



HÖGSKOLAN VÄST

Institutionen för hälsovetenskap

**Flyktingars upplevelser av mötet med hälso- och sjukvården
- Att inte kunna göra sin röst hörd**

Tobias Odmyr

Linda Olsson

Examensarbete i omvårdnad på grundnivå

Sjuksköterskeprogrammet

Institutionen för hälsovetenskap/Högskolan Väst

Höstterminen 2016



HÖGSKOLAN VÄST

Institutionen för hälsovetenskap

Abstract

Titel	Flyktingars upplevelser av mötet med hälso- och sjukvården - Att inte kunna göra sin röst hörd Refugees' experiences in the contact with health care - To not be able to make one's voice heard
Författare	Tobias Odmyr & Linda Olsson
Handledare	Lisbeth Hillström
Examinator	Ina Berndtsson
Institution	Högskolan Väst, Institutionen för hälsovetenskap
Arbetets art	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp
Program	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp
Termin/år	HT 2016
Antal sidor	36

- Background:** More people than ever before are now seeking refuge from war and terror in other countries (UNHCR, 2016). This has as a consequence that the health care in many Western countries faces new patient categories which don't speak the language and are culturally different from what health professionals are familiar with. Ethical considerations are important, since being misunderstood and not met with dignity or respect can cause care-related suffering. This may increase the suffering already experienced due to loss of security, family and friends.
- Aim:** To illustrate refugees' experiences in the contact with health care.
- Method:** This is a literature-based, qualitative study. 15 articles were selected to investigate refugees' experiences of health care. The analysis resulted in 2 themes, each containing 3 subthemes.
- Results:** The main themes that emerged were: *Feeling acknowledged and respected*, and *Overcoming language and cultural barriers*. The result mainly reveals that language barriers are common, and that refugees consider it important to be seen as individuals, which is not always the case in health care.
- Conclusion:** The challenge in caring for refugees as a nurse consists in ensuring there is a common understanding. While being aware of a patient's history, it is also important to see the individual in a person-centered approach.
- Keywords:** Experiences, interpreter, person-centered care, refugees and suffering.

Populärvetenskaplig sammanfattning

Att bryta upp från familj och allt man känner sig trygg med försätter människan i en utsatt position. Den vilshenhet detta medför skapar ett lidande. Som sjuksköterska är det viktigt att vara medveten om detta.

Författarna till detta litteraturbaserade arbete har studerat 15 vetenskapliga artiklar där flyktingars perspektiv av olika vårdmöten står i fokus. Resultatet visar att flyktingar upplever språket som det största problemet i mötet, men att även deras kultur och religion spelar in i vad de tycker är en bra vård. I många fall känner flyktingar sig förbisedda eller diskriminerade. Detta har i många fall att göra med att de inte blir bemötta som individer utan ses som en del av en annan kultur.

För att undvika problem med språkförbistringar är det att föredra att anlita tolk. Detta är emellertid inte helt problemfritt. Tolkar påverkar mötet på olika sätt beroende på vem patienten är. Studiens resultat visar att många flyktingar föredrar en tolk av samma kön. Det bidrar till att de lättare kan öppna upp sig och att intima situationer, exempelvis avklädning, inte blir så svåra att hantera. Samma förhållanden råder när det gäller kön på vårdpersonal. Att undersökas av någon av motsatt kön kräver att detta upplevs som ofrånkomligt och väl förankrat.

De upplevelser som har med kultur och religion att göra varierar mellan flyktinggrupper och enskilda personer. De berör hur man vill bli bemött och behandlad. Det visar sig att patienterna i många fall är ovana vid ett personcentrerat förhållningssätt. Att utveckla ett sådant förhållningssätt är dock viktigt, eftersom brister i detta gör att flyktingarna känner sig diskriminerade och förbisedda. Det kan även leda till att de går miste om viktig information om sin sjukdom och rekommenderade behandling. Om sjuksköterskor tillämpar personcentrerad vård där patientberättelsen och partnerskap ligger till grund kan vårdlidande undvikas.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Definition av ordet flykting	1
Människor på flykt.....	1
Rätten till vård	2
Flyktingars förutsättningar i mötet med vården	2
Språkföribistringar	2
Sjuksköterskan i mötet med flyktingar	3
Teoretiska utgångspunkter.....	3
Vårdandets etik	3
Känsla av sammanhang.....	4
Lidande	4
Personcentrerad vård.....	5
Problemformulering	6
Syfte	6
Metod	6
Litteratursökning	6
Urval	7
Analys.....	7
Resultat.....	7
Viljan att och respekterad	8
Att bli bemött på ett inkluderande eller diskriminerande sätt.....	8
Att bli tagen på allvar.....	9
Att inte vilja blotta sig.....	10
Att överbrygga språkliga och kulturella hinder	10
Vi vill bara förstå och bli förstådda	10
Tolkar som hjälper eller stjälper	11
Vårdpersonalens brister i transkulturell kunskap.....	12
Diskussion	13
Metoddiskussion.....	13
Resultatdiskussion	15
Att bli bemött på ett inkluderande eller diskriminerande sätt.....	16
Att bli tagen på allvar.....	16
Att inte vilja blotta sig.....	17

Att överbrygga språkliga och kulturella hinder	17
Vi vill bara förstå och bli förstådda	17
Tolkar som hjälper eller stjälper	18
Vårdpersonalens brister i transkulturell kunskap.....	18
Slutsatser	19
Praktiska implikationer	19
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde	20
Referenser.....	21

Bilagor

I	Sökhistorik
II	Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod
III	Översikt av analyserad litteratur

Inledning

De senaste årens flyktingvåg till Europa påverkar och ställer höga krav på vårt samhälle. En utmaning är att ge dessa människor ett värdigt bemötande och förutsättningar för ett nytt, meningsfullt liv. Detta innebär även att underlätta för integration i samhällets grundläggande strukturer. Här utgör hälso- och sjukvården en väsentlig del.

Tillgång till individanpassad vård är en grundläggande rättighet oavsett kön, ålder, sexuell tillhörighet och etnicitet (Hälso- och sjukvårdslagen, SFS 1982:763). Författarnas erfarenhet är att människor med flyktingbakgrund inte alltid får sina grundläggande rättigheter tillgodosedda i mötet med sjuksköterskan. Det råder en osäkerhet kring hur dessa människor ska bemötas och författarna har upplevt hur vårdpersonal ibland undviker dem, vilket leder till att de inte får sina behov tillfredsställda. Enligt Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) ingår det i sjuksköterskans omvårdnadsansvar att kunna kommunicera med patienter, närstående, personal och andra på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. Sjuksköterskan ska också arbeta i enlighet med värden såsom respektfullhet, lyhördhet, medkänsla, trovärdighet och integritet (International Council of Nurses, 2014).

Denna uppsats handlar om att belysa de problem som flyktingar upplever i mötet med hälso- och sjukvård.

Bakgrund

Definition av ordet flykting

En flykting är, enligt Genèvekonventionen (Office of the United Nations High Commissioner for Refugees, 1996), en människa som på grund av en välgrundad fruktan för förföljelse på grund av politisk åskådning, ras och religion, befinner sig i ett annat land än det hen är medborgare i, och som inte kan åtnjuta det landets skydd. För att förenkla läsningen och undvika begreppsförvirring har författarna valt att använda ordet *flyktingar* som ett samlingsord för människor som tillhör följande grupper: asylsökande, människor med flyktingstatus som fått tillfälligt eller permanent uppehållstillstånd, samt papperslösa flyktingar, vilka kan hålla sig gömda för att undgå utvisning.

Människor på flykt

Enligt Förenta nationernas flyktingkommissariat UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees, 2016) befinner sig cirka 65,3 miljoner av jordens människor på flykt. Av dessa har 21,3 miljoner lämnat sitt hemland medan 40,8 miljoner är på flykt i sina egna länder. Övriga 3,2 miljoner flyktingar har sökt asyl världen över och väntar på beslut. Dessa siffror är de högsta någonsin.

Enligt svenska Migrationsverket (2016) sökte 81 301 personer asyl i Sverige år 2014. Under 2015 ökade siffran dramatiskt till 162 877 personer, medan senaste siffror visar en nedåtgående trend med 22 330 personer som fram till oktober, 2016, sökt asyl under året. Detta medför att den svenska hälso- och sjukvården idag får möta ett ovanligt stort antal människor från andra länder och kulturer. I en rapport från Socialstyrelsen (2016) framkommer att vården visserligen är anpassad för att kunna ta emot flyktingar men till följd av det stora antal som anlänt på kort tid har resurserna inte kunnat anpassas till efterfrågan. Utmaningar som har uppstått gäller bland annat brister i information, kommunikation och tillgång på tolkar. Även interkulturell kompetens och kunskap om vad som bedöms som vård som inte kan anstå har varit problem för alla

berörda. Trycket på psykiatrin har också ökat eftersom många flyktingar lider av psykisk ohälsa. Detta ger längre väntetider för den planerade vården och förebyggande hälsoåtgärder.

Rätten till vård

De regelverk som omgärdar människor på flykts rättigheter till hälso- och sjukvård är rigorösa och skiljer sig åt från land till land. På EU-nivå finns inga lagar eller förordningar som reglerar medlemsländernas hantering av hälso- och sjukvård. EU:s roll är att komplettera ländernas enskilda insatser genom satsningar på gemensamma utmaningar och folkhälsostrategier (EU, 2016). Alla stater som är anslutna till Förenta nationerna (FN) är däremot skyldiga att leva upp till den allmänna förklaringen om mänskliga rättigheter från 1948 och de konventioner som dessa rättigheter inarbetats i (Sverige. Regeringskansliet, 2011). Internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter är en av dessa. Där erkänns alla individers rättighet att fysiskt och psykiskt må så bra som möjligt, och alla länders skyldighet att skapa förutsättningar för detta (Sverige. Regeringskansliet, 2011).

I Sverige fastställer lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. (SFS 2008:344) att vuxna personer som sökt uppehållstillstånd eller sökt och erhållit tillfälligt uppehållstillstånd och inte är folkbokförda i Sverige, har rätt till så kallad *vård som inte kan anstå*. Denna inbegriper vård vid akuta och livshotande tillstånd men även mödrahälsovård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning. Människor som omfattas av lagen har också rätt till en hälsoundersökning. Vid avslag på ansökan om uppehållstillstånd har man fortsatt rätt till vård som inte kan anstå till det att beslut om avvisning har verkställts (Lag om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd, SFS 2013:407). Även papperslösa flyktingar omfattas av denna rättighet. Vuxna som fått permanent uppehållstillstånd och är folkbokförda har rätt till hälso- och sjukvård på samma villkor som landets övriga invånare (Hälso- och sjukvårdslagen, SFS 1982:763).

Flyktingars förutsättningar i mötet med vården

Jonzon, Lindkvist och Johansson (2015) visar i sin studie att flyktingar känner sig tvingade att fly från sina hemländer när de upplever att de inte längre har någon framtid där. Flyktingarnas förhoppningar är att när de kommer fram till ett land där de kan söka asyl ska allt bli bättre. Många av studiens deltagare uttrycker dock att den första tiden är väldigt svår och att de mår psykiskt dåligt i väntan på beslut om asyl. Processen kan vara från några veckor till flera år. Deltagarna uttrycker att de är fångade mellan två kontexter och att det är svårt att inte veta hur framtiden ska bli. I en studie om asylsökandes hälsa (Hadgkiss & Renzaho, 2014) framkommer att flertalet av de undersökta flyktingarna på olika sätt upplever sig ha dålig fysisk hälsa. Detta jämförs med den övriga befolkningen, där endast en minoritet har samma uppfattning. När det gäller den psykiska hälsan visar George, Thomson, Chaze och Guruge (2015) att den är sämre bland invandrare än bland dem som inte bytt hemland. Osäkerheten i kontakten med den nya kulturen, ekonomisk osäkerhet och etnisk diskriminering anges vara huvudorsakerna bakom ohälsan. De menar att de svårigheter migranter möter i sina nya länder är viktiga för vårdpersonal att känna till, ta upp till diskussion och förebygga genom konkreta åtgärder.

Språkförbistringar

Flyktingarna har i många fall inte hunnit lära sig sitt värdlands språk tillräckligt väl än och sjuksköterskan saknar kunskap i flyktingarnas olika språk. Ofta finns inte heller något annat gemensamt språk att ta till. I de fall där patient och sjuksköterska inte har samma förstaspråk blir samtalet ansträngt och begränsat. Att förmedla och förstå någons sjukdomshistoria liksom att redogöra för och uppfatta nuvarande status, blir svårt (McCarthy, Cassidy, Graham & Tuohy, 2013). Exempelvis blir smärtskattning mer komplext hos patienter med svenska som andraspråk (Brantberg & Allvin, 2016). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) och

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) har patienter i Sverige rätt till anpassad information om sin hälsa och vilka behandlingsmöjligheter som finns. Även Patientlagen (SFS 2014:821) fastställer med tydlighet patientens förstärkta möjlighet att vara delaktig i och påverka sin egen vård, samt rätten till en second opinion. Tillgången på kvalificerade tolkar är dock en stor utmaning (Socialstyrelsens rapport, 2016). Avsaknad av, eller bristande kompetens hos, tolkar kan medföra felaktiga diagnoser och behandlingar, vilket utgör en patientsäkerhetsrisk.

Sjuksköterskan i mötet med flyktingar

Fatahi, Matsson, Lundgren och Hellström (2010) belyser att sjuksköterskor inom radiologi saknar interkulturell kunskap och ibland inte vet hur de ska gå tillväga för att möta patienten på bästa sätt. Sjuksköterskorna upplever ibland att de har för dålig kunskap om könsroller i olika kulturer och hur patienterna ser på att ha en sjuksköterska av motsatt kön vid undersökningar som kräver avklädning. Detta ställer ibland till praktiska problem och det händer att undersökningar måste ställas in.

Enligt Hart och Mareno (2013) tycker sjuksköterskorna att det är svårt att möta patienter ur olika kulturer och veta hur de vill bli bemötta. Detta försvåras ytterligare av att det råder olika uppfattningar om vad som är acceptabelt inom de olika kulturerna. Sjuksköterskorna upplever att språket och att inte kunna samtala med varandra är det största problemet. Det upplevs svårt att vinna patientens tillit genom en tolk. Fördomar är också ett problem. En del tycker också att det är upp till flyktingarna att anpassa sig till sitt nya lands seder och bruk.

