



Transkulturell omvårdnad

- En litteraturstudie som belyser vårdpersonalens erfarenheter av att vårda vuxna flyktingar och asylsökande



Författare: Joakim Almqvist & Andreas Olsson

Handledare: Irené Franzén & Susanne Syrén

Examinator:

Termin: VT19

Ämne: Vårdvetenskap

Nivå: Kandidatnivå

Kurskod: 2VÅ61E



Abstrakt

Bakgrund Många människor har på senare år tvingats fly från sina hemländer. Detta har resulterat i att vårdpersonalen vårdar allt fler människor med olika kulturella bakgrunder. Vårdpersonal möter allt oftare flyktingar och asylsökande som bär på traumatiska upplevelser och skiftande hälsotillstånd. Att vårda människor från andra kulturer kan vara utmanande för vårdpersonalen då de ska kunna ge en god kvalitativ vård på lika villkor till alla människor.

Syfte Att belysa vårdpersonalens erfarenheter av att vårda vuxna flyktingar och asylsökande.

Metod Utformad som en litteraturstudie. Sammanlagt valdes 8 kvalitativa artiklar ut från databaserna Cinahl och PsycINFO till kvalitetsgranskning. Resultatet diskuterades i förhållande till den valda teorin.

Resultat Delas in i 2 kategorier och 7 subkategorier. Första kategorin är *Vårdpersonalens erfarenheter av att kommunicera* där språkbarriärer och tolk som hjälpmedel blev subkategorier. Den andra kategorin *Vårdpersonalens erfarenheter av att vårda* innefattar ohälsa kopplat till flyktingar, kulturella skillnader, grundläggande aspekter i vårdandet, utmaningar för vårdpersonal samt betydelsefullt och utvecklande arbete som subkategorier. Vårdpersonal upplevde att det var svårt att kommunicera. Att använda tolk var problematiskt. Krig, våld, olyckor och ohälsosamma levnadsförhållanden bidrog till en mängd olika hälsobesvär. Kulturella skillnader försvårade omvårdnaden. Familjefokuserad omvårdnad, en stödjande vårdrelation med förtroende och möjlighet till samtal var viktiga aspekter i omvårdnaden. Resultatet diskuterades utifrån Madeleine Leiningers teori om vård av kulturell mångfald och universalitet.

Slutsats Det behövs en större kulturell medvetenhet bland vårdpersonal för att kunna bemöta och ge en god kvalitativ vård till flyktingar och asylsökande.

Nyckelord

Asylsökande, Flyktingar, Kommunikation, Vårdpersonalens erfarenheter, Vårdrelation, Kulturell kompetens, Kulturell medvetenhet

Tack

Tack till våra handledare Irene Franzén och Susanne Syrén för ett bra samarbete!



Innehållsförteckning

1. Inledning	4
2. Bakgrund	4
2.1 Människor flyr	4
2.2 Definition av flyktingar, asylsökande och migranter	5
2.3 Ohälsa och utsatthet bland flyktingar och asylsökande	6
2.4 Rätten till vård	7
2.5 Utmaningar och riktlinjer för vårdpersonal	8
3. Teoretisk referensram	10
3.1 Teorin om vård av kulturell mångfald och universalitet	10
4. Problemformulering	12
5. Syfte	12
6. Metod	12
6.1 Design	12
6.2 Datainsamling	13
6.2.1 Inklusionkriterier	13
6.2.2 Sökstrategi	13
6.2.2.1 Cinahl	14
6.2.2.2 PsycINFO	14
6.2.3 Urval	14
6.2.4 Kvalitetsgranskning	15
6.3 Analys	15
6.4 Forskningsetiska aspekter	16
7. Resultat	18
7.1 Vårdpersonalens erfarenheter av att kommunicera	18
7.1.1 Språkbarriärer	18
7.1.2 Tolk som hjälpmedel	19
7.2 Vårdpersonalens erfarenheter av att vårda	19
7.2.1 Ohälsa kopplat till flyktingar	19
7.2.2 Kulturella skillnader	20
7.2.3 Grundläggande aspekter i vårdandet	21
7.2.4 Utmaningar i vården	23
7.2.5 Betydelsefullt och utvecklande arbete	24
8. Diskussion	25
8.1 Metoddiskussion	25
8.1.1 Inklusionskriterier	25
8.1.2 Sökstrategi	25
8.1.3 Urval	26
8.1.4 Kvalitetsgranskning	26



8.1.5 Dataanalys.....	27
8.2 Resultatdiskussion.....	27
9 Slutsats.....	31
9.1 Förslag till framtida forskning.....	32
Referenslista	33

Bilagor

- Bilaga I Cinahl
- Bilaga II PsycINFO
- Bilaga III Kvantitativ granskningsmall
- Bilaga IV Kvalitativ granskningsmall
- Bilaga V Artikelmatris



1. Inledning

Anledningen till att vi valt att undersöka vårdpersonalens erfarenheter av att vårda vuxna flyktingar och asylsökande är för att vårdpersonalen allt oftare ute i vårdverksamheterna möter människor från andra kulturer. Många utav dessa människor har även kommit till Sverige som flyktingar från krig och bär på trauman. Sjuksköterskor besitter huvudansvaret för omvårdnad av alla patienter och mötet med människor från andra kulturer ställer ett ökat krav på sjuksköterskans yrkeskompetens. Detta eftersom omvårdnaden kan ge upphov till olika kulturella dilemman. Intresset till varför vi valt att undersöka detta område grundar sig i situationer som vi har mött i vår verksamhetsförlagda utbildning. De kulturella skillnaderna mellan vårdpersonal och patient resulterade enligt oss i en bristfällig vård. Detta har gjort oss nyfikna och mer intresserade av hur vårdpersonal ska kunna bedriva en god omvårdnad för alla människor på lika villkor oavsett kulturell bakgrund.

2. Bakgrund

2:1 Människor flyr

Krig, konflikter och förföljelse har tvingat ett stort antal människor att fly från sina hem. År 2017 befann sig 68,5 miljoner människor på flykt i världen. Av dessa människor är 40 miljoner internflyktingar vilket är människor som är på flykt från sitt hem men som fortfarande befinner sig i sitt hemland. Resterande 28,5 miljoner är människor som har flytt från sitt hemland. Uppskattningsvis kommer 85 procent av alla flyktingar från utvecklingsländer och mer än hälften av flyktingarna är under 18 år. De fem främsta flyktingländerna är Syrien, Somalia, Afghanistan, Myanmar och Sydsudan. Enbart dessa länder utgör tillsammans en migrationsström på 13,4 miljoner människor. De länder som har tagit emot flest flyktingar är Turkiet, Pakistan, Uganda, Libanon, Iran och Tyskland (United Nations



High Commissioner for Refugees, 2018). Ett land som Sverige tog år 2017 emot 144 489 människor varav ett stort antal var flyktingar (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2019). Av dessa 144 489 människor ansökte 25 666 om asyl i Sverige (Migrationsverket, 2019).

2.2 Definition av flyktingar, asylsökande och migranter

Förenta nationernas flyktingorgan UNHCR (2016) menar att flykting och migrant som begrepp har olika definitioner och att det finns en juridisk skillnad som har en avgörande roll. Därför menar UNHCR att det är av stor betydelse att inte blanda ihop dessa begrepp eftersom de har olika innebörd. Enligt FN:s flyktingkonvention definieras begreppet flykting som en människa som flyr förföljelse eller väpnad konflikt. Dessa individers situation är så pass farlig att de blir internationellt bekräftade som flyktingar. Att bli internationellt bekräftad flykting innebär att individen ingår i en internationell rätt. Dessa människor ska inte skickas tillbaka eller utvisas till förhållanden där deras liv utsätts för fara eller frihet hotas. En annan rättighet internationellt bekräftade flyktingar har är att länder som tar emot flyktingar ska sätta dem i säkerhet. Parallellt med detta ska det land som tar emot flyktingar få resurser till att finna en hållbar lösning på situationen. Grundläggande mänskliga rättigheter för flyktingar som söker asyl ska också råda i länderna vilket inkluderar tillgång till hälso- och sjukvård (UNHCR, 2016).

När en person lämnar sitt hemland för att söka skydd i ett annat land är personen asylsökande. Asyl innebär att individen får uppehållstillstånd och får stanna i det nya landet. Uppehållstillståndet kan vidare delas in i tillfälligt eller permanent uppehållstillstånd (Migrationsverket, 2018). En ansökan om asyl kan lämnas in till gränspoliserna när individen kommer till Sverige eller till en av Migrationsverkets ansökningsenheter. I Sverige prövas alla ansökningar om asyl individuellt i enlighet med FN:s flyktingkonvention (Migrationsverket, 2017). Att få asyl kan ta lång tid och



i Sverige är det migrationsverket som gör en asylutredning och därefter beslutar om asylansökan ska gå igenom eller inte. Handläggningstiden för ett beslut i ett asylärende var i genomsnitt 16,5 månad i Sverige under 2018 (Migrationsinfo, 2019). Under asylutredningen är det migrationsverket som ansvarar för att den asylsökande har någonstans att bo. De asylsökande får även ett så kallat LMA-kort som är ett bevis för att personen får vistas i landet under den pågående asylutredningen (Migrationsverket, 2016).

