

Institution för Lärande, Informatik, Management och Etik (LIME)  
Eugenia Alexeeva  
Läkarprogrammet KI  
Examensarbete 30 p  
Höstterminen 2015

# Interkulturella läkarkonsultationer i primärvården sedda av arabisktalande patienter med flyktingbakgrund

*En kvalitativ studie*

**Författare: Eugenia Alexeeva**

Handledare: Solvig Ekblad  
Bihandledare: Erica Rothlind



**Karolinska  
Institutet**

## **Interkulturella läkarkonsultationer i primärvården sedda av arabisktalande patienter med flyktingbakgrund – En kvalitativ studie**

*Bakgrund:* Personer med flyktingbakgrund har en högre risk att drabbas av psykiska och fysiska sjukdomar jämfört med andra grupper av utrikes födda och den generella befolkningen. Interkulturella skillnader kan försvåra läkarkonsultationerna. Kontakten med sjukvården för patienter med flyktingbakgrund sker i första hand på vårdcentralen. *Syfte:* Att undersöka hur arabisktalande patienter med flyktingbakgrund upplevde och uppfattade sina möten med läkarna i primärvården. Vilka var de vanliga svårigheterna och hindren som kunde uppstå under och kring mötet? Vad ansåg patienterna att läkaren kunde göra för att lättare övervinna dessa svårigheter? *Material och Metoder:* Åtta arabisktalande informanter med flyktingbakgrund intervjuades på två olika vårdcentraler i Storstockholm. Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys. *Resultat:* Centrala teman för intervjuerna var otillräckliga kunskaper om det svenska vårdssystemet, klagomål om väntetiderna, tabu kring psykisk ohälsa, oro kring sekretess i tolksituation och svårigheter med etablering i det nya landet. Detta påverkade i sin tur hur man uppfattade vården. *Slutsats:* Både läkarnas och patienternas perspektiv ska beaktas. Det är viktigt för primärvårdsläkarna att vara medvetna om kulturella skillnader och olikheter i förväntningar på vårdmötet som patienter med flyktingbakgrund kan ha. Att förklara hur det svenska systemet ser ut och ta itu med patienternas föreställningar, förväntningar och farhågor kan leda till förbättrade interkulturella konsultationer inom primärvården. Hälsokunskap är grundläggande för integrationen. Den skulle till exempel kunna förvärfvas genom förebyggande undervisning i hälsokunskap som Sveriges Kommuner och Landsting föreslår att införa för alla nyanlända med flyktingbakgrund.

## **Intercultural medical consultations in primary health care as seen by Arabic-speaking patients with refugee backgrounds – A qualitative study**

*Introduction:* People with refugee backgrounds are at greater risk of suffering from mental and physical illnesses compared to other groups of people born abroad and to the general population. Intercultural differences can complicate medical consultations. People with refugee backgrounds primarily come in contact with healthcare services at a primary healthcare center. *Aims:* To examine how Arabic-speaking patients with refugee backgrounds perceived and understood their meetings with primary care physicians. What were the common difficulties and obstacles that could arise during and concerning the meeting? What did patients believe physicians could do to help overcome these difficulties? *Materials and Methods:* Eight Arabic-speaking informants with refugee backgrounds were interviewed at two different primary health care centers in Greater Stockholm. The interviews were analyzed using qualitative content analysis. *Results:* The central themes of the interviews were insufficient knowledge of the Swedish healthcare system, complaints about waiting times, the taboo concerning mental illness, concerns about information confidentiality during interpretation, and difficulties with adaptation in the new country. This in turn affected how healthcare was perceived. *Conclusions:* Both doctors and patients' perspectives need to be taken into account. It is important for primary care physicians to be aware of cultural differences, and differences in expectations that patients with a refugee background may have. Explaining how the Swedish healthcare system works and *addressing patients' conceptions*, expectations and concerns can lead to improved intercultural consultations in primary care. Health education is essential for social integration; this could be acquired, for example, by preventive health education that the Swedish Association of Local Authorities and Regions is proposing to introduce for all newly arrived people with refugee backgrounds.

*Keywords:* Refugees, primary health care, health literacy, qualitative research

## **Förkortningar**

AF - Arbetsförmedlingen

FN – Förenta Nationerna

PTSD - Posttraumatiskt stressyndrom

SFI – Svenska för invandrare

SKL – Sveriges kommuner och landsting

SLL – Stockholms läns landsting

WHO – Världshälsoorganisationen (World Health Organization)

# 1. Bakgrund

## 1.1 Introduktion

Dagens Sverige är ett multikulturellt samhälle. Enligt Statistiska centralbyrån var ca 17 % av alla folkbokförda i Sverige 2014 födda utomlands (1). Asylsökande är personer som har kommit till Sverige och ansökt om asyl, men inte ännu fått sin ansökan prövad (2). Enligt Migrationsverkets statistik tar Sverige för närvarande emot störst antal asylsökande från Syrien, Afghanistan och Irak (3). Lagen om etableringsinsatser för vissa nyanlända, som tillkom i december 2010 då Arbetsförmedlingen (AF) tog över introduktionen från kommunerna, omfattar nyanlända flyktingar i arbetsför ålder som har fått uppehållstillstånd i Sverige (4). Lagen innehåller föreskrifter om ansvar och insatser som riktar sig till att underlätta de nyanländas etablering i samhället och arbetslivet (4). AF ska upprätta en individuell etableringsplan, som maximalt får vara tvåårig och ska exempelvis innehålla kurser i svenska för invandrare (SFI), samhällsorientering och andra arbetsförberedande aktiviteter (4). Länsstyrelsen ansvarar för samverkan mellan statliga myndigheter, kommuner, företag och dylikt och organiserar aktiviteter för nyanlända (4). Hälsöfrämjande etablering ska vara i fokus då ”förutsättningar för en god hälsa och möjligheten att etablera sig i samhället är nära sammankopplade” (5). Världshälsoorganisationen (WHO) definierar hälsa som ”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart avsaknad av sjukdom eller funktionshinder” (6). Av denna definition följer att det är viktigt att inte enbart uppfatta hälsan som frånvaro av sjukdom, utan även som en resurs som kan stärka individens generella kapacitet (5). Detta tillsammans med den ökade mängden flyktingar och en officiell policy om hälso- och sjukvård på lika villkor för alla (7) ställer nya krav på det svenska vårdssystemet.

Enligt FN:s flyktingkonventions definition är flyktingar ”människor som har flytt från sina länder på grund av välgrundad fruktan för förföljelse på grund av ras, religion, nationalitet, politisk uppfattning eller tillhörighet till viss samhällsgrupp, och som inte kan eller vill återvända” (8). Personer som inte är flyktingar enligt FN:s flyktingkonvention kan ändå vara skyddsbehövande enligt EU-regler eller svensk lag och i och med detta har rätt till uppehållstillstånd (9). Exempel på det kan vara personer som ”löper risk att straffas med döden” eller ”som civilperson löper allvarlig risk att skadas på grund av väpnad konflikt” (9).

Vuxna tillståndslösa såsom asylsökande, gömda och papperslösa har rätt endast till sjukvård som läkaren bedömer att det inte går att vänta med (10). Asylsökande barn har rätt till samma kostnadsfria sjukvård som andra barn i samhället. Personer som har fått uppehållstillstånd och är folkbokförda i Sverige har rätt till samma vård som den övriga befolkningen i Sverige (10). Alla asylsökande vuxna och barn ska erbjudas en gratis hälsoundersökning som bör utföras så snart som möjligt efter ankomsten till Sverige och senast inom ett år från att personen har blivit beviljad uppehållstillstånd (11). Hälsoundersökningen ska genomföras av en specialistsjuksköterska, sker vanligtvis genom tolk och ska ”innefatta ett samtal om den undersöktes hälsa med avseende på tidigare och nuvarande fysiska och psykiska hälsotillstånd. En del av samtalet ska avse hur hälsotillståndet kan vara påverkat av den undersöktes psykosociala situation eller av traumatiska upplevelser” (11). Vid behov remitteras patienterna vidare (11). Alla nyanlända asylsökande utnyttjar emellertid inte möjligheten till hälsoundersökning. Enligt senaste siffran från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) var det 56 % av de asylsökande som under 2014 inte genomgick hälsoundersökning (12).

## **1.2 Ökad förekomst av sjukdomar bland personer med flyktingbakgrund**

Forskning visar att immigranter med flyktingbakgrund löper ökad risk att drabbas av psykiska och fysiska sjukdomar jämfört med andra grupper av utrikes födda och den generella befolkningen (13). Detta stöds även av en svensk studie om nyanlända irakier i Malmö där det konstateras att gruppen har generellt sämre psykisk och fysisk hälsa än befolkningen i riket (14). Personer med flyktingbakgrund kan ha ett större vårdbehov och det gäller särskilt de som har traumatiska erfarenheter bakom sig (15). Det föreligger en ökad risk att personer med flyktingbakgrund drabbas av folkhälsosjukdomar såsom hjärt- och kärlsjukdomar, samt diabetes (16, 17). D-vitaminbrist är ofta förekommande hos utrikes födda och barn till patienter med flyktingbakgrund löper femtio gånger högre risk för att drabbas av rakit jämfört med barn till den inhemska befolkningen (16).

Psykisk ohälsa är vanlig bland personer med flyktingbakgrund (18) och kvinnor har en högre risk att drabbas än män (13). En stor del av flyktingar som kommer från krigs- och konfliktområden har varit med om traumatiska händelser. Många flyktingar har varit med om materiella förluster, hot, våld, separationer och i vissa fall en erfarenhet av att se hur hela deras samhälle kollapsar (15, 18). Asylprocessen, som ibland kan vara flerårig, är påfrestande i sig och innebär ovisshet, men den medför även en begränsad tillgång till vård för vuxna asylsökande (10). Många personer med flyktingbakgrund upplever språksvårigheter, svår

ekonomisk situation, utanförskap, otrygg tillvaro utan socialt nätverk och känner sig isolerade i det nya landet (15). Allt detta kan försämra individens fysiska och psykiska hälsa (15). En stor översiktsstudie har visat att frekvensen av diagnosen posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) är tio gånger så vanlig hos personer med flyktingbakgrund jämfört med den generella befolkningen (19), vilket dock ofta förbises av primärvårdsläkarna (20). I samma studie framkom även att en av tjugo patienter med flyktingbakgrund lider av en svår depression och ca en av tjugofem lider av generellt ångestsyndrom (19). Kanadensiska studier visar att kvinnor med utrikesbakgrund löper en dubbelt så stort risk att drabbas av postpartumdepression (15, 21). Detta kan ha samband med pre- och postmigrationens stress, trauma samt bristande kunskaper om postpartumdepression hos patienterna. Språksvårigheter och rädsla av stigmatisering inom den egna gruppen tros också påverka situationen (15). Data från Norge och Danmark visar att ungefär hälften av de flyktingar som kommit till dessa länder har blivit torterade (22). Personer som har varit torterade löper betydligt ökad risk att drabbas av PTSD och depression (18). Trots det väljer många patienter som har varit med om tortyr att inte söka hjälp för sina symptom och de upplever att det är svårt att på eget initiativ berätta om sina traumatiska upplevelser (22).