Suurmond, Seeleman, Rupp, Goosen och Stronks (2010) studie visar att sjuksköterskorna upplever att det är viktigt att ha kunskap om det politiska läget i flyktingarnas hemländer. Det är också viktigt att känna till vanliga sjukdomar i området de kommer från. För övrigt kan det vara fördelaktigt att känna till hur det juridiska systemet fungerar kring asylsökande för att kunna förklara hur systemet är uppbyggt. Sjuksköterskorna upplever att det viktigaste är att bygga upp en tillit hos patienten så att hen vågar öppna sig och släppa fram sina känslor och sin historia. Studien visar även att det kan försvåra uppbyggnaden av tillit när tolkar är närvarande. Att ha ytterligare en person med i rummet påverkar stämningen och kommunikationen.

Teoretiska utgångspunkter

Vårdandets etik

Enligt Arman (2015) handlar vårdande etik om hur vi som vårdpersonal förhåller oss till vårdandet och vilka principer vi lever efter i våra mellanmänskliga relationer. Etiken i vårdandet består också av vår hållning och vårt konkreta handlande i vardagens patientnära arbete. Varje möte innehåller en mer eller mindre etiskt laddad situation. Enligt Dahlberg och Ekeberg (2015) krävs självreflektion för att som sjuksköterska möta patienten med öppenhet för dennes behov och situation. En utvecklad självmedvetenhet kan bidra till ett livsvärldsorienterat etiskt förhållningssätt som ger lyhördhet gentemot patienten. Ett sådant förhållningssätt ger patienten trygg vård som grundar sig på hans egna existentiella villkor.

I sammanhanget flyktingar och vård uppstår frågor om etik. De kan röra värden såsom solidaritet och empati men också att förstå skillnader och ta moraliskt ansvar för dem som är olika oss själva (Myhrvold, 2006). Etiska frågor kan också handla om konkreta situationer, till exempel samtal om intima problem med en patient, vars tolk är av motsatt kön (Eklöf, Abdulkarim, Hupli & Leino-Kilpi, 2015).

Att ge omvårdnad utifrån ett etiskt patientperspektiv innebär också att möta patienten på ett värdigt sätt. Enligt Arman (2015) innebär värdighet att människan har ett inneboende, eget värde bara i sin egenskap av människa. Alla människor bär på en historia och en framtid och är mer än

bara det som syns på ytan. Enligt Hurlley (2015) är det som vårdpersonal viktigt att vara inkännande och visa respekt och omtänksamhet gentemot patienten. Detta för att denna inte ska hamna i situationer som upplevs ovärdiga och kränkande. Eklöf et al. (2015) har visat att värdighet ofta går hand i hand med skam och intrång i personens privata sfär. Enligt International Council of Nurses (ICN, 2014) ska sjuksköterskan verka för att patienten får behålla sin värdighet och fatta egna val och beslut rörande sin situation.

Känsla av sammanhang

Antonovsky (2005) myntade begreppet salutogenes och diskuterar i sin teori vad det är som gör att människor blir och förblir friska. Svaret på denna frågeställning sammanfattas som KASAM, Känsla Av SAMmanhang. Begreppet omfattar förenklat tre delar. Det som sker med människan behöver upplevas som begripligt, hanterbart och i någon mån meningsfullt. Ett högt KASAM ger stor chans till hälsa.

Flyktingar bär ofta med sig svårigheter och klassar sig själva som sjukare än personer inom andra grupper av befolkningen (Hagedkiss & Renzaho, 2014). Flera studier (Bhatia & Wallace, 2007; Jonzon et al. 2015; Suurmond et al., 2010; Svenberg, Mattsson & Skott, 2009) vittnar om att känslan av sammanhang går förlorad när man lämnar sitt hemland, och att detta skapar otrygghet. Det är viktigt att vårdpersonal lägger extra arbete på att bygga upp en känsla av tillit hos flyktingarna då de har svårare att lita på andra människor (Dubus, 2015). Enligt George et al. (2015) kallas detta för ackulturativ stress. Med det menas de svårigheter som någon möter i processen att anpassa sig till ett nytt samhälle. Den stress som uppstår i samband med detta kan få negativa konsekvenser för hälsan.

Livets svårigheter och utmaningar skapar stress i människan (Antonovsky, 2005). Det avgörande med denna stress är inte vad den består av utan vad människan gör med den. Individuella skillnader i sårbarhet och motståndskraft ligger bakom förmågan till hantering. Denna förmåga till hantering, eller coping, är beroende av många faktorer förutom människans inneboende styrka. Bland dessa finns omgivningsfaktorer och materiellt och socialt nätverk.

Lidande

Lidande innebär att utstå eller genomleva smärta. Smärta kan upplevas som fysiskt, psykiskt eller existentiellt betingat (Arman, 2012). Att vara på flykt från sitt hemland, långt borta från sin familj, och att leva i ovisshet kring hur framtiden kommer att se ut kan innebära ett lidande (Jonzon et al., 2015). Den här formen av lidande betecknas som livslidande då den påverkas av hur livet ser ut (Saarnio, Arman & Ekstrand, 2011). Ytterligare en form av lidande är sjukdomslidande som upplevs till följd av en sjukdom. Lidande kan också orsakas inom vården och benämns då vårdlidande (Saarnio et al., 2011).

Vårdlidande och vilka sammanhang detta kan uppstå i studeras av Kasén, Nordman, Lindholm och Eriksson (2008). De menar att ett vårdlidande kan uppstå på olika nivåer. På den nivå de beskriver som yttre är kontinuitet en viktig aspekt. Detta kan förklaras som att inte behöva slussas runt i vården och hela tiden träffa ny personal som inte känner till ens problem. Detta nämns också av Pavlish, Noor och Brandt (2010) som skriver om personcentrerad vård och hur viktig relationen mellan vårdare och patient är. Flyktingar upplever att vården brister i denna bemärkelse och att de inte blir sedda eller hörda (Bhatia & Wallace, 2007). Det talas om att vårdare i vissa fall undviker patienter som anses svårare än andra. Flyktingar har ofta svårt att göra sig förstådda, vilket kan medföra att vårdpersonal väljer bort dem framför andra (Carroll, Epstein, Fiscella, Gipson, Volpe & Jean Pierre, 2007). Ytterligare en form av lidande är det vårdkulturella, det vill säga vilken kultur som råder inom vården. Det kan handla om en sjukdomsorienterad vårdkultur där man bara ser till sjukdomen i sig och inte hela människan. Kasén et al. (2008) kallar detta för en förstenad kultur, där patienten inte tillåts vara en egen

individ. Det talas om vikten av att främja en caritativ vårdkultur. Med detta menas att medvetandegöra vilken kultur som råder i en vårdkontext, inklusive vilka värderingar vårdarna har för att möta sina patienter på bästa sätt. Det krävs reflektion kring vårdkulturen i en organisation men även i de enskilda vårdrelationerna. De senare handlar om att vara mer lyhörd för patientens livsvärld och vilka risker som finns för att just den människa man har framför sig ska utsättas för ett vårdlidande (Kasén et al., 2008).

Personcentrerad vård

I en situation där patienten är flykting blir vårdpersonalens överläge tydligt. Sjuksköterskan har övertaget vad gäller språket, hur systemet fungerar och hur problemet bör åtgärdas (Cuadra, 2009). Enligt Dahlberg och Segesten (2010) blir det svårt att genomföra goda samtal i en vårdorganisation där ett paternalistiskt synsätt råder. Det sker då en envägskommunikation, man talar *till* patienten istället för *med*, och beslut fattas utefter hur man *brukar* göra. Enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) ska vård tillhandahållas på ett sådant sätt att människors lika och individuella värde respekteras. Man kan också se det som att patienten från början är i underläge, och att det gäller för sjuksköterskan att jämna ut maktförhållandet (Cuadra, 2009).

Personcentrerad vård är ett förhållningssätt där patienten står i fokus som både en generell och en unik människa. Personcentrerad vård innebär ett avståndstagande från det tidigare sjukdomsorienterade synsättet, där fokus ligger på patientens sjukdom och vilken behandling som är möjlig (Svensk sjuksköterskeförening, 2013). Inom personcentrerad vård försöker man istället fokusera på människans inneboende resurser att hantera sin situation (Hörnsten, 2013). Patienten, som föredras att benämnas *person*, ses inte som passiv mottagare av en medicinsk intervention utan som en aktiv part i en överenskommelse med hälso- och sjukvården. Personen får därmed större inflytande över sin behandling och kan ta ett större ansvar själv. Detta återspeglas i sjuksköterskornas etiska kod (ICN, 2014), som beskriver sjuksköterskans ansvar för att patienten får ta del av information på ett lämpligt och kulturellt anpassat sätt, i syfte att hen ska kunna ge sitt samtycke till föreslagen vård. Enligt Larsson, Sahlsten, Segesten och Plos (2011) har det inte varit helt enkelt att införa detta patientcentrerade arbetssätt. Strukturella barriärer, brist på empati och negativ attityd från sjuksköterskans sida har stått i vägen. Enligt Hörnsten (2013) är det fortfarande förenat med stora utmaningar att arbeta personcentrerat. Många hävdar idag att de har ett personcentrerat arbetssätt men att tiden inte räcker till att genomföra detta i det kliniska arbetet.

I den personcentrerade vården är kommunikation ett centralt tema. Kommunikation är en process med symbolutbyten som skapar relationer och gör att verkligheten konstrueras och blir meningsfull (Stier, 2009). Enligt Eklöf et al. (2015) anser flyktingar att språkliga svårigheter är det största hindret i kommunikationen med vårdpersonalen. Shannon, O'Dougherty och Mehta (2012) pekar också på hinder som flyktingar upplever gällande kommunikation i vården. De menar att problemet ofta ligger i kulturella skillnader. Flyktingarna upplever läkarna som auktoritära personer som ska ta initiativet i kommunikation. Det är de som ställer frågorna och flyktingarna som svarar. Detta kan resultera i att orsaker bakom olika problem missas och diagnosställande försvåras, eftersom läkarna inte ställer rätt frågor. Den personcentrerade vården kräver att vårdpersonal ger patienterna möjlighet att vara på samma nivå (Miller, 2016). Detta motverkas dock av att läkare i flyktingarnas kulturer vanligtvis har en alltigenom överlägsen ställning. Det krävs en medvetenhet om detta från vårdpersonalens sida, en medvetenhet som gör att personalen tar initiativ till samtal om det som ligger patienten närmast om hjärtat (Shannon et al., 2012).

Problemformulering

De senaste årens stora flyktingvåg har resulterat i att hälso- och sjukvården möter många personer med olika bakgrund, kultur och språk. Att ta hand om alla på lika villkor är att främja hälsa och minska onödigt lidande. Det är en stor utmaning att börja om på nytt i ett annat land, och att förmågan att klara av dessa utmaningar är avgörande för ens framtida hälsa. Ett lidande på grund av uppbrott och flykt kan omvandlas till ett vårdlidande i kontakten med oförstående vårdpersonal med ett obekant sätt att bemöta människor. Frågor om etik och patientens värdighet uppstår i nästan varje möte med människor med flyktingbakgrund. Detta ställer krav på vårdpersonalen att reflektera kring sin värdegrund och ta moraliskt ansvar för den människa de har framför sig.

Befintlig forskning domineras av vårdarens perspektiv. Ett problem som berör två parter måste studeras ur bådars synvinkel. Genom att efterfråga patientens perspektiv kan vi förstå våra medmänniskor. Detta ger sjuksköterskan möjlighet att efterleva de styrdokument som finns för professionen och arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. Enligt Sjuksköterskornas etiska kod (International Council of Nurses, 2014) har sjuksköterskan en skyldighet att utöver att främja en miljö där mänskliga rättigheter respekteras även uppträda på ett respektfullt sätt som innefattar lyhördhet, empati och trovärdighet. Det finns behov av ökad kunskap bland sjuksköterskor om bemötandet av flyktingar. För att bidra till en ökad ömsesidig förståelse vill vi därför studera hur flyktingar upplever mötet med hälso- och sjukvården.

Syfte

Att belysa flyktingars upplevelser av mötet med hälso- och sjukvården.

Metod

Detta är en litteraturbaserad, kvalitativ studie som handlar om att ta reda på och belysa flyktingars upplevelser. Enligt Polit & Beck 2016[2017]) ligger fokus i kvalitativa studier på ett fenomenens egenskaper och att beskriva subjektiva upplevelser. Den metod som valdes har sin grund i kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2012). Analysmetoden används inom olika forskningsområden men är vanlig inom omvårdnadsforskningen för att tolka och granska text, till exempel intervjuer. Den kunskap som fångas upp har inte samma anspråk på att vara generell som inom den kvantitativa traditionen, utan ska ses i sitt sammanhang (Dahlborg Lyckhage, 2012). Vi använde oss av en induktiv ansats vilket innebär att man bygger upp allmänna slutsatser från den data som samlats in förutsättningslöst. Detta tillvägagångssätt är vanligt inom kvalitativ forskning (Polit & Beck 2016[2017]).

Litteratursökning

För att få fram underlag till arbetet söktes kvalitativa artiklar grundade på semistrukturerade intervjuer med en induktiv ansats. Litteratursökningen gjordes främst i databaserna Cinahl, PubMed och ProQuest. Ämnesord och MeSH-termer som användes var refugees, attitudes, trust och cultural competence. Dessa kompletterades med sökorden experience*, health care, general practitioner*, nursing och trust. Till sökorden experience och general practitioner användes trunkering, vilket enligt Östlundh (2006) gör att man får med ordens alla böjningsformer. För att binda ihop sökord och ämnesord i sökningarna användes AND. De avgränsningar som gjordes i

sökningarna var att artiklarna skulle vara peer reviewed, engelskspråkiga och publicerade mellan år 2006 och 2016.