Enligt UNHCR definieras migranter som individer som själva väljer att flytta från sitt land för att förbättra livssituationen och flytten är inte direkt kopplat till krig eller förföljelse. Migrationen kan exempelvis beröra jobbmöjligheter, utbildningsmöjligheter eller att återförenas med familj. I kontrast till flyktingar har migranter inte samma rättigheter. Den största skillnaden migranter har är att varje enskild regering hanterar invandring enligt sina lagar och riktlinjer. Om individen är en internationellt bekräftad flykting har länder en särskild skyldighet att ta emot flyktingarna. Men om individen är en migrant gäller varje regerings egna regler för invandring och därav har länder ingen direkt skyldighet att ta emot migranter (UNHCR, 2016). I vilken grad migranter får tillgång till hälso- och sjukvård varierar beroende på vilket land de migrerar till (Migrationsinfo, 2018).

2:3 Ohälsa och utsatthet bland flyktingar och asylsökande

Utbredd osäkerhet, isolering, passivitet och frånvaron av ett normalt vardagsliv framhålls ofta som faktorer som minskar asylsökandes välmående och kan få negativa konsekvenser för deras psykiska och somatiska hälsa (Overland, 2014). Människor som flyr sitt land bär ofta på traumatiska upplevelser (Migrationsinfo, 2017). Krig på nära håll, förlust av familjemedlemmar eller vänner, fysisk våld, tortyr, sexuellt våld eller fruktan för sitt eget liv är vanligt förekommande upplevelser som flyktingar bär på (Svenska Röda Korset, 2016). Tvångsmigration och att tvingas anpassa sig till en ny okänd miljö har även visats sig ha negativa



konsekvenser på flyktingars hälsa (Migrationsinfo, 2018). Dessa upplevelser kan ge upphov till en mängd olika psykiska symtom som depressioner, ångest, stress, sömnsvårigheter, posttraumatiskt stressyndrom och psykoser (Migrationsinfo, 2017). Flyktingars levnadsförhållanden under flykten är också en bidragande faktor till att flyktingar kan besitta smittsamma sjukdomar. Förutom gastrointestinala sjukdomar och luftvägssjukdomar så har även skabb, mässling, bakteriell meningit och polio visat sig vanligt förekommande bland flyktingar (Folkhälsomyndigheten, 2015).

En rapport gjord av Socialstyrelsen (2015) visar att 20-30 procent av de flyktingar som befinner sig i Sverige uppvisar någon form av psykisk ohälsa. Arwidson och Eriksson (2014) presenterade även i sin rapport att flyktingar som grupp löper en större risk att bli placerade i utsatthet i samhället, vilket ökar risken för att drabbas av ohälsa. Hagedkiss och Renzaho (2014) framhävde dessutom att människor som har flytt från sitt hemland ser sig själva som sjukare än övriga människor i det nya landet. Studier visar att människor som flyr sitt hemland förlorar sin känsla av sammanhang och trygghet. Det skapar en otrygghet i det nya landet som genererar negativa konsekvenser för hälsan (Jonzon, Lindkvist & Johansson, 2015; Svenberg, Mattsson & Skott, 2009).

2:4 Rätten till vård

I Förenta nationernas konventioner och deklARATIONER angående mänskliga rättigheter framkommer det att alla människor ska ha rätt till vård. Rätten till vård ska inte styras av ålder, ekonomisk status eller nationalitet utan ska ha sin utgångspunkt i människors behov av vård. Regler vid vård av människor ser olika ut beroende på vilket land individen befinner sig i (Svenska FN-förbundet, 2008). I FN:s internationella överenskommelse för hälsa i världen ingår tillgång till hälso- och sjukvård. Office Of The High Commissioner For Human Rights (2000) har fyra principer rörande rätten



till hälsa. Dessa principer berör; tillgång, tillgänglighet, accepterbarhet och kvalitet inom vården. Med *Tillgång* menas att flyktingar ska kunna ta del av fungerande hälso- och sjukvårdstjänster. Principen framhåller därför vikten av att det ska finnas sjukvård med medicinsk kompetens och tillgång till viktiga läkemedel. Denna tillgång kan se olika ut beroende på landets resurser. *Tillgänglighet* till vård handlar om att sjukvård ska vara tillgänglig för alla människor och särskilt människor som är sårbara eller utsatta grupper. *Accepterbarhet* handlar om att visa respekt för kulturella skillnader och olikheter i vårdandet. Den sista principen är *Kvalitet*, vilket handlar om att vården som ges ska vara av god kvalitet, vara medicinskt säkerställd och bygga på en vetenskaplig grund (Office Of The High Commissioner For Human Rights, 2000).

Som vuxen asylsökande i Sverige har du rätt till akutvård. Det innebär exempelvis att asylsökande har rätt till akut tandvård, mödrahälsovård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning. Det är landstingen som ansvarar för vården och som bestämmer vilken vård som den asylsökande har rätt till (Migrationsverket, 2016). Alla asylsökande i Sverige har rätt till och skall erbjudas en hälsoundersökning av landstinget när de uppsöker vården. Detta för att upptäcka eventuella smittorisker och sjukdomar som kan bidra till ohälsa samt för att få information om att det finns möjlighet för dem att ta del av tand, hälso- och sjukvård. De ska även ha möjlighet att samtala om sin psykiska hälsa och trauman som kan ha inverkan på hälsan. Det står även i författningen SOSFS 2011:11 att tolk skall kunna anlitas vid behov.

2:5 Utmaningar och riktlinjer för vårdpersonal

Att vårda människor från andra kulturer medför utmaningar för vårdpersonal. Flyktingar förmedlar ofta att de har varit med om traumatiska upplevelser vilket medför en stor risk för en mängd olika hälsobesvär (Migrationsinfo, 2018). Enligt Socialstyrelsen (2015) har kulturell kompetens bland vårdpersonal blivit en allt mer betydelsefull aspekt i



vården då vårdpersonal allt oftare möter och vårdar människor från andra kulturer. Sättet människor ser på sjukdomar skiljer sig åt mellan olika kulturer men även hur de uttrycks och hur de behandlas varierar. Det är även vanligt att flyktingar påvisar andra hälsobesvär än den övriga befolkningen. Detta gör att vårdpersonal möter och behandlar andra sjukdomstillstånd som de normalt sätt inte är vana vid (Socialstyrelsen, 2015). Tidigare forskning har även visat att flyktingar upplever det svårt att kommunicera med vårdpersonal och att följa behandlingsinstruktioner som sjuksköterskan lär ut (Sevinç et. al, 2016). Genom en större medvetenhet för andra kulturer kan vårdpersonalens förståelse öka och de kan därmed bedriva en bättre personcentrerad vård.

Tanken på ett högt människovärde inom vården ligger till grund för att alla människor ska ha rätt till en god och jämlik vård. I *Hälso- och sjukvårdslagen* (HSL, SFS 2017:30) står det att:

“Vård skall ges med respekt för alla människors lika värde och för individens värdighet.”

“Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa.”

Det finns även internationella riktlinjer för vårdpersonal. Enligt ICN:s etiska kod har sjuksköterskan det övergripande ansvaret för att förebygga sjukdom, lindra lidande samt återställa och främja individens hälsa. Sjuksköterskan ska dessutom ansvara för att ge patienter tillräcklig, lämplig och korrekt information på ett kulturellt lämpat sätt för att kunna uppnå individens samtycke för behandling och vård. Koden beskriver även att sjuksköterska ska respektera individens sedvänjor och trosuppfattningar. Koden förespråkar dessutom vikten av att sjuksköterskan skall ta ställning mot oetiska metoder och förhållanden i vården (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).



