

Kasperil Kilpi ja Essi Malmi

# Paperittomien henkilöiden näkemyksiä Euroopan terveydenhuoltojärjestelmistä

Kirjallisuuskatsaus

---

Metropolia Ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitaja (AMK)  
Sairaanhoitotyön tutkinto-ohjelma  
Opinnäytetyö  
18.5.2018

Tekijät	Kasperil Kilpi ja Essi Malmi
Otsikko	Paperittomien henkilöiden näkemyksiä Euroopan terveydenhuoltojärjestelmistä
Sivumäärä	27 + 1 liite
Aika	18.5.2018
Tutkinto	Sairaanhoidtaja (AMK)
Koulutusohjelma	Sairaanhoidtöyön tutkinto-ohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja	Jukka Kesänen, TtM, lehtori
<p>Paperittomalla ei tarkoiteta sananmukaisesti ilman henkilöllisyydistusta olevaa ihmistä, vaan henkilöä joka elää maassa ilman laillista oleskeluoikeutta. Esimerkiksi turvapaikanhakijalla on riski päätyä paperittomaksi henkilöksi, mikäli hän kielteisen päätöksen saadessaan jää silti maahan. Tällaisella henkilöllä myös saatavilla olevat terveydenhuoltopalvelut ovat usein rajattuja, joka yhtenä tekijänä vaikuttaa siihen, että paperittomat ovat erityisen haavoittuva väestöryhmä. Maailman kriisitilanteiden vuoksi kasvussa oleva pakolaismäärä ja sitä kautta myös paperittomat näkyvät vahvasti ajan-kohtaisena aiheena myös Euroopassa.</p> <p>Tässä opinnäytetyössä oli tarkoituksena kuvata kirjallisuuskatsauksen menetelmin paperittomien näkemyksiä Euroopan terveydenhuoltojärjestelmistä ja näkemyksiin yhteydessä olevia tekijöitä. Tavoitteena oli, että opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää paperittomien terveydenhuollon kehittämisessä, esimerkiksi kliinisessä hoitotyössä sekä alan opiskelijoiden koulutuksessa.</p> <p>Katsauksen tutkimusaineisto kerättiin systemaattisesti Cinahl, Medic ja PubMed -tietokannoista rajaten aineisto vuosiin 2010-2018. Lopulliseen analyysiin valikoitui 13 tutkimusta kahdeksasta eri Euroopan maasta.</p> <p>Paperittomilla oli monenlaisia kokemuksia, jotka vaikuttivat heidän näkemyksiinsä terveydenhuoltojärjestelmistä Euroopassa. Hoidon laatuun oltiin pääasiassa tyytyväisiä, mutta hoitokontaktin saavuttaminen koettiin hankalaksi. Näkemyksiin oli yhteydessä moninaisia tekijöitä. Tekijöitä olivat paperittomien viralliset ja epäviralliset oikeudet hoitoon, tieto oikeuksista ja menettelytavoista, pelko, taloudelliset ja käytännön tekijät sekä kulttuuri- ja henkilöstä itsestä riippuvat tekijät.</p> <p>Katsauksen tulokset tukevat taustatietoja siitä, että paperittomat ovat haavoittuva ryhmä Euroopan terveydenhuoltojärjestelmissä. Tulokset kuitenkin osoittavat myös, että on monia tekijöitä, joiden kautta tilanteeseen voidaan pyrkiä vaikuttamaan sitä kohtavasti. Työssään terveydenhuollossa paperittomia kohtaavien henkilöiden on tärkeää tietää paperittomien viralliset oikeudet hoitoon ja ymmärtää myös epäviralliset oikeudet sekä kokemuksiin yhteydessä olevat tekijät.</p>	
Avainsanat	paperittomat, terveydenhuolto, terveydenhuoltojärjestelmä, näkemyksiä, Eurooppa

Authors	Kasperil Kilpi and Essi Malmi
Title	Undocumented Migrants' Views of Health Care Systems in Europe
Number of Pages	27 + 1 appendix
Date	18 May 2018
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor	Jukka Kesänen, MNSc, Senior lecturer
<p>Undocumented migrant (UM) is a person who doesn't have a valid permit to authorizing them to stay in the country. For example, rejected asylum seekers are at risk of becoming undocumented migrants if they decide to stay in the country despite the rejection. These peoples' entitlements to health care are typically highly restricted which is one of the reasons why UM's are particularly fragile demographic group. Because of the crises situation in the world and growing number of refugees the topic of undocumented migrants are highly current in Europe as well.</p> <p>The purpose of this study was to describe undocumented migrants' views of Health Care Systems in Europe. The aim was to utilize collected data in developing undocumented migrants' health care systems or moreover, the study results may be used in clinical work and for educational purposes.</p> <p>Our study was a literature review. Systematic searches were made to three different databases, Cinahl, Medic and Pubmed to identify relevant studies published in 2010–2018. Altogether 13 articles from eight different European countries were selected to this review.</p> <p>The results showed that undocumented migrants' had diverse experiences influencing their views of health care systems in Europe. To get health care was experienced to be difficult but when the access was gained, satisfaction with the quality of the care was high. The UM's experiences were impacted by multiple factors. These factors included undocumented migrants' formal and informal rights to health care, lack of information, financial barriers, fear, day-to-day circumstances, cultural and personal backgrounds.</p> <p>Our findings provide further evidence that undocumented migrants are strongly fragile group in European health care systems. Results of this study also show that there are several factors impacting UM's experiences on health care systems and through bettering these factors we can try to improve the overall situation. One way to positively influence UM's experiences and access to care is to better health care professionals' knowledge on undocumented migrants' situation and rights.</p>	
Keywords	undocumented migrant, health care, health care system, view, Europe

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Tausta	2
2.1	Pakolaiskriisi maailmalla ja Euroopassa	2
2.2	Paperittomien terveydenhuolto Euroopassa	3
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	4
4	Opinnäytetyön menetelmät	5
4.1	Kirjallisuuskatsaus	5
4.2	Aineiston keruu	5
4.3	Aineiston analyysi	8
5	Tulokset	10
5.1	Paperittomien näkemyksiä terveydenhuoltojärjestelmistä	10
5.1.1	Paperittoman viralliset ja epäviralliset oikeudet hoitoon	11
5.1.2	Paperittomien terveydenhuolto	11
5.2	Näkemyksiin yhteydessä olevat tekijät	14
5.2.1	Tieto	15
5.2.2	Taloudelliset tekijät	16
5.2.3	Pelko	16
5.2.4	Käytännön tekijät	17
5.2.5	Kulttuuritekijät	18
5.2.6	Henkilöstä itsestä riippuvat tekijät	18
6	Eettisyys ja luotettavuus	19
6.1	Kirjallisuuskatsauksen eettisyys	19
6.2	Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus	20
7	Pohdinta	23
	Lähteet	25
	Liitteet	
	Liite 1. Analysointiin valittu aineisto	

## 1 Johdanto

Yhdistyneiden kansakuntien pakolaisjärjestön (UNHCR) katsauksen mukaan maailmassa oli vuoden 2015 lopussa yli 65 miljoonaa henkilöä, jotka oli pakotettu lähtemään kodeistaan vainoamisen, konfliktien ja väkivaltaisuuksien tai ihmisoikeusrikkomusten takia. Pelkästään vuoden 2015 aikana määrä kasvoi 5.8 miljoonalla ihmisellä, joka tarkoittaa 24 kodistaan paennutta henkilöä vuoden jokaisena päivänä, jokaista minuuttia kohden. Näistä 65 miljoonasta henkilöstä pakolaisia oli 21.3 miljoonaa ihmistä ja päätöstä odottavia turvapaikanhakijoita 3.2 miljoonaa ihmistä. (UNHCR 2016: 5-6.) Pakolaiskriisi näkyy vahvasti myös Euroopassa. Vuonna 2015 Saksa sekä Ruotsi olivat maailman kolmen eniten turvapaikkahakemuksia vastaanottaneen maan joukossa (UNHCR 2016: 38).

Pakolaisilla ja turvapaikanhakijoilla on kielteisen päätöksen saadessaan riski päätyä paperittomiksi henkilöiksi. Paperittomalla ei tarkoiteta sananmukaisesti ilman henkilöllisyystodistusta olevaa ihmistä, vaan henkilöä joka elää maassa ilman laillista oleskeluoikeutta (THL 2017). Tällaisella henkilöllä myös saatavilla olevat terveydenhuoltopalvelut ovat rajattuja, joka yhtenä tekijänä vaikuttaa siihen, että paperittomat ovat erityisen haavoittuva väestöryhmä (Björngren Cuadra 2012).

Muun muassa kansainvälisiin ihmisoikeussopimuksiin kirjattujen perus- ja ihmisoikeuksien tulisi turvata tietynlaisia oikeuksia myös paperittomille henkilöille. Tällaisia oikeuksia ovat esimerkiksi oikeus terveyteen ja yhdenvertaisuuteen. (Paperittomat 2017.) Euroopan sisällä on kuitenkin maa- sekä aluekohtaisia eroja siinä, minkälaisiin terveydenhuollon palveluihin paperittomilla on oikeus tai mahdollisuus (Björngren Cuadra 2012). Tässä opinnäytetyössä oli tarkoituksena kuvata kirjallisuuskatsauksen menetelmin paperittomien näkemyksiä Euroopan terveydenhuoltojärjestelmistä sekä näkemyksiin yhteydessä olevia tekijöitä.

## 2 Tausta

### 2.1 Pakolaiskriisi maailmalla ja Euroopassa

Maailman kriisitilanteiden vuoksi pakolaisten määrä maailmassa on ollut viime vuodet runsaassa kasvussa (UN 2015a). Vuonna 2011 erinäisten konfliktien ja ihmisoikeusrikkomusten vuoksi kotoaan lähtemään pakotettuja ihmisiä oli maailmanlaajuisesti ennätysmäärä 42.5 miljoonaa henkilöä. Määrä on sen jälkeen tasaisesti ja nopeasti noussut, ollen vuonna 2015 jo 65.3 miljoonaa ihmistä, joista pakolaisia oli 21.3 miljoonaa. Tämä tarkoittaa yli 50 prosentin kasvua viidessä vuodessa. (UNHCR 2016: 5.) Vuoden 2016 loppuun mennessä pakolaisten määrä oli jälleen nousussa, ollen tällöin 22.5 miljoonaa (UNHCR 2017a: 13).

Vuonna 2015 jopa yli puolet maailman pakolaisista oli lähtenyt liikkeelle kolmesta maasta: Syyriasta, Afganistanista ja Somaliasta (UNHCR 2016: 3). Euroopan pakolais-tilanteen kannalta merkittäviä kriisejä ovat olleet esimerkiksi Syyrian sisällissota sekä Afganistanin, Somalian ja Irakin levottomuudet, ja etenkin näiltä konfliktialueilta on virrannut runsaasti pakolaisia sekä meri-, että maateitse mm. Lähi-idän alueelle Libanoniin sekä Euroopan alueelle etenkin Turkkiin, Kreikkaan ja Italiaan. (UN 2015b.) Jälkimmäisinä mainituista maista pakolaisväestö on levinnyt eteenpäin laajemmin ympäri Eurooppaa. Esimerkiksi vuonna 2015 Euroopan Unioni teki jäsenmaidensa kesken sopimuksen, jonka mukaan Italian ja Kreikan 66 400 turvapaikanhakijaa uudelleen sijoitetaan muihin Euroopan maihin. (UNHCR 2017b.) Pelkästään meriteitse Eurooppaan saapui vuoden 2015 aikana yli miljoona uutta pakolaista, jonka lisäksi tuhansia ihmisiä kuoli tai katosi matkan aikana merelle. Huomattava ihmismassa on aiheuttanut haasteita Euroopan turvapaikka- ja vastaanottojärjestelmille. Moni maa myös kiristi esimerkiksi säädöksiä koskien perheiden yhdistämistä ja turvapaikkamenetelmiään pakolaismäärien kasvaessa. (UNHCR 2016: 32-34.) Pelkästään Saksassa kirjattiin vuoden 2015 aikana 441 900 uutta turvapaikkahakemusta, joka on huomattavasti enemmän, kuin vuotta aiemmin jolloin hakemuksia oli 173 100. Myös Ruotsissa hakemusten määrä vuosina 2014–2015 tuplaantui 75 100:sta 156 400:aan. Kansainvälisellä tasolla Saksa vastaanotti eniten hakemuksia ja Ruotsi kolmanneksi eniten koko maailmassa. (UNHCR 2016: 38.) Euroopan pakolaisten ja pakolaisten kaltaisessa asemassa olevien ihmisten määrä on jatkanut kasvuun. Vuoden 2016 lopulla Euroopan alueella oli yhteensä lähes 5.2 miljoonaa pakolaista,

joista iso osa 2.9 miljoonaa Turkissa ja loput 2.3 miljoonaa muualla Euroopassa. (UNHCR 2017a.)

