



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

TOLKA MIG RÄTT

En litteraturstudie om tvärkulturella möten inom vården

Alice Jarander

Malin Vindrot

Examensarbete:	15 hp
Program:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT/2016
Handledare:	Nabi Fatahi
Examinator:	Elisabeth Jangsten

“The moment I put on my nurse’s coat I am a nurse and have a duty to treat whoever comes”

Titel:	Tolka mig rätt - en litteraturstudie om tvärkulturella möten inom vården
Examensarbete:	15 högskolepoäng
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet/ Examensarbete i omvårdnad/
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT/2016
Författare:	Alice Jarander Malin Vindrot
Handledare:	Nabi Fatahi
Examinator:	Elisabeth Jangsten

Sammanfattning

Bakgrund: Varje dag tvingas flera tusen människor fly sina hem på grund av krig, våld och oroligheter. En stor andel av dessa korsar medelhavet till Europa. Detta innebär att sjuksköterskor i större utsträckning kommer att möta människor från andra länder med olika kulturella bakgrunder, språk och komplexa omvårdnadsbehov. För att kunna erbjuda jämlik hälso- och sjukvård till hela befolkningen krävs det att sjuksköterskor har kunskap om mångkulturell kompetens och medvetenhet om vilka faktorer som påverkar tvärkulturella möten inom vården. **Syfte:** Syftet var att belysa de faktorer som påverkar vårdrelationen mellan sjuksköterskor och patienter med avsaknad av ett gemensamt språk. **Metod:** En litteraturstudie baserad på 13 vetenskapliga artiklar. **Resultat:** Under dataanalysen identifierades tre teman; *Språkbarriärer, Kulturella skillnader och Bristande kunskap*. Språkbarriärer visar sig vara det största hindret i tvärkulturella möten inom vården. För att övervinna språkbarriärer kan professionella tolkar finnas till hjälp, dock påvisar resultatet både för- och nackdelar med detta. Närstående och vårdpersonal som tolkar bör undvikas då det medför konsekvenser som på olika sätt försvårar omvårdnaden och äventyrar patientsäkerheten. Informationsutbytet mellan sjuksköterskor och flyktingar är mycket betydelsefullt för att minska risken för missuppfattningar. **Slutsats:** De största utmaningarna i tvärkulturella möten är de språkliga och kulturella skillnader som föreligger mellan sjuksköterskor och flyktingar. Professionella tolkar saknas i dagens läge. Detta ställer därför höga krav på sjuksköterskors kommunikationsfärdigheter. Denna litteraturstudie bidrar med ökad kunskap som sjuksköterskor kan nyttja i klinisk praxis vid omvårdnadsarbete vid tvärkulturella möten.

Nyckelord: *Tvärkulturell omvårdnad, tvärkulturella möten, kommunikation, språkbarriärer, kulturell kompetens, vårdrelation, sjuksköterskor, flyktingar*

Title:	Interpreting me right - A literature study about cross-cultural encounters in health care.
Extent:	15 credits
Program/course:	Nursing programme/ Examination in nursing/
Level:	Basic level
Semester/year:	Spring/2016
Authors:	Alice Jarander Malin Vindrot
Supervisor:	Nabi Fatahi
Examiner:	Elisabeth Jangsten

Abstract

Background: As a result of war, violence and persecution, thousands of people are forced to flee their own countries every day. A large number of those are crossing the Mediterranean to Europe. This means that nurses will meet an increasing number of people from other countries, with different language and complex needs of care. In order to provide equitable health care to the entire population, according to the Swedish health care law, it's required that nurses possess good cultural competence and awareness of the factors affecting the cross- cultural encounters in health care.

Aim: The aim of the study was to highlight factors that influence the encounter between nurses and patients who do not speak the same language. **Method:** A literature review based on 13 scientific articles. **Findings:** Three themes was identified; *Language barriers, Cultural differences and Lack of knowledge.*

Communication and language barriers prove to be the most common obstacle in cross-cultural encounters in health care. **Conclusion:** To overcome these barriers, nurses should be educated in communication strategies and cultural competence in order to increase their knowledge. More professional interpreters are also requested.

Keywords: *Cross-cultural care, cross-cultural encounters, communication, language barriers, cultural competence, care relationship, nurses, refugees*

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
2. Bakgrund	1
2.1 Definitioner och begrepp.....	1
2.2 Flykting ur ett internationellt perspektiv	1
2.3 Invandring till Sverige då och nu	2
2.4 Vanliga hälsoproblem hos nyanlända personer.....	2
2.5 Kommunikation	3
2.6 Vårdrelation	3
2.7 Språk & kultur.....	3
2.8 Tvärkulturella möten inom vården.....	4
2.9 Nyanlända personers tillgång till hälso- och sjukvård i Sverige	4
2.10 Sjuksköterskans roll och etiska kod	5
3. Problemformulering	5
4. Syfte.....	5
5. Metod	5
5.1 Datainsamling	5
5.2 Urval.....	6
5.3 Dataanalys:.....	6
5.4 Etiska överväganden	7
6. Resultat	7
6.1 Kommunikation och språkbarriärer.....	7
6.1.1 Kommunikation genom professionell tolk.....	7
6.1.2 Vänner eller släktingar som tolk.....	8
6.1.3 Vårdpersonal som tolk.....	9
6.1.4 Kommunikation utan tolk	9
6.2 Sjuksköterskors upplevelser	10
6.2.1 Kulturell kompetens.....	10
6.2.2 Information	11
6.2.3 Osäkerhet.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
6.3 Nyanlända personers upplevelser	12
6.3.1 Anpassning till en ny kultur.....	12
6.3.2 Missförstånd	12
7. Diskussion	13
7.1 Metoddiskussion	13
7.2 Resultatdiskussion.....	14
7.3 Implikationer för klinisk omvårdnad	18
7.4 Fortsatt forskning	18
8. Slutsats	19
Referenser	20

Bilaga 1: Sökhistorik

Bilaga 2: Granskningsmall

Bilaga 3: Artikelöversikt

1. Inledning

Varje dag möter sjuksköterskor ett stort antal personer med olika hälsohistorier, livsöden och kulturella bakgrunder. Sjuksköterskor har ett stort ansvar när det gäller bemötandet av patienter och det krävs i regel väldigt lite för att vårdrelationen ska utvecklas positivt eller negativt. Det är viktigt att skapa goda förutsättningar till ett bra möte. Tvärkulturella möten är bland annat något som sjuksköterskor behöver hantera i sitt yrke. Under de senaste åren har antalet människor som tvingats fly från sina hemländer på grund av krig, våld och förföljelse ökat drastiskt. Sverige genomgår i dagsläget en samhällsförändring där ett mångkulturellt samhälle byggs upp. Detta betyder att sjuksköterskor i större utsträckning kommer möta människor från hela världen vilket kräver professionellt handlings sätt ur ett globalt perspektiv. Det kan ses som spännande samtidigt som det ställer höga krav på sjuksköterskors förmåga att kommunicera, bemöta, informera och framförallt vårda dessa personer trots de språkbarriärer och kulturkrockar som kan uppstå.

2. Bakgrund

2.1 Definitioner och begrepp

Orsakerna till varför människor emigrerar till andra länder skiljer sig. Vissa människor emigrerar frivilligt för att uppnå en bättre ekonomisk, social och tryggare tillvaro medan andra människor tvingas fly på grund av omständigheter som gör att de inte har möjlighet att stanna kvar i sina hemland (Statistics Canada, 2005).

Flykting definieras enligt Utlänningslagen (SFS 2005:716) som en person som tvingas fly sitt hemland relaterat till inskränkning av mänskliga rättigheter, krig och oroligheter. En flykting kan inte återvända till sitt hemland av rädsla för förföljelse på grund av religion, ras, politisk ställning, sexuella läggning eller tillhörighet till en viss samhällsgrupp.

Asylsökande är en person som tagit sig till ett land och sökt skydd. Hen har ännu inte fått ett slutgiltigt svar på sin ansökan om uppehållstillstånd (Migrationsverket, 2014).

Papperslösa personer är de som befinner sig i ett land utan tillstånd. Det kan bero på att giltighetstiden för uppehållstillståndet eller visumet har gått ut, avslag på asylansökan eller att de smugglats in i landet (Röda korset u.å).

En *ekonomisk migrant* är en person som frivilligt valt att lämna sitt hemland för att flytta till ett annat land. Vid beslut om att återvända hem får personen återigen skydd av hemlandet (UNHCR United Nations High Commissioner for Refugees, u.å).

2.2 Flykting ur ett internationellt perspektiv

Närmare 60 miljoner människor tvingades lämna sina hem år 2015, vilket är den högsta siffran någonsin enligt UNHCR (2015). Varje dag tvingades ca 4600 personer lämna sina hem till följd av oroligheter under år 2015. Det innefattar alla människor som flytt, oberoende av hur förhållandet i hemlandet ser ut. Flykten är ett resultat av krig, våld, förföljelse, förtryck och inskränkning av mänskliga rättigheter. Över en

miljon människor korsade Medelhavet för att ta sig till Europa under 2015. Det är närmare fem gånger fler än under 2014 och sju ton gånger fler än under 2013. Tusentals människor flyr för sina liv varje dag och tvingas göra en livsfarlig resa. För många är denna desperata flykt också den sista. Närmare 3800 personer drunknade i Medelhavet under 2015 (UNHCR, 2015).

2.3 Invandring till Sverige då och nu

Den kulturella mångfalden i Sverige ökar. Sedan 1930-talet har invandringen varit större än utvandringen, förutom under några år på 70-talet och Sverige kan nu beskrivas som ett mångkulturellt land (Statistiska centralbyrån, 2015). Ur ett historiskt perspektiv har Sverige haft en generös invandringspolitik. Andra världskriget startade den ökade invandringen till Sverige där de flesta migranter kom från Tyskland, Finland, Danmark, Norge, Estland, Lettland och Litauen. Efter andra världskriget var arbetskraftsinvandringen mest relaterat till industrialiseringen i Sverige. Under 1970-talet infördes reglerad invandring och från 1985 hanterades asylsökningar av Statens invandrarverk, nuvarande Migrationsverket (Migrationsverket, 2016). Efter 1980-talet har invandringen till största del varit människor som söker skydd på grund av krig och förföljelse. Under det senaste årtiondet har invandringen legat på en historiskt hög nivå i Sverige (Statistiska centralbyrån, 2015). I nuläget beräknas drygt 1,6 miljoner utlandsfödda personer bo i landet, vilket motsvarar ca 16 % av befolkningen. Dessa representerar cirka 200 nationaliteter (Statistiska centralbyrån, 2016). År 2015 sökte 163 000 personer asyl i Sverige, vilket är en ökning med 100 % jämfört med under 2014 då cirka 80 000 sökte asyl. Sverige var det näst största mottagarlandet av asylsökande i Europa under 2015 efter Tyskland. Svårigheter i dagsläget är det ökade trycket av asylsökningar, som orsakar långa förläggningstider. Många får avslag på sin asylansökan, vilket kan vara en orsak till att antalet personer utan identitetshandlingar, så kallade papperslösa, ökar (Migrationsverket, 2016).

2.4 Vanliga hälsoproblem hos flyktingar

Flyktingar möter stora utmaningar i det nya landet och kan ha omfattande komplexa vårdbehov. Flyktingar rapporterar fler hälsoproblem, både fysiska och psykiska, i jämförelse med övriga migranter (Statistics Canada, 2005). Vanliga hälsoproblem hos flyktingar är brännskador, hypotermi, graviditet- och förlossningskomplikationer, högt blodtryck, hudinfektioner i sår samt diabetes. Barn lider ofta av akuta infektioner som diarré och luftvägsinfektioner. Risken för dödsfall och svåra olyckor är hög när de tvingas resa under mycket svåra och farliga omständigheter (WHO World Health Organization, 2015). I en studie av Bischoff, Bovier, Isah, Françoise, Ariel och Louis (2003) rapporterade 63 % av deltagarna, som var asylsökande, att de upplevt traumatiska händelser som dödsfall, våld och frihetsberövande. Detta kunde i sin tur leda till psykisk och fysisk ohälsa. Mellan 20 och 30 procent av de asylsökande flyktingar som kommer till Sverige lider av psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2015).

Notera att flyktingar inte är en homogen grupp. Skillnader i ursprung, resa, hälsotillstånd före och efter flykten, kultur och flyktingstatus har olika påverkan på både hälsostatus och tillgång till hälso- och sjukvård (Lawrence & Kearns, 2005).

2.5 Vårdrelation

En vårdrelation kännetecknas av ett gemensamt utbyte och aktivt deltagande mellan vårdare och patient. Det förutsätter tillit och bygger på respekt, värdighet och integritet (Ekebergh, 2009). Vårdrelationen är beroende av öppenhet. Att få tillräcklig och nödvändig information om sitt sjukdomstillstånd gör patienten delaktig i sin vård, då grunden för delaktighet är information. Likaså kan uteslutande och brist på information leda till ett sämre välbefinnande och påverka vården negativt. Om patientens perspektiv ignoreras kan det inbringa känslor som utanförskap, sårbarhet och objektifiering. Sjuksköterskor har därför ett ansvar att etablera en kontakt och förbindelse med patienten för att utveckla en ömsesidig relation med avsikt att stärka och stödja patientens välbefinnande. Att lyssna och ta del av patientens unika erfarenheter och upplevelser gör att patienten utvecklar en tillit och känner sig bekräftad (Almerud Österberg, 2014).

2.6 Kommunikation

Kommunikation innebär överföring av information och kan skapa förutsättningar i etablerandet av relationer och anknytning av kontakter. Det innebär inte bara det verbala uttrycket, utan även kroppsspråk, ansiktsuttryck och gester (Fossum, 2013). Icke-verbala kommunikation inkluderar all kommunikation som inte uttrycks verbalt. Med kroppen kommuniceras budskap oavbrutet utan att det finns en tanke bakom det. Det förknippas ofta med känslor och spelar en stor roll i relationer mellan människor (Thornquist, 2001). Kommunikation är av högsta grad nödvändig inom sjukvården där vårdgivare och vårdtagare måste kunna förstå varandra för att vårdrelationen och vården ska ha möjlighet att uppnå god kvalitet. Trots språkbarriärer är det viktigt att sjuksköterskor inkluderar patienten, annars kan känslor som utanförskap skapas och medföra misstro till sjukvården (Carlsson & Björk Brämberg, 2014). Missförstånd angående information om vård och behandling kan även medföra risker för patientsäkerheten. Därför är det viktigt att varje patient får individanpassad information och att vårdpersonal följer upp att patienten uppfattat vad som sagts (Socialstyrelsen, 2016). När språkbarriärer föreligger krävs skicklighet från sjuksköterskans sida för att personen inte ska bli en människa som saknar förklaring för sin egen berättelse. Bristande kommunikation är ett hinder till en god vårdrelation, omvårdnad och säker vård. En fungerande kommunikation är nödvändig i alla vårdmöten, även om det blir en större utmaning när sjuksköterskan och patienten inte pratar samma språk (Jirwe, Momeni & Emami, 2014; Samarasinghe, Fridlund & Arvidsson, 2010). Enligt patientlagen (2014:821) har varje patient rätt att få information om sitt hälsotillstånd anpassad till sin språkliga bakgrund. Patienten ska ha möjlighet att förstå innehållet och betydelsen av informationen.

2.7 Språk & kultur

Kultur skapas genom interaktioner i vardagen, och ser olika ut beroende på arbetsplats, familj och sociala sammanhang (Bäärnhielm, 2013). Kultur avser alla mänskliga beteenden, normer och värderingar som beror på socialisering, som individer lär sig från tidigare generationer. Det innefattar riktlinjer som talar om hur uppfattningen av världen ska vara och hur förhållandet till andra människor ska se ut. Det är vanligt att kultur ses som en synonym till ursprungsland, men det skulle innebära att alla svenskar har samma åsikter. En kultur är aldrig statisk, den förändras över tid och påverkas av andra kulturer (Jirwe et al., 2014). Språkskillnader kan både

inbringa möjligheter och begränsningar. Ett ord kan ha olika mening både vad det gäller kulturell och språklig betydelse (Bäärnhielm, 2013).