3. Teoretisk referensram

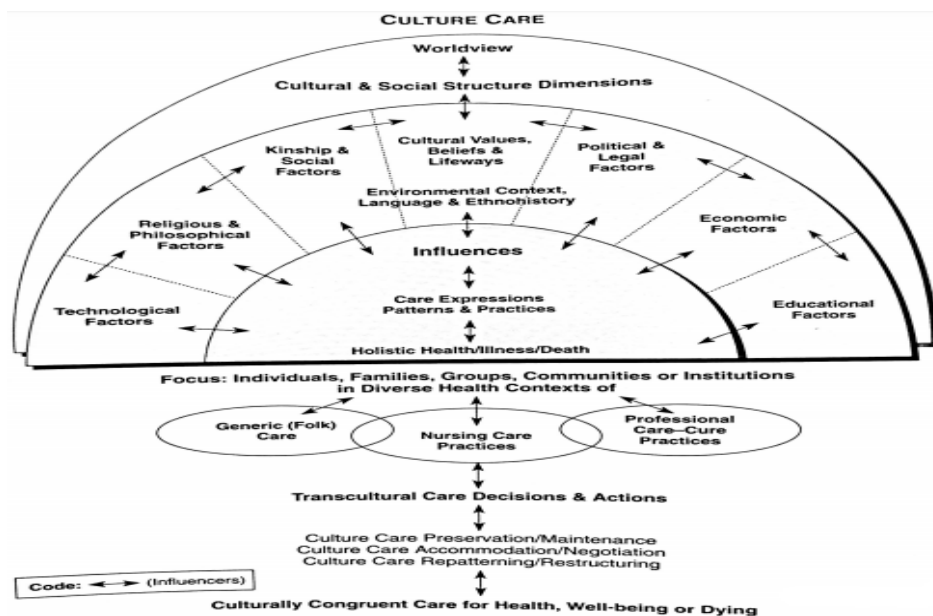
Ett stort antal människor tvingas eller väljer idag att fly sina hemländer (UNHCR, 2018). Detta leder till allt fler mångkulturella samhällen växer fram i världens länder. En konsekvens av detta blir att allt fler människor är i behov av hälso- och sjukvård. Enligt FN:s mänskliga rättigheter har alla människor rätt till vård (Svenska FN-förbundet, 2008). Detta medför att vårdpersonal numera får vårda allt fler människor med olika kulturella bakgrunder. Det är viktigt att vårdpersonalen har den kompetens som krävs för att kunna tillmötesgå och ge dessa människor en god vård med värdighet och respekt. Det är svårt för vårdpersonal att utföra en god personcentrerad vård om personalen inte har kännedom eller erfarenheter av att bedriva transkulturell omvårdnad. Med hjälp utav teorin om *vård av kulturell mångfald och universalitet* kan vårdpersonal få hjälp att förstå hur de kan bedriva en mer anpassad vård i ett mångkulturellt samhälle (Leininger, 2002).

3:1 Teorin om vård av kulturell mångfald och universalitet

Vård av kulturell mångfald och universalitet är en teori som används för att vårdpersonal skall bedriva bättre anpassad vård utifrån ett mångkulturellt samhälle. Utifrån teorin skall vårdpersonal anpassa omvårdnaden utifrån ett kulturspecifik omvårdnadsarbete genom att respektera andra kulturers olikheter i beteende, känslouttryck, värderingar och synsätt på sjukdom och död. Leininger (2002) framhäver att omvårdnad och kultur är starkt sammankopplade med varandra. Syftet med teorin är att vårdpersonalen ska få en kulturell medvetenhet som är användbar för att främja patienters hälsa. Det får vårdpersonal genom att upptäcka skillnader och likheter mellan människor och genom att få kännedom om deras olika synsätt på sociala strukturer såsom politik och religion.

För att vårdpersonalen enklare ska bilda en uppfattning av teorin har Leininger framställt en modell som heter "*Soluppgångsmodellen*". Den

illustreras som en soluppgång som företräder världen. Solens strålar föreställer olika komponenter som har en inverkan på människans sociala struktur och uppfattning av världen. Komponenterna påverkar på skilda sätt människans beteende, känslor och mönster i vårdssituationer men även deras uppfattningar om sjukdom, hälsa och död. Några av dessa komponenter är religion, språk, kulturella värderingar, sociala faktorer och politiska faktorer. *Se figur.1.* Vårdpersonalen behöver beakta alla dessa komponenter och se de olikheter som finns mellan människor för att kunna tillhandahålla en god vård för alla oavsett kulturell bakgrund. Det som gör modellen användningsbar i samhället är att den kan studeras och användas på enskilda människor, familjer, grupper och samhällen. Om de olika komponenterna förstås och respekteras av vårdpersonalen så medför det en anpassad transkulturell vård (Leininger, 2002).



. *Figur.1 Soluppgångsmodellen* (Leininger, 2002)



4. Problemformulering

De senaste årens flyktingströmmar i världen har bidragit till en ökad mottagning av flyktingar till många länder. Det har resulterat i allt fler mångkulturella samhällen med människor med olika bakgrunder, språk, religioner och kulturer. Det har också inneburit att dagens sjukvård i allt större grad möter och vårdar människor med annan kulturell bakgrund som är i behov av och har rätt till vård. I dagens samhälle får vårdpersonalen träffa flyktingar och asylsökande som bär på traumatiska upplevelser från hemlandet som kan ge upphov till en mängd olika psykiska symtom. Flykten från hemlandet resulterar ofta i svåra levnadsförhållanden vilket medför en ökad risk för ohälsosamma och smittsamma sjukdomar. Att vårda sjukdomstillstånd som vårdpersonal inte är vana vid kan vara utmanand. Det finns även olika förväntningar och beteenden på grund av olika kulturella och religiösa bakgrunder vilket kan göra att relationen mellan patient och vårdpersonalen påverkas. För att vårdpersonalen ska kunna ge en individanpassad omvårdnad för alla människor oavsett kulturell bakgrund behöver relationen mellan vårdare och patient förbättras och det genom en större transkulturell medvetenhet.

5. Syfte

Syftet med litteraturstudien är att belysa vårdpersonalens erfarenheter av att vårda vuxna flyktingar och asylsökande.

6. Metod

6.1 Design

Författarna valde att utforma studien som en litteraturstudie. Tidigare vetenskaplig forskning kring området söktes fram i databaser för att besvara syftet. Dessa studier granskades och ett nytt resultat sammanställdes (Kristensson, 2014).



6.2 Datainsamling

6.2.1 Inklusionskriterier

Inklusionskriterier i denna litteraturstudie är vetenskapliga artiklar som belyste vårdpersonalens erfarenheter av att vårda vuxna flyktingar och asylsökande. Artiklarna som användes var publicerade mellan åren 2009-2019 och var peer-reviewed. För att finna relevanta artiklar som besvarade studiens syfte valde författarna att inkludera både kvantitativa och kvalitativa studier. Artiklarna var skrivna på engelska.

6.2.2 Sökstrategi

Författarna har valt att göra en systematisk datasökning i två databaser. Sökningarna gjordes i databaserna PsycINFO och CINAHL då studiens syfte berör både psykisk hälsa och omvårdnad. PsycINFO innehåller forskning inom psykologi, psykiatri, sociologi, omvårdnad, pedagogik och antropologi medan CINAHL innehåller forskning kring omvårdnad, arbetsterapi och sjukgymnastik. Indexord valdes ut och användes i CINAHL Subject headings och PsycINFO Thesaurus. Indexord sökningarna kombinerades med fritext sökning. Sökningarna delades upp i två olika block där det första blocket fokuserade på flyktingar och asylsökande medan det andra blocket fokuserade på vårdpersonal och deras erfarenheter. Författarna valde att trunkera (*) vissa sökord för att inkludera artiklar där sökordet benämndes i plural eller singular. Enligt Kristensson (2014) används AND, OR och NOT som sökoperatorer för att kombinera de olika söktermerna. Författarna för denna studie har använt sig av sökoperatorerna "AND" och "OR". För att utvidga sökningen användes sökoperatörn "OR" och med hjälp av sökoperatörn "AND" kombinerades blocken.



6.2.2.1 CINAHL

I vår sökning i CINAHL använde vi oss av sökorden: refugee*, refugees, asylum seeker* och undocumented immigrant* i både fritext och som ämnesord för att skapa det första blocket. För skapandet av det andra blocket användes sökorden: nurs*, health personnel, health care providers, nursing staff som slogs ihop med resultatet av följande sökning: attitude*, view*, perception* och experience* även här som både fritextsökning och ämnesord. Blocken ihop gav ett resultat av 420 artiklar. Efter att ha inkluderat peer-reviewed och begränsat publiceringsår mellan 2009-2019 fick författarna ett slutgiltigt resultat av 236 artiklar i CINAHL. Se bilaga I CINAHL.

6.2.2.2 PsycINFO

Sökorden som användes i PsycINFO för att skapa det första blocket var: refugee*, asylum seeker*, undocumented immigrant*. För skapandet av det andra blocket användes sökorden: nurs*, health personnel, health care providers, nursing staff som slogs ihop med resultatet av följande sökning: attitude*, view*, perception* och experience* även här som både fritextsökning och ämnesord. Blocken ihop gav ett resultat av 555 artiklar. Efter att ha inkluderat peer-reviewed och begränsat publiceringsår mellan 2009-2019 fick författarna ett slutgiltigt resultat av 278 artiklar i PsycINFO. Se bilaga II PsycINFO.

6.2.3 Urval

Författarna har valt att använda sig av Kristenssons (2014) metod angående gallring av abstrakt för att finna relevanta artiklar. Sammanlagt lästes 514 titlar och 82 abstrakt. Tjugofem artiklar lästes i fulltext av båda författarna. Åtta av artiklarna valdes ut till kvalitetsgranskning. Carlssons och Eimans (2003) granskningsmallar användes av författarna för att kvalitetsbedöma artiklarna. Artiklar som ansågs hålla medelhög till hög kvalitet inkluderades



i studien. Hög kvalitet innebar minst 80% av maxpoängen från granskningsmallen.

