



**MALMÖ
UNIVERSITET**

FAKULTETEN FÖR HÄLSA
OCH SAMHÄLLE

FLYKTINGARS UPPLEVELSER AV VÅRDEN I DET NYA LANDET

EN KVALITATIV LITTERATURSTUDIE

HÉLIN BIROSON
ELLINOR ÖSTERLUND

Examensarbete i omvårdnad
61-90 hp
Sjuksköterskeprogrammet
Januari 2019

Malmö Universitet
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö

FLYKTINGARS UPPLEVELSER AV VÅRDEN I DET NYA LANDET

EN KVALITATIV LITTERATURSTUDIE

HÉLIN BIROSON
ELLINOR ÖSTERLUND

Biroson, H & Österlund, E. Flyktingars upplevelser av vården i det nya landet.
Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng. Malmö Universitet: Fakulteten för hälsa och samhälle, institutionen för vårdvetenskap, 2018.

Bakgrund: Flyktingar är en grupp människor som tvingats lämna sina hemländer relaterat till hot och våld, krig och förföljelse. De har ofta ett större vårdbehov jämfört med andra människor och lider många gånger av allvarliga sjukdomstillstånd av både kronisk, akut, fysisk och psykisk karaktär. Detta skapar utmaningar i vården för den grundutbildade sjuksköterskan.

Syfte: Syftet med litteraturstudien var att belysa vuxna flyktingars upplevelser av vården i det nya landet.

Metod: En kvalitativ litteraturstudie genomfördes där forskning granskades, analyserades och sammanställdes för att belysa flyktingars upplevelse av vård.

Resultat: Flera faktorer påverkar tillgängligheten av vård för flyktingar som patientgrupp. Språk- och kulturskillnader, medborgarstatus och diskriminering är faktorer som visat sig påverka både tillgänglighet och kvaliteten av vård för denna patientgrupp.

Konklusion: Flyktingar upplever flera olika barriärer som påverkar tillgänglighet och kvalitet av vården. Många gånger diskrimineras flyktingar inom vården. Ökade kunskaper och utbildning för sjuksköterskan om belysta barriärer som bland annat språk- och kulturskillnader och vilken typ av vård som kan erbjudas till denna patientgrupp kan bidra till en positiv upplevelse för flyktingar. Denna kunskap bidrar till en mer personcentrerad vård, vilket gynnar den grundutbildade sjuksköterskan oavsett vårdenhet. Fler studier kring detta ämne bör utföras för att belysa och förbättra upplevelsen av vård ytterligare.

Nyckelord: Barriärer, Flyktingar, Omvårdnad, Upplevelse, Sjuksköterska

REFUGEES' EXPERIENCES OF HEALTH CARE IN THE NEW COUNTRY

A QUALITATIVE LITERATURE REVIEW

HÉLIN BIROSON
ELLINOR ÖSTERLUND

Biroson, H & Österlund, E. Refugees' experiences of health care in the new country. *Degree Project in Nursing 15 credit points*. Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of Care Science, 2018.

Background: Refugees include a group of people that has been forced to leave their country of birth related to threats and violence, war and persecution. As patients, these individuals have a greater need of health care in comparison of others and are frequently suffering from serious illnesses of chronic, acute, physical and psychological character. This creates challenges for the registered nurse within the nursing practice for this specific group of patients.

Aim: The aim for this study is to explore refugees' experiences of health care in the new country.

Method: A qualitative literature review was conducted, by examining, analysing and compiling scientific journals to establish refugees' experiences of health care.

Result: Several factors have influenced the access to health care for refugees as patients. Language and cultural differences, legal status and discrimination has proven to affect both access and quality of health care for this patient group.

Conclusion: Refugees experience many barriers that has effect on access and quality of health care. Frequently, refugees as a patient group are discriminated. Increased knowledge and education for nurses in language and cultural differences, and the health care coverage for refugees can lead to a more positive outcome. The knowledge assures a person-centered care, which is beneficial for the registered nurse regardless of health care unit. More studies should be conducted to further examine and enhance the health care experience for refugees.

Keywords: Barriers, Experiences, Nurse, Nursing, Refugee

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
DET NYA LANDET.....	5
FLYKTINGAR I VÅRDEN.....	6
HÄLSOUNDSÖKNING.....	6
VÅRD SOM INTE KAN ANSTÅ.....	7
SJUKSKÖTERSANS ERFARENHETER AV OMVÅRDAD AV FLYKTINGAR....	7
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE	8
METOD	8
URVAL.....	9
DATABASSÖKNING.....	9
KVALITETSGRANSKNING.....	10
ANALYS.....	11
RESULTAT	11
TILLGÄNGLIGHETEN TILL HÄLSO- OCH SJUKVÅRD.....	12
<i>Långa väntetider och nytt sjukvårdssystem</i>	12
<i>Medborgarstatus</i>	13
<i>Språk- och kommunikationsbarriärer</i>	13
<i>Användandet av tolk</i>	14
<i>Skillnader i kultur och etnicitet</i>	14
<i>Stigma: en barriär för psykisk vård</i>	15
DISKRIMINERING.....	15
<i>Dåligt bemötande och inhuman behandling</i>	15
DISKUSSION	16
METODDISKUSSION.....	16
RESULTATDISKUSSION.....	19
KONKLUSION	22
FORTSATT KUNSKAPSUTVECKLING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE	23
REFERENSLISTA	24
BILAGA 1	28
BILAGA 2	30

INLEDNING

Sverige har, precis som många andra länder i världen, under de senaste åren tagit emot en mycket stor andel flyktingar (Mangrio & Sjögren Forss 2017). Den stora flyktingvågen har bidragit till ett ökat tryck på sjukvården och därför krävt en ökad kunskapsnivå hos hälso- och sjukvårdspersonal (a.a). Faktorer som kulturskillnader, språkbarriärer och vad vård av flyktingar verkligen innebär kan tänkas leda till att flyktingar blir felbehandlade, underbehandlade, nekade vård eller diskriminerade när de möts av sjukvården i det nya landet. Enligt Karolinska institutet är vård av flyktingar ett begränsat forskningsområde, vilket gör att kunskapen är begränsad (2017). Samtidigt är detta ett mycket aktuellt ämne att utforska både ur flyktingars och hälso- och sjukvårdspersonalens perspektiv.

Ämnet bör studeras då den stora flyktingvågen haft stor påverkan på sjukvården under kort tid, då flyktingars behov av vård ofta är större än andra patientgruppers behov, vilket tidigare forskning har indikerat (Mangrio & Sjögren Forss 2017). Frågan är om hälso- och sjukvårdspersonalen besitter tillräckligt med kunskap om denna patientgrupp som krävs, eller arbetar för ett sjukvårdssystem som kan erbjuda god och jämställd vård. För att kunna ge optimal och personcentrerad vård måste vårdens eventuella brister uppmärksammas och diskuteras, vilket exempelvis kan göras genom att belysa flyktingars upplevelser av vården i det nya landet.

Föreliggande examensarbete kan gynna den grundutbildade sjuksköterskan då oavsett vid vilken vårdenhet sjuksköterskan befinner sig kommer denna patientgrupp att påträffas. Ämnet har väckt intresse hos oss eftersom vår egen kunskap om vård av flyktingar är bristande. I sjuksköterskeutbildningen ges ingen föreläsning om detta ämne, därav känns ämnet ytterligare relevant att utforska.

BAKGRUND

Det nya landet

Det finns uppskattningsvis en miljard människor på flykt i världen idag, varav 258 miljoner är på flykt utanför sitt hemland och 763 miljoner är på flykt inom sitt hemland (WHO 2018). En flykting är en person som är tvungen att fly från förföljelse, krig eller våld. Dessa personer kan troligtvis inte återvända till sina hemländer på grund av rädsla för döden eller risken att drabbas av förföljelse. Det kan finnas många olika anledningar till att människor är på flykt från sitt land, exempelvis etnisk tillhörighet, att personen är statslös, religionstillhörighet, flykt från krig eller att personen har en politisk åsikt som inte är accepterad (a.a). Femtio procent av alla flyktingar är under arton år (UNHCR 2018). År 2015 var det 162 877 personer som sökte asyl i Sverige vilket berodde bland annat på en stor flyktingvåg som kom från Syrien på grund av inbördeskrig (SCB 2018b). Asyl är en typ av uppehållstillstånd som invandrare kan söka om denne är en flykting enligt utlänningslagen (Migrationsverket 2015, Utlänningslag (2005:716). Att vara papperslös flykting innebär att en person vistas i Sverige utan tillstånd. Det kan bero på en nekad asylansökan eller på att uppehållstillståndet har gått ut (Region Skåne 2018). År 2016 hade Sverige den största invandringen någonsin som kan jämföras med ungefär 29 000 färre personer som invandrade året innan (SCB 2018a). År 2017 beviljades 85 186 uppehållstillstånd i Sverige (Migrationsverket 2017). Denna folkökningen kan tänkas bidra till utmaningar för sjukvårdspersonal som får möta människor av varierande kulturer och hantera kommunikations- och språkbarriärer.

Flyktingar i vården

Forskning visar att förståelsen för flyktingars upplevelser av tillgängligheten till vård är av vikt för att kunna förbättra deras hälsa (Mangrio & Sjögren Forss 2017). Påfrestningar i hemlandet, under flykten samt vid ankomsten i det nya landet påverkar flyktingars hälsa, både fysiskt och psykiskt (a.a). Flyktingar i Sverige har sämre hälsa än den genomsnittliga befolkningen (Zdravkovic m.fl. 2016). Tillstånd som fetma/övervikt, krigsskador, psykisk ohälsa, dålig tandhälsa, undermålig fysisk aktivitet och rökning dominerar i den här gruppen jämfört med den övriga befolkningen i Skåne. Vidare framkommer att var femte person sover dåligt, var tionde ser mycket mörkt på framtiden, fler än hälften blivit drabbat av hot innan flykt och hälften är trångbodda (a.a). En litteraturstudie utförd av Mangrio & Sjögren Forss (2017) visar på att så är även fallet för flyktingar i andra länder än Sverige.

Studier visar att språkbarriärer är en stor orsak till att flyktingar inte får adekvat vård där även tolktjänster inkluderas (Zwi m.fl. 2017). Rädslan för att information ska spridas i patientens umgänge samt att det tidvis inte går att översätta symtom och sjukdomstillstånd fullt ut är problematiskt (a.a). När språkkunskaperna brister hos patienten i kombination av brist på kommunikation från vårdgivarens sida kan detta äventyra patientsäkerheten (Ogunsiji m.fl. 2017). Zdravkovic m.fl. (2016) menar att flyktingar av båda kön i stor uträkning har litet eller inget förtroende alls för sjukvården och dess tolkar. Kommunikationen är avgörande för att förstå varandra, framförallt i detta fall då patientgruppen oftast inte förstår svenska och måste därför ta hjälp av en tolk (a.a).