2.8 Tvärkulturella möten inom vården

Tvärkulturella möten inom vården innebär möten då sjuksköterskan och patienten har olika kulturella bakgrunder. Språkbarriärer är vanligt förekommande i dessa möten och kan orsaka stora hinder för att etablera en vårdrelation (Gerrish, 2001; Steir, 2009). Som sjuksköterska är det viktigt att ha en kulturell öppenhet, vilket innebär medvetenhet om att varje patient och dess kultur är unik. Det handlar inte om att förstå varje människas egen kultur, utan att vara medveten om att det finns skillnader (Fatahi, Hellström, Skott & Mattsson, 2008). Etnocentrism (när sin egen kultur ses som mest central) kan motverkas genom att sjuksköterskor är medvetna om sina egna värderingar, men fortfarande är öppna för andra personers värderingar och föreställningar (Fossum, 2013). Detta för att motverka kulturkrockar och skapa en relation till varandra samt förbättra möjligheten till en god tvärkulturell kommunikation (T. Eide & H. Eide, 2006). Bakgrund, språk och etnicitet ska inte få ha inverkan på den vård som ges eller försvåra mötet mellan patient och personal (Fossum, 2013). Genom att visa intresse för en annan persons uppfattning underlättas skapandet av en ömsesidig relation (Fatahi et al., 2008). Kultur kan göra att flyktingar ELLER personer från andra länder..? och vårdpersonal har olika uppfattningar om vad hälsa och ohälsa innebär, vilket kan upplevas som en stor utmaning i hälso- och sjukvården (Lawrence et al., 2005; Nkulu Kalengayi, Hurtig, Ahlm & Ahlberg, 2012). Vården ska ges utan fördomande från sjuksköterskor och inkludera patienternas egna uppfattningar om sina sjukdomstillstånd (Bäärnhielm, 2013).

2.9 Flyktingars tillgång till hälso- och sjukvård i Sverige

En hälsoundersökning erbjuds av Migrationsverket vid ankomsten till Sverige, men denna är inte obligatorisk. En del av undersökningen ska avse i vilken mån traumatiska upplevelser och personens psykosociala situation har påverkat hälsotillståndet (Socialstyrelsen, 2015). Vid hälsoundersökningen ska information ges om hur sjukvården i Sverige fungerar och vilka prover som tas för att utesluta smittsamma sjukdomar (Migrationsverket, 2016). Lagen om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd (SFS 2013:407) tillträdde år 2013 och gav papperslösa samma rätt till vård som asylsökande i Sverige, vilket innebär subventionerad vård (Socialstyrelsen, 2015). Papperslösa och asylsökande personer har enligt lag rätt till mödrahälsovård och graviditetskontroller, preventivmedelsrådgivning, vård vid abort, kostnadsfri vård enligt smittskyddslagen vid smittsam sjukdom, tandvård och subventionerade läkemedel. Vuxna som är asylsökande eller papperslösa har rätt till akut sjukvård och tandvård. Asylsökande eller papperslösa barn har tillträde till samma kostnadsfria hälso- och sjukvård samt tandvård som alla barn i Sverige upp till 18 års ålder (SFS 2008:344). Vid kontakt med sjukvården som asylsökande ska ett giltigt LMA kort (lagen om mottagande) från Migrationsverket kunna uppvisas. Kortet gäller som identitetshandling tills dess att asylansökan behandlats. Personer som önskar språkhjälp vid kontakt med sjuk- eller tandvården har rätt till detta i form av tolk (Migrationsverket, 2016).

2.10 Sjuksköterskans roll och etiska kod

I sitt yrkesutövande ska sjuksköterskan sträva efter att den vård som utövas sker med fullgod respekt för patientens integritet, mänskliga rättigheter och värdighet. Alla har rätt till individanpassad information på ett kulturellt anpassat sätt. Omvårdnaden får aldrig skilja mellan patienter och ska alltid ges respektfullt oberoende av patientens kön, ålder, etnicitet, sexuella läggning, politiska ställning, ras, religion, handikapp, kultur, sociala status eller sjukdom. Därmed ska sjuksköterskor arbeta för jämlikhet och social rättvisa. Sjuksköterskans ansvarsområden syftar till att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Vård ska erbjudas till alla individer och på ett bra sätt kunna samordnas med andra yrkesgrupper (ICN International council of nurses, 2012). Etik i vården syftar till att upprätthålla en grund för patientens integritet och värdighet enligt de principer och riktlinjer som präglas av samhället och anses vara goda. Yrket bygger på en moralisk medvetenhet om att göra gott och hindra de faktorer som kan skada patienten (Öresland & Lutzén, 2009).

3. Problemformulering

Under 2015 tvingades 60 miljoner människor i världen fly sina hem undan krig, naturkatastrofer och förtryck (UNHCR, 2015). Enligt Statistiska centralbyrån (2015) förväntas inte antalet avta inom de närmsta decennierna. Detta medför att sjuksköterskor kommer möta fler människor med andra kulturella bakgrunder. Dessa möten innebär stora utmaningar för båda parter, då kulturskillnader och språkbarriärer kan skapa missförstånd i vårdrelationen. För att kunna erbjuda flyktingar trygg och säker omvårdnad av hög kvalitet och på lika villkor är det viktigt att sjuksköterskor besitter viss kulturell kompetens och tvärkulturell kunskap. Det är viktigt att sjuksköterskor har medvetenhet om vilka faktorer som spelar in i tvärkulturella möten för att en god vårdrelation ska kunna skapas och upprätthållas.

4. Syfte

Syftet var att belysa faktorer som påverkar vårdrelationen mellan sjuksköterskor och patienter vid avsaknad av gemensamt språk.

5. Metod

En litteraturstudie har genomförts för att utforska det valda ämnesområdet. Vald metod har utformats enligt examensarbetets struktur för litteraturbaserad modell (Friberg, 2012). Analysen av materialet har skett enligt Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2011) modell för artikelgranskning.

5.1 Datainsamling

Litteratursökningen påbörjades genom en pilotsökning för att undersöka hur mycket befintlig forskning som finns inom författarnas valda ämne (Willman et al, 2011). Databaserna PubMed och Cinahl behandlar forskning inom medicin och omvårdnad (Karolinska institutet, 2015) och därför har dessa använts genomgående för att finna en bredd inom det valda området. *Refugee** användes som enda sökord i den primära sökningen för att få en överblick över hur mycket forskning som gjorts inom området.

Ett antal ostrukturerade sökningar med olika sökord testades för att identifiera vilka som gav träffar som ansågs relevanta för studiens syfte. Detta gjordes då det till en början fanns en osäkerhet kring vilken inriktning studien skulle ha. Trunkering användes för att bredda sökningen ytterligare. Trunkeringen *nurs** användes till exempel för att ge träff på alla artiklar där en böjning av ordet ingick. Boolesk söklogik användes enligt Friberg (2012) som möjliggjorde kombinationer eller uteslutande av sökord. Ordet "OR" användes mellan de sökord där antingen ett eller båda av orden önskades ingå i sökresultatet, exempelvis *Refugee* OR Asylum seeker**. "AND" lades till för att koppla samman sökord som skulle finnas med, exempelvis *Refugee* AND Nurs**. Cinahl Headings och MeSH-termer (Medical Subject Headings) användes för att finna nya ämnesord som ytterligare kunde effektivisera och bredda sökningen (Willman et al., 2011). Major Subjects som ingick i artikelinformation användes för att utforska nya sökord. Sökorden kombinerades frekvent för att i största möjliga mån undvika att artiklar som var relevanta för ämnet skulle missas. Exempel på detta kunde vara *Refugee* AND Healthcare AND Nurs** eller *Nurs* AND Refugee* AND Healthcare*. Artikelsökningen och kombinationerna av sökorden redovisas i bilaga 1. Sekundärsökning har genomförts under sökprocessens och artikelgranskningens gång. Detta möjliggjorde vidare sökningar som var mer riktade mot ämnet och kopplade till liknande teman. Genom att undersöka artiklar från referenslistor kunde ytterligare material upptäckas, och skapa en täckbredd för att inte missa material som inte annars framkommit av de sökord som använts, se bilaga 2. Detta utfördes på flera artiklar vars innehåll var relevant till studiens syfte, och vidare sökning bland referenserna gav ytterligare bra material som därefter granskades. Även personsökning genomfördes under litteratursökningens gång för att finna författarens samling av material och undersöka dess relevans (Friberg, 2012).

5.2 Urval

De artiklar som inkluderats hade avgränsning peer reviewed och var publicerade mellan 2006 och 2016. 11 artiklar som valdes ut var kvalitativa, en var kvantitativ och en var mixed method. Sju av artiklarna behandlade sjuksköterskors perspektiv, fem patienters perspektiv och en artikel undersökte bådadas perspektiv. I det tidiga skedet lästes flertalet vetenskapliga artiklar som identifierats under sökprocessen för att skapa en första bedömning av deras relevans för syftet. På så sätt kunde de artiklar som inte belyste vilka faktorer som påverkar vårdrelationen mellan sjuksköterskor och flyktingar vid avsaknad av gemensamt språk exkluderas.

5.3 Dataanalys:

Artikelgranskningen påbörjades, genom tillämpad analysmetod enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) granskningsprotokoll av vetenskapliga artiklar. Varje artikel granskades enligt mallen för att undersöka dess kvalitet, tillförlitlighet och utförande, se bilaga 2. Granskning av varje artikel redovisas i bilaga 3. Efter granskningen återstod artiklar som ansågs svara på syftet och som nådde vetenskaplig grad I eller II. I detta skede exkluderades de artiklar som inte nådde vetenskaplig grad I eller II. Samtliga artiklar lästes och granskades individuellt av båda författarna till litteraturstudien för att säkerställa att ingen viktig information i artiklarna utelämnades. Därefter diskuterades tolkningarna av innehållet gemensamt. Då materialet sammanfattades upptäcktes liknande ämnen, dessa skapade subteman

(Wibeck, 2012) som i sin tur bildade tre huvudteman; *Språkbarriärer*, *Kulturella skillnader* samt *Bristande kunskap*. Dessa teman utgör rubrikerna i resultatavsnittet och presenteras i tabell 1.

5.4 Etiska överväganden

Varje artikel som inkluderats i litteraturstudien har etiska överväganden för att öka det vetenskapliga värdet (Wallengren & Henricson, 2012). I vissa studier saknas godkännande från etisk kommitté, däremot har etiskt hänsynstagande tagits där deltagarnas identiteter inte avslöjas, och datainsamlingen har skett anonymt. Helsingforsdeklarationen tar bland annat upp att etiska principer och överväganden ska beaktas inom all medicinsk forskning som rör människor och deras delaktighet. Det innebär att ta hänsyn till frågor och skydda deltagarnas integritet, personuppgifter, hälsa och självbestämmanderätt (WMA World Medical Association, 2016).

6. Resultat

Resultatet presenteras utifrån tre teman: *Språkbarriärer*, *Kulturella skillnader* och *Bristande kunskap* med tillhörande subteman, se tabell 1.

Tabell 1. Redovisning av resultat

Tema	Subtema
Språkbarriärer	Kommunikation genom professionell tolk Vänner eller släktingar som tolk Vårdpersonal som tolk Kommunikation utan tolk Information
Kulturella skillnader	Sjuksköterskors kulturella kompetens Kulturanpassning
Bristande kunskap	Osäkerhet hos sjuksköterskor Missförstånd hos patienter

6.1 Språkbarriärer

6.1.1 Kommunikation genom professionell tolk

Kommunikation är en stor och betydande del för att skapa och upprätthålla en god vårdrelation. Det ställer höga krav på sjuksköterskans kommunikationsfärdigheter för att skapa tillit i vårdrelationen (Suurmond, Seeleman, Rupp, Goosen & Stronks, 2010). Suurmond et al. (2013) förklarar kommunikationen som grundläggande i mötet för att tillgodose flyktingars förväntningar på vården och ta deras behov på allvar. Fatahi, Mattsson, Lundgren och Hellström (2010) uppger att personer som inte förstår språket i det nya landet har rätt till tolk. Vid mer komplexa undersökningar bör kvalificerad tolk finnas tillgänglig för att patienten ska uppfatta informationen som ges och förstå vad vårdpersonalen säger. Dock finns det tillfällen då professionell tolk inte närvarar vid vårdmöten av olika anledningar. På grund av bristande kommunikation när tolk inte finns tillgänglig tvingas vissa undersökningar avbrytas. Enklare undersökningar utförs ibland utan tolk. Dock erfordrar samtliga

undersökningar, oavsett hur komplicerade de är, att patienten ska kunna legitimera sig, vilket kräver viss muntlig kommunikation (a.a).

Professionell tolk ska fungera som en trygghet och hjälp genom de språkbarriärer som hindrar en bra kommunikation mellan sjuksköterska och patient (Fatahi et al., 2010; McCarthy, Cassidy, Graham & Tuohy, 2013). En professionell tolk är den mest trovärdiga och viktigaste personen i relationsuppbyggnaden mellan patient och sjuksköterska som inte pratar samma språk (Fatahi et al., 2010). Beroende på sjuksköterskans skicklighet att använda sig av tolk utvecklas samtalets djup och innehåll därefter. En professionell tolk kan även hjälpa sjuksköterskor att öka sin medvetenhet om andra kulturer och hur de bör yttra sig i samtal med patienter där språkbarriärer föreligger (McCarthy et al., 2013). Tolken ska fungera som en opartisk bro. Undersökningar som genomförs med tolk närvarande får vanligtvis en högre kvalitet då patienten får ökad förståelse och känner förtroende och trygghet. Viktig medicinsk information kräver korrekt tolkning både för patientens och sjuksköterskans skull; för att patienten ska känna sig trygg och delaktig samt för att sjuksköterskan då kan vara säker på att patienten uppfattat och tagit till sig informationen (Fatahi et al., 2010). Många är positiva till att tolkorganisationer finns tillgängliga i sjukvården (Krupic, Hellström, Biscevic, Sadic, 2016; Nkulu Kalengayi, Nordstrand, Ahlm & Ahlberg, 2016; Fatahi et al., 2010). Dessvärre kan flera studier styrka att förväntningarna av tolk inte överensstämmer med hur det fungerar i praktiken. Krupic et al. (2016), Nkulu Kalengayi, Hurtig, Nordstrand, Ahlm och Ahlberg (2015), Nkulu Kalengayi et al. (2016) och Jirwe et al. (2010) beskriver alla erfarenheter av tolk inom sjukvården som oprofessionella. Nkulu Kalengayi et al. (2015), Nkulu Kalengayi et al. (2016), Krupic et al. (2016) och Jonzon, Lindkvist & Johansson (2015) tydliggör upplevda problem när tolk endast fanns tillgänglig på telefon, saknade kunskap om medicinsk terminologi, inte hade lämplig utbildning, gjorde felaktiga tolkningar eller när tolkorganisationer inte motsvarade rätt önskemål om språk eller dialekt. Fatahi et al. (2010) och Nkulu Kalengayi et al. (2015) kunde påvisa liknande missnöjen där önskemål om specifikt kön på vårdgivare fanns, vilket inte alltid kunde uppfyllas i sjukhusens dagliga arbete på grund av ojämn personalfördelning mellan kvinnor och män. Vidare kunde Suurmond et al. (2010), McCarthy et al. (2013) och Seffo, Krupic, Grbic och Fatahi (2014) påvisa svårigheter med att använda tolk i möten då känsliga frågor och symtom skulle diskuteras. Krupic et al. (2016) påstod att flyktingar inte vågar formulera och uttrycka sig fritt, ifall tolken skulle ha en negativ attityd till det de yttrade. Fatahi et al. (2010) menar att om patienten däremot känner sig trygg med en professionell tolk resulterar det i högre kvalitet i sjuksköterskans arbete.

6.1.2 Vänner eller släktingar som tolk

I brist på professionella tolkar får många ta hjälp av anhöriga som tolk (Krupic et al., 2016; Jirwe, Gerrish & Emami, 2010). Detta är inte ultimatum eftersom anhöriga har en känslomässig koppling till patienten vilket kan påverka samtalets neutralitet, särskilt när känsliga ämnen diskuteras (Krupic et al., 2016; Fatahi et al., 2010). Vid känsliga undersökningar, så som koloskopi och tumörrelaterade undersökningar bör vänner och släktingar som tolkar undvikas om möjligt (Fatahi et al., 2010). Sjuksköterskor i flera studier (McCarthy et al., 2013; Fatahi et al., 2010; Jirwe et al., 2010) upplever att det finns risk för selektivt informationsutbyte och felaktiga översättningar när anhöriga tolkar. Detta ses därför som den främsta orsaken till att undvika anhöriga som tolkar. Krupic et al. (2016) beskriver att anhöriga saknar kunskap om medicinska

termer och undersökningar, vilket leder till felaktiga tolkningar. Ändå tar Fatahi et al. (2010) upp flera positiva aspekter med att använda anhöriga som tolk. Bland annat kan anhöriga inbringa en trygghet hos patienten och kan underlätta relationen mellan en sjuksköterska och patient som inte pratar samma språk. Detta motsäger Jirwe et al. (2010) som menar att närstående lätt kan komma emellan sjuksköterskan och patienten och hindra utvecklingen av deras relation. De beskriver även en lättnad hos patienter när anhöriga fanns tillgängliga vid brist på professionella tolkar.