6.2.4 Kvalitetsgranskning

Enligt Kristensson (2014) ger granskningsmallar en möjlighet för författarna att ta ställning till vilken kvalitet artiklarna ska besitta för att inkluderas i arbetet. Artiklar som författarna ansåg vara av acceptabel kvalitet inkluderades i resultatet och resterande artiklar exkluderades. Författarna valde att använda sig utav Carlsson och Eimans (2013) granskningsmallar för kvantitativa studier (bilaga III) och kvalitativa studier (bilaga IV). Författarna valde att modifiera granskningsmallarna eftersom en granskningsfråga inte var relevant i sammanhanget. Därför ströks den frågan ur tabellen. När samtliga artiklar blivit granskade inkluderades artiklarna med grad 1 i resultatet. Bedömningen av artiklarnas kvalitet utfördes utifrån Carlsson och Eimans (2003) poängsystem. Artiklarna blev bedömda som grad I (80%), grad II (70%), grad III (60%) där procenten motsvarar poängsatsen artikeln fick. Artiklarna granskades enskilt av författarna och sedan diskuterades artiklarna gemensamt. Efter diskussionen av artiklarna erhöles ett samstämmigt resultat i granskningen. Av de utvalda artiklarna blev åtta bedömda som grad I och inkluderades i studien. Se bilaga V Artikelmatris.

6.3 Analys

Författarna valde att utforma analysen enligt Kristenssons (2014) metod. Analysen bestod av 8 artiklar där författarna identifierade likheter, skillnader och mönster i artiklarnas resultat. Det första steget i analysen började med att författarna individuellt läste igenom de åtta artiklarna noggrant. Därefter valde författarna ut meningsbärande enheter som besvarade studiens syfte. Dessa enheter diskuterades tillsammans och författarna tog sedan bort de enheter som inte ansågs besvara syftet. Det



andra steget i analysen bestod av att utforma koder, subkategorier och kategorier. Detta gjorde författarna tillsammans. Det tredje steget bestod av att bilda underrubriker i resultatet från kategorierna. Exempel på analysmetod presenteras i följande tabell:

Tabell. 2 Exempel ur analysprocessen

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Huvudkategori
Oh gosh, I am proud, I am happy, I am content. It means that when I walk out every day, I know that I actually was really able to help someone today. Even if it was just in a little way...	I am proud, I am happy, I am content. I actually was really able to help someone today.	Stolthet, glädje och belåtenhet.	Betydelsefullt arbete som sjuksköterska.	Vårdpersonalens erfarenheter av att vårda.
Listening to their client's stories of trauma and torture on a continuous basis was reported as challenging and overwhelming for these nurses whose primary role was initial assessment of newly arrived refugees.	Listening to stories of trauma and torture was challenging and overwhelming for nurses.	Svårt att lyssna på berättelser om tortyr och trauma.	Utmaningar för vårdpersonal.	
Nurses and patients experienced difficulty in communicating due to language differences.	Difficulty in communicating due to language difference.	Svårt att kommunicera på grund av språkskillnader.	Språkbarriärer	Vårdpersonalens erfarenheter av att kommunicera
The interpretation were not professionally educated and not trained to work as an interpreter.	Not professionally educated to work as an interpreter.	Inte professionellt utbildad för att jobba som tolk.	Tolk som hjälpmedel	

6.4 Forskningsetiska aspekter

Kristensson (2014) framhäver vikten av att all forskning ska bedrivas av ett forskningsetisk förhållningssätt. Forskningsetiska ställningstaganden ska även inkluderas om forskarna gör en litteraturstudie. Detta därför att författarna tar del utav andra forskares studier. Kristensson presenterar fyra viktiga principer som författarna i denna litteraturstudie kommer förhålla sig till vid användandet av andras forskning. Dessa principer är:



Autonomiprincipen, nyttoprincipen, Inte-skada-principen och rättviseprincipen. Med hjälp utav dessa principer kan forskningen bedrivas på ett respektfullt och säkert sätt utan att skada eller offentliggöra informanterna (Kristensson, 2014).

Författarna har efter noggrann granskning av artiklarna inkluderat de artiklar som uppfyller dessa fyra principer. Det är av vikt att ett noga etiska övervägande har gjorts av studierna alternativt att studierna som används har fått tillstånd av en etisk kommitté. De lyfter även vikten av att presentera alla resultat då det är oetiskt att bara redovisa resultat som stämmer överens med forskarens egen hypotes. Utav de valda artiklarna har författarna granskat om det finns ett godkännande av en etisk kommitté. Av de valda artiklarna var alla förutom en artikel från Nederländerna godkänd av en etisk kommitté. Författarna valde därför att noga granska denna artikel utifrån de fyra ovannämnda principerna. Artikeln förhållde sig till de etiska principerna och författarna valde därför att inkludera artikeln.

Forsberg och Wengström (2015) menar att om forskaren plagierar, stjälar eller fabricerar data utan att hänvisa till originalkällan så betraktas det som forskningsfusk vilket inte får förekomma i en litteraturstudie. Författarna för denna uppsatsen har varit noga med att sätta sina egna åsikter åt sidan för att inte omforma de valda materialet vilket Forsberg och Wengström (2015) framhåller som viktigt.



7. Resultat

Resultatet presenteras nedan i en tabell med två huvudkategorier som tillsammans bildar sju subkategorier.

Tabell. 3 Huvudkategorier och subkategorier

Vårdpersonalens erfarenheter av att kommunicera	Vårdpersonalens erfarenheter av att vårda
<i>Språkbarriärer</i> <i>Tolk som hjälpmedel</i>	<i>Ohälsa kopplat till flyktingar</i> <i>Kulturella skillnader</i> <i>Grundläggande aspekter i vårdandet</i> <i>Utmaningar för vårdpersonal</i> <i>Betydelsefullt och utvecklande arbete</i>

7.1 Vårdpersonalens erfarenheter av att kommunicera

7.1.1 Språkbarriärer

Ett tema som var ständigt återkommande bland flertalet studier var kommunikationsproblematik. Flera studier uppmärksammade vårdpersonalens svårigheter att kommunicera med patienter som inte talade samma språk (Van Loenen et al., 2017; Kallakorpi, Haatainen & Kankkunen, 2018; Sevinç, 2018; Degni et al., 2012; Ogunsiji, Chok, Mashingaidze & Wilkes, 2017). Den bristande kommunikationen gjorde det svårt för vårdpersonal att bedriva omvårdnad då det rådde brist på förståelse i mötet med patienten. Detta gjorde det svårt för vårdpersonal att förmedla betydelsefull information till patienten och dess anhöriga (Sevinç, 2018).



7.1.2 Tolk som hjälpmedel

Vårdpersonal använde ofta tolk som hjälpmedel för att förbättra kommunikationen mellan dem och patienten (Degni et al., 2012; Van Loenen et al., 2017; Sevinç, 2018; Kallakorpi, Haatainen & Kankkunen, 2018). Vårdpersonal upplevde att det fanns svårigheter med att använda tolk. De berättade att eftersom tolkarnas kunskap varierade blev kommunikationen inte alltid optimal (Van Loenen et al., 2017). Vårdpersonal upplevde att tolkarna hade svårt att översätta medicinska ord (Degni et al., 2012; Sevinç, 2018; Kallakorpi, Haatainen & Kankkunen, 2018). Läkare ansåg att tolkarnas bristande kunskaper kunde resultera i att patienter fick felaktig information. Det framkom att tolkar användes mer frekvent när läkarna samtalande med patienter och inte lika ofta när sjuksköterskor pratade med patienter (Kallakorpi, Haatainen & Kankkunen, 2018). Ett flertal sjuksköterskor uppgav att närvaro av en tolk kunde göra det svårare att ställa och få svar på vissa frågor från patienten. Det kunde kännas obekvämt för patienten att svara på känsliga frågor inför någon helt okänd människa (Suurmond, Seeleman, Rupp, Goosen & Stronks, 2010).

7.2 Vårdpersonalens erfarenheter av att vårda

7.2.1 Ohälsa kopplat till flyktingar

De vanligaste hälsobesvären orsakades av krig, våld och olyckor under flyktens gång, men även av ohälsosamma levnadsförhållanden.

Vårdpersonal beskrev att flyktingar ofta hade depressioner, ångest, posttraumatisk stress och sömnbesvär på grund av tidigare traumatiska händelser (Van Loenen et al., 2017; Degni et al., 2012). Även psykiska symtom, aptitlöshet och självmordsförsök har uppvisats hos denna patientgrupp (Kallakorpi, Haatainen & Kankkunen, 2018).

Graviditetsproblem var även vanligt förekommande. Många människor led även av tandproblem, förkylning, diarré, kräkningar och uttorkning (Van Loenen et al., 2017). Vårdpersonal rapporterar att flyktingar uppvisade



fysiska problem såsom ögonsjukdomar, dentala-, nutrition- och immuniseringsproblem. Ett stort antal flyktingar uppvisade även HIV. Vårdpersonalens erfarenheter var att flyktingar ofta hade haft dålig hälsa under lång tid och att de inte visste hur det var att ha en bra hälsa. Vissa flyktingar visste exempelvis inte att diarré var ett onormalt hälsotillstånd. Som en följd av tortyr och trauma hade flyktingarna även fysiska smärtor och mentala problem. Flyktingar uppvisade även oro över att familjemedlemmar var kvar i hemlandet (Ogunsiji, Chok, Mashingaidze & Wilkes, 2017). Vårdpersonal uppfattade även att flyktingar hade dålig hygien då de ofta hade fått bo i tält där hygien var dålig. De hade heller inte tillgång till drickbart vatten och fungerande avlopp vilket påverkade deras hälsa negativt. Det framkom även att det fanns en bristande hälsokompetens hos flyktingar. Vårdpersonal förmedlade även att det var svårt att vårda flyktingarna då dem ofta bar på ovanliga sjukdomar och hälsobesvär som vårdpersonalen inte var vana vid att vårda. (Dumit & Honein-AbouHaidar, 2019).