Cinahl innehåller i huvudsak omvårdnadsstudier (EBSCO, 2016) och efter systematiska sökningar framkom nio artiklar (Bilaga I). Databasen PubMed har en mer medicinsk inriktning men innehåller även studier i omvårdnad (NCBI, 2016). Efter systematiska sökningar i PubMed framkom en artikel. ProQuest användes också men där hittades inga nya artiklar som passade in på syftet. Till vår studie valdes också fem artiklar ut genom osystematiska sökningar. De valda artiklarna stämmer in på tidigare nämnda avgränsningar. Tre av dem framkom ur andra uppsatser om liknande ämnen och två efter osystematiska sökningar i Google Scholar.

Urval

Artiklar valdes som handlade om flyktingar i Västvärlden, inklusive Europa, USA, Kanada och Australien, och deras möten med hälso- och sjukvården (se Översikt av analyserad litteratur, bilaga III). Inklusionskriterier var kvalitativa, vetenskapliga artiklar ur vuxna flyktingar i Västvärldens perspektiv. De skulle vara peer reviewed, skrivna på engelska och publicerade mellan år 2006 och 2016. Exklusionskriterier var barn, andras perspektiv än flyktingars och annan kontext än Västvärlden. Ett par av de artiklar som användes hade inte bara flyktingars perspektiv utan även vårdpersonals och tolkars. Vi valde att låta dessa studier ingå, men var noga med att exkludera de delar som inte representerade flyktingarna själva. En av artiklarna hade både en kvantitativ och en kvalitativ del. Endast den kvalitativa delen av resultatet användes då endast den stämde överens med vårt syfte.

Kvalitetsgranskning av valda artiklar utfördes efter mall som framtagits i Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011), se mall i bilaga II. Artiklarnas kvalitet bedömdes som hög (grad I), medel (grad II) eller låg (grad III). Av de studier som valdes var 9 stycken grad I, 4 stycken grad II och 2 stycken grad III.

Analys

Analysen av de valda artiklarnas resultat utformades i enlighet med kvalitativ innehållsanalys i fem steg efter Graneheim och Lundman (2012). Först läste vi artiklarna var för sig. Därefter diskuterades studiernas resultat i syfte att urskilja likheter och skillnader. Meningsbärande enheter som var förenliga med uppsatsens syfte identifierades och plockades ut. De meningsbärande enheterna färgades med en färg för varje studie. Därefter kondenserades de meningsbärande enheterna till kortare, kärnfulla texter. I nästa steg gav vi enheterna koder för att mycket kortfattat identifiera den underliggande betydelsen av varje meningsbärande enhet. I nästa steg skulle underteman eller underkategorier identifieras. Detta gjorde vi genom att diskutera oss fram till vilka kondenserade enheter som hörde samman i teman. Slutligen skapade vi två huvudteman under vilka de framtagna underteman kunde sorteras in, vilket resulterade i tre underteman per huvudtema.

Resultat

I analysen av hur flyktingar i de valda artiklarna upplever mötet med hälso- och sjukvård framträder två huvudteman med vardera tre underteman, se tabell 1.

Tabell 1. Översikt över teman och underteman

Viljan att känna sig sedd och respekterad	Att bli bemött på ett inkluderande eller diskriminerande sätt
	Att bli tagen på allvar
	Att inte vilja blotta sig

Att överbrygga språkliga och kulturella hinder	Vi vill bara förstå och bli förstådda
	Tolkar som hjälper eller stjälper
	Vårdpersonalens brister i transkulturell kunskap

Viljan att och respekterad

Att bli bemött på ett inkluderande eller diskriminerande sätt

Sjuksköterskorna skulle vara tillmötesgående och le. Snälla ord var viktiga och kunde få patienterna att må bättre direkt (Bhatia & Wallace, 2007; Carroll et al., 2007; Feldmann, Bensing, De Ruijter & Boeije, 2007; Sevinc, Kılıc, Ajghif, Öztürk & Karadag, 2016). Viktiga faktorer för att känna sig sedd var att personalen hade ett positivt kroppsspråk och att de försökte förstå patientens psykosociala kontext. Det uppskattades även att personalen tog sig tid att prata och att de visade tålmod (Carroll et al., 2007; Sevinc et al., 2016), särskilt när missförstånd uppstod (Sevinc et al., 2016).

Negativt bemötande beskrevs som att personalen uppträdde oartigt, otåligt, ovänligt och gav kommentarer om patienternas dåliga språkkunskaper (Feldmann et al., 2007). Även när de inte sa något avslöjade deras ansiktsuttryck dem (Sevinc et al., 2016). Flyktingarna kände att personalen var osäker och rädd, varför mängden dialog och information minimerades. Detta oavsett om en tolk deltog eller inte (Jonzon et al., 2015). De fick vänta länge på hjälp men tyckte sedan ändå att besöken stressades igenom och att vårdpersonalen verkade otålig och frustrerad på grund av kommunikationssvårigheter (Carroll et al., 2007).

Det rådde en atmosfär inom hälso- och sjukvården som fick flyktingarna att känna sig oönskade och som en börda (Bhatia & Wallace, 2007). Fientliga attityder i mottagarlandet uppgavs vara den bakomliggande orsaken. Flyktingarna ville att befolkningen skulle förstå varför de hade flytt och att de inte var där för att utnyttja den fria vården och slösa med skattemedel (Bhatia & Wallace, 2007). Flyktingarna kände sig diskriminerade för att de såg annorlunda ut och inte kunde språket så bra. De upplevde sig även stigmatiserade på grund av att de var muslimer. De muslimska kvinnorna kände sig diskriminerade till följd av att de inte klädde sig som andra. Det förekom också att de blev kallade öknamn och sågs som illegala flyktingar istället för som människor (Omeri, Lennings & Raymond, 2006).

Många flyktingar kände sig diskriminerade då de upplevde att de fick mindre hjälp av personalen med att boka tider och att de tilltalades på ett nedvärderande sätt (O'Donnell, Higgins, Chauhan & Mullen, 2007). Att inte bli fysiskt undersökt och att bara få olika sorters läkemedel utan någon grundlig undersökning bidrog också till en känsla av diskriminering. Detta i sin tur resulterade i minskad tilltro till vården överlag (O'Donnell, Higgins, Chauhan & Mullen, 2008).

Andra flyktingar gav uttryck för att de i allmänhet var nöjda med vården och inte kände sig diskriminerade (Feldmann, Bensing & De Ruijter, 2006; Sevinc et al., 2016). Trots språkförbistringar kände de att sjuksköterskan hade medlidande och gärna tog sig tid att prata en stund (Sevinc et al., 2016). Flyktingar med vård i det egna hemmet var nöjda med vården och det sociala utbytet (O'Donnell et al., 2007).

Att bli tagen på allvar

Flyktingarna hade problem med läkare som de kände inte tog dem på allvar. De var rädda att deras symtom skulle missbedömas och att de i själva verket skulle vara drabbade av allvarlig sjukdom (Feldmann et al., 2006). Att bli lyssnade på och tagna på allvar var grundläggande för ett bra besök och skapade förtroende för vårdpersonalen (Bhatia & Wallace, 2007; Feldmann et al., 2007). Flyktingarna kände sig friskare efter ett besök om de bemötts med respekt, i annat fall kunde de gå hem och känna sig ännu sjukare (O'Donnell et al., 2008).

Flyktingarna angav att det var viktigt att bli undersökt fysiskt då det var bevis på att läkaren brydde sig om dem (Carroll et al., 2007). De föredrog läkare som gav egenvårdstips istället för att snabbt förskriva medicin då de upplevde att de senare tog den enkla vägen istället för att lyssna och gå till botten med deras problem (Bhatia & Wallace, 2007; Feldmann et al., 2007). Andra flyktingar angav tvärtom att det var en del i ett komplett läkarbesök att få medicin som skulle avhjälpa problemen (Carroll et al., 2007). Dessa personer önskade en snabb, korrekt diagnos och upplevde att vården i det nya landet lät sjukdomen gå för långt innan hjälp erbjöds (Feldmann et al., 2007; Pavlish et al., 2010). Det tog ofta lång tid att få träffa en specialist, något man inte var van vid från sitt hemland (Feldmann et al., 2007). Det förekom också att undersökningar gjordes utan att flyktingarna fick veta varför, vilket ytterligare ökade deras lidande (Pavlish et al. 2010).

Flyktingarna hade svårt att känna förtroende för allmänläkare och uppfattade dem inte som specialister med tillräcklig kunskap. Anledning till bristande förtroende var att flyktingarna inte litade på att läkaren hade kännedom om olika sjukdomstillstånd. Att läkarna använde datorer under besöken påverkade också förtroendet. Flyktingarna ansåg att datorn var mer i fokus än patienten. Detta ledde till att många förbigick primärvården och sökte sig till akuten direkt. Att träffa samma allmänläkare varje gång och att känna sig respekterad var två faktorer som gjorde att patienterna kände förtroende för sin läkare (O'Donnell et al., 2008). Att inte få behålla samma läkare från gång till gång och att uppleva att besöken ofta var korta och genomhastade gjorde att flyktingarna inte kände att de fick den vård de önskade (Bhatia & Wallace, 2007; Fang, Sixsmith, Lawthorn, Mountian & Shahrin, 2015). Detta gällde särskilt vid intima problem och när kulturkrockar uppstod (Fang et al., 2015). Att känna igen sin läkare gav större tillit och några uppgav att de bytte vårdcentral bara för att de inte fick behålla en och samma läkare (Carroll et al., 2007).

Det upplevdes som viktigt att läkaren såg till hela flyktingarnas situation som asylsökande och inte bara till det medicinska (O'Donnell et al., 2008). Läkaren borde känna till allt som kunde påverka personens upplevda hälsa (Feldmann et al., 2006). Flyktingarna kände i många fall att läkarna såg deras somatiska problem som psykiskt orsakade bara för att de var flyktingar och tillhörde en riskgrupp för psykisk ohälsa. I många av fallen ansåg de därför att de fick en felaktig behandling (Feldmann et al., 2007). Flyktingarna ville ha ett individuellt bemötande och tyckte att läkarna inriktade sig för mycket på deras historia, inte på vad som var fel hos just denna patient. De ville blicka framåt medan läkarna ville prata om det förflutna (Feldmann et al., 2006). Flyktingarna ansåg att språkbarriärer, dålig kontinuitet och stigmatisering kring att vara flykting var anledningar till att läkarna inte tog dem på allvar (Bhatia & Wallace, 2007).

Att inte vilja blotta sig

Flyktingarna ansåg att det var acceptabelt att visa sin kropp för vårdpersonalen, oavsett dennas kön, om det var tydligt motiverat. I annat fall ansågs det kränkande. Andra upplevde det tvärtemot förolämpande när vårdpersonal rörde vid dem om detta inte var väl förankrat. Detta även om vårdpersonalen var av samma kön. Allra känsligast var detta vid intima besvär. Ett exempel var en man som sökte för ont i magen och ombads dra ned byxorna varpå läkaren undersökte anus och penis. Detta upplevdes som djupt förolämpande eftersom mannen inte förstod sambandet mellan sina besvär och undersökningen. Flyktingarna uppgav att manliga gynekologer aldrig skulle accepteras, möjligtvis i undantagsfall vid förlossning om inga alternativ fanns. Under alla omständigheter skulle detta dock upplevas som mycket kränkande (Eklöf et al., 2016).

Respekt och känslighet för kvinnlig omskärelse ansågs vara av största vikt för en positiv vårdupplevelse. Flera kvinnor ville att vissa hälsoproblem till och med bara skulle kännas till av patienten själv och hennes läkare. Det fanns även en önskan att begränsa inblandning av och tillträde till journaler vad gäller detta. Flyktingarna angav att det var särskilt viktigt att vara väl förberedda inför gynekologiska undersökningar (Carroll et al., 2007).

Kön var viktigt i fråga om vårdpersonal. Flyktingarna hade erfarenheter av fysisk kontakt i vårdsituationer och tyckte det var förvirrande eller generande, särskilt om personalen var av det motsatta könet (Eklöf et al., 2016).

Läkarens kön var viktigt för somaliska, kvinnliga flyktingar. De tyckte att de kunde kommunicera bättre med kvinnliga läkare. För många var beslutet att söka vård avhängigt av om det fanns någon kvinnlig läkare, särskilt vid intima besvär. I många fall valde kvinnorna att utebli från ett besök framför att undersökas av en man (Carroll et al., 2007; Gurnah, Khoshnood, Bradley & Yuan, 2011). Kvinnorna hänvisade till sin kultur och islamiska religion som bakgrund till att de var obekväma med manlig vårdpersonal. De fick inte visa sig för främlingar eller diskutera sin hälsa med män (Carroll et al., 2007; Gurnah et al., 2011; Omeri et al., 2006). Eftersom läkare dock sågs som utövare av ett ämbete kunde det kännas mer berättigat att visa sig för dem (Carroll et al., 2007; Gurnah et al., 2011). I en studie framkom att flyktingar kunde känna sig tvungna att delge vårdpersonal privat information av rädsla för negativ inverkan på deras asylansökan (Eklöf et al., 2016).

Att tolken var av motsatt kön kunde också vara ett problem. Detta kunde även gälla vid telefontolkning. Framför allt berodde detta på att tolken inte ansågs vara vårdpersonal. Det skulle kännas fruktansvärt att som kvinna bli ombedd att ta av sig kläderna om tolken var en man. Till och med om tolken var av samma kön kunde det upplevas som problematiskt. Även tolkens kulturella bakgrund var viktig, och det var ibland lättare att visa sig för en tolk från ett annat land och kultur men som talade samma språk (Eklöf et al., 2016). Andra flyktingkvinnor verkade emellertid inte ha problem med professionella tolkar av det andra könet, vare sig i akuta situationer eller icke (Bhatia & Wallace, 2007).

