



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

FLYKTINGARS ERFARENHETER AV OMVÅRDNAD VID PSYKISK OHÄLSA

Min upplevelse är inte som din

Micaela Olsson

Olivia Otter

Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2016
Handledare:	My Engström
Examinator:	Linda Åhlström
	Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Inledningsvis vill vi tacka vår handledare, My Engström, som har gett oss vägledning genom hela processen med värdefulla kommentarer och idéer. Vi vill också tacka alla i vår närhet som har stöttat oss genom uppsatsen.

Titel (svensk)	Flyktingars erfarenheter av omvårdnad vid psykisk ohälsa
Titel (engelsk)	Refugees experiences of nursing related to mental illness
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2016
Författare:	Micaela Olsson & Olivia Otter
Handledare:	My Engström
Examinator:	Linda Åhlström

Sammanfattning

Bakgrund: Antalet flyktingar ökar i världen och Sverige. Prevalensen av psykisk ohälsa hos flyktingar är hög. **Problemformulering:** Synen på psykisk ohälsa varierar beroende på var människor kommer ifrån. Detta påverkar bemötandet mellan flyktingar och sjuksköterska i vården. **Syfte:** Att undersöka flyktingars erfarenhet av omvårdnad vid psykisk ohälsa i det nya landet. **Metod:** En litteraturstudie baserat på både kvalitativa och kvantitativa artiklar. Artiklarna baserades på flyktingars perspektiv. Artiklarna granskades med SBU:s granskningsmallar. **Resultat:** Fem teman framkom: 1. Synen på psykisk ohälsa och psykiatrins stigma. 2. Bemötande i vården. 3. Den västerländska vården och alternativvård. 4. Strukturella svårigheter. 5. Flyktingars förslag till förbättring inom vården. **Diskussion:** Granskningen har visat att psykisk ohälsa hos flyktingar relaterat till bemötande är stort problem inom vården. Synen på psykisk ohälsa och psykiatrins stigma samt bemötande i vården bör hanteras på individnivå, där varje enskild sjuksköterska kan förbättra och göra bemötandet med flyktingar till en positiv upplevelse. Genom att använda personcentrerad vård och ta tillvara på patienternas styrkor och svagheter genom deras berättelser, kan ett bättre bemötande främjas.

Nyckelord: *Experience, Refugee, Mental health, Care*

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Människor på flykt.....	1
Flyktingsituationen i världen	2
Psykisk ohälsa.....	2
Prevalens av psykisk ohälsa hos flyktingar	3
Typ av vård vid psykisk ohälsa	4
Stigma och psykisk ohälsa.....	4
Rätt till vård.....	4
Omvårdnad och bemötande vid psykisk ohälsa	5
Problemformulering	5
Syfte	6
Metod	6
Litteratursökning	6
Metodanalys.....	6
Etiskt övervägande	7
Resultat.....	7
Tabell 1. Resultatöversikt.....	7
Synen på psykisk ohälsa och psykiatrins stigma.....	8
Varför psykisk ohälsa uppkommer	8
Söker vård för somatisk ohälsa	8
Påverkan av familjen.....	9
Inställning till behandling	9
Bemötande i vården	9
Diskriminering och rasism.....	9
Missförstånd.....	10
Positivt bemötande i vården.....	10
Den västerländska vården och alternativvård.....	11
Inverkan av religion och tro	11
Förtroende för andra kulturer.....	11
Strukturella svårigheter.....	12
Språkbarriärer	12
Ekonomiska svårigheter.....	13
Upplevelse av okunskap hos sjukvårdspersonalen att bemöta flyktingar.....	13

Stressfaktorer i det nya landet.....	14
Okunskap och otillgänglighet	14
Gemenskap som stöttar	15
Flyktingars förslag till förbättring inom vården	15
Utbildning för nyanlända	15
Personalutbildning	16
Information om rättigheter och kostnader.....	16
Stöttning.....	16
Diskussion	16
Metoddiskussion.....	16
Resultatdiskussion	17
Förväntningar.....	17
Stigma	18
Bemötande	19
Sjuksköterskans ansvar till förbättring och möjligheter till implementering i vården.....	21
Vidare arbete och forskning.....	22
Slutsatser	22
Referenslista	23
Bilagor.....	28
Bilaga 1 Exklusionskriterier.....	28
Bilaga 2 Söktabell	30
Bilaga 3 Artikelöversikt	32

Inledning

Eftersom väpnade konflikter har ökat runt om i världen de senaste åren behöver allt fler människor fly för sina liv. Många kommer till västerländska länder som anses vara trygga och där ett nytt liv kan starta. Flyktingar har ofta haft en svår tid innan de anländer till det nya landet och i många lider av psykisk ohälsa. Flyktingar är en ökande patientgrupp både i Sverige och andra västerländska länder. De som flyr, tar med sig ett annat språk, en annan kultur och ett helt annat sätt att leva i jämförelse med det land som de kommer till. Inom sjukvården är det viktigt att lära av varandra och därmed utvecklas som människa och i sin profession. Men den nya situationen som uppkommit, kan även leda till svårigheter även för de flyktingar som anländer och för dem som försöker hjälpa, det vill säga, sjukvårdspersonal. Skillnader finns både på kulturella och strukturella plan och det råder även en okunskap inom hälso- och sjukvård både från flyktingars och sjukvårdspersonals perspektiv gällande psykisk ohälsa hos denna patientgrupp. Då detta är ett högst aktuellt ämne i sjukvården har ämnet valts för att få en fördjupad kunskap om omvårdnadsarbetet vid psykisk ohälsa utifrån flyktingars perspektiv vilket eventuellt kan leda fram till mer kunskap hur sjukvården kan arbeta för att förbättra deras situation.

Bakgrund

Människor på flykt

Flykting är en person som har skäl att vara rädd för förföljelse enligt flyktingkonventionen, svensk lag (utlänningslagen 2015:716) och EU-regler. Som flykting kan personen vara förföljd av en myndighet eller av enskilda personer och grupper, men det kan också innebära att personen inte får något skydd mot förföljelse av hemlandets myndigheter. Orsaken till förföljelsen kan bero på ras, nationalitet, religiös eller politisk uppfattning, kön, sexuell läggning eller tillhörighet till en viss samhällsgrupp (Migrationsverket, 2016). Utöver den flyktingkonvention som finns ingår även två extra kategorier i svensk lag för skyddsbehövande och dessa två är; alternativt skyddsbehövande (EU-regler) eller övrigt skyddsbehövande. Den person som går under alternativ skyddsstatusförklarad (EU-regler) har risk för dödsstraff, kroppsstraff, tortyr eller allvarlig risk för att skadas i en väpnad konflikt. Den som enligt svensk lag går under den andra kategorin; övrigt skyddsbehövande, kan inte återvända till sitt hemland på grund av en väpnad konflikt eller svåra motsättningar i landet, fruktan för allvarliga övergrepp eller att en miljökatastrof i hemlandet har skett (Migrationsverket, 2016).

Den som är *asylsökande* i Sverige är i landet och har ansökt om skydd, det vill säga asyl, men har ännu inte fått sin ansökan om asyl avgjord (Migrationsverket, 2016). Enligt Dublinförordningen, som ändrades den 1 januari 2014, kan flyktingar endast söka asyl i Sverige om de inte redan har sökt asyl i ett annat EU-land, har vissa typer av uppehållstillstånd eller har fått visum. Den som sökt asyl, men som tillhör tidigare nämnda kategorier måste därför, enligt Dublinförordningen, åka tillbaka till det land där detta har utförts (Migrationsverket, 2016).

Begreppet *papperslösa* innebär människor som vistas i landet utan stöd av myndighetsbeslut eller författning, även barn som föds i Sverige av papperslösa föräldrar räknas till denna grupp. De människor som har sökt asyl och fått avslag, men väljer att stanna i landet är inte papperslösa utan *gömda flyktingar* (Migrationsinfo, 2013).

Flyktingsituationen i världen

Runt om i världen finns det ungefär 60 miljoner människor som flyr undan förföljelse, krig och konflikter, vilket är den högsta siffran någonsin enligt FN:s flyktingorgan, United Nation High Commission for Refugees (UNHCR). Störst anledning till det ökade antalet flyktingar senaste åren beror på kriget i Syrien som startade 2011. Syrien är för tillfället det land som har flest internflyktingar, men också är det land som flest flyktingar flyr ifrån. Hälften av Syriens befolkning har blivit tvingade att lämna sina hem. Under de senaste fem åren har många konflikter, minst 15, brutit ut i övriga världen; i Europa (Ukraina), Asien (Burma, Kirgizistan och Pakistan), Afrika (Burundi, Centralafrikanska republiken, Elfenbenskusten, Libyen, Mali, Nigeria och Sydsudan) och Mellanöstern (Jemen, Irak och Syrien). År 2014 ökade antalet flyktingar i Europa med 51% jämfört med året innan (2013) och Turkiet var det land som tog emot flest flyktingar då 1.59 miljoner flyktingar befann sig i Turkiet vid årsslutet 2014. Sverige tillsammans med Tyskland var de länder som tog emot flest asylsökningar i Europa. Ungefär 42 500 människor runt om i världen tvingas lämna sina hem varje dag och av dessa är hälften barn (UNHCR, 2015).

Migration kan delas in i tre faser, premigration, migration och postmigration. Under premigrationen kan många flyktingar ha bevittnat tortyr eller mord på släktingar, men också upplevt separation från familj. Många kan under premigrationen ha bott i flyktingläger. Migrationen i sig kan också ha inneburit påfrestningar då vägen till det nya landet inte alltid är enkel. Resultatet av dessa händelser som har skett i premigration och migration, kan leda till psykisk ohälsa och assimilering i det nya landet under postmigrationens fas (Berman, 2001).

Psykisk ohälsa

Flyktingar tenderar i jämförelse med människor med svenskt personnummer att ha fler riskfaktorer för psykisk ohälsa, vilket redovisas i en studie från (Sundvall, Tideman, Titelman, Runeson & Bäärnhjelm, 2015). Posttraumatisk stressyndrom, ångest och depression är tre psykiska störningar som är vanligt förekommande hos flyktingar (Bogic, Njoku & Priebe, 2015). Definitioner presenteras nedan.

Psykisk ohälsa existerar inom alla befolkningsgrupper, men är vanligare hos människor som har varit utsatta för psykisk eller fysisk påfrestning (Skärsäter, 2014) och psykisk ohälsa i form av ängsla, oro, ångest och sömnbesvär har ökat under 1990-talet och 2000-talet i Sverige (Socialstyrelsen, 2013). Hos individer med psykisk ohälsa ses även en ökad sjuklighet, vilket leder till ett större behov av den somatiska vården. Upplevelser och symtom kan visas på olika sett beroende på vilken kultur och vilket land människor kommer ifrån. Anledningen till psykisk ohälsa kan bero på en personlighet som gör individen extra sårbar och känslig, men individen kan också ha varit utsatt för stress och situationer som är svåra att hantera. Symptom såsom stress, oro och ångest kan uppstå i olika övergångsfaser eller händelser i livet och där faktorer som ekonomisk svårighet, en stressfull vardag, nedsatt självbestämmande,

brist på socialt stöd eller sämre förutsättningar till ett dugligt liv tillsammans med tidigare nämnda symtom skapar psykisk ohälsa (Skärsäter, 2014).

Oro är ett tillstånd som ofta uppkommer av överdriven kronisk rädsla för något och en känsla av olust och vanmakt. Somatiska symtom visar sig ofta som sömnsvårigheter, koncentrationssvårigheter, irritabilitet och huvudvärk (Skärsäter, 2014).

Ångest är en reaktion som kan vara normal på grund av spänning eller oro för ett hot. Tillståndet har då en orsak att uppkomma och det sympatiska nervsystemet aktiveras. Aktiveringen inkluderar ökad vakenhet, höjd puls, förhöjt blodtryck, ökad andningsfrekvensen, muskelspänning, svettningar och vidgade pupiller. Men ångest kan också vara en sjuklig reaktion då reaktionen inte har någon verklig anledning att uppkomma och det kan ge en upplevelse av kaos och förlust av kontroll. Ångest föder ångest, detta kallas förväntansångest och cirkeln som uppstår kan vara svår att bryta (Skärsäter, 2014).

Depression är sjuklig nedstämdhet vilket inte ska blandas ihop med normala stämningssvackor och är ett tillstånd som behöver behandling. Symtomen är nedstämdhet, hopplöshet, ångest, minskad energi, sviktande självkänsla och de som drabbas kan ha svårigheter att göra vardagliga sysslor, är mer aggressiva och känner minskad glädje. Koncentrationssvårigheter, tankar angående döden och suicid kan återkomma. De som drabbas av depression befinner sig ofta i stressade livsperioder och har genetiska, biologiska och psykologiska förklaringsmodeller (Skärsäter, 2014).

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) är ett tillstånd som innebär återupplevelse av ett trauma som tidigare har skett. Reaktionen kan uppstå både på dagen som starka minnesbilder och under natten som mardrömmar. De som lider av PTSD försöker ofta att undvika tankar och händelser som får dem att minnas traumat och symtomen kan både komma direkt efter traumat men även flera år senare. Somatiska besvär kan uppkomma, så som förhöjt blodtryck, smärtor i leder, magsår och huvudvärk, medan några av de vanligaste psykiska symtomen är; koncentrationssvårigheter, irritabilitet, och sömnstörningar (Skärsäter, 2014).