Enligt Zwi m.fl. (2017) är förutom språkbarriärer som är en stor faktor som påverkar tillgängligheten till vård, existerar även andra faktorer som rädslan att inte kunna bekosta vården samt bristande information om potentiella behandlingsalternativ. Andra variabler som ekonomi kan även utgöra en barriär då det kan påverka patientens följsamhet med ordinerade läkemedel då dessa inte kan bekostas alla gånger (Ogunsiji m.fl. 2017). Flyktingars uppfattning av vård och god hälsa kan se annorlunda ut jämfört med befolkningen i det nya landet (Wångdahl m.fl. 2014). Okunskap kring hälsa, vård och sjukvårdssystem kan vara relaterat till en låg hälsolitteracitet som många gånger förekommer hos flyktingar. Hälsolitteracitet anses vara en avgörande faktor för god hälsa. En individs hälsolitteracitet bestäms av individens förmåga att läsa och förstå information samt instruktioner relaterat till hälsa (a.a).

Förståelsen för flyktingar som patientgrupp bör därför ökas för att förbättra vården för dessa personer (Mangrio & Sjögren Forss 2017). Det är även viktigt att forskning av ämnet flyktingars upplevelse av vård i det nya landet bedrivs i flera olika länder för att få en ännu bredare förståelse. En mer specifik forskning som fördjupar sig i kultur och etnicitet kan också bidra till en mer positiv vårdupplevelse för flyktingar (a.a).

Hälsoundersökning

Enligt författningen SOSFS 2011:11 framkommer det att alla asylsökande personer har rätt till en hälsoundersökning och ska få information om detta när de kommer i kontakt med vården (a.a). Socialstyrelsen (2016) nämner att alla asylsökande i Sverige ska erbjudas chansen att få en hälsoundersökning hos en vårdgivare, även om personen vistas i landet under en längre tid och inte kommit i kontakt med vården sedan tidigare (Socialstyrelsen 2016). I SOSFS 2011:11 redovisas vad hälsoundersökningen innefattar. I §6 står bland annat att samtal om den psykiska hälsan, trauman, kroppsundersökning, vaccinationsstatus och relevanta provtagningar ska genomföras och tas eller gås igenom. Därefter följs patienten upp genom remittering till annan vårdenhet vid behov. Syftet med hälsoundersökningen är att upptäcka eventuella smittorisker samt vilka möjligheter patienten har när denne vill uppsöka hälso- och sjukvård samt tandvård. Patienten ska i kallelsen till hälsoundersökningen bli

informerad om ändamålet med hälsoundersökningen, att det är frivilligt och att tolk kan anlitas vid behov. Kallelsen ska fördelaktligen vara skriven på patientens språk. Efter hälsoundersökningen har papperslösa och asylsökande över 18 år enbart rätt till vård som inte kan anstå (a.a). Hos Socialstyrelsen (2018) finns en blankett med information om hälsoundersökningen. Denna blankett finns ej tillgänglig på alla språk (a.a). Därmed begränsas möjligheten till att få en hälsoundersökning då översättningar inte finns på alla språk.

Vård som inte kan anstå

I lag 2008:344 om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. framkommer det vilka skyldigheter landstinget har och vem som omfattas av lagen. Vidare i 6 § beskrivs vilken typ av vård som erbjuds. Personen som berörs har rätt till akut vård, vård som inte kan anstå, tandvård samt mödrahälsovård. Asylsökande under arton år har samma rättigheter till fullständig vård som svenska medborgare (a.a). Socialstyrelsen (2016) utvecklar vidare vad detta har för innebörd, bland annat vad akut vård och behandling är, samt omedelbar vård som inte räknas som akut. Vård eller behandling ska erbjudas så att patienten inte drabbas av allvarliga komplikationer på grund av sitt tillstånd, samt inte heller hamnar i ett allvarligare tillstånd än förut. Vidare ingår bl. a preventivmedelsrådgivning, mödrahälsovård, och smittskyddsinsatser i utbudet. Det är ansvarig sjukvårdspersonal som avgör vad som anses vara ”vård som inte kan anstå” (a.a).

Enligt SOSFS 2011:11 har en person som inte har en godkänd asylansökan eller är asylsökande rätt till enbart vård som inte kan anstå. Det har förekommit att asylsökande blivit nekade vård eftersom vårdpersonal inte känner till den senaste lagstiftningen, eller att de blivit avvisade vid uthämtning av receptbelagda läkemedel på apoteket. Samtidigt som Socialstyrelsen (2014) beskriver innebörden av vård som inte kan anstå, belyses även problematiken angående äventyrad patientsäkerhet samt risken att människovärdesprincipen inte respekteras. Vården begränsas därför till personer i ett visst åldersspann och huruvida personen är asylsökande eller inte. Socialstyrelsen (2014) har skrivit en rapport som ska underlätta för ansvarig vårdpersonal genom förtydligande av rutiner om vad vård som inte kan anstå innebär. Detta ska hjälpa vårdpersonal att identifiera dessa personer. En studie som gjorts i Kanada av Antonipillai m.fl. (2018), som har liknande lagstiftningar om ”vård som inte kan anstå” som Sverige, har vissa människor från en del länder inte tillgång till vård tills de blir en hälsofara för samhället. Kostnaderna för flyktingars vård ökat i konsekvens av lagstiftningen (a.a). I en annan studie som gjordes i Tyskland av Scott (2014) framgår det att studiedeltagarna kände sig ifrågasatta när de sökte vård som papperslösa flyktingar eller asylsökande, och att de var tvungna att poängtera att de var berättigade vården.

Sjuksköterskans erfarenheter av omvårdnad av flyktingar

En ökad förståelse för de utmaningar som sjuksköterskor möter inom vård av flyktingar är relevant då antalet flyktingar i världen ökar (Bradby m.fl. 2015). I en kvalitativ studie som Ogunsiji m.fl. (2017) utfört beskrivs sjuksköterskans utmaningar i vård av flyktingar i Australien. Där påvisas att utöver de olika fysiska hälsoproblem som flyktingar kan tänkas ha kan sjuksköterskan känslomässigt överväldigas är de får höra om patienternas trauma och tortyren de har fått uppleva. Trauman såsom separation från sin familj och inte veta vad som har hänt med familjemedlemmarna under flykten, att ha blivit utsatt för våld i krig eller att patienten aldrig har pratat med någon om sina trauman innan mötet med sjuksköterskan beskrivs som utmanande i studien (a.a). I en studie, gjord av van Loenen m.fl (2018), framkom att de mest förekommande hälsoproblemen bland flyktingar var orsakade av krig, våld och olyckor under flykt eller av ohälsosamma levnadsförhållanden (a.a).

Enligt 2014:821 (Patientlagen) kap 3 § 6 ska information anpassas till patienten efter språk, ålder, mognad och andra individuella förutsättningar. Sjuksköterskan som arbetar med vård av flyktingar måste även ta hänsyn till patienternas olika kulturella skillnader och nivåer av utbildning för att vården ska bli personcentrerad (Ogunsiji m.fl. 2017). Olika fysiska hälsoproblem som patienten tror är normalt som exempelvis långvariga diarréer eller symtom av malnutrition är en annan utmanande faktor för sjuksköterskan som har som uppgift att ge anpassad omvårdnad till patienten (Ogunsiji m.fl. 2017).

En känsla av hopplöshet och att inte räkna till är inte ovanligt hos sjuksköterskor som vårdar denna patientgrupp (Ogunsiji m.fl. 2017). Flyktingarnas berättelser om krig och våld har kunnat orsaka sekundär posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) hos en del sjuksköterskor (a.a). Detta kan tänkas vara en utav flera utmaningar sjuksköterskan stöter på i vården av flyktingar.

PROBLEMFÖRMULERING

Flyktingarnas perspektiv av vårdmötet mellan dem som patientgrupp och vårdpersonal är mindre utforskat i jämförelse med sjuksköterskans och annan sjukvårdspersonals perspektiv på att vårda flyktingar (Karolinska institutet 2017). Enligt Mangrio & Sjögren Forss 2017 existerar idag en kunskapslucka gällande förståelsen för flyktingars unika vårdbehov hos sjukvårdspersonal. Genom att studera flyktingars upplevelser av vården i det nya landet kan eventuella brister hos hälso- och sjukvårdspersonal samt sjukvårdssystem identifieras. Detta arbete syftar till att uppmärksamma flyktingars upplevelser av vården och därmed kunna bidra med kunskap till sjuksköterskor om hur de på bästa möjliga sätt kan hjälpa flyktingar i vården och därmed kunna erbjuda den vård som flyktingar är berättigade till.

SYFTE

Syftet med litteraturstudien var att belysa vuxna flyktingars upplevelser av vården i det nya landet.

METOD

Examensarbetet har genomförts som en litteraturstudie med kvalitativ ansats där flyktingars upplevelser av vården i det nya landet har studerats. Vetenskaplig kunskap bör kompletteras med patienters upplevelser så den blir mer tillförlitlig (Willman m.fl. 2012). Kvalitativ forskning undersöker individers erfarenheter och upplevelser inom ett visst område eller fenomen, vilken kan öka förståelsen för en viss grupp eller situation och varför den beter sig som den gör eller hur den uppstår (SBU 2017). Målet med litteraturstudier är att sammanfatta befintlig forskning om ett ämne (Polit & Beck 2018). Då syftet med föreliggande studie var att belysa flyktingars upplevelser av vården i det nya landet var det en fördel att göra en litteraturstudie då antalet studiedeltagare inte begränsas som det kan göra vid en empirisk studie (a.a).

Examensarbetet genomfördes som en kvalitativ litteraturstudie. För att få rätt struktur på syftet användes POR-modellen som är inriktad på kvalitativa litteraturstudier och den låg till grund för databassökningarna. "P" står för population, "O" för område och "R" för resultat (Forsberg & Wengström 2016). Detta redovisas i Tabell 1.

Tabell 1. POR-modellen

Population	Område	Resultat
Vuxna flyktingar	Omvårdnad	Erfarenheter, upplevelser, bemötande
Sökblock: Refugees Asylum seekers Newly arrived migrants	Sökblock: Refugee health Health care access Barriers to health care	Sökblock: Experience Attitudes Perception

Urval

Examensarbetets urval av litteratur har utförts med användandet av både inklusions- och exklusionskriterier. Dessa finns presenterade i tabell 2. Urvalsprocessen grundades med granskning av titeln på artikeln. Relevant litteratur valdes ut genom granskning av abstraktet, alternativt genomläsning av fullständig artikel. Examensarbetet kommer att använda den senaste forskningen inom området och författarna valde att begränsa forskningen till år 2005 och framåt. Författarna ville ha så aktuell forskning som möjligt då flyktingfrågan är ett högst aktuellt ämne.

