

**Mötet med läkaren i svensk sjukvård - erfarenheter hos
invandrade patienter från Mellanöstern**



UNIVERSITY OF GOTHENBURG

**Mötet med läkaren i svensk sjukvård - erfarenheter hos
invandrade patienter från Mellanöstern**

Magisterexamen i Medicin

Hosein Khazaali

Handledare

Mats Wahlqvist, Anders Ågård

Institutionen för medicin, avdelning för samhällsmedicin och
folkhälsa, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs universitet



**UNIVERSITY OF
GOTHENBURG**

Läkarprogrammet

Göteborg, Sverige 2013

Abstract

Background: Sweden is a multicultural country. In the Swedish society there are different attitudes to various professions, including attitudes to physicians. These attitudes are based on patient's experiences and preconceptions from the native land and affect him in the medical encounter. Since the 1970s, wars and conflicts in the Middle East have led to a number of refugees and immigrants from the Middle East in Sweden. Studies of these patients' experiences of meeting Swedish doctors in the health service are scarce.

In order to provide better care, there is a need of a deeper understanding of these patients' views and experiences. The purpose of this study was to explore Middle East patients' experiences of meeting the Swedish doctor.

Method: 12 outpatients at Angered Local Hospital (ANS) with a background from the Middle East and various common conditions in internal medicine were interviewed. A semi-structured interview was used. The questions focused on patients' experiences from meetings with Swedish doctors. Interviews were translated and were transcribed verbatim.

A qualitative content analysis was performed which means that the researcher identifies units of meaning in the text. These units provide the basis for development of categories and condensation to main themes.

Result: In the analysis, five main themes emerged. (a) *Physician's competence in the consultation*. A good doctor is the one that allows patient to be involved in the investigation and treatment. (b) *Discrimination*. Informants believe that there is some discrimination against them on the basis of ethnicity and background. (c) *The importance of language in the meeting*. Language skills of the doctor and the patient are factors that determine the meeting's outcome. (d) *The interpreter's role*. The interpreters are perceived as those parties in the meeting that censor what is said and often do not have sufficient knowledge to translate. (f) *Continuity and a holistic view*. An irregular contact with physicians creates distrust. The

informants appreciated continuity and a holistic approach from the doctor.

Conclusions: Results suggests that immigrant Middle East patients experienced it highly important that the doctor in Swedish healthcare involve the patient, have an interactive approach and is capable of creating trust in the patient-doctor relationship. If the patient-doctor contact and information exchange is disturbed, these patients are at risk to experience discrimination. Physician's broad clinical competence and continuity are beneficial factors in these patient-doctor encounters.

Innehåll

1. Bakgrund	5
1.1 Patienter från Mellanöstern	7
1.2 Syfte	7
2. Metod	8
2.1 Deltagare och Material	8
2.2 Etik	9
2.3 Analys	10
3. Resultat	10
Resultattabell	11
3.1 Läkarens kompetens i mötet.....	13
3.1.1 Delaktighet och förväntningar	13
3.1.2 Hänsynsfullt bemötande	14
3.1.3 Bristande tillit till läkarens kunskaper	14
3.2 Diskriminering	15
3.3 Språkets betydelse för mötet	15
3.4 Tolkens roll	16
3.4.1 Brister i tolkningen	16
3.4.2 Lita på tolken	17
3.5 Kontinuitet och helhetsperspektiv	17
3.5.1 Kontinuitet	17
3.5.2 Helhetsperspektiv	17
4. Diskussion	18
4.1 Metoddiskussion	18
4.2 Resultatdiskussion	20
4.3 Slutsats	25
5. Författarnas bidrag	25
6. Referens	27
Populärvetenskaplig sammanfattning	29

1. Bakgrund

Sverige är ett mångkulturellt land och har ett stort antal medborgare med invandrarbakgrund. I det mångkulturella samhället samexisterar sociala normer från medborgare med olika bakgrund. Många normer är osynliga och påverkar attityden till olika yrkesgrupper, bland annat medborgarnas förväntningar på läkare [1].

De normer som patienten har lärt sig och är van vid, påverkar vederbörande inför mötet med läkaren och förväntningarna på mötet. Hur invandrare uppfattar mötet med svenska läkare beror sannolikt på tidigare erfarenheter denne har från sitt hemland och socioekonomiska faktorer[2]. Vilka kunskaper och uppfattningar om patientens kultur, religion samt befolkningsgrupp läkaren har inverkar också på mötet mellan patienten och läkaren. Patienten förutsätts dock acceptera de normer som finns i det nya landet och något diskussionsutrymme existerar inte [3].

I möte mellan patient och läkare kan det vara svårt när förväntningar och föreställningar skiljer sig mycket mellan läkaren och patienten med invandrarbakgrund. Många av patienterna har medicinskt svårbegripliga symtom. Tidigare studier visar att utrikesfödda rapporterade sämre hälsa, mer symptom i form av muskuloskeletala sjukdomar och fler diagnoser per konsultation än svenskfödda[4]. Detta leder ofta till en känsla av oförmåga hos läkaren att behandla patienten och hos patienten känslan av att inte bli tagen på allvar. Många av dessa patienter har psykosociala problem, tidigare besvärande livserfarenheter och bristande förmåga att uttrycka sig. Dessa förhållanden leder till att en del möten med dessa patienter kan bli svåra att hantera för läkaren och dennes medarbetare [2]. Det finns dock även positiva exempel att hämta från mötena med sjukvården. Här rör det sig om de fall där läkaren aktivt bidrog till att bägge parter efter en rad möten kunde lära känna varandra bättre [5].

Enligt svenska Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763 (HSL), 2§ [6], skall patientens självbestämmande tillgodoses i kontakten med läkaren, utredning liksom behandling skall göras upp i konsultation mellan patient och läkare. Läkaren bör därför ha förståelse för patienten och dennes kultur för att kunna följa svenska hälso- och sjukvårdslagen. I de flesta fall delar läkaren inte någon kulturell bakgrund eller andra livserfarenheter med patienten. Den nya situationen men det mångkulturella samhället medför att läkaren bör förhålla sig specifikt i mötet med patienten och undvika att göra felaktiga generaliseringar.