Att överbrygga språkliga och kulturella hinder

Vi vill bara förstå och bli förstådda

Flyktingarna upplevde att det fanns barriärer till vården, det framkommer att språk och kommunikationssvårigheter var det primära hindret (Bhatia & Wallace, 2007; Fang et al., 2015; O'Donnell et al., 2007; Sevinc et al., 2016). Att inte kunna språket i sitt nya hemland gjorde att vissa var rädda för att möta vården och ta upp sina problem (Fang et al., 2015). Detta gällde i synnerhet vid psykisk ohälsa. Språkbarriärer kunde i dessa fall öka oro och ångest (Ochieng,

2012). Flyktingkvinnorna uttryckte osäkerhet kring förmågan att avgöra om läkaren verkligen förstod vad de sökte för, men vågade inte ta upp missförstånd till diskussion. Denna rädsla för att föra sin egen talan bidrog till att kvinnor godtog läkarens rekommendationer även om de kände sig felbedömda. Flyktingarna upplevde biverkningar av läkemedlen vilket medförde att inte alltid slutförde sina behandlingar. Det uppgavs också att språkbarriärer ibland gjorde att man helt avstod från att söka vård (Gurnah et al., 2011). En annan konsekvens av dålig kommunikation var att viktig information om hälsofrämjande aktiviteter gick förlorad (Ochieng, 2012). Det uppgavs också att kvinnorna i brist på effektiv vård från hälso- och sjukvården tog till självmedicinering genom naturmedicin, bön och informationsutbyte med andra. De pratade med varandra och hjälpte varandra (Gurnah et al., 2011).

I första hand ville flyktingarna att sjuksköterskorna skulle tala deras språk. I andra hand borde de ha mer tålamod och ta sig mer tid för att förstå. Det upplevdes som frustrerande när sjuksköterskorna inte visade om de förstod patienten eller inte. Detta gällde särskilt när blodtryck eller prover togs, och inga resultat meddelades (Sevinc et al., 2016). Andra flyktingar upplevde att personalen pratade rakt igenom dem när de inte förstod. Ibland började de tala långsammare, vilket aldrig hjälpte (Ochieng, 2012). Medicinsk terminologi upplevdes som en särskilt stor svårighet och det ansåg flyktingarna att vårdpersonalen borde vara medveten om (Carlsson, Melander Marttala, Mattsson & Ringner 2016).

Att använda tecken kunde vara ett bra hjälpmedel vid språkbarriärer (Sevinc et al., 2016). Ett annat hjälpmedel angavs vara visuell information. Det uppskattades att läkaren försökte underlätta förståelse genom att till exempel rita upp organ och peka, eller hänvisa till information på Internet med filmer (Carlsson et al., 2016). Tvåspråkiga lexikon kunde användas som kommunikationshjälpmedel, både inför och under ett läkarbesök (Bhatia & Wallace, 2007).

Tillgång till adekvat hälso- och sjukvårdsinformation var ett problem (O'Donnell et al., 2007). Tillförlitlig medicinsk information ansågs vara bästa källan till kunskap och värderades högt, särskilt för de flyktingar som drabbats av sjukdom. De upplevde dock att skriftligt informationsmaterial och webbsidor ofta inte fanns översatt, eller att det bara fanns översatt till vissa språk (Carlsson et al., 2016; Ochieng, 2012; O'Donnell et al., 2007). Några talade även om att skyltar inom hälso- och sjukvården borde vara översatta (Sevinc et al., 2016). Flyktingarna skulle på så vis alltid kunna förstå viktig information. I vissa fall hade även bokade besök missats eftersom kallelserna bara var på engelska (Ochieng, 2012).

Tolkar som hjälper eller stjälp

Vårdpersonal och patienter förstod inte varandra och var beroende av tolkar för att kommunicera (Sevinc et al., 2016). Tillgång till tolkar hade enligt flyktingarna enskilt högst prioritet när det gällde att förbättra vården (Carroll et al., 2007). De flesta flyktingar uppgav att de hade möjlighet att begära professionell tolk när de ville, medan andra sa att de blivit nekade detta. Ibland hade tider fått bokas om när tolken inte kunnat komma och i akuta fall var det ofta inte möjligt att boka tolk (Bhatia & Wallace, 2007). Många flyktingar uppgav att tillhandahållandet av tolkar fungerade väl inom både primär- och specialistvården. Däremot kunde det vara svårare om man var ineliggande (O'Donnell et al., 2007). Andra flyktingar angav tvärtom att tolkar i stor utsträckning inte var tillgängliga på varken vårdcentraler och sjukhus, trots att de alltid ansågs behövas (Fang et al., 2015). Flyktingarna upplevde att de inte fick vård på samma villkor som andra när problem uppstod med att få tag i tolkar som talade deras språk. De upplevde då ett utanförskap, att de blev utelämnade (Omeri et al., 2006). Det var förknippat med rädsla att komma till ett läkarbesök där ingen eller fel tolk beställts (Jonzon et al., 2015). För flera flyktinggrupper var det vanligt att få en tolk som inte talade samma språk eller dialekt som de själva (O'Donnell et al., 2007). Särskilt somalier med bantu ursprung upplevde detta som ett

problem. Tolktjänsterna tillhandahöll tolk på somaliska, vilket de med bantuspråk som modersmål inte alltid förstod. Att uppleva språkförbistringar med sin tolk upplevdes som ett större problem än att tolken var av ett annat kön (Gurnah et al., 2011). Generellt sett ansåg flyktingarna att antalet tolkar behövde öka (Sevinc et al., 2016). Några föreslog att hälso- och sjukvården borde samarbeta med lokala invandrargrupper för att utveckla bästa möjliga tolkningstjänst (Ochieng, 2012).

Problem med kommunikationen uppstod även om det fanns en tolk (Gurnah et al., 2011). Ett problem med tolkar uppgavs vara att de inte alltid återberättade korrekt det flyktingarna sa till läkarna. Det ansågs att tolkar inte alltid hade tillräckliga medicinskunskaper (Fang et al., 2015; O'Donnell et al., 2007; Sevinc et al., 2016). Feltolkad medicinsk information ansågs frustrerande och kunde få förödande konsekvenser (Fang et al., 2015). Att känna förtroende för tolken ökade också chansen att flyktingarna skulle kunna tala öppenlydande (Carroll et al., 2007). Flyktingarna uppgav också att de inte kunde vara säkra på att tolkarna arbetade konfidentiellt, vilket påverkade bekvämlighet och förtroende, och i förlängningen även kommunikationen (Jonzon et al., 2015; O'Donnell et al., 2007). Konfidentialitet var en viktig fråga och förknippades med värdighet. Tolkarna kom ofta från samma grupp och kultur som personen de tolkade åt. De tolkade dessutom åt många ur samma grupp. Oron över att privat information skulle föras vidare var stor och det var vanligt med skamkänslor i detta sammanhang (Eklöf et al., 2016; Fang et al., 2015). Problemet uppgavs till viss del kunna avhjälpas genom att använda tolkar som inte kom från samma land och etniska grupp som flyktingarna, men ändå talade samma språk. Det kunde också hjälpa att använda tolk över telefon eftersom distansen till denna då uppfattades som större (Eklöf et al., 2016).

På grund av att en del flyktingar inte kände att de kunde lita på professionella tolkar föredrog de familj och vänner som tolkar. Även brist på tolkar uppgavs som orsak till att man anlätade närstående. Några tyckte det var olämpligt att använda barn som tolkar medan andra inte besvärades av detta. Detta gällde även vid intima besvär (Bhatia & Wallace, 2007). Det var viktigt att de närstående som hjälpte till att tolka hade medicinsk kunskap (Fang et al., 2015). I vissa fall rapporterades om ödesdigra misstolkningar, till exempel att en persons negativa resultat på ett HIV-test tolkats som att han hade HIV (Jonzon et al., 2015). Det var också viktigt att familj och vänner kunde föra den vårdsökandes talan och hjälpa till att ställa frågor (Gurnah et al., 2011; Omeri et al., 2006). I några fall medförde den begränsade språkhjälpen från hälso- och sjukvårdsinstanser att kvinnorna vände sig till en kvinna i deras egen grupp, som blev en inofficiell tolk och medlare (Gurnah et al., 2011).

Trots problem med tolkar föredrog många ändå professionella tolkar framför familjemedlemmar (O'Donnell et al., 2007). Kontinuitet vad gäller vilken tolk man tilldelades upplevdes också som positivt (Bhatia & Wallace, 2007).

Somaliska kvinnor var frustrerade över att hälso- och sjukvårdssystemet krävde att de använde tolk, trots att de talade engelska. Detta förlängde väntetiderna och gjorde att de kände sig nedvärderade (Pavlish et al., 2010).

Vårdpersonalens brister i transkulturell kunskap

Några flyktinggrupper tyckte att läkare borde läsa kroppsspråk och förstå diagnosens kulturella betydelse och associationer. Det fanns behov av kulturell och språklig mångfald inom hälso- och sjukvården för att säkra interkulturell vård. Somaliska flyktingar angav till exempel att de inte kunde relatera till konceptet depression. I deras kultur betydde detta att man blivit fullständigt galen. Det ansågs att kulturspecifik kunskap om koncept inom mental ohälsa skulle kunna underlätta diagnosställande och behandling (Fang et al., 2015). Ett annat exempel var att

huvudvärk på engelska inte betydde samma sak som på somaliska. Ytterligare ett exempel var att det inte fanns något ord för inflammation utan detta uttrycktes som infektion. Infektion kunde även betyda cancer. På så sätt kunde inflammation få betydelsen att vara drabbad av cancer. Det fanns en brist på ord för att uttrycka vad man upplevde (Pavlish et al., 2010). Samtidigt kunde kulturella skillnader stå i vägen för förståelsen, även om vårdpersonal och flyktingar hade ett gemensamt språk (Gurnah et al., 2011; Ochieng, 2012).

Allmänläkare måste förstå att flyktingarna kom från olika länder och olika klimat, och måste därför kunna tropiska sjukdomar. Det rådde viss osäkerhet kring om läkarna kanske förbisåg allvarliga problem och bara gav flyktingarna lugnande medicin för att komma undan. Flyktingarna tyckte också att läkarna ställde mycket frågor. De undrade varför de skulle bli tillfrågade om vad de trodde var problemet, när det var läkaren som var specialisten och borde kunna ställa diagnos (Pavlish et al., 2010; O'Donnell et al., 2008).

Några flyktingar föreslog att det skulle finnas en medlare från deras lokala grupp som kunde jobba tillsammans med personal från hälso- och sjukvården och ge gruppens medlemmar råd. Detta skulle främja ett inkluderande, hälsofrämjande arbete i regionen (Ochieng, 2012).

Diskussion

Metoddiskussion

Denna uppsats är en litteraturbaserad studie. Den metod som valdes var kvalitativ innehållsanalys eftersom syftet var att belysa människors upplevelser. Under analysen tillämpades en induktiv ansats vilket enligt Danielsson (2012) är lämpligt när man utgår från innehållet i texter för att samla data till en uppsats. Den analysmetod som valdes var femstegsmodellen enligt Graneheim och Lundman (2012). Modellen är vanlig i kvalitativa studier och handlar om att identifiera och sedan kondensera meningsbärande enheter i det insamlade materialet (Danielsson, 2012). Anledningen till att vi valde kvalitativ innehållsanalys var att den upplevdes som lätt att förstå och följa.

De databaser som användes var i första hand CINAHL där vi efter systematiska sökningar fick fram tio artiklar. För att få ett bredare urval gjorde vi även systematiska sökningar i PubMed och fick fram ytterligare en artikel. Sökningar gjordes även i ProQuest men inga nya artiklar som svarade mot studiens syfte hittades. Ämnesordet refugees användes i så gott som alla sökningar, eftersom det var denna grupps upplevelser och perspektiv som skulle belysas. I övrigt använde vi ord som kunde passa in på flyktingarnas situation, till exempel attitude som syftar på upplevelser eller inställning till något. De ord som användes kontrollerades även genom att eftersöka synonyma ord, vilket enligt Östlundh (2012) görs för att inga betydelsefulla studier ska missas. Fem artiklar framkom på osystematisk väg, tre stycken genom c-uppsatser publicerade i DiVA och två genom osystematiska sökningar på Google Scholar. Till uppsatsen sökte vi först fram tio artiklar systematiskt. För att försäkra oss om ett heltäckande resultat fortsatte vi med osystematiska sökningar och fick fram ytterligare fem studier. De tio förstnämnda visade sig dock användbara i förhållande till vårt syfte, varför vi valde att låta samtliga 15 studier ingå i arbetet. De avgränsningar som gjordes var att artiklarna inte skulle vara mer än tio år gamla. Enligt Östlundh (2012) är vetenskapligt material en färskvara. Engelska som språk var en annan avgränsning som gjordes då inte båda författarna hade tillräckliga kunskaper i några andra främmande språk. Vi angav också att artiklarna skulle vara peer reviewed, vilket innebär att oberoende granskare med expertis inom forskningsområdet gått igenom studierna (Östlundh 2012). Ett av inklusionskriterierna var att artiklarna skulle vara kvalitativa. Detta frångicks i ett

fall då en studie som var både kvalitativ och kvantitativ användes. I den artikeln uteslöts dock de kvantitativa delarna. I ett par av studierna deltog även vårdpersonal och tolkar som arbetar i nära samarbete med flyktingar. Vi valde att ta med dessa studier i vårt arbete men uteslöt de data som inte kom från flyktingarna själva, eftersom andra perspektiv inte stämde in på vårt syfte.

Den population som valdes var flyktingar. Vilka som innefattades i detta begrepp tas upp i bakgrunden. Vi valde att belysa denna grupp människor eftersom situationen i världen för närvarande driver många människor på flykt. Flyktingar har gjort erfarenheter som är svåra för Västvärlden att förstå och kan därför ha komplexa problem som de behöver hjälp med inom vården (Röda korsets högskola, 2016). Vi valde att inte exkludera flyktingar ur några särskilda grupper, av något kön eller i någon viss ålder, förutom barn, då vi sökte en variation av berättelser och upplevelser. Detta beskriver Henricson och Billhult (2012) att man kan göra för att få en bred datainsamling. En annan anledning till att inte exkludera någon flyktinggrupp var den begränsade mängd forskning som finns på området där flyktingarnas perspektiv står i fokus.

