



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

# Asylsökande och flyktingars upplevelse av att vara patient i ett mottagarland

En litteraturstudie

Emma Algotsson

Julia Rosén Davidsson

Handledare: Agneta Lindvall

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1504

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona maj 2019

# Asylsökande och flyktingars upplevelse av att vara patient i ett mottagarland

Emma Algotsson

Julia Rosén Davidsson

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Sjuksköterskan möter asylsökande och flyktingar inom alla vårdkontexter men dessa möten kan vara en utmaning för båda parter. Flyktingar över 18 år har enligt lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. (SFS 2008:344) rätt till vård som inte kan anstå. Asylsökande och flyktingar är generellt en sårbar grupp då deras hälsa bedöms vara sämre jämfört med majoritetsbefolkningen i Sverige. Tidigare forskning visar att asylsökande och flyktingar har svårigheter att få den omvårdnad de önskar. Kommunikationen är en central del för att sjuksköterskan ska förstå patientens kulturella bakgrund och behov.

**Syfte:** Syftet med studien var att beskriva asylsökande och flyktingars upplevelser av att vara patient i ett mottagarland.

**Metod:** En litteraturstudie med induktiv ansats baserad på 13 vetenskapliga artiklar med kvalitativ metod. För att analysera insamlade data användes en kvalitativ innehållsanalys som var inspirerad av Graneheim och Lundman.

**Resultat:** I resultatet presenteras fyra huvudkategorier: *svårigheter i att förstå ett annorlunda sjukvårdssystem, ett bristande bemötande från vårdpersonalen, barriärer i kommunikationen och respektfullt bemötande*. Huvudkategorin *ett bristande bemötande från vårdpersonalen* fick underkategorierna *att inte bli sedd* och *att känna sig illa behandlad*. Huvudkategorin *barriärer i kommunikationen* fick underkategorierna *att inte kunna göra sig förstådd, att inte erhålla information* och *brister i tolkhanteringen*.

**Slutsats:** Asylsökande och flyktingar upplevde att det fanns svårigheter i att förstå sjukvårdssystemet i ett mottagarland. Verbala- och ickeverbala kommunikationsproblem samt tillgången av lämpliga tolkar hade en negativ inverkan på vårdmötet. Även att resultatet visade på mestadels negativa upplevelser beskrev några asylsökande och flyktingar positiva händelser. Sjuksköterskor behöver bli bättre på att bemöta och se hela personen och dess kulturella livsvärld för att kunna utföra en personcentrerad omvårdnad.

**Nyckelord:** Asylsökande, flyktingar, litteraturstudie, mottagarland, patient.

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	3
Inledning	4
Bakgrund	5
Kultur	5
Asylsökande och flyktingar	5
Det vårdande mötet	6
Kommunikation	7
Madeleine Leininger - Transkulturell omvårdnad	8
Problemformulering	9
Syfte	10
Metod	10
Design	10
Urval	10
Datainsamling	11
Kvalitetsgranskning	12
Dataanalys	12
Etiska överväganden	13
Resultat	14
Svårigheter i att förstå ett annorlunda sjukvårdssystem	15
Bristande bemötande från vårdpersonalen	16
Att inte bli sedd	16
Att känna sig illa behandlad	17
Barriärer i kommunikationen	18
Att inte kunna göra sig förstådd	18
Att inte erhålla information	19
Brister i tolkhanteringen	19
Respektfullt bemötande	20
Diskussion	21
Metoddiskussion	21
Resultatdiskussion	24
Att inte bli sedd	24

Att inte kunna göra sig förstådd	26
Att inte erhålla information	27
Brister i tolkhanteringen	27
Svårigheter i att förstå ett annorlunda sjukvårdssystem	28
Slutsats	29
Kliniska implikationer	29
Förslag på framtida forskning	29
Självständighet	30
Referenser	31
Bilaga 1 Databassökningar	36
Bilaga 2 Granskningsprotokoll	38
Bilaga 3 Artikelöversikt	39
Bilaga 4 Analysprocessen	43

## Inledning

Varje år flyr miljontals personer från en vardag som kantas av krig, våld och brott mot mänskliga rättigheter (UNHCR, 2016). I Sverige kulminerade flyktingantalet 2015 då drygt 163 000 människor anlände till Sverige (Migrationsverket, 2016). Detta innebar en stor patientgrupp som ställer nya krav på sjukvården. I en rapport från Röda Korset (2016) framkommer det att asylsökande och flyktingar generellt är en sårbar grupp då hälsan bedöms vara sämre jämfört med majoritetsbefolkningen i Sverige. Psykisk ohälsa med symtom på ångest och depression är vanligt förekommande i båda grupperna (Toar, O'Brein & Fahey, 2009). Det är således betydelsefullt att det ska finnas stöd och utrymme för patienten att berätta sin livshistoria samt kunna uttrycka sina behov och problem i samband med vårdmötet (Brämberg, Nyström & Dahlberg, 2010).

Sjuksköterskan möter asylsökande och flyktingar inom alla vårdkontexter, vilket kan skapa utmaningar för båda parter. Tidigare forskning av Mangrio, Carlsson och Zdravkovic (2018) tyder på att asylsökande och flyktingar inte får den vård som de behöver. Det råder en problematik inom sjukvården då kommunikationssvårigheter och bristande kunskaper om patientens kulturella bakgrund blir allt tydligare (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2015). Enligt International Council of Nurses (ICN, 2012) är det sjuksköterskans ansvar att tillgodose en rättvis och jämställd vård för sårbara befolkningsgrupper. Sjuksköterskan behöver därför ha kunskap om och reflektera över de olikheter som den kulturella mångfalden innebär och förstå hur de kulturella faktorerna påverkar patientens livsvärld för att kunna utföra en personcentrerad omvårdnad (Leininger, 2006).

Aktuellt forskningsläge tyder på att det finns flera studier som berör sjuksköterskans perspektiv. Det är därför betydelsefullt att också beskriva patientens upplevelser för att generera ökad kunskap och förståelse för omvårdnaden av sårbara och utsatta grupper.

# Bakgrund

## Kultur

Begreppet *kultur* är en bred term med många definitioner. Begreppet utgår utifrån tre olika kulturella nivåer som genomsyrar samhällsliga grupper där varje nivå har karaktäristiska uttryck – från den synliga tertiära kulturen till de djupare primär- och sekundärnivåerna. Den manifesta tertiära kulturen är synlig i samhället och inkluderas av traditionell klädsel, sociala ritualer, nationell mat etc. medan de djupare nivåerna har en offentlig fasad med underliggande implicita antaganden, normer och regler som kan skilja sig från samhället i övrigt. När personer upplever en gemensam kultur uppstår ofta ett förståelsemönster som gör det enklare att uppfatta och förstå en situation, vilket kan ge känslor av meningsfullhet och begriplighet. Kulturella normer kan fungera som riktlinjer i syfte att erhålla förståelse. Därmed betyder det inte att riktlinjerna är statiska, utan flexibla, och som förändras genom tid utifrån genus, ekonomi, kastsystem och andra kontexter (Helman, 2007, kapitel 2)

Ahmadi (2008, kapitel 2) menar att den kulturella tillhörigheten kan påverka de val som görs gällande hälsa och ohälsa då varje person har sin unika syn på hälsa, helande och vård. I relation till omvårdnad visar forskning av Inhorn och Serour (2011) att det finns utmaningar i att tillgodose rätt vård till patienter med flyktingbakgrund. Sjukvården bedöms ha bristande kulturella och religiösa kunskaper, vilket resulterar i att barriärer mellan patient och sjuksköterska uppstår.

## Asylsökande och flyktingar

Personer på flykt har en mänsklig rättighet att söka asyl i ett mottagarland, det vill säga det land som väljer att ta emot dem. Under tiden svar på uppehållstillstånd inväntas benämns gruppen som *asylsökande* (Migrationsverket, 2019a). Enligt FN:s flyktingkonvention beskrivs *flykting* som en person som flyr hemlandet på grund av konflikt, krig eller hot om förföljelse. Specifika samhällsgrupper, politisk tillhörighet, ras eller religion kan vara underliggande faktorer som leder till förföljelser, vilket gör att personen inte kan återvända i säkerhet. Att vara kvotflykting innebär att FN:s flyktingorgan UNHCR har godkänt uppehållstillstånd innan de anlät till mottagarlandet (UNHCR, 2019). Enligt Migrationsverket (2019b) har personer som flytt sitt hemland och går under benämningen *flykting* möjligheten att ansöka om uppehållstillstånd i syfte att flytta familjen från sitt

hemland till mottagarlandet. Som familj räknas maka, make, barn under 18 år och registrerad sambo eller partner.

Att vara flykting innebär också likvärdiga rättigheter och grundläggande hjälpinsatser liksom de personer som erhållit uppehållstillstånd av andra orsaker. Det innebär rörelsefrihet, tankefrihet och att ingen ska utsättas för förnedrande behandling eller tortyr, men också rätten till akut sjukvård och vård som inte kan vänta. Det ska finnas ett samhälleligt skydd då en flykting har rätt till trygghet och asyl. Varje person som söker asyl måste på välgrundade bevis påvisa orsaken till flykten men på grund av stora flyktingströmmar påverkas den individuella prövningen. Handläggningen styrs istället av kollektiva bedömningar. Personer som fått avslag på asylansökan eller som rest in ett land utan tillstånd saknar rätten att stanna kvar och får därmed beteckningen irreguljär migrant (UNHCR, 2019).

Flyktingar över 18 år har enligt lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. (SFS 2008:344) rätt till vård som inte kan anstå. Detta innebär förskrivning av läkemedel i samband med vård, hälsoundersökning, akutvård, mödrahälsovård, abortvård och preventivmedelsrådgivning. Socialstyrelsen (2015) anser att sjukvården i Sverige har bristande kunskaper i migrations- och asylprocessen. En problematik i att förstå flyktingars situation kan vara orsaken och i sin tur leda till bristande kvalitet på vården. Hälsan är generellt mycket sämre hos asylsökande och flyktingar jämfört med majoritetsbefolkningen i Sverige. Många drabbas av psykisk ohälsa på grund av utsatthet under flykt- och asylprocessen där både ångest och depression är vanligt förekommande. Trots lagstiftad rätt till vård finns det risk att flyktingars psykiatriska vårdbehov inte upptäcks vilket kan leda till vårdlidande. Det är därför betydelsefullt att som sjuksköterska uppmärksamma problematiken i mötet med sjukvården (Socialstyrelsen, 2015).

### Det vårdande mötet

Sjuksköterskan möter dagligen patienter i sitt arbete där omvårdnaden står i fokus (Forsberg, 2016, kapitel 1). I vårdmötet behöver vårdpersonal lyssna till sina patienter och skapa förutsättningar för patienten att bli engagerad i sin vård. Delaktighet är därför en betydelsefull del för att kunna bygga ett förtroende samt för att skapa en öppen dialog (Brämberg, et al., 2010). Patienten har rätt till att få sina sedvanor, värderingar och tro respekterade av

sjuksköterskan (ICN, 2012). Om inte patienten blir respekterad och lyssnad till kan ett vårdlidande uppstå (Wiklund, 2003, kapitel 5).

En central del i mötet är att både sjuksköterskan och patienten visar respekt för varandras kulturella skillnader för att främja en god vårdrelation. Det är därför betydelsefullt som sjuksköterska att reflektera över att patienter som flytt sitt hemland bär med sig sin ursprungskultur och tidigare levnadssätt (Hemberg & Vilander, 2017). Tidigare forskning visar på att den kulturella skillnaden mellan sjuksköterska och patient oftast är stor och att patienter har värderingar och behov som skiljer sig från sjuksköterskornas. I vårdandet behöver därför kulturella ideal och behov uppmärksammas. Sjuksköterskor som är kulturellt medvetna har lättare för att ge en personcentrerad vård (Ian, Nakamura-Florez & Lee, 2016). Brämberg et al. (2010) beskriver att det är av stor vikt för patienter med transkulturell bakgrund att bli sedda för den unika person de är. Mangrio et al. (2018) studie visar att det råder en problematik för flyktingar att få den vård de behöver samt att vårdpersonalen bemöter dem på ett otrevligt sätt.