6.1.3 Vårdpersonal som tolk

Enligt Fatahi et al. (2010) representerar sjuksköterskor olika nationaliteter och besitter diverse språkkunskaper som temporärt kan utnyttjas i vårdarbetet. I brist på professionella tolkar eller vid akuta skeden kan vårdpersonal med rätt språkkunskaper agera som provisorisk tolk. Deras professionella medicinska och vårdande kunskaper kan vara till stor fördel vid dessa tillfällen. Dock orsakar det avbrott i arbetsflödet vilket kan leda till ökad stress (a.a). Även Krupic et al. (2016) understryker att stress som uppstår på grund av tidsbrist leder till att samtalen inte kan genomföras med lika djupgående karaktär.

6.1.4 Kommunikation utan tolk

Suurmond et al. (2010) beskriver att skapandet av en relation är viktigast i första skedet mellan patient och sjuksköterska. Därför är det en förutsättning att sjuksköterskor besitter goda kommunikationsfärdigheter. Jirwe et al. (2010) betonade vikten av att sjuksköterskor bör anta en positiv inställning till att ta itu med språkbarriärer. Att ta sig tid och visa sig intresserad av patienten leder till ökad förståelse. Enligt McCarthy et al. (2013) kan språkliga barriärer begränsa flödet, innehållet och den naturliga spontaniteten i ett vanligt samtal. Vidare beskriver Jirwe et al. (2010) utmaningarna till ett naturligt avslappnat samtal om parterna inte pratar samma språk. Vården har då en tendens att bli mekanisk och opersonlig och patienten blir oförmögen att uttrycka sin oro till sjuksköterskan. I dessa situationer är det omöjligt för sjuksköterskor att förstå patienten och lämpligt stöd kan därför inte ges. Omvårdnaden kan då upplevas som icke tillfredsställande (Jirwe et al., 2010). Det är särskilt svårt att få en ingående historia eller uppfattning om patientens sjukdomshistorik eller berättelse när det brister i kommunikationen (McCarthy et al., 2013). För att övervinna språkliga hinder kan sjuksköterskor använda sig av olika strategier och egna resurser, så som uttryck, gester och kroppsspråk (McCarthy et al., 2013; Jirwe et al., 2010; Fatahi et al., 2010). En annan kommunikationsteknik är att sjuksköterskan speglar patientens uttryck och därefter får patienten bekräfta att det var rätt uppfattat (Jirwe et al., 2010). Dessa strategier kan hjälpa sjuksköterskor att skapa en god kommunikation och ge en individualiserad vård trots språkbarriärer (McCarthy et al., 2013).

6.1.5 Information

Avsaknad av ett gemensamt verbalt språk skapar problem för både sjuksköterskan och patienten (Jirwe et al., 2010). Seffo et al. (2014) påpekar att språkbarriärer kan leda till svårigheter och utmanande situationer. Det är vanligt att patienter som inte talar landets språk inte vet hur de ska få tag på information angående hälso- och sjukvård eftersom de är obekanta med strukturen av sjukvårdssystemet i det nya landet. Bristande språkkunskaper och språkbarriärer med vårdpersonal gällande information om sjukdomstillstånd och behandling orsakar frustration och ökar risken för missförstånd samt ojämlik hälso- och sjukvård (a.a). Nkulu Kalengayi et al. (2015)

och Suurmond et al. (2013) belyser det faktum att flyktingar i vissa fall känner sig diskriminerade på grund av bristande information vid samtal som rörde känsliga frågor och när vården inte motsvarade deras förväntningar. Suurmond, Rupp, Seeleman, Goosen och Stronks (2013) och Seffo et al. (2014) förklarar att information kan få flyktingar att känna sig välkomna och förstå hälso- och sjukvårdssystemets funktion och uppbyggnad. Samtidigt tar Suurmond et al. (2013) upp svårigheter med att ge patienter som inte talar språket information så att de förstår. McCarthy et al. (2013) menar då att detta kan övervinnas genom att anpassa informationen till ett enklare språk och endast ge den mest nödvändiga informationen. Fatahi et al. (2010) konstaterar att vissa undersökningar inte kan genomföras på grund av svårigheter att ge information om de verkningmekanismer och eventuella biverkningar som kan uppstå. Vårdpersonal i studien av Jirwe et al. (2010) uttryckte oro över sin oförmåga att ge tillräcklig information vid undersökningar. Utförandet kunde ofta kommuniceras och förstås av patienten, men förklaringar angående dess orsak och varför den var nödvändig utelämnades ofta på grund av språkbarriärer (a.a). När dålig eller ingen information ges i samband med hälsoundersökningar blir avsikten oviss. Många flyktingar ser hälsoundersökningen som en möjlighet att bli informerade om hur sjukvården fungerar, men relaterat till språkliga och kommunikativa svårigheter blir informationen bristfällig (Jonzon et al., 2015). Även Nkulu Kalengayi et al. (2016) styrker att otillräcklig information gör undersökningens syfte oklart. Deltagare i studien antog att undersökningen var obligatorisk och att de inte kunde neka erbjudandet.

Suurmond et al. (2013) understryker att sjuksköterskor bör få information om flyktingars nuvarande och tidigare hälsotillstånd samt sociala situation. Detta är viktigt för att kunna identifiera både fysiska och psykiska besvär och för att kunna bedöma varje enskild persons unika vårdbehov. Björk Brämberg et al. (2010) beskriver vikten av att flyktingars individuella historia bör framgå i mötet för att individanpassad vård och behandling ska kunna erbjudas. Vidare tar Suurmond et al. (2013) upp svårigheter att prata om psykiska problem inom vården eftersom det är stigmatiserat i många länder. Vårdpersonal måste därför ta itu med tabun kring psykiska sjukdomar och förklara psykisk ohälsa innebär. Suurmond et al. (2010) understryker vikten av att skapa tillit i mötet mellan sjuksköterskor och flyktingar för att inbringa trygghet hos patienten att tala om svåra eller traumatiska händelser. Därför menar Suurmond et al. (2013) att samtalet ska styras genom patientens vilja att berätta om sina upplevelser, samtidigt som detta ska ske med fullgod respekt. Tillit bildas över tid och är en förutsättning för att patienten ska känna sig trygga med att dela med sig av personliga erfarenheter till okända vårdgivare (a.a).

6.2 Kulturella skillnader

6.2.1 Sjuksköterskors kulturella kompetens

Att ha kunskap om kulturell kompetens inom vården är en stor hjälp vid möten med människor som flytt från sina hemländer (Suurmond et al., 2010). Kulturen har en viktig inverkan på hur människor uppfattar olika sjukdomstillstånd, vilket är viktigt att sjukvårdspersonal har förståelse för (Fatahi et al., 2010). Sjuksköterskor har bristande kunskaper och förståelse för andra människors kulturella och etniska bakgrunder (Nkulu Kalengayi et al., 2015; Fatahi et al., 2010). Det kan vara orsakat av bristande undervisning inom området i sjuksköterskors grundutbildning. För att

utveckla kulturell kompetens krävs utbildning om kulturella skillnader (Fatahi et al., 2010; Suurmond et al., 2010; Nkulu Kalengayi et al., 2015). Samtidigt menar Suurmond et al. (2010) och Jirwe et al. (2010) att sjuksköterskor förvärvar sin kulturella kompetens informellt genom yrkeserfarenhet i omvårdnadsarbetet med flyktingar. Suurmond et al. (2010) belyser att fortsatt utveckling av kulturell kompetens hos sjuksköterskor kan ske genom utbildning om vilka sjukdomar som är vanliga i andra länder och hur sjukvården bedrivs där. Denna kunskap kan även förvärfvas genom att möta personer från andra länder. Att få mer kunskap genom tilläggskurser eller vidareutbildning inom tvärkulturell omvårdnad kan också vara ett bra sätt att förbättra sin kulturella medvetenhet och kompetens. Björk Brämberg och Nyström (2010) talar om vikten av att vara medveten och reflektera om sin egen förståelse för att kunna anamma en öppen attityd gentemot patienter. Jirwe et al. (2010) betonar att förståelse för personers kulturella skillnader också kräver medvetenhet för individuella skillnader. Detta för att undvika att dela in patienter i kategorier eller anta att de har en viss tillhörighet. Kulturell kunskap kan skapa självsäkerhet i bemötandet med patienter från andra länder och ger sjuksköterskor förtroende att ta itu med okända situationer som i sin tur leder till förbättrad kommunikation. Jirwe et al. (2010) belyser även vissa fördelar med att ha utländsk bakgrund som sjuksköterska vid vård av flyktingar. Det är lättare att övervinna språkbarriärer när det finns en möjlighet att överföra lärdomar från sin egen livserfarenhet till sjukvårdspraxis.

6.2.2 Kulturanpassning

Relaterat till oroligheter världen över kan människor inte längre leva och bosätta sig vart de vill (Seffo et al., 2014). De största utmaningarna med att komma till ett nytt land är anpassningen till en främmande omgivning, ett nytt språk och en annan kultur. Detta kan vara bidragande faktorer till försämrad hälsa och välbefinnande (Jonzon et al., 2015; Seffo et al., 2014). Att komma till ett nytt land kan innebära en förändrad livsstil. Från att ha haft ett aktivt och meningsfullt liv med arbete, familj och social gemenskap i sitt hemland till ett mindre aktivt och mer isolerat liv i det nya landet. Att inte ha ett arbete och samma sociala samhörighet som tidigare kan upplevas som en svår förlust och leda till ett sämre välbefinnande (Seffo et al., 2014). Många flyktingar upplever stress då de vill tjäna pengar i det nya landet för att skicka hem till familj och släkt (Biswas, 2011). Att befinna sig i anpassningsfasen skapar många känslor. Lång handläggningstid för asylansökan parallellt med osäker bostadssituation kan ge upphov till känslor som maktlöshet, sårbarhet, social exkludering och ovisshet med att befinna sig mellan två sammanhang; mellan säkerhet och osäkerhet, menar Jonzon et al. (2015).

En person som befinner sig i asylsökningprocessen är bunden till vissa rättsliga hinder vilket leder till få valmöjligheter att påverka sin egen situation (Jonzon et al., 2015). Alla svårigheter som är förknippade med att inte ha uppehållstillstånd är skäl till att inte engagera sig i att lära sig det nya landets språk. Många flyktingar hoppas på att inom en snar framtid kunna återvända till sitt hemland i hopp och tro om att oroligheterna snart ska upphöra. Därav ser vissa inget behov av att lära sig det nya landets språk och kultur (Seffo et al., 2014). Björk Brämberg et al. (2010) beskriver att många upplever sårbarhet och utanförskap i det nya landets samhälle och kultur. Seffo et al. (2014) uttrycker att oförmåga att kommunicera kan upplevas som att bli utestängd från samhället i det nya landet. Vidare beskriver Björk Brämberg et al. (2010) att känsla av sammanhang är viktigt för att kunna etablera sig och känna sig

hemma i ett nytt land. Detta är något som flertalet flyktingar upplever att de saknar. Dessa känslor leder till att flertalet ger upp sina ansträngningar till att passa in i ett nytt samhälle och väljer att istället endast umgås med sina landsmän. Positiva erfarenheter av att klara svåra upplevelser, så som att fly, migrera och bosätta i ett nytt land kan leda till gynnsamma förutsättningar att kunna hantera nya svårigheter, så som sjukdom och ohälsa. Erfarenheter av att etablera sig i ett nytt land påverkar hur situationen som patient uppfattas och hanteras (a.a).

6.3 Bristande kunskap

6.3.1 Osäkerhet hos sjuksköterskor

Det råder tvetydighet bland sjuksköterskor kring vilka styrdokument som gäller när flyktingar söker vård. Liknande osäkerhet råder vid vård av papperslösa flyktingbarn (Enskär, Ankarcrone, Jörgense & Huus, 2012). Att vara lojal mot lagen krockar ofta med sjuksköterskors medborgerliga plikt och etiska kod att lindra lidande, vara icke diskriminerande, inge trygghet och agera efter patientens intresse. Skillnaden mellan lagen och den medicinskt etiska koden kan skapa osäkerhet för sjuksköterskors lojalitet när de möter flyktingar inom vården. Det förstärks ytterligare av att det saknas tydliga riktlinjer och rutiner, särskilt när det gäller vård till papperslösa, vilket kan skapa osäkerhet hos vårdpersonal (Biswas, Kristiansen, Krasnik & Norredam, 2011; Enskär et al., 2012). Jirwe et al. (2010) menar att interaktionen med personer som har en annan etnisk bakgrund i vissa fall kan skapa oro hos sjuksköterskor som är osäkra på sin kommunikationsförmåga. Detta kan enligt Seffo et al. (2014) skapa känslor som frustration och samtidigt öka risken för missförstånd mellan parterna. I studien av Jirwe et al. (2010) medgav sjuksköterskor att de i vissa fall undviker interaktion med patienter med annan etnisk bakgrund i rädsla för att säga någonting som kan tolkas som förolämpande.

6.3.2 Missförstånd hos patienter

En del människor som har flytt från sina hemländer har en uppfattning om att sjukvården samarbetar med Migrationsverket i förhållande till den hälsoundersökning som erbjuds. Likaså finns en rädsla för att hälsoundersökningens utfall kan påverka asylsökningens processen eller beslut om uppehållstillstånd negativt (Nkulu Kalengayi et al., 2015; Nkulu Kalengayi et al., 2016; Jonzon et al., 2015). Rädsla för att utvisas vid kontakt med olika myndigheter uppkommer också (Biswas et al., 2011). Detta kan delvis vara relaterat till att liknande frågor ställs vid mötet med Migrationsverket som vid första kontakten med sjukvården och kan på så vis leda till misstänksamhet (Nkulu Kalengayi et al., 2015; Jonzon et al., 2015). Missförstånd i mötet med olika myndigheter kan leda till återhållsamhet på grund av rädsla att säga någonting som eventuellt kan äventyra beslut om asyl (Jonzon et al., 2015). Biswas et al. (2011) rapporterar flyktingars bristande förtroende till sjukvården och därav inte vågar berätta för mycket om sin situation. Detta stärks genom att flera upplevde hinder att ta kontakt med sjukvården på grund av rädsla att bli anmäld till migrationsmyndigheter, då språkbarriärer sätter dem i en sårbar situation. Nkulu Kalengayi et al. (2016) och Jonzon et al. (2015) beskriver däremot att många flyktingar upplever hälsoundersökningen som en fördel och möjlighet att undersöka sin hälsa. Trots detta uppstår en rad frustrationer så som långa väntetider till att få genomgå undersökningen och att den endast fokuserar på att upptäcka infektiösa sjukdomar. De får därför ingen möjlighet att diskutera andra medicinska åkommor (a.a). Inbjudan till

att genomgå en hälsoundersökning skickas ut via brev på svenska, vilket gör att många missar sina möten (Nkulu Kalengayi et al., 2015; Nkulu Kalengayi et al., 2016). Jonzon et al. (2015) kan styrka detta i sin studie då informationen på svenska förorsakar missförstånd kring hälsoundersökningens egentliga syfte. Nkulu Kalengayi et al. (2016) tar även upp att flyktingar ibland känner sig respektlöst behandlade av vårdpersonal som inte tar deras önskemål på allvar. De beskriver även ett missnöje med vården när de får träffa en sjuksköterska istället för läkare, då sjuksköterskor inte har befogenhet att skriva recept på läkemedel. Jirwe et al. (2010) menar att förutfattade meningar kan skapa missförstånd mellan sjuksköterskor och patienter.