Muun muassa näillä pakolaisilla on riski päätyä paperittomiksi henkilöiksi. Paperittomalla henkilöllä tarkoitetaan kansalaisuutta vailla olevaa henkilöä tai muun kuin toisen EU-maan, Euroopan talousalue -maan tai Sveitsin kansalaista, joka oleskelee maassa ilman vaadittavaa oleskelulupaa, viisumia tai on lähtökohtaisesti saapunut maahan luvatta. Suomessa viranomaiskäytössä henkilöistä puhutaan usein laittomina maahantulijoina, kun taas kansainvälisesti paperittomista henkilöistä on käytetty muun muassa termejä unregistered tai undocumented migrant. (Keskimäki - Nykänen - Kuusio 2014: 11.) Esimerkiksi turvapaikanhakijat eivät siis ole paperittomia, koska heillä on lupa oleskella maassa ja sitä kautta he ovat myös oikeutettuja esimerkiksi laajempiin terveydenhuolto- palveluihin. Henkilö voi kuitenkin päätyä paperittomaksi, mikäli hän saa turvapaikanhakijana kielteisen päätöksen, mutta jää silti luvatta maahan. (THL 2017.) Samoin oleskelu- tai työviisumin päätyttyä maahan jäävät henkilöt ovat paperittomia. Koko Euroopan Unionin väestöstä arviolta 1 % on paperittomia ja vierasperäistä syntyperää olevista eurooppalaisista paperittomia on jopa 10 %. (Björngren Cuadra 2012.)

Paperittomien oikeudesta terveydenhuoltoon perus- ja ihmisoikeutena säädetään kansainvälisissä ihmisoikeussopimuksissa (Björngren Cuadra 2012). Euroopassa toimii myös erinäisiä järjestöjä, jotka ajavat paperittomien henkilöiden oikeuksien toteutumista Euroopassa. Tällaisiin järjestöihin lukeutuu esimerkiksi Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM), jolla on useita alajärjestöjä ympäri Euroopan maita. (Paperittomat.) Järjestöjen toiminnasta huolimatta, paperittomat ovat väestöryhmä, joka on erityisen haavoittuvassa asemassa muun muassa rajoitetusti saatavilla olevan terveydenhuollon suhteen.

## 2.2 Paperittomien terveydenhuolto Euroopassa

Paperittomien oikeudet ja mahdollisuudet terveydenhuoltoon vaihtelevat huomattavasti eri Euroopan maissa ja alueilla. Paperittoman henkilön oleskelu- tai asuinmaasta riippuen, hänellä voi olla oikeus vain kiireelliseen hoitoon tai kaikkiin samoihin terveydenhuollon palveluihin, kuin maan kansalaisella. (FRA - Fundamental rights of migrants in an irregular situation in the European Union 2011: 83). Esimerkiksi Suomessa paperittomuus tarkoittaa sitä, ettei henkilöllä ole oikeutta suomalaisiin sosiaali- ja terveysterveystoimien palveluihin.

hin, vaan he voivat saada julkisessa terveydenhuollossa vain kiireellistä hoitoa omakustanteisesti. (THL 2017.) Palveluissa on kuitenkin eroja myös maan sisällä. Suomessa Helsingissä ja Turussa paperittomien terveydenhuoltopalveluita on laajennettu siten, että raskaana oleville ja alle 18-vuotiaille paperittomille tarjotaan laajat terveydenhuoltopalvelut eli esimerkiksi neuvola- ja myös muut, kuin kiireelliset sairaanhoitopalvelut. Myös hinnat näille palveluille ovat samat, kuin kuntalaisille. Lisäksi Helsingissä toimii vapaaehtoisvoimin Global Clinic niminen klinikka, joka palvelee paperittomia, joskin rajatuin resurssein. (Keskimäki - Nykänen - Kuusio 2014: 26-27.) Samankaltaisia palveluita on Suomessa avattu myös Turkuun, Ouluun, Joensuuhun ja Tampereelle. Norjassa paperittomien terveydenhuolto on lähes pääasiassa vapaaehtoisten lääkäreiden ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten vastuulla. Ruotsissa paperittomille on taattu laajemmat oikeudet terveydenhuollon palveluihin ja siitä on määritelty myös laissa. Kiireellisen hoidon lisäksi paperittomat ovat Ruotsissa oikeutettuja muun muassa ehkäisyneuvontaan, terveystarkastuksiin sekä lääkekorvauksiin. (Paperittomat 2017.)

Pohjoismaiden ulkopuolella Suomen tavoin vain kiireellistä hoitoa paperittomille tarjotaan muun muassa Kreikassa, Unkarissa, Irlannissa ja Puolassa. Oikeus laajempiin terveyspalveluihin sen sijaan on ainakin Hollannissa, Belgiassa, Ranskassa, Italiassa sekä Saksassa, jossa viimeisimmässä palveluiden käyttöä tosin rajoittaa se, että hoitohenkilökunnalla on velvollisuus ilmoittaa paperittomista henkilöistä poliisille. (Keskimäki – Nykänen – Kuusio 2014: 36.)

Saatavilla olevassa terveydenhuollossa on paperittomilla siis edelleen isoja eroja Euroopan sisällä ja rajoitetulla terveydenhuollolla saattaa olla seurauksia niin paperittoman henkilön omalle hyvinvoinnille, kuin kansanterveydellekin (FRA - Fundamental rights of migrants in an irregular situation in the European Union 2011: 71). Asiaan on kuitenkin alettu kiinnittää enemmän huomiota ja myös Euroopan Unionin tasolla keskustellaan siitä, miten palvelut tulisi järjestää (Keskimäki – Nykänen – Kuusio 2014: 36).

### **3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset**

Tässä opinnäytetyössä oli tarkoituksena kuvata kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmin paperittomien näkemyksiä Euroopan terveydenhuoltojärjestelmistä sekä näkemyksiin yhteydessä olevia tekijöitä. Tavoitteena oli, että opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää paperittomien terveydenhuollon kehittämisessä, esimerkiksi kliinisessä hoitotyössä sekä alan opiskelijoiden koulutuksessa.



Tutkimuskysymykset olivat:

1. Minkälaisia näkemyksiä paperittomilla henkilöillä on Euroopan terveydenhuoltojärjestelmistä?
2. Mitkä tekijät ovat yhteydessä paperittomien näkemyksiin Euroopan terveydenhuoltojärjestelmistä?

## 4 Opinnäytetyön menetelmät

### 4.1 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaukset voivat olla metatutkimusta, systemaattisia tai kuvailevia kirjallisuuskatsauksia (Kangasniemi ym. 2013: 293). Tämä opinnäytetyö on kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on koota ja kuvata aikaisempaan tietoon perustuvaa, kumulatiivista tietoa sekä etsiä vastauksia siihen, mitä valitusta ilmiöstä tai aiheesta jo tiedetään. Menetelmänä kuvaileva kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa neljään eri vaiheeseen, jotka etenevät prosessin aikana kuitenkin osittain myös päällekkäin. Nämä vaiheet ovat tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineisto ja sen valinta, kuvailun rakentaminen sekä tulosten tarkastelu. (Kangasniemi ym. 2013: 294.)

### 4.2 Aineiston keruu

Kuvailevan kirjallisuuskatsaukseen valittava aineisto kerätään yleisimmin elektronisista tieteellisistä tietokannoista tai manuaalisilla hauilla tieteellisistä julkaisuista (Kangasniemi ym. 2013: 295). Aineisto tähän katsaukseen haluttiin kartoittaa mahdollisimman laajasti ja korkeatasoisesti niin kansallisella, kuin kansainväliselläkin tasolla. Siksi tämän opinnäytetyön aineistohaussa tietokantoina käytettiin suomalaista Medic-, sekä kansainvälisiä Cinahl- sekä PubMed-tietokantoja. Hakusanoina aineistoa kerätessä käytettiin opinnäytetyön tutkimuskysymysten mukaisesti sanoja paperittomat, terveydenhuolto, näkemyksiä, Eurooppa ja turvapaikanhakija sekä näiden sanojen yhdistelmiä ja synonyymejä. Kyseisiä hakusanoja käytettiin aineistoa hakiessa sekä suomeksi, että englanniksi. Tiedonhaussa kielirajauksena oli suomi ja englanti. Myös kaikki ennen vuotta 2010 julkaistut artikkelit rajattiin haussa pois.

Hakua täydennettiin manuaalisella tiedonhaualla, jolla varmistettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mahdollisimman kattava hakutulos (Johansson 2007: 6). Manuaalinen tiedonhaku tehtiin kaikkien aineistoon hakujen jälkeen valittujen artikkelien lähdeluette-loista. Tiedonhaun ja aineiston valinnan sisäänottokriteerit on kuvattu taulukossa 1.

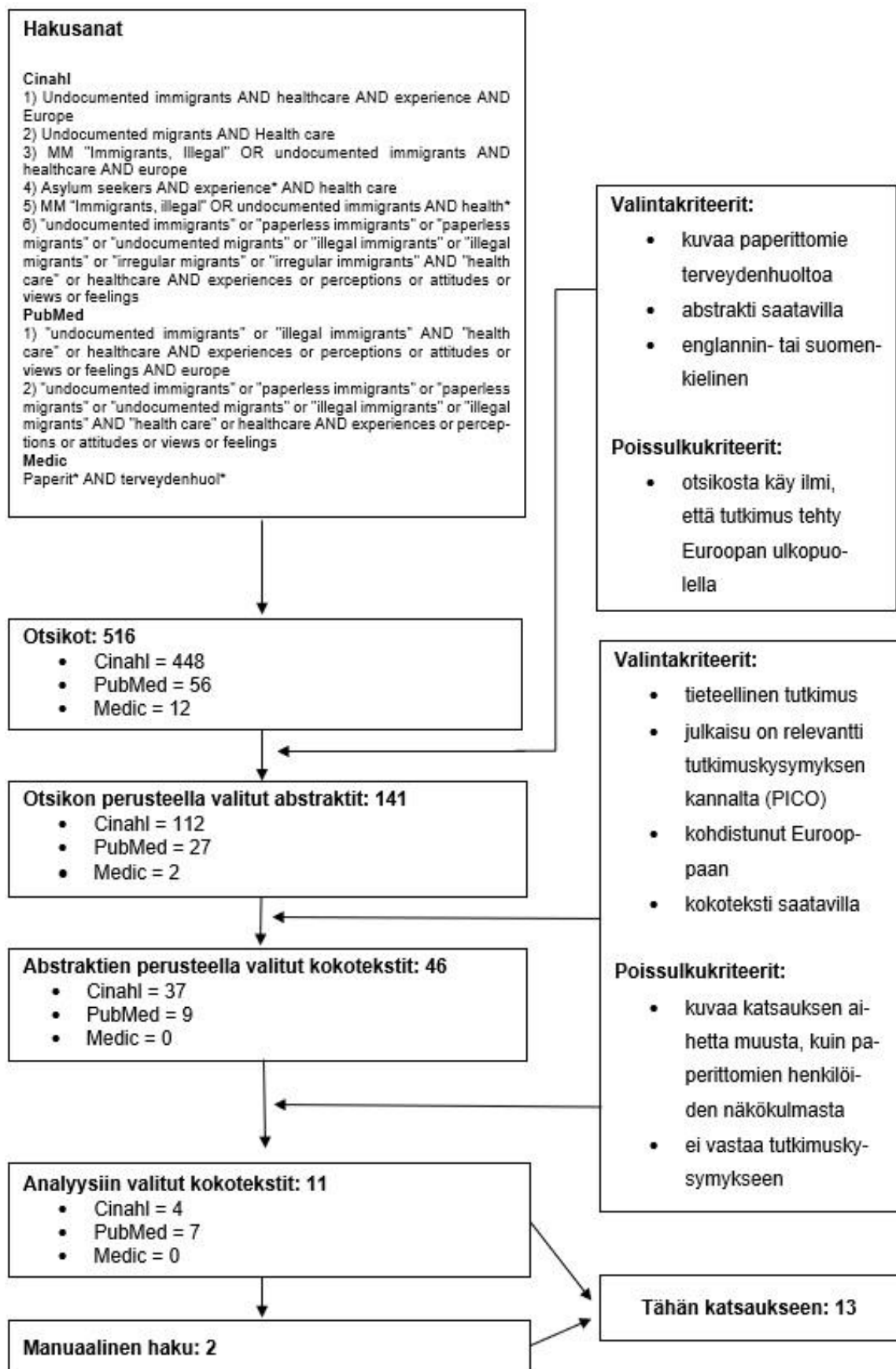
Taulukko 1. Aineiston sisäänottokriteerit

