

Odokumenterade immigranternas rättigheter till brådskande vård och vård för gravida och barn

En fokuserad komparativ studie mellan Finland, Tyskland
och Nederländerna

Desiré Eklund

Zacharias Granqvist

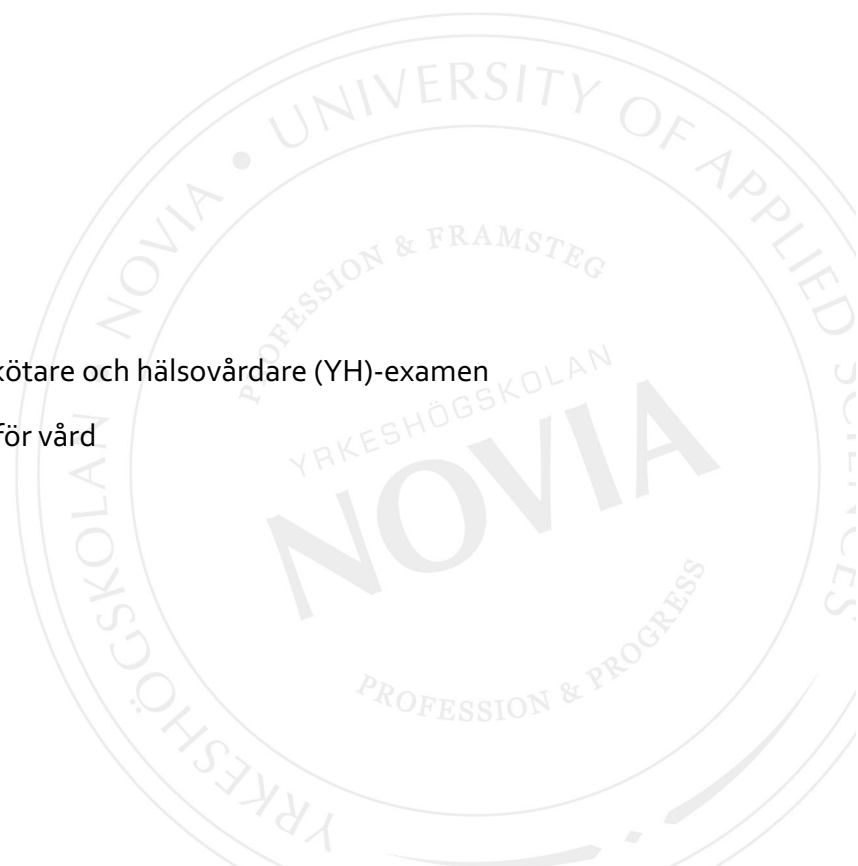
Fanny Hollmén

Viktoria Marander

Examensarbete för sjukskötare och hälsovårdare (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för vård

Åbo 2017



EXAMENSARBETE

Författare: Desiré Eklund, Zacharias Granqvist, Fanny Hollmén och Viktoria Marander

Utbildning och ort: Utbildning till sjukskötare och hälsovårdare, Åbo

Inriktning/alternativ/Fördjupning:

Handledare: Peter Edelsköld, Anne Nummela och Tua Weckström-Lundell

Titel: Odokumenterade immigranternas rättigheter till brådskande vård och vård för gravida och barn - En fokuserad komparativ studie mellan Finland, Tyskland och Nederländerna

Datum 05/17

Sidantal 43

Bilagor 3

Abstrakt

Som en del av projektet "Papperslösa - de icke önskade?" är detta arbetes syfte att synliggöra eventuella konflikter inom vården av odokumenterade immigranter mellan nationell lagstiftning, folkrätt och etiska principer, och på så vis producera diskussionsunderlag för hälso- och sjukvårdspersonal. I detta arbete jämförs Finland, Tyskland och Nederländerna.

Arbetet besvarar frågeställningarna om huruvida skillnader länderna emellan existerar, och i så fall hur dessa skillnader ser ut sinsemellan och i relation till internationell rätt och ICN:s etiska riktlinjer för sjukskötare. För att nå resultatet jämfördes ländernas lagstiftning sinsemellan med en beskrivande, komparativ metod.

Resultaten visar på stora skillnader länderna emellan trots att de ratificerat samma internationella avtal. Länderna följer dessa internationella förbindelser i varierande grad och i samtliga nationella lagstiftningar förekommer brister. De juridiska förhållandena för att uppfylla ICN:s etiska riktlinjer är också bristfälliga.

Språk: Svenska

Nyckelord: odokumenterade, immigranter, papperslösa, brådskande vård, vård för gravida och barn, mänskliga rättigheter, etik

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Desiré Eklund, Zacharias Granqvist, Fanny Hollmén ja Viktoria Marander

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Utbildning till sjukskötare och hälsovårdare, Åbo

Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot:

Ohjaajat: Peter Edelsköld, Anne Nummela ja Tua Weckström-Lundell

Nimike: Asiakirjattomien maahanmuuttajien oikeus kiireelliseen hoitoon ja hoito raskaana oleville ja lapsille – Vertaus kuvaavalla komparatiivisella menetelmällä Suomen, Saksan ja Alankomaiden välillä

Päivämäärä 05/17

Sivumäärä 43

Liitteet 3

Tiivistelmä

Osana projektia "Papperslösa – de icke önskade?" tässä opinnäytetyössä pyritään korostamaan mahdollisia konflikteja asiakirjattomien maahanmuuttajien terveydenhoidossa kansallisen lainsäädännön, kansainvälisten sopimusten ja eettisten periaatteiden välillä. Tämän myötä haluamme tuottaa keskusteluaineistoa terveydenhuollon ammattilaisille. Tässä opinnäytetyössä verrataan Suomea, Saksaa ja Alankomaita.

Työ vastaa kysymyksiin maiden mahdollisista eroista, ja jos eroja löytyy, miltä nämä erot näyttävät toistensa suhteen, suhteessa kansainväliseen oikeuteen ja ICN:n eettisiin ohjeisiin sairaanhoitajille. Saavuttaaksemme tuloksia verrattiin maiden lait keskenään kuvaavalla, komparatiivisella menetelmällä.

Tulokset osoittavat suuria eroja maiden välillä, siitä huolimatta, että maat ovat ratifioineet samat kansainväliset sopimukset. Maat noudattavat näitä kansainvälisiä sopimuksia vaihtelevasti ja kaikissa kansallisissa lainsäädännöissä löytyy puutteita. Oikeudelliset edellytykset kohdata ICN:n eettiset periaatteet ovat myös puutteellisia.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: asiakirjaton maahanmuuttaja, paperiton, ensihoito, hoito raskaana oleville ja lapsille, ihmisoikeudet, etiikka

BACHELOR'S THESIS

Author: Desiré Eklund, Zacharias Granqvist, Fanny Hollmén and Viktoria Marander

Degree Programme: Utbildning till sjukskötare och hälsovårdare, Åbo

Specialization:

Supervisors: Peter Edelsköld, Anne Nummela and Tua Weckström-Lundell

Title: Undocumented immigrants right to emergency care and care of pregnant women and children – A focused comparative study between Finland, Germany and The Netherlands

Date 05/17

Number of Pages 43

Appendices 3

Abstract

As a part of the project "Undocumented – not wanted?" this study aims to clarify possible conflicts in the access of healthcare between national law, international law and ICNs code of ethics, and produce a base for discussion for health care professionals. In this study Finland, Germany and the Netherlands are compared.

The study aims to answer the question of whether there are differences in the laws affecting health care of undocumented immigrants, and if that is the case, how the national laws differ from each other and how they compare to international treaties and ICNs code of ethics. The results are obtained by a descriptive comparative method.

The results show big differences between the nations laws, although the countries have ratified the same international treaties. The countries follow these treaties to different degrees, but in all countries laws inconsistencies are found. The national laws do not fully support an environment, where ICNs code of ethics can be followed.

Language: Swedish

Key words: undocumented immigrants, emergency care, care of pregnant women and children, human rights, ethics

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
2	Syfte och frågeställningar	2
3	Bakgrund.....	3
4	Urval av typologier	4
4.1	Urval av länder	4
4.2	Urval av vård.....	5
5	Definitioner	6
6	Metodbeskrivning	10
6.1	Metodens faser	11
6.2	Datainsamling.....	13
6.3	Analys.....	13
6.4	Forskningsetik.....	14
7	Lagstiftning i Finland.....	15
7.1	Brådskande sjukvård	15
7.2	Vård av gravida och barn	16
8	Lagstiftning i Tyskland	17
8.1	Brådskande sjukvård	17
8.2	Vård av gravida och barn	18
9	Lagstiftning i Nederländerna	18
9.1	Brådskande sjukvård	19
9.2	Vård av gravida och barn	20
10	FN	20
10.1	Brådskande sjukvård.....	23
10.2	Vård av gravida och barn.....	23
11	EU	24
11.1	Brådskande sjukvård.....	25
11.2	Vård av gravida och barn.....	25

12	Finland i reflektion till internationell lag.....	26
13	Tyskland i reflektion till internationell lag	27
14	Nederländerna i reflektion till internationell lag.....	28
15	Vårdetiska principer.....	28
16	Finlands lag och vårdetiken	30
17	Tysklands lag och vårdetiken.....	31
18	Nederländernas lag och vårdetiken.....	32
19	Resultat	32
20	Diskussion.....	34
20.1	Tillförlitlighet	36
20.2	Validitet	37
	Källförteckning	39

Bilageförteckning

Bilaga 1	Projektbeskrivning
Bilaga 2	Typologitabell
Bilaga 3	Artikelsökning
Bilaga 4	Presentation av artiklar med resultat och motivering av val

1 Inledning

”De mänskliga rättigheterna är universella och gäller för alla och envar. De slår fast att alla människor, oavsett land, kultur och sammanhang, är födda fria och lika i värde och rättigheter.” (Regeringens webbplats för mänskliga rättigheter, 2017).

Detta arbete är en del av projektet ”Papperslösa- de icke önskade”. Arbetsgruppens medlemmar består av fyra sjuätte terminens studerande vid Yrkeshögskolan Novia, varav tre är sjukskötarestuderande och en hälsovårdstuderande. Två av sjukskötarestuderandena har gått grundläggande kurser i privat- och folkrätt men i övrigt är gruppens bakgrundskunskaper i juridik och folkrätt begränsade till de finska lagarna om social- och hälsovård. Studier i vårdetik har ingått i såväl hälsovårdarnas som sjukskötarnas läroplan och samtliga i gruppen har genomfört kursen.

Projektbeställarens önskan om ett projekt med temat “Papperslösa- de icke önskade?” var tämligen brett (se Bilaga 1). Inom gruppen bestämdes att utföra ett projekt på makronivå, baserat på projektbeställarens önskan om idéer för nya riktlinjer för vården av odokumenterade immigranter (hädanefter förkortade OI).

Därtill vet vi att såväl internationella, nationella och etiska lagar, avtal och riktlinjer kan stå i konflikt med varandra. Syftet är att synliggöra dessa eventuella juridiska, folkrättsliga och/eller etiska konflikter i vården av odokumenterade immigranter. Detta görs genom att jämföra de utvalda ländernas nationella lagstiftningar sinsemellan och med internationellt bindande avtal inom EU och FN. Det förväntade resultatet av projektet är att synliggöra juridiska, folkrättsliga och/eller etiska konflikterna i vården av odokumenterade immigranter i Finland, Tyskland och Nederländerna.

Dessa tre länder valdes för att de utåt sett anses vara likartade men som i problematiken med OI har valt att handla på olika sätt. Specifikt vill vi fördjupa oss i OI:s rätt till sjukvård i de valda länderna. I och med detta hoppas vi klargöra vilka rättigheter och skyldigheter man som sjukskötare/hälsovårdare har i vård av OI.

I arbetet har valts att göra en fokuserad komparativ studie för att nå det önskade resultatet vid jämförandet av de utvalda ländernas riktlinjer och lagar. Orsak till val av ämnet är att det är väldigt aktuellt och att det råder allmän ovisshet om hur man skall gå till väga då man inom vården möter OI.

2 Syfte och frågeställningar

En inledande datainsamling som berör hälso- och sjukvården för OI påvisade stora skillnader i lag och praxis i den Europeiska unionen och internationellt samt motstridigheter i nationell lagstiftning och internationella avtal. Dessa uppenbara konflikter fick utgöra huvudfokus för projektet.

Det här arbetets syfte är att synliggöra de eventuella juridiska, folkrättsliga och/eller etiska konflikterna i vårdandet av OI genom att jämföra de utvalda ländernas nationella lagstiftningar med internationellt bindande avtal inom EU och FN. Det insamlade materialet är ämnat att fungera som diskussionsunderlag för hälso- och sjukvårdspersonal och eventuellt fungera som stöd vid skapande av riktlinjer.

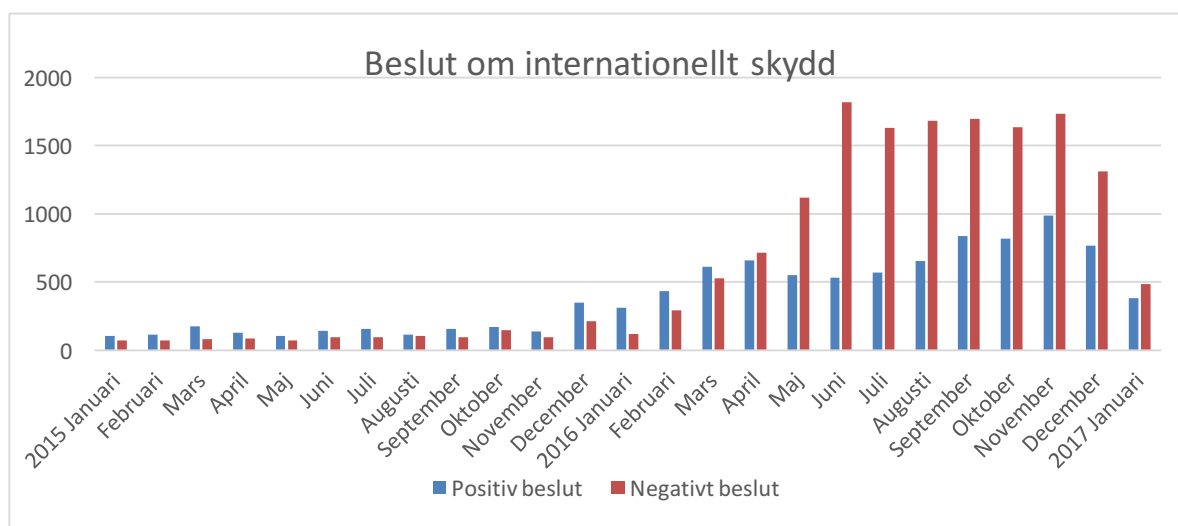
Frågeställningar som ska besvaras i arbetet är ”Vilka skillnader, om några existerar, finns i lagstiftningen om vården av OI mellan Tyskland, Nederländerna och Finland?” och ”På vilket sätt står dessa nationella lagar i konflikt med internationella avtal och/eller sjukskötarens etiska riktlinjer?”

Både EU:s och FN:s medlemsländer har skrivit under internationella avtal som binder dem till att upprätthålla en viss minimistandard på vården av individer som vistas på deras territorium. Dessa avtal har dock tolkats på olika sätt i olika länder, vilket ger upphov till skillnader länder emellan på hur lättillgänglig vård är för OI.

Frågeställningarna som kan uppkomma i diskussionen är; bör en hälsovårdare eller sjukskötare vara lojal jämt mot samhällets lagar eller bör hen ty sig till sjukskötarens internationella etiska kodex? Tjänar hälso- och sjukvårdspersonalen samhället eller individen?

3 Bakgrund

OI, i det här fallet, utlänningar utan sjukförsäkring, antas vara en ökande grupp i det finska samhället. I och med flyktingkrisen 2015 ökade antalet asylansökningar explosionsartat under september, oktober och november 2015. I Figur 1 presenteras antalet positiva och negativa beslut om internationellt skydd, alltså asyl. I figuren kan noteras ökningen i antalet negativa beslut i maj 2016 som sammanfaller med skärpningen av kriterierna för asyl. Detta i kombination med att migrationsverket i maj 2016 skärpte kriterierna för positiva asylbeslut innebar en plötslig ökning av individer utan rätt att vistas i landet (Migrationsverket, 2016). Om dessa individer väljer att gå under jorden snarare än att återvända till hemlandet kommer de att mista sina rättigheter som asylsökande, och därmed uppfylla våra kriterier som OI.