Prevalens av psykisk ohälsa hos flyktingar

Av Sveriges befolkning är ungefär 11% födda utomlands och många av dessa har en flyktingbakgrund. Enligt socialstyrelsen hade 84.5% av flyktingarna någon form av psykisk störning där depression och posttraumatisk PTSD var vanligast. Det framkom även i rapporten att 64% hade en traumatisk bakgrund som de inte tidigare hade pratat med sin läkare om även om de hade haft kontakt under flera år (Socialstyrelsen, 2015).

Ovanstående information stärks av studien från Allgulander (2014), som visade att år 2012 tog Sverige emot 44 000 asylsökningar och siffrorna fortsätter att öka hela tiden. Resultatet från en annan studie visade att av 148 asylsökande hade 117 PTSD, 24 var drabbade av annan psykisk ohälsa och enbart sju av de asylsökande bedömdes friska psykiskt. Studien gjordes endast på asylsökande då det är svårt att få statistik på alla flyktingar då många är papperslösa eller gömda (Ferrada-Noli, 1996).

Ur ett kortsiktigt historiskt perspektiv saknas det statistik av psykisk ohälsa hos flyktingar i många västerländska länder. Detta beror på att de människor som kom under 1990-talet sågs först som migranter, men när gränser till länder stängdes fortsatte människor att fly men

klassades istället som illegala immigranter. Vilket gör det är svårt att dokumentera prevalens av psykisk ohälsa då det inte finns vetenskap om hur många som befinner sig i landet. De studier som finns angående prevalens av psykisk ohälsa hos flyktingar är oftast utfärdade av enskilda kliniker och de flesta av dem är privata. Några epidemiologiska studier har genomförts men studier i Europa är ojämnt fördelat. Det finns till exempel aktuell statistik av psykisk ohälsa hos flyktingar i England, Nederländerna och Sverige, men saknas i länder som till exempel Belgien (Giovanni Carta, Bernal, Hardoy, Haro-Abad & “Report on the Mental Health in Europe” working group, 2005).

Typ av vård vid psykisk ohälsa

Vetenskaplig medicin, vilket även kallas *skolmedicin*, är vetenskapligt grundad forskning som är uppbyggd på diagnostik, vilket gör att en specifik prognos kan förutses. Vetenskaplig medicin är evidensbaserad vård och används bland annat i Sverige (Allgulander, 2014). Det är estimerat att enbart 20% av befolkningen i världen använder sig av denna metod för att bota ohälsa på grund av brist på tillgång och för att många inte förstår metoden. Istället används *folkmedicin/ alternativ medicin* där medicinmän och helbrägdagörare (andlig healer) anlitas. I Afrika och Asien uppskattas ungefär 80% av befolkningen använda sig av folkmedicin. I västvärlden förmodas att samma procenttal av befolkningen väljer att komplettera vetenskaplig medicin med folkmedicin. I denna typ av behandling används örter och delar av djur och metoden anses säkrare eftersom naturliga produkter används. Detta kan dock vara mycket farligt och kan leda till bland annat förgiftning. Folkmedicin är inte byggt på vetenskapliga metoder. Denna typ av läkekonst får inte användas, varken i tjänst eller privat, av svensk sjukvårdspersonal som har fått sin legitimation av Socialstyrelsen (Allgulander, 2014).

Stigma och psykisk ohälsa

Stigma är ett stort problem för dem som lever med psykisk ohälsa då det speglar de negativa stereotyperna av dem som lider av psykisk ohälsa, vilket i sin tur kan påverka individen även efter att dennes symtom har försvunnit. Självtigma innebär stigma som den drabbade personen själv ser som psykisk ohälsa och applicerar de negativa stereotyperna på sig själv. Känslor av skam, dålig självkänsla, få sociala relationer och mindre mening med livet kan vara kopplat till självtigma. Detta kan leda till att de personer med självtigma vid psykisk ohälsa ser sig själva som mindre värda än andra (Oliveira, Carvalho & Esteves, 2016). I en studie från Papadopoulos, Lees, Lay & Gebrehiwot (2004) beskrevs exempelvis att i den etiopiska kulturen kan stigma bli ett hinder till att söka vård för psykisk ohälsa då psykisk ohälsa kan ses som galenskap.

Rätt till vård

Sedan juli 2013 har papperslösa i Sverige samma rätt till hälso- och sjukvård som asylsökande, enligt *lag (2013:407) om Hälso- och sjukvård till vissa utlännningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd* har flyktingar rätt till vård. De som är under 18 år har rätt till samma vård som de barn och ungdomar som är bosatta i landet och vården för barn och ungdomar under 18 år är gratis. De personer som är över 18 år har rätt till vård som inte kan anstå, mödrahälsovård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning (Sveriges Riksdag, 2013). Begreppet “vård som inte kan anstå” har förtydligats i rapporten *Vård för Papperslösa* (2014), eftersom begreppet är otydligt. Vård ska ges på samma villkor som resten av

befolkningen i landet, alltså efter enskilt behov och i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. All annan behandling är oetisk och strider mot riksdagens antagna prioriteringsprinciper (Socialstyrelsen, u.å.).

I andra europeiska länder får många grupper med flyktingar, asylsökande och papperslösa inte tillgång till hälso- och sjukvård och därmed inte hjälp vid psykisk ohälsa, trots att de är en speciellt utsatt grupp (Giovanni Carta, et al., 2005).

Omvårdnad och bemötande vid psykisk ohälsa

I dags läget finns det ingen ömsesidig förståelse kring vad egentligen begreppet *omvårdnad* står för (Friberg, Öhlén, Ehrenberg, Wallin, Edberg & Wijk, 2009). Den grundläggande idén inom omvårdnad är att göra det som är gott och riktigt och det som anses vara gott och riktigt styrs av de befintliga normer och värderingar som präglar samhället. Vården ska sträva efter att bibehålla patientens integritet och värdighet. Då det goda och riktiga styrs av normer och värderingar kan diskussion uppstå om vad som är moraliskt "rätt" eller "fel". Sjuksköterskan har ett ansvar i relationen med patienten att ha förståelse för patientens beroende av sjuksköterskan och hälso- och sjukvården. Det är sjuksköterskans eget ansvar att mötet sinsemellan upplevs respektfullt (Öresland & Lützen, 2009). Omvårdnad kan beskrivas som en asymmetrisk relation där den som vårdar är den starkare individen och tar ansvar och är ledaren i förtroende av patienten. Den som vårdar, exempelvis en sjuksköterska, kan vårda antingen emancipatoriskt, vilket innebär att sjuksköterskan främjar patientens oberoende. Sjuksköterskan kan vårda manipulativt och som vårdare tar därmed sjuksköterskan bort patientens möjlighet att bestämma själv. Människa, hälsa, miljö och omvårdnad är centrala begrepp (Ternstedt & Norberg, 2009). Inom omvårdnad finns en teori som kallas omsorgsetisk teori vilket syftar till relationen av omsorg av patienter, anhöriga och medarbetare men innebär också ansvaret som finns inom sjukvården. Människor ska ses som unika individer och inte som exempelvis medlemmar till en viss grupp eller kultur. Omsorgsetik lyfter också frågor om makt och maktstrukturer och hur dessa strukturer påverkar våra val, beslut och handlingar i frågor om etnicitet, kön och klass (Öresland & Lützen, 2009).

Bemötande är ett viktigt begrepp inom vård och omsorg. Sjukvårdspersonal träffar på patienter med psykisk ohälsa inom alla vårdinstanser, och det är därför viktigt att kunna bemöta dessa patienter på ett gynnsamt sätt (Skärsäter, 2013). Ett bra bemötande kan främja hälsan vid psykisk ohälsa (Flores-Stevens, Pickett, Wilder Schaaf, Taylor, Gravely, Harold Van Houtben, Friedemann-Sánchez & Griffin, 2015). Den ökande migrationen i Europa innebär att större krav ställs på sjukvårdspersonal gällande etniska och kulturella olikheter och för att kunna bemöta flyktingarna på ett värdigt sätt behöver vårdpersonal få en kunskap om dessa etniska och kulturella förhållanden som är kopplat till varje individ (Allgulander, 2014).

Problemformulering

Tidigare forskning har beskrivit problematiken kring psykisk ohälsa hos flyktingar, men betydligt mindre forskning redovisar flyktingars erfarenheter av omvårdnad vid psykisk ohälsa i det nya landet. Att alla har rätt till en god och säker vård är för många människor i

Sverige och i andra i-länder en självklarhet, men för vissa grupper, i detta fall flyktingar, stämmer inte det alltid på grund av att det är utsatt grupp i samhället. Flyktingars perspektiv behöver därför lyftas för att kunna optimera bemötandet och vården vid psykisk ohälsa hos dessa individer i det nya landet.

Syfte

Flyktingars erfarenhet av omvårdnad vid psykisk ohälsa i det nya landet.

Metod

Den genomförda studien är en litteraturstudie vars avsikt är att kartlägga kunskapsläget inom det valda ämnet. Sökta artiklar granskas och analyseras för att kunna bidra med information som eventuellt kan påverka det praktiska vårdarbetet eller identifiera kunskapsluckor inom ämnet (Segesten, 2012). Litteraturstudien bygger på kvalitativ forskning för att kunna lyfta flyktingarnas perspektiv och öka förståelsen av erfarenheterna vid omvårdnad vid psykisk ohälsa och kvantitativ forskning för att kunna undersöka prevalens av flyktingars erfarenheter av omvårdnad vid psykisk ohälsa i det nya landet. Valet av att inkludera både kvantitativa och kvalitativa artiklar gjordes för att försöka få en så bred förståelse för det valda ämnet som möjligt.

Litteratursökning

Artikelsökningarna gjordes i databaserna Cinahl, PubMed och Scopus med sökorden "Experience", "Refugee", "Mental health" och "Care", se bilaga 1. Dessa sökningar genomfördes vid två tillfällen 2016-03-02 och 2016-03-03. Tillsammans med personal på biomedicinska biblioteket bearbetades sökorden fram utifrån syftet. Alla sökord är skrivna enligt MeSH-termer i PubMed och Scopus och enligt Cinahl Headings vid sökning i Cinahl. Artikelsökningen följer Östlundh's (2012) grundläggande söktekniker med trunkering, boolesk söklogik och sökhistorik. Sökorden "Experience", "Refugee" och "Care" trunkerades för att få med samtliga böjningsformer av orden i databaserna, medan sökordet "Care" i PubMed trunkerades med hela ordet, då sökträffen blev noll när "e" i "Care" togs bort. Då vetenskap är en färskvara (Östlundh, 2012) avgränsades sökningarna med tid samt med språk av praktiska skäl. Avgränsningen i tid var 10 år, då flyktingsituationen i världen har förändrats mycket de senaste åren och aktuell information till ämnet var önskvärd. Begränsning till ålder för deltagare i studier lades till för att utesluta artiklar om barn. Samtliga artiklars rubriker i sökträffarna lästes och därefter lästes relevanta abstrakt. Artiklar exkluderades och delades in i teman, se bilaga 2. Alla relevanta abstrakt från Cinahl exkluderades då artiklarna redan framkommit från sökningar i de andra databaserna.

Metodanalys

Litteraturstudien gjordes med en induktiv ansats där enbart litteratur observerades, alltså har inga egna observationer av verkligheten gjorts. Alla valda artiklar från litteratursökningen granskades med SBU:s (statens beredning för medicinsk och social utvärdering) granskningsmallar; för kvalitativ forskning och för observations studier för att säkerställa att

artiklarna höll en godkänd kvalitetsnivå. Båda författarna granskade och diskuterade artiklarnas resultat då fem återkommande teman framkom därefter gjordes en kontrollgranskning för att säkerställa teman.

Etiskt övervägande

Samtliga artiklar som användes till resultatet kontrollerades att de hade ett etikgodkännande, vilket samtliga artiklar som är underlag till litteraturstudien hade.

Resultat

Flyktingars erfarenhet av omvårdnad vid psykisk ohälsa i det nya landet kan beskrivas med fem teman; *synen på psykisk ohälsa och psykiatrins stigma, bemötande i vården, den västerländska vården och alternativvård, strukturella svårigheter* samt *flyktingars förslag till förbättring inom vården*. Antal artiklar som lyfter dessa teman presenteras nedan i tabell 1 tillsammans med dess subteman.

Tabell 1. Resultatöversikt

Subteman	Tema	Antal artiklar
Varför psykisk ohälsa uppkommer Söker för somatisk ohälsa Påverkan av familjen Inställning till behandling	Synen på psykisk ohälsa och psykiatrins stigma	11 av 12 artiklar
Diskriminering och rasism Missförstånd Positivt bemötande i vården	Bemötande i vården	6 av 12 artiklar
Inverkan av religion och tro Förtroende för andra kulturer	Den västerländska vården och alternativvård	6 av 12 artiklar
Språkbarriärer Ekonomiska svårigheter Upplevelse av okunskap hos sjukvårdspersonalen att bemöta flyktingar Stressfaktorer i det nya landet Okunskap och otillgänglighet Gemenskap som stöttar	Strukturella svårigheter	12 av 12 artiklar
Utbildning för nyanlända Personalutbildning Information om rättigheter och kostnader Stöttning	Flyktingars förslag till förbättring inom vården	8 av 12 artiklar

Synen på psykisk ohälsa och psykiatrins stigma

I majoriteten av de valda artiklarna (11 av 12 artiklar) beskrevs mer eller mindre utförligt, flyktingars stigma till psykisk ohälsa. Att så många artiklar valde att på något sätt nämna detta ämne, innebär att det är ett stort problem som ses i de flesta västerländska kulturer och samma stigma finns hos många olika nationaliteter ifrån olika delar av världen (Asgary & Segar, 2011), (Boise, Tuepker, Gipson, Vigmenon, Soule & Onadeko, 2013), (Cook, Shannon, Vinson, Letts & Dwee, 2015), (Durbin, Lin, Moineddin, Steele & Glazier, 2014), (Fenta, Hyman & Noh, 2006), (Hauck, Corr, Lewis & Oliver, 2012), (Jensen, Johansen, Kastrup, Krasnik & Norredam, 2014), (Leavey, Guvenir, Haase-Casanovas & Dein, 2007), (Palmer, 2006), (Slewa-Younan, Mond, Bussion, Melkonian, Mohammad, Dover, Smith, Milosevic, & Jorm, 2015) och (Wong, Marshall, Schell, Elliott, Hambarsoomians, Chun & Berthold, 2006).