I mötet finns det ett maktförhållande mellan patienten och sjuksköterskan, vilket blir extra tydligt när patienten inte har kunskaper om sjukvårdens system och kultur samt saknar förståelse av språket (Kersey-Matusiak, 2015, kapitel 9). För att kunna skapa nya kunskaper om varandras kulturer samt förståelse för den unika personen krävs en öppen kommunikation mellan sjuksköterskan och patienten där upplevelser och kulturella skillnader blir en central del i mötet (Hemberg & Vilander, 2017).

## Kommunikation

Kommunikation är det mest betydelsefulla redskapet i sjuksköterskeprofession oavsett i vilken kontext som sjuksköterskan arbetar i. För att patienten och sjuksköterskan ska kunna förstå varandra och för att patienten ska bli delaktig i sin egen vård krävs en god och tydlig kommunikation mellan båda parter (Ali & Watson, 2017). Sjuksköterskan ska se till att patienten är välinformerad och införstådd i de beslut som tas gällande vård och behandling (Fossum, 2013). Saknas kommunikation mellan sjuksköterska och patient kan det leda till en negativ påverkan på hur patienten upplever vården och dess hälsa. Ofullständig kommunikation ses som en av de största orsakerna till att patienterna inte får lämplig vård (Ali & Watson, 2017).



För patienter som behöver översätta till ett nytt språk kan det innebära att innebörden i det som sägs försvinner (Hanssen, 2007, kapitel 3). Detta är också något som kan uppkomma i användning av tolk eftersom de i många fall översätter ordet rakt av och inte besitter kunskaper i den medicinska terminologin (Ali och Watson, 2017). Tidigare forskning visar att användningen av tolkar kan underlätta, men det kan också skapa frustration då det är mer tidskrävande jämfört med om patienten talar samma språk som sjuksköterskan (Ian, et al., 2016).

Kommunikation bör ses som mer än bara utbyte av ord då den kulturella kontexten påverkar sättet att uppfatta och förstå. Den icke verbala kommunikationen kan ge uttryck i gester och kroppsspråk och därför behöver sjuksköterskan vara lyhörd då uttrycken i den verbala och icke verbala kommunikationen kan skilja sig mellan olika kulturer. För att patienten ska kunna uttrycka sina behov behöver sjuksköterskan därför visa på engagemang och intresse (Hanssen, 2007, kapitel 3). Enligt Brämberg et al. (2010) har den icke verbala kommunikationen lika stor betydelse som den verbala. Den icke verbala kommunikationen hjälper till att förstå det underförstådda, men för detta krävs det tillräcklig tid i mötet.

### Madeleine Leininger - Transkulturell omvårdnad

Madeleine Leiningers omvårdnadsteori började utvecklas på 1950-talet då hon i rollen som sjuksköterska noterade att hälsa och ohälsa påverkas av patientens kulturella bakgrund. Teorin vilar på det centrala begreppet *transkulturell omvårdnad* vars syfte är att öka förståelsen av att varje persons kulturella bakgrund är betydelsefull för omvårdnaden. Detta för att sjuksköterskan ska kunna utföra personcentrerad vård ur ett holistiskt perspektiv med målet att främja det kulturella. Kultur och omvårdnad anses därför vara lika betydelsefulla. Fokus ligger på att förklara och beskriva likheter och olikheter mellan patienters kulturella bakgrunder som bidrar till hälsa och välbefinnande. Leininger betonar att kultur ses som mycket mer än bara personers ursprung och sociala förhållanden. Teorin är avsedd att vara ett hjälpmedel för sjuksköterskor som möter personer från andra kulturer i syfte att ge en kulturkongruent omvårdnad (Leininger, 2006).

Konsensusbegreppen *människa, miljö, hälsa* och *omvårdnad* genomsyrar Leiningers teori. Människan ses som den del i ett större sammanhang där familj, samhällen och grupper

inkluderas. Miljö syftar på flera faktorer som finns i den mänskliga miljön som inkluderar fysiska och andliga såväl som geografiska, sociala och teknologiska. Synen på hur hälsa bevaras kan variera mellan olika kulturer och därför behöver sjuksköterskan förstå hälsans betydelse för personen samt hur de kulturella faktorerna i miljön spelar in. Leininger beskriver omvårdnad utifrån att sjuksköterskan skapar förutsättningar för personen att främja sitt välbefinnande. Sjuksköterskans uppgift är därför att stötta, assistera och underlätta samt hjälpa personen att hantera motgångar (Leininger, 2006).

Vidare skriver Leininger (2006) att omsorg definieras som kärnan i omvårdnaden och är de handlingar som stödjer, hjälper och möjliggör för att förbättra personens tillstånd. De attityder och handlingar som görs av sjuksköterskan är en del av omsorgen som hjälper människor att läka och känna välbefinnande. Omsorg handlar om symboliska och kulturella omvårdnadshandlingar som att ge omsorg med respekt, visa närvaro och skydda personen. Omsorgen behövs för att personen ska kunna läka. Den kulturellrelaterad omsorgen hjälper till att upptäcka och redogöra för välbefinnande, hälsa och uttryck vilket gör att människan som vårdas måste uppmärksammas. När kulturella värderingar, uttryck, övertygelser och mönster ses och används på ett meningsfullt sätt har en kulturkongruent omvårdnad uppstått (Leininger, 2006).

För att möjliggöra en kulturellt anpassad omvårdnad är det betydelsefullt att sjuksköterskan skaffar sig kunskaper om personens kulturella värderingar, levnadssätt och behov (Leininger, 2006). Leininger har skapat soluppgångsmodellen i syfte att hjälpa sjuksköterskor att förstå faktorer i personens kulturella livssammanhang som kan påverka omsorgen och välbefinnandet. Faktorerna kan bland annat vara personens *kulturella värderingar*, *historia*, *sociala omgivning*, *miljö* och *världsbild*. Varje faktor måste utgå ifrån personen för att sjuksköterskan ska kunna ge en kulturkompetent omvårdnad (Leininger, 2002).

## Problemformulering

Leininger (2002) menar att behovet av kulturell kompetens hos sjuksköterskor har ökat i takt med globaliseringen, parallellt med att fler krig och konflikter pågår i världen. Sjuksköterskeyrket är den profession som i många fall står för det första mötet med patienten som söker vård och möter asylsökande och flyktingar inom alla vårdkontexter (Leininger, 2002). Parallellt råder en problematik inom sjukvården då kommunikationssvårigheter och

bristande kunskaper om patientens kulturella bakgrund blir allt tydligare (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2015). Tidigare forskning visar på att det finns svårigheter i att vårda patienter med en annan kulturell bakgrund (Ian et al., 2016). Genom att patientgruppen uppmärksammas och dess upplevelser av att vara patient i ett mottagarland studeras genereras ökad kunskap och förståelse för att ge personcentrerad omvårdnad till utsatta och sårbara grupper.

## Syfte

Syftet med studien var att beskriva asylsökande och flyktingars upplevelser av att vara patient i ett mottagarland.

## Metod

### Design

En litteraturstudie utfördes på ett systematiskt sätt och baserades på vetenskapliga artiklar med kvalitativ metod. Enligt Forsberg och Wengström (2016, kapitel 2) är en litteraturstudie en sammanställning av relevanta vetenskapliga studier som har sökts fram, blivit kritiskt granskade och analyserade inom valt ämnesområde. Litteraturstudien ska bygga på aktuell vetenskaplig forskning. Kvalitativ metod valdes eftersom denna metod enligt Forsberg och Wengström (2016, kapitel 3) syftar till att beskriva och förstå varje persons subjektiva upplevelse av ett fenomen. För att analysera insamlade data valdes en kvalitativ innehållsanalys som analysmetod vilken var inspirerad av Graneheim och Lundman 2004. Den kvalitativa innehållsanalysen används till att analysera kvalitativa texter genom att granska och tolka texter så likheter och skillnader kan upptäckas (Graneheim & Lundman, 2004).

### Urval

Inklusions- och exklusionskriterier användes för att hitta relevanta artiklar som svarar på syftet. Enligt Forsberg och Wengström (2016, kapitel 2) är tydliga inklusions- och exklusionskriterier nödvändiga i syfte att få fram väsentlig litteratur. I denna litteraturstudie var inklusionskriterierna att artiklarna använde en kvalitativ metod samt handlade om asylsökande och flyktingar där upplevelser av att vara patient i ett mottagarland beskrivs.

Vidare skulle artiklarna inkludera deltagare över 18 år, vara skrivna på engelska, abstract available samt vara publicerade mellan åren 2007–2019 för att få den mest aktuella och relevanta forskningen kring ämnet. Artiklarna skulle även vara peer reviewed samt innehålla ett etiskt resonemang för att säkra hög kvalitet och forskning. Enligt Willman, Stoltz, Bahtsevani och Sandström (2016, kapitel 7) innebär peer reviewed att artiklarna har blivit granskade innan publicering av experter inom ämnet för att bevara vetenskaplighet. Artiklar som fokuserat på specialiserad vård exkluderades.

## Datainsamling

Databaserna PubMed och CINAHL (Cumulative Index of Nursing and Allied Health) användes för att hämta relevanta vetenskapliga artiklar. Dessa databaser används vanligen för att söka fram omvårdnadsforskning i form av vetenskapliga artiklar (Forsberg & Wengström, 2016, kapitel 4). Sökorden som användes var *refugees*, *asylum seekers*, *experiences*, *health care*, *professional-patient-relations*, *health services accessibility* och *nursing*. För att hitta relevanta artiklar användes ämnesord från MeSH i PubMed och Cinahl subject headings i Cinahl för att se till att det blev rätt termer och stavning vilka också kombinerades med synonymer i fritext. Forsberg och Wengström (2016, kapitel 4) beskriver att ämnesordlistor från MeSH i PubMed och Cinahl subject headings i Cinahl kan användas för att söka på det som motsvarar innehållet i artiklarna. Först söktes sökorden enskilt för att sedan kombineras med varandra för att begränsa sökningen. Till hjälp för att kombinera sökorden användes OR och AND. OR användes för att kunna sätta ihop enskilda synonyma sökord i fritext och ämnesord för att få en bred heltäckande sökning. AND användes sedan för att smalna ner sökningen för att få träffar som innehöll de artiklar som svarade till syftet. Enligt Forsberg och Wengström (2016, kapitel 4) är OR och AND booleska operatorer som kan kombineras för att bredda sökningen samt begränsa sökningen. I den första sökningen som gjordes kombinerades *refugees*, *asylum seekers*, *experiences*, *health care*. Antal träffar i PubMed var 597 men majoriteten av träffarna ansågs ej vara relevanta för syftet och sökningen för bred. Istället kombinerades *refugees*, *asylum seekers* och *experiences* i olika sökningar tillsammans med sökorden *professional-patient relations*, *health services accessibility*, *nursing* för att smalna ner sökningen och finna relevanta artiklar. Sökningen gjordes sedan likadant i Cinahl. Alla databassökningar med antal träffar och antal valda artiklar dokumenterades i en databassökningsöversikt (Bilaga 1). I PubMed hittades 12 artiklar och i Cinahl fem artiklar.

Sju av artiklarna som hittades i PubMed återfanns även i Cinahl vid sökningarna.

Sammanlagt hittades 17 artiklar som återstod för kvalitetsgranskning.