Detta behöver balanseras mot att en stor andel invandrare också har kollektiva, smärtsamma erfarenheter från sitt hemland i form av fattigdom, krig, förföljelse[7]. Det empatiska bemötandet av dessa patienter är sämre inom sjukvården och det förekommer diskriminering gentemot dessa minoriteter. Dessutom har invandrapatienter en allmän känsla av att vara diskriminerade vilket späder på detta fenomen [8].

Över hela världen är läkaren den yrkesperson som man söker sig till när det smärtar i både kropp och själ. Invandrade patienter riskerar att inte få ett empatiskt bemötande, speciellt de som inte talar landets språk flytande. Förutsättningarna för att kunna vara delaktig i undersökningen och behandlingen och på att uppnå en adekvat vårdplanering är sämre om man inte talar majoritetsspråket väl. Detta leder till ett svagare behandlingsresultat i jämförelse med övriga befolkningen [9].

Vård i ett globaliserat samhälle ställer stora krav på de som arbetar i hälso- och sjukvården att ge lika vård till alla oavsett deras kulturella bakgrund. En studie av invandrapatientens uppfattning om konsultationen ger viktig förståelse och information för att kunna utvärdera mötet mellan dessa patienter och läkaren. En patient som är nöjd med läkarmötet och känner sig förstådd, respekterad och lika behandlad kommer att ha en ökad tillit till vården vilket skapar en bra relation mellan läkaren och patienten. Det kan i sin tur ge fler positiva följder

och ge förutsättningar för en fungerande utredning och behandling. Behovet av återbesök kan minska vilket också är ekonomisk gynnsamt.

1.1 Patienter från Mellanöstern

Mellanöstern eller Främre Orienten är bestående av länderna på den Arabiska halvön (Saudiarabien, Yemen, Oman, Förenade Arabemiraten, Qatar, Bahrain) samt Syrien, Libanon, Israel/Palestina, Jordanien, Irak, Iran samt Kuwait. Krig och konflikter i Mellanöstern har medfört att ett antal flyktingar och immigranter från Mellanöstern kommit till Sverige (framför allt Iran, Irak, Palestina, Kurdistan, Libanon och Syrien). Möten med patienter från denna mycket sammansatta grupp är allt vanligare i vården. Utöver en svensk studie av immigranter från Chile, Iran och Turkiet är inte dessa patienters upplevelser av mötet med läkare i sjukvården särskilt studerade [10]. En riktad studie av dessa patienters olika erfarenheter av vården kan ge en ökad förståelse för att kunna erbjuda en bättre vård i framtiden. Det som framför allt intresserade oss var dessa patienters erfarenheter av mötet med läkaren i svensk sjukvård.

En fråga avgränsades att ställa till immigrant- patienter från Mellanöstern: Vilka erfarenheter har du, från möten med läkare i den svenska sjukvården?

1.2 Syfte

Syftet med studien är att studera erfarenheter av mötet med den svenska läkaren hos öppenvårdspatienter från Mellanöstern.

2. METOD

En intervjuundersökning med kvalitativ metodik genomfördes sommaren 2012 vid Angereds Närsjukhus (ANS) i nordöstra delen av Göteborg. I sjukhusets upptagningsområde finns immigranter från många länder.

I undersökningen användes en semi- strukturerad intervjumetodik för att kvalitativt belysa situationen och lyfta fram patienternas upplevelser och erfarenheter [11, 12]. En särskild intervju- guide utvecklades med ett antal olika frågor som rörde de erfarenheter patienterna hade med läkare i svensk sjukvård; vad som har varit bra och vad som kan bli bättre. Frågor som delaktighet i vården och läkarens bemötanden togs också upp i intervju- guiden.

2.1 Deltagare

12 patienter i olika åldrar med ordinärt förekommande internmedicinska sjukdomar från 5 olika länder i Mellanöstern intervjuades. Kravet för att kunna delta i studien var att informanterna fick vård på ANS och hade sin bakgrund i Mellanöstern. Av de intervjuade var 8 män och 4 kvinnor och åldersspannet var mellan 34 till 60 års ålder. Flertalet av patienterna hade vistats i Sverige i över 20 år. Av tretton tillfrågade var det en patient som tackade nej pga. av tidsbrist.

En av handledarna för projektet (AÅ) tjänstgör som överläkare på ANS. Denne etablerade kontakter med informanterna och övrig personal. Muntlig och skriftlig patient information om studien lämnades på svenska men även på arabiska och persiska om patienten föredrog dessa språk. Intervjuerna gjordes av huvudförfattaren. Denne har en tolkutbildning vilket medförde att patienten kunde erbjudas att bli intervjuad på nämnda språk.

Handledaren närvarade under en av de första intervjuerna för att säkerställa kvaliteten på intervjun och ge feedback om intervjutekniken. Tillsammans med handledarna framställdes därefter en intervjuguide baserad på semistrukturerad intervjumetodik. Intervjuguiden

finslipades under pilotintervjuer för att få fram frågeställningar av intresse. Frågorna rörde sig om patienternas egna erfarenheter av sjukvårdskontakter i Sverige men även hur det har varit att möta läkare i Mellanöstern. Frågorna i intervjuguiden följdes inte strikt i kronologisk ordning men alla frågor behandlades. Samtalen var öppna, informella och tillåtande och genomsnittssamtalen varade i 30 minuter och skedde på ANS och spelades in på ljudfil.

Intervjuaren översatte personligen sedan det inspelade till svenska vid nedskrivning av samtalen. Slutresultatet blev 4 intervjuer på persiska, 3 på arabiska, 4 på svenska och 1 på svenska via arabisk tolk. I samtalet som skedde via tolk ville intervjuaren undersöka om intervjun påverkades i något avseende när tolken var närvarande. Någon sådan påverkan framkom inte.

Det inledande frågan var ”berätta om dina erfarenheter i mötet med svenska läkaren”. Under intervjuens gång utvecklades frågeställningen utefter intervjuguiden där frågor som ”delaktighet, att bli tagen på allvar” formulerades.