Tabell 2. Inklusions- och exklusionskriterier

Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
<ul style="list-style-type: none"> • Studier som inkluderar vuxna flyktingar (över 18 år) av båda kön • Studier från alla olika typer av vårdenheter • Studier författande mellan 2005-2018 • Studier från hela världen • Empiriska studier med kvalitativ studiedesign 	<ul style="list-style-type: none"> • Studier på annat språk än svenska och engelska • Studier som inte finns tillgängliga i fulltext via Malmö Universitets bibliotek • Studier som efter kvalitetsgranskning håller en låg kvalitet • Specifika artiklar gällande sjukdomstillstånd, ålder, kön

Databassökning

Databaserna som användes vid den både den preliminära och slutgiltiga sökningen var PubMed och CINAHL. Arbetet är baserat på forskning funnen i dessa databaser med sökord organiserade i sökblock som syns i tabell 3 och 4 i Bilaga 1. Både PubMed och CINAHL inkluderar vetenskapliga artiklar inom omvårdnad och hälsa (Willman m.fl. 2012) på flera olika språk. PubMed har ett bredare sortiment än CINAHL och inkluderar bland annat artiklar inom medicin, hälso- och sjukvård samt prekliniska ämnesområden. Inom båda databaserna finns ämnesordlistor som benämns som MeSH-termer i PubMed och MH-termer i CINAHL (Forsberg & Wengström 2016). Dessa ämnesord innehåller underrubriker som i sin tur bildar ett sökträd. Dessa termer kombineras med nya sökord samt en fritextsökning av samma ord för att sökningen ska bli så relevant som möjligt utifrån studiens syfte (a.a). Genom att lägga till en asterisk (*) i slutet av sökordet breddas sökningen genom att inkludera liknande ord (Forsberg & Wengström 2016). Exempelvis kan ordet "Nurse" skrivas som nurs* och därmed

inkludera ”nurse”, ”nursing” med flera. Detta kallas för trunkering (a.a). Vid examensarbetets slutgiltiga sökning användes både ämnesord, fri text och trunkeringar. Författarna har sökt artiklar både gemensamt samt på egen hand.

Sökorden är indelade i tre sökblock efter POR-modellen och finns presenterade i tabellerna 3 och 4 i bilagan. Sökorden kombinerades med hjälp av booleska operatörer: ”AND” och ”OR”. Operatören ”AND” användas för att söka efter material som innehåller två sökblock, t.ex A ”AND” B (Forsberg & Wengström 2016). Användandet av ”AND” ger ett smalare och mer specifikt sökresultat mer relevant till frågeställningen. Operatören ”OR” möjliggör sökning med synonymer, det vill säga att flera ord kan sökas efter i varje sökblock. Detta ger en bredare sökning. Kombinationen av de två operatorerna som kommer att användas i examensarbetet leder till en bred sökning som håller sig inom relevant område. (a.a). Tabell 3 innehåller en översikt över sökresultatet i databaserna.

Tabell 3. Sökresultat

Databas	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal granskade artiklar	Antal utvalda artiklar till resultatet
PubMed	Refugees (MeSH), Refugees, Asylum seekers, Newly arrived migrants, Refugee health, Health care access, Barriers to health care	421	53	30	5	5
CINAHL	Refugees MH, Refugee*, Asylum seeker*, Newly arrived migrant*, Refugee health, Health services accessibility MH, Barriers to health care, Experience*, Attitude MH, Attitude*, Perception MH, Perception*	296	103	25	3	3

Manuell sökning

Författarparet använde sig även av manuell sökning för artiklar. Enligt Forsberg & Wengström (2016) kan detta göras om en artikel som motsvarar studiens syfte hittas genom referenslistan till en redan utvald och använd studie. Författarna granskade referenslistan i en scoping review av Mangrio & Sjögren Forss (2017) och genom detta hittades ytterligare två artiklar som kom att användas för denna studies resultat.

Kvalitesgranskning

Utvalda artiklar granskades med hjälp av SBU:s kvalitetsgranskningsmall (SBU 2018). En genomgång av kvalitetsgranskningsmallen gjordes gemensamt så att författarparet kunde ha en likvärdig uppfattning av granskningsmallens uppbyggnad och dess olika punkter. Granskningen av varje artikel utfördes först individuellt för att effektivisera arbetet samt öka trovärdigheten, och därefter gjordes en gemensam genomgång och det togs beslut om kvalitetsnivå på varje artikel. Författarna var överens om kvaliteten på samtliga artiklar. Kvalitesgranskningen resulterade i 10 artiklar av hög eller medel kvalitet. Dessa artiklar låg till grund för resultatet av detta examensarbete. En artikelmatris togs fram för att redovisa

information om artiklarna och av vilken kvalitet de bedömdes ha. Se bilaga 2 för fullständig artikelmatris.

Analys

Efter kvalitetsgranskningen analyserades de tio artiklarna med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys. Denna analysansats innebar att artiklarna lästes upprepade gånger för att identifiera återkommande teman i artiklarna, vilket sedan kodas (SBU 2017). Författarna började med att skriva ut artiklarna och läsa igenom samtliga artiklar på egen hand. Detta för att undvika påverkan av varandra. Sedan gjordes själva dataanalysen där meningar och likheter kodades för att sedan hamna under olika rubriker på originalspråk. Inget material bör hamna utanför dessa koder och inte heller kunna hamna i två kategorier (SBU 2017). När detta gjorts på varsitt håll jämfördes sedan resultatet. Detta gav upphov till åsiktsutbyte samt dialog och sedan kom författarparet överens om samtliga koder. Därefter skapades de olika rubrikerna och koderna identifierades i samtliga artiklar. Författarparet använde sig av färgkodning, vilket innebär att olika teman fick olika färger, detta för att underlätta arbetets gång. Sedan översattes samtliga rubriker till svenska och artiklarna sorterades utifrån rubriker för lättare överskådning när resultatet sammanställdes.

RESULTAT

Resultatet för detta examensarbete har sammanställts från 10 vetenskapliga artiklar av empiriska studier med kvalitativ karaktär. Deltagarna i studierna har varit av både kvinnligt och manligt kön, dock syntes en överrepresentation av män. Alla deltagare var 18 år fyllda eller äldre. Studierna var utförda i Storbritannien, Iran, Sverige, USA, Jordanien. Artiklarna utvalda för arbetet var av medel till hög kvalitet. Resultatet har indelats i huvudkategorier med respektive underkategorier. I detta examensarbete resulterade innehållsanalysen i huvudkategorierna *'Tillgängligheten till hälso- och sjukvård'* med underkategorierna *'Långa väntetider och nytt sjukvårdssystem'*, *'Medborgarstatus'*, *'Språk- och kommunikationsbarriärer'*, *'Användandet av tolk'*, *'Skillnader i kultur och etnicitet'*, *'Stigma: en barriär för psykisk vård'* och huvudkategorin *'Diskriminering'* med *'Dåligt bemötande och inhuman behandling'* som underkategori. Resultatkategorierna presenteras i tabell 4.

Tabell 4. Resultatkategorier

Referens och kvalitet →	Razavi m.fl. (2011) Hög	O'Donell m.fl. (2007) Hög	Mangrio m.fl. (2018) Hög	Fang m.fl. (2015) Medel	Morris m.fl. (2009) Hög	Asgary m.fl. (2011) Hög	Heydari m.fl. (2016) Hög	Bhatia m.fl. (2007) Hög	Lawrence m.fl. (2005) Medel	Al-Rousan m.fl. (2018) Hög
Långa väntetider och nytt sjukvårdssystem	X	X	X	X	X					X
Medborgarstatus			X	X	X	X				
Språk- och kommunikationsbarriärer			X	X	X	X	X		X	
Användandet av tolk				X	X	X		X	X	
Skilnader i kultur och etnicitet				X	X	X		X	X	
Stigma: en barriär för psykisk vård				X	X	X			X	X
Dåligt bemötande och inhuman behandling		X				X	X	X		X

Tillgängligheten till hälso- och sjukvård

Långa väntetider och nytt sjukvårdssystem

Tillgängligheten till sjukvården kan påverkas av en rad olika faktorer. Studier visade att långa väntetider hindrade många flyktingar från att söka sjukvård. Flera av flyktingarna i en studie som Mangrio m.fl. (2018) gjort uttryckte att de oftast får träffa en läkare samma dag som de uppsöker vård i sitt hemland. I det nya landet måste de vänta länge för att få tillgång till hälso- och sjukvården (a.a). Detta bekräftas även i studien som O'Donell m.fl. (2007) gjort. Denna långa väntetid upplevdes även som problematisk för flera av flyktingarna som deltog i studien av Mangrio m.fl. (2018). Långa väntetider upplevdes som både överraskande och frustrerande (O'Donell m.fl. 2007). Majoriteten av flyktingarna ansåg att långa väntetider var den främsta orsaken till att de inte sökte hälso- och sjukvård (Mangrio m.fl. 2018; Fang m.fl. 2015). Andra vittnade om när mötet med vårdgivaren skedde, var mötet oftast kort och uppfattades som otillräcklig för att kunna bli utredd (Mangrio m.fl. 2018). Många uppgav sig uppleva brist på kontinuitet inom hälso- och sjukvården (O'Donell m.fl. 2007). Att träffa olika allmänläkare vid varje vårdtillfälle upplevdes som problematiskt (a.a).

Många flyktingar uppgav att vårdmötet var för kort för att kunna ge en fullständig och ärlig bedömning om deras nuvarande hälsostatus och när tolk var med uppfattades det som att tiden begränsades ytterligare (Fang m.fl. 2015). Flyktingarna hade förväntningar på att vården i det nya landet skulle vara snabb och exempelvis innebära lindrande av kroniska sjukdomar. Missbelåtenhet tenderade att uppstå då förväntningarna inte uppfylldes alla gånger (Morris

m.fl. 2009). Långa väntetider i samband med begränsade språkkunskaper kunde vara stressande för flyktingar som patienter (Mangrio m.fl. 2018). Dessutom, att lära sig ett nytt sjukvårdssystem visade sig vara problematiskt eftersom det hindrade människor med olika sjukdomstillstånd att uppsöka vård i ett tidigt skede (Fang m.fl. 2015). Vid mer komplicerade sjukdomstillstånd kunde detta orsaka att en allvarligare sjukdomsbild utvecklades (a.a). Hur flyktingar får tillträde till hälso- och sjukvården samt hur de ska ta sig dit upplevdes som de dominerande orsakerna att patienterna inte nådde vården (Fang m.fl. 2015; Al Rousan m.fl. 2018). Det framkom även att flyktingar ibland inte visste vilken typ av vård de hade rätt till vilket orsakade en känsla av att känna sig utanför. Det var även oklart för dem varför systemet var uppbyggt på det sätt det var (Fang m.fl. 2015). Svårigheter att navigera sig i ett nytt sjukvårdssystem kan orsaka en känsla av stress (Mangrio m.fl. 2018). Det visade sig även att lära sig ett nytt sjukvårdssystem fick flyktingarna att känna sig osäkra över hur de ska bete sig och vad som förväntades av dem (Razavi m.fl. 2011). Vissa lärde sig hur sjukvårdssystemet fungerade och blev därmed medvetna om sina rättigheter och kunde kräva bättre hjälp (a.a). Det framkom att det gavs lite information om vilka rättigheter flyktingar har samt vilka tjänster som tillhandahålls inom hälso- och sjukvården (Fang m.fl. 2015).

I studien av O'Donnell m.fl. (2007) framkom att majoriteten av flyktingarna i studien i samband med bosättningen hade fått hjälp och information om hur de skulle registrera sig hos allmänläkare samt fått kontakt med en "Asylum Support Nurse" som hjälpte dem under processens gång. Känslan av att känna sig välkommen infann sig då. Dock hade inte alla flyktingarna i studien samma erfarenheter, eftersom vissa inte hade fått någon information alls. (a.a).