I Socialstyrelsens rapport från 2015 framgår att asylsökande och andra nyanlända med uppehållstillstånd som lider av psykisk sjukdom inte alltid får den vård och omsorg som de har rätt till enligt lagstiftningen (15). Psykisk ohälsa hos patienter med flyktingbakgrund kan vara underdiagnostiserad vid hälsoundersökningar och via primärvården. Detta kan vara problematiskt med tanke på att primärvården ska fungera som första linjens psykiatri (23). Vikten av att tidigt uppmärksamma psykisk ohälsa bland patienter med flyktingbakgrund är stor, inte minst för att minska risken för att besvären blir kroniska (24). I en rapport författad av Stockholms läns landsting (SLL) 2012, konstaterades dock att uppdraget som första linjens psykiatri inte alltid känns klart av primärvårdsläkarna, bland annat var det svårt att veta var gränsen gick för att skicka remiss till specialistvården. Det framgick att ”I praktiken är det svårt att veta hur svår en depression eller ett ångesttillstånd är och hur sjukdomen kommer att utvecklas” (23). Det har även konstaterats att skillnaderna när det gäller vilka insatser som kunde erbjudas och vilka som faktiskt utfördes var stora mellan olika vårdcentraler (23). Flyktingpatienternas obenägenhet att berätta om psykiska besvär och en tendens att somatisera kan försvåra diagnostisering av depression i primärvården (15). Det finns emellertid starka skäl att genomföra utredning och behandling av psykisk ohälsa inom primärvården (15). En kontinuerlig kontakt med sin primärvårdsläkare skapar tillit och

förutsättning för att öppna sig och prata om sina symptom. I Mellanöstern, Afrika och Asien är det vanligt med stigmatisering av psykisk ohälsa (21, 25), medan besöken till primärvården inte stigmatiseras på samma sätt (15). Tillräcklig motivation och information som beaktar patientens förväntningar, farhågor och föreställningar om sjukdomen ökar följsamheten hos patienterna. Om remiss till psykiatri skickas utan detta, föreligger en stor risk att patienten avbryter sin behandling eller uteblir från besöken (15). Psykisk ohälsa kan således vara ett ämne kring vilket missförstånd i primärvården uppstår. Det kan dock även finnas andra utmaningar vid det interkulturella mötet i vården, det vill säga, mötet mellan patienter och vårdgivare med olika etniska och socioekonomiska bakgrunder (26).

### **1.3 Betydelse av kulturella skillnader under läkarmötet**

En del av svårigheterna som kan inträffa vid behandling av patienter med flyktingbakgrund kan vara kulturrelaterade. Kultur kan vara något som skapar känslorferenheter, mellanmännsliga relationer, tankar och formar våra sätt att kommunicera. De kulturella koderna kan vara omedvetna tills man konfronteras med en annan kultur i vilken man känner sig främmande (24). De kulturella koderna går att lära sig och de är reproducerbara (27). Det har föreslagits att kultur inte är något som primärvårdsläkarna fokuserar på i större utsträckning vid interkulturella möten (27, 28). Läkarkonsultationen kunde av läkarna ses som ett möte mellan människor där kultur endast är en av många individuella faktorer som kan påverka mötet. Trots det, har de kulturella skillnaderna många gånger en central roll när läkaren eller patienten är missnöjda med konsultationen (27). Enligt Svenberg är det vanligt att vårdgivarna i Sverige försöker med goda intentioner behandla alla lika genom att tänka att ”alla vi är människor” och i stället för kultur endast koncentrera sig på symptom, undersökning och laborationsprover. Det kan finnas ett problem med detta då patienternas personliga berättelser förloras i möten med vårdgivarna och risken för missuppfattningar ökar (28). Graden av tillfredställelse som patienterna upplever beträffande sina vårdkonsultationer är till en stor del korrelerad med deras förväntningar som antingen infrias eller inte, och då uppstår problem (29-31). Ökad medvetenhet om de kulturella skillnaderna har visat att öka compliance och underlätta kommunikationen (28, 30). Läkarnas och patienternas fördomar lyfts också fram som en försvårande faktor vid interkulturell kommunikation (26, 28).

Olika kulturer har olika sätt att förklara sjukdomars orsaker och uppkomst samt möjliga interventioner (21, 24). Somatisering med medicinskt oförklarliga symptom, exempelvis kronisk smärta, trötthet, gastrointestinala symptom kan ibland maskera psykisk ohälsa och kan vissa gånger ses som ett uttryck för kulturbundna symptom (21, 24, 32). Det är dock viktigt att

ha i åtanke att somatisering inte är enbart ett kulturbundet fenomen och förekommer generellt i befolkningen oavsett bakgrund. Vissa patienter med flyktingbakgrund tenderade i en studie att förklara uppkomsten av sjukdomen i linje med deras religiösa övertygelser (26). En aspekt som återkommer i flera studier är olika förståelse av begreppen hälsa och sjukdom (22, 26, 30). Vissa läkare upplevde i studier att patienter med flyktingbakgrund kunde ha svårt att förstå att psykiska och sociala problem kan leda till fysiska symptom (22, 26, 27). Detta bekräftas även av svenska studier med somalisktalande och arabisktalande deltagare (28, 33). I en intervjustudie med irakiska flyktingpatienter framgick att många patienter inte trodde på att man i någon större grad kan påverka den fysiska hälsan genom ändrad kost och träning (33). Därför blev de besvikna i mötet med den svenska vården, där preventivt arbete för att förebygga sjukdomar förespråkas (33). Dock finns det belägg för att hälsokunskap är något som man kan lära sig (34).

Hälsoskolan är ett exempel på en pågående intervention, riktad till att ge ökad hälsokunskap till nyanlända utrikes födda och ge dem verktyg för att bättre hantera sin stressituation (34, 35). I en utvärdering av Hälsoskolan i Södertälje, där arabisktalande nyanlända flyktingar medverkade, berättar deltagarna om en förbättrad självupplevd hälsa, ökad hälsoförståelse och minskad smärtproblematik (35). Metodiken bygger på en dialog mellan deltagare och samtalsledare med olika vårdprofessioner, bland andra sjuksköterska, fysioterapeut, läkare, barnmorska, psykolog, tandläkare. Hälsoskolan bedrivs som en gruppaktivitet och är vanligen begränsad till fem tvåtimmarssessioner som ges kontinuerligt en gång i veckan (34, 35). Ämnen tas upp utifrån deltagarnas behov och är bland andra svenska sjukvårdens uppbyggnad och professioners utbildningar, motion, postmigrationsstress, våld i hemmet, stressrelaterade symptom och coping strategier (34, 35). Deltagarna berättade även om en ökad vilja till delaktighet efter kursen, exempelvis motivation till att lära sig det svenska språket och ta reda på mer om den svenska kulturen, samt hur uppfostra sina barn i Sverige (35). Det rekommenderas att Hälsoskolan fokuserar ännu mer på postmigrationsstress bland nyanlända (35).

#### **1.4 Språkbarriärens betydelse**

Språket brukar ofta nämnas som ett hinder vid det interkulturella mötet (22, 26). I en studie framkom det att läkarna uttryckte oro över att patienten på grund av språkbarriären inte skulle kunna tillgodogöra sig en del av behandlingarna som de hade att erbjuda. De ansåg exempelvis att möten med en psykolog eller kurator endast skulle kunna vara givande om man anlätade en professionell tolk som kunde vara med under hela processen (22).



Språkbarriären kunde leda till att patienterna undvek att besöka primärvården, vilket i sin tur också ledde till färre remisser till specialistvården (30). Språkbarriärer var ett hinder även i avseende att förstå skrivna instruktioner och övrigt material (29). I Hälso- och sjukvårdslagen betonas vikten av att kunna förstå och göra sig förstådd vid läkarmötet (7). Således är det en rättighet att ha en kompetent auktoriserad tolk och närvaro av denna kan inte jämföras med vårdpersonal som pratar samma språk eller släktingar som översätter (21, 24). Språket är ett centralt redskap för att kunna ställa en somatisk och psykiatrisk diagnos (21, 36). Utan tolk fanns en risk att patienterna fick fel medicinering, då läkarna inte kunde ta en adekvat anamnes (30). Även om de flesta läkarna på vårdcentralerna använder professionella auktoriserade tolkar som den gyllene standarden vid de interkulturella konsultationerna, har det i flera studier visats att användning av tolk också kan vara problematiskt (30, 37). Flertalet patienter upplevde att tolken inte översatte rätt och inte förklarade de medicinska termerna på ett adekvat sätt, vilket kunde leda till missförstånd och felaktig behandling (29). Patienterna uttryckte även oro för att deras personliga information kunde spridas till andra inom det sociala nätverket (21, 29, 30, 37).

## **1.5 Interkulturella möten från patienternas perspektiv**

Kontakten med sjukvården för patienter med flyktingbakgrund sker i första hand på vårdcentralen (29). Vårdcentralerna har uppdraget att fungera som första linjens psykiatri, vilket är särskilt viktigt med tanke på den stora graden av psykisk ohälsa bland patienter med flyktingbakgrund (18). Vårdcentralerna fungerar som en ingång till specialistvården, men många patienter med psykisk ohälsa kan med fördel färdigbehandlas inom primärvården. Det har noterats att studier i ämnet har gjorts för att kartlägga vårdgivarnas perspektiv och strategier för att förbättra det interkulturella mötet mellan vårdgivare och patienter med flyktingbakgrund, men man har ännu inte fokuserat på patienternas perspektiv i större utsträckning (38). Därför är det viktigt att undersöka hur patienterna med flyktingbakgrund upplever läkarkonsultationer inom primärvården och vad de anser skulle kunna påverka och förbättra dessa. Patienter med flyktingbakgrund valdes därför att det är en särskild utsatt grupp för psykisk och fysisk ohälsa (13). Arabiska valdes för att det är den största språkgruppen bland flyktingar som kommer till Sverige under perioden för denna studie (3).

## **2. Syfte och frågeställning**

Syftet med studien var att undersöka hur arabisktalade patienter med flyktingbakgrund upplevde och uppfattade sina möten med läkarna i primärvården. Vilka var de vanliga svårigheterna och hindren som kunde uppstå under och kring mötet? Vad ansåg patienterna att läkaren kunde göra för att lättare övervinna dessa svårigheter? Erhållen information kommer förhoppningsvis att öka kunskapen hos läkarna om interkulturella möten i primärvården med arabisktalande patienter med flyktingbakgrund men även generellt andra grupper av utrikes födda.

## **3. Material och metoder**

### **3.1 Studiedesign**

Detta var en explorativ studie med kvalitativ design, med semistrukturerade intervjuer. Metoden lämpar sig vid undersökning av människors sociala upplevelser, tankar, förväntningar och attityder samt för att forskningsområdet är relativt outforskat (39). Semistrukturerade intervjuer innebär att öppna frågor ställs utifrån en förutbestämd frågeguide (Bilaga 1). Det finns inte någon särskild ordning i vilken frågorna ska ställas, och intervjun ska mer utformas som ett samtal för att möjliggöra en öppen diskussion. Detta ger utrymme för en viss flexibilitet för att få fram svar som kan vara relevanta för frågeställningen (40). Intervjuerna genomfördes individuellt då ämnet kan uppfattas som känsligt. Det bedömdes att deltagarna kunde på ett mer avslappnat sätt berätta om sina personliga erfarenheter vid individuella intervjuer då deras berättande inte skulle begränsas av andra studiedeltagare (40). Intervjuerna avslutades när mättnad uppnåddes (39). Detta betyder att nya intervjuer tillförde enbart ringa ny information för frågeställningarna. Intervjumaterialet analyserades enligt Graneheim & Lundmans anvisningar för kvalitativ innehållsanalys (39).

Denna studie är en del av doktorandstudien ”Empati i konsultation med flyktingpatienter” som bland annat syftar till att utforska patienters och läkares syn på empati och dess plats i interkulturella konsultationer.

### **3.2. Informanter och rekrytering**

#### *3.2.1 Inklusions- och exklusionskriterier*

Inklusionskriterierna bestämdes till följande: myndiga personer, men inte äldre än 65 år, med flyktingbakgrund och ett svenskt personnummer, och som har erfarenhet av att ha besökt den svenska primärvården. Den övre åldersgränsen valdes för att undvika att intervjua personer med begynnande demenssjukdomar. Målet var att få informanter i olika åldrar, med både

manliga och kvinnliga deltagare. Deltagarna skulle ha arabiska som modersmål. Exklusionskriterierna var: psykotiska, suicidala och svårt deprimerade patienter.

### *3.2.2 Pilotintervjuer*

Två pilotintervjuer genomfördes innan datainsamling påbörjades. Den första skedde på Karolinska Institutets bibliotek med en informant som rekryterades genom huvudhandledaren. Informanten uppfyllde inklusionskriterierna och fick ta del av informationsbilagan (Bilaga 2). Den andra intervjun genomfördes med en annan läkarstudent som spelade patient och skedde i närvaro av huvudhandledaren. Dessa intervjuer transkriberades inte. Pilotintervjuerna genomfördes i syfte att förfina intervjutekniken och testa intervjuguiden (Bilaga 1). Intervjuguiden justerades utifrån de erfarenheter som erhöles från pilotintervjuerna.