7. Diskussion

7.1 Metoddiskussion

Denna uppsats är en litteraturstudie baserad på 13 vetenskapliga artiklar och vald metod har strukturerats efter Friberg (2012). Litteraturbaserad metod valdes för att sammanställa befintlig forskning som redan finns inom valt ämnesområde. Det kan ge en bra överblick över ämnet och sammanfatta de mest viktiga resultat som framkommer från flera olika studier som genomförts. Datainsamlingen påbörjades genom en bred inledande sökning där endast enstaka ord användes för att få en övergripande bild om hur mycket befintlig forskning som fanns inom det identifierade problemområdet. Ett omfattande utbud av studier som behandlade författarnas område påträffades och nya sökord identifierades genom MeSh och major subjects. Vidare utformades ett preliminärt syfte. Därefter utfördes den systematiska sökningen där relevanta artiklar valdes ut för granskning. Litteratursökningen genomfördes i databaserna PubMed och Cinahl eftersom dessa behandlar forskning inom medicin och omvårdnad (Karolinska institutet, 2015), vilket är relevant för studiens syfte. Sekundärsökningar genomfördes genom att studera relevanta artiklars referenser. I artiklar som var innehållsrika och relevanta för litteraturstudiens syfte kunde sekundärsökningar ge ytterligare studier som behandlade det valda ämnesområdet. Innan litteratursökningen startade var tanken att undersöka endast sjuksköterskans perspektiv av att vårda människor som flytt från sina hemländer. Efter ett flertal sökningar identifierades både artiklar som behandlar flyktingars upplevelser om att vårdas i ett annat land och sjuksköterskors upplevelser av att vårda flyktingar. Därefter korrigerades syftet till att belysa vilka faktorer som påverkar vårdrelationen mellan sjuksköterskan och patienter vid avsaknad av gemensamt språk. Artiklarna kvalitetsgranskades enligt Willman et al. (2011) granskningsprotokoll. De som nådde vetenskaplig grad I eller II samt svarade på litteraturstudiens syfte inkluderades. Det bör beaktas att denna uppsats är en litteraturstudie och att det då finns risk för felaktiga tolkningar av artiklars resultat relaterat till begränsade kunskaper i engelska och forskningsmetodik. Artiklarna som lästes och granskades valdes utifrån deras titlar och därefter abstract. Detta kan innebära risk för bortfall av intressant och relevant data beroende på hur artiklarnas titlar och abstracts har tolkats och uppfattats.

Då åtta av de artiklar som inkluderats är från Sverige anses resultatet mer generaliserbart för den svenska hälso- och sjukvården. Ett mer generaliserbart resultat hade kunnat fås genom att välja artiklar från fler länder. En avgränsning i litteratursökningen var att artiklarna skulle vara publicerade mellan 2006 och 2016. Av de artiklarna som inkluderats är den äldsta från 2010. Ett antagande är att då

flyktingströmmen ökat drastiskt de senaste åren, har ämnet blivit mer uppmärksammat. Majoriteten av den befintliga forskningen är därför relativt nyligen publicerad.

Deltagare i artiklarna kommer främst från krigsdrabbade länder. Ingen förklaring till detta står i någon artikel men ett antagande kan vara att urvalet är den störst representerade gruppen som tvingas fly relaterat till våld, krig och fattigdom. Det finns ofta stora samhällsliga och kulturella skillnader i utvecklingen av länderna som flyktingar och asylsökande personer kommer ifrån, jämfört med det land dit de flyttar. Därav finns ett stort intresse att undersöka förekomsten av vilka svårigheter som kan uppstå i anpassningen till det nya samhället och kulturen.

Av de 13 artiklar som valdes ut var 12 kvalitativa, då det saknas kvantitativ forskning inom området. Fler kvantitativa artiklar skulle eventuellt kunna påvisa siffror och annan kvantitativ data för att stärka litteraturstudiens resultat. Dock ger kvalitativ forskning mer utförlig beskrivning av erfarenheter och upplevelser vilket var författarnas avsikt att undersöka. Då syftet var att undersöka vilka faktorer som påverkar vårdrelationen kan detta besvaras lämpligast genom kvalitativ forskning som ger en mer utförlig beskrivning av erfarenheter och upplevelser.

Om istället en observationsstudie hade tillämpats som metod hade resultatet kunnat sett annorlunda ut. Observationsstudier genomförs vid studier då syftet är att undersöka hur människor beter sig i olika situationer (Willman et al. 2011). Genom att observera möten mellan flyktingar och sjuksköterskor inom vården hade observatören eventuellt kommit fram till annorlunda resultat än de som framkommit i litteraturstudien. Hur interaktionen mellan dem uppfattats skulle kunna skilja sig mellan sjuksköterskan, patienten och observatören. Sjuksköterskan och observatören skulle kanske identifierat olika positiva och negativa aspekter som påverkar vårdrelationen. Ett möte kan kännas bra för sjuksköterskan, medan en observatör kan se tydliga barriärer mellan de två parterna. Dock hade inte observationsstudie som metod motsvarat de teman som framkommit, då en observationsstudie inte möjliggör en undersökning av upplevelser.

7.2 Resultatdiskussion

Globalisering, krig, förföljelser och naturkatastrofer har lett till ständig förflyttning i världen. Därmed omvandlas många europeiska länder till mångkulturella samhällen. Detta medför att patientgrupper med olika kulturella bakgrunder samt variationen av omvårdnadsbehov ökar, vilket ställer nya krav på samhället och vården. Hälso- sjukvårdspersonal möter patienter med olika kulturella bakgrunder, vilket är en stor utmaning. Hälso- och sjukvård ska erbjudas till alla människor på lika villkor (Kärrström, Sahlin och Sjöberg, 1999). För att det ska vara möjligt krävs det att sjuksköterskor har kunskap och färdigheter gällande kommunikation med patienter från andra kulturer.

I resultatet framkommer kommunikationens betydelse för att kunna skapa och upprätthålla en god vårdrelation mellan sjuksköterskor och patienter vid avsaknad av gemensamt språk, för att kunna erbjuda vård och omsorg av hög kvalitet (Suurmond et al., 2010; Fatahi et al., 2010; Jirwe et al., 2010; Krupic et al., 2016; Nkulu et al., 2015; Jonzon et al., 2015; McCarthy et al., 2013; Seffo et al., 2014). Även tidigare

studier menar att sjuksköterskor kräver skicklighet för att bristande kommunikation inte ska bli ett hinder till en bra vårdrelation, omvårdnad och säker vård. Att kommunicera är nödvändigt i alla vårdmöten, även om det genererar en större utmaning när sjuksköterskan och patienten inte pratar samma språk (Jirwe et al., 2014; Samarasinghe et al., 2010). Flera resultat visar att professionella tolkar, med rätt utbildning vad gäller medicinsk terminologi, underlättar kommunikationen där språkbarriärer förekommer. Det framkommer en positiv inställning till att tolkorganisationer finns tillgängliga inom hälso- och sjukvården, men att de i vissa fall uppfattas som dåligt organiserade och oprofessionella (Krupic et al., 2016; Jirwe et al., 2010; Fatahi et al., 2010; Nkulu Kalengayi et al., 2015; Nkulu Kalengayi et al., 2016; Nkulu Kalengayi et al., 2012; Jonzon et al., 2015). Andra resultat beskriver att många upplever svårigheter när en tredje person ska delta i möten med sjukvården (Suurmond et al., 2010; McCarthy et al., 2013; Fatahi et al., 2010; Krupic et al., 2016; Seffo et al., 2014). Även tidigare forskning tar upp liknande teman (Gerrish, 2001; Lawrence et al., 2005). Enligt förvaltningslagen (SFS 1986:223) har personer som är i behov av tolk rätt till detta. På grund av okunskap och tidsbrist tillämpas eller används inte dessa resurser tillräckligt. Vården kan påverkas negativt om anhöriga eller vårdpersonal tolkar istället för en professionell tolk som har rätt utbildning för det. Tolkningar av personer som saknar neutralitet samt kunskap om medicinsk terminologi och tolkningsteknik kan leda till att viss information utelämnas, exkluderas eller kondenseras. Det kan orsaka missförstånd och feltolkningar av diagnos och behandling (Fatahi et al., 2010; Jirwe et al., 2010; Krupic et al., 2016; McCarty et al., 2013). Patienter kan på grund av detta välja att undanhålla viss information eller undvika att svara på känsliga frågor när tolk finns närvarande, eftersom de saknar anknytning till personen (Seffo et al., 2014; Suurmond et al., 2010; McCarthy et al., 2013). Ytterligare studier rapporterar att patienter undanhåller viss information på grund av att de ifrågasätter sekretessen vid närvaro av tolk (Jonzon et al., 2015; McKeary, 2010). I nuläget saknas kontinuitet av tolkpersonal. Många har svårt att formulera och uttrycka sig fritt på grund av osäkerhet att tolken ska reagera på vad de säger relaterat till misstro och osäkerhet. Det finns då risk för att viktig information uteblir vilket äventyrar patientsäkerheten. Fatahi et al. (2010) kan i sitt resultat styrka detta då medicinsk information om undersökningar kräver korrekt tolkning, för att patienten ska få rätt information och förståelse om sin vård. Vissa undersökningar kräver ombokning eller avbrytas relaterat till att ingen tolk finns tillgänglig. Detta ger sjukvården dubbla kostnader och möten som måste bokas om till ett annat tillfälle. Det tar värdefull tid från både patient och vårdpersonal. McCarthy et al. (2013) pekar på att det ställer höga krav på sjuksköterskors skicklighet att använda tolk för att möten i närvaro av tolk ska bli effektiva.

Tolkhjälp är en rättighet som kräver rätt användning för att det ska ge ett positivt resultat och skapa ett bra möte där parterna förstår varandra. Att ge sjuksköterskor rätt kommunikationsverktyg kan minska vanliga missförstånd och osäkerhet. Studier föreslår att sjuksköterskor borde få bättre utbildning i kommunikationsfärdigheter. Det ska ligga till grund för att öka deras kulturella kompetens och för effektivisera kommunikationen i vården där språkbarriärer föreligger (Samarasinghe et al., 2010; Gerrish, 2001; Suurmond et al., 2010). Deltagare i studien av Razavi Farsi, Falk, Björn och Wilhelmsson (2011) upplevde att vårdpersonal tog dem på allvar när tolkhjälp erbjöds. Detta kan ytterligare styrka tesen om att öka kunskapen hos sjuksköterskor genom utbildning. Alla ska ha möjlighet att förstå och delta i sin vård, sjukdom och behandling. Att frånta den möjligheten och inte erbjuda tolkhjälp kan

upplevas som oprofessionellt, brist på individanpassad vård och bevis på att ojämlik vård faktiskt förekommer.

Resultat påvisar vissa svårigheter som föreligger kring att ge information till flyktingar, som söker vård, på en individanpassad nivå. Detta är relaterat till olika bakgrund, utbildningsnivå, kunskap om hälsa och sjukdomar (McCarthy et al., 2013; Nkulu Kalengayi et al., 2015). Det bekräftar en tidigare studie som menar att informationen som ges måste anpassas till individens särskilda behov och intellektuella nivå (Wångdahl, Lytsy, Mårtensson & Westerling, 2015). All information ska vara individanpassad till de omständigheter som råder. Detta är oberoende av etnisk bakgrund, kultur och språk. Återigen tas angelägenheten upp kring individanpassad information och att alla har ett behov av att bli informerade kring sin sjukdom, vård och behandling, vilket ska vara en mänsklig rättighet som tyvärr inte alltid tillämpas. Patientens åsikt om vården ska beaktas och ses som en central del i patientens autonoma självbestämmande (Eldh, 2014).

Flera resultat tar upp flyktingars frustration över att få information om hälsoundersökningen via brev som skrivits på det nya landets språk. Många tenderar att missa sitt möte relaterat till att de inte förstår brevets avsikt (Nkulu Kalengayi et al., 2015; Nkulu Kalengayi et al., 2016; Jonzon et al., 2015). Brevets och hälsoundersökningens avsikt är att etablera en kontakt mellan sjukvården och flyktingar, vilket blir motsägelsefullt när de inte förstår brevets innehåll. Detta problem har även diskuterats i Nkulu Kalengayi et al. (2012). De tar upp svårigheter för dessa patienter att hitta tillgängliga tjänster som kunde underlätta vid språkbarriärer (exempelvis tolk på telefon). Men då informationen oftast ges på det nya landets språk är dessa hjälpmedel svåra att tillämpa. Jirwe et al. (2010) tar upp andra resultat där sjuksköterskor väljer att undanhålla viss information för flyktingar på grund av osäkerhet i interaktionen och kommunikationen. Nkulu Kalengayi et al. (2015) och Suurmond et al. (2013) beskriver istället att flyktingar känner sig förolämpade vid brist av information. Det orsakar missuppfattningar och frustration mellan båda parter som upplever begränsningar i sin kommunikationsförmåga att uttrycka sig. Det skapar hinder i mötet och minskar möjligheter till en god vårdrelation. Sjuksköterskors osäkerhet och undanhållande av information kan leda till ökade kulturella skillnader och därav risk för generalisering. I en tidigare studie av Nkulu Kalengayi et al. (2012) diskuteras bland annat vilka utmaningar vården ställs inför när information ska ges till flyktingar. Det är svårt att veta hur mycket kunskap en patient redan har om sin situation och vilken information hen är i behov utav. Även Lawrence et al. (2005) tar upp liknande resultat om svårigheter som kan uppstå när patienter och sjuksköterskor har olika uppfattningar om vad hälsa och frånvaro av hälsa innebär. Nkulu Kalengayi et al. (2015) understryker att detta kan orsaka konflikter i tvärkulturella vårdmöten. Det kan bli särskilt tydligt då undersökningar ska förklaras eftersom tillvägagångssättet kan skilja sig mycket i olika länder. Konflikter kan även uppstå när sjukvården inte kan leva upp till patientens förväntningar, så som behandling, recept på läkemedel, önskemål av specifikt kön på vårdgivare vid omvårdnadsarbetet. Liknande resultat påvisas i Fatahi et al. (2010) som menar att önskemål om specifikt kön inte går att uppfylla på grund av bristande resurser.

Sjuksköterskor bör ha viss kunskap om vilka kulturskillnader som kan påträffas i vården. Fatahi et al. (2008) menar att kulturell öppenhet och medvetenhet om att varje

patients kultur är unik och att skillnader i varje kultur förekommer är viktigt att ha. I nuläget finns en osäkerhet i tvärkulturella möten. Nkulu Kalengayi et al. (2015) och Suurmond et al. (2013) belyser att flyktingar i vissa fall kan känna sig diskriminerade inom sjukvården. Det sker främst vid brist på information, när känsliga frågor ska diskuteras samt när vården inte kan jämföras med deras förväntningar (Seffo et al., 2014). Nkulu Kalengayi et al. (2016) beskriver liknande resultat men förklarar att missnöje uppkommer när vårdpersonal inte tar deras klagomål på allvar vilket gör att de känner sig respektlöst behandlade (a.a). Andra intressanta resultat som uppkommit och som kan kopplas till ovan är att vårdpersonal känner sig osäkra vid tvärkulturella möten. Därför kan de ibland undvika interaktion med dessa patienter i rädsla av att säga eller göra någonting som kan uppfattas förolämpande och diskriminerande relaterat till bristande kunskaper om kulturella skillnader (Enskär et al., 2012; Seffo et al., 2014; Jirwe et al., 2010; Lawrence et al., 2005). Detta bekräftas och diskuteras av Nkulu Kalengayi et al. (2012) som skriver att många flyktingar har svårigheter att använda vissa tjänster, exempelvis att boka eller avboka tider per telefon som resulterar i frustration och känslor att bli diskriminerad. Inga av sjuksköterskorna i artiklarna som inkluderats diskuterar främlingsfientliga åsikter, eller om diskriminering i vården förekommer. Då inga artiklar tagit upp ämnet är frågan om sjuksköterskor inte upplever att det sker någon form av främlingsfientlighet inom sjukvården eller om de medvetet väljer att undvika ämnet. I en tidigare studie av Martin (2012) fokuseras det på patienters upplevelse av diskriminering inom vården. De tar bland annat upp att vissa flyktingar kan bli diskriminerade, men inte uppfatta det relaterat till språkbarriärer (Martin, 2012). Biswas et al. (2011) understryker att sjuksköterskor alltid ska bedriva vård som är icke diskriminerande och där patientens sekretess aldrig får äventyras.