## Kvalitetsgranskning

Kvalitetsgranskning genomfördes för samtliga 17 artiklar enligt SBU:s granskningsmall för kvalitativ forskningsmetodik (SBU, 2014, se bilaga 2). Forsberg och Wengström (2016, kapitel 4) beskriver att en kvalitetsgranskning av artiklarna ska göras för att säkerställa kvalitén. Kvalitetsgranskningen gjordes först enskilt av författarna för att sedan jämföra och diskutera resultaten gemensamt. Granskningsmallen graderar artiklarna utifrån GRADE:s evidensgradering som består av en fyrgradig skala. Från hög, måttlig och låg till mycket låg vetenskaplig kvalitet. Initialt utfördes en individuell kvalitetsgranskning för att sedan diskuteras. Granskningsmallen bestod av underkategorierna syfte, urval, datainsamling, analys och resultat med totalt 21 frågor. Varje fråga hade svarsalternativ ”ja”, ”nej”, ”oklart” och ”ej tillämpligt”. En fråga som besvarades med ett ”ja” gav ett poäng. En fråga som besvarades med ett ”nej”, ”oklart” eller ”ej tillämpligt” gav noll poäng eller exkluderades. Hög vetenskaplig kvalitet bedöms vara >90% och medelhög vetenskaplig kvalitet bedöms vara >70%. Fyra artiklar fick låg kvalitet och föll bort på grund av svag metod och analys samt avsaknad av etiskt resonemang. Elva artiklar uppnådde hög kvalitet och två artiklar medelhög kvalitet. Därmed inkluderades tretton artiklar för att analyseras. Artiklarna fördes sedan in i en artikelöversikt som kan ses i Bilaga 3.

## Dataanalys

Analysen som genomfördes är en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Den kvalitativa innehållsanalysen var inspirerad av Graneheim och Lundman (2004). Enligt Graneheim och Lundman (2004) bygger den kvalitativa innehållsanalysen på att granska och tolka kvalitativa texter i sitt sammanhang där likheter och skillnader upptäcks.

Innehållsanalysen i denna litteraturstudie är manifest men innehåller latent inslag vilket innebär att viss tolkning har gjorts. Enligt Graneheim och Lundman (2004) innebär manifest att hålla det så textnära som möjligt medan den latent innebär att en tolkning görs för att förstå det underliggande i texten som inte uttrycks synligt. Den induktiva ansatsen innebär att forskaren hittar mönster i de texter som beskriver hur människor upplever ett fenomen för att sedan kunna fastställa en slutsats och eventuellt skapa en teori (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Vid analysen lästes artiklarna först igenom flera gånger av båda parter för att få en noggrann överblick av innehållet. Meningsenheter plockades sedan ut enskilt och infogades i ett delat dokument. Därefter diskuterades varje meningsenhet gemensamt. Detta gjordes flertalet gånger för att säkerställa att meningsenheterna svarade på syftet. Meningsenheterna översattes sedan gemensamt med hjälp av ett svensk-engelskt lexikon för att textens innebörd inte skulle gå förlorad. Sedan kondenserades meningsenheterna gemensamt och förblev textnära för att inte förlora kärnan. Graneheim och Lundman (2004) beskriver att en meningsenhet är den del av en text som ligger till grund för analysen. Kondenseringen till mindre text sker för att texten ska bli mer hanterbar men behåller sin kärna. När kondenseringen var genomförd sattes sedan koder som etiketter. Koderna gjorde det mer lätthanterligt att se likheter och skillnader vilket underlättade i processen för att kunna kategorisera. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är koden till för att beskriva kort vad varje meningsenhet innehåller. Liknande koder placerades sedan tillsammans med varandra och bildade underkategorier. Underkategorierna kunde sedan sammanställas i kategorier för att ge en tydlig och övergripande bild av den analyserade informationen. Graneheim och Lundman (2004) skriver att en kategori rymmer koder som liknar varandra. En kategori ska svara på innehållet och rymmer också oftast ett antal underkategorier. Exempel ur analysprocessen kan ses i Bilaga 4.

## Etiska överväganden

De analyserade artiklarna har blivit etiskt godkända eller innehåller diskussion om etiska aspekter där deltagarna har erhållit information om egna rättigheter och studiens syfte. Det är forskarnas uppgift att skydda deltagarnas personuppgifter, integritet, privatliv, självbestämmande och värdighet (Forsberg & Wengström, 2016, kapitel 4). I enlighet med Helsingforsdeklarationen har deltagarna i valda artiklar medverkat i studierna frivilligt och haft möjligheten att avbryta sitt deltagande när som helst (World Medical Association [WMA], 2008).

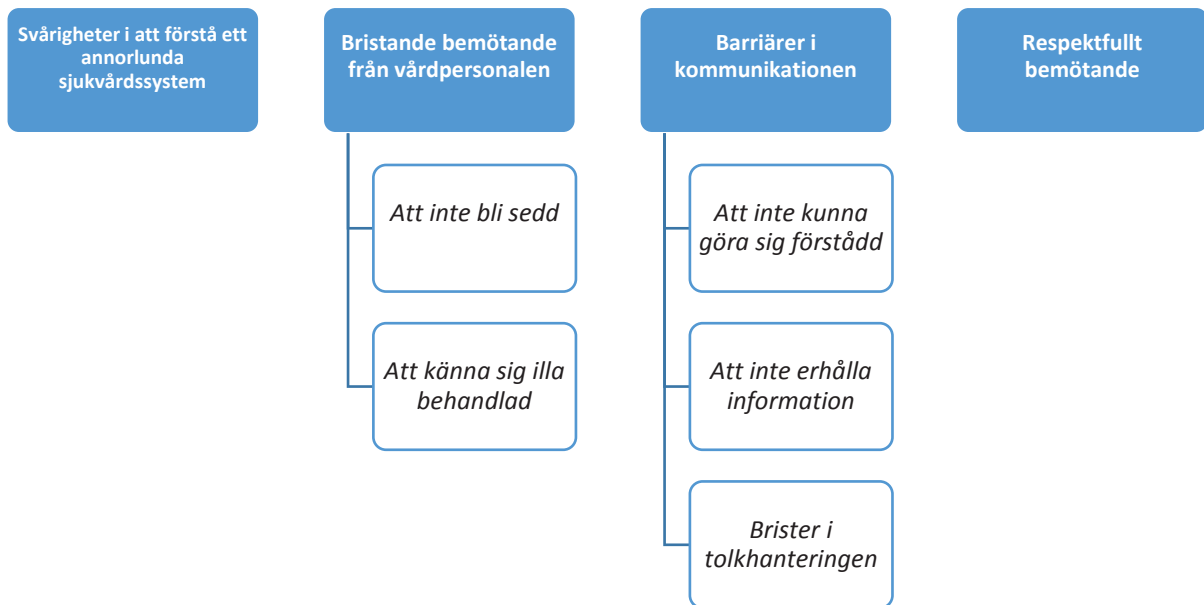
Artiklarna som använts i föreliggande litteraturstudie har grundats på Vetenskapsrådets (2002) forskningsetiska principer som främjar goda villkor i förhållande mellan deltagare och forskare. All forskning som utövas ska innehålla hög kvalitet. I syfte att värna om deltagarna i de valda studierna finns fyra huvudkrav; informationskravet, samtyckeskravet,

konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informationskravet innebär att deltagarna ska erhålla information om studiens syfte. Samtyckeskravet innebär att deltagarna själva får bestämma om medverkan i studien. Konfidentialitetskravet framhåller att datamaterial och personuppgifter ska tas omhand så att inte obehöriga får tillträde. Sista principen är nyttjandekravet som innefattar att inhämtad data enbart får användas för studiens ändamål (Vetenskapsrådet, 2002). Efter att ha övervägt ovanstående anses därför litteraturstudiens risk för skada vara låg.

Litteraturstudien har strävat efter korrekt referatteknik samt har utförts utifrån förhållningssättet att inte använda sig av plagiering i någon form vilket är i enlighet med Forsberg & Wengström (2016, kapitel 4). Litteraturstudiens resultat har inte på något sätt förvrängts i syfte att spegla personliga åsikter eller för att uppnå ett vinklat resultat i relation till litteraturstudiens syfte. Målet med litteraturstudien var att generera en ökad kunskap och förståelse för att kunna ge en personcentrerad omvårdnad till utsatta och sårbara grupper. Därför anses litteraturstudiens resultat kunna bidra till stor nytta för att stärka omvårdnaden.

## Resultat

I analysen framkom det fyra huvudkategorier: *svårigheter i att förstå ett annorlunda sjukvårdssystem, bristande bemötande från vårdpersonalen, barriärer i kommunikationen och respektfullt bemötande*. Huvudkategorin *bristande bemötande från vårdpersonalen* fick underkategorierna *att inte bli sedd* och *att känna sig illa behandlad*. Huvudkategorin *barriärer i kommunikationen* fick underkategorierna *att inte kunna göra sig förstådd, att inte erhålla information* och *brister i tolkhanteringen*.



Figur 1. Kategorier med underkategorier.

### Svårigheter i att förstå ett annorlunda sjukvårdssystem

Flera asylsökande och flyktingar upplevde utmaningar i att förstå hur sjukvårdssystemet fungerade i ett mottagarland. Känslan av förvirring var genomgående när deltagarna försökte få tillgång till sjukvård då flera upplevde att det var svårt att hitta på sjukhuset (Kang, Tomkow & Farrington, 2019; Worabo et al., 2016). Begränsade kunskaper om vilka hälsotjänster som var tillgängliga utgjorde ett tydligt problem då många upplevde osäkerhet kring vilken vård de var berättigade till (Chase, Cleveland, Beatson, Rousseau, 2017; Fang, Sixsmith, Lawthom, Mountian & Shahrin, 2015). Det fanns svårigheter i att förstå hur möten i sjukvården bokades och deltagarna upplevde osäkerhet kring hur de skulle gå tillväga (Worabo et al., 2016). Vidare fanns det utmaningar i att förstå när mötet skulle äga rum samt en oro över att inte kunna betala för sig (Floyd & Sakellariou, 2017; Guruge et al., 2017; Kang et al., 2019).

Det fanns tydliga kulturella skillnader gällande förväntningarna på sjukvården (Fang et al., 2015). Samtliga asylsökande och flyktingar beskrev att de i sitt hemland fick tillgång till specialiserad vård direkt och många blev därför överraskade när de fick vänta på akutmottagningar och vårdcentraler (O'Donnell, Higgins, Chauhan & Mullen 2008; Worabo et al., 2016). Förekomsten av väntelistor uppskattades inte och känslan av att vården var för långsam för att lösa allvarliga problem var tydlig (Carroll et al., 2007; Guruge et al., 2017;



Kang et al., 2019). Det uppskattades inte heller att behöva vänta på provresultat då deltagarna ville få reda på resultatet direkt (O'Donnell et al., 2008). Kontinuitet i vården var betydelsefullt då det var önskvärt att träffa samma vårdpersonal under besöken. Detta kunde skapa en tillfredsställande upplevelse av vårdmötet (Bhatia & Wallace, 2007; Carroll et al., 2007).

## Bristande bemötande från vårdpersonalen

Asylsökande och flyktingar beskrev en utbredd problematik i bemötandet från vårdpersonal. Samtliga uttryckte frustration över att inte bli tagna på allvar, bristande information och dåligt bemötande. Genom detta framkom underkategorierna *att inte bli sedd* och *att känna sig illa behandlad*.

### *Att inte bli sedd*

Asylsökande och flyktingar upplevde att de flera gånger inte blev sedda inom vården. Många gånger fick de inte svar på sina frågor och upplevde att ingen lyssnade på dem. De upplevde att deras bekymmer, problem och oro inte togs på allvar av vårdpersonalen. Många gånger dröjde det innan de fick svar på deras frågor från vårdpersonalen, men också att svaren var avvisande (Bhatia & Wallace 2007; Guruge et al., 2018; Sevinc, Kilic, Ajghif, Özturk, Karadag, 2016). Deltagarna upplevde inte att de fick möjlighet att berätta om sin livshistoria eller problematik eftersom vårdpersonalen sällan ställde dessa frågor till dem och kände sig därför förbisedda (Fang, et al., 2015; O'Donnell et al., 2008; Shannon, O'Dougherty & Mehta, 2012;). Att inte bli sedd innebar också att de upplevde att vårdpersonalen inte hade tillräckligt med tid och tålmod för att lyssna på deras hälsoproblem men också ointresse för att förstå deras komplexa livssituation relaterat till den kulturella situationen och språkförbristningar. Mötena i vården upplevdes som stressande vilket skapade frustration hos deltagarna. De kände därför att de inte fick en ärlig och fullständig bedömning och att sjukvården inte motsvarade deras förväntningar (Carroll et al., 2007; Fang et al., 2015; Kang et al., 2019; O'Donnell et al., 2008; Sevinc et al., 2016; Shannon et al., 2012; Worabo, et al., 2016). Brist på kulturell medvetenhet visade sig bland annat genom att vårdpersonalen hade ett annat synsätt på hälsa jämfört med deltagarnas syn på sin hälsa. Detta ledde ofta till missförstånd. Den tvärkulturella skillnaden påverkade relationen mellan patient och vårdpersonal, vilket kunde leda till en oförmåga att prata om svåra problem (Fang et al., 2015; Guruge et al., 2018); O'Donnell et al., 2008). Flera upplevde därför att det var svårt att vara delaktig i sin egen vård för att de inte blev inbjudna

till att samtala med personalen om deras personliga behov. Detta ledde i sin tur till att vårdrelationen påverkades negativt (Jonzon, Lindkvist & Johansson, 2015; Sevinc et al., 2016).

