är en mänsklig rättighet och sjuksköterskor har inom professionen en etisk skyldighet att tillgodose detta hos alla patienter utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. Utmaningar inom att möta vårdsökande personer med migrantbakgrund ställer specifika krav på vårdpersonalen och detta riskerar att försämra dessa personers förmåga att delta i sin vård vilket leder till en sämre vårdkvalité. För att kunna uppnå jämlikhet i hälsa och personcentrerat förhållningssätt är det avgörande att identifiera vilka hinder och möjligheter som finns. Därför är det av vikt att undersöka vårdpersonalens erfarenheter och uppfattningar i mötet med vårdsökande personer med migrantstatus. Detta för att utreda vad som kan ändras för att kunna förbättra vården för vårdsökande migranter.

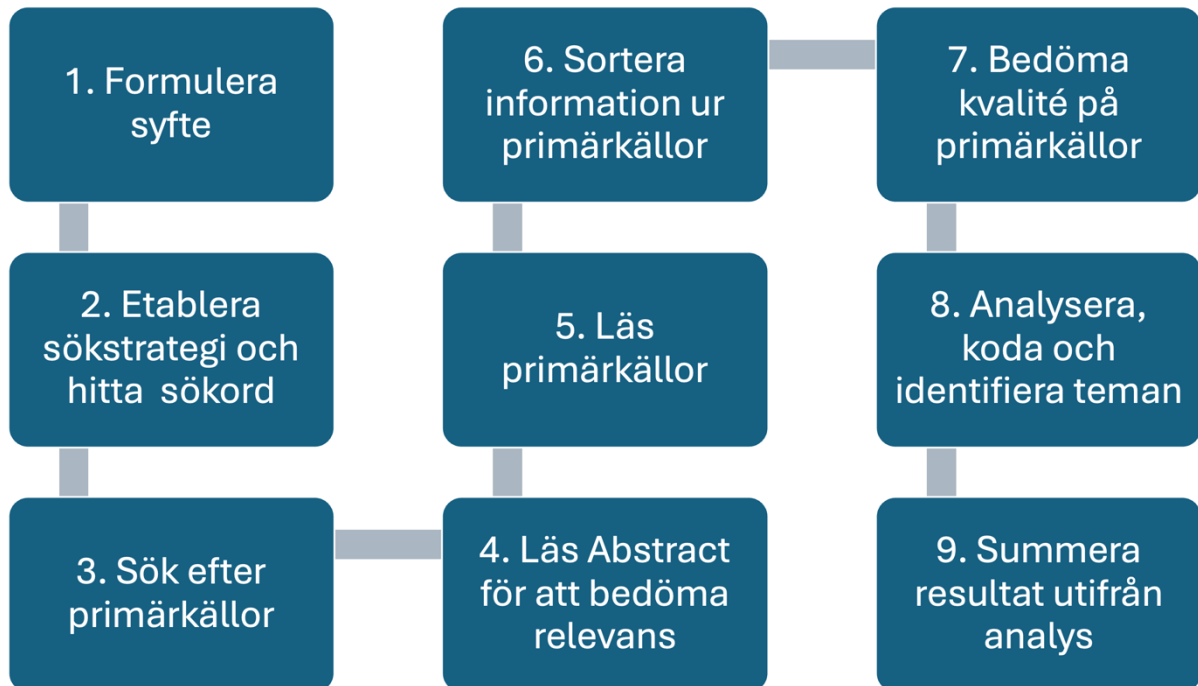
SYFTE

Studien syftar till att beskriva vårdpersonalens erfarenheter och uppfattningar av att möta vård sökande personer med migrantbakgrund i Europa.

METOD

Design

Metoden för studien var en kvalitativ allmän litteraturstudie med induktiv ansats. Kvalitativ ansats valdes eftersom det anses mest lämpligt för att beskriva subjektiva upplevelser och fenomen. Strukturen på arbetet följde modellen som presenteras i Polit och Beck (2021, s.85) och delas upp i nio olika steg. Se figur 1. I **steg 1** formulerades syfte och frågeställningar.



Figur 1 (Polit & Beck, 2021, s. 85). Översatt till svenska av författarna.

Urval

I **steg 2** i modellen från Polit och Beck (2021, s.85) bestämdes urvalskriterier samt hur själva datainsamlingen skulle utföras genom lämpliga sökord och synonymer i CINAHL och PubMed. De inklusionskriterier som användes var att artiklarna skulle ha en kvalitativ ansats som undersökte vårdpersonalens erfarenheter av att möta vårdsökande migranter. Data i artiklarna skulle ha samlats ihop genom antingen strukturerade eller semistrukturerade intervjuer. Endast artiklar som svarade på studiens syfte inkluderades för analys. Samtliga artiklar skulle beskriva vårdpersonalens erfarenheter. Artiklarna skulle handla om vårdpersonal i Europa och Skandinavien samt vara publicerade de senaste 10 åren. Skandinavien och Europa valdes för att centrera vårdpersonalens erfarenheter närmre Sverige. Artiklarna skulle dessutom vara skrivna på engelska eller svenska, vara peer-reviewed och etiskt godkända. Exklusionskriterier var studier som inte använde en kvalitativ ansats, exempelvis kvantitativa studier, även litteraturöversikter exkluderades. Utöver detta exkluderades studier som fokuserade på personer med migrantstatus perspektiv då detta inte var relevant för studiens syfte.

Inklusionskriterier var således artiklar som beskrev vårdpersonalens erfarenhet, var originalartiklar och hade kvalitativ ansats. Exklusionskriterier var artiklar som beskrev ur andra perspektiv än vårdpersonalens, litteraturöversikter och kvantitativa metoder.

Datainsamling

I **steg 2** av metoden som följer Polit och Beck (2021, s.85) niostegsmodell identifierades de sökord som användes under sökningen. Med hjälp av nyckelorden i syftet formulerades sökord som senare användes för att kunna hitta relevanta artiklar. De nyckelorden som identifierades var: migrant, vårdpersonal, Europa, erfarenheter och upplevelser. Nyckelorden översattes och synonymer identifierades för att bredda sökningen (Polit & Beck, 2021, s. 93). För att identifiera sökorden användes Medical Search Headings [MeSH] för att identifiera synonymer och bredda sökningen (Svensk MeSH, u.å.). Datainsamlingen skedde i databaserna PubMed och CINAHL. Dessa databaser användes eftersom de fokuserar på omvårdnadsforskning och medicinska publikationer. PubMed är en databas med främst vetenskapliga artiklar som täcker ett brett omfång av forskning, även omvårdnadsforskning (Polit & Beck, 2021, s. 93). CINAHL står för Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature och är en databas som specialiserar sig på omvårdnadsforskning (Polit & Beck, 2021, s. 90).

PubMed

I **steg 2** av metoden som följer Polit och Beck (2021, s.85) formulerades sökorden inför sökningen. De översatta sökorden var: *migrants* med synonymerna *refugees*, *asylum seekers* och *immigrants*, *Healthcare provider* med synonymerna *nursing*, *healthcare*, *physician* och *healthcare professional*, *Barriers* med synonymerna *obstacles*, *challenges*, *difficulties*, *issues*, *problems* och *barriers to healthcare*, *facilitators* med synonymerna *opportunity* och *possibility*, och slutligen *Europe* med *Scandinavia* som synonym. Skandinavien är i sig inte en synonym för Europa men användes för att resultaten skulle bli mer centrerade kring Skandinavien och Sverige. I PubMed användes inte sökorden *Primary Health Care* och *Emergency Health Care* då detta inte behövdes för att få ett tillfredställande antal artiklar till skillnad från sökningarna i CINAHL. I **steg 3** i metoden som följer Polit och Beck (2021, s.85) gjordes artikelsökningen. I databasen PubMed gjordes först sökningar med operatoren OR för att bredda sökningen genom att använda synonymer och därmed blocksöka. Därefter användes operatoren AND på dessa sökord för att specificera resultaten genom att söka artiklar som innefattade alla sökord (Polit & Beck, 2021, s.89). Denna slutgiltiga sökning fick fram 184 träffar. **Steg 4** i metoden från Polit och Beck (2021, s.85) var att läsa rubriker och abstracts. I **steg 4** i metod som följer Polit och Beck (2021, s.85) valdes de artiklar som svarade på syftet och resterande exkluderades. I **steg 5** i metoden från Polit och Beck (2021, s.85) lästes de artiklar som bedömdes vara relevanta för analys, se figur 1. Sökningarna dokumenterades med en sökmatrix, se bilaga I.

I PubMed gjordes sökningar vid olika tillfällen. Vid det första tillfället hade författarna ett annat syfte med studien och sökte därför artiklar med andra sökord. De sökord som användes då men inte i den senaste sökningen var: *health literacy*, *health education*, *health knowledge*, *health information* och *health understanding*. Syftet med denna tidigare studie var att utreda personers med migrantbakgrund hälsolitteracitet men brist på artiklar med korrekt perspektiv och ansats föranledde ett byte av syfte och därmed sökord. 6 av dessa artiklar bedömdes svara även på det nya syftet och var därför med i analysen. Dessa äldre sökningar dokumenterades även de med sökmatrix, se bilaga I.

CINAHL

I **steg 2** i niostegsmetoden av Polit och Beck (2021, s.85) formulerades sökorden och datainsamlingen påbörjades. Nyckelorden som identifierades i steg 2 i metoden från Polit och Beck (2021, s.85) översattes till CINAHL headings i den mån det var möjligt och blev då: *MH "Migrants"*, *MH "Emergency Care"* och *MH "Primary Health Care"*. Utöver dessa användes ett flertal fritextsökord, dessa var: *Migrants*, *immigrants*, *asylum seekers*, *refugees*, *healthcare*, *health care*, *hospital*, *health services*, *health facilities*, *healthcare professionals*, *healthcare workers*, *healthcare providers*, *facilitators*, *motivators*,

enablers, barriers, obstacles, challenges, difficulties, issues, problems. Dessa sökord användes sedan i **steg 3** i metoden från Polit och Beck (2021, s.85) där själva artikelsökningen skedde. I databasen CINAHL användes både operatorerna OR och AND för att optimera sökningarna genom att kombinera dessa sökord på olika sätt för att med hjälp av synonymer specificera genom att söka artiklar som innefattade alla sökord (Polit & Beck, 2021, s.89). Denna slutgiltiga sökning fick 17 träffar. Sökningarna som utfördes dokumenterades i en sökmatris (se bilaga II). I **steg 4** i metoden från Polit och Beck (2021, s.85) lästes abstracts för att se efter om källorna är relevanta för studien, i detta skede exkluderades de artiklar som bedömdes irrelevanta för studien. Exempelvis att de undersökte fel perspektiv, var för gamla eller hade fel ansats och metod. I **steg 5** i metoden som presenteras av Polit och Beck (2021, s.85) lästes de studier som efter **steg 4** bedömdes som relevanta.

I CINAHL gjordes sökningar vid olika tillfällen. Vid det första tillfället hade författarna ett annat syfte som därmed använde andra sökord. Sökorden var utifrån CINAHL headings: *migrants, health literacy, health services accessibility, communication barriers* och *health knowledge* vilket genererade artikel #2 och #11. Dessa två artiklar bedömdes fortsatt relevanta även med det nya syftet och var därför med i analysen. Även dessa sökningar dokumenterades med en sökmatris, se bilaga II.

Sammanställning och sortering av fynden i databaserna

I **steg 6** i metoden från Polit och Beck (2021, s.85) sorterades informationen ut ur de primärkällor som valdes för analysen. Detta skedde genom att läsa igenom artiklarna och föra anteckningar, och samtidigt som detta fördes de in i en artikelmatris (se bilaga III). Läsningen och förandet av anteckningar gjorde författarna separat för att undvika en bias av resultaten. Dessa anteckningar jämfördes sedan och var en del av analysförfarandet i **steg 8** i niostegsmetoden från Polit och Beck (2021, s.85).