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet förväntas ge lika möjligheter till sjukvård för hela befolkningen. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) föreskriver att vården ska vara av god kvalitet och ta hänsyn till patientens behov av en säker vård och behandling. Vården ska vara lättillgänglig, grunda sig på respekt för självbestämmande och integritet för patienten, främja goda relationer mellan patienter och vårdgivare och tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. För att det ska uppfyllas är det av största vikt att varje patient ska ha möjlighet att kommunicera och förstå sjukvårdspersonalen. I dagsläget finns inte tillräckligt med resurser och tolkar vilket leder till att sjukvården blir lidande och brister i patientsäkerhet, kontinuitet och trygghet för patienterna. Fatahi et al. (2010) föreslår att professionella tolkar till de vanligaste språken bland flyktingar i Sverige borde anställas på heltid på de största sjukhusen i landet. De föreslår även att tolk ska finnas tillgänglig under dygnets alla timmar. Vidare utveckling bör vara att utbilda tolkar kring medicinsk terminologi och förståelse för vissa undersökningar som behövs för att målen för jämlik vård i Sverige ska uppfyllas. Detta skulle innebära stora kostnader (McKeary, 2010), vilket innebär en satsning på politisk nivå.

Enligt ICN etiska kod för sjuksköterskor samt Fossum (2013) ska patienters bakgrund eller etniskt ursprung inte få ha en inverkan på den vård som ges. Vissa av litteraturstudiens resultat tyder på att detta inte uppnås. Vidare förbättring inom detta område är därför av stor vikt. Enligt patientlagen (SFS 2014:821) har alla patienter rätt till individanpassad information angående hälsotillstånd och behandlingsalternativ. Litteraturstudiens resultat visar på att detta är svårt att tillgodose när språkbarriärer föreligger mellan patienter och sjuksköterskor. Det borde

däremot inte förhindra sjuksköterskors möjlighet att upprätthålla det lagen förespråkar, vilket det i nuläget gör. Många sjuksköterskor upplever även osäkerhet angående vilka regler som gäller när flyktingar söker vård. Detta kan stärkas ytterligare av Nkulu Kalengayi et al. (2015) Jonzon et al. (2015) och Biswas et al. (2011) som menar att det saknas tydlig information gällande vilken vård flyktingar har rätt till. Det finns därför ett stort utvecklingsbehov av tydliga riktlinjer och rutiner för omvårdnad av papperslösa och asylsökande uppmanar Biswas et al. (2011) och Enskär et al. (2012). Författarna belyser även de begränsade kunskaper som både vårdpersonal och många patienter har gällande migrationsprocessen samt asylprocessen. Missförstånd föreligger och är vanligt förekommande hos flyktingar som tror att sjukvården samarbetar med migrationsmyndigheter (Nkulu Kalengayi et al., 2015; Nkulu Kalengayi et al., 2016; Jonzon et al., 2015; Biswas et al., 2011). Återigen tas brist på information upp gentemot myndigheter och framförallt sjukvården som exempel. Det är oroväckande att flyktingar undviker att ta kontakt med sjukvården, relaterat till detta. Det faktum att de misstänker samarbete mellan sjukvården och andra myndigheter är bevis på misslyckande från sjukvården. Resultat från Nkulu Kalengayi et al. (2016) studie visar på att många flyktingar tror att hälsoundersökningen de erbjuds är obligatorisk. De kan då känna sig särbehandlade över att inte få ha någon valmöjlighet. Att många har denna uppfattning styrker endast tesen ytterligare om att informationsutbytet är bristande.

7.3 Implikationer för klinisk omvårdnad

Mer fokus bör läggas på kommunikation och pedagogisk skicklighet och inte endast kulturell utbildning för sjuksköterskor. Förhoppningen är att litteraturstudiens resultat ska öka medvetenheten hos sjuksköterskor som vidare kan utveckla strategier för att övervinna språkbarriärer vid tvärkulturella möten. Vidare förhoppning är att litteraturstudiens resultat ska kunna tillämpas för att ge professionell, adekvat och individualiserad omvårdnad.

Orsaken till den osäkerhet som råder bland sjuksköterskor i tvärkulturella möten är bristen på kunskap inom området. Ökad kunskap inom tvärkulturell omvårdnad skulle ge ökad trygghet i arbetet och leda till en tryggare, mer säker och individanpassad omvårdnad. Mer utbildning inom området föreslås, både i grundutbildningen samt för yrkesverksamma sjuksköterskor. Detta skulle underlätta skapandet och upprätthållandet av goda vårdrelationer där språkliga och kulturella barriärer föreligger.

7.4 Fortsatt forskning

Vid litteratursökningen identifierades främst kvalitativ forskning inom ämnet, vilket är rimligt då många vill undersöka flyktingars upplevelser av anpassning till ett nytt land med främmande språk och kultur. Kvantitativ forskning inom ämnet för att mäta förekomsten av de vanligaste språken bland invandrande personer för att identifiera vidare utvecklingsbehov av språk som behövs inom tolkorganisationer. Även vidare forskning kring tolkorganisationers och vilken utveckling som är nödvändig för att kunna effektivisera organisationen och därmed kvaliteten på vården där språkbarriärer föreligger. Ytterligare förslag för framtida forskning är att utveckla kommunikationshjälpmedel som kan implementeras vid omvårdnad när språkbarriärer föreligger.

8. Slutsats

Sjuksköterskor står inför stora utmaningar när det gäller att vårda människor som flytt sina länder på grund av krig, förföljelser och förtryck. Utmaningen ligger i att bemöta denna patientgrupp på ett bekräftande och professionellt sätt samt ge individanpassad information utan att missförstånd skapas. Språkliga och kulturella skillnader utgör barriärer för att skapa en god vårdrelation mellan sjuksköterskor och flyktingar. För att kunna bygga upp en förtroendefull relation krävs det att sjuksköterskor besitter viss mångkulturell och kommunikativ kompetens samt förståelse för att bristande kommunikation kan ge upphov till missförstånd. Detta är något som saknas och efterfrågas i dagens läge. Det är därför angeläget att sjuksköterskor får mer utbildning inom tvärkulturell omvårdnad. Tillgången till professionella tolkar är i dagens läge begränsad och ökad tillgång är därför efterfrågad.

Referenser

Almerud Österberg, S. (2014). Akut omhändertagande ur ett omvårdnadsperspektiv. I AK. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa* (s. 687-701). Studentlitteratur AB.

Bischoff, A., Bovier, P. A., Isah, R., Francoise, G., Ariel, E., & Louis, L. (2003). Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Social Science and medicine*, 57(3), 503-512. doi:10.1016/S0277-9536(02)00376-3

Biswas, D., Kristiansen, M., Krasnik., & Norredam, M. (2011). Access to healthcare and alternative health-seeking strategies among undocumented migrants in Denmark. *BMC Public Health*, 11(560), doi: 10.1186/1471-2458-11-560.

Björk Brämberg, E., & Nyberg, M. (2010). To be an immigrant and a patient in Sweden: A study with an individualised perspective. *International Journal Qualitative Studies Health Well-being*, 5(3), doi: 10.3402/qhw.v5i3.5106.

Bäärnhielm, S. (2013). Möten i den mångkulturella vården. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation. Samtal och bemötande i vården* (s. 313-332). Lund: Studentlitteratur AB.

Carlsson, E., & Björk Brämberg, E. (2014). Kommunikationssvårigheter. I AK. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa* (s. 447-472). Studentlitteratur AB.

Eide, T., & Eide, H. (2006). *Kommunikation i praktiken - relationer, samspel och etik inom socialt arbete, vård och omsorg*. Malmö: Liber AB.

Ekebergh, M. (2009). *Att lära sig vårda - med stöd av handledning*. Lund: Studentlitteratur AB.

Eldh, AC. (2014) Delaktighet i rollen som patient. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder – perspektiv och förhållningssätt* (s. 485-501). Studentlitteratur AB.

Enskär, K., Ankarcrona, E., Jörgense, A., & Huus, K. (2012). Undocumented refugee children in Swedish healthcare: Nurses' knowledge concerning regulations and their attitudes about the care. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 32(1), 44-47.

Fatahi, N., Hellström, M., Skott, C., & Mattsson, B. (2008). General practitioners' views on consultations with interpreters: A triad situation with complex issues. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26(1), 40-45. doi: 10.1080/02813430701877633.

Fatahi, N., Mattsson, B., Lundgren, SM., & Hellström, M. (2010). Nurse radiographers' experiences of communication with patients who do not speak the

native language. *Journal of Advanced Nursing*, 66(4), 774-783. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05236.x

Friberg, F. (2012). Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats. Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.37-46). Lund: Studentlitteratur AB.

Friberg, F. (2012). Att utforma ett examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats. Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.81-94). Lund: Studentlitteratur AB.

Fossum, B. (2013). Kommunikation och bemötande. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation. Samtal och bemötande i vården*. (s. 25-49). Lund: Studentlitteratur AB.

Gerrish, K. (2001). The nature and effect of communication difficulties arising from interactions between district nurses and south asian patients and their careers. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 566-574. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01674.x

HSL 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet.

International Council of Nursing. (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2016-03-04, från http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_swedish.pdf

Jirwe, M., Gerrish, K., & Emami, A. (2010). Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 24(3), 436-444. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00733.x.

Jirwe, M., Momeni, P., & Emami, A. (2014). Kulturell mångfald. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt* (s. 341-357). Studentlitteratur AB.

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(1), 548-558. doi: 10.1177/1403494815576786.

Karolinska Institutet. (2015). Användbara databaser och webbplatser. Hämtad 2016-04-11, från <http://kib.ki.se/soka-vardera/soka-information/anvandbara-databaser-och-webbplatser>

Krupic, F., Hellström, M., Biscevic, M., Sadic, S., & Fatahi, N. (2016). Difficulties in using interpreters in clinical encounters as experienced by immigrants living in Sweden. *Journal of clinical nursing*. doi: 10.1111/jocn.13226.

Kärrström, M., Sahlin, J., & Sjöberg, B. (1999). *Sveriges rikes lag. Kommentarer hälso- och sjukvård* (s. 9-11). Stockholm: Nordsteds tryckeri AB.

Lawrence, J., & Kearns, R. (2005). Exploring the 'fit' between people and providers: refugee health needs and health care services in Mt Roskill, Auckland, New Zealand. *Health and Social Care Community, 13*(5), 451-461. doi: 10.1111/j.1365-2524.2005.00572.x

Martin, SS. (2012). Exploring discrimination in american health care system: Perceptions/experiences of older iranian immigrants. *Journal of Cross Cultural gerontology, 27*(3), 291-304. doi: 10.1007/s10823-012-9168-z.

McCarthy, J., Cassidy, I., Graham, MM., & Tuohy, D. (2013). Conversations through barriers of language and interpretation. *British Journal of Nursing, 22*(6), 335-339. doi: <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2013.22.6.335>

McKeary, M. (2010). Barriers to care: the challenges for Canadian refugees and their health care providers. *Journal of Refugee studies, 23*(4), 523-545. doi:10.1093/jrs/feq038

Migrationsverket. (2014). *Vad betyder orden?* Hämtad 2016-03-03, från <http://www.migrationsverket.se/Privatpersoner/Skydd-och-asyl-i-Sverige/For-dig-som-ar-barn-och-har-sokt-asyl/Vad-betyder-orden.html>

Migrationsverket. (2015). *Den svenska flyktingkvoten.* Hämtad 2016-03-01 från <http://www.migrationsverket.se/Privatpersoner/Skydd-och-asyl-i-Sverige/Flyktingkvoten/Den-svenska-flyktingkvoten.html>

Migrationsverket. (2016). *Antal asylsökande - aktuell statistik.* Hämtad 2016-03-04, från <http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik.html>

Migrationsverket. (2016). *Historik.* Hämtad 2016-03-15, från <http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Fakta-om-migration/Historik.html>

Migrationsverket. (2016). *Hälso- och sjukvård.* Hämtad 2016-04-12, från <http://www.migrationsverket.se/Privatpersoner/Skydd-och-asyl-i-Sverige/Medan-du-vantar/Halso--och-sjukvard.html>

Nkulu Kalengayi, F., Hurtig, AK., Ahlm, C., & Ahlberg, B. (2012). "It is a challenge to do it the right way": an interpretive description of caregivers' experiences in caring for migrant patients in Northern Sweden. *BMC Health Services Research, 12*(433). doi: 10.1186/1472-6963-12-433

Nkulu Kalengayi, F., Hurtig, AK., Nordstrand, A., Ahlm, C., & Ahlberg, B. (2015). It is a dilemma: Perspectives of nurse practitioners on health screening of newly arrived migrants. *Global Health Action, 8*. doi: 10.3402/gha.v8.27903.

Nkulu Kalengayi, F., Hurtig, AK., Nordstrand, A., Ahlm, C., & Ahlberg, B. (2016). Perspectives and experiences of new migrants on health screening in Sweden. *BMC Health Service Research, 16*(14). doi: 10.1186/s12913-015-1218-0

Razavi Farsi, M., Falk, L., Björn, Å., & Wilhelmsson, S. (2011). Experiences of the Swedish healthcare system: An interview study with refugees in need of long-term health care. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(9) 319-325. doi: 10.1177/1403494811399655.

Röda korset. (u.å). *Papperslösa*. Hämtad 2016-03-23, från <http://www.redcross.se/papperslosa>

Sandahl, H., Norredam, M., Hjern, A., Asher, H., & Nielsen, SS. (2013). Policies of access to healthcare services for accompanied asylum-seeking children in the Nordic countries. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(6), 630-636. doi: 10.1177/1403494813484555.

Samarasinghe, K., Fridlund, B., & Arvidsson, B. (2010). Primary health care nurses' promotion of involuntary migrant families' health. *International nursing review*, 57(2) 224-231. doi: 10.1111/j.1466-7657.2009.00790.x

Seffo, N., Krupic, F., Grbic, K., & Fatahi, N. (2014). From immigrant to Patient: Experiences of Bosnian Immigrants in the Swedish Heathcare System. *Materia Sociomedica*, 26(2), 84-89. doi: [10.5455/msm.2014.26.84-89](https://doi.org/10.5455/msm.2014.26.84-89)

SFS 1986:223. *Förvaltningslag*. Stockholm: Justitiedepartementet.

SFS 2005:716. *Utlänningslagen*. Stockholm: Justitiedepartementet.

SFS 2008:344. *Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.* Stockholm: Justitiedepartementet.

SFS 2013:407. *Lag om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen. (2015). *Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter - ett kunskapsunderlag för primärvården*. Hämtad 2016-03-16, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-1-19>

Socialstyrelsen. (2016). *Informationsöverföring och kommunikation*. Hämtad 2016-04-08, från <https://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/riskomraden/kommunikation>

Statistic Canada. (2005). *Longitudinal Survey of Immigrants to Canada: A Portrait of Early Settlement Experiences*. Hämtad 2016-03-09, från <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-614-x/2005001/4079162-eng.htm#5>

Statiska centralbyrån. (2015). *Sveriges framtida befolkning 2015-2060*. Hämtad 2016-03-09, från http://www.scb.se/Statistik/Publikationer/BE0401_2015I60_BR_BE51BR1502.pdf

Statistiska centralbyrån. (2016). *Invandringar 2015 efter födelseland och utvandringsland*. Hämtad 2016-03-03, från http://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningens-sammansattning/Befolkningsstatistik/#c_li_120253

Steir, J. (2009). *Kulturmöten - en introduktion till interkulturella studier*. Lund: Studentlitteratur

Suurmond, J., Seeleman, C., Rupp, I., Goosen, S., & Stronks, K. (2010). Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers. *Nurse education today*, 30(8) 821-826. doi: 10.1016/j.nedt.2010.03.006.

Suurmond, J., Rupp, I., Seeleman, S., 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(7), 668-673. doi: 10.1016/j.puhe.2013.04.004.

Thornquist, E. (2001). *Kommunikation i kliniken*. Lund: Studentlitteratur

UNHCR. (2015). *2015 likely to break records for forced displacement - study*. Hämtad 2016-03-03, från <http://www.unhcr.org/5672c2576.html>

UNHCR. (2015). *Global Focus*. Hämtad 2016-03-03, från http://reporting.unhcr.org/#_ga=1.227154330.687194887.1456820105

UNHCR. (2015). *Refugees/Migrants Emergency Response - Mediterranean*. Hämtad 2016-03-03, från http://data.unhcr.org/mediterranean/regional.php#_ga=1.126488909.1375839342.1457001374

UNHCR. (2015). *Vem är flykting?* Hämtad 2016-03-03, från <https://sverigeforunhcr.se/om-oss/vem-ar-flykting>

Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 481-495). Studentlitteratur AB.