Det bristande bemötandet från vårdpersonalen ledde till att flera asylsökande och flyktingar beskrev att de inte kunde kunna känna tillit och förtroende för vårdpersonalen vilket skapade oro (Fang et al., 2015; O'Donnell et al., 2008). Detta visade sig genom att det var svårt att bygga upp en relation till personalen och därför fanns det inte tillräckligt förtroende för att kunna prata om mer komplexa och intima hälsofrågor (Bhatia & Wallace 2007; Fang et al., 2015). Flera beskrev också att den bristande tilliten berodde på att de upplevde att läkarna inte hade tillräckligt med kunskap för att kunna behandla deras sjukdomar eftersom de hade unika sjukdomar som läkarna inte hade sett tidigare (O'Donnell et al., 2008). Den bristande tilliten uppkom också för att de kände sig utsatta då de kände sig som ett forskningsobjekt (Worabo et al., 2016).

#### *Att känna sig illa behandlad*

Flera asylsökande och flyktingar upplevde att de fick ett illa bemötande av vårdpersonalen. Flera hade upplevt diskriminering och stigmatisering på grund av deras ursprung. De kände sig illa behandlade och upplevde att brist på fysisk undersökning var på grund av deras status som asylsökande. Det framkom också att flera hade upplevt att vårdpersonalen hade behandlat dem annorlunda och haft förutfattade meningar när de fick reda på att de var asylsökande vilket skapade ett obehag (Bhatia & Wallace 2007; Carroll et al., 2007; Fang et al., 2015; O'Donnell et al., 2008; Kang et al., 2019). De upplevde att vårdpersonalen antog att de inte kunde engelska för att de hade annorlunda kläder och därför undvek de att förklara (O'Donnell, 2008). Flera upplevde att vårdpersonalen var ovilliga att hjälpa dem, hade fientliga attityder med bland annat svårförstådd skriftlig information samt opersonlig attityd och vård vilket fick dem att känna sig obekväma och diskriminerade. Detta ledde många gånger till att de gav upp i sitt försök till att få vård. Deltagarna beskrev upplevelser som att inte ses som en person, känna sig kriminell, känna sig oönskad och undanskuffad samt objektifierad. Flera upplevde att de kände sig som en börda och var rädda för att folk skulle tro att de utnyttjade systemet (Bhatia & Wallace 2007; Jonzon et al., 2015; Carroll et al., 2007; Chase, et al., 2017; Fang et al., 2015, Worabo et al., 2016). Det framkom även att de kände sig ensamma och isolerade vilket resulterade i känslor av rädsla och skam (Floyd & Sakellariou, 2017; Sevinc et al., 2016). Många talade om en lång väntetid i vården, vilket de

förknippade med fientliga attityder och diskrimination (Chase et al, 2017; Floyd & Sakellariou, 2017; Kang et al., 2019). Det visade sig också att de tyckte att personalen ibland ställde olämpliga frågor och inte visade intresse för dem (Kang et al., 2019). Upplevelsen av ett bristande bemötande kunde i många fall bero på barriärer i kommunikationen (Fang et al., 2015; O'Donnell et al., 2008)

## Barriärer i kommunikationen

Asylsökande och flyktingar beskrev betydelsen av kommunikation i vårdmötet. Kommunikationsproblem utgjorde enligt samtliga deltagare hinder som ledde till missförstånd mellan deltagarna, vårdpersonalen och tolkar. Genom detta framkom underkategorierna *att inte kunna göra sig förstådd, att inte erhålla information och brister i tolkhanteringen.*

### *Att inte kunna göra sig förstådd*

Det fanns en allmän enighet om att kommunikationsproblem utgjorde ett tydligt nyckelhinder för att erhålla en god och effektiv vård (Bahia & Wallace, 2007; Fang et al., 2015) Flera asylsökande och flyktingar upplevde att bristande kommunikation utgjorde en huvudsaklig barriär för att söka vård. Det var även en anledning till att deltagarna missade inbokade besök och inte fick sina hälsoproblem behandlade (Kang, et al., 2019; Worabo et al., 2016). Även om vissa deltagare kunde göra sig förstådda med engelska fraser av grundläggande karaktär upplevdes det utmanande att prata med vårdpersonalen då de kände sig oförmögna att uttrycka sig på ett begripligt sätt om deras medicinska problem (Guruge et al., 2018; Floyd & Sakellariou, 2017; Kang et al., 2019). Det var svårt att hitta rätt ord för att beskriva vad de upplevde och en tydlig rädsla fanns för att kommunicera om medicinska tillstånd. Därmed uppstod det bristande kommunikation mellan deltagarna och vårdpersonalen (Fang et al., 2015; O'Donnell et al., 2008). Icke-verbal kommunikation hade varierad betydelse för deltagarna. Flera upplevde att vårdpersonalen hade svårt att läsa av och förstå deras kroppsspråk och gester medan det fanns deltagare som snarare upplevde det som en pinsam handling att berätta om sina problem med hjälp av teckenspråk (Fang et al., 2015; Kang et al., 2019). Det var vanligt förekommande att deltagarna inte kände sig bekväma med att samtala om krigstrauman. Detta skulle enligt deltagarna varit enklare om de haft möjligheten att lära känna vårdpersonalen (Shannon et al., 2012). Att känna en otrygghet i att kommunicera bidrog till sämre självsäkerhet och självkänsla hos deltagarna. Istället för att föra en

ömsesidig dialog med vårdpersonalen var det vanligt förekommande att deltagarna istället accepterade situationen och agerade passivt (Floyd & Sakellariou, 2017; Jonzon et al., 2015; O'Donnell, 2008). Det fanns en stor önskan att förbättra kommunikationen med vårdpersonalen då bristande kommunikation bidrog till otålighet och frustration hos vårdpersonalen (Carroll et al., 2007; Sevinc et al., 2016; Worabo et al., 2016).

#### *Att inte erhålla information*

Erhållen information från vårdpersonalen beskrevs av deltagarna som mycket svårförstådd. Flera beskrev även att det var svårt att veta ifall vårdpersonalen uppfattat vad de sa då deltagarna inte fick någon respons. Det fanns en önskan att förstå vårdpersonalen bättre då det var vanligt förekommande att de inte förstod vad som skulle hända och att de inte vågade ställa frågor till vårdpersonalen. Detta resulterade i rädsla och bristande mod för att interagera vid hälsoundersökningen (Floyd & Sakellariou, 2017; Jonzon et al., 2015; Sevinc et al., 2016). Vidare beskrivs svårigheter i att inte veta syftet med hälsoundersökningen förrän deltagarna anlände till mötet. Bristen på information från vårdpersonalen var vanligt förekommande och bidrog till att deltagarna kände en stor osäkerhet i att inte veta vilka tester som gjorts och varför (Jonzon et al., 2015; Sevinc et al., 2016). Upplevelsen av att inte känna sig delaktig i sin egen vård och veta vilka beslut som tagits var tydlig (Floyd & Sakellariou, 2017). Detta skapade känslor som rädsla och osäkerhet i vårdmötet (Jonzon et al., 2015; Sevinc et al., 2016).

#### *Brister i tolkhanteringen*

Ett vanligt förekommande problem var att det inte alltid fanns tolkar att tillgå vid vårdmöten. På grund av bristen på professionella tolkar fanns en utbredd problematik i kommunikationen mellan asylsökande, flyktingar och vårdpersonal (Sevinc et al., 2016). Samtliga deltagare uttryckte missnöje över att inte ha en tolk närvarande vilket resulterade i rädsla och utsatthet. Det var inte ovanligt att deltagarna istället fick använda sig av familj och vänner i syfte att översätta (Bhatia & Wallace, 2007; Jonzon et al., 2015; Kang et al., 2019). Bristen på skickliga och lämpliga tolkar utgjorde ett stort problem (Guruge et al., 2018). Trots begränsad tillgång och önskan om att ha en tolk närvarande i vårdmötet beskrev flera att kommunikationen begränsades oavsett om en tolk var närvarande eller ej (Jonzon et al., 2015). Många upplevde att tolken inte alltid översatte korrekt och att detta kunde resultera i omfattande fysisk, psykisk och social skada då viktig information riskeras gå förlorad (Kang et al., 2019; Sevinc et al., 2016).

Flera asylsökande och flyktingar upplevde obehag och tveksamhet till att ge ut personlig information under tolkningsprocessen. De kände sig oroliga över att ha en tredje person närvarande i samtalet gällande deras personliga hälsa vilket resulterade i att bristen på tillit till tolkarna utgjorde ett betydande hinder (Fang et al., 2015; Floyd & Sakellariou, 2017; Worabo et al., 2016). Trots att en tolk var närvarande var deltagarna inte alltid säkra på tolkarnas sekretess vilket bidrog till att de inte vågade fråga om allt de ville. Deltagarna menade på att konversationen mellan dem och vårdpersonalen riskerade att dämpas ifall tolken inte kände sig bekväm med detaljerna kring deltagarens hälsa och därför vågade de inte fråga om allt (Floyd & Sakellariou, 2017; Jonzon et al., 2015).

### Respektfullt bemötande

Trots att majoriteten av asylsökande och flyktingar hade negativa upplevelser av att vara patient fanns det deltagare som hade positiva upplevelser.

Ett fåtal asylsökande och flyktingar beskrev att de kände sig respekterade och sedda i mötena med vårdpersonalen. Ett respektfullt bemötande innebar att vårdpersonalen respekterade, lyssnade på dem men också att de förstod deras situation samt visade intresse för deras kultur. När vårdpersonalen tog sig tid att lyssna var det en stor hjälp eftersom de kände sig värdefulla och respekterade (Bhatia & Wallace, 2007; Carroll et al., 2007; O'Donnell et al., 2008; Kang et al., 2015). Deltagarna beskrev att det fanns en positiv interaktion med vården (Kang et al., 2019; O'Donnell et al., 2008) Kroppsliga uttryck hos vårdpersonalen var något de uppmärksammade ofta. Vårdpersonalens utstrålning kunde därför få dem att känna sig respekterade genom att uttryck för känslor i ansiktet syntes som medlidande men också att vårdpersonalen log och visade vänlighet. Detta förstärkte deras känsla av att bli behandlad väl och få en positiv upplevelse av vården (Carroll et al., 2007; O'Donnell, 2008; Sevinc et al., 2016). Deltagarna beskrev att de blev behandlade som en i gemenskapen och att de inte blev diskriminerade för deras ursprung (Sevinc et al., 2016; Worabo et al., 2016). Det framkom även att den fysiska undersökningen var betydelsefull för att de skulle uppleva en god och positiv vård (Carroll et al., 2007).

# Diskussion

## Metoddiskussion

En litteraturstudie utfördes på ett systematiskt sätt baserad på vetenskapliga artiklar med kvalitativ metod. Detta gjordes eftersom syftet var att ta reda på asylsökande och flyktingars upplevelser av att vara patient och därför ansågs en kvalitativ metod lämplig. Enligt Forsberg och Wengström (2016, kapitel 3) är en kvalitativ metod lämplig att använda för att förstå personers subjektiva upplevelser av ett fenomen. Den kvalitativa metoden syftar till att få en helhetssyn. Lundman och Hällgren Graneheim (2012) menar på att valet av lämplig metod ökar tillförlitligheten i en studie.

