

Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa,  
Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs Universitet  
i samarbete med  
Avdelningen för Samhällsmedicin och Folkhälsa/Enheten för Allmänmedicin,  
Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs Universitet  
och  
Vårdcentralen Lärjedalen, Göteborgs Primärvård

---

**Mötet mellan patienten och läkaren**  
**Erfarenheter hos somaliska flyktingar**  
**och läkare under utbildning**

**Kristian Svenberg**

**2011**

COPYRIGHT © 2011 Kristian Svenberg  
kristian.svenberg@vgregion.se  
ISBN 978-91-628-8339-3  
<http://hdl.handle.net/2077/27961>

Printed in, Göteborg 2011

Omslagsbild: "Samtal"  
Etsning av Jon Forssman

## ABSTRACT

*Background and aim.* The overall aim of the thesis is to explore the patient-doctor encounter based on experiences among Somali refugees and medical interns in Sweden. Though research in this area is scarce, it has demonstrated that the transcultural meeting in health care suffers shortcomings. This applies to treatment and rapport as well as to outcomes of treatment and care. Starting from the experiences of medical students reflecting on a memorable consultation (*paper I*), the thesis illuminates the experiences of health and illness and of encounters with Swedish health care of one group of patients, Somali refugees (*papers II, III*). The thesis further explores the experiences among Swedish vocational trainees in general practice of their encounters with patients from Somalia (*paper IV*).

*Method.* The thesis is based on four qualitative studies. In *paper I*, data was gathered from written reflective accounts. In *paper II* and *III*, data was collected through individual interviews and in *paper IV* through focus group interviews. Data was analysed using qualitative content analysis (*paper I*), a hermeneutic-phenomenological methodology (*paper II, III*) and phenomenography (*paper IV*).

*Findings. Paper I.* Involving students in writing reflective accounts stimulated them in articulating practice experiences of the consultation. Main themes of students' learning experiences were "The person beyond symptoms", "Facing complexity" and "In search of a professional role". *Paper II.* Somali refugees were interviewed as to their experiences in relation to health and illness. One essential theme emerged: "A life in exile". This was expressed in thematic aspects dealing with longing for the homeland, experience of pain, discrimination and the comforting role of religion. *Paper III* illuminates the experiences of Somali refugees encountering Swedish health care. Ambiguous feelings of high expectations and disappointment were expressed including sentiments of being rejected and not taken seriously, often resulting in a decision to go abroad for medical care. In *paper IV*, vocational trainees in Swedish general practice give voice to their experiences of meeting Somali patients. In meeting the patient, they faced high expectations and noticed a certain cultural distance. Perceptions of being both pleased and confused were articulated. Obstacles in the meeting were expressed by a majority of the informants, on a linguistic level as well as of intricacies in understanding the patients' problem in general. To control this situation, some conformed to an authoritarian strategy, whereas others used approaches coined by curiosity.

*Conclusion.* Somali refugee patients, with problems and complaints frequently caused by a life in exile, often experience rejection in the medical encounter. A major finding of the thesis is the importance of seeing the patient as a person, thus throwing light on the complex web of factors influencing the patients' symptoms. To promote this, strategies of curiosity and an interest in the patients' personal history should be encouraged among health care providers.

*Key words.* Medical encounter, experience, medical student, vocational trainee, Somali, refugee, health, illness

ISBN 978-91-628-8339-3

## FÖRTECKNING ÖVER ORIGINALARTIKLAR

Avhandlingen bygger på följande delarbeten:

- I** Svenberg, K., Wahlqvist, M., & Mattsson, B. (2007). "A memorable consultation": Writing reflective accounts articulates students' learning in general practice. *Scand Journ of Primary Health Care*, 25(2), 75-79
- II** 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
- III** Svenberg, K., Skott, C., & Lepp, M. (2011). Ambiguous Expectations and Reduced Confidence: Experiences of Somali Refugees Encountering Swedish Health Care. *Journal of Refugee Studies*, first published online September 10
- IV** Svenberg, K., Mattsson, B., & Lepp, M. (2011). Vocational trainees in Swedish General Practice and their experiences of meeting patients from Somalia. *Submitted*

## FÖRORD

Att forska var mig länge främmande. Vardagsarbetet tillsammans med patienterna räckte gott och livet var också mer än arbete. På en läkarstämma gjorde jag för några år sedan en presentation som handlade om "att möta patienter från hela världen". En av mina blivande handledare frågade då om det inte var dags att göra något av detta. Med en lågmäld fråga sådde han ett frö som grodde och skavde och inte lämnade mig någon ro. Skavet upphörde först sedan jag beslutat mig för att bli doktorand och ersattes då av en rastlös och ofta ångestfylld upptäckarglädje inför detta nya och okända vägval.

I mitt arbete har jag träffat många enskilda patienter, ansikte mot ansikte. Distriktsläkaren möter personen, människan, och får lyssna till berättelser om lidande, sorger och besvikelser men också om glädje, återupprättelse och tillfrisknande. Det är en ynnest. Alla dessa möten ligger någonstans och ruvar i mig, vart och ett med sitt unika avtryck. I form av små berättelser brukar jag skriva ner de som på något sätt varit speciella. Då jag hade planer på att bli doktorand visade jag några av dessa stycken för en annan av mina blivande handledare. "Det där är berättelser, men forskning är det ju inte" sade hon. Och tillade: "Vad är forskning för dig?" "Att tränga djupare i vardagen", tror jag att jag svarade.

Så satte jag igång. Av eget val. Efter flera års arbete i primärvården, utifrån ett intresse för mötet med patienter från världens alla hörn och med de mest skiftande bakgrunder fyllde forskningen ett behov: att undersöka det fenomen som innebär att dialogen mellan läkaren och patienten kan ge en ny och annorlunda förståelse. Och kanske också för att få svar på frågor jag ställde mig under utbildningen och under åren som kom. Frågor om min egen och patientens roller i mötet, som ett ackompanjemang till min egen osäkerhet och nyfikenhet och oavbrutna fascination inför allmänmedicinen.

Göteborg den 25 november 2011

## INNEHÅLL

|  |    |
|--|----|
| <b>FÖRORD</b>  | V  |
| <b>INTRODUKTION</b>  | 1  |
| <b>Utgångspunkter</b>  | 1  |
| Forskning i den egna miljön  | 1  |
| Egen positionering och förförståelse                                 | 1  |
| Den medicinska praktiken och biomedicinen                            | 3  |
| <b>BAKGRUND</b>  | 4  |
| <b>Mötet mellan läkaren och patienten</b>                            | 4  |
| Allmänmedicin  | 4  |
| Konsultationen - mänskligt möte med medicinska förtecken             | 4  |
| Patient-centrering   | 5  |
| Några milstolpar i forskning kring patient-centrerad vård            | 6  |
| Makten i mötet   | 7  |
| Tillit   | 8  |
| <b>Det transkulturella vårdmötet - forskningsöversikt</b>            | 8  |
| Kultur   | 8  |
| Vården i ett globaliserat samhälle                                   | 9  |
| Det transkulturella vårdmötet - internationella studier              | 9  |
| Det transkulturella vårdmötet - studier från Sverige                 | 12 |
| <b>Somaliska flyktingar i sjukvården - forskningsöversikt</b>        | 14 |
| Somalia - kort historik  | 14 |
| De somaliska flyktingarna  | 14 |
| Livet i exil   | 15 |
| Kontakter med vården i ett internationellt perspektiv                | 16 |
| Kontakter med vården i ett svenskt och nordiskt perspektiv           | 19 |
| <b>Lärande i allmänmedicinsk utbildning</b>                          | 21 |
| Läkarutbildningen i Sverige  | 21 |
| Samtalet och kommunikationen   | 21 |
| Utbildning i det transkulturella mötet - Sverige och internationellt | 22 |
| <b>Sammanfattning</b>  | 24 |
| <b>Problemformulering</b>  | 25 |
| <b>SYFTE</b>   | 26 |
| <b>TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER</b>                                     | 27 |
| <b>Hermeneutik - sökandet efter kunskap om mänskliga fenomen</b>     | 27 |
| Inledning  | 27 |
| Historisk tillbakablick och hermeneutisk metodologi                  | 27 |
| Några av hermeneutikens centrala begrepp                             | 29 |

|  |    |
|--|----|
| <b>Mötet mellan patienten och läkaren som en hermeneutisk händelse</b> | 30 |
| <b>Om validitet i hermeneutiska studier</b>                            | 31 |
| <b>METOD OCH GENOMFÖRANDE</b>  | 33 |
| <b>De fyra delstudierna - översikt</b>                                 | 34 |
| <b>Studie I</b>  | 34 |
| <b>Studie II</b>   | 35 |
| <b>Studie III</b>  | 36 |
| <b>Studie IV</b>   | 37 |
| <b>ETISKA ÖVERVÅGANDEN</b>   | 39 |
| <b>FYND</b>  | 40 |
| <b>Studie I</b>  | 40 |
| <b>Studie II</b>   | 40 |
| <b>Studie III</b>  | 41 |
| <b>Studie IV</b>   | 42 |
| <b>TOLKNING AV DE FYRA DELSTUDIERNAS</b>                               | 45 |
| <b>DISKUSSION</b>  | 47 |
| <b>Diskussion av metod</b>   | 47 |
| Aspekter på genus  | 49 |
| <b>Diskussion av fynden</b>  | 49 |
| Kultur och makt i mötet  | 50 |
| Dubbelhet och ambivalens i mötet                                       | 52 |
| Livsförhållanden i exil  | 53 |
| Strävan efter förståelse och det talade språkets betydelse             | 55 |
| Mötet - en utgångspunkt för fördjupad förståelse                       | 57 |
| <b>SLUTSATSER</b>  | 59 |
| <b>IMPLIKATIONER</b>   | 60 |
| <b>FRAMTIDA FORSKNING</b>  | 61 |
| <b>SUMMARY IN ENGLISH</b>  | 62 |
| <b>SAMMANFATTNING PÅ SOMALISKA</b>                                     | 65 |
| <b>TACK</b>  | 67 |
| <b>REFERENSER</b>  | 68 |
| <b>ARBETEN I-IV</b>  |    |





## INTRODUKTION

### Utgångspunkter

#### *Forskning i den egna miljön*

Denna avhandling utgår från frågor som väckts genom egna erfarenheter i arbetet som distriktsläkare. Att samtidigt vara forskare och praktiker kan innebära en konflikt mellan vetenskaplig och praktisk kunskap. Men det kan också innebära en tillgång att vara både forskare och yrkesverksam inom samma ämne. Arbetet på vårdcentralen sker i en prestationsinriktad, tidspressad miljö som ofta lägger hinder i vägen för reflektion. Denna praktiska verksamhet, med dess oklarheter och överraskningar, krav och kompromisser, fallgropar och undantag lägger grunden för en omistlig erfarenhet. Den aldrig sinande strömmen av enskilda patienter framträder alla för distriktsläkaren som personer, var och en med sitt eget sätt att visa sina symtom och bära sin sjukdom. Det är den unika patienten som lägger grunden för distriktsläkarens erfarenhet, inte grupper eller kohorter. Samtidigt kan lärdomar i denna ostrukturerade terräng vara svåra att integrera kunskapsmässigt. Den vetenskapliga miljön arbetar i ett annat tolkande sammanhang, präglad av i bästa fall kritisk distans, läsning, diskussion och ifrågasättande. Tolkningar i dessa miljöer skiljer sig åt, beroende på olika angreppssätt i synen på språk, syften, värderingar och makt. På vilka sätt kan klinikerns perspektiv berika den vetenskapliga miljön och tvärtom? Ett komplementärt synsätt kan vara fruktbart, där de bägge miljöerna förenas i en ömsesidig förståelse. Klinikerns och forskarens egen förförståelse kan bilda grund för olika tolkningar där man med utgångspunkt i sin egen horisont kan berika och problematisera både forskningens och praktikens frågeställningar. En utveckling mot detta är i viss mån redan på gång, vilket belyses av begreppet "klinisk patientnära forskning", ett uttryck som dock har många tolkningar och är svårt att definiera.

Möten i sjukvården sker mellan patienter och olika kategorier vårdgivare. I denna avhandling står mötet mellan patienten och läkaren i centrum. Jag har sökt att kombinera två spår i forskningen. Det ena har sitt ursprung i min praktik som distriktsläkare, där jag speciellt intresserat mig för patienter med ursprung i Somalia. Det andra har sin grund i min erfarenhet från läkarutbildningen, som rör studenternas lärande kring mötet med patienten i primärvården. Dessa bägge spår avspeglas i denna avhandlings två huvuddelar: erfarenheter av det medicinska mötet bland somaliska flyktingar och bland läkare under utbildning.

#### *Egen positionering och förförståelse*

Allmänmedicinen har alltid tilltalat mig genom dess rika tillfällen till mänskliga möten och samtal, chanser att lyssna till patienternas skiftande berättelser och möjligheter att ta ställning till allehanda symptom och sjukdomar. Samspelet mellan kroppsliga och själsliga symptom och hur dessa ska tolkas driver ett intrikat spel i mötet mellan patienten och läkaren. Detta är kanske mer uttalat i allmänmedicinen jämfört med andra specialiteter. Mitt val att bli distriktsläkare hade sin grund i specialitetens humanistiska och sociala perspektiv som kompletterar professionens naturvetenskapliga sida.

I början av 1990-talet flyttade jag efter sex års tjänstgöring i Göteborgs skärgård till min nuvarande arbetsplats, Lärjedalens vårdcentral i Nordöstra Göteborg. Socialt och kulturellt var dessa orter väsensskilda. I skärgården var befolkningen till stor del homogen, på vårdcentralen i Göteborg var förhållandet det motsatta. Majoriteten av människorna hade här sina rötter i länder utanför Europa. Ett stort antal språk och bakgrunder blandades. Olikheterna och den stora variationen i människornas berättelser blev tydliga, något som successivt fick mig att försöka utforska en patientgrupp, de somaliska flyktingarna.

I slutet av 1970-talet arbetade jag en tid som läkare i ett palestinskt flyktingläger i södra Libanon. Trots den korta period jag var verksam där satte denna erfarenhet djupa spår. Mötet med palestinierna och deras livsberättelser gav många insikter. De flesta verkade ha en förmåga att uthärda orättvisor och under svåra förhållanden kunna återskapa någon form av kontinuitet och mening i sina liv. Liknande erfarenheter har jag gjort på min nuvarande arbetsplats. Jag har under årens gång i någon mån lärt känna de människor jag mött och konfronterats med deras berättelser om sina liv, sina symtom och sitt lidande. Jag har insett att mötet med patienter från andra länder och kulturer ställer extra krav inte bara på kommunikationen utan också på en särskild förmåga att vara lyhörd för personens tidigare livshistoria. Kulturella skillnader är något som träder fram och tydliggörs först i ett möte, där patientens och läkarens fördomar om varandra kommer till uttryck.

Många patienter på min nuvarande arbetsplats har en bakgrund som flyktingar från krigsdrabbade länder. Åtskilliga är arbetslösa och lever under knappa ekonomiska förhållanden. Mötet mellan patienten och läkaren kan mot en sådan bakgrund lätt bli ett möte *för* den andre, som a priori betraktas som resurssvag. Risk finns att medikalisering av patientens symtom kan gynna passivitet hos den hjälpsökande. Ömsesidigheten i mötet kan gå förlorad om inte de humanitära idealen kombineras med ett kritiskt tänkande och medvetenhet om risken att idealisera den andre i en "kärleksfull harmonisering" (Kristensson Uggla, 2002 s.372). Patienterna riskerar att inaktiveras och kan fostras in i en offerroll som i vissa lägen kan medföra sekundära vinster. En ömsesidighet i mötet betonar inte bara harmonin utan också konflikten, vilket kan lägga grunden för verklig respekt och erkänsla. Av egen erfarenhet vet jag att detta är svårt. I läkarens arbete finns inbyggt en strävan att bota, lindra och trösta. Men en patient i trångmål kan ibland försöka ta detta i anspråk för att – exempelvis – be om intyg av olika slag som kan synas motiverat för stunden men i längden inverka negativt på patientens autonomi.

Gradvis växte ett intresse att ägna forskning åt mötet mellan läkaren och patienten. Det var ett val som slog rot i och fick näring av praktiken, för att söka svar på frågor jag samlat på mig och som en sammanfattning av egna erfarenheter. Intresset för patienter med ursprung i Somalia förstärktes också av kontakter med en somalisk organisation som verkade i anslutning till min arbetsplats. Detta ledde vidare till en undersökning som jag utförde 2006 tillsammans med en antropolog. Somaliska män och kvinnor intervjuades här i grupp om sin syn på smärta. Dessa intervjuer resulterade inte i någon publikation men väl i en erfarenhet som stimulerade vidare intresse och studier. De gav också värdefulla kontakter som hade betydelse i det fortsatta forskningsarbetet.

Jag har under flera år varit engagerad i undervisningen av läkarstudenter vid Göteborgs Universitet, både som handledare på vårdcentral och i kurser och examina. Detta har dels rört Tidig Yrkeskontakt (TYK), där studenter under de första terminerna introduceras i läkarrollen och i sjukvårdsarbetet. Det har också gällt termin 5, då studenterna för första gången får möta patienter under en längre period. Vidare har det rört termin 10, den näst sista terminen, som inrymmer huvudkursen i allmänmedicin. Tillsammans med professionella tolkar och företrädare för Rosengrenska Stiftelsen, som ger sjukvård åt gömda flyktingar, har jag föreläst om hur man arbetar med tolk samt om "att möta patienter från hela världen". Studenternas frågeställningar, synpunkter och kritik ger möjlighet till reflexion och diskussion som det sällan ges tid för på vårdcentralen.

### ***Den medicinska praktiken och biomedicinen***

Den medicinska praktiken är inte i första hand en vetenskap utan definieras genom mötet mellan patienten och läkaren. Förutom ett tillfälle att hitta en eventuell diagnos och starta en behandling är mötet inte minst en moralisk händelse (Jotterand, 2001). Gadamer (2003) hävdar att medicinen är en säregen form av kunnande, "då den inte framställer något utan snarare med naturens hjälp återställer något, nämligen hälsan" (Gadamer, 2003 s.50). Medicinsk vetenskap bör ses som en integrerad del av den medicinska praktiken, ett redskap för att hjälpa den sjuka människan (Svenaeus, 1999). Biomedicin grundar sig på objektiv kunskap och är beroende av framsteg inom den medicinska vetenskapen. Den är i första hand inriktad på bot och lindring av olika sjukdomstillstånd. Biomedicinen har skördat och skördar otvetydiga framgångar. Detta har medfört ett epistemologiskt – kunskapsteoretiskt – tolkningsföreträde inom medicinsk praktik, mycket beroende på kopplingar till läkemedelsindustri där ekonomiska incitament spelar stor roll.

En grundförutsättning för biomedicinen är reduktionismen – föreställningen att sammansatta icke fysiska fenomen kan inskränkas till mätbara biologiska och materiella förklaringsmodeller (Good Del Vecchio, Kleinman, Brodwin, & Good, 1992; Marcum, 2008). Biomedicinen grundar sig i en mekanistisk syn på den sjuka människan där delarna betonas före helheten. Kleinman (1995) menar att biomedicinen representerar det som kan *beträktas*. Biologin görs synlig och substantiell och får representera konkreta manifestationer av verkligheten. Sjukdomsberättelser däremot, sprungna ur sociala, moraliska och psykologiska miljöer, kan ur ett biomedicinskt perspektiv få ett tvivelaktigt värde då de inte kan kvantifieras (Kleinman, 1995). Dessa berättelser bildar dock en väsentlig grund för läkarens kunskap (Berger, 1997; Borkan, 1999; Charon, 2006; Helman, 2003). För att kunna hjälpa den sjuka människan behöver läkaren såväl biomedicinen som berättelsen. Medicinsk kompetens förutsätter en enhet mellan rationell och användbar biomedicin och ett lyssnande psykologiskt förhållningssätt till patienten. Genom att slå vakt om läkekonsten kan den medicinska praktiken förhoppningsvis skyddas från att bidra till en teknologisering och avhumanisering av sjukvården. En dikotomisering – tudelning – av läkekonst och biomedicin gynnar knappast utvecklingen mot en fungerande medicinsk praktik, där mötet mellan patienten och läkaren blir den självklara utgångspunkten och där biologiska förklaringsmodeller spelar en viktig men likväl begränsad roll.

## BAKGRUND

### Mötet mellan patienten och läkaren

#### *Allmänmedicin*

Den medicinska specialitet som utövas av allmänläkare, distriktsläkare eller familjeläkare kallas i Sverige "allmänmedicin". I USA och Kanada benämns den "family practice" och i Storbritannien "general practice". Allmänmedicinens världsomspännande organisation, WONCA, har i ett antal punkter definierat dels specialitetens, dels den enskilde allmänläkarens uppgifter. Allmänmedicin (AM) har en första-kontakt-funktion i sjukvården. Det handlar om att ta ställning till alla hälsoproblem i samhället oberoende av patientens ålder, kön eller andra särtecken och arbeta tillsammans med andra grupper inom primärvården. Enligt WONCA ska AM vidare bedriva en patientcentrerad vård och genom konsultationen utveckla ett förhållande till patienten som sträcker sig över tid. Vikten av kontinuitet betonas. AM arbetar med ett brett sjukdomspanorama, både vad gäller akuta och kroniska tillstånd som kan presenteras i tidiga och oorganiserade stadier. AM tar ställning till fysiska, psykologiska, sociala, kulturella och existentiella hälsoproblem. Vad gäller den enskilde allmänläkaren framhävs rollen som en personlig läkare som lär känna patienten och se dennes problem i relation till familj och samhälle, något som möjliggörs genom upprepade kontakter (WONCA Europe, 2005).

Ovanstående idealbilder av allmänmedicinens innehåll har dock diskuterats och en komplettering av den enskilde allmänläkarens erfarenheter bör vägas in. Dessa präglas ofta av konflikter mellan den kliniska vardagens prestationskrav och känslor av otillräcklighet i det komplexa mötet mellan medicinsk teori och praktik (Landström, Mattsson, & Rudebeck, 2009).

Allmänmedicinen har vidare ett särskilt ansvar genom att specialiteten fokuserar på personen och populationen snarare än på den enskilda sjukdomen. Denna är oftast endast en delförklaring till patientens hälsoproblem, som bör förstås genom att i första hand se människan snarare än det sjuka organet. Detta är ett allmänmedicinskt synsätt som erbjuder mänskliga, ekonomiska och medicinska fördelar (Starfield, 2011).

#### *Konsultationen – mänskligt möte med medicinska förtecken*

Konsultationen har beskrivits som "den medicinska professionens centrala händelse" (Pendleton, Schoefield, Tate, & Havelock, 1984 s.1). Den framställts som själva hörnstenen i distriktsläkarens arbete (Byrne & Long, 1984) och utgör i allmänmedicinen oftast en episod i en längre kedja av sammanträffanden mellan patienten och läkaren. Varje konsultation överför minnen från tidigare möten och en enskild konsultation är oftast varken början eller slutet på den historia patienten vill berätta. Det finns ofta oupplärade frågeställningar som förs vidare till nästa möte och problemen som patienten presenterar är sällan enskilda utan oftast många (McWhinney, 1997). Begreppet konsultation betraktas här i ett interaktivt perspektiv. Konsultationen har starka inneboende spänningar. Om konsultationen skall lyckas beror på i vilken utsträckning en endimen-

sionell modell (läkaren frågar, patienten svarar) kan ersättas av ett möte där bägges förklaringsmodeller kring patientens symtom kan komma till uttryck.

För att läkaren skall kunna hjälpa patienten krävs ett personligt och moraliskt engagemang i mötet med den sjuka människan. Denna empatiska närhet måste sedan, beroende på problemets natur, kompletteras med ett mer rationellt tänkande där biomedicinska förklaringar får uppmärksamhet i en nödvändig distans. Empati kan mycket väl kombineras med ett osentimentalt förhållningssätt till patienten, kännetecknat av en produktiv professionell distans. Det innebär dock en frestelse för läkaren att fly in i det mätbara. På så sätt kan läkaren avskärma sig från patientens livssituation, där många av de sammansatta problem för vilka människor söker hjälp kan ha sin förklaring. En motsvarande tendens att uppehålla sig vid det mätbara finns hos patienten, som kan ha svårt att gå in på personliga problem, vilkas samband med sjukdomssymtomen man omedvetet eller medvetet förtränger (Balint, 1964). En biomedicinsk ensidighet kan få fotfäste, där både läkaren och patienten understödjer varandra i en jakt på kroppsliga organiska förklaringar till patientens besvär. Men läkaren kan också överbetona psykosociala förklaringsmodeller som leder till att behandlingsbara åkommor försummas (Eisenberg, 1977). Läkaren måste hjälpa patienten att se sambanden mellan själsliga och kroppsliga symtom (Marcum, 2008; McWhinney, 1997). För läkaren blir det viktigt att poängtera olika tolkningsmodeller som kan öppna för en perspektivrikedom och en mångdimensionell förståelse (Kristensson Ugglå, 2002). Ett sådant synsätt är allmänmedicinen väl lämpad att slå vakt om.

### ***Patient-centrering***

Begreppet patient-centrerad vård kan spåras tillbaka till grundläggande allmänmedicinska texter och introducerades som ett komplement till ett sjukdomsorienterat tänkande hos läkaren (Balint, 1969; McWhinney, 1997; Stewart, 1995). Avsikten med införandet av begreppet var bland annat att man ville motarbeta en splittring av läkarens attityd till patienten som kännetecknades av "antingen somatiskt eller psykologiskt". Patienten skulle uppmärksammas som en person, med sin egen historia och unika sätt att presentera sina symtom (Balint, 1969). Kvaliteten på vården kan bli bättre med större patient-centrering, ett begrepp som emellertid saknar vedertagna definitioner (Royen et al., 2010). Olika dimensioner i begreppet har dock uppmärksammas. Det bör innehålla ett bio-psyko-socialt perspektiv där biomedicinska förklaringar kompletteras med en syn på patienten som en socialt positionerad och utsatt person (Bensing, 2000). Vidare bör makt och ansvar delas i vårdmötet i en terapeutisk allians med läkaren som en av två parter i ett möte (Mead & Bower, 2000). Trots den uppmärksamhet begreppet patient-centrering fått har det visat sig svagt förankrat i den medicinska praktiken. Patient-centrering i utbildningen får ofta inte genomslag i praktiken utan låter sig domineras av ett sjukdomsorienterat tänkande (Claramita, Sutumo, Graber, & Scherpbier, 2011; Haidet, 2010). Detta belyses också av erfarenheter från medicinsk utbildning, där studenters förmåga till empati och patient-centrering får konkurrens av ett mer instrumentellt arbetssätt (Aspegren & Lønberg-Madsen, 2005; Bombeke et al., 2010). Begreppet har likafullt haft betydelse för att utveckla både praktik och undervisning inom allmänmedicinen i patient-läkarrelationen (Illingworth, 2010; Larsen, Risør, &

Putnam, 1997; Scheffer, Tausche, & Edelhäuser, 2011). Det har också påverkat och utvecklat synen på konsultationen som en jämlik händelse där informerat samtycke och delat beslutsfattande mellan läkaren och patienten uppmärksammats (Gulland, 2011).

### ***Några milstolpar i forskning kring patient-centrerad vård***

Psykoanalytikern *Michael Balint* (1964) betonade vikten av att läkaren bör försöka utforska patientens livssituation, där många symtom ofta har sitt ursprung. Psykologiska dilemman manifesterar sig ofta i fysiska problem som i sin tur kan ha konsekvenser för den psykiska hälsan. Balint ville undersöka varför mötet mellan patienten och läkaren ofta misslyckas, trots att bägge parter anstränger sig för att förstå varandra. För detta krävs utbildning och Balint förespråkade att det skulle ske i gruppsamtal allmänläkare emellan. Balint och hans medarbetare fann att den "medicin" som utnyttjades mest inte var olika farmakologiska substanser utan läkaren själv. Hur denna "medicin" ordinerar och vilka biverkningar den kan medföra beror på läkarens erfarenhet, känslor och personlighet. "I tvivelaktiga fall", sade Balint, "skynda inte utan lyssna" (Balint, 1964 s.284). Att bli mer lyhörd för det som pågår i patientens själsliv och uppmärksamma patientens tendens att ibland fly in i olika "sjukdomstillstånd" samt om risken att under- eller överbetona de psykologiska mekanismernas roll framhövdes också av Balint.

Balint berör också det som kallas läkarens "apostoliska funktion". Detta avser läkarens bestämda uppfattningar om hur en patient bör uppföra sig då hon är sjuk. Beroende på läkarens personlighet kan den apostoliska funktionen ta sig olika uttryck, men handlar i grunden om att försöka övertyga patienten om vad som är bäst för henne, något som ofta har sin grund i en starkt idealiserad bild av läkaren som person (Balint, 1964). Så kallade Balintgrupper, där läkare samlas för att diskutera svåra patientmöten, har även utnyttjats i undervisningen med följd att studenterna reflekterat över sin personliga och professionella roll (Torppa, Makkonen, Mårtenson, & Pitkälä, 2008).

*Byrne och Long* (1976) undersökte mer än 2000 bandinspelade konsultationer och identifierade olika faser i patient-läkarmötet. De noterade att mer än 75% av konsultationerna kännetecknades av en läkardominerad dialog. Patienten fick oftast en underordnad roll och det var läkaren som styrde samtalet genom sina frågor. Undersökningen visade också hur majoriteten av läkarna står handfallna inför symtom som kan ha en psyko-social bakgrund (Byrne & Long, 1984).

*Pendleton, Schofield, Tate och Havelock* (1984) byggde vidare på erfarenheterna från Balint, Byrne och Long. Läkaren måste först definiera orsaken till patientens besök och försöka förstå patientens egna tankar om sina besvär och förväntningar inför mötet. Sedan bör läkaren överväga andra problem som kan påverka patienten och tillsammans med denne lägga upp en plan för hur problemet ska lösas. Att försöka nå en gemensam förståelse är avgörande liksom att engagera patienten i behandlingen och uppmuntra eget ansvar. Vikten av att utnyttja tiden maximalt och att upprätta ett förhållande till patienten som kan underlätta arbetet med att lösa problemen betonades också. Man

introducerade också detta synsätt i läkarutbildningen och bidrog till att införa videoinspelningar för att observera konsultationen (Pendleton, et al., 1984).

*Mishler (1984)* analyserade bandupptagningar från patient-läkarmöten och utsatte dem för en banbrytande textanalys. Han visade hur läkarens eller "medicinens röst" ofta försöker tysta patientens eller "livsvärldens röst". Kampen dessa röster emellan slutar oftast med att läkarens röst avgår med segern. Vid de tillfällen "livsvärldens" röst bryter igenom i patientens berättelse, tenderar läkarna ofta att betrakta detta som medicinskt irrelevant. Genom att snabbt "reparera" dialogen försöker läkaren återställa den medicinska röstens dominans genom objektiverande frågor rörande tidsförlopp och kvantitet. Av studien framgår att patientens berättelse är relevant för läkaren endast om den förmår att belysa ett sjukdomsförlopp (*Mishler, 1984*). Resultaten från studien är ett viktigt bidrag till utvecklandet av en mänskligare sjukvård, där asymmetrin i patient-läkarmötet kan ersättas av en mer jämlik rollfördelning. Den innehåller också en textanalys där pauser och icke verbala ljud och uttryck fick stor betydelse, något som saknades i *Byrne och Long's* analys.

I en vetenskaplig sammanfattning av *Ottosson (1999)* undersöktes ett stort antal studier, både kvalitativa och kvantitativa, som rörde förhållandet mellan patienten och läkaren. Det visade sig att olika egenskaper hos läkaren hade betydelse inte bara för att patienten skulle känna sig nöjd efter samtalet utan också för resultatet av behandlingen. Bland dessa egenskaper fanns respekt för patientens uppfattning, nyfikenhet och känsla för patientens sociala sammanhang. Förmåga att lyssna och förklara, att skapa tillit och att visa värme och sympati hade betydelse. Ett bra möte mellan patienten och läkaren visade sig helt enkelt fördelaktigt för läkningsförloppet (*Ottosson, 1999*).