Varför psykisk ohälsa uppkommer

I artikeln av Asgary & Segar (2011) beskrevs hur psykisk ohälsa är starkt stigmatiserat hos deltagarna i undersökningen. Deltagarna ansåg inte att psykisk ohälsa är ett medicinskt problem eller att denna slags ohälsa inte var ett resultat av tidigare missförhållanden och därför sökte inte informanterna vetenskaplig medicinsk vård. Fenta et al. (2006) redovisade att etiopiska flyktingars anledning till att drabbas av psykisk ohälsa och vilken behandling som borde ges, skiljde sig mest åt i jämförelse med den västerländska kulturen. I vissa delar av Etiopien trodde informanterna att varje individ har en högre helig agent som fungerade som skydd för hela familjen. I de här etniska grupperna förklarades psykisk ohälsa som en störning mellan person och helig agent och behandlingen som behövs ansågs därför vara ritualer eller helbrägdagörare och inte hälso- och sjukvård. Andra anledningar till ohälsa kunde bero på religiösa övertygelser om att personen hade övertagits av onda andar.

Inom vissa asiatiska kulturer, i det här fallet kambodjaner, beskrev informanterna att psykisk ohälsa är en personlig svaghet och därmed inte en sjukdom (Wong et al., 2006). Andra förklaringsmodeller till mentala störningar sågs bland annat i många afrikanska länder som galenskap eller brist på kontroll (Palmer, 2006). Det var inte heller vanligt i afrikansk kultur att prata om små stressfaktorer såsom i västvärlden, och som i sin tur kunde ackumulera sig och då leda till psykisk ohälsa. Däremot kunde stressfaktorer var för sig lättare hanteras än när de är ett flertal och tillsammans leda till psykisk ohälsa. Professionell hjälp kunde då behövas (Boise et al., 2013). Även artikeln skriven av Hauck et al. (2012) visade på att afrikaner undvek att diskutera känslomässig stress, vilket också leder till okunskap om psykisk ohälsa hos dessa flyktingar.

En annan förklaringsmodell till psykisk ohälsa var genetiska, och en turkisktalande man beskrev att han hade ärvt problemen ifrån sin pappa som led av svaga nerver. Medan en annan man i samma studie beskrev sin psykiska ohälsa som att kroppen misslyckades att fungera som den ska (Leavey et al., 2007).

Söker vård för somatisk ohälsa

I studien av Fenta et al. (2006) undvek de flyktingar som var drabbade av psykisk ohälsa oftast att gå till hälso- och sjukvården för att få hjälp och behandling. Enligt Asgary & Segar's studie (2011), när flyktingar väl sökte sig till sjukvården var det för ospecifika somatiska symtom, vilket ledde till hinder för behandling av källan till problemet (Asgary & Segar,

2011). Många somalier som genomgick en utredning beskrev symtom som flash backs, mardrömmar, huvudvärk, koncentrationssvårigheter och en känsla av att vara vilse och sökte på dessa grunder och inte på grund av psykisk ohälsa. En av informanterna beskrev att han inte kände sig normal och att han trodde att han höll på att bli galen (Palmer, 2006). Leavey et al. (2007) beskrev i sin studie att de deltagarna som var turkisktalande antingen inte visste vad som var felet med dem, utan istället beskrev stress, ångest och depression. Många beskrev även somatiska symtom såsom smärta, svettningar, yrsel och svaghet (Leavey et al. 2007).

Påverkan av familjen

I studien från Palmer (2006) upplevde flyktingarna som var drabbade av psykisk ohälsa att de inte fick stöd av familj och människor som stod dem nära. De valde därför ofta att dölja sin psykiska ohälsa av rädsla för förödmjukelse eller att bli stigmatiserade. Istället föredrog de att behålla alla problem inom sig, vilket ledde till att den psykiska ohälsan blev sämre och risk för suicid eller suicidförsök ökade (Palmer, 2006). Men trots att personerna inte berättade om sitt tillstånd, kunde ibland familjemedlemmar se att de behövde hjälp av något slag (Leavey et al., 2007). Trots rådande stigma fann Slewa-Younan et al. (2015) det relativt vanligt att familjemedlemmar följde med till en psykiatriker.

Inställning till behandling

Några av de flyktingar som hade blivit behandlade för psykisk ohälsa beskrev att de inte var bekanta med denna slags diagnos innan de själva blev diagnostiserade (Jensen et al., 2014). En deltagare från Asgary & Segar's studie (2011) hade tidigare fått psykiatrisk vård under arrest, men inte fullföljt sin behandling av antidepressiva läkemedel, då hon inte förstod varför medicinen skulle tas. Hon ansåg också att medicinen inte hade tillräckligt bra effekt och kunde inte heller betala för läkemedlet. En annan deltagare begick ett suicidförsök istället för att söka hjälp för sina psykiska problem, för att han kände att psykiatrisk vård endast är ämnat för personer som är galna. Trots okunskap var vården för psykisk ohälsa uppskattad av några av deltagarna (Asgary & Segar, 2011).

Många av flyktingarna som kom till västvärlden var drabbade av PTSD. Informanter bar en stor skam och stigma och delade därför inte med sig av information och upplevelse av psykiska trauman eller tidigare missförhållanden (Asgary & Segar, 2011).

”My brother recently got laid off from his work. He has three children. He is distressed and is going in to depression. Because culturally we don't talk about depression issues, this is very difficult for him to get help.” (Boise et al, 2013, s. 372)

De som berättade om sitt tillstånd och fick behandling, uppskattade den inte alltid på grund av stigma (Asgary & Segar, 2011).

Bemötande i vården

Diskriminering och rasism

Av de tolv artiklarna förekom temat *bemötande i vården* i sex av dessa. Känslan av diskriminering relaterat till etnicitet eller ras framkom i fem av dessa sex artiklar där även bemötande var en del av resultatet (Asgary & Segar, 2011), (Boise et al., 2013), (Hauck et al., 2012), (Jensen et al., 2014), (Palmer, 2006) och (Wong et al., 2006). I studien av Asgary &

Segar (2011) upplevde några flyktingar och asylsökande diskriminering, och de trodde att de skulle ha fått bättre vård om de vore amerikaner. Afrikanska flyktingar blev bemötta med rasistiska attityder och diskriminering i studierna av Boise et al. (2013) och i studien av Hauck et al. (2012). Somalier upplevde specifik rasism gentemot sin egen etnicitet i bemötandet i vården (Palmer, 2012).

”You are African, you are Black, you are considered not to have money, you are considered not to understand... this is what we need to consider here... There is an underlying factor here that says, because of who she was, it was more easy for them to understand her out without consideration... You are from Africa... they are going to assume you don’t have the money... they are going to try to give you the minimum.” (Boise et al., 2013, s. 374)

Flyktingar och immigranter uttryckte att systematiska påtryckningar utan eller tillsammans med rasistiska attityder ledde till att personal inte behandlade dem som en hel person, utan som nykomlingar i botten av den sociokulturella ordningen (Boise et al., 2013). Wong et al. (2006) presenterade i studien om barriärer till utnyttjandet av psykiatrin av kambodjanska flyktingar i USA, att 15% av deltagarna förväntade sig att bli bemötta med rasistisk- eller etnisk diskriminering när de söker vård för psykisk ohälsa.

Missförstånd

Flyktingar upplevde att missförstånd i samband med bemötandet från vårdpersonal kunde bero på tidsbrist, att ingen hade tid att lyssna på vad de hade att berätta, men även att läkare tenderade att antingen prata för fort eller att prata till dem som om de vore barn (Boise et al., 2013). Känslan av att inte bli förstådd och att vårdpersonal inte lyssnade på vad de som flyktingar har att säga framkom även i studien av Palmer (2006).

Ett par patienter upplevde att deras beteende och uttalande blev överdrivna av vårdpersonal i syfte att passa in i medicinska symtom och diagnoser, vilket ledde till missförstånd hos patienterna gällande diagnosen som vårdpersonal satt. Ett flertal patienter menade också att vissa vårdprofessioner hade ett överdrivet fokus på medicinering och att andra aspekter av deras liv blev ignorerade och kände därmed att tillståndet var feltolkat (Jensen et al., 2014).

Upplevda negativa möten med vårdpersonal kunde kopplas till missförstånd på grund av att personalen inte kunde förstå patientens perspektiv. Vissa patienter kände sig dessutom avvisade från systemet när personal inte tog deras problem på allvar (Jensen et al., 2014). En patient upplevde att vårdpersonalen blev frustrerade när de inte förstod patienten på grund av kultur och språk och detta menade patienten ledde till att vårdpersonalen hastade igenom vården (Asgary & Segar, 2011).

Positivt bemötande i vården

Även positiva interaktioner i bemötandet av flyktingar inom vården beskrevs, till exempel i studien av Asgary & Segar (2011) där flera av flyktingarna var överens om att vårdpersonalen som de mötte i USA för de mesta var trevliga och försökte att göra sitt bästa. Bemötandet kunde också kopplas till rättigheter och en av flyktingarna förklarade att i USA vet de sina rättigheter och där kunde de som patienter välja att säga ja eller nej till vissa saker. Vårdpersonalen i USA kunde fråga patienten hur denne mådde, vilket inte var vanligt förekommande i dennes hemland och upplevdes positivt (Asgary & Segar, 2011). Kontinuitet visade sig vara viktigt för att skapa en god kontakt med vårdpersonal och när en god kontakt

med personalen fanns kunde detta hjälpa patienterna att ta sig igenom svåra situationer (Jensen et al., 2014).

Den västerländska vården och alternativvård

Inverkan av religion och tro

I granskning av artiklar visade det sig att flera populationer av flyktingar hade lågt förtroende för den västerländska vården och därmed sökte sig till alternativvård. Enligt Slewa-Younan et al. (2015) har religiösa ledare en viktig betydelse för irakiska flyktingar, och de redovisar fyra primära hjälpkällorna som irakiska flyktingar använde sig av vid psykisk ohälsa; familjemedlemmar (27.2%), psykiatriker (16.1%), primärvård (14.4%) och psykolog (13.8%). Av de irakiska flyktingarna hade 6.5% någon gång sökt hjälp för psykisk ohälsa hos religiösa ledare eller en manlig präst. Dock ökade antalet, till 10.8%, som sökte hjälp hos religiösa ledare om de hade en trolig PTSD (Slewa-Younan et al., 2015). En annan studie visade att etiopier som led av psykisk ohälsa också sökte alternativvård, 9.1% sökte hjälp hos religiösa ledare och 4.3% hos traditionella helbrägdagörare. Totalt av samtliga deltagare i studien sökte 5% psykiatrisk vård och 8% sökte någon form av alternativvård, vilket visar att etiopier hade högre sannolikhet att söka traditionella helbrägdagörare än traditionell västerländsk psykiatriskvård vid psykisk ohälsa. En jämförelse mellan könen gjordes och kvinnor sökte i något större utsträckning än män icke-medicinsk hjälp för emotionella eller psykiska problem (Fenta et al., 2006). I en annan studie av Leavey et al. (2007) sökte en patient till "hocas" (turkiska religiösa folkhelbrägdagörare) då han inte trodde att de engelska läkarna skulle förstå vad han menade om han sökte hjälp för spirituella energier och ville därför inte diskutera detta med engelska läkare eftersom de enbart enligt honom var intresserade av symtom. I mer traditionella familjer eller de familjer som inte har påverkats lika mycket av den västerländska kulturen hade patienten svårare att avgöra när och vilken typ av hjälp som ska sökas vid psykisk ohälsa (Leavey et al., 2007).

Enligt artikeln av Palmer (2006) var den alternativa vården kopplat till religion. Somaliska flyktingar fann copingstrategier i religion eller andra traditionella medel då en del av de som blev intervjuade i studien såg ohälsa som Allahs vilja. Enligt en av dem som blev intervjuade var det Allah som bestämde och visste allt och endast Allah skulle kunna bestämma vad som skulle hända i syfte till ohälsan (Palmer, 2006).

I nedanstående citat ges ett exempel på hur en individ visade stark tillhörighet till religion relaterat till psykisk ohälsa, men visade även tillit till sjukhusvård:

"Of course this is because of God. I mean, God gives you these problems but the also gives remedy. I now have these problems but there are also hospitals. I know that I havet hese problems as a result of stress, depression, accumulation, but I also know that they will make me feel better." (Leavey et al., 2007, s. 264)

Förtroende för andra kulturer

Flyktingar tenderade också att ha ett lågt förtroende till den västerländska vården för psykisk ohälsa då vården i USA bland annat beskrevs av en informant som korrupt och enbart driven av pengar och en annan menade att läkare endast ville tjäna pengar. Andra flyktingar i studien hade lågt förtroende för läkarens kompetens i USA, då de inte trodde att de inte skulle känna till de vanligaste förekommande sjukdomarna som fanns i deras hemländer (Asgary & Segar,

2011). I motsatts till tidigare studie beskriver Wong et al. (2006) att endast 5% av kambodjanska flyktingar tyckte att asiatisk vård var bättre och 4% trodde inte att västerländsk vård skulle kunna hjälpa dem vid psykisk ohälsa.