Figur 1 Beslut om asyl i Finland under 2015–2017.

Detta fenomen innebär en ökning i antalet individer som faller utanför samhällets strukturer för hälsovård och som därmed kommer att utgöra allt oftare förekommande juridiska och etiska dilemman för hälso- och sjukvårdspersonal. Detta arbete är en förebyggande åtgärd inför det framtida problemet, genom skapandet av ett diskussionsunderlag.

OI utgör en speciellt utsatt grupp ur hälso- och sjukvårdsperspektiv. Det har påvisats att leva som OI har en negativ effekt på hälsa och välmående. Begränsad tillgång till vård kan ytterligare förvärra fysisk och psykisk ohälsa. (Kuehne, Huschke, & Bullinger, 2015).

Detta arbete är riktat främst till finländsk hälso- och sjukvårdspersonal men även andra parter som kommer i kontakt med OI, samt andra intresserade, för att öka kunskap om dessa. Vi vill lyfta upp juridiska, folkrättsliga och etiska konflikter som gäller brådskande vård och vård för gravida och barn, för OI, i Finland, Tyskland och Nederländerna.

4 Urval av typologier

I en komparativ studie görs urval av olika typologier. Typologierna väljs utifrån olika särdrag och ställs upp på ett sådant sätt att de går att jämföra. Typologierna i en komparativ studie väljs även för att kunna begränsa arbetet. (Lor, 2011). I detta arbete består typologierna av tre länder och två olika typer av vård. Vi har valt tre olika länder, Finland, Tyskland och Nederländerna som typologier och dessa jämförs med typologierna brådskande vård och vård av gravida och barn. Typologierna begränsades till brådskande vård och vård av gravida och barn eftersom bara ”vård” skulle ha varit för omfattande.

4.1 Urval av länder

I detta arbete använde vi oss av urval ifrån intention. Att Finland skulle vara ett av länderna beslöts i ett tidigt skede eftersom beställaren är Röda korset i Finland, Åbolands distrikt. Bland övriga länder sökte vi efter kandidater i litteratur om odokumenterad immigration och vård. Länder som Australien, USA, Kanada, Spanien, Nederländerna, Tyskland och Sverige uppkom ofta i litteraturen och diskuterades. Australien och USA visade sig vara intressanta men extrema exempel med vilka en meningsfull jämförelse sinsemellan eller med Finland bedömdes bli för utmanande och sannolikt oproduktiv. Av de europeiska alternativen valdes Tyskland och Nederländerna. Orsaken till valet av Tyskland och Nederländerna kan nämnas att i samband med valet av var att vi strävade efter att hitta länder som verkade intressanta och med ett annorlunda tillvägagångssätt när det gäller Finland.

Tyskland valdes eftersom det visade sig att de har en lag (Aufenthaltsgesetz) som gör vårdpersonal anmälningsskyldig ifall de identifierar en patient som OI (§87). Det finns ett antal andra länder som har motsvarande lagar för hälso- och sjukvårdspersonal men eftersom Tyskland rapporterat det största antalet invandrare under 2015 (Eurostat, 2017) föll valet på Tyskland.

Nederländerna uppkom upprepade gånger i litteraturen som det mest liberala europeiska exemplet vad gäller berättigande av vård för OI (Keskimäki, Nykänen, & Kuusio, 2014; Flegar, Dalli, & Toebes, 2016). Detta ledde oss till att välja Nederländerna som vårt tredje land, då skillnaderna till Tyskland förhoppningsvis skulle avslöja olika angreppsvinklar på problematiken.

Olikheter i länder kan få andra länder att ses som strikt beroende på vilka länder man väljer. Gör man ett arbete där två länder är mycket liberala medan det sista är mycket strikt berörande arbetets tema, gör det att det tredje landet verkar vara mycket konservativt. Medan om man jämför någorlunda liknande länder kan resultat verka vara annorlunda och inget av länderna kanske sticker ut som mer liberalt eller konservativt.

4.2 Urval av vård

I arbetet valdes att fokusera på rätten till brådskande vård och vård av gravida och barn. Valet föll på dessa två typologier av två olika skäl. Brådskande vård är en del av vårdkedjan som existerar i samtliga exempelländer, och som står i samtliga länders lagar att skall vara tillgänglig för alla. Tillgång till brådskande vård är också kopplat till den fundamentala rätten till liv som definierad i förklaringen om de allmänna mänskliga rättigheterna. I FNs allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna, artikel 24, punkt 1, fastställs att ”var och en har rätt till en levnadsstandard tillräcklig för den egna och familjens hälsa och välbefinnande inklusive ... hälsovård... samt rätt till trygghet i händelse av ... sjukdom”. (FN, 1948). Detta har i arbetet tolkats som att brådskande vård borde vara tillgängligt för alla, även OI, och står därför som grund till valet av denna typologi.

Däremot definierar inte alla länder brådskande vård på samma sätt, om de alls definierat begreppet. Svårigheter kan förekomma i tolkningen av lagarna om den brådskande vården i de olika nationerna, eftersom de kan tolkas på olika sätt om inte klara riktlinjer ges. Brådskande vård definieras längre fram i texten och det förklaras även närmare hur de utvalda länderna tolkar brådskande vård samt vad det sägs i ländernas lagstiftning om temat.

Vården av gravida och barn valdes med stöd av den 25:e artikeln i den allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna, samt i Europaparlamentets resolution för att

minska ojämlikhet i hälsa i EU. Valet av typologin stödde sig dessutom på att ”barn” och ”gravid” är enkla att definiera och bidrar till tydligheten i arbetet.

I de mänskliga rättigheternas 25 artikel, andra punkten står det skrivet: ”Motherhood and childhood are entitled to special care and assistance. All children, whether born in or out of wedlock, shall enjoy the same social protection.” (FN, 1948). I artikel 25 omnämns inte gravida som en särskild grupp, men det står klart att alla barns hälsa bör få speciell uppmärksamhet.

I resolutionen för minskandet av ojämlikhet i hälsa står det följande:

”Europaparlamentet uppmanar medlemsstaterna att främja offentlig politik för att garantera hälsosamma levnadsvillkor för alla spädbarn, barn, ungdomar, inklusive preventiv vård, mödravård och åtgärder för att stödja föräldrar och i synnerhet gravida och ammande kvinnor, för att alla nyfödda ska få en hälsosam start i livet, samt undvika fortsatt ojämlikhet i hälsa, och därmed erkänna betydelsen av att investera i barns tidiga utveckling och i livscykelstrategier.” (Europaparlamentet, 2011)

Även om varken den allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna eller resolutionen förpliktigar medlemsländerna till att konkret ändra sin lagstiftning fungerar de som en indikator på åt vilket håll det internationella samfundet strävar efter att föra utvecklingen.

5 Definitioner

I det här kapitlet följer definitioner på utvalda begrepp som används i det här examensarbetet. Definitionsmetod som använts är främst s.k. kännetecknande definitioner samt teoretiska definitioner, dessa beskrivs närmare under rubriken metoder. Begreppen som definieras är odokumenterad migrant, WHO, rätt till vård, brådskande vård, vård av gravida och barn, internationella och nationell lag samt sjukskötarens etiska kod. I examensarbetet har odokumenterad immigrant förkortats till OI eftersom det är ett ofta förekommande begrepp i arbetet. Förutom definition på begreppen, beskrivs vilka synonymer som finns och används i olika material till vissa begrepp samt redogörelse för vilket begrepp som kommer att användas i arbetet.

Brådskande sjukvård - I WHO:s publikation om pre-hospital trauma vårdssystem definierar man pre-hospitala vårdssystem som sådana som svarar på alla typer av nödsituationer. Till dessa hör alla akuta sjukdomstillstånd och -attacker både för vuxna och barn, trauman samt

akuta tillstånd hos gravida (WHO, 2005). WHO har även definierat brådskande sjukvård som en typ av vård som ges under kort tidsperiod för att behandla en ny sjukdom eller en förvärring av ett tidigare tillstånd. Vården som då kan ges kan vara bl.a. hemsjukvård, sjukhusvård, kirurgisk vård, samt andra typer av akut och prehospitall vård. Vidare har man definierat en akut sjukdom som en sjukdom som karakteriseras av anfall som börjar snabbt och pågår en kort tid, enskilda eller repetitiva, från vilken sedan patienten vanligtvis återgår till normalt läge eller nivå av aktivitet. Som exempel ges en episod av diabetes koma. (WHO, 2004).

European Society for Emergency Medicine eller Europeiska föreningen för brådskande sjukvård definierar brådskande sjukvård som en ”medicinsk specialitet baserad på den kunskap och färdighet som krävs för att kunna förebygga, diagnostisera och hantera nöd- och brådskande situationer i fall av sjukdom eller skada som kan drabba patienter i alla åldersgrupper med ett fullt spektrum av odifferentierade fysiska och beteendestörningar. Det är en specialitet där tiden är kritisk. Praxisen av brådskande sjukvård innefattas av triage pre-hospitalt och i sjukhus, återupplivning, initial bedömning och hantering av odifferentierade nöd- och brådskande situationer tills patienten skrivs ut eller transporteras till en annan vårdanstalt/avdelning. Det inkluderar även involveringen i utvecklingen av brådskande sjukvård system pre-hospitalt och i sjukhus¹”. (UEMS, 2009).

I Finland, beskrivs enligt hälso- och sjukvårdslagen 30.12.2010/1326, att i akut sjukvård inkluderas akut munhälsovård, mentalvård, missbruksvård och psykosocialt stöd. Med brådskande sjukvård menar man plötslig sjukdom, trauma, försvårad kronisk sjukdom eller funktionsförmågans nedsättning som kräver omedelbar vård. Med brådskande vård avses även omedelbar bedömning och vård som inte kan skjutas upp utan att sjukdomen förvärras eller kroppsskadan försvåras och som gäller akut sjukdom, kroppsskada, försämring av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning

¹ Engelsk ursprungstext: Emergency Medicine is a medical specialty based on the knowledge and skills required for the prevention, diagnosis and management of urgent and emergency aspects of illness and injury affecting patients of all age groups with a full spectrum of undifferentiated physical and behavioural disorders. It is a specialty in which time is critical. The practice of Emergency Medicine encompasses the pre-hospital and in-hospital triage, resuscitation, initial assessment and management of undifferentiated urgent and emergency cases until discharge or transfer to the care of another physician or health care professional. It also includes involvement in the development of pre-hospital and in-hospital emergency medical systems

EU:s internationella avtal - Charter of Fundamental Rights of the European Union (2012/C 326/02) eller *Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna*, även rättighetsstadgan, tillkännagavs 2000. Eftersom länderna som har valts alla hör till EU är det relevantt att även föra upp rättighetsstadgan då medlemsstaterna bör följa dem. Rättighetsstadgan har som mål att ”stärka skyddet av de grundläggande rättigheterna mot bakgrund av samhällsutvecklingen, de sociala framstegen och den vetenskapliga och tekniska utvecklingen, genom att göra dessa rättigheter mer synliga i en stadga”. Ytterligare diskuteras olika resolutioner som tagits fram av Europaparlamentet och Europarådet, vilka mer specifikt nämner både brådskande sjukvård och vården av gravida och barn för odokumenterade. Förutom att synliggöra rättigheterna OI bör ha, listas även punkter upp hur medlemsstaterna kunde garantera att OI får dem (Council of Europe, 2006). Resolutionerna i sig är inte bindande för länderna men den bjuder in Europa Kommissionen att framföra förslag eller på andra vis ingripa i ämnet (European Council, 2015).

FN:s allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna - I arbetet används Förenta Nationernas (FN) *Allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna*, 1948, för att framhäva basen på vilken övriga länders lagar borde stå. Eftersom arbetet är fokuserat på brådskande sjukvård och vården av gravida och barn för odokumenterade migranter är det artikel 25 som tangerar ämnet och som därför kommer att skildras. En av FN:s avsikter med förklaringen är att ”främja sociala framsteg och bättre levnadsvillkor under större frihet” (FN, 1948). Den allmänna förklaringen är en deklaration och är i sig inte juridiskt bindande utan den är ett moraliskt ställningstagande och en viljeyttring av världssamfundet (UNICEF, u.å.a).

FN:s konvention om barnens rättigheter - Används i syftet att framhäva rätten till vård av gravida och barn för OI. Barnkonventionen tar upp specifikt rätten till vård för gravida och barn och är alltså den som kommer att diskuteras vidare i arbetet (Artikel 24). Till skillnad från deklaration är en konvention juridiskt bindande för de nationer som undertecknat dem samt ratificerat dem (UNICEF, u.å.a). De utvalda länderna i arbetet, Finland, Tyskland och Nederländerna, har alla både undertecknat och ratificerat *FN:s konvention om barnens rättigheter* (UN Human Rights, 2014).

Nationell lagstiftning - Med nationell lag menas lagar som endast gäller inom en enskild nation. I det här arbetet kommer vi att koncentrera oss på finsk, tysk och nederländsk

lagstiftning och social- och hälsovård för att synliggöra skillnader dem emellan. För Finlands och Nederländernas del använder vi oss av såväl lagar stiftade i landet som resolutioner och avtal som ratificerats och införlivats i finsk lagstiftning. Det tyska federala rättssystemet innebär att varje delstat har viss befogenhet att stifta egna lagar (Gunlicks, 2003, s. 55), och därför använder vi oss av tysk federal lag, och lag på delstatsnivå endast som beskrivande exempel.

Odokumenterad Immigrant - Enligt UNESCO är en OI en invandrare utan nödvändiga dokument och tillstånd. Andra uttryck och begrepp som används på engelska är ”irregular migrant”, ”undocumented migrant” och ”illegal migrant” (UNESCO, 2017). Svenska begrepp som används i texter är ”odokumenterade”, ”papperslösa” och ”illegala invandrare/migranter/utlänningar”. Som definition på OI kommer vi att stöda oss på en förenklad version av den definition Finlands institut för hälsa och välfärd formulerade i sin rapport 2014 (Keskimäki et. al. 2014, 10). Projektets definition på OI kommer att vara individer i ett annat land än sitt hemland som saknar giltig sjukförsäkring för vård i landet där de vistas.

Rätt till vård - Med rätt till vård menas en subjektiv juridisk rätt stödd av den nationella lagstiftningen. Det här arbetet tar inte ställning till den praktiska tillgången till vård, utan endast huruvida landets lag tillåter eller förhindrar vården av OI. Enligt UNICEF förstås rätt till vård som rätten till en mängd olika typer av anläggningar, varor, service, och villkor nödvändiga för att skapa och upprätthålla en högsta möjlig standard av hälsa (UNICEF, 2007). Hälsa definieras enligt WHO som ”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom och funktionsnedsättning (WHO, 1946).

Vård av gravida och barn - WHO Europa har utfärdat en strategisk rapport där man försökt utveckla en metod för att göra graviditet säkrare genom att förbättra mödra- och perinatale hälsan. Vården som bör utövas för att förbättra sådan hälsa listas enligt WHO Europa att den bör vara evidens-baserad och kost-effektiv, familjecentrerad samt respekt för sekretess, kultur, troende och känslomässiga behov som kvinnor, familjer och samfund kan ha. Vård av gravida ska även garantera att kvinnorna får vara med och göra val i sin egen vård samt att deras vård ska vara sammanhängande och av högsta nivå som samhället kan erbjuda. (WHO Europe, 2009).

I Finlands barnskyddslag 13.4.2007/417, definieras barn som alla under 18 år (§6). WHO Europa har publicerat en strategi för barns utveckling och hälsa, som ska fungera som ett ramverk för policyskapare och planerare på alla nivåer. De anser att hälsan av barn borde följas med ända från födseln upp till åldern 19. FN:s Barnkonvention säger att god vård borde garanteras för alla barn under 18 år och också att det ”gäller alla barn” (Artikel 1).