### ***Makten i mötet***

Mötet mellan patienten och läkaren är inte "neutralt" utan kan fungera i ett mönster av social kontroll. Den medicinska professionen och dess språk utesluter ofta en kritisk bedömning av sociala sammanhang och riskerar att ge uttryck för ideologiska budskap som understödjer den bestående sociala ordningen. Läkaren kan genom individualiserade förklaringsmodeller bidra till en medikalisering av problem som i huvudsak har sociala orsaker (*Waitzkin, 1989*). Makt behövs både för läkaren och för patienten. För läkaren att på bästa sätt utnyttja sin kunskap i patientens tjänst. För patienten att kunna hävda sin rätt till hjälp, mobilisera egen kraft och styrka att härda ut i en svår situation och för att utnyttja sitt eget ansvar att berätta sin historia. Läkaren kan missbruka sin makt både ekonomiskt och kunskapsmässigt och genom att utnyttja sin sociala auktoritet och på olika grunder diskriminera patienten. Patienterna å sin sida kan utnyttja sin makt genom att undanhålla viktig information. Andra patienter kan utnyttja sin sociala position för att komma före i vårdköer (*Goodyear-Smith & Buetow, 2001*).

Distansering, objektivering och likgiltighet inför patienten har beskrivits som orsaker till att en del patienter känner sig förödmjukade av läkare. Detta kan ha sin grund i

själva den medicinska kulturen, där känslomässiga och kommunikativa färdigheter – ofta presenterade som "mjuka" – många gånger får stå tillbaka för "hårda" kunskaper av teknisk och instrumentell art (Kleinman, 1995; Malterud & Hollnagel, 2007).

Maktperspektivet i det medicinska mötet belyses också av medicinska antropologer. Kleinman (1980) pekar på att både läkaren och patienten har olika förklaringsmodeller till hälsa och sjukdom. Det biomedicinska perspektivet dominerar ofta på bekostnad av förståelse och kunskap om patientens situation. Betydelsen av sinsemellan överlappande hälsosektorer, både folkliga och professionella, och deras betydelse för patienten uppmärksammas sällan (Kleinman, 1980). Biomedicinen har ofta en reduktionistisk och biologistisk syn på den sjuka människan som kan verka avhumaniserande på det medicinska mötet med följd att patientens egna erfarenheter och upplevelser går förlo-rad (Kleinman, 1995).

### ***Tillit***

Tillit har betonats som en grundförutsättning för ett fruktbart möte mellan läkaren och patienten (Fugelli, 2001). Tillit är beroende av både sociala och personliga faktorer. Till de sociala hör ett rättvist och mer jämlikt samhälle, som visat sig gynnsamt också för människors hälsa (Marmot, 2004; Wilkinson & Pickett, 2010). Till de personliga faktorerna hör en läkare med moralisk integritet, som utnyttjar sin kunskap i patientens tjänst, sätter realistiska mål och delar med sig av sin makt till patienten. För att tillit ska uppnås måste läkaren inse att det är patienten som är expert på sina känslor, symptom och kroppsliga upplevelser. Läkaren - den medicinske experten - och patienten måste samarbeta, smälta ihop sina sfärer och dela makt (Fugelli, 2001). Samtidigt har den "dyadiska" eller "tvåsamma" karaktären på mötet mellan patienten och läkaren kritiserats för att delvis vara illusorisk. Yttre faktorer och krafter – i form av personer, institutioner och händelser - finns oftast närvarande och kan verka både störande och understöd-jande (Granek & Weingarten, 1996). Kontinuitetens betydelse för tillit är fundamental. Denna hotas av dagens utveckling mot snabba, enstaka möten (Tarrant, Dixon-Woods, Colman, & Stokes, 2010).

## **Det transkulturella vårdmötet - forskningsöversikt**

### ***Kultur***

Det transkulturella vårdmötet definieras i avhandlingen som ett möte där vårdaren och patienten har olika kulturell bakgrund. Kultur är i detta sammanhang något dynamiskt, föränderligt, flertydigt och elastiskt (Eriksen, 1999). Det är ett invecklat begrepp som ges olika innebörder och omfattar tolkningsramar, värderingar, uppfattningar, åsikter och handlingar människor emellan. Begreppet kompliceras av stora individuella variationer inom en grupp, innefattande skillnader vad gäller utbildning, social ställning, politisk uppfattning och sexuell läggning. Begreppet är användbart för att diskutera och förstå skillnader människor emellan. Men kulturbegreppet måste brukas med medvetenhet om dess avigsidor och inneboende fällor som risk för stereotypisering, exotisering och kulturalisering. Begreppet kan gynna en syn på "de andra", som inte tillhör en föreställd nationell svensk gemenskap och kan på så vis utnyttjas för särskiljande och



uteslutning av de människor som inte tillhör "majoriteten" (SOU, 2005). Diskriminering och rasism kan i samhällsdebatten ha olika källor. Traditionellt, och med ursprung i kolonialismen och nazismen, definieras det i biologiska termer av över- respektive underlägsenhet människor emellan. Men det finns en annan mer försåtlig typ av rasism, som kännetecknas av paternalism och som ger sig rätten att ha lågt ställda förväntningar på "färgade människor" och bestämma hur dessa ska uppföra sig (Samatar, 2004). Ytterligare en variant av rasism är en kulturrelativistisk romantisering som kan fungera som en ursäkt för handlingar motiverade utifrån en speciell "kultur" (Eriksen, 1999).

### ***Vården i ett globaliserat samhälle***

Dagens förändrade samhälle gör att sjukvården måste förhålla sig till människor med vilka vi inte delar kulturell bakgrund och kollektiva erfarenheter (Samarasinghe, Fridlund, & Arvidsson, 2010; Vertovec, 2007). Hälsovetenskaplig forskning om flyktingar och asylsökande domineras av studier om ohälsa. En förklaring till detta kan vara att många flyktingars bakgrund präglas av svåra upplevelser och fysiska och psykiska trauman vilkas omfattning vi har svårt att föreställa oss (Devi, 2010; Kivlahan & Ewigman, 2010; Lueger-Schuster, 2010; Søndergaard, 2008). Det finns också övertygande visat att livet i det nya landet kan präglas av "post-migrationsproblem" av olika slag. Dessa gäller främst social och ekonomisk stress, alienation, diskriminering och förlust av status samt att bli utsatt för våld av olika slag (Kirmayer et al., 2010). Rapporter finns om att dessa svårigheter kan ha större negativ inverkan på den psykiska hälsan hos många flyktingar än tidigare upplevda trauman (Carswell, Blackburn, & Barker, 2011). Men det finns också en tendens till generaliseringar av flyktingars erfarenheter där den ofrivilliga migrationen ses som a priori problematisk. Synen på flyktingar som offer snarare än resurspersoner som aktivt och under svåra omständigheter kämpar för att skapa ny mening i sina liv kan bli dominerande (Watters, 2001).

En medicinsk kategorisering som posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) har fått stort genomslag och är ofta användbar men har också ifrågasatts. Kritiken mot begreppet betonar att det förbiser kulturella variationer i reaktioner på trauma, att det bortser från kollektiva erfarenheter och icke västerländska strategier att hantera traumatiska upplevelser samt att det gynnar en medikalisering av flyktingskap och lidande (Burnett & Peel, 2001; Kienzler, 2008; Kleinman, 1995; Summerfield, 1999). Hälsofrämjande perspektiv på migrationen betonas sällan, vilket kan påverka flyktingarnas självbild där isoleringstendenser och orealistiska drömmar om återvändande kan slå rot (Eastmond, 1998). Men parallella beskrivningar finns. Betoningar av en universell mänsklig strävan att "investera i drömmar", att envist hysa hopp, att genom berättelser och dialog skapa alternativ till biomedicinska förklaringsmodeller förs fram i forskningen (Eastmond, 2004; Eastmond, 2007; Kokanovic & Stone, 2010; Ong, 1995; Summerfield, 2000).

### ***Det transkulturella vårdmötet – internationella studier***

Asylsökandes och flyktingars förväntningar på vården i mottagarlandet beror till stor del på erfarenheter de haft av kontakter med hälsovård i det egna landet. I många låginkomstländer saknas primärvård men patienter kan ofta få tid till olika organspecia-

listor, förutsatt att de kan betala. Många saknar hos läkare i det nya landet en noggrann kroppsundersökning och recept på mediciner, vilket många varit vana vid från hemlandet. Remissrutiner och väntetider är nya fenomen (O'Donnell, Higgins, Chauhan, & Mullen, 2008). Vad gäller psykiatrisk vård har denna i många låginkomstländer en övervakande, institutionsbunden karaktär och psykiska besvär är ofta stigmatiserande (Kirmayer, et al., 2010). I en holländsk litteraturstudie berörs olika faktorer som har betydelse för mötet mellan "majoritetsläkaren" och "minoritetspatienten". Förklaringsmodeller vad gäller hälsa och sjukdom skiljer sig oftast åt mellan läkaren och patienten. Patientens perspektiv (illness) kontrasterar ofta mot läkarens biomedicinska modell (disease). Individualistiska kontra kollektivistiska kulturer och dessas betydelse för kommunikationen har också betydelse för mötet. Paternalism kontra patient-centrering, rasism och diskriminering samt språkliga barriärer är andra faktorer som påverkar mötet. I allmänhet visar läkaren mindre empati gentemot patienter från minoritetsgrupper jämfört med de från majoritetsbefolkningen (Schouten & Meeuwesen, 2006). Språkbarriären är viktig, men betydelsen av denna ska inte överdrivas. Rapporter visar att kroppsspråket, sättet att visa vänlighet och uppmärksamhet åt patienten, har väl så stor relevans (Mast, 2007).

I en studie från Danmark beskrivs hur invandrare ofta har sämre behandlingsresultat jämfört med den danskfödda befolkningen samt att mötet med dessa människor av vården beskrivs som komplicerat. Studien redogör för ett antal faktorer som anses vara av betydelse för läkarens kontakt med immigranter. Det som värderades högst var tillgång till kompetent tolk, att försäkra sig om att patienten följde läkarens ordinationer samt att kunna ägna tillräcklig tid för mötet (Koitzsch-Jensen, 2010).

I en holländsk medicinsk avhandling beskrivs mötet mellan patienter med flyktningbakgrund (Somalia och Afghanistan) och allmänläkare (Feldmann, 2006). Många av patienterna söker för medicinskt svårförklarliga symtom, vilket ofta leder till en känsla av maktlöshet hos läkaren och hos patienten en känsla av att bli avfärdad och ej tagen på allvar. Feldmann konstaterar samtidigt att studier om patienter med flyktningbakgrund oftast bedrivs separat från studier rörande patienter från majoritetsgruppen, trots att bägge grupper har en hel del problem gemensamma (Feldmann, 2006). I en studie från USA beskrivs hur det interkulturella mötet kan delas upp i olika huvudfrågor, som speglar läkarnas strategier i patientmötet. En går ut på att patienten förutsätts acceptera de regler som gäller i det nya landet och något förhandlingsutrymme existerar inte. En annan, i studien den vanligaste, gick ut på att läkaren försökte anpassa sig till patienten och bearbeta sina egna fördomar. En tredje betonade dialog och förhandling som grundläggande strategi (Rosenberg, Kirmayer, Xenocostas, Dao, & Loignon, 2007).

För att undersöka skillnader i kommunikation och bemötande analyserades i en holländsk studie ett hundratal videoinspelningar av både transkulturella och icke transkulturella möten mellan läkare och patient. Resultatet visade att läkarna kommunicerade sämre med patienter från etniska minoriteter jämfört med dem från majoriteten. Läkarna var sämre på att engagera patienterna i ett gemensamt beslutsfattande. Detta medförde att många patienter inte kunde fatta ett beslut grundat på adekvat informa-

tion, då denna saknades (Schouten, Meeuwesen, & Harmsen, 2008). I ytterligare en holländsk studie, baserad på patientenkäter och videoinspelade konsultationer visade det sig att holländska läkare ägnade mindre tid i mötet med minoritetspatienter. Känslomässiga spörsmål var ofta ovanligare än rent medicinskt färgade frågor jämfört med mötet med patienter tillhöriga majoritetsgruppen (Meeuwesen, Harmsen, Bernsen, & Bruijnzeels, 2006). Afghanska flyktingar i Holland angav känslan av tillit som avgörande i mötet med läkaren (Feldmann, Bensing, De Ruijter, & Boeije, 2007).

I en litteraturstudie från USA ville man undersöka på vilket sätt etniska och språkliga skillnader mellan minoritetspatienter och läkare påverkade mötet dem emellan. Forskarna fann övertygande tecken på att skillnader i etnicitet och språkliga barriärer hade väsentlig inverkan på kvaliteten i det transkulturella mötet. Minoritetspatienter, speciellt de som inte talade engelska flytande, hade sämre chans att få ett empatiskt bemötande, att komma överens med läkaren om behandlingen, att få tillräcklig information och att kunna delta i gemensamt beslut om vårdplaneringen. Patienterna ville helst ha en läkare som talade deras modersmål, då detta ansågs öka möjligheterna till samförstånd och gemensam planering kring behandling (Ferguson & Candib, 2002).

Negativ stereotypisering av och rasism mot framför allt afroamerikanska patienter och patientmöten präglade av brist på värme och vänlighet gentemot dessa har tidigare belysts i USA (Levy, 1985). För att undersöka hur patienternas etniska bakgrund påverkade läkarens attityder till dem intervjuades i en undersökning från USA läkare ("vita") om kontakten med afroamerikanska patienter. Jämfört med patienter från den "vita" majoriteten betraktade många läkare dessa patienter som mindre begåvade och mindre benägna att följa läkarens ordinationer, trots att flera var högt utbildade (van Ryn & Burke, 2000). I en studie från Holland bekräftas liknande attityder. Personer från olika etniska minoriteter intervjuades om sina erfarenheter av kontakt med sjukhusvård. Tre huvudproblem framkom. Informationen mellan vårdpersonal och patient var oftast otillräcklig. Förväntningar på behandling och omhändertagande skilde sig avsevärt mellan patienterna och sjukvården. Vidare noterades ett flertal exempel på fördomsfull och diskriminerande behandling (Suurmond, Uiters, de Bruijne, Stronks, & Essink-Bot, 2011).

Flores (2000) beskrev olika faktorer som kan ha inflytande på det transkulturella mötet mellan patienter från Mexico och sjukvården i USA. Här berörs om patienten bemöts vänligt av läkaren (*simpatia*) och hur den formella artigheten fungerar (*personalismo*). Läkaren ses av patienten som en auktoritet och bör bemötas som en sådan. Patienten å sin sida förväntar sig också respekt från läkarens sida, speciellt om denne är yngre än patienten (*respeto*). Familjens viktiga roll bör uppmärksammas av läkaren (*familismo*). Läkaren bör ha insikt i att många patienter tror att ödet ligger i Guds händer (*fatalismo*) och att utgången av sjukdomen därför redan är avgjord (Flores, 2000). Vikten av att uppmärksamma patientens bakgrund, att undvika familjemedlemmar som tolkar, att försöka observera kulturella skillnader i smärtuttryck samt att aldrig ta något för givet är andra teman som uppmärksammas i forskningen kring det transkulturella vårdmötet (Dosani, 2003).

I England har man undersökt varför invandrare från Pakistan utnyttjar den psykiatriska vården i betydligt lägre utsträckning än den infödda befolkningen. Enligt patienterna fick de i sina möten med distriktsläkaren sällan gehör för sina berättelser, då läkaren oftast utgick från en västerländsk biomedicinsk förklaringsmodell. Religiösa och sociala tabun hindrade å andra sidan ofta patienterna från att berätta för läkaren om familje-problem och känslomässiga frågor, vilket inte underlättade kommunikationen. Patienterna remitterades ofta till olika utredningar och behandlingskontakter utan att detta förändrade deras situation (Hussain, 2006).

Frånvaro av dialog mellan sjukvården och patienter från minoritetsgrupper kan leda till stereotypa uppfattningar om orsaker till problem vad gäller medicinering och uppföljning av kronisk sjukdom. En statisk syn från sjukvårdens sida på muslimska kvinnors sociala identitet som a priori förtryckta och ensidigt fatalistiska har redovisats från England. Patienter med ursprung från Pakistan rapporterar att läkaren ofta negligerar deras besvär. Språkproblem och ett ointresse från sjukvårdens sida att diskutera religionens betydelse för hälsa och sjukdom bidrar till detta. Patienterna kände sig nedvärderade och utsatta. Positiva exempel från möten med sjukvården rörde de fall då läkaren var genuint intresserad av dialog och där bägge parter efter en serie möten kunde lära känna varandra bättre (Mir & Sheikh, 2010).

*Sammanfattningsvis* demonstrerar den internationella forskningsöversikten att det transkulturella vårdmötet ofta präglas av brist på förståelse mellan patienten och läkaren. Många patienter känner sig ej tagna på allvar. Diskriminering gentemot patienterna är vanligt från sjukvårdens sida. Dessutom är det empatiska bemötandet av patienter från minoritetsgrupper ofta sämre än vid mötet med patienter från majoritetsgruppen.

### ***Det transkulturella vårdmötet - studier från Sverige***

Annan kulturell bakgrund än majoritetssamhällets, språksvårigheter och upplevd diskriminering i Sverige utgör en extra belastning för både fysisk och psykisk ohälsa, vilket visats i ett flertal studier (De los Reyes, 2008; Lindencrona, Ekblad, & Hauff, 2008; Sharareh, Carina, & Sarah, 2007; Socialstyrelsen, 2008; Wamala & Bildt, 2006). Många patienter i det transkulturella vårdmötet kategoriseras i den svenska vårdapparaten utifrån en rådande normalitet, något som via deltagande observation beskrivits i en etnologisk avhandling (Fioretos, 2009). Speciellt tydligt blir detta i mötet med patienter med invandrarbakgrund som uppvisar oklara medicinska symtom, där ingen behandlingsbar åkomma kan hittas. Känslor av frustration kan drabba läkaren i mötet med dessa patienter, som ofta kanaliserar sin vanmakt och erfarenheter av tidigare påfrestande upplevelser i olika kroppsliga symtom. Istället för att diskutera de bakomliggande orsakerna till detta försöker läkare och sjuksköterskor råda patienterna att leva ett "hälsosamt liv" och fokusera på kroppsliga symtom, vilket ofta ger ett magert resultat (Fioretos, 2009). I en studie av immigrant-patienter med svårförklarad smärta kunde man se hur de flesta kvinnor, som tidigare fått diagnosen "psykosociala besvär" tvärtom visade sig ha kroppsliga ofta arbetsrelaterade orsaker till sina symtom. Vad gällde männen, visade det sig att medikalisering av deras besvär framför allt genom

långa sjukskrivningar ofta förvärrade och förlängde deras lidande (Löfvander & Engström, 2007). I en litteraturöversikt berörs erfarenheter från det transkulturella mötet i Sverige och Norden (Löfvander & Dyhr, 2002). Få studier hittades. En förklaring till detta kunde vara ovilja att öppet diskutera svårigheter i det transkulturella mötet. I de studier som hittades betonades ett patientcentrerat arbetssätt som ett medel att överbrygga kulturella skillnader. Någon senare svensk litteraturöversikt i detta ämne har inte gått att finna.

Ett transkulturellt perspektiv i kontakten med flyktingar från krigsdrabbade länder har beskrivits främst inom psykiatrin. En "kulturformulering", på basen av DSM-IV (internationell psykiatrisk diagnostisk manual), har utarbetats för att genom integrering av patientens livsvärldsperspektiv med en medicinsk kategorisering underlätta ett psykiatriskt omhändertagande av patienter i mångkulturella miljöer. Kulturformuleringen beskrivs som ett försök att via en detaljerad intervju få en idiografisk (ansats som belyser unika händelser i en människas liv) belysning av den hjälpsökandes tidigare historia och upplevelser. Denna amerikanska modell har vid praktisk tillämpning i Sverige ofta visat sig vara värdefull i behandlingssituationen. Den har dock kritiserats för en stelbent medicinsk uppfattning av individens förklaringsmodeller till sina besvär och en stereotyp inställning till de hjälpsökandes "kulturella identitet" (Bäärnhielm & Scarpinati Rosso, 2009).

Studier bland svenska allmänläkare visar att de ogärna vill diskutera kulturella skillnader och tenderar att bemöta patienter från andra kulturer på samma sätt som "svenskar". Detta sker utifrån en grundsyn om alla människors lika värde med resultat att kulturella skillnader ofta förbises. Detta kan negativt påverka resultatet av konsultationen (Wachtler, 2006; Wachtler, Brorsson, & Troein, 2006). Allmänläkares svårigheter att diagnostisera och behandla depressiva tillstånd hos patienter från olika minoritetsgrupper har belysts i forskningen. Otillräckligheten i diagnostiska instrument som "depressionsskalor" understryks liksom risken för medikalisering av sociala problem. En dialog rörande patientens tidigare livshistoria och sjukdomsberättelse efterlyses i likhet med redskap för att skapa bättre förståelse för orsak till och behandling av depressiva besvär i det transkulturella mötet (Lehti, Hammarström, & Mattsson, 2009).

I en avhandling betonas att vården av "invandrare" bör vara individuellt anpassad och befriad från kulturella problematiseringar, vilka "riskerar att betona det främmande och annorlunda" (Björk Brämberg, 2008, s. 32). Tolkanvändning i det transkulturella vårdmötet behandlas i en annan svensk avhandling. Det framhävs att tolken har en balanserande roll i samspelet mellan läkaren och patienten samt att tolken behöver känna sig som en viktig resurs i vården för att kunna fungera optimalt (Fatahi, 2010).

Sjuksköterskor och ambulanspersonal på en akutmottagning i Sverige rapporterade om svårigheter i kontakten med främst gömda flyktingar. Man hade svårt att förstå patienternas smärtspråk och många ansåg att patienterna överdrev sina symtom. Bland ambulanspersonal noterades att många uttryckningar var onödiga och berodde på språk-

svårigheter. Informanterna i denna intervjustudie uttryckte också ett behov av kunskap om kulturella olikheter. Det upplevdes svårt att bli kallad "rasist" av en del patienter, då man ändå tyckte att man gjorde sitt bästa (Hultsjö & Hjelm, 2005). I en intervjustudie med flyktingar i Sverige visas att informanterna genomgående är nöjda med sina möten med svensk sjukvård. Problemen de stött på orsakas inte av deras bakgrund som flyktingar utan beror på bristande kontinuitet med vårdgivaren och att vårdpersonalen inte intresserar sig för deras bakgrund (Razavi, Falk, Björn, & Wilhelmsson, 2011).

*Sammantaget* visas att i mötet med patienter från minoritetsgrupper i Sverige läkare ofta undviker att beröra frågor som rör patientens kulturella bakgrund. Strategier finns att ta del av och belysa patienters bakgrundshistoria, men då främst inom psykiatrin.

## **Somaliska flyktingar i sjukvården - forskningsöversikt**

### ***Somalia - kort historik***

Somalia har cirka tio miljoner innevånare som mest utgörs av nomader och stadsbor. Samhället är grundat på ett komplicerat klansystem, som har gamla traditioner och som ursprungligen härstammar från nomadkulturen (Mansur, 1995). Majoriteten är sunnimuslimer, den dominerande grenen inom islam. Landet kom redan under 800-talet i kontakt med islam och närheten till den arabiska halvön har präglat både språket och kulturen (Mukhtar, 1995). Nationella minoritetsgrupper med egna språk existerar parallellt med den språkligt och religiöst förhållandevis homogena majoritetsgruppen. I slutet av 1800-talet tog kolonialmakter kontroll över landet. England dominerade den nordvästra delen och Italien den södra. Landet är sedan 1960 självständigt. Mohamed Siad Barre tog makten i en militärkupp 1969 och etablerade den Somaliska Demokratiska Republiken. Under åren som följde hårdnade det politiska klimatet och mänskliga rättigheter åsidosattes. Samtidigt genomfördes alfabetiseringskampanjer och skapandet av ett skriftspråk (Lewis, 1993). Somalia balanserade mellan olika stormaktsintressen och territoriella konflikter med grannlandet Etiopien var vanliga. Läget förvärrades successivt fram till Siad Barres fall 1991. Efter detta ökade det politiska och sociala sönderfallet och maktstrider mellan olika politiska fraktioner tilltog i styrka. Somalia har de senaste tjugo åren slitits sönder av inbördesstrider och saknar sedan 1991 fungerande nationella institutioner (Lewis, 2002). Den senaste hungerkatastrofen, sommaren och hösten 2011, är den värsta på 60 år (Loewenberg, 2011).

### ***De somaliska flyktingarna***

År 2010 flydde flest människor från Afghanistan och Irak, på tredje plats följt av Somalia. Uppskattningsvis 1,5 miljoner somalier levde mot slutet av år 2010 som flyktingar i sitt eget land eller i läger i grannländerna (UNHCR, 2011). Hundratusentals har tagit sin tillflykt till länder runtom i världen, främst USA, Canada, Australien och Europa (Farah, 2000; Lewis, 2002; Samatar, 2004). År 2010 utgjorde flyktingar från Somalia den största gruppen som beviljades uppehållstillstånd i Sverige, knappt 7000 personer (Migrationsverket, 2011). Antalet personer i Sverige födda i Somalia uppgick år 2010 till drygt 38 000 (Statistiska centralbyrån, 2011).

Gränserna mellan att vara flykting, emigrant och att befinna sig i exil är flytande. För en flykting existerar oftast inga andra val än att lämna hemlandet för att rädda livet på sig själv och sina anhöriga, i väntan på att återvända. Den som emigrerar söker frivilligt medborgarskap i ett annat land, ett val som kan medföra djupgående följder för medborgarskap och nya lojaliteter. Att befinna sig i exil kan både vara en följd av direkt deportation eller personliga beslut att inte kompromissa med politisk eller personlig övertygelse (Samatar, 2004). Exil kan här ses som ett sammanfattande begrepp som beskriver de somaliska flyktingarnas situation.

### ***Livet i exil***

Till Sverige anlände de flesta somalier i början av 1990-talet, i samband med hemlandets ekonomiska och politiska kollaps. Den somaliska gruppen är heterogen. Här finns akademiker och analfabeter, stadsbor och nomader. Familjestrukturen är ofta vidgad och mer komplex jämfört med den svenska kärnfamiljen och beskrivs som "ett kollektivt försäkringsbolag" (Melander, 2009, s. 197). Anhöriga är spridda världen över och transnationella nätverk och kontakter och rörlighet mellan dessa har stor betydelse (Fangen, 2006; Farah, 2000; Johnsdotter, 2007; Melander, 2007; Samatar, 2004). En vilja att bygga nya liv i andra länder konfronteras med drömmar om återvändande och ekonomiska skyldigheter genom penningförsändelser till de släktingar som är kvar i hemlandet (Lindley, 2009). Många har svåra umbäranden bakom sig efter att ha levt i flyktingläger runt Somalia och skilsmässor och splittrade familjer är vanligt (Heger Boyle & Ali, 2009). Arbetslösheten i exil, med vissa undantag för USA, är ofta hög vilket medfört svårigheter främst för de somaliska männen som från hemlandet vant sig vid rollen som familjeförsörjare (Carlson, 2006; Tiilikainen, 2010).

Religionen kan utgöra en trygghet mot en bitvis fientlig omgivning och vara del i en strategi att skapa en värld "att vara hemma i", i avsaknad av hemlandets seder och bruk. Religionen kan också erbjuda praktiska och moraliska anvisningar i ett främmande kulturellt sammanhang och erbjuda tröst och lindring vid sjukdom (McMichael, 2002; Whittaker, Hardy, Lewis, & Buchan, 2005). Religiositeten omdefinieras efter de nya förhållandena och "att vara muslim" i exilen har skiftande innebörder beroende på individuella och samhälleliga förutsättningar (McGown, 2003). Många kvinnor bär täckande kläder (jilbab), något de sällan gjorde i Somalia innan landets kollaps. En anledning till detta kan vara ett behov av att markera en religiös och social särart i en främmande omgivning. Täckande klädsel erbjuder ett "privat rum", förutom att den vintertid skyddar mot vind och kyla. En del somaliska kvinnor väljer att inte täcka sig, trots påtryckningar från gruppen (Tiilikainen, 2003). Unga somalier i exilen lever med dubbla identiteter. Den etniska (somaliska) tillhörigheten är stabil och grundläggande. Samtidigt utmanas denna i exilen av en ny kulturell påverkan, som understryker dynamiken och föränderligheten i identiteten (Fangen, 2007). För medelålders och äldre kan livet i det nya landet materiellt innebära en förbättring men samtidigt en social degradering, en "mottagande" istället för en "bidragande" position som medför förväntan på att visa tacksamhet, vilket kan upplevas ovärdigt.

Upplevd diskriminering är bland somalier i exilen ett vanligt fenomen (Ellis et al., 2010; Guerin, Elmi, & Guerin, 2006; Hadley & Patil, 2009). Rasistiska och kränkande kommentarer och attityder från majoritetssamhället kan gynna uppkomsten av isolationistiska tendenser med en ökad religiositet som följd. Interna motsättningar bland somalier kan på grund av detta öka (Fangen, 2006). Många tvingas flytta runt i jakt på bostad och arbete. Detta innebär stress och ständiga uppbrott för familjen och för barnen som måste byta skola. I Storbritannien har detta förklarats med somaliernas "inneboende nomadmentalitet". Detta är nog en stereotyp, som döljer de verkliga orsakerna bakom uppbrotten, vilka ofta är brist på arbete och rasism (Warfa et al., 2006).

### ***Kontakter med vården i ett internationellt perspektiv***

De flesta somalier som är födda i hemlandet har haft kontakt med traditionell somalisk folkmedicin och modern skolmedicin. Många av framför allt de äldre somalierna är analfabeter och saknar kunskap om modern västerländsk medicinsk behandling (Feldmann, Bensing, De Ruijter, & Boeije, 2006). Ett somaliskt ordspråk lyder: "en sjuk person har hundra rådgivare" (Kapchits, 2002 s.32). Innan man i hemlandet sökte läkare tog släktingar och vänner aktiv del i bedömningen av besvären. Den sjuke lämnades sällan ensam men fick istället hjälp och råd av familjekollektivet. Detta ändrades radikalt i exiltillvaron, där många familjer splittrats eller upplösts. Vad gäller synen på behandling av sjukdomar influeras denna av både vanor från hemlandet och impulser i det nya landet. Ett transnationellt livsmönster medför flytande och föränderliga uppfattningar både vad gäller psykiska och fysiska besvär (Mölsä, Hjelde, & Tiilikainen, 2010).

I mötet mellan kvinnor och vården betonas vikten av effektiv och respektfull kommunikation, utnyttjande av professionella tolkar och "community-programs" för att utbilda kvinnor i hälsokunskap (Carroll et al., 2007a). Kombination av moderna behandlingsmetoder och mer traditionella förekommer bland somaliska kvinnor (Carroll et al., 2007b). I en studie från USA betonas hur kvinnorna har höga förväntningar på sjukvården men att de ofta känner sig missförstådda och ej tagna på allvar samt att de sällan söker för psykiska besvär då det anses socialt stigmatiserande (Pavlish, Noor, & Brandt, 2010). I Somalia, innan landets sammanbrott 1991, gick mödrarna med sina barn till sjukhus på grund av feber, som ofta orsakades av malaria. Kräkning och diarré var också vanliga symtom. I Somalia fick man oftast antibiotika eller någon annan medicin, många gånger i injektionsform. Man associerar läkare och sjuksköterskor med sjukvård, inte med friskvård. Någon förebyggande hälsovård existerade inte i hemlandet och praktiseras sällan i exilen (Carroll, et al., 2007b; McEwen, Straus, & Ussher, 2008).