Strukturella svårigheter

I samtliga av de valda artiklarna beskrevs strukturella barriärer (språkbarriärer, ekonomiska svårigheter, okunskap hos sjukvårdspersonalen, stressfaktorer i det nya landet, otillgänglighet och okunskap samt gemenskap som stöttar), vilket tyder på att detta är ett stort och betydande problem för flyktingar inom hälso- och sjukvård i det nya landet (Asgary & Segar, 2011), (Boise et al., 2013), (Cook et al., 2015), (Durbin et al., 2014), (Fenta et al., 2006), (Hauck et al., 2012), (Jensen et al., 2014), (Leavey et al., 2007), (Palmer, 2006), (Slewa-Younan et al., 2015) (Toar, O'Brien & Fahey, 2009) & (Wong et al., 2006). Svårigheterna som uppstod var sammanhängande och svåra att helt särskilja och de fanns på olika nivåer; individ-, personal- och samhällsnivå (Asgary & Segar, 2011).

Språkbarriärer

En av de största och mest avgörande strukturella svårigheterna som beskrevs i samtliga studier var språkbarriärer. Bland annat beskrevs problemet med ett begränsat utbud av kvalificerade tolkar och speciellt till de språk som användes av minoriteter. Samtidigt upplevdes problem att när det väl fanns tolkar var de underutnyttjade. Ibland användes därför familjemedlemmar som tolkar vilket inte var en bra lösning, på grund av otillräckligt med medicinska kunskaper och den personliga kopplingen till patienten. En deltagare uttryckte att hon tyckte det var problematiskt när hennes man eller barn översatte information angående hennes privata angelägenheter. När de väl fanns tolkar var de underutnyttjade (Asgary & Segar, 2011).

Flyktingar ifrån Afrika upplevde att de försökte så gott de kunde kommunicera med läkaren eller annan sjukvårdspersonal på engelska, trots att det kanske var deras fjärde språk. De kände att personalen inte tog den tiden som behövdes för att förstå hur de kände och se till att informationen var rätt förstådd. Ofta fick de en känsla att personalen pratade med dem som om de inte förstod någonting, vilket var mycket förnedrande (Boise et al., 2013).

En beskriven brist var att informationen som fanns, i form av broschyrer eller annan skriftlig information, oftast inte fanns översatt till det språk som behövdes. Om en tolk med rätt språk fanns tillgänglig, var det vanligt att översättningen skedde via telefon, vilket i sig var en källa till missuppfattning (Boise et al., 2013). Tolkar kunde vara mycket dyra att anlita, vilket ledde till att endast större sjukhus hade tolkar för fler språk att tillgå, medan små sjukhus inte hade samma möjligheter (Hauck et al., 2012).

Även om rätt tolk fanns kunde översättningen bli fel på grund av att andra ord användes i olika språk. Ett exempel till detta var somalier som fick psykiatrisk vård i England, med hjälp av tolk. På somaliska användes inte ord som till exempel depression eller stress och var därför svåra att översätta. Istället användes andra ord, men de betydde inte samma sak och kunde därför lätt misstolkas. De andra orden som användes istället var snarare kopplade till kultur och religion än psykisk ohälsa. Därför sågs västerländsk psykiatrisk vård som något mycket främmande och det var lättare att vända sig till sin traditionella lösning på problemet, trots att tolkar fanns tillgängliga (Palmer, 2006).

Boise et al. (2013) redovisar att det kan bli problem om tolken kommer ifrån samma område som personen som behövde hjälp med översättning, vilket kunde leda till problem då det fanns en stor rädsla att privata angelägenheter skulle spridas till resten av människorna i det samhället via tolken.

Ekonomiska svårigheter

I USA hade flyktingar tillgång till hälso- och sjukvård de åtta första månaderna (Cook et al., 2015). De höga kostnaderna i USA för vård och otillgänglighet av försäkring var ett stort problem. En deltagare beskrev att läkaren alltid sa att de inte borde oroa sig för pengar, för att hälsan är mycket viktigare, men deltagaren uttryckte att läkaren inte förstår situationen de befinner sig i. Trots att de ibland hade önskemål om att teckna en försäkring för att få tillgång till sjukvård, var inte detta möjligt eftersom de var i landet illegalt (Asgary & Segar, 2011). I studien från Boise, beskrev flyktingarna att innan de kom till USA hade de drömmar och höga förhoppningar om att livet skulle bli lätt och USA kallades *landet med alla resurser*. Men när de väl kom fram beskriver de hur de får kämpa mycket för att bara få tillgång till det allra nödvändigaste som mat, kläder, och att kunna försörja familjen i USA och i hemlandet. Att tänka längre än så och oroa sig för sin hälsa och hälsosystemet beskrevs som överväldigande och skrämmande och resultatet visade att många av flyktingarna hade sökt vård men hade blivit avvisade för att de inte hade försäkring eller att de hade fått stora problem när räkningen senare kom på posten. Detta ledde till att många inte sökte vård trots att det var ett akut läge (Boise et al., 2013).

I andra länder som till exempel de nordiska länderna var majoriteten av tjänsterna inom hälso- och sjukvård gratis för flyktingar. Men för att kunna få gratis uppföljning av en psykiatriker behövdes en remiss ifrån en allmänläkare, vilket patienterna beskrev var väldigt svårt att få. Därför fick många betala själva och behövde därefter avsluta behandlingen då de inte längre kunde betala den summan (Jensen et al., 2014). Även i England var viss hälso- och sjukvård gratis för flyktingar, dock visade studien skriven av Leavey et al. (2007) att flyktingarna var skeptiska till gratis sjukvård, eftersom gratis sjukvård i deras hemländer ansågs vara av dålig standard.

Upplevelse av okunskap hos sjukvårdspersonalen att bemöta flyktingar

De flesta flyktingar i Asgary & Segar's studie (2011), upplevde att sjukvårdspersonalen inte hade tillräckligt med kompetens gällande deras kultur och behov. De beskrev hur personalen inte var vana att möta flyktingar som led mycket av skam och misstro på grund av tidigare livshändelser och trauman och blev därför inte bemötta på ett korrekt sätt (Asgary & Segar, 2011).

"...I am tired. The problem is the general practitioner. I have problem communicating. He gives me 2 minutes without hearing, and medication. It's not perfect. I don't feel better. He doesn't understand." (Palmer, 2006, s. 51)

Att förstå olika kulturer, livsstilar, historia och värderingar ansågs mycket viktigt enligt informanterna så som till exempel den kulturella angelägenheten (som är baserad på religiösa lagar och normer) som förbjuder kvinnor att bli behandlade av manlig personal (Boise et al., 2013).

Förebyggande vård och kontinuerlig vård var ovanligt eller icke-förekommande i många länder som inte var västerländska, och informanterna var vana att enbart söka vård när det verkligen behövdes (Asgary & Segar, 2011). Hauck et al. (2012) menade att uppföljning från flyktingars första besök inom hälso- och sjukvård var mycket bristfällig och flyktingar ansåg till och med att detta var ett av de största problemen inom sjukvården i USA. Även kommunikationen vid uppföljning av sjukhusvistelse sågs problematisk då utbildningsmaterialet inte fanns på ett förståeligt språk för många. De flesta flyktingar var inte vana vid dagligt intag av mediciner och därför togs de inte, de uteblev även vid uppföljningsmöten, då de inte förstod varför de skulle komma tillbaka. Ovanstående misstag beskrevs bero på personalens okunskap då de inte enligt Hauck et al. (2012) involverade sig tillräckligt i patientens förståelse och hade kunskap, så att dessa misstag kunde undvikits.

En man ifrån Turkiet förklarade att när han blev frisk och doktorn sa att han kunde gå, så gick han, men trots att han hade så många experter inom ämnet runt omkring sig sa ingen till honom att han kunde bli sjuk igen och därför behövde komma på uppföljning (Jensen et al., 2014).

Stressfaktorer i det nya landet

Så gott som alla aspekt i livet var annorlunda i jämförelse med hemlandet och det uppstod många nya faktorer i vardagen som ledde till stress hos informanterna (Boise et al., 2013). Basala behov som att ha någonstans att bo, mat för dagen och ett arbete var inte självklart för alla, och framförallt inte för en utsatt grupp som flyktingar. Flyktingar ansåg ofta att det var viktigare att fokusera sin energi och tid på att uppnå sina och sin familjs basala behov och valde därför bort att uppsöka sjukvård. Många beskrev också en stor press från familjemedlemmar på hemmaplan som ville ha och förväntade sig ekonomisk stöttning ifrån det nya landet (Asgary & Segar, 2011).

”We expect when we come to America, everything is going to be easy, very easy to get, the land of resources. But we soon find out we are struggling to make ends meet, just to make enough money to fulfill our basic needs, such as eating, dressing up, and supporting our family here and in Ethiopia. So to go beyond that and worry about our health, and how to navigate the bigger world outside is quite overwhelming and frightening.” (Boise et al., 2013, s. 372)

Många var rädda för att uppsöka sjukvård på grund av rädsla för att bli arresterade och/ eller utvisade för att de inte hade rätt pappershandlingar eller inte kunde betala kostnader och därmed fick konsekvenser. De trodde att sjukhuset kommer att ge behandling trots att de inte betalade men att personalen kommer att göra en anmälan efteråt. Detta var en av anledningarna till varför flyktingar endast valde att uppsöka hjälp vid nödsituationer då inget annat alternativ fanns. Okunskap hos många flyktingar ledde till att de blandade ihop sjukvårdssystemet med immigrationssystemet, att auktoriteter inom båda systemen hade samma rättigheter att verkställa beslut gällande flyktingars rätt att befinna sig i landet. En flykting beskrev hur hon först behövde få ordning på sina papper och sedan kunde hon ta hand om sin hälsa (Asgary & Segar, 2011).

Okunskap och otillgänglighet

I den amerikanska studien var det brist på grundläggande information som afrikanska flyktingar behövde angående hälso- och sjukvård. Den bristfälliga information som de fått reda på var genom vänner som var där eller från dem tidigare hade varit i landet (Boise et al.,

2013). Många flyktingar uttryckte att de inte visste att det fanns kliniker de kunde besöka och som inte kostade något, särskilt kliniker där psykisk ohälsa behandlades. De beskrev också att de inte visste att sjukvårdspersonal inte borde fråga om deras pappershandlingar eller födelsebevis (Asgary & Segar, 2011).

Några kvinnor beskrev att sjukvård var otillgänglig för att de inte kunde bli inskrivna på ett sjukhus och anledningen till varför de inte kunde stanna på sjukhuset var för att de inte hade någon som kunde ta hand om deras barn under den tiden de var borta. En annan kvinna beskrev att hon inte litade tillräckligt mycket på familjen för att ge dem ansvaret för sina barn (Jensen et al., 2014).

Gemenskap som stöttar

Att ha kommit till ett nytt land helt själv eller endast med sin närmaste familj gjorde att det inte fanns någon som kunde hjälpa till att navigera i det nya samhället gällande samhällssystem och hälso- och sjukvårdssystem. Informanterna beskrev att social stöttning från en gemenskap visade sig göra den stora skillnaden för många (Asgary & Segar, 2011).

I artikeln från Boise et al. (2013) beskrevs begreppet Mahber, vilket var ett namn på en gemenskap som bestod av sex etiopiska familjer, som hade immigrerat till USA. Varje månad donerade familjerna pengar till Mahber som sedan användes om någonting (till exempel dödsfall eller sjukdom) skulle drabba någon i gruppen (Boise et al., 2013).

Även i Canada fanns exempel på flyktingar som hade svårigheter med att navigera i det nya hälso- och sjukvårdssystemet, men istället för personer i nära anknytning beskrevs andra som hade tagit initiativ för att hjälpa de nykomna flyktingarna. Det var immigreringsorgan, samhällsorganisationer och familjemedlemmar, som stöttade, men det innebar också att kvaliteten på hjälpen varierade mycket (Fenta et al., 2006).

Flyktingars förslag till förbättring inom vården

Resultatet från Wong et al.'s studie (2006) visade att det var viktigt att både utveckla och förbättra kulturella barriärer, som stigma, diskriminering, rasism och misstro till sjukvården och strukturella barriärer inom psykiatrisk omvårdnad av flyktingar (Wong et al., 2006). Dessa förbättringar skulle enligt informanter i en studie kunna ske inom statliga- och icke-statliga myndigheter, medicinska och rättsliga organisationer (Asgary & Segar, 2011).

