

ETT ARBETE SOM BERÖR OCH ENGAGERAR

Distriktssköterskors upplevelser av att möta flyktingar
och asylsökande patienter inom primärvården

A WORK THAT EFFECTS AND ENGAGES

A work that affects and engages District nurses'
experiences of interacting with refugees and
asylum seeking patients in primary care

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad
Avancerad nivå
15 Högskolepoäng
Vårtermin 2016

Författare: Ekelund, Anna-Karin
Geidemark, Camilla

SAMMANFATTNING

Titel:	Ett arbete som berör och engagerar
Författare:	Ekelund, Anna-Karin; Geidemark, Camilla
Institution:	Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Examensarbete i omvårdnad, OM806A, Avancerad nivå 15 hp
Handledare:	Svanström, Rune
Examinator:	Ek, Kristina
Sidor:	33
Nyckelord:	asylsökande, distriktssköterskor, flyktingar, kommunikation, primärvård.

Bakgrund: Möten med asylsökande patienter inom primärvården ökar till följd av den tilltagande flyktingströmmen till Sverige. De asylsökande har traumatiska upplevelser med sig och är stressade i sin nya situation, vilket påverkar den psykiska hälsan. Svårigheter i kommunikationen visar sig och påverkas av de språkbarriärer som råder. Kunskap om kultur visar sig vara viktig för personal som möter de asylsökande. Det saknas studier om hur distriktssköterskor upplever dessa möten i primärvården. **Syfte:** Syftet i studien var att beskriva distriktssköterskors upplevelser av att möta flyktingar och asylsökande patienter inom primärvården. **Metod:** En kvalitativ metod med induktiv ansats valdes. Öppna semistrukturerade frågor användes i intervjuer med åtta sjuksköterskor varav sju var distriktssköterskor. Intervjuerna spelades in, transkriberades och analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Tre huvudteman framkom med sex underteman. Huvudteman var Bemötande utifrån ett kulturellt perspektiv, Utmaningar i kommunikationen och Oförutsägbara möten. Sjuksköterskorna i studien upplever känsloladdade möten och kommunikationen upplevs vara svår. Deltagarna beskrev kulturella aspekter som påverkade i mötet med de asylsökande. **Slutsats:** Behov av kunskap framkom i att bemöta och förstå de asylsökande. Detta anser författarna vara viktigt inför framtiden där ett mångkulturellt samhälle är ett faktum.

ABSTRACT

Title: A work that affects and engages

Author: Ekelund, Anna-Karin; Geidemark, Camilla

Department: School of Health and Education, University of Skövde

Course: Master Degree Project in Nursing, OM806A, 15 ECTS

Supervisor: Svanström, Rune

Examiner: Ek, Kristina

Pages: 33

Keywords: asylum seekers, communication, district nurse, refugees, primary care.

Background: The number of interactions with asylum seeking patients in primary care is growing due to the increasing flow of refugees to Sweden. These patients carry traumatic experiences and are stressed in their new situation which affects their mental health. There are difficulties in communication and these difficulties are affected by language barriers. Knowledge of culture turns out to be important for those who interact with asylum seekers. There are no previous studies on how district nurses experience these encounters in primary care. **Purpose:** The purpose of this study was to describe district nurses' experiences of interacting with refugees and asylum seeking patients in primary care. **Method:** A qualitative method with inductive approach was used. Open semi-structured questions were used in interviews with eight nurses, seven of whom were district nurses. The interviews were recorded, transcribed and analyzed according to the qualitative method with inductive approach. **Results:** Three main themes emerged with six sub-themes. The main themes were Responding from a cultural perspective, Challenges in communication and Unpredictable encounters. The nurses in the study experience emotional encounters and communication is perceived as difficult. Participants describe cultural aspects that influence interactions with asylum seekers. **Conclusion:** The need for knowledge emerges as important to be able to respond to and understand asylum seekers. The authors consider this as important for the future, where a multicultural society is a fact.