Vi valde också en bred kontext genom att ange hela Västvärlden och hela hälso- och sjukvården som inklusionskriterier. Artiklarna härrörde från Storbritannien, USA, Sverige, Nederländerna, Finland, Turkiet och Australien. Vi ville undersöka upplevelser av den mellanmänniskliga interaktionen och gjorde bedömningen att det då inte spelade någon roll hur hälso- och sjukvårdssystemet i de olika länderna var uppbyggt. En konkret skillnad som framkom mellan de olika länder som studierna gjorts i var hur tillgången till olika former av tolkning fungerade och hur detta påverkade upplevelserna av mötet positivt eller negativt. Detta är möjligen en svaghet i studien. En annan svaghet kan bedömas vara att hela hälso- och sjukvården inbegrips. Vi valde ett så brett sammanhang på grund av den begränsade mängd forskning som finns på flyktingarnas perspektiv. Det visade sig dock under arbetets gång att flyktingar hade liknande upplevelser av bemötande oavsett vårdgivare, varför vi känner oss trygga med denna breda kontext.

Vi beslutade att belysa flyktingars upplevelser av mötet med vården oavsett personalkategori. Att begränsa oss till mötet med kategorin sjuksköterskor skulle inte ha varit möjligt eftersom området inte är så utförligt beskrivet ur detta perspektiv. Vi anser emellertid även här att bemötandet inte får någon annan betydelse beroende på vilken roll vårdpersonalen har. I resultatet framkom i första hand information om läkares bemötande då dessa är centrala inom vården. Detta resultat bedömer vi som överförbart på alla personalkategorier, inklusive sjuksköterskor, även om vi också är medvetna om att mer data rörande endast sjuksköterskor skulle vara intressant i sammanhanget och möjligen kunna bredda vårt resultat.

I kvalitetsgranskningen (Willman et al., 2011) bedömdes nio artiklar som grad I (hög nivå), fyra som grad II (medelnivå) och två som grad III (låg nivå). Den ena artikeln med låg kvalitet hade brister i datamättnad, analysmättnad, generering av teori och strategiskt urval. Den andra fick låga poäng på grund av brister i strategiskt urval, etiskt resonemang, resultatets och syftets tydlighet. Trots dessa brister valde vi att låta artiklarna ingå i uppsatsen eftersom resultaten var relevanta för syftet och kompletterade bilden av de problem som de övriga artiklarna belyste.

Etiska aspekter bör genomsyra varje del i forskningsprocessen. Den etiska utmaningen i studier om människor består i att undvika att de blir utnyttjade, sårade eller på annat sätt skadade (Kjellström, 2012). Helsingforsdeklarationen (2013) är de riktlinjer som har starkast inverkan på dagens forskning. I den fastställs att all forskning bör granskas av oberoende personer i etiskt syfte. Allt deltagande ska bygga på att de medverkande givit sitt informerade samtycke och att de känner till att deras medverkan är frivillig och att information om deras person hanteras konfidentiellt. Alla artiklar i detta examensarbete utom en redovisar ett etiskt resonemang. Vi

valde ändå att inkludera denna artikel eftersom den hade en tydlig design och deltagarna hade fått information om sin medverkan.

När man söker ny kunskap genom forskning finns det alltid alternativa tolkningar (Graneheim & Lundman, 2012). Forskaren behöver därför resonera kring trovärdigheten i sina resultat. Trovärdighet handlar enligt Graneheim och Lundman (2012) om resultatets överförbarhet, tillförlitlighet, giltighet och delaktighet. Att ett resultat är överförbart innebär att det är tillämpligt i andra sammanhang och på andra grupper. En noggrann beskrivning av metoden bakom forskningen och kontexten underlättar denna bedömning (Graneheim & Lundman, 2012). Författarna till detta arbete hade som målsättning att tydligt beskriva datainsamling, urval, kontext och analys. Vårt urval var brett och spände över hela Västvärlden. Vi valde också att inte göra några begränsningar vad gäller olika flyktinggrupper eller vårdkontext. För att visa på överförbarhet är det enligt Polit och Beck (2016[2017]) viktigt att forskaren beskriver studiens kontext på ett grundligt sätt. Kontexten i denna uppsats är, som nämnts tidigare, bred. Hur överförbart resultatet är kan då kopplas till om det trots detta råder datamättnad. Datamättnad är en princip inom kvalitativ forskning som innebär att datainsamling ska pågå till det att man har svårt att få fram ny information (Polit & Beck 2016[2017]). Flyktingars möte med vården i deras nya hemländer är väl forskat på ur vårdpersonalens synvinkel, men forskning som belyser flyktingars egna upplevelser är inte lika lätt att hitta. I den mån det gick anser vi att datamättnad uppnåddes. Våra 15 artiklar har många delar som kommer igen i varandra. Ytterligare artiklar skulle förmodligen inte ha gett ett bredare resultat. Ett viktigt påpekande att göra är slutligen att studien innehåller få svenska studier och att överförbarheten på svenska förhållanden och flyktinggrupper kan ifrågasättas, trots det som nämnts ovan om att behoven i det mellanmänniska mötet är universella.

Hur tillförlitligt resultatet är handlar, enligt Graneheim och Lundman (2012), vidare om att forskaren ska verifiera sina ställningstaganden under processen. I detta arbete läste författarna de valda artiklarna var för sig, och arbetade sedan tillsammans med att identifiera meningsbärande enheter genom diskussion om vad som var relevant i förhållande till studiens syfte. Detta anser författarna vara en styrka i studien. Giltighet handlar om hur sant resultatet är, det vill säga om det som är typiskt och representativt för resultatet verkligen lyfts fram (Graneheim & Lundman, 2012). Detta kan till exempel säkerställas genom att utomstående granskar resultatet. Så har inte skett i denna studie, vilket möjligen kan ses som en svaghet. Däremot har vi haft en löpande dialog om vad i artiklarnas resultat som motsvarar syftes, och varit måna om att inte utesluta relevanta delar. Delaktighet (Graneheim & Lundman, 2012) handlar slutligen om hur forskarens förförståelse påverkat resultatet. Med detta menas vilka kunskaper, erfarenheter men också förutfattade meningar som inverkar. Förförståelse kan både vara en tillgång och ett problem. Dess inverkan är i det närmaste oundviklig inom kvalitativ forskning. Eftersom detta arbete utgår ifrån andra studiers resultat kan dessa problem möjligtvis vara av lindrigare art. Författarna inser dock att det är en omöjlighet att förhålla sig helt neutral till en text.

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie är att belysa flyktingars upplevelser av mötet med hälso- och sjukvården. Resultatet visar att centrala delar för en positiv vårdupplevelse består i att känna sig sedd, få ett vänligt bemötande och att språkhindren i möjligaste mån är avhjälpta. Tidigare forskning visar att sjuksköterskan gärna fokuserar på transkulturell kunskap i fråga om mötet med flyktingar. I resultatet framkommer dock att det framför allt är det mellanmänniska mötet som bör stå i fokus och att människor önskar bli bemötta på ett personligt sätt. I tillägg till detta utgör språkförbistringar och behovet av tolk en stor del.

Att bli bemött på ett inkluderande eller diskriminerande sätt

Resultatet visar att det är vanligt att flyktingar känner sig illa bemötta och diskriminerade. Det handlar om att vårdpersonal är ovänlig, oartig, irriterad, hastar igenom besök eller uttrycker sig nedlåtande. En så enkel sak som att vara snäll och le kan göra upplevelsen av ett möte positiv. George et al. (2015) visar i sin studie att det är förenat med stora psykiska påfrestningar att skapa sig en tillvaro i ett nytt land. Separation från ursprung och familj, ekonomiska problem och kommunikationssvårigheter uppges vara några av svårigheterna. Påfrestningarna är så stora att invandrade människor över tid får sämre hälsa än normalbefolkningen, trots att den vid ankomst till det nya landet överlag är bättre.

Antonovsky (2005) ställer sig den metaforiska frågan vad det är som gör att människan klarar av att simma när hen hamnar i en flod vars beskaffenhet avgörs av historiska, kulturella och fysiska omvärldsbetingelser. Svaret är KASAM. Med det menas hur vi, trots alla svårigheter, upplever vår omvärld som meningsfull, begriplig och hanterbar. Att bli vänligt bemött och respekterad bidrar till att skapa sammanhang och mening åt den vårdsökande. Som blivande sjuksköterskor är vi skyldiga att ge vård med respekt för den enskilda människans värdighet (Hälso- och sjukvårdslagen, SFS 1982:763). Ett avståndstagande och nedvärderande förhållningssätt från vårdpersonalens sida kan enligt Myhrvold (2006) ha med personalens egna rädslor att göra. Att möta människor som är annorlunda och i svåra situationer kan väcka våra egna existentiella frågor och påminna oss om hur skört livet är. Det kan också göra att vi känner oss förpliktigade att hjälpa bortom vårt ansvar som vårdpersonal, vilket är mer än vi är villiga till. Resultatet visar att vårdpersonalen behöver vara de som ansvarar för att göra sammanhanget begripligt och hanterbart, någon som visar vägen i allt det nya. När det inte finns något gemensamt språk kommer man långt med ett leende och lite tålmod. Detta stämmer väl med våra egna erfarenheter om att ge patienter vi inte har något gemensamt språk med extra omsorg i form av vänliga gester och tid.

Att bli tagen på allvar

Exakt vad som upplevs som att bli tagen på allvar är individuellt. Flyktingarna uppger att en fysisk undersökning eller ett läkemedelsrecept i handen är en förutsättning för att de ska känna sig väl omhändertagna. Andra säger att de blir kränkta av att läkare tar i dem. Iögonfallande i resultatet är också att flyktingar ofta tycker att vårdpersonal felaktigt gärna kopplar somatisk ohälsa till psykosomatisk och påtalar deras strapatsrika bakgrund som egentlig orsak. Andra anser tvärtom att läkare borde ställa fler frågor om problemets kärna och visa att de bryr sig om hela människan med dess historia, inte bara nuvarande medicinska problem.

Känslighet för individens subjektiva situation är en avgörande faktor för att skapa tillit. Vårdpersonal behöver arbeta utifrån det faktum att en människa som söker vård befinner sig i underläge gentemot dem som ska försöka hjälpa (Cuadra, 2009). I själva verket råder det ett spänningsförhållande mellan närhet och distans inom patientvården (Nortvedt & Grimen, 2006). Med detta menas att det behöver finnas en förståelse för enskilda individers subjektiva situation, vilken man vinner genom empati och känslighet. Däremot får inte förståelsen för den medicinska och omvårdnadsvetenskapliga analysen och kunskapen gå förlorad i processen.

Inom begreppet personcentrerad vård är patientberättelsen central. Den utgör en förutsättning för att sjuksköterskan ska få tillgång till patientens subjektiva upplevelse av sin situation (Hörnsten, 2013). Vi menar att genom att tillämpa personcentrerad vård kan sjuksköterskor leva upp till intentionen i Patientlagen (SFS 2014:821). Denna förstärker patientens möjlighet att ta en aktiv del i och påverka sin vård. Enligt Larsson et al. (2011b) är det viktigt för en del människor att kunna delta i beslut om sin vård. För andra kan det tvärtom vara lika viktigt att slippa detta och

att få inta en passiv roll. Att som sjuksköterska kunna läsa av en situation och medverka till omsorg på patientens villkor är därför avgörande för att patienten ska känna sig tagen på allvar.

Att inte vilja blotta sig

Resultatet visar att det är vanligt att flyktingar inte vill blotta sig för vårdpersonal av det motsatta könet. Det kan handla om att ta av sig slöjan men också om mer intima situationer såsom gynekologiska undersökningar. Att det bara är läkaren som är närvarande kan ibland rättfärdiga handlingen, men situationerna upplevs ofta som problematiska ändå. Även i de fall då tolken är av motsatt kön kan patienten uppleva obehag. Det handlar då inte bara om religiöst motiverade hinder för detta, utan också om rädsla för att tolken ska föra privat information vidare, något som uppfattas som mycket skamligt. Detta förefaller i vår studie vanligare bland somalier. Enligt resultatet händer det inte sällan att tolken och patienten umgås i samma kretsar. Problemet med vårdare och tolkar av motsatt kön är ibland så stort att patienten uteblir besök efter besök.

Att behöva blotta sig för vårdpersonal kan upplevas som kränkande. Detta kan skapa ett vårdlidande som handlar om att patienten inte känner sig respekterad utifrån sin kultur och religion. Kasén et al. (2008) menar att en organisation med en förstenad vårdkultur kan bidra till vårdlidande. Patientens värdighet kan kränkas om hen känner sig oskyddad och till exempel tvingas visa sig bristfälligt klädd eller om privata frågor diskuteras när obehöriga lyssnar. Att som vårdare ta ansvar för att se till att det skapas rum för patientens värld och behov är ett sätt att motverka detta. Ett sådant ansvarstagande kan kopplas till Patientlagen (SFS 2014:821) enligt vilken alla människors lika och enskilda värdighet ska respekteras.

Genom att tillämpa en personcentrerad vård kan vi som sjuksköterskor möta våra patienter på ett respektfullt sätt. Larsson et al. (2011b) menar att sjuksköterskor som möter sina patienter på ettoreflekterat sätt får dem att känna sig utelämnade och ensamma. Att se patienten som expert på sin egen situation och föra en kontinuerlig dialog skapar tvärtemot en känsla hos patienten av att vara en tillgång för sjuksköterskan. När det gäller den ibland starka motvilja mot att blotta sig, bokstavligt eller bildligt, anser vi att det blir viktigt att se till patientens kulturella och religiösa bakgrund. International Council of Nurses (2014) betonar att omvårdnad ska ges respektfullt, oberoende av bakgrund, ålder, hudfärg, religion, politisk åsikt eller ställning i samhället.

Att överbrygga språkliga och kulturella hinder

Vi vill bara förstå och bli förstådda

Resultatet visar att språkhinder har en stor inverkan på flyktingars upplevelser av mötet med vården. Flyktingarna upplever att de inte förstår vad personalen säger och att personalen inte förstår vad de säger. Pavlish et al. (2010) konstaterar att det är vanligt att personer som ser annorlunda ut eller klär sig annorlunda inte får information om läkemedel och egenvård lika utförligt som övriga patienter. Detta för att det antas att de ändå inte förstår fullt ut. Flyktingarna önskar att personalen tar sig tid att förstå, att de visar tålmod i ett samtal och är närvarande i mötet.

Ett bristfälligt bemötande leder till ett så kallat yttre vårdlidande. Detta kan innebära att sjuksköterskan väljer att undvika patienter som de ser som svåra (Kasén et al., 2008). Att inte bli förstådd är ett stort lidande för den här gruppen människor och kan få allvarliga konsekvenser (van Rosse, de Bruijne, Suurmond, Essink-Bot & Wagner, 2016).