Somaliska flyktingar i USA har intervjuats om varför många primärt söker sjukhus även för mindre åkommor och hur de tänker om sina hälsoproblem. Man har höga förväntningar på sjukvården och räknar med att läkaren ska kunna ge en diagnos utan att ställa alltför många frågor (DeShaw, 2006; Springer, Black, & Martz, 2010). Liknande erfarenheter finns från Danmark, där man noterat att patienter från Somalia söker akutsjukhus oftare än patienter födda i Danmark. Orsakerna är oklara men kan vara sämre hälsotillstånd eller bristande information om hur sjukvårdssystemet fungerar (Norredam et al.,



2004). Somaliska flyktingar i Holland är ofta missnöjda med sjukvården och deras kontakter med primärvården har varit komplicerade. Många anser att läkaren alltför sällan gör en kroppslig undersökning, att de ej blir tagna på allvar samt att läkaren förklarar deras besvär med generaliserande hänvisningar till deras bakgrund som flyktingar. Egenskaper som patienterna uppskattade hos läkaren var en vänlig och välkomnande attityd. Den läkare som lyssnar, ger information och gör något utöver det patienten bett om får stor uppskattning (Feldmann, et al., 2006). Även i andra studier finns rapporter om att man på grund av dåliga erfarenheter gärna reser till andra europeiska länder, framför allt Tyskland, för att söka sjukvård (Gerritsen et al., 2006; Phillimore, 2010). Vissa reser också tillbaka till hemlandet för att söka bot hos religiösa "healers", då de erfarit att deras besvär och plågor inte fått någon förklaring eller behandling av den medicinska expertisen. En del av dessa konsultationer sker också via mobiltelefoni och internet (Kangas, 2010; Tiilikainen, 2010).

Olika frågeställningar aktualiseras också under fastemånaden Ramadan. Bland somaliska kvinnor i Kanada framkom övertygelsen att fastan har positiva både fysiska och själsliga effekter på deras hälsa. En bättre kommunikation med sjukvården kring fastans effekter i samband med ohälsa och medicinering efterlystes (Pathy, Mills, Gazeley, Ridgley, & Kiran, 2011).

#### *Tuberkulos*

Tuberkulosincidensen är hög i Somalia och i exil och måste finnas med som tänkbar orsak till sjukdom (Achonu et al., 2006; Krogh, Surén, Mengshoel, & Brandtzæg, 2010; Sagbakken, Bjune, & Frich, 2010; Turpie, 2008). Tuberkulos (TBC) kan även drabba organ utanför lungorna och orsaka svårtolkade besvär (Rock, Sutherland, Baker, & Williams, 2006). Från Norge rapporteras avsevärd fördröjning av TBC-diagnosen hos somaliska patienter, ofta beroende på bristande kunskap om sjukdomens olika manifestationer men även som ett resultat av att sjukvården inte tagit patienternas klagomål på allvar (Sagbakken, et al., 2010).

#### *D-vitaminbrist och autism*

För den somaliska gruppen som helhet finns D-vitaminbrist beskrivet som orsak till värk och bristtillstånd i samband med graviditet vilket kan bidra till en ökad förekomst av engelska sjukan (skelettsjukdom orsakad av brist på D-vitamin) hos somaliska barn (Modgil, Williams, Oakley, & Burren, 2010; Mytton et al., 2007). Huvudorsaken till D-vitaminbrist är bristande exposition för soljus, då mörk hud har en hög solskyddsfaktor och kräver mer soljus än ljus hud för att bilda D-vitamin (Ustianowski, Shaffer, Collin, Wilkinson, & Davidson, 2005). I svenska studier finns beskrivet att autism är vanligare bland barn till föräldrar födda i Somalia jämfört med barn till svenskfödda föräldrar i Sverige (Barnevik-Olsson, 2008). Liknande rapporter finns från USA. Orsaken till detta är okänd. Autism är ett okänt begrepp i Somalia, varför en del somaliska familjer kallat detta tillstånd "svenska sjukan". Mödrar med somaliskt ursprung har ofta kraftigt sänkta nivåer av vitamin D och det har spekulerats i om det kan finnas något samband mellan detta och autism hos barnen, något som ej kunnat fastställas (Fernell et al., 2010).

### *Psykisk hälsa och ohälsa*

Psykiska besvär är vanligt bland somaliska flyktingar, särskilt om de varit med om traumatiska händelser innan flykten samt upplevelser av diskriminering i det nya landet (Bhui et al., 2003; Boynton, Bentley, Jackson, & Gibbs, 2010; Ellis, et al., 2010). Beroende på separationer, upplevelser i hemlandet och ofrivillig migration bedöms många somaliska kvinnor i USA lida av "kronisk sorg" (Pavlish, et al., 2010). I allmänhet erkänns inte psykologiska problem öppet och det finns en syn på psykisk sjukdom som uttryck för en polaritet mellan antingen friskt eller sjukt. Man har en "sociocentrisk" attityd till mildare psykiska besvär vilket innebär att man försöker ta hand om detta inom familjen. Psykiska besvär anses socialt stigmatiserande och västerländsk psykiatrisk rådgivning betraktas med skepsis (Palmer, 2006). Sjukvården anlitas endast i nödfall för dessa problem, framförallt om någon drabbas av psykotiska symtom, något som i en studie visat sig vanligare bland somaliska unga män i USA jämfört med icke somaliska män (Kroll, Yusuf, & Fujiwara, 2010). Psykologiska problem får oftast nalkas utifrån en somatisk utgångspunkt. Att fråga "hur sover du" kan i detta sammanhang vara exempel på en lämpligare fråga än "känner du dig deprimerad"? (Scuglik, Alarcon, Lapeyre, Williams, & Logan, 2007 s.590). Att uppmärksamma den enskilde individens historia och kulturella identitet genom en så kallad kulturformulering, har visat sig fruktbart för att nå förtroende och tillit och kunna närma sig en somalisk flykting med psykiska problem (Groen, 2009).

Olika ord finns för att beskriva psykiska problem. Ordet "depression" finns inte i det somaliska språket. Då en tolk ska översätta detta använder man andra ord. "Murug" betyder nedstämd och "wali" galenskap. Det senare anses ofta orsakat av onda andar, jinni, som kan komma in i kroppen och orsaka allvarliga psykiska problem. Jinni omtalas i koranen (Koranens Budskap, sura 72) och är ett levande begrepp hos många somalier. Religiöst botande genom koranläsning och användning av olika örter är vanliga sätt att behandla någon som är besatt av jinni (Carroll, 2004; Mölsä, et al., 2010; Tiilikainen, 2003; Whittaker, et al., 2005). Ett annat begrepp är "buufis", som egentligen betyder "att blåsa". Detta betecknar ett tillstånd av depressiv natur, präglad av paranoia och isoleringstendens. Enligt somaliska källor fanns inte ordet innan landets kollaps 1991. Det har smugit sig in i språket och speglar exiltillvarons vända, mot en bakgrund av minnen från krig och nära anhörigas död eller försvinnanden. Det är ett känslouttryck som speglar somaliernas levda erfarenhet. Ordet har en gåtfull etymologi och delvis motsäggelsefulla förklaringar och anses oftare gälla män än kvinnor (Horst, 2006; Mölsä, et al., 2010; Palmer, 2006).

Sjukvårdspersonal i "väst" har oftast ringa kunskap om somalier och deras tidigare historia. Inte heller visas enligt studier något större intresse för många somaliers sociala utsatthet, som kan ge psykiska besvär (Palmer, 2006). Biomedicinska förklaringsmodeller till depressiva besvär är sällsynta bland många somalier. Man tenderar att definiera detta kontextuellt, som en metafor, en deskriptiv term för sociala, ekonomiska och politiska förhållanden som lägger grunden för en tillvaro som flykting (Kokanovic, Dowrick, Butler, Herrman, & Gunn, 2008). Somatiserande tillstånd anses vanligt bland somaliska

patienter och utgör ofta en fysisk manifestation av psykologiska besvär (Scuglik, et al., 2007). Många vill bli grundligt utredda för dessa symtom, vilket anses öka riskerna för överbehandling och iatrogena (av läkaren orsakade) skador (Adams & Assefi, 2002).

Somaliska kvinnor i exil har visat att de kan förebygga psykisk ohälsa genom att aktivt organisera "terapeutiska miljöer" i form av bröllopsengagemang, fester och andra sociala aktiviteter (Guerin, et al., 2006). Kvinnor som blivit utsatta för tortyr och andra övergrepp har erbjudits gruppterapi för att bearbeta sina upplevelser. I detta sammanhang tar man utgångspunkt i de somaliska kvinnornas kultur, där traumatiska upplevelser kan betraktas utifrån en kollektiv identitet och där även bearbetningen av traumat sker kollektivt (Kira, Ahmed, Mahmoud, & Wassim, 2010).

### ***Kontakter med vården i ett svenskt och nordiskt perspektiv***

Svenska vetenskapliga studier rörande somalier i sjukvården är få. De som finns berör oftast kvinnor och deras förhållande till förlossningar, kvinnlig omskärelse och syn på smärta samt diabetes. Studier rörande somaliska män är betydligt svårare att hitta, något som också gäller internationellt. Att tugga chat, en mild centralstimulerande drog, är vanligt bland många män och medför vid intensivt bruk fysiska konsekvenser som aptitförlust, huvudvärk och förstoppning. En del somalier jämför chat med alkohol, och påpekar att i Sverige är bruket av alkohol tillåtet men bruket av chat förbjudet. I Somalia råder det omvända förhållandet. Att tugga chat är tidskrävande och dyrt och kan därför orsaka sociala bekymmer och familjeproblem (Osman & Söderbäck, 2011).

Somaliska flyktingar i Finland upplever att de ofta blir missförstådda och dåligt bemötta i sjukvården. Nedsättande kommentarer, bristande omhändertagande, diskriminering och respektlöst uppträdande är vanligt från sjukvårdspersonalens sida. Som orsak till detta berörs dålig personlig kommunikation, bristande kunskaper om kulturella skillnader samt språksvårigheter (Dayib, 2006).

### ***Förlossningsvård***

I Somalia är förlossningen oftast en kollektiv händelse där den gravida kvinnan omges av kvinnliga släktingar. I Sverige förväntas mannen vara med på förlossningen, vilket inte var fallet i Somalia (Finnström & Söderhamn, 2006). Inom svensk och internationell förlossningsvård finns studier som visar på ökad perinatal dödlighet och förlossningskomplikationer bland kvinnor från Somalia som vårdas på förlossningskliniker (Essén, Hanson, Östergren, Lindquist, & Gudmundsson, 2000a; Malin & Gissler, 2009; Vangen, Stoltenberg, Johansen, Sundby, & Stray-Pedersen, 2002). Orsaken till detta är inte klarlagd, men kan delvis förklaras av att många somaliska kvinnor har strategier inför förlossningen som skiljer sig från majoritetsbefolkningens kvinnor och att dessa skillnader inte tillräckligt uppmärksammas i förlossningsvården. Bland annat framkommer att en del somaliska kvinnor svälter sig inför förlossningen i hopp om att föda lågviktiga barn. Syftet är att undvika kejsarsnitt mot bakgrund av den höga mödradödligheten i samband med detta ingrepp i Somalia (Essén et al., 2000b). Detta finns

också beskrivet i internationella studier (Brown, Carroll, Fogarty, & Holt, 2010; Herrel et al., 2004). Trots detta är kejsarsnitt vanligt bland somaliska kvinnor, en paradox vars förklaring kan hänga samman med brister i kommunikationen mellan de somaliska kvinnorna och förlossningsvården (Essén, Binder, & Johnsdotter, 2011; Högberg, 2004; Johnsdotter & Essén, 2007).

#### *Kvinnlig omskärelse*

I samband med studier om somaliska kvinnor och förlossning omnämns ofta kvinnlig omskärelse. Detta är en urgammal sed i Somalia och har inga direkta kopplingar till islam. Den är en slags initiationsrit till vuxenlivet och resultat av ett socialt tryck. Den berör i Somalia även frågor om ära och moral och ses av de flesta somaliska kvinnor och män som något normalt förekommande. Bland somalier i diasporan (förskingring) finns dock ett gryende motstånd mot denna praktik, som sedan länge är kriminaliserad i flera länder utanför Somalia, både i Afrika och Europa. Den utförs av kvinnor på initiativ av mödrarna utan inblandning av männen (Johnsdotter, 2008). Den engelska termen "female genital cutting" används ofta i litteraturen, då ordet omskärelse (eng. circumcision) låter för harmlöst. Ordet stympning (eng. mutilation) leder tanken till att modern, som oftast låter utföra ingreppet, medvetet plågar sitt barn, vilket knappast är fallet.

Man har visat att lidandet som detta ingrepp medför ökar till följd av de negativa reaktioner som somaliska kvinnor och flickor möter i Norge där omskärelse liksom i Sverige både fördöms och är illegal (Johansen, 2002). Många kvinnor känner sig utlämnade och övergivna då de möter reaktionen på deras omskärelse från svensk sjukvård (Berggren, Bergström, & Edberg, 2006). En studie bland svenska barnmorskor belyser hur etnocentriska och stereotypa föreställningar om de somaliska kvinnornas sexualitet i relation till kvinnlig omskärelse är vanliga (Leval, Widmark, Tishelman, & Ahlberg, 2004). Det har diskuterats huruvida kvinnlig omskärelse praktiseras bland somaliska familjer i Sverige, men bevisen för detta har varit svaga (Ahlberg, Krantz, Lindmark, & Warsame, 2004; Johnsdotter & Essén, 2005). Fram till år 2010 hade totalt två fall lagförts i Sverige, bågge gällande flickor som blivit omskurna i Somalia (Johnsdotter & Essén, 2011).

#### *Syn på smärta*

Somaliska kvinnors syn på smärta har beskrivits från Finland. Hur man förhåller sig till smärta har relaterats till islam, där religionen framhåller lidande som en prövning eller som ett straff för synder. Bland somaliska kvinnor i exilen uppmuntras därför acceptans, tålmod och uthärdande som ett sätt att bekämpa lidandet och försöka minska det genom goda gärningar (Tiilikainen, 2003). En stoisk syn på smärta har beskrivits i en svensk studie, där gråt och klagan utgör tecken på svaghet. Att behålla lugn och kontroll då ett barn är sjukt anses viktigt. Ett botemedel som stått till buds att lindra smärta i den folkliga hälsosektorn i Somalia har varit att bränna huden med glödgade pinnar, vilket medfört att många uppvisar ärr efter brännmärken här och var på kroppen. De flesta vuxna somalier känner till denna praktik och många har själva varit med om den i hemlandet. En ökad kulturell kompetens bland vårdpersonal rekommenderas, men det varnas samtidigt för stereotypisering av den somaliska gruppen (Finnström & Söderhamn, 2006).

### *Diabetes*

I diabetesvården finns beskrivet hur somaliska kvinnor kämpar hårt för att anamma de detaljerade kostråd de får från diabetessköterskan, trots att dessa kanske skiljer sig helt från den mat de är vana vid från hemlandet (Wallin, Löfvander, & Ahlström, 2007). Att försöka vara till lags och följa de vårdprofessionellas alla råd beträffande kost och motion och hur man tacklar sjukdomen under fastemånaden Ramadan kan vara krävande (Wallin, 2009).

*Sammanfattningsvis* pekar forskningsöversikten, både ur ett internationellt och ett svenskt och nordiskt perspektiv, på att många somaliska flyktingar har erfarenhet av att sjukvården inte tar deras problem på allvar. Det finns erfarenheter av diskriminering och särbehandling där symtom ofta förklaras med hänvisning till patientens bakgrund som flykting. Man har höga förväntningar på sjukvården i Europa och USA och uttrycker uppskattning av en noggrann kroppsundersökning samt att läkaren visar vänlighet och respekt.

## **Lärande i allmänmedicinsk utbildning**

### ***Läkarutbildningen i Sverige***

Läkarutbildningen sker på sex orter i Sverige, omfattar 5,5 års heltidsstudier, motsvarande 330 högskolepoäng. Dessa studier leder fram till läkarexamen. Efter detta vidtar 21 månaders allmäntjänstgöring (AT) som utgör grunden för behörigheten att utöva läkaryrket och leder fram till legitimering. Allmänmedicin ägnas sex av dessa månader. Syftet med AT är att komplettera grundutbildningen med praktiska erfarenheter, oavsett kommande val av specialitet. Efter AT genomgår den legitimerade läkaren en femårig specialisttjänstgöring (ST) för att uppnå de kunskaper som krävs för varje specialistkompetens. Det finns idag ungefär sextio medicinska specialiteter, av vilka allmänmedicin är den största. Av Sveriges totalt 33 700 läkare var 5 600 allmänläkare år 2010 (Sveriges Läkarförbund, 2011). Ämnet allmänmedicin har olika utformning på utbildningsorterna.

I Göteborg sker undervisningen i allmänmedicin främst under den tionde näst sista terminen. Under två veckors praktik på vårdcentral får studenterna med hjälp av en handledare självständigt samtala med och undersöka patienter samt föreslå eventuell behandling och utredning. Ämnet belyses också i föreläsningar och fallbeskrivningar. Under den femte terminen undervisas i konsultationskunskap, där studenterna för första gången får möta patienter under en längre period. Denna kurs fokuserar på samtalsmetodik, undersökningsteknik och journalskrivning. Den utgör en fortsättning av Tidig Yrkeskontakt (TYK), där studenterna under de fyra första terminerna praktiserar några dagar på sjukhus eller vårdcentral. Syftet med TYK är att tidigt under utbildningen introducera studenterna i läkarrollen och i sjukvårdsarbetet.

### ***Samtalet och kommunikationen***

Undervisning i samtalskonst och kommunikation sker vanligen i den miljö där läkaren vistas. För utbildningen i allmänmedicin är vårdcentralen en naturlig arena. Patien-

ter i primärvården söker för vitt skilda symtom, och har ofta flera besvär samtidigt. På sjukhus dominerar organperspektivet, man studerar och undervisar där om sjukdomar och hur dessa yttrar sig. I primärvården möter läkaren patienter med symtom och sjukdomar i ett tidigt oorganiserat stadium och måste ta ställning till sammansatta frågor där patientens personliga bakgrund och livshistoria spelar stor roll. Samtalet och den mångdimensionella synen på patientens problem har här en central funktion, vilket riskerar att tappas bort i dagens diskussion om vad som är god kvalitet i vården (Heath, Rubinstein, Stange, & Driel, 2009). Begreppet bio-psyko-social diskuterades på 1970-talet av den amerikanske psykiatern Engel. Han hävdade att det biomedicinska paradigmet var otillräckligt och borde kompletteras med en syn på den sjuka människan som en social varelse (Engel, 1977). Begreppet är levande och har relevans i dagens medicinska utbildning (Adler, 2009). Vid nordamerikanska lärocentra har det dock uppmärksamats att medicinska fakta fortfarande har prioritet framför psykologiska och sociala, som existerar i teorin men mer sällan i praktiken (Astin, Sierpina, Forys, & Clarridge, 2008; Satterfield et al., 2010).

Svenska läkarstudenters lärande av konsultationen och patient-läkarrelationen har beskrivits i en svensk avhandling. Här diskuteras bl.a. hur studenternas empatiska färdigheter och kommunikativa strategier, som de tillägnat sig under de tidigare kurserna, kan minska om en mer instrumentell attityd får fotfäste. En förändring av denna hållning sker inte spontant utan är beroende av fortsatt aktiv träning i patientcentrerad kommunikation (Wahlqvist, 2007). Hur studenterna tränas i kommunikativ förmåga och patientcentrerat arbetssätt samt i allmänmedicinens breda medicinska frågeställningar beskrivs i en annan svensk avhandling. Läkarstudenter fick sista året av sin utbildning reflektera över vad de lärt i några skriftliga berättelser som blev utgångspunkt för en tentamen, där de fick diskutera sina tankar med en lärare (Haffling, 2011). Empatiskt förhållningssätt och kommunikationsförmåga bör och kan tränas under handledning och aktiv reflektion på vårdcentral, med studenternas erfarenheter som utgångspunkt (Howe, 2001; Smith & Irby, 1997). Att undervisa om och kunna värdera läkarstudenters kommunikativa förmåga anses centralt i nutida europeiska studieplaner (Laidlaw & Hart, 2011).

### ***Utbildning i det transkulturella mötet – Sverige och internationellt***

Undervisning i det "transkulturella vårdmötet" skiljer sig åt på de olika undervisningsorterna i Sverige och varierar från enstaka föreläsningar (Göteborg) till mer genomarbetade interaktiva inslag. En svensk undersökning om "etnokulturell empati" bland studenter inom olika vårdutbildningar visar att psykologistudenter visade större empati i mötet med patienter från minoritetsgrupper än studenter i läkar- eller sjuksköterskeprogrammet (Rasoal, Jungert, Hau, Edvardsson Stiwne, & Andersson, 2009). Internationellt har undervisning organiserats om hur studenter skall kunna möta så kallad "somatisering" hos immigranter och flyktingar och att bli mer "kulturellt medvetna" och visa ödmjukhet inför flyktingars situation. Vidare har man framhållit vikten av att reflektera över sina egna värderingar samt att kunna förbättra sin "kulturella kompetens"

i mötet med flyktingar och patienter från minoritetsgrupper (Griswold, Zayas, Kernan, & Wagner, 2007; Perron & Hudelson, 2005; Teal & Street, 2009).

Begreppet "*kulturkompetens*" har sedan flera år varit normgivande för undervisningen i dessa frågor utomlands, framför allt i USA (Crenshaw et al., 2011). Syftet är att göra studenter inom vården bättre förberedda på möten med patienter från andra delar av världen. Begreppet kan definieras som "en individuell förmåga att skapa fungerande mellanmänniska relationer trots kulturella skillnader" och varierar i innehåll och utformning (Beach et al., 2005). Några grundbegrepp har identifierats för att beskriva innehållet i en "kulturkompetent" kursplan. Dels framhålls en kunskapsbaserad metod som betonar sjukdomspanorama och kulturella variationer. Vidare framhävs attityder i mötet och möjligheter att förbättra vårdarens medvetenhet om sociokulturella aspekter och hur dessa, liksom förutfattade meningar och diskriminering, påverkar mötet. Tonvikt läggs också på kommunikationen och färdigheter i mötet, arbete med tolk och vikten av samarbete och samförstånd (Kripalani, Bussey-Jones, Katz, & Genao, 2006).

I en litteraturöversikt om effekter av utbildning i kulturkompetens visades positiva resultat vad gäller vårdgivares attityder och kunskaper i mötet men belägg för att patienterna skulle vara mer nöjda eller bättre informerade saknades (Beach, et al., 2005). I Tyskland och Holland har man försökt utveckla begreppet i undervisningen och betonat att förutom kulturella skillnader spelar även sociala faktorer och utbildningsnivå stor roll i mötet. Sociologiska och socialantropologiska aspekter integreras i undervisningen som betonar epidemiologi, kulturella och etniska aspekter, sociala och ekonomiska frågor samt frågor som rör kommunikationen med immigranter och flyktingar (Knipper, Seeleman, & Essink-Bot, 2010). Kulturkompetens kan också betyda att ge god sjukvård åt patienter oavsett härkomst, social ställning eller kulturell bakgrund (Betancourt, 2006). Istället för att utgå från kulturbegreppet, som kan upplevas förvillande och svårdefinierat, kan läkare och annan sjukvårdspersonal ha berättelser från patientens livsvärld som utgångspunkt. I en roll som "kulturmedlare" (cultural broker) kan läkaren många gånger överbrygga det kulturella avståndet utan att slaviskt följa diverse "kulturkompetenta" direktiv (Lo, 2010).

Begreppet "*kulturkompetens*" anses av flera forskare objektifiera patienten och befordra en statisk syn på kultur som leder till stereotyper och förenklingar. Konceptet riktar in sig på "färdigheter" som likställs med kliniska kunskaper som kroppsundersökning och biomedicinsk kunskap. Det anses leda bort från en fortlöpande kritisk diskussion om hur kulturella, ekonomiska och sociala förklaringar samspelar i frågor som rör hälsa och sjukdom (Gregg & Saha, 2006). I en litteraturöversikt från Nya Zeeland och Australien inom vårdvetenskap noteras två huvudsakliga kulturbegrepp i relation till patienter från minoritetsgrupper. Det ena fokuserar på värderingar, förklaringsmodeller och traditioner inom en "speciell grupp". Det andra placerar kulturbegreppet i ett strukturellt sammanhang som ställer social position i centrum. Några bevis för att utbildningen genom att uppmärksamma dessa två kulturbegrepp avgörande kunde förbättra vården för patienter från minoritetsgrupper fann man inte (Williamson & Har-

risson, 2010). Bland ortopedkirurger i USA tas begreppet kulturkompetens för givet och förutsätts förbättra vården. Konceptet definieras dock inte och ses som en kompetens bland andra läkaren måste tillägna sig (Dy & Nelson, 2011).

Medicinens egen institutionella form och verksamhet betraktas i den kulturkompetenta diskussionen sällan som en "kultur", endast patienterna ses som kulturella varelser (Johnston & Herzig, 2006; Kleinman, 1980; Kleinman & Benson, 2006; Kumagai & Lypson, 2009; Nunez, 2000; Taylor, 2003; Wear, 2003).

## **Sammanfattning**

Den genomgångna litteraturen behandlar brister i det transkulturella mötet. Patienter från minoritetsgrupper, särskilt de som inte talar det dominerande språket flytande, får ofta ett mindre empatiskt bemötande jämfört med patienter från majoritetsgruppen. Dessa patienter blir mindre delaktiga i vården och får många gånger otillräcklig information. De tas ofta inte på allvar och upplever att läkaren inte lyssnar på dem. Mötet blir då ineffektivt och leder till missförstånd. En professionell tolk är ingen garanti för att mötet blir komplikationsfritt. Från vårdens sida beskrivs en frustration och känsla av maktlöshet på grund av svårigheter att nå förståelse.

Forskningsöversikten belyser även diskriminering. Detta kan röra stereotypa föreställningar från vårdens sida och en tendens att mekaniskt förklara diffusa symtom med hänvisning till patientens tidigare historia som immigrant eller flykting. Att betona kulturella skillnader kan medföra att sociala och ekonomiska faktorer underskattas som orsaker till dålig hälsa. Upplevd diskriminering beskrivs som en avgörande faktor för dålig psykisk och fysisk hälsa och kan leda till att patienter undviker att söka sjukvård.

Forskningsöversikten visar att kunskap i sjukvården om många immigranternas och flyktingarnas livsförhållanden i det nya landet är låg. Detta gäller i viss mån också sjukdomspanorama i minoritetsgruppens ursprungsland. Det betonas att det i forskningslitteraturen finns en djupgående okunskap om dessa frågor och att detta negativt påverkar mötet. Det påpekas också att utbildningen i sjukvården om dessa ämnen är otillräcklig.

Tillit beskrivs i många studier som en avgörande faktor i mötet. Läkarens förförståelse inför patienten har ofta fokus på kroppsliga avvikelser och är i mindre grad inriktad på reflektion kring patientens person. Bristande kontinuitet med vårdgivaren beskrivs som ett grundläggande problem för att uppnå tillit.

Svårigheterna som beskrivs i det transkulturella mötet gäller även i studierna om somaliska patienter i vården. Många av dessa känner sig inte tagna på allvar och får ett lågt förtroende för vården. De möter ofta ett ointresse för patienten som person och generaliserande attityder är vanliga. Patienterna har ofta höga förväntningar på vården och framför allt de äldre hoppas att läkaren ska skriva ut någon medicin i samband med konsultationen. Av drygt femtio studier (internationellt inklusive Sverige) som rör somaliska flyktingar och deras erfarenhet av sjukvård rör 25 både kvinnor och män, 25



studier kvinnor och två studier män. Studier om somaliska flyktingars erfarenheter av kontakter med sjukvården i Sverige är ovanliga.

Den övervägande delen av studierna rör patienter och i vissa fall vårdgivare. De grundar sig i flertalet fall på intervjuer men många även på frågeformulär och litteraturöversikter. Data har huvudsakligen analyserats med kvalitativ innehållsanalys eller statistiska metoder, vid vissa tillfällen via grounded theory. Ett fåtal fenomenologiskt och etnografiskt inspirerade studier finns. Inga studier med en hermeneutisk metodologi hittades.

### **Problemformulering**

Otillräcklig förståelse mellan patienten och läkaren framträder speciellt tydligt i det transkulturella mötet. Ofullständig kommunikation i mötet kan resultera i missförstånd och besvikelse, felbehandlingar och försummade diagnoser. Dessa tillkortakommanden tycks bero på alltför liten kunskap om det patienten bär med sig i mötet. Forskning och utbildning kring dessa frågor är otillräcklig vilket visar på ett behov av att undersöka mötet mellan patienten och läkaren, med erfarenheter bland somaliska flyktingar och läkare under utbildning som exempel.

## **SYFTE**

Avhandlingens övergripande syfte är att utforska mötet mellan patienten och läkaren med utgångspunkt i erfarenheter hos somaliska flyktingar och läkare under utbildning. Detta belyses genom delstudierna, vilkas syften är:

- I** att undersöka och analysera vad sista årets läkarstudenter under en vårdcentralspraktik kan lära av en minnesvärd konsultation
- II** att belysa tankar och erfarenheter av hälsa och sjukdom hos somaliska flyktingar i Sverige
- III** att undersöka och spegla vilka erfarenheter somaliska flyktingar har av möten med svensk sjukvård
- IV** att undersöka vilka uppfattningar legitimerade läkare under specialisttjänstgöring (ST) i allmänmedicin har av möten med patienter från Somalia.

## TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER

### Hermeneutik – sökandet efter kunskap om mänskliga fenomen

#### *Inledning*

Denna avhandling i ämnet medicinsk vetenskap avser att undersöka mänskliga erfarenheter, upplevelser och uppfattningar. Avhandlingen är skriven i en humanvetenskaplig tradition som betonar tolkningens grundläggande betydelse för att uppnå förståelse. Även om gränserna är otydliga, kan humanvetenskap betraktas som ett sammanförande av humaniora och samhällsvetenskap, där studieobjekten rör olika aspekter av mänskligt tänkande i all sin variation (Myrdal, 2005). De olika metodikerna handlar i grunden om skilda ämnesområden. Naturvetenskapen fördjupar sig i objekt och fenomen i naturen som kan analyseras via kvantifierande procedurer och statistiska beräkningar. Humanvetenskapen är i huvudsak ett språkligt projekt, där sökandet efter mening och upplevelse står i centrum (Olsson, 2008; Polkinghorne, 1988; van Manen, 1997).

Medicinsk vetenskap är inte enbart en naturvetenskap utan även en humanvetenskap, ett moraliskt projekt, just genom att människan står i centrum för den medicinska praktiken (Cassell, 1996). Mänskliga erfarenheter och människans existens i världen låter sig knappast mätas eller uttryckas i siffror. Naturvetenskap och humanvetenskap sam-existerar – eller borde göra det tydligare – i ett dialektiskt förhållande som stärker och utvecklar den medicinska praktiken. En naturvetenskaplig infallsvinkel kan inte förklara människans sammansatta existens som ett socialt subjekt och en humanvetenskaplig slagsida kan leda till kunskapsstagnation, där komplexiteten betonas på bekostnad av kunskapen om det konkreta.

I detta avsnitt behandlas de teoretiska perspektiv som varit till hjälp i skrivandet av denna avhandling. En kvalitativt inriktad forskare ger sig ut på en resa för att upptäcka och utforska något snarare än att bekräfta eller verifiera något (Bryman, 1984). Teorin kan i detta sammanhang betraktas som en kompass som kan bidra till att denna resa inte spårar ur.

#### *Historisk tillbakablick och hermeneutisk metodologi*

De naturvetenskapliga landvinningarna på 1600-talet fram till 1800-talet hade avgörande betydelse för vår kunskap om världen. Gamla dogmer förkastades och världen skulle förklaras och göras begriplig. I denna miljö utgjorde filosofiska betraktelser och problematiseringar ett destabiliserande inslag. Inför den framstormande naturvetenskapen och dess tolkningsföreträdare drabbades humaniora av ett "förväntanskomplex", ett krav på att rättfärdiga sin existens (Myrdal, 2009). Som ett svar på den framväxande positivismen formulerades fenomenologin och hermeneutiken, där den sistnämnda tidigare varit splittrad i olika separata områden som rörde bibeltolkning, juridik, språkvetenskap och teologi (Palmer, 1972).