Ett av inklusionskriterierna var att artiklarna skulle vara publicerade mellan årtalen 2007–2019, vilket innebär högst tolv år gamla. Detta gjordes eftersom när sökningen begränsades till 10 år fanns det inte tillräckligt med relevanta artiklar. Därför utökades sökningen med två år för att få aktuell forskning. Enligt Forsberg och Wengström (2016, kapitel, 2) bör en litteraturstudie vila på tidsenlig forskning. Det kan därför anses som en svaghet att artiklarna är tolv år. Vid jämförandet av artiklarna publicerade 2007–2019 gjordes en bedömning att det inte fanns några tydliga skillnader och därför ansågs artiklarnas material vara lämpligt och överförbart. Det engelska språket valdes eftersom kunskaperna anses goda. Willman et al., (2016, kapitel 7) beskriver att artiklarna bör vara på ett språk som forskarna förstår för att det ska bli trovärdigt. Andra inklusionskriterier var att deltagarna i artiklarna skulle vara över 18 år eftersom allmänsjuksköterskor oftast möter vuxna patienter.

Databaserna Cinahl och PubMed användes vid litteratursökningen eftersom de är relevanta för omvårdnadsforskning. Enligt Willman et al. (2016, kapitel 7) ska flera databaser användas för att öka trovärdigheten. I denna litteraturstudie kan begränsandet av att enbart använda två databaser ha en viss påverkan på trovärdigheten då användandet av flera databaser hade kunnat resultera i mer forskning. Valet av databaserna ansågs dock vara tillräckliga för att få det insamlade materialet som behövdes för att genomföra studien samt bibehålla trovärdigheten. Inför litteratursökningen bokades en tid med en bibliotekarie på Blekinge Tekniska Högskola för att få hjälp och kunskap i sökstrategier. Detta kan ses som en styrka eftersom bibliotekarien är kunnig inom sitt område. För att få fram rätt sökord användes ämnesord i både PubMed och Cinahl som kombinerades med ord i fritext. Dessa användes

för att få rätt termer, men också rätt stavning för att sökningarna skulle bli så korrekta som möjligt. Det fanns svårigheter att hitta artiklar utifrån ett patientperspektiv som var relevanta för syftet. Den första sökningen som gjordes ansågs vara för bred och innehöll flera artiklar som inte var relevanta för syftet. Detta resulterade i att flera sökord användes för att göra sökningen smalare samt mer träffsäker. Relevanta artiklar framkom i sökningen med sökorden och ansågs vara tillräckligt material för att kunna analyseras. Det kan dock påverka giltigheten i studien då det kan finnas artiklar som inte går under de valda sökorden. OR användes för att sätta ihop synonyma sökord. Sökorden sattes sedan ihop med AND för att smalna ner sökningen för att få träffar som innehöll artiklar som svarade till syftet. Den booleska söktermen NOT användes inte i sökningen vilket kan ha varit en svaghet då den är till för att utesluta material som inte är relevant vilket hade kunnat underlätta sökningen. De booleska sökoperatorerna användes eftersom Forsberg och Wengström (2016, kapitel 4) beskriver att booleska operatörer är en hjälp till att bredda sökningen samt begränsa sökningen. Flest artiklar valdes ur Pubmed då den första sökningen gjordes där men flera av artiklarna återfanns i Cinahl. Litteratursökningen gjordes gemensamt för att öka tillförlitligheten.

Artiklarna kom från följande länder; USA, Kanada, Turkiet, Skottland och Sverige. En diskussion har förts angående artiklarnas länder där hänsyn har tagits till om artiklarnas resultat är tillämbart i Sverige för att möjliggöra överförbarhet av resultatet. Resonemang har förts angående om resultatet i artikeln från Turkiet kan vara överförbart då det är ett grannland till det konflikttrabbade Syrien. Trots att det finns konflikter mellan länderna finns det ingen antydning till det i artikeln och dess resultat anses därför vara överförbart.

I artikelsökningarna lästes samtliga titlar och abstracts gemensamt. 17 artiklar valdes ut gemensamt och lästes flera gånger i fulltext. Det kan ses som en styrka att utföra en gemensam bedömning då konsensus råder kring att de valda artiklarna besvarade litteraturstudiens syfte. Samtliga 17 artiklar kvalitetsgranskades individuellt enligt SBU:s bedömningsmall (se bilaga 3) för att sedan sammanställa granskningarna vilket kan öka trovärdigheten. SBU:S bedömningsmall valdes eftersom den ansågs lätt att följa med sitt poängsystem. Vid kvalitetsgranskningen uppkom det svårigheter kring hur ett par frågor skulle tolkas. Detta kan ha en viss påverkan på tillförlitligheten men ansågs inte ha påverkat den bedömda kvaliteten. Efter kvalitetsgranskningen återstod 13 artiklar då 11 artiklar uppnådde hög kvalitet och två medel kvalitet. De artiklar som föll bort efter granskningen

genom SBU:s bedömningsmall var på grund av låg vetenskaplig kvalitet då etiska aspekter saknades och metoden var bristfällig. Enligt Forsberg och Wengström (2016, kapitel 5) ska alla artiklar med låg kvalitet exkluderas för att uppnå trovärdighet. Artiklarna med medel kvalitet inkluderades då de svarade på litteraturstudiens syfte och ansågs inte påverka kvalitén på arbetet.

I analysen användes Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av innehållsanalys där en manifest analys med latent inlag utfördes. Innehållsanalysen valdes då den ansågs relevant för litteraturstudien. I syfte att skapa en djupare förståelse lästes de valda artiklarna individuellt för att sedan plocka ut meningsenheter som svarade på syftet. Detta anses som en styrka då möjligheten att erhålla relevanta meningsenheter ökar. Samtliga meningsenheter diskuterades och analyserades sedan gemensamt och de som inte ansågs svara på syftet föll bort. Lundman och Hällgren Graneheim (2012) menar att tillförlitligheten i en studie ökar när analysen genomförs gemensamt då risken för bias minskar. Därefter översattes meningsenheterna med hjälp av ett svensk-engelskt lexikon i syfte inte förlora textens innebörd och för att underlätta den fortsatta analysprocessen.

En svaghet i processen är översättningen från engelska till svenska då det inte alltid går att översätta meningsenheterna ordagrant och därmed kan kontexten försvinna. Det kan därför ha förekommit en viss tolkning. Därefter kondenserades och kodades meningsenheterna gemensamt vilket enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) kan öka tillförlitligheten. Meningsenheterna skrevs ut och klipptes isär för att sedan delas in i olika kategorier där innehållet hade samma innebörd. Det fanns delvis svårigheter i att kategorisera meningsenheterna vilket resulterade i att meningsenheterna granskades flera gånger. Detta kan påvisa giltighet då materialet har analyserats flera gånger. Analysen hölls textnära med en viss tolkning vilket gjorde att kategorier ansågs mest lämpligt. Teman hade kunnat leda till en ökad tolkning och ett annorlunda resultat medan en för textnära analys hade kunnat resultera i att kärnan försvinner. Det anses därför vara en styrka att ha det manifest med latent inlag.

Metoden anses vara tydligt beskriven vilket gör att trovärdigheten i litteraturstudien stärks. Lundman och Hällgren Graneheim (2012) beskriver att trovärdigheten bedöms genom sanningshalten i resultatet, vilket benämns som giltighet. Eftersom det finns en tydlig beskrivning av urval och analysprocessen i litteraturstudien kan giltigheten påvisas. Styrkor



och svagheter har lyfts fram vilket i sin tur kan stärka tillförlitligheten. Artiklarna som valdes i litteraturstudien kan överföras till den svenska sjukvården vilket gör att resultatet anses överförbart. Lundman och Hällgren Graneheim (2012) beskriver begreppet delaktighet utifrån hur mycket forskaren har påverkat resultatet. I denna litteraturstudie har det strävats efter att arbeta så textnära som möjligt med viss tolkning samt att materialet inte har formats utifrån egna värderingar.

## Resultatdiskussion

Litteraturstudiens syfte var att beskriva asylsökande och flyktingars upplevelser av att vara patient i ett mottagarland. I resultatdiskussionen kommer fem underkategorier tas upp; *att inte bli sedd, att inte kunna göra sig förstådd, att inte erhålla information, brister i tolkhanteringen samt svårigheter i att förstå ett annorlunda sjukvårdssystem.*

### *Att inte bli sedd*

Resultatet visade på att asylsökande och flyktingar upplevde svårigheter med att känna sig sedda av vårdpersonalen. Detta uppkom på grund av att de inte blev lyssnade till samt att de upplevde att deras problem inte togs på allvar. Detta var något som bekräftades i en studie av Beach, Branyon och Saha (2017) där samma problematik beskrivs för patienter med transkulturell bakgrund. Även här visade det sig att vårdpersonalen inte lyssnade på patienternas egna berättelser av sina upplevda symtom vilket gjorde att patienterna kände att deras problem inte blev tagna på allvar samt att de inte blev sedda av vårdpersonalen.

Larsson, Sahlsten, Segesten & Plos (2011) påvisar i sin studie att patienter som inte blir lyssnade till av sjuksköterskan är rädda för att de inte blir sedda som personer. Leininger (2006) menar i sin teori att det är viktigt att de som möter och vårdar en person uppmärksammar personen de har framför sig och att bemötandet och handlingarna från vårdpersonalen påverkar människors välbefinnande. Omsorg ska ges med respekt, närvaro och beskydd samt ge stöd för att kunna möjliggöra att patientens tillstånd förbättras.

I resultatet framkom det att det fanns brist på kulturell medvetenhet från vårdpersonalen vilket bidrog till att vårdrelationen påverkades. Missförstånd kunde uppkomma på grund av olika synsätt på hälsa jämfört med vårdpersonalen. Woodgate et al., (2017) bekräftar i sin studie att skillnaderna i synen på hälsa kan leda till att flyktingar upplever att de inte får tillräckligt med vård samt att de inte söker vård när det behövs. Leininger (2006) bekräftar i

sin teori att synen på hälsa kan skilja mellan olika kulturer och detta är något som sjuksköterskan måste vara medveten om. Dels för att kunna förstå vilken betydelse hälsa har för patienten men också för att förstå hur de kulturella faktorerna påverkar patienten. Den kulturellrelaterade omsorgen ska användas på ett meningsfullt sätt för att kunna upptäcka kulturella faktorer som påverkar uttryck, välbefinnande och hälsa. Vidare beskriver Leininger (2006) att den största kulturella skillnaden finns inom sjukhusvården. Därför är det av stor vikt att sjuksköterskan visar en djupare förståelse för varje persons kultur för att undvika att kulturkrockar och missförstånd uppstår.

Föreliggande studie tyder även på att flera deltagare upplevde att det fanns brist på tid i vårdmötet. Detta bidrog till känslan av att bli förbisedd då de upplevde att vårdpersonalen inte var intresserade av att förstå deras kulturella bakgrund och situation. Bristen på tid gjorde att mötena upplevdes stressande och att de upplevde att de inte fick en rättvis bedömning. Suurmond, Rupp, Seeleman, Goosen och Stronks (2013) bekräftar att tid behövs för att kunna skapa möjlighet för asylsökande och flyktingar att kunna prata om traumatiska händelser samt deras kulturella bakgrund. Nygårdh, Malm, Wikby och Ahlström (2012) styrker att när det är brist på tid i vårdmötet känner sig patienter förbisedda då det inte finns möjlighet för dem att ställa frågor eller få svar. Larsson et al., (2011) bekräftar att när sjuksköterskor visar ointresse och är stressade är det svårt för patienter att interagera. Enligt Leininger (2006) är det av stor vikt att sjuksköterskan tar sig tid till att förstå varje människa och skapar möjligheter för att kunna utföra en kulturellt anpassad vård. Tid behövs för att kunna få kunskaper om patientens kulturella bakgrund men också för att få kunskap om deras behov, levnadssätt och värderingar.