Enligt Larsson et al. (2011b) händer det att sjuksköterskan inte ser människan bakom patienten eller ignorerar patientens åsikter och önskemål. För att som sjuksköterska undvika att orsaka flyktingarna ytterligare lidande än det eventuella livslidande de redan bär på, anser vi det vara viktigt att bemöta dem på ett medmänskligt och empatiskt sätt.

Tolkar som hjälper eller stjälper

Flyktingars reflektioner kring tolkar och tolkning är en stor del av resultatet. Möjligheterna till tolkning ser olika ut beroende på land och vårdinstans. Det framkommer i resultatet och i en studie av McCarthy et al. (2013) att det är lättare att få tillgång till professionell tolk när det går att boka tid i förväg, till skillnad från på en akutmottagning då man inte vet vem man kommer att möta och vilket behov som finns. Kontinuitet ses som en viktig del i mötet inom vården och även när det gäller tolkar. Det innebär en trygghet att möta samma personer från gång till gång. Enligt Larsson et al. (2011a) kan brist i kontinuitet utgöra ett hinder för patientens delaktighet. Det framkommer även att det råder stora brister på personal inom tolkyrket, vilket bidrar till svårigheter i kontinuitet. Problemet medför att flyktingarna blir mer återhållsamma och inte upplever sig kunna tala lika öppet om sina problem.

Flyktingarna har ofta könsliga preferenser vad gäller tolkarna och föredrar en tolk med samma kön. Detta gäller främst muslimer. Inom islam är det tillåtet för kvinnor att klä av sig inför vårdpersonal, men det är viktigt att detta inte sker i onödan (islam.se, 2016). Resultatet visar att det är acceptabelt att blotta sig för sjukvårdspersonalen om det i situationen är väl motiverat. Tolken ses dock inte som sjukvårdspersonal och de muslimska flyktingkvinnorna upplever det besvärande med en manlig tolk. Även de muslimska männen anser att det kan vara svårt med en kvinnlig tolk. Enligt deras tro ska män undvika att titta på kvinnor för att bevara sin själsliga renhet, vilket även gäller sjukvårdspersonal (islam.se, 2016). Den brist på tolkar som råder gör att det ibland är svårt att tillgodose patientens önskemål om tolkens kön. O'Donnell et al. (2007) visar att flyktingarna har dålig kunskap om vad som är tolkarnas uppgift. Flyktingarna önskar att tolken för deras talan. Eftersom detta inte är tolkarnas roll kan de ibland uppfattas som okunniga vilket gör att några ibland föredrar att be familj och vänner om hjälp att tolka. Att ta med anhöriga för att översätta och hjälpa till är vanligt. Detta är enligt Fatahi et al. (2010) ingen bra lösning eftersom släktingarna ofta är känslomässigt inblandade. Det framkommer också att släktingar sällan har den medicinska kompetens som krävs, vilket leder till missförstånd. Ett annat problem är att anhöriga agerar i sitt eget intresse, och väljer vad och hur de vill tolka.

Språkförbistringar kan utgöra en risk för patientsäkerheten (Patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659). Att inte veta tillräckligt om sin hälsosituation bidrar till svårigheter att vara delaktig och fatta beslut (Larsson et al., 2011b). Vår uppfattning är att sjuksköterskan bär ansvaret för att patienten får korrekt, tillräcklig och lämplig information på ett kulturellt anpassat sätt, som grund för samtycke till vård och behandling (International Council of Nurses, 2014). Därmed anser vi att det är sjuksköterskans ansvar att tillgodose mötets behov av tolk.

Vårdpersonalens brister i transkulturell kunskap

Resultatet visar slutligen att det finns brister i vårdpersonalens transkulturella kunskap. Missförstånd kan till exempel uppstå när en term innebär något helt annat, och kanske allvarligare, i en annan kultur. Vi ser det dock som en omöjlighet för sjuksköterskan att ha kunskap om vilka fallgropar som finns mellan språk och kulturer. Denna typ av problem ökar vikten av att använda tolk för att överbrygga transkulturella problem.

Det framkommer att flyktingar anser att en del läkare ställer för många frågor och borde vara bättre pålästa och kunna ställa snabb diagnos. Vi tolkar detta som att läkaren haft ett personcentrerat förhållningssätt som patienten inte är van vid. Det blir då viktigt att informera patienten om hur det svenska hälso- och sjukvårdssystemet fungerar för att patienten inte ska uppleva sig utelämnad. Larsson et al. (2011a) skriver om ett paternalistiskt bemötande och menar att med detta förhållningssätt låter man inte patienten delta i beslut rörande sin omvårdnad. Det kan handla om att sjuksköterskan utformar omvårdnaden på ett sätt som inte stämmer överens med hur patienten vill ha det, eller undanhåller information från patienten. Båda handlingar må göras i tron om att de är för patienten bästa, men enligt Larsson et al. (2011a) får det negativa

konsekvenser när patienten inte är med och fattar beslut som rör denne själv. Vi menar att sjuksköterskor ansvarar för att på ett respektfullt sätt kommunicera med patienter och anhöriga (Socialstyrelsen, Kompetensbeskrivning för sjuksköterska, 2005). Genom att tillämpa personcentrerad vård (Hörnsten, 2013) samt i vårdarbetet främja en miljö där mänskliga rättigheter, värderingar, sedvänjor och trosuppfattningar hos enskilda personer, familjer och allmänheten respekteras (International Council of Nurses, 2014) skapas förutsättning att möta patientens individuella behov.

Slutsatser

Resultatet visar att flyktingarna upplever att bemötandet inom hälso- och sjukvård är av stor betydelse. Flyktingarna upplever sig illa bemötta och diskriminerade, även om det även förekommer berättelser om gott bemötande. För att flyktingarna ska känna sig sedda och ha förtroende för vården är det viktigt att de bemöts med respekt och känner sig sedda och tagna på allvar. De flesta vill bli sedda som enskilda individer och uttrycker att de ogillar när för mycket fokus läggs på deras bakgrund och härkomst. De menar att det kan råda förutfattade meningar om vad som ligger bakom deras problem. Flyktingarna, särskilt muslimer, anser det vidare problematiskt att behöva visa sin kropp för vårdpersonalen, i synnerhet om denna är av motsatt kön. Fysisk kontakt anses kränkande om inte tydligt förankrad och motiverad.

Flyktingarna upplever att det största problemet i mötet med vården är språket. Att kommunicera med hjälp av tolk är en nödvändighet för kommunikation. Brist på tolkar är dock ett stort problem. Det är inte heller säkert att kommunikationen blir bra bara för att en tolk översätter. Att som alternativ använda anhöriga som tolkar kan vara både positivt och negativt. Många flyktingar anser det slutligen viktigt att vårdpersonalen har transkulturell kunskap. Denna kan innefatta att förstå en diagnos kulturella betydelse, eller veta vilka ord som kan förknippas med något helt annat.

Vår slutsats är att det är viktigt att vårdpersonalen är medveten om och noga med vilka signaler den sänder ut. För att kunna möta dessa människor på flykt är det angeläget att de bemöts som subjekt. Människor vill bli sedda för de personer de är och inte som attribut till en kultur eller ett land. För att kunna ge god omvårdnad är det därför angeläget att sjuksköterskor tillämpar en personcentrerad vård i mötet med dessa patienter och i viss mån har transkulturell kunskap.

Praktiska implikationer

Resultatet av denna studie kan användas för sjuksköterskor inom såväl primärvård, slutenvård som kommunal hälso- och sjukvård. Detta med viss reservation för att övervägande del av resultatet baseras på utländska förhållanden. Ökad kunskap om bemötande av flyktingar i vården bidrar till kompetensutveckling för sjuksköterskor. Genom att tillämpa personcentrerad vård där patientberättelsen ligger till grund för omvårdnaden kan flyktingar få sina behov tillgodosedda och bli delaktiga i sin egen vård. Sjuksköterskan behöver i sin omvårdnad av patienten försöka se bortom dennes yttre attribut och förstå människan bakom. Detta bidrar till att förhindra uppkomst av vårdlidande. Det är av största vikt att sjuksköterskor delar den värdegrund som betonar rätten till jämlik vård. Inom grundutbildningen till sjuksköterska bör detta område belysas då kunskapen är betydelsefull för verksamma sjuksköterskor i hela vårdkedjan.

Ur både ett samhällsperspektiv och hälso- och sjukvårdens perspektiv är frågan om hur vi bemöter flyktingar aktuell. Flyktingströmningarna till Europa består inte av människor som är annorlunda oss och som vi därför inte behöver behandla lika väl som våra landsmän. Det handlar inte om ett vi och ett dem, utan om att alla människor är lika mycket värda och förtjänar att bli bemötta med lika stor respekt och värdighet. Mer utbildning till allmänheten är en viktig del som bör komplettera den utökade kunskapen om ämnet i grundutbildningen till sjuksköterskor. Negativ särbehandling, diskriminering och kränkande bemötande anses vara lagbrott i Sverige. En ökad utbildning i ämnet är av vikt för den enskilda sjuksköterskan oavsett var hen är verksam. Det kan ge en ökad trygghet och minskar risken för vårdlidande.

Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde

Tidigare forskning visar att sjuksköterskor upplever att de inte har tillräckliga kunskaper i att möta människor från andra kulturer. Resultatet visar dock att sådan kunskap bara är av begränsad vikt och att det är på ett individuellt bemötande fokus borde ligga. Inom grundutbildningen till sjuksköterska omfattas detta av begreppet personcentrerad vård. Detta individbaserade förhållningssätt till omvårdnad är något som genomsyrar hela utbildningen. Det bör dock bli tydligare att god omvårdnad med respekt för alla människors lika värde inte betyder något annat bara för att patienten är flykting.

Fortsatta studier om hur flyktingar upplever bemötandet inom svensk hälso- och sjukvård skulle belysa hur problemet ser ut nationellt. Ny forskning med utgångspunkt från svenska sjuksköterskors upplevelser skulle kunna komplettera sådana studier och ge en ökad förståelse. För egen del består kunskapsbehovet i hur vi som sjuksköterskor konkret kan möta människor som är till synes helt olika oss själva och som vi saknar ett gemensamt språk med. Det behövs kunskap, handfasta verktyg och erfarenhet för att bli medveten om vilka fördomar vi själva bär på och kunna se bortom dem.

Referenser

- Arman, M. (2012). Lidande. I L. Wiklund Gustin, & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 185-197). Lund: Studentlitteratur.
- Arman, M. (2015). En etik för medmänskligt vårdande. I M. Arman, K. Dahlberg, & M. Ekebergh (Red.), *Teoretiska grunder för vårdande* (s. 104-110). Malmö: Liber.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium* (2. utg.). Stockholm: Natur och kultur.
- Asp, M., & Fagerberg, I. (2012). Begreppsutveckling på livsvärldsfenomenologisk grund. I L. Wiklund Gustin, & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 65-77). Lund: Studentlitteratur.
- Bhatia, R., & Wallace, P. (2007). Experiences of refugees and asylum seekers in general practice: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 8(48). doi:10.1186/1471-2296-8-4
- Brantberg, A. L., & Allvin, R. (2016). Smärtskattningsinstrument. I *Vårdhandboken*. Hämtad 2016-12-14, från <http://www.vardhandboken.se/texter/smarts kattning-av-akut-och-postoperativ-smarta/smarts kattningsinstrument/>
- Carroll, J., Epstein, R., Fiscella, K., Gipson, T., Volpe, E., & Jean Pierre, P. (2007). Caring for somali women: implication for clinician-patient communication. *Patient education and counseling* 66, 337-345. doi:10.1016/j.pec.2007.01.008
- Carlsson, T., Marttala, U. M., Mattsson, E., & Ringnér, A. (2016). Experiences and preferences of care among Swedish immigrants following a prenatal diagnosis of congenital heart defect in the fetus: a qualitative interview study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 130. doi 10.1186/s12884-016-0912-1
- Cuadra, B. C. (2009). *En studie av avgörande faktorer för tillit i mångkulturell vårdkontext – noteringar kring professionsetik*. Konferenspaper presenterat vid Gränssättning inom och utanför professioner, Malmö 17-18 september 2009. Tillgänglig: <https://dspace.mah.se/bitstream/handle/2043/9224/Bj%C3%B6rnngren%20Cuadra.pdf?sequence=1>
- Dahlberg, K., & Ekebergh, M. (2015). En livsvärldsorienterad etik. I M. Arman, K. Dahlberg, & M. Ekebergh (Red.), *Teoretiska grunder för vårdande* (s. 95-103). Malmö: Liber.
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2011). *Hälsa & vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Dahlborg Lyckhage, E. (2012). Kunskap, kunskapsanvändning och kunskapsutveckling. I Friberg, F. (Red.), *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 23-37). Lund: Studentlitteratur.
- Danielsson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Henricsson, M. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 329-344). Lund: Studentlitteratur.
- Dubus, N. (2015). Interpreters' subjective experiences of interpreting for refugees in person and via telephone in health and behavioural health settings in the United States. *Health and Social Care in the Community*, 24(5), 649–656. doi: 10.1111/hsc.12270
- EBSCO (2016), *Cinahl*. Hämtad 2016-11-24, från <https://www.ebscohost.com/nursing/about>