Dilthey ville utveckla en humanvetenskapens egen metodologi som en motpol till naturvetenskapen. Humanvetenskapen stod enligt Dilthey för förståelse, i dualistisk kontrast till naturvetenskapens möjlighet till förklaring. Av historiska skäl var detta en förståelig utveckling, men kom att bidra till en cementering av gränserna mellan naturvetenskap och humaniora. *Fenomenologin* utvecklades av Husserl som ville tillföra ett vetenskapligt synsätt på själva medvetandets innehåll med utgångspunkt i livsvärlden, människans oreflekterade erfarenhet av sitt liv. Husserls utgångspunkt är själva *upplevelsen* som formas av det sätt vi riktar in oss på det vi möter. För att komma bortom begreppen och nå fram till det "rena" fenomenet utan att låta oss påverkas av förförståelse eller teoretiska begrepp menade han att tolkning bör undvikas. Fenomenologin är mera ett sätt att se än en uppsättning metodregler och dess syfte är att intersubjektivt undersöka själva erfarendets aktivitet och göra den tydlig. Den tidiga fenomenologin var påverkad av positivismens objektivitetskrav genom att den ville sätta förförståelsen och de egna värderingarna inom parentes.

Fenomenologin utvecklades sedan via Heidegger (1927) som förenade denna med *hermeneutiken* till en filosofi som rörde människans vara-i-världen (Heidegger, 1927/1993). Fenomenologins epistemologiska – kunskapsteoretiska – sida sammanfogades då med en ontologi, en filosofi om varat och existensen. Vi är alla tolkande varelser som vare sig vi vill det eller inte använder vår förförståelse i våra vardagliga liv och i vårt förhållande till andra människor. Den mänskliga existensen i vardagslivet bildar grund för en ontologisk grundsyn som utgår från vad det betyder att vara snarare än att veta. Gadamer (1994) utvecklade senare den hermeneutiska kunskapsprocessen genom betoning av förhållandet mellan delarna och helheten och om synen på fördomen som utgångspunkt för ny förståelse. Dialogens och språkets betydelse framhölls och Gadamer använde metaforen "horisontsammansmältning" som bild för en strävan att överbygga distansen till det främmande (Gadamer, 1994 s.301 ff). Den fasta uppdelningen mellan förklara och förstå utvecklades via Ricoeur (1988) till en process där förståelse förmedlas genom förklaring i "två på varandra följande moment i en komplicerad process man kan kalla tolkning", där förklaring och förståelse hör dialektiskt samman (Ricoeur, 1988 s.68). På detta vis betonade Ricoeur samspelet istället för motsättningen mellan dessa begrepp, framför allt i relation till texttolkning. Det gäller inte att i första hand förstå författarens psyke utan det texten handlar om och hur denna kan få en förklaring utifrån läsarens tolkning av "den värld som på något sätt utvecklas framför texten" (Ricoeur, 1988 s.77).

*Hermeneutik* är ett mångtydigt begrepp. Det är ett kunskapsteoretiskt koncept, en filosofi som inte erbjuder en avgränsad metod utan snarare ett förhållningssätt. Den utgör en förståelsekonst som kan utövas i de sammanhang där tillämpningen av regler inte räcker till och för att utforska vad som ligger bortom gränserna för den objektiva erfarenheten (Gadamer, 2003). Ordet hermeneutik härstammar från grekiskan, det betyder tolka, att förmedla ett budskap, att göra något förståeligt och begripligt. Det talade språket men även dess fixering i skrift (text) är centralt och ses som ett medel att genom tolkning göra det främmande och svårförståeliga mer begripligt och närvarande.

### ***Några av hermeneutikens centrala begrepp***

*Förförståelsen* utgörs av de uppfattningar och förutfattade meningar vi bär med oss från våra tidigare liv. Den är inte något vi kan välja bort eller ge upp, vi är vår förförståelse. Våra handlingar, de möten vi råkar ut för och de nya erfarenheter vi gör tolkas alltid med vår förförståelse som grund. Forskarens förförståelse och fördomar är med denna utgångspunkt något produktivt, en utgångspunkt och en förutsättning för ny förståelse i tolkningsarbetet. Gadamer (1994) menar att upplysningstiden har bidragit med en "fördom mot fördomen", något som medfört att traditionens betydelse och makt har nedvärderats (Gadamer, 1994 s.273). En "restaurering" av fördomen innebär att den betraktas som själva utgångspunkten för vår förmåga att tillägna oss ny kunskap, vilket har att göra med vår tidigare erfarenhet och plats i historien (Gadamer, 1977 s.9). Detta är ett förhållningssätt till världen vars grundförutsättning är nyfikenhet, öppenhet inför det okända och en vilja att förändra invanda tänkesätt.

Istället för det forskande subjektets förhållande till ett utforskat objekt rör det sig här om ett intersubjektivt förhållningssätt som bygger på närhet och dialog. Men närhet bör också vara kopplat till en distans till både tid, rum och person, och denna distans finns inbyggd i forskningsprocessen. Distansen är nödvändig för att "skapa ett mellanrum där tolkningen kan fördjupas" (Schuster, 2006 s.50). Inga föreställningar eller tolkningar uppstår heller ur tomma intet. De är istället en följd av den miljö där forskaren befinner sig, distanserad från intervjupersonerna och de texter som är ett resultat av forskningsarbetet. Denna distans bör betraktas som något produktivt och användas kritiskt, inte enbart för att skapa likhet och överensstämmelse utan också för att betona olikheter och konflikt (Kristensson Ugglå, 2002). Tolkningen och analysen kan betraktas som en del av en "hermeneutisk båge", som via förklaring leder från en första naiv förståelse till en djupare insikt (Ricœur, 1988 s.75-76). Inte en slutgiltig tolkning men ett försök att genom förklaring förstå ett fenomen bättre och inte endast annorlunda och på så vis bidra till en "perspektivrikedom" (Kristensson Ugglå, 2002 s.315). Om denna process skall bli framgångsrik, beror på hur villig forskaren är att sätta sina egna fördomar på spel och låta dem vara utgångspunkt för förändring.

Till detta hör också *frågandets betydelse* för ökad kunskap. En fråga kan ge ett svar som genast ger upphov till en ny fråga. Gadamer talar om "frågans prioritet framför svaret". Detta är ett sätt att beskriva vår grundläggande okunskap, något som redan Sokrates påpekade. I detta sammanhang poängterar Gadamer även Metodens begränsade värde för att uppnå kunskap. Någon metod att lära sig ställa frågor finns inte, utan sökandet efter kunskap är en dialektisk process där allt frågande förutsätter en kunskap om att man ingenting vet (Gadamer, 1994 s.358-59).

Denna frågandets centrala betydelse är kärnan i *den hermeneutiska cirkeln*: vid slutet av ett arbete har vi mer kunskap men samtidigt fler frågor. I den hermeneutiska cirkeln samspelar delarna, helheten och förförståelsen och cirkeln blir en metafor för den hermeneutiska kunskapsprocessen. Ingen kunskap har en början eller ett slut och förståelse uppnås med utgångspunkt i vår egen horisont, i ett spänningsfält mellan det

bekanta och det främmande. Detta sker i en oavbruten pendling mellan förförståelse och ny förståelse som – i bästa fall - leder till omprövning. Detta kan liknas vid händelser i en människas liv, som formar den totala livsupplevelsen eller orden i en mening som utgör förutsättningen för förståelse av denna menings innebörd (Palmer, 1972). Den hermeneutiska cirkelns gränser, det som gör vissa tolkningar möjliga och andra omöjliga, finns hos oss själva och betingas av vår egen historia och kulturella tillhörighet (Ödman, 2004).

### **Mötet mellan patienten och läkaren som en hermeneutisk händelse**

Grundtemat i denna avhandling är erfarenheter i mötet mellan patienten och läkaren. Gadamer beskriver mötets dialogiska funktion, vare sig det gäller mötet med en text, ett konstverk eller med en människa. Vi kan kalla detta för en "hermeneutisk händelse" (Svenaesus, 2004). På detta sätt kan vi också betrakta mötet mellan patienten och läkaren. Bägge representerar var sin horisont, en "utvikningspunkt" som kan smaltas av eller utvidgas. En människa med en smal horisont lägger alltför stor betydelse vid det som ligger nära. Med en bredare horisont begränsar man sig inte till det näraliggande utan försöker se vad som finns bortom (Gadamer, 1994 s.301). Vår egen horisont belyses i skenet av det mot vilket vi riktar vår uppmärksamhet och det skapas förutsättningar för ny mening och förståelse. I denna betydelse är hermeneutiken en grundläggande aspekt av livet självt, ett uttryck för att finnas till, att i dialog med andra tolka vardagliga skeenden.

Mötet mellan patienten och läkaren borde innebära en ömsesidig process av fråga och svar, med utgångspunkt i bägges horisonter. "Den andre" – patienten eller läkaren – förstås genom den egna horisonten. Mellan dessa finns ett avstånd som kan minska genom dialog och en strävan efter vad som kan kallas för "horisontsammansmältning" (Gadamer, 1994, s.305). Horisonterna bringas i kontakt med varandra men bevarar sina identiteter (Svenaesus, 2000). Läkarens expertkunskap får kontakt med patientens vardagserfarenhet av sjukdom och lidande. I bästa fall kan detta leda till en lösning som innebär bättre hälsa för patienten och utveckling av läkarens yrkeskunskap. Om detta ska bli möjligt krävs dock av läkaren empati och nyfikenhet. Toombs (1998) menar att patienten lämnar över sin kropp till läkaren att behandla och på detta sätt riskerar att förlora sin autonomi. Kroppen avskiljs från patientens livsvärld och egna upplevelser av sjukdom och riskerar att objektifieras. Den blir en "biologisk kropp" i motsats till en "levd kropp" som tillhör en människa med förhoppningar, drömmar och erfarenheter.

Läkarens värld är präglad av den biologiska sjukdomen, av diagnosen, medan patientens värld präglas av upplevelsen av sjukdom (Toombs, 1988). Men läkaren är inte enbart en diagnosmaskin utan tolkar också det patienten säger utifrån sina egna erfarenheter, med utgångspunkt i sin egen värld och återskapar det patienten säger mot bakgrund av sin egen historia. Kanske har läkaren själv en pågående sjukdom eller ett trassligt familjeförhållande. Både läkaren och patienten har på detta vis grundläggande existentiella villkor gemensamma. Om en horisontsammansmältning skall uppnås måste läkaren försöka förstå patientens upplevelse av sjukdom, som kan beskrivas som

en "känsla av hemlöshet" och tillsammans med patienten hjälpa denne att tillfriskna, att "komma hem". Patientens upplevelse av sjukdom måste – så långt det är möjligt – förenas med läkarens medicinska expertkunskap i en tolkande dialog, ett öppet samtal, som kan innebära ett närmande mellan bägges horisonter (Svenaesus, 1999, 2000).

I hermeneutiken kan begreppet "text" i en bredare betydelse användas om allt som kan tillskrivas mening (Olsson, 2008). Leder (1990) ville likna den sjuka människan vid en "text". "Huvudfrågan", säger Leder, "är inte om den medicinska praktiken är en hermeneutisk företeelse eller inte, utan på vilket sätt" (Leder, 1990 s.10). Han beskriver fyra olika "texter" som illustrerar den sjuka människan. Den första, erfarenhetens text, framställer patientens upplevelser av sina besvär och hur dessa påverkar den sjuke. Den andra texten, den narrativa, inbegriper sjukhistorien och hur patienten beskriver sina besvär inför läkaren. Den tredje skildrar hur patientens kropp ter sig i läkarens fysiska undersökning och den fjärde vilka avtryck den ger i laboratorievärden och andra tekniska undersökningar (Leder, 1990). Textbegreppet i Leders version tillför en hermeneutisk, tolkande dimension i patientmötet. Men att beskriva patienten som "en text att läsa" riskerar att förminska betydelsen av mötets dialogiska funktion (Svenaesus, 2000).

### **Om validitet i hermeneutiska studier**

"Validitet kan betraktas som synonymt med sanning" (Silverman, 2000 s.175). Begreppet kan illustrera i vilken utsträckning en redogörelse förmår återge och beskriva det fenomen som ska belysas. I positivistisk forskning betyder validitet att man mäter det man avser att mäta. Men validitet kan också betyda giltighet. "En valid tolkning är således en tolkning vars innebörd är giltig för den företeelse som studeras eller som skänker mening åt denna företeelse" (Ödman, 2004 s.84). Kvale (1995) vill avmystifiera begreppet validitet. Positivismens betoning av "den heliga treenigheten" validitet, reliabilitet och generaliserbarhet i relation till en "objektiv" verklighet är otillräcklig. Begreppet validitet är en social konstruktion som förbiser att kunskap skapas i dialog, kommunikation och argumentation människor emellan. Att validera är att ställa frågor. En alltför stor betoning av validitetskriterier riskerar att överbetona skepsis och tvivel i forskningen, vilket kan vara kontraproduktivt för dess kreativa utveckling (Kvale, 1995). Begreppet validitet har i narrativ och kvalitativ forskning vidgat positivismens snävare definition, som grundar sig på kvantifiering och mätbarhet. Istället har det omdefinierats i en mer allmän och ursprunglig betydelse som kan sammanfattas i uttrycket "välgrundad slutsats" (Polkinghorne, 1988 s.175).

Kvalitativ forskning har beskrivits som ett försök att förena vetenskaplig metodik med det konstfulla, det lekfulla och det självfulla. De berättelser och uppgifter som framkommer i kvalitativa intervjuer kan inte betraktas enbart som informationsredskap, utan som "tidsbundna, tolkade, politiska och moraliska handlingar" (Sandelowski, 1993 s.5, övers. förf.). Forskare lever i föränderliga sociala sammanhang och påverkas av kulturella och historiska anknytningar. Synen på validitet inspireras i denna omgivning mer av språkliga och tolkande tillämpningar än av tekniska regler (Sandelowski, 1993). Forskarens egen tradition engageras och denne "ställs inte bara inför den andres gåta utan även inför sin egen, det tolkande subjektets gåta" (Ödman, 2004 s.112). Validering

innebär här ett öppet frågande och risktagande där komplexa sammanhang belyses och där "osäkerhetskriterier" redovisas i syfte att visa på grundläggande tveksamheter och obesvarade frågor i forskningsprocessen (Thorne, Kirkham, & O'Flynn-Magee, 2004). Detta innebär inte att det praktiska genomförandet av en kvalitativ studie är mindre viktig. Tvärtom, om det insamlade materialet visar sig vara tunt blir också underlaget för tolkningen magert. De empiriska fyndens styrka och tolkningens rimlighet kan då med rätta ifrågasättas.



## METOD OCH GENOMFÖRANDE

De olika studierna har vuxit fram i en hermeneutisk process. De frågor som ställdes i studie **I** bildade embryo till de kommande studierna och det skedde en successiv utveckling av kunskapsprocessen. Studie **I** fokuserade på mötet mellan läkarstudenter och deras patienter. Tillsammans med egen erfarenhet ledde detta vidare till ett intresse för själva vårdmötet och en särskild patientgrupp, somaliska flyktingar, och hur dessa människor tänkte kring hälsa och sjukdom, vilket skildras i studie **II**. För att sedan närmare belysa dessa personers erfarenheter av kontakter med svensk sjukvård gick steget vidare till studie **III**.

I samband med arbetet med studie **III** genomfördes en resa till Storbritannien, ett land med många somaliska flyktingar. Syftet med resan var att träffa och intervjua somaliska läkare som i sitt arbete mötte somaliska patienter från Sverige. Resan tillförde kunskap och vidgade forskarens förståelse även om inga resultat från dessa intervjuer kom att ingå i studien. Det blev sedan angeläget att ur sjukvårdens perspektiv i studie **IV** undersöka läkares erfarenheter av sina kontakter med patienter från Somalia.

De fyra studierna tar sin utgångspunkt i mötet mellan patienten och läkaren betraktat som en tolkande dialog. Vilka olika perspektiv finns? Hur ser de olika tolkningarna ut? Vilka är hindren för en intersubjektiv förståelse i mötet? Dessa och andra frågor växte successivt fram i arbetet med de fyra delstudierna och kom att påverka metod och genomförande.

För att uppnå syftet med delstudie **I** användes nedskrivna berättelser som analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. För delstudie **II** och **III** utfördes individuella intervjuer som tolkades med hjälp av hermeneutisk-fenomenologisk ansats. Vid delstudie **IV** användes fokusgrupper och analysen genomfördes med en fenomenografisk ansats.

Dessa kvalitativa ansatser skiljer sig på många sätt från varandra i ursprung, tänkesätt och utförande. I en innehållsanalys är utgångspunkten primärt en sortering av textens olika uttryck, något som på förhand bestämts genom de frågor som ställts. En hermeneutisk-fenomenologisk ansats utgår inte från något tidigare fastställt utan är mer förutsättningslös och inställd på att upptäcka "det okända" genom en tolkande läsning av texten. Den fenomenografiska ansatsen vill beskriva olika uppfattningar av ett fenomen och hur dessa varierar människor emellan. Ansatserna bygger dock alla på tolkning av texter, som rör mänskliga fenomen, upplevelser och erfarenheter. En tolkning har aldrig ett slut och kan heller aldrig göra anspråk på att ge en definitiv förståelse. Mänskliga erfarenheter är alltid mer komplexa än vad resultatet av en enskild studie visar, och mycket låter sig inte varken förstås eller förklaras (van Manen, 1997).

Metoderna i denna avhandling har bestämts av frågeställningarna. Detta har resulterat i fyra arbeten med kvalitativ metodologi.

## De fyra delstudierna - Översikt

Tabell 1.

| Studie | Syfte   | Deltagare  | Datainsamling                            | Analys                             |
|--------|---|--|--|------------------------------------|
| I      | Att undersöka och analysera vad sista årets läkarstudenter under en vårdcentralpraktik kan lära av en minnesvärd konsultation                   | 54 läkarstudenter, sista utbildningsåret           | Individuella skriftliga berättelser 2003 | Kvalitativ innehållsanalys         |
| II     | Att belysa tankar och erfarenheter av hälsa och sjukdom hos somaliska flyktingar i Sverige  | 13 somaliska flyktingar                            | Individuella intervjuer 2008             | Hermeneutisk-fenomenologisk ansats |
| III    | Att undersöka och spegla vilka erfarenheter somaliska flyktingar har av möten med svensk sjukvård   | 21 somaliska flyktingar av vilka 13 från studie II | Individuella intervjuer 2008-2009        | Hermeneutisk metodologi            |
| IV     | Att undersöka vilka uppfattningar legitimerade läkare under specialisttjänstgöring (ST) i allmänmedicin har av möten med patienter från Somalia | 16 ST-läkare i allmänmedicin                       | Fokusgrupp-intervjuer 2010               | Fenomenografisk ansats             |

### Studie I

#### *Deltagare*

Sextio studenter på sista terminen i läkarutbildningen tillfrågades om att vara med i studien. De hade just avslutat en två veckors praktik på vårdcentral, där de under ledning av en handledare (distriktsläkare) träffat patienter som de samtalat med och undersökt. Totalt 54 studenter, 31 kvinnor och 23 män, med en medelålder på 27 år, accepterade att medverka.

#### *Datainsamling*

Uppgiften, att skriva en berättelse om en minnesvärd konsultation under den nyligen avslutade praktikperioden på vårdcentral, presenterades för studenterna under en föreläsning. Det betonades att berättelserna inte skulle betygsättas och att uppgiften var frivillig. De frågor som skulle besvaras var:

- Vad hade hänt innan patienten kom till vårdcentralen?
- Vad hände under besöket på vårdcentralen?
- Vad har jag lärt mig av konsultationen?

Berättelserna maximerades till två A4-sidor och omfattade sammanlagt drygt 80 text-sidor.

### ***Analys***

De tre frågorna ovan bestämde ramarna för datamaterialet, som utgjordes av de femtiofyra skriftliga berättelserna. En kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004; Malterud, 1998; Wilson, Williams, & Hancock, 2000) valdes för att analysera materialet. Först identifierades meningsbärande enheter, vilka utgjordes av meningar eller stycken. Dessa grupperades efter innehåll med utgångspunkt i de tre frågor studenterna skulle besvara. De kunde sedan kondenseras och kodas till olika kategorier, vilka i sin tur ytterligare abstraherades och bildade grund för tre olika teman. Processen grundades på upprepade läsningar av textmaterialet och gruppdiskussioner med samtliga författare. På detta sätt kunde en tolkning göras som bildade underlag för en tematisering, som uttryckte textens underliggande eller latent mening. Analysprocessen hade formen av ett flöde från det som visade sig, representerat av de meningsbärande enheterna, till en uttolkning, representerat av temana.

## **Studie II**

### ***Deltagare***

Förbindelse med de tretton somaliska informanterna etablerades via en kontaktperson i en somalisk förening i en sydsvensk stad. Urvalet var strategiskt, vilket innebar att vissa villkor skulle vara uppfyllda: deltagarna skulle vara födda i Somalia, de skulle vara av olika kön och ålder samt ha bott i Sverige under flera år. Till slut erhöles positivt besked om deltagande från åtta män och fem kvinnor. Dessa hade en medelålder på 40 år.

### ***Datainsamling***

Muntlig och skriftlig information om studien gavs innan intervjuerna och upprepades vid intervjutillfället. Kontaktpersonen var närvarande under tre av intervjuerna, där han då också fungerade som tolk. Intervjuerna baserades på ett schema som utarbetats av ett kanadensiskt forskarlag (Groleau, Young, & Kirmayer, 2006). Detta följdes inte strikt men fungerade som ett stöd i samtalet. Intervjufrågorna rörde deltagarnas syn på sin egen hälsa och ohälsa samt förklaringsmodeller kring detta, egna erfarenheter av sjukvård och sjukvårdskontakter samt behandling. Även släktingars och vänners erfarenheter av detta berördes. Den inledande frågan var: "kan du berätta för oss om din hälsa". Intervjuerna var öppna, konverserande, tillåtande och informella. De avsnitt som rörde erfarenheter av kontakter med sjukvården avskildes och sparades för studie **III**. Intervjuerna varade i genomsnitt 1,5 timme, skedde hemma hos informanterna och spelades in på band.

### ***Analys***

Intervjuerna skrevs ut ordagrant av huvudförfattaren och kom att omfatta 300 textsidor. Tolkningen tog sin början under intervjuerna. Som grund för studien valdes ett hermeneutiskt-fenomenologiskt synsätt. Detta är ett angreppssätt snarare än en utmejslad

metod. Fenomenet som skulle beskrivas handlade om informanternas erfarenheter och deras sätt att förhålla sig till dessa i sina vardagliga liv, vilket kom till uttryck i intervjuerna. Den text som genom nedskrivning av samtalen sedan växte fram representerade en fixering eller objektivisering av informanternas utsagor som sedan blev föremål för tolkning (van Manen, 1997). Intervjumaterialet utforskades genom noggranna läsningar och genom att åter lyssna till bandupptagningarna. van Manen (1997) erbjuder en modell för tolkning av texter. I den första delen, den holistiska, lästes texten flera gånger, för att få en överblick av helheten, vilket också innebar att åter lyssna till bandupptagningarna. I den andra delen, den selektiva, lästes texterna igen och författarna letade efter uttryck, påståenden eller berättelser som återkom och bildade mönster. I den tredje etappen, den detaljerade läsningen, letades efter teman och aspekter på dessa som pekade mot kärnan i texten och öppnade upp för ny förståelse och tolkning. Ett övergripande tema framträdde, ackompanjerat av ett antal tematiska aspekter.

### **Studie III**

#### ***Deltagare***

Förutom de tretton informanterna från studie II tillkom sju deltagare i olika delar av landet. Dessa rekryterades på samma grunder som i studie II och via kontaktpersoner i den somaliska gruppen på de olika orterna.

#### ***Datinsamling***

Materialet från studie II som rörde erfarenheter av kontakter med svensk sjukvård bildade tillsammans med de kompletterande intervjuerna grunden för studien. Intervjuerna var enskilda och utfördes hemma hos deltagarna. Den inledande frågan var: "kan du berätta om dina egna och din familjs erfarenheter av kontakter med svensk sjukvård?" Intervjuerna spelades in på band.

#### ***Analys***

Intervjuerna skrevs ut ordagrant av huvudförfattaren och tillfogade 120 sidor text. Textanalysen grundade sig på en hermeneutisk ansats. Tolkningen startade i intervju-situationen, i dialogen med deltagarna, där intervjuarnas förförståelse konfronterades med informanternas svar och berättelser. Då intervjuerna skrivits ut, vidtog en dialog med texten. Denna representerade nu något annat än den ursprungliga intervjun, en tankens fixering till det skrivna, som möjliggjorde ett stöd för ny reflektion och ny tolkning. Frågor ställdes nu inte till deltagarna utan till texten, för att uppnå en utökad förståelse i en helt ny situation, textläsningen (Phillips, 2007).

Genom att läsa intervjuerna, åter lyssna till dem och diskutera författarnas olika upplevelser och tolkningar av dem uppnåddes ett cirkulärt förhållningssätt till texten som skapade grund för ny förståelse. Delarna i texten sammanfogades till större avsnitt vilka till sist utgjorde en helhet, som i sin tur kontrollerades mot delarna. Författarnas tolk-

ning koncentrerades slutligen i tre teman, som utgjorde en sammanfattande beskrivning, en grund för ny förståelse av intervjutexten.

## **Studie IV**

### ***Deltagare***

ST-läkare i allmänmedicin i tre större svenska städer inbjöds att delta i studien. Huvudförfattaren (KS) kontaktade studierektorerna på respektive ort och informerade om studien och dess uppläggning. Dessa rekryterade sedan intresserade läkare som kunde komma ifråga. Förutsättningen för deltagande var pågående eller aktuell erfarenhet av möten med patienter från Somalia. Efter inledande kontakter och informationsträffar på respektive ort accepterade 16 läkare att delta i studien. De var samtliga verksamma på vårdcentraler och hade daglig kontakt med patienter från Somalia. Detaljerad information om studien skedde via telefon, e-post och förberedande personliga möten mellan läkarna och KS. Till sist bildades fyra grupper på två till sex deltagare på de tre orterna. Av läkarna var 7 män och 9 kvinnor med en medelålder på 37 år. Nio var utbildade i Sverige och sju i andra länder, de flesta i Europa.

### ***Datainsamling***

Materialet insamlades via intervjuer i fokusgrupper. Detta är en i kvalitativ forskning vedertagen metod för att få kunskap om erfarenheter hos en grupp personer som har något gemensamt (Krueger & Casey, 2009; Morgan, 1998). Av praktiska skäl fanns det i en grupp endast två deltagare, i de övriga tre grupperna varierade antalet deltagare mellan fyra och sex. Varje intervju varade c:a 2 timmar. Totalt genomfördes fyra intervjuer, som leddes av den förste författaren med en av medförfattarna som deltagande observatör.

Den övergripande frågan inför varje gruppintervju var: "kan ni berätta om era erfarenheter av möten med patienter från Somalia?" Frågan kompletterades sedan beroende på diskussionens gång. Samtalen kom att beröra en mängd aspekter av mötet med somaliska patienter. Stimulerade av interaktionen i grupperna förde deltagarna sinsemellan ett samtal som oftast var spontant, uppmuntrande, ifrågasättande och vetgirigt. Intervjuerna spelades in på band.

### ***Analys***

Intervjuerna skrevs ut ordagrant av huvudförfattaren och kom att omfatta 140 sidor. För att fånga variationen och spännvidden i deltagarnas uppfattningar valdes en fenomenografisk ansats. Syftet med denna är att beskriva uppfattningar av ett speciellt fenomen hos en grupp människor och på vilka olika sätt dessa människor förstår, tolkar och erfar dessa fenomen (Marton, 1981; Sjöström & Dahlgren, 2002). Fenomenografi, som är en pragmatisk snarare än en filosofisk ansats, syftar till att beskriva människors uppfattningar av fenomen i den omgivande världen och hur dessa sinsemellan varierar

(Wenestam, 2000). Beskrivning av likheter och skillnader i hur världen uppfattas av människor och hur detta skildras i kategorier och subkategorier bildar det "utfallsrum" som är resultatet av den fenomenografiska analysen (Sjöström & Dahlgren, 2002).

Analysen följde vedertagna fenomenografiska principer (Larsson, 1986; Wenestam, 2000). Förberedande orienterande läsningar gjordes av intervjutexterna. Nästa steg innebar att leta efter kategorier under vilka olika uttalanden kunde grupperas. Gränser sattes mellan dessa olika kategorier, som gavs namn för att skärpa deras särdrag. Genom nya läsningar under analysens gång identifierades subkategorier som belysta med intervjuцитat speglade innehållet i varje huvudkategori. Slutligen kunde de olika uppfattningarna redovisas och bilda det så kallade utfallsrummet, som visade på variationen i materialet, bestående av tre kategorier med subkategorier.

## ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Basala regler för medicinsk forskning finns beskrivna i den av World Medical Association (WMA) 1964 antagna Helsingforsdeklarationen, som reviderades 2008. Etiska principer inom forskning handlar allmänt om att tillämpa en försiktighetsprincip präglad av moralisk hänsyn till och respekt för de människor som deltar. Speciellt viktigt är detta då forskningen gäller försök på människor som kan riskera att utsättas för skada eller påverkan. Ingen av studierna i denna avhandling faller dock under denna kategori. Men även i intervjustudier finns risk att personer kan ta skada. Själva intervjustuationen kan reaktivera minnen och tidigare upplevelser och på detta sätt utgöra en psykologisk belastning. Möten mellan människor i grupp är en potentiell risksituation som kan utlösa konflikter. Hur man handskas med personuppgifter är en annan fråga att ta hänsyn till. Några konflikter eller negativa reaktioner från deltagarna i de olika studierna har inte noterats under arbetets gång.

**Studie I.** En analys av aidentifierade nedskrivna individuella berättelser rymmer inte några större etiska dilemman. Studenterna informerades om att deltagandet var frivilligt och att de ej behövde skriva sina namn på berättelserna. En studie av denna typ berörs inte av Lagen om Etikprovning från 2003.

**Studie II.** Skriftlig information om studien lämnades till deltagarna av kontaktpersonen innan intervjuerna. Informationen innehöll fakta om studiens bakgrund och syfte och hur intervjuerna skulle gå till. Det betonades att deltagandet var frivilligt och anonymt samt att man kunde avbryta intervjun när man ville. Denna information upprepades muntligt innan varje intervju. Sekretessen betonades och inga personuppgifter annat än förnamn noterades.

Innan studiens genomförande togs kontakt med lokal etikprovningnämnd. Från detta håll betonades att en intervjustudie av denna karaktär inte omfattades av etikprovningsslagen, varför någon ansökan om etikprovning inte gjordes.

**Studie III.** Etiska övervägningar och tillvägagångssätt var här identiska med studie II.

**Studie IV.** Denna studie rörde svenska läkares uppfattningar av mötet med patienter från Somalia. Då en viss grupp utsätts för diskussion och bedömning kan, även om inga personuppgifter från denna grupp lämnas ut, materialet betraktas som känsligt. Den somaliska gruppen kunde på detta sätt bli föremål för utpekande och problematisering. Därför etikprovades studien (Regionala Etikprovningnämnden i Göteborg Dnr 559-09) och ett rådgivande yttrande erhöles trots att studien i egenskap av intervjuundersökning inte omfattades av etikprovningsslagen.

## FYND

### Studie I

Studien visade att läkarstudenter, som skrivit en berättelse om ett minnesvärt patientmöte, kunde betrakta detta möte ur olika synvinklar. Olika aspekter, både mänskliga och medicinska, blev synliga i studenternas reflektioner. Dessa uttrycktes i tre huvudteman:

*Personen bakom symtomet.* Här betonades de olika personliga förhållanden som ligger bakom besöket. Sociala bekymmer och familjeproblem är vanliga och kan ibland få sitt uttryck i kroppsliga symtom. Rädsla för cancer spelade stor roll. Dialogens betydelse för mötet betonades. Olika symtom kunde vara en "entrébiljett" till vårdcentralen, där det verkliga problemet sedan visade sig vara något helt annat än det patienten sökt för.

*Att möta komplexitet.* Studenterna betonade att inte låsa sig vid preliminära bedömningar, att tänka brett och att kunna byta spår och inse vikten av att avvakta och lära sig leva med osäkerhet. Man betonar att det ofta är svårt att förklara orsaken till de symtom patienten söker för. Det är då viktigt att lära sig vänta, att tänka i alternativa banor och att lägga band på sig i den diagnostiska processen.