WHO. (2015). *What are the common health problems of refugees and migrants arriving in the European Region?* Hämtad 2016-03-10, från <http://www.who.int/features/qa/88/en/>

Wibeck, V. (2012). Fokusgrupper. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 193-212). Studentlitteratur AB.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad - en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur AB.

WMA World Medical Association. (2016). *Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 2016-04-26 från: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Wångdahl, J., Lytsy, P., Mårtensson, L., & Westerling, R. (2015). Health literacy and refugees' experiences of the health examination for asylum seekers - a Swedish cross-sectional study. *BMC Public Health*, 15(1162). doi: 10.1186/s12889-015-2513-8.

Öresland, S., & Lutzén, K. (2009). Etiska stigar och moraliska vandringar. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt* (s. 357-374). Studentlitteratur AB.

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats. Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 57-80). Lund: Studentlitteratur AB.

Bilaga 1 - Sökhistorik

PubMed

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstrakt	Granskade artiklar	Valda artiklar
2016-02-25	Refugee* AND swed* AND healthcare	Abstract available, publication date 10 years	27	8	7	3(1*) Jonzon et al. (2015) Seffo et al. (2014) *Fatahi et al. (2010)
2016-02-23	migrant* AND care AND swed* AND experience*	Abstract available, Publication date, 10 years	19	6	4	3(1*) Krupic et al. (2016) *Nkulu Kalengayi et al. (2015) Nkulu Kalengayi et al. (2016)
2016-03-02	nurses experiences AND communication AND barrier* AND language	Abstract available, Publication date, 10 years	43	5	4	4(2*) McCarthy et al. (2013) Jirwe et al. (2010) *Nkulu kalengayi (2015) *Fatahi et al. (2010)

* = Artiklar som påträffats på flera sökningar.

CINAHL

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstrakt	Granskade artiklar	Valda artiklar
Hittad: 2016-03-04	attitude* AND nurs* AND refugee*	Peer reviewed, Research article, publicerad inom senaste 10 åren	15	6	5	2 Enskär et al. (2012) Suurmond et al. (2010)

Manuell sökning

Datum	Sökning	Inkluderad artikel	Hittad från
2016-03-07	Sekundärsökning	Suurmond et al. (2013)	Nkulu et al. (2015)
2016-03-07	Sekundärsökning	Björk Brämberg et al. (2010)	Seffo et al. (2014)
2016-03-09	Sekundärsökning	Biswas et al. (2011)	* Suphanchaimat, Kantamaturapoj, Puthasri & Prakongsai, (2015)

* = ej inkluderade i studien

Bilaga 2 - Granskningsmall

Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod, enligt Willman, Stoltz & Bahtsevani (2011)

	Fråga	Ja	Nej	Vet ej
1	Finns tydlig begränsning/problemformulering?			
2	Beskrivs patientkaraktistika? (Antal, ålder, man/kvinna)			
3	Är kontexten presenterad?			
4	Finns ett etiskt resonemang?			
5	Är urvalet relevant?			
6	Är urvalet strategiskt?			
7	Är metod för urvalsörfarande tydligt beskrivet?			
8	Är metod för datainsamling tydligt beskrivet?			
9	Är metod för analys tydligt beskriven?			
10	Är resultatet logiskt, begripligt?			
11	Råder datamätnad?			
12	Råder analysmättnad?			
13	Redovisas resultatet klart och tydligt?			
14	Redovisas resultatet i förhållande till teoretisk referensram?			
15	Genereras teori?			
16	Vilket fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?			
	Sammanfattande bedömning av kvalitet?	Bra	Medel	Dålig

För att klassificera denna typ av studie gavs varje positivt svar poäng och räknades sedan ut i procent mot den totala poängsumman. Detta bidrog till tre kvalitetsgrader:

Grad I 80-100 % (Hög kvalitet)

Grad II 70-79 % (Medel kvalitet)

Grad III 60-69 % (Låg kvalitet)

Bilaga 3 - Artikelöversikt

Författare År Land	Suurmond, J., Seeleman, C., Rupp, I., Goosen, S., Stronks, K. 2010 Nederländerna
Artikel	<i>“Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers”</i>
Syfte	Utforska vilken kulturell kompetens sjuksköterskor som arbetar med asylsökande anser är viktig.
Metod	Kvalitativ studiedesign
Urval	En koordinator fördelade ut frågeformulär till sjuksköterskor som arbetade på olika asylcenter. Samordnare för centren frågade lämpliga sjuksköterskor att delta i en gruppintervju. Detta för att få en representativ grupp och få variation i erfarenhet hos de sjuksköterskor som deltog.
Datainsamling	Frågeformulären fördelades ut och skickades tillbaka per post till forskningsteamet. Formulären innehöll fyra öppna frågor gällande kulturell kompetens som sjuksköterskan skulle besvara, och fick chans att utveckla sina svar. Intervjuerna och frågeformulären genomfördes under en tid på fyra månader under 2007. Totalt 89 formulär samlades in. Sju gruppintervjuer genomfördes också. Sammanlagt 36 sjuksköterskor intervjuades i grupper på mellan två och nio personer. Författarna som höll i intervjuerna hade en ämneslista med olika problem som skulle diskutera. Frågorna som ställdes var öppna och ansträngningar gjordes för att engagera alla i gruppen. Intervjuerna genomfördes av två forskare (IR och CS) som turades om att intervjua och göra anteckningar. Alla intervjuer - som tog ca 1,5-2 timmar vardera - spelades in på band och transkriberades därefter.
Dataanalys	Triangleringsmetod användes för att öka sannolikheten att den kvalitativa datan som samlades in var trovärdig. En rammetod användes för att analysera datan (Ritchie och Spencer, 1993 och Pope et al., 2000). Liknande områden kodades. Data kartlades med hjälp av Miles & Huberman (1994). Tre teman skapades: <i>Utbildningsbakgrund</i> , <i>Viktig kulturell kompetens i samband med asylsökande</i> och <i>Idéer om hur den kulturella kompetensen kan förbättras</i> . Gruppintervjuer genomfördes endast för att stärka det som visades i enkäterna och inte för att identifiera nya teman. Transkriptionen av varje gruppintervju lästes noggrant för att få ett helhetsintryck innan den kodas och analyseras. Ett diagram designades av de olika kulturella kompetenser som uppgavs i intervjuerna. Med hjälp av det här diagrammet kan mönster och samband beskrivas (Patton, 2002).

Bortfall	Ej angivet.
Resultat	Den sammanställda datan uppgav att majoriteten av sjuksköterskorna ansåg sig ha fått viss kulturell kompetens från sin utbildning. De flesta ansåg sig dock fått kulturellt kompetens genom erfarenhet av att arbeta med asylsökande. Det framgick att den kulturella kompetensen kan förbättras ytterligare, för att göra sjuksköterskor mer säkra i vården av personer med annan kulturell bakgrund.
Kommentar och bedömning av kvalitet	Författarna beskriver själva en osäkerhet gällande hur många frågeformulär som totalt skickades ut och att de därför inte kan uppge responsantalet. I intervjuerna ställdes öppna frågor om kulturell kompetens och inte om specifika situationer, vilket kunde gett mer utförlig information om när kulturell kompetens är viktig. De beskriver inte om en eller flera personer ur forskningsteamet granskat den insamlade datan, det beskrivs bara att den lästes noggrant.
Grad av kvalitet	Grad II = Medel kvalitet

Författare	Suurmond, J., Rupp, I., Seelman, S., Goosen, S. & Stronks, K.
År	2013
Land	Nederländerna
Artikel	<i>“The first contacts between healthcare providers and newly-arrived asylum seekers: A qualitative study about which issues need to be addressed”</i>
Syfte	Ge en inblick i de specifika frågor som vårdgivare måste ta itu med i det första mötet med asylsökande.
Metod	Kvalitativ design
Urval	Vid studiens tidpunkt fanns det 50 asylcentrum i Nederländerna och dessa delades in i sex grupper och i varje grupp utsågs en koordinator. 36 sjuksköterskor och 10 folkhälsoläkare som arbetade på olika centrum för asylsökande människor valdes strategiskt ut av koordinatorerna. Sjuksköterskorna hade i genomsnitt 9 års erfarenhet av att arbeta med asylsökande personer inom hälso- och sjukvården.
Datainsamling	Frågeformulär (n=89) besvarades av sjuksköterskor och folkhälsoläkare som arbetade på ett centrum för asylsökande. Frågeformulären bestod av öppna frågor om upplevelser av första kontakten med asylsökande, värdet av första kontakten med asylsökande samt problem och dilemman. Svaren på frågorna analyserades kvalitativt och användes som underlag för sju gruppintervjuer. 36 sjuksköterskor och 10 folkhälsoläkare deltog

	<p>i gruppintervjuerna. Intervjuerna, som bestod av grupper mellan en och elva personer, genomfördes av två forskare och tog i genomsnitt cirka 1,5-2 timmar. Samtliga intervjuer spelades in och transkriberades ordagrant.</p>
Dataanalys	<p>En ramanalys användes för att analysera datan. Frågeformulären granskades och återkommande teman och frågor som verkade viktiga för deltagarna identifierades. Dessa användes som underlag för gruppintervjuernas ämneslistor. Svaren från intervjuerna analyserades och teman identifierades även här och detta resulterade i en tematisk ram. Ramen tillämpades systematiskt på materialet och samtliga intervjuer kontrollästes. Rubriker och underrubriker utformades för varje huvudtema.</p>
Bortfall	<p>Ej angivet.</p>
Resultat	<p>Vårdgivare identifierade fyra ämnen vid första mötet med asylsökande: <i>Att bedöma det aktuella hälsotillståndet, Hälsoriskbedömning, Tillhandahålla information om hälso- och sjukvårdssystemet i värdlandet, och Hälsoutbildning.</i> Resultatet redovisas i löpande text med de fyra ämnena som rubriker och de styrks även med citat från intervjuerna.</p>
Kommentar och bedömning av kvalitet	<p>Denna studie beskriver en grov modell av fyra olika uppgifter som vårdgivare bör ta itu med i sina första möten med asylsökande personer. Den beskriver även praktiska svårigheter som vårdgivare kan komma över. Tidigare studier visar på liknande resultat, vilket styrker resultatets tillförlitlighet. Deltagarnas antal presenteras tydligt, dock redovisas inte deltagarnas ålder och könsfördelning. En begränsning var att författarna endast intervjuat vårdgivare och inte med asylsökande. Asylsökande kan ha funnit andra viktiga aspekter. Författarna rekommenderar därför ytterligare forskning för att undersöka asylsökandes perspektiv.</p> <p>Ett medicinsk etiskt godkännande av denna studie krävdes inte enligt den nederländska lagen om medicinsk forskning på människor, av två skäl: för att endast vårdgivare och inga patienter var inblandade, för att studien inte är en interventionsstudie och för att deltagarna endast intervjuades. Författarna följde de etiska principer för medicinsk forskning på människor som fastställs i Helsingforsdeklarationen och antagits av World Medical Association. Anonymitet av deltagarna och deras data garanteras genom användning av koder, och samtycke erhöles från alla deltagare.</p>
Grad av kvalitet	<p>Grad II = Medel kvalitet</p>

Författare År Land	Fatahi, N., Mattsson, B., Lundgren, M-S. & Hellström, M. 2010 Sverige
Artikel	<i>Nurse radiographers' experiences of communication with patients who do not speak the native language</i>
Syfte	Undersöka röntgensjuksköterskors erfarenheter av att undersöka patienter som inte talar svenska samt vilka är hindren som finns och hur de kan övervinnas.
Metod	Kvalitativ design
Urval	11 röntgensjuksköterskor, nio kvinnor och två män, deltog i fokusgruppintervjuer. Deras ålder varierade mellan 30 och 54 år (median 40 år) och de hade arbetat som röntgensjuksköterskor mellan 2 och 30 år (median 13 år). Fyra av dem hade en icke-svensk etnisk bakgrund, men hade bott i Sverige i många år, hade gått röntgensjuksköterskeutbildningen i Sverige och talade flytande svenska.
Datainsamling	Tre fokusgruppsintervjuer (två grupper med fyra röntgensjuksköterskor och en grupp med tre) genomfördes. Intervjuerna ägde rum på Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg under november 2007. Ingen tidsgräns för diskussioner fastställdes. Grupperna leddes av författaren (BM), som är en erfaren allmänläkare i ett område med hög andel invandrare, och han assisterades av en erfaren röntgensjuksköterska (NF). Intervjuerna inleddes med en öppen fråga och diskussionerna fördjupades med mer inriktade frågor. Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant.
Dataanalys	En kvalitativ innehållsanalysmetod tillämpades för att analysera intervjutexterna. All data kodades systematiskt och kondenserades till kategorier och teman.
Bortfall	16 röntgensjuksköterskor rekryterades från början, men fem kunde inte delta på grund av praktiska skäl (sjukdom och brist på personal).
Resultat	Fyra huvudkategorier framkom i analysen; typ, behov, kvalitet och förbättringar av tolkning. Otillräcklig kommunikation ökar risken för missförstånd och ofullständiga undersökningar och ytterligare undersökningar kan då krävas. För interventionella procedurer och känsliga undersökningar krävs en professionell tolk för att kunna informera patienten och för att identifiera och hantera biverkningar och komplikationer. Vänner, släktingar, särskilt barn och personal som tolkar, ansågs inte som ett lämpligt alternativ. Brist på tid och specifik kunskap om radiologiska procedurer identifierades som ett problem med professionella tolkar. Tolkutbildning och checklistor för specifika rutiner på

	röntgenavdelningar föreslogs. Även förbättring av röntgensjuksköterskors utbildning om interkulturell kommunikation efterfrågas.
Kommentar och bedömning av kvalitet	Antalet deltagare var litet och de valdes delvis baserat på deras intresse för ämnet medan erfarenheter, åsikter och synpunkter från de med litet eller inget intresse var okända. Trots detta så kan resultatet ses som reliabelt och representativt för många röntgenavdelningar inom liknande hälso- och sjukvårdssystem och där interkulturell kommunikation allmänt behövs. Detta eftersom att deltagarna hade varierande ålder, kön och etnisk bakgrund, och de representerade tre olika sjukhus med olika patientgrupper (inklusive barn) och olika vårdnivåer, med olika intervall av radiologiska undersökningar. Alla intervjuer genomfördes under liknande förhållanden, med samma intervjufrågor och alla deltagare deltog aktivt i intervjuerna. Resultaten från intervjuerna liknade tidigare forskning inom området och täckte de främsta syftena med studien, vilket tyder på god intern giltighet. Tillförlitligheten hos uppgifterna konstaterades genom separata analyser av två av författarna, som analyserade och kategoriserade intervjuntranskriptionerna oberoende av de övriga två författarna som deltog i intervjuerna. Deras resultat liknade de primära analyser och kategorisering av data. Den slutliga tolkningen av data är baserat på synpunkter från alla författare.
Grad av kvalitet	Grad I = Hög kvalitet

Författare	Nkulu Kalengayi, F., Hurtig, A-K., Nordstrand, A., Ahlm, C & Ahlberg, B.
År	2015
Land	Sverige
Artikel	<i>“It is a dilemma: Perspectives of nurse practitioners on health screening of newly arrived migrants”</i>
Syfte	Utforska vårdgivares erfarenheter av att screena nyanlända personer för att ta fram kunskap som kan användas för klinisk praxis.
Metod	Kvalitativ design med semistrukturerade intervjuer.
Urval	15 sjuksköterskor från 4 län i Sverige och yrkesverksamma inom screening av migranter. 13 av dem var distriktssjuksköterskor.
Datainsamling	Intervjuerna utfördes mellan november och december 2011 och varje enskild intervju tog mellan 60-90 minuter och. Öppna frågor och följdfrågor ställdes till varje sjuksköterska. Demografisk data användes för att samla in information om