Sisäänottokriteerit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tieteellinen julkaisu</li> <li>• Julkaisuvuosi 2010 lähtien</li> <li>• Julkaisun kohteena Eurooppa</li> <li>• PICO: <ul style="list-style-type: none"> <li><b>P</b> (Population, patient group) Kaikki Euroopassa olevat paperittomat henkilöt</li> <li><b>I</b> (Intrest) Näkemyksiä</li> <li><b>Co</b> (Context) Terveysthuolto</li> </ul> </li> </ul>
---------------------	---

Kirjallisuuskatsauksen aineiston valintaprosessia ohjaa tiiviisti työlle asetettu tutkimuskysymys (Kangasniemi ym. 2013: 295). Valintaprosessi toteutettiin asteittain sisään- ja poissulkukriteereitä noudattaen otsikon, abstraktin ja kokotekstin perusteella siten, että valittu aineisto vastasi mahdollisimman hyvin ja tarkoituksenmukaisesti opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Kaikkiaan hauissa löydettiin 516 artikkelia, joista otsikon perusteella karsittiin pois 375 artikkelia. Jäljelle jääneistä 141 artikkelista valittiin abstraktien perusteella kokonaan luettaviksi 46 artikkelia, joista kahdesta ei ollut kokotekstiä saatavissa. Lopulta 44 artikkelia luettiin kokonaisuudessaan läpi ja näistä lopulliseen aineistoon valikoitui 11 artikkelia. Manuaalisen tiedonhaun kautta aineistoon löytyi vielä kaksi artikkelia lisää.

Koko haku- ja valintaprosessi toteutettiin yhteistyössä molempien opinnäytetyöntekijöiden toimesta. Valintaprosessin tietokantojen aineistohaut ja otsikkotason karsinta toteutettiin yhdessä. Abstraktit ja kokotekstit tekijät kävivät läpi itsenäisesti, tehden molemmissa vaiheissa omat ehdotuksensa valinnoista, jotka sitten yhdistettiin lopulliseen tarkasteluun. Mukaan otettavien aineistojen suhteen mielipide-eroista neuvoteltiin, valinta- ja poissulkukriteerien osuvuudesta keskusteltiin ja päätökset lopullisesta aineistosta tehtiin yksimielisesti. Aineiston haku- ja valintaprosessi on kuvattu taulukossa 2.

Taulukko 2. Aineiston hakuprosessi valinta- ja poissulkukriteereineen



### 4.3 Aineiston analyysi

Opinnäytetyön aineisto analysoitiin soveltaen induktiivista sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysi on aineistojen perusanalyysimenetelmä, jonka avulla tarkasteltava aihe pyritään esittämään laajasti, mutta tiiviisti käsitteiden luokittelun kautta. Sisällönanalyysi voi olla deduktiivista eli teorialähtöistä tai kuten tässä opinnäytetyössä, induktiivista eli aineistolähtöistä. Aineistolähtöisessä menetelmässä analyysi ei pohjaudu aikaisempiin teorioihin vaan saatavilla olevaan tutkimusaineistoon. Ennen analyysiprosessin aloittamista on määritettävä analyysiyksikkö, joka voi olla sana, sanayhdistelmä, lauseen osa, kokonainen lause tai ajatuskokonaisuus, jotka muodostetaan aineistosta tutkimuskysymyksiin parhaiten vastaaviksi. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 165-168.) Tässä opinnäytetyössä analyysiyksikkö saattoi olla joko lauseen osa, kokonainen lause tai useamman lauseen kokonaisuus. Sisällönanalyysi toteutettiin menetelmän mukaisesti valitusta aineistosta. Lopulta analyysiyksiköiden pohjalta sisältö ryhmiteltiin kokonaisuuksiksi ensin ala- ja sitten yläluokkiin. Ajoittain yksi ja sama analyysiyksikkö kuvasi useampia asioita, kuten alla olevassa esimerkissä esitetään välimatkat, rahattomuus ja työolosuhteet:

There were also practical barriers that impeded access to medical care, such as the distance to the medical centre and inability to pay for transport and having to cancel work for the appointment (Teunissen ym. 2014: 8).

Näissä tapauksissa yksiköt jaoteltiin useampaan eri alaluokkaan, jotta aineistosta ei mennyt ohi yhtään tutkimuskysymyksen suhteen merkityksellistä sisältöä. Englanninkielisen materiaalin vuoksi alkuperäisilmaukset käännettiin suomeksi ennen varsinaista luokittelua. Esimerkki luokittelun etenemisestä on esitetty taulukossa 3.

Aineiston analyysiä varten kaikki aineistoon valitut artikkelit luettiin kokonaisuudessaan useaan otteeseen molempien opinnäytetyöntekijöiden toimesta. Valitut tutkimukset kattoivat yhteensä kahdeksan eri Euroopan maata, jotka olivat Saksa (n = 3), Hollanti (n = 3), Englanti (n = 2), Espanja (n = 1), Italia (n = 1), Tanska (n = 1), Norja (n = 1) sekä Portugali (n = 1). Artikkeleista 12 olivat laadullisia haastattelututkimuksia, joista kolmessa oli haastattelun lisäksi strukturoitu kyselylomake sekä kahdessa oli lisäksi tarkkailevaa osallistumista tutkittavien arkeen. Vain yksi artikkeleista oli puhtaasti määrällinen tutkimus. Analyysin tueksi tehtiin valituista artikkeleista taulukko, jossa kuvattiin tutkimusten tekijä- ja julkaisutiedot, tarkoitus, aineistoon liittyvät tekijät sekä tutkimuksen keskeiset tulokset (liite 1).

Taulukko 3. Esimerkkejä aineiston analyysin etenemisestä

Alkuperäisilmaus	Käännös suomeksi	Alaluokka	Yläluokka
<p>“In primary care women were refused admission, as a patient, by the receptionist or by the GP in person, since they were unable to show identification papers.” (Dias ym. 2010: 425)</p>	<p>“Naisilta evättiin pääsy hoitoon sairaalan vastaanotossa tai henkilökohtaisesti lääkärin toimesta, koska naisilla ei ollut näyttää henkilöpapereita.”</p>	Henkilöpapereiden puuttuminen	Paperittoman viralliset ja epäviralliset oikeudet hoitoon
<p>“In many instances, barriers to accessing health care stem from stringent bureaucratic systems.” (Fang ym 2015: 6)</p>	<p>”Monissa tapauksissa esteet hoitoon pääsulle juontuivat ankarista byrokraattisista järjestelmistä.”</p>	Paperittomien heikot viralliset oikeudet hoitoon	
<p>”Another key issue identified concerns lack of knowledge on how to access primary health care services.” (Fang ym 2015: 7)</p>	<p>”Toinen tunnistettu tärkeä asia koskee tiedon puutetta siitä, kuinka päästä hoitoon pariin perusterveydenhuollossa.”</p>	Tieto menettelyta-voista	Tieto
<p>“The women were not aware of their rights to prenatal care.” (Kvamme, Ytrehus 2015: 8)</p>	<p>”Naiset eivät tieneet heidän oikeuksistaan saada raskaana oleville tarkoitettua hoitoa.”</p>	Tiedon puute oikeuksista	

## 5 Tulokset

Tämän kirjallisuuskatsauksen aineiston analyysin tulokset jakoutuivat tutkimuskysymysten mukaisesti pääluokkiin 'Paperittomien näkemyksiä terveydenhuoltojärjestelmistä' ja 'Näkemyksiin yhteydessä olevat tekijät'.

### 5.1 Paperittomien näkemyksiä terveydenhuoltojärjestelmistä

'Paperittomien näkemyksiä terveydenhuoltojärjestelmistä' yläluokiksi muodostuivat 'Paperittoman viralliset ja epäviralliset oikeudet hoitoon' ja 'Paperittomien terveydenhuolto' (taulukko 4).

Taulukko 4. Analyysissa tunnistetut paperittomien näkemykset terveydenhuoltojärjestelmistä

Pääluokka	Yläluokat	Alaluokat
<b>Paperittomien näkemyksiä terveydenhuoltojärjestelmistä</b>	Paperittoman viralliset ja epäviralliset oikeudet hoitoon	Paperittomien heikot viralliset oikeudet hoitoon
		Terveydenhuollon ammattilaisten mielivaltaisuus ja tiedon puute paperittomien oikeuksista
		Henkilöpapereiden puuttuminen
		Vapaaehtoisjärjestöjen vaikutus hoidon saamiseen
	Paperittomien terveydenhuolto	Hoitoon hakeutuminen
		Hoitoon pääsy
		Hoidon laatu

### 5.1.1 Paperittoman viralliset ja epäviralliset oikeudet hoitoon

Paperittomien hoitoa Euroopassa rajoittaa lait ja säädökset sekä myös muun muassa terveydenhuoltoalan ammattilaisten toiminnasta johtuvat epäviralliset rajoitukset. Norjassa pääasiallinen aktiivinen este paperittomien hoitoon oli heidän heikot viralliset oikeudet terveydenhuoltoon (Kvamme - Ytrehus 2015: 8). Englannissa ilmeni, että aikaisemmin turvapaikkahakija-statusella hyvää hoitoa saanut henkilö jäi yhtäkkiä hoidotta turvapaikkahakemuksen tullessa hylätyksi. Tämä sen takia, että Englannissa paperittomien oikeus hoitoon on merkittävästi rajattu, toisin kun esimerkiksi turvapaikanhakijoilla ja pakolaisilla, joilla on teoriassa oikeus hoitoon, vaikka heilläkin on käytännössä monta estettä hoitoon pääsyssä. (Fang - Sixsmith - Lawthom - Mountian - Shahrin 2015: 6.)