Utbildning för nyanlända

Att utbilda de nyanlända i hur hälso- och sjukvårdssystemen fungerar var ett stort önskemål från informanterna, och förklara att dessa system inte var ihopkopplade med immigrationssystemet till exempel. Informanterna önskade också bättre kunskap om vilka rättigheter de hade och vilka resurser som fanns att tillgå i det nya landet. Det kunde vara i form av tillgång till arbete, språklektioner eller seminarium som tog upp ett specifikt ämne, till exempel hur en sund livsstil uppnås. Hjälpen önskades i form av information och stöd av icke-statliga organisationer och av statliga myndigheter kombinerat, eftersom endast statliga myndigheter inte upplevdes var tillräckligt (Asgary & Segar, 2011). Det fanns även en önskan om att utbildningen också riktar sig mer specifikt mot sjukvården till exempel hur tid bokas för undersökning, information om mediciner, recept, hur betalning fungerar och på ett effektivt sätt kontakta sjukvårdspersonal (Boise et al., 2013). Även språkutbildning kunde

göra att flyktingarna blir mer integrerade i både samhället och systemet och därmed bli lättare för både personal och patient (Slewa-Younan et al., 2015).

”Doctors also can direct us and help us to know our rights. Government should give us a pamphlet or classes so we know our rights and services available.”
(Asgary & Segar, 2011, s. 516)

Personalutbildning

Enligt artiklarna behövde sjukvårdspersonalen även bättre utbildning för att uppnå en så kallad kulturell kompetens. Att ha mer kunskap gällande religion, livsåskådningar, värderingar och förväntningar, kunde hjälpa personalen att involvera patienten i sin egen situation och hälsa (Boise et al., 2013). Hälso- och sjukvårdspersonal ansågs även behöva speciell utbildning för att kunna hantera traumatiska händelser som många flyktinggrupper har varit utsatta för. Därför var det viktigt att sjukvårdspersonalen lärde sig att prata om dessa händelser och dess påverkan på den psykiska hälsan för att kunna hjälpa patienterna. Vilken kunskap som ska ingå i utbildningen för vårdpersonal beror helt på vilken population de normalt har hand om. Vidare beskrev Cook et al. (2015) genom att ha grundläggande kunskaper om kultur och historia får sjukvårdspersonal och patient en bättre relation som bygger på tillit. Ett exempel från den studien var från karen flyktingar som beskrev att de kunde öppna sig och berätta om de tragiska och traumatiska händelser som de har varit med om i det premigration stadiet (Cook et al., 2015).

Information om rättigheter och kostnader

Relaterat till de höga kostnaderna i USA önskade några flyktingar att få reda på hur mycket varje sak kommer att kosta för att själva kunna avgöra om de känner att de vill genomgå undersökning eller behandling. Andra förslag till förbättring var att läkaren ska ha mer kunskap och kunna berätta för flyktingarna vilka rättigheter de har och var de kan vända sig för hjälp (Asgary & Segar, 2011).

Stöttning

Flyktingar önskade också få hjälp med att starta gruppdiskussioner angående psykisk hälsa och ohälsa för att kunna dela åsikter, erfarenheter och copingstrategier. Dessa diskussioner skulle ta plats i den kulturella gemenskapen (Cook et al., 2015). En somalisk ledare beskrev att gruppen behövde få tillgång till rådgivning, stöttning och en plats där de kan samlas (Palmer, 2006).

Diskussion

Metoddiskussion

Uppgiften var att göra en litteraturstudie inom något av sjuksköterskans arbetsområden och valet av ämne är relevant utifrån uppgiftens kriterier. När syftet var klart gjordes en tydlig projektplan, vilket underlättade arbetet och processen. Tydliga exkluderingskriterier under artikelsökningen och urvalsförfarandet användes enligt Östlundh (2012). De artiklar som var relevanta efter att ha läst enbart abstraktet valdes som underlag till resultatet, vilket minskar risk för vinkling av resultatet. Information till resultatet kan då inte förutbestämmas genom att välja de artiklar som anses passa, vilket leder till att trovärdigheten ökar. När 12 artiklar

var utvalda gjordes en noggrann artikelgranskning som var nödvändig för det fortsatta arbetet. Både kvalitativa och kvantitativa inkluderades för att undvika att ämnet avgränsades allt för mycket, vilket är risken om endast en metod nyttjas. Genom att använda artiklar som utgår från olika metoder ges möjligheten till ett bredare perspektiv på information. Samtliga artiklar var av medelhög eller hög kvalitet enligt SBU:s granskningsmallar, vilket ger större reliabilitet till den aktuella studiens slutresultat.

Ett etiskt övervägande till studien gjordes. För att artiklarna skulle vara godkända att använda till studiens resultatet krävdes det att resultatartiklarna var etiskt godkända, vilket bland annat innebär att deltagarna ska ha anonymitetsskydd om det önskas. Studien har skrivits utifrån allmänna etiska principer om korrekt och fullständig redovisning utifrån de källor som har använts (Carlsson, 1997).

I de artiklar som granskades fanns en stor variation gällande ursprungsland och därmed vårdkontext, vilket kan ses som en styrka då det är en stor variation på länder och vårdssystem. Dock utgick inga av studierna i svensk sjukvård, vilket är en svaghet. Trots detta kan det finnas en viss överförbarhet då vården och rådande situationen som beskrivs i artiklarna är likvärdig den i Sverige. Resultatet från samtliga studier beskriver flyktingarnas åsikter och erfarenheter av vården på ett liknande sätt oberoende på till vilket västerländskt land de kommer till.

Det sammanfattande teman som beskrivs utifrån granskade artiklar kunde lätt identifieras då flera artiklar tar upp samma ämnen. Eftersom resultatet har övergripande teman kan dessa behövas reflekteras kring i många västerländska länder. Alla teman har också en tydlig koppling till det syftet som valts att undersökas.

Resultatdiskussion

Studiens fem teman kan delas in ytterligare; i individ-, organisations- och samhällsnivå. De två teman som lyfter bemötande och stigma kan ses utifrån individnivå, vilket är den nivå som speglar mötet mellan patient, sjuksköterska och anhöriga. Det är på individnivå som den enskilda sjuksköterskan kan göra förbättringar och skapa positiva möten. Två av de andra teman (den västerländska vård och alternativvård samt strukturella svårigheter) lyfter problematik på organisations- och samhällsnivå. Det femte temat, flyktingars förslag till förbättring inom vården, ger förslag till förbättring på individ-, organisations- och samhällsnivå. De resultat som är på organisations- och samhällsnivå kommer inte att lyftas i resultatdiskussionen, trots intressanta resultat, då denna studie riktas till sjuksköterskor på en individnivå. De resultat som framkom inom organisations- och samhällsnivå är dock viktiga för sjukvårdspersonal att känna till för att öka samarbetet mellan samhället, organisation och vårdpersonal.

Förväntningar

Medvetenhet finns om att det lätt blir kulturkrockar när människor möts på ett intimt sätt som görs i hälso- och sjukvården. Dock förväntades inte att flyktingarna nästan enbart tar upp negativa aspekter och förväntningar på västerländsk sjukvård och bemötande (Asgary & Segar, 2011), (Boise et al., 2013), (Hauck et al., 2012), (Jensen et al., 2014), (Palmer, 2006) och (Wong et al., 2006).

Eftersom flyktningimmigrationen har ökat dramatiskt de senaste åren (Socialstyrelsen, 2015), kan detta påverkat sjukvårdspersonalens åsikter och attityder. I en studie från Sverige (Kalengayi, Hurtig, Nordstrand, Ahlm & Ahlberg, 2015) beskriver sjuksköterskor hur deras arbetsmiljö har blivit extremt komplex och därmed stressad på grund av arbetsuppgifter de inte har tillräcklig kunskap om. Sjuksköterskors åsikter påverkar både patienterna, övrig personalen och sättet de hanterar situationer de inte är vana vid gällande bemötandet och vården av flyktingar (Kalengayi et al., 2015). Samtidigt är flyktingar en känslig grupp där psykisk ohälsa ofta förekommer, vilket gör att de blir extra mottagliga för intryck (Allgulander, 2014).

Stigma

Resultatet av studien har visat att det finns en utbredd stigma hos flyktingarna då temat förekom i 11 av 12 artiklar (Asgary & Segar, 2011), (Boise et al., 2013), (Cook et al., 2015), (Durbin et al., 2014), (Fenta et al., 2006), (Hauck et al., 2012), (Jensen et al., 2014), (Leavey et al., 2007), (Palmer, 2006), (Slewa-Younan et al., 2015) och (Wong et al., 2006). Eftersom stigma är såpass utbredd kan slutsatsen dras att självstigma också kan förekomma hos flyktingarna, vilket skulle kunna innebära att den här gruppen individer ser sig själva som mindre värda än andra människor något som styrks av Oliveira et al.'s (2016) teori om självstigma. Studien har visat att psykisk ohälsa kan vara starkt förknippat med galenskap och att detta i sig skulle kunna leda till att en ökad skam för sin sjukdom uppkommer och att flyktingar därmed väljer att inte söka vård för psykisk ohälsa (Papadopoulos et al., 2004) och (Palmer, 2006). Utifrån detta resultat är det viktigt att vårdpersonal som möter flyktingar vågar fråga om psykisk ohälsa för att inte öka den redan befintliga stigmat och den eventuella skam som psykisk ohälsa kan bära med sig. Denna slutsats stärks av Shannons studie (2014) som bygger på flyktingars råd om hur personal kan kommunicera med flyktingar om deras psykiska ohälsa. Studien visade att det var viktigt att inleda direkta konversationer om psykisk ohälsa och att ge flyktingar utbildning om psykisk ohälsa (Shannon, 2014). Aktuell litteraturstudie beskriver också idéer på vad flyktingar själva har förslag på för åtgärder som kan minska den stigma som finns (Cook et al., 2015), (Palmer, 2006) och (Jensen et al., 2014). Dessa förslag (till exempel utbildning för nyanlända flyktingar) är viktiga att ta till vara på då de är till för att hjälpa andra flyktingar som befinner sig i samma situation. Ytterligare förslag från informanterna var att flyktingar skulle ha en gemensam knutpunkt i samhället där de kan samlas och få tillgång till stöttning och rådgivning av varandra. Knutpunkten kan också fungera som ett forum där de kan dela med sig av sina egna åsikter, erfarenheter och copingstrategier kring psykisk ohälsa. På en sådan knutpunkt kan förslagsvis vårdpersonal och sjuksköterskor få mycket användbar information om hur de kan arbeta för att både hjälpa flyktingarna och hur ett arbete mot stigmat kan föras (Cook et al., 2015). Genom att ha gemensamma mål och sträva efter personcentrerad vård kan sjuksköterskor arbeta efter de sex kärnkompetenserna (personcentrerad vård, säker vård, informatik, samverkan i team, evidensbaserad vård och förbättringskunskap) som ingår i sjuksköterskeprofessionen. Detta leder till att vårdens kvalitet och säkerhet kan öka (Cronenwett, Sherwood, Barnsteiner, Disch, Johnson, Mitchell, Sullivan & Warren, 2007).

Att flyktingar får utbildning och kunskap om sin psykiska ohälsa och behandling är viktigt, och även att motivera flyktingarna till uppföljning och förståelse av behandling för att de inte ska bli sjuka igen och därmed öka deras compliance. Annan forskning som både styrker och förkastar detta antagande är studien av Noordraven, Wierdsma, Blanken, Bloemendaal & Mulder (2016) som menar att låg insikt och hög motivation kan öka compliance till

medicinering vid psykos. Samtidigt fann Noordraven et al. (2016) att insikt och hög motivation vid psykos ledde till mindre compliance för medicinering av psykos. Detta innebär att om undervisning om diagnos och behandling ger en högre motivation än insikt skulle det kunna innebära att flyktingar får en högre compliance och förståelse, något som eventuellt kan bidra till en minskad självstigmatisering.

Litteraturstudien fann att undervisning av familjemedlemmar från vårdpersonalen kan vara av betydelse eftersom det har visat sig att de flyktingar som är drabbade av psykisk ohälsa inte känner att de får tillräckligt med stöd från sina familjer och andra människor som står dem nära på grund av en rädsla för förödmjukelse och/ eller av stigma. Undervisning av familjemedlemmar kan ge en mer familjecentrerad omvårdnad och med hjälp av familjecentrerad omvårdnad menar Benzein, Hagberg & Saveman (2009) att familjens interna och externa resurser kan identifieras och frigöras, vilket i sin tur kan stärka patienten. Trots att de som är drabbade inte känner att de får tillräckligt med stöd från sin nära omgivning (Palmer, 2006) visade en annan studie att det ändå är vanligt att ta med sig en familjemedlem till en psykiatriker eller sjukvården (Slewa-Younan et al., 2015). När familjemedlemmar följer med till olika vårdinstanser kan det vara ett bra tillfälle att erbjuda någon form av utbildning om psykisk ohälsa. Det kan innebära att dela ut en broschyr som med kort och enkel information beskriver vad psykisk ohälsa innebär och vilken hjälp som finns och att det inte är något som är ovanligt. Kontaktuppgifter om var de kan vända sig vid besvär av psykisk ohälsa är också mycket användbart. Rätten till individanpassad information stöds av hälso- och sjukvårdslagen 1982:763 (Sveriges Riksdag, 2015). Förhoppningsvis skulle detta leda till att stigma minskar i de olika flyktinggrupperna, men också i samhället och inom vården.

Då många flyktingar som intervjuades i studierna inte söker psykisk vård utan istället väljer att vända sig till den somatiska vården för ospecifika somatiska besvär som kan förekomma vid psykisk ohälsa, som exempelvis huvudvärk, kan screening inom den somatiska vården och primärvården vara av stor betydelse för att upptäcka de flyktingar som redan vid ankomst mår psykiskt dåligt. Detta antagande styrks av Spont, Williams, Kehle-Forbes, Nieuwsma, Mann-Wrobel & Gross (2015) som menar att alla som har varit med om någon form traumatiskt event eller populationer som har en högre risk för PTSD ska screenas för detta. Screening kan då vara ett bra sätt att fånga upp dem som känner att något är fel eller som några av flyktingarna valde att beskriva det "att bli galen", men som trots detta ändå inte väljer att söka vård för psykisk ohälsa på grund av stigma (Palmer, 2006). Screening kan därför innebära att de individer som lider av psykisk ohälsa får behandling tidigare och den risk för isolering och morbiditet som finns inom denna grupp sjukdomar skulle reduceras.