Vidare tyder resultatet på att det bristande bemötandet från vårdpersonalen leder till att asylsökande och flyktingar har svårt för att känna förtroende för vårdpersonalen. Detta påverkar vårdrelationen och möjligheten till att vara delaktig i sin vård. Nygårdh et al., (2012) bekräftar att ett bristande bemötande leder till en negativ påverkan på vårdrelationen eftersom det skapar misstro och irritation hos patienterna. Hemberg och Vilander (2017) lyfter vikten av att sjuksköterskor alltid bör informera patienter tydligt om deras vård för att kunna skapa förtroende och trygghet för patienten samt skapa en god vårdrelation. Razavi, Falk, Björn och Wilhelmsson (2011) bekräftar att flyktingar har svårigheter med att känna tillit för vårdpersonalen på grund av bristande bemötande. Detta visade sig genom att de kände att ingen vårdpersonal tog ansvar för dem vilket påverkade tilliten. Suurmond et al.,

(2013) styrker att förtroende i vårdrelationen har betydelse för att kunna berätta om personliga problem och behov. Leininger (2006) betonar i sin teori att sjuksköterskan i sitt bemötande måste våga och framförallt öva på att lyssna till patienten och ställa relevanta frågor för att förstå patienten.

### *Att inte kunna göra sig förstådd*

I litteraturstudien framkom tydliga kommunikationssvårigheter som utgjorde barriärer i omvårdnaden av asylsökande och flyktingar. Flera deltagare beskrev att det var utmanande att hitta rätt ord för vad de upplevde och att det var svårt att uttrycka sig på ett begripligt sätt gällande medicinska problem. Därmed uppstod bristande kommunikation mellan deltagarna och vårdpersonalen. Litteraturstudiens resultat styrks av tidigare studier som belyser att kommunikation är en central del i vårdmötet med asylsökande och flyktingar (Ali & Watson, 2017; Degni, Suominen, Essén, El Ansari & Vehviläinen-Julkunen 2012; Mangrio & Forss, 2017; Sobel & Metzler Sawin, 2016). Degni et al. (2017) studie påvisar på vårdspersonal upplevde språkliga barriärer och att det var svårt att kommunicera direkt med asylsökande och flyktingar då ett gemensamt språk saknas. Ali och Watson (2017) menar att kommunikationen är en central del i sjuksköterskans profession. Om kommunikationen brister påverkar det erfarenheterna av att ta emot vård negativt. Precis som Mangrio och Sjögren Forss (2017) påtalar upplevde deltagarna svårigheter i att uttrycka sig verbalt med vårdpersonalen. Detta resulterade i att kompetensen om deras hälsa var låg och det var få som förstod innebörden av hälsoundersökningar då kommunikationen från vårdpersonalen var bristfällig (Mangrio & Sjögren Forss, 2017). Samtidigt menar Ali och Watson (2017) att språkliga barriärer gör det svårt för asylsökande och flyktingar att erhålla förståelse för behandlingar och biverkningar av medicinering.

Madeleine Leiningers (2002a) omvårdnadsteori beskriver betydelsen av kommunikativ förståelse utifrån ett transkulturellt perspektiv. I litteraturstudiens resultat framkom att deltagarna upplevde hinder i att kommunicera genom kroppsspråket. Flera deltagare tyckte det var genant att behöva uttrycka sig genom teckenspråk. Samtidigt var det vanligt förekommande att kroppsspråk och gester inte alltid uppmärksammades av sjukvårdspersonalen. Leininger (2002a) menar att det är betydelsefullt att som sjuksköterska öka den kulturella medvetenheten och erhålla djupare kunskaper om hur kroppsspråk kan påverka vårdmötet. På så sätt kan kulturellt anpassad och god omvårdnad bedrivas. En studie av Sobel och Metzler Sawin (2016) påvisar att det är betydelsefullt att vårdpersonalen har

goda kunskaper i transkulturell omvårdnad. Att nicka med huvudet kan visa på förståelse i samtalet men det kan även inom andra kulturer betyda vördnad. Därför är det aldrig säkert att samtalets innehåll har mottagits korrekt då kroppsspråk och gester kan ha olika betydelse beroende på kulturell bakgrund.

#### *Att inte erhålla information*

Resultatet visade på att informationen som erhöles var mycket svårförstådd. Många gånger visste inte deltagarna vad som skulle hända under undersökningarna samt att de inte vågade ställa frågor till vårdpersonalen. Bristen på information påverkade deras delaktighet i vårdmötet då de inte fick information eller fick möjlighet till att ge samtycke till vården. Bristen på information ledde till misstro, osäkerhet och rädsla. Detta påverkade möjligheten till att interagera i vårdmötet. Detta är något som bekräftas av Brämberg et al. (2010) i deras studie där deltagarna upplevde att vårdpersonalen uteslöt dem från sin egen vård. Deltagarna fick ingen information om deras behandling eller beslut som tagits kring deras vård och blev lämnade i ovisshet. Larsson et al., (2011) visar i sin studie att patienter som inte får tillräckligt med information känner osäkerhet i vårdmötet. Tillräckligt med information behövs för att kunna vara delaktig i sin vård men också för att känna trygghet i vården. Patientlagen (SFS 2014:821) styrker att patienter har rätt till att få adekvat information, ges möjlighet till självbestämmande och samtycke samt har rätt till att få vara delaktig i sin vård. Leininger (2006) bekräftar att omsorg till en person inte bara handlar om att utföra vissa uppgifter utan omsorgen ska genomsyras av att se personen som vårdas.

#### *Brister i tolkhanteringen*

I litteraturstudien framkom att bristen på professionella tolkar bidrog till en utbredd problematik i kommunikationen mellan asylsökande, flyktingar och vårdpersonal. Samtliga deltagare uttryckte missnöje över att inte ha en tolk tillgänglig vid vårdmöten men samtidigt beskrev flera deltagare att kommunikationen begränsades oavsett om en tolk var närvarande eller inte. Upplevelser av att tolken inte översatte korrekt var vanligt förekommande vilket resulterade i att viktig information gick förlorad. Flera upplevde obehag och tveksamhet till att ge ut personlig information under tolkningsprocessen då det fanns en oro över att ha en tredje person närvarande i samtalet. Litteraturstudiens resultat styrks av tidigare studier som belyser problematiken med att använda tolkar i vårdsammanhang (Ali & Watson, 2017; Ian, et al., 2016). Ali och Watson (2017) studie påvisar att deltagarna upplevde tolkarnas tjänster

som användbara men att det fanns begränsningar i tillgängligheten då det ofta var svårt att boka in en tolk både vid akuta situationer och bokade besök vilket resulterade i förlängda sjukhusvistelser. Flera upplevde även att förtroendet till tolkarna var svagt. Felaktiga tolkningar och bristande kunskaper i medicinsk terminologi var vanligt förekommande i tolkningsprocessen vilket leder till att information missförstås. Vidare belyser Ian et al. (2016) problematiken i vårdmötet när en tolk måste närvara. Deltagarna upplevde då att det krävdes mer tålamod och tydlighet i kommunikationen med tolken så att ingen information går förlorad.

### *Svårigheter i att förstå ett annorlunda sjukvårdssystem*

Litteraturstudien fastställer att asylsökande och flyktingar upplevde utmaningar i att förstå hur sjukvårdssystemet fungerar i mottagarlandet. Samtliga hade begränsade kunskaper om vilken vård de var berättigade till och vilka hälsovårdstjänster som erbjöds. Mangrio och Sjögren Forss (2017) studie påvisar den utbredda bristen på kunskap om hur deltagarna får tillgång till sjukhusets och primärvårdens olika tjänster. Detta var en aspekt som bidrog till klagomål och missnöje bland deltagarna. Edward och Hines-Martin (2015) belyser i sin studie att asylsökande och flyktingar upplever hinder i sjukvårdens tillgänglighet. Flera deltagare uttryckte svårigheter att hitta på sjukhusen då de inte är anpassade efter patienter som talar ett annat språk. Vidare beskriver föreliggande litteraturstudie osäkerhet kring hur möten med sjukvården bokas och svårigheter i att förstå när besöket skulle äga rum. Mangrio och Sjögren Forss (2017) studie bekräftar resultatet då många asylsökande och flyktingar upplevde att de fick knapphändig information om tillgången till sjukvård i mottagarlandet. Salman och Resick (2015) belyser problematiken då samtliga asylsökande och flyktingar hade svårigheter att förstå varför sjukvårdsbesök bör planeras och bokas i förväg.

I litteraturstudiens resultat framkom även kulturella skillnader gällande förväntningarna på sjukvården. Samtliga asylsökande och flyktingar beskrev att de i sitt hemland fick tillgång till specialiserad vård direkt och många blev därför överraskade när de fick vänta på sjukvård i mottagarlandet. Samtliga ansåg att sjukvården agerade för långsamt och förekomsten av väntelistor uppskattades inte. Mangrio och Sjögren Forss (2017) bekräftar föreliggande litteraturstudies resultat då samtliga deltagare upplevde att väntelistor inom sjukvården var problematiskt. Detta kunde bidra till en förlängd process i att få behandling för sjukdomstillståndet.

## Slutsats

I litteraturstudiens resultat framkommer det att asylsökande och flyktingar upplever att det finns utmaningar och svårigheter i att förstå sjukvårdssystemen i mottagarlandet eftersom det kan finnas skillnader jämfört med sjukvårdssystemet i deras hemland. Resultatet tyder även på att asylsökande och flyktingar upplever ett bristande bemötande från vårdpersonalen. Detta visade sig genom att de inte blev sedda och tagna på allvar, informationen var bristfällig samt att de kände sig illa behandlade av vårdpersonalen. Det framkom även att det finns barriärer i kommunikationen som skapar kommunikationsproblem mellan tolkar, deltagare och vårdpersonal. Kommunikationsproblemen visade sig genom att det var svårt att göra sig förstådd med uttryck, både verbalt och ickeverbalt. Tillgång till lämpliga tolkar och förtroendet till tolken påverkade kommunikationen negativt i vårdmötet. Även om majoriteten av resultatet visade på negativa upplevelser fanns det positiva upplevelser hos några av de asylsökande och flyktingarna. Detta visade sig genom respektfullt bemötande, vilket var att personalen lyssnade och visade intresse för dem. Det respektfulla bemötandet ledde till att hälsan och vården påverkades positivt. Resultatet tyder på att sjuksköterskor behöver bli bättre på att se hela personen och dess kulturella livsvärld för att kunna utföra en personcentrerad omvårdnad.

## Kliniska implikationer

Resultatet i föreliggande litteraturstudie genererar ökade kunskaper hos sjuksköterskan om hur personer från sårbara grupper som asylsökande och flyktingar kan uppleva att vara patient i mottagarlandet. Den ökade kunskapen kan bidra till att sjuksköterskan reflekterar och utvecklar sitt bemötande gentemot patientgruppen för att säkerställa att de får en personcentrerad omvårdnad. Sjuksköterskan kan även medverka till att skapa möjligheter för patienterna att bli mer delaktiga och känna trygghet i sin vård. Genom att se hela personen och dess livsvärld ur ett kulturellt perspektiv kan patientgruppen få den vård som behövs för att få sina behov tillgodosedda men också hindra att ett vårdlidande uppstår.

## Förslag på framtida forskning

Litteraturstudiens resultat indikerar på att sjuksköterskan behöver mer utbildning i bemötande och kulturell kompetens för att kunna möta asylsökande och flyktingar i den vårdande kontexten. Majoriteten av tidigare forskning utgår från sjuksköterskors perspektiv. Således är

det därför betydelsefullt att utföra fler studier som fokuserar på patientens perspektiv i syfte att generera ökad förståelse och kulturell medvetenhet. Förslag på framtida forskning kan därför vara att fokusera på flyktinghälsa och hur trauma i hemlandet eller under flykten kan påverka personens livsvärld.