I **steg 7** i metoden från Polit och Beck (2021, s.85) kvalitetsgranskades studierna. Granskningen gjordes utifrån SBU:s mall för bedömning av studier med kvalitativ metodik (SBU, 2022). Författarna gjorde tillsammans bedömningen av kvalitén på primärkällorna efter en första läsning. Som stöd under denna process användes SBU:s mall med tillhörande manual (SBU, 2022). Under kvalitetsgranskningen kontrollerades fem olika frågeområden. Första området var underliggande teori, modell eller ramverk. Detta område handlar om att identifiera och bedöma vilken teori, ramverk eller referensram som användes och huruvida metoden avviker från denna. Andra området var deltagare. Detta område handlade om att bedöma ifall urvalet var utfört på ett lämpligt sätt och ifall det är sammankopplat med frågan. Det tredje området var datainsamlingen. Här bedömdes det huruvida datainsamlingen var lämplig för att svara på syftet och om den utfördes på ett bra och rimligt sätt. Det fjärde området som undersöktes handlade om analysen. Här bedömdes det ifall dataanalysen var noggrant beskriven och om det fanns en risk att resultatet inte var baserat på underliggande data. Här undersöks även ifall forskarna har varit reflexiva under forskningen och om resultaten har validerats på något sätt. I det femte steget undersöks forskarens roll. Här undersöks ifall det finns en risk för bias på grund av olika orsaker. Resultatet av kvalitetsbedömningen var att 8 av artiklarna hade en hög nivå och 4 av artiklarna hade en nivå som var medel. Artiklar fick bedömningen medel i de fall då vissa aspekter av granskningen inte framfördes tydligt men kvaliteten i övrigt var god.

Dataanalys

I Polit och Beck (2021, s.537) presenteras en bred översikt av hur kvalitativ dataanalys ser ut (fig. 2). Den består av sex steg där man börjar med att läsa allt material, identifierar textnära enheter, kodar dessa enheter och kategoriserar dessa till teman som sedan tolkas för att nå fram till ett resultat. I denna studie kommer en tematisk analys med induktiv ansats användas som den beskrivs av Braun och Clarke (2006). Metoden från Braun och Clarke har sex olika faser.



Figur 2 (Braun & Clarke, 2006). Översatt till svenska av författarna.

I den första fasen lästes källmaterialet noga upprepade gånger av båda författarna för att få en djup förståelse och ge möjlighet att identifiera teman. De delar av artiklarna som identifierades och bedömdes vara relevanta antecknades under denna fas och sparades i ett separat dokument som båda författarna hade tillgång till, se exempel på kodning i tabell 1. Detta gjorde författarna först separat för att sedan diskutera och sammanfatta tillsammans. Under den andra fasen av dataanalysen från Braun och Clarke (2006) kondenseras dessa textstycken för att sedan kodas. Koderna identifierar kärnan i den kondenserade texten (Braun & Clarke, 2006).

Tabell 1, Exempel på kodning:

Del av text som svarar på syftet	Kodetikett	Tema:	Undertema:
Almost all professionals agreed that language was the main barrier to accessing healthcare services. (1)	Språk hindrar kommunikation.	Betydelsen av ömsesidig förståelse	Att uppleva språket som ett hinder i vårdmötet
participants describe how the concept 'healthcare that cannot be deferred' causes many difficult situations and ethical dilemmas for healthcare staff who <u>have to</u> decide what is included in this concept (7)	Etiskt dilemma på grund av bristande kunskap om lagstiftning	Vårdpersonalens kunskap om lagstiftnings inverkan på tillgången till vård	Att uppleva otillräcklig utbildning om rättigheter som ett hinder för god vård
clear and enforced protocol for documenting and providing adult vaccinations does not exist; (9)	Saknas rutin för omhändertagande av personer med migrantbakgrund	Vårdpersonalens erfarenheter av migranters utsatthet	Upplevd avsaknad av rutiner för omhändertagande

I den tredje fasen av den tematiska analysen av Braun och Clarke (2006) sammanställs dessa koder till teman. Detta gjorde författarna tillsammans när alla koder fastställts genom att identifiera likheter och skillnader mellan kodetiketter. Här diskuterades även samband mellan olika teman i relation till varandra. I den fjärde fasen från Braun och Clarke kontrollerades alla teman och underteman, i denna fas såg författarna över sorteringen av koder och eventuella underteman som saknade stöd från litteraturen raderades. I den femte fasen definierades och namngavs teman och förtydligas ytterligare för att i den sammanställas i form av en rapport i den sjätte fasen (Braun & Clarke, 2006). Den sjätte fasen i den tematiska analysen av Braun och Clarke (2006) ingår i **steg 9** i niostegsmodellen från Polit och Beck (2021, s. 85)

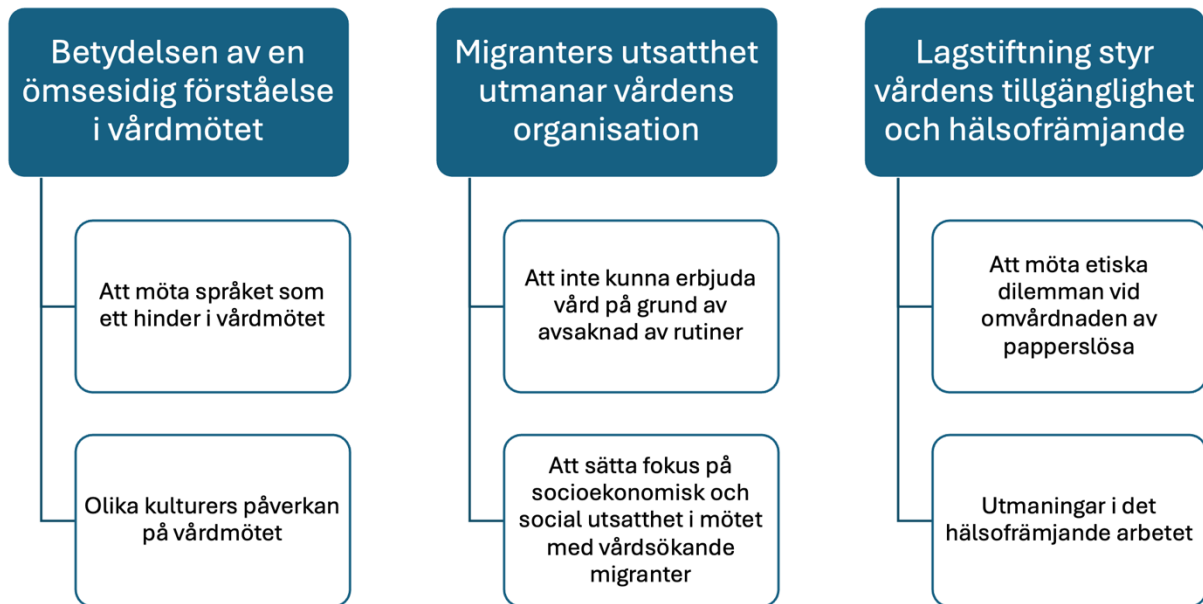
Etiska aspekter

Det är viktigt att de studier som används för analys är utförda på ett korrekt sätt relaterat till forskningsetik, till exempel att deltagare gett sitt samtycke till att medverka i forskning och att data anonymiserats samt skyddas av sekretess (Polit & Beck, 2021, s.141). Detta för att säkerställa att studien inte bidrar till ökad utsatthet av patientgruppen. En adekvat översättning av artiklar på andra språk än svenska är även viktig från författarnas sida då en felaktig översättning kan leda till felaktiga resultat. Allt material som använts kommer presenteras oavsett om det styrker eller undergräver syftet. Materialet som används kommer refereras till korrekt för att undvika plagiat. Båda författarna ska ha läst allting så att studien utförs i samförstånd med varandra med minimal bias. Det är även viktigt att välja texter där etiska överväganden framgår tydligt. Exempel på detta är att förklara för deltagare som är papperslösa att deras svar i studien inte kommer att rapporteras till någon eller användas emot dem, då detta faller in under rätten till skydd från att bli utnyttjad (Polit & Beck, 2021, s.133).

Det har även tagits del av vetenskapsrådets guide om God forskningssed (2024) för att genomföra en etisk reflektion under arbetets gång. God forskningssed (2024) har sin utgångspunkt i ALLEA-kodexen som täcker många centrala aspekter av god forskningssed och är väl etablerad i Europa och Sverige. Denna användes för att fastställa en förståelse för valt område och sätta ramar för arbetet utifrån hittills genomgången utbildning. Även vid urval av forskningsunderlag användes framför allt punkt 4 som innefattar de fyra principerna: att inte skada, att göra gott, att respektera självbestämmande samt att upprätthålla rättvisa. Detta för att identifiera det som är av relevans inte bara informationsmässigt men även etiskt. Vid senare skede av arbetet reflekterade författarna även över forskningsintresset, skyddsintresset, öppenhetsintresset, förtroendeintresset, självbestämmandeintresset och rättviseintresset efter bästa förmåga.

RESULTAT

Syftet med denna studie är att beskriva vårdpersonalens erfarenheter och uppfattningar av att möta vårdsökande personer med migrantbakgrund i Europa. Resultaten i denna litteraturstudie baseras på 10 artiklar med kvalitativ ansats. De inkluderade studierna omfattade vårdpersonal i Finland, Norge, Portugal, Spanien, Storbritannien, Sverige och Tjeckien med erfarenhet av att möta och vårda migranter med varierande juridisk status. Baserat på den tematiska analysen av de 10 artiklarna genererades ett flertal teman: betydelsen av ömsesidig förståelse i vårdmötet, migranternas utsatthet utmanar vårdens organisation och lagstiftning styr vårdens tillgänglighet och hälsofrämjande. Se figur 3 för sammanställning av huvudteman och underteman.



Figur 3. Översikt över huvudteman och underteman.

Betydelsen av en ömsesidig förståelse i vårdmötet

Vikten av en tydlig kommunikation var något som vårdpersonalen beskrev genomgående under analysen i flertalet av artiklarna (Carter et al., 2022; Delilovic et al., 2018; Kalengayi et al., 2015; Nekouei Marvi Langari et al., 2024; O'Sullivan, 2023; Pérez-Urdiales et al., 2021; Socha & Klein, 2020; Tavares et al., 2019; Těšínová, 2024; van Selm et al., 2025). En god kommunikation ökar den ömsesidiga förståelsen vilket i längden hjälper för att uppnå en god vård. Två aspekter som påverkar den ömsesidiga förståelsen var *att möta språket som ett hinder i vårdmötet* och *olika kulturers påverkan på vårdmötet*.

Att möta språket som ett hinder i vårdmötet

Majoriteten av vårdpersonalen som mötte personer med migrantbakgrund upplevde språkbarriärer som ett primärt hinder till en god vård (Kalengayi, 2015; Nekouei Marvi Langari et al., 2024; O'Sullivan, 2023; Pérez-Urdiales, 2021; Těšínová, 2024; van Selm et al., 2025). Det händer exempelvis att patienter missar att gå på uppföljande återbesök med sina läkare för att de inte förstått att de skulle dyka upp (van Selm et al., 2025). Språkbarriärer innebär även att det blir svårt för personalen att ta en fullständig anamnes på patienten eftersom det uppstår missförstånd eller för att patienten inte kan beskriva sina besvär och påverkar informationsutbytet som är oerhört viktigt inom vården både för patient och vårdgivare (O'Sullivan, 2023; van Selm et al., 2025).

Vårdpersonalen upplevde även att språkbarriärer var ett hinder i flera fall för att kunna sammanställa en fullständig vaccinationsstatus (Carter et al., 2022). Informationsutbytet på en större skala är särskilt utmanande när det kommer till papperslösa, eftersom det är svårt att få ut informationen på något annat sätt än ryktesvägen i gemenskapen personen tillhör. Vårdpersonalen lyfter att personer med migrantbakgrund i många fall har en brist på information som leder till en misstro till vården, i synnerhet till vaccinering (Carter et al., 2022; O'Sullivan, 2023).

Vårdpersonalen upplevde det som problematiskt att kallelser och utbildningsmaterial bara skrivs på vårdlandets språk, särskilt i de fall när vårdgivaren vet att patienten inte behärskar språket som materialet är skrivet på (Carter et al., 2022; Kalengayi, 2015; Nekouei Marvi Langari et al., 2024). Vårdpersonal som har erfarenhet av arbete med personer med migrantbakgrund i större utsträckning uppger att de skapar sig en reell kompetens och egna verktyg för att underlätta kommunikation utan att någon extern utbildning tillhandahållits (Těšinová et al., 2024). Van Selm et al. (2025) lyfter vårdens insats som gjordes med personer med migrantbakgrund i Spanien och beskriver att de hade volontärer i migrantgrupperna som följde upp vilka som tog sina mediciner och såg till att de tog sig till sina bokningar. Detta menar vårdpersonalen ökade kunskapen om sjukvården hos personer med migrantbakgrund och samtidigt identifierade de som inte kom i kontakt med vården (van Selm et al., 2025). Vårdpersonalen lyfter därtill vikten av utbildning både för vårdpersonal och för personer med migrantbakgrund för att uppnå högre hälsolitteracitet samt en så god och jämlik vård som möjligt (van Selm et al., 2025; Těšinová et al., 2024).