*Att söka efter en professionell roll.* Att försöka skapa en personlig stil i mötet var viktigt. Det kan ofta vara mer angeläget att sitta tyst tillsammans med patienten än att ställa frågor. Man måste, liksom patienten, vara förberedd inför mötet och undvika att låta överlägsen inför patienten. Handledarens viktiga roll framhölls. Oftast fungerade denne som ett identifikationsobjekt men ibland också som ett mindre positivt exempel, som då handledaren undvek ögonkontakt med patienten.

*Reflexion.* Studien har belyst läkarstudenters möte med den komplexa kliniska verkligheten och betydelsen av att se människan bakom symtomet. Studiens kärna är den mänskliga aspekten av patientmötet, och studenterna lyckas överlag med att skildra detta.

### Studie II

Fem "tematiska aspekter" under det överbryggande temat "*ett liv i exil*" identifierades:

*Längtan efter hemlandet.* Detta är en drivkraft som sätter stark prägel på de vuxna somalierna. De beskriver den rena luften i Somalia, den färska maten och det hälsosamma klimatet med den livgivande solen. Svårigheter i exilen – arbetslöshet, ekonomiska bekymmer och familjekonflikter – tenderar att förstärka denna hemlängtan.

*Smärta – en ledsagare i exilen.* Ont i kroppen är ett fenomen som många lever med. Orsaken förblir ofta okänd och tillstånden är många gånger svårbehandlade. Åtskilliga berättar dock att smärtan försvinner om de reser på besök till hemlandet. Då de återkommer till Sverige, återkommer ofta också smärtan.



*Fördomar och diskriminering.* Flera informanter hade varit med om nedsättande kommentarer och rasistiska tillmälen. Detta har förstärkt en känsla av utsatthet som många somalier känner. Man talar dock ogärna om erfarenheter av diskriminering och rasism.

*Familjen – källa till både glädje och problem.* Den somaliska familjen tjänar som ett skydds nät. Man ställer upp för varandra i trångmål och ordnar ekonomiskt stöd till släktingar oavsett var i världen de befinner sig. Den somaliska familjen utgör en större enhet än den svenska kärnfamiljen. Splittrade familjeband och förlust av de sociala skydds nät som existerade i hemlandet utgör dilemman.

*Religionens roll och jinner.* Då man drabbas av sjukdom använder man olika strategier för att få hjälp och bot. Att vända sig till sjukvården är bara en väg. En annan, minst lika vanlig, är koranläsning för den sjuke, antingen individuellt eller i grupp. Religionen har en självklar och avgörande roll för majoriteten av somalier i exil. Existensen av "jinner" belyses. Dessa är ett slags onda andar, en levande företeelse för många svensk-somalier.

*Reflexion.* Studien har gett ett bidrag till kunskapen om några somaliska flyktingarnas exiltillvaro i Sverige. Den har belyst deras syn på hälsa och sjukdom, deras känsla av dubbel identitet – både svensk och somalier - och något om vilka sociala, kulturella och religiösa särdrag som kan ligga bakom deras livsberättelser. Studien bar inom sig fröet till vidare undersökning av de somaliska patienternas erfarenheter av kontakter med vården.

### **Studie III**

Studien visade på några grundläggande erfarenheter av somaliernas kontakter med svensk sjukvård. Dessa uttrycktes i tre teman:

*Dubbeltydiga förväntningar inför mötet med sjukvården.* Det finns en tvetydighet i somaliernas uppfattning av svensk sjukvård. Dels uppskattar man vårdens höga standard, men samtidigt tycker många att de inte tas på allvar i mötet med sjukvården. Många kan inte acceptera att läkaren frågar dem om deras uppfattning av sina besvär, då detta tycks signalera bristande professionalism. Man efterlyser respekt och opartiskhet av läkaren och vill inte höra att problemen har samband med psykiska besvär. Informanterna har sällan strategier för åtgärder som syftar till förebyggande hälsovård. Det framkom också att förtroendet för 'svenska' läkare verkade större än för läkare som invandrat till Sverige. Många ansåg att de 'svenska' läkarna visade dem större respekt än de läkare som hade invandrarbakgrund.

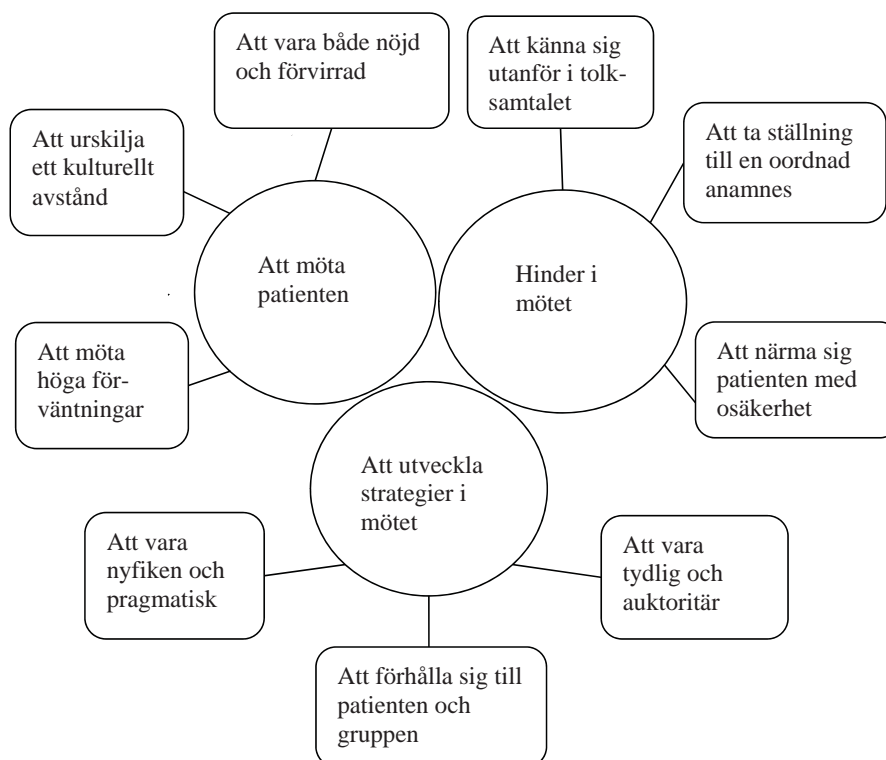
*En avvisande attityd i mötet med vården.* Informanterna vittnade om den misstänksamhet de mötts av i den svenska sjukvården. De hade en känsla av att läkaren ofta inte trodde dem då de berättade om sina besvär, som om de hade inbillat sig. Många av informanterna eller deras anhöriga har fått svaret "det är ingenting" då de uppsökt läkaren för olika besvär. Detta uttryck återkommer regelbundet i intervjuerna och får sammanfatta en attityd många möts av i vården.

*Att söka läkare utomlands.* Som ett resultat av sina erfarenheter av möten i den svenska sjukvården är det vanligt att man reser till andra länder för att söka vård. För informanterna och deras anhöriga gäller detta särskilt Tyskland, Luxemburg och England. Många gånger söker man privat vård och kostnaderna för detta ordnas av släkt och vänner världen över. Som orsak till att man reser utomlands för att söka vård anges även att olika sjukdomsdiagnoser missats i den svenska vården.

*Reflexion.* En dubbelhet i förväntningarna framträder. Man har höga förväntningar på vården. Men informanterna uttrycker samtidigt en känsla av att inte bli tagna på allvar då man söker läkaren. En grundläggande förväntan att sjukvården i kraft av sin höga standard skall kunna hjälpa grusas därför ofta och många söker sig utomlands för att få medicinsk hjälp. Studien ledde vidare till ett försök att utforska hur den andra sidan, representerad av läkare under utbildning, ser på mötet med somalierna.

### Studie IV

Studien visade på olika erfarenheter av läkarnas möten med somaliska patienter. Dessa erfarenheter uttrycktes i tre kategorier med tillhörande subkategorier:



**Figur 1.** Studie IV - kategorier och subkategorier

Kategori: *Att möta patienten*

Subkategori: *Att möta höga förväntningar.* Uppfattningar framkommer att förväntningarna på vården oftast är höga samt att många patienter tror att läkaren ska kunna hjälpa dem genom att ställa ett minimum av frågor. En uppfattning som framkommer är att många patienter söker för diffusa besvär, ofta magont och annan typ av värk.

Subkategori: *Att urskilja ett kulturellt avstånd.* Flera läkare betonar att de har svårt att förstå patienterna i allmänhet och uppfattar detta som orsakat av ett stort kulturellt avstånd. En uppfattning som läkarna nästan samstämmt delar är att patienterna sällan söker för psykiska besvär.

Subkategori: *Att vara både nöjd och förvirrad.* Flera läkare kände en osäkerhet inför mötet med patienterna eftersom de oftast ledsagas av en eller flera släktingar eller vänner. Många vet inte riktigt hur släktförhållandena ser ut och vilka relationer människor har till varandra i mottagningsrummet. Man uppfattar att det är mest kvinnor som söker, ofta med flera barn. Kvinnorna uppfattas ofta som starka, tåliga, orubbliga och glada. Barnen är enligt utsagorna lätta att undersöka. En uppfattning är att männen ofta lyser ofta med sin frånvaro på mottagningen.

Kategori: *Hinder i mötet*

Subkategori: *Att känna sig utanför i tolksamtalet.* I utsagorna framkommer genomgående uppfattningar att tolksamtal är problematiska. Läkaren känner sig ofta utanför i samtalet och noterar att tolken talar med patienten på ett sätt som inte motsvarar omfattningen på den fråga som ställts. Enligt utsagorna tolkas detta som en typ av "kulturtolkning", där tolken försöker förklara frågans innebörd för patienten.

Subkategori: *Att ta ställning till en oordnad anamnes.* Här berörs uppfattningar av att det är svårt att få en anamnes (sjukhistoria), många gånger även då patienten talar svenska. Det saknas struktur i kommunikationen, det är svårt att få fram ett tidsförlopp och många patienter hoppar från att beskriva ett symptom till ett annat. I många utsagor uttrycks en oro för att patienterna inte följer läkarnas ordinationer, speciellt vid kroniska sjukdomar.

Subkategori: *Att närma sig patienten med osäkerhet.* Flera kvinnliga läkare har vant sig vid att många män inte tar dem i handen. Manliga läkare uttrycker samma sak om kvinnliga patienter. Att undersöka kvinnliga patienter kan ibland vara svårt för en manlig läkare, då patienten inte vill blotta sig inför läkaren, en erfarenhet som delas av kvinnliga läkare i möten med manliga patienter. Enligt utsagorna är detta ett problem som varierar starkt läkarna emellan. En uppfattning som ofta framkommer är att många patienter har en minimal mimik i mötet och att det är svårt att i deras ansikten avläsa olika känslouttryck.

Kategori: *Att utveckla strategier i mötet*

Subkategori: *Att vara tydlig och auktoritär.* Här redovisas uppfattningar av att det är nödvändigt att tala kort, telegrafiskt och exakt med patienterna. Detta för att de skall förstå och veta att följa ordinationer. Man vill inte ge sig in i djupare diskussioner, snarare antar man en bestämd, egenmäktig och koncis attityd gentemot patienten.

Subkategori: *Att förhålla sig till patienten och gruppen.* Här framkommer uppfattningar av att det är självklart att fokusera på patienten som en unik individ. Att betrakta gruppen som bärare av vissa kollektiva egenheter kan vara förknippat med risker för generaliseringar men kan även vara nödvändigt för att inte missa viktig information. Några av läkarna som var utbildade utomlands redovisade uppfattningen av att de inte ville gå in på patienternas bakgrund då de ansåg att detta kunde stigmatisera patienten.

Subkategori: *Att vara nyfiken och pragmatisk.* En annan uppfattning är att nyfikenhet är den bästa strategin att lära känna patienterna som personer. Patientens personliga och sociala bakgrund är viktig att känna till. Man drar också ner på förväntningar att göra snabba botande insatser, snarare förordar man att lära känna patienten över tid.

*Reflexion.* Läkarna noterade höga förväntningar från patienterna och de uppfattade att det ofta fanns ett kulturellt avstånd i mötet. Många uppskattade mötet med patienterna men noterade samtidigt en viss förvirring. En svårighet att förstå patienterna infann sig i en förnimmelse av att i dubbel bemärkelse inte tala samma språk. Kroppsspråket var svårtolkat och det talade språkets överföring i en ofta problematisk tolksituation var ytterligare en komplikation. För att eftersträva struktur i mötet försökte de flesta tillämpa en strategi präglad av nyfikenhet och intresse för patienten som person, medan andra hade ett mer auktoritärt tillvägagångssätt.

## TOLKNING AV DE FYRA DELSTUDIERNA

I studie **I** ger studenterna uttryck för en medvetenhet om mötets sammansatta natur och de många underliggande personliga och sociala orsakssammanhang som kan bidra till förståelse av patienternas besvär. Biomedicinska förklaringsmodeller får hård konkurrens av mänskliga eller samhälleliga, där de senare ofta får större förklaringsvärde i tolkningsprocessen än de förra. Att uppmärksamma personen bakom symtomet är här centralt.

I studie **II** skildras några somaliska flyktingars tankar kring hälsa och sjukdom. Dominerande är den känsla av dubbel identitet – att vara både ”svensk och somalier” – vilket präglar många somaliska flyktingarnas liv i exil. Svårigheter i det nya landet påverkar på skilda vis de somaliska flyktingarnas hälsoproblem. Förlusten av hemlandet och splittade familjeband medför både fysisk och psykisk smärta och en beredskap att kämpa för att överleva och bygga sig ett hem i det nya landet. Man finner styrka i religionen och har en längtan tillbaka till Somalia, en längtan som både har inslag av nostalgi och är uttryck för bredare definitioner av vad det innebär att ”vara hemma”.

I studie **III** ger informanterna uttryck för en dubbelhet och mångtydighet i synen på mötet med den svenska sjukvården, där både positiva och negativa faktorer betonas. Det finns en hög förväntan på sjukvården och en viss uppskattning av svenska läkare i kontrast till läkare med utbildning i andra länder. På samma gång finns en stark känsla av att bli avfärdad i mötet med sjukvården. Som orsak till detta anges svårigheter i kommunikationen på grund av otillräcklig språkförståelse men även upplevelser av bristande respekt och intresse från sjukvårdens sida. Uppfattningen att inte bli tagen på allvar är fundamental och genomsyrar informanternas berättelser. Denna upplevelse har djupt mänskliga dimensioner och knyter an till en känsla av att sjukvården inte är till för somalierna. Detta leder till besvikelse och bristande tillit och ofta till ett beslut att söka sjukvård utomlands.

I studie **IV** finns hos läkarna en strävan efter förståelse, något som dock ofta stöter på hinder. Dessa rör inte enbart språksvårigheter utan även en känsla av ”kulturell distans” i mötet. Läkarna uttrycker en variation och en dubbelhet i synen på patienterna där dessa både beskrivs som svåra att förstå och som relativt okomplicerade. En känsla av utanförskap beskrivs, där läkaren ofta märker att tolken för en dialog med patienten som går utöver den fråga läkaren ställde. Läkarna brottas även med svårigheter att förstå patienternas symtombeskrivningar. För att bemästra detta utvecklar läkarna strategier som dels speglar hierarkiska taktiker och dels strävanden att förstå personen via nyfikenhet och intresse för mötets specifikt mänskliga dimensioner.

*Tillsammans* ger de fyra studierna ett bidrag till förståelse genom en perspektivrikedom, där både patienternas och läkarnas erfarenheter av det medicinska mötet vägs in. Centralt är en känsla hos de somaliska patienterna att bli avfärdade i det medicinska mötet. Detta handlar om orsakssammanhang som berör frågor om *kultur och makt* i

*mötet. Mot bakgrund av detta utvecklar patienterna och läkarna en dubbelhet i synen på den andre, där både positiva och negativa aspekter betonas. Patienten är som den hjälpsökande i underläge och känner sig inte tagen på allvar. Men även läkaren kan känna sig förvirrad och hjälplös och ha svårigheter att tolka patienternas problembeskrivningar, som ofta präglas av livsförhållanden i exil. Mötet kännetecknas av en ömsesidig strävan efter förståelse men också av en utebliven "horisontsammansmältning" vilket har komplexa, delvis språkliga orsaker. I mötet sker en tolkning som kan bli en startpunkt för ny och annorlunda förståelse.*

## DISKUSSION

### Diskussion av metod

Frågeställningarna i denna avhandling rör mänskliga erfarenheter och sökandet efter mening. Syftet är att utforska mötet mellan patienten och läkaren. Detta är något som knappast låter sig beräknas eller uttryckas i siffror. Det fångas istället bäst via kvalitativa ansatser som i grunden är språkliga, tolkande projekt (Polkinghorne, 1988). Fundamentalt för arbetet är därför ett humanvetenskapligt perspektiv och en metodologi, där hermeneutiken utgör den grundläggande ansatsen (Gadamer, 1994; van Manen, 1997). Kvalitativ forskning är mångfasetterad och gränserna mellan olika ansatser eller perspektiv är otydliga. Detta kan bidra till en konstruktiv ordning där släktskap och likheter dominerar och där olika ansatser inspirerar och påverkar varandra (Thorne, 2008). För utförandet och insamlandet av data används diverse procedurer eller tillvägagångssätt, i denna avhandling nedskrivna berättelser och intervjuer.

Valet av kvalitativ innehållsanalys i studie **I** motiverades av syftet. Innehållsanalysen blev ett medel att bringa ordning i kaos och underlätta en tematisering som byggde på en tolkning av berättelserna. Studenternas uppfattningar av ett minnesvärt patientmöte kunde, genom att de formulerades i text, få ett uttryck som speglade deras reflektioner kring detta möte.

I en renodlad fenomenologisk studie träder tolkning i bakgrunden. Den egna förförståelsen bör skjutas åt sidan till förmån för en beskrivning av själva upplevelsen av det rena fenomenet. Van Manens ansats, som utnyttjats i studie **II**, kombinerar dock fenomenologin med hermeneutiken. Trots att van Manen beskriver sin ansats som "hermeneutisk-fenomenologisk", diskuterar han utförligt i första hand vad en fenomenologisk studie innebär. I korthet menar han att ansatsen använder uttrycket "beskrivning" som inbegripande både ett tolkande (hermeneutiskt) och ett beskrivande (fenomenologiskt) element (van Manen, 1997 s.26).

Hermeneutiken föreslår ingen specifik metod men erbjuder istället ett förhållningssätt i inhämtandet av ny kunskap. För studie **III** innebar detta att utgångspunkten på ett tydligare sätt än i studie **II** var forskarens egen förförståelse från många års arbete på vårdcentral med daglig kontakt med patienter från Somalia. Detta, tillsammans med kunskap som inhämtats i studie **II** bildade grunden för studien. Det material som sparades från studie **II** utökades med ytterligare sju enskilda intervjuer, vilket motiverades av en önskan att bredda materialet. Processen förutsatte ett intersubjektivt utgångsläge och påverkade inte bara tolkningen utan förändrade även forskaren själv. Då intervjuerna skrevs ner fixerades dessa på papper och möjliggjorde en dialog med texten istället för med informanterna.

Syftet i studie **IV** var att beskriva läkarnas uppfattningar av mötet med de somaliska patienterna. Fenomenografin erbjöd en lämplig väg för att gripa sig an uppgiften. Fenomenografi är en forskningsansats som "syftar till att beskriva, analysera och förstå

erfarenheter”...samt ”via en systematisering av tankar förstå hur människor tolkar vissa aspekter av verkligheten” (Marton, 1981 s.177, övers. förf.).

De beskrivna och tolkade fynden i de fyra studierna är en strävan mot den ”välgrundade slutsats” som beskrivits ovan under ”teoretiska utgångspunkter”. Några påpekanden vad gäller det praktiska förfarandet kan vara på sin plats. Att förhålla sig till andra människors erfarenheter och påstå att man vet något om dessa är svårt. Det finns ett glapp mellan det upplevda och förmågan att uttrycka det.

I studie **I** finns en möjlighet att studenterna av opportunistiska skäl formulerat sina berättelser i en patientcentrerad anda, för att tillfredsställa lärarna. Mot detta talar att uppgiften inte skulle betygsättas samt att den var frivillig. I studie **IV** leddes två av gruppintervjuerna av två seniora distriktsläkare och två av huvudförfattaren med hjälp av två vårdvetare. Detta kan ha påverkat svaren från informanterna, som alla var yngre läkare. Ett alternativt tillvägagångssätt hade varit att låta en person utan anknytning till sjukvården sköta intervjuerna, som sedan kunde analyserats av forskarna. Kanske skulle svaren då ha blivit annorlunda. Det kan påpekas att de flesta intervjuerna (**II**, **III**) genomfördes på svenska, vilket är forskarnas huvudspråk men inte informanternas. Detta medförde ett språkligt överläge för intervjuarna.

Intervjusituationen med sin inneboende maktstruktur kan påverka informanternas svar. I studie **II** och **III** kan författarnas bakgrund i vården ha inverkat hämmande på informanterna, i en rädsla att hålla inne med kritik av sjukvården. Att fynden ändå visar på starkt kritiska synpunkter minskar i viss mån denna farhåga. Intervjuerna kännetecknades av en öppenhet, som för bägge forskarna var slående. Hur informanterna upplevde intervjusituationen har dock inte undersökts i efterhand.

Hur urvalet skedde i studie **II** och **III** förtjänar också att kommenteras. De kontaktpersoner som hjälpte oss valde ut informanterna i kretsar som stod dem nära. De flesta av de kriterier vi eftersträvade, såsom ålder, kön, antal år som de vistats i Sverige blev uppfyllda. Samtidigt fanns naturligtvis en selektion, som vi inte kunde påverka och som grundade sig på kontaktpersonernas preferenser.

Ett sätt att *validera* kan vara återkoppling till informanterna med möjlighet att kommentera det utskrivna materialet. Detta har inte skett. Ett sådant förfarande kan tyckas lovvärt men är problematiskt. Narrativa inslag i intervjuer är inte fixerade utan föränderliga. De lever av egen kraft i intervjusituationen, som är en social och levande process. Att i efterhand be informanterna kommentera eller komplettera det nedskrivna materialet kan ge en falsk bild av vetenskaplig kontroll och korrigerings. Snarare rör det de förutsättningar som skapades i intervjusituationen och om dessa var optimala (Sandelowski, 1993).

Tolkningen av de nedskrivna berättelserna och intervjutexterna har varit en kollektiv process bland författarna till de olika studierna, en process som kännetecknats av ifrågasättande, diskussion, argumentation och dialog. Detta, att belysa frågeställningarna från olika utgångspunkter, kan ses som ett uttryck för validering.



### **Aspekter på genus**

Det finns anledning att kort beröra begreppet genus i förhållande till de frågeställningar som aktualiseras i denna avhandling. Termen genus grundas i sociala relationer och i synen på upplevda och skapade skillnader mellan könen, som i vårt samhälle och i vår kultur tas för givna. Genusforskning handlar om "allt det i mänskligt liv som på något sätt är relaterat till det som kallas kön" och problematiserar frågor om makt och underordning som även kan påverkas av klass och etnicitet (Thurén, 2003, s. 11).

En genusaspekt på de somaliska flyktingarnas liv i Sverige rör familjen och kvinnornas och männens ställning i denna. Antalet skilsmässor i exil har ökat kraftigt, delvis beroende på att många män förlorat sin roll som familjeförsörjare och att kvinnorna spelar en mer aktiv social roll än i hemlandet (II). De flesta av de studier som behandlar somaliska flyktingars hälsoproblem i exil handlar om kvinnor. Undantag finns beskrivna i litteraturgenomgången. Orsakerna till detta kan vara flera. Frågeställningar och problem kring graviditet och förlossning finns belysta i forskningen. De somaliska kvinnornas situation i exilen, både i hemmet och i samhället i stort, är annorlunda än i hemlandet och genusfrågor utmanas på nya sätt. De flesta författare till dessa vetenskapliga studier är kvinnor, vilket möjligen kan förklara dominansen av kvinnostudier. En annan tänkbar förklaring kan vara en stereotyp utgångspunkt i synen på den somaliska kvinnan som a priori underordnad och därför i behov av uppmärksamhet. Studierna i denna avhandling (II, IV) ger dock flera bevis på motsatsen, något som också uppmärksammas i skönlitteraturen (Farah, 2008). Männens röster hörs sällan i den vetenskapliga litteraturen. Om detta beror på en motsvarande stereotyp syn på de somaliska männen som a priori auktoritära och att de av denna anledning utesluts ur forskningen är en spekulation. Likafullt är bristen på kunskap om de somaliska männens hälsa i exilen ett problem, vilket har betydelse för mötet med sjukvården. Uttrycket "mannen som norm" (Hølge-Hazelton & Malterud, 2009), är i forskningen kring patienter med ursprung i Somalia knappast självklar.

De maktaspekter på mötet mellan patienten och läkaren som antyds i denna avhandling vore intressanta att analysera utifrån ett genusperspektiv, något som dock ej ingått i syftet med avhandlingen. Det är troligt att en förklaring till det missnöje många somaliska patienter känner med svensk sjukvård (III) bottnar i deras erfarenheter av diskriminering. Om detta drabbar kvinnor mer än män eller tvärtom har inte undersökts.

### **Diskussion av fynden**

Fynden i denna avhandling visar att det transkulturella mötet ställer stora krav på patientens förmåga att beskriva sina besvär och på läkarens att se personen bakom symtomet. Faktorer som berör *kultur och makt i mötet* ger en *dubbelhet och en ambivalens* i synen på den andre. Många somaliska flyktingars syn på hälsa och sjukdom präglas av deras *livsförhållanden i exil*. En *ömsesidig strävan efter förståelse* möter dock ofta svårigheter, vilket delvis har språkliga orsaker. Trots de problem som beskrivs i mötet mellan patienten och läkaren är detta *möte en förutsättning för att uppnå ny och fördjupad förståelse*.

### ***Kultur och makt i mötet***

Centrala fynd i denna avhandling (**III, IV**) belyser konflikter som uppstår i det transkulturella medicinska mötet. Alla möten mellan patient och vårdare är dock i bred betydelse kulturmöten. För varje patient har sjukdom och lidande en unik och personlig mening, oberoende av tillskriven eller upplevd identitet eller kategori (Kai, 2003; Savett, 2007). Kulturskillnader definieras i själva mötet, där bakgrund vad gäller klass, social position och utbildning kan spela en avgörande roll. Finns här gemensamma erfarenheter hos bägge parter i mötet ökar möjligheterna för kontakt och kommunikation. Bauman (1996, s.188) talar om en "förtrolighetspol", där människor upplever en trygghet då de "delar biografi" med varandra. Vissa vårdmöten är emellertid disharmoniska och präglas av en tolkningskonflikt som har sin grund i parternas skilda kulturella bakgrunder och erfarenheter.

I studie **IV** ger läkarna uttryck för det "kulturella avstånd" de upplever i mötet med många av patienterna. För läkarna medför detta svårigheter att förhålla sig till deras berättelser. De kan då välja olika *strategier* för att hantera denna situation. Det kan handla om att vara tydlig och auktoritär eller att vara nyfiken och pragmatisk. I en holländsk avhandling (Feldmann, 2006) beskrivs på ett liknande sätt strategin hos vissa läkare som kännetecknad av ett intresse för "människan bakom symtomet". Läkarna visade där en öppen inställning, en humanistiskt präglad strategi som enligt avhandlingen gav goda resultat och där både patienten och läkaren kände sig mer tillfreds. En balans mellan somatiska och psykologiska förklaringsmodeller eftersträvades. En annan strategi var den "tekniska". För att råda bot på en känsla av maktlöshet tenderade vissa läkare att lägga tonvikten vid somatiska förklaringar. Läkarna överanvände diagnostiska procedurer och lade mindre energi på att skapa ett förtroendefullt förhållande till patienten. De befattade sig därför oftast inte med "kulturella skillnader" eller psykologiska mekanismer. Patienterna betonade i dessa möten en känsla av att ej bli tagna på allvar och att de ofta utsattes för stereotypa uppfattningar och diskriminering (Feldmann, 2006).

Denna "tekniska" strategi har gemensamma drag med den auktoritära som anammas av vissa läkare i studie **IV**. Det är en strategi av gammaldags snitt, inriktad på snabba lösningar och befriad från komplicerande diskussioner om patientens kulturella bakgrund och tidigare historia. Den kan, speciellt i detta fall då patienten avviker från normen (vit, medelklass, manlig) vara ett uttryck för en diskriminerande attityd i ett sjukvårdsklimat präglad av fokus på teknologi, vinsttänkande och snabba "patientflöden" (Ballou & Landreneau, 2010). De somaliska informanternas erfarenheter i studie **III** styrker detta, då de ger uttryck för en stark känsla av att vara särbehandlade. Somalierna, "den andre", positioneras utifrån ett maktperspektiv. Bemötanden präglade av särbehandling och diskriminering av patienter från minoritetsgrupper som i studie **III** finns beskrivet från Holland (Suurmond, et al., 2011). Patienten förväntas här "tacka och ta emot" och något utrymme för diskussion eller förhandling existerar inte. Läkarens besked ("det är ingenting") har tolkningsföreträde. Patienten gör motstånd genom att kanske söka sig

utomlands för att få sjukvård (**III**), vilket också rapporteras från somaliska patienter i Holland och Storbritannien (Feldmann, 2006; Phillimore, 2010).

I uttrycket "*konsten att träffas utan att mötas*" beskriver Zygmunt Bauman en liknande strategi i mötet med den andre. Formuleringen visar på ett förhållningssätt till "främlingen" präglad av brist på engagemang, utan medkänsla eller sympati. Det riskerar att förpassa den andre till bakgrunden, i en episod, en flyktig träff utan varken förhistoria eller fortsättning. På detta vis, skriver Bauman, "göres den andre till främling vilket återbekräftar honom i denna egenskap" (Bauman, 1996 s.191). Samtidigt sätter Bauman fingret på ett mänskligt dilemma: vi har alla på skilda vis svårigheter att förhålla oss till människor som av oss själva och omgivningen uppfattas som "främmande".

Förutom att vara ett aktivt val från läkarens sida kan den auktoritära strategin ibland vara ett svar på förväntningar från patienten. I förhållande till sjukvården är dessa generellt höga bland informanterna i studie **III**. Synen på läkaren som auktoritet kan skilja sig hos människor beroende på kulturell bakgrund och utbildningsnivå. Men detta är inte ett statistiskt fenomen. En människa som lämnat ett land där läkarens ord sällan ifrågasätts, kan efter hand uppskatta att tala med en läkare som lyssnar och inte agerar myndighetsperson.

Många av de möten som relateras i studierna (**I, III, IV**) avslöjar den medicinska praktikens begränsningar. De visar även på patienternas svårigheter att kommunicera minnen och händelser som fungerar som länkar till det förflutna och orsaker till fysiskt och psykiskt lidande. *Ett* alternativ till den auktoritära strategin kan finnas i förhandling och tålmodigt "transkulturellt" lärande mellan flykting-patienter och vårdgivare (Ong, 1995). Läkare i studie **IV** och även studenterna i studie **I** ger uttryck för detta genom att tillämpa en strategi av nyfikenhet. Istället för att förneka kulturella skillnader försöker läkaren här utforska dessa och se hur de kan bidra till en förklaring av patientens besvär. Här spelar naturligtvis läkarens personlighet en stor roll. Möjligheterna att vara nyfiken och utforska patientens livssituation måste också sättas i relation till existerande arbetsförhållanden, där strama tidsramar och snabba besök knappast skapar förutsättningar att vara nyfiken annat än i snävt medicinsk mening.

