



SAHLGRENKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

DISTRIKTSSKÖTERSORS OCH SJUKSKÖTERSORS ERFARENHETER AV ATT VÅRDA PAPPERSLÖSA PERSONER

– inom primärvården

Julia Gheorghita

Petra Leandersson

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2015
Handledare:	Margaretha Jenholt Nolbris
Examinator:	Åsa Axelsson

Titel (svensk):	Distriktssköterskors och sjuksköterskors erfarenheter av att vårda papperslösa personer: Inom primärvården
Titel (engelsk):	District and registered nurses' experiences of caring for undocumented migrants: Within primary health care
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2015
Handledare:	Margaretha Jenholt Nolbris
Examinator:	Åsa Axelsson
Nyckelord:	Papperslösa personer, ”vård som inte kan anstå”, jämlik vård

Sammanfattning

Bakgrund: Antalet papperslösa personer i Sverige uppskattas till 10 000 – 35 000. Lagen om vård av papperslösa från år 2013 ger dem rätt till ”vård som inte kan anstå”. Aktuell forskning visar dock att alla inte får den vård de har rätt till, trots papperslösa personers stora vårdbehov. Två anledningar till detta är vårdpersonals okunskap om lagen samt en osäkerhet kring tolkning av begreppet ”vård som inte kan anstå”. Ytterligare hinder för vård är papperslösa personers rädsla samt kommunikationssvårigheter.

Syfte: Att beskriva distrikts- och sjuksköterskors erfarenheter av att vårda papperslösa personer inom primärvården efter implementeringen av lagen om vård av papperslösa, år 2013.

Metod: En kvalitativ deskriptiv design med semistrukturerade intervjuer. Sex distrikts- och sjuksköterskor som vårdat en papperslös person, inom primärvården, vid minst ett tillfälle deltog i studien. Data analyserades utifrån kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Fjorton underkategorier, fyra kategorier samt ett tema identifierades. De fyra identifierade kategorierna var: Erfarenheter kring vården av papperslösa personer, Svårigheter som påverkar vården, Tillvägagångssätt för att underlätta vården och Vård som inte kan anstå, med temat: En vilja att möjliggöra jämlik vård för individen trots existerande begränsningar. Huvudfynden var en vilja att bedriva jämlik vård med en samtidig osäkerhet kring bedömning av vård utifrån begreppet ”vård som inte kan anstå” och hur begreppet ska tolkas.

Slutsats: Mötet med en papperslös person genomsyras av en vilja att hjälpa denne att få tillgång till jämlik vård. Det uppstår dock ofta svårigheter, bland annat relaterade till begreppet ”vård som inte kan anstå”. Utvecklade rutiner på arbetsplatsen är en förutsättning för att jämlik vård ska kunna bedrivas och för att personalen ska uppleva trygghet i arbetet.

Nyckelord: Papperslösa personer, ”vård som inte kan anstå”, jämlik vård

Abstract

Background: The number of undocumented migrants in Sweden is estimated to 10 000 – 35 000. A law established in 2013 gives them the right to “immediately necessary treatment”. However, according to recent studies not everyone receives the health care they are entitled to, despite undocumented migrants’ great need of care. Two reasons for this are lack of knowledge regarding the law, amongst health care professionals, and an uncertainty regarding the interpretation of the concept “immediately necessary treatment”. Fear amongst undocumented migrants and difficulties regarding communication are other identified obstacles to health care.

Aim: To describe the experiences of caring for undocumented migrants, within primary health care, amongst district and registered nurses after the establishment of the law in 2013.

Methods: A qualitative descriptive design with semi-structured interviews. Six district and registered nurses, with the experience of having cared for an undocumented migrant within primary care at least once, participated in the study. The collected data was analysed using qualitative content analysis.

Results: Fourteen subcategories, four categories and one theme were identified. The four identified categories were: Experiences related to the care of undocumented migrants, Difficulties affecting care, Ways to facilitate care and Immediately necessary care. The created theme was: A willingness to enable equal care for the individual, despite existing limitations. The main finding was a willingness to conduct equal care, although influenced by an uncertainty of the interpretation of and judgement related to the concept “immediately necessary treatment.”

Conclusion: A willingness to help access equal care permeates the encounter between the nurse and the undocumented migrant. However, difficulties often arise, in some cases related to the concept “immediately necessary treatment.” The existence of clear routines is a prerequisite for conducting equal care and for nurses to feel secure in their work.

Key words: Undocumented migrants, “immediately necessary treatment,” equal care

Förord

Författarna vill tacka de distrikts- och sjuksköterskor som bidragit med sina tankar och erfarenheter så att genomförandet av denna studie blev möjlig. Vi vill vidare tacka vår handledare Margaretha för hennes synpunkter och stöd under arbetets gång.

Slutligen vill vi tacka våra familjer som kommit med intressanta synpunkter och som på flera sätt visat ett stort engagemang för vårt arbete. Tack för ert tålamod och ert stöd!

När man inte har fyra siffror, det är ju DET det handlar om.

(En av deltagarna)

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	2
Definition av papperslös person	2
Vårdvetenskapligt perspektiv	2
Omvårdnadsteoretiskt perspektiv	2
Etiska utgångspunkter.....	3
Papperslösa personers situation och vårdbehov	3
Hinder för vård av papperslösa personer	4
Lagen om vård av papperslösa.....	5
Begreppet ”vård som inte kan anstå”	5
Historik.....	5
<i>Begreppet i förhållande till vårdens etiska plattform</i>	6
<i>Tolkning av begreppet ”vård som inte kan anstå”</i>	6
Utmaningar för vårdpersonalen i vården av papperslösa personer.....	6
Problemformulering.....	7
Syfte och delfrågeställningar.....	8
Metod	9
Design	9
Datainsamling	9
Förberedelser samt genomförande av intervjuerna.....	10
Dataanalys	11
Forskningsetiska överväganden.....	11
Risk/nytta analys	12
Informationskravet.....	12
Samtyckeskravet	12
Konfidentialitetskravet.....	12
Nyttjandekravet.....	12
Resultat.....	13
En vilja att möjliggöra jämlik vård för individen trots existerande begränsningar	13
Erfarenheter kring vården av papperslösa personer	14
Positiva erfarenheter relaterat till mötet med individen.....	14
Positiva erfarenheter relaterade till organisationen.....	14
En känsla av otillräcklighet.....	14
Negativa erfarenheter kring individens situation	15

Svårigheter som påverkar vården	15
Papperslösa personers hinder för vård	15
Bristande riktlinjer	16
Svårigheter kring remittering och uppföljning	16
Skillnader mellan vårdcentraler	16
Tillvägångsätt för att underlätta vården	17
Tillgängliga tolkar.....	17
Lokala rutiner.....	17
Dokumentation av vården	18
Uppföljning av vården	18
Vård som inte kan anstå.....	19
Tolkning av begreppet och konsekvenser för vården av papperslösa personer.....	19
Sätt att underlätta bedömning av vård utifrån begreppet	20
Diskussion	22
Metoddiskussion.....	22
Resultatdiskussion	24
Slutsats.....	27
Referenslista	29

Bilaga 1 Forskningspersonsinformation

Bilaga 2 Intervjuguide

Inledning

År 2013 kom en ny lag som ger papperslösa personer som vistas i Sverige rätt till ”vård som inte kan anstå” (SFS 2013:407). Uppskattat är denna patientgrupp till antalet mellan 10 000 och 35 000 personer per år (SOU 2011:48; Statskontoret, 2015) och gruppen kommer med stor sannolikhet att växa. Under år 2014 registrerade landstingen i Sverige knappt 19 000 vårdbesök av papperslösa patienter. Majoriteten av dessa besök skedde inom primärvården eller inom annan form av öppenvård. Omkring två procent av alla besök var hos en distriktssköterska. Statistiken gällande antalet besök av papperslösa personer inom vården blir dock missvisande, då besöket tyvärr ofta registreras med samma kod som för asylsökande (Statskontoret, 2015). Tidigare forskning har visat att det finns svårigheter i att tillämpa lagen i praktiken samt viss osäkerhet bland vårdpersonal hur de ska kunna vårda dessa patienter på bästa sätt. Vi ser därför ett stort behov av att undersöka distriktssköterskors och sjuksköterskors erfarenheter av att vårda papperslösa personer inom primärvården.

Bakgrund

Definition av papperslös person

Benämningen papperslös kommer ursprungligen från *sans papiers* på franska, vilket kan översättas till "utan identitetshandlingar". I Sverige syftar benämningen på en person som saknar nödvändiga handlingar som tillåter personen att få vistas i landet, vilket innebär att en papperslös person inte helt behöver sakna identitetshandlingar (Socialstyrelsen, 2010; Statskontoret, 2015). Till denna grupp hör bland annat personer som tidigare sökt asyl men fått avslag på sin ansökan, men även personer som myndigheterna av olika anledningar aldrig fått kännedom om (SOU 2011:48). I likhet med SOU:s utredning (2011:48) har vi valt att använda oss av begreppet papperslös person för att beskriva en person som vistas i landet utan nödvändigt tillstånd till detta. Till nödvändiga tillstånd att vistas i landet räknas här arbets- eller uppehållstillstånd, visum eller att personen är asylsökande.

Vårdvetenskapligt perspektiv

Vårdvetenskapen forskar kring kunskap om vårdandet och grundar sig i en helhetssyn på den unika människan och livet. För att kunna vårda den unika människan, patienten, på bästa sätt måste vårdaren ständigt fördjupa kunskapen om denne. Patienten kan inte studeras utifrån bestämda lagar, utan även patientens omvärld måste inkluderas i vårdandet. I vården av papperslösa personer kan detta bli särskilt påtagligt, då individens livssituation kan tänkas vara mycket utsatt. Vidare innebär vårdandet en relation mellan vårdaren och den unika människan (Eriksson, 2014).

Omvårdnadsteoretiskt perspektiv

Joyce Travelbee (Travelbee, 1971) fokuserar i sin omvårdnadsforskning på vikten av att skapa en så kallad mellanmänsklig relation med den unika patienten. Travelbees omvårdnadsteori ansågs på grund av detta relevant som teoretisk ram för studien. En god relation krävs för att vårdande ska kunna ske och för att patienten ska förstå att hen inte står ensam i sin sjukdom. Det är vidare sjuksköterskans uppgift att identifiera vad som eventuellt hindrar relationen och var den avstannat. Förutsättningarna för en god relation skapas redan vid det allra första mötet med den unika patienten (Travelbee, 1971). Flera faktorer kan tänkas minska distriktssköterskans/sjuksköterskans förutsättningar för att kunna skapa en god relation. Exempel på sådana faktorer är okunskap angående aktuella lagar och förordningar, praktiska och känslomässiga hinder i vården samt att tydliga riktlinjer och/eller rutiner inte existerar på den aktuella arbetsplatsen.

Travelbee betonar även att varje människa är unik och att styrkan av vårdbehovet ser olika ut hos alla. Därför är det av största vikt för sjuksköterskan att inte applicera eventuella förutfattade meningar på patienten. Inte heller bör hen enbart fokusera på de eventuella rutiner och riktlinjer som finns för vården av en specifik patientgrupp, utan fokus behöver ligga på individens behov och förutsättningar (Travelbee, 1971). Om distriktssköterskan/sjuksköterskan vid mötet med en papperslös person vid den första anblicken mestadels ser problem och svårigheter istället för den unika individen, kan det vara aktuellt att ställa sig frågan hur detta kan komma att påverka utvecklingen av en relation eller kanske rent av hindra den.

Travelbee (1971) uttrycker att varje interaktion mellan sjuksköterskan och patienten ger en möjlighet att förstå den sjukes behov och att utforma en mellanmänsklig relation. En förutsättning för att kunna planera in aktuella omvårdnadsåtgärder är att sjuksköterskan förstår individens verbala och icke-verbala kommunikation. Det är även sjuksköterskans uppgift att försöka observera om personen är i behov av hjälp, även om detta ibland inte kan uttryckas. I dessa fall krävs en lyhördhet, för att kunna dra slutsatser om omvårdnadsbehov. Dessa slutsatser behöver därefter valideras med patienten. Exempel på orsaker till bristande kommunikation kan vara att inte se människan framför sig som en unik individ, att inte uppfatta underliggande betydelser i kommunikationen med patienten eller att tala utan att tänka efter före (Travelbee, 1971). I vården av papperslösa personer kan språket i många fall vara ett hinder för god kommunikation. Samtliga av de ovanstående exemplen kan vara högst aktuella i distriktssköterskans/sjuksköterskans vård av papperslösa personer, varför det är viktigt att hen blir medveten om dessa.