Att använda sig av tolk såg vårdpersonalen för det mesta som positivt och nödvändigt när möjlighet finns (Nekouei Marvi Langari et al., 2024; van Selm et al., 2025). Personalen menar att tolken hjälper mycket när det kommer till att skapa en god vårdrelation genom tillit och förståelse sinsemellan eftersom det minimerar språkbarriären (van Selm et al., 2025). Vårdpersonal upplevde utökad tillgänglighet till tolk som fördelaktigt, däremot uppger en stor del av personalen att det inte är helt okomplicerat och beskriver flera utmaningar (Nekouei Marvi Langari et al., 2024). Såsom exempelvis ökad tidsåtgång och begränsad tillgång till tolk (Nekouei Marvi Langari et al., 2024). Vårdpersonalen beskriver brist på tid som ett problem i vårdmötet med personer med migrantbakgrund, särskilt när tolk används (Carter et al., 2022; Kalengayi et al., 2015). När en tolk var tillgänglig beskriver vårdpersonal vissa av dessa som oprofessionella med bristande kunskap om medicinska termer (Kalengayi, 2015). Däremot innebar en brist på användningen av professionell tolk implementering av anhörigtolk, vilket inte alltid ansågs av vårdpersonal vara passande i en vårdkontext (Nekouei Marvi Langari et al., 2024). Att inte ha tillgång till tolk uppgavs av vårdpersonal som en ursäkt för att undvika att vårda personer med migrantbakgrund (Socha & Klein, 2020; Těšinová et al., 2024). Något som ansågs vara ett alternativ till anhörigtolk var diverse applikationer som kunde användas för att kommunicera när tolk inte var tillgänglig (Nekouei Marvi Langari et al., 2024). Denna varierande kvalitet och tillgänglighet på tolkar ledde till att vårdpersonalen har bristande tillit till tolkningstjänsterna, och detta i kombination med bristfällig kunskap om rutinerna för tolkanvändning ledde till att tolk inte används ofta nog (Nekouei Marvi Langari et al., 2024).

Olika kulturers påverkan på vårdmötet

Åsikten på hur personer med migrantbakgrund uppfattar vad hälsa är och anledningarna till det var något som togs upp genomgående av vårdpersonalen i flertalet studier (Kalengayi et al., 2015; Nekouei Marvi Langari et al., 2024). Vårdpersonal överlag är överens om att utöver språkliga hinder är det ofta kulturella faktorer som spelar in i vad som patienten förväntar sig från vårdkontakten men upplevs kunna hindras av en kulturellt förankrad könshierarki, trosuppfattning samt patriarkal struktur där mannen styr alla beslut inklusive de gällande hälsa (Kalengayi et al., 2015; van Selm et al., 2025; Nekouei Marvi Langari et al., 2024; Tavares et al., 2019). Vårdpersonalen beskriver kvinnornas utsatthet, framför allt genom våld i nära relation vilket sänker förmågan att söka vård eftersom

våldsutövandet ofta sker i det dolda och hindras direkt av gärningspersonen (Pérez-Urdiales et al., 2021). I vissa fall kunde kvinnorna själva tveka när det kom till att söka vård för att dölja att de var våldsutsatta (Pérez-Urdiales et al., 2021). Vårdpersonalen beskriver dock att en facilitator för våldsutsatta kvinnor att söka vård är ett utökat socialt nätverk och kontakt med organisationer som bidrar med socialt stöd och information om vården (Pérez-Urdiales et al., 2021).

Vårdpersonalen uttrycker därtill att det är både kultur, praxis och erfarenhet av vården i hemlandet som utformar den uppfattning om att vissa procedurer som vården utför i värdlandet kan vara onödiga eller rent av farliga (Kalengayi et al., 2015). Vårdpersonalen beskriver att många personer med migrantbakgrund har erfarenhet av ett annat hälso- och sjukvårdssystem och därav har annan kunskap och uppfattning om vad hälsa och hälsosamt innebär (Nekouei Marvi Langari et al., 2024). Även annorlunda förhållningssätt till tidshållning uppges vara en barriär, och kombinationen av ovannämnda faktorer upplevdes ofta leda till uteblivna besök eller förseningar i behandling (Kalengayi et al., 2015). Det som visade sig vara av hjälp enligt vårdpersonalen var att personer med migrantbakgrund hjälptes åt inom sin gemenskap där de som hade vistats i landet längre hjälpte de mer nyligen anlända, vilket underlättade en integrering i värdlandets samhälle och kultur som på sikt hade en positiv effekt för anpassningen, acceptansen samt förståelsen och följsamheten till västerländsk/modern medicin (Kalengayi et al., 2015; van Selm et al., 2025). Vårdpersonal beskrev i en studie användandet av traditionell kontra modern medicin av migrantpopulationen och menade att det var en kulturell aspekt som var huvudfokus samt att personer med migrantbakgrund frångår den traditionella medicinen över tid, med anledning att tilliten till den moderna medicinen ökar linjärt med förståelse för värdlandets vårdssystem (van Selm et al., 2025).

Det som vårdpersonal beskriver som problematiskt i kontakt med vården i värdlandet, utöver språkliga hinder, är en kulturell diskrepans i uppfattningen av vad vårdpersonalens roll är utifrån yrke, men även upplevelsen av att nivån av acceptans av vården oftast grundar sig i kulturell bakgrund samt tidigare erfarenhet (Carter et al., 2022; Kalengayi et al., 2015; van Selm et al., 2025). I detta fall menar vårdpersonalen att någon med insikt i aktuell kultur är av nytta, exempelvis tolk eller kulturell medlare för att möjliggöra en anpassning av vården till individen för att uppnå ett personcentrerat förhållningssätt. Detta underlättas ytterligare om vårdpersonalen besitter en grundläggande kunskap om hur sjukvårdssystemet i personens hemland är uppbyggt, exempelvis om hur antibiotika och andra receptbelagda preparat förskrivs och hanteras vilket kan underlätta en konflikthantering vid missförstånd (van Selm, 2025; Těšínová et al., 2024).

Vårdpersonalens erfarenhet var att olika nationaliteter har olika nivåer av följsamhet som troligtvis är kopplat till sjukvårdssystemet är organiserat i hemlandet (Carter et al., 2022; Kalengayi et al., 2015). En ytterligare komplicerande faktor enligt den intervjuade vårdpersonalen är att det ofta finns kulturer inom kulturen för varje enskild patient, där det råder egna normer och attityder till rådgivning och vårdinsatser (Nekouei Marvi Langari et al., 2024). Vårdpersonal uppgav svårighet med att bedöma psykisk hälsa utan att ställa direkta frågor eftersom frågorna utifrån kultur kunde uppfattas som stötande och kunde leda till en obekväm situation hos personal men även frustration hos patient. Frustration uppgavs i synnerhet uppstå i situationer där informationen färgats av en bristande kunskap om hur svenska myndighetsorgan fungerar och detta har i vissa fall resulterat i ett mer aggressivt beteende och har således lett till en negativ inställning mot personer med migrantbakgrund från vårdpersonalens håll med kulturkrock som anledning (Delilovic et al., 2018; Těšínová et al., 2024). Detta upplevdes resultera i ofullständig utvärdering och en försämrad vårdrelation vilket försämrar förhållningssättet som van Selm et al. (2025) förespråkar; att genom ökad kulturell kompetens främja en god och patientsäker vård. Vårdpersonalens upplevelser leder in på samma tema med kulturell kompetens som en viktig detalj och tar upp att exempelvis utifrån trosuppfattning hos patienten kan det vara problematiskt att diskutera sexuell och mental hälsa med personal av motsatt kön (Nekouei Marvi

Langari et al., 2024; van Selm et al., 2025; Delilovic et al., 2018). Kön är inte en ensamstående faktor, utan i vissa kulturer kan faktumet att någon form av kulturell medlare har samma ursprung och kulturell uppfattning som patienten äventyra patientens integritet och sekretess, vikten av en förståelse och hänsynstagande till detta betonas som en viktig kulturell komponent i detta (Nekouei Marvi Langari et al., 2024; Těšínová et al., 2024).

Migranternas utsatthet utmanar vårdens organisation

Genomgående upplevde personalen att bristfälliga rutiner kring omhändertagandet av vårdsökande migranter gjorde det svårare att ge en god vård samtidigt som stigmatisering, socioekonomiska och organisatoriska aspekter påverkar förmågan att ge stöd (Delilovic et al., 2018; Kalengayi et al., 2015; Nekouei Marvi Langari et al., 2024; O'Sullivan, 2023; Pérez-Urdiales et al., 2021; Socha & Klein, 2020; Tavares et al., 2019; Těšínová et al., 2024; Van Selm et al., 2025). Vårdpersonalens upplevelser delas upp i två underteman: *att inte kunna erbjuda vård på grund av avsaknad av rutiner och att sätta fokus på socioekonomisk och social utsatthet i mötet med vårdsökande migranter.*

Att inte kunna erbjuda vård på grund av avsaknad av rutiner

Vårdpersonalen upplever att individer med migrantbakgrund kräver fler hälsokontroller och resurser (Nekouei Marvi Langari et al., 2024). Under perioder med större flyktingströmmar ökar belastningen på den redan underbemannade vården, och i en studie med vårdpersonal i Tjeckien beskrivs det hur vårdpersonalens arbetsbörda ökade markant under det pågående kriget i Ukraina (Těšínová et al., 2024). Ett liknande fenomen beskriver personalen som deltog i studien av Kalengayi et al. (2015) där migrantflödet ökade under samma perioder som vårdcentralen gick ner i bemanning, vilket innebar att vissa enheter för migrantscreening höll stängt. Vårdpersonalen beskriver hur en ökad arbetsbelastning i samband med bristande riktlinjer och rutiner gjorde arbetet mer utmanande (Kalengayi et al., 2015; Pérez-Urdiales et al., 2021; Tavares et al., 2019; Těšínová et al., 2024). Den ökade arbetsbelastningen gjorde att viktiga uppgifter som hembesök och uppföljning inte kunde utföras på ett adekvat sätt (Tavares et al., 2019). Underbemanning och tidsbrist påverkar enligt personalen i synnerhet migrantkvinnors förmåga att vara delaktiga i sin egen vård (Pérez-Urdiales et al., 2021).

Sjuksköterskor upplevde att ledningskiktets uttalande om vård till personer med migrantbakgrund inte stämde överens med deras dagliga arbete (Kalengayi et al., 2015). I sammanhanget med hälsoscreening för nyanlända upplevde sjuksköterskorna att vissa riktlinjer fokuserade på att beskydda befolkningen i värdlandet från smittsamma sjukdomar, medan andra riktlinjer fokuserade på att identifiera enskilda hälsobesvär och ge lämplig vård till de nyanlända (Kalengayi et al., 2015). Detta blir problematiskt då sjuksköterskorna menar att denna policy kan måla upp nyanlända som smittbärare och leda till stigmatisering samtidigt som det gör målet med screeningen otydligt. Kalengayi et al., 2015). En upplevelse av att inte veta vad som ska fokuseras på till följd av otydliga riktlinjer beskrivs även av personalen i Socha och Klein (2020) som utreder påfyllnadsvaccinering av vuxna personer med migrantbakgrund i Norge. Vårdpersonalen i Socha och Klein (2020) beskriver vaccinationsprogrammet för vuxna personer med migrantbakgrund som lösryckt och oprioriterat. Detta kan innebära en sämre vård då brist på grundläggande vaccin hos patienten inte kommer åtgärdas på ett effektivt sätt enligt personalen i studien (Socha & Klein, 2020). En annan faktor till varför vuxna personer med migrantbakgrund inte vaccineras i samma utsträckning enligt vårdpersonalen är att barn ofta ingår i vaccinationsprogrammet och därmed vaccineras gratis, medan vuxna måste betala för vaccin (Socha & Klein, 2020). Vårdpersonalen menar att patienter som saknar vaccin förmodligen kommer identifieras förr eller senare men att det saknas vedertagna rutiner för vuxenvaccinering vilket leder till en lägre vaccinationstäckning (Socha & Klein, 2020). Det blir dessutom svårt att fullfölja omvårdnadsprocessen eftersom det inte finns en rutin för uppföljning efter screeningen, något som sjuksköterskorna upplevde försvårade arbetet (Delilovic et al., 2018).