## Självständighet

Litteraturstudien har skrivits av Emma Algotsson och Julia Rosén Davidsson. Bakgrunden och metoden delades upp sinsemellan författarna där justeringar utfördes i varandras områden. Litteratursökningen och valet av artiklar utfördes gemensamt.

Kvalitetsgranskningen och valet av meningsenheter genomfördes till en början enskilt för att sedan diskuteras gemensamt. Resterande av analysprocessen utfördes gemensamt. Resultat, resultatdiskussion, metoddiskussion och slutsats skrevs gemensamt av båda författarna.

Författarna har genom studiens gång haft ett gott samarbete.

## Referenser

\*Artiklar som är med i resultatet.

Ahmadi, F. (2008). *Kultur och hälsa*. Lund: Studentlitteratur

Ali, P., & Watson, R. (2017). Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: Nurses' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 27 (5–6) 1152–1160 doi: 10.1111/jocn.14204.

Beach, MC., Branyon, R., & Saha, S. (2017). Diverse patient perspectives on respect in healthcare: A qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 100(11), 2076–2080. doi: 10.1016/j.pec.2017.05.010.

\*Bhatia, R., & Wallace, P. (2007). Experiences of refugees and asylum seekers in general practice: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 8(48), doi: 10.1186/1471-2296-8-48

Brämberg, B, E., Nyström, M., & Dahlberg, K. (2010). Patient participation: A qualitative study of immigrant women and their experiences. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 5(1). doi: 10.3402/qhw.v5i1.4650.

\*Carroll, J., Epstein, R., Fiscella, K., Gipson, T., Volpe, E., & Jean-Pierre, P. (2007). Caring for Somali women: implications for clinician-patient communication. *Patient Education and Counseling*, 66(3), 337–345. doi: 10.1016/j.pec.2007.01.008

\*Chase, L., Cleveland, J., Beatson, J., & Rousseau, C. (2017). The gap between entitlement and access to healthcare: An analysis of "candidacy" in the help-seeking trajectories of asylum seekers in Montreal. *Social Science & Medicine*, 182, 52–59. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.03.038

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

Edward, J & Hines-Martin, V. (2015). Exploring the Providers Perspective of Health and Social Service Availability for Immigrants and Refugees in a Southern Urban Community. *Journal Of Immigrant & Minority Health*, 17(4), 1185–91. doi: 10.1007/s10903-014-0048-1.

\*Fang, M L., Sixsmith, J., Lawthom, R., Mountian, 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(923), 1–12. doi: 10.1186/s12889-015-2279-z.

\*Floyd, A., & Sakellariou, D. (2017). Healthcare access for refugee women with limited literacy: layers of disadvantage. *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 1–10. 10.1186/s12939-017-0694-8



- Forsberg, A. (2016). *Omvårdnad på akademisk grund: att utvecklas och ta ansvar*. Stockholm: Natur & kultur.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016) *Att göra systematiska litteraturstudier*. (4 uppl.) Stockholm: Natur och Kultur
- Fossum, B. (2013). Kommunikation och bemötande. IB, Fossum (Red.), *Kommunikation: samtal och bemötande i vården* (2. uppl. s.25–50). Lund: Studentlitteratur
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>.
- \*Guruge, S., Sidani, S., Illesinghe, V., Younes, R., Bukhari, H., Altenberg, J., Rashid M., & Fredericks, S. (2018). Healthcare needs and health service utilization by Syrian refugee women in Toronto. *Conflict & Health*, 12(46), 2–9. doi: 10.1186/s13031-018-0181-x
- Hanssen, I. (2010). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle* (3.uppl) Lund: Studentlitteratur
- Helman, C. (2007). *Culture, health and illness*. (5. ed.) London: Hodder Arnold.
- Hemberg, J., & Vilander, S. (2017). Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 822–829. doi: 10.1111/scs.12403
- Ian, C., Nakamura-Florez, E., & Lee, YM. (2016). Registered nurses' experiences with caring for non-English speaking patients. *Applied Nursing Research*, 30, 257–260. doi: 10.1016/j.apnr.2015.11.009
- Inhorn, M., & Serour, G. (2011). Islam, medicine, and Arab-Muslim refugee health in America after 9/11. *The Lancet*, 378(9794), 935–43. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61041-6
- International Council of nurses. (2012). The ICN Code of Ethics for Nurses [Broschyr]. Hämtad från: [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012\\_ICN\\_Codeofethicsfornurses\\_%20eng.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf)
- \*Jonzon, R., Lindkvist, P., & Johansson, E. (2015). A state of limbo – in transition between two contexts: Health assessments upon arrival in Sweden as perceived by former Eritrean asylum seekers. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(5), 548–558. doi: 10.1177/1403494815576786.
- \*Kang, C., Tomkow, L., & Farrington, R. (2019). Access to primary health care for asylum seekers and refugees: a qualitative study of service user experiences in the UK. *British journal of general practice*, 1–9. doi: 10.3399/bjgp19X701309
- Kersey-Matusiak, G. (2015). Kulturkompetent omvårdnad. Lund: Studentlitteratur
- Lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.* (SFS 2008:344). Hämtad från Riksdagens webbplats: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2008344-om-halso--och-sjukvard-at\\_sfs-2008-344](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2008344-om-halso--och-sjukvard-at_sfs-2008-344)

Larsson, I., Sahlsten, M., Segesten, K. & Plos, K. (2011). Patients perceptions of barriers for participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 575–582. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00866

Leininger, M. (2002a). Part 1. The Theory of Culture Care and Etnonursing Research Method. I M. Leininger & M. McFarland (Red.), *Transcultural Nursing: concepts, theories, research & practice*. (3. ed. 71–98). New York: McGraw-Hill, Medical Pub. Division.

Leininger, M. (2006). Culture Care Diversity and Universality Theory and Evolution of the Ethnonursing Method. I M. Leininger & M. Mcfarland (Red.), *Culture Care and Diversity and Universality: a worldwide nursing theory*. (2.ed s.1–41). New York: National League for Nursing Press.

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Granskär, & B. Höglund-Nielsen (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (2. uppl s. 187–202). Lund: Studentlitteratur

Mangrio, E., Carlsson, E., & Zdravkovic, S. (2018). Understanding experiences of the Swedish health care system from the perspective of newly arrived refugees. *BMC Research notes*, 11(616), 1–6. doi: 10.1186/s13104-018-3728-4

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

Migrationsverket. (2016). *Inkomna ansökningar om asyl, 2015*. Hämtad från: <http://www.migrationsverket.se/download/18.7c00d8e6143101d166d1aab/1451894593595/Inkomna+ans%C3%B6kningar+om+asyl+2015+-+Applications+for+asylum+received+2015.pdf>

Migrationsverket. (2019a). Ordförklaringar. Hämtad 2019-05-20 från: <https://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Ordforklaringar.html>

Migrationsverket. (2019b). Familjeåterförening. Hämtad 2019-06-03 från: <https://www.migrationsverket.se/Privatpersoner/Skydd-och-asyl-i-Sverige/Efter-beslut/Om-du-far-stanna/Familjeaterforening.html>

Nygårdh, A., Malm, D., Wikby, K., & Ahlström, G. (2011). The experience of empowerment in the patient–staff encounter: the patient's perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 21(5–6), 897–904. doi: 0.1111/j.1365-2702.2011.03901.x

\*O'Donnell, C A., Higgins, M., Chauhan, R., & Mullen, K. (2008). Asylum seekers' expectations of and trust in general practice: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 58(557), 1–11. doi: 10.3399/bjgp08X376104.

Patientlag. (SFS 2014:821). Hämtad från riksdagens webbplats: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)

\*Pavlish, C L., Noor, S., & Brandt, J. (2010). Somali immigrant women and the American health care system: discordant beliefs, divergent expectations, and silent worries. *Social Science and Medicine*, 71(2), 353–361. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.04.010

Razavi, MF., 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 Health*, 39(3), 319-325. doi: 10.1177/1403494811399655.

Röda Korset. (2016). *Nyanlända och asylsökande i Sverige*. Hämtad från [https://www.redcross.se/globalassets/press-och-opinion/rapporter/studie\\_nyanlanda-och-asylsokande-i-sverige\\_web.pdf](https://www.redcross.se/globalassets/press-och-opinion/rapporter/studie_nyanlanda-och-asylsokande-i-sverige_web.pdf)

Salam, K., & Resick., L. (2015). The Description of Health Among Iraqi Refugee Women in the United States. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 17(4), 1199–1205. doi:10.1007/s10903-014-0035-6

\*Sevinc, S., Kilic, SP., Ajghif, M. Özturk, M., & Karadag E. (2016). Difficulties encountered by hospitalized Syrian refugees and their expectations from nurses. *International Nursing Review*, 63(3) 406–414 doi: 10.1111/inr.12259

\*Shannon P., O'Dougherty, M., & Mehta, E. (2012). Refugees' perspectives on barriers to communication about trauma histories in primary care. *Mental Health in Family Medicine*, 9(1), 47–55. doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mimam.bib.bth.se/pubmed?term=refugees%20perspectives%20on%20barriers%20to%20communication%20about%20trauma%20histories%20in%20primary%20care&cmd=correctspelling>

Sobel, L.L. & Metzler Sawin, E. (2016). Guiding the Process of Culturally Competent Care With Hispanic Patients: A Grounded Theory Study. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(3), 226–232. doi: 10.1177/1043659614558452.

Socialstyrelsen. (2015). Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter: ett kunskapsunderlag för primärvården [Broschyr]. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19664/2015-1-19.pdf>

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (2014). *Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik*. [Broschyr] Hämtad från [https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall\\_kvalitativ\\_forskningsmetodik.pdf](https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf)

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (2015). *Kunskapsbehov och vetenskapliga kunskapsluckor* [Broschyr]. Hämtad från [https://www.sbu.se/contentassets/48f98e5ec9504a78af65b85bbb4c4e0e/kunskapsbehov-och-kunskapsluckor\\_sbu\\_s2014-8929-sam-delvis.pdf](https://www.sbu.se/contentassets/48f98e5ec9504a78af65b85bbb4c4e0e/kunskapsbehov-och-kunskapsluckor_sbu_s2014-8929-sam-delvis.pdf)

Suurmond, J., Rupp, I., Seeleman, C., Goosen, S. & Stronks, K. (2013). The first contacts between healthcare providers and newly-arrived asylum seekers: a qualitative study about which issues need to be addressed. *Public health*. 127, 668–673. doi: 10.1016/j.puhe.2013.04.004

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*, 9 (214), 1–10. doi: 10.1186/1471-2458-9-214

UNHCR. (2019). Vem är flykting? Hämtad 2019-04-14 från:  
<https://sverigeforunhcr.se/oss/vem-ar-flykting>

Vetenskapsrådet. (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. [Broschyr] Hämtad från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur

Willman, A., Stoltz, P., Bahtsevani, C., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan klinisk forskning och verksamhet*. (4. uppl.) Lund: Studentlitteratur

Woodgate, R., Busolo, D. Crockett, M, Dean, R. Amaladas, M., & Plourde, P. (2017). A qualitative study on African immigrant and refugee families' experiences of accessing primary health care services in Manitoba, Canada: it's not easy! *International Journal for Equity In Health*, 16(5), doi: 10.1186/s12939-016-0510-x

\*Worabo, H., Hsueh, K-H., Yakimo, R., Worabo, E., Burgess, P. A. & Farberman, S. (2016). Understanding Refugees' Perceptions of Health Care in the United States. *The Journal for Nurse Practitioners*. 12(7), 487-494. doi: 15. 1211/inr.112259

World Medical Association [WMA]. (2008). *DECLARATION OF HELSINKI: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects* [Broschyr]. Hämtad från <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2018/07/DoH-Oct2008.pdf>

## Bilaga 1 Databassökningar

### Sökning i PubMed

Sökning	Sökordskombinationer	Sökdatum	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstrakt	Lästa fulltextartiklar	Antal valda artiklar
S1	Refugees (Fritext)	2019-04-11	5322	0	0	0	0
S2	“Refugees“ [Mesh]	2019-04-11	3241	0	0	0	0
S3	Asylum seekers (Fritext)	2019-04-11	4869	0	0	0	0
S4	Experiences (Fritext)	2019-04-11	397065	0	0	0	0
S5	S1 OR S2 OR S3	2019-04-11	5640	0	0	0	0
S6	Health Care (fritext)	2019-04-11	815967	0	0	0	0
S7	S3 AND S4 AND S6	2019-04-11	597	40	0	0	0
S8	“Professional-Patient Relations” [Mesh]	2019-04-11	32725	0	0	0	0
S9	Professional-Patient Relations (fritext)	2019-04-11	8874	0	0	0	0
S10	S8 or S9	2019-04-11	32 778	0	0	0	0
S11	S3 AND S4 AND S10	2019-04-11	44	44	21	10	7 (1–6)
S12	“Health Services Accessibility” [Mesh]	2019-04-11	36 890	0	0	0	0
S13	S3 AND S4 AND S12	2019-04-11	133	133	47	22	3 (7–9)
S14	Nursing (fritext)	2019-04-11	223335	0	0	0	0
S15	S3 AND S4 AND S14	2019-04-11	112	112	32	11	2 (10–11)

\* Numret inom parantes är numret på artiklarna i artikelöversikten.