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Asylsökande och flyktingar	1
Hälsans innebörd	1
Distriktssköterskans funktion.....	3
Kulturens innebörd	4
Kommunikation	4
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	7
METOD	8
Urval.....	8
Datainsamling	9
Förförståelse	10
Analys.....	10
Etiska överväganden	11
RESULTAT	12
Bemötande utifrån ett kulturellt perspektiv	12
Att förhålla sig till olika kulturella synsätt	12
Att möta asylsökandes förväntningar och föreställningar	13
Utmaningar i kommunikationen	14
Utbildningsnivåns betydelse i vårdmötet	14
Tolkandets betydelsefulla funktion	15
Oförutsägbara möten	16
Ett arbete som berör och engagerar	16
Ett annorlunda sjuksköterskearbete	18
Resultatsammanfattning	19
DISKUSSION	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	22
Konklusion	29
Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet	29
REFERENSER	30

BILAGOR

1. Informationsbrev till verksamhetschef
2. Samtycke
3. Intervjufrågor

INLEDNING

Möten med asylsökande patienter inom primärvården ökar till följd av den tilltagande flyktingströmmen till Sverige. Asylsökande är i behov av vård med såväl fysiska som psykiska problem. Psykisk ohälsa är ett vanligt bekymmer hos asylsökande och kan ses komma av traumatiska upplevelser. Distriktssköterskor inom primärvården har en betydelsefull roll i att stötta asylsökande i en strävan att uppnå hälsa. Då de flesta asylsökande har flytt ofrivilligt och i all hast har de inte kunnat förbereda sig genom att lära sig det nya språket eller sätta sig in i svensk kultur och svenska normer. Därav leder mötet med dessa människor till utmaningar hos distriktssköterskan. Några av dessa utmaningar är språkbarriärer, kulturella skillnader och kulturell kunskapsbrist. Våra erfarenheter kring möten med asylsökande inom vården är begränsade till slutenvården där snabba möten ofta sker. Vi tror att dessa möten skiljer sig åt inom primärvården. Genom detta arbete vill vi utöka våra kunskaper om distriktssköterskors upplevelser, med förhoppning om att det ska förbereda oss inför vår kommande profession som distriktssköterskor och även komma andra distriktssköterskor till gagn.

BAKGRUND

Asylsökande och flyktingar

På grund av det aktuella politiska läget som råder i världen har flyktingströmmen till Sverige ökat. Under vecka 52 (2015) söker totalt 2 066 personer asyl i Sverige och totalt under 2015 är det 160 000 flyktingar som söker en trygghet i vårt land. Detta är dubbelt så många sedan 2014 då siffran var 80 000 och leder till ökat behov av omhändertagandet av flyktingar. De länder som är mest representerade gällande flyktingar är Afghanistan, Syrien, Irak och Iran. Dessa utgör ca 75 % av samtliga asylsökande i Sverige (Migrationsverket, 2015). Flykting är den människa som flyr till ett annat land på grund av exempelvis förföljelse, övergrepp, beväpnad konflikt eller på grund av risk att dödas eller torteras. Då flyktingen ansöker om uppehållstillstånd hos Migrationsverket, men ej fått det avgjort ännu, kallas individen asylsökande. En människa kan även söka asyl i ett land för att bilda familj, arbeta eller studera. Sverige skall i enlighet med FN:s flyktingkonvention individpröva varje asylsökande inför utfärdande av uppehållstillstånd (Migrationsverket, 2015).

Hälsans innebörd

World Health Organization (WHO, u.å) beskriver hälsa som ett tillstånd av fullständig fysisk, psykisk och socialt välbefinnande och inte enbart avsaknad av sjukdom och funktionshinder. Enligt Dahlberg och Segesten (2010) innebär hälsa att ”må bra” och kan leda till att människan skaffar sig upplevelser som kan vara av värde i livet. Begreppet hälsa förklaras som mångdimensionellt och innebär att det har olika innebörd för varje människa. Hälsa är föränderlig och speglar en individs nuvarande och totala livssituation. Hälsa upplevs som en känsla av inre balans och ger jämvikt i livet. Hälsa handlar därför inte enbart om den biologiska faktorn utan berör även de existentiella frågorna hos människan. När livet saknar mening minskar känslan av hälsa hos individen. En människa kan uppleva god hälsa och samtidigt leva med sjukdom. Att hjälpa patienter tillbaka till

god hälsa är vårdandets viktigaste uppgift, därigenom lindras även effekterna av sjukdom och lidande (a.a.).