7.2.2 Kulturella skillnader

Somaliska kvinnor ville ofta krama vårdpersonal efter samtal. För många sjuksköterskor och barnmorskor ansågs detta vara oprofessionellt även om det gav en trygghetskänsla för patienten. Sjuksköterskor påpekade att de följde professionella normer, så att de inte gick över gränserna. I detta förhållande var sjuksköterskor och barnmorskor ansvariga för att upprätthålla professionella sjuksköterska-patientrelationer som var oberoende av kvinnornas kultur eller hur de bete sig. Även läkare ansåg att det var utmanande att behandla somaliska kvinnor i graviditet- och förlossningsvården. Läkare förklarade att de somaliska kvinnorna inte ville bli fysiskt eller gynekologiskt undersökta av manliga läkare då deras religion motsätter sig detta och avstod därför undersökningen tills det fanns en kvinnlig läkare tillgänglig (Degni et al., 2012). Även andra studier visade att kvinnor inte ville få omvårdnad av manliga sjuksköterskor. En



omvårdnadsåtgärd som att sätta urinkateter på kvinnliga patienter var svårt för både manliga och kvinnliga sjuksköterskor då detta vårdmoment ansågs vara förbjudet i den islamska kulturen. Det framkom även att flyktingar hade en annan inställning till döden än andra patientgrupper. Vårdpersonal berättade att många syriska flyktingar upplevdes reagera lugnt och tystlåtet på döden (Sevinç, 2018).

Ett annat problem som vårdpersonalen lade märke till var att det kunde ta lång tid att få till gynekologiska undersökningar och rätt behandling. Detta berodde på att vårdpersonalen ofta fick vänta på ett godkännande av makarna till de somaliska kvinnorna. Det var tydligt att det var männen som bestämde och hade det sista ordet trots att läkaren hade förklarat för kvinnorna om deras rättigheter till att få eller att avstå behandling. Det var även kulturellt känsligt att prata om preventivmedel med somaliska kvinnor eftersom det var förbjudet att använda i deras religion. Den islamska kulturen motsätter sig även kejsarsnitt som förlossningsmetod vilket försvårade arbetet för vårdpersonal vid förlossningar där denna metod ansågs vara nödvändig (Degni et al., 2012).

7.2.3 Grundläggande aspekter i vårdandet

Sjuksköterskor och barnmorskor ansåg att det var viktigt att skapa en god vårdrelation med invandrarkvinnor. Sjuksköterskor berättade att det var viktigt att de tog sig tid till att lyssna på invandrarkvinnornas berättelser. Att dem tog sig tid att lyssna gjorde att det skapades ett förtroende för vårdpersonalen och att en vårdrelation byggdes upp. När en vårdrelation hade skapats kunde det vara lättare för invandrarkvinnorna att öppna upp sig och prata om sina problem. Detta bidrog till att de kunde tillägna sig kulturella normer, livsstilar och hälsovårdstjänster som fanns i det nya landet (Degni et al., 2012).



Sjuksköterskor erkände vikten av familjecentrerad vård i sitt arbete med flyktingar men det var sällan genomförbart i praktiken. Ibland fann sjuksköterskor familjemedlemmar användbara för patientens återhämtning medan andra hade erfarenheten av att familjemedlemmarna kunde belasta deras arbete. Det förekom att familjemedlemmar belastade arbetet på flera sätt. De tog inte hänsyn till bestämda besökstider, de hade en annan syn på sjukdom som de argumenterade för och detta samtidigt som bristande kommunikation försvårade arbetet (Kallakorpi, Haatainen & Kankkunen, 2018).

Vårdpersonal ansåg att de behövde vara mer stödjande i vården av flyktingar. De kände också en plikt av att skapa en större känsla av säkerhet och lugn hos dessa patienter. Genom att vara mer närvarande kunde vårdpersonal säkerställa att denna patientgrupp kände sig sedda och hörda. Att vårdpersonal förmedlade en välkomnande attityd i omvårdnaden ansågs också vara en betydelsefull aspekt i mötet med flyktingar. Andra aspekter som visade sig betydelsefulla var samtal och möten med patienterna (Sandblom & Mangiro, 2017).

Det framkommer att ett förtroendefullt förhållande mellan patient och sjuksköterska var avgörande för vårdandet. Grunden till ett förtroendefullt förhållande började redan råda vid det första mötet och det var därför av stor vikt att sjuksköterskan direkt lyckades förmedla en känsla av tillit till patienten. Tillit byggdes även genom att patienten fick träffa samma vårdpersonal och därmed välbekanta ansikten. Genom att patienten kände tillit, kunde hen enklare öppna upp sig och svara på frågor om smärtsamma upplevelser och personliga problem. Att som sjuksköterska ha förmågan att våga ställa känsliga frågor ansågs även vara en viktig aspekt. Några sjuksköterskor uppgav däremot att det förtroendefulla förhållandet kunde skadas av att göra samtalen till ett förhör och menade att det viktigaste var att lyssna till patienternas berättelser och finnas där för dem (Suurmond,



Seeleman, Rupp, Goosen & Stronks, 2010).

7.2.4 Utmaningar för vårdpersonal

Att lyssna på flyktingarnas historier om trauma och tortyr var utmanande och överväldigande för vårdpersonalen (Ogunsiji, Chok, Mashingaidze & Wilkes, 2017). Vårdpersonalen var även osäkra på om de kunde lita på flyktingars historier om att vara förföljda i sitt hemland eller om det var ett symptom på psykos. Detta bidrog till att det var svårt att ställa en korrekt diagnos (Kallakorpi, Haatainen & Kankkunen, 2018).

Det förekommer att vårdpersonalen upplevde att det var mer krävande att vårda flyktingar än andra patientgrupper. Vårdpersonal uppfattade det tidskrävande att få flyktingar att känna sig hörda och sedda samtidigt som det fanns en tidsbrist för att skapa en relation mellan sjuksköterska och patient. Det framkom även att flyktingar som patientgrupp inte tog emot den sjukvård som de egentligen behövde (Sandblom & Mangiro, 2017).

Vårdpersonal uppgav att de kände ett stort personligt ansvar och press av att vårda flyktingar. (Sandblom & Mangiro, 2017). Den syriska flyktingkrisen drabbade vårdpersonalens fysiska, psykiska och ekonomiska status. När det gällde fysisk och psykisk hälsa pratade sjuksköterskorna om att vara utbrända och trötta vilket resulterade i att många sade upp sig från sina arbeten. När det gällde den ekonomiska aspekten var övertidsjobb tilltalande. Men på grund av de negativa konsekvenserna, som exempelvis det tuffa arbetet hade på deras hälsa, så svalnade det ekonomiska intresset (Dumit & Honein-AbouHaidar, 2019).

Vårdpersonal upplevde det tidskrävande och svårt att vårda flyktingar och att flyktingarnas släktingar ofta ökade deras arbetsbelastning (Sevinç, 2018; Ogunsiji, Chok, Mashingaidze & Wilkes, 2017). Vårdpersonal medgav att de var väldigt ledsna över flyktingarnas hjälplöshet och att de försökte



hjälpa flyktingarna så mycket som möjligt. Vårdpersonal uppgav även att de kunde bli frustrerade när de vårdade flyktingar eftersom de upplevde det svårt att vårda denna patientgrupp. Därför kunde vårdandet av dessa patienter ge upphov till en känsla av både medlidande och hat vilket kunde resultera i att vårdpersonalen hade en negativ attityd gentemot flyktingarna (Sevinç, 2018).

7.2.5 Betydelsefullt och utvecklande arbete

Sjuksköterskorna trivdes med sitt jobb och de ansåg sig utgöra en stor positiv skillnad i flyktingarnas liv. Att de kunde hjälpa flyktingarna ledde till en känsla av stolthet, glädje och belåtenhet (Ogunsiji, Chok, Mashingaidze & Wilkes, 2017). Det framkom att sjuksköterskorna ansåg att det var deras plikt som människor att hjälpa till och att deras kompetens som sjuksköterskor tillät dem att göra det (Sandblom & Mangiro, 2017).

Volymen och typen av fall som uppstod i kombination med dålig förberedelse förändrade hur sjuksköterskor utövade sitt yrke. Några sjuksköterskor indikerade att den syriska flyktingkrisen överraskade dem och att de inte var förberedda på att hantera denna extraordinära situation. De tog det som ett lärande tillfälle där de fick en möjlighet att öva på krishantering (Dumit & Honein-AbouHaidar, 2019).

Det framkommer även att den kulturella kompetensen bör utvecklas hos sjuksköterskor. Genom utbildning och erfarenheter av att vårda asylsökande kunde denna kompetensen utvecklas (Suurmond, Seeleman, Rupp, Goosen & Stronks, 2010; Kallakorpi, Haatainen & Kankkunen, 2018).