Medborgarstatus

Flyktingarna uppgav att de inte hade fått tillgång till vård i olika situationer beroende på sin medborgarstatus (Mangrio m.fl. 2018). Andra vittnade om vård de har haft rätt till men inte fått. Detta kunde exempelvis ha varit vid sjukdomstillstånd som inte varit akuta från början men som sedan utvecklats till allvarligare situationer och som då hade krävt akut kirurgisk vård (a.a). Flyktingar vittnade om att de fått en god vård vid ankomst till det nya landet, men när asylansökan hade nekats ändrades vården drastiskt. Uppföljningar kunde därmed inte ske då vården inte ansetts vara akut (Fang m.fl. 2015). Det förekom att papperslösa flyktingar uppgav en viss rädsla att söka akut vård då de fruktade att bli upptäckta och utvisade (Asgary & Segar 2011). Många papperslösa flyktingar hade inte en stabil hemadress vilket kunde påverka tillgången till hälso- och sjukvården ytterligare eftersom vårdpersonal måste registrera patienter i systemet för dokumentation och undersökningar. Om inte vårdpersonal kunde registrera flyktingar som patienter fanns en risk att de blev nekade vård (Fang m.fl. 2015). Att vara papperslös flykting och samtidigt ha limiterad ekonomi begränsade tillgängligheten till vård ytterligare (Fang m.fl. 2015; Asgary & Segar 2011; Morris m.fl. 2018).

Språk- och kommunikationsbarriärer

Enligt forskning ansågs språk- och kommunikationsbarriärer utgöra det största hindret för flyktingar gällande tillgänglighet till vården, samt påverka kvaliteten av den vård som gavs (Mangrio m.fl. 2018; Morris m.fl. 2009; Asgary & Segar 2011). Skillnader märktes mellan etniska grupper beroende på vilket land de kom från, då t.ex. vietnamesiska flyktingar i USA upplevde problemet som mindre än andra folkgrupper eftersom en stor del av vårdpersonalen talade deras språk (Morris m.fl. 2009). Samma grupp stötte även på problem med språkbarriärer då de remitterades till specialister. Andra flyktingar i studien ansåg att de hellre gick till vårdpersonal som talade samma språk trots att de tvivlade på vårdpersonalens kunskap inom området. Flera flyktingar ansåg att språksvårigheter var en så pass stor barriär att de inte sökte vård förrän de upplevde att de var ordentligt sjuka (a.a).

Språkbarriärer var enligt Lawrence & Kearns (2005) inte begränsade till enbart muntlig kommunikation. Andra svårigheter som flyktingar upplevde med språkskillnaderna var vid förnyelse av recept, framförallt genom telefonkonsultation (Mangrio m.fl. 2018) samt att förstå informationen på bipacksedeln för receptbelagda läkemedel (Lawrence & Kearns 2005). Endast i studier från länder där flyktingarna kom från närliggande länder ansågs språkskillnader vara ett mindre problem (Heydari m.fl. 2015).

Andra kommunikationssvårigheter som bristande skriv- och läsfärdigheter upplevdes också vara en stor anledning till att flyktingar inte fick tillgång till rätt vård, då många undvek att söka vård på grund av det komplicerade pappersarbetet (Morris m.fl. 2009). Forskning visade även på en låg hälsolitteracitet hos flyktingar (Fang m.fl. 2015). Fang m.fl. (2015) påvisade också att en stor andel flyktingar hade liten till ingen kunskap av det engelska språket, vilket försvårade situationen mellan vårdpersonal och flyktingen som patient. Dessa patienter blev därför delvis eller helt begränsade i sitt sökande av vård på grund av sina bristande kunskaper av ett internationellt talat språk som engelskan (a.a).

Användandet av tolk

Gällande användandet av tolk under vårdmötet upplevde flera flyktingar att tilliten var större till familj och vänner för att översätta samtalet mellan patient och vårdpersonal än användandet av en utbildad tolk (Morris m.fl. 2009; Bhatia & Wallace 2007). Detta gällde särskilt när samtalet berörde något mer privat eller intimt (Asgary & Segar 2011). Forskning från Nya Zeeland av Lawrence & Kearns (2005) visade att flyktingar många gånger var misstänksamma gentemot tolken, och huruvida de kunde lita på att tolken inte skulle sprida personlig och privat information vidare. Detta gällde framförallt om de tillhörde samma kultur (a.a).

En större andel flyktingar ansåg att tolkservice var en möjlig lösning på problemet med språkbarriärer, samtidigt som upplevelsen av kvaliteten på tolkservicen ansågs variera (Asgary & Segar 2011). Det var av stor vikt att tolken hade kunskap om medicinska termer och deras innebörd och inte enbart översatte ord för ord (Morris m.fl. 2009). Flyktingar som föredrog att använda sig av släkt och vänner som tolk kunde se problematiken när dessa inte förstod innebörden eller den korrekta översättningen av medicinska termer (Asgary & Segar 2011). Asgary & Segar (2011) lyfte fram bristen på tillgång till adekvat tolkservice som ett stort hinder för flyktingar inom vården, speciellt gällande språk som talas i mindre utsträckning. Då flyktingar tillfrågats om användandet av tolk var nödvändigt visade sig svaret alltid vara ett självklart ja, samtidigt som svaret på frågan om tolkservice var tillgängligt ofta var ett nej (Fang m.fl. 2015).

Skillnader i kultur och etnicitet

Kulturer skiljer sig åt på flera olika sätt och byggs upp av olika faktorer, såsom traditioner, syn på uppväxt och uppfostran, sociala normer, personliga värderingar samt trossystem (Morris m.fl. 2009). Bibehållandet av sin egen kultur kan inge en känsla av välbefinnande och komfort, samtidigt som det kan försvåra etableringsprocessen i ett nytt land med en kultur som skiljer sig från sin egen. Kulturskillnader utgjorde en stor barriär gällande tillgänglighet och kvalitet på vården. Det fanns olika förväntningar och stigma kring hur olika sjukdomstillstånd skilde sig i olika kulturer vilket påverkade flyktingars vårdsökande i det nya landet (a.a). Uppfattningen av vad god vård innebar varierade mellan kulturer och även vad som ansågs vara hälsa och sjukdom (Lawrenec m.fl. 2005). I studien av Lawrence & Kearns (2005) beskrev flyktingar hur läkare inom deras kultur gav en injektion medan läkare i det nya landet använde sig av andra behandlingsformer. Behandlingen i hemlandet uppfattades vara mer effektiv och trovärdig jämfört med behandlingen i det nya landet. Kulturskillnader

påverkade även flyktingars sätt att söka vård, då många av erfarenheter från sina hemländer, köade utanför kliniken istället för att boka en tid hos läkaren eller annan sjukvårdspersonal (a.a).

Inom hälsofrämjande och förebyggande vård, exempelvis att bli kallad till en hälsokontroll utan att vara direkt sjuk var något som skiljde sig åt mellan olika kulturer och som därför kunde skapa förvirring hos en del flyktingar (Morris m.fl. 2009). Även Fang m.fl. (2015) påvisade problematik inom hälsofrämjande arbete för flyktingar då den kulturella medvetenheten visades vara otillräcklig hos vårdgivaren och det upplevdes även finnas en viss okänslighet gentemot kulturer och etniciteter. I en del kulturer kunde en preferens av kön på vårdgivaren ses, vilket också kunde resultera i en barriär i vårdsökandet då detta inte alltid var tillgängligt (Morris m.fl. 2009). En del flyktingar uttryckte oro över att vårdgivaren inte skulle förstå sig på vissa sjukdomstillstånd då de ansågs vara unika för deras kultur eller hemland (Asgary & Segar 2011). Flyktingar föredrog många gånger att behandla mindre symtom och besvär med traditionella metoder från den egna kulturen, samt uppskattade läkare som förlitade sig mindre på läkemedelsbehandling och la fokus på rådgivning (Bhatia & Wallace 2007).

Flyktingar ansåg att kulturella skillnader försvårade etableringsprocessen i det nya landet (Morris m.fl. 2009). Även de flyktingar som kom från en kultur liknande den i det nya landet hade svårigheter att anpassa sig till det nya levnadssättet relaterat till de trauman de fått genomleva. Det framkom också att äldre har svårare för att anpassa sig till den nya kulturen jämfört med yngre och stannar därför hemma istället för att söka nödvändig vård (a.a).

Stigma: en barriär för psykisk vård

Trots att psykisk ohälsa var vanligt förekommande bland flyktingar sökte de inte vård för sina psykiska symtom (Morris m fl 2009). Ett exempel på detta framkom i en studie av Al-Rousan m.fl. (2018) och visade att flera syrianska flyktingar upplevde stigma som en barriär för att söka psykisk vård. Flyktingarna upplevde att psykisk ohälsa var relaterat till de trauman de hade upplevt under framförallt krig, och att stigmatisering grundade sig i att ingen ville gifta sig med en dotter vars förälder sökte vård för psykisk ohälsa (a.a). Asgary & Segar (2011) tog också upp hur stigma kunde vara en barriär för flyktingar gällande psykisk ohälsa, samt att den sorts vård och behandling som gavs inte uppskattades av många flyktingar. Forskning visade även att flyktingar från olika kulturer inte var vana vid att erbjudas behandling för ”mindre” psykiska sjukdomstillstånd så som depression (Lawrence & Kearns 2005).

Även Morris m.fl. (2009) påvisade att psykisk ohälsa var ett stort problem bland flyktingar. Det var inte enbart stigma som var problemet, utan många flyktingar förståelse av innebörden av psykisk ohälsa (a.a). Fang m.fl. (2015) påvisade hur människor från en viss kultur inte kunde relatera till psykisk ohälsa, som t.ex. depression då det inom deras kultur sågs som galenskap snarare än ett behandlingsbart sjukdomstillstånd.

Diskriminering

Dåligt bemötande och inhuman behandling

I studien av Asgary & Segar (2011) uppgav en flykting att vårdpersonal inte gav tillräcklig gehör till flyktingar, och att vårdpersonalen hjälpte till som hastigast och inte lyssnade på dem. Enligt samma studie framkom att de flesta flyktingarna var övertygade om att vinster inom välfärden motiverade vårdpersonalens arbete. Vårdpersonal, särskilt läkare, hade som intresse att tjäna pengar och brydde sig inte om hur mycket patienten tvingas betala för vården om denne inte är försäkrad (a.a).

Flyktingar uttryckte att de kände sig diskriminerade till följd av att vara papperslösa, att de fick ett möte med vårdgivaren som varade en kort stund och där vårdpersonalen inte lyssnade på dem, och där alla parter var införstådda med att de inte kunde ställa krav då de saknade dokument (Asgary & Segar 2011). De vittnade om diskriminering och inhuman behandling när de sökte sig till sjukvården och där vårdgivarens undersökningar var undermåliga (Al-Rousan m.fl. 2018) samt att de inte blev mottagna på vissa sjukhus och även blev ignorerade (Heydari m.fl. 2015). I en studie som handlade om afghanska flyktingar i Iran upplevde flera flyktingar att de inte fick samma vård som etniska medborgare i landet. Flyktingarna vittnade om att när vårdpersonal fick reda på deras etniska tillhörighet ändrades bemötandet och även vilken vård de fick och de upplevde sig respektlöst behandlade (a.a). Många kände sig diskriminerade till följd att vara asylsökande (O'Donell m.fl. 2007). En flykting i samma studie vittnade om diskriminering när denne försökte boka tid och en annan kände sig isolerad som en konsekvens av diskriminering (a.a). I studien av Bhatia & Wallace (2007) uppgav flera flyktingar att de blev behandlade annorlunda för att de var asylsökande eller flyktingar. En flykting i studien nämnde att vissa tittade på hen som om denne inte vore en människa och en annan nämnde att när sjuksköterskan fick reda på att denne var flykting så slutade hon lyssna och behandlade personen annorlunda. I samma studie uppgav flyktingar att det fanns behov av attitydförändringar inom vården så att flyktingar ska kunna känna sig bekväma (a.a).