Att sätta fokus på socioekonomisk och social utsatthet i mötet med vårdsökande migranter

Vårdpersonalen beskrev en oro över hur personer med migrantbakgrund lever i trångboddhet och osäkra levnadsförhållanden (Socha & Klein, 2020). Dessutom berättar vårdpersonal att stigmatisering är en ständig orosfaktor för migranten som lever under dessa förhållanden, i synnerhet om denne är sjuk i exempelvis tuberkulos eller HIV (Kalengayi et al., 2015). Vårdpersonal beskriver att hos personer med migrantbakgrund som redan hade tuberkulos innan de emigrerat var denna utsatta situation redan aktuell i hemlandet (Tavares et al., 2019). Personalen beskriver personers med migrantbakgrund oro för att de som de bor med ska få reda på deras diagnoser, vilket genom stigma skulle ytterligare försvåra tillvaron (Kalengayi et al., 2015; Tavares et al., 2019). Personalen tar även upp svårigheter med att söka vård på grund av att ekonomin och arbetet prioriteras över den egna hälsan (van Selm et al., 2025). Det leder till att vårdsökande personer med migrantbakgrund tar sig till en akutmottagning snarare än vårdcentral, vilket skapar en fördröjning i att söka vård som försvårar kontinuitet och uppföljning (van Selm et al., 2025).

Att vårdsökande personer med migrantbakgrund inte kan prioritera hälsa över arbete menar personalen är på grund av bristande ekonomisk trygghet, där personer med migrantbakgrund helt enkelt inte har råd att missa arbete på grund av sjukdom (Tavares et al., 2019; van Selm et al., 2025). Detta grundas i en brist på socialt skyddsnet gällande arbetslöshet och förlust av inkomst (Tavares et al., 2019; van Selm et al., 2025). Personalen menade även att bristande socioekonomiska resurser hos personer med migrantbakgrund var ett huvudsakligt hinder, där hälften av de intervjuade såg betalningar för transport som en ekonomisk börda för personer med migrantbakgrund (Tavares et al., 2019). Att vara utsatt i sina levnadsförhållanden försvårar både tillgången och följsamheten av behandling (van Selm et al., 2025). Vårdpersonalens erfarenheter är att det sociala stödet är bristfälligt och upplevs som ett hinder i vårdsökandet (van Selm et al., 2025). En stor del av informationen om tillvägagångssätt kommer från sekundära källor inom migrantgruppen menar vårdpersonal, där det ofta bildats en felaktig uppfattning baserad på den skrala vårdkontakten tredje part har haft (van Selm et al., 2025).

Vårdpersonalen beskriver en upplevelse av att bli diskriminerad utifrån kön och att vissa personer med migrantbakgrund hade en negativ inställning till vårdpersonal av det motsatta könet (Kalengayi et al., 2015). Vårdpersonalen beskriver screeningpolicyn för nyanlända som väldigt snäv och att det kan leda till att man betraktar personer med migrantbakgrund som smittobärare; i vissa fall fick barn inte gå i skolan innan hälsoscreeningen var slutförd vilket bidrar till en ökad stigmatisering och utsatthet (Kalengayi et al., 2015). O'Sullivan (2023) styrker detta genom att beskriva sjuksköterskornas upplevelse av hur barnen till slut lever i ett parallellsamarbete där de inte kan ta del av skolgången eller gemenskapen fullt ut. Personalen beskriver att denna sociala utsatthet leder till att personer med migrantbakgrund kände sig diskriminerade och var mindre benägna att diskutera känsliga ämnen som sexualitet och HIV-infektion (Kalengayi et al., 2015). Ett ytterligare hinder som lyftes av sjuksköterskorna i O'Sullivan (2023) var en främlingsfientlig inställning från vårdpersonalens håll där en del uttryckte en opponerande åsikt om personer med migrantbakgrunds rätt att få vård. Vårdpersonalen upplever papperslösa personer med migrantbakgrund som en särskilt utsatt grupp på grund av deras sociala status i det nya samhället i kombination med ett vårdbehov (O'Sullivan, 2023).

Det som vårdpersonalen beskrev som migrantspecifika faktorer som täta förflyttningar och social isolering beskrivs dessutom som riskfaktorer för bristande följsamhet med behandlingen (Tavares et al., 2019). Enligt vårdpersonalen var brist på socialt stöd och brist på stöd från familjen viktiga faktorer som försämrade följsamheten och uppföljningen av behandlingen (Tavares et al., 2019).

Lagstiftning styr vårdens tillgänglighet och hälsofrämjande

Vårdpersonalen beskrev att otydliga riktlinjer och en upplevd brist på kunskap om rättigheter till papperslösa orsakade etiska dilemman i deras arbete (Carter et al., 2022; Delilovic et al., 2018; Kalengayi et al., 2015; Nekouei Marvi Langari et al., 2024; O'Sullivan, 2023; Socha & Klein, 2020; Tavares et al., 2019; van Selm et al., 2025). Aspekter som påverkade möjligheterna till en god vård var att *möta etiska dilemman vid omvårdnaden av papperslösa och utmaningar i det hälsofrämjande arbetet.*

Att möta etiska dilemman vid omvårdnaden av papperslösa

Frågan om migrationsstatus och vilken rätt man då har till vård dyker ofta upp bland sjuksköterskorna (Kalengayi et al., 2015; O'Sullivan, 2023). Exempelvis tolkas lagen olika genom att vissa uppfattar den som att papperslösa enbart har rätt till akuttvård och akuttandvård (O'Sullivan, 2023). Detta leder enligt personalen till att papperslösa enbart får vård när det är akut eller tillståndet blivit gravt försämrat (O'Sullivan, 2023). Det som framgår allra tydligast är en bristande kunskap om det juridiska relaterat till vården där den i kombination med osäkerheten kring rutiner ledde till att om möjlighet att inte vårda fanns så togs den (O'Sullivan, 2023). Vårdpersonalen upplever denna godtyckliga lagstiftning som bara ger vårdrättigheter till vissa personer med migrantbakgrund inte bara som en källa till konflikter, men också som en källa till etiska dilemman (Kalengayi et al., 2015). Exempelvis i fall där personalen vid en hälsoscreening av papperslösa hade en skyldighet att informera om icke-akuta tillstånd, men sedan inte kunde tillstå behandling eftersom det stod utanför "vård som inte kan anstå" enligt lagen (Kalengayi et al., 2015). Denna lag upplevde vårdpersonalen som frustrerande eftersom den innebär att personalen inte kan följa upp asylsökande och papperslösa med psykiska besvär eller andra kroniska sjukdomar (Kalengayi et al., 2015). Konceptet med "vård som inte kan anstå" menar intervjuad primärvårdspersonal i en studie av Delilovic et al. (2018) inkräktar på rätten till hälsa och en jämlik sjukvård. Sjuksköterskor upplever att lagen sätter dem i en svår situation genom att vara diskriminerande och således tvingar sjuksköterskorna att diskriminera för att hålla sig på rätt sida av lagen (O'Sullivan, 2023). Lagen tvingar personalen att utreda migrationsstatus på patienten för att se om de har rätt till subventionerad vård eller inte (O'Sullivan, 2023). Sjuksköterskorna upplever i flera fall att det blir viktigare för deras arbetsgivare att kontrollera patientens juridiska status och basera vården på den i stället för personens individuella behov (O'Sullivan, 2023). Sjuksköterskorna beskriver att bristande kunskap gjorde att de i vissa fall nekade att ge vård till papperslösa när den juridiska statusen inte var tydlig för att vara säkra på att gällande lagstiftning efterföljs (O'Sullivan, 2023).

De oklara rättigheterna för papperslösa upplever vårdpersonal blir särskilt problematiska i fallen när familjer är inblandade (Delilovic et al., 2018). Vårdpersonalen förklarar att papperslösa barn har total rätt till vård samtidigt som föräldrarna enbart har rätt till "vård som inte kan anstå" (Delilovic et al., 2018). Personalen nämner i flera studier att ett upplevt hinder för personer med migrantbakgrund till vården är att personer med migrantbakgrund inte har kunskap om sina rättigheter när det kommer till vård (O'Sullivan, 2023; Tavares, et al., 2019). Det beskrivs även av personal att personer med migrantbakgrund inte söker vård som de inte tror sig ha rätt till (O'Sullivan, 2023; Tavares et al., 2019). Vårdpersonalen upplever att detta gäller särskilt för papperslösa personer med migrantbakgrund (O'Sullivan, 2023). Personalen beskriver vissa fall där papperslösa inte sökt vård av rädsla för att bli utvisade (Kalengayi et al., 2015). Personalen beskriver att bristande kunskap om sina rättigheter hos personer med migrantbakgrund innebär att personer med migrantbakgrund inte vet om att de har rätt till en tolk under vårdmötet, vilket leder till problem i kommunikationen (Socha & Klein, 2020).

Utmaningar i det hälsofrämjande arbetet

Van Selm et al. (2025) lyfter vårdpersonalens upplevelse av att innan det blir aktuellt att utvärdera hälsolitteracitet hos personer med migrantbakgrund måste arbetet med deras rädsla och interaktion få äga rum. Detta sker enligt van Selm et al. (2025) genom att besöka migrantgemenskaper och områden och hålla utbildningar om de basala funktionerna av sjukvården i värdlandet. Personalen påtalar även vikten av kulturell kompetens men framför allt bristen på utbildningstillfällen med det fokusområdet i grundutbildningarna (van Selm et al., 2025; Nekouei Marvi Langari et al., 2024). Nekouei Marvi Langari et al. (2024) framhäver vårdpersonalens upplevelse av bristande kulturell kompetens, kunskap och träning inom dessa områden som ett hinder för att arbeta i ett multikulturellt sammanhang där nivån av hälsolitteracitet är så starkt beroende av den kompetensen. Kalengayi et al. (2015) lyfter i sin studie att det finns en meningskiljaktighet i uppfattningar av vård och screeningens hälsofaktorer samt förväntningar på det mellan personer med migrantbakgrund och vårdpersonalen. Kulturell kompetens, kunskap om sjukvårdssystemet i hemlandet samt fastställandet av migrantens utbildningsnivå är essentiellt för att personer med migrantbakgrund ska kunna förstå vad som förväntas och varför vårdpersonalen agerar på ett visst sätt (van Selm et al., 2015; Kalengayi et al., 2015). Vårdpersonal förtydligar detta genom exempel som förnekelse av diagnostiserad infektion eftersom uppfattningen bland personer med migrantbakgrund med lägre utbildning var att symptomfri innebär frisk (Kalengayi et al., 2015). Det var även situationer då det blev tvärtom, när infektionsdiagnos ställdes blev krav på behandling påtagliga och påträngande (Kalengayi et al., 2015). Vårdpersonal i Kalengayi et al. (2015) var till stor del överens om att ökad hälsolitteracitet och utbildning för personer med migrantbakgrund var essentiellt för en mer jämlik hälsa.