### *3.2.3 Rekrytering av informanter*

Studien genomfördes via intervjuer med patienter på två vårdcentraler i Storstockholm, med den ena vårdcentralen i södra delen av Stockholm (Södertälje kommun) och den andra i norra delen av Stockholm (Solna kommun) för större spridning av potentiella erfarenheter. Informanterna kontaktades genom anslag på vårdcentralerna (Bilaga 2), samt via primärvårdsläkarna. Informanterna fick ta del av skriftlig information (Bilaga 2), vilken fanns översatt/tillbakaöversatt till/från arabiska. Vårdcentralen i Södertälje kommun bokade själva in tiden för intervjun, medan intervjuaren bokade tolk. Fem intervjuer bokades. Vid ett tillfälle uteblev tolken och intervjun ställdes in. Informanten tackade nej till att komma tillbaka och genomföra intervjun en annan gång. Totalt intervjuades fyra patienter från vårdcentralen i Södertälje kommun. Vårdcentralen i Solna kommun tillhandahöll en lista med sex potentiella informanter som de hade rekryterat. Intervjuaren ringde till informanterna och bokade in tiden för intervjuerna och tolkarna. En av informanterna på listan var 17 år gammal och intervjuades inte, en annan informant svarade inte vid försök till telefonkontakt. Totalt intervjuades fyra patienter från vårdcentralen i Solna kommun. Vårdcentralerna hade fler informanter att rekrytera, men eftersom det av handledarna och intervjuaren bedömdes att tillräckligt med material hade insamlats fortsatte inte rekryteringen.

### *3.2.4 Genomförande av intervjuer*

Intervjuerna genomfördes individuellt och tolk tillhandahölls när informanten bedömde sig behöva en (under sex av åtta intervjuer). Intervjuer med Södertäljes informanter genomfördes på ett rum på vårdcentralen mellan 2015-09-22 och 2015-09-29. Intervjuer med Solnas informanter genomfördes på Karolinska Universitetets bibliotek i Solna mellan 2015-10-05

och 2015-10-09, i ett grupprum som i förväg bokades för det ändamålet. Varje intervju inleddes med frågan ”Vilka erfarenheter har du av möten med läkare på vårdcentralen?” och mot slutet ställdes en fråga om det var något när det gäller läkarbesök som inte berördes under intervjun och det gavs möjlighet att ta upp detta. Intervjuerna avslutades med informantens utvärdering av intervjun. De övriga frågorna från intervjuguiden (Bilaga 1) ställdes inte ordagrant, utan utifrån det informanten berättade i syfte att skapa ett öppnare klimat för samtalet (40). Alla frågor från intervjuguiden (Bilaga 1) täcktes dock under intervjuerna. Informanterna erhöll två biobiljetter som tack för sitt deltagande.

### *3.2.5 Dokumentation*

Samtyckesblanketterna erhöles och skrevs på av varje informant före intervjun. Efter samtycke från informanterna spelades intervjuerna in med två diktafoner (*Olympus VN-8600, Japan och Olympus WS-650S, Japan*). Två diktafoner användes för att minska risken för potentiella tekniska problem. Därefter transkriberades det inspelade materialet till text. Intervjun transkriberades alltid innan nästa intervju genomfördes och granskades översiktligt av huvudhandledaren. Detta gjordes i syfte att vid behov justera intervjutekniken och säkerställa mättnad (39).

## **3.3. Dataanalys**

### *3.3.1 Kvantitativ sammanställning av data*

Alla informanter fick en egen kodsiffra i ett dokument där deltagarnas bakgrundsdata sammanställdes. Samma kodsiffra användes vid transkriberingen av intervjuerna. Informanternas kön, ålder, ursprungsland, tid i Sverige, utbildning, sysselsättning i hemlandet, nuvarande sysselsättning i Sverige, intervjutid, transkriberingstid samt i fall tolk hade använts vid intervjun antecknades och sammanställdes i ett Microsoft Office Excel dokument.

### *3.3.2 Kvalitativ innehållsanalys av intervjuer*

Intervjumaterialet analyserades enligt Graneheim & Lundmans anvisningar för kvalitativ innehållsanalys (39). Metoden tillåter en explorativ analys jämfört med en analys som från början styrs av en specifik förhandsvald teori. Det tillvägagångssättet är en del av den hermeneutiska traditionen som menar att det inte finns en absolut sanning och ”verkligheten” kan tolkas av individen på många olika sätt (22, 40). Det transkriberade materialet lästes flera gånger för att skapa en helhetsbild. Analysen skedde induktivt, vilket betyder att kategorierna inte var förutbestämda, utan urskiljdes under analysens gång utifrån materialets innehåll (39). De meningsbärande enheterna markerades i det transkriberade materialet. Dessa kan definieras

som meningar eller stycken som beskriver fenomen och innehåller aspekter som relaterar till varandra genom sammanhang (39). De meningsbärande enheterna samlades i ett Microsoft Office Word dokument och kondenserades därefter till kortare stycken med bibehållen mening. Dessa kodades sedan, vilket innebär att de fick en kortfattad kod, liknande en etikett för att underlätta den senare sorteringen till underkategorier, kategorier och slutligen övergripande tema (39). De erhållna underkategorierna och kategorierna presenteras i resultatdelen med utvalda citat. Citaten genomgick en viss språklig redigering för ökad läsbarhet men också i syfte att värna informanternas anonymitet. Den kvalitativa innehållsanalysen utfördes innan den språkliga redigeringen, som bedöms därför inte ha påverkat citatens innebörd. Analysen genomfördes av studenten själv, men huvudhandledaren gjorde en egen kodning. Detta gjordes i syfte för att minska risken för utelämnande av viktigt material och feltolkningar. De slutliga kategorierna, underkategorierna och övergripande tema bestämdes i samråd med huvudhandledaren. Exempel på kvalitativ innehållsanalys av intervjumaterial presenteras i tabell 1.

**Tabell 1. Exempel på kvalitativ innehållsanalys.** Analys av intervjumaterial med arabisktalande flyktingpatienter med övergripande tema ”Krock mellan flyktingpatienternas förväntningar och primärvårdens verklighet”.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Underkategori	Kategori	Övergripande tema
De som inte mår så bra psykiskt tar lugnande eller sömntablett. Ja, vi vet att de tar medicin, men vi sopar bort det, vi vill inte veta.	Självmedicinering mot psykisk ohälsa. Tabu att ta upp frågor kring psykisk ohälsa.	Psykisk ohälsa som tabu	Psykisk ohälsa som tabu i hemlandet	Flyktingpatienternas sökbeteende i primärvården	Krock mellan flyktingpatienternas förväntningar och primärvårdens verklighet
Problemet här i Sverige är att varje gång jag går till läkare, måste jag vänta, vänta, vänta. Vi brukar inte vänta.	Långa väntetider för att komma till läkaren i Sverige.	Väntetid	Väntetid	Hinder och möjligheter i vården	Krock mellan flyktingpatienternas förväntningar och primärvårdens verklighet

Ett sätt att öka tillförlitligheten i en kvalitativ studie är att återknyta de preliminära resultaten genom att presentera dem för målgruppen (39). Forskningsgruppen genomförde därför en gruppintervju med 16 deltagare på SFI. Något modifierade versioner av information till forskningsperson (Bilaga 2) och samtyckesblankett (Bilaga 3) användes och samtycke erhöles från samtliga deltagare. Av 16 deltagare i gruppintervjun var 15 arabisktalande. En kvinna i

gruppen var inte arabisktalande. Dock bedömdes att det var oetiskt att inte låta henne delta i gruppintervjun. Hennes svar skiljde sig dock inte väsentligt från de andra erhållna svaren och bedöms därför inte ha påverkat resultatet. Gruppintervjun genomfördes under vecka 50 med både handledaren och bihandledaren närvarande. Författaren presenterade de i kvalitativ innehållsanalys erhållna kategorierna som underlag för diskussion. Arabisk tolk användes vid behov och bihandledaren tog minnesanteckningar. Intervjun spelades in, men transkriberades inte och användes enbart som trovärdighetskontroll. Informanterna berättade att de kände igen sig i de presenterade kategorierna. Vid slutet av gruppintervjun gjordes en sammanfattning av det vi hade pratat om, informanterna instämde.

### **3.4 Forskningsetiska överväganden**

Båda vårdcentralerna besöktes innan påbörjad rekrytering av informanter. Personalen informerades om studien och godkännande för genomförande av studien från respektive verksamhetschefer erhöles muntligen och skriftligen. Informanter rekryterades av personalen på vårdcentralerna. Patienterna fick information om att deras beslut om deltagande i studien inte kommer att påverka den fortsatta medicinska handläggningen på vårdcentralen. Alla deltagare fick både skriftlig och muntlig information om studien och skrev på en samtyckesblankett som fanns tillgänglig på deras modersmål (Bilaga 2 och 3). En etisk aspekt kan vara att ämnet kan upplevas av deltagarna som känsligt då detta är ett intrång i den personliga integriteten och kan väcka obehagliga minnen (41). I samtyckesblanketten framgick tydligt att informanten kunde, när som helst, avbryta studien eller avstå från att svara på enskilda frågor. Denna information gavs även muntligt. Förhoppningsvis kommer studien att bidra till att förbättra de interkulturella läkarkonsultationerna i framtiden och därmed att nyttan överväger riskerna som fanns vid studien, nämligen att intervjuerna berörde ett känsligt ämne. Deltagarna informerades om att alla intervjuresultat skulle presenteras anonymt. Intervjumaterialet spelades in och transkriberades aidentifierat. Personalen på vårdcentralerna som hade rekryterat informanterna hade inte tillgång till de inspelade eller transkriberade intervjuerna. Citaten valdes så att det inte går att härleda svaren till en viss person. Det fanns möjlighet att ge feedback till intervjuaren direkt efter den genomförda intervjun. Frågor ställdes också om hur informanterna upplevde intervjun. All data, såsom samtyckesblanketter från intervjuerna och gruppintervjun, ljudinspelningar och transkriberat material förvarades inlåsta hos handledaren och kommer att förstöras efter att materialet har resulterat i en godkänd doktorsavhandling av bihandledaren (Erica Rothlind). Allt skriftligt material för vilket tolk användes har översatts och därefter tillbakaöversatts av professionella translatorer.

Översättningarna har sedan jämförts med tillbakaöversättningarna. Kontaktuppgifter till forskningsteamet erbjöds.

Etiskt tillstånd för att genomföra studien erhöles från Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm (Diarier nr: 2015/1228-31/5).

## 4. Resultat

### 4.1 Intervjuerna och studiedeltagarna

Totalt genomfördes åtta intervjuer, fyra med informanterna från vårdcentralen i Solna kommun och fyra från vårdcentralen i Södertälje kommun. Det totala materialet som spelades in var drygt 8,5 timmar och den totala transkriberingstiden beräknades till ca 30 timmar.

Medeltiden per intervju var ca en timme, med den kortaste intervjun på ca 24 minuter och den längsta på en timme och 39 minuter. Arabisk tolk användes vid sex av åtta intervjuer.

Informanternas bakgrundsinformation presenteras på gruppnivå i tabell 2. Södertäljes informanter var något äldre, medelåldern för Solnas respektive Södertäljes informanter var 44 år (min 30, max 65) respektive 57 år (min 48, max 62).

**Tabell 2. Bakgrundsdata över de åtta intervjuade informanterna**

Kön	Antal	Födelseland	Antal	Nuvarande sysselsättning	Antal
Män:	5	Syrien	6	Arbetslös	2
Kvinnor:	3	Irak	2	Sjukskriven	3
				Arbetar	3
Tid i Sverige	År	Utbildningsnivå	År	Ålder	År
Max	8	Högst:	17*	Högst:	65
Min	1	Lägst:	2	Lägst:	30
Medel	3	Median:	17	Median:	53
		Medel	13	Medel:	50,8

\*Motsvarande avslutad masterutbildning på universitet eller högskola

De 16 SFI-deltagarna som studiens resultat återkopplades till i en gruppintervju var något yngre än informanterna i studien, medelåldern för dem var 39 år. Nio män och sju kvinnor deltog. Intervjun varade i ca en och en halv timme och bekräftade resultaten erhållna i studien.