DISKUSSION

Diskussionen har delats in i två delar: En metoddiskussion, där författarna belyser och diskuterar den valda metodens styrkor och svagheter, samt en resultatdiskussion där de största och viktigaste fynden från utvald forskning lyfts fram och diskuteras.

Metoddiskussion

Examensarbetet har utförts som en litteraturstudie med kvalitativ ansats. En empirisk studie skulle kunna ha använts istället men uteslöts på grund av begränsningar i tid och resurser. En kvalitativ forskningsmetod är att föredra vid studerandet av kvalitativt material, dvs subjektiva upplevelser och individers berättelser (Polit & Beck 2018). Denna forskningsmetod är också användbar när forskningen fokuserar på fenomen som är beforskat i mindre utsträckning (a.a).

Urval

Författarparet har genom inklusions- och exklusionskriterierna utvecklat urvalet. Den metod för urval som ska användas avser till att bredda chanserna till att ge en bild av, tydliggöra samt skapa förståelse till syftet (Forsberg & Wengström m.fl. 2016). Om målet med studien är att utforska så utbrett som möjligt ska så olika informanter som möjligt inkluderas (a.a). Därför var det av vikt för författarparet att inkludera studier från så många olika länder som möjligt och ha könsinkluderingen i åtanke, även om det stundtals gånger varit svårt då män har varit överrepresenterade i majoriteten av studierna. Det kan tänkas att män och kvinnors upplevelser skiljer sig åt. Då kvinnor är underrepresenterade kan detta tänkas ha påverkat resultatet. Dock är författarparet mycket väl medvetna om detta och inser att det inte gör denna litteraturstudie helt representativ. Studiedeltagarna i samtliga studier som valdes ut kom från olika länder. Det var även av vikt för författarparet att välja studier från hela världen för att göra det så representativt som möjligt. Det är dock omöjligt att ta med studier om flyktingar från hela världen, särskilt med tanke på tidsaspekten författarparet hade under skrivandets gång. Tio artiklar valdes ut totalt där studiedeltagarna bland annat härstammade från Irak, Syrien, Somalia och Afghanistan.

Polit & Beck (2018) menar att granskare av studier bör begränsa sig till ett språk samt

begränsa sig till forskning som sträcker sig till ett visst årtal. I denna studie begränsades språket till engelska och svenska då engelska är ett internationellt språk som används i många studier och som båda behärskar. Att begränsa sig till forskning gjord på enbart svenska var inte möjligt då det inte fanns tillräckligt att utgå efter. Faktum är att inga studier som författarparet hittade var på något annat språk än engelska. Den äldsta artikeln var från 2005. Författarparet strävade efter att ha så aktuell forskning som möjligt inom området och försökte hitta relevanta artiklar som ej var äldre än 10 år gamla. Dessvärre visade det sig inte finnas tillräckligt med relevant forskning från de senaste tio åren, därav vidgades tidsspännet till 13 år, då den äldsta artikeln som användes skrevs 2005. Författarparet inkluderade även två artiklar med mixed-method research där enbart den kvalitativa delen användes. Mixed-method research är allt mer förekommande inom omvårdnadsforskning (Polit & Beck 2018).

I kvantitativ forskning avses begreppet validitet ett mätinstruments kapacitet att mäta det som ska mätas (Forsberg & Wengström 2016), alltså använda rätt sak vid rätt tillfälle. Inom kvalitativ forskning kan istället begreppet omvandlas till trovärdighet (Forsberg & Wengström 2016). Genom att bedöma trovärdigheten finns det så kallade rimlighetskriterier som går ut på att genom olika tillvägagångsätt påvisa omfattningen av rimlighet i information och tolkningar (a.a). Författarparet har haft rimlighetskriterierna i åtanke men inser att inte alla viktiga beståndsdelar alltid uppfylls i forskningen. Det kan exempelvis handla om att forskaren inte redogjort för sina egna perspektiv eller förförståelse. Det förekommer också studier där etiska överväganden inte alltid är tydligt framskrivna

Databassökning

POR-modellen som använts i detta arbete är en organiserad metod som utifrån problemformuleringen utvecklar sökstrategier (Forsberg & Wengström 2016). Det hjälpte författarparet att utveckla olika sökblock för databassökningarna. POR-modellen med rubrikerna ”vuxna flyktingar”, ”omvårdnad” samt ”erfarenheter, upplevelser, bemötande” låg till grund för de olika sökblocken. Polit & Beck (2018) och Forsberg & Wengström (2016) rekommenderar att uppsöka en bibliotekarie för att få förslag på hur sökningarna kan effektiviseras på bästa möjliga sätt i databaserna. Författarparet gjorde detta och fick hjälp att kombinera de ”booleska sökoperatörer” (Willman m.fl. 2012) ”AND” och ”OR” på olika sätt i samband med de olika sökblocken. Skolan erbjöd även ett seminarietillfälle där det gavs möjlighet att lära sig söka i databaser.

Enligt Forsberg & Wengström (2016) ska bland annat sökningen ske i lämpliga databaser, vilket författarparet gjort med PubMed och CINAHL, som är databaser med inriktning medicin och omvårdnad. CINAHL är en viktig databas för omvårdnadsforskning (Polit & Beck 2018).

Olika begrepp och sökord kan heta olika beroende på vilken databas som används. Det är då av vikt att definitionen kontrolleras genom att titta i databasen uppslagsverk (Willman m.fl. 2012). Författarparet gjorde detta i båda databaserna som användes, Olika ord användes som MeSH-termer i PubMed och de MeSH-termer som inte hade någon motsvarighet i CINAHLs databas ”subject heading list” användes istället de ord som fritextsökning. I CINAHLs databas kan funktionen ”explode” med fördel användas för att inkludera olika underrubriker. I PubMed används funktionen ”explode” vid varje tillfälle om inget annat väljs. Författarparet inkluderade underrubriker i CINAHL som var av relevans och av motsvarighet till MESH-termernas innebörd. I vissa fall har det skett vissa otydligheter kring vilka svenska ord som motsvarar engelska ord, då har författarparet tagit hjälp av Karolinska Institutets översättningsfunktion av svenska till engelska MeSH-termer (Karolinska Institutet 2018).

Två av artiklarna presenterade i studiens resultat hittades via en manuell sökning. Detta skulle kunna anses vara en svaghet för studien. Samtidigt är antalet studier inom ämnet flyktingars

upplevelser av vård begränsat, och författarparet ansåg därför att en manuell sökning var relevant. Majoriteten av artiklarna som studiens resultatdel är baserad på är funna via databassökningarna.

Kvalitetsgranskning

Studierna som använts i examensarbetet granskades efter SBU:s kvalitetsgranskningsmall (2018). Denna mall valdes då SBU:s den är utformad specifikt för kvalitativa studier, framförallt vid patientupplevelser (SBU 2018), och därmed ansågs passande. Vid kvalitetsgranskning diskuteras ofta forskningen validitet, reliabilitet och generaliserbarhet (SBU 2017). Dessa uttryck förekommer framför allt inom kvantitativ forskning och terminologin ser annorlunda ut för kvalitativ forskning, där det oftare talas om forskningens trovärdighet (Polit & Beck 2018). Tillförlitligheten, eller reliabiliteten är hög om forskningen är oberoende av författarens perspektiv (SBU 2018). Detta kan såklart påverkas om författarparet studerar ett område de känner stark för, vilket författarna för detta arbete har haft i åtanke. Kvalitetsgranskningsmallen använd för föreliggande arbete har bidragit till att författarparet valt artiklar med hög reliabilitet.

Kvalitetsgranskningen av artiklarna skedde först individuellt sedan gemensamt. Genom att minst två individer granskar utvald forskning minskas bedömningens subjektivitet (Willman m.fl. 2012). SBU:s handbok (2017) belyser att de två parterna bör utföra granskningen oberoende av varandra, vilket var fallet för detta examensarbetet. Detta kan alltså ses som en styrka för arbetet. Enligt Willman m.fl. (2012) är det viktigt som läsare av kvalitativ forskning att vara kritisk till om studien har inkluderat hela fenomenet i upplevelsen eller bara en del, vilken också kan vara avgörande för studiens kvalitet. Samtidigt talar Willman m.fl. (2012) om att risken för bias är stor inom kvalitativ forskning och bör tas hänsyn till, samt att det är svårt att hitta den perfekta forskningen. Arbetets resultat baseras på 10 vetenskapliga artiklar som fick betyget hög eller medel kvalitet efter granskning med hjälp av SBU:s kvalitetsgranskningsmall. Författarparet upplevde att granskningsmallen var ett lämpligt verktyg som underlättade arbetet och såg stor fördel i att gemensamt gå igenom mallen inför användning.

Analys

Författarna har använt en kvalitativ innehållsanalys för att analysera och sammanställa den kvalitativa data i de utvalda studierna, vilket är en av flera analysmetoder för kvalitativ forskning (SBU 2018). Denna innehållsanalys var relevant att använda för detta examensarbete som grundar sig på kvalitativ forskning. Artiklarnas olika gemensamma nämnare kodades och placerades i kategorier enligt den kvalitativa innehållsanalysen i SBU:s handbok (2018), vilket sedan växte fram till resultatets huvudrubriker med respektive underrubriker. Författarna ansåg att denna analysmetod var till stor fördel för arbetet och har underlättat framtagandet av resultatdelens struktur och innehåll. En annan mer detaljerad analysmetod hade kunnat användas istället, men författarna ansåg en kvalitativ innehållsanalys var tillräcklig för arbetet.

Generaliserbarhet

Generaliserbarheten i ett arbete innebär hur överförbart resultatet är till ett annat sammanhang, vilket inom kvalitativ forskning kallas för transferabilitet (SBU 2017). Ett sätt att öka överförbarheten i en studie är att ha så varierande fall som möjligt, men som fortfarande inkluderas i samma fenomen. Den ökade variationen leder till att forskningen får en ökad generaliserbarhet (a.a). I detta examensarbete studerades flyktingars upplevelse av vården i det nya landet. Arbetets resultat anses vara av hög generaliserbarhet för studier med liknande population då författarna definierat populationen väl, vilket har varit en fördel.

Etik

Vetenskapsrådet (2002) informerar bl.a. om individskyddskravet som skyddar studiedeltagare från att utsättas för skada, både fysisk och psykisk. Individskyddskravet är indelat i fyra principer, varav två, informationskravet och samtyckeskravet, valdes att diskuteras i detta examensarbete. Informationskravet är ett krav på att studiedeltagarna ska vara väl informerade om forskningen och dess syfte, och samtyckeskravet innebär att deltagaren själv bestämmer över sin medverkan i studien (a.a). Författarna till detta examensarbete har reflekterat över huruvida dessa principerna har tillgodosetts i utvald forskning. Det kan tänkas ha förekommit missförståelser gällande information och samtycke i utvald forskning relaterat till de språk- och kommunikationsbrister som påvisats, där studiedeltagarna därför ej fått tillräcklig information. Forskning visar att trots tillgången till tolkservice är denna många gånger undermålig (Asgary & Segar 2011) och risken för missförstånd ökar, vilket därför kan tänkas vara problematiskt även vid information och samtycke inför deltagandet i studien. Att detta inte tagits hänsyn till i utvalda studier kan därför ses som en svaghet.