Det framgick att en stor barriär som personer med migrantbakgrund möter kommer från sjukvårdens håll, där en bristande kunskap om utförande och uppföljning hos personal var en dominerande anledning till utebliven vaccinering för den vuxna migrantpopulationen (Carter et al., 2022; Socha & Klein., 2020). Vårdpersonalens erfarenhet är att det är problematiskt att den första kontakten angående hälsoscreening sker via Migrationsverket, då detta skapar en oro över att det är en obligatorisk undersökning för att få stanna kvar där hälsa bedöms som avgörande i processen (Delilovic et al., 2018). Vårdpersonal lyfte även att bristande kunskap och information försvårar vårdkontakten samt att kunskapen hos personer med migrantbakgrund om vilken vård de är berättigade till och tillvägagångssätt är bristfällig, vilket ledde till en lägre tillit och avvikande från bokade tider (Nekouei Marvi Langari et al., 2024). Det framträder enligt vårdpersonalen att bristande kunskap om hälsosamma alternativ i värdlandet och en bristande kunskap om sjukdomsprevention är två av de större faktorerna som leder till ohälsosamma kostvanor, missförstånd kring hälsa samt i vissa fall tillåter ett religiöst förtryck av framför allt kvinnor och flickor när det gäller fysisk aktivitet (Nekouei Marvi Langari et al., 2024).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Med stöd av Forsberg och Wengström (2020) utformades detta arbete som en litteraturstudie med kvalitativ ansats. En litteraturstudie beskrivs som en förhållandevis kortfattad sammanfattning av en begränsad mängd relevant forskning vilket föranleder ett selektivt urval av forskningsunderlag. Designen i sig ger den som tar del av studien en relativt kort sammanfattning av det begränsade underlaget vilket har visat sig vara effektivt för att hålla sig uppdaterad i det berörda forskningsområdet. Tillvägagångssättet innebär däremot en sänkt tillförlitlighet om inte arbetet genomgår en expertgranskning men kan stärkas genom tydlig redovisning av litteratursökning, urvalskriterier samt författarnas kritiska granskning av den hittade litteraturen (Forsberg & Wengström, 2020). Kvalitativa ansatsers funktion är att beskriva personliga erfarenheter, vilket bedömdes lämpligt med tanke på studiens syfte. Kvalitativ forskning innebär även att studiens syfte kan anpassas under arbetets gång allteftersom information tillkommer (Forsberg & Wengström, 2020, s.44). Något som blev relevant under denna studie då författarna bytte syfte under arbetets gång. Innan det slutliga bytet av syftet hade en artikelsökning med smalare syfte gjorts. Detta visade sig vara väldigt snävt och resulterade inte i en tillräcklig mängd artiklar för analys. I samråd med handledare byttes syftet till det nuvarande men artiklarna som hittades under den tidigare sökningen bedömdes vara relevanta även för det nya ämnet. De artiklar som är från de tidigare sökningarna är #4, #6, #8, #10, #11, #12. Syftet i denna studie blev slutligen att beskriva vårdpersonalens erfarenheter och uppfattningar av att möta vårdsökande personer med migrantbakgrund i Europa. Denna studie beskriver vårdpersonalens upplevelser, erfarenheter och åsikter om vårdmötet med personer med migrantbakgrund och vilka utmaningar det bär med sig. Studien ger perspektiv på både förbättringsmöjligheter men framför allt hinder som uppstår på individ- och organisationsnivå.

Eftersom fokus i studien är på vårdpersonalen utelämnades upplevelser som personer med migrantbakgrund lyfter där det inte var relevant att ta med som exempelvis i Marques et al. (2020) som lyfter högst relevanta påverkansfaktorer och upplevelser av vården men ur migrantkvinnors perspektiv, vilket bidrar till att försvaga studiens överförbarhet då perspektivet på vårdmötet belyses ur endast ett perspektiv med fokus på en specifik grupp. Då författarna av denna studie valde begreppet migrant i sin breda kontext framgår det inte heller en tidsram för migrantens vistelse i värdlandet och gör det därav svårare att ha migrantens assimilering som en kontext till helheten av vårdpersonalens upplevelse.

Säkerställandet av kvaliteten i denna litteraturstudie har skett genom tillämpningen Lincoln och Gubas (Polit & Beck, 2021, s.569–571) kvalitetskriterier. Huvudkriteriet *trovärdighet* uppnås genom fyra underkriterier: *tillförlitlighet*, *verifierbarhet*, *överförbarhet*, och *autenticitet*.

Trovärdighet beskrivs som ett övergripande mål för kvalitativ forskning och innebär att data som framställs av studien ses som trovärdig (Polit & Beck, 2021, s. 569). Detta sker genom att studien utförs på ett sätt som ökar trovärdigheten samt att steg tas för att demonstrera trovärdigheten under studiens gång. Tillförlitligheten innebär att resultat och data är stabilt under olika kontexter och över tid, och hänvisar till huruvida en liknande studie, med samma begränsningar som denna, genomförd en annan tid eller på annan plats skulle producera liknande resultat. Tillförlitlighet är ett måste för att trovärdighet ska uppnås (Polit & Beck, s. 569). För att öka tillförlitligheten har Polit och Becks niostegsmodell (Polit & Beck, 2021, s. 85) använts och stegen förklarats för att tydligt demonstrera forskningsprocessen, bland annat med noggrant dokumenterade sökningar. Utöver detta stärks trovärdigheten genom att alla artiklar som använts under analysen kvalitetsgranskats och var etiskt

godkända. Verifierbarhet handlar om hur objektiv studien är, och att flera parter kan ha en överensstämmelse om att data från studien är noggrant, relevant och av betydelse för forskningen. Verifierbarheten stärks genom att det tydligt framkommer att det är deltagarna i studiernas åsikter och tankar som framförs och inte att det är data som fabricerats av författarna (Polit & Beck, 2021, s. 570).

Överförbarhet handlar om huruvida studiens resultat kan appliceras i andra kontexter eller grupper. Detta möjliggörs genom att författarna presenterar tillräckliga data att de som granskar studien kan bedöma relevansen av resultaten för andra kontexter (Polit & Beck, 2021, s.570). Studien innefattar artiklar från ett flertal olika länder i Europa, detta tyder på att resultatet är överförbart till andra länder inom Europa. Samtidigt var en del av artiklarna från Sverige vilket kan minska överförbarheten av erfarenheter till andra länder då lagstiftningen skiljer sig något. Detta gäller i synnerhet i temat *Vårdpersonalens kunskap om lagstiftnings inverkan på tillgång till vård*. Resultaten i samtliga andra teman menar författarna är överförbara till liknande vårdkontexter runtom Europa. I en mer omfattande studie skulle en större mängd artiklar bidra till ett mer överförbart resultat då volymen på data som analyserats hade varit betydligt större och således ökat omfånget.

Då denna studie handlar om en starkt heterogen grupp människor med migrantbakgrund kan även det påverka både överförbarhet och tillförlitlighet både negativt och positivt. Detta eftersom vårdkontakten med personer med migrantbakgrund beskrivs genom vårdpersonalens erfarenheter och upplevelser som i sin tur är ytterligare en heterogen grupp som till sin del utgörs av personer med migrantbakgrund. Det kan påstås att utöver kulturella och religiösa aspekter handlar det mycket om personliga preferenser hos både den som tar emot vården och den som utför vårdinsatsen där en personkemi spelar in på bemötande och engagemang. Utöver detta är studierna som analyserats utförda i olika länder med olika lagstiftning, typ av migranter samt olika sjukdomar som behandlas. För att beakta dessa aspekter hade denna studie kunnat genomföras i form av exempelvis mixed-method med både en kvalitativ och en kvantitativ ansats för att främja en ännu djupare förståelse för den gradienten av vårdmötet som kan uppstå mellan vårdpersonal med varierande bakgrund och vårdtagare med migrantbakgrund i olika stadie och sammanhang.

Autenticitet innebär att författarna visar ett spektrum av upplevelser på ett sanningsenligt och uppriktigt sätt. Detta kräver att författarna beskriver deltagarnas upplevelser på ett intressant och begripligt sätt (Polit & Beck, s. 570). För att uppnå en autenticitet använde författarna en tematisk analys för att beskriva en helhetsbild av fenomenet som undersöktes.

Den allmänna litteraturstudien följde niostegsmodellen för kvalitativ forskning som beskrivs av Polit och Beck (2021, s.85). Stegen med formulering av syfte och relevanta frågeställningar, sökstrategier, datainsamling, dataanalys, kvalitetsgranskning, dokumentation av process samt syntes av insamlad data. Det strukturerade förhållnings sättet säkerställde att alla steg av forskningsprocessen skedde på ett adekvat sätt. Stegen följer en struktur men beskrivs som en cyklisk process där forskarna under studiens gång arbetar reflexivt allteftersom mer data framkommer under arbetets gång (Polit & Beck, 2021, s.85). Att använda en strukturerad process och dokumentera hela forskningsprocessen stärker studiens verifierbarhet då det möjliggör kommande studier att följa samma steg för att på ett lämpligt steg jämföra resultat med detta arbete. Även studiens giltighet stärks av detta arbetssätt.

Steg 1 av metoden från Polit och Beck handlade om att formulera syfte (Polit & Beck, 2021, s.85). Det gjordes under flertalet diskussioner sinsemellan studiens författare och upprepades flera gånger under arbetets gång. Under **steg 2** i niostegsmodellen från Polit och Beck (2021) hanterades urval av artiklar och inklusions- samt exklusionskriterier. Artiklarna som valdes hade samtliga en kvalitativ metod eller en

mixed-method metod. I de fall då artiklar hade mixed-method metod med enkäter och intervjuer användes enbart intervjuerna för att hitta meningsbärande enheter för kodning. Detta eftersom enkäter inte producerar kvalitativa data och därmed inte kan användas för en tematisk analys. Värt att nämna är att i artikel #7 och artikel #9 av Pérez-Urdiales (2021) och Tavares et al. (2019) lästes enbart den kvalitativa delen av resultatet för analys. Artiklarna var även peer-reviewed och var som högst 10 år gamla. Denna begränsning på publikationsår anser författarna öka studiens giltighet, då det innebär att enbart aktuell forskning används för analysen. Kontrollerad peer-review status på samtliga artiklar ökar studiens tillförlitlighet då detta medför en högre kvalitet eftersom det innebär att studien granskas av erfarna forskare som tar hänsyn till samtliga aspekter av forskningsprocessen (Polit & Beck, 2021, s. 577).

Steg 3–7 i niostegsmodellen av Polit och Beck (2021, s. 85) behandlar datainsamlingen. Eftersom flera databaser användes ökar det tillförlitligheten och autenticitet då det leder till att flera olika synvinklar kan fångas upp. **I steg 8** av niostegsmodellen skedde dataanalysen. Analysen skedde med hjälp av Braun och Clarkes (2006) sexfasiga modell för tematisk analys. Denna metod valdes då tematisk analys anses vara lämplig då det bidrar till en struktur för arbetet att utgå ifrån som systematiskt fångar upp så mycket data som möjligt. Att använda den sexfasiga modellen för tematisk analys från Braun och Clarke (2006) och dokumentera samtliga steg stärker studiens verifierbarhet och därmed även tillförlitligheten. Alla artiklar lästes och tolkades av samtliga författare för att minska risken för bias och därmed ytterligare stärka tillförlitligheten.

I steg 9 av niostegsmodellen från Polit och Beck (2021, s.85) sammanställdes resultatet. Under sammanställningen såg författarna noggrant till att vårdpersonalens erfarenheter var det som tydligt framkom i varje tema och undertema, detta för att se till att ingen data exkluderades för att ge en så komplett beskrivning som möjligt. Resultatet presenteras även med en figur för att skapa en överblick och underlätta förståelsen för resultatet. Under denna fas exkluderades ytterligare två artiklar då det i resultatet inte tydligt kunde utläsas vad som var data från intervjuer.

Resultatdiskussion

I resultatet lyfts framför allt vårdpersonalens identifierande av personers med migrantbakgrunds situation och förutsättningar som beskrivs snarligt i majoriteten av materialet där språk, kulturella skillnader, stigma, hälsolitteracitet samt organisatoriska hinder är genomgående teman. Resultatet kommer diskuteras utifrån begreppen människa och hälsa med kontext av personcentrerad vård och värdighet. Med begreppen människa och hälsa i fokus kan resultaten sägas påvisa vikten av att inte bara se patienten framför sig, utan även den unika individen. Ett personcentrerat förhållningssätt underlättar det hälsofrämjande arbetet och bibehåller individens värdighet i största möjliga mån.

Hultsjö och Hjelm (2005) har i sin forskning identifierat det som visade sig vara en av de största utmaningarna med att vårda personen med migrantbakgrund var kulturella skillnader som ledde till oväntat beteende från patienterna, såsom ett väldigt passivt beteende som karaktäriserades av vägran att äta eller inaktivitet överlag. Ordet kommunikation dyker upp genomgående i den insamlade datan som pekar på att möjligheter för att förbättra informationsutbytet genom en förbättrad kommunikationsteknik är enligt vårdpersonalen viktigt i det hälsofrämjande arbetet. Till exempel när det gäller det muntliga informationsutbytet vid exempelvis en träff med sjuksköterska på vårdcentral vilket lyfts av Ali & Watson (2017).