	ålder, kön, verksamhet och vilken yrkesverksamma roll sjuksköterskan hade. Information från intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant, med hjälp av författarens egna noteringar.
Dataanalys	Tematisk analys. Teman identifierades och analyserades utifrån intervjuerna. Båda författarna läste igenom intervjuerna och lyssnade på inspelningarna enskilt för att se mönster och likheter mellan intervjuerna. Genom jämförelse och diskussioner, tillsammans med övriga forskningsmedlemmar identifierades tre teman med tillhörande subteman; <i>Oeniga åsikter om hälsoundersökningar, Avvikelser i regler och praxis och Motstridig politik.</i>
Bortfall	Ej angivet. Författaren rekryterade deltagarna antingen genom mail eller telefon och fick svar direkt om de ville ingå i studien. Vid 15 deltagare var urvalsmättnad uppmätt.
Resultat	Resultatet i studien visar på den komplexitet som kan uppstå i mötet med sjukvården. Sjuksköterskans kompetens i mötet med personer med annat språk och kulturell bakgrund ställs mot invandrarens informationsbehov och hälsokunskaper samt förutsättningar till bra kommunikation vid hälsoundersökningar. Förbättring i samarbetet mellan olika aktörer kan ge bättre kompetens i mötet mellan vårdpersonal och invandrare.
Kommentar och bedömning av kvalitet	Intervjuerna utfördes endast av en författare, vilket kan påverka resultatets trovärdighet.
Grad av kvalitet	Grad I = Hög kvalitet

Författare	Seffo, N., Krupic, F., Grbic, K & Fatahi, N.
År	2014
Land	Sverige
Artikel	<i>“From immigrant to Patient: Experiences of Bosnian Immigrants in the Swedish Heathcare System”</i>
Syfte	Undersöka bakgrunden till att flyktingar emigrerar till Sverige samt hur deras situation i det nya landet såg ut med särskild inriktning på hur de upplevde den svenska hälso- och sjukvården.
Metod	Kvalitativ design
Urval	Inklusionskriterier var patienter/personer som kom från Bosnien-Hercegovina, som var mer än 60 år gammal, hade bott i Sverige i mer än 10 år och besökt vården mer än två gånger under den senaste månaden. 15 personer deltog i studien: åtta kvinnor och

	sju män i åldrarna mellan 65 och 86 år. Samtliga deltagare hade bott i Sverige mellan 13 och 21 år.
Datainsamling	Data samlades in genom individuella ansikte-mot-ansikte intervjuer av den första författaren (NS) med hjälp av öppna frågor, samt en intervjuguide och deltagarna uppmanades också att prata fritt. Vissa av intervjuerna genomfördes på bosniska av andra författare, som var tvåspråkiga. Dessa intervjuer översattes först till svenska, och översättningen kontrollerades sedan av en professionell översättare. All data spelades in och transkriberades ordagrant.
Dataanalys	Kvalitativ innehållsanalysmetod användes för analys och tolkning av de insamlade uppgifterna och datan kondenserades till ett begränsat antal teman, kategorier, underkategorier och koder.
Bortfall	5 deltagare föll bort under studiens gång på grund av flytt eller minskat intresse.
Resultat	Resultatet beskrivs tydligt i en kategori; <i>Livet i Sverige</i> , och fyra underkategorier. Deltagarna upplevde att ombyte av miljö, kultur och språk påverkat deras välbefinnande. Det viktigaste resultatet var att språk- och kommunikationssvårigheter upplevs som de största problemen. Dessa svårigheter innebär att alla deltagare var tvungna att söka hjälp från sina barn eller att använda tolk när de besökte olika vårdinrättningar.
Kommentar och bedömning av kvalitet	Studiens resultat går i linje med tidigare forskning inom ämnesområdet. Forskarna menar att en begränsning i studien var att intervjuerna genomfördes i deltagarnas hem. Under vissa intervjuer kom familjemedlemmar hem, vilket författarna menar kan ha påverkat deltagarnas svar på frågorna.
Grad av kvalitet	Grad I = Hög kvalitet

Författare	Enskär, K., Ankarcrona, E., Jörgense, A & Huus, K
År	2012
Land	Sverige
Artikel	<i>“Undocumented refugee children in Swedish healthcare: Nurses’ knowledge concerning regulations and their attitudes about the care”</i>
Syfte	Syftet var att undersöka sjuksköterskors attityder till vård för papperslösa flyktingbarn samt att undersöka vilken kunskap sjuksköterskor hade gällande regler som gäller för vård av flyktingar.

Metod	Kvantitativ metod
Urval	Urvalet består av samtliga sjuksköterskor som arbetar inom pediatrik vård (barnhälsovård, barnkirurgi eller barnklinik) i ett medelstort län i södra Sverige under våren 2010. Deltagarna var 89 kvinnor och 2 män. De flesta var över 40 år och hade arbetserfarenhet på mer än 20 år.
Datainsamling	166 frågeformulär skickades ut och 91 besvarades vilket gav en besvaringsgrad på 55.9%. 24 enkäter från barnhälsovården besvarades, åtta från barnkirurgi och 59 stycken från pediatrika kliniken. Formuläret innehöll bakgrundsfrågor som kön, ålder, arbetserfarenhet, arbetsplats samt om de stött på papperslösa flyktingbarn i sitt arbete. Därefter ställdes en rad påståenden som sjuksköterskorna skulle besvara på med en skala från 1-5 där 1: Instämmer helt och 5: Instämmer inte alls.
Dataanalys	I skalan mättes deltagarnas kunskaper eller attityder kring vård för papperslösa flyktingbarn. Vid låga kunskaper var värdena mellan 1-2 och tolkades som dåliga kunskaper och/eller attityder. Vid höga kunskaper, låg värdet mellan 4-5 och uttrycktes som goda kunskaper eller attityder i vården av flyktingbarn. Den statistiska analysen som behandlade beskrivande statistik, utfördes enligt PASW statistics 18 analysmetod. Differensen mellan kunskap och attityder analyserades enligt Kruskal - Wallis test. Deltagarna delades därefter in i grupper beroende på ifall de mött papperslösa barn i sitt arbete eller inte. För att upptäcka skillnader i grupperna användes Mann Whitney U test. Signifikansen var $p < 0,05$.
Bortfall	166 frågeformulär skickades ut till olika pediatrika kliniker i ett län, varav 91 formulär besvarades. Bortfallet skedde under en tidig fas i studien och huruvida detta påverkade studien framgår inte.
Resultat	50 av 91 deltagare hade stött på papperslösa flyktingbarn i sitt arbete. Resultatet visar att 81,4 % av deltagarna var osäkra eller saknade kunskap huruvida vilka lagar som gäller angående vård för dessa barn. Resultatet visade sig inte påverkas av deltagarnas arbetslivserfarenhet eller arbetsplats, däremot visades en viss skillnad hos de yngre deltagarna som hade bättre inblick i vilka riktlinjer som gällde. Överlag kände sig de flesta deltagare ha okunskap om vilka regler som gäller. Majoriteten hade en positiv inställning till att vårda papperslösa flyktingbarn och att dessa har samma rätt till hälso- och sjukvård. Osäkerheten ligger i okunskapen om vilka enskilda behov dessa barn har och hur man tillmötesgår dessa. Gällande sekretessen var det flera som trodde att detta inte gällde för vård av papperslösa flyktingbarn.
Kommentar och	Studien tog endast hänsyn till att inkludera sjuksköterskor,

bedömning av kvalitet	medan annan vårdpersonal som också möter dessa barn inte deltog i undersökningen. Detta gör resultatet endast representativt för sjuksköterskor, vilket i och för sig svarar på studiens syfte. Studien utfördes i en av Sveriges mindre städer, vilket också beskrivs som en möjlig begränsning då antalet papperslösa flyktingar troligen är betydligt fler i en större stad. Slutligen tas det upp att när studien görs i en medelstor stad, blir inte resultatet helt representativt för de småstäder i Sverige som troligen har minst antal papperslösa flyktingbarn, där okunskapen om vilka regler av vård som gäller för dessa barn förmodligen är mycket sämre jämfört med större städer där det är mer vanligt förekommande i sjukvården. Därför är resultatet både generaliserbart och inte.
Grad av kvalitet	Grad I = Hög kvalitet

Författare	McCarthy, J., Cassidy, I., Graham, M-M. & Tuohy, D.
År	2013
Land	Irland
Artikel	“ <i>Conversations through barriers of language and interpretation</i> ”
Syfte	Beskriva sjuksköterskors upplevelser av språkbarriärer och användningen av tolkar
Metod	Kvalitativ design
Urval	Studiens deltagare bestod av sju sjuksköterskor (fem kvinnor och två män) som vårdat personer från andra kulturer. Deltagarna jobbade i olika områden inom hälso- och sjukvården i sydvästra regionen av Irland och de hade olika lång yrkeserfarenhet; mellan 3 och 30 år. Fem var allmänna sjuksköterskor och två var psykiatrisjuksköterskor.
Datainsamling	Data samlades genom halvstrukturerade intervjuer som inleddes med att deltagarna fick beskriva sina erfarenheter av omvårdnad till människor från en annan kultur. Intervjuerna genomfördes på en neutral plats för att maximera anonymitet och uppmuntra till dialog. Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant.
Dataanalys	Samtliga fyra forskare genomförde en inledande tematisk analys, oberoende av varandra, därefter jämförde de deras analyser och identifierade två teman.
Bortfall	Informationsblad om studien delades ut till 23 sjuksköterskor. Sju av dessa visade intresse och överensstämde med studiens inklusionskriterier.
Resultat	Resultatet är redovisat i två teman; <i>Begränsningar i</i>

	<i>konversationer och Sätt att prata på.</i> Resultaten tyder på att kommunicera med människor som inte har samma modersmål är en utmaning. Sjuksköterskorna i denna studie var särskilt oroliga för sin förmåga att inte kunna ge tillräckligt god vårdkvalitet på grund av kommunikationsproblem. Användningen av tolkar underlättar kommunikationen men det finns vissa utmaningar att få tillgång och användning av dessa tjänster.
Kommentar och bedömning av kvalitet	Studiens resultat stöds av tidigare forskning. Ett lågt antal personer blev tillfrågade att delta i studien och endast sju av dessa valde att delta vilket ifrågasätter resultatets tillförlitlighet.
Grad av kvalitet	Grad II = Medel

Författare År Land	Krupic, F., Hellström, M., Biscevic, M., Sadic, S & Fatahi, N 2016 Sverige
Artikel	<i>“Difficulties in using interpreters in clinical encounters as experienced by immigrants living in Sweden”</i>
Syfte	Utforska immigranternas upplevelser av att använda tolk i kontakt med sjukvården.
Metod	Kvalitativ design
Urval	Deltagare rekryterades i samarbete med Göteborgs somaliska och bosniska kulturcenter med hjälp av samordnare från centret. Alla deltagare fick skriftlig information på sina språk om vad syftet och målet med studien var. 29 personer visade intresse för att delta i gruppdiskussionerna, fem stycken kunde inte delta relaterat till oklar anledning, slutligen tackade 24 personer ja till att delta i fokusgruppsintervjuer. Deltagarna var 12 kvinnor och 12 män. Männerna var mellan 41-76 år och kvinnorna mellan 44-76. Alla hade bott i Sverige mellan 16-40 år.
Datainsamling	4 semistrukturerade fokusgruppsintervjuer utfördes mellan februari 2013 och januari 2014. Under intervjun ställdes öppna frågor till deltagarna med utrymme för beskrivande svar. Huvudfrågan vid intervjuerna var: <i>“Kan du beskriva dina upplevelser av tolk i möten med sjukvården”</i> och därefter en rad följdfrågor. Intervjuerna utfördes på det somaliska och bosniska centret. Vid varje gruppintervju deltog sex deltagare. Vid de intervjuer där deltagarna var somaliska eller albanska deltog professionell tolk. Varje intervju pågick mellan 90-120 minuter, deltagarna talade sitt modersmål under diskussionerna och alla skulle delta aktivt. Intervjuerna spelades in och transkriberades till svenska, samt korrekturlästes av en professionell tolk som deltog under samtalen.

Dataanalys	Den insamlade datan analyserades genom Graneheim & Lundmans kvalitativa metodanalys genom att meningar eller ord som behandlar eller rör samma ämne identifieras och samlades ihop, vilket skapade olika enheter. Enheter som var kopplade med varandra skapade en kod som sammanfattade ämnen. Koderna delades in i grupper om liknande ämnen för att identifiera subkategorier. Subkategorier likställdes vilket utgjorde resultatet i form av en fråga vilket sedan sammanställdes och bildade olika teman.
Bortfall	29 personer visade intresse, men relaterat till oklara anledningar valde fem personer att inte delta. Deltagarantalet var till slut 24 stycken.
Resultat	3 kategorier och 7 underkategorier identifierades vilket sammanföll under ett övergripande tema: <i>Praktiska och praktiska svårigheter i kliniska möten genom tolk</i> . Svårigheter i användandet av tolk uppdragar sig genom avsaknad av professionalism hos tolken, relaterat till bland annat sena ankomster vid möten med patient och vårdpersonal, problem med medicinsk terminologi eller att tolken använder andra ord som inte överensstämmer med vårdpersonalens vid översättning. Ofta fanns ingen tolk tillgänglig och fick ibland skötas av annan vårdpersonal. Det var även vanligt att deltagares familjemedlemmar fick agera tolk då ingen annan fanns tillgänglig. Detta kan medföra problem då anhöriga kan ha svårigheter att översätta adekvat medicinsk terminologisk viktig information som istället kan bli utebliven. Flera deltagare hade en positiv inställning till möjligheten att kunna få tolk vid kliniska möten i vården. Förfrågan om vilket land, språk och dialekt samt om de önskade att tolken skulle vara kvinna eller man ansågs som positivt och gav deltagarna en positiv syn på hur vård och tolk organisationen fungerar. Övergripande upptäcktes många svårigheter i användningen av tolk vid kliniska möten.
Kommentar och bedömning av kvalitet	Studien är väl utförd kring vilka svårigheter som finns när man använder sig av tolk vid kliniska möten. Studien pekar på att det bör finnas fler professionella tolkar, samt att adekvat utbildning för tolkar ska genomgå för ett professionellt samarbete mellan vårdpersonal och tolkpersonal. Detta för att höja kompetensen, utöka språkkunskaperna och använda språkhjälp i form av tolk som en användbar resurs i arbetet. De belyser det faktum att varje människa har enskilda behov av information, och därför är utbildade tolkar mycket viktiga vid möten inom vården. En begränsning av studien kan ha varit att flera av deltagarna inte talade Svenska, vilket man var tvungen att använda tolk vid fokusgruppsintervjuerna, och risken att felaktig tolkning eller översättning sker.
Grad av kvalitet	Grad I = Hög kvalitet

Författare År Land	Jirwe, M., Gerrish, K. & Emami, A. 2010 Sverige
Artikel	<i>“Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters”</i>
Syfte	Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskeelevers upplevelser av kommunikation i tvärkulturella vårdmöten med patienter från olika kulturella bakgrunder.
Metod	Kvalitativ design
Urval	Studiens deltagare bestod av tio sjuksköterskeelever: fem av dem hade svensk bakgrund och fem hade en utländsk bakgrund. Studenterna utbildade sig på ett universitet i Sverige och hade läst en kurs i tvärkulturell omvårdnad och hade erfarenhet av att arbeta i mångkulturella vårdssammanhang. Samtliga deltagare talade svenska och engelska och studenter med invandrarbakgrund talade några ytterligare språk. De var mellan 21 och 40 år gamla och hade mellan 0-14 års erfarenhet av hälso- och sjukvårdssektorn.
Datainsamling	En explorativ studie med halvstrukturerade intervjuer genomfördes. Deltagarna skulle berätta om två tvärkulturella möten inom vården; ett som de ansåg som tillfredsställande och ett som de ansåg ej varit tillfredsställande. Intervjuerna utgick från en intervjuguide som deltagarna fick ta del av innan intervjuerna för att de skulle kunna identifiera tvärkulturella möten som de ville dela med sig av. Varje intervju tog mellan 45 och 60 minuter att genomföra och deltagarna fick själva bestämma platsen. Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant.
Dataanalys	En ramanalys användes för att analysera all data som därefter kondenserades till fyra teman. Intervjuerna analyserades av en författare och bekräftades sedan av övriga författare som läste igenom transkriptet, kontrollerade kodningen och organisationen av datans kategorisering i teman.
Bortfall	En angiven.
Resultat	Fyra teman identifierades: <i>upplevelser av tvärkulturella vårdmöten, kommunikationssvårigheter, kommunikationsstrategier och faktorer som påverkar kommunikation.</i> “Kultur” jämfördes med ursprungsland. Tvärkulturella vårdmöten involverade patienter från en annan

	<p>invandrarbakgrund än sjuksköterskan. Sjuksköterskestudenterna upplevde särskilda svårigheter att kommunicera med patienter som de inte delar ett gemensamt språk med. Detta ledde till att vården blir mekanisk och opersonlig. De var rädda för att göra misstag och saknade kompetens och förtroende för att ifrågasätta patienter. Olika strategier användes för att övervinna hinder i kommunikationen, så som att använda närstående till tolkning och icke verbal kommunikation som gester. Studentens attityd, kulturella kunskaper som förvärvats genom livserfarenhet och utbildning är andra faktorer som påverkar kommunikationen.</p>
Kommentar och bedömning av kvalitet	<p>I studien redovisas deltagarnas antal, ålder och hur många år av yrkeserfarenhet inom hälso- och sjukvården de har, men det presenteras inte deltagarnas fördelning av kön. Forskarna skriver i diskussionen att det inte går att dra slutsatser från resultaten på grund av det lilla urvalet av deltagare från endast ett universitet i Sverige. Trots detta kan studiens resultat liknas med tidigare forskning som undersöker tvärkulturella möten.</p>
Grad av kvalitet	<p>Grad I = Hög kvalitet</p>

Författare	Jonzon, R., Lindkvist, P & Johansson, E
År	2015
Land	Sverige
Artikel	<i>“A state of limbo - in transition between two contexts: Health assessments upon arrival in Sweden as perceived by former Eritrean asylum seekers”</i>
Syfte	Att Undersöka och förbättra förståelsen av före detta asylsökande från Eritreas upplevelser och erfarenheter av hälsoundersökning under sin asylprocess.
Metod	Kvalitativ forskningsansats av glaser och strauss (1967) vilket finns till hjälp vid beskrivning av sociala processer när man ville undersöka hur asylsökningensprocessen och tillgång till hälso- och sjukvård upplevdes.
Urval	Semi-strukturerade intervjuer genomfördes med 11 före detta asylsökande från Eritrea i en språkskola för invandrare, detta för att ge ett avslappnat intryck för deltagarna. Deltagarna till studien rekryterades genom en person som var ansvarig för introduktionsprogrammet för invandrare. Inklusionskriterier var att deltagarna skulle ha Eritreanskt ursprung och bott i Sverige mindre än fem år. Elva personer, sex män och fem kvinnor deltog i studien för att uppnå datamättnad. De var mellan 27 och 43 år, alla bodde i Stockholm och hade varit i Sverige mellan 2,5-5 år.