Resultatdiskussion

Examensarbetet syftar till att belysa flyktingars upplevelser av vården i det nya landet. Resultatdiskussionen är presenterad nedan och indelade i huvudkategorierna från resultatet.

Faktorer som påverkar tillgängligheten till hälso- och sjukvård

I resultatet framkommer att det finns svårigheter att navigera sig fram i ett nytt sjukvårdssystem. Flyktingar har oftast lite kunskaper i vad de har rätt till för vård och lite information ges kring hälso- och sjukvårdssystemet (Zwi m.fl. 2017; Fang m.fl. 2015; Asgary & Segar 2011). Den här patientgruppen har oftast en låg hälsolitteracitet (Fang m.fl. 2015; Wångdahl m.fl. 2014). Författarparet drar den slutsatsen att flyktingar är en patientgrupp som behöver mer anpassad information med tanke på lite förståelse inför hälso- och sjukvården i det nya landet, då den här patientgruppen lider av ohälsa i större omfattning. Det är viktigt att informationen som ges kring hälsan sker under omständigheter där personen i fråga verkligen förstår (a.a). I Patientlagen (2014:821) §6 framkommer det bland annat att information ska anpassas efter språklig bakgrund eller andra individuella förutsättningar. Frågan är om det görs. I studien av Wångdahl m.fl (2014) hade majoriteten av studiedeltagarna otillräcklig hälsokunskap samt hälsolitteracitet. I samma studie poängteras att brist på tillgång till hälso- och sjukvård samt hälsoinformation har betydelse för att utveckla en sämre hälsa (a.a). Det mesta tyder på att vården inte är tillgänglig för den här patientgruppen på grund av deras eventuella låga kunskaper kring hälso- och sjukvård. Ur ett sjuksköterskeperspektiv, där hela patienten ska ses ur ett holistiskt synsätt anser författarparet att hälsolitteracitet bör utforskas mer så att patienten inte drabbas av allvarigare sjukdomar i det långa loppet, då hälsoinformation inte tas an på rätt sätt.

Asylsökande patienter upplever också ibland en rädsla för att uppsöka vård, då många är rädda för att bli deporterade (Asgary & Segar 2011). Många blandar ihop hälso- och sjukvården med migrationssystemet (a.a). Detta skulle kunna påverka tillgänglighet ytterligare för flyktingar. Sjuksköterskan, precis som övrig vårdpersonal har som uppgift att anpassa, utforma och genomföra vården till patienten (Patientlagen 2014:821) och därmed ansvarar för att det verkligen sker och att patienten får information som behärskas.

Bristande kunskaper om språket i det nya landet visade sig vara den största barriären till hälso- och sjukvård för flyktingar som patientgrupp (Mangrio m.fl. 2018; Morris m.fl. 2009; Asgary & Segar 2011). Språkbarriärerna påverkade kvalitén på vården, tillgängligheten till vård samt försvårade tillhörande procedurer som till exempel receptförnyelse (a.a). Detta bekräftar Svensk sjuksköterskeförening (2017b) i sin rapport om jämlik vård och hälsa. Att ha tillgång till tolk skulle kunna antas förenkla situationer där språkbarriärer uppstår. Forskning

visar att det inte är så enkelt. Det som har framkommit är att tillit oftast saknas till tolken (Asgary & Segar 2011; Lawrence & Kearns 2005; Bhatia & Wallace 2007; O'Donell m.fl. 2007) och ibland varierar kvalitén av tolkservice (Asgary & Segar 2011; O'Donell m.fl. 2007). Tolkservice bör vara av hög kvalitet samt alltid finnas tillgänglig för att göra vårdmötet patientsäkert och minimera risken för missförstånd. Patienten bör känna sig trygg och få en bättre upplevelse av vårdmötet genom tolkservice av hög kvalitet. Utbudet av språk och dialekter hos använd tolkservice bör öka för att se till att ingen folkgrupp eller nationalitet utesluts. Enligt den yrkeskodex som Kammarkollegiet (2018) sammanställt för auktoriserad tolk ska tolken inte anta sig uppgiften om denne inte är kapabel att utföra arbetet med god kvalitet. Genom att kunna förstå samt kunna göra sig förstådd säger sig självt inge en känsla av trygghet, kontroll och självbestämmande. Integritet och självbestämmande hos patienten är kriterier som ska respekteras enligt Patientlagen kap. 4 §1, vilket ännu belyser vikten av god kommunikation.

Om sjuksköterskan lyckas anpassa informationen, vilket Patientlagen (2014:821) kräver i 3 kap. 6§ anses detta leda till färre hälsorisker då kommunikationen fungerar. Tilliten är många gånger större till vänner och familj än hos tolken, framförallt när sjukdomstillståndet är av en intim karaktär (Asgary & Segar 2011) Detta bekräftas av Zdravkovic m.fl (2016) rapport, att tillit saknas till tolkservice trots dess tillgänglighet. I samma rapport rekommenderas sjukvårdspersonal att vara observanta på detta (a.a).

Kulturskillnader mellan flyktingar som patientgrupp och vårdpersonal visade sig vara en stor barriär gällande både tillgänglighet och kvalitet på vård (Morris m.fl. 2009). Kulturskillnader bekräftas vara problematisk för många flyktingar enligt Björngren-Cuadra (2010). Många gånger visade sig den kulturella medvetenheten hos vårdpersonalen inte vara tillräcklig, vilket försvårade vårdmötet (Fang m.fl. 2015), där till exempel preferenser av kön på vårdpersonalen inte togs hänsyn till och gjorde att flyktingar avstod från att söka vård (Morris m.fl. 2009). Enligt Björngren-Caudra (2010) är det vanligt inom vård av flyktingar i Sverige, att flyktingar från vissa kulturer ber om vårdpersonal av samma kön. Detta är ett önskemål som bör respekteras relaterat ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (International Council of Nurses, 2012), där bland annat sedvänjor och trosuppfattning ska tas hänsyn till. Detta bör eftersträvas i den mån som är möjlig. Forskning visade en oro hos flyktingar över att deras kultur inte skulle tas hänsyn till (Asgary & Segar 2011).

Tidigare i arbetet diskuteras uttrycket ”vård som inte kan anstå” och vad det innebär, samt att ansvarig vårdpersonal avgör vad som anses falla under denna kategorin. Eftersom synen på vård ser annorlunda ut i olika kulturer, kan prioriteringar i detta fall bli problematiska. Det kan tänkas att alla människor har en gemensam uppfattning om akuta situationer gällande liv och död. När det inte är en uppenbart akut situation kan det tänkas folk från olika kulturer har olika uppfattning om detta. Det bekräftas i studien som Lawrence & Kearns (2005) gjort, att det råder en kulturell skillnad kring hälsa och sjukdom. Studier har visat att människor från en del kulturer tvivlat på att utbildad vårdpersonal kan hjälpa dem vid specifika sjukdomstillstånd som ansetts unika för en viss kultur eller etnicitet (Asgary & Segar 2011). I Svensk Sjuksköterskeförenings rapport om jämlik hälsa (2017b) nämns även att flyktingars förståelse för sjukdom eller ohälsa hindrar dem att söka vård.

Kulturell kompetens hos vårdpersonalen är därför av stor vikt för att vården ska bli så personcentrerad som möjligt (Svensk Sjuksköterskeförening 2017b). Enligt kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening 2017c) är kulturtillhörighet en faktor som sjuksköterskan ska ha tillräcklig kunskap om för att vården ska få en möjlighet till att bli jämlik. Patienten som helhet ska tas hänsyn till, där kultur och andlighet ingår (a.a). En ökad kunskap om kulturella skillnader och hur dessa kan

bemötas inom vården, vilka alternativ som kan ges anpassat till individens erfarenhet och preferenser kan vara ett sätt att öka tillgängligheten av vård för denna patientgrupp. Forskning visade att bibehållandet av den egna kulturen gav en känsla av välbefinnande (Morris m.fl. 2009). Vårdmötet blir därför av högre kvalitet och erfarenheten positiv när kulturskillnader tas hänsyn till, vilket kan leda till ökat förtroende för vården i det nya landet. Om kvalitén på vården ökar när sjuksköterskor och annan vårdpersonal besitter mer kunskap om kulturskillnader och olika synsätt på vård och hälsa, leder detta till en mer personcentrerad vård. Detta kan i sin tur vara applicerbart på andra patientgrupper. Alltså gynnar denna kunskap den grundutbildade sjuksköterskan i sitt arbete oavsett vårdenhet.

Resultatet visar även att stigma var vanligt gällande flyktingar och psykisk vård, där psykisk ohälsa många gånger ansågs vara mer relaterat till galenskap än ett sjukdomstillstånd som vilket annat (Al-Rousan m.fl. 2018; Fang m.fl. 2015). Även här påvisades ökade kunskaper inom kultur och dess skillnader vara gynnsamt (Fang m.fl. 2015). Det kan tänkas att akuta psykiska tillstånd som exempelvis allvarlig PTSD, vilket är vanligt hos denna patientgrupp (Morris m.fl. 2009) eller psykoser och depressioner anses behöva behandlas som ”vård som inte kan anstå”. Författarparet reflekterar kring om detta är en individ med en kultur där dessa tillstånd klassas som galenskap eller som något icke-behandlingsbart kommer begreppet ha olika innebörd för patienten och vårdpersonalen. Därför kan patienten tänkas avstå från denna typ av vård och tillståndet förvärras. Om sjuksköterskan och annan vårdpersonal är medveten om detta kan dessa patienter bemötas annorlunda och därmed få hjälp med psykisk ohälsa.

Diskriminering

Det framkommer att diskriminering inom vården är något som flyktingar upplever runt om i världen. Det kan grunda sig i att flyktingen inte har samma etnicitet, medborgarstatus, kön eller ålder som vårdgivaren eller som den övriga befolkningen. I studien som Asgary & Segar (2011) gjort framkommer det att vårdgivare oftast inte erkänner eller känner igen diskrimineringen som flyktingar säger sig uppleva utan att det snarare handlar om att patienten inte har hittat rätt vårdgivare de kan lita på och som pratar samma språk som dem. Det går emot vad flyktingarna själva uttryckt sig där de säger sig inte bli behandlade som övriga människor. Problematiken i detta grundar sig i att flyktingarna och vårdgivarna har olika uppfattningar om upplevd diskriminering (a.a). Enligt diskrimineringslagen (2008:567) är det otillåtet att diskriminera någon oavsett könsidentitet, kön, etniskt ursprung, religion, sexuell läggning, ålder etc. Ändå vittnar flyktingar om att de blir dåligt behandlade av vårdpersonal (Fang m.fl. 2015; Heydari m.fl. 2016; Mangrio m.fl. 2018; O'Donnell m.fl. 2007; Al-Rousan m.fl. 2018; Asgary & Segar 2011; Bhatia & Wallace 2007), och så även i Sverige (Mangrio m.fl. 2018). Enligt Socialstyrelsen (2015) finns det olika typer av diskriminering, varav en är omedveten diskriminering som innebär diskriminering utan avsikt och som styrs av normer. Om individen är väl medveten om vilka normer och mönster som existerar i samhället, blir dessa individer bättre på att möta människor från olika kulturer, kön, åldrar etc (a.a). Sjuksköterskan ska arbeta efter en personcentrerad vård, vilket bland annat innebär att sjuksköterskan ska värna om patientens rättigheter, behov och möjligheter (Svensk Sjuksköterskeförening 2017a). Det går således hand i hand, att förstå individens olikheter och därmed kunna ge personcentrerad vård.

I ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (International Council of Nurses, 2012) står det att omvårdnaden ska ges respektfullt och där ålder, hudfärg, tro, kulturell eller etnisk bakgrund inte ska vara en bidragande faktor till diskriminering (a.a). Ändå framkommer det i flera studier, att så är fallet med den här patientgruppen. Det skulle kunna ses som problematiskt då patientgruppen oftast har lite eller ingen kunskap om vilka rättigheter de har samt hur de ska navigera sig fram i sjukvårdssystemet (Zwi m.fl. 2017; Asgary & Segar 2011).

Flyktingar kan antingen bli nekade vård som de har rätt till med anledning av okunskap hos vårdpersonalen (Mangrio m.fl, 2018) eller på grund av aktuell lagstiftning (Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. 2008:344). Sjuksköterskeprofessionen går ut på att ge jämlik vård och jämlik hälsa (Svensk sjuksköterskeförening 2017b). Det innebär att sjuksköterskan ska jobba preventivt och promotivt. Att jobba preventivt handlar om att förebygga sjukdomar och minska risker till sjukdomar och promotivt betyder att hälsan ska bevaras (a.a). Precis som Svensk Sjuksköterskeförening (2016) och Ehrenberg & Wallin (2009) nämner om "vård som inte kan anstå", stämmer det inte med sjuksköterskors yrkesetiska grundregler (a.a). Det ställer stora krav på och skapar dilemma för vårdpersonal som ska bestämma vad som är akut vård och vilken vård som kan vänta. Det strider också mot FN:s konventioner om rätt till hälsa. I artikel 25 i FN:s konventioner om mänskliga rättigheter från 1948 framkommer det att varje individ ska ha rätt till hälsa. När Sverige, genom sin lagstiftning i lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl (2008:344) begränsar vården till vård som inte kan anstå, strider detta alltså mot sjuksköterskans profession då den här gruppen av människor blir särbehandlade och diskriminerade på grund av sin medborgarstatus. Det strider även mot FN:s konventioner om mänskliga rättigheter. Detta kan i sin tur kan leda till situationer som utvecklar sig till direkt livsfara eftersom den här patientgruppen enbart får vård när det anses vara akut. Detta är problematiskt då det framkommer att flyktingar och asylsökande i större grad lider av ohälsa jämfört med resterande befolkning (Zdravkovic m.fl. 2016; Wängdahl m.fl. 2014). Det kan bli ett dilemma att avgöra vem som ska få vård eller inte, eftersom det inte är sjuksköterskans huvudsakliga uppgift. För att underlätta de dilemman som kan dyka upp gällande "vård som inte kan anstå", har Socialstyrelsen tagit fram (SOSFS 2011:11). Dock anser Svensk Sjuksköterskeförening (2017b) att det inte är förenligt med vårdens etik och således bör tas bort från lagstiftningen. Dessutom är sjuksköterskans huvudsakliga uppgift att utföra omvårdnad (Svensk Sjuksköterskeförening 2017a), inte avgöra vem som har rätt till vård eller ej.

KONKLUSION

Syftet med studien var att belysa flyktingars upplevelse av vård i det nya landet. Det som har framkommit i föreliggande litteraturstudie visar att tillgängligheten av vård försvåras av flera olika barriärer. Exempelvis kan tillgängligheten påverkas av långa väntetider, okunskap om sjukvårdssystemet och flyktingars egna rättigheter till vård, bristande information, kulturskillnader samt diskriminering från sjukvårdspersonal. Vidare framkommer att medborgarstatus kan utgöra ett hinder för vård då patienten ibland inte har rätt till vård relaterat till aktuell lagstiftning. Språk- och kommunikationsbarriärer utgör det allra största hindret för flyktingar gällande tillgång till hälso- och sjukvård, vilket kan medföra att flyktingar söker vård först när de blir ordentligt sjuka.

Utifrån detta resultat konstateras att fler studier bör utföras inom området. Det är högst relevant då det är ett aktuellt område som berör sjukvården och dess personal över hela världen. Sjuksköterskestudenter och legitimerade sjuksköterskor bör bredda sina kunskaper om flyktingar som patientgrupp med hjälp av utbildning, för att kunna ha förståelse för särskilda faktorer som skiljer denna patientgrupp från andra, och därmed kunna utföra ett så patientsäkert och personcentrerat arbete som möjligt.

FORTSATT KUNSKAPSUTVECKLING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE

Människor på flykt tycks bara öka med tiden relaterat till pågående konflikter i världen. Det har aldrig funnits så många människor på flykt som det gör idag. Sverige är ett land som tagit emot en stor del flyktingar under de senaste åren och detta medför att vårdpersonal, särskilt sjuksköterskor som oftast är de som först möter patienten inom vården, får möta människor som kommer från olika länder. Detta bidrar till att sjuksköterskor kommer att uppleva kulturkrockar, språkhinder, ovisshet kring vilka som ska få vård eller inte och andra hinder som försvårar omvårdnaden av nyanlända flyktingar. Det kan ses som problematiskt då det har framkommit att den här patientgruppen lider av ohälsa i större omfattning än resterande befolkning. Författarparet anser att vård av flyktingar borde finnas med i sjuksköterskeutbildningen så att nyexaminerade sjuksköterskor kan vara beredda på och veta hur bästa möjliga omvårdnad kan ske även till den här patientgruppen. Förslag på inslag inom utbildningen skulle kunna vara författningar och lagar inom ämnet, användning av tolkar, hälsouppfattning, kulturellt perspektiv på sjukdom och hälsa, kommunikation och hälsolitteracitet. Författarparet anser även att utbildning inom ämnet bör ske på arbetsplatsen kontinuerligt då sjuksköterskor uttrycker sig inte alltid veta hur de ska förhålla sig till frågor och situationer som kan uppstå i samband med vård av flyktingar.

Litteraturstudien bidrog till ökad kunskap inom ämnet för författarparet, och framför allt ett större behov av att lära sig mer inom ämnet växte fram. Författarparet var sen innan intresserade av ämnet vilket underlättade. Under arbetets gång ökade förståelsen för nyanlända flyktingar och kunskap om hälsa inom den här patientgruppen ökades. Även förståelsen inför bristen på kunskap för sjuksköterskor uppmärksammades, vilket bekräftar att fler studier som denna bör göras och uppmärksammas samt att kunskap inom ämnet bör ökas hos sjuksköterskestudenter och legitimerade sjuksköterskor.

REFERENSLISTA

Vetenskapliga artiklar inkluderade i resultatdelen är markerade med *

*Al-Rousan T, Schwabkey Z, Jiramanus L, Nelson B D, (2018) Health needs and priorities of Syrian refugees in camps and urban settings in Jordan: perspectives of refugees and health care providers. *East Mediterranean Health Journal*, 24, 243-253.

Antonipillai V, Baumann A, Hunter A, Wahoush O, O'Shea T (2018) Health Inequity and "Restoring Fairness" Through the Canadian Refugee Health Policy Reforms: A Literature Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20:1, 203-213.

*Asgary R, Segar N, (2011) Barriers to Health Care Access among Refugee Asylum Seekers. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 22, 506-522.

Björngren-Cuadra C, (2010) *Omvårdnad i mångkulturella rum – frågor om kultur, etik och reflektion*. Lund, Studentlitteratur.

*Bhatia R, Wallace P, (2007) Experiences of refugees and asylum seekers in general practice: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 8:48, 1-9.

Bradby H, Humphris R, Newall D, Phillimore J, (2015) Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European region. *Health evidence network synthesis report*, 44.

Diskrimineringslag, (2008:567).

Ehrenberg A, Wallin L, (2009) *Omvårdnadens grunder - Ansvar och utveckling*. Lund, Studentlitteratur.

*Fang M L, Sixsmith J, Lawthom R, Mountain I, Shahrin A, (2015) Experiencing 'pathologized presence and normalized absence'; understanding health related experiences and access to health care among Iraqi and Somali asylum seekers, refugees and persons without legal status. *BMC Public Health*, 15, 1-12.

Forsberg C, Wengström, Y, (2016) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm, Natur & Kultur.

*Heydari A, Amiri R, Nayeri N D, AboAli V, (2016) Afghan refugees' experience of Iran's health service delivery. *International Journal of Human Rights In Healthcare*, 9, 75-85.

International Council of Nurses, (2012) *The ICN code of ethics for nurses*. >

>https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf < (2019-01-26).

Kammarkollegiet, (2018) *God tolksed – Kammarkollegiets råd till auktoriserade tolkar*. >
<https://www.kammarkollegiet.se/sites/default/files/God%20Tolksed.pdf> < (2018-12-20).

Karolinska institutet, (2018) *Svensk MeSH* ><https://mesh.kib.ki.se/term/D057220/health-literacy> < (2018-12-14).

Karolinska institutet, (2017) *Så påverkas människor på flykt*. > <https://ki.se/forskning/sa-paverkas-manniskor-pa-flykt>< (2018-12-20).

Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl., 2008:344.

*Lawrence J, Kearns R, (2005) Exploring the 'fit' between people and providers: refugee health needs and health care services in Mt Roskill, Auckland, New Zealand. *Health and Social Care in the Community* 13(5), 521-461.

Patientlag, 2014:821.

*Mangrio E, Carlson E, Zdravkovic S, (2018) Understanding experiences of the Swedish health care system from the perspective of newly arrived refugees. *BMC Research Notes*, 11, 1-6.

Mangrio E, Sjögren Forss K, (2017) Refugees' experiences of healthcare in the host country: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 17:814, 1-16.

Migrationsverket, (2015) *Ordförklaringar*. ><https://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Ordforklaringar.html>< (2018-11-08).

Migrationsverket, (2017) *Beviljade uppehållstillstånd 2017*.><https://www.migrationsverket.se/download/18.4100dc0b159d67dc6146d5/1515053488342/Beviljade%20uppehållstillstånd%202017.pdf>< (2018-11-08).

*Morris M D, Popper, S T, Rodwell T C, Brodine S K, Brouwer K C, (2009) Healthcare Barriers of Refugees Post-resettlement. *J Community Health*, 34, 529-538.

*O'Donnell C A, Higgins M, Chauhan R, Mullen K (2007) "They think we're OK and we're not". A qualitative study of asylum seekers' access, knowledge and views to health care in the UK. *BMC Health Services Research*, 7:75, 1-11.

Ogunsiji O, Chok Ng H, Mashingaidze G, Wilkes L, (2017) "I am still passionate despite the challenges": Nurses navigating the care for refugees. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 3335-3344.