När det talas om stigma och psykisk ohälsa är det viktigt att ha en förståelse för att upplevelser av psykiska symtom kan visas på olika sätt beroende på vilken kultur och vilket land som personen kommer ifrån. För att kunna ha en sådan förståelse bör personal vara medvetna om sina egna värderingar och tankar kring psykisk ohälsa (Whiteley, Kurtz & Cash, 2016).

Bemötande

Psykisk ohälsa förekommer inom alla olika vårdinsatser och det är av stor betydelse att sjukvårdspersonal vet hur de ska bemöta dessa individer, speciellt nu när det också är en ökad flyktingström i Europa. Den ökade flyktingströmmen kommer att påverka sjukvården i Sverige och det är därför viktigt att veta hur vi ska bemöta dessa människor som kommer hit för att söka skydd. Som tidigare nämnts lider många flyktingar av psykisk ohälsa och det är

svårt att säga vad som är "rätt" eller "fel" i ett bemötande, eftersom alla människor präglas av olika normer och värderingar beroende på vilket land eller kultur som personen kommer ifrån (Skärsäter, 2013).

Denna studie har lyft problematiken med maktstrukturer i bemötandet med flyktingar och där en emancipatorisk vård inte har främjats eftersom många flyktingar upplever diskriminering och rasism. Det är viktigt att bemöta dessa individer på ett värdigt sätt då de är en utsatt grupp i samhället och lever i otrygga miljöer och har känslor av att vara i botten av en sociokulturell ordning (Boise et al., 2013). Varje individ som söker vård ska kunna känna trygghet och att de har lika mycket rätt att söka vård som vilken annan person i Sverige enligt hälso- och sjukvårdslagen (Sveriges Riksdag, 2015). Att ett stort antal flyktingar upplever eller förväntar diskriminering och rasism när de söker vård för psykisk ohälsa (Asgary & Segar, 2011), (Boise et al., 2013), (Hauck et al., 2012), (Jensen et al., 2014), (Palmer, 2006) och (Wong et al., 2006) är oroväckande. Sjuksköterskans ansvar beskrivs i patientsäkerhetslagen 2010:659, att vården ska ske i samråd med patienten för att denne ska känna sig trygg genom att visa omtanke och respekt (Sveriges Riksdag, 2016).

Det var viktigt att inte utesluta patientens kunskap, utan involvera patientens perspektiv och även inkludera information angående psykiskt tillstånd, diagnos och behandling (Jensen et al., 2014). Hauck et al. (2012) beskrev att bara genom att lyssna till vad sin patient vill berätta och ge denne tid, kunde sjukhuspersonal lära sig väldigt mycket. Tillsammans kunde de skapa tillit och respekt till varandra, vilket är mycket viktigt vid ett terapeutiskt möte. Jensen et al. (2014) stärkte detta påstående och tillade att när sjukhuspersonal visar intresse för patientens situation, kan hjälpa till att stärka banden mellan personal och patient. Palmer (2006) tillade att om personalen istället inte har den här kunskapen kan den psykiatriska behandlingen leda till mer skada än nytta.

Det är viktigt att personal gör sitt bästa för att försöka förstå flyktingens perspektiv för att minska risken för missförstånd. En konklusion av flyktingars erfarenheter vid omvårdnad av psykisk ohälsa är att det är av betydande roll att personal visar att det försöker förstå och lyssnar på vad de har berätta (Boise et al., 2013). För att omvårdnaden och bemötandet ska lyckas behöver personalen lyssna och se hela individen och dess situation eftersom situationen som flykting innebär mycket oro. En personcentrerad vård skulle därför kunna hjälpa, då denna vård utgår från att sjuksköterskor får tid till att se hela personen (i detta fall flyktingen) och främja dennes autonomi och medbestämmande, kan minska risken för missförstånd och negativa möten i vårdmiljön. Att personcentrerad vård kan främja autonomi, medbestämmande och bättre vård stärks av Ekman, Swedberg, Taft, Lindseth, Norberg, Brink, Carlsson, Dahlin-Ivanoff, Johansson, Kjellgren, Lidén, Öhlén, Olsson, Rosén, Rydmark & Sunnerhagen (2011). Detta sätt att arbeta på syftar till att se hela personen med dennes historia, styrkor och svagheter (Ekman et al., 2011), vilket kan vara ett bra sätt, då flyktingar ofta befinner sig i komplex situation och kan ha upplevt traumatiska händelser.

För att ge bra förutsättning för att minska missförstånd och kunna öka förståelsen för flyktingars perspektiv bör personal så fort som möjligt beställa tolk, även om personen pratar lite engelska (Bischoff, Bovier, Isah, Francoise, Ariel & Louis, 2003). Engelska kan i vissa fall vara ett tredje eller fjärde språk och det kan därmed vara svårt att göra sig förstådd eller att förstå vad personal egentligen menar när de pratar om diagnoser och behandlingar (Boise et al., 2013).

En studie har visat att mycket diskriminering och rasism förekommer och endast i en av artiklarna nämnde flyktingar att personal är trevliga och försöker göra sitt bästa för att hjälpa (Asgary & Segar, 2011). Detta är något som vårdpersonal behöver ta till sig och föra vidare. Den egna insatsen och att satsa på att ge ett gott bemötande kan ha stor betydelse för den enskilde flyktingen, vilket visade sig i Asgary & Segar's studie (2011). Detta lyfter sjuksköterskans betydelse på individnivå inom vården. Om ett bra bemötande mot flyktingar finns kanske flyktingar så småningom vågar söka vård i större utsträckning för psykisk ohälsa.

Sjuksköterskans ansvar till förbättring och möjligheter till implementering i vården

Det är många flyktingar som kommer till västerländska länder nu och det sker en stor kulturell förändring inom vården. Det är viktigt att det inte enbart är flyktingar som behöver anpassa sig till det nya landet. Även sjukvårdspersonal måste anpassa sig och möta flyktingars förståelse och behov, vilket är i enlighet med ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Svensk Sjuksköterskeförening, 2014). Det är viktigt att sjuksköterskor tar eget ansvar för att få mer förstående för andra kulturer, levnadssätt och förhållning till sjukvården. Därmed uppnå högre grad av kulturell kompetens. Dock måste personalen också ha förståelse för att de aldrig kommer lära sig alla språk eller förstå alla kulturer eftersom det finns väldigt många olika. Även om det finns en förståelse om en kultur så betyder det inte att alla personer inom den kulturen tänker och uppfattar allting likadant. Det finns trots allt lika många sätt att tänka som det finns människor på jorden. Ekman et al. (2011) förklarar att detta innebär att sjuksköterskor och sjukvårdspersonal ska respektera alla människor oberoende på var de kommer ifrån, fokusera på personcentrerad vård och anpassa sig till varje individ och se till just dennes resurser och behov.

I artikel skriven av Xiao, Willis & Jeffers (2014) stöds våra tankar angående ökad multikulturell personal. De beskriver hur sjuksköterskor med andra kulturella bakgrunder påverkar de lokala sjuksköterskorna i Australien. De immigrerade sjuksköterskorna bidrar med ökad förståelse till varför vissa patienter beter sig som dem gör. I studien berättar en multikulturell sjuksköterska att hon blev kontaktad av en lokal sjuksköterska på grund av språksvårigheter och kulturkrock med en patient. Patienten var en äldre postoperativ patient som var vilsen och försökte ta sig ur sin säng trots att han inte var tillräckligt stabil för det så nära inpå operationen. Han kunde inte det lokala språket, som i det här fallet var engelska. Det framkom till slut att han bara ville ringa till sin familj för att berätta att han mådde bra. Den multikulturella sjuksköterskan förhindrade genom sin hjälp att patienten fick mer lugnande mediciner. Genom att anställa personal som har olika bakgrund och tidigare erfarenheter kan leda till att det blir mindre främmande med andra kulturer. Detta gynnar personerna inom personalgruppen eftersom de kan lära av varandras kulturer och positiva interaktioner i grupperna leder till större förståelse för varandra. Det främjar också relationen mellan personal och patienter. Personalen har en större förståelse för olika kulturer och patienter känner sig tryggare med mångkulturell personal och vårdssystemet i ett nytt land. De kan relatera till någon i personalen trots att det inte alltid är just den personalen som tar hand om eller ansvarar för patienten. Att få stöttning på sitt språk och känna tillhörighet till någon på avdelningen kan underlätta för alla parter. Detta leder till att tilliten ökar till personal och vårdssystem och förhoppningsvis resulterar det i en bättre upplevelse för både personal och patient (Xiao et al., 2014).

För att kunna möta alla dessa människor som kommer från olika kulturer och i vissa fall från länder där det är krig, behöver sjuksköterskor kunskap och utbildning i hur de ska bemöta flyktingar. Att utbilda sjuksköterskor kan leda till en ökad förståelse för flyktingar med psykisk ohälsa och deras utsatta position i samhället (Cook et al., 2015). Detta tydliggörs i en studie med svenska sjuksköterskor som visade att efter sjuksköterskorna hade fått utbildning och träning i bemötande med flyktingar ökade deras förståelse för nykomna flyktingar och deras psykiska ohälsa (Bäärnhielm, Edlund, Loannou & Dahlin, 2014). Kunskap om flyktingars rätt till vård har visat sig svikta hos den vårdpersonal som flyktingar möter. Det är viktigt att sjukvårdens personal känner till att flyktingar ska få vård på samma villkor som resten av befolkningen i landet och att allt annat är oetiskt och strider mot riksdagens antagna prioriteringsprinciper (Socialstyrelsen, u.å.).

Förslag till förbättring inom vården för flyktingar där sjuksköterskor kan ha en betydande roll är att använda screening för att upptäcka psykisk ohälsa, och med screening som verktyg kan sjuksköterskan lättare upptäcka vilka som är i behov av hjälp. Screeningen kan göras när individen söker vård för somatiska symtom på primärvård, sjukvårdsavdelningar eller akutmottagningar. Screening för psykisk ohälsa stöds av socialstyrelsen som skriver att screening kan utföras både hos grupper med känd eller okänd risk för psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, u.å.). Hollifield, Verbillis-Kolp, Farmer, Toolson, Woldehaimanot, Yamazaki, Holland, St. Clair & SooHoo (2013) menar att Refugee Health Screener-15 som är ett screeningsverktyg för nyanlända flyktingar är en effektiv screener för de vanliga psykiska sjukdomarna hos flyktingar. Att screena för psykisk ohälsa hos flyktingar är ett bra och effektivt sätt för att upptäcka de personer som annars inte skulle blivit upptäckta i vården. Optimalt skulle vara om alla flyktingar kommer till Sverige blir erbjudna en screening för psykisk ohälsa. Detta kan vara svårt att få igenom i praktiken då det för tillfället är väldigt många som kommer och det finns begränsade resurser. Det är däremot viktigt att grundutbildade sjuksköterskor känner till att det finns verktyg så som Refugee Health Screener-15 att använda för att undersöka om en flykting eventuellt lider av psykisk ohälsa.

Vidare arbete och forskning

För att förbättra den rådande situationen för flyktingar med psykisk ohälsa i relation till bemötande inom vården behövs ytterligare forskning inom ämnet som fokuserar på flyktingars upplevelser och åsikter, då speciellt från Sverige och Skandinavien eftersom ingen forskning hittades därifrån. Det är också ett eget ansvar för sjukvårdspersonal att förbättra situationen genom sin attityd och genom att lyfta ämnet med andra kollegor och människor i sin närhet.

Slutsatser

Det finns för tillfället många flyktingar i Sverige och många flyktingar behöver vård på grund av psykisk ohälsa. De slutsatser som kan dras av aktuell studie bygger på fem återkommande teman som flyktingar beskriver gällande sina erfarenheter av omvårdnad vid psykisk ohälsa; *synen på psykisk ohälsa och psykiatrins stigma, bemötande i vården, den västerländska vården och alternativvård, strukturella svårigheter samt temat flyktingars förslag till förbättring inom vården*. Av dessa fem var två teman (synen på psykisk ohälsa och psykiatrins stigma och temat bemötande i vården) på individnivå där sjuksköterskor själva

kan ta ansvar och arbeta för att förbättra situationen. Sjuksköterskor och vårdpersonal behöver aktivt arbeta med att förbättra bemötandet av flyktingar och försöka minska den psykiska ohälsans stigma. Två teman (den västerländska vården och alternativvård samt strukturella svårigheter) som förekom i studien var på en organisationsnivå, vilket betyder att vården behöver förändras. Det sista temat var *flyktingars förslag till förbättring inom vården*, vilket är viktigt att ta till vara på för det fortsatta arbetet till förbättring inom omvårdnad. Vidare forskning av flyktingars erfarenheter av omvårdnad behövs för att kunna sprida kunskap om rätt bemötande och hantering av stigma inom vården.

Referenslista

Allgulander, C. (2014). *Klinisk psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.

Asgary, R. & Segar, N. (2011). Barriers to Health Care Access among Refugee Asylum Seekers. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 22(2), 506-222. doi: 10.1353/hpu.2011.0047

Berman, H. (2001). Children and war: current understandings and future directions. *Public health nursing*. 18(4), 243-252.