2.2 Etik

Information om intervjuerna lämnades skriftligen. Godkännande till patientinformation erhöles från verksamhetschefen och projekthandledaren vid ANS. Efter att patienten hade läst den skriftliga informationen och accepterat att delta i studien lämnades muntlig information innan intervjun påbörjades. Denna förberedelse gjordes för att göra det tryggare för patienten att bli intervjuad då metoden kan kännas främmande. Syftet med studien, sättet för att samla in data och rätten att avstå från studien förklarades noggrant. Patienterna informerades tydligt om att dem kunde avbryta eller avstå från att delta om de önskade göra det utan att behöva ange varför. Under transkriptionen, raderades patientens namn för att säkerställa anonymiteten.

2.3 Analys

Efter varje avslutad intervju skrevs de inspelade intervjuerna ned ordagrant av intervjuaren för att systematisera inledningen av analysen. Analysmetoden som användes var kvalitativ innehålls analys (Editing Analysis Style) vilket innebär att forskaren identifierar meningsbärande enheter i texten som i sin tur ger grund för utveckling av kategorier. [11-13].

Analysen omfattade följande steg

1. Intervjuerna skrevs ut ordagrant av huvudförfattaren och inrättade 60 sidors text.
2. Hela textmassan genomlästes upprepade gånger av huvudförfattaren och handledaren för att få en uppfattning om helheten.
3. Meningsbärande enheter extraherades under möten med handledaren.
4. De kunde sedan kondenseras/aggregeras och kodas till olika kategorier med subgrupper under möten med handledaren och huvudförfattaren.
5. Varje kodgrupp inramades därefter och bildade grund för fem huvudteman som uttryckte textens underliggande eller latent mening.

De perspektiv som användes i tolkningen av data var baserade i en patientcentrerad teoribildning av mötet med patienten [14].

3. Resultat

I analysen av patienternas erfarenheter i mötet med svenska läkaren framkom fem huvudteman; (a) Läkarens kompetens, (b) Diskriminering, (c) Språkets betydelse för mötet, (d) Tolken roll, (e) Kontinuitet och helhetsperspektiv. Se Tabell 1.

Tabell I. Återger ramen för analysen och skapandet av teman

Meningsbärande enheter (exempel)	Kategorier	Teman
<p>"Jag sa att jag har problem i mitt lår och inte ryggen men då svarade denne att han är läkare och det är han som bestämmer"</p> <p>"Jag vill bara bli frisk och vill inte skickas bara fram och tillbaka"</p> <p>"Läkaren är en person som ska bära min smärta istället för mig"</p>	<p>Delaktighet och förväntningar</p>	Läkarens kompetens i mötet
<p>"Halva behandling är beroende på läkarens attityd, dennes personlighet och välkomnande"</p>	Hänsynsfullt bemötande	
<p>"Jag litar inte på alla läkare. Många som inte kan något och bara bär titeln läkare"</p> <p>"Jag känner mig inte trygg. Det är som att gå till polisen och bli förhörd"</p> <p>"Man får inte riktigt svar tillbaka och det blir att man går där och blir irriterade"</p> <p>"Det är knäppa diagnoser... som inte har med sjukdomsbilden att göra"</p> <p>"Enkelt sagt så säger jag att dem har ingen erfarenhet"</p>	Bristande tillit till läkarens kunskaper	
<p>"Om man är invandrare, blir man sämre bemött"</p>	Diskriminering	Diskriminering
<p>"Självklart om jag var svensk så skulle dem lyssna mer på mig"</p> <p>"Dem tror när jag är invandrare och kan språket dålig så kan jag inte hävda mig"</p> <p>"Min svenska vän fick bättre vård än mig"</p> <p>"Vi invandrare räknas som folk som inte begriper något"</p> <p>"För att jag är utlänning förväntar dem sig att jag vill ha sjukskrivning"</p>	<p>Missuppfattning</p> <p>Fördomar</p>	
<p>"Jag förstod inte hans svenska, det gick inte alls prata med honom"</p> <p>"Han kunde inte så bra svenska därav hans sämre beteende"</p> <p>"Nu när jag kan språket, försöker jag få mig själv bli förstörd och då går det plötslig mycket bättre"</p> <p>"Kan du språket så får du bra bemötande"</p>	<p>Läkarens svenska språkkunskaper</p> <p>Patientens svenska språkkunskaper</p>	Språkets betydelse för mötet

Meningsbärande enheter (exempel)	Kategorier	Teman
<i>"En del tolkar, översätter inte som de ska"</i>	Brister i tolkningen	Tolkens roll
<i>"Vissa tolkar brukar alltid ta läkarens ställning "</i>		
<i>"Jag vet inte om dem tolkar allt men jag har med mig tolk"</i>	Lita på tolken	
<i>"Tolkarna tolkar inte allt som sägs"</i>		
<i>"Jag hade en och samma läkare under lång tid vilket är positivt"</i>	Kontinuitet	Kontinuitet och helhetsperspektiv
<i>"Stafettläkare har jag dålig erfarenhet av"</i>		
<i>"Det fungerar jätte bra om man besöker samma läkare"</i>		
<i>"Dem goda beteenden väger mycket tyngre och har varit många"</i>	Helhetsuppfattning	
<i>"Det har varit många bra situationer där jag har blivit väldigt bra bemött"</i>		

3.1 Läkarens kompetens i mötet

Vara delaktig i utredning och behandling är en av de viktiga förväntningarna som patienterna har inför mötet. De uppger att det är skickligheten hos läkaren som yrkesperson att leda patienten i detta möte som är avgörande. Det skapar förtroende. För att detta i sin tur ska vara möjligt framkom att läkaren behöver lita på patienten och inte se på denne med misstänksamhet. Om patienten känner sig misstrodd skapar det skepsis och osämja mellan parterna. Genom positivt bemötande och omhändertagande där läkaren uppvisar uppmärksamhet och hänsynsfullhet skapas en god relation vilket är avgörande för resultatet av mötet.