## 4.2 Översikt av resultat

Den kvalitativa innehållsanalysen resulterade i att det analyserade materialet delades in i fyra kategorier och tolv underkategorier, vilka presenteras i tabell 3. Det genomgående temat var ”Krock mellan flyktingpatienternas förväntningar och primärvårdens verklighet”. Utförligare redogörelse av kategorier och underkategorier hittas nedan tillsammans med aidentifierade citat som exemplifierar den kvalitativa innehållsanalysen.

**Tabell 3. ”Krock mellan flyktingpatienternas förväntningar och primärvårdens verklighet”.** Översikt över kategorier och underkategorier från intervjuer med arabisktalande flyktingpatienter

Tema	Kategori	Underkategori
Krock mellan flyktingpatienternas förväntningar och primärvårdens verklighet	Flyktingpatienters psykiska mående och sökbeteende i primärvården	Självupplevda symptom på psykisk ohälsa
		Psykisk ohälsa som tabu i hemlandet
		Upplevd osäkerhet om hur vården fungerar
	Jämförelse mellan sjukvård i hemlandet och i Sverige	Vad kan vårdcentralen göra?
		Integration och delaktighet är A och O
		Vårdpersonal med samma bakgrund
	Hinder och möjligheter i vården	Väntetid
		”Jag kan inte hjälpa dig”
		Språk, kultur och ekonomi som hinder i vården
		Nöjdhet med vården
	Ett värdigt bemötande	Förväntningar på läkarbesöket
		Vad läkaren ska göra för ett lyckat läkarbesök

## 4.3 Flyktingpatienters psykiska mående och sökbeteende i primärvården

### 4.3.1. Självupplevda symptom på psykisk ohälsa

Flera av informanterna upplevde symptom på psykisk ohälsa, bland annat glömska, nedstämdhet, koncentrationssvårigheter, sömnstörningar. De var oroliga för hur situationen i



deras hemländer kommer att utvecklas, erfor ett ständigt grubblande över sina upplevelser från hemlandet och under flykten. Många hade separerats från sina anhöriga. Flera personer hade varit med om krigsupplevelser som de tyckte var psykiskt påfrestande att berätta om under intervjun, exempelvis att medlemmar i deras familj eller bekanta blivit dödade eller torterade.

*”Egentligen för hela syriska befolkningen, det första problemet är psykisk (o)hälsa. Jag vet genom mina kompisar som upplever psykisk ohälsa som påverkar dem. De har ont i huvudet. Och min fru också, hon glömde allting. Psykiska (o)hälsan påverkar hjärnan och nerverna, jag är en av dem som har den här problematiken. Jag har huvudvärk och besvär med benen...” Informant 7*

*”Jag har svårt att koncentrera mig. Nu när jag pratar, kan jag inte komma ihåg alla svenska ord, även om jag kan dem. Jag glömmet nycklar och kan inte köra bil, jag glömmet parkering. /.../ Jag har ju PTSD. Det påverkar mig jättemycket.” Informant 2*

Det framkom även att många informanter inte trodde att man kunde få hjälp med sin psykiska ohälsa av läkarna eller någon annan. Har man förlorat allt, var tvungen att börja sitt liv på nytt, var separerad från sina släktingar och vänner, var det ingen som kunde hjälpa dem och det var ingen idé att börja ta upp frågor kring sitt mående med en läkare eller en psykolog.

*”När du har förlorat allt, ingen person kan hjälpa dig. Vet du varför? Under 18 år jag bildade allting, jag hade hus, jag hade pengar, jag hade två bilar. /.../ Min familj är inte här. Om jag pratar med doktorn och psykologen, vad kan de göra för mig? Kan de ge mig tillbaka allt som jag har förlorat? Nej. Kanske de får mig att känna mig mer avslappnad., men inte mer.” Informant 7*

#### *4.3.2. Psykisk ohälsa som tabu i hemlandet*

Flera informanter berättade att till skillnad från i Sverige var det tabu att prata om den psykiska ohälsan i hemlandet. Om någon fick veta att man sökte hjälp för sin psykiska ohälsa, riskerade man att bli stämplad som ”galen”, för att folk trodde att det alltid fanns en anledning till varför man besökte en ”sådan läkare”. Det var lagligt att i hemländerna gå till apoteket och utan recept köpa lugnande och sömntabletter. Alla visste att detta pågick, men det pratades inte öppet om det. Informanterna kände inte heller att de kunde ta upp frågor kring psykisk ohälsa med arabisktalande läkare i Sverige. I Sverige bodde man ofta grannar med sina landsmän och då skapades samma stämning som i hemlandet – om man sökte hjälp för psykisk ohälsa kunde man bli stämplad som ”galen”. Samtidigt påpekade flera informanter att de kände sig mer bekväma att prata om psykisk ohälsa med en svensk läkare.

*”Hemma hos oss, när det gäller psykisk ohälsa är det tabu. Jag vet inte hur de (arabiska läkare) studerar, jag tror inte man pratar om psykisk ohälsa. När vi går till läkaren, han frågar aldrig ”hur mår du psykiskt?” eller något sådant. Kanske de läser så, de tar bara undersökning och anatomi. Ingen aning. Vi har inte sådant.” Informant 6*

*”En arab han tycker att man är galen när man pratar om psykisk ohälsa, men det gör inte en svensk läkare. På det sättet känner jag mig bättre hos en svensk läkare, det är vad jag känner.” Informant 6*

En informant berättade dock att hon kunde prata om sin psykiska ohälsa med läkarna från hemlandet verksamma i Sverige. Det framgick även att informanterna tyckte att det var viktigt för läkarna att motivera patienterna till att söka hjälp hos exempelvis en psykolog och att just den motivationen kunde vara avgörande för patientens framtida behandling och mående.

#### *4.3.3. Upplevd osäkerhet om hur vården fungerar*

Informanterna var osäkra på skillnaden mellan en läkare, psykolog och kurator och vilken hjälp som gick att få från respektive yrkeskategori. De flesta av informanterna kände inte till att man kunde prata om psykisk ohälsa med sin läkare på vårdcentralen. De trodde att ”sådana frågor” togs upp hos speciella läkare och endast då man verkligen var sjuk, ”galen”. Det är sällan informanterna blev tillfrågade om sin psykiska ohälsa av läkarna på vårdcentralerna och om den frågan väl kom, reagerade de olika.

*”I början tänkte jag att han går in i mitt privata liv, men sedan har jag vant mig. Nu är jag van, det är inget konstigt (att prata om hur man mår).” Informant 6*

En av informanterna blev erbjuden kontakt med en psykolog efter att hon sökte hos olika specialistläkare för sina ledbesvär. Hon tyckte dock att läkarna i Sverige skickade patienten till psykologen alltför snabbt och att det var viktigt att utesluta andra orsaker till sjukdomen.

*”När de svenska läkarna ställer diagnos, först av allt skyller de på psykologproblem, men i mitt land utesluter vi andra problem (först). Men när vi kommer till läkare i Sverige, det första de säger är ”hm... psykolog...”. Alltid. De lyssnar inte och de tar inte det seriöst.” Informant 2*

Resten av informanterna blev inte erbjudna en kontakt med en psykolog eller en kurator, de flesta ville dock inte heller ha det och trodde inte riktigt att de skulle kunna bli hjälpta. Det framkom att informanterna tyckte att utbildning och information från läkarna var viktiga för att förändra attityder kring psykisk ohälsa. Ett tips från en informant var att läkarna skulle informera SFI-eleverna om psykisk ohälsa på plats, berätta vilken hjälp som fanns tillgänglig

och var man kunde vända sig. Det var vanligt att informanten under intervjun påpekade att just han eller hon inte behövde läkarhjälp med den psykiska ohälsan, medan det fanns många bekanta bland deras landsmän som skulle behöva det och att många flyktingar generellt skulle ha nytta av det.

*”Jag har många kompisar. Och jag tror att de behöver en sådan psykdoktor (psykiater). De tänker mycket, de klagar, vägrar att jobba, de tänker tillbaka, de tycker att det var bättre i hemlandet. De väntar tills de kan återvända tillbaka till Syrien.” Informant 7*

Det framgick även att informanterna tyckte att om läkarna ville hjälpa flyktingpatienterna med den psykiska ohälsan, skulle läkarna hjälpa dem med deras aktuella praktiska problem istället för prata om det förflutna som man inte kunde förändra. Många informanter upplevde att de i mötet med läkaren inte fick en tydlig information om vilka vårdmöjligheter fanns tillgängliga för dem, exempelvis rätten till en sjukgymnast, val av läkare och vårdcentral etc. De flesta informanterna visste inte att de hade rätt till en gratis hälsoundersökning som nyanländ och flera uppgav att de inte blivit erbjudna att genomgå en sådan. Informanterna berättade att de förväntade sig att läkaren på vårdcentralen skulle guida dem i vården och råda om var de kunde vända sig.

#### **4.4. Jämförelse mellan sjukvård i hemlandet och i Sverige**

##### *4.4.1. Vad kan vårdcentralen göra?*

Informanterna tyckte att ett av de största problemen med svensk sjukvård var att man inte kunde träffa en specialistläkare direkt. De flesta visste inte att många läkare som arbetar på vårdcentralerna är specialister. Informanterna jämförde sjukvårdens uppbyggnad i Sverige med sina hemländer där man kunde få tid hos specialistläkaren utan att först behöva gå genom vårdcentralen. Enligt informanterna delades sjukvården i deras hemländer i det statliga och det privata, och hade man råd att betala, så kunde man träffa en specialistläkare samma dag. Den hjälpen som vårdcentralerna kunde erbjuda ifrågasattes starkt och vårdcentralen sågs ofta som en barriär innan man fick komma till en specialistläkare.

*”Här på vårdcentralen kan läkaren inte göra mycket. Han kan diagnostisera förkylning, luftvägsinfektion, urinvägsinfektion, inte mer.” Informant 1*

Frustrationen över att inte få träffa en specialistläkare var stor. Flera informanter uttryckte att läkare i Sverige oftast skrev ut Alvedon, rådde patienten att dricka mera vatten och komma tillbaka om det inte blev bättre. De upplevde att det krävdes flera besök innan deras besvär

togs på allvar och remiss skickades till en specialistläkare. Flera av informanterna löste situationen genom att själva söka till privata landstingsanknutna specialistläkare, där ingen remiss krävdes. Det uppstod en del frågor kring varför det fanns öron-näsa-hals - och ögonläkare som tog emot patienter utan remiss, men exempelvis inga kardiologer. En informant berättade att hon till slut var tvungen att resa till ett annat arabisktalande land än hemlandet för att få en second-opinion, då hon inte kände att hon hade fått hjälp i Sverige. Flera informanter berättade att de använde mediciner som de hade med sig från hemländerna, vilket de dock oftast inte berättade om för sin behandlande läkare på vårdcentralen. Den långa väntetiden för att få komma till en specialistläkare medförde oro för att symptomen kunde bli värre, detta gällde speciellt fallen med svåra sjukdomar.

*”Jag kommer från Syrien och där gick man direkt till den speciella läkaren. Här tog det tid, när man först kom hit (vårdcentralen), fick remiss till läkare. Om man, som jag, har hjärtproblem, man blir orolig. Det tar lång tid (att komma till en specialist).” Informant 3*

I flera intervjuer framgick även att sjuksköterskornas roll var annorlunda i hemlandet jämfört med Sverige. Informanterna upplevde att sjuksköterskorna i Sverige hade fler befogenheter och en annan utbildning än i deras hemländer. En informant tyckte att systemet på akuten där patienterna först fick träffa en sjuksköterska var ineffektiv då sjuksköterskan inte kunde ge en behandling direkt. Det skulle vara bättre om läkaren träffade patienten direkt och gav ordinationer till sjuksköterskan. En annan informant tyckte att det var konstigt att en sjuksköterska kunde ge medicinska råd och neka en läkartid vid telefonbokning. I hemlandet tog sjuksköterskorna hand om omvårdnadsbiten, men kunde inte ge medicinska råd eller fatta beslut om patienten fick komma till en läkare eller inte.