Vidare betonar Travelbee (1971) vikten av att all vård är evidensbaserad och vikten av att sjuksköterskan i sitt arbete tillgodoser sig kunskap som är baserad på aktuell forskning inom omvårdnad. Hon betonar vidare vikten av att sjuksköterskan har förmågan att använda sig av denna kunskap i vårdandet av andra. Detta för att kunna omvandla sin sympati för den andre till adekvata omvårdnadsåtgärder. Utifrån evidensbaserad kunskap kan sjuksköterskan avgöra vilka omvårdnadsåtgärder som är relevanta för den unika individen och när dessa åtgärder ska utföras (Travelbee, 1971). I vården av papperslösa personer skulle det därför kunna skapa en stor osäkerhet för distriktssköterskan/sjuksköterskan, om hen identifierar behov av vissa omvårdnadsåtgärder för patienten, men upplever en förvirring kring om och när dessa åtgärder enligt lag får lov att utföras.

Etiska utgångspunkter

Sverige har ratificerat FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (Svenska FN-förbundet, 1976). I artikel 12 i denna konvention beskrivs rätten för alla att få högsta uppnåbara fysiska och psykiska hälsa. I ett senare förtydligande av artikel 12, som dock inte är lagligt bindande, betonas vikten av att inkludera papperslösa personer i rätten till hälsa. Vidare framhävs även vikten av tillgänglig och icke-diskriminerande vård (United Nations Human Rights: OHCHR, 2000).

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) har alla i befolkningen rätt till vård på lika villkor. I vården ska stor kraft läggas på tanken om alla människors lika värde, liksom den personliga värdigheten och integriteten. Den som är i störst behov av vård ska prioriteras. En av de principer som vårdens etiska plattform bygger på är *människovärdesprincipen* vilken innebär att alla människor har lika värde och rätt till likvärdig vård. Detta oavsett exempelvis kön, ålder eller social ställning (Socialstyrelsen, u.å.).

Papperslösa personers situation och vårdbehov

En stor andel av de papperslösa personer som befinner sig i Europa har vid något tillfälle erfarit hemlöshet (Kuehne, Huschke & Bullinger, 2015; Woodward, Howard & Wolffers, 2014). Hemlöshet är särskilt vanligt i början av den papperslösa personens vistelse i det aktuella landet. Majoriteten av de papperslösa personerna får i ett senare skede såväl bostad som ett arbete, dock i form av svartarbete, vilket innebär otrygga arbetsvillkor för individen.

De osäkra arbetsvillkoren och avsaknaden av möjligheter att få ett hyreskontrakt skapar en oro och en stress i vardagen för papperslösa personer. Hotet om att bli utvisad påverkar det dagliga livet för individen samt villigheten att söka vård vid behov (Kuehne et al., 2015).

En studie gjord i Tyskland visade att papperslösa personer ofta söker vård i ett senare skede än andra i befolkningen. När papperslösa personer slutligen söker vård, gäller det i första hand kroniska sjukdomar såsom diabetes (Castañeda, 2009). Även flera andra studier har visat att papperslösa personer väntar länge innan de söker vård och att de generellt sett är i sämre kondition när de kommer till sjukvården (Larchanché, 2012; Kuehne et al., 2015; Teunissen, Van Bavel, Van Den Driessen Mareeuw, Macfarlane, Van Weel-Baumgarten, Van Den Muijsenbergh & Van Weel, 2015). Den stress det ofta innebär att leva gömd med en ständig oro för att bli utvisad leder till att många papperslösa personer drabbas av psykiska besvär. I många fall söker papperslösa personer vård för fysiska åkommor, vilka ofta är symtom på underliggande psykiska besvär (Teunissen et al., 2015; Castañeda, 2009; Woodward et al., 2014). Flera studier har även visat att papperslösa personer självmedicinerar genom användning av homeopatiska och receptfria läkemedel på grund av deras rädsla för att besöka sjukvården (Castañeda, 2009; Kuehne et al., 2015). Vissa sorters mediciner, såsom antibiotika, kan dessutom i vissa fall tillgås utan recept i papperslösa personers hemländer. Detta innebär att många papperslösa personer tar antibiotika utan en ordination från läkare (Castañeda, 2009).

Hinder för vård av papperslösa personer

Den typ av vård papperslösa personer har rätt till skiljer sig mellan olika europeiska länder. Vårdnivån varierar från att inte ha rätt till någon form av vård, till att ha rätt till vård på såväl akut- som primärvårdsnivå (Björngren Cuadra, 2012). De senaste fem åren har ett flertal studier genomförts i Europa för att undersöka tillgången till vård samt vårdkvaliteten för papperslösa personer. Flera författare betonar att det finns hinder i papperslösa personers tillgång till vård i olika länder i Europa (Dorn et al., 2011; Jensen et al., 2011; Myhrvold, 2010; Suess, Ruiz Pérez, Ruiz Azarola, & March Cerdà, 2014). Dorn et al. (2011) betonar behovet av att vidare undersöka vilka dessa hinder är. En systematisk litteraturoversikt över studier som genomförts i Europa mellan åren 2009 till 2012 visade att papperslösa personer i många fall nekas tillgång till vård på felaktiga grunder (Suess et al., 2014) och behov av att vidare förtydliga orsakerna till detta betonas av Dorn et al. (2011).

En studie utförd i Frankrike visade att personal inom hälso- och sjukvården hade negativa attityder gentemot papperslösa personer, vilket ledde till att vårdpersonalen var mindre benägna att ge papperslösa personer den vård de hade rätt till (Larchanché, 2012). I en nyligen utkommen rapport av Statskontoret (2015) framkom att flera av de papperslösa personerna i Sverige i vissa fall blivit ifrågasatta om sin status som papperslös och därmed rätten till subventionerad vård. Det beskrevs även fall där papperslösa personer nekats subventionerad vård av anledningen att vårdpersonal trott att papperslösa personer enbart har rätt till akut vård (Statskontoret, 2015). I samma rapport framkom även att det finns en okunskap hos papperslösa personer om deras rätt till vård. En samtidig rädsla för myndigheter skapar ett av flera hinder för vården. Rädslan för att visa sig ute och för att bli gripen av polis på väg till eller från en vårdinrättning kan leda till att vissa papperslösa personer lånar en annan persons ID-kort, vilket kan innebära en risk för patientsäkerheten (Socialstyrelsen, 2014). Även Larchanché (2012) betonar att papperslösa personers rädsla och misstänksamhet mot myndigheter utgör ett stort hinder för deras vård.

God och tydlig kommunikation från vårdpersonalens sida är mycket viktigt för att den papperslösa personen inte ska behöva uppleva sig bli diskriminerad i vården (Dorn et al., 2011). I Statskontorets rapport (2015) framkom att det kan vara svårt för den papperslösa personen att kommunicera på svenska. Vårdgivaren har då en skyldighet att erbjuda tolk vid besöken, men då de flesta besök görs akut kan det vara svårt att få tag på en auktoriserad tolk. Flera författare betonar att vården av papperslösa personer är särskilt känslig (Dorn et al., 2014; Myhrvold, 2010) och att tidigare negativa erfarenheter kan göra att den papperslösa personen undviker att söka vård (Dorn et al., 2011). Flera författare beskriver dessutom att papperslösa personer upplever sig få en ojämlig tillgång till vården (Dorn et al., 2011; Jensen et al., 2011).

Lagen om vård av papperslösa

Enligt ”Lag om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd” (SFS 2013:407) ska alla utlänningar som är över 18 år, och vistas i landet utan tillstånd, ges vård som inte kan anstå. Dessutom skall dessa personer även erbjudas abortvård, mödrahälsovård samt preventivmedelsrådgivning. Alla personer under 18 år har rätt till samma vård som de som är folkbokförda inom landstinget. I studien kommer denna lag hädanefter refereras till som ”lagen om vård av papperslösa”.

I regeringens proposition (2012/13:109) som låg till grund för lagen om vård av papperslösa definierade regeringen vad som enligt dem bör räknas till vård som inte kan anstå. I detta ingår vård i ett tidigt skede, för att ett allvarigare sjukdomstillstånd inte ska utvecklas samt för att minska risken för allvarliga följder för individen. Även papperslösa personers rätt till tolk vid besök inom vården betonades (Prop. 2012/13:109).

Enligt Statskontoret (2015) framkom det i en svensk rapport genomförd av Läkare i Världen, ett år efter implementeringen av den nya lagen, att minst en av fem papperslösa personer vid något tillfälle felaktigt nekats subventionerad vård. Både Jensen et al (2011) och Statskontoret (2015) menar att den vanligaste orsaken till nekad vård är okunskap bland vårdpersonal kring landets aktuella lagar gällande vård av papperslösa personer.

Begreppet ”vård som inte kan anstå”

Historik

Enligt Socialstyrelsen (2014) användes begreppet vård som *kan* anstå för första gången i propositionen 1981/82:97, där det resonerades kring landstingens skyldighet att vårda patienter från andra län om de krävde omedelbar vård. Då syftade begreppet på att vården kunde anstå tills dess att rätt instans kunde ta över vården. Begreppet fördes då inte in i lagen. Först 2008 användes ”vård som inte kan anstå” i lagtext och det handlade då om att landstingen skulle ge vuxna asylsökande akut sjuk- och tandvård (Socialstyrelsen, 2014). Denna lag (SFS 2008:344) gällde dock inte papperslösa personer. De hade enbart rätt till den omedelbara vård som enligt Hälso- och sjukvårdslagen ges till alla som befinner sig i landstinget och de fick även själva bekosta denna vård (SFS 1982:763). Socialstyrelsen har redan tidigare, i nu upphävda allmänna råd SOSFS 1995:4, framhållit att det inte går att definiera begreppet ”vård som inte kan anstå”, då alla situationer är unika. Enbart den behandlande läkaren ansågs kunna avgöra vilka vårdinsatser som krävdes i det specifika fallet (Socialstyrelsen, 2014).

Begreppet i förhållande till vårdens etiska plattform

Enligt regeringens proposition (2012/13:109) är det den som ansvarar för behandlingen som avgör vilken behandling som är aktuell med tanke på begreppet ”vård som inte kan anstå”. Det har visat sig finnas svårigheter hos den enskilde vårdgivaren att bedöma vad som är vård som inte kan anstå (Statskontoret, 2015). Socialstyrelsen fick därför i uppdrag av regeringen att ta fram ett underlag för att definiera begreppet ”vård som inte kan anstå” och att på så sätt underlätta för vårdgivaren. Detta resulterade i en rapport i vilken olika vårdprofessioner samt Prioriteringscentrum bidragit till att göra en analys av begreppet utifrån den etiska plattform som vården ska vila på (Socialstyrelsen, 2014).

Både Prioriteringscentrum och Socialstyrelsen menar att begreppet ”vård som inte kan anstå” inte är etiskt försvarbart, då det är diskriminerande ur såväl ålders- som folkbokföringssynpunkt. Det är inte heller etiskt korrekt att beskriva vilka diagnoser och åtgärder som ingår i begreppet ”vård som inte kan anstå”, bland annat då patientens tillstånd ständigt kan förändras. Socialstyrelsen menar vidare att begreppet går emot medicinsk yrkesetik och kan försämra patientsäkerheten (Socialstyrelsen, 2014). De vårdprofessioner som bidrog till en analys av begreppet ansåg att ”vård som inte kan anstå” går emot deras yrkesetik, eftersom vård ska ges efter behov. Att prioritera efter andra behov än de medicinska eller omvårdnadsmissiga går därmed emot den etiska plattformen. Även tidsaspekten av begreppet kritiserades och vårdprofessionerna framhöll att vården oftast delas upp i akut och planerad vård. Då även planerad vård kan vara nödvändig, kan sådan därför inte alltid anstå. Slutsatsen blev att vård bör ges till alla efter behov och att begreppet inte bör användas (Socialstyrelsen, 2014).

Tolkning av begreppet ”vård som inte kan anstå”

Tolkningen av lagen och därigenom begreppet ”vård som inte kan anstå” ser olika ut både mellan och inom landstingen i Sverige (Statskontoret, 2015). Även vårdpersonal i England och Nederländerna har stött på svårigheter i att definiera och tolka begreppen ”*medically necessary care*” respektive ”*immediately necessary treatment*” (Grit, den Otter, & Spreij, 2012), vilket blir den svenska motsvarigheten till ”vård som inte kan anstå”. I slutändan blir det upp till den enskilde vårdaren att bedöma huruvida vård ska ges eller inte (Jensen, Norredam, Draebel, Bogic, Priebe & Krasnik, 2011). Enligt Socialstyrelsen (2014) bedömer Prioriteringscentrum att detta kan orsaka stress hos personalen. I den konkreta situationen skulle officiella riktlinjer kunna stötta personalen (Jensen et al., 2011). I Nederländerna har problemet lösts genom riktlinjer skrivna av en särskilt tillsatt nationell kommitté. Enligt dessa riktlinjer är det enbart i fall där vård kan skjutas upp och den papperslösa personen förväntas stanna endast en kort tid i landet, som vård och behandling faktiskt får lov att begränsas eller nekas. Om det är oklart hur länge den papperslösa personen kommer att stanna i landet skall vård ges (Grit et al., 2012).