3.1.1 Delaktighet och förväntningar

Patienterna framförde både positiva och negativa uttalanden om vilka förväntningar de hade inför mötet med läkaren. Det har framkommit att de förväntar sig att läkaren ska låta dem vara så delaktiga som möjligt i sin undersökning. En av dessa illustreras enligt följande

”Neurologen där jag är med och deltar i dem olika undersökningsmomenten är jätte bra”.

Det har även uppmärksammats att patienterna förväntar sig ett engagemang från läkaren för det besvär de söker för. En av informanterna lämnade följande citat

”Du är läkare och jag kommer till dig. Din uppgift är att så mycket som möjligt suga ur mig information om var ont ligger någonstans. Det är du som ska visa intresse och visa att du bryr dig. Men om jag kommer till dig och du visar inte intresse så går jag vilse och jag kan inte förklara var jag har ont. Det blir bara att acceptera det han/hon säger och gå därifrån.”

3.1.2 Hänsynsfullt bemötande

Den generella uppfattningen hos dessa patienter är att läkaren i allmänhet bemöter patienten med respekt och visar att de kan erbjuda ett gott omhändertagande. Patienterna upplever att de tas på allvar för det besvär de söker för och de önskar få ett välkommet och respektfullt bemötande. I dem flesta fall har läkarna varit hyggliga, vänliga och uppvisar hänsyn till patienten under mötena. En av informanterna lämnade följande mening:

”De ska lyssna och visa att man förstår att patienten lider. Det är inte många som lyssnar och visar att man förstår. Ger bara beskedet det inte är farlig och skickar hem en. Dem har svårt och förstå patientens situation. Det är läkaren man besöker och lite empati kan hjälpa mycket i det sättet att behandla och förklara diagnosen.”

Medan denna informant var konkret i sitt uttalande sammanfattade en annan med att

”Bry sig, förståelse, visa intresse, ta på allvar. Det är inte jag som ska förklara var smärtan ligger, utan det är han som ska suga fram information och smärtan”.

3.1.3 Bristande tillit till läkarens kunskaper

En läkares kunskaper är ständigt under bevakning. Av en läkare förväntas färdighet och skicklighet på diagnostisering. Inte minst ska denne kunna förklara innebörden i den behandling som föreslås enligt informanterna. Patienterna upplever att läkarna är avvaktande i sina bedömningar och de ofta begär många tester innan patienterna får några besked och behandling. Hos många uppfattas det som okunskap hos läkaren att inte skickligt ta vara på den kliniska symtombilden för att snabbare komma fram till en diagnos. Det leder till obalans i förtroendet till läkaren vilket gör att anamnesen som läkaren efterfrågar liknar förhör och kan i vissa fall kännas förnedrande och obekväma uppger informanterna.

Patienterna upplever att läkaren på grund av förutfattade meningar om patienten eller

patientgruppen misstänker dem för att ej följa ordinationer och simulera anamnesen vilket väcker obehag hos patienterna. En av informanterna sade

”Varje gång jag går till läkare så säger jag först att jag inte vill ha sjukskrivning. Jag vill bara bli frisk”.

En positiv och grundläggande del i samtalet är att patienterna inte känner dolda budskap i uttalanden från läkaren. Det upplevs ej finnas någon dold agenda eller censur när patienten informeras av läkaren.

3.2 Diskriminering

Det förekommer negativa förutfattade meningar i vården på grund av etnicitet uppger informanterna. Detta är en uppfattning som flera av informanterna uppmärksammar när de beskriver sina möten med den svenska läkaren. Bilden av den invandrade individen som den okunnige figuren existerar inte bara inom vården utan är en uppfattning som är väl spridd i samhället anser informanterna. En kvinnlig informant uttryckte sig på detta vis:

”När jag läste till barnskötare sa dom till oss att dom som är lågutbildade eller invandrare när dom går till dagis och lämnar eller hämtar sina barn så klagar dom aldrig på personalen... När jag senare lämnade mina barn till dagis och förstod att dom jämför invandrare med lågutbildade så började jag klaga för att dom inte ska jämföra mig med lågutbildade”.

3.3 Språkets betydelse för mötet

Det talade språket har en central roll i mötet mellan svenska läkaren och patienter med bakgrund från Mellanöstern. Informanterna framhåller att en god språkförståelse från båda sidor behövs för att läkaren skall kunna ge rätt behandling och ta hand om patienten på ett adekvat sätt. Patienterna uppfattar läkaren mindre kompetent och otrevlig i sitt bemötande när

läkaren inte kan behärska det svenska språket. Detta är besvärande och det uppstår då en konflikt i dialogen mellan läkaren och patienten. Denna kvinnliga informant formulerade på detta vis:

”Jag tycker att det är jobbigt att träffa en läkare som inte pratar rent svenska”

Om vi vänder på myntet så uppfattar patienterna att det blir ett sämre flyt i mötet när läkaren vet att patienten inte behärskar det svenska språket. Flertalet informanter uppfattar att så länge patienten ej bemästrar det svenska språket väl så blir det inte ett omhändertagande som uppfattas adekvat. När man har lärt sig språket så är uppfattningen att läkarens bemötande blomstrar och är mer välkomnande. Om detta beror på missförstånd eller ej beskrev denna 60-åriga kvinnliga informant så här:

”Det är så att man får sämre bemötande på grund av missförstånd om man inte kan svenska språket.”

3.4 Tolkens roll

Tolken har ett uppdrag att behålla sin neutrala ställning under mötet. Detta ifrågasätts dock av informanterna.