Passiivisena esteenä voitiin nähdä esimerkiksi se, kuinka paperittomilta raskaana olevilta naisilta evättiin virheellisesti oikeus synnytystä edeltävään hoitoon, vain koska terveydenhuollon ammattilaiset eivät tienneet paperittomille kuuluvista oikeuksista (Kvamme - Ytrehus 2015: 10). Tanskassa paperittomat kokivat taasen, että terveydenhuollon ammattilaiset tekivät mielivaltaisia päätöksiä siitä, kenelle hoitoa annetaan ja kenelle ei (Biswas - Krasnik - Kristiansen - Norredam 2011: 6). Samanlaista mielivaltaista toimintaa oli toteutettu myös Hollannissa, jossa leikkauksia, äitiyshuoltoa ja muita tutkimuksia oli peruttu terveydenhuollon ammattilaisten toimesta, sillä paperittomat eivät olleet vakuutettuja ja näin ollen hoidon ajateltiin olevan liian kallista toteuttaa (Schoevers - Loeffen - van den Muijsenbergh - Lagro-Janssen 2010: 425).

Englannissa ja Hollannissa paperittomilla oli isolla osalla ongelmia päästä terveydenhuollon piiriin terveydenhuollon ammattilaisten vaatiessa joko isoa määrää eri dokumentteja tai, koska paperittomilla ei ollut näyttää henkilöpapereita (Poduval ym. 2015: 7; Schoevers ym. 2010: 425). Hollannissa paperittomat raportoivat myös vapaaehtoisten työskentelyn olevan välillisesti este hoitoon pääsyssä. Tämä etenkin silloin, kun hoitoon pääseminen julkiselle taholle vaati vapaaehtoisjärjestön hyväksynnän hoidolle. (Schoevers ym. 2010: 425.)

### 5.1.2 Paperittomien terveydenhuolto

**Hoitoon hakeutuminen.** Sairastapauksissa paperittomat usein lykkäsivät tai välttivät kontaktia lääkäriin, tämän ollen jopa viimeinen vaihtoehto johon turvautua (Teunissen ym. 2014: 7). Sairauden koettu vakavuus ja kiireellisyys olivat ratkaisevia tekijöitä siinä,

hakivatko paperittomat hoitoa. He olivat myös vastahakoisia hakemaan hoitoa vaivoihin, joiden suhteen he eivät kotimaassaan normaalisti hoitoon hakeutumisen suhteen epäroisi. (Biswas ym. 2011: 5-6.) Terveystietolaitoksista ja -järjestelmästä ei otettu myöskään selvää ennakoivasti vaan vasta sairastuessa (Huschke 2014a: 2015).

Paperittomat kertoivat, että viimeksi terveysongelmia kohdatessaan, he eivät tehneet mitään (Kvamme - Ytrehus 2015: 9). Toisaalta lievienkin oireiden tiedostaminen ja itsehoiton tärkeys korostuivat, kun terveydenhuoltoa ei ollut helposti saatavilla (Biswas ym. 2011: 7). Usein paperittomat turvautuivatkin terveydenhuollon sijaan vaihtoehtoisin hoito- ja selviytymismenetelmiin (Biswas ym. 2011: 6; Huschke 2014a: 2015). Vaihtoehtoisia menetelmiä olivat muun muassa oireiden huomiotta jättäminen, kivun sietäminen tai sairaudesta huomion muualle ohjaaminen esimerkiksi kävelyillä, television katselulla, lukemisella tai työn teolla (Huschke 2014a: 2018; Teunissen ym. 2014: 7).

Turvautumisen ja epätoivon vuoksi apua terveydellisiin ongelmiin saatettiin hakea myös sopimattomista lähteistä (Fang ym. 2015: 7), kuten itselääkitsemisestä, ystävän lääkkeiden tai omien vanhojen reseptien käyttämisestä (Teunissen ym. 2014: 7; Kuehne - Huschke - Buellinger 2015: 7; Biswas ym. 2011: 12). Myös ystävien neuvoihin sekä Jumalaan ja uskoon turvautuminen mainittiin selviytymiskeinona, etenkin mielenterveysongelmissa (Teunissen ym. 2014: 7).

Terveystietohuoltoalan ammattilaisten paperittomien hoitamiseen kohdistuvat mielivaltaiset asenteet saattoivat korostaa vaihtoehtoisten hoitomuotojen hakemista ja tarvetta entisestään, kun paperittomien yhteisössä levisi kokemusten kautta käsitys siitä, ettei terveydenhuoltojärjestelmään hakeutuminen aina kuitenkaan johtaisi hoitoon. (Biswas ym. 2011: 6.)

**Hoitoon pääsy ja hoidon koettu laatu.** Kun hoitoon hakeuduttiin, oli isolla osalla paperittomista ongelmia hoitoon pääsemisessä (Kuehne ym. 2015: 6; Dias, Gama, Rocha 2010: 492; Schoevers ym. 2010: 425). Hoitokontaktin saavuttamisessa kesti, jopa kuusi vuotta ja moni myös raportoi heikkenemistä terveydentilassa tämän vuoksi (Teunissen ym. 2014: 5; Kuehne ym. 2015: 6). Hoitoon pääsyssä raportoitiin sekä institutionaalisia, että omakohtaisia esteitä (Schoevers ym. 2010: 425). Jokainen sairastapaus hoidettiin eri lailla; hoitoa haettiin ja vaadittiin kulloisenkin tilanteen ja sen hetkisten resurssien mu-



kaan (Huschke 2014a: 2021). Tanskalaistutkimuksessa tuotiin esiin mukana saattamassa oleva tanskan kansalainen yhtenä avaintekijänä terveydenhuollon saavuttamisessa (Biswas ym. 2011: 4).

Hollannissa tehdyn tutkimuksen mukaan 80 % tutkimukseen osallistuneista naisista (n=100) oli kärsinyt terveysongelmista maassa paperittomana olonsa aikana, mutta vain 39% näistä naisista oli saanut hoitoa vaivaansa. 69% naisista raportoi ongelmia hoitoon pääsemisessä ja 56% sanoi, etteivät he saaneet minkäänlaista hoitoa. (Schoevers ym. (2010: 424-425.) Toisen hollantilaisen tutkimuksen mukaan neljältätoista 57:stä apua hakeneesta tutkimukseen osallistuneesta oli evätty hoito vähintään kerran heidän maasaoloaikanaan (Dorn ym. 2011: 4). Portugalissa brasilialaiset kokivat ongelmia paperittomana terveydenhoitoon pääsyssä, kun taas afrikkalaiset kokivat, että maahanmuuttostatuksella ei ollut vaikutusta asiaan (Dias ym. 2010: 492-493).

Vaikka hoitoon pääseminen oli vaikeaa, oltiin itse hoitoon pääasiassa tyytyväisiä, kun hoitokontakti oltiin saavutettu (Poduval ym. 2015: 9; Teunissen ym. 2014: 5). Italialaisessa Brindiccin ym. (2011: 620) tutkimuksessa 40% kyselytutkimukseen vastanneista oli erittäin tyytyväisiä terveydenhuollon laatuun, kun taas vain 22% oli melko tyytymättömiä tai tyytymättömiä. Kyselytutkimukseen vastanneista 83,6% sanoi, että heitä oli kohdeltu arvokkaasti ja kunnioittaen ja 16,4% sanoi, että heitä oli kohdeltu huonosti (Brindicci ym. 2015: 620). Myös Kuehne ym. (2015: 6) tutkimuksen mukaan terveydenhuoltohenkilökunta koettiin pääasiassa vastaanottavaiseksi ja ystävälliseksi. Lääkärin ensitapaamisen jälkeen, järjestelmän tuttuus ja positiiviset kokemukset edesauttoivat paperittomia hakeutumaan hoitoon uudelleen (Kuehne ym. 2015: 8).

Hollannissa paperittomat olivat tyytyväisiä muun muassa hoidon tehokkuuteen, hoitavan lääkärin henkilökohtaisiin positiivisiin ominaisuuksiin, kuten kohteliaisuuteen, myötätuntoon ja ymmärtämiseen, yksityisyyteen ja esimerkiksi odotustilojen mukavuuteen ja ammattimaisuuteen. Tärkein laadukkaan hoidon määrittelijä oli hyvä lääkäri-potilas-kanssakäyminen ja etenkin kannustusta arvostettiin suuresti. Tyytymättömyyttä hoitoon ja hoitavaan lääkäriin lisäsi esimerkiksi liian lyhyet ja suppeat konsultaatiot, kiinnostuksen puute, fyysisten tutkimusten puuttuminen sekä vähäinen tiedon ja ohjeistuksen saaminen. Eräs paperiton koki tulleen syrjityksi, kun lääkäri kysyi epäasiallisia kysymyksiä liittyen esimerkiksi tuberkuloosi- tai HIV/AIDS-riskiin, näiden liittymättä kuitenkaan hoitoon hakeutumisen syyhyn ja tämän vaikuttaneen negatiivisesti lääkäri-potilas-suhteeseen. (Kuehne ym. 2015: 6.)

Suurin osa paperittomista koki kuitenkin, ettei lääkäri kohdellut heitä eri tavalla paperitonstatuksen takia (Kuehne ym. 2015: 7) ja paperittomat, jotka saivat hoitoa määräysten vastaisesta maahanmuuttaja-statuksestaan huolimatta, kokivat suurta kiitollisuutta terveydenhuoltohenkilökuntaa kohtaan (Biswas ym. 2011: 5).

## 5.2 Näkemyksiin yhteydessä olevat tekijät

‘Näkemyksiin yhteydessä olevat tekijät’ yläluokiksi muodostuivat tieto, taloudelliset tekijät, pelko, käytännön tekijät, kulttuuritekijät ja henkilöstä itsestä riippuvat tekijät (taulukko 5).

Taulukko 5. Analyysissa tunnistetut näkemyksiin yhteydessä olevat tekijät

Päälouokka	Yläluokat	Alaluokat
Näkemyksiin yhteydessä olevat tekijät	Tieto	Tiedon puute oikeuksista
		Tieto menettelytavoista
	Taloudelliset tekijät	Rahattomuus
		Sosiaaliturvien puute
	Pelko	Pelko terveydellisistä seurauksista
		Pelko poliisista ja karkotuksesta
	Käytännön tekijät	Työolosuhteet
		Maantieteellinen alue (maaseutu/kaupunki)
		Välimatkat
	Kulttuuritekijät	Kieli
		Kulttuurikompetenssi
	Henkilöstä itsestä riippuvat tekijät	Taustahistoria
		Hoito ei prioriteetti
		Häpeä

### 5.2.1 Tieto

Tieto tai sen puute mainittiin usein jollakin tapaa vaikuttavana tekijänä liittyen paperittomien kokemuksiin terveydenhuoltojärjestelmistä. Isossa osassa artikkeleita paperittomat eivät tieneet, että heillä oli oikeus jonkinlaiseen terveydenhuoltoon. Tämänkaltaisia kokemuksia oli huomattu Englannissa, Hollannissa, Tanskassa sekä Norjassa. (Poduval ym. 2015: 9; Teunissen ym. 2014: 5, 7; Fang ym. 2015: 6; Biswas ym. 2011: 5; Kvamme - Ytrehus 2015: 8.) Tieto pohjautui usein myös uskomuksiin ja olettamuksiin, kuten esimerkiksi Englannissa eräs paperiton naishenkilö oletti, että hän ei voisi saada hoitoa, vaikka hänellä olisi varaa maksaa siitä tai Saksassa eräs henkilö oletti, että hän ei voi saada hoitoa sairaalassa, jos hänellä ei ole näyttää vakuutuskorttia tai pysty maksamaan hoitoa käteisellä (Poduval ym. 2015: 7; Huschke 2014a: 2022). Kuten edellä mainittiin, myös Tanskassa paperittomat kokivat epävarmuutta oikeuksistaan saada terveydenhoitoa. Osa ei tiennyt voisivatko he hakeutua päivystykseen edes kiireellisissä tilanteissa, kun taas osa sanoi suoraan, että heillä ei ole oikeutta hoitoon, joten he eivät vaivaudu edes hakemaan sitä tanskalaisesta terveydenhuoltojärjestelmästä. (Biswas ym. 2011: 5.)