Nyfikenheten är en sant hermeneutisk egenskap. Den utforskar det okända, vidgar det egna vetandet och utmanar den egna förförståelsens gränser. Samtidigt kan detta medföra en risk att läkaren i första hand vill utforska patientens kultur istället för patientens problem, vilket kan göra läkarens roll otydlig (Comas-Díaz & Jacobsen, 1991). En studie från USA kan illustrera detta. Baserad på intervjuer med hälsovårdspersonal å ena sidan och mexikanska gästarbetare å den andra framkom två uppfattningar om de mexikanska patienternas hälsoproblem. På ett liknande vis som en del av läkarna i studie **IV** fokuserade vårdpersonalen här på "kulturella" skillnader, språkproblem och specifika hälsoproblem bland mexikanerna. Själva betonade patienterna dock exilvillkoren, migrationens problem och strukturella barriärer mot att söka vård (Johnston

and Herzig, 2006). Det vill säga: vårdgivarnas "kulturella fixering", möjligen mot bakgrund av "kulturkompetent" skolning, visade sig väsensskild från patienternas egna förklaringsmodeller. En överbetoning av "kulturella skillnader" kan därför leda till att sådana skillnader konstrueras. Detta kan leda bort från de verkliga orsakerna till ett dåligt fungerande möte, som skillnader i klass, utbildning och social ställning (Lo & Stacey, 2008; van Dongen, 2005; Williamson & Harrison, 2010).

### ***Dubbelhet och ambivalens i mötet***

Det finns från bägge sidor en dubbelhet vad gäller förväntningar inför mötet. Somaliernas höga förhoppningar kommer ofta på skam, ett intryck som kan förstärkas av interna diskussioner inom gruppen (III). Dåligt bemötande och missade diagnoser kan uppförstoras och bilda grund för vandringsägner som ytterligare förstärker de negativa intrycken. Att vissa informanter ger uttryck för skepsis mot läkare med utbildning i andra länder men visar större förtroende för "svenska" läkare är intressant (III). Det finns rapporter om att patienter från minoritetsgrupper i andra länder ser med skepsis på vårdare och terapeuter som har samma etniska ursprung och att vården som erbjuds av dessa skulle vara av lägre kvalitet. Vård som ges av representanter från majoritetsgruppen betraktas däremot som mer legitim och förtroendeingivande (Comas-Díaz & Jacobsen, 1991).

Det finns en motsvarande dubbelhet hos läkarna (IV). Vissa betraktar somalierna som huvudsakligen okomplicerade patienter, som ger glädje och stimulans i arbetet. Samtidigt finns en dominerande berättelse som framhäver svårigheterna, framför allt i kommunikationen. Detta kan förstärkas av många somaliska patienters höga förväntningar på läkaren. Diagnos och behandling bör klaras av utan alltför många frågor. Dessa förväntningar kan vara svåra att infria och kolliderar med den syn på informerat samtycke och gemensamt beslutsfattande som präglar många läkare med utbildning i Sverige. På samma gång ger somaliska patienter, både här och i internationella studier, uttryck för uppskattning av empatiska, förstående och lyssnande läkare, något som kan visa på en intressant förändringsprocess. Detta skapar möjligheter för öppenhet och dialog. Det ger fördelar för patienten men också för läkaren, som ofta kan känna sig utanför, speciellt i ett mindre bra fungerande tolksamtal.

En annan aspekt på ambivalens och dubbeltydighet är hur många läkare i studie IV uppfattar patienterna, speciellt kvinnorna, som positiva, utåtriktade och tåliga. Starkare känslouttryck beskrivs som ovanliga. Samtidigt antyder andra läkare i studien att många ändå har psykiska besvär, vilket bekräftas av de fynd som redovisats i forskningsöversikten. Kontrasterat mot dessa fynd utgör den positiva bilden av somalierna en paradox. Att inte öppet visa sorg, att inte gråta och att även för vänner och nära släktingar dölja känsliga uppgifter som berör den psykiska hälsan är strategier som rapporterats bland somaliska kvinnor i exil (Whittaker, et al., 2005). Den tåliga attityden kan då vara uttryck för ett sätt att härda ut och att inte visa tecken på svaghet. Det är inte givet att familjen i dessa sammanhang alltid utgör ett stöd, något som förutsätts av

flera av läkarna i studie **IV**. Men personer som levt länge i det nya landet och påverkats av dess seder och bruk kan i dessa avseenden skilja sig från de nyanlända då kulturella sedvänjor är dynamiska och hela tiden förändras.

Även svensk flykting- och asylpolitik kännetecknas av ambivalens och osäkerhet. Den asylsökande kan antingen få en fristad från förföljelse och förtryck eller mötas av misstro och bli utvisad. Det har beskrivits hur många asylsökande befinner sig mellan det förflutna och framtiden, där nuet kännetecknas av osäkerhet, förvirring och förlust av sammanhang och struktur (Andersson, Björnberg, & Eastmond, 2010; Brekke, 2004). Det finns en dubbelhet i det svenska flyktingmottagandet, vilket ses antingen som en förberedelse för återvändande eller integration. De asylsökande för med sig drömmar om nya liv. Man hoppas kunna återskapa fungerande sociala och personliga förhållanden för att få ett nytt handlingsutrymme. Hur man lyckas med detta präglas i stor utsträckning av den offentliga polariserande diskussionen i synen på flyktingar som antingen en *börda* eller en *resurs* (Eastmond, 2010).

### ***Livsförhållanden i exil***

Exil har beskrivits som "egendomligt fångslande att tänka på men fruktansvärd att erfaras. Den är den oläkta rispa som rivits upp mellan en människa och en födelseort, mellan jaget och dess sanna hem: dess grundläggande svårmod kommer man aldrig över" (Said, 2006, s.130).

Det kan finnas kollektiva erfarenheter som förmår öka förståelsen för en grupp människor. Beskrivningen av de somaliska flyktingarnas bakgrund, som den belyses i studie **II**, visar detta. Det framgår också av läkarnas erfarenheter i studie **IV** att de "saknar bilder" av hur somalierna lever sina liv och att de har bristande kunskaper om deras bakgrund, vilket tillsammans negativt påverkar mötet.

Drömmar om återvändande och försök till upprätthållande av transnationella familjeband kan underlätta för många flyktingar att leva sina liv i en främmande omgivning (**II**). Återvändande är ett komplicerat begrepp, som för flyktingar kan innebära ett tillstånd av dubbel hemhörighetskänsla mellan ett liv i det nya landet och hemlandet. Begreppet "hemma" är dynamiskt och kan utsträckas till olika platser som får mening och innebörd beroende på skiftande omständigheter i ett liv i exil.

En "myt om återvändande" finns beskriven i forskningen kring flyktingars situation. Strävan efter att återvända kan inte tas för given utan måste ses mot bakgrund av den enskilde flyktingens förhållande till sitt gamla hemland och dess befolkning (Al-Rasheed, 1994). Främlingsfientliga strömningar i dagens Europa bidrar till att många immigranter och flyktingar, både ur den äldre och den yngre generationen, betraktar ett återvändande till hemlandet som en möjlig lösning på personliga, politiska och sociala kriser. Samtidigt finns ständiga skärningspunkter mellan de bägge världarna i form av äktenskap, tillfälliga besök och ekonomiska förpliktelser (Bolognani, 2007).

En i Sverige förhärskande syn på integration och assimilation präglas av en statisk syn på den personliga identiteten. Att bli betraktad som "svensk *eller* somalier" är i detta sammanhang problematiskt. Tillhörighet i exiltillvaron bör snarare beskrivas i termer av både - och. Som ett föränderligt tillstånd där både lokala och transnationella faktorer spelar roll för utvecklandet av personliga och kollektiva identiteter. Detta har beskrivits i forskning om de bosniska flyktingarnas situation i Sverige (Eastmond, 2006). De somalier som intervjuats i studierna (II, III) är alla födda i sitt hemland. Drömmar om återvändande kompliceras av de svåra förhållandena i hemlandet där det i större delen fortfarande råder krigsförhållanden, vilket inte är fallet i exempelvis Bosnien. Vissa väljer dock att besöka lugnare delar av Somalia, bland annat för att på olika sätt få hjälp med hälsoproblem (Tiilikainen, 2010). Barnen, både de som lämnade Somalia i tidig ålder och de som är födda här, har oftast inga tankar på att återvända. Hos föräldrarna kan detta grundlägga en konflikt mellan egna personliga drömmar om framtiden och vardagens realiteter (II). Detta kan bidra till en frustration hos många somaliska flyktingar som negativt återverkar på deras psykiska och fysiska hälsa (Pavlish, et al., 2010). Kontakter med släktingar och familjemedlemmar världen över kan betraktas som en stödform och ett sätt att upprätthålla en känsla av att "vara hemma". På samma gång kan detta medföra påfrestningar på familjestrukturen (II) genom aktivering av uppslitande interna konflikter (Melander, 2009).

Den fysiska smärta som många somalier lider av (II, III, IV) kan här ha *en* förklaring. Många patienter presenterar en smärta inför vilken sjukvården oftast ställer sig frågande. Somatiska åkommor som exempelvis TBC kan ha uteslutits och läkaren famlar i blindo (II, III, IV). Smärta som är medicinskt oförklarad är förvisso en svårighet även i mötet med många patienter från majoritetsbefolkningen. Men ett kulturellt avstånd och en ovana att möta de somaliska patienterna kan förstärka svårigheten. Ett exempel på detta är att den smärta för vilken många patienter söker kan variera med vistelseort, vilket beskrivs i studie II. Smärtan minskar vid besök i hemlandet för att återkomma vid tillbakaresan till Sverige. Detta kan fungera som en förevändning att söka vård för problem som i huvudsak är existentiella. Här finns en svårighet för sjukvården, som är inriktad på biomedicinska kausala förklaringsmodeller vilket också påverkat många patienters förväntningar och krav på utredningar. Smärtan måste ha en kroppslig förklaring. Men med en bredare syn på dessa smärtfenomen kan en annan och kompletterande förklaring nås, där symtomen ses som uttryck för patienternas livssituation och omedvetet bidrar till att dölja specifikt mänskliga dilemman (Good Del Vecchio et al, 1992; Hellström, 1994).

De synpunkter som framkommer i studie II får ses som uttryck för variationer av livet i exil. I den kollektiva erfarenheten finns invävda personliga upplevelser och individuella motiv. Exiltillvaron kan innebära *både* en strävan efter trygghet och anpassning *och* tankar om återvändande. Den kan innebära *både* känslor av förlust och längtan *och* av lycka och befrielse. Detta uppmärksammas sällan i den offentliga svenska diskussionen om flyktingar, som präglas av ensidigt problematiserande tongångar. Förmåga till mot-

ståndskraft (resilience) och nyorientering är hos många flyktingar beroende av sociala resurser i familjen och i omgivningen (Björnberg, 2010). Tidigare upplevelser av krig och förluster påverkar också mångas liv och hälsa, vilket beskrivs i studie **II**. Studier i Sverige och utomlands har dock visat att de ekonomiska och existentiella förhållandena i exil tycks påverka flyktingars mentala hälsa mer än traumatiska upplevelser i hemlandet (Carswell, et al., 2011; Sundqvist, Bayard-Burfield, Johansson, & Johansson, 2000). Erfarenheter av diskriminering bland immigranter i Sverige medför också en försämrad psykisk hälsa (Wamala, Boström, & Nyqvist, 2007).

Uttryck som "de somaliska flyktingarna" och "den somaliska gruppen" riskerar att dölja de stora interna variationerna dessa människor emellan. Övergripande kategoriseringar kan bidra till att skillnader *konstrueras* och att individuella uttryck och sociala identiteter på så vis går förlorade. Informanterna (**II**, **III**) har oftast själva betecknat sig som flyktingar samtidigt som de understryker sin identitet som svenska medborgare. Termen "flyktingar" säger en del om den personliga historien, något som inte är lika uppenbart i andra beteckningar, som exempelvis "svensk-somalier". Byråkratiska och administrativa flyktingdefinitioner skiljer sig från existentiella. Men personliga identiteter formas också av det omgivande samhällets uppfattningar och attityder. Att bli betraktad som udda och avvikande av det svenska samhället framkommer i studie **II**. Det har beskrivits hur en schablonartad bild av "flyktingen" som i huvudsak problematisk och som hellre än att söka sig ett arbete lever på bidrag särskilt har drabbat somaliska flyktingar i Sverige. Detta har underlättats av strukturella problem och en tröghet i det svenska mottagarsystemet för flyktingar. Möjligheter att skaffa sig ett arbete beskrivs ofta som beroende på tur snarare än som en följd av systemets förtjänster (Cederberg, 2006). En insikt om att migration och kulturell mångfald är något som kommit för att stanna och att detta i dagens globaliserade samhälle har övervägande fördelar kan underlätta nya strategier, präglade av ömsesidig respekt, tolerans och nyfikenhet (Phillimore, 2010).

### ***Strävan efter förståelse och det talade språkets betydelse***

Studenternas berättelser i studie **I** är detaljerade och rika på nyanser och skildringar av de medicinska och sociala problem som bildar bakgrund till patienternas besvär. I studie **IV** dominerar berättelserna om bristerna i kommunikationen. Språkförståelsen är här en förklaring men ett kulturellt avstånd i mötet spelar stor roll. En tolkning av det sagda försiggår hela tiden hos de samtalande, i form av en tyst dialog eller monolog som sker parallellt med talet. Språket är rikt på nyanser: tonfall, röststyrka, pauser, ordens sammansatta och varierande betydelse, associationernas spel som ger nya infallsvinklar och utvecklar konversationen. Detta tas för givet av studenterna i studie **I**. De betonar vikten av att lyssna eller att ibland bara sitta tyst med patienten bredvid sig. Om läkaren och patienten inte talar samma språk (**III**, **IV**) går dessa subtila aspekter förlorade, vilket blir särskilt tydligt vid användning av tolk. Somaliernas berättelser i studie **II** och **III** illustrerar dessa brister, som i en spegelfunktion. Alltför ofta tas deras besvär inte på allvar, det finns en känsla av avfärdande i mötet som lägger grunden för en misstro mot sjukvården i allmänhet. Här finns naturligtvis liknande erfarenheter hos

patienter från den svenska "majoritetsgruppen". Alla patienter oavsett bakgrund vill bli tagna på allvar. Missförstånd och en känsla av att bli avfärdad kan vara universella erfarenheter. Dessa upplevelser kan dock förstärkas av tillhörighet till en minoritetsgrupp som drabbas av kategoriseringar och fördefinierade uppfattningar, något som i synnerhet kan gå ut över flyktingar (Kokanovic & Stone, 2010; Watters, 2001)

Samtalet utgör en avgörande del av behandlingen i mötet mellan patienten och läkaren och kan bidra till ett positivt läkningsförlopp (Ottosson, 1999). Samtalet har i patient-läkarrelationen en exceptionell betydelse. Patientens utsatthet gör det extra viktigt att etablera en kontakt och här utgör samtalet den enda möjligheten (Gadamer, 2003). Men en patient som inte flytande talar majoritetsspråket kan uppleva att detta är en grund för diskriminering, vilket informanterna i studie **III** vittnar om. Det finns även rapporter om att patienter med bristande kunskaper i majoritetsspråket håller inne med kritik mot medicinska misstag de utsatts för. Detta kan bero på en känsla av maktlöshet, rädsla för repressalier eller en idealisering av det nya landets sjukvårdssystem jämfört med hemlandets (Garrett, Dickson, Young, & Whelan, 2008).

Tolkandet mellan två språk i det medicinska mötet innebär en extra svårighet som "dubblar den hermeneutiska processen" (Gadamer, 1994 s.387). Vad tolken måste förmedla är inte bara vad patienten säger ordagrant utan också underförstått. Detta är ett problem för tolken men innebär också att förståelsen mellan läkaren och patienten försvåras. De somaliska tolkarnas funktion belyses i detta avseende i studie **IV**. Tolk-samtalet upplevs av både läkare och patienter i allmänhet som problematiskt (Fatahi, 2010; Fatahi, Hellström, Skott, & Mattsson, 2008). Många tolkar översätter inte bara det läkaren säger utan kommenterar dessutom det sagda på ett sätt som kan lämna läkaren utanför i dialogen, vilket visas i studie **IV**. Vad som pågår här kan vara en slags kulturtolkning, där tolken försöker förmedla och förklara de olika budskapen, något som vore omöjligt om hon endast mekaniskt översatte ord för ord. Vad gäller det somaliska språket, kan ett skäl till detta vara att många medicinska termer saknas och därför måste förklaras. Studier av det tolkade medicinska samtalet visar dessutom att nästan en tredjedel av alla yttranden innehåller förändringar av det budskap som skulle tolkas, vilket är problematiskt för konsultationen (Jackson, Nguyen, Hu, Harris, & Terasaki, 2011). Å andra sidan har det visats att läkaren i närvaro av en tolk kan diskutera både medicinska och känslomässiga problem med patienten, förutsatt att tolken är professionell och inte en familjemedlem (Rosenberg, Richard, Lussier, & Shuldiner, 2011; Seideman & Bachner, 2010). Tolkarnas erfarenheter och kunskaper är sparsamt belysta i forskningen, men pågående projekt finns för att utforska tolkens roll som en "kulturell mellanhand" (Fioretos, Gustafsson, & Norström, 2011).

Uttrycket "språkförobistring" används ofta i möten mellan sjukvården och patienter från minoritetsgrupper. Vad som avses är att det talade språket inte är gemensamt för parterna i mötet. Men medicinens eget språk kan upplevas som främmande även om patienten har samma hemspråk som vårdgivaren. Detta bidrar ytterligare till tolkningskonflikter.



Bristande språklig förståelse i det transkulturella mötet kan ytterligare öka betydelsen av kroppsundersökningen. Många somaliska patienter verkar speciellt värdesätta en noggrann sådan, vilket uttrycks i studie **III**. Man uppskattar de "riktiga undersökningarna" man får i Tyskland, till skillnad från i Sverige. I kroppsundersökningen skapas en konkret kontakt med det som upptar patientens tankar och läkarens sätt att närma sig patienten får stor betydelse (Rudebeck, 1998). Icke verbala uttryckssätt, som att visa uppmärksamhet, vänlighet och intresse, att se patienten i ögonen och minska det fysiska avståndet till patienten har visat sig öka förtroendet för läkaren i största allmänhet (Mast, 2007). I det transkulturella mötet bekräftas detta i studier där somaliska kvinnor berättat om sina erfarenheter av kontakter med sjukvården (Carroll, et al., 2007a).

### ***Mötet – en utgångspunkt för fördjupad förståelse***

Fyndet visar på vikten av att skapa ömsesidig förståelse i mötet mellan patienten och läkaren. Men detta är svårt. Det allvarligaste i detta avseende är de somaliska informanternas bristande tilltro till den svenska sjukvården och deras upplevelse av avfärdande (**III**). Man litar oftast inte på läkarna. Bemötandet präglas ofta av misstro och nonchalans. Men de flesta läkares uppfattningar i studie **IV** visar på en vilja till förståelse. Studenterna i studie **I** väljer att berätta om möten där förklaringarna till patienternas besvär hänförs till deras personliga förhållanden. Detta sker med en viss självklarhet, som är glädjande. I vissa berättelser träder renodlat medicinska förklaringar i förgrunden, vilket är ofrånkomligt. Men flertalet illustrerar hur läkaren i dialogen med patienten kan påvisa orsakssammanhang som har sin grund i patientens livssituation. Skulle en motsvarande självklarhet finnas i kontakten med de somaliska patienterna vore förutsättningarna för förståelse annorlunda. Det är inte ett symptom eller en sjukdom som stiger över tröskeln till läkarens rum utan en människa (Rudebeck, 2000). Men detta läkarens intresse för patienten som person förutsätter att även patienten vill ha en motsvarande närhet till läkaren, vilket inte är självklart. Patienter med flykting- eller immigrantbakgrund kan visa förtroende för sjukvårdens biomedicinska sida men hysa misstro mot dess socialt problematiserande aspirationer. Frågor om kulturell bakgrund och tidigare upplevelser kan bemötas med misstänksamhet. Detta ställer särskilda krav på takt och förståelse från sjukvårdens sida (Lo & Stacey, 2008).

Hur kan då de problem som redovisats i det transkulturella mötet (**III, IV**) fås att minska? Några rimliga utgångspunkter för att nalkas denna fråga framförs i en stor intervjustudie från England. Sjukvårdspersonal redovisar där betydande osäkerhet och oro inför mötet med patienter från "etniska minoriteter" (Kai et al., 2007). De uppgav rädsla för att säga "fel saker" och bekände sin okunnighet om "kulturella olikheter". De uttryckte farhågor att framstå som både "rasist" och å andra sidan favorisera dessa patienter på bekostnad av de från majoritetsbefolkningen. Här finns liknande resultat i studier från Sverige (Wachtler, et al., 2006). För att komma tillrätta med detta föreslås i studien dels att osäkerhet inför det okända skall erkännas som en naturlig del av arbetet. Vidare bör fokus ligga på patienten som unik individ med mindre betoning av "kulturkomponent" skolning. Mer än en kunskap om specifika skillnader mellan olika "kulturer" handlar bemötandet om empati och intresse för den enskilda människan. Kulturellt specifika

skillnader och särarter bör naturligtvis vid behov uppmärksammas, då de kan vara till hjälp för att förstå patienten. Inte minst bör uppmärksamhet riktas mot den biomedicinska kulturen och dess förhållande till olikhet och normavvikelser, något som sällan berörs i medicinsk utbildning (Kai, et al., 2007).

En förutsättning för att en dialog mellan patienten och läkaren skall fungera är att sjukvården i sin organisation slår vakt om möjligheterna till ett patient-centrerat arbetssätt. Vissa hot mot detta kan dock skönjas. Allt oftare ses det medicinska mötet idag som en kommersiell händelse mellan en "köpare" och en "säljare". Med patienten definierad som "kund" ersätts mötets moraliska dimensioner av ett prestations- och lönsamhetstänkande som i en affärstransaktion. Vidare har livsstilsorienterade frågor till patienterna kopplats till ekonomiska incitament, vilket kan riskera en "registreringshets" som kan underminera det förtroendeskapande samtalet mellan patienten och läkaren (Mårtensson, 2011). Det vanliga systemet med tillfälliga vikarier eller "stafettläkare" är också problematiskt för mötet och den medicinska praktiken. Det leder till en fragmentering som förutom att negativt påverka uppnåendet av tillit också bidrar till att urholka det goda mötets grundförutsättning: kontinuiteten. Kontinuitet är en hörnsten i skapandet av tillit. Kontinuitet innebär att bägge parter i mötet har en gemensam känedom om vad som har varit, vad som är och vad som ska komma (Haggerty et al., 2003). Kontinuitetens betydelse för att minska sjukvårdskostnader, förbättra vårdens kvalitet och öka patienternas förtroende för primärvården finns belagt i forskningen (Jatrana, Crampton, & Richardson, 2011). Tillit har, med utgångspunkt i Einsteins energiformel, parafaserats på följande vis:  $t=mc^2$ , där  $t$  står för tillit,  $m$  för medicinsk praktik och  $c$  för kontinuitet (Fugelli, 2001).

Det är i dialogen en djupare förståelse kan nås i mötet mellan patienten och läkaren. I dialogen vänder sig deltagarna mot varandra i en strävan efter ömsesidighet, i en anda av tilltal och gensvar (Buber, 1993). Dialogen är det grundläggande elementet i detta möte uttryckt som "en hermeneutisk händelse", vilket berörs i den teoretiska bakgrunden. Dialogen mellan patienten och läkaren ger "en möjlighet att som tolkande subjekt urskilja 'mening' och på det sättet skapa öar av begriplighet i de oceaner av obegriplighet som omger oss" (Ödman, 2004 s.115).

Dialogen bör slå vakt om patientens människovärde och egenskap av unik person. Den bör värna läkarens möjligheter att använda sina kunskaper och vara patienten till hjälp. Denna dialog rymmer inte endast samförstånd utan också konflikt. En distans är för läkaren många gånger nödvändig för att kunna hjälpa patienten. Men utan närhet, som inte frestar till dominans, töms mötet på sitt moraliska innehåll. Patienten riskerar att förpassas till en periferi, där biografi och livsvärld får endast marginellt utrymme. Genom dialog kan patientens och läkarens förförståelse om varandra förändras. Trots komplicerande faktorer i form av kulturell och språklig distans kan den ge förutsättningar för en "horisontsammanmältning", något som också kan tolkas i ett bredare samhällsligt perspektiv.

## SLUTSATSER

För att läkaren skall skaffa sig kunskap om patienten är en ensidigt biomedicinsk förklaringsmodell många gånger otillräcklig. I mötet mellan patienten och läkaren måste specifikt mänskliga och personliga dimensioner hos patienten uppmärksammas. Detta är avgörande för de flesta patient-läkarmöten men av särskild betydelse i det transkulturella mötet. Strategier präglade av nyfikenhet och intresse för patientens bakgrund kan här vara läkaren till hjälp.

Patienter födda i Somalia är – liksom andra patienter med flyktingbakgrund – på olika sätt präglade av sin bakgrundshistoria och skilda erfarenheter av ett liv i exil. Insikten och kunskapen om detta är ofta alltför begränsad vilket medför otillräcklig vård. Att bli avvisad av sjukvården ökar dessa personers svårigheter, både mänskligt, socialt och medicinskt.

Människor – patienter – i sjukvården vill bli tagna på allvar och få ett respektfullt bemötande. Missförstånd kan uppstå i alla möten mellan patient och läkare, oavsett dessas kulturella bakgrund. Men om läkaren kan se patienten som bärare av en livshistoria och en berättelse ges förutsättningar för att dessa missförstånd kan undvikas. Hur väl läkaren lyckas med detta är avgörande för om det transkulturella mötet – eller vårdmötet i största allmänhet – skall betraktas som ett problem istället för en källa till inspiration.

## **IMPLIKATIONER**

### **För sjukvården**

Läkare och annan vårdpersonal bör i mötet med patienter från andra delar av världen uppmuntras att skaffa sig kunskap om patientens bakgrund. Man bör uppmärksamma personen utan att glömma att det i en grupptillhörighet kan finnas kollektiva erfarenheter som kan underlätta förståelsen av patientens upplevelse av sjukdom.

Läkare och annan vårdpersonal bör få tillfälle att på arbetstid reflektera över sin egen kulturella bakgrund och hur denna påverkar attityder i mötet med patienter från minoritetsgrupper.

Diskriminering i sjukvården bör uppmärksammas. Rutiner som kan bidra till diskriminering bör rättas till. Som ett exempel bör information om organisation och sjukvårdsrutiner vara utformad inte enbart på svenska utan även på de vanligaste utländska språken.

Metakommunikation - en diskussion om hur vi kommunicerar med varandra och varför vissa regler och vanor i samtalet finns och hur dessa kan förändras - bör uppmuntras.

Diskussion bör föras med tolkar om organisationen av tolksamtalet. Detta kan arrangeras via kontakter med Tolkcentral. Läkaren bör med patienten och tolken diskutera hur kommunikationen ska kunna förbättras för att undvika missförstånd.

### **För läkarutbildningen**

Lärande om det transkulturella vårdmötet kräver reflektion. Gruppdiskussioner och seminarier, som kan stimulera skriftlig och muntlig reflektion är lämpliga former i detta sammanhang, vilket borde få konsekvenser för utbildningsplaner.

Läkarutbildningen bör uppmärksamma hur kulturella skillnader påverkar konsultationen. Kunskap om detta bör få samma status som undervisning i medicinska basfakta.

Kulturbegreppet bör i utbildningen diskuteras utifrån ett mångdimensionellt perspektiv där både patientens och den professionelles kultur uppmärksammas. Den senare har genom sin roll gentemot patienten en särställning i detta avseende.

Frågor om genus och makt i förhållandet mellan sjukvården och patienter från minoritetsgrupper bör tydligare uppmärksammas i utbildningen.

### **För patienten**

Patienten har ett ansvar att försöka berätta sin historia och i görligaste mån informera läkaren om sin bakgrund. På detta vis kan patienten hjälpa läkaren att förstå och underlätta en lösning på patientens besvär.

## FRAMTIDA FORSKNING

Frågor om vård på lika villkor, där genus och makt står i centrum, är centralt för utgången av mötet mellan patienten och läkaren. Intervjuer med patienter från minoritetsgrupper som belyser deras erfarenheter och strategier i mötet skulle kunna bidra till förbättrat omhändertagande och vård.

Kulturbegreppets betydelse och en diskussion om den medicinska praktikens kultur och dess påverkan på mötet bör utforskas.

Huruvida organiserad reflexion kring det transkulturella mötet kan medföra ett förbättrat utfall av detta möte borde undersökas i interventionsstudier. Jämförelser mellan arbetsplatser där vårdpersonalen aktivt reflekterat över mötet med patienter från minoritetsgrupper skulle kunna göras med vårdenheter där en sådan reflektion ej organiserats.

Läkarstudenters reflektion kring mötet mellan patienten och läkaren bör uppmärksammas i forskningen. Detta bör ske både tidigt och sent i utbildningen för att utforska vilka effekter olika utbildningsinsatser har på studenternas attityder i konsultationen.

## **SUMMARY IN ENGLISH**

*Background and aim.* The overall aim of the thesis is to explore the patient-doctor encounter setting out from experiences among Somali refugees and medical interns in Sweden. Though research in this area is scarce both in Sweden and internationally, it has demonstrated that the transcultural meeting in health care suffers shortcomings. This applies to treatment and rapport as well as to outcomes of treatment and care. Starting from the experiences of medical students reflecting on a memorable consultation (paper **I**), the thesis illuminates the understandings of health and illness of one group of patients, Somali refugees (paper **II**). It further explores their experiences of encounters with Swedish health care (paper **III**) and the conceptions among Swedish vocational trainees in general Practice of their encounters with patients from Somalia (paper **IV**).

*Method.* The thesis is based on four qualitative studies. In paper **I**, data was gathered from written reflective accounts. In paper **II** and **III**, data was collected through individual interviews and in paper **IV** through focus group interviews. Data was analysed using qualitative content analysis, a hermeneutic-phenomenological methodology and phenomenography.

### **Paper I**

*Aim:* To explore and analyse students' learning experiences of a memorable consultation during a final-year attachment in general practice.

*Setting:* After a two-week primary care attachment in the undergraduate curriculum, students were invited to write a reflective account of a memorable consultation. A total of 52 accounts were read and processed according to qualitative content analysis. Credibility of the analysis was validated by two co-authors reading the descriptions separately and trustworthiness was tested at local seminars.

*Results:* Three main themes emerged. In "The person beyond symptoms" the students recognize the individual properties of a consultation. "Facing complexity" mirrors awareness of changing tracks in problem-solving and strategies of handling uncertainty. "In search of a professional role" reflects the interest in role modeling and the relation to the supervisor.

*Conclusion.* Involving students in writing reflective accounts appears to stimulate them to articulate practice experiences of the consultation.

### **Paper II**

*Aim:* To illuminate the thoughts and experiences in relation to health and illness among a group of Somali refugees in Sweden.

*Setting:* Thirteen individual interviews with Somali refugees of different sexes and ages were conducted in the informant's homes. A hermeneutic-phenomenological approach was used in the analysis.

*Findings:* The analysis revealed an essential theme – “a life in exile” – that permeated every subject that was discussed and talked about. This was expressed in some thematic aspects: “longing for the homeland”, “pain – a companion in exile”, “prejudice and discrimination”, “family – comfort and trouble” and “religion and beliefs in Jinns”.

*Conclusion:* The paper contributes to an insight and increase in knowledge about the life of some Somalis living as exiles in Sweden. It illuminates some of their thoughts concerning health and illness, bodily pain and experiences of discrimination. The paper also sheds light upon feelings of bi-nationality and the comforting role of religion.

### **Paper III**

*Aim:* The purpose of this study was to explore Somali refugees' experience of their encounters with Swedish health care.

*Setting:* Individual interviews with 20 Somalis were transcribed verbatim and interpreted according to a hermeneutic approach.

*Findings:* Three themes emerged: The first theme, “expectations when approaching health care”, conveys an ambivalence regarding confidence and expectations of treatment and care. The second theme, “rejection in the clinical encounter”, dealt with negative experience when encountering medical staff, physicians in particular, who often responded to complaints by saying “it's really nothing”. To the informants, this fitted into a general narrative of distrust in health care. The third theme, “going abroad for help”, described how, as a result of reduced confidence in Swedish health care, many Somalis seek medical advice and treatment in other countries.

*Conclusion:* This study has revealed a considerable lack of trust in the Swedish health care system among a number of Somali informants. Ambiguous feelings of high expectations and disappointment were expressed including sentiments of being rejected and not taken seriously, often resulting in a decision to go abroad for medical care.