- Edlund, M. (2012). Vårdighet. I L. Wiklund Gustin, & I. Bergbom. (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 363-374). Lund: Studentlitteratur.
- EEklöf, N., Abdulkarim, H., Hupli, M., & Leino-kilpi, H. (2016). Somali asylum seekers' perceptions of privacy in healthcare. *Nursing Ethics*, 23(5), 535–546. doi: 10.1177/0969733015574927
- EU. (2016). *Folkhälsa*. Hämtad 2016-11-09, från https://europa.eu/european-union/topics/health_sv
- Fang, M. L., Sixsmith, J., Lawthom, R., Mountian, I., & Shahrin, A. (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. doi: 10.1186/s12889-015-2279-z
- Fatahi, N., Mattsson, B., Lundgren, S.M., & Hellstöm, M. (2010). Nurse radiographers' experiences of communication with patients who do not speak the native language. *Journal of Advanced Nursing*, 66(4), 774–783. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05236
- Feldmann, C. T., Bensing, J.M., & De Ruijter, A. (2006). Worries are the mother of many diseases: General Practitioners and Refugees in the Netherlands on stress, being ill and prejudice. *Patient education and counseling*, 65, 369-380. doi: 10.1016/j.pec.2006.09.005
- Feldmann, C. T., Bensing, J.M., De Ruijter, A., & Boeijs, H. R. (2007). Afghan refugees and their general practitioners in The Netherlands: To trust or not to trust?. *Sociology of Health & Illness*, 29(4), 515–535. doi: 10.1111/j.1467-9566.2007.01005.x
- Friberg, F. (2012). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 121-133). Lund: Studentlitteratur.
- Förenta Nationerna. (1951). *Konvention angående flyktingars rättsliga ställning*. Hämtad 2016-12-12, från <http://www.humanrights.se/wp-content/uploads/2012/01/Konvention-angaende-flyktingars-rattsliga-stallning.pdf>
- George, U., Thomson, M. S., Chaze, F., & Guruge, S. (2012). Immigrant Mental Health, A Public Health Issue: Looking Back and Moving Forward. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12, 13624-13648. doi: 10.3390/ijerph121013624
- Graneheim, H. U., & Lundman, B. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär, & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (2:a [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Gurnah, K., Khoshnood, K., Bradley, E., & Yuan, C. (2011). Lost in Translation: Reproductive Health Care Experiences of Somali Bantu Women in Hartford, Connecticut. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 56, 340–346. doi:10.1111/j.1542-2011.2011.00028.x
- Hadgkiss, E. J., & Renzaho, A. M. N. (2014). The physical health status, service utilisation and barriers to accessing care for asylum seekers residing in the community: a systematic review of the literature. *Australian Health Review*, 38, 142–159. doi 10.1071/AH13113
- Hart, L.P., & Mareno, N. (2013). Cultural challenges and barriers through the voices of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 2223–2233. doi: 10.1111/jocn.12500

- Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.129-137). Lund: Studentlitteratur.
- Helsingforsdeklarationen. (2013). Hämtad 2016-12-01, från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
- Hurtley, R. (2015). Ensuring dignity at the end of life: a personal perspective. *Nursing and residential care*, 17(7), 380-384.
- Högskolan Väst (2016), arkiverad version. Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskriving för sjuksköterskor*.
- Hörnsten, Å. (2013). Personcentrerad vård - Översikt. I *Vårdhandboken*. Hämtad 2016-12-12, från <http://www.vardhandboken.se/Texter/Personcentrerad-varld/Oversikt/>
- International Council of Nursing. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (Rev.utg.). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 2016-10-27, från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf
- Islam.se (2016). *Kvinnosyn/slöjan*. Hämtad 2016-12-07, från <http://islam.se/kvinnosyn/slojan>
- Jonzon, R., Lindkvist, P., & Johansson, E. (2015). A state of limbo – in transition between two contexts: Health assessments upon arrival in Sweden as perceived by former Eritrean asylum seekers. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43, 548–558. doi: 10.1177/1403494815576786
- Kasén, A., Nordman, T., Lindholm, T., & Eriksson, K. (2008). Då patienten lider av vården – vårdares gestaltning av patientens vårdlidande. *Vård i Norden* 88(28).
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69-92) Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, I., Sahlsten, M., Segesten, K., & Plos, K. (2011a). Patients' perceptions of barriers for participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 25, 575–582. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00866.x
- Larsson, I., Sahlsten, M., Segesten, K., & Plos, K. (2011b). Patients' Perceptions of Nurses' Behaviour That Influence Patient Participation in Nursing Care: A Critical Incident Study. *Nursing Research and Practice*. doi:10.1155/2011/534060
- McCarthy, J., Cassidy, I., Graham, M. M., & Tuohy, D. (2013). Conversations through barriers of language and interpretation. *British Journal of Nursing*, 22(6), 335-339. doi: 10.12968/bjon.2013.22.6.335
- Migrationsverket. (2015). *Statistik*. Hämtad 2016-10-26, från <http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik.html>
- Miller, K. L. (2016). Patient centered care: A path to better health outcomes through engagement and activation. *NeuroRehabilitation*, 39(4), 465-470, doi: 10.3233/NRE-161378
- Myhrvold, T. (2006). The different other – towards an including ethics of care. *Nursing philosophy*, 7(3), (125–136). doi: 10.1111/j.1466-769X.2006.00269.x
- Nationalencyklopedin. (2016). *Värdighet*. Hämtad 2016-11-09, från <http://www.ne.se.ezproxy.server.hv.se>

- NCBI (2016). *Pubmed*. Hämtad 2016-11-24, från <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/about/>
- Nortvedt, P., & Grimen, H. (2006). *Sensibilitet och reflektion. Filosofi och vetenskap för vårdprofessioner*. Göteborg: Daidalos.
- Ochieng, B. M. N. (2012). Black African migrants: the barriers with accessing and utilizing health promotion services in the UK. *European Journal of Public Health*, 23(2), 265–269. doi: 10.1093/eurpub/cks063
- O'Donnell, C. A., Higgins, M., Chauhan, R., & Mullen, K. (2007). "They think we're ok and we know we're not". A qualitative study of asylum seekers' access knowledge and views to health care in the UK. *BMC health services reaserch*, 7, 75. doi:10.1186/1472-6963-7-75
- O'Donnell, C. A., Higgins, M., Chauhan, R., & Mullen, K. (2008). Asylum seekers' expectations of and trust in general practice: a qualitative study. *British Journal of General Practice*. doi: 10.3399/bjgp08X376104
- Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (1996). *Handbok om förfarandet och kriterierna vid fastställande av flyktingars rättsliga ställning: enligt 1951 års konvention och 1967 års protokoll angående flyktingars rättsliga ställning*. (1. uppl.) Stockholm: Publica.
- Omeri, A., Lennings, C., & Raymond, L. (2006). Beyond Asylum: Implications for Nursing and Health Care Delivery for Afghan Refugees in Australia. *Journal of Transcultural Nursing*, 17(1), 30-39. doi: 10.1177/1043659605281973
- Pavlish, C. L., Noor, S., & Brandt, J. (2010). Somali Immigrant Women and the American Health Care System: Discordant Beliefs, Divergent Expectations, and Silent Worries. *Soc Sci Med*, 71(2), 353–361. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.04.010
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2016[2017]). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10:e uppl.) Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Röda korsets högskola. (2016). *Nyanlända och asylsökande i Sverige. En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor*. Tillgänglig: <http://www.rkh.se/forskning/pagaende-projekt/forskningsstudie-om-halsa-och-levnadsvillkor-bland-flyktingar-och-asylsokande-i-sverige/>
- Saarnio, L., Arman, M., & Ekstrand, P. (2011). Power relations in patients experiences of suffering during treatment for cancer. *Journal of advanced nursing*, 68(2), 271–279. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05731.x
- Sevinc, S., Kılıc, S. P., Ajghif, M., Öztürk, M. H., & Karadag E. (2016). Difficulties encountered by hospitalized Syrian refugees and their expectations from nurses. *International Nursing Review* 63, 406–414.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2008:344. *Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.* Stockholm: Justitiedepartementet L7.
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2013:407. *Lag om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd*. Stockholm: Socialdepartementet.

- SFS 2013:647. *Lag om ändring i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.* Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2014:821. *Patientlag.* Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2016:658. *Lag om ändring i patientlagen (2014:821).* Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen. (2016). *Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända - Slutrapport 2016 socialstyrelsen.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Svenberg, K., Mattsson, B., & Skott, C. (2009). 'A person of two countries'. Life and health in exile: Somali refugees in Sweden. *Anthropology & Medicine*, 16(3), 279–291. doi: 10.1080/13648470903295984
- Svensk sjuksköterskeförening. (2013). *Personcentrerad vård ska också vara det.* Hämtad 2016-11-24, från <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Ordforande-har-ordet/Tidigare-ars-ordforande-har-ordet/Personcentrerad-var-d-ska-ocksa-vara-det/>
- Sverige. Integrations- och jämställdhetsdepartementet Sverige. Utrikesdepartementet (2007). *FN:s konventioner om mänskliga rättigheter.* (Ny utg.). Stockholm: Integrations- och jämställdhetsdepartementet, Regeringskansliet.
- Sverige. Regeringskansliet (2011). *FN:s konventioner om mänskliga rättigheter.* ([Ny utg.]). Stockholm: Regeringskansliet.
- UNHCR. (2016). *Global trends forced displacement in 2015.* Geneve: UNHCR.
- Van Rosse, F., De Bruijne, M., Suurmond, J., Essink-Bot, M., & Wagner, C. (2016). Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study. *International Journal of Nursing Studies*, 54, 45-53. doi: org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.012
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet.* Lund: Studentlitteratur.
- Östlundh, L. (2006). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten.* (s. 45-70). Lund: Studentlitteratur

Tabell 2. Sökhistorik

Bilaga I

Databas/datum Cinahl 20161107	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	(MH "Refugees")	3696				
#2	(MH "Attitude")	8117				
#3	S1 AND S2	30				
Begränsningar: Peer-reviewed, engelska, artiklar publicerade 2006-2016		22	22	7	2	2

Databas/datum Cinahl 20161107	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	(MH "Refugees")	3661				
#2	Experience*	155635				
#3	"general practitioner*"	7467				
#4	#1 AND #2 AND #3	2				
Begränsningar: Peer-reviewed, engelska, artiklar publicerade 2006-2016		2	2	2	1	1

Databas/datum Cinahl 20161027	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	(MH "Refugees")	3696				
#2	"nursing"	503039				
#3	#1 AND #2	462				
Begränsningar: Peer-reviewed, engelska, Artiklar publicerade 2006-2016		141	141	13	3	3

Tabell 2. Sökhistorik

Bilaga I

Databas/datum	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
Cinahl 20161108						
#1	(MH "Refugees")	3696				
#2	(MH "Trust")	5011				
#3	(#1 AND #2)	26				
Begränsningar: Peer-reviewed, engelska, Artiklar publicerade 2006-2016		20	20	6	1	1

Databas/datum	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
PubMed 20161108						
#1	MeSH Refugee*	7593				
#2	"health care"	686322				
#3	trust	123700				
#4	#1 AND #2 AND #3					
Begränsningar: engelska, publicerade 2006-2016		24	24	4	1	1

Databas/datum	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
Cinahl 20161108						
#1	(MH "Cultural Competence")	5834				
#2	(MH "Refugees")	3696				
#3	(#1 AND #2)	119				
Begränsningar: Peer-reviewed, engelska, artiklar publicerade 2006-2016		81	81	12	2	2

Följande mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ metod är utarbetad av Institutionen för hälsovetenskap Högskolan Väst med utgångspunkt från mall presenterad i Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet. Lund: Studentlitteratur.

Finns det ett tydligt syfte? Ja Nej Framkom ej

Informant karaktäristika

Antal

Ålder

Man/kvinna

Är kontexten presenterad? Ja Nej Framkom ej

Finns etiskt resonemang? Ja Nej Framkom ej

Urval

- Relevant? Ja Nej Vet ej

- Strategiskt? Ja Nej Ej relevant

- Datainsamling tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

- Analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet

- Är resultatet logiskt och begripligt? Ja Nej Vet ej

- Råder datamättnad? Ja Nej Ej relevant

- Råder analysmättnad? Ja Nej Ej relevant

Kommunicerbarhet

- Är resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej

- Redovisas resultatet i förhållande till teoretisk referensram?

- Genereras teori? Ja Nej Ej relevant

Kvalitetsberäkning

Varje ja ger ett (1) poäng, varje nej eller vet ej ger noll (0). Totalsumman räknas i procent
Granskningspoäng; grad I (80-100%) grad II (70-79%) grad III (60-69%)

**Tidskriftens
bedömningssystem**

Peer
review

Double
blinded

Single
blinded

Ej
angivet

Tabell 3. Översikt av analyserad litteratur

	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakliga resultat	Kvalitetsgranskning
<p>Författare Bhatia, R., Wallace, P. Årtal 2007 Land Storbritannien</p> <p><i>Experiences of refugees and asylum seekers in general practice: a qualitative study</i></p>	<p>Att undersöka flyktingars upplevelser av mötet med vårdcentralen och vad som kan förbättra detta. Syftet var att fånga flyktingars perspektiv, eftersom här saknades forskning.</p>	<p>Kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer. Analysen gjordes med hjälp av en ramverksmetod.</p>	<p>11 flyktingar rekryterades till studien, 9 kvinnor och 2 män i åldrarna 22-65. De hade bott i Storbritannien i högst 10 år.</p>	<p>Tillgången till vårdcentraler var problematisk för asylsökande som fått ett negativt beslut. Flyktingarna var oroliga över tolkars konfidentialitet och önskade råd och stöd istället för mediciner om de inte uppfattade behövdes.</p>	<p>Grad I</p>
<p>Författare Carroll, J., Epstein, R., Fiscella, K., Gipson, T., Volpe, E., Jean-Pierre, P. Årtal 2007 Land USA</p> <p><i>Caring for somali women: implications for clinician-patient communication</i></p>	<p>Att identifiera faktorer som förknippas med ett gott omhändertagande i förebyggande hälso- och sjukvårde, utifrån afrikanska flyktingkvinnors perspektiv.</p>	<p>Kvalitativ metod. Djupgående enskilda intervjuer med hjälp av tolk. Intervjuer i fokusgrupper gjordes som ett komplement i datainsamlingen. Data analyserades med utgångspunkt i grounded theory.</p>	<p>34 somaliska kvinnor i åldrarna 18-53 år deltog varav 15 av folkslaget Bantu. Kvinnorna hade befunnit sig i USA mellan 2 månader och 9 år.</p>	<p>En positiv vårdupplevelse inbegrep effektiv kommunikation, tillgång till kvinnliga tolkar, att känna sig förstörd och uppskattad, och varsamhet i intima frågor.</p>	<p>Grad I</p>
<p>Författare Carlsson, T., Marttala, U. M., Mattsson, E., Ringnér, A. Årtal 2016 Land Sverige</p> <p><i>Experiences and preferences of care among Swedish immigrants following a prenatal diagnosis of congenital heart defect in the fetus: a qualitative interview study</i></p>	<p>Att undersöka vårderfarenheter och preferenser efter en prenatal diagnos med medfött hjärtfel bland invandrare i Sverige.</p>	<p>Undersökande studie med kvalitativ metod. Datainsamlingen skedde genom intervjuer, i de flesta med hjälp av tolk. Analysen genomfördes på grundval av kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>9 föräldrar där kvinnans foster diagnosticerats med ett allvarligt hjärtfel deltog. 5 kvinnor och 4 män, ålder 22-43. De hade levt i Sverige i genomsnitt 7 år.</p>	<p>Deltagarna ansåg att korrekt information var viktigt och språkbarriärer ett stort problem. Det var viktigt med stöd från andra som varit med om samma sak. Att ha en religiös tro kunde påverka upplevelsen.</p>	<p>Grad I</p>