3.4.1 Brister i tolkningen

Bland informanterna har det förekommit att det finns uppfattningar av brist i tolkningen om tolken inte översätter det som patienten yttrar. Patienterna upplever ofta någon form av censur i deras framföranden när tolken översätter och att det inte finns något fungerande samspel mellan dessa parter. Det har förekommit i en del fall där patienten själv har behövt ingripa för att tolken inte skött sitt jobb. Följande berättar denna informant:

”Jag sa till tolken, jag vet att han inte översatte. Jag vände mig om till läkaren

och försökte själv berätta för läkaren. Tolken försvarade sig med att ”jag inte behövde säga det som du sa”

3.4.2 Lita på tolken

Informanterna uppger att det är besvärande med tolkens närvaro. Det finns rädsla för att det som sägs under mötet ska förmedlas vidare via tolken till anhöriga eller andra obehöriga personer. Processen med att inte kunna lita på tolken har denna 46-åriga man sammanfattat:

”Jag gillar inte tolk när jag är hos läkare då jag tycker mötet är någonting mellan mig och läkaren. Kanske tolken som kommer, kanske jag känner honom. Kanske han kommer från mitt land. Jag vill inte att han ska veta något om mig. Kanske jag vill fråga läkaren någonting speciellt och jag vill inte att han ska veta det om mig. Jag vet att tolken inte får säga någonting... Jag vill inte att någon annan person ska vara emellan.”

3.5 Kontinuitet och helhetsperspektiv

3.5.1 Kontinuitet

Kontinuerlig kontakt med samma läkare anses vara en viktig faktor som leder till en starkare patient- läkare relation vilket ökar pålitligheten och respekten i mötet. Informanterna pekade på osäkerheten kring att träffa ”stafettläkare” och de oregelbundna kontakterna som det medför. Patienterna är även bekymrade över de långa väntetiderna speciellt på akuten i de större sjukhusen men också på den långa väntetiden för att få en kallelse efter skickad remiss.

3.5.2 Helhetsperspektiv

De flesta informanterna uppfattar den svenska läkaren som artig och vänlig som ger ett gott omhändertagande vilket påpekas många gånger i intervjumaterialet. Det finns flera situationer

som informanterna hänvisar till där relationen mellan läkaren och patienten har byggts på respekt, god människovärde men också trygghet och pålitlighet. Denna 47-åriga man med många komplicerade sjukdomsbilder berättar:

”De var så bra och snälla och jag fick ett så bra omhändertagande att inte ens en bror gör så för sin bror och ställer upp så mycket som dem gjorde för mig.”.

4. Diskussion

Patienterfarenheter från mötet med svenska läkare studerades hos invandrade patienter från Mellanöstern. En kvalitativ innehållsanalys identifierade fem huvudteman: *Läkarens kompetens i mötet, Diskriminering, Språkets betydelse för mötet, Tolkens roll, Kontinuitet och helhetsperspektiv.*

4.1 Metoddiskussion

Studiens syfte var att studera patienters erfarenheter. Datamaterialet samlades in via intervjuer med patienterna. Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys som är den metod som i stor utsträckning är inriktad på ämnet och betonar skillnader mellan och likheter inom olika koder och teman [13]. Av denna anledning används begrepp som trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet för att beskriva olika aspekter av tillförlitlighet [15].

Begränsningarna i studiens kvalitativa metod handlar om data och analysens trovärdighet. Trovärdighet uppstår när man fattar beslut om inriktningen av studien, val av sammanhang, deltagare och förhållningssätt till att samla in data. För att kunna belysa forskningen från olika perspektiv och synsätt skall man välja deltagare med olika erfarenheter och upplevelser [16]. Man kan också fråga sig om antalet intervju personer (12st) var tillräckligt. Urvalet av patienter var strategisk med tanke på att det strävades efter att få en variation i patienternas

bakgrund avseende ursprungsland, ålder och kön men även att dessa fick behandling på ANS. Intervjupersonernas olika kön, ålder och socioekonomiska situationer bidrog till att få fram ett rikt material som kunde belysa vår forskningsfråga ur olika aspekter. Intervjuaren har sitt ursprung från Mellanöstern vilket gör att intervjuarens kunskap om intervjupersonerna och deras miljö kan förstärka kommunikationen [17, 18]. Det är ömsesidiga erfarenheter under mötet som ökar möjligheterna för kontakt vilket förstärker tilliten och leder till att ett starkare band under samtalet skapas [19]. Å andra sidan kan en gemensam bakgrund vara en begränsade och komplicerande faktor. Författarens egen förståelse kan även störas och förvränga tolkningen av materialet. Att intervjuaren själv är läkarkandidat ger ytterligare styrka till studien då ämnet behandlar hur en professionell läkare har kontakt med patienterna. Dock kan detta i sig vara en svaghet om intervjuaren påverkar materialet under analysen med tanke på dennes medicinska bakgrund och förhållningssätt.

Mängden data för att besvara en forskningsfråga på ett trovärdigt sätt i kvalitativa studier är beroende på komplexiteten i fenomenet som studeras. Med tanke på vår stora och innehållsrika datamängd underlättade innehållsanalysen tematisering av de nedskrivna intervjutexterna. En viktig övergripande faktor är att redovisa hur analysen gått till väga, ”Transparency” och ”reflexivity” [20] och i detta fall gäller att välja den mest lämpliga meningsbärande enheten [17, 18]. Efter gemensamt analysarbete och diskussioner mellan huvudförfattaren och MW växte teman fram som byggde på kondensering och aggregering av olika kategorier och subgrupper som i sin tur var väl förankrade i basmaterialet. På detta vis försökte vi uppnå en samstämmighet och enighet för innehållet i de olika teman och uppnå en validering. Kritiken låter sig dock inte vänta. I vilket grad har de personliga egenskaperna och erfarenheterna hos författarna påverkat tolkningarna av basmaterialet när resultatet tagits fram? [21].

Intervjuerna kunde genomföras på det språk som informanten valde. Vi tror att det bidrog till att informanten kunde uttrycka sig lättare. Det blev heller inte någon tredje part som tolkade intervjun vilket minskade risken för missförstånd och misstolkning under analysen.

Denna studie gjordes i Angereds Närsjukhus som i sitt upptagningsområde har många patienter med bakgrund från Mellanöstern. Det gör forskningsfrågan relevant och av betydelse för de som bedriver sjukvård i Angered. Fler studier bör göras för att bekräfta eller dementera de fynd som framkommit i denna explorativa studie.