8. Diskussion

8.1 Metoddiskussion

Författarna valde att utföra en litteraturstudie i enligt Kristensson (2017) eftersom denna studiemetod innebär att analysera och sammanställa tidigare forskningsresultat till en ny helhet. På så sätt kunde författarna effektivare samla in forskning och enklare besvara studiens syfte. Att använda litteraturstudie som metod gjorde att författarna fick erfarenheter från många olika delar av hälso- och sjukvården, vilket bidrar till att arbetet är omfattande och intressant.

8.1.1 Inklusionskriterier

Författarna valde att söka efter forskning som var publicerad mellan år 2009–2019 och anledningen till detta var för att få så aktuellt forskning som möjligt. Författarna ansåg att det material som kom fram under sökningarna kunde besvara arbetets syfte. Detta trots att det fanns brist på forskning i området. Författarna valde att enbart inkludera artiklar publicerade på engelska. Efter att författarna läst alla artiklar blev resultatet att enbart engelska artiklar kom med. När författarna mötte språkliga hinder i de engelska texterna användes lexikon och i vissa fall Google translate. Författarna är medvetna om att översättningar från engelska till svenska inte alltid blir korrekt vilket kan leda till att artiklarnas innehåll kan ha blivit feltolkade vilket bör finnas i åtanke. Kristensson (2014) framhäver vikten av att en litteraturstudie består utav vetenskapliga artiklar. Detta för att stärka studiens trovärdighet. Därför valde författarna att enbart inkludera de artiklar som var peer-reviewed. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar inkluderades i resultatet. Detta ökar studiens trovärdighet eftersom författarna inte ville gå miste om användbar och intressant forskning.

8.1.2 Sökstrategi

Kristensson (2014) beskriver att författare bör använda sig utav flera olika databaser för att effektivare finna relevanta artiklar. Författarna valde att



använda sig utav Cinahl och Psycinfo. Att använda flera databaser har hjälpt författarna att få en bredare insikt i forskningsområdet. Sökningarna i båda databaserna bestod av olika fritextsökningar och ämnesord. Även sökoperatörerna “AND” och “OR” användes för att kombinera sökningar. Kristensson (2014) framhäver att användandet av booleska sökoperatörer såsom AND och OR främjar tillförlitligheten i sökningen.

8.1.3 Urval

I studien inkluderades artiklar från olika delar av världen. Artiklarna som valdes hade sitt ursprung från Sverige, Finland, Nederländerna, Turkiet, Libanon och Australien plus en artikel som byggde på flertalet länder i Europa. Ett stort varierat urval av länder kan anses stärka tillförlitligheten av studien (Kristensson, 2014). När vi gick igenom artiklarna i de båda databaserna framkom det många dubletter, vilket skulle kunna tyda på att området var väl efterforskat. Kristensson (2014) nämner även att det viktigt att presentera en studiekontext för läsaren. Detta gjordes med hjälp utav artikelmatrisen. Variationen av kontexten i de utvalda vetenskapliga artiklarna kan ha minskat möjligheten till överförbarhet.

8.1.4 Kvalitetsgranskning

Författarna valde i enlighet med Carlsson och Eiman (2003) att använda deras granskningsmallar för att kvalitetsgranska både kvalitativa och kvantitativa artiklar. Artiklarna poängsattes gemensamt av författarna med hjälp av granskningsmallar. Stundtals upplevde författarna att det var svårt att poängsätta artiklarna då det ibland fanns tveksamheter i dem och ibland tyckte författarna olika. Efter vidare diskussion kom vi fram till en gemensam värdering av artiklarna. Då alla artiklar bedömdes som grad 1 kan detta anses vara en svaghet i studien vilket kan minska trovärdigheten i arbetet. Se värdering i bilaga V Artikelmatris.



8.1.5 Dataanalys

I enlighet med Kristensson (2014) utformades en innehållsanalys. Författarna valde först att individuellt djup läsa artiklarna flera gånger för att forma meningsbärande enheter. Efter att författarna tillsammans diskuterat granskningen valde författarna att gemensamt skapa koder och kategorisera de meningsbärande enheterna. Författarna valde att analysera resultatet med hjälp av triangulering vilket innebär att två eller flera individer analyserar underlaget som därefter tolkas och diskuteras för att nå konsensus vilket enligt Kristensson (2014) stärker tillförlitligheten.

8.2 Resultatdiskussion

Syftet med litteraturstudien var att belysa vårdpersonalens erfarenheter av att vårda vuxna flyktingar och asylsökande. Resultatet som analysprocessen presenterade bestod av två olika huvudkategorier med sju subkategorier. Den första huvudkategorin beskrev vårdpersonalens erfarenheter av att kommunicera. I denna kategori uppkom språkbarriärer och erfarenheter av tolkanvändning inom vården. Den andra huvudkategorin beskrev vårdpersonalens erfarenheter av att vårda där ohälsa kopplat till flyktingar, kulturella skillnader, grundläggande aspekter i vårdandet, utmaningar för vårdpersonal och betydelsefullt och utvecklande arbete blev subkategorier.

Resultatet visade att vårdpersonal upplevde det svårt att kommunicera med vuxna flyktingar och asylsökande. Att vårdpersonal och patient inte talade samma språk bidrog till en brist av förståelse i vårdmötet.

Kommunikationsbrister gjorde det även svårt för vårdpersonal att förmedla betydelsefull information till patienten och dess anhöriga. Andra studier har också visat att kommunikationen är ett problem. Ding och Hargraves (2009) menar att kommunikationsbrister bidrog till en försämrad tillgång till hälso- och sjukvård vilket försvårade förutsättningarna för vårdpersonalen att utföra en god vård. Tidigare forskning visade även att en bristande kommunikation mellan vårdpersonal och patient kunde leda till att



vårdpersonal inte genomförde omvårdnadsåtgärder, vilket försvårade vårdpersonalens arbete med patienten. Det har även visat sig vara svårt för vårdpersonal att ge en god individanpassad vård när kommunikationen med patienten inte finns (McCarthy et al., 2013). Enligt ICN:s etiska kod har sjuksköterskor huvudansvaret att förebygga sjukdom, lindra lidande samt främja individens hälsa. Detta samtidigt som sjuksköterskan ansvarar för att ge patienter tillräcklig, lämplig och korrekt information på ett kulturellt lämpligt sätt för att kunna uppnå individens samtycke för behandling och vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Författarna har fört en diskussion kring om sjuksköterskor verkligen kan uppfylla detta ansvarområde när patient och sjuksköterska inte förstår varandra som resultatet påvisade. Författarna menar därför att mer resurser bör gå till att förbättra kommunikationen. Leininger (2002) framhåller vikten av att vårdpersonal bedriver en professionell och holistisk vård till patienten. Vårdpersonal bör vara medveten om den kulturella skillnaden som uppstår i mötet med patienten. På så sätt får vårdpersonal en bredare kulturell medvetenhet, vilket kan vara användbart för att främja patienters hälsa.

Resultatet visade att vårdpersonal använde tolk för att förbättra kommunikationen med patienten men ibland var tolkarna inte användbara. Tidigare forskning tyder på att den varierande kunskapen bland tolkarna gjorde det svårt för vårdpersonal att vara säkra på att en god kommunikation skulle råda i mötet med patienten (Van Loenen et al., 2017). Tolk som kommunikationshjälpmedel användes inte lika mycket bland de olika vårdprofessionerna. Läkare använde tolk allt oftare än sjuksköterskor. Det var även svårt för vårdpersonal att närma sig patienten när tolken var delaktig i samtalet då tolken var en främmande människa för patienten. Leininger (2002) betonar vikten av att använda tolkar som har samma kulturella bakgrund som patienten. Leininger menar att kommunikationen då blir mer effektiv och att det leder till att patienten enklare kan öppna upp sig i samtalen med vårdpersonalen. Enligt



Socialstyrelsen (2016) råder det idag brist på utbildade tolkar till en mängd olika språk inom hälso- och sjukvården. Sannolikheten att patienten får en tolk som har samma kulturella bakgrund som patienten blir därför begränsad då det inte finns de resurser som behövs. Sjuksköterskor undviker ibland att använda tolk då de är medvetna om att det finns krav på att organisationen måste vara kostnadseffektiv och därav utesluter att hyra in en tolk (Eklöf, Hupli & Leino-Kilpi, 2014). Författarna anser att bristen på utbildade tolkar är något som hälso- och sjukvården bör ta på större allvar. Kostnaden för att hyra in väl utbildade tolkar borde inte vara ett hinder i vården. Välutbildade tolkar skulle resultera i färre kommunikationsmissar vilket i sin tur skulle säkerställa en högre kvalitet på vården.