WHO Europa listar upp följande objekt som policyn, program och hälsovårdssystem borde satsa på gällande vården av barn. Vården för barn ska fokusera utveckling av hälsosam livsstil, dit lämplig och tillräcklig kost, fysisk aktivitet och oral hygien hör samt förebyggande arbete av riskfyllt beteende såsom användandet av tobak, alkohol och droger samt oskyddat sex. Till vården hör ungdomsvänlig service gällande reproduktiv hälsa och allmän rådgivning gällande hälsa. Fokus sätts även på att förhindra och förebygga våld och missförhållanden samt främja en god miljö i skolan, hemma och i samfundet som möjliggör fysiskt och psykiskt välbefinnande. Till vården hör även full immunisering. (WHO Europe, 2005).

WHO - Världshälsoorganisationen (World Health Organization) är en internationell organisation med 194 medlemsländer. Organisationens uppdrag är att arbeta för en hälsosammare framtid för alla människor och dess grundvärde är att ingen skall gå miste om möjligheten till ett hälsosamt liv. WHO finansieras till en fjärdedel av medlemsländernas medlemsavgifter, till tre tredjedelar av frivilliga donationer av medlemsländer och fonder, och under 1% av privata donationer. (WHO, 2016).

6 Metodbeskrivning

Detta examensarbete är en beskrivande komparativ studie, där vi beskriver skillnaderna mellan olika lagar i olika länder. Den här formen av arbete har valts för att den anses vara den *”the principal method inom statsvetenskap”* (Denk, 2002, 7). Fastän det här arbetet görs ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv är det länderna och ländernas lagar som arbetet utgår ifrån och därför är metoden lämplig för oss. Metoden är även relevant eftersom den används i jämförande av variabler i olika länder, vilket är exakt det vi vill göra.

Arbetets typologier är de utvalda länderna, Finland, Tyskland och Nederländerna mot lagarna om två typer av vård, brådskande vård och vård av gravida och barn. Eftersom lagar angående brådskande vård och vård av gravida existerar i varje land kan varje land

inplaceras i en typ. Typerna är därtill sinsemellan uteslutande, antingen finns det lagstadgat stöd för vård av OI, ofullständigt lagstadgat stöd för vård, lagstadgade förhinder för vård eller så existerar ingen lagstiftning om frågan. Genom detta uppnås empirisk fullständighet (Denk, 2002, 10). Då objekten vi undersöker är lagar utgår arbetet ifrån en konstitutionell ansats.

Utifrån de utvalda typologierna framställs en tabell som synliggör resultat och som ska stå som grund för arbetets diskussion. Tabellen som framställs utifrån typologierna baseras på teorin från Denks *Komparativ metod*, 2002. Metodens steg framförs närmare i följande kapitel och den framställda tabellen finns i Bilaga 2.

Eftersom den beskrivande studien inte använder sig av någon form komparativ analys behandlas inte heller komparativ logik i det här arbetet. Det låga antalet länder som studeras i relation till de två typologierna klassificerar denna studie som en fokuserad studie (Denk, 2002, 33).

6.1 Metodens faser

Som grund för struktureringen av studien användes Denks (2002, 97) fasmodell. I denna indelas arbetet i ett antal faser, som vi har valt att använda oss av. I boken av Denk nämns även att faser som urval och designstrategi kan tilläggas (Denk, 2002, 97).

Det första steget består av identifierandet av forskningsfrågan och sammanställandet av arbetets syfte och frågeställningar (Denk, 2002, 97-111). I detta steg påbörjas datainsamlingen, beskriven i kapitlet nedan, och beskrivningen av de egna bakgrundskunskaperna som dokumenterats under rubrik 3 Bakgrund.

I det andra steget väljs typologierna; tysk, finsk och nederländsk lagstiftning mot brådskande vård och vård av gravida och barn. Dessa val motiverades och dokumenterades under rubriken 4 Urval av typologier. Urvalsskevhet har tagits i beaktande, de utvalda länderna är utvalda på grund av sina skillnader med avsikten att synliggöra olika angreppsvinklar på problematiken. Vidare kan urvalsskevhet uppstå i valet av vilka lagar som skall behandlas (Denk, 2002, 47-48). I arbetet har strävan varit att inkludera all relevant lagstiftning på området, men på grund av arbetsgruppens begränsade bakgrundskunskaper i juridik, i synnerhet i fallen med de utländska lagarna, är det möjligt att relevanta lagar missats, även om ingen funnen relevant lag medvetet har uteslutits.

Det tredje steget består av att definiera och specificera typologierna och begreppen som kommer att användas i arbetet (Denk, 2002, 97-111). Före vi började definiera begrepp måste vi välja vilka begrepp vi skall definiera. De valda begreppen anser vi vara de mest relevanta och de gör grunden för vårt arbete. Begreppen bör klargöras för att skapa förståelse för det egna arbetet samt för att kunna gå vidare.

Definitionerna som gjordes var främst kännetecknande definition samt även teoretiska definitioner. Med kännetecknande definitioner visar man att begreppen kan ha olika aspekter men lägger tonvikt på kännetecknen som är relevanta för sammanhanget (Holme & Solvang, 2001, 162). Teoretiska definitioner har som avsikt att klargöra begreppen. Genom att ställa de egna begreppen i relation till andra kända begreppen får man närmare preciserat sina egna begrepp (Holme & Solvang, 2001, 162). De valda begreppen dokumenterades under rubriken 5 Definitioner.

Under det fjärde steget analyseras det insamlade materialet, i detta arbete genom en innehållsanalys, beskriven nedan. Vi ansåg att innehållsanalys är den mest lämpliga metoden att analysera det insamlade materialet i detta arbete då vi använder oss av offentliga texter och lagar. Resultatet av analysen sammanställs i en tabell för att synliggöra analysens resultat. Det önskade resultatet är att synliggöra de eventuella juridiska, folkrättsliga och/eller etiska konflikterna i vårdandet av OI.

Det femte steget innebär att insamlade materialet har analyserats och ett resultat har framkommit (Denk, 2002, 97-111). Genom jämförandet av de utvalda ländernas nationella lagstiftningar med internationellt bindande avtal inom EU och FN kommer vi diskutera om/hur de valda länderna har beaktat FN:s förklaring och konventioner och EU:s direktiv och resolutioner i landets egen lagstiftning. Därefter kommer vi diskutera kritiskt hur de internationella lagarna stöder de internationella etiska principerna för sjukskötaren.

6.2 Datainsamling

I arbetet har datainsamlingen gjorts främst från officiella nationella och internationella webbplatser bl.a. WHO:s, FN:s, ETENE:s, EU-lex, ICN:s, Migrationsverkets, UNICEF:s och UNESCO:s offentliga hemsidor. Även bibliotek har använts.

Lagtexter har hämtats från de utvalda ländernas egna offentliga databaser. Det rättsliga materialet som används i arbetet gällande Finland har erhållits från *Finlex*, som ägs av justitieministeriet, och är en gratis internetjänst och öppen för offentligheten. Delar av den Tyska federala lagen har hämtats från *Gesetze im internet* som upprätthålls av det tyska federala justitie- och konsumentskyddministeriet (från tysk. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz). Den Nederländska lagstiftningen har tagits från *Overheid.nl* som är Nederländernas offentliga internetjänst för statliga dokument och som är ett initiativ av ministeriet för kungarikets relationer (från ned. Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties).

Utöver dessa har även databaser använts för att hitta evidensbaserade vetenskapliga artiklar som försett oss med ökad och fördjupad kunskap inom området. Artikelsökningen hittas i Bilaga 3. Det valdes att endast visa de sökningar som gav artiklarna som används i arbetet, men det bör nämnas att olika variationer av sökorden som finns i tabellen har använts i olika databaser. De valda artiklarna presenteras i Bilaga 4.

6.3 Analys

Metoden som används är en fokuserad komparativ studie och görs för att få fram de olika typologierna i en tabell. Innehållsanalys är en metod som används för att analysera skrivet material (Larsson, Lilja & Mannheimer, 2005, 391-392). För att analysera det insamlade materialet på ett systematiskt sätt och för att kunna kvantifiera innehållet utgående från i förväg utformade kategorier används innehållsanalys som analys metod (Bryman & Bell, 2013, 213-229).

Innehållsanalys innebär att tolka texter och dokument på ett sätt att resultatet påverkas så lite som möjligt av egna värderingar (Bryman & Bell, 2013, 213-229). I detta arbete används officiella texter och lagar, för att analysera och för att nå önskade resultat används regeln att skriva informationen så som den förekommer i källan. Med att följa regler som är bestämda i förväg kan man nå samma resultat (Bryman & Bell, 2013, 213-229).

Om denna forskning skulle upprepas med regeln som vi bestämt kommer man mest sannolikt nå samma resultat. Skillnader som kan förekomma sker i tolkningen av arbetets resultat. Tolkningen av resultat påverkas av forskarens bakgrund och förhandskunskap, därför kan det förekomma skillnader i tolkning av resultatet. I detta arbete tolkar vi resultatet från sjukskötarens perspektiv.

6.4 Forskningsetik

Arbetets forskningsmetodik grundar sig på Knut Erik Tranøys definition, där forskningsetik är det frivilliga eller systematiska granskandet av moraliska problem uppkomna under vetenskaplig forskning (Tranøy enligt Mäkinen, 2006, 10).

Resultatet arbetet eftersträvar i sitt syfte kan inte anses vara etiskt problematiskt. Arbetets största etiska utmaning är korrekt refererande och hänvisande till källor. Källorna vi använt oss av är i huvudsak lagtexter med hög reabilitet, och stödlitteraturen är dokumenterad i källförteckningen och i sökhistoriken.

I Finland utser Undervisnings- och kulturministeriet (enligt förordning 1347/1991) den forskningsetiska delegationen (TENK), som har som uppgift att ”främja god vetenskaplig praxis, förebygga oredlighet i forskningen, främja den forskningsetiska debatten och informationen i Finland samt följa med den internationella utvecklingen i området. Tillsammans med det finländska vetenskapssamfundet har TENK publicerat anvisningar för god vetenskaplig praxis (GVP). (Forskningsetiska Delegationen, 2012).

Enligt GVP-anvisningarna bör forskningens procedur vara gjord med ”hederlighet, allmän omsorgsfullhet och noggrannhet” och på ett sådant sätt som ”kraven på vetenskapliga fakta förutsätter” samt att metoderna som används bör vara ”förenliga med kriterierna för vetenskaplig forskning och etiskt hållbara”. Dessutom måste man som forskare alltid ta hänsyn till andra forskares arbeten och hänvisa till dessa korrekt. (Forskningsetiska Delegationen, 2012). I det här arbetet har vi inga deltagare och har inte heller behövt söka forsknigstillstånd och har då alltså inte behövt ta i beaktande de etiska frågor som berör dessa teman.

7 Lagstiftning i Finland

Finlands struktur är fastställd i Finlands grundlag (1999/731). Strukturen skall trygga människovärdet, den enskilda människans frihet och rättighet samt främja rättvisa i samhället. Finland är medlem i Europeiska unionen och deltar i internationellt samarbete med mening att säkerställa mänskliga rättigheter (1§).

Enligt Finlands grundlag (1999/731) är alla lika inför lagen. Lagen uttrycker tydligt att ingen utan godtagbart skäl får särbehandlas på grund av kön, ålder, ursprung, språk, religion, övertygelse, åsikt, hälsotillstånd, handikapp eller av någon annan orsak som gäller hans eller hennes person (§6).

7.1 Brådskande sjukvård

Enligt lagen om specialiserad sjukvård (1989/1062) är kommunen skyldig att sörja att personer som inte har hemort i Finland i brådskande fall får specialiserad sjukvård (§3). Brådskande sjukvård ska ges till den som behöver det, oberoende av var personen är bosatt. Enligt lagen om ”mottagande av personer som söker internationellt skydd” (746/2011) har den som söker asyl rätt till andra hälso- och sjukvårdstjänster som en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården bedömt som nödvändiga (§26).

Med brådskande vård avses enligt hälso- och sjukvårdslagen (2010/1326) omedelbar bedömning och vård som inte kan skjutas upp utan att sjukdomen eller kroppsskadan förvärras. Detta gäller akut sjukdom, kroppsskada, försämring av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Hälso- och sjukvårdslagen (2010/1326) beskriver att brådskande sjukvård även innebär brådskande mun- och tandvård, mentalvård, missbrukarvård och psykosocialt stöd. (§50).

Ur detta kan man dra slutsatsen att OI har rättighet till vården som beskrivs som brådskande vård i hälso- och sjukvårdslagen (2010/1326). Det kan även tolkas ur lagen (746/2011) att OI har rättighet till vilken vård som helst om en inom social-och hälsovård yrkesutbildad person anser att vården är nödvändig (§26).

7.2 Vård av gravida och barn

Finlands president har ratificerat FN:s barnkonvention (60/1991 1§). Att ratificera en konvention innebär att staten förpliktar sig att följa konventionen. En konvention är en internationell överenskommelse som blir juridiskt bindande för staten då den ratificeras. (UNICEF, u.å.b)

Enligt barnskyddslagen (2007/417) räknas alla under 18år som barn (§6). I Finlands grundlag står det att barn skall bemötas som jämlika individer och de skall ha rätt till medinflytande enligt sin utvecklingsnivå i frågor som gäller dem själva (§6).

I lagen om ”mottagande av personer som söker internationellt skydd” (746/2011) står det att barn som inte har hemkommun i Finland skall ha tillgång till samma social- och hälsovårds tjänster som en som har hemkommun i Finland (§26). Lagen om mottagande av personer som söker internationellt skydd (746/2011) säger att då lagen tillämpas på barn skall det fästas särskild uppmärksamhet vid faktorer som påverkar barnets bästa och barnets utveckling och hälsa. Bedömningen om barnets bästa utgår ifrån barnskyddslagen (§5).

I artikel 24 i konventionen om barnens rättigheter förbinder sig staten att eftersträva och påbörja åtgärder för att för det första garantera att alla barn får den sjukvård de behöver (2,b) och för det andra garantera korrekt vård under graviditeten och efter förlossningen (2,d).

Även om FN:s barnkonvention är juridiskt bindande och Finland förpliktar sig att följa den, kan de olika punkterna tolkas på olika sätt. Barnkonventionen förekommer i Finlands lag som sin helhet, men det finns ingen förklaring på hur den skall tolkas. I konventionen är inte människor eller folkgrupper definierade, det står endast ”alla” det tolkas då som att alla, inklusive OI, har rättigheterna som konventionen beskriver. I konventionen förbinder sig staten att även eftersträva att garantera korrekt vård både före och efter förlossningen. Frågan som dyker upp i detta sammanhang är vad som menas med ”korrekt vård”. Korrekt vård före och efter förlossning kan då innebära mödra- och barnrådgivning som då även OI borde ha rätt till. Uttrycket korrekt vård definieras varken i konventionen eller i lagen.

8 Lagstiftning i Tyskland

Den tyska lagstiftningen bygger på ett federalt system, där federal lag stipulerar riksomfattande lagar medan federalstaterna har befogenhet att stifta egna lagar utgående från de federala lagarna. Eftersom lagarna mellan federalstaterna varierar har vi valt att endast stödja oss på de federala lagarna som källor, även om delstatslagar används som exempel.

Den tyska grundlagen (Grundgesetz) beskriver i lekhet med andra länders grundlagar grundläggande rättigheter för människor i allmänhet. Bland annat beskrivs mödrars rätt till vård, var uttrycket ”mödrar” används utan att specificera nationalitet eller juridisk status (§4).

Vi använder oss också av lagen om asylsökandes rättigheter (Asylbewerberleistungsgesetz, ASBA) vilken även gäller OI, så länge de på laga grund kan deporteras, alltså har ett domstolsbeslut på att de ska avlägsna sig från landet. Individer som avsiktligt försatt sig i en situation som täcks av ASBA för att få därtill hörande förmåner är inte berättigade till dessa förmåner. Inte heller individer som på grund av eget handlande omöjliggjort sin lagstadgade deportering faller under ASBA:s förmåner (Flegar, Dalli, & Toebe, 2016) (Asylbewerberleistungsgesetz (§1a)).