Utmaningar för vårdpersonalen i vården av papperslösa personer

I vissa länder, exempelvis i Danmark, saknas officiella riktlinjer för hur vård av papperslösa personer ska ges. Försvårande omständigheter för vårdpersonalen är att tidigare medicinsk dokumentation ofta saknas, samtidigt som personalen brottas med problem såsom språkbarriärer, en stor osäkerhet över hur situationen ska hanteras och huruvida polis ska kontaktas (Jensen et al., 2011). Att befinna sig illegalt i Sverige är inte ett brott med en påföljd på minst ett år och enligt sekretesslagen får därför inte vårdpersonal lämna ut

uppgifter om papperslösa patienter till polisen. Ett undantag är uppgiftsskyldigheten, vilken innebär att vårdpersonal är tvingade att lämna ut patientuppgifter om det är tydligt att polisen känner till att patienten befinner sig på vårdinrättningen (Statskontoret, 2015). Även Myhrvold (2010) uttrycker att vård av papperslösa personer på flera punkter är en utmaning för vårdpersonal och att tydligt stöd från myndigheterna krävs.

I Sverige får papperslösa personer normalt ett så kallat reservnummer i samband med att de söker vård, men systemet för reservnummer skiljer sig mellan olika landsting. För att kunna följa vilken vård patienten fått krävs det att hen uppger samma reservnummer vid varje ny kontakt med vården. Detta sker sällan och innebär en risk för patientsäkerheten. Ett reservnummer är inte heller en identitetshandling, varför vårdpersonalen inte har någon möjlighet att kontrollera att det verkligen är den vårdsökande som fick numret ursprungligen. Det är även svårt för vårdpersonal att säkerställa om den vårdsökande är papperslös och därmed har rätt till subventionerad vård (Statskontoret, 2015). Enligt Socialstyrelsen krävs det att en metod för identifiering av papperslösa personer utvecklas för att patientsäkerheten ska kunna upprätthållas (Socialstyrelsen, 2014).

Eftersom sjuksköterskor och administrativ personal är ingången till vård och behandling, betonar Jensen et al. (2011) att det vore relevant med vidare forskning kring hur dessa personalkategorier upplever papperslösa personers tillgång till vård.

Problemformulering

SOU och Statskontoret beräknar antalet papperslösa personer i Sverige vara mellan 10 000 och 35 000 per år. Detta är en grupp som med största sannolikhet kommer att öka i framtiden, vilket vidare skulle kunna leda till att många fler kommer att söka sig till primärvården. Forskning har visat att papperslösa personer har ett stort vårdbehov till följd av den utsatta situation de lever i. Dessa patienter söker generellt sett vård i ett senare skede än andra patienter och är därmed i sämre kondition när de kontaktar sjukvården. Det finns även flertalet andra hinder för papperslösa personer att få tillgång till vård, såsom exempelvis rädsla för myndigheter.

Trots det stora vårdbehov som forskning visat att denna patientgrupp har, begränsas deras tillgång till vård genom lagen om vård av papperslösa. I denna lag ingår det svärdefinierade begreppet ”vård som inte kan anstå” och hur begreppet tolkas av den enskilda vårdaren riskerar att bli ytterligare ett hinder för vård. Enligt Socialstyrelsen strider begreppet ”vård som inte kan anstå” mot de etiska riktlinjer som ska styra vården i Sverige. Detta är inte enbart ett stort problem i Sverige utan även i andra länder i Europa. Två år efter att lagen om vård av papperslösa implementerades saknas fortfarande tydliga riktlinjer kring vilken vård som papperslösa personer har rätt till, vilket leder till en osäkerhet i hur begreppet ska tolkas. Att tolkningen och bedömningen av vad som innefattas i begreppet lämnas till den enskilda vårdaren kan leda till ojämlig vård och kan orsaka stor stress hos personalen. Att som enskild sjuksköterska identifiera behov av vissa omvårdnadsåtgärder för en papperslös person, men att samtidigt begränsas genom lag att få utföra dessa kan bli ett etiskt dilemma. Vården av papperslösa personer riskerar att inte bli likvärdig och därmed inte heller rättvis. Då sjuksköterskor är ingången till vård och behandling, liksom Jensen et al. betonar, finns det behov av ökad kunskap utifrån distriktssköterskors och sjuksköterskors perspektiv gällande vården av papperslösa personer.

Syfte och delfrågeställningar

Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskors och sjuksköterskors erfarenheter av att vårda papperslösa personer inom primärvården, efter implementeringen av lagen om vård av papperslösa år 2013.

- Vilka eventuella svårigheter möter distriktssköterskor och sjuksköterskor i vården av papperslösa personer och vilka strategier används för att överkomma dessa?
- Hur tolkar distriktssköterskor och sjuksköterskor begreppet “vård som inte kan anstå”?

Metod

Design

En kvalitativ deskriptiv design med semistrukturerade intervjuer användes i den aktuella studien för att beskriva deltagarnas erfarenheter av att vårda papperslösa personer. Genom att använda en kvalitativ deskriptiv ansats, kan ett fenomenets olika dimensioner och betydelser studeras. Inom kvalitativ forskning erhålls data i form av narrativa beskrivningar. Detta kan ske i form av samtal med deltagare, där tillgång fås till deltagarens upplevelser och erfarenheter av det aktuella ämnet utifrån den egna berättelsen. Genom att använda semistrukturerade intervjuer ges en möjlighet till en mer öppen och fri dialog mellan intervjuaren och deltagaren, där deltagaren ges möjlighet att med egna ord dela med sig av sin berättelse (Polit & Beck, 2012). I den aktuella studien genomfördes semistrukturerade intervjuer både ansikte mot ansikte och via telefon.

Urval

Deltagarna inkluderades utifrån kriteriet att de skulle ha vårdat en papperslös person inom primärvården vid minst ett tillfälle, för att säkerställa att deltagarna var personer med erfarenhet av det aktuella ämnet för studien (Polit & Beck, 2012). Den initiala avsikten med studien var att genomföra ett strategiskt urval där deltagarna hade en stor variation av erfarenhet av att vårda papperslösa personer. Då det visade sig mycket svårt att hitta deltagare som hade möjlighet att delta i studien, kunde inte ett medvetet strategiskt urval göras. Istället gjordes urvalet utifrån en form av *convenience sampling* (Polit & Beck, 2012), där de deltagare som meddelade sitt intresse av att delta i studien, och som stämde in på inklusionskriteriet, inkluderades i studien.

Sex av de tillfrågade distrikts- och sjuksköterskorna deltog i studien, varav fyra var sjuksköterskor och två var distriktssköterskor. Två av deltagarna arbetade på offentliga vårdcentraler i Stockholmsområdet, två arbetade på offentliga vårdcentraler i Göteborg och de resterande två arbetade på privata vårdcentraler i Göteborg. Deltagarna var samtliga kvinnor, mellan 29 och 63 år. Tiden som de varit yrkesverksamma inom primärvården varierade mellan 10 månader och 13 år. Erfarenheten av att vårda papperslösa personer varierade från att enbart ha vårdat en och samma person vid ett antal tillfällen, till att i princip dagligen möta papperslösa personer i sitt yrke.

Datainsamling

I ett första skede kontaktades vårdcentraler i Göteborgsområdet via e-post, i vilket ett särskilt informationsbrev från institutionen samt en Forskningspersonsinformation bifogades (bilaga 1). De ombads att vidarebefordra Forskningspersonsinformationen till den aktuella vårdcentralens distriktssköterskor. Distriktssköterskorna ombads vidare att anmäla sitt intresse av att delta i studien till respektive vårdcentraler. Sju vårdcentraler meddelade via e-post att de av olika anledningar inte hade möjlighet att delta i studien. Efter cirka en vecka togs ny kontakt via telefon med resterande vårdcentraler för att inhämta muntligt godkännande för att genomföra studien samt för att undersöka intresset för deltagande. Av de resterande 19

vårdcentralsscheferna kunde två inte nås per telefon. Sex vårdcentralsschefer tackade i telefon av olika anledningar nej till att delta i studien. I fyra fall gavs godkännande av chefen att direkt kontakt togs med de distriktssköterskor som kunde vara aktuella för studien. Varje potentiell deltagare kontaktades personligen via telefon, för muntligt godkännande av att delta i studien samt för att boka in tid för intervjun. En distriktssköterska tackade på detta sätt ja till att delta i studien.

För att kunna finna fler deltagare till studien, gjordes valet att även inkludera sjuksköterskor i studien samt att utvidga till att även inkludera privata vårdcentraler i Göteborgsområdet. Därför kontaktades vårdcentralsscheferna vid 21 privata vårdcentraler via e-post, med samma skriftliga information som tidigare. En vårdcentralsschef meddelade via e-post att de inte hade möjlighet att delta i studien. Efter ytterligare cirka en vecka försöktes övriga kontaktas via telefon. Fyra vårdcentralsschefer kunde dock inte nås. 13 vårdcentralsschefer tackade i telefon av olika anledningar nej till att delta i studien. De tre resterande cheferna gav sitt godkännande att direkt kontakt togs med de distriktssköterskor och sjuksköterskor som kunde vara aktuella för studien. På samma sätt som tidigare kontaktades de potentiella deltagarna personligen via telefon, för muntligt godkännande av att delta i studien samt för att boka in tid för intervjun. På detta sätt tackade en sjuksköterska ja till att delta i studien. I ett fall kontaktades en distriktssköterska direkt via telefon och gav sitt muntliga samtycke till att delta i studien, varefter godkännande inhämtades från vårdcentralsschefen. Efter att sjuksköterskor inkluderats i studien, togs dessutom ny kontakt med en vårdcentralsschef vid en offentlig vårdcentral, där en sjuksköterska vid tidigare kontakt visat sitt intresse av att delta. Denna sjuksköterska tackade därefter ja till att delta i studien.

I detta skede togs kontakt med en sjuksköterska som arbetat med papperslösa personer inom organisationen Röda Korset. Via e-post erhöles kontaktuppgifter till två personer som kunde vara aktuella för studien. Dessa två kontaktades via telefon, men då de inte vårdat papperslösa personer inom primärvården kunde de inte medverka i studien.

Slutligen gjordes valet att även inkludera vårdcentraler i Stockholmsområdet. Initialt togs kontakt, via telefon, med fyra vårdcentralsschefer varav samtliga gav sitt muntliga godkännande till att studien genomfördes. Därefter skickades samma skriftliga information som tidigare via e-post för vidarebefordring till aktuella distriktssköterskor och sjuksköterskor. En vårdcentralsschef kunde inte kontaktas via telefon och fick därför enbart denna skriftliga information. Tre dagar senare togs åter kontakt med de fyra vårdcentralsscheferna för att undersöka intresset för deltagande. Två sjuksköterskor vid två offentliga vårdcentraler meddelade därefter via telefon sitt intresse av att delta i studien och tid för intervju bokades in. Deltagarna tillfrågades om att genomföra intervjun via Skype, men tackade nej på grund av tekniska svårigheter. Telefonintervju valdes därför att användas som metod i dessa två fall, då det inte fanns möjlighet att genomföra intervjuer ansikte mot ansikte med deltagarna i Stockholmsområdet.

Förberedelser samt genomförande av intervjuerna

Utifrån Gillham och Jamison Gromark (2008) utformades en intervjuguide, med ett antal öppna frågor, vilken användes som stöd under samtliga intervjuer (bilaga 2). Intervjuguiden utvärderades genom att en provintervju genomfördes med en fiktiv deltagare, varefter ett antal mindre justeringar gjordes. Inför varje intervju säkerställdes att de två mobiltelefoner som skulle användas för ljudinspelning var fulladdade. I de fall där intervjuerna genomfördes ansikte mot ansikte, säkerställdes att intervjun gjordes i ett lugnt och avskilt rum, där

deltagaren kunde känna sig fri att tala öppet om ämnet (Gillham & Jamison Gromark, 2008). I de två fall där telefonintervjuer gjordes, lades stor vikt vid säkerställande av att den överenskomna tiden för intervjun passade deltagaren och ett förberedande samtal genomfördes innan intervjun påbörjades. I dessa två fall valde deltagarna att genomföra intervjun i ett avskilt rum på respektive arbetsplats.

Varje deltagare förbereddes genom att informeras om att intervjun skulle komma att spelas in samt genom ett förtydligande av vem som var intervjuare respektive bisittare och deras inbördes roller under intervjun. Innan intervjun påbörjades repeterades studiens syfte för deltagaren, ungefärlig tidsåtgång för intervjun samt betonades även deltagarens rätt att när som helst avbryta sitt deltagande i studien (Gillham & Jamison Gromark, 2008).