Benzein, E., Hagberg, M. & Saveman, B-I. (2009). Familj och sociala relationer. F., Friberg & J., Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder - perspektiv och förhållningssätt*, (s. 70-71). Lund: Studentlitteratur.

Bogic, M., Njoku, A. & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 15:29. doi: 10.1186/s12914-015-0064-9

Bischoff, A., Bovier, P. A., Isah, R., Francoise, G., Ariel, E. & Louis, L. (2003). Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Social Science & Medicine*, 57. 503-512.

Boise, L., Tuepker, A., Gipson, T., Vigmenon, Y., Soule, I. & Onadeko, S. (2013). African Refugee and Immigrant Health Needs: Report From a Community-Based House Meeting Project. *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action*, 7(4). doi:10.1353/cpr.2013.0045

Bäärnhielm, S., Edlund, A-S., Loannou, M. & Dahlin, M. (2014). Approching the vulnerability of refugees: evaluation of cross-cultural psychiatric training of staff in mental health care and refugee reception in Sweden. *BMC Medical Education*, 14:207

Carlsson, B. (1997). *Grundläggande forsknings metodik – för medicin och beteendevetenskap*. (s. 55-61). Stockholm: Liber.

Cook, T. L., Shannon, P. J., Vinson, G. A., Letts, J. P. & Dwee, E. (2015). War trauma and torture experiences reported during public health screening of newly resettled Karen refugees:

a qualitative study. *BMC International Health & Human Rights*, 15(8). doi: 10.1186/s12914-015-0046-y

Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., Sullivan D. T. & Warren, J. (2007). Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55(3), 122-131. doi: 10.1016/j.outlook.2007.02.006

Durbin, A., Lin, E., Moineddin, R., Steele, L. S. & Glazier, R. H. (2014). Use of mental health care for nonpsychotic conditions by immigrants in different admission classes and by refugees in Ontario, Canada. *Open Medicine*, 8(4), 136-146.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I-L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, J-E., Rosén, H., Rydmark, M. & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-Centered Care - Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10, 248-251. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008

Fenta, H., Hyman, I. & Noh, S. (2006). Mental health Service Utilization by Ethiopian Immigrants and Refugees in Totonto. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(12), 925-934. doi: 10.1097/01.nmd.0000249109.71776.58

Ferrada-Noli, M. (1996). *Post-traumatic stress disorder and suicidal behavior in immigrants to Sweden*. Akademisk avhandling. Stockholm: Karolinska Institutet.

Flores-Stevens, L., Pickett, T. C., Wilder Schaaf, K. P., Taylor, B. C., Gravely, A., Harold Van Houtben, C., Friedemann-Sánchez, G. & Griffin, J. M. (2015). The Relationship between Training and Menatl Health among Caregivers of individuals with Polytrauma. *Behavioural Neurologi*. 1-13. doi: 10.1155/2015/185941

Friberg, F., Öhlén, J., Ehrenberg, A., Wallin, L., Edberg, A-K. & Wijk, H. (2009). Inledning. F., Friberg, J., Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder - perspektiv och förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur.

Giovanni Carta, M., Bernal, M., Hardoy, M. C., Haro-Abad, J. M. & “Report on the Mental Health in Europe” working group (2005). Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1(13), 1-16. doi:10.1186/1745-0179-1-13

Hauck, F. R., Corr, K. E., Lewis, S. H. & Oliver, M. N. (2012). Health and Health Care of African Refugees: An Underrecognized Minority. *Journal of the National Medical Association*, 104(1-2), 61-71.

Hollifield, M., Verbillis-Kolp, S., Farmer, B., Toolson, E. C., Woldehaimanot, T., Yamazaki, J., Holland, A., St. Clair, J. & SooHoo, J. (2013). The refugee Health Screener- 15 (RHS-15): development and validation of an instrument for anxiety, depression, and PTSD in refugees. *General Hospital Psychiatry*, 35, 202-209.

Jensen, N. K., Johansen, K. S., Kastrup, M., Krasnik, A. & Norredam, M. (2014). Patient Experienced Continuity of Care in the Psychiatric Healthcare System - A Study Including

Immigrants, Refugees and Ethnic Danes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17;11(9), 9739-9759. doi: 10.3390/ijerph110909739

Kalengayi, F. K. N., Hurtig, A-K., Nordstrand, A., Ahlm, C. & Ahlberg, B. M. (2015). 'It is a dilemma': perspectives of nurse practitioners on health screening of newly arrived migrants. *Global health action*, 8(1). doi: 10.3402/gha.v8.27903

Leavey, G., Guvenir, T., Haase-Casanovas, S. & Dein, S. (2007). Finding Help: Turkish-speaking Refugees and Migrants with a History of Psychosis. *Transcultural Psychiatry*, 44(2), 258-274.

Migrationsinfo. (2013). *Papperslösa*. Hämtad 2016-03-15, från <http://www.migrationsinfo.se/migration/sverige/papperslosa/>

Migrationsverket. (2016). *Asylregler*. Hämtad 2016-03-14, från <http://www.migrationsverket.se/Privatpersoner/Skydd-och-asyl-i-Sverige/Att-ansoka-om-asyl/Asylregler.html>

Migrationsverket. (2016). *Du kan inte välja vilket land som prövar din asylansökan (Dublinförordningen)*. Hämtad 2016-03-14, från <http://www.migrationsverket.se/Privatpersoner/Skydd-och-asyl-i-Sverige/Att-ansoka-om-asyl/Du-kan-inte-valja-vilket-land-som-provar-din-asylansokan-Dublinforordningen.html>

Noordraven, E. L., Wierdsma, A. I., Blanken, P., Bloemendaal, A. F. T. & Mulder, C. L. (2016). Depot-medication compliance for patients with psychotic disorders: the importance of illness insight and treatment motivation. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 269-274.

Oliveira, S. E. H., Carvalho, H. & Esteves, F. (2016). Internalized stigma and quality of life domains among people with mental illness: the mediating role of self-esteem. *Journal of mental health*, 25(1), 55-61. doi: 10.3109/09638237.2015.1124387

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, 45-56.

Papadopoulos, I., Lees, S., Lay, M. & Gebrehiwot, A. (2004). Ethiopian refugees in the UK: migration, adaptation and settlement experiences and their relevance to health. *Ethnicity & Health*, 9(1), 55-73. doi: 10.1080/1355785042000202745

Segesten, K. (2012). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. F., Friberg (Red.), *Dags för uppsats, vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 97-100). Lund: Studentlitteratur.

Shannon, P. J. (2014). Refugees' advice to physicians: how to ask about mental health. *Family Practice*, 31(4), 462-466. doi: 10.1093/fampra/cmu017

Skärsäter, I. (2013). Psykisk ohälsa. I Edberg & Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder - Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Skärsäter, I. (2014). Psykisk ohälsa. I Edberg & Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder - Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Slewa-Younan, S., Mond, J. M., Bussion, E., Melkonian, M., Mohammad, Y., Dover, H., Smith, M., Milosevic, D. & Jorm, A. F. (2015). Psychological trauma and help seeking behaviour amongst resettled Iraqi refugees in attending English tuition classes in Australia. *International Journal of Mental Health Systems*, 20;9:5. doi: 10.1186/1752-4458-9-5

Socialstyrelsen. (2013). *Folkhälsan i Sverige*. Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen. Årsrapport 2013. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (u.å.). *Screening för depression och ångestsyndrom kan antingen genomföras i grupper utan känd risk för psykisk sjukdom eller i kända riskgrupper*. Hämtad 2016-04-12, från <https://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerfordepressionochangest/centralarekommendationer/screening>

Socialstyrelsen. (u.å.). "Vård som inte kan anstå". Hämtad 2016-03-14, från <http://www.socialstyrelsen.se/vardochomsorgforasylsokandemedflera/halso-ochsjukvardochtandvard/vilkenvardskaerbjudas/vardsomintekanansta>

Socialstyrelsen. (2015). *Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter - ett kunskapsunderlag för primärvården*. Stockholm: Socialstyrelsen

Spoont, M. R., Williams, J. W., Kehle-Forbes, S., Nieuwsma, J. A., Mann-Wrobel, M. C. & Gross, R. (2015). Does Patients Have Posttraumatic stress Disorder? Rational Clinical Examination Systematic Review. *The Rational Clinical Examination*, 314(5), 501-510. doi: 10.1001/jama.2015.7877

Sundvall, M., Tideman, D. H., Titelman, D. E., Runeson, B. & Bäärnhielm, S. (2015). Assessment and treatment of asylum seekers after a suicide attempt: a comparative study of people registered at mental health services in a Swedish location. *BMC Psychiatry*, 15:235, 1-11. doi: 10.1186/s12888-015-0613-8

Svensk Sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2016-04-12, från <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Etik/ICNs-Etiska-kod-for-sjukskoterskor/>

Sveriges Riksdag. (2015). *Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)*. Hämtad 2016-04-11, från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

Sveriges Riksdag. (2013). *Lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd*. Hämtad 2016-03-14, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2013407-om-halso--och-s_sfs-2013-407/?bet=2013:407

Sveriges Riksdag. (2016). *Patientsäkerhetslag (2010:659)*. Hämtad 2016-04-12, från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/

Toar, M., O'Brien, K. K. & Fahey, T. (2009). Comparison of self-reported health & healthcare utilisation between asylum seekers and refugees: an observational study. *BMC Public Health*, 30;9:214. doi: 10.1186/1471-2458-9-214

Ternstedt, B-M. & Norberg, A. (2009). Omvårdnad ur ett livscykelperspektiv. F., Friberg, J. & Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder - perspektiv och förhållningssätt* (s. 29-32). Lund: Studentlitteratur.

UNHCR. (2015). *60 miljoner på flykt - den högsta siffran någonsin*. Hämtad 2016-03-14, från <https://sverigeforunhcr.se/blogg/60-miljoner-pa-flykt-den-hogsta-siffran-nagonsin>

Whiteley, A. D., Kurtz, D. L. M. & Cash, P. A. (2016). Stigma and Developmental Disabilities in Nursing Practice and Education. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(1), 26-33. doi: 10.3109/01612840.2015.1081654

Wong, E. C., Marshall, G. N., Schell, T. L., Elliott, M. N., Hambarsoomians, K., Chun, C-A. & Berthold, S. M. (2006). Barriers to Mental Health Care Utilization for U.S: Cambodian Refugees. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1116-1120. doi: 10.1037/0022-006X.74.6.1116

Xiao, L. D., Willis, E. & Jeffers, L. (2014). Factors affecting the integration of immigrant nurses into the nursing workforce: A double hermeneutic study. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 640-653. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.08.005

Öresland, S. & Lützen, K. (2009). Etiska stigar och moraliska vandringar. F., Friberg & J., Öhlén. *Omvårdnadens grunder - perspektiv och förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur.

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. F., Friberg (Red.), *Dags för uppsats, vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 57-79). Lund: Studentlitteratur.

Bilagor

Bilaga 1 Exklusionskriterier

Exkluderingar i databas PubMed	Antal artiklar
Barn, tonåringar, barndom, förlossning, moderskap	2
Review	3
Ej riktad mot flyktingar	4
Ej i det nya värdlandet	6
Fel länk i databas	5
Äldre än 10år	18
Endast kvinnor	10
Ej flyktingars perspektiv	8
Somatisk ohälsa	4
Språk	1
<u>Totalt:</u>	<u>61</u>

Exkluderingar i databas Scopus	Antal artiklar
Barn, tonåringar, barndom, förlossning, moderskap	9
Review	2
Psykiska ohälsans prevalens/Ej upplevelser av vården	11
Ej om flyktingar	8
Ej i det nya värdlandet	3
Fel länk i databas	1
Samma som i PubMed/ Cinahl	3
Endast kvinnor	3
<u>Totalt:</u>	<u>40</u>

Exkluderingar i databas Cinahl	Antal
Barn, tonåringar, barndom, förlossning, moderskap	6
Review	1
Psykiska ohälsans prevalens/Ej upplevelser av vården	6
Ej om flyktingar	3
Ej flyktingars perspektiv	2
Samma som Scopus/ PubMed	4
<u>Totalt:</u>	<u>22</u>

Bilaga 2 Söktabell

Datum Databas	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstrakt	Granskade artiklar	Valda artiklar
160302 Scopus	refugee*, car*, experience*, "mental health",	adult, year 2005-, english language, limits to keyword; mental health, refugee, refugees	45	20	5	Boise, L., Tuepker, A., Gipson, T., Vigmenon, Y., Soule, I. & Onadeko, S. (2013) Fenta, H., Hyman, I. & Noh, S. (2006) Hauck, F. R., Corr, K. E., Lewis, S. H. & Oliver, M. N. (2012) Palmer, D. (2006) Slewa-Younan, S., et al. (2015)

Datum Databas	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstrakt	Granskade artiklar	Valda artiklar
160302 PubMed	refugee* AND mental health AND experience* AND care*	age: all adult, full text	68	39	7	<p>Asgary, R. & Segar, N. (2011)</p> <p>Cook, T. L., Shannon, P. J., Vinson, G. A., Letts, J. P. & Dwee, E. (2015)</p> <p>Durbin, A., Lin, E., Moineddin, R., Steele, L. S. & Glazier, R. H. (2014)</p> <p>Jensen, N. K., Johansen, K. S., Kastrup, M., Krasnik, A. & Norredam, M. (2014)</p> <p>Leavey, G., Guvenir, T., Haase-Casanovas, S. & Dein, S. (2007)</p> <p>Toar, M., O'Brien, K. K. & Fahey, T. (2009)</p> <p>Wong, E. C., et al. (2006)</p>

Datum Databas	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstrakt	Granskade artiklar	Valda artiklar
160303 Cinahl	refugee* AND mental health AND experience* AND car*	peer reviewed, age: all adult	22	4	-	-

Bilaga 3 Artikelöversikt

Författare: Asgary, R. & Segar, N.