#### *4.4.2. Integration och delaktighet är A och O*

De flesta informanterna tyckte att integration och delaktighet i samhället ledde till förbättrad upplevelse av vården och mötet med läkare. Många uppfattade att just integration och svårigheter med att skaffa sig arbete, bostad var det viktigaste för dem och att det var den enskilt störst bidragande faktorn till att man mådde dåligt. Det var viktigt att lära sig språket, reglerna och förstå hur svenska sjukvårdssystemet fungerade för att känna sig nöjd med läkarbesöken.

*”De som kommer hit, alla de är duktiga på sätt och vis. De måste bara få rätt hjälp. Under kriget man har inte så mycket kapacitet. Jag har den här kapaciteten, men inte alla och inte barnen.” Informant 7*

Informanterna deltog i en kurs i samhällsorientering på arabiska, men kände ofta att kurserna var alltför korta och att få frågor kring sjukvården och läkarhjälp togs upp.

#### *4.4.3. Vårdpersonal med samma bakgrund*

Att en läkare pratade samma språk ökade uppfattningen att man hade blivit förstådd.

*”Tack och lov att det finns en del personal som också pratar arabiska. Då blir det lättare för mig. När jag träffar en svensk läkare så kan det vara svårt för mig att visa mina intryck eller visa mina svårigheter, besvär.” Informant 4*

Flera informanter fick hjälp av läkarna och vårdcentralens övriga personal med att fylla i blanketter och fick förklarat för sig hur man skulle ta sig till olika vårdinstanser. Informanterna kunde ringa till vårdcentralerna för att få råd och hjälp av läkarna på sitt hemspråk. Samtidigt upplevde en informant att han på det sättet blev beroende av läkarna på vårdcentralen och att det kunde resultera i en besvärlig situation om konflikter uppstod. Exempelvis ville läkaren på vårdcentralen att informanten själv skulle ringa till en specialistklinik för att ta reda på i fall hans remiss kom fram och hur lång tid det skulle dröja innan han skulle bli kallad till den mottagningen. Flera informanter upplevde att de arabisktalande läkarna förstod dem bättre eftersom de kom från samma omgivning vilket medförde att man kunde prata mer öppet. Några informanter tyckte att detsamma också gällde andra läkare från Mellanöstern, även om de inte var arabisktalande.

*”Det finns läkare som lyssnar och speciellt de utländska läkarna. För att svenska läkare, de ibland lyssnar, men de kan inte värdera de här problemen som vi. De kan inte förstå problem och situation som vi har.” Informant 2*

Samtidigt framkom en uppfattning bland de yngre informanterna att äldre patienter var mer benägna att välja arabisktalande läkare, medan de yngre hade en större tendens att välja de svenska läkarna.

## **4.5 Hinder och möjligheter i vården**

### *4.5.1. Väntetid*

Alla informanter förutom en tyckte att den största utmaningen med att få rätt läkarvård i Sverige var väntetiden. Det kunde ta lång tid för att få en läkartid på vårdcentralen och ännu längre för att få träffa en specialistläkare eller få komma till en undersökning såsom magnetkamera eller röntgen. Det tog även lång tid innan man fick komma på återbesök.

*”När patienten har en komplicerad sjukdom, behöver han träffa en läkare. Och när han kommer till vårdcentralen som säger att de kommer att remittera dig till sjukhus och det kommer att ta tre veckor, patienten blir arg. Även en svensk patient blir arg. Patienten behöver lösa problem direkt, inte vänta.”*  
*Informant 1*

De flesta informanterna jämförde situationen med sitt hemland, där det krävdes betydligt kortare tid för att få träffa en läkare, utföra de nödvändiga radiologiska undersökningarna och få en diagnos. En informant tyckte att allt tog alltför lång tid på akuten i Sverige och att till och med svårt sjuka patienter inte fick hjälp direkt på den svenska akuten. Informanterna var inte eniga i förklaringen till varför skillnaderna i väntetider mellan Sverige och deras hemländer var så stora. Några trodde att det fanns fler läkare i deras hemländer, andra menade att i deras hemländer tog läkarna emot fler patienter per dag och att fler läkare fortsatte arbeta efter pension. Flera uttryckte att i deras hemländer kunde man betala sig framåt i kön för att snabbare få träffa en läkare.

#### *4.5.2. ” Jag kan inte hjälpa dig ”*

Flera informanter berättade att de vid flera tillfällen kände sig ifrågasatta och inte tagna på allvar av läkarna på vårdcentralen och andra specialistläkare.

*“Hon (specialistläkaren) tittade inte ens på mig. Hon sa ”jag har läst i dina papper om dina problem och symptom och du behöver inte (träffa en specialist)”. Jag var jättearg, för jag behöver hjälp och jag har jätteont. Jag har hört det här många gånger ” jag kan inte hjälpa dig”. Men varför jag kommer till dig? Du är ju läkare”* Informant 2

Det var viktigt att inte känna sig ifrågasatt och att ha läkaren på sin sida. Det framgick att om man som patient kom till läkaren, så hade man ett behov som läkaren måste vara medveten om.

*”Hur ska jag uttrycka mig... när man kommer till läkaren, det betyder att man är tvungen att komma till läkare. Man har ett behov av att komma till läkare.”* Informant 5

#### *4.5.3 Språk, kultur och ekonomi som hinder i vården*

En informant tyckte att i deras kultur så var de vana att allting skulle hända på en gång. Enligt honom var det vanligt att tränga sig förbi kön och därför var det svårt att acceptera att man fick vänta i sjukvården. En annan informant uttryckte att annorlunda klädsel och religiösa övertygelser kunde bidra till missförstånd och utgöra svårigheter för läkarna. Exempelvis i fall då en kvinna inte ville hälsa i hand och inte lät sig bli undersökt av en manlig läkare. Många

informeranter tyckte att språket var ett hinder i vården. De som kunde engelska kände att det var lättare att kommunicera under läkarsamtalet. Tolken kunde vara både till hjälp, men även ett hinder då flertalet patienter uttryckte att de inte kunde ta upp känsliga ämnen då tolken var med under samtalet i rädsla att deras personliga information kunde spridas vidare. En informant nämnde att han på grund av det föredrog telefontolk.

*”Det är på så sätt att ibland så finns det en tolk i mitten. Ibland man har sexuella problem, man kan inte berätta när det finns en tolk emellan.” Informant 8*

Den ekonomiska aspekten ansågs utgöra ett hinder i vården. En informant berättade att han kände att vissa privata läkare försökte att tjäna mer pengar genom att boka flera besök för samma besvär, då han hörde att läkarna får ersättning per patientbesök. Det framgick även att man förlorade inkomst när man hade läkarbesöken dagtid och valde i flera fall att avstå från läkarbesöken på grund av det.

#### *4.5.4. Nöjdhet med vården*

Alla informanter förutom en var generellt nöjda med vården, sina möten med läkarna på vårdcentralen och tacksamma för den hjälp som de fick trots svårigheterna som kunde uppstå.

*”I början var man lite rädd och orolig. Men sen med hjälp av tolk och hur bemötandet var, allting gick bra, man fick den hjälp man behövde.” Informant 3*

Flera informanter nämnde att de uppskattade vårdens tillgänglighet under tiden de var asylsökande och påpekade särskilt att den vården inte kostade mycket pengar. Flera av informanterna fick genomgå olika operationer som skulle ha kostat väldigt mycket pengar i deras hemländer och var nöjda med dessa.

## **4.6 Ett värdigt bemötande**

### *4.6.1. Förväntningar på läkarbesöket*

De flesta informanterna nämnde att deras förväntningar på läkarbesöket var att de skulle bli undersökta och få en behandling som skulle hjälpa dem. Informanterna tyckte att en läkare alltid skulle utföra en kroppslig undersökning. Undersökning hade också en lugnande effekt, något som fick patienten att slappna av och ingav trygghet.

*”Var ligger annars mitt problem? Inte i min kropp? Han (läkaren) måste undersöka och måste prata med mig samtidigt och fråga mig.” Informant 8*

När informanterna resonerade om behandling, visade det sig att de oftast åsyftade mediciner. Det fanns en stark förväntan på att få ett recept på medicin utskrivet. En informant berättade att det var så det fungerade i deras hemländer: man åkte till en läkare, läkaren gav en medicin och man kände sig lugnad. Även om det bara var en vitamintablett eller placebo. En annan informant tyckte att arabisktalande patienter borde behandlas enligt hur de är vana vid i sitt hemland. Han förklarade att han trodde att deras barn hade sämre immunförsvar än svenska barn efter alla mediciner som de hade blivit behandlade med under sin uppväxt. Det var även viktigt att få göra olika undersökningar och utredningar, exempelvis magnetröntgen. Om läkaren inte kunde svaret utantill och började leta på internet eller i böcker, kunde detta mottas med en viss skepticism och som ett tecken på otillräckliga medicinska kunskaper. Flera informanter berättade att de tyckte att en bra läkare skulle se vad som var felet med patienten med en gång, ibland utan undersökning. Läkaren skulle komma på vad problemet var bara patienten började beskriva sina besvär.

*”Du blir överraskad när jag berättar, i Syrien när en läkare tittar i dina ögon, han kan diagnostisera dig direkt och se vad du har för problem.” Informant 8*

Vikten av att läkaren respekterar olika kulturer blev tydlig. Kunskapen om hur man bemöter patienter med olika kulturell bakgrund kom med erfarenheten, efter att läkaren fick träffa och behandla flera utländska patienter och flyktingpatienter. Det var viktigt att bli bemött med respekt, men även att ens ursprung bemöttes med respekt.

*”Läkaren bör inte säga till patienten: ”du är från utlandet, du förstår inte” och låta patienten känna att han inte är från det här samhället och är mindre värd. Som om han är dum. Det förolämpar honom. Jag har hört flera gånger ”ditt hemland är inte bra, du känner och vet ingenting, du har inte lärt dig någonting och har inte kunskap som är bra...” För att det finns många som tycker att utländska personer inte har bra kunskap och utbildning. Men det är inte så.” Informant 2*

#### *4.6.2. Vad ska läkaren göra för ett lyckat läkarbesök*

Alla informanter svarade att de inte kände att deras bakgrund hade påverkat behandlingen som de fick. En informant berättade hur hon skulle bemöta patienter med flyktingbakgrund om hon själv var en läkare:



*”Och bemöter honom (patienten) precis som de har bemött mig som en flykting här i Sverige. De har bemött mig som en svensk, de har inte gjort någon skillnad och det här är jätteviktigt.” Informant 6*

En bra läkare hade tid och hade inte alltför bråttom under konsultationerna. Det var viktigt att läkaren ville samarbeta med patienten och kunde sätta sig in i patientens situation. Läkaren skulle visa medkänsla, låta patienten känna sig bekväm med att berätta om sina bekymmer. Det skulle vara tydligt för patienten att läkaren var intresserad och engagerad. Det var viktigt att läkaren lyssnade och lät patienten prata av sig om det behövdes. Det var av betydelse att göra patienten nöjd, då detta ökade tillförlitligheten för läkare.

*”Läkarens personlighet är viktig. Det finns många läkare som är jätteduktiga, men de kan inte låta patienten bli nöjd, övertala dem, trots att de är duktiga. Å andra sidan, det kanske finns läkare som inte har så bra kunskaper, men de pratar med patienterna eller undersöker bra, gör vad den här patienten vill ha och patienten blir nöjd.” Informant 2*

Det var viktigt för läkarna att ständigt utveckla sin kompetens. Ryktet gick bland bekanta om det var en bra läkare eller inte.

## **5. Diskussion**

### **5.1 Resultatdiskussion**

Syftet med denna studie var att undersöka hur arabisktalade patienter med flyktingbakgrund upplevde och uppfattade sina möten med läkarna i primärvården. Vilka svårigheter som kunde uppstå under och kring mötet, och vad patienterna tyckte att läkarna kunde göra för att minska dessa. Centrala teman för intervjuerna var otillräckliga kunskaper om det svenska vårdssystemet, klagomål om väntetiderna, tabu kring psykisk ohälsa, oro kring sekretess i tolksituation och svårigheter med etablering i det nya landet, som i sig påverkade hur man uppfattade vården.