Under två veckor genomfördes enskilda semistrukturerade intervjuer, på cirka 30 minuter, under arbetstid för deltagarna på deras respektive arbetsplats. I ett fall genomfördes intervjun, av praktiska skäl, efter arbetstid i deltagarens hem. Vid intervjutillfället närvarade en intervjuare och en bisittare. Intervjuerna spelades in via två mobiltelefoners ljudinspelning, för att inte riskera att något intervjumaterial skulle gå förlorat. Intervjuerna skrevs därefter ut ordagrant av författarna.

Dataanalys

Kvalitativ innehållsanalys, med induktiv ansats, användes som metod för att analysera materialet. Enligt Sandelowski (2000) är innehållsanalys den metod som är att föredra för att analysera och tolka insamlad data i kvalitativa deskriptiva studier. Även Graneheim och Lundman (2004) uttrycker att inom omvårdnadsforskning är kvalitativ innehållsanalys en flexibel analysmetod genom vilken tolkning av data, i detta fall intervjuer, kan ske på olika djup. En tolkning av texten genomfördes under hela analysen. De transkriberade intervjuerna lästes igenom flera gånger i sin helhet och därefter togs meningsbärande enheter ut som svarade upp till studiens syfte och dess delfrågeställningar (Graneheim & Lundman, 2004). Därefter kondenserades de meningsbärande enheterna på ett sådant sätt att innehållets kärna behölls. Varje sådan kondenserad meningsbärande enhet tilldelades en kod. De funna koderna jämfördes och tolkades. Kodernas likheter och skillnader diskuterades och efter vidare reflektion utformades fjorton underkategorier, vilka koderna sorterades in under. Underkategorierna sattes samman till fyra kategorier och ett övergripande tema formades (Graneheim & Lundman, 2004).

Forskningsetiska överväganden

I detta arbete grundar sig de etiska kraven på de forskningsetiska principer som Vetenskapsrådet (u.å.) tagit fram gällande forskning som involverar människor. Då detta är ett arbete inom ramen för högskoleutbildning har ingen etikprövning gjorts, då detta inte krävs enligt lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460).

Det grundläggande *individskyddskravet* innebär att en individ som deltar i ett forskningsprojekt har rätt till att skyddas från psykisk och fysisk skada samt att få bevara sin integritet. Polit och Beck (2012) beskriver att forskaren kan säkerställa att deltagarna skyddas genom att forskaren genomför en risk/nytta analys. Genom en sådan kan det säkerställas att fördelarna för deltagaren med att delta i en studie är på jämställd nivå som förlusterna, samt

att eventuella risker för deltagarna inte överstiger nyttan av den nya kunskap som studien ger. Individskyddskravet innefattar fyra huvudkrav på forskningen; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, u.å.).

Risk/nytta analys

De fördelar som kunde identifieras för deltagarna att delta i studien var en möjlighet att göra sin röst hörd samt att få diskutera ett aktuellt ämne. Möjliga förluster var i form av förlorad tid från arbetet. Inga direkta risker kunde identifieras för deltagarna att delta i studien. Det ansågs dock tänkbart att ämnen som kunde upplevas som känsliga kunde komma att beröras under intervjun. I den skriftliga informationen till deltagarna betonades dock att deltagaren själv styr vad och hur mycket hen vill berätta, för att på så sätt bevara deltagarnas integritet. Nyttan med kunskap kring distrikts- och sjuksköterskors erfarenheter av att vårda papperslösa personer inom primärvården bedömdes överväga eventuella risker för deltagarna att känna sig obekväma i intervjusituationen.

Informationskravet

Informationskravet har tillgodosetts genom att verksamhetscheferna först informerades angående studien via e-post och därefter gav de muntligt tillstånd, via telefon, att genomföra studien. Deltagarna informerades först skriftligt via e-post och därefter muntligt, förutom i ett fall där deltagaren först fick muntlig information via telefon och därefter skriftlig information via e-post. I den skriftliga informationen inkluderades även information om vart deltagarna kunde vända sig vid frågor och funderingar kring studien. Deltagarna informerades om att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande i studien utan att förklara varför.

Samtyckeskravet

Muntligt samtycke till att delta i studien inhämtades från samtliga deltagare innan intervjuerna påbörjades. Innan intervjun upprepades deltagarens rätt att när som helst avbryta intervjun utan att vidare behöva ge någon förklaring till detta.

Konfidentialitetskravet

Innan genomförandet av intervjun tilldelades varje deltagare ett kodnummer för att på så sätt oidentifieras. Kodlistan förvarades i låst utrymme under arbetet med studien. Ljudfiler och datamaterial förvarades på ett säkert sätt. Efter genomförd och av examinator godkänd studie raderades samtligt inhämtat material.

Nyttjandekravet

Nyttjandekravet tillgodosågs genom att enbart de ansvariga för studien hade tillgång till datamaterialet och ingen obehörig kunde få tillgång till detta. Deltagarna informerades om att materialet enbart skulle användas till ett examensarbete på avancerad nivå vid Göteborgs Universitet.

Resultat

Genom analys av materialet identifierades fjorton underkategorier och fyra kategorier samt ett övergripande tema formades. I tabell 1 nedan åskådliggörs sambandet mellan tema, kategorier och underkategorier.

Tabell 1. Översikt över tema, kategorier och underkategorier

Tema	EN VILJA ATT MÖJLIGGÖRA JÄMLIK VÅRD FÖR INDIVIDEN TROTS EXISTERANDE BEGRÄNSNINGAR			
Kategori	ERFARENHETER KRING VÅRDEN AV PAPPERSLÖSA PERSONER	SVÅRIGHETER SOM PÅVERKAR VÅRDEN	TILLVÄGAGÅNGS-SÄTT FÖR ATT UNDERLÄTTA VÅRDEN	VÅRD SOM INTE KAN ANSTÅ
Under-kategori	Positiva erfarenheter relaterat till mötet med individen Positiva erfarenheter relaterat till organisationen En känsla av otillräcklighet Negativa erfarenheter kring individens situation	Papperslösa personers hinder för vård Bristande riktlinjer Svårigheter kring remittering och uppföljning Skillnader mellan vårdcentraler	Tillgängliga tolkar Lokala rutiner Dokumentation av vården Uppföljning av vården	Tolkning av begreppet och konsekvenser för vården av papperslösa personer Sätt att underlätta bedömning av vård utifrån begreppet

En vilja att möjliggöra jämlik vård för individen trots existerande begränsningar

Samtliga deltagare beskrev en vilja att hjälpa den unika individen, men att det ibland var svårt att veta på vilket sätt detta skulle göras, utifrån de begränsningar som begreppet ”vård som inte kan anstå” satte. Ytterligare begränsningar var den specifika situation som den papperslösa personen befann sig i och de hinder för god vård som denna situation skapade. Deltagarna uttryckte en vilja att ge jämlik vård, där papperslösa personer hade rätt till samma vård som alla andra.

Erfarenheter kring vården av papperslösa personer

Såväl positiva som negativa erfarenheter av att vårda papperslösa personer beskrevs. Bland de positiva erfarenheterna fanns erfarenheter från mötet med individen samt hur organisationen såg ut runt omkring deltagaren. De negativa erfarenheterna kretsade kring de papperslösa personernas situation och en känsla av att inte räcka till i vården av individen.

Positiva erfarenheter relaterat till mötet med individen

Mötet med en papperslös person sågs som ett roligt och positivt möte bland distrikts- och sjuksköterskorna, med en möjlighet att ta del av en annan kultur och att möta någon med andra förutsättningar än sig själv. Det ansågs inte vara någon skillnad mellan att vårda en papperslös person och vilken annan patient som helst. I de fall när de papperslösa personerna kunde göra sig förstådda på svenska upplevdes det positivt att kunna vårda utan tolk.

Lite spännande tycker jag också ... ett kulturmöte är ju det med en människa med en helt annan bakgrund och som har fått helt andra förutsättningar än vad vi har fått som arbetar på vårdcentralen där jag är. Så att roligt, nyfiken, intressant, spännande tycker jag. (Deltagare 2)

Positiva erfarenheter relaterade till organisationen

De utarbetade rutiner som fanns på arbetsplatsen gav förutsättningar för att kunna bedriva jämlik vård, något som ansågs vara mycket positivt. I de fall när det fanns tydliga lokala rutiner upplevde distrikts- och sjuksköterskorna en trygghet i hur vården av papperslösa personer skulle bedrivas.

Det kändes väldigt positivt att vi liksom var här för att hjälpa alla som behövde hjälp. Och så har vi ju alltid försökt jobba här. Och det är ju vårans ledning som är på det sättet och det känns jätteskönt. (Deltagare 1)

En känsla av otillräcklighet

Det uttrycktes en uppgivenhet bland distrikts- och sjuksköterskorna över att inte kunna förmå de papperslösa personerna att söka vård, trots behov. Konflikten mellan att känna en vilja att hjälpa den papperslösa personen och vetskapen om att individen inte söker vård, skapade en känsla av otillräcklighet.

Det finns mycket som man vill hjälpa till med men det läget som är, det råder. Och så är det ju. Vi kan inte påverka det så mycket tror jag. (Deltagare 4)

Det upplevdes vidare som känslomässigt påfrestande av distrikts- och sjuksköterskorna att inte veta om de remitterade papperslösa personerna skulle få den vård de har rätt till.

Ibland när jag behöver hänvisa nån så brukar jag känna mig osäker på om de kommer få hjälp och om de kommer få tolk som de har rätt till ... det tycker jag är jobbigt ibland och ibland har jag svårt att släppa det eller känna mig säker på att det har gått bra. (Deltagare 5)

Negativa erfarenheter kring individens situation

I de fall när papperslösa personer som tidigare sökt vård på vårdcentralen inte längre kunde kontaktas, trots försök från distrikts- eller sjuksköterskans sida, uttrycktes en känsla av oro för individen som var försvunnen. Det fanns en empati för den enskilda individen och ett inläggande för hur det kan vara att befinna sig i en så utsatt situation, som papperslösa personer gör i Sverige, samt den rädsla situationen för med sig.

Helt plötsligt försvinner de bara. Det är lite otäck, det tycker jag är otäck. (Deltagare 4)

Kravet på ett giltigt personnummer och ett sätt att legitimera sig för att få tillgång till samma vård som övriga personer i befolkningen upplevdes frustrerande. Även papperslösa personers livssituation och upplevelsen av att inte kunna hjälpa dem, framförallt då barn var involverade, orsakade en känsla av frustration.

Jag tycker inte att ett papper skulle få avgöra om en människa har rätt till vård och god hälsa. Det tycker jag är helt absurt. (Deltagare 5)

Svårigheter som påverkar vården

De svårigheter som distrikts- och sjuksköterskorna ansåg påverka den vård som ges till papperslösa personer var dels relaterade till de papperslösa personerna själva och dels relaterade till den enskilda arbetsplatsen och primärvården i stort.

Papperslösa personers hinder för vård

Papperslösa personers egen rädsla upplevdes försvåra tillgången till vård. Erfarenheten var att papperslösa personer håller sig gömda och att många inte söker vård förrän de verkligen måste. På grund av rädsla för polisen, Migrationsverket samt i vissa fall även för primärvården upplevdes inte papperslösa personer ha tillgång till den vård de har rätt till. Det beskrevs att vid besök inom sjukvården kan den papperslösa personen vara tvungen att möta ett flertal olika personer ur personalen samt i väntrummet och därigenom uppleva sig mer utsatta för att bli upptäckta och gripna av polisen. Erfarenheten var att de papperslösa personerna på grund av denna rädsla i många fall inte söker vård förrän de blivit svårt sjuka.

En ytterligare begränsning för de papperslösa personernas tillgång till vård upplevdes vara språksvårigheter vilket kan försvåra såväl möjligheten att få vård som att söka vård. Det uttrycktes även att språksvårigheter kan försvåra papperslösa personers möjligheter till att få kunskap om deras lagliga rättigheter till vård samt att papperslösa personer kan ha svårt att försvara dessa rättigheter. Den situation papperslösa personer befinner sig i sätter även ekonomiska hinder för tillgång till vård, då papperslösa personer ofta saknar inkomst och inte har möjlighet att betala de 50 kronor ett läkarbesök kostar.

De kommer inte till primärvården de gömda och papperslösa ... även fast de har rätt till det, så gör de inte det. För att man är rädd, man är fruktansvärt rädd. (Deltagare 4)

Bristande riktlinjer

Distrikts- och sjuksköterskor i studien beskrev att bristen på nationella riktlinjer för hur vård av papperslösa personer ska bedrivas orsakade en osäkerhet kring vilken vård som skulle ges. På de vårdcentraler i studien där papperslösa personer sällan sökte vård saknades utvecklade lokala rutiner för vården av denna patientgrupp. Det uttrycktes att behovet av att utveckla rutiner troligtvis hade ökat om ett större antal papperslösa personer hade vårdats på den aktuella vårdcentralen.