Titel: Barriers to Health Care Access among Refugee Asylum Seekers.

År: 2011

Journal: Journal of Health Care for the Poor and Underserved

Land: USA

Syfte: Finna barriärer till hälsovården för asylsökande flyktingar.

Metod: Kvalitativ. 35 asylsökande från 19 länder i Afrika och Asien och 15 stycken personal. Fem fokusgrupper med totalt 14 asylsökande och 21 semistrukturerade intervjuer med asylsökande. Intervjuer med personal.

Resultat: 10 problemområden. Mental ohälsa, misstro och uppfattad diskriminering inom vården och sjukvård vid endast akut behov är tre av de olika områden för svårigheter med att söka sjukvård som asylsökande. Presenterar förslag och lösningar från asylsökande och personal.

Antal citeringar: 3

Impact factor: 0.53

Kommentar och bedömning av kvalitet: Bedömd enligt SBU:s granskningsmall av kvalitativ forskningsmetodik, patientupplevelser. Medelhög kvalitet. Bra och tydligt redovisade resultat. Resultat relevant till ämne. Resultat avviker ej från tidigare studier.

Författare: Boise, L., Tuepker, A., Gipson, T., Vigmenon, Y., Soule, I. & Onadeko, S.

Titel: African Refugee and Immigrant Health Needs: Report From a Community-Based House Meeting Project.

År: 2013

Journal: Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action

Land: USA

Syfte: Samla data angående vilket behov och vilka hinder som finns för sjukvård hos den afrikanska befolkningen. Göra en plan för framtida program.

Metod: Kvalitativ. 56 afrikanska flyktingar och immigranter från 14 olika länder. Community-based participatory research (CBPR). Nio husmöten (fokusgruppsobservationer).

Resultat: Tre huvudgrupper hittades. 1. Ett hektiskt liv i USA. 2. Svårigheter att få tillgång till sjukvård. 3. Sjukvårdspersonal har ingen förståelse och respekt för afrikansk behov av sjukvård, deras kultur och tidigare livserfarenheter.

Antal citeringar: 1

Impact factor: 0.42

Kommentar och bedömning av kvalitet: Bedömd enligt SBU:s granskningsmall av kvalitativ forskningsmetodik, patientupplevelser. Medelhög studiekvalitet. Intressant att medlemmar ifrån den afrikanska gemenskapen analyserade resultaten. Dock kan detta leda till bias.

Författare: Cook, T. L., Shannon, P. J., Vinson, G. A., Letts, J. P. & Dwee, E.

Titel: War trauma and torture experiences reported during public health screening of newly resettled Karen refugees: a qualitative study.

År: 2015

Journal: BMC International Health & Human Rights

Land: USA

Syfte: Traumatiska upplevelser beskrivna av karen flyktingar. Kunskapen bidrar till befintliga system för mänskliga rättigheter.

Metod: Kvalitativ. 179 karen flyktingar. Semistrukturerade intervjuer.

Resultat: Resultatet delades upp i koder: utbredd rädsla för samhället, systematisk förstörelse eller nedbränning av hus/by, exponering för döda människor, föräldralöshet på grund av krig, skador orsakade av landminor, rädsla för thailändska polisen eller förvisning från Thailand och skador/dödsfall på grund av krig.

Antal citeringar: -

Impact factor: 0.58 (2014)

Kommentar och bedömning av kvalitet: Bedömd enligt SBU:s granskningsmall av kvalitativ forskningsmetodik, patientupplevelser. Medelhög studiekvalitet. En lätt förståelig artikel med mycket beskrivande citat från karen befolkningen.

Författare: Durbin, A., Lin, E., Moineddin, R., Steele, L. S. & Glazier, R. H.

Titel: Use of mental health care for nonpsychotic conditions by immigrants in different admission classes and by refugees in Ontario, Canada.

År: 2014

Journal: Open Medicine

Land: Kanada

Syfte: Jämföra användandet av psykiatrisk vård av icke-psykotiska immigranter och nykomna flyktingar och lokal befolkning.

Metod: Kvantitativ. 359 673 immigranter och nykomna flyktingar och en liknande storlek på en inhemsk jämförelsegrupp.

Resultat: Nykomna flyktingar söker generellt mindre vård för psykisk ohälsa än jämförelsegruppen med den kanadensiska jämförelsegruppen.

Antal citeringar: 1

Impact factor: 0.84

Kommentar och bedömning av kvalitet: Bedömd enligt SBU:s granskningsmall, observationsstudier. Hög kvalitet. Tydligt och koncist dokumenterat.

Författare: Fenta, H., Hyman, I. & Noh, S.

Titel: Mental health Service Utilization by Ethiopian Immigrants and Refugees in Totonto.

År: 2006

Journal: The Journal of Nervous and Mental Disease

Land: Kanada

Syfte: Undersöka utnyttjandet av psykiatri av etiopiska immigranter och flyktingar i Toronto.

Metod: Tvärsnittsstudie. 342 etiopiska flyktingar och immigranter. Strukturerade intervjuer.

Resultat: 5% sökte vård för psykisk hälsa, 8% sökte hjälp hos icke-vård professioner för sin psykiska hälsa. Psykisk ohälsa var associerad med minskat utnyttjande av psykiatri. Vårdbehovet för den psykiska hälsan är stor i den undersökta populationen.

Antal citeringar: 6

Impact factor: 0.78

Kommentar och bedömning av kvalitet: Bedömd enligt SBU:s granskningsmall, observations studier. Medelhög kvalitet. Redovisar bra hur de har fått tag på deltagare. Resultat relevant till syfte. Tydligt skriven.

Författare: Hauck, F. R., Corr, K. E., Lewis, S. H. & Oliver, M. N.

Titel: Health and Health Care of African Refugees: An Underrecognized Minority.

År: 2012

Journal: Journal of the National Medical Association

Land: USA

Syfte: Beskriva medicinska, fysiologiska och sociala hinder som är vanligt förekommande hos flyktingar i USA.

Metod: Kvantitativ. 300 afrikanska flyktingar. Registerstudie. Information från databas i International Family Medicine Clinic (IFMC).

Resultat: Flyktingar är en utsatt minoritet i USA. Deras sjukvårds process i pre- och postmigrations stadie är komplicerat och förklarat.

Antal citeringar: 1

Impact factor: 0.46

Kommentar och bedömning av kvalitet: Bedömd enligt SBU:s granskningsmall, observationsstudier. Medelhög kvalitet. Tydlig beskrivning av processen som deltagarna i studien har gått igenom. Kontrollgrupp saknas.

Författare: Jensen, N. K., Johansen, K. S., Kastrup, M., Krasnik, A. & Norredam, M.
Titel: Patient Experienced Continuity of Care in the Psychiatric Healthcare System - A Study Including Immigrants, Refugees and Ethnic Danes.
År: 2014
Journal: International Journal of Environmental Research and Public Health
Land: Danmark
Syfte: Undersöka omhändertagandets kontinuitet i psykiatrisk sjukvård från patienternas perspektiv. Känsliga grupper såsom flyktingar och immigranter inkluderades.
Metod: Kvalitativ. 19 semistrukturerade narrativa intervjuer. 15 deltagare; immigranter, infödda flyktingar, flyktingar och etniska danskar. Några blev intervjuade två gånger.
Resultat: Problem för kontinuitet inom psykiatrisk sjukvård hittades inom samtliga grupper, med specifika bekymmer för flyktingar och immigranter.
Antal citeringar: -
Impact factor: 0.77
Kommentar och bedömning av kvalitet: Bedömd enligt SBU:s granskningsmall av kvalitativ forskningsmetodik, patientupplevelser. Medelhög studiekvalitet. Metod och urval är tydligt beskrivet. Beskrivande citat gör resultatet mer intressant.

Författare: Leavey, G., Guvenir, T., Haase-Casanovas, S. & Dein, S.
Titel: Finding Help: Turkish-speaking Refugees and Migrants with a History of Psychosis.
År: 2007
Journal: Transcultural Psychiatry
Land: England
Syfte: Få förståelse från turkisktalande patienter som tidigare har haft psykoser angående deras tro och tillit till sjukvården och hur detta kan påverka sjukvården.
Metod: Kvalitativ. Nio turkisktalande flyktingar Semistrukturerade intervjuer vid ett tillfälle.
Resultat: Deltagarna beskriver situationer och känslor i relation till tidigare traumatiska händelser. Undergrupper: familj och exil, förlust, religiös övertygelse och beteende vid sjukvårdssökande.
Antal citeringar: -
Impact factor: 0.54
Kommentar och bedömning av kvalitet: Bedömd enligt SBU:s granskningsmall av kvalitativ forskningsmetodik, patientupplevelser. Medelhög studiekvalitet. Svår att följa. Resultatet är inte tydligt presenterat i relation till syftet.

Författare: Palmer, D.

Titel: Imperfect prescription: mental health perceptions, experiences and challenges faced by the Somali community in the London Borough of Camden and service responses to them.

År: 2006

Journal: Primary Care Mental Health

Land: England

Syfte: Fastställa det somaliska samhällets uppfattning av psykisk ohälsa och barriärer för utnyttjandet av vård i Camden, London.

Metod: Tvärsnittsstudie. (Triangulation-metod.) 36 flyktingar och asylsökande från Somalia. Semistrukturerade intervjuer, fokusgrupper och litteratur.

Resultat: Somali projekt brukare använder till en mycket liten del "mental health service". söker hjälp hos "helare". Misstro och att inte bli hörd.

Antal citeringar: 10

Impact factor: Ingen impact-factor sedan år 2009.

Kommentar och bedömning av kvalitet: Bedömd enligt SBU:s granskningsmall av observationsstudier. Medelhög studiekvalitet. Svårtolkad. Intressanta citat om somaliers erfarenhet av vård och psykisk ohälsa.

Författare: Slewa-Younan, S., Mond, J. M., Bussion, E., Melkonian, M., Mohammad, Y., Dover, H., Smith, M., Milosevic, D. & Jorm, A. F.

Titel: Psychological trauma and help seeking behaviour amongst resettled Iraqi refugees in attending English tuition classes in Australia.

År: 2015

Journal: International Journal of Mental Health Systems

Land: Australien

Syfte: Undersöka nivån av psykisk ohälsa och hjälpsökande beteende hos bosatta irakiska flyktingar i Australien.

Metod: Tvärsnittsstudie. 225 flyktingar från Irak. Intervjuer och självskattningsformulär.

Resultat: 39.8% hade grov psykisk ohälsa. 90% hade någon gång utsatts för kränkning av mänskliga rättigheter. 19.5% hade någon gång sökt hjälp för sin mentala hälsa & 13.5% hade sökt professionell hjälp.

Antal citeringar: -

Impact factor: 0.43

Kommentar och bedömning av kvalitet: Bedömd enligt SBU:s granskningsmall av observationsstudier. Medelhög studiekvalitet. Tydligt abstrakt ger en bra överblick av artikeln. Artikeln är lätt att följa.

Författare: Toar, M., O'Brien, K. K. & Fahey, T.

Titel: Comparison of self-reported health & healthcare utilisation between asylum seekers and refugees: an observational study.

År: 2009

Journal: BMC Public Health

Land: Irland

Syfte: Jämföra asylsökande & flyktingars hälsa & utnyttjande av primärvård.

Metod: Kvantitativ. 60 Asylsökande och 28 flyktingar från 30 länder i Afrika och Asien. Självskattningsformulär.

Resultat: Asylsökande hade högre nivåer av psykiska symptom jämfört med flyktingar.

Asylsökande utnyttjade primärvård mer än flyktingar. Ingen skillnad i utnyttjande av psykiatri.

Antal citeringar: 7

Impact factor: 1.14

Kommentar och bedömning av kvaliteten: Granskad enligt SBU:s granskningsmall av observationsstudier. Hög studiekvalitet. Presenterar resultat om jämförelser mellan flyktingar och asylsökande på ett tydligt sätt. Tydligt skriven. Lätt att följa.

Författare: Wong, E. C., Marshall, G. N., Schell, T. L., Elliott, M. N., Hambarsoomians, K., Chun, C-A. & Berthold, S. M.

Titel: Barriers to Mental Health Care Utilization for U.S: Cambodian Refugees.

År: 2006

Journal: Journal of Consulting and Clinical Psychology

Land: USA

Syfte: Upptäcka barriärer till utnyttjandet av psykiatri hos flyktingar från Kambodja i USA.

Metod: Kvantitativ. 490 flyktingar från Kambodja. Strukturerade intervjuer.

Resultat: 4% upplevde misstro mot den västerländska vården & 5% hade större förtroende till alternativ vård. Strukturella barriärer, kostnader (80%) & språk (66%) var de största hindren för vård i denna grupp.

Antal citeringar: 6

Impact factor: 2.99

Kommentar och bedömning av kvaliteten: Granskad enligt SBU:s granskningsmall av observationsstudier. Medelhög studiekvalitet. Jämför studien med tidigare gjorda studier inom ämnet på ett tydligt sätt. Enkel att följa i text och tabeller.