Paperittomat kokivat usein tiedonpuutetta myös siitä, kuinka tai mistä hoitoa voisi saada (Teunissen ym. 2014: 7; Schoevers ym. 2010: 425; Dorn ym. 2010: 4; Fang ym. 2015: 6-7; Kvamme - Ytrehus 2015: 8; Biswas ym. 2011: 5-6). Toisaalta taas Hollannissa, Tanskassa, Espanjassa ja Saksassa ilmeni vastavuoroisesti, että osa paperittomista tiesi, kuinka he voisivat saada tarvittaessa hoitoa paikallisesta julkisesta terveydenhuoltojärjestelmästä tai vapaaehtoisjärjestöistä (Dorn ym. 2011: 4; Biswas ym. 2011: 5; Gea-Sánchez - Gastaldo - Molina-Luque - Otero-García 2017: 430; Huschke 2014a: 2022). Tanskassa eräs paperiton henkilö tiesi miten hakeutua hoitoon, mutta luuli, että hänen vointinsa olisi määrittävä tekijä siinä, tarjottaisiinko hänelle hoitoa (Biswas ym. 2011: 5). Saksassa paperittomat henkilöt eivät hakeneet tietoa terveydenhuoltojärjestelmästä etukäteen, vaan oppivat järjestelmän toiminnan vasta, kun he tai heidän lapsensa sairastuivat ja olivat näin pakotettuja hakemaan hoitoa (Huschke 2014a: 2025).

Satunnaisesti tiedon puute ilmeni siinä, kuinka paperittomat ajattelivat terveydenhuollon ammattilaisten käyttäytyvän kohdatessaan paperittomia henkilöitä. Hollannissa ja Italiassa osa paperittomista luuli, että terveydenhuollon ammattilaisten olisi syytä tai, että heillä on velvollisuus ilmoittaa paperittomista henkilöistä poliisille (Schoevers ym. 2010:

426; Brindicci ym. 2015: 620). Englannissa paperittomat ihmettelivät, miksi terveydenhuoltojärjestelmä oli rakennettu siten, että he tunsivat itsensä syrjityiksi (Fang ym. 2015: 6).

### 5.2.2 Taloudelliset tekijät

Paperittomien taloudellinen tilanne nousi merkittävänä näkemyksiin vaikuttavana tekijänä. Taloudellisia tekijöitä kuvattiin usein esimerkiksi pelkoa lisääviksi ja hoitoon hakeutumisen esteeksi (Teunissen ym. 2014:7; Schoevers ym. 2010: 426; Kvamme - Ytrehus 2015: 8). Englannissa paperittomat kertoivat hoitoon hakeutumisen mahdottomaksi, jos hoidosta olisi peritty maksu (Poduval ym. 2015: 8). Lääkärille pääseminen paperittomana oli lisäksi huomattavasti muita ihmisryhmiä työläämpää. Tämä sen vuoksi, että heillä ei ole oikeuksia suurimpaan osaan sosiaalityöistä tai vakituksia palkkatuloja. (Fang ym. 2015: 6-7.) Hollannissa jotkut paperittomat henkilöt olivat päässeet primääristi hoitoon, mutta hoidosta aiheutuneet kustannukset aiheuttivat ongelmia jälkikäteen. Heille oli tullut esimerkiksi yhteydenottoja perintätoimistosta maksamattomien hoitomaksujen takia. Nämä kokemukset vaikuttivat negatiivisesti siihen, kuinka he hakeutuivat jatkossa hoitoon. (Schoevers ym. 2010: 425.)

### 5.2.3 Pelko

Yksi paperittomien näkemyksiin terveydenhuoltojärjestelmistä yhteydessä oleva tekijä oli pelko (Poduval ym. 2015: 9; Biswas ym. 2011: 6; Huschke 2014a: 2020). ”Pelko” mainittiin tanskalaisessa, saksalaisissa, hollantilaisissa, englantilaisessa sekä norjalaisessa tutkimusartikkeleissa. Erityisesti pelko poliisille raportoisesta (Kvamme - Ytrehus 2015: 8; Biswas ym. 2011: 5; Schoevers ym. 2010: 426) sekä mahdollinen syytteenpano ja karkotus (Teunissen ym. 2014: 5; Kuehne ym. 2015: 6) oli yksi pääeste paperittomien hoitoon hakeutumiselle. Englannissa paperittomilla oli poliisin ja karkotuksen lisäksi pelkoja myös mahdollisista ensiapuun tulevista hoitomaksuista, sekä hoidon viivästymisen vaikutuksista terveydentilaan (Poduval ym. 2015: 8-9).

#### 5.2.4 Käytännön tekijät

Paperittomilla oli myös arjessa ilmeneviä käytännön ongelmia, jotka vaikuttivat heidän kokemuksiin terveydenhuoltojärjestelmistä. Teunissen ym. (2014: 8) huomasivat Hollannissa, että osalla heidän haastattelemissa paperittomilla ei ollut varaa maksaa matkakustannuksia hoitoon tai, että he joutuivat peruuttamaan työvuoroja lääkäriin käynnin vuoksi. Myös osa Gea-Sánchezin ym. Espanjan Pyreneillä haastattelemissa paperittomista henkilöistä kertoivat matkakustannusten ja menetetyin ajan olevan syy olla hakeutumatta hoitoon. Saman tutkimuksen yksi tärkeimmistä tutkimustuloksista oli, että kaikista merkittävin hoitoon hakeutumisen este oli epävarmat työolosuhteet ja taloudellisesti hyväksikäyttävät työnantajat. Lääkäriin käynnin vuoksi menetettyä työvuoroa ei korvattu rahallisesti ja poissaolo saattoi johtaa irtisanomiseen. Kaikkein pahimmassa tilanteessa olivat niin sanotut ”bonded labourers” eli työntekijät, jotka tekivät työtä maksaakseen työnantajalta ottamaansa velkaa pois. Heiltä saatettiin evätä työnantajan toimesta täysin oikeus terveydenhuoltoon. (Gea-Sánchez ym. 2017: 430.)

Toinen rahallinen hyötymiskeino työsuhdeasuntoa tarjoaville työnantajille tai ulkopuolisille vuokraisännille, oli olla kirjoittamatta paperittomalle henkilölle virallista vuokratodistusta ja näin vuokranantajat pystyivät olla maksamatta veroja vuokratuloista. Tämä kuitenkin johti osan Englannin ja Espanjan paperittomien tilanteen siihen, että he eivät voineet anoa terveysturvavakuutuskorttia, koska sitä varten piti olla vakituinen kotiosoite. Näin ollen he eivät voineet hakeutua hoitoon ollenkaan. (Fang ym. 2015: 6; Gea-Sánchez ym. 2017: 430.)

Maantieteellisellä sijainnilla oli matkakustannusten ohella myös merkitystä sille, kuinka herkästi lääkärit kirjoittivat paperittomille jatkolähetteen erikoissairaanhoidon. Ainoastaan muutama tapaus Gea-Sánchezin ym. (2017: 430) haastattelemissa maalaiskylissä asuvista paperittomista oli saanut jatkolähetteen suurempaan sairaalaan. Tapaukset olivat rajoittuneet pelkästään kiireellistä hoitoa vaativiin sairauskohtauksiin ja raskauteen liittyviin ongelmiin. Samanlaista jatkohoidon epäämistä oli samassa tutkimuksessa kohdannut myös kaupungissa asuvat paperittomat, jotka olivat hakeutuneet hoitoon mielen-terveydellisistä syistä. Huolimatta asuivatko paperittomat maalla tai kaupungissa, paperittomat kertoivat kontrollien ja jatkohoidon vähentyvän merkittävästi akuutin hoidontarpeen jälkeen.

### 5.2.5 Kulttuuritekijät

Kieli- ja kulttuurierot saattoivat asettaa paperittomat haavoittuvaan asemaan ja estää pääsyn terveydenhoitoon (Biswas ym. 2011: 6). Kieli- ja kommunikaatio-ongelmien suhteen tutkimuksissa havaittiin ristiriitaisia tuloksia. Huono kielitaito mainittiin yhteydessä olevana tekijänä harvempiin lääkärikontakteihin tai syyksi olla hakeutumatta hoitoon (Schoevers ym. 2010: 424; Kvamme - Ytrehus 2015: 8). Kielitaidon puuttuessa paikallisen ystävän rooli hoidon tarpeen esiin tuomisessa ja hoidon ehtojen neuvottelussa oli tärkeä (Biswas ym. 2011: 5).

Toisaalta Hollannissa paperittomat olivat kokeneet vain vähäisiä tai ei lainkaan kommunikaatio-ongelmia lääkärin vastaanotolla, vaikka kenelläkään heistä ei ollut kokemusta tulkin käytöstä (Teunissen ym. 2014: 5). Virallisten tulkkien käytön suhteen paperittomat olivat yleisesti vastahakoisia pääasiassa yksityisyyistä, tulkin usein tullessa samasta yhteisöstä kuin itse tulkattava henkilö (Teunissen ym. 2014: 5; Fang ym. 2015: 8).

Kielen lisäksi kulttuurierot lääkärin ja paperittoman välillä saattoivat olla haaste. Esimerkiksi erot oireiden kuvaamisessa, diagnooseissa ja lääketieteellisissä termeissä, ajanvarausjärjestelmässä ja odottamisessa saattoi aiheuttaa sekaannuksia ja tyytymättömyyttä. Terveydenhuoltojärjestelmässä olisikin tarve kulttuurisesti sekä kielellisesti monipuolisemmalle henkilöstölle. (Fang ym. 2015: 6, 8.)

### 5.2.6 Henkilöstä itsestä riippuvat tekijät

Myös paperittomien omakohtaiset tekijät, kuten taustahistoria olivat yhteydessä heidän kokemuksiin terveydenhuoltojärjestelmistä Euroopassa. Aiemmat koetut traumat ja tilanteet viranomaisten kanssa, joissa henkilöt kokivat tulleet syrjityksi ja kiusatuksi, heikensivät paperittomien luottamusta terveydenhuoltohenkilökuntaan (Fang ym. 2015: 9). Hollannissa paperittomat, jotka olivat saapuneet maahan poliittisista syistä ja saaneet kielteisen päätöksen turvapaikanhakijoina, raportoivat enemmän terveydenhuoltopalveluiden käyttöä, kuin ne paperittomat jotka olivat tulleet maahan henkilökohtaisista tai taloudellisista syistä (Schoevers ym. 2010: 424). Paperittomat myös kertoivat, ettei terveydenhoito ole prioriteetti ruoan ja suojan etsimisen viedessä kaiken energian (Schoevers ym. 2010: 426).

Lisäksi häpeän tunne esimerkiksi siitä, ettei ole varaa maksaa, rajoitti terveydenhuolto- palveluiden käyttöä. (Schoevers ym. 2010: 426.) Mielenterveysongelmat nähtiin usein tabuna, sopimattomana asiana. Niihin liittyvän stigman ja yhteisössä leviävien juorujen pelko toimivat estävinä tekijöinä hoitoon hakeutumiselle (Teunissen ym. 2014: 7-8).

## **6 Eettisyys ja luotettavuus**

### **6.1 Kirjallisuuskatsauksen eettisyys**

Tämä opinnäytetyö toteutettiin eettisiä periaatteita ja hyviä tieteellisiä käytäntöjä noudattaen. Käytäntöjen laiminlyöminen voi esiintyä esimerkiksi piittaamattomuutena tai epärehellisytenä (Mäkinen 2006: 26). Muiden tutkijoiden töitä kohtaan on oltava kunnioitettava ja heidän töihin on viitattava asianmukaisella tavalla (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6). Tämän opinnäytetyön toteutusprosessi ei sisältänyt laiminlyöntejä tai vilpillistä toimintaa ja alkuperäisartikkelien löydökset ovat esitelty niitä vääristelemättä. Tulos-osiossa ei ole myöskään tekaistuja havaintoja. Lisäksi opinnäytetyön vaiheet on esitelty huolellisesti ja avoimesti sekä analyysin rakentuminen on kuvattu havainnollistavin esimerkein (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6).