Vi funderade lite ... innan vi tog emot dem allra första gången hur vi skulle göra ... hur gör man det rätt liksom? Eftersom det utifrån vår erfarenhet då inte fanns så tydliga riktlinjer. Vad ska man göra, vad ska man inte göra? (Deltagare 2)

Svårigheter kring remittering och uppföljning

Det framkom att distrikts- och sjuksköterskorna hade erfarenhet av stora svårigheter gällande både remittering och uppföljning i vården av papperslösa personer. Remisser som skickades till framförallt specialistsjukvården gällande papperslösa personer återsändes i vissa fall, då specialistsjukvården inte tar emot en del remisser gällande denna patientgrupp.

Vidare fanns erfarenhet av att papperslösa personer ofta saknar en fast adress. Konsekvensen av detta beskrevs orsaka svårigheter med uppföljningen av dessa patienters vård. Erfarenheten hos distrikts- och sjuksköterskorna var att uppföljning via såväl brev som telefon kunde vara problematiskt, då telefonnummer kunde vara ur bruk när individen försöktes nås. Svårigheten att kontakta papperslösa personer gjorde det även svårt att veta om de skulle komma på behövda återbesök. I de fall när det enbart arbetades utifrån en drop-in-mottagning uttrycktes en osäkerhet kring att veta hur många papperslösa personer som skulle återkomma, då de inte kunde få en bokad tid. Uppföljning av patientens vård försvårades även av att denne sökte vård på olika vårdcentraler och att det därför blev oklart vilken vård hen fått.

Det som jag upplever när det handlar om papperslösa, är väl att många har mycket sociala problem, och många kanske inte har en fast adress utan flyttar runt och då kan det vara svårt med kontinuitet till exempel. (Deltagare 5)

Skillnader mellan vårdcentraler

Det framkom att rutiner kring dokumentation av vården av papperslösa personer skiljde sig mellan olika vårdcentraler i studien. Rutiner för dokumentation av papperslösa personers besök på vårdcentralerna bestod i att patienten gavs ett reservnummer, i vilket de fyra sista siffrorna i personnumret ersattes på olika sätt. På vilket sätt siffrorna ersattes skilde sig åt mellan de olika vårdcentralerna i studien. Det fanns erfarenhet av att den papperslösa personen vid besök på en annan vårdcentral ofta gavs ett nytt reservnummer, vilket försvårade kontinuiteten i vården. Detta ansågs vara ett systemfel som inte borde förekomma och som riskerade att försämra patientsäkerheten. Även vården av papperslösa personer varierade mellan olika vårdcentraler. Enligt distrikts- och sjuksköterskorna berodde detta på att tolkning av lagen lämnades till den enskilda vårdgivaren, vilket ansågs kunna leda till ojämlig vård.

Kan ju hända att hon hade gått till grannvårdcentralen och fått en annan tolkning och då är det ju "bad luck" för henne liksom. (Deltagare 2)

Tillvägagångssätt för att underlätta vården

Tydliga lokala rutiner kring både dokumentation, uppföljning och hur vården skulle bedrivas i stort underlättade för distrikts- och sjuksköterskorna i vården av papperslösa personer. Även tillgång till tolkar framhölls som ett sätt att underlätta vården.

Tillgängliga tolkar

Distrikts- och sjuksköterskorna i studien ansåg att tillgång till tolk underlättade vården av papperslösa personer då språket annars hade kunnat bli ett hinder för god vård. Fastanställda tolkar på vårdcentralen sågs som en stor fördel, men på de vårdcentraler där fastanställda tolkar saknades utnyttjades möjligheten till telefontolk eller tolk via en tolkförmedling för att kunna bedriva jämlik vård. På flera av vårdcentralerna i studien rekommenderades tolk till alla papperslösa personer, åtminstone vid det första besöket.

Nu har vi ju tolkar som är fastanställda här, så klart att är det nåt av de språken så är det ju inga problem, då tar vi ju våra befintliga tolkar och pratar med dem. Annars ordnar vi ju alltid telefontolk med de språken som vi inte har på plats. (Deltagare 1)

Lokala rutiner

På flera vårdcentraler som tog emot ett stort antal papperslösa personer, hade ledningen beslutat att denna patientgrupp har rätt till samma vård som andra patienter. Distrikts- och sjuksköterskorna som arbetade på sådana vårdcentraler uttryckte att detta sannolikt underlättade för dem i deras möte med papperslösa personer. Det uttrycktes att vård av papperslösa personer inte hade upplevts som något problem, då dessa lokala rutiner var kända bland personalen och all vårdpersonal arbetade på likadant sätt. Även på de vårdcentraler där det inte fanns tydliga rutiner fanns en kunskap hos distrikts- och sjuksköterskorna om var aktuell information kunde inhämtas. Dessutom fanns oskrivna rutiner vilka innebar att distrikts- och sjuksköterskorna, med stöd av ledningen, kunde vara frikostiga med den vård som gavs.

Våran vårdcentral har ju vart bra med det, det har ju inte känts som nåt problem för oss. I och med att vi har haft stödet, att vi ska jobba på detta sättet. Då har det ju vart mycket enklare. (Deltagare 1)

För att kunna erbjuda vård till papperslösa personer utifrån deras specifika förutsättningar hade flera vårdcentraler i studien utvecklat egna rutiner. En sådan rutin var att patienter med språksvårigheter gavs möjlighet att boka en tid direkt i receptionen, vilket underlättade såväl för personalen som för patienten. På en annan vårdcentral, där ett stort antal papperslösa personer vårdades, arbetades det enbart utifrån en drop-in-mottagning. Detta system uttrycktes fungera väl för denna patientgrupp, då erfarenheten var att papperslösa personer sällan ringde till vårdcentralen för att boka en tid.

Om man har svårt att prata i telefon, kan vara språk, eller det kan vara andra orsaker. Då kommer man hit upp för att boka tid. (Deltagare 3)

Dokumentation av vården

Tydliga rutiner kring dokumentation skapade en trygghet hos distrikts- och sjuksköterskorna i hur de skulle dokumentera den vård som gavs. Systemet med reservnummer ansågs vara ett användbart sätt att kunna skapa en journal. I flera fall skapades en sammanhållen journal vilket gav möjlighet att skapa en överblick över vilken vård den enskilda individen fått.

Vi skriver ju in dem precis som vanligt, när de inte har de fyra sista siffrorna. Man måste ju ha en dokumentation även om de är papperslösa, det måste de ju ha en journal.
(Deltagare 1)

En rädsla för att avslöja var den papperslösa personen befann sig och på så sätt riskera att denne skulle komma att utvisas ur landet gjorde att distrikts- och sjuksköterskorna i vissa fall inte dokumenterade något vid besöket. Detta skedde på de vårdcentraler i studien där få papperslösa personer vårdades och där lokala rutiner kring dokumentation därmed saknades.

Det var inget som registrerades på vårdcentralen på nåt sätt då, utan det skötte vi lite "off record" på nåt sätt. (Deltagare 2)

Det uttrycktes en ovisshet bland distrikts- och sjuksköterskorna om remitterade patienter skulle få den vård de har rätt till då de sökte vård på andra instanser. Genom att skriva en slags inofficiell remiss, som skickades med den papperslösa personen, upplevdes en större trygghet i att patienten fick tillgång till vård. På remissen stod att en bedömning av patientens vårdbehov gjorts samt gavs en beskrivning av patientens rättigheter till vård.

Uppföljning av vården

Flera strategier för att få papperslösa personer att komma på uppföljande besök beskrevs av distrikts- och sjuksköterskorna. Genom att ge den papperslösa personen en ny tid vid det aktuella besöket ökade sannolikheten för att hen skulle komma på det planerade återbesöket. I de fall där språket satte hinder eller då den papperslösa personen inte hade en egen telefon upplevdes det positivt att ta hjälp av anhöriga för att få kontakt. Det uttrycktes att papperslösa personers rädsla för myndigheter kunde medföra svårigheter i att komma i kontakt med de papperslösa personerna via telefon. För att underlätta kontakten fanns en strategi att inte kontakta papperslösa personer via ett skyddat nummer.

Då försöker vi ringa från en telefon som har ett telefonnummer, så att det kommer fram till dem, för de svarar inte på hemliga nummer. (Deltagare 4)

En sätt att skapa trygghet för distrikts- och sjuksköterskorna, i uppföljningen av de papperslösa personerna, var genom att be individen om tillstånd att få kontakta hen via telefon för ett uppföljande samtal. Uppföljning beskrevs även kunna ske via BVC, som därmed kunde följa upp hela familjen. Även den papperslösa personens eget ansvar för uppföljning, om behov av sådan fanns, betonades.

Men då brukar vi säga att vi kommer höra av oss, om du inte hört nånting, ring oss då.
(Deltagare 3)

Vård som inte kan anstå

Bedömning av vård utifrån begreppet ”vård som inte kan anstå” samt tolkning av begreppet beskrevs som svårt, men det framkom samtidigt att det fanns verktyg för att underlätta bedömningen i praktiken. Distrikts- och sjuksköterskorna kände sig trygga med att i många fall kunna göra en egen bedömning av begreppet. En sjuksköterska menade dock att det alltid bör vara en läkare som bedömer vad som är vård som inte kan anstå.

Tolkning av begreppet och konsekvenser för vården av papperslösa personer

Begreppet ”vård som inte kan anstå” ansågs svårt att tolka och beskrevs som otydligt i sin utformning. En sjuksköterska beskrev det på följande sätt:

Alltså lagen säger ju att vi ska ge vård som inte kan anstå. Men vad är det? Alltså, det är ju en sån där luddig sak. (Deltagare 3)

Tolkningen av begreppet i praktiken varierade bland distrikts- och sjuksköterskorna. Skilda tolkningar som framkom var att begreppet ansågs syfta på sådana tillstånd som kan komma att förvärras om vård inte ges, liksom att det syftade på vilka tillstånd eller besvär det än var som den papperslösa personen sökte vård för. Vård som inte kan anstå ansågs inte enbart definieras som akuta problem utan ansågs även vara sådana tillstånd som skulle medföra större svårigheter i individens dagliga liv.

Och vad kan inte anstå? Ja, allting som försämrar för dig om du inte får hjälp idag. Det behöver inte leda till döden. (Deltagare 3)

Det första man tänker är ju att det är akuta saker, riktigt akuta grejer. Men det behöver det ju kanske inte vara heller, det behöver ju inte va saker som man riskerar att dö utav. Utan att det är sånt som ger en ganska så stora problem i tillvaron. (Deltagare 6)

Det ansågs enklare att i teorin kunna ta ställning i sakfrågor, men att svårigheten i tolkningen av begreppet uppkommer då det uppstår en relation med den enskilda patienten. Vidare uttrycktes människans komplexitet försvåra tolkningen av begreppet. Distrikts- och sjuksköterskorna upplevde även en osäkerhet i att tolkningen lämnas till den enskilda vårdgivaren.

Det är lättare när det är en pappersprodukt att ta ställning i sakfrågor, svart och vitt och ja och nej liksom. Men när det blir levande människor och individer som man sitter mitt emot då är det ännu svårare. (Deltagare 2)

Distrikts- och sjuksköterskorna beskrev svårigheter i att bedöma var gränsen går för vad som är vård som inte kan anstå. Det upplevdes enkelt att göra en bedömning i de fall när patientens symtom var uppenbart akuta, men svårare när det var ett gränsfall till friskvård. Distrikts- och sjuksköterskorna beskrev på olika sätt svårigheter i tolkning av begreppet i förhållande till tidsaspekter. Det framhölls att det finns tillstånd som inte nödvändigtvis kräver vård för stunden, men att dessa kan komma att kräva vård i framtiden. Vidare uttrycktes att vård i många fall kan anstå en kortare tidsperiod, men att konsekvenserna kan bli omfattande om det avvaktas med vissa vårdåtgärder. Det uttrycktes att det fanns en svårighet i detta, då en för lång väntan kunde innebära att patienten får behov av akut hjälp i framtiden. Det ansågs därmed vara en fördel för patienten att få vård i det initiala skedet.

Det är lätt om det är tydligt att det är en riktigt kraftig infektion som behöver antibiotika, annars så reder man inte upp det. Ja, då är det vård som inte kan anstå, men det är svårt. (Deltagare 2)

Vård kring övervikt då till exempel, remiss till dietist, det skulle ju kunna vänta. I förlängningen vad vinner man på det om hon får diabetes eller knäproblem, då kan det kanske inte vänta så mycket längre. Vad vann man då på att inte ge henne hjälp i första hand. (Deltagare 5)

En ytterligare tidsaspekt som framkom i studien var när vården skulle avbrytas. Ett svårsläkt sår kan kräva ett stort antal besök och det upplevdes svårt att få insyn i den papperslösa personens möjlighet till egenvård. Därmed uttrycktes en svårighet i att bedöma när vården inte längre kunde betraktas som att inte kunna anstå. I många fall fanns en ovisshet kring hur länge den papperslösa personen skulle befinna sig på den aktuella orten, vilket upplevdes komplicera bedömningen av vilken vård som skulle ges utifrån begreppet.