Sjuksköterskorna upplever att ha hälsorådgivningssamtal med personer med migrantbakgrund lägger stor vikt på att anpassa sin kommunikation utifrån migrantens utbildningsnivå och språkförmåga utan att vara nedlåtande genom översimplifiering, detta med hänsyn till personens värdighet (Czapka &

Sagbakken, 2016). För att underlätta kommunikation har tolktjänster implementerats i vården vilket har visat sig överlag vara fördelaktigt, däremot inte helt okomplicerat när professionell tolk inte finns att tillgå. Det fanns både en kulturell aspekt där patientens värdighet var en lidande aspekt relaterat till om det exempelvis var en anhörigtolk som fick ta del av känslig information som inte var alltid önskvärdt att man delade med sig av. Även om den tolken som vården tillhandahöll hade samma kulturella ursprung som patienten kunde det medföra en inskränkning på patientens integritet då med en kulturell anknytning där diagnoser som exempelvis HIV kunde medföra en skam och på sikt stigmatisering i den gemenskapen både tolk och patient tillhör. Detta kan vara en anledning till en bristande anamnestagning då patienten i fråga undviker att uttrycka sig till fullo alternativt att hos exempelvis anhörigtolk är en lägre nivå av medicinsk kunskap och översättningen i sig inte är fullgod. Ali och Watson (2017) identifierade en väl fungerande kommunikation som en avgörande komponent i god omvårdnad och patientsäkerhet oavsett vårdinstans. Med det sagt påpekas även att en tolk inte alltid är tillgänglig och ibland tidskrävande att få tag i. Sammanfattningsvis är slutsatsen att språkbarriären är ett primärt hinder i sjuksköterskans arbete med patienter. Användning av tolk trots en i vissa fall upplevd inskränkning på personens integritet är i dagsläget det bästa alternativet för att säkerställa en så patientsäker omvårdnad som möjligt (Ali & Watson, 2017). Den praktiska lösningen på detta är, utöver organisatorisk struktur och rutiner för omhändertagande och kommunikation med personer i denna utsatta situation, att vårdpersonal behöver få en djupare förståelse för personens behov i kontexten av den kulturella bakgrunden och med hänsyn till utsattheten som det innebär att vara en person med migrantstatus (Hultsjö & Hjelm, 2005).

Ett av de dominerande hindren i vården med fokus på personer med migrantbakgrund är enligt Guttman et al. (2021) språkbarriären som leder till misskommunikation och i 70% av fallen är den faktorn som leder till en mer övergripande diagnostisering och behandling och går ifrån ett personcentrerat förhållningssätt i stället för att ringa in ett mer precist problem eller behov hos patienten. Detta går i linje med Mål 3 i Agenda 2030 (2023) att det ska säkerställas en god hälsa och välbefinnande för alla i alla åldrar. Delmål 3.8 "Tillgängliggör sjukvård för alla" innebär att alla människor ska ha tillgång till en vård av god kvalitet (FN, 2023). Ett steg för att nå detta mål är att identifiera och minimera barriärer till vården hos bland annat personer med migrantbakgrund som redan är utsatta i detta avseende. Delmål 3.4 tar sikte på att antalet människor som avlider i förtid relaterat till icke smittsamma sjukdomar ska minska med en tredjedel. Delmål 3.4 kan fokuseras på patientgruppen som utgörs av personer med migrantbakgrund då språkbarriärer som tidigare nämnt är ett av de primära hindren för en god och säker vård.

Även vikten av kulturell kompetens lyftes av sjuksköterskor och övrig vårdpersonal där det uttrycktes att det är en nyckelfaktor för att öka tillgänglighet för personer med migrantbakgrund oavsett juridisk status samt sett en förbättrad attityd gentemot personer med migrantbakgrund (Serre-Delcor et al., 2021). En ofta förekommande beskrivning är att det är språklig och kulturell stigmatisering och missuppfattning där en diskriminering både kan uppstå och upplevas som är den stora barriären för att söka och få vård (Czapka & Sagbakken, 2021), Vilket ytterligare betonar vikten av lämpliga tolkar och kulturell anpassning där även ett patientansvar kan vara en resurs om patienten upplever sig vara förstådd.

Kulturell kompetens är ett tydligt ämne där summan av den kompetensen är att med rätt utbildning och utveckling skapa förståelse för olika kulturer i detta fall i ett omvårdnadsammanhang. Med människa och hälsa som bärande begrepp i denna studie och kulturell kompetens som kontext kan det vara av intresse hur den kompetensen yttrar sig i arbetet med patienter. Hur långt ska personalen sträcka sig för att bemöta någons kulturella normer? Behöver personal dra det till sin spets och tillgodose kraven

som kulturen i fråga ställer? Har patienten ett eget ansvar att gå ifrån sina egna kulturella och religiösa övertygelser till fördel av hälsa? Hur upplever personal en begäran om att bli utbytt på grund av kön, tro eller etnicitet? Ordet som beskriver konflikten som kan uppstå i detta är diskriminering. Diskrimineringslagen (Sveriges Riksdag, 2008) summerat är att likabehandling ska äga rum där individuella förutsättningar tas i beaktning oavsett kön, sexualitet, religion, etnicitet och egentligen alla faktorer som gör oss unika som individer. Med detta sagt tycks det vara ett rimligt krav att öka den kulturella kompetensen överlag, däremot ska anpassningen till kultur ske inom rimliga gränser utan att det påverkar personal eller andra i behov av vård mer negativt än det är befogat. Även personen som vården ska vara centrerad kring bär ett eget ansvar för sin vård genom förhållningsättets inkluderande arbetssätt, och därigenom även ha en kulturell kompetens gentemot personal.

Författarna till denna studie har under arbetets gång gått igenom en betydande mängd forskning för att hitta relevanta underlag. Det har uppmärksammats att faktorerna som nämns i en vårdkontext här är lika aktuella ur ett socialt perspektiv och ett integreringsperspektiv för personer med migrantbakgrund vilket kan styrkas av Hägg-Martinell et al. (2025) som belyser många av utmaningarna som personer med migrantbakgrund möts utav. Det går mycket i linje med Czapka och Sagbakken (2021) som lyfter behovet av en kulturell kompetens bland vårdpersonal för att kunna tillgodose ett ökat socialt nät utanför migrantens nationalitet. Detta är aktuellt även i stort för att främja integration, förståelse och delaktighet i vårdlandets samhälle. Enligt Migrationsverket (2023) är en individ per definition en migrant så länge den vistas i ett annat land med avsikt att vara där en längre tid (Migrationsverket, 2023). Migrantstatus finns kvar under hela livet som man vistas i ett annat land än sitt ursprungsland, oavsett om man har fått permanent uppehållstillstånd i landet man migrerat till. Huruvida man sedan ser sig själv som migrant är helt individuellt.

De bärande begreppen i detta arbete är människa och hälsa och dessa begrepp är tätt förankrade till personcentrerad vård och värdighet vilket genomsyrar sjuksköterskeyrket. Det går även i linje med beskrivningen av hur vårdpersonalen i studierna beskrev hur det var att arbeta utifrån godtycklig lagstiftning angående vård som inte kan anstå där det ofta brast just i aspekten av person och hälsa. Personalen tar upp personers med migrantbakgrunds rädsla för vårdkontakt på grund av andra involverade myndigheter i migrationsprocessen där okunskap om lagstiftning och hur systemet fungerar leder till en lägre nivå av hälsolitteracitet Maia et al. (2025) och att personen med migrantbakgrund i fråga hellre är sjuk. Det frångår vad begreppet hälsa definierades som enligt WHO (2024). Det varken sker en personcentrerad vård eller användning av personens egna resurser för att främja hälsa genom bättre förståelse för valen i relation till den, helhetssynen frångås och hälsa blir en juridisk klassfråga. Begreppet människa som svensk sjuksköterskeförening (2021) definierar den frångås även den då människan inom omvårdnadsvetenskapen är en helhet som består av själ, ande och kropp där intresset riktas mot den sammantagna bilden av dessa eftersom hälsa anses vara relaterat till helheten. Tillgodoses inte hälsa, tillgodoses inte människan och vårdandet blir ovärdigt. Denna lagstiftning motarbetar i en viss mån även sjuksköterskornas ansvarsområden utifrån ICNs (Svensk sjuksköterskeförening, 2017) etiska kod där en grundpelare är att främja hälsa och hjälpa alla som är i behov av vård. En sjuksköterska ska verka utifrån mänskliga rättigheter och rätten till god hälsa är en av dem. Sjuksköterskans ansvar i detta utifrån ICN är att vara drivande i omvårdnaden och använda både evidensbaserad och reell kompetens för att uppnå en jämlik vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Detta ska rimligtvis påverkas av juridisk status i minsta möjliga mån. Hälsa är en mänsklig rättighet (FN, 2008), inte ett privilegium. Vårdpersonalen i den forskning som analyserats i denna studie var eniga att för att det ovannämnda ska ske på ett optimalt sätt krävdes det utbildning för

vårdpersonal först, för att kunna ge så individuellt anpassad information som möjligt och därmed öka hälsolitteracitet i förhållande till personens hälsa.

SLUTSATSER

Litteraturstudien uppmärksammar ett flertal hinder som vårdpersonal upplever i vårdmötet med personer med migrantbakgrund. Av dessa hinder var en bristande ömsesidig förståelse på grund av språk, kulturella skillnader och varierande nivåer av hälsolitteracitet primära aspekter. Utöver dessa faktorer var socioekonomisk utsatthet, bristfälliga rutiner och bristande utbildning om rättigheter hos både vårdpersonal och vårdsökande personer med migrantbakgrund hinder till en god vård. Eftersom hälsa är ett centralt begrepp inom omvårdnadsvetenskapen, är det viktigt att lyfta att resultatet tyder på att en ökad ömsesidig förståelse är en nyckel för att öka tillgängligheten till vård och är en viktig förutsättning för en god vård. Detta kan även kopplas till studiens bärande begrepp människa där en god vård innefattar ett hänsynstagande till människan som summan av kropp, ande och själ där aspekter som kommunikation, kultur och omvårdnad tillgodoser alla tre. Utöver det är förståelsen för vikten av ett etablerande av rutiner och riktlinjer vid omvårdnaden av personer med migrantbakgrund ett viktigt steg framåt. En ökad förståelse och fastställda rutiner ökar tryggheten både hos personalen och patienten. Genom att belysa dessa hinder för en god vård kan en bild av vårdpersonalens erfarenheter av vårdmötet med personer med migrantbakgrund träda fram. Denna kunskap kan förhoppningsvis leda till ytterligare fördjupande forskning som leder till att dessa hinder uppmärksammas och ett förbättringsarbete kan ske i större utsträckning.

Resultatet tyder på att det saknas system och kunskap både hos vårdpersonalen och hos personer med migrantbakgrund. Det saknas system för omhändertagande av personer med migrantbakgrund hos vården och kunskap om vilka rättigheter dessa personer har rätt till. Hos personer med migrantbakgrund saknas det kunskap om hur värdländernas sjukvårdssystem fungerar, något som kan förbättras av ett bättre anpassat system för informationsutbyte. Därmed kan det sägas att öka kunskapen hos båda dessa grupper samt förbättra systemen inom vården är viktiga steg för att öka tillgängligheten till en god vård.

REFERENSER

Artiklar märkta med * är resultatartiklar

Agenda 2030. (2023). Hämtad 19 september 2024 från: <https://fn.se/globala-malen-for-hallbar-utveckling/>

Ali, P. A., & Watson, R. (2017). Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: Nurses' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5–6). <https://doi.org/10.1111/jocn.14204>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

* Carter, J., Mehrotra, A., Knights, F., Deal, A., Crawshaw, A. F., Farah, Y., Goldsmith, L. P., Wurie, F., Ciftci, Y., Majeed, A., & Hargreaves, S. (2022). "We don't routinely check vaccination background in adults": a national qualitative study of barriers and facilitators to vaccine delivery and uptake in adult migrants through UK primary care. *BMJ Open*, 12(10), e062894. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062894>

Chauvin, Pierre & Simonnot, Nathalie & Douay, Caroline & Vanbiervliet, Frank. (2014). Access to healthcare for people facing multiple vulnerability factors in 27 cities across 10 countries. Hämtad från: https://www.researchgate.net/publication/263784577_Access_to_healthcare_for_people_facing_multiple_vulnerability_factors_in_27_cities_across_10_countries

Czapka, E.A., Sagbakken, M. (2016) "Where to find those doctors?" A qualitative study on barriers and facilitators in access to and utilization of health care services by Polish migrants in Norway. *BMC Health Serv Res* 16, 460. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1715-9>

*Delilovic, S., Kulane, A., Åsbring, N., Marttila, A., Lönnroth, K. (2018) What value for whom? – provider perspectives on health examinations for asylum seekers in Stockholm, Sweden. *BMC Health Serv Res* 18, 601. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3422-1>

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I-L., Kjellgrej, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L-E., Rosén, H., Rydmark, M., Stibrant Sunnehagen, K. (2011) *Person-Centered Care – Ready for Prime Time*. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2011 10: 248. Doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008

Europeiskt Migrationsnätverk. (2018). Labour migration. I *Asylum and Migration Glossary 6.0*. (s. 233). Hämtad 28 Mars 2025 från https://home-affairs.ec.europa.eu/system/files/en?file=2020-09/interactive_glossary_6.0_final_version.pdf.