En studie av Coffey, Kaplan, Sampson och Tucci (2010) visar att det upplevs påfrestande hos asylsökande att flytta till ett nytt land. Flytten kan leda till depression och psykisk ohälsa på grund av rädsla för framtiden och känslor av orättvisa. Svårigheter kan förekomma bland asylsökande gällande relationer och genomgripande förändringar på synen av sig själv. Vidare har påtagliga symtom som beständig ångest, koncentrations- och minnessvårigheter hos dessa individer rapporterats i studien.

En studie av Svenberg, Mattsson och Scott (2009) visar att somaliska flyktingar lever med en längtan till sitt hemland. Smärta, upplevda fördomar och diskriminering är andra upplevelser som framkommer. Religion och tilltro till andar kan ge trygghet till asylsökande. Likaså ger den egna familjen trygghet men kan även framkalla konflikter på grund av kulturkrockar inom familjen. Enligt Bischoff, Schneider, Denhaerynck & Battegay (2009), befinner sig flyktingar och asylsökande i en komplex situation då de flyr från sitt hemland. Det nya landet erbjuder nya möjligheter men också otrygghet och osäkerhet. Många flyktingar lider av psykosociala störningar som posttraumatiskt stress syndrom (PTSD) och depression (a.a.). Asylsökande bär på kulturella synsätt och tidigare upplevelser från vården i hemlandet. Dessa faktorer kan leda till svårigheter att känna tillit till vårdgivare det nya landet (Bensing, Boeije, Feldmann & Ruijter, 2007). Feldman (2006) menar att de upplevelser som flyktingar och asylsökande bär på från hemlandet, samt har upplevt under själva flykten, påverkar hälsan. Förutsättningarna för dessa individer påverkas ytterligare av de villkor de ställs inför vid ankomsten i det land de anländer till. Konsekvenserna av att komma från ett krigshärjat land kan leda till allvarligt försämrad hälsa samt en känsla av att ha förlorat kontrollen. Vårdpersonalens uppgift blir att kompensera för dessa konsekvenser hos asylsökande (a.a.).

Kvinnor från Chile berättar i en studie av Binfa, Robertson och Ransjö-Arvidson (2010) om upplevda känslor från immigrationsprocessen. Kvinnorna upplever hjärtbrytande förluster av familj och sociala nätverk men känner sig väl mottagna i Sverige. Dock framkommer upplevelser av att bli ihopskuffade och betraktade som en homogen grupp. Kvinnornas beskriver att deras hälsa ignoreras tills symtomen blir så pass omfattande att de har inverkan på det dagliga livet. Svängande humör, emotionell känslighet, sömnsvårigheter, depressiva symtom och inre sorg är vanliga upplevelser. Livet känns hopplöst och de ser på sig själva som offer (Binfa et al. 2010). I en studie av Bischoff, Jaeger, Kurth, Tschudin och Zemp (2010) framkommer att ett av de vanligaste hälsoproblemen bland asylsökande kvinnor är psykosocial stress. Stressen uppkommer på grund av påtvingad migration samt på grund av att livssituation upplevs svår. En hög andel kvinnor i studien bär på erfarenheter av trauman som till exempelvis sexuella övergrepp och aborter och flertalet kvinnor lider av psykosocial stress. Studien visar även att sjuksköterskor kan uppleva känslomässiga utmaningar vid vårdande av asylsökande (a.a.).