Man vet ju inte hur länge de är här heller och för hur länge, så att det är ju svårt att säga vilket som kan anstå och inte kan anstå. (Deltagare 1)

Distrikts- och sjuksköterskorna betonade vikten av att skapa tillgänglighet till vård för de papperslösa personerna, då det fanns erfarenhet av att de symtom den papperslösa personen sökte vård för initialt orsakades av allvarigare underliggande sjukdomar.

Man vet inte riktigt vad de söker för ... klarheten kanske inte kommer förrän de är hos doktorn, vad de egentligen behöver hjälp med. (Deltagare 1)

Sätt att underlätta bedömning av vård utifrån begreppet

Det upplevdes som en trygghet att få diskutera med sina kollegor om vilken vård som ingår i begreppet ”vård som inte kan anstå”. Diskussioner kunde föras mellan all personal på de olika vårdcentralerna och i flera fall hade ett gemensamt ställningstagande tagits kring vilken vård som skulle ges till papperslösa personer.

Det var en av läkarna och jag som diskuterade ... det kändes gott att få råda i det tillsammans. (Deltagare 2)

Det fanns en trygghet hos vissa av distrikts- och sjuksköterskorna att göra en egen bedömning av vad som var vård som inte kan anstå, medan en av sjuksköterskorna ansåg att enbart läkare och andra specialister hade kompetensen att avgöra vilken vård som skulle ges. En upplevelse av att inneha en expertkunskap medförde en ytterligare trygghet i att kunna göra egna bedömningar. Papperslösa personers inflytande över vilken vård som inte kan anstå ansågs underrepresenterat samt något som behövde förbättras.

Jag har ju inga verktyg till att utreda, jag kan ju inte ta en massa blodprover hit och dit och göra massa saker och sen utreda och säga ja, nej, tyvärr det här tar vi inte emot. Utan det är ju liksom doktorn som gör det. (Deltagare 4)

Om det gäller ... en såromläggning, så är det ju jag som distriktssköterska som är mer expert på det än vad en doktor är och måste vara den som faktiskt bedömer. (Deltagare 6)

I de fall när papperslösa personer sökte för uttalade medicinska besvär uttrycktes en självklarhet i att den ansvarige läkaren skulle göra bedömningen om vilken vård som skulle ges. Distrikts- och sjuksköterskorna kunde då vidarebefordra information om patienten till läkaren som därefter tog det slutgiltiga beslutet.

Är det andra sjukdomar, blodtryck, diabetes, så får det ju kanske vara doktorn som gör bedömningen om vad det är som gäller. (Deltagare 6)

Diskussion

Metoddiskussion

I bakgrunden inkluderades en rapport från Statskontoret (2015) vilken ansågs ge relevant och aktuell information om hur vården av papperslösa personer ser ut i Sverige idag, något som inte fanns beskrivet i aktuell forskning. Information från denna rapport har därför använts för att beskriva den kunskap som idag finns om vårdssituationen för papperslösa personer i Sverige. Vid förberedelse av intervjuerna användes Gillham och Jamison Gromark (2008), framförallt med anledning av den tydliga och användbara intervjuguide som beskrivs. Därmed togs beslutet att använda denna referens, trots en medvetenhet om att den kan betraktas som skriven på en grundläggande nivå.

Datainsamlingen skedde i flera steg, där sökområdet efter deltagare successivt fick utökas. Under processens gång gjordes även valet att inkludera sjuksköterskor i urvalet. Enligt Polit och Beck (2012) krävs det att forskare inom kvalitativ forskning är flexibla och kreativa, liksom att forskare är anpassningsbara under datainsamlingen. Att sjuksköterskor inkluderades kan även ses som en styrka i studien, då det visade sig att det i flera fall var sjuksköterskor som hade större erfarenhet av att vårda papperslösa personer än vad distriktssköterskor hade.

Vidare var en ytterligare anpassning att två intervjuer fick genomföras i form av telefonintervjuer, då intervju ansikte mot ansikte av praktiska skäl inte var möjligt. Att dessa två intervjuer genomfördes i form av telefonintervjuer kan till viss del ha påverkat resultatet. Tystnad under intervjun ger deltagaren tid för reflektion och det är möjligt att tystnad kan upplevas som mer obekvämt under en telefonintervju än under en intervju ansikte mot ansikte. Under en telefonintervju är det möjligt att intervjuaren ställer nästa fråga så snart tystnad uppkommer. Intervjuaren går även miste om att ta del av deltagarens eventuella gester och ansiktsuttryck. Därmed är det möjligt att en del av de ledtrådar som hjälper intervjuaren att ställa relevanta följdfrågor går förlorade. Under de aktuella telefonintervjuerna omformulerades de frågor som inte ansågs ha blivit helt besvarade, för att kunna ge deltagaren möjlighet att förtydliga sitt svar. Telefonintervjuerna visade sig bli något kortare än de intervjuer som genomfördes ansikte mot ansikte.

En svaghet i studien är att antalet deltagare är relativt få och ett större antal deltagare hade gett ett större bevisvärde åt studiens resultat. Såsom tidigare nämnts, fanns stora svårigheter med att få deltagare till studien. Inom offentliga vårdcentraler i Göteborg infördes ett nytt journalsystem, under den aktuella tiden för studien, varför flera vårdcentraler valde att avböja medverkan i studien. Andra vårdcentraler hade inte möjlighet att delta på grund av att vårdcentralen vid den aktuella tidpunkten befann sig i ett skede av omorganisationer eller flytt. Det fanns inte heller erfarenhet av att vårda papperslösa personer på alla tillfrågade vårdcentraler och på en del vårdcentraler fanns enbart denna erfarenhet bland läkarna. Samtliga av dessa faktorer bedöms ha bidragit till svårigheten i att finna deltagare till studien. En del distriktssköterskor och sjuksköterskor som stämde in på inklusionskriteriet, att de hade vårdat en papperslös person vid minst ett tillfälle inom primärvården, upplevde sig inte ha tillräckligt med erfarenhet för att kunna ställa upp på en intervju. Detta kan ses som ytterligare en svaghet och kan delvis ha påverkat resultatet. Om dessa distrikts- och sjuksköterskor hade deltagit i studien, är det möjligt att resultatet hade kunnat förstärkas ytterligare, delvis genom fler individuella tolkningar kring begreppet ”vård som inte kan anstå”.

Den ursprungliga avsikten med att genomföra ett medvetet strategiskt urval för studien var, som beskrivits ovan, inte möjligt. Under datainsamlingen fanns en flexibilitet, genom vilken nya strategier att finna fler deltagare användes. Trots denna flexibilitet och trots att sökområdet efter deltagare utökades under datainsamlingens gång, skedde det slutliga urvalet utifrån en form av *convenience* sampling (Polit & Beck, 2012). Detta innebär att de deltagare som stämde in på inklusionskriteriet och som meddelade att de önskade delta i studien även var de deltagare som inkluderades. Det visade sig dock att det fanns en stor variation bland de deltagare som deltog i studien, både vad det gällde ålder, antal år som yrkesverksam inom primärvården samt erfarenhet av att vårda papperslösa personer. På så sätt kunde en varierad bild av ämnet ges (Polit & Beck, 2012) och detta ses som en styrka i studien.

I denna studie kontaktades majoriteten av vårdcentralscheferna först via e-post. Med fördel hade de istället kunnat kontaktas först via telefon, för att därefter få skriftlig information via e-post. Detta hade troligen kunnat minska antalet vårdcentralschefer som inte gav ett uttryckligt besked om huruvida studien kunde genomföras på den aktuella vårdcentralen.

Datainsamlingen och därmed studiens resultat kan ha påverkats av det faktum att författarna inte tidigare genomfört en studie med intervju som metod, vilket innebär en svaghet i studien. Allteftersom intervjuerna genomfördes, erhöles dock mer vana av att intervjua. Författarna valde att växelvis inneha rollen som intervjuare respektive bisittare, för att kunna lära av varandra. Bisittaren blev även inkluderad mot slutet av intervjun, om denne hade ytterligare följdfrågor eller eventuella oklarheter att lyfta. Under datainsamlingen genomfördes först tre intervjuer ansikte mot ansikte, innan genomförandet av de två telefonintervjuerna. Telefonintervju som metod kan anses ha fler begränsningar än en intervju ansikte mot ansikte, bland annat på grund av att intervjuaren och deltagaren endast kan utgå ifrån den muntliga kommunikationen. Av denna anledning krävs en ännu större koncentration från intervjuarens sida (Gillham & Jamison Gromark, 2008) och troligen en ännu större vana av intervju som metod. Med detta i beaktande kan det ses som en fördel att de två telefonintervjuerna genomfördes först då majoriteten av intervjuerna ansikte mot ansikte genomförts.

För att kompensera för en faktisk begränsning i författarnas erfarenhet av intervju som metod, studerades aktuell litteratur inom ämnet innan intervjuerna påbörjades. Polit och Beck (2012) nämner att det i vissa fall kan vara användbart att genomföra en provintervju, vilket också gjordes. Denna provintervju gjordes dock med en fiktiv deltagare utan sjukvårdsanknytning. Om denna provintervju istället hade genomförts med en yrkesverksam distrikts- eller sjuksköterska, med erfarenhet av det aktuella ämnet för studien, hade detta troligen gett fler insikter inför de verkliga intervjuerna. Under provintervjun kunde istället inspelningsutrustningen och förståeligheten av frågorna i intervjuguiden rent allmänt prövas. Möjlighet gavs även att undersöka om planerad tid var rimlig. Med fördel hade även ett par provintervjuer kunnat göras, för att öka kompetensen och vanan hos intervjuarna.

En styrka för studien är att en tydlig intervjuguide användes som stöd under samtliga intervjuer. Att intervjuguiden var tydlig och användbar stöds av det faktum att deltagarna gav svar på de frågor som ställdes och att studiens syfte och delfrågeställningar kunde besvaras utifrån datamaterialet. Efter genomförd intervju erhöles godkännande av samtliga deltagare att återkomma om något i intervjumaterialet var oklart. Den författare som genomförde intervjun var även den som transkriberade den. Något som kan ses som en svaghet i studien är att deltagarna efter att intervjuerna transkriberats, inte kunde ges möjlighet att läsa igenom den transkriberade intervjun. Detta bedöms dock inte ha påverkat resultatet nämnvärt. En styrka är dock att efter genomförd transkribering lyssnades hela intervjun igenom i sin helhet, varefter eventuella felaktigheter i texten korrigerades. Vikten av att säkerställa att transkriberingen

gjorts korrekt lyfts fram av Polit och Beck (2012). I ett fall kontaktades en distriktssköterska i detta skede för ett förtydligande.

Då innehållsanalys med induktiv ansats användes som analysmetod, analyserades samtliga intervjuer först efter att all data samlats in. Under hela analysprocessen fanns studiens syfte med i åtanke. Analysen av datamaterialet skedde genom att båda författarna var för sig sökte efter meningsbärande enheter, varefter en diskussion fördes om vilka enheter som var relevanta. Under hela analysprocessen fördes en ständig dialog mellan författarna, för att på så sätt uppnå en samstämmighet inför resultatet och därigenom öka studiens trovärdighet. Som indikator för en kvalitativ studies kvalitet kan begreppet trovärdighet användas som ett övergripande begrepp, i vilket begreppen pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet ingår (Graneheim & Lundman, 2004). Deltagarna i studien skilde sig åt i ålder, erfarenhet av att arbeta inom primärvården samt erfarenhet av att arbeta med papperslösa personer. Denna variation ger olika perspektiv på ämnet, vilket stärker studiens trovärdighet.

Diskussion fördes dels mellan författarna och handledaren samt mellan författarna och utomstående personer kring en preliminär tolkning av data. Även detta kan anses öka trovärdigheten och därmed studiens kvalitet. Studien kvalitetssäkrades ytterligare genom ett noggrant förarbete innan genomförandet.

En förförståelse av ett visst fenomen är oundviklig inom forskning. Särskilt framträdande är detta inom kvalitativ forskning, då forskaren skapar analysprocessen genom en tolkning av data. En självkritisk reflektion kring hur den egna förförståelsen, det vill säga personliga erfarenheter och tidigare kunskap, påverkar forskaren är av stor vikt (Polit & Beck, 2012). En av författarna till studien har erfarenhet av att vårda papperslösa personer inom en frivilligorganisation, vilket ger en förförståelse som skiljer sig från den andre författarens. Under hela arbetets gång har en medvetenhet om denna skillnad funnits med. Genom att författarna sinsemellan ständigt haft en pågående diskussion, har förförståelsens inverkan på resultatet kunnat minimeras.