Resultatet visade att flyktingar och asylsökande uppvisade en mängd sorters hälsobesvär. Dessa hälsobesvär var ofta kopplade till krig, våld och olyckor under flyktens gång men även av ohälsosamma levnadsförhållanden. Även smittsamma sjukdomar som var förekommande i ursprungslandet var vanligt att flyktingar bar på (Kallakorpi, Haatainen & Kankkunen, 2018; Van Loenen et al., 2017; Degni et al., 2012; Ogunsiji, Chok, Mashingaidze & Wilkes, 2017; Dumit & Honein-AbouHaidar, 2019). Vårdpersonal upplevde därför att de fick möta människor med andra hälsobesvär som de inte tidigare varit vana vid att vårda. Leininger (2002) menar att den viktigaste aspekten för att vårdpersonal ska kunna ge en god omvårdnad är att se hela patienten samt ha en förståelse för vilken aktuell vårdsituation patienten befinner sig i. Som vårt resultat visar, innebär flykt en stor risk för en mängd olika hälsobesvär. Vårdpersonal bör därför besitta en ökad medvetenhet kring de olika hälsobesvär som är vanligt förekommande under flykten men även vilka sjukdomar som är vanligt förekommande i flyktingens hemland. Vårdpersonal bör även ha tillgång till de resurser som krävs för att bemöta denna utsatta patientgrupp. Tidigare forskning har också visat att det inte finns tillräckligt med resurser för att möta flyktingars



hälsobesvär vilket försvårade arbetssituationen för vårdpersonal (Burchill & Pevalin, 2012; Biswas, Kristiansen, Krasnik & Norredam 2011).

Omprioritering av resurser kan därför behövas göras för att vårdpersonalen ska kunna få bättre förutsättningar till att främja flyktingars hälsa.

Resultatet visade att det fanns kulturella skillnader som påverkade omvårdnaden av flyktingar och asylsökande. Dessa kulturella skillnader utgår många gånger från religiösa aspekter eller av könsnormer i familjen. Andra studier har även visat att vårdpersonal upplever att männen i vissa kulturer är beslutsfattare i familjen vilket gjorde att kvinnor fick en sämre individanpassad omvårdnad (O'Mahony & Donnelly, 2013). Leininger (2002) framhävde vikten av att ta hänsyn till patientens värderingar, levnadssätt, normer och övertygelser när vårdpersonal bedriver kulturanpassad omvårdnad. Att utesluta dessa delar i omvårdnaden av flyktingar och asylsökande kan medföra att vårdpersonal kränker patientens integritet. Enligt ICN:s etiska kod ska sjuksköterskor främja en miljö där de mänskliga rättigheterna stärks (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Leininger (2002) betonar även vikten av att vårdpersonal vet vilka värderingar och normer som är vanligt förekommande i vissa kulturer. Som resultatet visat kan kulturella normer även vara ett hot mot mänskliga rättigheter som exempelvis att individen inte själv får bestämma vilken vård som ska utföras.



9. Slutsats

Vårdpersonal stod inför många utmaningar vid vård av flyktingar och asylsökande. Vårdpersonal förmedlade att språkbarriärer bidrog till en bristande kommunikation vilket gjorde det svårt för vårdpersonal att bedriva omvårdnad då det råder brist på förståelse i mötet med patienten. Vårdpersonalens erfarenheter av tolk som kommunikationshjälpmedel visade sig vara varierande. I vissa fall var tolken givande för samtalet. Det framkom att tolkens kunskap hade en avgörande roll för hur samtalet blev. Vårdpersonal upplever även att kulturell medvetenhet i omvårdnaden var avgörande för en god omvårdnad. Att ha kännedom om hela patientens livssituation ansågs vara viktigt vid vård av denna patientgrupp. Detta eftersom flyktingar och asylsökande många gånger bär på traumatiska upplevelser och har levt under svåra förhållanden. Det har bidragit till att denna patientgrupp många gånger besitter hälsobesvär och behöver hälso- och sjukvård. Vårdpersonal upplevde att arbetet med flyktingar och asylsökande utgjorde en känsla av stolthet, glädje och belåtenhet men samtidigt kunde arbetet vara belastande.

Författarna för detta arbete har diskuterat om det behövs mer kulturell medvetenhet bland sjuksköterskestudenter och bland redan etablerade hälso- och sjukvårdspersonal ute i verksamheterna. Författarna är överens om att en ökad kulturell medvetenhet behövs bland vårdpersonal. En ökad kulturell medvetenhet skulle kunna resultera i att hälso- och sjukvården får bättre förutsättningar för att bemöta och vårda människor från olika delar av världen. Författarna åberopar därför att programansvariga på universiteten inkluderar kurser om kulturell medvetenhet då studenter idag inte får denna kunskap genom nuvarande utbildning. Det är även viktigt att nuvarande etablerad hälso- och sjukvårdspersonal får möjlighet till internutbildningar angående kulturell medvetenhet.



9.1 Förslag till framtida forskning

I nutid är många människor på flykt vilket bidrar till fler mångkulturella samhällen och författarna tror inte att det i framtiden kommer bli mindre mångkulturellt utan snarare tvärtom. Författarna anser därför att det är av stor vikt att framtidens vårdpersonal får möjlighet till att öka sin kulturella medvetenhet genom utbildningar vilket skulle kunna öka deras kunskap kring vårdandet av vuxna flyktingar och asylsökande. Vidare forskning inom bemötande av människor från andra kulturer skulle i framtiden kunna underlätta omvårdnadsarbetet för vårdpersonal och även höja vårdkvalitén för flyktingar och asylsökande.



Referenslista

**Artiklar som ingår i litteraturstudie resultatet*

Arwidson, C. & Eriksson, A. (2014). *Hälso- och sjukvård till papperslösa och andra utsatta grupper i Sverige*. Ehrenberg, A., Wallin, L. & Edberg, A. (red.) (2014). *Omvårdnadens grunder Ansvar och utveckling*. (S.498-509) (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Biswas, D., Kristiansen, M., Krasnik, A. & Norredam, M. (2011). Access to healthcare and alternative health-seeking strategies among undocumented migrants in Denmark. *BioMed Central Public Health*, 11(560), 1-11.

Burchill, J. & Pevalin, D. (2012). Barriers to effective practice for health visitors working with asylum seekers and refugees. *Community Practitioner*, 85(7), 20–23.

Carlsson, S., & Eiman, M. (2003) *Evidensbaserad omvårdnad*. Malmö Högskola

*Degni, F., Suominen, S., Essén, B., El Ansari, W & Vehviläinen-Julkunen, K. (2012). Communication and Cultural Issues in Providing Reproductive Health Care to Immigrant Women: Health Care Providers' Experiences in Meeting Somali Women Living in Finland. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 14(2) 330-343. doi:[10.1007/s10903-011-9465-6](https://doi.org/10.1007/s10903-011-9465-6)

Ding, H & Hargraves, L. (2009) Stress-Associated Poor Health Among Adult Immigrants with a Language Barrier in the United States. *J Immigrant Minority Health*, 11(6), 446–452.

*Dumit, N-Y & Honein-AbouHaidar, G. (2019). The impact of the Syrian Refugee Crisis on Nurses and the Healthcare System in Lebanon: A Qualitative Exploratory Study. *Journal of Nursing Scholarship*, 51(3) 289-298. doi: [10.1111/jnu.12479](https://doi.org/10.1111/jnu.12479)

Eklöf, N., Hupli, M., & Leino-Kilpi, H. (2014). Nurses' perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland. *Public Health Nursing*. 32(2), 143-150.



Folkhälsomyndigheten. (2015). Människor på flykt – vägledning om smittskydd till hälso- och sjukvården. Hämtad från:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/40cb433c909f40189884e1606f6b690c/manniskor-pa-flykt-vagledning-varbpersonall.pdf>

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015) Att göra systematiska litteraturstudier (4.uppl.). Stockholm: Natur & kultur.

Hadgkiss, E. J., & Renzaho, A. M. N. (2014). The physical health status, service utilisation and barriers to accessing care for asylum seekers residing in the community: a systematic review of the literature. *Australian Health Review* 38, 142–159. doi: [10.1071/AH13113](https://doi.org/10.1071/AH13113)

Hälso och sjukvårdslagen. (2017). Bestämmelser för all hälso- och sjukvård. Hämtad 2019-05-20 från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Jonzon, R., Lindkvist, P., & Johansson, E. (2015). A state of limbo – in transition between two contexts: Health assessments upon arrival in Sweden as perceived by former Eritrean asylum seekers. *Scandinavian Journal of Public Health* 43, 548–558. doi: [10.1177/1403494815576786](https://doi.org/10.1177/1403494815576786)

*Kallakorpi, S., Haatainen, K., & Kankkunen, P. (2018). Nurses' Experiences Caring for immigrant Patients in Psychiatric Units. *International Journal of Caring Sciences*, 11(3), 1802-1811. doi: [10.1111/inm.12500](https://doi.org/10.1111/inm.12500)

Kristensson, J. (2014). Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap. (1. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

Leininger, M.M. (2002). *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice*. (3. ed.) New York: McGraw-Hill, Medical Pub. Division.



Mangrio, E., & Sjögren Forss, K. (2017). Refugees' experiences of healthcare in the host country: a scoping review. *BMC Health Serv Res*, 17(1), <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2731-0>

McCarthy, J., Cassidy, I., Graham, M-M och Tuohy, D. (2013). Conversations through barriers of language and interpretation. *British Journal of Nursing*, 22(6), 335-339.