Vidare stöder vi oss på Uppehållslagen (Aufenthaltsgesetz), i synnerhet §87 som gör hälso- och sjukvårdspersonal anmälningsskyldiga utifall att de identifierar en patient som inte har laglig rätt att vistas i landet. Denna anmälningsskyldighet utgör en av grundkonflikterna mellan sjukskötarens etiska och juridiska skyldigheter.

8.1 Brådskande sjukvård

Enligt tysk grundlag har varje individ villkorlös rätt till liv och fysisk integritet. Enligt detta skulle varje individ ha rätten till livräddande vård ifall personen skulle sväva i livsfara, vilket även inkluderar OI. På grundlagsnivå specificeras dock inte huruvida staten, federalstaten eller patienten själv skall stå för kostnaderna som uppstår. Som beskrivande exempel på hur en federalstat har fria händer att stifta mer specifika lagar har vi valt Tysklands folkrikaste federalstat Nordrhein-Westfalen.

Exempelvis stipulerar lagen om räddningstjänsten i Nordrhein-Westfalen att räddningstjänstens uppgift är att utföra livräddande åtgärder, utvärdera akutpatienters flyttbarhet och förflytta akutpatienten till ändamålsenlig vårdenhet. Själva definitionen av en akutpatient utgår dock endast från medicinska kriterier och således skulle inte patientens juridiska status påverka tillhandahållandet av vård. Detta innebär också att räddnings- och brådskande sjukvårdspersonal inte är skyldiga att utreda patientens juridiska status, och således inte kan anses vara anmälningsskyldiga.

De immigranter som kan avnjuta ASBA:s förmåner är berättigade till vård av akuta sjukdomar och smärttillstånd samt tillgång till tjänster och material för att förbättra eller lindra patientens tillstånd och lindra sjukdomens följder. Tandproteser nämns specifikt och produceras endast i yttersta nödfall (§4).

8.2 Vård av gravida och barn

I den tyska grundlagen nämns specifikt att varje mor har rätt till vård av samhället (Art 6 mom. 4). I fallet för OI som faller under ASBA specificeras vården av gravida och barn i ASBA §4 mom. 2 och 3. Där står det att blivande och nyblivna mödrar är berättigade till vård, barnmorskor, läkemedel och förband.

Angående preventiv vård som i detta fall särskilt berör barn, bör nämnas att vaccinationer endast är tillgängliga för personer som är försäkrade under lagen om sjukförsäkringar (Fünfte sozialgesetzbuch artikel 4). Detta innebär att OI inte är berättigade till vaccinationer.

9 Lagstiftning i Nederländerna

Nederländerna har, på samma sätt som Finland och Tyskland, en grundlag (Grondwet) som grund för lagsystemet i landet. Därtill står det i grundlagen att landet skall följa sådana fördrag som kommer från internationella institutioner (artikel 93). Landets grundlag kan i enlighet med detta i vissa fall bli ersatt av en annan lag som kommit från exempelvis EU. Förutom detta har Nederländerna skrivit under olika direktiv från FN, som till exempel barnkonventionen. Dessa kan dock även innehålla vissa restriktioner.

Vi kommer även använda oss av den så kallade utlänningslagen, Vreemedlingenwet 2000, som trädde i kraft 1.1.2017. Lagen innehåller direktiv för personer som vistas i

Nederländerna såväl lagligt som olagligt, vilket inkluderar OI. Denna lag är dock begreppsmässigt väldigt oklar och lämnar flera relevanta aspekter tolkningsbara.

Nederländerna följer ett system där sjukförsäkringen är lagstadgad i den så kallade sjukförsäkringslagen (Zorgverzekeringswet). Alla medborgare måste ha en sjukförsäkring för att inte riskera en hög bot. I praktiken är det så gott som omöjligt för en nederländsk medborgare att komma undan betalning av sjukförsäkring, eftersom staten noggrant kontrollerar detta. Barn kan gå under sina föräldrars sjukförsäkring, men även detta måste meddelas till försäkringsbolagen. Turister som vistas i landet måste se till att ha någon form av sjukförsäkring. I länderna inom EU är detta inget problem, eftersom det europeiska sjukvårdskortet fungerar som försäkring. För OI blir detta komplicerat, eftersom de inte har någon sjukförsäkring och inte heller har rätt att köpa en sjukförsäkring i Nederländerna.

I sjukförsäkringslagen, Zorgverzekeringswet, nämns att vårdanstalten som vårdar OI har rätt till ekonomiskt stöd, 80-100% av sjukvårdskostnaderna ifall OI själva inte har råd att betala (artikel 122a, §3 & §4). I samma lag, definieras denna sjukvård noggrannare. I lagen inkluderas alla former av vård, primär, sekundär och tertiär, vilket betyder att även OI har rätt till allt detta, ifall det anses som nödvändigt (artikel 10). (Biswas, Toebe, Hejrn, Ascher & Norredam, 2012, 52-53).

9.1 Brådskande sjukvård

I Nederländernas lag, Vreemdelingenwet 2000, står det att en OI inte har rätt till några som helst förmåner eller tjänster i landet (artikel 10, §1). Däremot finns det mera information i paragrafen under, där det specificeras att någon form av vård är berättigad även för OI (artikel 10, §2). Enligt översättningsprogram och artiklar har denna vård benämnts olika, med både orden akutvård och nödvändig vård². Detta definieras däremot inte noggrannare, vilket gör lagen tolkningsbar i frågan om vad som skall anses som akutvård/nödvändig vård.

² Holländsk ursprungstext: Van het eerste lid kan worden afgeweken indien de aanspraak betrekking heeft op het onderwijs, de verlening van medisch noodzakelijke zorg, de voorkoming van inbreuken op de volksgezondheid, of de rechtsbijstand aan de vreemdeling.

Enligt sjukförsäkringslagen, Zorgverzekeringswet, har OI rätt till brådskande vård, med tanke på att den går under den primära vårdformen (artikel 122a, §2). Däremot är det även här viktigt att hålla begreppet nödvändig omsorg från föregående stycke i minnet, eftersom detta leder till att antalet tolkningar är lika många som antalet personer och OI kommer att få olika mycket vård beroende på vilken läkare som bedömer deras tillstånd.

9.2 Vård av gravida och barn

Nederländernas system med obligatorisk sjukvårdsförsäkring gäller även för gravida och barn. För OI finns det i lagen inga skilda rättigheter för varken gravida eller barn med tanke på rätt till sjukvård. För att få vård kan de gå till en läkare som avgör ifall vården är nödvändig eller inte. För barn anses dock alltid vaccinationer och annan förebyggande vård om nödvändig. Det samma gäller gravida kvinnor både före och under förlossningen. (Chauvin, Simonnot & Vanbiervliet, 2013, 42)

I sjukförsäkringslagen, Zorgverzekeringswet, poängteras att kostnader som relateras till graviditet och förlossning ersätts till 100% (artikel 122a, §4a). Detta betyder att inget vårdinstitut kommer att gå ekonomiskt på minus för att de hjälper en gravid OI som inte själv har råd att betala för vården, vilket de gör i normala fall då bara 80 % av kostnaderna ersätts. (Biswas, et.al. 2012, 52-53). Detta kan tolkas som att lagen på denna punkt försöker försäkra sig om att alla gravida skall ha samma möjligheter att genom korrekt vård kunna föda ett friskt barn.

10 FN

Som globala avtal har valts *FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna* samt *Konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter*. *FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna* är en universell förklaring och definition på människans rättigheter och gäller alla människor i världen. *Konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter* beskriver rättigheter som alla människor har, band annat människors rätt till sjukvård. Dessutom finns *FN:s konvention om barnens rättigheter* som också är universell och är en definition på vilka rättigheter barn har och borde gälla alla barn runtom i världen upp till åldern 18. (FN, 1948).

Internationella lagar föreskriver att länderna borde uppnå den högsta möjliga hälsostandarden, vilket innefattas av att ha lättillgänglig och prisvärd hälsovård för alla, utan att diskriminera (Alexander, 2010). Dessa har genomgåts med fokus på att tolka rätten till brådskande sjukvård och vård av gravida och barn för OI på en global nivå. Rättigheterna skrivna på ett omfångsrikt sätt och deras innehåll kan tolkas på många olika sätt (Gray & Ginneken, 2012). Ofta faller det då på nationernas egna lagstiftning huruvida odokumenterade har rätt till brådskande sjukvård och vård av gravida och barn.

I *FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna* återges artikel 25 i två delar där den första delen beskrivs som följande

”Var och en har rätt till en levnadsstandard tillräcklig för den egna och familjens hälsa och välbefinnande, inklusive mat, kläder, bostad, hälsovård och nödvändiga sociala tjänster samt rätt till trygghet i händelse av arbetslöshet, sjukdom, invaliditet, makas eller makes död, ålderdom eller annan förlust av försörjning under omständigheter utanför hans eller hennes kontroll” (FN, 1948).

Den andra delen av artikel 25 återges på följande sätt ”*Mödrar och barn är berättigade till särskild omvårdnad och hjälp. Alla barn skall åtnjuta samma sociala skydd, vare sig de är födda inom eller utom äktenskapet*” (FN, 1948).

I *Konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter* står det:

”De åtgärder som konventionsstaterna skall vidta för att till fullo tillgodose denna rätt skall innefatta sådana åtgärder som är nödvändiga för att

- a) minska foster- och spädbarnsdödligheten och främja barnets sunda utveckling,
- b) förbättra alla aspekter av samhällets hälsovård och den industriella hälsovården,
- c) förebygga, behandla och bekämpa alla epidemiska och endemiska sjukdomar, yrkessjukdomar och andra sjukdomar, samt
- d) skapa förutsättningar som tillförsäkrar alla läkarvård och sjukhusvård i händelse av sjukdom.” (Artikel 12, §2).

Denna artikel beskriver ländernas förbindelse till att tillgodose de uppräknade rättigheterna som omfattar såväl barnets sunda utveckling som rätten till läkar-och sjukhusvård i fall av sjukdom. År 2000 gjorde *FN:s Kommitté om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter* en så kallad allmän kommentar (från eng. general comment) på *Konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter*. Kommentaren är ett förtydligande av själva konventionen och går in på djupet vad som menas med alla artiklar. I punkt 34 står det:

”Särskilt, länder har en skyldighet att respektera rätten till hälsa genom att, bl.a., avstå från att neka eller begränsa jämlik tillgång för alla personer, inklusive fångar eller häktade, minoriteter, asylsökande och odokumenterade immigranter, till förebyggande, kurativ och palliativ hälsovård”³ (Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000).

Så från ett människorättsperspektiv inkluderar sjukvården klart primär, sekundär och förebyggande vård, också för OI. Vidare specificeras det att rätten till hälsa innebär att kunna få vård som är tillgänglig, acceptabel och av god kvalitet (Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000). Ändå är det 22 medlemsländer i EU som inte uppnår kraven för rätt till hälsa (Caudra, 2011).

FN:s konvention om barnens rättigheter behandlar barnens rätt till hälsa och är uppdelad i fyra olika delar, varav två av dem beskrivs närmare i det följande. I den första delen förklaras att man ska sträva till att ”säkerställa att inget barn är berövat sin rätt att ha tillgång till hälso- och sjukvård” (Artikel 24). I den andra delen bör man i konventionsstaterna vidta olika åtgärder för att bl.a. ”säkerställa att alla barn tillhandahålls nödvändig sjukvård och hälsovård”, bekämpa undernäring och sjukdomar, men även garantera betryggande hälsovård för mödrar både före och efter förlossningen, utveckla förebyggande hälsovård och rådgivning för föräldrar samt undervisning och hjälp i familjeplaneringsfrågor (Artikel 24).

Kentikeleins och Shriwise menar att förstärkning av politisk sammanhållning och koordination mellan internationella organisationer är avgörande för att kunna övervinna splittring, undvika konflikter samt förhindra parallell tillhandahållande av tjänster. Detta bör göras genom att skapa tydliga linjer mellan auktoriteter och funktionella uppdelningar mellan organisationerna, vilket också skulle effektivisera verksamheten. (Kentikelenis & Shriwise, 2016).

Det bör nämnas att länderna som ratificerat ovan beskrivna avtal kan ha gjort detta med s.k. reservationer, alltså nationsspecifika villkor som medlemsländerna förhandlat fram inför ratificeringen. Dessa reservationer förhindrar sällan länderna från att ingå i avtalen och behandlas i styckena om de nationella lagarna.

³ Engelsk ursprungstext: In particular, States are under the obligation to respect the right to health by, inter alia, refraining from denying or limiting equal access for all persons, including prisoners or detainees, minorities, asylum-seekers and illegal immigrants, to preventive, curative and palliative health services.

10.1 Brådskande sjukvård

Rätten till brådskande sjukvård för OI yttras inte specifikt i FN:s allmänna förklaring om mänskliga rättigheter utan det står mer vidsträckt att alla har rätt till hälsovård i händelse av sjukdom (FN, 1948). I tolkning av förklaringen förstår man då att OI hör till ”*alla*” och att hälsovård borde omfatta alla typer av vård, inklusive brådskande sjukvård. Med tanke på att det inte specificeras tydligare kan olika nationer tolka det på olika sätt och varierande lagstiftningar uppstå. Detta kan ses helt konkret, eftersom det i EU-länder finns mycket stora variationer gällande rätten till vård för OI (Suess, Ruiz Pérez, Ruiz Azarola & March Cerdà, 2014).

Problemet är att, även om att det kan tolkas som att alla har rätt till brådskande vård, finns det många barriärer som gör att OI inte tar del av rätten. Sådana problem kan vara brist på kunskap gällande sjukvårdssystemet eller rätten till sjukvård, rädslan av stigma eller att bli anmäld till myndigheterna, känslan av skam, ekonomiska restriktioner, språkbarriärer och kommunikationsproblem, religiösa förfaranden, seder och tabun samt brist på formella och informella sociala och sjukvårds nätverk. Konsekvenserna av dessa hinder gör att OI ofta löser sina hälsoproblem med självbehandling eller så kan det leda till irrelevant användning av akutavdelningar. (De Vito, et.al. 2016).

10.2 Vård av gravida och barn

I FN:s allmänna förklaring om mänskliga rättigheter benämns det mer specifikt om rätten till vård av gravida och barn i den andra delen av artikel 24, där man beskriver hur mödrar och barn borde vara berättigad till ”*särskild omvårdnad och hjälp*” (FN, 1948). Eftersom den allmänna förklaringen är riktad till alla människor borde den här artikeln även gälla OI fastän det inte specificeras.

FN:s konvention om barnens rättigheter tar däremot mer detaljerat upp vård gällande gravida och barn. Där förklaras mer utförligt att barn ska ha rätt till alla typer av vård samt att gravida ska få en mer specialiserad vård före, under och efter förlossningen (Artikel 24). Även den här konventionen är riktad till alla människor i världen och borde då också gälla OI. Alla tre länder som är med i det här arbetet, Finland, Tyskland och Nederländerna har skrivit under konventionen om barnens rättigheter år 1990, vilka har blivit ratificerade mellan åren 1991-1995 (UN Human Rights, 2014). Det här innebär att länderna måste ta

den i beaktande i sin lagstiftning, men samtidigt står det i konventionen inget speciellt om OI vilket leder till att annan lagstiftning som specifikt nämner OI kan prioriteras först.

11 EU

Som internationellt avtal redogörs främst *Europeiska Unionens stadga om de grundläggande rättigheterna* (2012/C 326/02). Denna bör beaktas i alla ländernas lagstiftning men är precis som de globala avtalen ganska omfattande i sin beskrivning och är därmed öppen för tolkningar. Därutöver omnämns även olika resolutioner som getts ut av Europarådet och Europaparlamentet. Det väljs att ta upp dem eftersom de mer specifikt tar upp OI:s rättigheter till specifika typer av vård, även fast dessa inte behöver beaktas i de nationella lagarna (European Council, 2015). På så sätt kan en mer övergripande diskussion skapas.

I *Europeiska Unionens stadga om de grundläggande rättigheterna* (2012/C 326/02) finns en artikel med rubriken Hälsoskydd som anger:

”Var och en har rätt till tillgång till förebyggande hälsovård och till medicinsk vård på de villkor som fastställs i nationell lagstiftning och praxis. En hög nivå av skydd för människors hälsa ska säkerställas vid utformning och genomförande av all unionspolitik och alla unionsåtgärder” (Artikel 35).