Resultatdiskussion

Studien visade att det fanns såväl positiva som negativa erfarenheter av att vårda papperslösa personer inom primärvården. Det som lyftes fram som positivt var mötet med den enskilde individen och att det på de vårdcentraler där det fanns tydliga rutiner fanns en trygghet hos deltagarna hur de skulle arbeta med denna patientgrupp. De negativa aspekterna kretsade dels kring individens situation, dels kring de begränsningar som sattes av begreppet ”vård som inte kan anstå”. Trots dessa negativa aspekter fanns en underliggande känsla av att vilja hjälpa individen. Begreppet var något som genomsyrade samtliga deltagares berättelser och mer specifikt svårigheten i att tolka detta, samt hur och av vem bedömningen av vård borde göras. Att tolkningen såg olika ut på olika vårdcentraler, och därmed kunde ge upphov till ojämlig vård, var något som oroade flera av deltagarna. Även sättet att dokumentera och vilka strategier som fanns kring uppföljning av papperslösa personer varierade mellan de olika vårdcentralerna. Detta gav upphov till en oro hos deltagarna över att patientsäkerheten och förutsättningarna för att ge jämlik vård skulle försämrats.

Sverige har fått kritik för att inte helt följa FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, genom att vård på lika villkor inte erbjuds till alla som befinner sig i landet (Biswas, Toebes, Hjern, Ascher & Norredam, 2012). Begreppet ”vård som inte kan anstå” sätter begränsningar för vilken vård som kan ges till papperslösa personer. Biswas et

al. (2012) menar att många som arbetar inom vården därmed upplever ett etiskt dilemma, i vilket omsorg om individen och en vilja att vårda denne ställs mot lagar och förordningar. Detta stöder det tema som formades i den aktuella studien utifrån distrikts- och sjuksköterskornas erfarenheter av att vårda papperslösa personer: En vilja att möjliggöra jämlik vård för individen trots existerande begränsningar.

Travelbee (1971) menar att sjuksköterskan använder sig själv som redskap i vårdandet. För att kunna vårda någon på bästa sätt krävs det därför att sjuksköterskan kontinuerligt håller sig uppdaterad kring relevant forskning som berör omvårdnad. Det är även viktigt att sjuksköterskan har en insikt om de fördomar som hen tar med sig in i mötet med patienten, för att på så sätt kunna arbeta emot dessa fördomar. Enligt Gullberg och Wihlborg (2014) kan sjuksköterskors fördomar om papperslösa personer påverka bedömningen av dessa patienters vårdbehov. Det är därför viktigt att som distrikts- och sjuksköterska ha med sig en medvetenhet, kring såväl dessa möjliga fördomar som papperslösa personers utsatthet, in i det vårdande mötet med individen. Det är även viktigt att se att det är en unik människa med unika erfarenheter som är i behov av vård och inte enbart en i gruppen av papperslösa personer. Det framkom att relationen som uppstod mellan distrikts- eller sjuksköterskan och patienten medförde en vilja av att hjälpa den papperslösa personen på samma villkor som för alla andra.

Distrikts- och sjuksköterskorna i studien uttryckte en uppgivenhet över att inte kunna förmå de papperslösa personerna att söka vård, trots ett stort vårdbehov. Även tidigare forskning har visat att papperslösa personer söker vård i ett senare skede än andra patienter (Larchanché, 2012; Kuehne et al., 2015; Teunissen et al., 2015). I den aktuella studien blev det dock påtagligt vad detta konkret kan innebära för den enskilda distrikts- och sjuksköterskan, genom en känsla av otillräcklighet i sitt arbete.

Något som skulle kunna orsaka ett hinder för att utveckla en relation med den papperslösa personen är språksvårigheter (Jensen et al., 2011), men på flera vårdcentraler i den aktuella studien fanns det fastanställda tolkar som ett sätt att överbrygga detta hinder. Även om det saknas fastanställda tolkar på vårdcentralen, kan en strategi vara att boka en telefontolk direkt i receptionen. På dessa sätt kan en god kommunikation möjliggöras redan vid det första mötet, något som även Travelbee (1971) betonar vikten av. I de organisationer där det fanns en större tydlighet gällande vård till papperslösa personer fanns det en större möjlighet för deltagarna att få en fördjupad kunskap, dels om lokala rutiner, dels om hur patienten kunde få bästa möjliga vård. Behovet av tydliga rutiner och riktlinjer, för att säkerställa att papperslösa personer får tillgång till vård och för att ge klarhet för vårdpersonalen, är även en slutsats som Biswas, Kristiansen, Krasnik och Norredam (2011) drar. I och med denna tydlighet inom organisationen visade den aktuella studien att bättre förutsättningar gavs för, och underlättade skapandet av, en relation mellan distrikts- eller sjuksköterskan och den papperslösa personen. Kunskapen gjorde även att en expertroll kunde intas och att egna bedömningar kunde göras om vilken vård som skulle ges. Att ha kunskap innebär även att inse sina begränsningar och flera deltagare tog hjälp av sina kollegor för att göra en bedömning. I de fall där det var något som upplevdes ligga utanför deras expertis hänvisades patienten vidare, exempelvis till den ansvarige läkaren.

På de vårdcentraler som tog emot många papperslösa personer fanns det tydliga lokala rutiner, ofta bestående av att alla patienter har rätt till samma vård. Detta behov av tydliga rutiner skulle kunna ha uppkommit till följd av att personalen på dessa vårdcentraler möter många papperslösa personer. Generositet med vilken vård som skulle ges var något som sågs som mycket positivt hos deltagarna, eftersom de då kände sig trygga med att de hade ledningen

med sig i att ge samma vård till alla. Vetskapen om att alla har tillgång till samma vård vid en viss vårdcentral skulle kunna göra att många papperslösa personer söker sig till denna, istället för till den vårdcentral i området där de bor. I och med denna snedfördelning skulle även erfarenheten av att vårda papperslösa personer kunna bli ojämn. Detta skulle i sin tur kunna leda till en snävare tolkning av begreppet ”vård som inte kan anstå” på de vårdcentraler dit färre papperslösa personer söker sig. Om all vård av papperslösa personer på detta sätt koncentreras till några få vårdcentraler, kan utvecklingen av lokala rutiner på de övriga vårdcentralerna anses överflödig. Konsekvensen kan därmed bli att arbetet med lokala rutiner helt avstannar, eftersom behovet då inte anses finnas.

Ett hinder för vård som framkom i studien är papperslösa personers rädsla, något som även finns beskrivet i tidigare forskning (Larchan  , 2012). Att ge papperslösa personer tillgång till jämlik vård kan därför även handla om att bemöta deras möjliga misstro till vårdcentralen samt rädsla för myndigheter. Genom att skapa en lugn och s ker miljö där individen kan känna sig trygg och välkommen, kan bättre förutsättningar skapas för att hen ska söka vård så snart behovet uppstår. Ytterligare ett hinder för att söka vård som framkom i studien var papperslösa personers ekonomiska situation. En del har inte möjlighet att betala de 50 kronor ett läkarbesök kostar och de söker därför inte vård. Före lagen om vård av papperslösa fick papperslösa personer endast tillgång till akut vård och fick även betala vården själva (SFS 1982:763). Detta innebar att många papperslösa personer avstod från att söka vård (European Observatory - Läkare i Världen, 2009). Efter lagen som kom år 2013 har de rätt till subventionerad vård, men även 50 kronor kan vara en f r hög summa för en person som saknar någon form av inkomst.

Enligt Biswas et al. (2011) upplever sjuksköterskor en skyldighet att vårda alla patienter med behov oavsett om de har tillstånd att befinna sig i landet eller inte. Detta kan jämföras med resultatet av den aktuella studien i vilket distrikts- och sjuksköterskorna betonade viljan att ge samma vård till alla patienter utan undantag, snarare än skyldigheten till detta. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) har dock all vårdpersonal en skyldighet att vårda alla patienter på lika villkor. Begreppet ”vård som inte kan anstå” satte dock begränsningar för hur den önskade vården kunde bedrivas. På de vårdcentraler där det fanns en uttalad rutin om att alla patienter hade rätt till samma vård, upplevde deltagarna en stolthet över att kunna arbeta efter egna värderingar och därmed inte göra skillnad på människor. Det uttrycktes dock en oro inför att skicka patienten vidare till andra vårdcentraler, då det fanns en osäkerhet kring om patienten verkligen skulle få vård och i så fall i vilken omfattning. Denna osäkerhet kring vilken vård som skulle ges av andra instanser  r något som även beskrivs i en studie gjord bland akutsjuksköterskor i Sverige (Gullberg & Wihlborg, 2014). Det här kan ses som kärnan i studien, att tolkningen av vad som  r värd som inte kan anstå lämnas till den enskilda vårdgivaren och därigenom kan ge upphov till ojämlig vård. I studien av Biswas et al. (2011) framkom att avsaknaden av riktlinjer för papperslösa personer inom akutsjukvården innebar att individens tillgång till vård var helt beroende av den enskilda akutsjuksköterskans personliga tolkning och agerande.

Distriktssköterskors och sjuksköterskors tolkningar av begreppet ”vård som inte kan anstå” som framkom i denna studie var: ett tillstånd som förvärras om patienten inte f r vård, ett tillstånd som ger relativt stora problem i vardagen samt ett tillstånd som g r att patienten mår dåligt och därför s ker vård. På de vårdcentraler där det fanns en vana av att vårda papperslösa personer gjordes inte någon bedömning alls av begreppet. Det  r högst troligt att svårigheten i hur begreppet ska tolkas och hur bedömningen av vård utifrån begreppet ska ske, uppstår bland personal på de vårdcentraler där få papperslösa personer tas emot. Begreppet i sig kan därför stå i konflikt med jämlik vård, genom att alla människor inte har

tillgång till samma vård, vilket är även reglerat i lag (SFS 1982:763). Alla människors rätt till såväl akutsjukvård som primärvård, utifrån vad som beskrivs i artikel 12 i FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, betonas även av Björngren Cuadra (2012).

Begreppet ”vård som inte kan anstå” inbegriper flera tidsaspekter, dels genom en osäkerhet kring hur länge en behandling ska fortsätta, dels hur ett tillstånd kan förändras över tid och i ett senare skede bli något akut. Detta innebär att det finns en svårighet i att bedöma vad som faktiskt kan anstå, vilket i sin tur gör det svårt att ge exempel på vilka tillstånd och diagnoser som bör ingå i begreppet. En ytterligare tidsaspekt att ta hänsyn till är hur länge den papperslösa personen kommer att befinna sig på den aktuella orten eller i landet. Många papperslösa personer flyttar dessutom runt och det blir därför svårt att göra en långsiktig planering för deras vård. För att underlätta bedömningen av vård till papperslösa personer, utifrån tidsaspekter, skulle Sverige kunna anta liknande nationella riktlinjer som antagits i Nederländerna. Enligt Grit et al. (2012) fastställer dessa att vård alltid ska ges om det råder en oklarhet kring hur länge personen kommer att befinna sig i landet.

Mötet med en papperslös person inom vården är komplext, varför såväl positiva som negativa erfarenheter av detta finns bland distriktssköterskor och sjuksköterskor. De positiva erfarenheterna domineras av en vilja och en förmåga att hjälpa individen att uppnå god hälsa. De negativa erfarenheterna är kopplade till de begränsningar som såväl arbetsplatsens organisation som lagen om vård av papperslösa sätter. Hur väl utvecklade rutiner det finns på den aktuella arbetsplatsen påverkar på ett tydligt sätt upplevelsen av svårigheter i vården av papperslösa personer, samt vilka strategier som finns för att överkomma dessa.

Trots studiens begränsade urval, beskrivs tre väsentligt skilda tolkningar av begreppet ”vård som inte kan anstå”: ett tillstånd som förvärras om patienten inte får vård; ett tillstånd som ger relativt stora problem i vardagen samt ett tillstånd som gör att patienten mår dåligt och därför söker vård. Det är därmed troligt att vården kommer att se olika ut på olika vårdcentraler, så länge begreppet finns kvar i lagtexten och det inte finns en tydlighet kring hur det bör tolkas. Det är svårt att se hur vården skulle kunna bli jämlik utan ett förtydligande av begreppet ”vård som inte kan anstå”. Ett förtydligande av begreppet är dock svårt utifrån ett etiskt perspektiv, då det strider mot den etiska plattform som vården ska bygga på. Ett alternativ skulle kunna vara att begreppet tas bort ur lagtexten och att på så sätt ge alla patienter tillgång till samma vård utan undantag.

Genom studiens resultat tydliggörs ett behov av vidare forskning kring distriktssköterskors och sjuksköterskors tolkning av och bedömning av vård utifrån begreppet ”vård som inte kan anstå”.