#### *5.1.1. Tabu kring psykisk ohälsa*

Flertalet informanter berättade om symptom på psykisk ohälsa, det framkom dock att de flesta valde att inte söka hjälp för det. En av orsakerna kan vara bristande kunskaper om psykisk ohälsa och hur denna kan behandlas, vilket har visats tidigare i en studie med irakiska patienter med flyktingbakgrund (32). En annan orsak kan vara stigmatisering som psykisk ohälsa kan innebära i informanternas kultur (15, 21, 37). En rädsla att stigmatiseras av familjen och bekanta inom sin kulturella krets har lyfts upp i tidigare forskning (25). Det kan vara problematiskt då obehandlad psykisk ohälsa kan leda till att besvären blir kroniska samt bidrar till att man avstannar i migrationsprocessen och får svårigheter med inläring, delaktighet och

integration (15). De flesta informanterna kände inte till att man kunde ta upp frågor kring psykisk ohälsa med läkarna på vårdcentralen vilket inte har setts i andra studier. Detta kan ha att göra med sjukvårdssystemens olika utformning i de länder där undersökningar om patienter med flyktingbakgrund tidigare genomförts. Resultatet korrelerar dock väl med informanternas förväntan om att få träffa specialister inom varje område (29, 31). Att informanterna inte i större utsträckning blev tillfrågade om sin psykiska hälsa kan tyda på att de svenska läkarna väljer att inte aktivt fråga om ämnet. Liknande resultat visades tidigare i en dansk studie (22) där även utmaningar med att diagnostisera psykisk ohälsa hos patienter med en annan kulturell bakgrund togs upp (22). Förutom språkbarriär kunde det vara svårt att skilja på religiösa, kulturella övertygelser och symptom på psykisk sjukdom (22). En uppfattning bland primärvårdsläkarna om att psykisk ohälsa hos flyktingpatienter är komplicerad och bör hanteras inom specialistvården förekommer också och diskuteras i bland annat rapporter från Socialstyrelsen och SLL (15, 23). Man kan anta att psykisk ohälsa och psykiskt mående är ämnen kring vilka potentiella konflikter inom interkulturella konsultationer kan uppstå med tanke på skillnaderna i grundläggande uppfattningar kring psykisk ohälsa och på grund av att patienter med flyktingbakgrund kan ha en ökad tendens att somatisera (15). I en svensk studie med somalisktalande patienter konstaterades att patienterna ”efterlyser tålmod och respekt men vill inte höra att besvären man söker för har psykiska orsaker” (28).

### *5.1.2 Vad som påverkar upplevelsen av vården*

Det fanns en stark förväntan bland informanterna om att få träffa en specialistläkare och i analogi med tidigare forskning (31, 33) ansåg informanterna att systemet med primärvårdsläkarna och remisser var ineffektivt och ledde till långa väntetider. Många förstod inte riktigt att ett stort antal läkare på vårdcentralerna var specialister. Att man inte fick träffa en specialist medförde en frustration och nästan en uppfattning att man inte blev hjälpt om man var sjuk. Dock menade informanterna att detsamma gällde de svenska patienterna. Informanterna berättade om att de aldrig hade känt sig diskriminerade i den svenska vården, vilket även stöds av tidigare svensk forskning (42). Att utrikes födda kunde känna sig diskriminerade i vården framkom emellertid av annan tidigare studie, där undersöktes dock somalisktalande patienter (28). Arabisktalande patienter med flyktingbakgrund är inte ensamma om att tycka att väntetiderna kan vara alltför långa. Den negativa bilden kan dock ha att göra med att de i sina hemländer hade råd att betala sig förbi vårdkön (33), samt otillräcklig hälsokunskap (14, 31, 33) och bristande förtroendenhet med det svenska sjukvårdssystemet (31, 33). I tidigare genomförd svensk forskning konstaterades att en utbildning i hälsofrågor och det svenska

sjukvårdssystemets uppbyggnad skulle vara gynnsam för nyanlända irakier på grund av en låg medvetenhet om hälsa och friskvård i den gruppen (33). Vikten av information kring hur svenska läkarna såg på läkemedelsförskrivningens skulle kunna tas upp, men även förväntan om egenvård vid enklare besvär samt förebyggande vård (33).

I likhet med annan tidigare forskning visade den befintliga studien att det fanns en förväntan bland informanterna om att bli undersökta och få ett recept (29, 31). En svensk studie om nyanlända unga irakiernas syn på relationer och sexuell hälsa undersökte även informanternas generella uppfattning om vården (43). Det är intressant att resultaten där i många avseenden liknar resultaten i föreliggande studie. Bland annat återkommer väntetiderna som det största problemet, förväntan om att träffa specialister samma dag, sjuksköterskans befogenheter i vården, förväntan på att få recept, jämförelser med sina hemländer, uppfattning om att de svenska läkarna rekommenderade ”dricka vatten, Alvedon och vila”, men inte gav en riktig behandling (43). De nyanlända unga irakierna var mellan 18 och 25 år gamla, medan deltagarnas medelålder i befintlig studie var 53 år. Detta pekar på en större sannolikhet att dessa resultat gäller för gruppen arabisktalande patienter med flyktingbakgrund i stort.

### *5.1.3 En god läkare*

Kännedom och medvetenhet hos läkarna om de kulturella skillnaderna och kunskap i att bemöta patienternas förväntningar framstod i enlighet med tidigare forskning (27), något som skulle kunna öka compliance och förbättra läkar-patient relationen. Det var dessutom lika viktigt att läkaren själv blev medveten om sin egen bakgrund och hur den påverkade det interkulturella mötet (24, 27). Det var tänkvärt att flera informanter uttryckte att en bra läkare ska omedelbart uppfatta patientens problem. Liknande resultat har visats i studien med somalisktalande patienter, där läkaren förväntades att ställa diagnos och ge behandling utan att ställa alltför många frågor (28). Samma studie visade att denna föreställning hos patienterna kunde medföra motsättningar mellan olika uppfattningar om läkarens och patientens roller under konsultationen då ”att bli betraktad som en auktoritet med närmast telepatiskt botande egenskaper rimmar illa med den syn på läkarens roll som lärs ut på den svenska läkarutbildningen” (28).

### *5.1.4 Oro kring sekretess i tolksituation*

Tolken var en tillgång för att lösa frågor kring missförstånd som kunde uppstå inom interkulturella konsultationer. Dock visade sig att tolken även kunde vara en källa till oro då informanterna inte kände sig bekväma med att berätta om integritetsfrågor i närvaro av tolken

och var bekymrade över att deras personliga information kunde spridas till andra inom det sociala nätverket. Detta uppfattas av författaren som ett stort problem. Vid flera tillfällen under studiens gång uppträdde tolkarna oprofessionellt och blandade sig i intervjusamtalet på ett olämpligt sätt. Problemen med att tolkarna kunde bryta mot sekretessen visades även i andra studier (21, 29, 30). Tolkarna är en potentiell källa till missförstånd (36, 44), speciellt när tolkarna inte är förtrodda med den specifika terminologin. Detta kan begränsa konsultationen i stor utsträckning. Hur man ska hantera frågan kring sekretessen är oklart, dock är det viktigt att frågan lyfts fram då detta är ett uppenbart problem för patienterna och vårdkvaliteten.

### *5.1.5 Hälsoskolan. Utbildning som underlättar delaktighet i det svenska samhället*

I en undersökning om hälsa och levnadsvillkor av nyanlända irakier i Malmö konstaterades att det fanns dubbelt så många med nedsatt självupplevd psykisk välbefinnande bland den undersökta gruppen och långvariga sjukdomar var ca 20 % vanligare jämfört med befolkningen i riket (14). De undersökta irakiska nyanlända uppgav en svår ekonomisk situation med endast 10 % självförsörjande individer inom gruppen. De var mer fysiskt inaktiva och sökte till vårdcentralerna i större utsträckning än befolkningen i riket (14). Hälsoskolan skulle vara en tillgång för många nyanlända då den enligt tidigare studier ökade kunskaper om rättigheter i vården, vårdens uppbyggnad och tog upp attityden till psykisk ohälsa och förebyggande vård (34, 35, 45). I utvärderingen av Hälsoskolan tog deltagarna upp att erhållen kunskap väckte nya frågor och vilja att få ännu mer kunskap (34, 35). Detta är ett betydande steg på väg mot delaktighet i det svenska samhället, välbefinnande, nöjdhet med vården och möten med läkarna. Vikten av att fokusera mer på patientens copingstrategier och styrkor istället för svagheter togs tidigare upp som viktig strategi vid behandling av psykisk ohälsa inom primärvården (15, 24). I november 2015 beslutade Regeringen att bevilja SKL medel för att utföra en förstudie som syftar till att motverka psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända (46). Förstudien avser att tillse att fler nyanlända genomgår en hälsoundersökning som bland annat ska fokusera på psykisk ohälsa och erbjuda deltagande i en Hälsoskola. Vid lyckat resultat förbereds projektet till implementering i fler kommuner och landsting. Utvärdering av resultat planeras under mars 2016 (46).

## **5.2. Metoddiskussion**

### *5.2.1 Subjektivitet och makt i den kvalitativa intervjusituationen*

Malterud menar att det är ofrånkomligt att forskaren påverkar forskningsprocessen (41). Forskarens subjektivitet påverkar både ämnesvalet, men även nyanser och delar av informationen som kommer fram vid intervjuerna och som forskaren väljer att lyfta fram i den

slutliga rapporten (41). Intervjuandet bygger på intervjuarens praktiska färdighet och personliga omdöme (40). Istället för att reflektera över huruvida forskaren påverkade forskningsprocessen ska denna påverkan synliggöras (41). Författaren försökte vara medveten om sina attityder och föreställningar för att dessa inte skulle påverka informanternas svar och ha ett professionellt tillvägagångssätt under intervjuerna (40). Författaren kände inte till något om informanterna innan intervjutillfällena, förutom att de uppfyllde inklusionskriterierna för studien. Öppna frågor användes i hög utsträckning under intervjuerna, dock förekom även slutna frågor, framför allt då informanterna av olika anledningar inte kunde förstå frågan. De slutna frågorna följdes då upp av öppna frågor eller önskemål om exemplifiering i de flesta fall. Det öppna samtalet riskerar att påverkas av makt i intervjusituationen då intervjun sker på intervjuarens villkor där intervjuaren ställer frågor och bestämmer agenda. Intervjuaren har vanligen monopol på tolkningen av informantens uttalanden (40). Denna maktbalans kan ha utjämnats något då intervjuaren inte heller har svenska som modersmål och då intervjuaren är en kvinna, och läkarstudent. Samspelet mellan intervjuare och informanter är dock en oundviklig del av kvalitativa studier (41). Vid de flesta intervjuerna var tolkarna närvarande och detta kan ha påverkat maktsituationen vid intervjuerna. Intervjuaren upplevde att informanterna var mer sparsamma med att dela med sig av information i närvaro av manliga tolkar och att flera av de manliga tolkarna verkade motvilliga till att intervjuaren, en kvinna, skulle leda intervjuerna. Allt detta kan ha påverkat informanternas svar och tolkens översättningar.

### *5.2.2 Kategorisering*

I den här studien hade informanter kategoriserats som arabisktalande personer med flyktingbakgrund som hade sökt vård inom primärvården. Denna kategorisering kan ge upphov till vissa begränsningar, då man med detta antar att faktumet att personer delar på flyktingbakgrunden och är arabisktalande är mer av vikt än exempelvis deras utbildningsnivå, om de har levt på landsbygden eller i flyktingläger, eller i fall de har vuxit upp och levt i stora städer. Ingen skillnad mellan de arabisktalande länderna som informanterna kom ifrån gjordes heller.