Dessutom finns flera resolutioner från Europaparlamentet och Europarådet som berör temat gällande rätten till vård för OI. I *Europaparlamentets resolution av den 8 mars 2011 om att minska ojämlikhet i hälsa i EU (2010/2089(INI))* punkt 5 uppmanar Europaparlamentet medlemsstaterna ”att se till att de mest utsatta grupperna, däribland OI, har rätt till och ges rimlig tillgång till hälso- och sjukvård”. Detta bör verkställas genom att ”undersöka möjligheten att stödja hälso- och sjukvård för OI genom att fastställa en definition baserad på gemensamma principer för ett grundutbud av hälso- och sjukvård i enlighet med sin nationella lagstiftning”. (Europaparlamentet, 2011).

I *Europarådets resolution 1509 (2006) om mänskliga rättigheter av odokumenterade migranter* finns punkt 13.2 som framför att brådskande sjukvård borde göras tillgängligt för OI och att medlemsstater borde försöka förse en mer holistisk syn på vården samt ta i beaktande de specifika behoven utsatta grupper kan ha. Till utsatt grupper hör barn,

handikappade, gravida och de äldre⁴. Dessutom står det i punkt 13.7 att alla barn, men också andra utsatta grupper såsom de äldre, ensamstående mammor och generellt ensamstående flickor och kvinnor borde ges speciellt skydd och uppmärksamhet⁵. (Council of Europe, 2006).

11.1 Brådskande sjukvård

I tolkningen av *EU:s stadga om de grundläggande rättigheterna* (2012/C 326/02) kan det förstås att, för att man ska kunna säkerställa en hög nivå av människors hälsoskydd borde alla ha rätt till tillgång av brådskande sjukvård. Men vidare nämns att tillgången till denna vård baseras på de olika villkor som stipulerats i medlemsstaternas nationella lagstiftning. Med andra ord är det länderna, inom EU, som själva fastställer hurudan lagstiftning de ska ha gällande brådskande sjukvård av OI, förutsatt ”en hög nivå av skydd för människors hälsa” säkerställs (Artikel 35). Vilket är ett begrepp som kunde diskuteras närmare och som kunde tolkas på olika sätt i de olika nationerna, vilket i sig också kan leda till olika lagar länderna sinsemellan.

11.2 Vård av gravida och barn

Enligt *EU:s stadga om de grundläggande rättigheterna* (2012/C 326/02) säger att var och en har rätt till förebyggande hälsovård och att en hög nivå av skydd för människors hälsa ska säkerställas, men att dessa ska baseras på de enskildas nationers lagstiftning (Artikel 35). Med det här kan man förstå att även OI borde ha rätt till förebyggande hälsovård. OI är människor som hör till ”*var och en*” och borde även om de inte specifikt nämns i stadgan ha samma rättigheter som alla andra. Å andra sidan står det specifikt i stadgan att villkoren gällande vården fastställs i medlemsstaternas egen lagstiftning och därmed är det ländernas slutliga avgörande som väger tyngst.

⁴ Engelsk ursprungstext: emergency health care should be available to irregular migrants and states should seek to provide more holistic health care, taking into account, in particular, the specific needs of vulnerable groups such as children, disabled persons, pregnant women and the elderly.

⁵ All children, but also other vulnerable groups such as the elderly, single mothers and more generally single girls and women, should be given particular protection and attention.

Europaparlamentets resolution av den 8 mars 2011 om att minska ojämlikhet i hälsa i EU (2010/2089(INI)) beskriver i punkt 21 att medlemsstaterna bör uppmanas till:

”att garantera hälsosamma levnadsvillkor för alla spädbarn, barn, ungdomar, inklusive preventiv vård, mödravård och åtgärder för att stödja föräldrar och i synnerhet gravida och ammande kvinnor, för att alla nyfödda ska få en hälsosam start i livet, samt undvika fortsatt ojämlikhet i hälsa, och därmed erkänna betydelsen av att investera i barns tidiga utveckling och i livscykelstrategier” (Europaparlamentet, 2011).

Dessutom nämner man i punkt 22 att medlemsstaterna ska se till att ”*alla gravida kvinnor och barn, oavsett rättslig ställning, är berättigade till och faktiskt får socialt skydd i enlighet med medlemsstaternas nationella lagstiftning*” (Europaparlamentet, 2011). Eftersom det redan i punkt 5 nämns att även utsatta så som OI ska ha rätt till hälso- och sjukvård kunde man förstå det som att punkt 21 och 22 även borde gälla odokumenterade gravida och barn.

Utredningarna ifall länder uppfyller eller inte uppfyller de kraven internationella lagarna ställer är komplicerad, eftersom FN och EU:s texter innehåller ord som tillräcklig, nödvändig och rimlig, vilka i sig är väldigt diffusa och tolkningsbara. Med tanke på dessa ord kan åsikten om länderna följer de internationella lagarna eller inte variera kraftigt.

12 Finland i reflektion till internationell lag

Finland är medlem i Europeiska unionen. I grundlagen 1999/731 fastställs att Finland deltar i internationellt samarbete med mening att säkerställa mänskliga rättigheter (1§). Finlands lagstruktur skall trygga människovärdet, den enskilda människans frihet och rättighet samt främja rättvisa i samhället. Eftersom Finlands president har ratificerat FN:s barnkonvention (60/1991 1§) innebär det att Finland är juridisk bunden och är skyldig att följa konventionen och säkerställa att rättigheterna nämnda i konventionen uppfylls.

I Finlands lagar som vi har använt oss av står det klart och tydligt att alla människor har samma rättigheter. Även om det i lagen står att alla är lika inför lagen har det i Finland gjorts skilda riktlinjer om vad kommunen är skyldig att göra för OI. Social- och hälsovårdsministeriet har kommit ut med riktlinjer för kommunen som beskriver vad OI har rättigheter till och vem som är skyldig att ordna tjänsterna (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 2017).

13 Tyskland i reflektion till internationell lag

Den tyska lagstiftningen är tack vare sin asyllagstiftning tämligen heltäckande, men de personer som nekats asyl och faller utanför ASBA riskerar fortfarande bli utan vård. Detta är i strid med *Konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter*, i vilken Tyskland förbundit sig att ”*skapa förutsättningar som tillförsäkrar alla läkarvård och sjukhusvård i händelse av sjukdom.*” (Artikel 12, §2). Tyskland har ratificerat konventionen utan reservationer relevanta för detta arbete. (FN, 1983)

Uppehållslagens 87§ som förpliktigar sjukvårdspersonal att meddela myndigheterna ifall de upptäcker en person som uppehåller sig illegalt i landet gör situationen komplicerad. Om man utgår ifrån att en person som är rädd för att bli upptäckt av myndigheterna undviker att söka sig till vård kan man inte argumentera för att *Konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter* skulle uppfyllas. Om personen i fråga fruktar att bli anmäld kan hen ha laga rätt till brådskande vård, men de förutsättningar som skapas av uppehållslagen kan inte anses vara tillförsäkrande.

Europeiska Unionens stadga om de grundläggande rättigheterna som inte är bindande är inte i konflikt med denna uppställning. I stadgan står det ”*Var och en har rätt till tillgång till förebyggande hälsovård och till medicinsk vård på de villkor som fastställs i nationell lagstiftning och praxis*” vilket tillåter att Tyskland genom nationell lagstiftning lägger villkor som anmälningsskyldighet på hälso- och sjukvården.

Den tyska grundlagens rätt till liv berättigar alla till åtminstone livräddande vård i enlighet med *den allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna*. Frågan om vem som betalar för den vården är dock ännu öppen. Exempeldelstaten Nordrhein-Westfalen har en lagstiftning som definierar akutpatienter enbart utifrån medicinska kriterier

Enligt den tyska grundlagen har varje moder har rätt till samhällets stöd, utan att specificera personens juridiska status (Grundgesetz, Art 6 mom. 4). En väntande moder som fallit utanför ASBA har alltså ännu en grundlagsenlig rätt till stöd av samhället, även om formen av stöd inte är specificerad som i ASBA. Dock överskuggas även denna vård av vårdpersonalens anmälningsskyldighet.

14 Nederländerna i reflektion till internationell lag

Eftersom Nederländerna följer systemet med obligatorisk sjukvårdsförsäkring har varken gravida, barn eller andra grupper som enligt *Europarådets resolution 1509 (2006) om mänskliga rättigheter av odokumenterade migranter* anses höra till utsatta grupper beaktats specifikt i lagen. Detta leder till att gravida och barn enligt lagen har exakt samma rättigheter som alla andra och inte har några specialrättigheter. I *Vreemedlingenwet* där OI:s sjukvårdsrättigheter nämns, finns inte heller någon särbehandling för gravida eller barn, utan dessa inkluderas och har samma rättigheter som alla andra OI.

Nederländerna har godkänt den allmänna förklaringen för de mänskliga rättigheterna och ratificerat barnkonventionen. I artikel 24 i barnkonventionen står följande *"Konventionsstaterna erkänner barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering. Konventionsstaterna ska sträva efter att säkerställa att inget barn är berövat sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård"* Detta uppnår Nederländerna inte, eftersom deras lag inte behandlar OI-barn.

I FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna artikel 25 del, står det att mödrar och barn skall vara berättigade till särskild vård. Genom att inte specifikt beakta mödrar och barn i lagen, utan inkludera dessa grupper i lagen om nödvändig vård, är det svårt att bedöma om Nederländerna uppnår kravet eller inte. Även om alla OI inkluderas under samma begrepp, har forskningarna visat att vård gravida och barn ofta anses som medicinskt nödvändig. (Chauvin, et.al. 2013, 42).

15 Vårdetiska principer

Vårdaryrket bygger på mer än införskaffandet och förfinandet av en uppsättning färdigheter uppbackad av en vetenskapligt grundad kunskapsbas. För att bli en god vårdare bör man även anamma professionens värdegrund, och kontinuerligt utveckla och öka sin moraliska erfarenhet (Thompson, Melia, & Boyd, 1995, 11).

Det har visat sig att vårdpersonals allmänt positiva attityd gentemot hälsa som en mänsklig rättighet inte nödvändigtvis leder till positiva attityder gentemot vården av odokumenterade immigranter (Ruiz-Casares, et.al. 2012). Det är därför viktigt att klargöra vilka vårdpersonalens etiska plikter är.

I detta arbete används ICN:s etiska kod för sjukskötare som måttstock för sjukskötarens etiska värderingar. Punkterna som räknas upp i koden grundar sig på pliktetik, deontologisk etik. Inom deontologisk etik är det inte ens handlingars konsekvenser som avgör huruvida ens handlande är etiskt gott, utan handlingarnas intention som avgör (Thompson, Melia, & Boyd, 1995, 206). Grundtanken är att den som handlar rätt gör gott, så genom att följa rätt regler kommer man att handla etiskt gott. För att en regel eller princip skall vara moralisk försvarbar bör den vara allmängiltig oberoende av omständigheterna, alltså universell (Henriksen & Vetlesen, 2008, 151). ICN:s riktlinjers universalitet poängteras inte i kodens inledning, utan riktlinjerna beskrivs snarare som en grund för upprätthållandet av en levande diskussion om etik. Trots detta faller själva riktlinjerna inom kategorin deontologisk etik, då de behandlar regler snarare än deras önskvärda konsekvenser.

ICN:s etiska kod för sjukskötare är klar och frångår nationella lagstiftningar på några grundläggande punkter. Intressant är också att de etiska riktlinjerna inte endast berör praktiska vårdssituationer, utan även uppmanar till aktioner på samhällsnivå för att tillgodose en miljö inom vilken den etiska koden kan efterlevas. (ICN, 2012).

Det första stycket på kodens första område tar upp den mest centrala och grundläggande av värderingar. Där inramas sjukskötarens viktigaste ansvarsområde och den lyder: *"Sjuksköterskans primära professionella ansvar är i första hand riktat till människor i behov av vård."* (ICN, 2012). Detta torde göra sjukskötarens beslutsfattande enkelt ur ett etiskt perspektiv, men strider emot nationella lagar där lagstiftningen antingen uttryckligen förhindrar OI från att få vård, eller där lagstiftningen är diffus. I de fall där lagen är frånvarande fungerar detta stycke som ett utmärkt substitut.

Juridiskt svårnavigerade strukturer som dessa må vara utanför hälso- och sjukvårdspersonals direkta verkningsområde, men den etiska koden fortsätter inom det första områdets femte stycke: *"Sjuksköterskan delar ansvar med samhället för att initiera och främja insatser som tillgodoser allmänhetens, och i synnerhet sårbara befolkningsgruppers, hälsa och sociala behov"* (ICN, 2012). Sjukskötarens etiska kod stipulerar alltså att ansvaret för skapandet av ett samhälle, där följandet av den etiska koden är möjligt, ligger på sjukskötaren. Detta är intressant eftersom det innebär ett steg utanför vad som traditionellt sett skulle ses som yrkesbilden. Sjukskötaren är inte endast en arbetare utan en påverkare, och om det statliga systemet strider mot det etiska hör det till

hens uppgift att åtgärda det. Dock kan vårdpersonal till skillnad från andra arbetsgrupper ha en snävare arsenal av möjliga arbetsplatsåtgärder att ta till, då strejker leder till ett brytande av kodens första regel om ansvaret för patienten.

Avslutningsvis nämns det i området om sjuksköterskan och medarbetaren att: *”Sjuksköterskan ingriper på ett lämpligt sätt för att skydda enskilda personer, familjer, och allmänhet när deras hälsa är hotad av medarbetare eller andra personers handlande”* (ICN, 2012). Detta kunde tillåta att en vårdare motverkar en annan vårdares juridisk rättfärdiga handling för att skydda personen som hotar fara illa.

16 Finlands lag och vårdetiken

I lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvård (1994/559) beskrivs och fastställs de yrkesetiska skyldigheter. Målet för en sjukskötare som utövar yrket är att förebygga sjukdomar, bota sjuka och lindra lidandet. Sjukskötaren är skyldig att alltid hjälpa den som är i brådskande behov av vård. Enligt lagen är sjukskötaren skyldig att beakta patientens rättigheter som är lagstadgade. (§15).

Finlands sjukskötarförbund har skrivit under de internationella etiska principerna (The ICN Code of Ethics for Nurses) år 1996 (Sairaanhoitajaliitto, 2014). De etiska riktlinjerna finns för att ge sjukskötare, hälsovårdare och barnmorskor stöd och riktlinjer vid etiska beslut i det dagliga arbetet (ICN, 2012).

Enligt de etiska principerna är sjukskötarens uppgift att främja och upprätthålla befolkningens hälsa, att förebygga sjukdom och att lindra lidande. Sjukskötaren skall betjäna individer, familjer och samfund. Vården för alla patienter skall vara likvärdigt och i enlighet med personens vårdbehov, oberoende av patientens hälsoproblem, kultur, religion, modersmål, ålder, kön, ras, hudfärg, politiska åsikt eller ställning i samhället. Enligt de etiska riktlinjerna är sjukskötaren i första hand ansvarig för de patienter som är i behov av hens vård. Sjukskötaren skall skydda människoliv och befrämja patientens individuella välbefinnande. (ICN, 2012).

Sjukskötarna bär ansvar för den globala utvecklingen av människosläktets hälsomässiga och sociala levnadsförhållanden samt för befrämjandet av jämlikhet, tolerans och solidaritet (ICN, 2012). Då frågan handlar om vård av människor skall lagen eller andra givna riktlinjer inte hindra sjukskötaren att ge vård. Människans ursprung eller bakgrund

skall inte spela någon roll vid bedömning av vårdbehov och det skall inte vara ett hinder för sjukskötare att ge vård åt en person som är i behov av vård.

Man kan nästan säga att de internationella etiska principerna och Finlands lag står i balans och stöder varandra. Skillnaden som väcker diskussion är brådskande vård. Enligt lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvård är sjukskötaren alltid skyldig att hjälpa personer i brådskande behov av vård (§15). Brådskande behov av vård tolkas som akutvård, som även OI har rätt till att få. Människan kan dock tolka sitt vilket som helst vårdbehov brådskande, men enligt lagen har OI endast rätt till brådskande vård som uppfyller kriterierna i hälso- och sjukvårdslagen om brådskande sjukvård (§50). Detta står emot det som står i etiska principerna. Enligt de etiska principerna hör det till sjukskötarens uppgift att vårda människan oberoende av hälsoproblem, detta kan tolkas som hurudant vårdbehov som helst och då finns det inga lagstadgade kriterier om vad det innebär.