Polit D, Beck C, (2014) *Essentials of Nursing research*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.

*Razavi M F, Falk L, Björn Å, Wilhelmsson S (2011) Experiences of the Swedish healthcare system: An interview study with refugees in need of long-term health care. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39, 319-325.

Region Skåne, (2018) Asylsökandes och papperslösas rätt till hälso- och sjukvård. ><https://vardgivare.skane.se/patientadministration/vard-av-personer-fran-andra-lander/migration-asy/asylsokande-papperslosa/>< (2018-11-27).

SCB, (2018a) *Asylsökande i Sverige*. ><https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/asylsokande-i-sverige/>< (2018-11-08).

SCB, (2018b) *Invandring till Sverige*. ><https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/invandring-till-sverige/>< (2018-11-08).

Scott P (2014) Black African asylum seekers' experiences of healthcare access in an eastern German state. *International Journal of Migration, Health, and Social care*, 10:3, 134-147.

Socialstyrelsen (2015) *Att mötas i hälso- och sjukvård.*

><http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19620/2015-1-5.pdf><(2018-12-12).

Socialstyrelsen, (2011) *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, SOSFS 2011:11 Hälsoundersökning av asylsökande m.fl.*> <https://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2011-11>< (2019-01-26).

Socialstyrelsen, (2016) *Hälsoundersökning av asylsökande.*

><http://www.socialstyrelsen.se/vardochomsorgforasylsokandemedflera/halsoundersokning>< (2018-11-08).

Socialstyrelsen, (2014) *Vård för papperslösa. Vård som inte kan anstå, dokumentation och identifiering vid vård till personer som vistas i landet utan tillstånd.*

><https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19381/2014-2-28.pdf>< (2018-11-08).

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, (2018) *Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik - patientupplevelser.*

>https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf< (2018-11-08).

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, (2017) *Värdering och syntes av studier utförda med kvalitativ analysmetodik* >

https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok_kapitel08.pdf< (2019-01-16).

Svensk sjuksköterskeförening (2017a) *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor.*

>https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf< (2018-12-12).

Svensk sjuksköterskeförening (2017b) *Jämlig vård och hälsa.*

>https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_jamlik_vard_och_halsa.pdf< (2018-12-15).

Svensk sjuksköterskeförening (2017c) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.*

><https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>< (2018-12-12).

Svensk sjuksköterskeförening (2016) *Värdegrund för omvårdnad.*

>https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf< (2018-12-12).

United Nations, (1948) *Universal Declaration of Human Rights.*

>https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/eng.pdf< (2019-01-26).

UNHCR, (2018) *What is a refugee?* ><https://www.unrefugees.org/refugee-facts/what-is-a-refugee/>< (2018-11-08).

Utlänningslag, 2005:716.

van Loenen T, van den Muijsenbergh M, Hofmeester M, Dowrick C, van Ginneken N, Mechili E A, Angelaki A, Ajdukovic D, Bakic H, Pavlic D R, Zelko E, Hoffmann K, Jirovsky E, Mayrhuber E S, Dückers M, Mooren T, Gouweloos-Trines J, Kolozsvári L, Rurik I, Lionis C (2018) Primary care for refugees and newly arrived migrants in Europe: a qualitative study on health needs, barriers and wishes, *European Journal of Public Health*, 8:1:1, 82-87.

WHO, (2018) *Refugee and migrant health*. ><http://www.who.int/migrants/en/>< (2018-11-08)

Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C, (2012) *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*, Lund, Studentlitteratur.

Wångdahl J, Lytsy P, Mårtensson L, Westerling R, (2014) Health literacy among refugees in Sweden - a cross sectional study, *BMC Public health*, 14:1030.

Zdravkovic S, Grahn M, Björngren Cuadra C, (2016) *Kartläggning av nyanländas hälsa*, Malmö, Holmbergs.

Zwi K J, Woodland L, Kalowski J, Parmeter J, (2017) The impact of health perceptions and beliefs on access to care for migrants and refugees. *Journal of Cultural Diversity*, 24, 63-72.

BILAGA 1

Databassökning: PubMed och CINAHL

Tabell 3. PubMed - databassökning

Datum	Sökkod:	Sökord:	Antal träffar:	Antal lästa abstrakt:	Antal använda artiklar:
12/11-18	#2	Refugees(MeSH)	8873		
	#3	Refugees	11166		
	#5	“Asylum seekers”	11373		
	#7	“Newly arrived migrants”	23		
	#9	“Refugee health”	471		
	#11	“Health care access”	2235		
	#13	“Barriers to health care”	661		
	#15	Experience	589940		
	#17	“Attitude”(MeSH)	521071		
	#18	“Attitude”	274226		
	#20	“Perception”(MeSH)	399787		
	#21	“Perception”	329435		
12/11-18	Sökkod:	Sökblock:			
	#25	#2, #3, #5, #7	11384		
	#26	#9, #11, #13	3188		
	#27	#17, #18, #20, #21	1519405		
	#28	#25 AND #26 AND #27	108	11	
	#29	#25 AND #26	421	53	5

Tabell 4. CINAHL - databassökning

Datum	Sökkod:	Sökord:	Antal träffar:	Antal lästa abstrakt:	Antal använda artiklar:
12/11-18	#1	Refugees MH	5683		
	#2	Refugee*	6725		
	#3	asylum seeker*	859		
	#4	Newly arrived migrant*	11		
	#5	Refugee health	192		
	#6	Health Services Accessibility MH	69825		
	#7	Barriers to health care	471		
	#8	Experience*	335648		
	#9	Attitude MH	13925		
	#10	Attitude*	267986		
	#11	Perception MH	25591		
	#12	Perception*	125700		
12/11-18	Sökkod:	Söckblock:			
	#25	#1, #2, #3, #4	6868		
	#26	#5, #6, #7	70142		
	#27	#8, #9, #10, #11, #12	618045		
	#28	(#25) AND (#26)	939	25	
	#29	(#25) AND (#26) AND (#27)	296	103	3

BILAGA 2

Artikelmatis med inkluderade studier använda i resultatdelen.

Author, title, year, country	The aim	Method	Participans	Results	Study quality
Al-Rousan T, Schwabkey Z, Jirmanus L, Nelson B D. <i>Health needs and priorities of Syrian refugees in camps and urban settings in Jordan: perspectives of refugees and health care providers</i> . 2018. USA.	To determine the perspectives of Syrian refugees in Jordan, Jordanian health care providers and other stakeholders in addressing the public health issues of the refugee crisis.	Qualitative and quantitative method.	Three focus groups: 1) caregivers from Jordan 2) Syrian refugees in refugee camps 3) Syrian refugees in outside refugee camps	Refugees seek urgent health care. Chronic diseases are common and often undertreated. Perceived discrimination by caregivers.	High
Asgary R, Segar N. <i>Barriers to Health Care Access among Refugee Asylum Seekers</i> . 2011. USA.	Explore barriers that affect refugees and asylum seekers way to seek health care.	Qualitative study. Focus groups and comprehensive interviews.	Thirtyfive asylum seekers and fifteen experts providers/advocacy organization representatives.	Different barriers identified the present refugees from seeking health care. Including inner barriers which includes mental health or discrimination or structural barriers which is about assimilation or complicated health care system.	High
Bhatia R, Wallace P. <i>Experiences of refugees and asylum seekers in general practice: a qualitative study</i> . 2007. UK.	To determine the views of asylum seekers and refugees on their overall experiences in primary care and to suggest improvements to their care.	Qualitative study with semi-structured interviews.	Adult asylum seekers and refugees who had entered the UK in the last ten years.	Concerns regarding access to and confidentiality of professional interpreters. Preference for GPs who offered advice rather than prescriptions. Stigma associated with refugee status occurs.	High
Fang M L, Sixsmith J, Lawthorn R, Mountian I, Shahrin A. <i>Experiencing 'pathologized presence and normalized absence': understanding health related experiences and access to health care among Iraqi and Somali asylum seekers, refugees and persons without legal status</i> . 2015. UK.	To explore health and health care experiences of Somali and Iraqi asylum seekers, refugees and persons without legal status.	Qualitative method with feministic alignment.	Sixtysix persons total. Fiftysix Somalis and ten Iraqis.	Different key themes revealed: 1) pre-departure histories and post-arrival challenges 2) legal status 3) health knowledges and procedural barriers 4) language and cultural competence.	Average

Heydari A, Amiri R, Nayeri D N, AboAli V. <i>Afghan refugees' experience of Iran's health service delivery</i> . 2016. Iran.	Explore experiences that Afghan refugees from health service delivery in Mashhad, Iran.	Descriptive, qualitative study.	Nineteen Afghan refugees and their caregivers were held by Afghan medical science students.	Four identified themes. 1) perceived discrimination 2) snowed with loneliness 3) feeling inferior 4) gratitude.	High
Lawrence J, Kearns R. <i>Exploring the 'fit' between people and providers: refugee health needs and health care services in Mt Roskill, Auckland, New Zealand</i> . 2005. New Zealand.	To reveal the barriers faced by refugees in accessing health services, and the challenges faced by providers in endeavoring to meet needs in an effective and culturally appropriate manner.	Qualitative method with in-depth interviews.	Refugee community representatives.	Refugees face considerable barriers in accessing and utilizing health services.	Average
Mangrio E, Carlson E, Zdravkovic S. <i>Understanding experiences of the Swedish health care system from the perspective of newly arrived refugees</i> . 2018. Sweden.	To illuminate experiences of the Swedish health care system from the perspective of newly arrived migrants.	Analyses of two sets of data based on qualitative and quantitative research.	Fifteen refugee families.	Newly arrived refugees encounter difficulties within the Swedish health care.	High
Morris M D, Popper S T, Rodwell T C, Brodine S K, Brouwer, K C. <i>Healthcare Barriers of Refugees Post-resettlement</i> . 2009. USA.	Explore health care access issues of refugees after governmental assistance has ended.	Qualitative empirical research.	Forty study participants including, refugees (sixteen), volunteers and caregivers.	Refugees do not get health care after spending one to five years in the new country. Linguistic barriers, cultural differences and health perceptions contributed worse health.	High
O'Donnell C A, Higgins M, Chauhan R, Mullen K. <i>"They think we're OK and we know we're not". A qualitative study of asylum seekers' access, knowledge and views to health care in the UK</i> . 2007. UK.	To understand the barriers facing asylum seekers and the facilitators that help them access health care, along with the health care needs and beliefs of asylum seekers living in the UK.	Qualitative method.	Focus groups facilitated by members of the asylum-seeking community and one-to-one or group interviews.	Difficulties getting timely appointments. Most were positive about the health care. Disappointment at the length of waiting times. Barriers included the cost of over-the-counter medication and knowledge of out-of-hours medical care.	High
Razavi M F, Falk L, Björn Å, Wilhelmsson, S. <i>Experiences of the Swedish healthcare system: An interview study with refugees in need of long-term health care</i> . 2011. Sweden.	To examine the viewpoints of refugees in Sweden, with known chronic disease/functional impairment requiring long-term medical care.	Semi-structured interviews.	Nine refugees.	Participants felt cared for. Visiting different clinics contributed to negative experience. Problems experienced were not related to their refugee background. Some lacked knowledge of their disease.	High