Slutsats

Medvetenheten om papperslösa personers utsatthet kan påverka den enskilda distrikts- och sjuksköterskan på ett personligt plan, då en relation uppstår i mötet mellan distrikts- och sjuksköterskan och den papperslösa personen som unik individ. Genom denna relation uppkommer en vilja att hjälpa den papperslösa personen att få tillgång till jämlik vård. Utvecklingen av denna relation kan begränsas av osäkerheten kring bedömning av vård utifrån begreppet ”vård som inte kan anstå” samt en osäkerhet i hur begreppet ska tolkas. Genom denna begränsning uppkommer en risk att den papperslösa personens behov av vård och trygghet inte tillgodoses. I vården av papperslösa personer finns det ytterligare svårigheter, vilka kan hindra individen att få den vård hen har behov av. Hur väl utvecklade

rutiner det finns på den aktuella arbetsplatsen påverkar personalens upplevelse av svårigheterna samt vilka strategier som finns för att överkomma dessa. Vidare är rutiner en förutsättning för att jämlik vård till alla människor ska kunna bedrivas och för att personalen ska kunna uppleva trygghet i sitt arbete med papperslösa personer.

Studiens resultat kan användas för att skapa medvetenhet och kunskap om de praktiska svårigheter som i många fall uppstår i vården av papperslösa personer. Vidare kan resultatet användas för att ge förslag på lämpliga tillvägagångssätt för att överbrygga svårigheterna. Dessutom kan behovet av att varje enskild vårdcentral utarbetar lokala rutiner tydliggöras, oavsett hur stort antal papperslösa personer som tas emot i dagsläget. På så sätt kan den enskilda papperslösa personen erhålla bästa möjliga vård och förutsättningarna för att papperslösa personer ska få tillgång till jämlik vård kan ökas. Utifrån ett folkhälsoperspektiv är det till fördel för samhället att alla i befolkningen ges förutsättningar att kunna uppnå bästa möjliga hälsa. Därmed kan det vara av vikt för samhället att patientgrupper med ett särskilt vårdbehov, såsom papperslösa personer, ges tillgång till såväl akutsjukvård som primärvård utan restriktioner. Olika vårdenheter inom hälso- och sjukvården kan dra nytta av tydliggörandet av behovet av att varje enskild vårdcentral utarbetar lokala rutiner, för att på så sätt öka såväl patientsäkerheten i vården som tryggheten bland vårdpersonalen.

Referenslista

- Biswas, D., Toebes, B., Hjern, A., Ascher, H., & Norredam, M. (2012). Access to health care for undocumented migrants from a human rights perspective: a comparative study of Denmark, Sweden, and The Netherlands. *Health Hum Rights, 14*(2), 49-60.
- Biswas, D., Kristiansen, M., Krasnik, A., & Norredam, M. (2011). Access to healthcare and alternative health-seeking strategies among undocumented migrants in Denmark. *BMC Public Health, 11*, 560. doi: 10.1186/1471-2458-11-560
- Björngren Cuadra, C., Faculty of, H., Society, & Malmö, U. (2012). Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. *European Journal of Public Health, 22*(2), 267. doi: 10.1093/eurpub/ckr049
- Castañeda, H. (2009). Illegality as risk factor: A survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic. *Social Science & Medicine, 68*(8), 1552-1560. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.01.024
- Dorn, T., Ceelen, M., Tang, M. J., Browne, J. L., de Keijzer, K. J., Buster, M. C., & Das, K. (2011). Health care seeking among detained undocumented migrants: a cross-sectional study. *BMC Public Health, 11*, 190. doi: 10.1186/1471-2458-11-190
- Eriksson, K. (2014). *Vårdprocessen*. Stockholm: Liber.
- European Observatory - Läkare i Världen. (2009). Tillgången till vård för papperslösa i 11 europeiska länder. Retrieved 151021, from <https://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2014/01/rapport-se-final-couv.pdf>
- Gillham, B., & Jamison Gromark, E. (2008). *Forskningsintervjun: tekniker och genomförande* (Vol. 1. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today, 24*(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Grit, K., den Otter, J. J., & Spreij, A. (2012). Access to Health Care for Undocumented Migrants: A Comparative Policy Analysis of England and the Netherlands. *Journal of Health Politics, Policy & Law, 37*(1), 37-67. doi: 10.1215/03616878-1496011
- Gullberg, F., Wihlborg, M., Institutionen för hälsa, vård och samhälle, Education, Hälsa i ett tvärvetenskapligt perspektiv, Department of Health Sciences. Lund University. (2014). Nurses' experiences of encountering undocumented migrants in Swedish emergency healthcare. *International Journal of Migration, Health and Social Care, 10*(3), 148-158. doi: 10.1108/IJMHSC-08-2013-0027
- Jensen, N. K., Norredam, M., Draebel, T., Bogic, M., Priebe, S., & Krasnik, A. (2011). Providing medical care for undocumented migrants in Denmark: what are the challenges for health professionals? *BMC Health Serv Res, 11*, 154. doi: 10.1186/1472-6963-11-154
- Kuehne, A., Huschke, S., & Bullinger, M. (2015). Subjective health of undocumented migrants in Germany - a mixed methods approach. *BMC Public Health, 15*(1), 926. doi: 10.1186/s12889-015-2268-2
- Larchanché, S. (2012). Intangible obstacles: Health implications of stigmatization, structural violence, and fear among undocumented immigrants in France. *Social Science & Medicine, 74*(6), 858-863. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.08.016
- Myhrvold, T. (2010). Illegal in one's own bare body -- on undocumented migrants' state of health and need of health care. A systematic literature review [Norwegian]. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden, 30*(3), 38-43.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Prop. 2012/13:109. Hälso- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd. Retrieved from <http://www.regeringen.se/rattsdokument/proposition/2013/03/prop-201213109/>
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334-340. doi: 10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G
- SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2003:460. Lag om etikprövning av forskning som avser människor. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SFS 2008:344. Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. Stockholm: Justitiedepartementet.
- SFS 2013:407. Lag om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen. (2010). Social rapport 2010. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2014). Vård för papperslösa: Vård som inte kan anstå, dokumentation och identifiering vid vård till personer som vistas i landet utan tillstånd. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (u.å.). Etisk plattform för prioriteringar i vården. Retrieved 150921, from <http://www.socialstyrelsen.se/effektivitet/resursfordelningochprioriteringar/prioriteringarihalso-ochsjukvarden/etiskplattform>
- SOU 2011:48. Vård efter behov och på lika villkor: en mänsklig rättighet : betänkande. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer.
- Statskontoret. (2015). Vård till papperslösa - En uppföljning av lagen om vård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd. Stockholm: Statskontoret.
- Suess, A., Ruiz Pérez, I., Ruiz Azarola, A., & March Cerdà, J. C. (2014). The right of access to health care for undocumented migrants: a revision of comparative analysis in the European context. *European Journal of Public Health*, 24(5), 712-720. doi: 10.1093/eurpub/cku036
- Svenska FN-förbundet. (1976). Konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (CESCR). Retrieved 151022, from <http://www.fn.se/fn-info/vad-gor-fn/manskliga-rattigheter-och-demokrati/karnkonventionerna/konventionen-om-ekonomiska-sociala-och-kulturella-rattigheter-cescr/>
- Teunissen, E., Van Bavel, E., Van Den Driessen Mareeuw, F., Macfarlane, A., Van Weel-Baumgarten, E., Van Den Muijsenbergh, M., & Van Weel, C. (2015). Mental health problems of undocumented migrants in the Netherlands: A qualitative exploration of recognition, recording, and treatment by general practitioners. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 33(2), 82-89. doi: 10.3109/02813432.2015.1041830
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: Davis.
- United Nations Human Rights: OHCHR. (2000). CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12). Retrieved 151022, from <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/GC14.pdf>
- Vetenskapsrådet. (u.å.). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Retrieved 150921, from <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Woodward, A., Howard, N., & Wolffers, I. (2014). Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review. *Health policy and planning*, 29(7), 818.

Bilaga 1 Forskningspersonsinformation



2015-09-15

GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

Bakgrund

År 2013 kom en ny lag som ger papperslösa som vistas i Sverige rätt till ”vård som inte kan anstå”. Det är mycket svårt att uppskatta hur stor denna patientgrupp är, men den kommer med stor sannolikhet att växa. En del av dessa papperslösa patienter söker vård hos distriktssköterskan/sjuksköterskan på vårdcentralen. Tidigare forskning har visat att det finns svårigheter att tillämpa lagen i praktiken och viss osäkerhet hos vårdpersonal hur de ska kunna vårda dessa patienter på bästa sätt. Vi ser därför ett stort behov av att undersöka distriktssköterskors och sjuksköterskors erfarenheter av att vårda papperslösa personer inom primärvården.

Syfte

Syftet med studien är att beskriva distriktssköterskors och sjuksköterskors erfarenheter av att vårda papperslösa personer inom primärvården, efter implementeringen av lagen om vård av papperslösa år 2013.

Vidare är syftet att undersöka;

- vilka eventuella svårigheter distriktssköterskor och sjuksköterskor möter i vården av papperslösa personer och vilka strategier som används för att överkomma dessa
- hur distriktssköterskor och sjuksköterskor tolkar begreppet ”vård som inte kan anstå”

Förfrågan om deltagande

Studien kommer att genomföras inom primärvården i Göteborgs- och Stockholmsområdet under vecka 40-41. Kontakt har tagits med verksamhetschefen på din vårdcentral. Du tillfrågas om du vill delta i denna studie eftersom du arbetar som distriktssköterska eller sjuksköterska inom primärvården. Det enda kravet för ditt deltagande i studien är att du ska ha vårdat någon som är papperslös vid minst ett tillfälle.

Hur går studien till?

Vi som kommer att utföra studien är studenter vid Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska. Om du väljer att delta i studien kommer vi att göra en enskild intervju med dig, antingen via ett personligt möte eller via Skype alternativt telefon. Intervjun beräknas ta cirka 30 minuter och kommer att genomföras under vecka 40 och 41. Vid intervjutillfället kommer en intervjuare och en bisittare att närvara. Intervjun kan göras under din arbetstid och du väljer själv plats för intervjun.

Intervjun kommer att spelas in via mobiltelefonens ljudinspelning och därefter skrivas ut ordagrant och analyseras. Resultatet kommer att presenteras i form av ett examensarbete på avancerad nivå till distriktssköterska, vid Göteborgs Universitet.

Finns det några risker med att delta?

Vi ser inga direkta risker för dig att delta i studien. Under intervjun är det tänkbart att vi berör ämnen som du kan uppleva som känsliga, men du väljer själv vad du vill prata om under intervjun. Vad just du sagt kommer inte gå att identifiera i det färdiga resultatet.

Finns det några fördelar med att delta?

De fördelar vi ser med att delta är att du får en möjlighet att göra din röst hörd och att få diskutera en högaktuell fråga.

Hantering av data och sekretess

Den inspelade intervjun kommer att skrivas ut och förvaras tillsammans med mobiltelefonens ljudinspelning. Det du säger kommer att behandlas konfidentiellt. Enbart de ansvariga för studien har tillgång till datamaterialet och ingen obehörig kan få tillgång till materialet. Inget som du sagt kommer att kunna kopplas ihop med dig. Ljudfiler och datamaterial förvaras på ett säkert sätt. Allt insamlat material förstörs efter att examensarbetet är godkänt av examinator.

Hur får jag information om studiens resultat?

Om du önskar ta del av studiens resultat kan du kontakta nedanstående personer.

Frivillighet

Det är helt frivilligt att delta i studien och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet, utan att förklara varför.

Ansvariga för studien

Sjuksköterska

Petra Leandersson
Tel. xxxx-xxxxxx
guspetr41@student.gu.se

Sjuksköterska

Julia Gheorghita
Tel. xxxx-xxxxxx
guseriju@student.gu.se

Lektor och Handledare

Margaretha Jenholt Nolbris
Tel. xxxx-xxxxxx
margaretha.nolbris@fhs.gu.se

Bilaga 2 Intervjuguide

Frågor

Minns du det första tillfället du vårdade en papperslös person?

Hur tänker du kring begreppet ”vård som inte kan anstå”?

Vem gjorde bedömningen av vilken vård som inte kan anstå?

Har du märkt någon skillnad i vården av papperslösa personer före och efter lagen?

Är det något du skulle vilja säga eller berätta om som vi inte tagit upp?

Stödord

- när och var
- vilken typ av besök: planerat/oplanerat
- hur upplevde du mötet
- svårigheter under mötet
- PM, till stöd
- dokumentation
- uppföljning hur

- vem ska avgöra
- kunskap om lagen

- hur
- upplevelse av bedömningen

- om hen vårdat före och efter lagen
- på vilket sätt