17 Tysklands lag och vårdetiken

Koden beskriver inte hur man skall gå till väga med den tyska anmälningsskyldigheten av utlänningar som vistas olagligt i landet (Aufenthaltsgesetz §87). I det fallet har lagstiftarna tagit färgan ur hälso- och sjukvårdarnas händer; de kan uppfylla både sin etiska förpliktelse jämt emot patienten, och sin juridiska skyldighet att anmäla den odokumenterade patienten. I praktiken skulle man dock anta att det överhängande hotet för anmälning avsevärt höjer tröskeln för att över huvud taget söka sig till vård och ställa en vårdare inför ett etiskt dilemma.

”Sjuksköterskan ingriper på ett lämpligt sätt för att skydda enskilda personer, familjer, och allmänhet när deras hälsa är hotad av medarbetare eller andra personers handlande” (ICN, 2012).

Detta skulle i fallet med anmälningsplikt kunna innebära att en vårdare gör bedömningen att hans odokumenterade patients mentala hälsa skulle försämrats av om andra myndigheter skulle bli varse om patienten, och därför skulle välja att låta bli att uppfylla sin juridiska skyldighet.

18 Nederländernas lag och vårdetiken

Sjukskötarna i Nederländerna arbetar med oklara riktlinjer, eftersom Vreemedlingenwet är väldigt diffus och öppen för tolkningar, vilket leder till osäkerhet. OI är berättigade till nödvändig omsorg enligt den nederländska lagen, men ingen specifik definition på vad nödvändig vård innebär finns tillgänglig. Det är läkaren som skall bestämma ifall vården anses nödvändig eller inte (Government.nl, u.å.). Sjukskötaren kan härmed inte arbeta etiskt enligt ICN och hjälpa personer i behov av vård, ifall läkaren anser att vården inte är nödvändig. I och med detta blir beslutsfattningen även komplicerad ifall en läkare inte är tillgänglig. Vem är det då som skall ta besluten?

Nederländernas ofullständiga lag som inte specifikt nämner gravida och barn tillgodoser inte heller ICNs riktlinjer om att främja sårbara befolkningsgruppers hälsa och sociala behov. Landet följer sin sjukvårdsförsäkringslag och är väldigt strikta med att alla skall ha en försäkring för att ha rätt till vård och härmed har alla i landet samma rättigheter ifall de har en försäkring. Inga specifika befolkningsgrupper får någon särbehandling även om de hör till någon av de sårbara grupperna eftersom alla förutsätts ha en sjukvårdsförsäkring.

19 Resultat

Skillnaderna och likheterna ländernas nationella lagstiftningar emellan är synliggjorda i Tabell 1 som är en sammanfattning av jämförelsen ländernas nationella lagstiftningar emellan. Det bör dock påpekas att det lagstadgade stödet av olika former av vård inte nödvändigtvis innebär en praktisk eller problemfri tillgång till vård. I detta arbete synliggör vi dock endast de lagstadgade skillnaderna och inte huruvida lagarna efterföljs eller hur de tolkas.

Samtliga länder ger en juridisk rätt till brådskande vård för OI. Detta skulle kunna påverkas av det faktum att identifiering av patienten och/eller utredning av hens juridiska status är utmanande i en akut vårdssituation.

Vården av gravida och barn är dock inte lika entydig. Trots att alla tre länder ratificerat FN:s konvention om barnens rättigheter är den nationella lagstiftningen bristfällig på flera punkter. Den finska lagen har i sin helhet inkorporerat FN:s konvention om barnens rättigheter. I Tyskland står lagen på den väntande och nyförlösta moderns sida, så länge hon faller innanför ramarna för asyllagstiftningen, ASBA. I andra fall kan mödrar luta sig

på grundlagen som utan att diskriminera berättigar mödrar till stöd av samhället. Den nederländska lagen kräver att man utvärderas även läkare för att utreda huruvida behovet av vård är så pass allvarligt att den väntande modern eller barnet faktiskt behöver vård.

Tabell 1

	Lagstadgat stöd för brådskande vård av_OI	Lagstadgat stöd för vård av gravida OI och barn
Finland	Ja	Ja
Tyskland	Ja	Ofullständigt
Nederländerna	Ja	Ofullständig

Hur ländernas lagstiftning formar sig efter internationella avtal har synliggjorts i Tabell 2 som är sammanställd av materialet i kapitlen om ländernas lagstiftning i reflektion till internationell lag och ländernas lag i jämförelse med ICN:s etiska riktlinjer. FN:s konventioner som är ratificerade av länderna är bindande medan EU:s resolutioner endast inbjuder medlemsländernas parlament att ta upp saken till diskussion. ICN:s etiska riktlinjer är binder inte heller länderna till att ändra sin lagstiftning utan är riktad till yrkesutövare inom hälso- och sjukvård. Dessa tre är dock sammanställda i samma tabell för överskådlighetens skull.

Tabell 2

	FN	EU	ICN
Finland	Brister i skapandet av förutsättningar som tillförsäkrar vård för barn och gravida	Brister i vården av mödrar och barn	Brister i definitionen av brådskande vård
Tyskland	Brister i skapandet av förutsättningar som tillförsäkrar vård	Bristfällig vård av IO:s barn utanför ASBA	Brister i skyddandet av personer i särskilt utsatta grupper
Nederländerna	Bristfälligt stöd för mänskliga rättigheter för IO:s barn	Bristande stöd för personer i särskilt utsatta grupper	Oklar och bristfällig lagstiftning

Tabellen synliggör att samtliga länder har olika grader av brister i efterföljandet av såväl bindande som icke bindande internationella avtal. Ländernas lagstiftning försvårar dessutom uppfyllandet av ICN:s etiska krav för landets hälso- och sjukvårdare, och försätter därmed dem i osäkerheten som uppstår i tomrummet mellan lagstiftning och etik. Bristerna består i huvudsak av avsaknandet av lagstiftning vilket skapar dessa tomrum, något som genom arbetets gång har visat sig utgöra OI:s klassiska öde.

20 Diskussion

Projektet behandlar hälso- och sjukvårdsrättigheterna för odokumenterade immigranter för Finland, Tyskland och Nederländerna gentemot internationella riktlinjer och internationellt erkända etiska standarder. Syftet och frågeställningarna besvaras med hjälp av tillgänglig för allmänheten officiell text, stödda av tidigare studier samt övrig litteratur. Metoden som används är komparativ metod och litteraturen som samlats in bearbetas med hjälp av innehållsanalys, och sökprocessen dokumenteras och hittas som bilaga (se Bilaga 3).

Hälso- och sjukvårdspersonal utgör en yrkeskår med ett huvuduppdrag att vårda människor i behov av vård (ICN, 2012). När det då uppkommer antydanden från den statliga administrationen om att vissa personer inte skulle få vårdas ringer oundvikligen en hel del etiska varningsklockor. Vårdpersonal i Danmark har beskrivit att OI upplever en ojämlik tillgång till primärvård och att det råder osäkerhet hos vårdpersonal hur man ska agera i vårdandet av OI. När det inte finns klara riktlinjer hur man ska agera i sådana situationer, flyttas ansvaret ofta till vårdpersonalen och det är den enskilda individen som slutligen måste avgöra om OI:n ska vårdas eller inte. (Jensen, et.al. 2011).

Arbetets syfte är att synliggöra konflikterna mellan nationell lag, folkrätt och vårdetik i tre länder. Genom arbetet har skillnaderna mellan Finland, Tyskland och Nederländerna synliggjorts och komparerats. Sedan har ländernas lagstiftning jämförts med internationella avtal som samtliga exempelländer verkar under samt med ICN:s etiska kod för sjukskötare. Resultatet visar på att det existerar skillnader inte bara mellan nationell lagstiftning och vårdetik, utan också mellan nationell lagstiftning och folkrätten. Det här har även Suess et. al (2014) kommit fram till.

Folkrätten och ICN:s riktlinjer går väl hand i hand, och det verkar som om de nationella lagarnas syfte att begränsa vården för OI agerar på egen hand och inte beaktar existerande

spelregler. I Sverige har man misslyckats med att följa människorättigheter och internationell lag i knontext till OI:s rätt till vård (Alexander, 2010). Detta har synliggjorts i det här arbetet, och på så vis har den enskilda vårdarens eventuella etiska och juridiska dilemman lagts i en större kontext.

Arbetets syfte är att synliggöra lagar, inte att undersöka hur lagarna tillämpas vilket kan ge ett helt annat resultat. Det har visats att problemen kring temat uppstår främst vid tillämpningen av lagarna än själva lagarna. Å andra sidan kan tillämpningen endast förbättras om det finns tydliga riktlinjer att följa (Caudra, 2011).

Eftersom varje medborgare bör följa lagen i sitt land är lagen också en stark bakgrund att luta sig mot när man som vårdare motiverar sina handlingar. Det kan därför anses att en grundläggande kännedom om landets nationella och bindande internationella avtal är en viktig del av hälso- och sjukvårdarens arsenal i försvarandet av professionens etiska integritet, och upprätthållandet av en konstruktiv diskussion om ämnet.

Den klaraste av regelverken som gicks igenom var ICN:s etiska riktlinjer för sjuksköterskor. Reglerna var korta, koncisa och tydliga. Man bör dock minnas att ICN inte har samma ansvar för att hitta hållbara lösningar för hela samhällen som nationalstater, och just därför kan utfärda så enkla och klara direktiv.

Internationell lagstiftning var även den klar i sina avtal, men komplicerades av att dels inte vara bindande, och dels vara ratificerade med reservationer. Artiklarna i avtalen må vara breda till sin utformning men de var ändå tillräckligt tydliga för att man skulle kunna stödja sig på dem. Å andra sidan tolkas de ändå på olika sätt i olika länder (Gray & Ginneken, 2012).

Nationell lagstiftning var däremot inte lika entydig. Detta är visserligen förståeligt eftersom denna nivå av lagstiftning måste beakta det egna landets ekonomiska och sociala realiteter på ett sätt som inte berör varken ICN eller FN. Nationella lagstiftare och nationer i sig har mer att förlora på ofördelaktig lagstiftning. Definitionen på en IO grundar sig på de nationella lagarna, eller frånvaron av dessa, och utgör därför också roten till problematiken.

De internationella avtal och etiska riktlinjer som har tagits fram i det här arbetet kan förhoppningsvis utgöra diskussionsmaterial för vilka alternativ som kan fylla det vakuum

som uppstår när nationella lagstiftare lämnar en grupp av människor utanför lagarna om hälsovård. Det finns alltså behov av mera forskning inom temat (Woodward Howard & Wolff, 2014).

OI utgör en särskilt utsatt grupp i vårt samhälle, och det är grupper som dessa som är under särskilt beskydd av etiska riktlinjer och i internationella avtal. På en nationell nivå blir lagstiftningen dock utmanande, då gruppens utsatthet utgår ifrån att de handlat mot lagen och därmed kan anses vara brottslingar (De Vito, et.al. 2016). Lagstiftare balanserar mellan mänskliga rättigheter och upprätthållandet av den egna juridiska integriteten, och enligt de resultat vi presenterat lutar de av fallen mot det senare alternativet, vilket leder till att IO inte nämns i lag över huvud taget. Ett sådant juridiskt vakuum suktar efter att fyllas med folkrätt och etiska riktlinjer.

20.1 Tillförlitlighet

I kvantitativa studier använder man begreppet reliabilitet medan man i kvalitativa studier talar om tillförlitlighet (Bryman & Bell, 2013, 63-66). Reliabilitet eller pålitlighet bestäms av hur mätningarna utförs och hur noggranna man är vid bearbetningen av informationen. Tillförlitligheten är hög om man kommer fram till liknande eller samma resultat varje gång man gör mätningen av ett och samma fenomen (Holme & Solvang, 2001, 163). Det vill säga om det här arbetet skulle omprövas, med samma syfte och samma metod, skulle man komma fram till samma eller liknande resultat. Tillförlitligheten i det här arbetet är högt, eftersom de huvudsakliga källorna som använts är officiella dokument och lagtexter.

Arbetsgruppens medlemmars bristande kunskap i språk och juridik kan påverka pålitligheten i arbetet. I arbetet har använts litteratur främst på engelska men många källor är även tyska och holländska, därför valdes det att många gånger skriva ner ursprungstexten på ursprungsspråket. Detta för att ytterligare öka på tillförlitligheten. Eftersom skribenterna har begränsade eller helt saknar bakgrundskunskaper i juridik kan tolkningarna av lagtexterna variera beroende på vem som skulle göra om forskningen. Det här kan tyvärr sänka på arbetets tillförlitlighet.

Tillförlitligheten påverkas även av när mätningen görs om. Länders situationer och lagar är aldrig statiska utan förändras ständigt. Eftersom det här är ett så aktuellt tema och det skapas fler frågor ständigt, är det även mycket möjligt att de relevanta lagarna ändras efter

färdigställandet av det här arbetet. Redan några månader efter att det här arbetet gjorts, kan det vara så att tillförlitligheten för det här arbetet är mycket låg eftersom många förändringar kan ha gjorts gällande lagtexter och riktlinjer.

20.2 Validitet

Validitet, giltighet eller trovärdighet beskriver hur giltigt ett mätinstrument eller en datainsamlingsmetod är. Med andra ord hurudan förmåga har metoden eller instrumentet att ta fram eller mäta relevant data (Notter & Hott, 1996, 194). Enligt Notter och Hott (1996, 118) talar validiteten om för forskaren, om instrumentet som används faktiskt mäter det som är avsett att mätas. En studie kan vara hur tillförlitlig som helst men om mätinstrumentet inte mäter sådan information man vill eller tror sig att den mäter kan metoden inte användas för att pröva arbetets syfte (Holme & Solvang, 2001, 167).

Det finns många olika typer av validitet samt metoder på hur man kan mäta dem (Pandey & Patnaik, 2014). Eftersom det här arbetet är en komparativ studie kan man utgå från Denks bok gällande komparativa studier och validitet. Denk har tagit upp de mest relevanta typer av validitet man borde tas i beaktande när man gör komparativa studier för att uppnå så hög validitet som möjligt i sitt arbete. Dessa är begreppsvaliditet, komparativ validitet, intern validitet och extern validitet (Denk, 2002, 49).

Begreppsvaliditet visar hur väl indikatorer, eller mått, uttrycker egenskaperna som studiens begrepp/typologi avser. Ju mera aspekter av egenskaperna som uttrycks i studien, desto högre är studiens begreppsvaliditet (Denk, 2002, 49). Med den fastställer man alltså korrekta operativa åtgärder för de begrepp som ska studeras (Yin, 1994, 33). Som forskare måste man då fullfölja två olika steg. I det första steget väljs de specifika objekten som ska studeras i relation till studiens syfte. I det andra steget bör man demonstrera hur de valda metoderna verkligen återspeglar de specifikt utvalda objekten (Yin, 1994, 34).

För att överföra de här stegen till det egna arbetet, påbörjades arbetet med utformningen av syftet: att synliggöra de eventuella juridiska, folkrättsliga och/eller etiska konflikterna i vården av OI. Svaret på syftet skulle då fås genom att jämföra de utvalda ländernas nationella lagstiftningar sinsemellan genom en beskrivande komparativ studie, samt med internationellt bindande avtal inom EU och FN och ICN:s etiska riktlinjer. Det andra steget

var då att rättfärdiga/bestyrka, varför just de utvalda officiella texterna användes för visa rättigheterna.

Komparativ validitet handlar om hur man kan använda de utvalda indikatorerna för att kunna uttrycka samma egenskaper i de olika länderna (Denk, 2002, 49). När man gör en komparativ studie blir validiteten högre om länderna man jämför har liknande egenskaper. I det här arbetet har länderna som valts många olika gemensamma egenskaper. De är alla europeiska i-länder, hör alla till EU och drabbades i olika grad av flyktingkrisen 2015.