## **5.3 Studiens styrkor och svagheter**

Kvalitativa studiers utvärdering utförs genom bedömning av dess tillförlitlighet (*trustworthiness*) (39). I syfte att undvika de kvantitativa termerna som validitet, reliabilitet och generaliserbarhet använder man i kvalitativa studier istället begreppen trovärdighet

(*credibility*), pålitlighet (*dependability*) och överförbarhet (*transferability*), vilka är tre underbegrepp som tillförlitlighet av kvalitativa studier består av (39). Trovärdigheten beror på om rimliga metoder hade använts för att få svar på en frågeställning. Semistrukturerade intervjuer och kvalitativ innehållsanalys användes i den här studien då området är relativt outforskat och studien handlar om erfarenheter, föreställningar och känslor. Metoden är bra för att förstå ämnet från den levda vardagsvärlden ur informanternas egna perspektiv (40). Det är även för studiens trovärdighet viktigt att de valda kategorierna och underkategorierna väl täcker materialet i intervjuerna, vilket säkerställdes genom ett samarbete med huvudhandledaren. Pålitligheten i studien beror på hur förändringar över tid vad gäller materialet och analysen hanterades (39). All data i den här studien samlades och transkriberades inom en månads tid, vilket minskar riskerna för förändringar i analysen. Överförbarheten i kvalitativa studier värderas genom bedömning om huruvida materialet kan appliceras på andra än de intervjuade informanterna (39). För ökad överförbarhet hittas en detaljerad redogörelse av analyssteg i metoddelen och exemplifierande citat som stödjer författarens slutsatser i resultatdelen (39). I syfte att kontrollera överförbarheten genomfördes en gruppintervju med deltagare i en SFI-grupp där studiens resultat presenterades. Att återknyta sina resultat med antingen studiens deltagare eller en liknande grupp används ofta för att bedöma överförbarheten i kvalitativa studier (47). Författaren, handledaren och bihandledaren, oberoende av varandra, ansåg att gruppintervjun bekräftade i studien erhållna resultaten, vilket ökar överförbarheten i studien (39, 47). Forskaren kan ge förslag på sammanhang i vilka studiens resultat skulle kunna överföras. I slutändan är det dock upp till läsaren att avgöra huruvida det är möjligt att applicera slutsatserna i en annan kontext (39). Tillförlitligheten i sig ökar om det finns utrymme för alternativa tolkningar av det presenterade materialet (39).

Studiens styrkor är att mättnad kunde uppfyllas enligt Graneheim och Lundmans anvisningar för kvalitativ innehållsanalys (39) och att tillräckligt med informanter kunde rekryteras. Informanterna från två olika kommuner i Storstockholm intervjuades och hade en relativt stor spridning vad gäller kön, ålder, utbildning. Allt detta bidrog till att fler infallsvinklar och uppfattningar om frågeställningen kunde belysas och ett omfattande, ingående material kunde samlas in, vilket stärker trovärdigheten (39). En annan av studiens styrkor är att intervjutiden var relativt lång, det kan tyda på att informanterna kände sig tillräckligt trygga för att kunna öppna upp sig och prata om ett delvis känsligt ämne. Ytterligare en av studiens styrkor ligger i

att författaren själv genomförde och transkriberade intervjuerna. Transkriberingen skedde samma dag eller dagen efter att intervjuerna genomförts. De aktuella upplevelserna från intervjusituationen var ett stöd vid transkriberingen och ökade författarens förtroget med intervjumaterialet, vilket var till stor hjälp vid tolkningen. Den slutliga analysen genomfördes med hjälp av huvudhandledaren och författarens kodning jämfördes hela tiden med huvudhandledarens, vilket höjer tillförlitligheten (39). Alla informanter blev i slutet av intervjuerna tillfrågade om hur de upplevt intervjun. Samtliga deltagare var positiva eller väldigt positiva i sin utvärdering.

Användandet av tolk är en svaghet i studien. Tolk användes vid sex av åtta intervjuer. Fem olika tolkar användes, två kvinnliga och tre manliga, en kvinnlig tolk översatte två gånger. Användandet av tolk skulle kunna medföra förlust av underliggande mening, och felaktig översättning av olika begrepp (37, 44). Flera tolkar uttryckte att intervjuerna handlade om ett känsligt ämne även för dem, vilket kan ha påverkat översättningen. Två av informanterna avböjde behov av tolk vilket kan ha medfört ett hinder i deras berättande. Dock bedömdes deras svenska ligga på en relativt hög nivå och intervjuaren såg till att alltid vid behov omformulera och sammanfatta med en möjlighet för informanterna att bekräfta eller justera. Ett idealiskt förhållande för en kvalitativ studie där en språkbarriär mellan intervjuare och informant föreligger är att en översättning och sedan en tillbakaöversättning av de bandade intervjuerna utförs av två av varandra oberoende tolkar (44). I en svensk studie om tolkarnas påverkan på interkulturellt möte påvisades i processen med tillbakaöversättning att tolkens översättningar kunde skilja så mycket från informanternas utsagor att resultaten påverkas (37). En tillbakaöversättning i den här studien har dessvärre inte varit möjlig delvis på grund av begränsade resurser och delvis på grund av att detta inte skulle täckas av det för studien erhållna etiska tillståndet. Det skulle vara bättre att använda en och samma tolk (44). Eftersom intervjuerna genomfördes på två olika orter och det var svårt att få tag på tolkar, var inte det praktiskt möjligt. En annan svaghet är att detta var författarens första intervjustudie. Två pilotintervjuer genomfördes därför. Tekniken för intervjuerna förbättrades under studiens gång, vilket kan ha påverkat informanternas svar som blev mer nyanserade i de senaste intervjuerna. Kvale jämför dock forskningsintervjutekniken med ett hantverk och menar att det enda sättet för att bli en skicklig intervjuare är genom övning (40). Som ovan intervjuare är det lättare att förbise information för att man är inriktad på sina frågor, och kanske inte plockar ut information av intresse alla gånger. Man kan även missa att fråga om tillräckligt många exempel. Detta motverkas genom övning och handledning, intervjuaren läste de

transkriberade intervjuerna fortlöpande och fick kontinuerlig utvärdering av de kvalitativa intervjuerna av huvudhandledaren.

Intervjuerna med informanterna i Södertälje kommun genomfördes på vårdcentralen. Även om information gavs om att informanternas svar inte skulle påverka den fortsatta handläggningen på vårdcentralen, uppfattade flera informanter att frågor ställdes om just deras läkare på vårdcentralen. Intervjuaren påpekade dock alltid att frågorna ställdes om deras generella erfarenhet. Informanter kan ha känt sig beroende av vårdcentralen vilket kan ha påverkat deras svar. Författaren erfor att informanterna vars intervjuer genomfördes på Karolinska Universitetsbiblioteket kände sig mer avslappnade och kunde öppna upp sig mer. Detta kan dock även ha orsak i att de generellt var yngre och intervjuades sist då författaren hade haft chansen att förfina sin intervjuteknik.

### **Praktiska tillämpningar**

Arabisktalande personer med flyktingbakgrund är inte en homogen grupp och har olika behov. Denna uppsats ger en ökad förståelse för hur arabisktalande patienter med flyktingbakgrund upplever och uppfattar det interkulturella mötet med läkarna i primärvården. Erhållen information kan ge vägledningar i vilka svårigheter som kan uppstå och hur man kan hantera dessa. Denna information kan användas av läkarna inom primärvården, men även av andra specialiteter, övrig sjukvårdspersonal och olika instanser i samhället som möter arabisktalande personer med flyktingbakgrund. Resultatet antyder behov av ökad hälsokunskap inom gruppen, inte minst om den psykiska ohälsan. Gruppintervjun visade att samtal om psykisk ohälsa kan genomföras i grupp. Undervisning för nyanlända, exempelvis en Hälsoskola som SKL planerar att införa skulle kunna uppfylla behovet av hälsokunskap som finns i gruppen arabisktalande personer med flyktingbakgrund.

### **Fortsatt forskning**

Patienter med fler språkgrupper skulle kunna intervjuas om deras upplevelser av interkulturella mötet i primärvården. Det vore av intresse att genomföra en kvalitativ studie utifrån genderperspektiv på det interkulturella mötet och att utforska hur den svenska befolkningen upplever mötet med läkaren utifrån genderperspektiv. Det behövs en riktad intervjustudie med arabisktalande patienter med flyktingbakgrund om deras syn på psykisk ohälsa. Parallellt skulle det vara intressant att intervjua arabisktalande primärvårdsläkare verksamma i Sverige om deras syn på psykisk ohälsa och primärvårdens roll i att behandla denna. Tolkarnas roll i det interkulturella vårdmötet skulle kunna undersökas närmare,



exempelvis genom att genomföra en studie om psykisk ohälsa eller ett annat integritetskrävande ämne, såsom sexualkunskap, där intervjuerna översätts och sedan tillbakaöversätts av en annan tolk. Att utöka projektet Hälsoskolan och intervjua patienter med flyktingbakgrund innan och efter den genomgångna utbildningen är viktigt för att undersöka om deras attityder och inställningar till vården, psykisk ohälsa, möjligheten att påverka sin situation och förebyggande vård hade förändrats.

## **Slutsatser**

Utifrån denna uppsats kan slutsatsen dras att primärvårdsläkarna bör ha i åtanke att arabisktalande patienter med flyktingbakgrund ofta inte är vana vid ett system med primärvården. Att förklara hur det svenska systemet ser ut och beakta patienternas förväntningar, föreställningar och farhågor kan leda till förbättrad interkulturell vårdkonsultation och är viktigt för patienternas upplevelse av vården. Hälsoskola skulle kunna ge nödvändig hälsokunskap om den introduceras till nyanlända utifrån ett skraddarsytt perspektiv där behoven styr innehållet. Vårdgivaren ska vara medveten om att patienterna inte alltid känner sig bekväma att prata inför tolkar. Psykisk ohälsa kan vara ett tabubelagt ämne och bör adresseras med försiktighet. Vikten av ta upp den frågan är dock stor med tanke på att många patienter lider av psykisk ohälsa vilket kan försvåra delaktigheten i det svenska samhället.

## **Tack**

Ett stort tack till studiedeltagare och pilotdeltagare som valde att ställa upp för intervju och dela med sig av sina upplevelser. Tack till personalen på de två vårdcentralerna i Storstockholm där studien genomfördes, för det trevliga bemötandet, tillhandahållande av intervjulokaler och hjälpen med rekrytering av informanter. Tack till min bihandledare Erica Rothlind för givande synpunkter och kommentarer. Jag vill även tacka Lisen Arnheim Dahlström och Kristiina Heikkilä för lärorika kommentarer under skrivprocessen. Till sist vill jag rikta ett stort tack till min handledare Solvig Ekblad för hennes engagemang, tillgänglighet, stöd och professionell handledning under hela studiens gång.

## Referenser

1. Statistiska centralbyrån. Utrikes födda efter födelseland, kön och år. [Internet]. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2014 [2015-10-21]. Available from: [http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START\\_BE\\_BE0101\\_BE0101E/UtrikesFoddaR/table/tableViewLayout1/?rxid=06c6b920-3892-4a83-93d4-2ff2b13dc698#](http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0101_BE0101E/UtrikesFoddaR/table/tableViewLayout1/?rxid=06c6b920-3892-4a83-93d4-2ff2b13dc698#).
2. Migrationsverket. Asylregler [Internet]. Stockholm 2015. Available from: <http://www.migrationsverket.se/Privatpersoner/Skydd-och-asyl-i-Sverige/Asylregler.html>.
3. Migrationsverket. Inkomna ansökningar om asyl [Internet]. Stockholm 2015. Available from: <http://www.migrationsverket.se/download/18.7c00d8e6143101d166d1aab/1446451028489/Inkomna+ans%C3%B6kningar+om+asyl+2015+-+Applications+for+asylum+received+2015.pdf>.
4. Lag (2010:197) om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare. [Internet]. Available from: [https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs\\_sfs-2010-197/](https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2010-197/).
5. Länsstyrelserna. Hälsöfrämjande etablering [Internet]. Jönköping 2014. Available from: <http://projektwebbar.lansstyrelsen.se/integration/Sv/halsa/Pages/default.aspx>.
6. World Health Organization (WHO). WHO definition of Health [Internet]. 1948. Available from: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.
7. Hälsö- och sjukvårdslag (1982:763). [Internet]. Available from: [https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/](https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/).
8. United Nations High Commissioner for Refugees. The 1951 Refugee Protocol. [Internet] Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees; 1951 [Cited date 2015-09-10].
9. Utlänningslag (2005:716). [Internet]. 2015-10-21. Available from: [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Utlanningslag-2005716\\_sfs-2005-716/?bet=2005:716#K4](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Utlanningslag-2005716_sfs-2005-716/?bet=2005:716#K4).
10. Vårdguiden. Vård i Sverige om du är asylsökande, gömd eller papperslös [Internet]. Stockholm 2015. Available from: <http://www.1177.se/Stockholm/Regler-och-rattigheter/Vard-i-Sverige-om-man-ar-asylsokande/>.
11. Socialstyrelsen. SOSFS 2011:11. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökning av asylsökande m.fl. 2011.
12. SKL. Hälsö- och sjukvård åt asylsökande under år 2014 [Internet]. Stockholm. 2015. Available from: <http://skl.se/download/18.16df26f114fdef8cb483c42c/1443621490587/SKL-asyluppfoljning-2015%5D.pdf>.
13. Hollander AC, Bruce D, Burstrom B, Ekblad S. The association between immigrant subgroup and poor mental health: a population-based register study. J Nerv Ment Dis. 2013;201(8):645-52.
14. Daryani A, Löthberg K, Feldman I, Westerling R. Olika villkor - olika hälsa. Hälsan bland irakier folkbokförda i Malmö 2005-2007. Socialmedicinsk Tidskrift. 2012;89(2):112-25.
15. Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter: ett kunskapsunderlag för primärvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.