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa eettisyys liittyy myös tutkimuskysymyksen muotoiluun, eritoten kysymyksen näkökulmaa pohtiessa (Kangasniemi ym. 2013: 291). Tässä kirjallisuuskatsauksessa ei tehty virallista tutkimusten raportoinnin laatua ja eettisyyttä arvioivaa pisteyttämistä. Tutkimuskohteena paperittomat ovat erityisen haavoittuva ihmisryhmä, joten mielestämme oli kuitenkin tärkeää pohtia alkuperäisartikkelien eettistä kestävyyttä. Artikkelien eettisyydestä ei kuitenkaan aina voitu varmistua. Toinen eettisyyden kannalta pohdittava näkökulma artikkeleita valittaessa oli, kuinka alkuperäisiin tutkimuksiin osallistuneet paperittomat sallisivat heiltä saatuja tietoja käytettävän jatkotutkimuksissa, kuten tässä kirjallisuuskatsauksessa. Opinnäytetyöstä ei jouduttu kuitenkaan jättämään yhtäkään artikkelia pois liittyen eettisiin kysymyksiin.

## 6.2 Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus

Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta on käytetty paljon hoito- ja terveystieteellisessä tutkimuksessa, mutta myös sen luotettavuutta on kritisoitu jonkin verran. Luotettavuuskysymykset liittyvät paitsi aineiston laatuun ja analyysiin, tulosten esittämiseen, mutta myös tutkijaan. (Janhonen – Nikkonen 2003: 36.)

Eettisyyden ja luotettavuuden varmistamiseksi on tärkeää, että tutkimus on paitsi toteutettu ja raportoitu, mutta myös suunniteltu avoimesti ja yksityiskohtaisesti joka vaiheelta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002). Kirjallisuuskatsausta edeltää tutkimussuunnitelma, kuten edelsi myös tätä opinnäytetyötä. Tutkimussuunnitelmassa kuvataan, kuinka tuleva kirjallisuuskatsaus suoritetaan ja määritellään muun muassa kriteerit katsaukseen hyväksyttävälle aineistolle. (Malmivaara 2002.) Suunnitelma osoittautui tärkeäksi työkaluksi läpi opinnäytetyön. Sen avulla eri vaiheet sujuivat suunnitelmallisesti ja luotettavuus kasvoi esimerkiksi hyvin suunniteltujen aineiston hakusanojen ansiosta.

Kirjallisuuskatsauksen aikaa vievin ja tärkein osa on aineiston etsintä ja valinta. Alkuperäisiä tutkimuksia haetaan sekä sähköisesti että manuaalisesti, jotta varmistetaan riittävän kattava haku. Näin tavoitetaan myös tietokantojen ulkopuolelle jäävät tutkimukset. (Mäkelä - Varonen - Teperi 1996.)

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa aineiston valintaa ja määrän riittävyttä ohjaa tutkimuskysymys ja sen laajuus. Valittavan aineiston ja tutkimuskysymyksen välillä käydään jatkuvaa reflektointia koko prosessin ajan. Tarkoituksena on löytää objektiivinen, katsauksen aihetta ilmiölähtöisesti tarkasteleva ja tutkimuskysymykseen mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti vastaava aineisto. (Kangasniemi ym. 2013: 295-296, 298.) Tässä opinnäytetyössä aineiston ja alkuperäisen tutkimuskysymyksen reflektoinnin seurauksena itse tutkimuskysymystä tarkennettiin. Muutos tehtiin koskemaan paperittomien näkemyksiä terveydenhuoltojärjestelmistä pelkän terveydenhuollon sijaan, koska tuloksissa todettiin, että kaikki paperittomat eivät välttämättä edes saaneet hoitoa. Alkuperäinen tutkimuskysymys myös pilkottiin kahdeksi eri kysymykseksi, kysymysten sekä tulosten selkeyttämiseksi.

Aineiston luotettavuutta tutkimuskysymykseen nähden, lisää sen systemaattinen valikointi sisään- ja poissulkukriteereitä noudattaen. Hyväksymiskriteerien muuttamista



kesken prosessin ei pidetä suositeltavana, sillä tehdystä muutoksesta voi seurata aineiston valikoitumaa ja tulosten vääristymää. (Mäkelä - Varonen - Teperi 1996.) Tässäkin opinnäytetyössä pidettiin tarkasti kiinni sisään- ja poissulkukriteerien noudattamisesta (taulukko 1).

Opinnäytetyössä analysoitu aineisto oli laajan hakuprosessin lopputulos. Aineiston ja opinnäytetyön tulosten luotettavuutta lisäsi oletettavasti se, että aineistohaut alkoivat prosessin edetessä toistamaan samoja artikkeleita. Lisäksi valikoituneiden artikkelien lähdeluetteloihin tehdyn manuaalisen haun jälkeen, on oletettua, että opinnäytetyöhön löydettiin mahdollisimman kattavasti artikkelit, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Opinnäytetyön luotettavuutta lisäsi myös aineiston saatavuus. Ainoastaan kahdesta artikkelista, jotka valikoituivat viimeiseen aineiston karsintavaiheeseen eli kokotekstin lukemiseen, ei ollut kokotekstiä saatavilla. Luotettavuuden lisäämiseksi kirjallisuuskatsauksen hakuprosessi on kuvattu taulukossa 2.

Aineiston luotettavuudessa on lisäksi otettava huomioon, että isossa osassa tähän opinnäytetyöhön valikoiduista artikkeleista, alkuperäisartikkelin kirjoittava on haastatellut tutkittavia henkilöitä kielellä, joka ei ole välttämättä tutkijan eikä myöskään haastateltavan äidinkieli. Joissakin tapauksissa on jouduttu käyttämään tulkkia välikätenä. Tämä on saattanut vaikuttaa analysoitavien tutkimusten luotettavuuteen, joka vastavuoroisesti saattaa heijastua tämän opinnäytetyön tuloksiin. Vääristymää tuloksiin on voinut aiheuttaa myös se, että koko analysoitu aineisto oli englanniksi, jolloin tuloksissa on saattanut tulla vääristymää käännösvirheistä johtuen.

Kirjallisuuskatsauksen tulosten luotettavuutta tarkastellessa arvioidaan sekä työn sisällöllisiä, että menetelmällisiä tekijöitä. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että sen aineiston alkuperäistä tietoa ei muuteta, referoida tai tiivistetä, vaan siitä luodaan jäsentynyt kokonaisuus vertaillen valittuja aineistoja ja tehden niistä laajempia päätelmiä. (Kangasniemi ym. 2013: 296-297.) Merkittävä haaste ja luotettavuus-tekijä tuloksien suhteen ovat, miten tutkija pystyy pelkistämään valittua aineistoa kuvaamaan mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä ja osoittamaan luotettavasti yhteyden aineiston ja tulosten välillä. (Janhonen – Nikkonen 2003: 36.) Aineiston analyysissa voidaan käyttää tukena taulukointia (liite 1), jonka avulla sitä jäsennetään ja sen luotettavuutta arvioidaan (Kangasniemi 2013: 295). Luotettavuus kärsii, mikäli johtopäätöksiä ei perustella riittävän hyvin (Kangasniemi 2013: 298). Tuloksien luotettavuuteen ja vää-

ristymien lisääntymiseen vaikuttaa myös kirjallisuuskatsauksen aineiston haussa tapahtuvat virheet (Mäkelä - Varonen - Teperi 1996) sekä haussa ja hakutulosten huomioimisessa tapahtuva epäsystemaattisuus, kuten valikoivuus tulosten raportoinnissa (Malmivaara 2002). Tämän opinnäytetyön aineistoa analysoidessa pohdittiin tuloksissa ilmentynyttä selkeää saturointia. Tulosten luotettavuuden kannalta onkin hyvä tiedostaa, että aineistoa on tyypillisesti tarpeeksi, kun tutkija saavuttaa analyysissä tilanteen, jossa uudet artikkelit eivät johda enää tiedon lisääntymiseen tutkimuskysymykseen nähden (Saunders ym. 2017: 2-3).

Vaikka kirjallisuuskatsauksen on tarkoitus olla objektiivisesti ilmiötä tutkiva, tämän opinnäytetyön päätelmät tehtiin kirjoittajien subjektiivisten arvioiden perusteella. Näin ollen tekijöiden persoonalliset näkemykset tai johdonmukaisuuden puute tutkimustulosten yhdistämisessä ovat voineet vaikuttaa lopputulokseen ja subjektiivista yleisarviota päätelmistä onkin siksi vaikea dokumentoida ja toistaa. (Mäkelä - Varonen - Teperi 1996.) Lisäksi tämän opinnäytetyön tekijöiden tottumattomuus sisällönanalyysin käyttöön ja vastaavanlaisten töiden tekemiseen saattoi vaikuttaa heikentävästi opinnäytetyön luotettavuuteen. Luotettavuutta kuitenkin myös lisäsi se, että opinnäytetyön tekijöitä oli kaksi. Näin tutkimusaiheesta sekä työskentelyvaiheista voitiin kriittisesti keskustella yhdessä.

Opinnäytetyön luotettavuutta arvioitiin joka vaiheessa eli koko prosessin ajan. Luotettavuuden kannalta olennaista on tutkimuskysymyksen ja valitun kirjallisuuden perustelu, kuvailun argumentoinnin vakuuttavuus sekä prosessin johdonmukaisuus (Kangasniemi ym. 2013: 292). Luotettavuuden kannalta on myös olennaista, että tutkimusprosessi on kuvattu selkeästi ja tarkasti (Tuomi - Sarajärvi 2009: 141). Tämän vuoksi myös tämän opinnäytetyön työskentelyvaiheet kuvattiin avoimesti ja yksityiskohtaisesti, tehden prosessista mahdollisen toistettavaksi muiden henkilöiden toimesta. Jos kirjallisuuskatsauksen tuloksena nousee esiin jatkotutkimuskysymyksiä tai ehdotuksia, tulee niiden painoarvo pohjautua näytön vahvuuteen ja niiden taustalla oleva tieteellinen näyttö tulisi esittää (Mäkelä - Varonen - Teperi 1996).

## 7 Pohdinta

Tässä opinnäytetyössä oli tarkoituksena kuvata kirjallisuuskatsauksen menetelmin paperittomien näkemyksiä Euroopan terveydenhuoltojärjestelmistä ja näkemyksiin yhteydessä olevia tekijöitä. Aineistohaun aikana opinnäytetyön tekijöille muodostui mielikuva siitä, että paperittomien terveydenhuoltoa on tyypillisesti tarkasteltu selvästi useammin hoitohenkilökunnan, kuin paperittomien näkökulmasta. Näitä tutkimuksia ei sisäänotto-kriteerien mukaisesti kuitenkaan sisällytetty tähän kirjallisuuskatsaukseen.

Syy tutkia hoitohenkilökunnan näkökulmasta on todennäköisesti siinä, että paperittomat ovat tutkimuskohteena vaikea ryhmä tavoittaa haastateltavaksi. Tähänkin kirjallisuuskatsaukseen saadut tutkimukset kattoivat melko pieniä paperittomien otantaryhmiä, kahdeksasta henkilöstä maksimissaan 110:n henkilöön. Artikkelien näkemykset olivat kuitenkin aineistoanalyysin perusteella kauttaaltaan melko yhteneväisiä; hoitoon hakeutumisessa ja pääsemisessä oli omat haasteensa, mutta saatuun hoitoon oltiin pääasiassa tyytyväisiä. Näkemyksiin oli yhteydessä moninaisia tekijöitä, joita onnistuttiin esittelemään tulososiossa laajasti.