4.2 Resultatdiskussion

Informanterna efterlyste engagemang från läkaren för det patienten söker för. I kategorin delaktighet som återfinns under temat läkarens kompetens i mötet anser informanterna att en duktig läkare tillåter patienten vara delaktig i undersökningen. Om läkaren lyssnar med empati frambringar det känslan av att ha blivit tagen på allvar. Dock markerade informanterna att de i många möten med läkare fick en känsla av att ej bli tagen på allvar. Det gällde framför allt när läkaren förklarade symtomen genom att lägga tonvikten på psykosomatiska förklaringar. Istället för att skapa ett förtroendefullt förhållande och bekanta sig med kulturella synsätt på olika besvär bortförklarades symtomen [8].

Ett hänsynsfullt bemötande är ytterligare en färdighet som ingår i läkarens kompetens. Dessa patienter har kulturella uppfattningar där läkarens ord i det forna hemlandet sällan ifrågasätts. Det innebär att en förstående hållning från den svenska läkaren uppskattas i mötet. När patienten möter läkare som visar engagemang, empati, förståelse och har öppen inställning ger det goda resultat för mötet [22]. Detta i sin tur ger positiv påverkan på behandlingen och dess resultat men det ger även fördelar till läkaren i sämre tolksamtal där denne ibland kan känna sig utanför. Ett besök som inte resulterar i någon behandling som inger hopp om

bättring leder till att patienten söker andra läkare för sina besvär, vilket flera av informanterna har påtalat. Detta blir i slutändan en börda för patienten som får dras med sina besvär och inte får något förtroende för sjukvården. Detta påverkar även sjukvården om antalet ”ineffektiva” läkarbesök där patienten inte känner sig hjälpt ökar och ekonomin försämras.

Temat som uppmärksammat sig i resultatet är erfarenheter av diskriminering. Många av informanterna anser att deras besvär inte tas på allvar och det finns en känsla av avvisande i mötet vilket skapar en misstro till sjukvården. Denna avvisande inställning beror enligt patienterna på att de är immigranter. Känslan av diskriminering återfinns oftast hos mer traditionellt tänkande invandrargrupper än de moderna som är mer kritiska och är artikulerande [8]. Resultatmässigt leder detta till att patienterna håller inne med kritik mot medicinska felsteg vilket skapar en känsla av maktlöshet. Maktlösheten i sin tur bygger upp misstron mot vården och ökar känslan av diskriminering och den onda cirkeln blir komplett [23].

Många av informanterna anser att eftersom invandrare i allmänhet inte kan systemet väl när det gäller sjukvård och dess struktur leder det till att läkaren ser den invandrade patienten som okunnig person i dessa ämnen. Patienten förväntas tacka och ta emot och kan leda till att patienten upplever diskriminering med psykologisk påverkan som följd [23].

Är det så att det förekommer diskriminering inom vården eller är detta bara en uppfattning som informanterna har för att de feltolkar signalerna från läkaren? När en av informanterna inte tyckte sig förstå varför den ”svenska” patienten som kom efter henne till sjukhusets akut kö kunde besöka läkaren före henne kan man då förklara det med okunskap eller diskriminering?

Detta behöver inte vara okunskap eller språkliga brister som spelar in utan att ”svensken”

faktiskt kan gå före i kön i olika sammanhang vilket informanterna påpekar förekommer inom andra samhällssektorer. För att motverka att detta synsätt uppstår inom sjukvården ska man istället upplysa den invandrade patienten om hur det svenska sjukvårdssystemet fungerar. Detta skulle kunna förändra attityden till svenska läkare bland dessa patientgrupper och minska risken för missförstånd.

Förutfattade meningar inom vården kan också bero på de kulturella skillnaderna vilka kan leda till felaktiga tolkningar under mötet. För att kunna slippa dessa meningsskiljningar bör läkaren väga in den kulturella aspekten i mötet. Detta stöds av att patienterna upplever färre problem när läkaren har ett etniskt ursprung som liknar patientens [24]. Samtidigt ska man påminna sig som läkare att läkarens huvuduppgift är att arbeta med det problem patienten söker för och inte fördjupa sig för mycket i patientens kultur.

Temat *Tolkens* roll som beskriver tolkens situation under samtalet behandlar flera meningsskillringar. Enligt den svenska Förvaltningslagen 1986:223 (FL), 8§ [25], ska någon som inte behärskar det svenska språket erbjudas tolkhjälp i sin kontakt med myndigheter. Denna bestämmelse finns även i 3§ (HSL) [6], gällande tolk i sjukvårds sektor och omfattar även den privata sjukvården. Personalen kan inte utgå från att patienten redan äger kunskap om olika behandlingssätt, eventuella biverkningar o s v, även om det skulle röra sig om grundläggande förhållanden. På ANS följs detta och möjligheten till tolk förekommer vid läkarmötet om sådant önskas från patientens sida.

Patienterna är dock skeptiska till tolksamtalen. Närvaron av tolk kan underlätta kommunikation men det kan också göra saken mer komplicerad. Vilket gör att närvaron kan upplevas som ett hinder för att uppnå en dialog i patient- läkare samtalet [7]. Dels är det tolkens språkliga kunskaper som inte upplevs vara tillfredställande men dels att tolken uppfattas vara den person som censurerar det patienten vill ha sagt. I många fall återger inte

tolken bara det som läkare eller patienten säger utan också kommenterar det sagda. Detta gör att läkaren då lämnas utanför i kommunikationen men också bringar en känsla för patienten att inte ha förmågan och förklara sina besvär [10]. I ett möte där läkaren lämnas utanför samtalet, förekommande av censur eller redigerande versioner av patient samtal skapar misstro till vården och till den behandling som läkaren föreslår [26]. Kvalitén på samtalet bör ökas för att eliminera dessa för samtalet fördärvande faktorer. Det existerar svårigheter att kvalitét kontrollera ett patientsamtal som äger rum mellan tre parter. Denna svårighet uppkommer på grund av den sekretess som råder inom sjukvården. Problemet med tolksamtal och svårigheter i samverkan mellan parterna är viktiga att uppmärksamma och är ännu inte lösta [27].