Intern validitet visar huruvida en studies komparativa analys har möjlighet att testa hur olika faktorer är relaterade till varandra. Ett arbete med bra intern validitet granskar och inkluderar många olika faktorer som kan påverka den beroende faktorn (Denk, 2002, 50). I det här arbetet har vi granskat lagar för att svara på vårt syfte, men det är många andra faktorer som kan påverka huruvida OI har rätt eller tillgång till vård i olika länder.

Extern validitet mäter hur en studie har möjlighet till att generalisera slutsatserna till enheter utanför studierna (Denk, 2002, 50). Denk (2002, 50) ger som exempel att om ambitionen är att utifrån studien av fyra länder generalisera slutsatsen till en grupp länder om tio länder, så måste de valda länderna vara representativa för de övriga sex länderna. Det här arbetet har inte som syfte att representera eller generalisera för andra länder än de som diskuteras i arbetet. Men möjligheten skulle finnas att generalisera till övriga EU länder eftersom en stor del av vårt arbete baseras på Internationell lag och EU lag. Skillnader skulle uppkomma utifrån nationella lagar.

Källförteckning

- Alexander, S., 2010. Humanitarian Bottom League? Sweden and the Right to Health for Undocumented Migrants. *European Journal of Migration and Law*, 12(2), s. 215-240.
- Biswas, D., Toebes, B., Hejrn, 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 and human rights*, 14(2), s. 49-57.
- Bryman, A., & Bell, E., 2013. *Företagsekonomiska forskningsmetoder*. Stockholm: Liber.
- Caudra, C. B., 2011. Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. *European Journal of Public Health*, 22(2), s. 267-271.
- Chauvin, P., Simonnot, N., & Vanbiervliet, F., 2013. Access to healthcare in Europe in times of crisis and rising xenophobia. [Online] <https://www.uems.eu> [hämtat: 12.4.2017].
- Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000. *CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)*. [Online] <http://www.refworld.org> [hämtat: 7.4.2017]
- Council of Europe, 2006. *Resolution 1509 - Human rights of irregular migrants*. [Online] <http://semantic-pace.net> [hämtat: 20.3.2017].
- De Vito, E., Waure, C. d., Specchia, M. L., Parente, P., Azzolini, E., Frisicale, E. M., et al., 2016. Are undocumented migrants' entitlements and barriers to healthcare a public health challenge for the European Union? *Public Health Reviews*. 37(13), s. 1-9.
- Denk, T., 2002. *Komparativ metod - förståelse genom jämförelse*. Lund: Studentlitteratur.
- ETENE, 2011. *Den Etiska Grunden För Social- Och Hälsovården*. Helsingfors: ETENE.
- Europaparlamentet, 2011. *Europaparlamentets resolution av den 8 mars 2011 om att minska ojämlikhet i hälsa i EU (2010/2089(INI))*. [Online] <http://www.europarl.europa.eu> [hämtat: 16.2.2017].
- European Council, 2015. *Council conclusions and resolutions*. [Online] <http://www.consilium.europa.eu> [hämtat: 22.4.2017].
- Eurostat, 2016. *Immigration - total number of long-term immigrants arriving into the reporting country during the reference year*. [Online] <http://ec.europa.eu/eurostat> [hämtat: 21.4.2017].
- Eurostat, 2016. *Statistik om migration och migranter*. [Online] <http://ec.europa.eu/eurostat> [hämtat: 21.3.2017].
- Flegar, V., Dalli, M., & Toebes, B., 2016. Access to preventive health care for undocumented immigrants: A comparative study of Germany, the Netherlands and Spain from a human rights perspective. *Laws*, 5(9), s. 1-22.
- FN, 1948. *Allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna*. [Online] <http://www.ohchr.org> [hämtat: 21.3.2017].

- FN, 1983. *Treaty Series volume 993*. New York: United Nations.
- Forskningsetiska Delegationen, 2012. *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. Helsingfors: TENK.
- Government.nl, u.å.. Health insurance and residence permit. [Online] <https://www.government.nl> [hämtat: 21.3.2017].
- Gray, B. H., & Ginneken, E., 2012. Health Care for Undocumented Migrants: European Approaches. *The Commonwealth Fund*, 12(33), s. 1-12.
- Gunlicks, A., 2003. *The Länder and German federalism*. New York: Manchester university press.
- Henriksen, J.-O., & Vetlesen, A. J., 2008. *Etik i arbete med människor*. Oslo: Studentlitteratur.
- Holme, I. M., & Solvang, B. K., 2001. *Forskningsmetodik - Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: studentlitteratur.
- ICN, 2012. *ICN's etiska kod för sjuksköterskor*. [Online] http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_swedish.pdf [hämtat: 16.3.2017].
- 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 Services Research*, 11(154), s. 1-10.
- Kentikelenis, A. E., & Shriwise, A., 2016. International organizations and migrant health in Europe. *Public Health Reviews*, 37(19), s. 1-20.
- Keskimäki, I., Nykänen, E., & Kuusio, H., 2014. *Paperittomien terveystalvet Suomessa*. Tampere: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.
- Kuehne, A., Huschke, S., & Bullinger, M., 2015. Subjective health of undocumented migrants in Germany - a mixed methods approach. *BMC Public Health*, 15(926), s. 1-12.
- Larsson, S., Lilja, J., & Mannheimer, K., 2005. *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Lor, P., 2011. *Methodology in comparative studies*. [Online] <https://pjlors.files.wordpress.com/2010/06/chapter-4-draft-2011-04-20.pdf> [hämtat: 3.4.2017].
- Mäkinen, O., 2006. *Tutkimusetiikan ABC*. Helsingfors: Tammi.
- Migrationsverket, 2016. *Humanitaarista suojelua ei myönnetä enää, uudet maalinjaukset Afganistanista, Irakista ja Somaliasta*. [Online] <http://www.migri.fi> [hämtat: 22.4.2017].
- Notter, L. E., & Hott, R. J., 1996. *Forskningsmetodik inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Pandey, S. C., & Patnaik, S., 2014. Establishing Reliability And Validity In Qualitative Inquiry: A Critical Examination. *Jharkhand Journal of Development and Management Studies*, 12(1), s. 5743-5753.

- Regeringens webbplats för mänskliga rättigheter, 2017. *De mänskliga rättigheterna*. [Online] <http://www.manskligarattigheter.se> [hämtat: 3.4.2017].
- Ruiz-Casares, M., Roussoeau, C., Laurin-Lamothe, A., Rummens, J. A., Zelkowitz, P., Crépeau, F., Steinmetz N., 2012. Access to health care for undocumented migrant children and pregnant women: The paradox between values and attitudes of health care professionals. *Matern child Health*, 17(2), s. 292-298.
- Sairaanhoitajaliitto, 2014. *Eettisten ongelmien tunnistaminen hoitotyössä*. [Online] <https://sairaanhoitajat.fi> [hämtat: 24.3.2017].
- Sairaanhoitajaliitto, 2014. *Etiska riktlinjer för sjukskötare*. [Online] <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/etiska-riktlinjer-sjukskotare/> [hämtat:24.3.2017].
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, 2017. *Kuntainfo: Kunnille suositukset laittomasti maassa oleskelevien kiireelliseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon*. [Online] <http://stm.fi> [hämtat: 4.4.2017].
- 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), s. 712–720.
- Thompson, I., Melia, K., & Boyd, K., 1995. *Nursing ethics*. Singapore: Logman Singapore publishers.
- UEMS, 2009. *European Curriculum for Emergency Medicine*. [Online] <https://www.uems.eu> [hämtat: 23.3.2017].
- UN Human Rights, 2014. *Status Of Ratification Interactive Dashboard*. [Online] <http://indicators.ohchr.org/> [hämtat: 22.3.2017].
- UNESCO, 2017. *Migrant/Migration*. [Online] <http://www.unesco.org> [hämtat: 23.3.2017].
- UNICEF, 2007. *Implementation Handbook For The Convention On The Rights Of The Child*. Geneva: UNICEF.
- UNICEF, u.å.a. *Introduction To The Convention On The Rights Of The Child*. [Online] <https://www.unicef.org> [hämtat: 23.3.2017].
- UNICEF, u.å.b. *Vad innebär det att ratificera barnkonventionen?* [Online] <https://unicef.se> [hämtat: 21.3.2017].
- WHO, 2004. *A Glossary Of Terms For Community Health Care And Services For Older Persons*. Geneva: WHO.
- WHO, 1946. *Constitution of the World Health Organization*. New York: WHO.
- WHO Europe, 2009. *European strategic approach for making pregnancy safer: Improving maternal and perinatal health*. Copenhagen: WHO.
- WHO Europe, 2005. *European strategy for child and adolescent health and development*. Copenhagen: WHO.
- WHO, 2005. *Prehospital trauma care systems*. Geneva: WHO.

WHO, 2016. *The Global Guardian of Public Health*. [Online] <http://www.who.int> [hämtat: 3.4.2017].

Woodward, A., Howard, N., & Wolff, I., 2014. Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review. *Health Policy and Planning*, 29(7), s. 818-830.

Yin, R. K., 1994. *Case Study Research Design and Methods*. London: SAGE Publications.

Finlands författningssamling

Barnskyddslag 13.4.2007/417. www.finlex.fi [hämtat 24.3.1027].

Finlands grundlag 11.6.1999/731. www.finlex.fi [hämtat: 24.3.2017].

Hälso- och sjukvårdslag 30.12.2010/1326. www.finlex.fi [hämtat: 23.3.2017].

Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 28.6.1994/559. www.finlex.fi [hämtat 24.3.2017].

Lag om specialiserad sjukvård 1.12.1989/1062. www.finlex.fi [hämtat: 24.3.2017].

Lag om mottagande av personer som söker internationellt skydd 746/2011 www.finlex.fi [hämtat: 7.4.2017].

Tysklands författningssamling

Gundgesetz (23.05.1949) <https://www.gesetze-im-internet.de> [Hämtat: 3.4.2017].

Asylbewerberleistungsgesetz (30.06.1993) <https://www.gesetze-im-internet.de> [Hämtat: 3.4.2017].

Aufenthaltsgesetz (30.07.2004) <https://www.gesetze-im-internet.de> [Hämtat: 3.4.2017].

Fünfte sozialgesetzbuch (20.12.1988/2477) <https://www.gesetze-im-internet.de> [Hämtat: 3.4.2017].

Nederländernas författningssamling

Zorgverzekeringswet www.wetten.overheid.nl [Hämtat: 3.4.2017].

Vreemdelingenwet 2000 www.wetten.overheid.nl [Hämtat: 3.4.2017].

FN:s konventioner

Barnkonventionen <https://www.unicef.org> [Hämtat 24.4.2017].

Konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter <https://www.ohchr.org> [Hämtat 24.4.2017].

EU:s författningssamling

Charter of fundamental rights of the European Union (2012/C 326/02). www.eur-lex.europa.eu [Hämtat: 7.4.2017].

Figurförteckning

Figur 1 Beslut om asyl i Finland under 2015–2017.....3

Tabellförteckning

Tabell 133

Tabell 233

Projektbeskrivning



Avdelningen för vård och det sociala området
Projektbeskrivning för examensarbeten

Projektets namn: Papperslösa- de icke önskade?
Projektansvarig lärare: Anne Nummela
<p>Projektbeskrivning:</p> <p><u>Bakgrund</u> År 2015 är året då tio tusentals flyktingar kom till Finland. De kom med cykel, bil, båt, flyg, tåg, i bakluckor, i paketbilar och på andra sätt in till vårt land. Röda korset och andra tredje sektorns aktörer gjorde snabbt beslut och olika asylmottagningar grundades. Enligt migri.fi hade vi under tiden 1.1.-31.10. 2106 23 109 asylsökande. Av dessa har 5985 fått medborgarskap i Finland, 11 236 har fått ett negativt beslut och förväntas avlägsna sig från vårt land. Frågan är, gör de det? Enligt nyhetsrubrikerna november 2016 har vi en stor grupp papperslösa människor som ingen egentligen vet vad vi skall göra med. Vilka rättigheter har dessa människor och framför allt vilka skyldigheter har kommunerna och staten att ta hand om dessa människor - myndigheterna är så att säga ”tagna på säng”. Polismyndigheterna talar i en artikel om ”de icke-önskade”.</p> <p><u>Syfte</u> Syfter med projektet Papperslösa- de icke-önskade? är att förstå begrepp då det gäller icke medborgare och tydliggöra vad kommunerna och frivilliga organisationer gör med och för dessa icke medborgare de sk. papperslösa.</p> <p><u>Utförande</u> I projektet lär vi oss om olika i processen aktuella lagar och dokument, intervjuar beslutsfattare och politiker. Vi diskuterar med frivilliga organisationer om hur de upplever situationen, vad de gör och vad de tycker man borde göra i situationen just nu. Sjukskötare- och hälsovårdare studerande i projektet har en möjlighet att delta i en 3 sp intensivkurs (Våren 2017) om integration av asylsökande och flyktingar i Norden.</p> <p><u>Förväntade resultat</u> En bättre kunskap och en större förståelse om de papperslösas situation och hur vi kan hjälpa dem.</p>
Partners: FRK, Åbolands distrikt
Projektid: våren 2017
<p>Lärdomsprovets kompetenser:</p> <p>I lärdomsprovet fördjupar studerande sina kunskaper och färdigheter inom ett till utbildningsprogrammet hörande centralt kompetensområde.</p> <p><u>Forskning och utveckling</u> Studerande kan systematiskt utveckla sitt yrkesområde och har förmåga att på ett vetenskapligt sätt presentera, diskutera och granska utvecklingsprojekt.</p> <p><u>Mångprofessionellt arbetssätt</u> Studerande kan utföra forsknings- och utvecklingsverksamhet i mångprofessionella team.</p> <p><u>Resursförstärkande intervention och aktion</u> Studerande kan tillämpa ett resursförstärkande perspektiv på utredning, utveckling och utvärdering av resursförstärkande yrkespraxis inom social- och hälsovård.</p> <p><u>Vårdvetenskapligt förhållningssätt</u> (för Utbildning till sjukskötare och hälsovårdare) Reflektion och tillämpning av vårdvetenskapens metaparadigm enligt utbildningsprogrammets instruktioner för vårdvetenskap.</p>

Projektplanen uppgjord

7.12.2016 Anne Nummela

Typologier	Finland	Tyskland	Nederländerna	EU	FN
Vård av gravida och barn	<p><i>Finlands grundlag (1999/731)</i></p> <p>Alla är lika inför lagen. Barn skall bemötas som jämlika individer (§6).</p> <p><i>60/1991</i></p> <p>Staten förbinder sig att eftersträva till att uppfylla denna rätt och påbörja åtgärder för det första garantera att alla barn får den sjukvård de behöver (artikel 24 punkt 2b). Och för det andra garantera korrekt vård under graviditeten och efter förlossningen (artikel 24 punkt 2,d).</p>	<p><i>Grundlagen</i></p> <p>Varje mor har rätt till skydd och vård av samhället (Artikel 6, mom 4).⁶</p> <p><i>Asylbewerberleistungsgesetz</i></p> <p>Gravida kvinnor och nyblivna mammor är berättigade medicinsk och omvårdnadshjälp och vård, barnmorskor, läkemedel, förband och åtgärder (§4 mom. 2).⁷</p>	<p><i>Sjukförsäkringslagen</i></p> <p>Kostnader som relateras till graviditet och förlossning ersätts till 100%, övriga grupper ersätts 80% (Artikel 122a §4a).⁸</p>	<p><i>Rättighetsstadgan</i></p> <p>Alla har rätt till tillgången av förebyggande hälsovård samt rätten till att få medicinsk vård under förutsättningarna upprättade av nationella lagar och riktlinjer. En hög nivå av mänskligt hälsoskydd ska säkerställas i definitionerna och tillämpningen av alla Unionens policyer och aktiviteter (Artikel 35).⁹</p>	<p><i>Mänskliga rättigheter</i></p> <p>Mödrar och barn är berättigade till särskild omvårdnad och hjälp. Alla barn skall åtnjuta samma sociala skydd, vare sig de är födda inom eller utom äktenskapet (Artikel 25, punkt 2). (FN, 1948).</p> <p><i>Barnkonventionen</i></p> <p>Säkerställa tillfredsställande hälsovård för mödrar före och efter förlossningen (Artikel 24, punkt 2d).</p> <p><i>Konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter</i></p> <p>Minska foster- och spädbarnsdödligheten och främja barnets sunda utveckling (Artikel 12, punkt 2).</p>

⁶ Tysk ursprungstext: ”Jede Mutter hat Anspruch auf den Schutz und die Fürsorge der Gemeinschaft.”