Migrationsinfo. (2017). Psykisk ohälsa bland flyktingar. Hämtad 2019-05-01 från: <https://www.migrationsinfo.se/psykisk-ohalsa/>

Migrationsinfo. (2018). Hälsa. Hämtad 2019-05-01 från: <https://www.migrationsinfo.se/valfard/halsa/>

Migrationsinfo. (2019). Asylsökande i Sverige. Hämtad 2019-04-30 från: <https://www.migrationsinfo.se/migration/sverige/asylsokande-i-sverige/>

Migrationsverket. (2018). Begränsade möjligheter att få uppehållstillstånd i Sverige. Hämtad 2019-06-17 från: <https://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Aktuella-fragor/Begransad-ratt-till-uppehallstillstand-i-Sverige.html>

Migrationsverket. (2016). Om asylsökande. Hämtad 2019-04-30 från: <https://www.migrationsverket.se/Andra-aktorer/Kommuner/Om-asylsokande.html>

Migrationsverket. (2016). Rätt till vård. Hämtad 2019-04-30 från: <https://www.migrationsverket.se/Andra-aktorer/Kommuner/Om-asylsokande/Ratt-till-vard.html>

Migrationsverket. (2017). Asylregler. Hämtad 2019-04-30 från: <https://www.migrationsverket.se/Privatpersoner/Skydd-och-asyl-i-Sverige/Att-ansoka-om-asyl/Asylregler.html>



Migrationsverket. (2019). Asyl. Hämtad 2019-03-12 <https://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik/Asyl.html>

Office of the high commissioner for human rights. (2000). General comment nr 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12). Hämtad 2019-03-20 från: <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/GC14.pdf>

*Ogunsiji, O., Chok, H., Mashingaidze, G & Wilkes, L. (2017). "I am still passionate despite the challenges": Nurses navigating the care for refugees. *Journal of Clinical Nursing*, 27(17-18) 3335-3344. doi:[10.1111/jocn.13863](https://doi.org/10.1111/jocn.13863)

O'Mahoney, J.M. & Donnelly, T.T. (2013). How does gender influence immigrant and refugee women's postpartum depression help-seeking experiences? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(8), 714-725.

Overland, G. (2014). Nordic work with traumatised refugees : do we really care [Elektronisk resurs].

*Sandblom, M., & Mangrio, E. (2017). The experience of nurses working within a voluntary network: a qualitative study of health care for undocumented migrants. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31 (2), 285-292. doi: [10.1111/scs.12343](https://doi.org/10.1111/scs.12343).

Sevinç, S., Kilic, S.P., Ajghif, M., Öztürk, M. H & Karadağ, E. (2016). Difficulties encountered by hospitalized Syrian refugees and their expectations from nurses. *International Nursing Review*. 63 (3), 406-14. doi: [10.1111/inr.12259](https://doi.org/10.1111/inr.12259).

*Sevinç, S. (2018). Nurses' Experiences in a Turkish Internal Medicine Clinic with Syrian Refugees. *Journal of Transcultural Nursing*, 29(3), 258-264. doi: [10.1177/1043659617711502](https://doi.org/10.1177/1043659617711502)



Socialstyrelsen. (2015). Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter. Ett kunskapsunderlag för primärvården. Hämtad 2019-04-10 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-1-19>

Socialstyrelsen. (2016). Tolkar för hälso- och sjukvården och tandvården. Hämtad 2019-06-02 från <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-5-7>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2019). Flera miljongränser passerades under 2017. Hämtad 2019-05-15 från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/pong/statistiknyhet/folkmangd-och-befolkningsforandringar-2017/>

*Suurmond, J., Seeleman, C., Rupp, I., Goosen, S & Stronks, K. (2010). Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers. *Nurse Education Today*, 30(8) 821–826. doi: [10.1016/j.nedt.2010.03.006](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.03.006)

Svenberg, K., Mattsson, B., & Skott, C. (2009). ‘A person of two countries’. Life and health in exile: Somali refugees in Sweden. *Anthropology & Medicine* 16(3), 279–291. doi: [10.1080/13648470903295984](https://doi.org/10.1080/13648470903295984)

Svenska FN-förbundet. (2008). Allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna. Hämtad 2019-04-10 från: <https://fn.se/wp-content/uploads/2016/07/Allmanforklaringsomdemanskligarattigheterna.pdf>

Svenska Röda Korset. (2016). Nyanlända och asylsökande i Sverige. Hämtad 2019-04-30 från: https://www.redcross.se/globalassets/press-och-opinion/rapporter/studie_nyanlanda-och-asylsokande-i-sverige_web.pdf



Svensk sjuksköterskeförening. (2014). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Hämtad 2019-03-12 från: https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

UNHCR. (2016). Flykting eller migrant enligt UNHCR. Hämtad 2019-05-04 från: <https://sverigeforunhcr.se/blogg/flykting-eller-migrant-enligt-unhcr>

United Nations High Commissioner for Refugees. (2018). *Global trends forced displacement in 2017*. Hämtad 2019-03-13 från: <https://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/5b27be547/unhcr-global-trends-2017.htm>

*Van Loenen, T. Van den Muijsenbergh, M. Hofmeester, M. Dowrick, C. Van Ginneken, N. Aggelos Mechili, E... Lionis, C. (2017). Primary care for refugees and newly arrived migrants in Europe: A qualitative study on health needs, barriers and wishes. *European journal of public health*. 28(1). 82-87. doi: [10.1093/eurpub/ckx210](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx210)



Bilaga I CINAHL

Databasens namn: Cinahl. Datum för sökningen: 2019-05-03

Sökning	Sökord & kombinationer	Begränsningar (limits)	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Utvalda artiklar
1	refugee*		7,107			
2	(MH "Refugees")		5,976			
3	asylum seeker*		914			
4	undocumented immigrant*		323			
5	S1 OR S2 OR S3 OR S4		7,552			
6	nurs*		771,003			
7	health personnel		87,248			
8	health care providers		32,996			
9	nursing staff		28,294			
10	S6 OR S7 OR S8 OR S9		859,463			
11	attitude*		280,816			
12	view*		106,682			
13	experience*		355,504			
14	perception*		132,231			
15	S11 OR S12 OR S13 OR S14		717,498			
16	S10 AND S15		182,973			
17	S5 AND S16		420			
18	S5 AND S16	Peer Reviewed	365			
19	S5 AND S16	2009-2019	236	42	19	8. (1),(2),(3),4,5, (6),(7),8

AND och OR = Boolesk sökoperator, MH = Ämnesord, * = Trunkering, () = Dubbletter



Bilaga II PsycINFO

Databasens namn: PsycINFO. Datum för sökningen: 2019-05-03

Sökning	Sökord & kombinationer	Begränsningar (limits)	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Utvalda artiklar
1	refugee*		8,832			
2	asylum seeker*		1,216			
3	undocumented immigrant*		884			
4	nurs*		160,699			
5	health personnel		155,256			
6	health care providers		38,150			
7	healthcare worker		3,240			
8	nursing staff		18,276			
9	attitude*		539,688			
10	view*		295,567			
11	experience*		637,095			
12	perception*		541,689			
13	S1 OR S2 OR S3		9,879			
14	S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8		284,311			
15	S9 OR S10 OR S11 OR S12		1,601,716			
16	S13 AND S14 AND S15		555			
17	S13 AND S14 AND S15	Peer Reviewed	438			
18	S13 AND S14 AND S15	2009-2019	278	40	6	5 (1),(2),(3), (6),(7)

AND och OR = Boolesk sökoperator, * = Trunkering, () = Dubbletter



Bilaga III Kvantitativ granskningsmall

Exempel på bedömningsmall för studier med kvantitativ metod

Poängsättning	0	1	2	3
Abstrakt (syfte, metod, resultat=3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
Metod				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repeatabilitet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Patienter-med-hurgenomordningsgrad	Ej undersökt	Liten andel	Hälften	Samtliga
Bortfall	Ej angivet	>20 %	5-20 %	<5 %
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas / Ja	Nej		
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
Resultat				
Frageställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, tabeller etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Statistisk analys (beräkningar, metoder, signifikans)	Saknas	Mindre bra	Bra	
Confounders	Ej kontrollerat	Kontrollerat		
Tolkning av resultatet	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Diskussion				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
Slutsatser				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
Total poäng (max 47p)		P	P	P
Grad I: 80%				P
Grad II: 70%				%
Grad III: 60%				Grad



Bilaga IV Kvalitativ granskningsmall

Exempel på bedömningsmall för studier med kvalitativ metod				
Poängsättning	0	1	2	3
Abstrakt (syfte, metod, resultat=3m)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Väckrivn
Syfte	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
Metod				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repterbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Triangulering	Saknas	Finns		
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Patienter med hängsordning	Ej undersökt	Liten andel	Hälften	Samtliga
Bortfall	Ej angivet	>20 %	5-20 %	<5 %
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas / Ja	Nej		
Kvalitet på analysmetod	Saknas	Låg	Medel	Hög
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
Resultat				
Frageställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, kodning etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Tolkning av resultatet (citat, kod, teori etc)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Diskussion				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
Slutsatser				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
Total poäng (max 48 p)	P	P	P	P
Grad I: 80%				P
Grad II: 70%				%
Grad III: 60%				Grad