Språkets betydelse diskuteras och nämns flitigt av informanterna både i negativt anseende men också i positiv anda. Situationen uppfattas oacceptabel av informanterna när läkaren inte behärskar det svenska språket väl. Patienterna vill förstå det läkaren säger och hoppas också i sin tur att läkaren begriper det patienten yttrar. Detta anses vara en betydande del av behandlingen vilket bidrar till ett snabbare behandlingsresultat [8].

Om läkaren inte talar det svenska språket väl uppfattas denne som okunnig och det skapar misstänksamhet gentemot läkaren och om denne verkligen förstått informationen. Detta leder till situationer där patienten söker vidare till andra läkare och andra enheter för sina besvär. I sin tur ökar detta kostnaderna för sjukvården med långa väntetider och inte minst det osäkerhet och påfrestning som patienten får bära runt i väntan på svar angående sin åkomma. Idag när läkare från tredje land i vilket innebär länder utanför europeiska unionen (EU) försöker uppdatera sin läkarexamen ska dessa avlägga ett godkänt prov i svenska. Standarden på dessa tester bör granskas om det bekräftas att patienterna uppfattar läkarna språkligt ofärdiga. För att bekräfta patienternas uppfattning om läkarens kunskaper i svenska språket

skall då finnas studier som involverar flera patientgrupper.

Då det råder brist på läkare på många orter kan det vara en anledning att man inte lägger större vikt av hur duktig läkaren är på svenska språket vid nyanställningar. Socialstyrelsen som utfärdar läkarlegitimation bör i sin tur öka på sina krav för att läkaren både talar och begriper det som sägs på svenska. Den mänskliga faktorn kommer ändå att vara av betydelse då det är människor vi har och göra med inom sjukvården.

Kontinuitet och ha kontakt med samma läkare diskuteras flitig bland informanterna på ANS. Kontinuitet som är en grundpelare i skapandet av tillit har inte bara uppenbarats sig i vår studie utan är också ett spritt diskussionsämne i den svenska sjukvården där ”stafettläkare” den senaste åren av allt att döma blivit vanligare. Detta vanliga system är ett hinder för mötet och den medicinska praktiken. Det för med sig att patienten inte kan etablera något konkret tillit till läkaren vilket försvagar mötets goda förutsättningar. Istället för att ägna kraft och tid åt att lösa medicinska åkommor tillägnas mötet åt att skapa tillit [28].

Denna uppkomst som har blivit allt vanligare den senaste åren har flera orsaker där ena är läkarbristen som gör att det dyker upp flaskhalsar inom vissa specialiteter och geografiska områden. Självklart löser det sig för området när det gäller läkarbristen men hur påverkar detta patienten där viktiga begrepp som tillit, förtroende och tryggheten är teman som patienten söker?

Även moral och etik som är grundstenen i läkare- patient kontakten spelar in i temat kontinuitet. En läkare ska skapa tillit mellan sig och sin patient vilket tar tid att bygga upp. Att vara ”stafettläkare” innebär per automatik att man kommer och ha en kort relation med sin patient. Man kan därför ifrågasätta professionella etiken hos de läkare som åtar sig uppdraget där de har ena foten i att behandla patienten och vara dennes smärtlindrare och som å andra sidan tänker på sina egna ekonomiska intressen. Våra resultat indikerar att det kan bli

problematiskt att använda stafettläkarsystem i mottagningar med hög andel invandrapatienter. Det behövs fler studier där dessa frågor kan belysas mer ingående.

4.3 Slutsats

Det finns fynd i vår studie som pekar på att patienter upplever diskriminering och förutfattade meningar i mötet mellan läkaren och patienten men också en del brister i översättningen när tolken är inblandade. Studien indikerar på faktorer som kan skapa konflikter under mötet och reaktioner efteråt i form av missförstånd och känslan av att ej blivit tagen på allvar. Det viktiga inom sjukvården blir då att skapa förutsättningar för ett samspel och ömsesidig förståelse mellan läkaren och patienten. Här ska läkaren kombinera sin skicklighet och kompetens till att på ett adekvat sätt omhänderta patienten och den åkomma som denne söker för. Resultatbilden visar att dessa patienter upplever att läkarens förmåga att göra patienten delaktig och att skapa tillit är något viktigt för dem. Detta kan vara svårt att uppnå med avseende på den bristande tilltron patienterna har gentemot sjukvården på grund känslan av tillbakavisandet från sjukvården. I denna explorativa studie finns områden som behöver studeras närmare i målet att uppnå en nöjd patient - läkare kontakt i vården med patienter från Mellanöstern.

5. Författarnas bidrag

HK, MW, AÅ har gjort insatser i arbetet med insamling av data, utformning och skriften av manuskriptet. AÅ har varit handledaren på ANS och närvarat i utformningen av intervjuguiden men också kritisk reflekterat utformningen av arbetet. MW har gett handledning och deltagit och reflekterat kring utformningen av analysen, intervjuguiden och utvecklandet av manuskriptet.

Tack

Författarna tackar informanterna för deras engagemang och vilja att delta i denna studie.

Dessutom riktas ett stort tack till Angereds Närsjukhus som välkomnade projektet och möjliggjorde kontakten med patienterna.