FN. (2008). Allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna. Hämtad den 29 januari 2025 från: <https://fn.se/wp-content/uploads/2016/07/Allmanforklaringomdemanskligarattigheterna.pdf>

Folkhälsomyndigheten. (2024). *Om folkhälsa*. Hämtad 28 januari 2025 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsa-och-folkhalsoarbete/tema-folkhalsa/vad-ar-folkhalsa/om-folkhalsa/>

Forsberg C. & Wengström Y., (2020). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Natur & kultur.

Friberg, F. (2019). Hälsa. I Friberg, F & Öhlén, J (red.), *Omvårdnadens grunder – perspektiv och förhållningssätt*. (3. Uppl. 383 – 405) Studentlitteratur.

Guttman, O. T., Lazzara, E. H., Keebler, J. R., Webster, K. L. W., Gisick, L. M., & Baker, A. L. (2018). Dissecting Communication Barriers in Healthcare: A Path to Enhancing Communication Resiliency, Reliability, and Patient Safety. *Journal of patient safety*, 17(8). DOI: [10.1097/PTS.0000000000000541](https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000541)

Heijmans, M. and Rademakers, J. (2018) 'Health literacy: more than the understanding and processing of health information', *International Journal of Integrated Care*, 18(s2), p. 79. Doi: <https://doi.org/10.5334/ijic.s2079>.

Holmström, K. I. (2022). Personcentrerad vård. I L. Wiklund Gustin & M. Asp (red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (3. uppl., s. 429–439) Studentlitteratur.

Hultsjö, S. & Hjelm, K. (2005) Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. doi: [10.1111/j.1466-7657.2005.00418.x](https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2005.00418.x)

Hägg-Martinell A., Eriksson H., Ekstrand P., Schuster M., Larsen J. (2025). Factors That Enable or Hinder Civil Servants and Volunteers in Helping Newly Arrived Immigrants Establish Themselves in Swedish Society: A Delphi Study. *Scandinavian University Press*, 10(1). Doi: <https://doi.org/10.18261/nwr.10.1.3>

*Kalengayi, F. K. N., Hurtig, A., Nordstrand, A., Ahlm, C., & Ahlberg, B. M. (2015). 'It is a dilemma': perspectives of nurse practitioners on health screening of newly arrived migrants. *Global Health Action*, 8(1), 27903. Doi: <https://doi.org/10.3402/gha.v8.27903>

Lebano, A., Hamed, S., Bradby, H., Gil-Salmerón, A., Durá-Ferrandis, E., Garcés-Ferrer, J., Azzedine, F., Riza, E., Karnaki, P., Zota, D., & Linos, A. (2020). Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC Public Health*, 20(1). Doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08749-8>

Lindvall, L. (2022). Världighet. I Wiklund Gustin & M. Asp (red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (3. uppl., s. 141–151) Studentlitteratur.

Maia, A. C., Marques, M. J., Goes, A. R., Gama, A., Osborne, R., & Dias, S. (2024). Health literacy strengths and needs among migrant communities from Portuguese-speaking African countries in Portugal: a cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 12. Doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1415588>

Migrationsverket. (2023). Ord om migration - HUR VAR DET NU IGEN? Hämtad den 13 mars 2025 från: https://www.emnsweden.se/download/18.4100dc0b159d67dc614205b/1705320402264/Ord_om_migration_webb.pdf

Mårtensson, L. & Hensing, G. (2011). Hälsolitteracitet grundbult i patientmötet – Bottnar i människors förmåga att fatta självständiga beslut i hälsofrågor. (Läkartidningen 2011/51) *Läkartidningen*. [LKT1151s2718_2720.pdf \(lakartidningen.se\)](https://doi.org/10.1111/lkt.11515)

*Nekouei Mervi Langari, M., Virtanen, E., Lindström, J., & Turunen, H. (2024). Registered nurses' perceptions of healthy lifestyle counselling for immigrants in primary healthcare: A focus group study. *Journal of Advanced Nursing*, 80(10), 4196–4213. Doi: <https://doi.org/10.1111/jan.16069>

* O'Sullivan, A. (2023). Undocumented migrants' access to healthcare in Sweden, and the impact of Act 2013:407. *Nursing Ethics*. Doi: <https://doi.org/10.1177/09697330231215947>

* Pérez-Urdiales, I. (2021). Undocumented immigrants' and immigrant women's access to healthcare services in the Basque Country (Spain). *Global Health Action*, 14(1).
Doi: <https://doi.org/10.1080/16549716.2021.1896659>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2021). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (11 uppl.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

* Van Selm, L., Pérez-Urdiales, I., Úbeda-Pavia, M., Tomás-Mateos, J., Del Mar Jiménez-Lasserrotte, M., Del Mar Pastor-Bravo, M., Requena-Méndez, A., & Briones-Vozmediano, E. (2025). Migrant Farmworkers' Acceptability of Health Services in Spain: Barriers and Facilitators Identified by Professionals. *Health Expectations*, 28(1). Doi: <https://doi.org/10.1111/hex.70147>

Serre-Delcor, N., Oliveira, I., Moreno, R., Treviño, B., Hajdók, E., Esteban, E., Murias-Closas, A., Denial, A., & Evangelidou, S. (2021). A Cross-Sectional Survey on Professionals to Assess Health Needs of Newly Arrived Migrants in Spain. *Frontiers in public health*, 9, 667251. Doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.667251>

SFS 2013:407 Lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Stockholm. Socialdepartementet: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2013407-om-halso-och-sjukvard-till-vissa_sfs-2013-407/

Statens Beredning för medicinsk och social utvärdering (2022). *Bedömning av studier med kvalitativ metodik*. https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf

Statens Beredning för medicinsk och social utvärdering (2022). *Vägledning för granskning av studier med kvalitativ metodik*. https://www.sbu.se/globalassets/ebm/vagledning_granskning_studier_kvalitativ_metodik.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Hämtad den 29 januari 2025 från: <https://swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icns%20etiska%20kod%20f%C3%B6r%20sjuksk%C3%B6terskor%202017.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2021). Kunskapsområdet omvårdnad. Hämtad 17 september 2024 från: <https://swenurse.se/om-oss---profession-vision-politik/kunskapsområdet-omvardnad>

Svenska sjuksköterskeförening. (2014). Omvårdnad och god vård. Hämtad 29 september 2024 från: <https://swenurse.se/download/18.5c16b8c4176843245032c41d/1609769678625/Omv%C3%A5rdnad%20och%20god%20v%C3%A5rd.pdf>

Svensk Sjuksköterskeförening. (2019). Personcentrerad vård – en kärnkompetens för god och säker vård. Hämtad 29 januari 2024 från: <https://swenurse.se/download/18.9f73344170c003062310d6/1583937715986/personcentrerad%20v%C3%A5rd%202019.pdf>

Sveriges Riksdag. (2008). Diskrimineringslag (2008:567). Hämtad den 12 mars 2025 från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/diskrimineringslag-2008567_sfs-2008-567/

Sveriges Riksdag. (2017). Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Hämtad den 29 januari 2025 från: <https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017612-om-samverkan-vid-utskrivning-fran-sfs-2017-612/>

Sveriges Riksdag. (2018). Enhetlig definition av begreppet nyanländ. Hämtad den 12 Mars 2025 från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/motion/enhetlig-definition-av-begreppet-nyanland_h6021615/

Socialstyrelsen. (2009). Nationella indikatorer för God vård – Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer – Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Hämtad den 12 mars 2025 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2009-11-5.pdf>

Socialstyrelsen. (2019). Arbetssätt för jämlik vård: Redovisning av metodutvecklingsprojekt på Socialstyrelsen. Hämtad den 29 januari 2025 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-2-6636.pdf>

*Socha, A., & Klein, J. (2020). What are the challenges in the vaccination of migrants in Norway from healthcare provider perspectives? A qualitative, phenomenological study. *BMJ Open*, 10(11), e040974. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040974>

Svensk MeSh. (u.å). Hämtad den 12 Februari 2025 från: <https://mesh.kib.ki.se/>

Svensk MeSh. (u.å). Vårdpersonal. Hämtad den 31 Mars från: <https://mesh.kib.ki.se/term/D006282/health-personnel>

Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1). Doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

*Tavares, A.M., Garcia, A.C., Gama, A., Abecasis A.B., Viveiros, M., & Dias, S. (2019). Tuberculosis care for migrant patients in Portugal: a mixed methods study with primary healthcare providers. *BMC Health Serv Res* 19, 233. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4050-0>

*Těšínová, J. K., Dobiášová, K., Jelínková, M., Tulupova, E., & Koščík, M. (2024). Professionals' and intercultural mediators' perspectives on communication with Ukrainian refugees in the Czech healthcare system. *Health Expectations*, 27(4). Doi: <https://doi.org/10.1111/hex.14171>

Tinghög, P., Arwidson, C., Sigvardsdotter, E., Malm, A., & Saboonchi, F. (2016). Nyanlända och asylsökande i Sverige: En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor. Hämtad från <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1060355/FULLTEXT01.pdf>

Transkulturellt Centrum. (u.å.). Papperslösa. Hämtad 29 januari 2025 från <https://www.transkulturelltcentrum.se/vara-kunskapsomraden/migration-och-halsa/papperslosa/>

UNHCR. (2024). *Vilka vi hjälper*. Hämtad 17 september 2024 från <https://www.unhcr.org/neu/se/om-unhcr/vem-vi-hjaelper>

Vetenskapsrådet. (2024). *God forskningssed*. Hämtad 3 mars 2025 från: <https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2024-10-02-god-forsknings-sed-2024.html>

Ward, M., Kristiansen, M., & Sørensen, K. (2018). Migrant health literacy in the European Union: A systematic literature review. *Health Education Journal*, 78(1), 81–95.
Doi: <https://doi.org/10.1177/0017896918792700>

Wertoft, E. (2019). Styrning och prioriteringar i vården av I. Ehrenberg, A & Wallin L. (red.)
Omvårdnadens grunder: ansvar och utveckling. (3. Uppl., s.181–202) Studentlitteratur.

WHO. (2024). Constitution. Hämtad 19 september 2024 från:
<https://www.who.int/about/governance/constitution>

WHO. (2025). Health Equity. Hämtad den 29 januari 2025 från: https://www.who.int/health-topics/health-equity#tab=tab_1

Wärnå-Furu, C. (2022.) Hälsa. I L. Wiklund Gustin & M. Asp (red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (3. uppl., s. 127–139) Studentlitteratur.

Öhlén, J. (2019). Person. I Friberg. F & Öhlén. J (red.), *Omvårdnadens grunder – perspektiv och förhållningssätt*. (3. Uppl. 311-333) Studentlitteratur.

BILAGOR

BILAGA I. Sökmatrix PubMed

Sökmatrix PubMed.