16. Wändell PE. Population groups in dietary transition. *Food & nutrition research*. 2013;57.
17. Hollander AC, Bruce D, Ekberg J, Burstrom B, Borrell C, Ekblad S. Longitudinal study of mortality among refugees in Sweden. *Int J Epidemiol*. 2012;41(4):1153-61.
18. Lindgren, J., Ekblad, S., Mental Ill Health among Asylum seekers and Other immigrants – analyses of health interview data at a Swedish primary health care show gap between needs and access to care. *International Journal of Migration, Health, and Social Care* 2012;8(4):167-180
19. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*. 2005;365(9467):1309-14.
20. Taubman-Ben-Ari O, Rabinowitz J, Feldman D, Vaturi R. Post-traumatic stress disorder in primary-care settings: prevalence and physicians' detection. *Psychol Med*. 2001;31(3):555-60.
21. Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J, et al. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Cmaj*. 2011;183(12):E959-67.
22. Jensen NK, Norredam M, Priebe S, Krasnik A. How do general practitioners experience providing care to refugees with mental health problems? A qualitative study from Denmark. *BMC Fam Pract*. 2013;14:17.
23. Lanstingsrevisorerna SLL. Husläkarmottagningarnas uppdrag som första linjens psykiatri, [Internet]. Stockholm 2012, [Cited: 2015-10-21]. Available from: <http://www.sll.se/Global/Om%20landstinget/S%C3%A5%20granskas%20landstinget/Projektrapporter/Rapporter%202012/rapport-2-huslakarmottagningens-uppdrag-som-forsta-linjens-psykiatri.pdf>.
24. Ekblad S, Roth G. Transkulturell psykiatri och flyktingpsykiatri,. In: Herlofson J, Ekselius L, editors. *Psykiatri*. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 703-11.
25. Kira IA, Ramaswamy V, Lewandowski L, Mohanesh J, Abdul-Khalek H. Psychometric assessment of the Arabic version of the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) measure in a refugee population. *Transcult Psychiatry*. 2015;52(5):636-58.
26. Paternotte E, van Dulmen S, van der Lee N, Scherpbier AJ, Scheele F. Factors influencing intercultural doctor-patient communication: a realist review. *Patient Educ Couns*. 2015;98(4):420-45.
27. Wachtler C, Brorsson A, Troein M. Meeting and treating cultural difference in primary care: a qualitative interview study. *Fam Pract*. 2006;23(1):111-5.
28. Svenberg K. Det "transkulturella sjukvårdsmötet" - erfarenheter bland somaliska flyktingar och läkare i. *Socialmedicinsk Tidskrift*. 2012;89(2):161-8.
29. Cheng IH, Drillich A, Schattner P. Refugee experiences of general practice in countries of resettlement: a literature review. *Br J Gen Pract*. 2015;65(632):e171-6.
30. Bhatia R, Wallace P. Experiences of refugees and asylum seekers in general practice: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2007;8:48.
31. O'Donnell CA, Higgins M, Chauhan R, Mullen K. Asylum seekers' expectations of and trust in general practice: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2008;58(557):e1-11.
32. Slewa-Younan S, Mond J, Bussion E, Mohammad Y, Uribe Guajardo MG, Smith M, et al. Mental health literacy of resettled Iraqi refugees in Australia: knowledge about posttraumatic stress disorder and beliefs about helpfulness of interventions. *BMC Psychiatry*. 2014;14:320.
33. Tillman A., Westerling, R. Nyinvandrade irakiernas syn på hälsa och den svenska hälso- och sjukvården. *Socialmedicinsk Tidskrift* 2012;89(2)126-30

34. Ekblad S, Persson-Valenzuela UB. Lifestyle course as an investment in perceived improved health among newly arrived women from countries outside Europe. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11(10):10622-40.
35. Ekblad S, Asplund M. Culture- and evidence-based health promotion group education perceived by new-coming adult Arabic-speaking male and female refugees to Sweden. Pre and two post assessments. *Open Journal of Preventive Medicine*. 2013;3:12-21.
36. S F. Working through interpreters. *Advances in Psychiatric Treatment* 2003;9:104-109
37. Ingvarsdotter K, Johnsdotter S, Ostman M. Lost in interpretation: the use of interpreters in research on mental ill health. *Int J Soc Psychiatry*. 2012;58(1):34-40.
38. Priebe S, Sandhu S, Dias S, Gaddini A, Greacen T, Ioannidis E, et al. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*. 2011;11:187.
39. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105-12.
40. Kvale S, Brinkmann S. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur; 2014.
41. Malterud K. *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning - En introduktion*. Lund: Studentlitteratur; 2014.
42. Razavi MF, Falk L, Bjorn A, Wilhelmsson S. Experiences of the Swedish healthcare system: an interview study with refugees in need of long-term health care. *Scand J Public Health*. 2011;39(3):319-25.
43. Flodström E. Unga irakiers syn på sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. *Socialmedicinsk Tidskrift*. 2012;89(2):140-9.
44. Squires A. Methodological challenges in cross-language qualitative research: a research review. *Int J Nurs Stud*. 2009;46(2):277-87.
45. Eriksson-Sjö T, Cederberg M, Östman M, Ekblad S. Quality of life and health promotion intervention - A follow up study among newly-arrived Arabic-speaking refugees in Malmö, Sweden. *International Journal of Migration, Health and Social Care*. 2012;8(3):112-26.
46. Socialdepartementet. S2015/06414/FS Regeringsbeslut. Stockholm 2015.
47. Guba EG, Lincoln YS. *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, Calif: Sage; 1989.



**Karolinska  
Institutet**

## **Intervjuguide - patienter med flyktingbakgrund**

Bakgrundsinformation: ålder, kön, antal år i Sverige, utbildning, sysselsättning i hemlandet och nuvarande sysselsättning i Sverige.

Vilka erfarenheter har du av mötet med läkaren på vårdcentralen? Ge exempel.

Vad förväntar du dig i mötet med läkaren på vårdcentralen? Ge exempel.

Hur upplevde du ditt senaste besök hos läkaren? Ge exempel.

Hur tycker du att läkaren uttryckte förståelse för det du berättade? Ge exempel.

Hur upplever du att man får förtroende för sin läkare? Ge exempel.

I vilken utsträckning skulle du säga att du får hjälp av din läkare med dina besvär? Ge exempel.

Spelar det någon roll om man söker för fysiska eller psykiska problem på vårdcentralen?

Vad upplever du att din bakgrund har för betydelse under läkarbesöket (generellt och för dig). Hur visade det sig under mötet med läkaren? Ge exempel.

Utifrån din erfarenhet, vad tror du att läkaren behöver för att möta dina behov? Ge exempel.

Utifrån din bakgrund – vilka svårigheter upplever du kan finnas under läkarbesöket? Ge exempel.

Är det något som du tycker är viktigt när det gäller läkarbesöket som vi inte har berört?

Hur upplevde du intervjun med mig?

Vid behov kommer följdfrågor att ställas för förtydliganden.

**Karolinska  
Institutet**

## Information till forskningspersoner

### Information och förfrågan om att delta i studie

#### Studie: Empati i konsultationen med flyktingpatienter

#### Bakgrund

Sverige är idag ett mångkulturellt samhälle och de senaste åren har det skett en fördubbling av antalet asylsökande. Kontakten med sjukvården i Sverige för patienter med flyktingbakgrund sker i första hand på vårdcentralen. För att öka kunskapen hos läkarna om mötet i vården med dessa patienter planeras nu ett projekt där den här studien ingår som en del.

#### Förfrågan om deltagande

Du tillfrågas nu om att delta i studien då du är patient vid vårdcentralen.

#### Hur går studien till?

Du inbjuds till en intervju som utförs av en medarbetare i forskargruppen. Intervjun beräknas ta ca 1 timme och kommer att handla om dina erfarenheter av att möta läkare på vårdcentralen. Om du behöver tolk vid samtalet så ordnar vi det utan kostnad. Ljudupptagning av intervjun kommer att ske. Intervjustudien ingår som del i ett större projekt där forskargruppen planerar att utveckla ett utbildningsmaterial för läkare i primärvården. Syftet är att öka kunskapen kring möten med flyktingpatienter.

Fördelen med att delta är att du får möjlighet att dela med dig av dina tankar kring frågor som är viktiga i vården och därmed kan bidra till ökad kunskap. De eventuella nackdelar man kan uppleva med att dela med sig av information kan uppvägas av att du som deltagare får läsa och tycka till om materialet innan publicering.

#### Sekretess och hantering av data

Ljudupptagning av intervjun kommer att ske. Allt inspelat material är anonymt och förvaras inlåst enligt gällande riktlinjer. Resultaten presenteras anonymt och kommer inte att kunna kopplas till någon specifik person, arbetsplats eller grupp. Karolinska Institutet, Institutionen för Lärande, Informatik, Management och Etik är ansvarig för dina personuppgifter i studien.

## **Ersättning**

Som tack erhåller deltagarna två biobiljetter. Ingen ekonomisk ersättning utgår i övrigt.

## **Hur kan jag få information om studiens resultat?**

Resultaten kommer att redovisas i artiklar i vetenskapliga tidskrifter samt som del i en doktorsavhandling vid Karolinska Institutet. En kort sammanfattning kommer även finnas tillgänglig för de deltagare som så önskar.

## **Frivillighet**

Deltagande i forskningsprojektet är frivilligt och du kan när som helst, utan förklaring, avbryta ditt deltagande. Det påverkar inte på något sätt din fortsatta behandling eller kontakt med din vårdcentral om du väljer att inte vara med eller att avbryta ditt deltagande i studien. Kontakta Erica Rothlind om du önskar ändra ditt samtycke till studien.

## **Ansvarig och kontaktperson**

Ansvarig för studien är:

### **Solvig Ekblad**

Adj. Professor och Leg. Psykolog

Karolinska Institutet, Institutionen Lärande, Informatik, Management och Etik (LIME),  
Tomtebodavägen 18A, 171 77 Stockholm

E-post: [Solvig.Ekblad@ki.se](mailto:Solvig.Ekblad@ki.se), telefon: 08-524 836 14, mobil: 070-789 14 16

Kontaktperson för studien är:

### **Erica Rothlind**

Leg.Läkare och Doktorand

Karolinska Institutet, Institutionen för Lärande, Informatik, Management och Etik (LIME),  
Tomtebodavägen 18A, 171 77 Stockholm

E-post: [Erica.Rothlind@ki.se](mailto:Erica.Rothlind@ki.se), mobil: 08-52487366

**Karolinska  
Institutet**

## Studie: Empati i konsultationen med flyktingpatienter

### Samtyckesblankett

Jag har fått information om studien, därvid fått tillfälle att ställa frågor och fått frågorna besvarade. Jag samtycker härmed till att delta i studien och är medveten om att intervjuer och patientkonsultationer kommer att ljudinspelas. Jag samtycker till ni använder mina svar för att kunna sammanställa resultaten av studien på gruppnivå för publikation. Det står mig fritt att avbryta studien när helst jag finner detta lämpligt utan att behöva ge några förklaringar.

**Ålder:** \_\_\_\_\_

**Kön:** Kvinna

Man

Annan

*Mobilnummer: (uppges frivilligt för kallelse till studien)*

---

*E-mail:*

---

*Signatur:*

*Datum:*

---

*Mottagits av:*

*Datum:*

---