Aineisto koostui kahdeksassa Euroopan maassa tehdystä tutkimuksesta, jotka kattoivat maantieteellisesti maita länsi-, pohjois-, keski- sekä etelä-Euroopasta. Viidestäkymmenestä maasta kahdeksan maata on suhteellisen pieni otanta. Aineistohauissa ei saatu tutkimuksia esimerkiksi Turkista tai Ruotsista, joissa taustaosion mukaisesti on iso määrä pakolaisia ja turvapaikanhakijoita ja siten myös mahdollisesti suuria paperittomien ryhmiä. Toisaalta aineistoon saatiin materiaalia muun muassa Italiasta, joka on keskeinen pakolaisia vastaanottava maa Euroopassa. Kussakin analysoiduissa artikkelissa tarkasteltiin paperittomien tilannetta terveydenhuoltojärjestelmissä pelkästään kyseisen artikkelin kohdemaan näkökulmasta. Tässä opinnäytetyössä kuvattiin tuloksia useammasta maasta rinnakkain, saaden näin uudenlainen, muun muassa maiden välisiä eroja ja yhteneväisyyksiä esiin tuova näkökulma aiheeseen.

Opinnäytetyön tavoitteena oli, että tuloksia voidaan hyödyntää paperittomien terveydenhuollon kehittämisessä, esimerkiksi kliinisessä hoitotyössä sekä alan opiskelijoiden koulutuksessa. Analysoitu aineisto ei sisältänyt yhtään artikkelia Suomesta. Tuloksissa havaittiin kuitenkin paljon samankaltaisuuksia hyvinkin erilaisten Euroopan maiden välillä.

Esimerkiksi tieto ja siihen liittyvät tekijät nousivat esiin lähestulkoon jokaisessa artikkelissa. Yhteneväisyyksien perusteella voidaan ajatella, että katsauksen tuloksia voisi suurella todennäköisyydellä hyödyntää tavoitteeseen vastaten myös Suomessa.

Tämä opinnäytetyön tulokset luovat synteessin paperittomien näkemyksistä terveydenhuoltojärjestelmistä Euroopassa ja auttavat lukijaa ymmärtämään ilmiötä. Tulokset eivät kuitenkaan suoranaisesti tuo ratkaisuja siihen, kuinka paperittomien hoito tulisi järjestää, minkälaista ohjeistusta tarvittaisiin ja miten se saataisiin kohdeyleisön tietoisuuteen. Näiden asioiden ratkaisemiseksi ja toteutumiseksi voisi mahdollisesti tarvita jatkotutkimusta. Euroopan paperittomat vaikuttaisivat yleisesti ottaen olevan vielä melko tuore tutkimuskohde. Kuten taustaosiossa tuodaan esiin, on pakolaisuus ja turvapaikanhakijoiden, ja todennäköisesti siten myös paperittomien määrä Euroopassa lisääntynyt runsaasti kirjallisuuskatsauksessa käytetyn vuosirajauksen sisällä eli vuoden 2010 jälkeen. Näin ollen paperittomat tutkimuskohteena, tarve tämän kaltaisille tutkimuksille ja aihealueen näkyminen myös terveydenhuollon koulutuksessa, tulee todennäköisesti entisestään kasvamaan lähivuosina.

Koulutuksen ja jatkotutkimusten lisäksi paperittomien terveydenhuollon parantamiseksi tarvittaisiin myös konkreettisia tekoja ja paikkoja. Esimerkiksi vapaaehtoisvoimin toimivien klinikoiden merkitys hoidon mahdollistamisessa paperittomille vaikuttaisi olevan suuri. Niiden kautta ja määrää lisäämällä paperittomat voisivat päästä hoitoon aikaisemmin, eikä heidän tarvitsisi - maan lainsäädännöstä riippuen - hakeutua hoitoon vasta päivytyksen kautta. Tämä mahdollisesti lisäisi tasa-arvoisuutta paperittomien ja muiden ihmisryhmien terveydenhuollon suhteen Euroopassa.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että katsauksen tulokset tukevat taustatietoja siitä, että paperittomat ovat haavoittuva ryhmä Euroopan terveydenhuoltojärjestelmissä. Tulokset kuitenkin osoittavat myös, että on monia tekijöitä, joiden kautta tilanteeseen voidaan pyrkiä vaikuttamaan sitä kohentavasti. Työssään terveydenhuollossa paperittomia kohtavien henkilöiden, kuten sairaanhoitajien on tärkeää tietää paperittomien viralliset oikeudet hoitoon ja ymmärtää myös epäviralliset oikeudet ja kokemuksiin yhteydessä olevat tekijät, jotta paperittomien terveydenhuollon pariin pääsemistä sekä annettua hoitoa voitaisiin parantaa.

## Lähteet

- Biswas, Dan - Kristiansen, Maria - Krasnik, Allan - Norredam, Marie 2011. Access to healthcare and alternative healthseeking strategies among undocumented migrants in Denmark. *BMC Public Health* 11 (560). Luettavissa sähköisesti osoitteessa <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3163547/pdf/1471-2458-11-560.pdf>>. Luettu 27.4.2018.
- Björngren Cuadra, Carin 2012. Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. *European Journal of Public Health* 22 (2). 267-271. Luettavissa sähköisesti osoitteessa <<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr049>>. Luettu 12.10.2017.
- Brindicci, Gaetano - Trillo, Giulio - Santoro, Ciro - Volpe, Anthony - Monno, Laura - Angarano, Giuseppe 2015. Access to Health Services for Undocumented Immigrants in Apulia. *Journal of Immigrant and Minority Health* 17 (2). 618–623.
- Dias, Sónia - Gama, Ana - Rocha, Cristianne 2010. Immigrant women's perceptions and experiences of health care services: Insights from a focus group study *Journal of Public Health* 18 (5).489–496. Luettavissa sähköisesti osoitteessa <[https://www.researchgate.net/publication/46313192\\_Immigrant\\_women's\\_perceptions\\_and\\_experiences\\_of\\_health\\_care\\_services\\_Insights\\_from\\_a\\_focus\\_group\\_study](https://www.researchgate.net/publication/46313192_Immigrant_women's_perceptions_and_experiences_of_health_care_services_Insights_from_a_focus_group_study)>. Luettu 27.4.2018.
- Dorn, Tina - Ceelen, Manon - Tang, Ming-Jan - Browne, Joyce - de Keijzer, Koos - Buster, Marcel - Das, Kees 2011. Health care seeking among detained undocumented migrants: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 11 (190). Luettavissa sähköisesti osoitteessa <<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-11-190>>. Luettu 27.4.2018.
- Fang, Mei Lan - Sixsmith, Judith - Lawthom, Rebecca - Mountian, Ilana - Shahrin, Afifa 2015. Experiencing 'pathologized presence and normalized absence'; understanding health related experiences and access to health care among Iraqi and Somali asylum seekers, refugees and persons without legal status. *BMC Public Health* 15 (923). Luettavissa sähköisesti osoitteessa <<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-015-2279-z>>. Luettu 27.4.2018.
- FRA – European Union Agency for Fundamental Rights 2011. Fundamental rights of migrants in an irregular situation in the European Union. Luettavissa sähköisesti osoitteessa <<http://fra.europa.eu/en/publication/2012/fundamental-rights-migrants-irregular-situation-european-union>>. Luettu 14.4.2018.
- Gea-Sánchez, Montserrat - Gastaldo, Denise - Molina-Luque, Fidel - Otero-García, Laura 2017. Access and utilisation of social and health services as a social determinant of health - the case of undocumented Latin American immigrant women working in Lleida (Catalonia, Spain). *Health and Social Care in the Community* 25 (2). 424–434. Luettavissa sähköisesti osoitteessa <<https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/49394/023691.pdf?sequence=1>>. Luettu 27.4.2018.
- Huschke, Susann 2014a. Fragile Fabric - Illegality Knowledge, Social Capital and Health-seeking of UM Latin American Migrants in Berlin. *Journal of Ethnic and Migration Studies* 40 (12). 2010-2029.

Huschke, Susann 2014b. Performing deservingness - Humanitarian health care provision for migrants in Germany. *Social Science & Medicine* 12. 352-359.

Janhonen, Sirpa - Nikkonen, Merja 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Johansson, Kirsi - Axelin, Anna - Stolt, Minna - Ääri, Riitta-Liisa (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007. 6.

Kangasniemi, Mari - Utriainen, Kati - Ahonen, Sanna-Mari - Pietilä, Anna-Maija - Jääskeläinen, Petri - Liikanen, Eeva 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (4). 291-301.

Kankkunen, Päivi - Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Keskimäki, Ilmo - Nykänen, Eeva - Kuusio, Hannamaria 2014. Paperittomien terveyspalvelut Suomessa. THL raportti. Luettavissa sähköisesti osoitteessa <[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114941/THL\\_RAP2014\\_011web.pdf?sequence=3](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114941/THL_RAP2014_011web.pdf?sequence=3)>. Luettu 12.10.2017.

Kuehne, Anna - Huschke, Susann - Bullinger, Monika 2015. Subjective health of undocumented migrants in Germany – a mixed methods approach. *BMC Public Health* 15 (926). Luettavissa sähköisesti osoitteessa <<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-015-2268-2>>. Luettu 29.4.2018.

Kvamme, Eli - Ytrehus, Siri 2015. Barriers to health care access among undocumented migrant women in Norway. *Society, health and vulnerability*, 6 (1). Luettavissa sähköisesti osoitteessa <[https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2380840/Kvamme\\_Ytrehus.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2380840/Kvamme_Ytrehus.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Luettu 27.4.2018.

Malmivaara, Antti 2002. Duodecim. Systemoitu kirjallisuuskatsaus–työkalu tutkimusnäytön tavoittamiseen 118 (9). 877-879. Luettavissa sähköisesti osoitteessa <<http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2002/9/duo92921>>. Luettu 26.2.2018.

Mäkelä, Marjukka – Varonen, Helena - Teperi, Juha 1996. Systemoitu kirjallisuuskatsaus tiedon tiivistäjänä. *Duodecim* 112 (21). Luettavissa sähköisesti osoitteessa <<http://www.duodecimlehti.fi/lehti/1996/21/duo60413>>. Luettu 26.2.2018.

Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Paperittomat. Paperittomat muissa maissa – Paperittomien tilanne muissa Pohjoismaissa. Verkkodokumentti. <[http://www.paperittomat.fi/?page\\_id=355](http://www.paperittomat.fi/?page_id=355)>. Luettu 15.04.2018.

Poduval, Shoba - Howard, Natasha - Jones, Lucy - Murwill, Phill - McKee, Martin - Legido-Quigley, Helena 2015. Experiences among undocumented migrants accessing primary care in the United Kingdom: a qualitative study. *International Journal of Health Services* 45 (2). 320-333.

Saunders, Benjamin – Sim, Julius – Kingstone, Tom – Baker, Shula – Waterfield, Jackie – Bernadette, Bartlam – Burroughs, Heather – Jinks, Clare 2017. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & Quantity - International Journal of Methodology*. Verkkodokumentti. <<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs11135-017-0574-8.pdf>>. Luettu 28.4.2018.

Schoevers, Marianne - Loeffen, Maartje - van den Muijsenbergh, Maria - Lagro-Janssen, Antoine 2010. Health care utilisation and problems in accessing health care of female undocumented immigrants in the Netherlands. *Journal of Public Health* 55 (5). 421–428. Luettavissa sähköisesti osoitteessa <[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2941053/pdf/38\\_2010\\_Article\\_151.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2941053/pdf/38_2010_Article_151.pdf)>. Luettu 27.4.2018.