Databas, datum, sökning	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar	Artikel #
PubMed 30/1-2025 S1	Migrants OR Refugee OR Asylum seeker	Inga	50,540	0	0	0	0	.
PubMed 30/1-2025 S2	Barriers OR Obstacles OR challenges OR Difficulties OR issues OR problems OR barriers to healthcare	Inga	3,896,962	0	0	0	0	.
PubMed 30/1-2025 S3	health literacy OR health education OR health knowledge OR health information OR health understanding	Inga	2,418,468	0	0	0	0	.
PubMed 30/1-2025 S4	nursing	Inga	963,962	0	0	0	0	.
PubMed 30/1-2025 S5	Europe OR Scandinavia	Inga	1,703,745	0	0	0	0	.
PubMed 30/1-2025 S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5	- Abstract tillgängligt - Full text - Publicerat senaste 10 åren - Adult 19+ - Språk: Engelska	58	58	12	11	9	#1 #2 #3 #4 #5 #6 #7 #9

3 Artiklar exkluderades på grund av fel geografiskt område och ett annat ämne än det som studien ämnar undersöka.

Databas, datum, sökning	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar	Artikel #
PubMed 12/2-2025 S1	Migrants OR refugees OR asylum seekers OR immigrants	Inga	102,584	0	0	0	0	.
PubMed 12/2-2025 S2	Barriers OR Obstacles OR challenges OR Difficulties OR issues OR problems OR barriers to healthcare	Inga	3,907,936	0	0	0	0	.
PubMed 12/2-2025 S3	facilitators OR opportunity OR possibility	Inga	3,153,265	0	0	0	0	.
PubMed 12/2-2025 S4	Nursing OR healthcare OR healthcare professional OR physician OR healthcare provider	Inga	3,445,812	0	0	0	0	.
PubMed 12/2-2025 S5	Europe OR Scandinavia	Inga	1,705,791	0	0	0	0	.
PubMed 12/2-2025 S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5	- Abstract tillgängligt - Full text - Publicerat senaste 10 åren - Adult 19+ - Språk: Engelska	184	184	11*	8**	5***	#1 #6**** #9 #10 #12****

*173 artiklar exkluderades på grund av att de inte hade samma perspektiv som syftet

**3 artiklar exkluderades på grund av att de inte använde en kvalitativ metod eller hade fel perspektiv.

***2 artiklar används inte för analys pga. svarar inte på syfte.

****Hittades även i en tidigare sökning.

BILAGA II. Sökmatrix CINAHL

Databas Sökning Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar	Artikel #
CINAHL S1 250130	MH "Migrants" AND MH "Health Literacy" AND MH "Health Services Accessibility" OR MH "Communications Barriers" OR MH "Health"		27,627	0	0	0	0	
CINAHL S2 250130	MH "Migrants" AND MH "Health Literacy" AND MH "Health Services Accessibility" OR MH "Communications Barriers" OR MH "Health"	English Peer-reviewed Senaste 10 år Europe Fulltextformat	1180	0	0	0	0	
CINAHL S3 250130	MH "Migrants" AND MH "Health Literacy" AND MH "Health Services Accessibility" OR MH "Communications Barriers" OR MH "Health" AND MH "Health Knowledge"	English Peer-reviewed Senaste 10 år Europe Fulltextformat	29	29	10	6	2	#3 #11

I 27 artiklar behandlades fel demografi eller snäv grupp med specifika sjukdomar.

Databas, datum, sökning	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar	Artikel #
CINAHL S1 250212	MH "Migrants" MH "Emergency Care+" MH "Primary Health Care" AND healthcare professionals or healthcare workers or healthcare providers AND facilitators or motivators or enablers AND barriers or obstacles or challenges or difficulties or issues or problems		0	0	0	0	0	
CINAHL S2 250212	(migrants or immigrants or asylum seekers or refugees) AND (healthcare or health care or hospital or health services or health facilities) AND (healthcare professionals or healthcare workers or healthcare providers) AND (facilitators or motivators or enablers) AND (barriers or obstacles or challenges or difficulties or issues or problems)	English Peer-reviewed Senaste 10 år Europe Fulltextformat	17	17	6	5	3	#2 #5 #7
								<ul style="list-style-type: none"> 14 artiklar exkluderades eftersom de inte mötte kriterier om perspektiv, geografi eller tillvägagångssätt.

Bilaga III. Artikelmatris

Författare, årtal, tidskrift, land	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling, analys)	Resultat	Kvalitet	Artikel nr
Carter, J. et al., 2022, BMJ Open 12(10). Storbritannien.	“We don’t routinely check vaccination background in adults”: a national qualitative study of barriers and facilitators to vaccine delivery and uptake in adult migrants through UK primary care”	Att undersöka primärvårdspersonals uppfattningar om hinder och möjliggörare för restvaccinationer hos vuxna migranter i Storbritannien. Studien syftar till att identifiera faktorer som påverkar vaccinupptag och täckning, för att utveckla insatser som kan förbättra vaccinationsgraden i denna grupp.	<i>Design:</i> Kvalitativ intervjustudie med tematisk analys. <i>Urval:</i> Strategiskt urval för att fånga bredd av upplevelser. Totalt deltog 64 individer som arbetade inom primärvården. <i>Datainsamling:</i> Intervjuer över telefon. <i>Analys:</i> Tematisk analys med induktiv ansats.	Studien identifierade flera hinder för restvaccinering hos vuxna migranter, bristande riktlinjer, otydlig vaccineringshistorik och avsaknad av incitament från myndigheter.	Hög	#1
Delilovic, S., et al., 2018, BMC Health Serv Res 18, 601. Sverige.	What value for whom? – provider perspectives on health examinations for asylum seekers in Stockholm, Sweden	Att utvärdera vårdpersonalens perspektiv på barriärer och möjligheter för implementering såväl som anledning, innehåll och värdet av hälsokontroller för asylsökande.	<i>Design:</i> Kvalitativ <i>Urval:</i> 41 vård- och myndighetpersonal som arbetar med migranter. <i>Datainsamling:</i> Individuella samt gruppintervjuer <i>Analys:</i> Tematisk analys.	Studien identifierade förbättringsområden såsom en bredare blick vid hälsokontroll samt förbättra uppsökandet och identifiering av vårdbehov samt uppföljning.	Hög	#2

<p>Kalengayi, F. K. N., et al., 2015, Global Health Action, 8(1) Sverige.</p>	<p>'It is a dilemma': perspectives of nurse practitioners on health screening of newly arrived migrants</p>	<p>Att utforska vårdgivares erfarenheter av att screena nyanlända för att kunna påverka nya policys.</p>	<p><i>Design:</i> Interpretive description, kvalitativ</p> <p><i>Urval:</i> 15 sjuksköterskor i 4 regioner med erfarenhet av att screena migranter.</p> <p><i>Datansamling:</i> Semistrukturerade intervjuer</p> <p><i>Analys:</i> komparerande och tematisk analys</p>	<p>Påvisar behovet av att implementera en nationell strategi, förstärka koordineringen mellan myndigheter samt att användandet av personal med migrantbakgrund i screeningen bör utvärderas igen.</p>	<p>Medel</p>	<p>#3</p>
<p>Nekouei Marvi Langari M., et al., 2024, Journal of advanced Nursing, 80(10) Finland.</p>	<p>Registered nurses' perceptions of healthy lifestyle counselling for immigrants in primary healthcare: A focus group study</p>	<p>Att undersöka sjuksköterskors uppfattningar av rådgivning om hälsosam livsstil för att förebygga typ 2-diabetes och andra kroniska sjukdomar bland migranter inom primärvården.</p>	<p><i>Design:</i> Kvalitativ deskriptiv studie med hjälp av fokusgrupper</p> <p><i>Urval:</i> 23 sjuksköterskor som var aktiva inom primärvården</p> <p><i>Datansamling:</i> Semistrukturerade fokusgruppintervjuer</p> <p><i>Analys:</i> Kvalitativ, induktiv innehållsanalys</p>	<p>Deltagarnas uppfattningar relaterade till en standardiserad rådgivningspraxis för både migranter och icke-migranter, utmaningar i att ge rådgivning till migranter, förståelse för kulturella faktorer som påverkar rådgivningen, behovet av förbättringsarbete samt att använda insikter från praktisk erfarenhet för att förbättra rådgivningen.</p>	<p>Hög</p>	<p>#4</p>

<p>O'Sullivan, A., 2023, SageJournals, 31-7 Sverige.</p>	<p>Undocumented migrants' access to healthcare in Sweden, and the impact of Act 2013:407</p>	<p>Att beskriva vårdpersonals upplevelser av papperslösas tillgång till vård samt effekten av lag 2013:407</p>	<p><i>Design:</i> Kvalitativ design</p> <p><i>Urval:</i> 16 intervjuer med SSK som hade kontakt med papperslösa</p> <p><i>Datainsamling:</i> Semistrukturerade intervjuer</p> <p><i>Analys:</i> Interpretive description</p>	<p>Papperslösa migranter har stora behov av vård, men sjukvårdspersonal påverkas av kostnader och attityder, vilket hindrar rättvis tillgång. Deras sårbarhet ökar på grund av rädsla för utvisning. Lösningen är att erbjuda vård baserad på behov, inte rättslig status</p>	<p>Hög</p>	<p>#6</p>
<p>Pérez-Urdiales, I., et al., 2021, Global Health Action, 14(1). Spanien.</p>	<p>Undocumented immigrants' and immigrant women's access to healthcare services in the Basque Country (Spain).</p>	<p>Undersöka hur tillgänglig vården är för odokumenterade migranter i Baskien.</p>	<p><i>Design:</i> Mixed method.</p> <p><i>Urval:</i> 14 migrant-kvinnor samt 11 sjukvårdspersonal på vårdcentral.</p> <p><i>Datainsamling:</i> Individuella djupgående intervjuer/Statistik över antalet konsultationer på klinken.</p>	<p>Barriärer som identifierades var beroende av deras egenskaper, hälsosystemets funktion, lagar och en stereotyp och dålig social syn på invandrare som delades av yrkesverksamma på vårdcentralerna. Det som möjliggör bättre vård är bättre informationsflöde, stöd av vårdpersonal.</p>	<p>Medel</p>	<p>#7</p>

<p>Socha, A., Klein, J., 2020, BMJ Open. Norge.</p>	<p>What are the challenges in the vaccination of migrants in Norway from healthcare provider perspectives? A qualitative, phenomenological study</p>	<p>Att undersöka vaccineringen av migranter i Norge samt vilka utmaningar som hälso- sjukvården möter samt hinder från migranter att få tillgång till vården, från vårdgivarens perspektiv.</p>	<p><i>Design:</i> Kvalitativ</p> <p><i>Urval:</i> 7 "Healthcare providers"</p> <p><i>Datainsamling:</i> Semistrukturerade intervjuer</p> <p><i>Analys:</i> Induktiv utforskande</p>	<p>Finns inget konsekvent sätt att hålla koll på vuxna migranternas vaccinationsstatus. Identifierar flera olika faktorer.</p>	<p>Medel</p>	<p>#8</p>
<p>Tavares, A. et al., 2019, BMC Health Services Research, 19(1) Portugal.</p>	<p>Tuberculosis care for migrant patients in Portugal: a mixed methods study with primary healthcare providers.</p>	<p>Att undersöka hur primärvårdspersonal upplever vården av migranter med TB och HIV-TB infektioner. Studien fokuserade på att identifiera hinder i vården.</p>	<p><i>Design:</i> Mixed method</p> <p><i>Urval:</i> 120 primärvårdsanställda svarade på enkäten och 17 var med på semistrukturerade intervjuer, av dessa var 11 sjuksköterskor och 6 läkare.</p> <p><i>Datainsamling:</i> Enkät och semistrukturerade intervjuer</p> <p><i>Analys:</i> Deskriptiv statistisk analys och tematisk analys</p>	<p>Studien identifierade flera hinder, bland dessa var sen diagnos, bristande kunskap hos migranterna om TB och bristande utbildning hos personalen hinder.</p>	<p>Hög</p>	<p>#9</p>
<p>Těšinová, JK., et al., 2024, Health Expectations, 27(4) Tjeckien.</p>	<p>Professionals' and Intercultural Mediators' Perspectives on Communication with Ukrainian</p>	<p>identifiera och förklara kommunikationsbarriärer inom hälso- och sjukvården för ukrainska krigsflyktingar i Tjeckien, utifrån</p>	<p><i>Design:</i> Kvalitativ</p> <p><i>Urval:</i> 20 läkare, 10 sjuksköterskor och två fokusgrupper med kulturella medlare som arbetar i</p>	<p>Studien identifierade fem huvudsakliga kommunikationsbarriärer i vården av ukrainska krigsflyktingar: språkbarriärer,</p>	<p>Hög</p>	<p>#10</p>

	Refugees in the Czech Healthcare System	perspektiven hos vårdpersonal och interkulturella medlare.	Tjeckien med ukrainska flyktingar. <i>Datainsamling:</i> Semistrukturerade intervjuer och fokusgrupper. <i>Analys:</i> Tematisk analys	kulturella skillnader, olika vårdförväntningar, fördomar hos vårdpersonal och bristande kunskap om patienträttigheter.		
van Selm, L., et al., 2025, Health Expectations, 28-1. Spanien.	Migrant Farmworkers' Acceptability of Health Services in Spain: Barriers and Facilitators Identified by Professionals	Utreda tillgången till vård bland säsongarbetande migranter från vårdsystemets perspektiv.	<i>Design:</i> Kvalitativ design. <i>Urval:</i> 92 "professionals" från fyra regioner som har kontakt med säsongarbetare. <i>Datainsamling:</i> Semistrukturerade intervjuer <i>Analys:</i> Tematisk innehållsanalys	Flertalet faktorer och barriärer identifierades som påverkade mottagningen av vård bland säsongarbetande migranter.	Hög	#12



Box 1059 | 141 21 Huddinge
Besöksadress Hälsövägen 11
Telefon 08 587 516 00 | www.rkh.se