⁷ Tysk ursprungstext: ”Werdenden Müttern und Wöchnerinnen sind ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren.”

⁸ Holländsk ursprungstext: Zorgverzekeringswet ”Indien zorg is verleend die aan verzekerden doorgaans zonder verwijzing of recept wordt verleend, bedraagt de bijdrage:

- 100% van de kosten die verband houden met zwangerschap en bevalling, en
- 80% van de kosten in de overige gevallen”

⁹ Engelsk ursprungstext:” Charter of Fundamental Rights of the European Union. - Everyone has the right of access to preventive health care and the right to benefit from medical treatment under the conditions established by national laws and practices. A high level of human health protection shall be ensured in the definition and implementation of all the Union's policies and activities.”

Typologi	Finland	Tyskland	Nederländerna	EU	FN
Brådskande sjukvård	<p><i>Hälso- och sjukvårdslag (2010/1326)</i></p> <p>Alla har rätt till brådskande sjukvård oberoende av på vilken ort man bor på (§50).</p> <p><i>Lagen om specialiserad sjukvård (1989/1062)</i></p> <p>Kommunen är skyldig att sörja att personer som inte har hemort i Finland får i brådskande fall specialiserad sjukvård (§3).</p>	<p><i>Grundlagen</i></p> <p>Var och en har rätt till liv och fysisk integritet. Personlig frihet är okränkbar. Dessa rättigheter kan störas endast i enlighet med lag (Artikel 2 mom 2)¹⁰.</p> <p><i>Asylbewerberleistungsgesetz</i></p> <p>Till behandling av akuta sjukdomar och smärttillstånd nödvändig medicinsk och tandvård inklusive tillhandahållande av läkemedel och bandage och andra tjänster för att tillhandahålla nödvändiga för återvinning, förbättring eller för att lindra sjukdomar eller följder (§4).¹¹</p>	<p><i>Vreemdelingenwet</i></p> <p>En utlänning som inte uppehåller sig lagligen har inte rätt till vårdförmåner, tjänster och förmåner(Artikel 10, §1).</p> <p>Undantag från mom 1 får göras i samband med akut medicinsk vård (Artikel 10, §2).¹²</p>	<p><i>Rättighetsstadgan</i></p> <p>Alla har rätt till tillgången av förebyggande hälsovård samt rätten till att få medicinsk vård under förutsättningarna upprättade av nationella lagar och riktlinjer. En hög nivå av mänskligt hälsoskydd ska säkerställas i definitionerna och tillämpningen av alla Unionens policyer och aktiviteter (Artikel 35).⁹</p>	<p><i>Mänskliga rättigheter</i></p> <p>Var och en har rätt till en levnadsstandard tillräcklig för den egna och familjens hälsa och välbefinnande, inklusive mat, kläder, bostad, hälsovård och nödvändiga sociala tjänster samt rätt till trygghet i händelse av arbetslöshet, sjukdom, invaliditet, makas eller makes död, ålderdom eller annan förlust av försörjning under omständigheter utanför hans eller hennes kontroll (Artikel 25, punkt 1)</p> <p><i>Konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter</i></p> <p>Skapa förutsättningar som tillförsäkrar alla läkarvård och sjukhusvård i händelse av sjukdom. (Artikel 12, punkt 2d).</p>

¹⁰ Tysk ursprungstext: "Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingriffen werden".

¹¹ Tysk ursprungstext: "Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren."

¹² Holländsk ursprungstext: "Vreemdelingenwet" 1 De vreemdeling die geen rechtmatig verblijf heeft, kan geen aanspraak maken op toekenning van verstrekkings, voorzieningen en uitkeringen bij wege van een beschikking van een bestuursorgaan. De eerste volzin is van overeenkomstige toepassing op de bij de wet of algemene maatregel van bestuur aangewezen ontheffingen of vergunningen. 2 Van het eerste lid kan worden afgeweken indien de aanspraak betrekking heeft op het onderwijs, de verlening van medisch noodzakelijke zorg, de voorkoming van inbreuken op de volksgezondheid, of de rechtsbijstand aan de vreemdeling.

Tabell 3 Artikelsökning

Databas	Datum	Avgränsningar	Sökord	Träffar/valda artiklar
CINAHL with full text (EBSCO)	6.4.2017	2012-2015	Undocumented migrant OCH health rights OCH human right	4/2
EBSCOhost	6.4.2017	Scholarly (peer reviewed) 2004-2015	Undocumented OCH health rights OCH human right	16/2
PubMed Central	6.4.2017	Open access Publication date 5 years	undocumented migrants AND european union AND access to care AND health AND EU	17/1
Springerlink	6.4.2017	English, Medicine & Public Health Public Health Article, 2010 - 2017	Rights AND EU AND UN AND undocumented AND health	10/1
Springerlink	7.4.2017	English, Medicine & Public Health Public Health Article, 2015 - 2017	Healthcare AND undocumented migrant AND European Union	24/2
Google Scholar	13.4.2017	2012- 2017 Sökorden skall finnas i rubriken	Human rights AND undocumented migrant AND Netherlands	3/1
Google Scholar	25.4.2017	2012-2017	"Health Care for Undocumented Migrants" AND "European Union"	1/1

Tabell 4. Presentation av artiklar med resultat och motivering av val

Författare/År	Titel	Syfte	Metod	Resultat	Motivering av val
Alexander 2010	Humanitarian Bottom League? Sweden and the Right to Health for Undocumented Migrants	Syftet är att undersöka hur OI:s i Sverige blir bemötta och behandlade ur ett vårdperspektiv inom kontexten för mänskliga rättigheter.	Litteratur-översikt	Sverige har undertecknat nästan alla de stora instrumenten för mänskliga rättigheter men har inte levt upp till sina skyldigheter i dessa avseenden. Sverige har misslyckats med att respektera, skydda, samt uppfylla rätten till hälsa genom att begränsa OI:s tillgång till akutsjukvård som är osubventionerade, oproportionerligt dyra och ofta kulturellt inkompetent.	Artikeln diskuterar mycket relevant lagstiftning och riktlinjer för vårt arbete.
Cuadra 2011	Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies	Syftet är att karaktärisera policyer beträffande rätt till tillgången till sjukvård för OI inom EU samt att identifiera huruvida rättigheterna är förenliga med människorättstandarder.	Frågeformulär och Litteratur-översikt.	Rätten till tillgången av vård varierar inom EU. I 5 länder har OI mer omfattande rättigheter än brådskande vård, i 12 länder har OI endast rätt till brådskande vård och i 10 länder har OI inte ens rätt till brådskande vård. Variationerna är oberoende av antal OI och finansieringssystem, utan relateras till migrationkontroll, typer av OI och den fundamentala normen av välfärdsstaten. Standarden för mänskliga rättigheter uppfylls inte i majoriteten av EU-länderna.	Relevant i frågan huruvida de mänskliga rättigheterna följs i våra utvalda länder.
Dan Biswas, Brigit Toebes, Anders Hjern, Henry Ascher, Marie Norredam 2012	Access to health care for undocumented migrants from a human rights perspective: A comparative study of Denmark, Sweden and the Netherlands	Syftet är att från ett människorättsligt perspektiv jämföra de nämnda ländernas tillgång till hälsovård för OI.	Desk research	Nederländerna uppnår i princip EU:s krav på vård av OI, eftersom de i landet har tillgång till primär, sekundär och tertiär vård. Däremot finns det brister, eftersom termen nödvändig vård går att tolkas olika och vissa vårdinstanser därmed har möjlighet att välja ifall de vårdar OI eller inte.	Relevant för jämförelse av de mänskliga rättigheterna och vård för OI i Nederländerna

De Vito, de Waure, Specchia, Parente, Azzolini, Frisicale, Favale, Telesman och Ricciardi 2016	Are undocumented migrants' entitlements and barriers to healthcare a public health challenge for the European Union?	Fokuserar på OI:s (som är bosatt inom EU) rätt till sjukvård och sjukvårdsleverans: barriärer gällande tillgång av sjukvård samt relevanta policyer, skräddarsydda både för OI och sjukvårdspersonal som ska vårda dem.	Systematisk översikt	I de flesta fall har OI endast rätt till brådskande vård inom EU. I länder där OI har full rätt till sjukvård, finns formella och informella barriärer som hindrar dem att få eller känna sig som att ha rätten till det. För att tackla ojämlikheter i tillgången till vård för OI spelar kommunikation strategier en central roll. Att förbättra tillgång till vård är av brådskande prioritet eftersom brist på tillgången har seriösa konsekvenser på OI:s hälsa och välmående.	Artikeln tar upp relevanta rättigheter för OI för vårt arbete.
Gray and van Ginneken 2012	Health Care for Undocumented Migrants: European Approaches	Studien fokuserar på att utreda hur hälsovård arrangeras för OI samt visa hurdana utmaningar som kan uppstå vid vårdandet av OI.	Litteratur-översikt	Det är främst brådskande vård som erbjuds åt OI i EU. Men det finns länder som erbjuder mer än brådskande vård eller samma vård åt OI som åt sina egna medborgare. Det går alltså att förbättra tillgången till vård för OI. Studien drar slutsatsen att det kunde göras på tre olika sätt; genom att fokusera på vissa delar av populationen, olika typer av vård eller genom att använda specifika finansieringsstrategier.	Berättar hurdan vård som arrangeras i EU samt hur den kunde förbättras. Underlag för diskussion till det här arbetet.
Jensen, Norredam, Draebel, Bogic, Priebe and Krasnik 2011	Providing medical care for undocumented migrants in Denmark: what are the challenges for health professionals?	Studien fokuserar på hur vårdpersonal i Danmark navigerar kring vårdandet av OI samt hur de upplever att det är att förse vård åt OI.	Semi-strukturerade intervjuer	Vårdpersonal inom akutvård menar att vården för OI är densamma som för Danska medborgare, men att vården för OI kan bli komplicerad eller ofullständig då inga tidigare dokumentering finns om dem. Vårdpersonal inom primärvården uttrycker att OI upplever en ojämlig tillgång till vård och att det ofta lämnas till den individuella vårdaren huruvida vård ska ges eller inte eftersom det inte finns inom organisationen klara riktlinjer.	Relevant i frågan om hur det kan gå när riktlinjer är oklara.

Kentikelenis Shriwise 2016	International organizations and migrant health in Europe	Syftet är att klargöra samt öka kunskap kring förhållandet mellan internationella organisationer och migranternas hälsa i Europa.	Litteratur-översikt	Internationella organisationer fungerar på ett kompletterande sätt, där vardera tar på sig en unik roll i invandrarsjukvården. Länderna är ofta beroende av internationella organisationer som politiska rådgivare eller underleverantörer för insatser, särskilt i nödsituationer. Dessa kopplingar ger ett komplicerat nät av relationer, som varierar beroende på land och hälsopolitik.	Beskriver hur olika internationella organisationer fungerar.
Kuehne Huschke Bullinger 2015	Subjective health of undocumented migrants in Germany – a mixed methods approach	Syftet är att utforska hälsostatusen hos OI i Tyskland. Fokus ligger på subjektiva erfarenheter av sjukdom och hälsa samt hur olaglighet påverkar OI:s hälsa och tillgång till sjukvård.	Kvantitativ standardiserad frågeformulär. Kvalitativ etnografisk studie. Semistrukturerade intervjuer. Informella samtal. Observation	Att leva utan laglig status har negativ effekt på fysisk och psykisk hälsa. Begränsad tillgång till vård kan ytterligare förvärra hälsotillståndet. Studien tyder på hög morbiditet och mortalitet hos OI. Möjligheter att kunna kräva grundläggande rättigheter samt kräva tillgång till vård för OI kan förbättra hälsa och välbefinnande för dem.	Relevant för valet av Tyskland samt för hur OI:s status kan påverka hälsa och välmående
Pandey & Patnaik 2014	Establishing reliability and validity in qualitative inquiry: a critical examination	Syftet är att diskutera problemen samt betydelsen av reliabilitet och validitet i kvalitativ forskning.	Litteratur-översikt	Artikeln beskriver olika metoder på hur man kan testa tillförlitlighet och validitet i sin egna forskning. Forskningen konkluderar att användningen av en kombination av metoderna för att skapa ett strängt och accepterande kvalitativt arbete.	Diskuterar reliabilitet och validitet
Ruiz-Casares, Roussoeau, Laurin-Lamothe, Rummens, Zelkowitz, Crépeau, Steinmetz 2012	Access to Health care for undocumented migrant children and pregnant women: The paradox between values and attitudes of health care professionals	Undersökandet av attityder om vårdandet av odokumenterade immigranter hos vårdpersonal.	Enkät	Resultaten påvisar skillnader i vårdpersonalens attityd till odokumenterade immigranternas rätt till vård och vårdpersonalens etiska förpliktelser.	Utgör en god grund för den etiska diskussionen

<p>Suess, Ruiz Pérez, Ruiz Azarola, March Cerdà</p> <p>2014</p>	<p>The right of access to health care for undocumented migrants: a revision of comparative analysis in the European context</p>	<p>Syftet är att erhålla ett komparativt ramverk gällande rätten av vård för OI i EU; analysera barriärer, uppskatta hur begränsning av tillgång till vård kan påverka OI samt observera förändringar i rätten till vård i kontext med nuvarande ekonomiska kris.</p>	<p>Forskningsgenomgång</p>	<p>Det finns stora variationer i rätten till vård för OI inom EU. Juridiska restriktioner gällande vård samt barriärer till effektiv tillgång av vård för OI är ofta förekommande. Genomgången av studierna, visar att de är överens om att rekommendera tillgång på alla vårdnivåer, oavsett den administrativa statusen av personen som söker vård. Huruvida den ekonomiska krisen påverkar OI:s tillgång till vård och hälsa samt kunskap ur OI:s perspektiv behöver mer forskning.</p>	<p>Bekräftar att det är stor skillnad mellan nationella lagar och tillämpningen av dessa.</p>
<p>Veronika Flegar, María Dalli, Birgit Toebe</p> <p>2016</p>	<p>Access to Preventive Health Care for Undocumented Migrants: A Comparative Study of Germany, the Netherlands and Spain from a Human Rights Perspective</p>	<p>Analyserar tillgången till vaccinering, hälsoutbildning och information, regelbundna screeningar samt främjande & underliggande hälsofaktorer i Tyskland Nederländerna & Spanien</p>	<p>”Desk-research”, sekundärforskning.</p>	<p>Avslöjar allvarliga brister i tillgången till vård för odokumenterade immigranter, trots att det konstaterats just den gruppen av individer är i ett särskilt behov av den. Menar att staterna trots ina ekonomiska förutsättningar bör utgå utifrån ett människorättsperspektiv.</p>	<p>Nämner flera lagar som kan användas i arbetet och beskriver de relevanta juridiska strukturerna i Tyskland och Nederländerna.</p>
<p>Woodward, Howard and Wolffers</p> <p>2013</p>	<p>Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review</p>	<p>Syftet är att identifiera till vilken grad, typer och utbredning av primär forskning det finns gällande tillgången till vård för OI inom EU. Detta för att klargöra vad som redan är känt, vilka hål det finns samt eventuella framtida forskningsfrågor.</p>	<p>Kartläggande litteraturöversikt (Arksey and O’Malley’s scoping framework, & Levac, Colquhoun and O’Brien’s revisions).</p>	<p>Policy i EU stöder OIs tillgång till vård men i praktiken varierar tillgången mycket. Länder tolkar och tillämpar rättigheter olika på regionala, institutionella och individuella nivåer. Det behövs fler forskning kring temat, samt ökat samarbete mellan portvakter, vårdgivare, forskare och policyskapare men även minskade otydligheter i hälsovårds rättigheter och skyldigheter för OI.</p>	<p>Konstaterar att lagar tolkas olika och att mer forskning behövs. Bekräftande av det här arbetets resultat och diskussion.</p>