<p>Datainsamling</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer med öppna frågor och därefter följdfrågor utfördes då detta ansågs som bästa metod vid eventuellt känsliga frågor som kan uppkomma. Intervjun var på svenska men det fanns en tolk närvarande vid behov. Första författaren utförde intervjun samtidigt som en person i forskningsteamet observerade. De använde sig av en intervjuguide vid varje intervju som pågick i ca en timme vardera. Intervjun spelades in och noteringar togs under tiden. Efter att alla intervjuer utförts diskuterade forskaren, observanten samt tolken om vilka teman som upplysts och identifierade dessa för vidare utforskning.</p>
<p>Dataanalys</p>	<p>Data översattes ordagrant till Svenska med hjälp av språktolk och analyserades baserat på öppen och selektiv kodning av flera noggranna jämförelser. Kategoriernas egenskaper och dimensioner identifierades för att få en mer djupgående förståelse av kategorierna.</p>
<p>Bortfall</p>	<p>Ej angivet.</p>
<p>Resultat</p>	<p>Att vara i asylprocessen betyder att man är bunden av juridiska begränsningar vilket innebär att det endast finns några få alternativ och endast begränsade val att göra. Flera deltagare uppfattade att de befann sig i situationer som de själva inte kan påverka. De uttryckte känslor av hopplöshet och oförmåga att förändra situationen de befann sig i. Information om hälsorelaterade frågor, såsom rätten att genomgå en hälsoundersökning, som ska ges till asylsökande, från migrationsmyndigheten, var det endast ett fåtal av deltagarna som fick. Nästan alla hade fått en skriftlig inbjudan från den svenska sjukvården, Men då denna var skriven på svenska, kunde inte många förstå dess innehåll, varför de fått inbjudan eller dess avsikt. Tiden som asylsökande och besked om uppehållstillstånd kan pågå från några veckor till flera år. Informanterna beskrev sig själva och sin existens som asylsökande som "i ett tillstånd av limbo", det vill säga att vara någonstans "mellan" och väntar på asyl och säkerhet. Känslor som tvetydighet och misstro till den svenska sjukvården under asylsökningsprocessen uppdagades. Dålig kommunikation och oförmåga att övervinna språkliga och kulturella hinder var centralt i samtliga berättelser.</p>
<p>Kommentar och bedömning av kvalitet</p>	<p>Hinder som beskrivs själva handlar till största delen om hur översättningen från intervjuerna utförts, och att viss information kan ha gått förlorad. Viss begränsning beskrivs även då deltagarna valts strategiskt för artikeln, kan detta medföra problem i generalisering av resultatet.</p>

Grad av kvalitet	Grad I = Hög kvalitet
-------------------------	-----------------------

Författare År Land	Biswas, D., Kristiansen, M., Krasnik, A & Norredam, M. 2011 Danmark
Artikel	<i>“Access to healthcare and alternative health-seeking strategies among undocumented migrants in Denmark”</i>
Syfte	Beskriva och analysera papperslösas upplevelser om tillgång till hälso- och sjukvård och alternativ för hälsostrategier samt akutsjuksköterskors erfarenheter av möten med papperslösa.
Metod	Kvalitativ design med semi strukturerade intervjuer samt observationer.
Urval	Tio papperslösa personer från Bangladesh, Indien samt Nepal rekryterades från Nepaliska samfundet “Copenhagen NGO” genom personer som arbetar där. Ett möte mellan forskaren och potentiella deltagare anordnades för att inbringa tillit innan studiens start. Bland deltagarna fanns tio papperslösa sydasiatiska personer och åtta akutsjuksköterskor. Deltagare observerades i sin hemmiljö samt arbetsmiljö, där forskaren under tiden genomförde noteringar vilket sedan lade till grund för intervjun. Fyra akutsjuksköterskor från fyra olika sjukhus rekryterades för att delta i studien, i sin tur valde dessa fyra sjuksköterskor en sjuksköterska var som också deltog i studien. Alla skulle ha minst fyra års arbetserfarenhet.
Datainsamling	Datan samlades in mellan Februari 2009 till Maj 2010. Intervjuerna var av semistrukturerad karaktär för att fånga deltagarnas tankar och erfarenheter. De genomfördes enligt deltagarnas önskemål om språk (danska eller engelska) och utfördes i deltagarnas hem, arbetsplats eller på Copenhagen NGO. Alla åtta sjuksköterskor intervjuades på danska, åtta av tio papperslösa föredrog engelska intervjuer medan resterande två gavs på Bengaliska. Med deltagarnas godkännande spelades intervjuerna in förutom två stycken. Den genomsnittliga tiden för intervjuerna var 45 minuter för papperslösa och 20 minuter för akutsjuksköterskor.
Dataanalys	Datan analyserades enligt Malteruds principer och systematiska riktlinjer för kvalitativ text motsvarande för studiens syfte. Intervjuerna med de papperslösa personerna transkriberades fullt, medan sjuksköterskornas intervju transkriberades den data som rörde ämnet. Efter frekventa läsningar av materialet identifierades

	flera olika uttryck, vilket därefter kunde utforma meningsbärande meningar och skapa koder. Koderna summerades till huvudfynd där uttryck för deltagares egna perspektiv och upplevelser varsamt kunde urskiljas. För att stärka reliabiliteten granskades allt material separat av forskningsmedlemmarna.
Bortfall	Ej angivet.
Resultat	Papperslösa rapporterade svårigheter med tillgång till vård. Hinder för att söka sjukvård var bland annat deras begränsade medicinska rättigheter, godtycklighet i hälso- och sjukvårdspersonals attityder, rädsla för att bli rapporterade till polisen, dåliga språkkunskaper, brist på nätverk med danska medborgare, bristande kunskap om hälso- och sjukvården och bristande kunskap om informella nätverk av hälso- och sjukvårdspersonal. Akutsjuksköterskor uttryckte vilja att behandla alla patienter oavsett migrationsstatus, men rapporterade även utmaningar i möten med papperslösa. Utmaningarna för akutsjuksköterskor var: språkbarriärer, frågor om falsk identifiering, osäkerhet om de rätta standardförfaranden och att inte alltid kunna ge lämplig vård.
Kommentar och bedömning av kvalitet	I diskussionen beskrivs möjlig svaghet i studien av att sjuksköterskor själva fick välja en varsin kollega som skulle delta. Detta kunde möjligen orsaka bias genom att sjuksköterskorna har liknande attityder gällande deras syn på att vårda papperslösa personer och kunde därmed eventuellt påverka studiens resultat.
Grad av kvalitet	Grad I = Hög kvalitet

Författare	Björk Brämberg, E. & Nyström, M.
År	2010
Land	Sverige
Artikel	<i>To be an immigrant and a patient in Sweden: A study with an individualised perspective</i>
Syfte	Beskriva hur erfarenheter av att vara en invandrare kan påverka situationen att bli en patient i den svenska hälso- och sjukvården.
Metod	Kvalitativ design med hermeneutisk ansats

Urval	<p>Ett strategiskt urval gjordes för att rekrytera deltagare med varierande åldrar, hemland, kön och kontakter med hälso- och sjukvården. Urvalet var vuxna med uppehållstillstånd i Sverige. De skulle vara födda utanför Norden och invandrat till Sverige mellan 1970-1995 och under den tiden varit minst 18. Sex deltagare kontaktades genom tre olika vårdcentraler och ett kommunalt nätverk för invandrare. Tio personer kontaktades via så kallade snöbollsurval genom olika organisationer för flyktingar. Alla deltagare var eller hade varit patienter i den svenska sjukvården. Totalt 16 personer deltog, 10 kvinnor och 6 män i åldrarna 32 till 65. De var födda utanför Norden och hade invandrat till Sverige mellan 1975-1994. Det fanns betydande skillnader i fråga om levnadsvillkor när de växte upp samt deras utbildningsnivå. De hade också olika sjukdomar vilket innebar att de hade olika mycket kontakt med den svenska sjukvården. Patienter under 18 år och de som vårdades inom rättspsykiatri exkluderades.</p>
Datainsamling	<p>Datan samlades in genom öppna intervjuer av den första författaren (EBB). Intervjuerna ägde rum i deltagarnas hem, på deras arbetsplatser eller i ett bibliotek. Deltagarna uppmanades att tala öppet om sina erfarenheter. Två öppningsfrågor ställdes till varje deltagare: "<i>Var snäll och berätta för mig vad det var när du kom till Sverige</i>" och "<i>Kan du berätta vad det är som att vara en patient i Sverige?</i>" Dessa inledande frågor syftade till att bjuda in deltagarna att minnas och reflektera över sina erfarenheter. För att fokusera på deltagarnas erfarenheter, kompletterades de inledande frågorna med följdfrågor. Varje intervju varade i 45-90 minuter. 6 av deltagarna, 3 kvinnor och 3 män, intervjuades två gånger. De som valts ut för uppföljande intervjuer hade de mest komplexa och varierande berättelserna i den första intervjun. De uppföljande intervjuerna genomfördes 3-15 månader efter de första, var kortare och mer exakta och varade i endast 30-60 min. Intervjufrågor formulerades enligt förståelsen av varje deltagares inledande individuella berättelse. Samtliga intervjuer spelades in och transkriberades ordagrant av den första författaren.</p>
Dataanalys	<p>Data analyserades med en empirisk hermeneutisk metod. Teman identifierades i de första intervjuerna och dessa vidareutvecklades eller exkluderades när forskarna analyserade de uppföljande intervjuerna. Existentiella tolkningar, som syftar till att förklara hur deltagarna upplevde sin livssituation och hur det påverkade deras erfarenheter av att vara patienter i svenska sjukvården, identifierades i de uppföljande intervjuerna.</p>
Bortfall	Ej angivet.

Resultat	Positiva erfarenheter av att etablera sig i ett nytt land förbättrar möjligheterna att ta del i vårdssituationer och vice versa. Svårigheter på arbetsmarknaden i det nya landet har betydande konsekvenser för mängden aktivitet och delaktighet i vårdprocessen.
Kommentar och bedömning av kvalitet	Författarna skriver att studiens resultat inte kan ses som representativt för alla patienter med invandrarbakgrund. Studiens analys och slutsatser har granskats av forskare som ej deltagit i forskningsprocessen, vilket höjer tillförlitligheten i dessa delar av studien.
Grad av kvalitet	Grad I = Hög kvalitet

Författare	Nkulu Kalengayi, FK., Hurtig, AK., Nordstrand, A., Ahlm, C & Ahlberg, BM.
År	2016
Land	Sverige
Artikel	<i>"Perspectives and experiences of new migrants on health screening in Sweden"</i>
Syfte	Syftet med studien var att undersöka nyanländas uppfattningar och erfarenheter av hälsoundersökning i Sverige.
Metod	Kvalitativ studiedesign
Urval	Deltagarna rekryterades genom första författaren på utvalda vårdcentraler, SFI (svenska för invandrare) skolor samt mottagningsanläggningar för asylsökande i fyra län i norra Sverige. Inklusionskriterier: Invandrare från ett land som anses ha stor belastning av vissa infektionssjukdomar, och ska ha bott i Sverige högst fem år. 26 deltagare var med i studien. 20 stycken väntade på besked om asylansökan, resterande sex var flyktingar. Deltagarna kom från 14 olika länder utanför EU.
Datainsamling	Första författaren intervjuade alla 26 deltagare mellan april och juni 2013. Varje intervju varade i 45-60 minuter, de flesta var ansikte mot ansikte intervjuer, och hade tolkhjälp på telefon under intervjun. För de deltagare som talade flytande engelska, franska, lingala, swahili eller svenska krävdes ingen tolk då författarna kunde prata dessa språk. En rad öppna frågor ställdes och följdfrågor lades till vid behov. Demografisk data ingick också där kön, ålder, utbildningsnivå, ursprungsland och typ av migration ingick. Intervjun spelades in och transkriberades därefter ordagrant av en oberoende transkriberare. Kompletterande fältanteckningar och analysnoteringar togs också med.

Dataanalys	<p>Tematisk analys metod tillämpades. Utskrifter och fältanteckningar kodades av vissa författare, som senare diskuterades i forskargruppen. Data som verkade relevant för varje kod sorterades in i potentiella teman som sedan granskades genom analysprocessen för att generera klara definitioner av teman och underteman. Tre teman med underteman identifierades.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1: Nytt land, nya utmaningar 2: Uppfylla kraven i det nya landet 3: Otillfredsställda behov och förväntningar
Bortfall	Ej angivet.
Resultat	<p>Nyanlända är oroliga för att sjukvården samarbetar med migrationsmyndigheter. De flesta trodde att hälsoundersökningen som erbjuds var obligatorisk, men många var oroliga att gå på undersökning då misstanke om samarbete mellan sjukvård och migrationsverk förelåg. Majoriteten var medvetna om de fördelar hälsoundersökningen kan ge, och var positiva till att genomgå en sådan. Dock krävs vissa förbättringar gällande tillgängligheten och kommunikations/informations strategier. Exempel på förbättringar som kan göras är bland annat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1: Kulturellt anpassad information 2: Göra hälsoundersökning med tillgänglig på bland annat asylsökningsscenter/förläggningar, SFI skolor, aktivitetshus eller kyrkor. 3: Tillgång till utbildad medicinsk tolk under hälsoundersökningen 4: Holistisk och mänskliga rättigheter bör beaktas när nyanlända genomgår hälsoundersökning eller är i kontakt med sjukvården. 5: Personer från migrationsmyndigheter bör delta under hälsoundersökningen för att undvika förvirring och missförstånd, och öka deltagandet av nyanlända som genomgår undersökningen. 6: Personer från vissa länder som bor på asylsökningsscenter bör erbjudas hälsoundersökning för att förbättra hälsan.
Kommentar och bedömning av kvalitet	<p>Förste författaren intervjuade alla 26 deltagare, vilket var bra eftersom att en och samma person gör tolkningarna. Det skulle dock vara önskvärt med ytterligare en observatör för att inte missa information som första författaren kanske inte uppfattat. Tolk på telefon användes vid intervjuerna. Detta kunde göra det svårt för deltagarna att exempelvis tala om vissa känsliga ämnen, eller att information utelämnades när det skulle gå via en tredje person på telefon. De har tagit med deltagare från sammanlagt 17 olika länder, vilket gör resultatet representativt.</p>
Grad av kvalitet	Grad I = Hög kvalitet