Teunissen, Erik - Sherally, Jamila - van den Muijsenbergh, Maria - Dowrick, Chris - van Weel-Baumgarten, Evelyn - van Weel, Chris 2014. Mental health problems of undocumented migrants in The Netherlands: A qualitative exploration of help-seeking behavior and experiences with primary care. *BMJ Open* 4 (11). Luettavissa sähköisesti osoitteessa <<http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/4/11/e005738.full.pdf>>. Luettu 27.4.2018.

THL 2017. Paperittomat. Päivitetty 28.7.2017. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/web/maahanmuuttajat-ja-monikulttuurisuus/maahanmuuttajien-terveys-ja-hyvinvointi/paperittomat>>. Luettu 13.10.2017.

Tuomi, Jouni - Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6., uudistettu laitos. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkauseräilyjen käsitteleminen Suomessa - ohje. Luettavissa sähköisesti osoitteessa <[http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)>. Luettu 9.10.2017.

UNHCR 2016. Global trends - Forced displacement in 2015. Luettavissa sähköisesti osoitteessa <<http://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/576408cd7/unhcr-global-trends-2015.html>>. Luettu 12.10.2017.

UN 2015a. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Trends in international migration. Luettavissa sähköisesti osoitteessa <<http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/populationfacts/docs/MigrationPopFacts20154.pdf>>. Luettu 12.10.2017.

UN 2015b. International Migration Report. Luettavissa sähköisesti osoitteessa <[http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migration-report/docs/MigrationReport2015\\_Highlights.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migration-report/docs/MigrationReport2015_Highlights.pdf)>. Luettu 12.10.2017.

UNHCR 2017a. Global trends – Forced displacement in 2016. Luettavissa sähköisesti osoitteessa <<http://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/5943e8a34/global-trends-forced-displacement-2016.html>>. Luettu 15.10.2017.

UNHCR 2017b. Europe Relocation Mechanism. Luettavissa sähköisesti osoitteessa <<https://data2.unhcr.org/en/documents/download/58987>>. Luettu 12.10.2017.

## Analysointiin valittu aineisto

nro	Tutkimus, tekijä(t) ja julkaisutiedot	Tarkoitus / tavoite	Aineisto, sen keruu ja analyysi	Keskeiset tulokset
1	Performing deservingness. Humanitarian health care provision for migrants in Germany. Huschke 2014. Saksa.	"To understand undocumented migrants' illness experiences and health-seeking practices in the context of their everyday lives and their marginal position within German society."	Kvalitatiivinen tutkimus, 35 paperitonta, teema-aiheisia ja elämäkerrallisia haastatteluja + informaalit keskustelut täydensivät haastatteluja, osallistuvaa tarkkailua paperittomien arjessa.	The immanent power inequalities between aid-receivers and aid-providers may lead patients to perform their deservingness that is, to present themselves as helpless sufferers rather than empowered subjects.
2	Experiences among undocumented migrants accessing primary care in the United Kingdom: a qualitative study. Poduval ym. 2015. UK.	"Study explored the experiences of undocumented migrants trying to access primary care in the UK, their perspectives on proposed access restrictions, and suggestions for policymakers."	Kvalitatiivinen tutkimus, semistrukturoitu haastattelu + teema-analyysi, 16 paperitonta.	Accessing health care: Focuses on migrants' awareness of health rights and attempts to register with a GP A case study: brings together the factors affecting the undocumented migrant health care experience in the UK
3	Mental health problems of undocumented migrants in The Netherlands: A qualitative exploration of help-seeking behavior and experiences with primary care. Teunissen ym. 2014. Hollanti.	"To explore health-seeking behavior and experiences of undocumented migrants in general practice in relation to mental health problems."	Kvalitatiivinen tutkimus, semistrukturoitu haastattelu + teema-analyysi, 15 paperitonta, 4 kaupunkia Hollannissa	"For support, UM's refer to friends and religion first, the general practitioner (GP) is their last resort. Barriers for seeking help include taboo on mental health problems, lack of knowledge of and trust in GPs' competencies regarding mental health and general barriers in accessing healthcare as an UM (lack of knowledge of the right to access healthcare, fear of prosecution, financial constraints and practical difficulties). Once access has been gained, satisfaction with care is high. This is primarily due to the attitude of the GPs and the effectiveness of the treatment. Reasons for dissatisfaction with GP care are an experienced lack of time, lack of personal attention and absence of physical examination.



nro	Tutkimus, tekijä(t) ja julkaisutiedot	Tarkoitus / tavoite	Aineisto, sen keruu ja analyysi	Keskeiset tulokset
4	Subjective health of undocumented migrants in Germany – a mixed methods approach. Kuhne ym. 2015. Saksa.	"To assess the health status of undocumented migrants."	Mixed methods approach including complementary qualitative (semi-structured interviews, informal conversations and participant observation, n=35, grounded theory analysis) and quantitative (standardized questionnaire measuring health-related quality of life, n=96, comparative analysis with U.S. American norm sample) datasets.	Socio-economic conditions, the subjective experiences of criminalization, and late presentation at healthcare-facilities were identified as the three main factors impacting on health from migrant perspective.
5	Immigrant women's perceptions and experiences of health care services: Insights from a focus group study. Dias ym. 2010. Portugali.	"To describe perceptions and experiences of African and Brazilian immigrant women in Portugal."	Kvalitatiivinen tutkimus, 6 semistrukturoitua ryhmähaastattelua, ryhmät koostuivat paperittomista naisista, sisällönanalyysi.	African and Brazilian women expressed different perceptions and patterns of use of health care services. Most participants pointed out several barriers to access and utilization of services related to legal issues, economic constraints or health professionals' attitudes.
6	Health care utilisation and problems in accessing health care of female undocumented immigrants in the Netherlands. Schoevers ym. 2010. Hollanti.	"To obtain information about the actual use of health care facilities by UM women and to identify obstacles they experience in accessing health care facilities."	Strukturoitu kyselylomake+ semistrukturoidut haastattelut, 100 paperitonta naista	Undocumented female immigrants have unmet health care needs (56%) and low health care utilization. 9% of the women reported obstacles in accessing health care facilities. These included many personal obstacles such as shame, fear and/or lack of information. Poor language proficiency reduces utilization of primary health care services.
7	Health care seeking among detained undocumented migrants: a cross-sectional study. Dorn ym. 2011. Hollanti.	"To gather basic epidemiological data on the health and health care utilization of both care and non-care-seeking undocumented migrants."	"Cross-sectional study includes both respondents who did and did not seek care, namely undocumented migrants who have been incarcerated in a detention centre	Only half of the undocumented migrants in this study knew how to get access to medical care in the Netherlands if in need. Forty-six percent of respondents reported to have sought medical help during their stay in the

nro	Tutkimus, tekijä(t) ja julkaisutiedot	Tarkoitus / tavoite	Aineisto, sen keruu ja analyysi	Keskeiset tulokset
			while awaiting expulsion to their country of origin” 122 kriteerit täyttäneitä haastattelua + kyselylomake	Netherlands while having no health insurance (n = 57). Care was sought most frequently for injuries and dental problems. About 25% of these care seekers reported to have been denied care by a health care provider. Asian migrants were significantly less likely to seek care when compared to other ethnic groups, independent from age, chronic health problems and length of stay in the Netherlands
9	Experiencing 'pathologized presence and normalized absence'; understanding health related experiences and access to health care among Iraqi and Somali asylum seekers, refugees and persons without legal status. Fang ym. 2015. UK.	“Study explores health and health care experiences of Somali and Iraqi asylum seekers, refugees and persons without legal status, highlighting minoritization processes and the pathologization of difference as analytical lenses to understand the multiple layers of oppression that contribute to health inequities” “Lived experiences of asylum seekers, refugees and persons without legal status”	Kvalitatiivinen tutkimus, 35 haastattelua ja 5 focusryhmää	Results: The analysis revealed four key themes: 1) pre-departure histories and post-arrival challenges; 2) legal status; 3) health knowledges and procedural barriers as well as 4) language and cultural competence. Confidentiality, trust, wait times and short doctor-patient consultations were emphasized as being insufficient for culturally specific communications and often translating into inadequate treatment and care. Barriers to accessing health care was associated with social disadvantage and restrictions of the broader welfare system suggesting that a re-evaluation of the asylum seeking process is required to improve the situation
11	Barriers to health care access among undocumented migrant women in Norway. Kvamme - Ytrehus 2015. Norja.	”To explore UM women’s subjective experiences of their health conditions and access to health care.”	Kvalitatiivinen tutkimus, 8 haastattelua paperittomien kanssa, 8 haastattelua terveydenalan ammattilaisten kanssa. Oslossa.	Limited rights to health care, fear of being reported, financial difficulties and poor language skills were mentioned as barriers to health care. These barriers lead to delay in seeking medical care and use of alternative health-seeking strategies. Factors that indirectly affected the health of the women included a lack of knowledge of both their

nro	Tutkimus, tekijä(t) ja julkaisutiedot	Tarkoitus / tavoite	Aineisto, sen keruu ja analyysi	Keskeiset tulokset
				rights and the available services in Norway. The pregnant women were unaware of their right to receive prenatal care.
12	Access to healthcare and alternative health seeking strategies among undocumented migrants in Denmark. Biswas ym. 2011. Tanska.	"The aim of this study is to describe and analyse undocumented migrants' experiences of access to healthcare, use of alternative health-seeking strategies; and ER nurses' experiences in encounters with undocumented migrants."	Kvalitatiivinen, semistrukturoidut haastattelut ja havainnointi, 10 paperitonta etelä-aa-sialaista maahanmuuttajamiestä + 10 päivystys-hoitajaa	Undocumented migrants reported difficulties accessing healthcare. The barriers to healthcare were: limited medical rights, arbitrariness in healthcare professionals' attitudes, fear of being reported to the police, poor language skills, lack of network with Danish citizens, lack of knowledge about the healthcare system and lack of knowledge about informal networks of healthcare professionals. These barriers induced alternative health-seeking strategies, such as self-medication, contacting doctors in home countries and borrowing health insurance cards from Danish citizens
13	Access to Health Services for Undocumented Immigrants in Apulia. Brindicci ym. 2015. Italia.	"To evaluate the perception on the part of UM of their rights of access to the National Health Care services and whether this privilege is actually utilized."	Kyselytutkimus, kvantitatiivinen, n=256, Italia, yksi kaupunki	
15	Access and utilisation of social and health services as a social determinant of health - the case of undocumented Latin American immigrant women working in Lleida (Catalonia, Spain). Gea-Sánchez ym. 2017. Espanja.	"Describes access and utilisation of social and healthcare services by undocumented Latin American women working and living in rural and urban areas (in Lleida, Catalonia, Spain), and the barriers these women may face."	Kvalitatiivinen tutkimus, haastattelu, 12 paperitonta naista	American women in precarious jobs; lack of access to and use of social services; and limited access to and use of healthcare services. While residing and working in different areas of the province impacted the utilisation of services, working conditions was the main barrier experienced by the participants.

nro	Tutkimus, tekijä(t) ja julkaisutiedot	Tarkoitus / tavoite	Aineisto, sen keruu ja analyysi	Keskeiset tulokset
16	Fragile Fabric - Illegality Knowledge, Social Capital and Health-seeking of UM Latin American Migrants in Berlin. Huschke 2014. Saksa.	"This paper examines how undocumented Latin American migrants in Berlin manage to access therapy in the event of sickness despite their exclusion from the regular health care system in Germany."	Kvalitatiivinen tutkimus, 35 paperitonta, teema-aiheisia ja elämäkerrallisia haastatteluja + informaalit keskustelut täydensivät haastatteluja, osallistuvaa tarkkailua paperittomien arjessa.	In order to receive medical attention, undocumented migrants rely on specific illegality knowledge, which, in turn, requires social capital, as information is acquired through informal social networks, mainly consisting of other Latin American migrants.