### **Paper IV**

*Aim:* To explore the experiences among Swedish vocational trainees in General Practice of their encounters with patients from Somalia.

*Setting:* Sixteen vocational trainees in General Practice in three Swedish cities were interviewed in Focus Groups. The interviews were transcribed verbatim and analysed according to a phenomenographic approach.

*Results:* Three categories with subcategories emerged. In the *first category*, “meeting the patient”, the informants faced high expectations. A certain cultural distance was discerned and feelings of both content and confusion were experienced. In the *second category*, “obstacles in the encounter”, the physicians noticed difficulties in talking through an interpreter, who often seemed to pursue an extended dialogue with the patient, possibly in an attempt to explain the physician’s question. Obtaining a medical history was considered a challenge as well as reaching mutual agreement on long-term medication. The facial expression of many a patient was considered silent, rendering interpretation of non-verbal cues difficult. The *third category* deals with “developing strategies” in the meeting. Some physicians preferred a more authoritarian attitude, whereas others stressed the importance of curiosity and an interest in the person behind the symptom. Respecting the patient as an individual without disregarding collective experiences was also stressed.

*Conclusion:* In this study, predicaments in achieving understanding seemed common among the physicians in encounters with Somali patients. In order to meet the health needs of this and other minority groups it is vital to stress the importance of relationship-building, curiosity, trust and continuity of care.

## **Conclusions, implications and future research**

The transcultural meeting demands a lot from the patients’ ability to present her story and the skill of the physician to observe the person behind the symptom. The experiences of health and illness of many a Somali refugee are stamped by a background of a life in exile. In the patient-doctor encounter, elements regarding culture and power influence the medical meeting, resulting in ambiguous feelings in relation to the other. As a result of this, there is a struggle for understanding, which is also partly due to linguistic impediments. In spite of these difficulties, the medical encounter is the basic premise for achieving a deepened understanding, grounded in an intersubjective dialogue. From a pragmatic point of view, this is of importance for the security of the patient and for treatment outcomes.

When meeting refugee patients, implications for health care include increased awareness of the necessity of obtaining knowledge of the patient’s background. Individual experiences should be observed while not forgetting the history of a particular group. This includes avoidance of premature conclusions with reference to the patients’ previous experiences as a refugee.

To medical education as well as to research, these issues need urgent attention involving thoughtful reflection on treatment and response to individual patients. Issues of “culture” in a broad sense and themes concerning gender and power in the medical meeting require in-depth examination.

In addition, the culture of bio-medicine needs paying attention to its’ own influences and biases towards cultural diversity in health care.



## SAMMANFATTNING PÅ SOMALISKA

### Soo koobid af-soomaali ah

Kulanka bukaan-socodka iyo dhaqaatiirta – waaya aragnimada qaxootiga soomaalida iyo ardayga baraneysa dhaqtarnimada.

Qoraalkan qalin-jebinta jaamaceed wuxuu ku saleysan yahay afar shaqo – maqaalo.

*Ujeedo.* ujeedada qoraalkan waa baaritaanka kulanka dhexmara bukaan-socodka iyo dhaqaatiirta iyadoo laga amba qaadayo khibradda qaxootiga soomaalida iyo dhaqaatiir waxbarasha u socotay. Baaritaan hore ayaa lagu ogaaday iney jiraan caqabado hortaa-gan "kulanka dhaqamada" ee dhexmara hey'adaha caafimaadka iyo bukaan-socodka ka yimid dadka laga tira badan yahay. Caqabadda ayaa ku wajahan qaabilaadda bukaan-so-codka iyo is afgarashada qaababka sharaxaadda caafimaadka iyo cudurada iyo natiijada ka timaada daryeelka. Kulan arday dhaqaatiirta iyo bukaan-socodka ee ka dhacay rug caafimaad ayaa sal u ah ifinta khibradda koox bukaan-socodka ah oo ah qaxooti soomaaliyeed.

*Habka.* Qoraalkan qalin-jebinta jaamaceed wuxuu ku saleysan yahay afar daraasaad. Xogtan habka lagu soo ururiyey waa sheekooyin la qoray, wareysiyo qaas ah iyo kuwo kooxeed intaba.

*Natiijo.* **Shaqada 1** waxa lagu muujiyey in ardayda dhaqaatiirta, ee wax ka qoray kulankooda bukaan-socodka, ay ka fekeri karaan sida kulamadu u yihiin kuwo taabanaya meelaha badan. Waxey sharaxayaan muhimada ay leedahay in la eego qofka dhibaataada qaba iyo la kulmida arinta dhowrka gees leh iyo barashada ku noolaashaha wax aan la isku haleyn karin iyo ka fekerka raadinta ciyaaridda door xirfadeed. Iniinta shaqadu waa ka eegidda kulanka bukaan-socodka dhanka bani'aadanimu taasoo u gudubtay **shaqada II**, oo qaxootiga soomaalida laga wareystay aragtidda arimaha caafimaadka iyo cudurada. Shaqadan ayaa qeyb ka geysatay helidda aqoonta xaalad nololeedka qurabaha soomaalida Iswiidhen. Soomaalidan waxey ka hadlayaan sida ay u tebeen dhulkoodii hooyo iyo dareenka labada waji leh ee ku saabsan cidda ay yihiin – iney yihiin iswiidhish iyo soomaali labadaba iyo dareenkooda xambaarsan xanuunka iyo ta-koorka la soo gudboonaaday. **Shaqada III** waxey ifineysaa waaya aragnimada soomaalidu ka hesho xiriirka ay la leeyihiin goobaha caafimaadka iswiidhishka. Qaar badan oo ka mida iyaga ayaa ra'yi laba nooc ah ka qaba goobaha caafimaadka iswiidhishka. Waxey marka hore ku faraxsan yihiin daryeelka tayada sare leh balse waxey haddana arkaan in daryeelkani aanu ugu adeegin sidi la rabay. Waxa dhacda iney u arkaan inaan iyaga la daryeelin isla markaana aan dhibtooda xil la iska saarin. Waxey aad u jeclaan lahaayeen in si wanaagsan jirkooda loo baaro. Tan ayaa sababtay in soomaali badani u safarto dibedaha iyagoo raadinaya daryeel caafimaad. Daraasaadka ayaa u gudbay **shaqada IV**, taasoo ay dhaqaatiirka waxbarashada ee iswiidhishka ahi kaga hadleen aragtidda iyo waaya aragnimada ay ka heleen kulamada bukaan-socodka ka yimid

Soomaaliya. Dhaqaatiirta ayaa u arkayey iney dhibaatooyin waaweyni ka taagan yihiin kulanka bukaan-socodka soomaalida ah. Waxa la qoray in soomaalida doonata in laga gargaaro dhibaatooyinka maskaxda ay yihiin dhif iyo naadir. Balse waxa soomaalidu ka cawdaan calaamado dhaqaatiirtu ku adag tahay iney u helaan sababta ka danbeysa jir ahaan. Dumarka ayaa badanaa loo arkay kuwo awood iyo karti leh halka caruurtuna ay sahlan tahay in la baaro. Ragga ayaa badanaa maqan. Isticmaalka turjubaanka ayaa loo arkaa iney tahay arin aan sahlaneyn. Si ay u wajahaan arintan ayaa dhaqaatiirtu waxey isticmaalaan xeelado kala duwan. Qaar baa la yimaada mowqif adag, iyadoo bukaan-socodka ka sugaya inuu ka mahad celiya gargaarka la siinayo. Qaar kale ayaa xoogga saara isku dayga wax ka fahamka taariikhda qaaska ah ee shaqsiga iyo inaan soomaalida du-sha laga saarin oo aan laga aamin fikrado khalad ah iyadoo isla markaana indhaha aan laga qabsan waaya aragnimadooda guud ee ka dhaxeysa.

**Gunaanad.** Qoraalkan qalin-jebinta jaamaceed waxa sal u ah micnaha looga baahan yahay kulanka u dhaxeeya bukaan-socodka iyo dhaqtarka. Kulanka ayaa badanaa leh wajiyo badan iyadoo ay adkaan karto in bukaan-socodku sharaxo dhibaataada caafimaad ee uu qabo. Kulanka dhaqamada kala duwan ayaa u baahan in soo gooni ah xil la isaga saaro. Helidda aqoonta taariikhda bukaan-socodka iyo tan shaqsiyadeed ayaa aad muhim ugu ah kasbashada kalsoonida.

Waa muhim is fahamka bukaan-socodka iyo dhaqtarka ee ku aadan afkaarta iyo qaababka sharaxaada ee caafimaadka iyo cudurada. Abuurka iyo in la sahlo kulan wanaagsan waxey u baahan tahay in maalgelin lagu sameeyo waxbarashada dhaqaatiirta iyo wax ka bedelida qaabka uu u shaqeeyo daryeelka caafimaadka. Waa in la helaa sii socod si loo abuurto kalsooni. Xiligan aynu ku jirno waxa dhibaato abuuraya kulamada aadka u yar yar ee aan bukaan-socodka waqtiga loo heyn iyo dhaqaatiirta xiliga kooban la soo kireysto.

## TACK

*Mina handledare.* På skilda vis har ni alla tre oupphörligen inspirerat, uppmuntrat och bistått. Det har varit en ynnest.

*carola skott.* Ständigt träffsäkra, mångtydiga och djupa kommentarer till texten. Kritik och uppmuntran i väl avvägda proportioner.

*Margret Lepp.* En lots i den akademiska världens arkipelag, en trygg navigatör i konsten att skriva en avhandling.

*Bengt Mattsson.* En förtröstansfull baston, alltid ljudande, alltid inspirerande, alltid stödande. Vad vore en orkester utan en sådan stämma?

Ett speciellt tack till:

*Abdirashid Ali Bulay* och *Kenadid Mohamed* för er hjälp med genomförandet av studierna.

*Samme Bogad* för hjälp med översättning.

Minnet av *Abdullahi Ali Elmi*, Somaliska Framtidsföreningen i Hjällbo, som uppmuntrade och stödde mig i början.

Alla *informanter, läkarstudenter* och *ST-läkare* som möjliggjorde studierna.

Tack också till:

*Mats Wahlqvist* och *Björn Landström* för otaliga luncher och sammanträffanden, forum för återhämtning, reflektion och eskapism i akademins snårskog.

*Anna Westerståhl*, *Bernhard von Below* och *Maria Magnusson* för samtal, tips och stöd.

Alla *andra arbetskamrater* och *vänner på Avdelningen för allmänmedicin*, Göteborgs Universitet, som möjliggjort en avspänd och stimulerande arbetsmiljö.

*Christine Forssell*, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademien.

*Kjell Reichenberg*, *Johan Wedel* och *Torgny Svenberg* för uppmuntran och synpunkter på manuskript.

*Marita Eastmond* för vidgning av mitt synfält.

*Kollegor* och *arbetskamrater*, *Vårdcentralen Lärjedalen* och dess chef, *Eva von Hofsten*, för tålamodet med alla schemaändringar.

*Eva Hessman* och *Helen Sjöblom* på Biomedicinska biblioteket, Göteborg, för all hjälp med EndNote och datasökning.

*Göteborgs Primärvård* och *Göteborgs Läkarsällskap* för ekonomiskt stöd.

## REFERENSER

- Achonu, C., Jamieson, F., Behr, M., Lillebaek, T., Khan, K., & Gardam, M. (2006). Evidence for local transmission and reactivation of tuberculosis in the Toronto Somali community. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 38(9), 778-781.
- Adams, K., & Assefi, N. (2002). Primary care refugee medicine - General principles in the postimmigration care of Somali women. *Primary Care Update for OB/GYNS*, 9(6), 210-217.
- Adler, R. H. (2009). Engel's biopsychosocial model is still relevant today. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(6), 607-611. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.08.008
- Ahlberg, B. M., Krantz, I., Lindmark, G., & Warsame, M. (2004). 'It's only a tradition': making sense of eradication interventions and the persistence of female 'circumcision' within a Swedish context. *Critical Social Policy*, 24(1), 50-78.
- Al-Rasheed, M. (1994). The Myth of Return: Iraqi Arab and Assyrian Refugees in London. *Journal of Refugee Studies*, 7(2-3), 199-219. doi: 10.1093/jrs/7.2-3.199
- Andersson, H. E., Björnberg, U., & Eastmond, M. (2010). Ofrivillig migration, barn, hälsa och välbefinnande: En kunskapsöversikt. In H.-E. Andersson, Ascher, H., Björnberg, U., Eastmond, M. (Ed.), *Mellan det förflutna och framtiden : Asylsökande barns välfärd, hälsa och välbefinnande* (s. 3-37). Göteborg: Göteborgs universitet, Centrum för Europaforskning.
- Aspegren, K., & Lønberg-Madsen, P. (2005). Which basic communication skills in medicine are learnt spontaneously and which need to be taught and trained? *Medical Teacher*, 27(6), 539-543. doi: 10.1080/01421590500136501
- Astin, J. A., Sierpina, V. S., Forys, K., & Clarridge, B. (2008). Integration of the biopsychosocial model: Perspectives of medical students and residents. *Academic Medicine*, 83(1), 20-27.
- Balint, E. (1969). The possibilities of patient-centered medicine. *J Royal College of general Practitioners*, 17(82), 269-276.
- Balint, M. (1964). *The doctor, his patient and the illness*. London, UK: Pitman.
- Ballou, K. A., & Landreneau, K. J. (2010). The Authoritarian Reign in American Health Care. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 11(1), 71-79. doi: 10.1177/1527154410372973
- Barnevik-Olsson, M. (2008). Prevalence of autism in children born to Somali parents living in Sweden: a brief report. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50(8), 598-601.
- Bauman, Z. (1996). *Postmodern etik* (S.-E. Torhell, Trans.). Göteborg: Daidalos.
- Beach, M. C., Price, E. G., Gary, T. L., Robinson, K. A., Gozu, A., Palacio, A., et al. (2005). Cultural Competence: A Systematic Review of Health Care Provider Educational Interventions. *Medical Care*, 43(4), 356-373.
- Bensing, J. (2000). Bridging the gap.: The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Education and Counseling*, 39(1), 17-25. doi: 10.1016/S0738-3991(99)00087-7
- Berger, J. (1997). *A fortunate man : the story of a country doctor*. New York, USA: Pantheon books.

- Berggren, V., Bergström, S., & Edberg, A. (2006). Being different and vulnerable: experiences of immigrant African women who have been circumcised and sought maternity care in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing*, 17(1), 50-57.
- Betancourt, J. R. (2006). Cultural Competence and Medical Education: Many Names, Many Perspectives, One Goal. *Academic Medicine*, 81(6), 499-501.
- Bhui, K., Abdi, A., Abdi, M., Pereira, S., Dualeh, M., Robertson, D., et al. (2003). Traumatic events, migration characteristics and psychiatric symptoms among Somali refugees. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(1), 35-43. doi: 10.1007/s00127-003-0596-5
- Björk Brämberg, E. (2008). *Att vara invandrare och patient i Sverige : ett individorienterat perspektiv*. Akademisk avhandling, Växjö University Press, Växjö.
- Björnberg, U. (2010). Socialt kapital, tillit och resilience hos asylsökande barn och flyktingar. In H.-E. Andersson, Ascher, H., Björnberg, U., Eastmond, M. (Ed.), *Mellan det förflutna och framtiden: Asylsökande barns välfärd, hälsa och välbefinnande* (s. 111-136). Göteborg: Göteborgs Universitet, Centrum för Europaforskning.
- Bolognani, M. (2007). The Myth of Return: Dismissal, Survival or Revival? A Bradford Example of Transnationalism as a Political Instrument. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 33(1), 59-76. doi: 10.1080/13691830601043497
- Bombeke, K., Symons, L., Debaene, L., De Winter, B., Schol, S., & Van Royen, P. (2010). Help, I'm losing patient-centredness! Experiences of medical students and their teachers. *Medical Education*, 44(7), 662-673. doi: 10.1111/j.1365-2923.2010.03627.x
- Borkan, J. M. (1999). *Patients and doctors : life-changing stories from primary care*. Madison, Wisconsin, USA : University of Wisconsin Press.
- Boynton, L., Bentley, J., Jackson, J. C., & Gibbs, T. A. (2010). The role of stigma and State in the mental health of somalis. *Journal of Psychiatric Practice*, 16(4), 265-267.
- Brekke, J.-P. (2004). While we are waiting. Uncertainty and empowerment among asylum-seekers in Sweden. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Brown, E., Carroll, J., Fogarty, C., & Holt, C. (2010). "They Get a C-Section . . . They Gonna Die": Somali Women's Fears of Obstetrical Interventions in the United States. *Journal of Transcultural Nursing*, 21(3), 220-227. doi: 10.1177/1043659609358780
- Bryman, A. (1984). The Debate about Quantitative and Qualitative Research: A Question of Method or Epistemology? *The British Journal of Sociology*, 35(1), 75-92.
- Buber, M. (1993). *Dialogens väsen : traktat om det dialogiska livet*. Ludvika: Dualis.
- Burnett, A., & Peel, M. (2001). The health of survivors of torture and organised violence. *BMJ*, 322(7286), 606-609. doi: 10.1136/bmj.322.7286.606
- Byrne, P. S., & Long, B. E. L. (1984). *Doctors talking to patients : a study of the verbal behaviour of general practitioners consulting in their surgeries*. Exeter, UK: Royal College of General Practitioners.
- Bäärnhielm, S., & Scarpinati Rosso, M. (2009). The Cultural Formulation: A Model to Combine Nosology and Patients' Life Context in Psychiatric Diagnostic Practice. *Transcultural Psychiatry*, 46(3), 406-428. doi: 10.1177/1363461509342946
- Carlson, B. (2006). *Somalier i Minneapolis : en dynamisk affär*. Malmö: Zufi.

- Carroll, J. (2004). Murug, Waali, and Gini: Expressions of Distress in Refugees From Somalia. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 6(3), 119-125.
- Carroll, J., Epstein, R., Fiscella, K., Gipson, T., Volpe, E., & Jean-Pierre, P. (2007a). Caring for Somali women: Implications for clinician-patient communication. *Patient Education and Counseling*, 66(3), 337-345.
- Carroll, J., Epstein, R., Fiscella, K., Volpe, E., Diaz, K., & Omar, S. (2007b). Knowledge and beliefs about health promotion and preventive health care among somali women in the United States. *Health Care Women Int*, 28(4), 360-380. doi: 10.1080/07399330601179935
- Carswell, K., Blackburn, P., & Barker, C. (2011). The Relationship Between Trauma, Post-Migration Problems and the Psychological Well-Being of Refugees and Asylum Seekers. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(2), 107-119. doi: 10.1177/0020764008105699
- Cassel, E. J. (1996). *Lidandets natur och medicinens mål*. Lund: Studentlitteratur.
- Cederberg, M. (2006). Institutional perceptions of "the refugee" and refugees' experiences of Swe-dish society. *Studi Emigrazione*, 43(162), 379-396.
- Charon, R. (2006). *Narrative medicine: honoring the stories of illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Claramita, M., Sutomo, A.H., Graber, M.A., & Scherpbier, A.J. (2011). Are patient-centered care values as reflected in teaching scenarios really being taught when implemented by teaching faculty? A discourse analysis on an Indonesian medical school's curriculum. *Asia Pac Fam Med*, 10(4), 1-10.
- Comas-Díaz, L., & Jacobsen, F. M. (1991). Ethnocultural transference and countertransference in the therapeutic dyad. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(3), 392-402. doi: 10.1037/h0079267
- Crenshaw, K. J., Shewchuk, R., Qu, H., Staton, L., Bigby, J., Houston, T., Allison, J., & Estrada, C. (2011). What Should We Include in a Cultural Competence Curriculum? An Emerging Formative Evaluation Process to Foster Curriculum Development. *Academic Medicine*, 86(3), 333-441.
- Dayib, F. (2006). The Experience and Perception of Somalis in Finnish Primary Health care Services. In Kris Clarke (Ed.), *The Problematics of Well-being: Experiences and Expectations of Migrants and New Finns in the Finnish Welfare State*(p. 21-75). Tampere: University of Tampere, Dept of Social Policy and Social Work.
- De los Reyes, P. (2008). *Etnisk diskriminering i arbetslivet: kunskapsläge och kunskapsbehov*. Stockholm: Landsorganisationen i Sverige (LO).
- DeShaw, P. J. (2006). Use of the emergency department by Somali immigrants and refugees. *Minn Med*, 89(8), 42-45.
- Devi, S. (2010). Healing the scars of torture. *The Lancet*, 376(9752), 1527-1528. doi: 10.1016/S0140-6736(10)62014-4
- Dosani, S. (2003). Practising medicine in a multicultural society. *BMJ*, 326(7379), S3, 1-4. doi: 10.1136/bmj.326.7379.S3
- Dy, C., & Nelson, C. (2011). Breakout Session: Diversity, Cultural Competence, and Patient Trust. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 469(7), 1878-1882. doi: 10.1007/s11999-011-1771-8

- Eastmond, M. (1998). Nationalist Discourses and the Construction of Difference: Bosnian Muslim Refugees in Sweden. *Journal of Refugee Studies*, 11(2), 161-181. doi: 10.1093/jrs/11.2.161
- Eastmond, M. (2004). Den traumatiserade flyktingen. medikalisering av flyktingskap som ordningsregim. *Socialmedicinsk tidskrift*, 81:e årg(Häfte 6), 546-557.
- Eastmond, M. (2006). Transnational Returns and Reconstruction in Post-war Bosnia and Herzegovina *International Migration*, 44(3), 141-166. doi: 10.1111/j.1468-2435.2006.00375.x
- Eastmond, M. (2007). Stories as Lived Experience: Narratives in Forced Migration Research. *Journal of Refugee Studies*, 20(2), 248-264. doi: 10.1093/jrs/fem007
- Eastmond, M. (2010). Gäster i välfärden? Föräldraskap i asylprocessen. In H.-E. Andersson, Ascher, H., Björnberg, U., Eastmond, M. (Ed.), *Mellan det förflutna och framtiden. Asylsökande barns välfärd, hälsa och välbefinnande*(s. 87-110). Göteborg: Göteborgs Universitet, Centrum för Europaforskning.
- Eisenberg, L. (1977). Disease and illness: distinction between professional and popular ideas of sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 9-23.
- Ellis, B. H., MacDonald, H. Z., Klunk-Gillis, J., Lincoln, A., Strunin, L., & Cabral, H. J. (2010). Discrimination and Mental Health Among Somali Refugee Adolescents: The Role of Acculturation and Gender. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(4), 564-575. doi: 10.1111/j.1939-0025.2010.01061.x
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Eriksen, T. H. (1999). *Kulturterrorismen : en uppgörelse med tanken om kulturell renhet*. Nora: Nya Doxa.
- Essén, B., Binder, P., & Johnsdotter, S. (2011). An anthropological analysis of the perspectives of Somali women in the West and their obstetric care providers on caesarean birth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(1), 10-18. doi: 10.3109/0167482X.2010.547966
- Essén, B., Hanson, B. S., Östergren, P. O., Lindquist, P. G., & Gudmundsson, S. (2000a). Increased perinatal mortality among sub-Saharan immigrants in a city-population in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 79(9), 737-743.
- Essén, B., Johnsdotter, S., Hoveliuss, B., Gudmundsson, S., Sjöberg, N. O., Friedman, J., et al. (2000b). Qualitative study of pregnancy and childbirth experiences in Somalian women resident in Sweden. *BJOG: Int J of Obst and Gyn*, 107(12), 1507-1512.
- Fangen, K. (2006). Humiliation Experienced by Somali Refugees in Norway. *Journal of Refugee Studies*, 19(1), 69-93. doi: 10.1093/jrs/fej001
- Fangen, K. (2007). Breaking up the different constituting parts of ethnicity: The case of young Somalis in Norway. *Acta Sociologica*, 50(4), 401-414.
- Farah, N. (2000). *Yesterday, tomorrow : voices from the Somali diaspora*. London, UK: Cassell.
- Farah, N. (2008). *Adams revben*. Stockholm: Bonnier.
- Fatahi, N. (2010). *Cross-cultural encounters through interpreter : experiences of patients, interpreters and healthcare professionals*. PhD, Göteborg: Institute of Clinical Sciences at Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg.

- Fatahi, N., Hellström, M., Skott, C., & Mattsson, B. (2008). General practitioners' views on consultations with interpreters: a triad situation with complex issues. *Scand J Prim Health Care*, 26(1), 40-45. doi: 789193987 [pii]10.1080/02813430701877633
- Feldmann, C.T., Bensing, J. M., De Ruijter, A., & Boeije, H. R. (2006). Somali Refugee's Experiences with their General Practitioners: Frames of Reference and Critical Episodes. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 2(3/4), 28-40.
- Feldmann, C. T., Bensing, J. M., De Ruijter, A., & Boeije, H. R. (2007). Afghan refugees and their general practitioners in The Netherlands: to trust or not to trust? *Sociology of Health & Illness*, 29(4), 515-535. doi: 10.1111/j.1467-9566.2007.01005.x
- Feldmann, C.T. (2006). *Refugees and General Practitioners - Partners in Care?* PhD, Amsterdam, Holland: Dutch University Press.
- Ferguson, W. J., & Candib, L. M. (2002). Culture, language, and the doctor-patient relationship. *Fam Med*, 34(5), 353-361.
- Fernell, E., Barnevik-Olsson, M., Bågenholm, G., Gillberg, C., Gustafsson, S., & Sääf, M. (2010). Serum levels of 25-hydroxyvitamin D in mothers of Swedish and of Somali origin who have children with and without autism. *Acta Pædiatrica*, 99(5), 743-747. doi: 10.1111/j.1651-2227.2010.01755.x
- Finnström, B., & Söderhamn, O. (2006). Conceptions of pain among Somali women. *Journal of Advanced Nursing*, 54(4), 418-425.
- Fioretos, I. (2009). *Möten med motstånd : kultur, klass, kropp på vårdcentralen*. Akademisk avhandling, Institutionen för kulturvetenskaper, Lunds universitet, Lund.
- Fioretos, I., Gustafsson, K., & Norström, E. (2011). *Tolken - en kulturell mellanhand*. Lund: Institutionen för kulturvetenskaper.
- Flores, G. (2000). Culture and the patient-physician relationship: Achieving cultural competency in health care. *The Journal of Pediatrics*, 136(1), 14-23.
- Fugelli, P. (2001). Trust - in General Practice. *British Journal of General Practice*, 51(468), 575-579.
- Gadamer, H.-G. (1977). *Philosophical hermeneutics*. Berkeley, USA: Univ. of California Press.
- Gadamer, H.-G. (1994). *Truth and method*. New York, USA: Continuum.
- Gadamer, H.-G. (2003). *Den gåtfulla hälsan: essäer och föredrag*. Ludvika: Dualis.
- Garrett, P. W., Dickson, H. G., Young, L., & Whelan, A. K. (2008). "The Happy Migrant Effect": perceptions of negative experiences of healthcare by patients with little or no English: a qualitative study across seven language groups. *Quality and Safety in Health Care*, 17(2), 101-103. doi: 10.1136/qshc.2007.022426
- Gerritsen, A. A. M., Bramsen, I., Deville, W., van Willigen, L. H. M., Hovens, J. E., & van der Ploeg, H. M. (2006). Use of health care services by Afghan, Iranian, and Somali refugees and asylum seekers living in The Netherlands. *Eur J Public Health*, 16(4), 394-399. doi: 10.1093/eurpub/ckl046
- Good Del Vecchio, M.-J., Kleinman, A., Brodwin, P.E., & Good, B.J. (1992). Pain as human experience: An introduction. In M.-J. Good Delvecchio, Brodwin, P.E., Good, B.J. & Kleinman, A. (Ed.), *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective* (pp. 1-28). Berkeley, U.S.A.: University of California Press.



- Goodyear-Smith, F., & Buetow, S. (2001). Power Issues in the Doctor-Patient Relationship. *Health Care Analysis, 9*(4), 449-462. doi: 10.1023/a:1013812802937
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education today, 24*(2), 105 - 112.
- Granek, M., & Weingarten, M. (1996). The third party in general practice consultations. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 14*(2), 65-65. doi: 10.3109/02813439608997072
- Gregg, J. M. & Saha, S. (2006). Losing Culture on the Way to Competence: The Use and Misuse of Culture in Medical Education. *Academic Medicine, 81*(6), 542-547.
- Griswold, K., Zayas, L. E., Kernan, J. B., & Wagner, C. M. (2007). Cultural awareness through medical student and refugee patient encounters. *Journal of Immigrant and Minority Health, 9*(1), 55-60.
- Groen, S. (2009). Recognizing Cultural Identity in Mental Health Care: Rethinking the Cultural Formulation of a Somali Patient. *Transcultural Psychiatry, 46*(3), 451-462. doi: 10.1177/1363461509343087
- Groleau, D., Young, A., & Kirmayer, L. J. (2006). The McGill Illness Narrative Interview (MINI): An Interview Schedule to Elicit Meanings and Modes of Reasoning Related to Illness Experience. *Transcultural Psychiatry, 43*(4), 671-691. doi: 10.1177/1363461506070796
- Guerin, P., Elmi, F. H., & Guerin, B. (2006). Weddings and parties: cultural healing in one community of Somali women. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 5*(2), 1-8.
- Gulland, A. (2011). Welcome to the century of the patient. *BMJ, 342*:d2057 doi: 10.1136/bmj.d2057
- Hadley, C., & Patil, C. (2009). Perceived discrimination among three groups of refugees resettled in the USA: Associations with language, time in the USA, and continent of origin. *Journal of Immigrant and Minority Health, 11*(6), 505-512.
- Haffling, A.-C. (2011). *Medical students in general practice : students' learning experiences and perspectives from supervisors and patients*. PhD, Department of Clinical Science, Malmö, Lund University, Malmö.
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ, 327*(7425), 1219-1221. doi: 10.1136/bmj.327.7425.1219
- Haidet, P. (2010). Patient-centredness and its challenge of prevailing professional norms. *Medical Education, 44*(7), 643-644. doi: 10.1111/j.1365-2923.2010.03730.x
- Heath, I., Rubinstein, A., Stange, K. C., & Driel, M. L. v. (2009). Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity. *BMJ, 338*. doi: 10.1136/bmj.b1242
- Heger Boyle, E., & Ali, A. (2009). Culture, structure, and the refugee experience in somali immigrant family transformation. *International Migration, 48*(1), 47-79.
- Heidegger, M. (1927/1993). *Varat och tiden. Del 1*. Göteborg: Daidalos.
- Hellström, O. (1994). *Vad sjukdom vill säga*. Örebro: Libris.
- Helman, C. (2003). *Doctors and patients : an anthology*. Abingdon, UK: Radcliffe Medical Press.