## Sökning i Cinahl

Sökning	Sökordskombinationer	Sökdatum	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstrakt	Lästa fulltextartiklar	Antal valda artiklar
S1	(MH "Refugees")	2019-04-11	3993	0	0	0	0
S2	Refugees (fritext)	2019-04-11	4762	0	0	0	0
S3	Asylum seekers	2019-04-11	636	0	0	0	0
S4	S1 OR S2 OR S3	2019-04-11	4964	0	0	0	0
S5	Experience (fritext)	2019-04-11	198,184	0	0	0	0
S6	Health Care (fritext)	2019-04-11	319,773	0	0	0	0
S7	S3 AND S4 AND S6	2019-04-11	269	0	0	0	0
S8	(MH"Professional-Patient Relations")	2019-04-11	14,637	0	0	0	0
S9	Professional-Patient Relations (fritext)	2019-04-11	14,666	0	0	0	0
S10	S8 OR S9	2019-04-11	14,659	0	0	0	0
S11	S4 AND S5 AND S10	2019-04-11	46	46	18	7	2 (12)
S12	(MH"Health Services Accessibility")	2019-04-11	45,817	0	0	0	0
S13	S3 AND S4 AND S12	2019-04-11	161	161	47	19	3 (13)
S14	Nursing (Fritext)	2019-04-11	467,369	0	0	0	0
S15	S3 AND S4 AND S14	2019-04-11	66	66	14	5	0

\* Numret inom parantes är numret på artiklarna i artikelöversikten.

# Bilaga 2 Granskningsprotokoll

Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser.

REVIDERAD 2014

SBU:s granskningsmall bygger på tidigare publicerat material [1,2], men har bearbetats och kompletterats för att passa SBU:s arbete.

Författare: \_\_\_\_\_ År: \_\_\_\_\_ Artikelnummer: \_\_\_\_\_

### Total bedömning av studiekvalitet:

Hög

Medelhög

Låg

Anvisningar:

- Alternativet ”oklart” används när uppgiften inte går att få fram från texten.
- Alternativet ”ej tillämpligt” väljs när frågan inte är relevant.

### 1. Syfte

Ja Nej Oklart Ej tillämpl

a) Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?

Kommentarer (syfte, problemformulering, frågeställning etc):

### 2. Urval

Ja Nej Oklart Ej tillämpl

a) Är urvalet relevant?

b) Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?

c) Är kontexten tydligt beskriven?

d) Finns relevant etiskt resonemang?

e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?

Kommentarer (urval, patientkaraktistika, kontext etc):

<b>3. Datainsamling</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Oklart</b>	<b>Ej tillämpl</b>
a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är datainsamlingen relevant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Råder datamättnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har forskaren hanterat sin egen förståelse i relation till datainsamlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer (datainsamling, datamättnad etc):				
<b>4. Analys</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Oklart</b>	<b>Ej tillämpl</b>
a) Är analysen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Råder analysmättnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har forskaren hanterat sin egen förståelse i relation till analysen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer (analys, analysmättnad etc):				
<b>5. Resultat</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Oklart</b>	<b>Ej tillämpl</b>
a) Är resultatet logiskt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är resultatet begripligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är resultatet tydligt beskrivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Genereras hypotes/teori/modell?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer (resultatens tydlighet, tillräcklighet etc):				



### Bilaga 3 Artikelöversikt

Nr.	Författare, land, tidskrift	Titel och år	Urval	Metod	Resultat	Kvalitet
1.	Fang, M., Sixsmith, J., Lawthom, R., Mounian, I., & Shahrin, A.  Storbritannien  BMC Public Health	“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”.  2015	15 flyktingar, 12 asylsökande och 8 deltagare som fick asyl under tiden.	Kvalitativ intervjustudie med fokusgrupper	Deltagarna uttryckte missnöje över bristande förtroende, dålig kommunikation, långa väntetider och korta möten.	Hög
2.	Bhatia, R. & Wallace, P.  Storbritannien  BMC Family Practice	“Experiences of refugees and asylum seekers in general practice: a qualitative study”.  2007	11 Flyktingar	Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer	Deltagarna upplevde att det var svårt att få tillgång till läkare och att det berodde på en bred stigmatisering av asylsökande och flyktingar.	Hög
3.	Carroll, J., Epstein, R., Fiscella, K., Gipson, T., Volpe, E., & Jean-Pierre P.  USA  Patient Education and Counseling	“Caring for Somali women: Implications for clinician–patient communication”  2007	34 Kvinnliga flyktingar	Kvalitativ studie med intervjuer	Deltagarna uttryckte egenskaper som hör till en positiv upplevelse av sjukvården. De önskade känna sig värdefull, förstådd och att det fanns en känslighet för deras integritet.	Hög
4.	O’Donnell, C., Higgins, M., Chauhan. R., & Mulle, K.	“Asylum seekers' expectations of and trust in general practice: a qualitative study”.	52 asylsökande	Kvalitativ intervjustudie med semistrukturerade	Deltagarna upplevde bristande kompetens hos läkarna och svårigheter att få tillgång till sjukvård.	Hög

	Skottland British Journal of General Practice	2008		intervjuer och fokusgrupper		
5.	Pavlish, C., Noor, S., & Brandt, J. USA Social Science & Medicine	“Somali immigrant women and the American health care system: Discordant beliefs, divergent expectations, and silent worries” 2010	57 kvinnliga flyktingar	Kvalitativ intervjustudie med fokusgrupper och intervjuer	Deltagarna upplevde frustration gällande kvalitén på vården.	Medel
6.	Shannon, P., O'Dougherty M., & Mehta E. USA Mental Health in Family Medicine	“Refugees' perspectives on barriers to communication about trauma histories in primary care” 2012	53 flyktingar	Kvalitativ studie med intervjuer	Deltagarna upplevde att läkarna aldrig frågade dem om deras situation. De saknar kunskap om hur trauma påverkar hälsan.	Hög
7.	Chase, L., Cleveland, J., Beatson, J., & Rousseau, C. Kanada Social Science & Medicine	“The gap between entitlement and access to healthcare: An analysis of "candidacy" in the help-seeking trajectories of asylum seekers in Montreal”. 2017	25 asylsökande	Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer	Deltagarna upplevde flera hinder för att erhålla vård såsom felaktig information och långa väntetider.	Hög
8.	Floyd, A., & Sakellariou, D. Kanada International Journal for Equity in Health	“Healthcare access for refugee women with limited literacy: layers of disadvantage” 2017	8 kvinnliga flyktingar	Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer	Deltagarna upplevde begränsningar i kommunikationen och att deras flyktingstatus påverkade deras möjligheter att få vård,	Hög

9.	Kang, C., Tomkow, L., & Farrington, R.  Storbritannien  British journal of general practice	“Access to primary health care for asylum seekers and refugees: a qualitative study of service user experiences in the UK”  2019	18 deltagare, 6 flyktingar, 12 asylsökande	Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer	Deltagarna upplevde att det var svårt att navigera och förstå sjukvårdssystemen, språkliga barriärer, otillräcklig tolkning och diskriminering.	Hög
10.	Sevinc, S., Kilic, S.P., Ajghif, M., Özturk, M.H., & Karadag, E.  Turkiet  International Nursing Review	“Difficulties encountered by hospitalized Syrian refugees and their expectations from nurses”  2016	30 flyktingar	Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer	Flyktingar som deltog i studien upplevde svårigheter att kommunicera, få sina personliga behov tillgodosedda samt följa behandlingsinstruktioner.	Hög
11.	Guruge, S., Sidani, S., Illesinghe, V., Younes, R., Bukhari, H., Altenberg, J., Rashid, M., & Fredericks, S.  Kanada Conflict & Health	“Healthcare needs and health service utilization by Syrian refugee women in Toronto”  2018	58 kvinnliga flyktingar	Kvalitativ intervjustudie med fokusgrupper	Deltagarna upplevde bristande kommunikation och dålig tillgång till sjukvård.	Hög
12.	Worabo, H., Hsueh, K-H., Yakimo, R., Worabo, E., Burgess, P. A., & Farberman, S.  USA  The Journal for Nurse Practitioners	“Understanding Refugees' Perceptions of Health Care in the United States.”  2016	39 flyktingar	Kvalitativ intervjustudie med fokusgrupper	Deltagarna upplevde missförstånd, förväntningar som inte uppfylldes, missförstånd och bristande förtroende.	Medel

13.	Jonzon, R., Lindkvist, P., & Johansson, E.  Sverige  Scandinavian Journal of Public Health	“A state of limbo – in transition between two contexts: Health assessments upon arrival in Sweden as perceived by former Eritrean asylum seekers”.  2015	11 asylsökande	Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjustudier	Deltagarna uttryckte känslor av tvetydighet och misstro och kände att de blev objektifierade. Dålig kommunikation och oförmågan att överkomma kulturella och språkliga barriärer.	Hög
-----	--	--	----------------	---	---	-----

## Bilaga 4 Analysprocessen

Meningsenhet	Översättning	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
Many participants were surprised at having to wait in the emergency room.	Många deltagare var överraskade över att behöva vänta i akutrummet.	Överraskad över att vänta	Överraskad över att vänta		Svårigheter i att förstå ett annorlunda sjukvårdssystem
A number of participants felt their concerns had not been taken seriously by the GP.	Deltagare ansåg att deras oro inte hade tagits på allvar av vårdgivarna.	Oron togs inte på allvar.	Togs inte på allvar.	Att inte bli sedd	Bristande bemötande från vårdpersonalen
Expressed a feeling that they were not being treated appropriately because they were asylum seekers.	Uttryckte en känsla av att de inte blev behandlade väl för att de var asylsökande.	Blev inte behandlade väl	Illa behandlade	Att känna sig illa behandlad	Bristande bemötande från vårdpersonalen
Afraid to express themselves about medical conditions.	Rädsla för att uttrycka sig själva om medicinska tillstånd.	Rädsla för att uttrycka sig.	Rädsla för att uttrycka sig	Att inte kunna göra sig förstådd	Barriärer i kommunikationen
One woman was left to remain in her bed, not knowing what decisions were made about her care.	En kvinna förblev kvar i sin säng utan att veta vilka beslut som tagits om hennes behandling.	Inte veta vilka beslut som tagits.	Får inte veta	Att inte erhålla information	Barriärer i kommunikationen
Concerns about having a interpreter, a third party, present in the conversation regarding their personal health.	Oroligheter över att ha en tolk, en tredje part närvarande i samtalet gällande deras personliga hälsa.	Orolig över att ha en tredje part närvarande.	Oro över en tredje part	Brister i tolkhanteringen	Barriärer i kommunikationen
Being respected during the consultation often meant being listened to.	Att bli respekterad under konsultationen betydde oftast att bli lyssnad till.	Att bli respekterad betydde att bli lyssnad till.	Lyssnad till.		Respektfullt bemötande