6. Referenser

1. Lidskog, R. and F. Deniz, *Mångkulturalism: Socialt fenomen och politisk utmaning*. 2009, Liber: Lund. p. 66-78.
2. Berlin A, L.M., *Professionell utveckling inom läkaryrket*, in *Det mångkulturella mötet I hälso- och sjukvården*, B.K. Anderson S-O, Foldevi M, Lindgren S, Rödger S, Treoin Töllbörn M, Wahlqvist M, Seeberger A., Editor. 2012, Liber. p. 129-139.
3. Svenberg, K., *Mötet mellan patienten och läkaren*, in *The Sahlgrenska Academy 2011*, University of Gothenburg: Göteborg.
4. Sundquist, J., *Ethnicity, social class and health. A population-based study on the influence of social factors on self-reported illness in 223 Latin American refugees, 333 Finnish and 126 south European labour migrants and 841 Swedish controls*. Soc Sci Med, 1995. **40**(6): p. 777-87.
5. Mir, G. and A. Sheikh, '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. Ethn Health, 2010. **15**(4): p. 327-42.
6. SFS 1982:763 *Hälso- och Sjukvårdslagen*, Stockholm: Utrikesdepartementet.
7. Weiss, R. and R. Stuker, [When patients and doctors don't speak the same language-- concepts of interpretation practice]. Soz Praventivmed, 1999. **44**(6): p. 257-63.
8. Harmsen, J.A., et al., *Patients' evaluation of quality of care in general practice: what are the cultural and linguistic barriers?* Patient Educ Couns, 2008. **72**(1): p. 155-62.
9. Shapiro, J. and P. Lenahan, *Family medicine in a culturally diverse world: a solution-oriented approach to common cross-cultural problems in medical encounters*. Fam Med, 1996. **28**(4): p. 249-55.
10. Wiking, E., et al., *Immigrant patients' experiences and reflections pertaining to the consultation: a study on patients from Chile, Iran and Turkey in primary health care in Stockholm, Sweden*. Scand J Caring Sci, 2009. **23**(2): p. 290-7.
11. Malterud, K., *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. 1998, Lund: Studentlitteratur.
12. Hancock B, Ockleford E, and W. K., *An Introduction to Qualitative Research*, N.R.E. YH, Editor 2007.
13. Graneheim, U.H. and B. Lundman, *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*. Nurse Educ Today, 2004. **24**(2): p. 105-12.
14. Levenstein, J.H., et al., *The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine*. Fam Pract, 1986. **3**(1): p. 24-30.
15. Berg, A. and U. Welander Hansson, *Dementia care nurses' experiences of systematic clinical group supervision and supervised planned nursing care*. Journal of Nursing Management, 2000. **8**(6): p. 357-368.
16. Patton, Q.M., *How to use Qualitative Methods in Evaluation*. 1987, Newsbury Park, London: Sage Publications Inc.
17. Coar, L. and J. Sim, *Interviewing one's peers: methodological issues in a study of health professionals*. Scand J Prim Health Care, 2006. **24**(4): p. 251-6.
18. Hansson, A., R. Gunnarsson, and B. Mattsson, *Balancing - an equilibrium act between different positions: an exploratory study on general practitioners' comprehension of their professional role*. Scand J Prim Health Care, 2007. **25**(2): p. 80-5.
19. Coelho, K.R. and C. Galan, *Physician cross-cultural nonverbal communication skills, patient satisfaction and health outcomes in the physician-patient relationship*. Int J Family Med, 2012. **2012**: p. 376907.
20. Malterud, K., *Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines*. Lancet,

2001. **358**(9280): p. 483-488.
21. Grant, J.S. and L.L. Davis, *Selection and use of content experts for instrument development*. Res Nurs Health, 1997. **20**(3): p. 269-74.
 22. Norberg, A., M. Bergsten, and B. Lundman, *A model of consolation*. Nurs Ethics, 2001. **8**(6): p. 544-53.
 23. Taloyan, M., et al., *Psychological distress among Kurdish immigrants in Sweden*. Scand J Public Health, 2008. **36**(2): p. 190-6.
 24. Murray-Garcia, J.L., et al., *Racial and ethnic differences in a patient survey: patients' values, ratings, and reports regarding physician primary care performance in a large health maintenance organization*. Med Care, 2000. **38**(3): p. 300-10.
 25. *SFS 1986:223. Förvaltningslagen*, Stockholm: Utrikesdepartementet.
 26. Flores, G., *The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review*. Med Care Res Rev, 2005. **62**(3): p. 255-99.
 27. Fatahi, N., et al., *General practitioners' views on consultations with interpreters: a triad situation with complex issues*. Scand J Prim Health Care, 2008. **26**(1): p. 40-5.
 28. Gulliford, M., S. Naithani, and M. Morgan, *What is 'continuity of care'?* J Health Serv Res Policy, 2006. **11**(4): p. 248-50.

Populärvetenskaplig sammanfattning

Möte med läkaren i svensk sjukvård – erfarenheter hos invandrade patienter från Mellanöstern

Sverige är ett mångkulturellt land med ett stort antal medborgare med invandrarbakgrund. I detta mångkulturella samhälle samexisterar många oskrivna sociala normer. Dessa normer formar attityder till olika yrkesgrupper, bland annat till läkaryrket. Hur invandrare uppfattar läkarmötet beror på tidigare erfarenheter denne har från sitt hemland men också vilka kunskaper och uppfattningar läkaren har om patientens kultur, religion och befolkningsgrupp. I detta möte kan det vara svårt när förväntningar och föreställningar skiljer sig mycket mellan läkare och patienten.

I vår studie undersökte vi vilka erfarenheter patienter från Mellanöstern har i mötet med läkaren i svensk sjukvård. Vi intervjuade 12 vanliga förekommande patienter med invandrarbakgrund vid Angereds Närsjukhus. En semi-strukturerad intervjuguide användes och de inspelade samtalen översattes och skrevs ut ordagrant. En kvalitativ innehållsanalys gjordes därefter av utskriftena.

I analysen identifierades fem huvudteman i patienternas erfarenheter. Ett tema är *läkarens kompetens i mötet* där delaktighet i undersökningarna, hänsynsfullt bemötande och tillit efterfrågas från patienternas sida.

Diskriminering är ett annat tema som framkom i texten men också att patienterna upplevt särbehandling på grund av etnicitet. Ämnet diskuteras av författarna för att förstå om detta beror på missförstånd i mötet eller otillräcklig patientinformation som en bidragande orsak till denna uppfattning.

Andra teman är *språkets betydelse för mötet* och *Tolkens roll* och dess bemärkelse och påverkan på mötet. Helhetsbilden av den svenska läkaren är positiv. En läkare som lyssnar och bryr sig om sina patienter.

Sammanfattningsvis tyder resultatet på följande: Respekt, hänsynsfullt bemötande, att kunna delta i undersökning och behandling, tydlig patientinformation och patienträttigheter är det som efterfrågas av patienter från Mellanöstern när de möter läkare i svensk sjukvård.

Hosein Khazaali, Examensarbete, Läkarpogrammet.