- Herrel, N., Olevitch, L., DuBois, D. K., Terry, P., Thorp, D., Kind, E., et al. (2004). Somali refugee women speak out about their needs for care during pregnancy and delivery. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(4), 345-349.
- Horst, C. (2006). Buufis amongst Somalis in Dadaab: the Transnational and Historical Logics behind Resettlement Dreams. *Journal of Refugee Studies*, 19(2), 143-157. doi: 10.1093/jrs/fej017
- Howe, A. (2001). Patient-centred medicine through student-centred teaching: a student perspective on the key impacts of community-based learning in undergraduate medical education. *Medical Education*, 35(7), 666-672.
- Hultsjö, S., & Hjelm, K. (2005). Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. *International Nursing Review*, 52(4), 276-285. doi: 10.1111/j.1466-7657.2005.00418.x
- Hussain, N. (2006). Culturally determined care goals and the efficacy of statutory services. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 1(3), 149-158. doi: 10.1080/17482620600756080
- Högberg, U. (2004). An "American dilemma" in Scandinavian childbirth: unmet needs in health-care? *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(1), 75-77.
- Hølge-Hazelton, B., & Malterud, K. (2009). Gender in medicine — does it matter? *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(2), 139-145. doi: 10.1177/1403494808100271
- Illingworth, R. (2010). What does 'patient-centred' mean in relation to the consultation? *The Clinical Teacher*, 7(2), 116-120. doi: 10.1111/j.1743-498X.2010.00367.x
- Jackson, J., Nguyen, D., Hu, N., Harris, R., & Terasaki, G. (2011). Alterations in Medical Interpretation During Routine Primary Care. *Journal of General Internal Medicine*, 26(3), 259-264. doi: 10.1007/s11606-010-1519-2
- Jatrana, S., Crampton, P., & Richardson, K. (2011). Continuity of care with general practitioners in New Zealand: results from SoFIE-Primary Care. *Journal of the New Zealand Medical Association*, 124(1329), 16-25.
- Johansen, R. E. B. (2002). Pain as a Counterpoint to Culture: Toward an Analysis of Pain Associated with Infibulation among Somali Immigrants in Norway. *Medical Anthropology Quarterly*, 16(3), 312-340.
- Johnsdotter, S. (2007). Dumpning av svensksomaliska barn? Om familjer, föräldrar och barn i en transnationell kontext. I M. Eastmond och L. Åkesson (red.) *Globala familjer. Transnationell migration och släktskap*. Hedemora: Gidlunds Förlag.
- Johnsdotter, S. (2008). *Ali och den svenska rättvisan : det första könsstympningsmålet*. Malmö: Égalité.
- Johnsdotter, S., & Essén, B. (2005). It is only a tradition: making sense of Swedish Somalis' narratives of female circumcision and avoiding submission to hegemonic political discourse. *Critical Social Policy*, 25(4), 577-589. doi: 10.1177/0261018305059419
- Johnsdotter, S., & Essén, B. (2007). Förhöjd förekomst av akuta kejsarsnitt bland kvinnor med ursprung i Somalia: Patientens eller vårdens ansvar? *Tidskrift för Forskning i Sygdom og Samfund*, 7, 17-31.
- Johnsdotter, S., & Essén, B. (2011). Kvinnlig omskärelse/könsstympning i Sverige. En kunskaps- och forskningsöversikt. *Nationellt Centrum för Kvinnofrid*, Uppsala: Uppsala Universitet, Akademiska Sjukhuset.

- Johnston, M. E., & Herzig, R. M. (2006). The interpretation of "culture": Diverging perspectives on medical provision in rural Montana. *Social Science & Medicine*, 63(9), 2500-2511.
- Jotterand, F. (2001). Medicine As a Moral Practice: Reconsidering The Role Of Moral Agency In The Patient-physician Relationship. *The Internet Journal of Law, Healthcare and Ethics*, 1(2), 1-10.
- Kai, J. (2003). *Ethnicity, health, and primary care*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Kai, J., Beavan, J., Faull, C., Dodson, L., Gill, P., & Beighton, A. (2007). Professional Uncertainty and Disempowerment Responding to Ethnic Diversity in Health Care: A Qualitative Study. *PLoS Medicine*, 4(11), 1766-1775.
- Kangas, B. (2010). Traveling for Medical Care in a Global World. *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, 29(4), 344 - 362.
- Kapchits, G. L. (2002). *To know something for sure, one would even part with a she-camel. Somali proverbs: A study in popularity*. Moscow, Russia: The Way.
- Kienzler, H. (2008). Debating war-trauma and post-traumatic stress disorder (PTSD) in an interdisciplinary arena. *Social Science & Medicine*, 67(2), 218-227. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.03.030
- Kira, I. A., Ahmed, A., Mahmoud, V., & Wassim, F. (2010). Group Therapy Model for refugee and Torture Survivors. *Torture*, 20(2), 108-113.
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., et al. (2010). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, publ. on line ahead of print July 5 . doi: 10.1503/cmaj.090292
- Kivlahan, C., & Ewigman, N. (2010). *Rape as a weapon of war in modern conflicts*. BMJ 340:c3270. doi: 10.1136/bmj.c3270
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture : an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley, USA: University of California Press.
- Kleinman, A. (1995). *Writing at the margin: Discourse between Anthropology and Medicine*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A., & Benson, P. (2006). Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med*, 3(10), 1673-1676.
- Knipper, M., Seeleman, C., & Essink-Bot, M-L. (2010). How should ethnic diversity be represented in medical curricula? A plea for systematic training in cultural competence. *Zeitschrift fur Medizinische Ausbildung*, 27(2), 1-5.
- Koitzsch-Jensen, N., Smith-Nielsen, S., Krasnik, A. (2010). Expert opinion on "best practices" in the delivery of health care services to immigrants in Denmark. *Danish Medical Bulletin*, 57(8), 1-5.
- Kokanovic, R., Dowrick, C., Butler, E., Herrman, H., & Gunn, J. (2008). Lay accounts of depression amongst Anglo-Australian residents and East African refugees. *Social Science & Medicine*, 66(2), 454-466.
- Kokanovic, R., & Stone, M. (2010). Doctors and other dangers: Bosnian refugee narratives of suffering and survival in Western Australia. *Social Theory & Health*, 8(4), 350-369.
- Koranens Budskap (2002). Stockholm: Proprius Förlag

- Kripalani, S., Bussey-Jones, J., Katz, M. G., & Genao, I. (2006). A Prescription for Cultural Competence in Medical Education. *Journal of General Internal Medicine*, 21(10), 1116-1120. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00557.x
- Kristensson Uggla, B. (2002). *Slaget om verkligheten : filosofi, omvärldsanalys, tolkning*. Eslöv: B. Östlings bokförl. Symposion.
- Krogh, K., Surén, P., Mengshoel, A. T., & Brandtzæg, P. (2010). Tuberculosis among children in Oslo, Norway, from 1998 to 2009. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 42(11/12), 866-872. doi: 10.3109/00365548.2010.508461
- Kroll, J., Yusuf, A., & Fujiwara, K. (2010). Psychoses, PTSD, and depression in Somali refugees in Minnesota. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(6), 481-93. doi: 10.1007/s00127-010-0216-0
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2009). *Focus groups : a practical guide for applied research*. Thousand Oaks, Calif., USA: Sage Publications.
- Kumagai, A. K., & Lyson, M.L. (2009). Beyond Cultural Competence: Critical Consciousness, Social Justice and Multicultural Education. *Academic Medicine*, 84(6), 782-787.
- Kvale, S. (1995). The Social Construction of Validity. *Qualitative Inquiry*, 1(1), 19-40. doi: 10.1177/107780049500100103
- Laidlaw, A., & Hart, J. (2011). Communication skills: An essential component of medical curricula. Part I: Assessment of clinical communication: AMEE Guide No. 51. *Medical Teacher*, 33(1), 6-8.
- Landström, B., Mattsson, B., & Rudebeck, C. E. (2009). Attributes of competence - on GPs' work performance in daily practice. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(6), 598-603. doi: 10.1177/1403494809105433
- Larsen, J. H., Risør, O., & Putnam, S. (1997). P-R-A-C-T-I-C-A-L: a step-by-step model for conducting the consultation in general practice. *Family Practice*, 14(4), 295-301. doi: 10.1093/fampra/14.4.295
- Larsson, S. (1986). *Kvalitativ analys : exemplet fenomenografi*. Lund: Studentlitteratur.
- Leder, D. (1990). Clinical interpretation: The hermeneutics of medicine. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 11(1), 9-24. doi: 10.1007/bf00489234
- Lehti, A., Hammarström, A., & Mattsson, B. (2009). Recognition of depression in people of different cultures: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 10:53, 1-9.
- Leval, A., Widmark, C., Tishelman, C., & Ahlberg, B. M. (2004). The encounters that rupture the myth: contradictions in midwife's descriptions and explanations of circumcised women immigrants sexuality. *Health Care for Women International*, 25(8), 743-760.
- Lewis, I. M. (1993). *Understanding Somalia : guide to culture, history and social institutions*. London, UK: HAAN.
- Lewis, I. M. (2002). *A modern history of the Somali : nation and state in the Horn of Africa*. Oxford, UK: James Currey.
- Levy, D. R. (1985). White Doctors and Black patients: Influence of Race on the Doctor-Patient Relationship. *Pediatrics*, 75(4), 639-643.

- Lindencrona, F., Ekblad, S., & Hauff, E. (2008). Mental health of recently resettled refugees from the Middle East in Sweden: the impact of pre-resettlement trauma, resettlement stress and capacity to handle stress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(2), 121-131. doi: 10.1007/s00127-007-0280-2
- Lindley, A. (2009). Between 'Dirty Money' and 'Development Capital': Somali Money Transfer Infrastructure Under Global Scrutiny. *African Affairs*, 108(433), 519-539. doi: 10.1093/afraf/adp046
- Lo, M. (2010). Cultural brokerage: Creating linkages between voices of lifeworld and medicine in cross-cultural clinical settings. *Health*, 14(5), 484-504. doi: 10.1177/1363459309360795
- Lo, M., & Stacey, C. L. (2008). Beyond cultural competency: Bourdieu, patients and clinical encounters. *Sociology of Health & Illness*, 30(5), 741-755. doi: 10.1111/j.1467-9566.2008.01091.x
- Loewenberg, S. (2011). Humanitarian response inadequate in Horn of Africa crisis. *The Lancet*, 378(9791), 555-558. doi: 10.1016/s0140-6736(11)61276-2
- Lueger-Schuster, B. (2010). Supporting interventions after exposure to torture. *Torture*, 20(1), 32-44.
- Löfvander, M., & Dyhr, L. (2002). Transcultural general practice in Scandinavia. *Scand J Prim Health Care*, 20(1), 6-9.
- Löfvander, M. B., & Engström, A. W. (2007). The immigrant patient having widespread pain. Clinical findings by physicians in Swedish primary care. *Disability and Rehabilitation*, 29(5), 381-388. doi: 10.1080/09638280600835325
- Malin, M., & Gissler, M. (2009). Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland. *BMC Public Health*, 9(1), 84. doi:10.1186/1471-2458-9-84
- Malterud, K. (1998). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Malterud, K., & Hollnagel, H. (2007). Avoiding humiliations in the clinical encounter. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25(2), 69-74. doi: 10.1080/02813430701237721
- Mansur, A. O. (1995). The Nature of the Somali Clan System. In A. J. Ahmed (Ed.), *The Invention of Somalia* (pp. 117-134). Lawrenceville, USA: Red Sea Press.
- Marcum, J. A. (2008). Reflections on Humanizing Biomedicine. *Perspectives in Biology and medicine*, 51(3), 392-405.
- Marmot, M. (2004). *Status syndrome : how your social standing directly affects your health and life expectancy*. London, UK: Bloomsbury.
- Marton, F. (1981). Phenomenography - describing conceptions of the world around us. *Instructional Science*, 10(2), 177 - 200.
- Mast, M. S. (2007). On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. *Patient Education and Counseling*, 67(3), 315-318.
- McEwen, A., Straus, L., & Ussher, M. (2008). Physical inactivity among a UK Somali population. *J Public Health*, 30(1). doi: 10.1093/pubmed/fdm075
- McGown, R. B. (2003). Writing Across Difference: Standing on Authentic Ground. *Journal of Muslim Minority Affairs*, 23(1), 163-171.

- McMichael, C. (2002). 'Everywhere is Allah's Place': Islam and the Everyday Life of Somali Women in Melbourne, Australia. *Journal of Refugee Studies*, 15(2), 171-188. doi: 10.1093/jrs/15.2.171
- McWhinney, I. R. (1997). *A textbook of family medicine*. New York, USA: Oxford University Press.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087-1110. doi: 10.1016/s0277-9536(00)00098-8
- Meeuwesen, L., Harmsen, J. A. M., Bernsen, R. M. D., & Bruijnzeels, M. A. (2006). Do Dutch doctors communicate differently with immigrant patients than with Dutch patients? *Social Science & Medicine*, 63(9), 2407-2417. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.06.005
- Melander, C. (2007). Sociala stödformer inom svensksomaliers transnationella släktnätverk. In M. Eastmond och L. Åkesson (red.) *Globala familjer. Transnationell migration och släktskap*. Hedemora: Gidlunds Förlag.
- Melander, C. (2009). *Inom transnationella och lokala sociala världar: om sociala stödutbyten och försörjningsstrategier bland svensksomalier*. Akademisk avhandling, Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.
- Migrationsverket. (2011). Statistik 2010. Beviljade uppehållstillstånd. <http://www.migrationsverket.se/info/start.html>
- Mir, G., & Sheikh, A. (2010). 'Fasting and prayer don't concern the doctors ... they don't even know what it is': communication, decision-making and perceived social relations of Pakistani Muslim patients with long-term illnesses. *Ethnicity & Health*, 15(4), 327-342. doi: 10.1080/13557851003624273
- Mishler, E. G. (1984). *The discourse of medicine : dialectics of medical interviews*. Norwood, N.J., USA: Ablex.
- Modgil, G., Williams, B., Oakley, G., & Burren, C. P. (2010). High prevalence of Somali population in children presenting with vitamin D deficiency in the UK. *Archives of Disease in Childhood*, 95(7), 568-569. doi: 10.1136/adc.2010.187435
- Morgan, D. L. (1998). *Focus group kit. Vol. 1, The focus group guidebook*. Thousand Oaks, California, USA: Sage Publications.
- Mukhtar, M. H. (1995). Islam in Somali History. In A. J. Ahmed (Ed.), *The Invention of Somalia* (pp. 1-27). Lawrenceville, New Jersey, USA: Red Sea Press.
- Myrdal, J. (2005). Om humanvetenskap och naturvetenskap. Uppsala: Sveriges lantbruksuniversitet, institutionen för ekonomi, avd för agrarhistoria.
- Myrdal, J. (2009). *Spelets regler i vetenskapens hantverk : om humanvetenskap och naturvetenskap*. Stockholm: Natur & kultur.
- Mytton, J., Frater, A. P., Oakley, G., Murphy, E., Barber, M. J., & Jahfar, S. (2007). Vitamin D deficiency in multicultural primary care: a case series of 299 patients. *Br J Gen Pract*, 57(540), 577-579.
- Mårtensson, F. (2011). Hälsosamtalen orsakar protest i Norrbotten. *Läkartidningen* 44(108), 2203-2205.
- Mölsä, M. E., Hjelde, K. H., & Tiilikainen, M. (2010). Changing Conceptions of Mental Distress Among Somalis in Finland. *Transcultural Psychiatry*, 47(2), 276-300. doi: 10.1177/1363461510368914

- Nørredam, M., Krasnik, A., Sørensen, T. M., Keiding, N., Michaelsen, J. J., & Nielsen, A. S. (2004). Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents. *Scandinavian Journal of Public Health, 32*(1), 53-59.
- Nunez, A. E. (2000). Transforming Cultural Competence into Cross-cultural Efficacy in Women's Health Education. *Academic Medicine, 75*(11), 1071-1080.
- O'Donnell, C. A., Higgins, M., Chauhan, R., & Mullen, K. (2008). Asylum seekers' expectations of and trust in general practice: A qualitative study. *British Journal of General Practice, 58*(557), 870-876.
- Olsson, G. (2008). *Berättelsen som utgångspunkt : psykoterapi i praktik och forskning*. Stockholm: Natur och kultur.
- Ong, A. (1995). Making the biopolitical subject: Cambodian immigrants, refugee medicine and cultural citizenship in California. *Social Science & Medicine, 40*(9), 1243-1257. doi: 10.1016/0277-9536(94)00230-q
- Osman, F. A., & Söderbäck, M. (2011). Perceptions of the use of khat among Somali immigrants living in Swedish society. *Scandinavian Journal of Public Health, 39*(2), 212-219. doi: 10.1177/1403494810384908
- Ottosson, J.-O. (Ed.). (1999). *Patient - Läkarrelationen: Läkekonst på vetenskaplig grund*. Stockholm: Natur och kultur i samarbete med Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU).
- Palmer, D. (2006). Imperfect prescription: mental health perceptions, experiences and challenges faced by the Somali community in the London Borough of Camden and service responses to them. *Primary Care Mental Health, 4*(1), 45-56.
- Palmer, R. (1972). *Hermeneutics : interpretation theory in Schleiermacher, Dilthey, Heidegger, and Gadamer*. Evanston, Illinois, USA: Northwestern University Press.
- Pathy, R., Mills, K. E., Gazeley, S., Ridgley, A., & Kiran, T. (2011). Health is a spiritual thing: perspectives of health care professionals and female Somali and Bangladeshi women on the health impacts of fasting during Ramadan. *Ethnicity & Health, 16*(1), 43-56. doi: 10.1080/13557858.2010.523780
- Pavlish, C. L., Noor, S., & Brandt, J. (2010). Somali immigrant women and the American health care system: Discordant beliefs, divergent expectations, and silent worries. *Social Science & Medicine, 71*(2), 353-361.
- Pendleton, D., Schoefield, T., Tate, P., & Havelock, P. (1984). *The Consultation: an approach to learning and teaching*: Oxford, UK: Oxford University Press.
- Perron, N. J., & Hudelson, P. (2005). How do junior doctors working in a multicultural context make sense of somatisation? *Swiss Med Weekly 135*(31-32), 475-479.
- Phillimore, J. (2010). Approaches to health provision in the age of super-diversity: Accessing the NHS in Britain's most diverse city. *Critical Social Policy 31*(1), 5-29.
- Phillips, B. (2007). Nursing care and understanding the experiences of others: a Gadamerian perspective. *Nursing Inquiry, 14*(1), 89-94.
- Polkinghorne, D. E. (1988). *Narrative knowing and the human sciences* Albany, USA: State University of New York Press.
- Rasoal, C., Jungert, T., Hau, S., Edvardsson Stiwne, E., & Andersson, G. (2009). Ethnocultural Empathy Among Students in Health Care Education. *Evaluation & the Health Professions, 32*(3), 300-313. doi: 10.1177/0163278709338569

- Razavi, M. F., Falk, L., Björn, Å., & Wilhelmsson, S. (2011). Experiences of the Swedish health-care system: An interview study with refugees in need of long-term health care. *Scandinavian Journal of Public Health, 39*(3), 319-325. doi: 10.1177/1403494811399655
- Ricœur, P. (1988). *Från text till handling : en antologi om hermeneutik*. Stockholm: Symposion.
- Rock, R. B., Sutherland, W. M., Baker, C., & Williams, D. N. (2006). Extrapulmonary Tuberculosis among Somalis in Minnesota. *Emerg Infect Dis, 12*(9), 1434-1436.
- Rosenberg, E., Kirmayer, L. J., Xenocostas, S., Dao, M. D., & Loignon, C. (2007). GPs' strategies in intercultural clinical encounters. *Family Practice, 24*(2), 145-151. doi: 10.1093/fampra/cmm004
- Rosenberg, E., Richard, C., Lussier, M.-T., & Shuldiner, T. (2011). The content of talk about health conditions and medications during appointments involving interpreters. *Family Practice, 28*(3), 317-322. doi: 10.1093/fampra/cm094
- Royen, P. V., Beyer, M., Chevallier, P., Eilat-Tsanani, S., Lionis, C., Peremans, L., et al. (2010). The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. Part 3. Results: Person centred care, comprehensive and holistic approach. *European Journal of General Practice, 16*(2), 113-119. doi: 10.3109/13814788.2010.481018
- Rudebeck, C.-E. (1998). Medicinens mänskliga språk - kroppsempati förenar diagnostik och förståelse. *Läkartidningen, 95*(41), 4500-4507.
- Rudebeck, C. E. (2000). The doctor, the patient and the body. *Scand J Prim Health Care, 18*(1), 4-8.
- Sagbakken, M., Bjune, G. A., & Frich, J. C. (2010). Experiences of being diagnosed with tuberculosis among immigrants in Norway - Factors associated with diagnostic delay: A qualitative study. *Scand J Public Health, 38*(3), 283-290. doi: 10.1177/1403494809357101
- Said, E.W. (2006). *Från Exilen. Essäer 1976-2000*. Stockholm: Ordfront.
- Samarasinghe, K., Fridlund, B., & Arvidsson, B. (2010). Primary health care nurses' promotion of involuntary migrant families' health. *International Nursing Review, 57*(2), 224-231. doi: 10.1111/j.1466-7657.2009.00790.x
- Samatar, A. I. (2004). 'Beginning again: From refugee to citizen'. *Bildhaan, 4*(1), 1-17.
- Sandelowski, M. (1993). Rigor or rigor mortis: The problem of rigor in qualitative research revisited. *Adv Nurs Sci, 16*(2), 1-8.
- Satterfield, J. M., Adler, S. R., Chen, H. C., Hauer, K. E., Saba, G. W., & Salazar, R. (2010). Creating an ideal social and behavioural sciences curriculum for medical students. *Medical Education, 44*(12), 1194-1202.
- Savett, A. (2007). Every Clinical Encounter Is a Cultural Encounter: Understanding the Patient's Story. *Creative Nursing, 13*(1), 13-14.
- Scheffer, C., Tausche, D., & Edelhäuser, F. (2011). "I wish I had a physician like that..." The use of triangulation on the way towards a patient-centred medical education. *Patient Education and Counseling, 82*(3), 465-467. doi: 10.1016/j.pec.2010.12.027
- Schouten, B. C., & Meeuwesen, L. (2006). Cultural differences in medical communication: A review of the literature. *Patient Education and Counseling, 64*(1-3), 21-34.
- Schouten, B. C., Meeuwesen, L., & Harmsen, H. A. (2008). GPs' Interactional Styles in Consultations with Dutch and Ethnic Minority Patients. *J Immigr Minor Health, 11*(6), 468-475. doi: 10.1007/s10903-008-9131-9



- Schuster, M. (2006). *Profession och existens : en hermeneutisk studie av asymmetri och ömsesidighet i sjuksköterskors möten med svårt sjuka patienter*. PhD, Stockholms Universitet. Göteborg: Daidalos.
- Scuglik, D. L., Alarcon, R. D., Lapeyre, A. C., Williams, M. D., & Logan, K. M. (2007). When the poetry no longer rhymes: mental health issues among Somali immigrants in the USA. *Transcult Psychiatry, 44*(4), 581-595. doi: 10.1177/1363461507083899
- Seidelman, R. D., & Bachner, Y. G. (2010). That I Won't Translate! Experiences of a Family Medical Interpreter in a Multicultural Environment. *Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine, 77*(4), 389-393. doi: 10.1002/msj.20189
- Sharareh, A., Carina, B., & Sarah, W. (2007). The Health of Female Iranian Immigrants in Sweden: A Qualitative Six-Year Follow-Up Study. *Health Care for Women International, 28*(4), 339 - 359.
- Silverman, D. (2000). *Doing qualitative research : a practical handbook*. Thousand Oaks, Calif., USA: SAGE.
- Sjöström, B., & Dahlgren, L. O. (2002). Applying phenomenography in nursing research. *Journal of Advanced Nursing, 40*(3), 339-345. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02375.x
- Smith, C. S., & Irby, D. M. (1997). The roles of experience and reflection in ambulatory care education. *Acad Med, 72*(1), 32-35.
- Socialstyrelsen. (2008). *Folkhälsa och sociala förhållanden. Lägesrapporter 2007 : insatser och stöd till personer*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU (2005). Bortom Vi och Dom - teoretiska reflektioner om makt, integration och strukturell diskriminering. In P. de los Reyes, Kamali, M. (Ed.), *SOU 2005:41*. Stockholm: Statens Offentliga Utredningar.
- Springer, P. J., Black, M., & Martz, K. (2010). Somali Bantu Refugees in Southwest Idaho. Assessment Using Participatory Research. *Advances in Nursing Science, 33*(2), 170-181.
- Starfield, B. (2011). The hidden inequity in health care. *Int J for Equity in Health, 10*(15), 1-3. doi:10.1186/1475-9276-10-15
- Statistiska centralbyrån, SCB, (2011). Nyckeltal för Sverige, befolkningsstatistik: www.scb.se.
- Stewart, M. (1995). *Patient-centered medicine : transforming the clinical method*. Thousand Oaks, Calif., USA: Sage.
- Summerfield, D. (1999). A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas. *Social Science & Medicine, 48*(10), 1449-1462. doi: 10.1016/S0277-9536(98)00450-X
- Summerfield, D. (2000). Childhood, War, Refugeedom and 'Trauma': Three Core Questions for Mental Health Professionals. *Transcultural Psychiatry, 37*(3), 417-433. doi: 10.1177/136346150003700308
- Sundqvist, J., Bayard-Burfield, L., Johansson, L., & Johansson, S. (2000). Impact of Ethnicity, Violence and Acculturation on Displaced Migrants: Psychological Distress and Psychosomatic Complaints among Refugees in Sweden. *The Journal of Nervous and mental Disease, 188*(6), 357-365.
- Suurmond, J., Uiters, E., de Bruijne, M., Stronks, K., & Essink-Bot, M.-L. (2011). Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study. *BMC Health Services Research, 11*(1), 1-8.

- Svenaesus, F. (1999). *The hermeneutics of medicine and the phenomenology of health : steps towards a philosophy of medical practice*. Akademisk avhandling. Tema, Linköpings Universitet.
- Svenaesus, F. (2000). Hermeneutics of Clinical Practice: The Question of Textuality. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 21(2), 171-189. doi: 10.1023/a:1009942926545
- Svenaesus, F. (2004). Medicinens hermeneutik: Att förstå den sjuka människan. In Olin Lauritzen, S., Svenaesus, F., Jonsson, A-C. (Ed.), *När människan möter medicinen. Livsvärldens och berättelsens betydelse för förståelsen av sjukdom och medicinsk teknologi (s. 31-48)*. Stockholm: Carlssons.
- Sveriges Läkarförbund. (2011). Läkarfakta 2010 - statistik över läkare i Sverige. <http://www.slf.se/>
- Søndergaard, H. P. (2008). Post-traumatic stress disorder in Dohuk, Kurdistan. *Acta Pædiatrica*, 97(7), 851-852. doi: 10.1111/j.1651-2227.2008.00795.x
- Tarrant, C., Dixon-Woods, M., Colman, A. M., & Stokes, T. (2010). Continuity and Trust in Primary Care: A Qualitative Study Informed by Game Theory. *Ann Fam Med*, 8(5), 440-446. doi: 10.1370/afm.1160
- Taylor, J. S. (2003). Confronting "Culture" in Medicine's "Culture of No Culture". *Academic Medicine*, 78(6), 555-559.
- Teal, C. R., & Street, R. L. (2009). Critical elements of culturally competent communication in the medical encounter: A review and model. *Social Science & Medicine*, 68(3), 533-543.
- Thorne, S., Kirkham, S. R., & O'Flynn-Magee, K. (2004). The Analytic Challenge in Interpretive Description. *Int J Qual Met*, 3(1), 1-11.
- Thorne, S. (2008). *Interpretive description*. Walnut Creek, CA., USA: Left Coast Press.
- Thurén, B.-M. (2003). Genusforskning: Frågor, villkor och utmaningar. Vetenskapsrådet, Stockholm.
- Tiilikainen, M. (2003). Somali Women and Daily Islam in the Diaspora. *Social Compass*, 50(1), 59-69. doi: 10.1177/0037768603050001964
- Tiilikainen, M. (2010). It's just like the internet: Transnational healing practices between Somali-land and the Somali Diaspora. *In Press*.
- Toombs, S. K. (1988). Illness and the paradigm of lived body. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 9(2), 201-226. doi: 10.1007/bf00489413
- Torppa, M. A., Makkonen, E., Mårtenson, C., & Pitkälä, K. H. (2008). A qualitative analysis of student Balint groups in medical education: Contexts and triggers of case presentations and discussion themes. *Patient Education and Counseling*, 72(1), 5-11. doi: 10.1016/j.pec.2008.01.012
- Turpie, I. D. (2008). Tuberculosis in Somalia. *Scott Med J*, 53(2), 7-8.
- UNHCR. (2011). The UN Refugee Agency: Global Trends 2010. [www.unhcr.org](http://www.unhcr.org).
- Ustianowski, A., Shaffer, R., Collin, S., Wilkinson, R. J., & Davidson, R. N. (2005). Prevalence and associations of vitamin D deficiency in foreign-born persons with tuberculosis in London. *Journal of Infection*, 50(5), 432-437.
- Wachtler, C. (2006). *Cultural discord in a medical context : a challenge for physicians*. PhD, Malmö: Faculty of Medicine, Lund University.

- Wachtler, C., Brorsson, A., & Troein, M. (2006). Meeting and treating cultural difference in primary care: a qualitative interview study. *Family Practice*, 23(1), 111-115. doi: 10.1093/fampra/cmi086
- Wahlqvist, M. (2007). *Medical student's learning of the consultation and the patient-doctor relationship*. PhD, Göteborg: The Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg.
- Waitzkin, H. (1989). A Critical Theory of Medical Discourse: Ideology, Social Control, and the Processing of Social Context in Medical Encounters. *Journal of Health and Social Behavior*, 30(2), 220-239.
- Wallin, A.-M. (2009). *Living with diabetes within the framework of Swedish Primary Health Care: Somalian and Professional perspectives*. PhD, Jönköping: School of Health Sciences, Jönköping University, Sweden.
- Wallin, A. M., Löfvander, M., & Ahlström, G. (2007). Diabetes: a cross-cultural interview study of immigrants from Somalia. *J Clin Nurs*, 16(11C), 305-314. doi: JCN2099 [pii]10.1111/j.1365-2702.2007.02099.x
- Wamala, S., & Bildt, C. (2006). Svenska empiriska studier av sambandet mellan diskriminering och psykisk och fysisk ohälsa bland utlandsfödda. *SOU:78*.
- Wamala, S., Boström, G., & Nyqvist, K. (2007). Perceived discrimination and psychological distress in Sweden. *The British Journal of Psychiatry*, 190(1), 75-76. doi: 10.1192/bjp.bp.105.021188
- van Dongen, E. (2005). Repetition and Repertoires: The Creation of Cultural Differences in Dutch Mental Health Care. *Anthropology & Medicine*, 12(2), 179-197. doi: 10.1080/13648470500140088
- van Manen, M. (1997). *Researching lived experience : human science for an action sensitive pedagogy*. Ontario, Canada: Althouse press.
- Vangen, S., Stoltenberg, C., Johansen, R. E. B., Sundby, J., & Stray-Pedersen, B. (2002). Perinatal complications among ethnic Somalis in Norway. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81(4), 317-322. doi: 10.1034/j.1600-0412.2002.810407.x
- Van Ryn, M., & Burke, J. (2000). The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients. *Social Science & Medicine*, 50(6), 813-828.
- Warfa, N., Bhui, K., Craig, T., Curtis, S., Mohamud, S., Stansfeld, S., et al. (2006). Post-migration geographical mobility, mental health and health service utilisation among Somali refugees in the UK: A qualitative study. *Health & Place*, 12(4), 503-515.
- Watters, C. (2001). Emerging paradigms in the mental health care of refugees. *Social Science & Medicine*, 52(11), 1709-1718. doi: 10.1016/s0277-9536(00)00284-7
- Wear, D. P. (2003). Insurgent Multiculturalism: Rethinking How and Why We Teach Culture in Medical Education. *Academic Medicine*, 78(6), 549-554.
- Wenestam, C.-G. (2000). The Phenomenographic method in health research. In Studentlitteratur (Ed.), *Qualitative Research Methods in the Service of Health* (pp. 97-115). Lund.
- Vertovec, S. (2007). Super-diversity and its implications. *Ethnic and racial studies*, 30(6), 1024-1054.
- Whittaker, S., Hardy, G., Lewis, K., & Buchan, L. (2005). An Exploration of Psychological Well-being with Young Somali Refugee and Asylum-seeker Women. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10(2), 177-196. doi: 10.1177/1359104505051210

- Wilkinson, R. G., & Pickett, K. (2010). *The spirit level : why equality is better for everyone*. London, UK: Penguin.
- Williamson, M., & Harrison, L. (2010). Providing culturally appropriate care: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(6), 761-769. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.12.012
- Wilson, A., Williams, M., & Hancock, B. (2000). *Research Approaches in Primary care*. Milton Keynes, UK: Radcliffe Medical Press.
- WONCA Europe (2005). The European definition of General Practice/Family Medicine. [www.woncaeurope.org](http://www.woncaeurope.org): Definition GP/FM.
- Ödman, P.-J. (2004). Den hermeneutiska cirkelns gränser. Till validitetsfrågan inom hermeneutiken. In Selander, S., Ödman, P.-J (Ed.), *Text och existens. Hermeneutik möter Samhällsvetenskap (s. 81-117)*. Göteborg: Daidalos.