Tabell 3. Översikt av analyserad litteratur

	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakliga resultat	Kvalitetsgranskning
<p>Författare Eklöf, N., Abdulkarim, H., Hupli, M., Leino-Kilpi, H. År 2015 Land Finland</p> <p><i>Somali asylum seekers' perceptions of privacy in healthcare</i></p>	<p>Att beskriva vad som innefattas i det privata och vikten av detta för somaliska flyktingar inom hälso- och sjukvården.</p>	<p>Utforskande kvalitativ metod. I analysen använde man sig av en induktiv innehållsanalys.</p>	<p>Studiegruppen bestod av somaliska flyktingar i Finland. Sammanlagt deltog 18 flyktingar mellan 18 och 64 år som bott i Finland 1-24 månader.</p>	<p>Privatlivet innefattar visuell integritet, fysisk integritet och informations integritet. Det privata får delas med vårdpersonal. Vikten av privatlivet inbegriper respekt, värdighet och frihet.</p>	<p>Grad I</p>
<p>Författare Fang, M. L., Sixsmith, J., Lawthom, R., Mountian, I., Shahrin, A. Årtal 2015 Land Storbritannien</p> <p><i>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</i></p>	<p>Att få fördjupad förståelse för somaliska och irakiska asylsökandes erfarenheter av hälso- och sjukvård, och hur dessa färgas av sociala och strukturella faktorer.</p>	<p>Kvalitativ metod med enskilda intervjuer och fokusgrupper för datainsamling.</p>	<p>15 flyktingar, 12 asylsökande och 8 papperslösa i åldrarna 21-74 deltog i intervjuerna. 20 var män och 15 var kvinnor. De kom från Irak eller Somalia och hade levt i Storbritannien från några månader till 10 år. I fokusgrupperna deltog 56 somalier och 10 irakier.</p>	<p>Det framkom att sekretess, förtroende, väntetider och korta läkar- och patientsamtal var viktiga för hur tillgången till vård upplevdes. Det var inte ovanligt att deltagarna upplevde vården otillräcklig vad gäller behandling av sjukdom.</p>	<p>Grad II</p>
<p>Författare Feldmann, C. T., Bensing, J. M., De Ruijter, J. M. Årtal 2006 Land Nederländerna</p> <p><i>Worries are the mother of many diseases: General practitioners and refugees in the Netherlands on stress, being ill and prejudice</i></p>	<p>Att undersöka den syn som flyktingar och allmänläkare i Nederländerna har på oförklarliga fysiska symptom.</p>	<p>Kvalitativ metod med djupgående, semistrukturerade intervjuer. Induktiv innehållsanalys.</p>	<p>30 somaliska flyktingar, 36 afghaner och 24 läkare från vårdcentraler deltog. Flyktingarnas åldrar varierade mellan 18 och 68 och lika många var kvinnor som män. De hade bott i Nederländerna mellan 3 och 15 år.</p>	<p>Medicinskt oförklarliga fysiska symtom var vanligt bland flyktingarna, och de ansåg att läkarna var fördomsfulla och för snabba med att dra slutsats om bakomliggande psykiska orsaker och att flyktingarnas förflutna skulle vara orsaken.</p>	<p>Grad I</p>

Tabell 3. Översikt av analyserad litteratur

	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakliga resultat	Kvalitetsgranskning
<p>Författare Feldmann, C.T., Bensing, J. M., De Ruijter, A., Boeije, H. R. Årtal 2007 Land: Nederländerna</p> <p><i>Afghan refugees and their general practitioners in The Netherlands: to trust or not to trust?</i></p>	<p>Att undersöka hur afghanska flyktingar upplevde primärvården och faktorer för ett positivt möte med hälso- och sjukvården.</p>	<p>Kvalitativ metod med djupgående, semistrukturerade intervjuer. Induktiv innehållsanalys.</p>	<p>36 afghaner deltog i åldrarna 18-64 år. De hade levt i Nederländerna i 3-13 år och i eget boende i minst ett år.</p>	<p>Studiedeltagarna uppfattade mötet med vården som bra när de blev vänligt bemötta, kände att personalen lyssnade på dem och visade att de var där för att hjälpa.</p>	<p>Grad III</p>
<p>Författare: Gurnah, K., Khoshnood, K., Bradley, E., Yuan, C. Årtal 2011 Land USA</p> <p><i>Lost in Translation: Reproductive Health Care Experiences of Somali Bantu Women in Hartford, Connecticut</i></p>	<p>Att undersöka hur bantu-somaliska kvinnor som flytt upplevde den reproduktionsmedicinska hälso- och sjukvården i sitt nya hemland.</p>	<p>Kvalitativ metod. Intervjuer genomfördes med nyckelinformanter och fokusgrupper. Semistrukturerad intervjuteknik användes.</p>	<p>14 kvinnor deltog varav 10 i fokusgrupperna och övriga som nyckelinformanter. De hade bott i USA i 2,5 till 5 år och var i åldrarna 22-45.</p>	<p>Resultatet visar på svårigheter för kvinnorna att få tillgång till vård. Etniskt relaterade problem, språkhinder och en passiv acceptans av felaktig vård angavs som orsaker.</p>	<p>Grad I</p>
<p>Författare Jonzon, R., Lindkvist, P., Johansson, E. Årtal 2015 Land Sverige</p> <p><i>A state of limbo – in transition between two contexts: Health assessments upon arrival in Sweden as perceived by former Eritrean asylum seekers</i></p>	<p>Att undersöka hur flyktingar från Eritrea upplevde hälsoundersökningen under asylsökningprocessen.</p>	<p>Kvalitativ metod med utgångspunkt i grounded theory. Semistrukturerade intervjuer genomfördes för datainsamlingen. Dataanalysen gjordes genom konstant jämförande analys.</p>	<p>11 flyktingar från Eritrea deltog. Dessa hade fått uppehållstillstånd i Sverige, bott i landet 2,5-5 år och var 27-43 år gamla.</p>	<p>Deltagarna kände sig som objekt i vården. De upplevde stora brister i kommunikationen och svårigheter att överbrygga språkliga och kulturella hinder.</p>	<p>Grad I</p>

Tabell 3. Översikt av analyserad litteratur

	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakliga resultat	Kvalitetsgranskning
<p>Författare Pavlish, C. L., Noor, S., Brandt, J. Årtal 2010 Land USA</p> <p><i>Somali Immigrant Women and the American Health Care System: Discordant Beliefs, Divergent Expectations, and Silent Worries</i></p>	<p>Att undersöka hur somaliska kvinnor upplevde det amerikanska hälso- och sjukvårdssystemet.</p>	<p>Kvalitativ ansats med intervjuer i 6 fokusgrupper och med 11 nyckelinformanter. En induktiv innehållsanalys tillämpades.</p>	<p>57 somaliska kvinnor i åldrarna 18-80 deltog i fokusgrupperna. De hade varit i USA mellan 1 vecka och 20 år. De 11 nyckelinformanterna intervjuades individuellt och bestod av personal som arbetade med kvinnorna samt somalisk sjukvårdspersonal.</p>	<p>De somaliska kvinnorna hade förväntningar på vården som kontrasterade starkt mot hur den västerländska vården är uppbyggd. Detta gjorde att många kvinnor upplevde vården som otillräcklig, vilket skapade missnöje.</p>	<p>Grad I</p>
<p>Författare Ochieng, B. M. N. Årtal 2012 Land: Storbritannien</p> <p><i>Black African migrants: the barriers with accessing and utilizing health promotion services in the UK</i></p>	<p>Att undersöka svarta afrikaners uppfattningar om tillgången till hälso- och sjukvårdsfrämjande tjänster. Studien gjordes efter att en rad ändringar i regelverket infördes med syfte att jämna ut ojämlikheter i tillgång till hälso- och sjukvård. I studien ville man undersöka hur ändringarna fallit ut för svarta afrikaner.</p>	<p>Självadministrerade frågeformulär med öppna frågor för att fånga in både kvantitativ och kvalitativ data. Formuläret delades ut på fyra olika språk. Deskriptiv analys användes i analysen och en form av konstans jämförande metod. För den kvantitativa delen tillämpades deskriptiv statistik.</p>	<p>90 svar på frågeformulären emottogs från 50 kvinnor och 40 män från 18 år och uppåt. Deltagarna kom från ett stort antal länder i Afrika söder om Sahara och hade varit i Storbritannien i högst 5 år.</p>	<p>Deltagarna var bekymrade över sina språkkunskaper och upplevde att de hade svårt att kommunicera med den brittiska vårdpersonalen. Detta försvårade tillträdet till hälso- och sjukvården.</p>	<p>Grad III</p>
<p>Författare O'Donnell, C. A., Higgins, M., Chauhan, R., Mullen, K. Årtal 2007 Land Storbritannien</p> <p><i>"They think we're OK and we know we're not". A qualitative study of asylum seekers' access, knowledge and views to health care in the UK</i></p>	<p>Syftet var att identifiera hinder för asylsökande tillträde till Storbritanniens hälso- och sjukvård samt vilka vårdbehov och relaterade åsikter som finns bland dessa människor.</p>	<p>Två kvalitativa metoder, intervjuer i fokusgrupper och enskilda intervjuer. Analys genomfördes med hjälp av ramverksmetoden.</p>	<p>52 personer mellan 20 och 57 år från ett stort antal länder deltog i studien varav 16 i enskilda intervjuer och 36 i gruppintervjuer. 31 var kvinnor och 21 män. De hade varit i Storbritannien i 3-5 år.</p>	<p>Många flyktingar ansåg att det var svårt att komma i kontakt med vården trots att vissa hade en kontaktsjuksköterska. Det rådde brist på kontinuitet och väntetiderna var långa. Över lag var flyktingarna dock nöjda med den vård de erhöll.</p>	<p>Grad I</p>

Tabell 3. Översikt av analyserad litteratur

	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakliga resultat	Kvalitetsgranskning
<p>Författare O'Donnell, C. A., Higgins, M., Chauhan, R. Mullen, K. Årtal 2008 Land: Storbritannien</p> <p><i>Asylum seekers' expectations of and trust in general practice: a qualitative study.</i></p>	<p>Att undersöka hur asylsökares tidigare kunskaper om och erfarenheter av sjukvården påverkar nuvarande förväntningar på vård i ett system där allmänläkare på vårdcentraler agerar filter för specialistvård.</p>	<p>Studien bestod av 2 delar med kvalitativ metod. Fokusgrupper eller semistrukturerade intervjuer genomfördes. En översyn gjordes också av varje ursprungslands hälso- och sjukvårdssystem genom att kombinera deltagarnas svar med statistik från WHO.</p>	<p>52 asylsökande i åldrarna 20-57 i varierande skeden av asylprocessen från olika delar av världen. 31 kvinnor, 21 män. De flesta hade varit i Storbritannien i minst tre år men detta var inget krav.</p>	<p>Majoriteten av deltagarna var inte vana vid vårdcentralssystemet utan vill komma i direkt kontakt med specialister på sjukhus. Några deltagare kom från krigshärjade länder där hälso- och sjukvården kollapsat. Deltagarna var överlag nöjda med den allmänna vården men upplevde också svårigheter vad gäller främst förtroende för deras allmänläkare och tillgång till specialistvård.</p>	<p>Grad I</p>
<p>Författare Omeri, A., Lennings, C., Raymond, L. År 2006 Land Australien.</p> <p><i>Beyond Asylum: Implications for Nursing and Health Care Delivery for Afghan Refugees in Australia</i></p>	<p>Att beskriva afghanska flyktingar i Australiens erfarenheter och analysera tillgång till, utnyttjande av och lämplighet inom av somatisk och psykisk hälso- och sjukvård.</p>	<p>Kvalitativ metod med fokusgrupper och semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>38 personer deltog i åldrarna 20-80. Dessa var från Afghanistan. 13 var nyckelinformanter medan övriga 25 ingick i fokusgrupper. 15 var män, 22 kvinnor.</p>	<p>4 teman beskrivs: känslomässigt svar på trauma, kulturspecifika hälsostrategier, hinder för tillträde till hälso- och sjukvård samt strategier för att främja tillträde till hälso- och sjukvård.</p>	<p>Grad I</p>
<p>Författare Sevinc, S., Kılıc, S.P., Ajghif, M., Öztürk, M.H., Karadag, E. Årtal 2016 Land Turkiet</p> <p><i>Difficulties encountered by hospitalized Syrian refugees and their expectations from nurses</i></p>	<p>Att ur syriska flyktingar inom slutenvårdens synvinkel utforska problem med och förväntningar på sjuksköterskan och sjukhusadministrationen.</p>	<p>Kvalitativ, deskriptiv metod. Ett frågeformulär med öppna frågor användes för att samla in information till de semistrukturerade intervjuer som följde. En kvalitativ innehållsanalys genomfördes med hjälp av en induktiv metod.</p>	<p>30 syriska medborgare deltog i åldern 18-84 år. 19 kvinnor och 11 män. De hade befunnit sig i Turkiet i högst 3 år.</p>	<p>Deltagarna upplevde svårigheter med att kommunicera med personalen, få sina personliga behov tillfredsställda och med att fullfölja en behandling på korrekt sätt. De hade förväntningar på sjukhusledning och sjuksköterskor och kände tacksamhet mot både sjuksköterskor och nationen Turkiet.</p>	<p>Grad I</p>

Högskolan Väst

Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

461 86 Trollhättan

Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99

www.hv.se