Socialstyrelsen (2015) skriver att alla asylsökande ska erbjudas en hälsoundersökning av landstinget. Detta regleras genom lagen (SFS 2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Denna lag omfattas av: *“bestämmelser om skyldigheter för landsting att erbjuda hälso- och sjukvård samt tandvård åt bland annat asylsökande, personer som beviljas uppehållstillstånd med*

tillfälligt skydd och personer som hålls i förvar”. Huvudsyftet med hälsoundersökningen är att identifiera eventuell ohälsa och behov av smittskyddsåtgärder. Hälsoundersökningen som erbjuds är frivillig och tolk skall anlitas vid tillfället. I undersökningen ingår individuellt hälsosamtal, provtagning samt kroppsundersökning vid behov. Det individuella hälsosamtalet avser att mäta hur individens psykosociala situation eller traumatiska upplevelser kan ha påverkat hälsan. Genom att använda mätinstrument möjliggörs diagnostik av depressioner och posttraumatiska stressyndrom. Dessa undersökningar skall erbjudas på aktuellt språk (a.a.).

I en studie av Feldman (2006) framkommer de rättigheter och behov asylsökande har inom primärvården och det visar sig finnas behov av information om vilka hälso- och sjukvårdstjänster som gäller i landet. Asylsökande behöver genomgå hälsokontroller gällande såväl den fysiska och som den mentala hälsan och skall erbjudas hjälp med eventuella psykiska problem. De asylsökande har rätt att få information och råd kring hälsofrämjande åtgärder via tolk på lämpligt språk (a.a.).

Distriktssköterskans funktion

I distriktssköterskans kompetensbeskrivning (Distriktssköterskeföreningen, 2008) redogörs för vad som ingår i distriktssköterskeprofessionen. Där framgår bland annat distriktssköterskans roll inom hälsofrämjande arbete på såväl individ- som familjenivå. Vidare beskrivs att distriktssköterskan bör förstå den sociala kontextens betydelse för hälsa samt förstå och agera på psykosociala förhållandens påverkan på hälsan. Kompetensbeskrivningen klargör även att distriktssköterskan ska kunna reflektera och vidta åtgärder för att behandla och lindra sjukdom, symtom och handikapp i förhållande till patientens livsvärld. Centralt i omvårdnad är, enligt Högskolan i Skövde (2011), respekt för det sårbara hos en människa, värdighet i mötet som bibehåller patientens integritet och även respekten för individens självbestämmande.

Vidare skall distriktssköterskan ha kunskap om hur samhället påverkar individen. Genom ett folkhälsovetenskapligt perspektiv ha fördjupade kunskaper kring vad som påverkar människors hälsa utifrån kön, ålder, kultur och närmiljö på nationell och internationell nivå. Distriktssköterskan skall även stödja patienter med nedsatt hälsa i det dagliga livet med respekt för individens val och livsvärld. I sitt arbete skall distriktssköterskan ha fördjupad kunskap i kommunikation och samtalsmetodik för att kunna ge stöd och handledning i samtalet (Distriktssköterskeföreningen, 2008). Att lyssna och ställa frågor skriver även Larsson, Sahlsten, Segesten och Plos (2011) i sin studie är väsentligt i mötet för att kunna få patienter delaktiga, samt att ha ett genuint intresse och behandla varje patient som en unik person. Av studien framgår även betydelsen av att göra personen delaktig utifrån den egna kunskapen och kapaciteten. Då sjuksköterskan ger information som är relaterade till individens behov stärks motivationen till egenvård (a.a.). McCabe (2004) beskriver att patientcentrerad kommunikation ger det bästa bemötandet. Detta innebär att sjuksköterskan tar sig tid och är närvarande, har en öppenhet och ärlighet i mötet. Patienterna känner sig bekräftade och även förstådda då de upplever känslomässigt engagemang av sjuksköterskan.

Enligt Dahlberg och Segesten (2010) är patientperspektivet en utgångspunkt för vårdandet och ger vården en bra grund. För optimal vård krävs kunskap och förmåga att se hur

sjukdom, hälsa och välbefinnande påverkar och vad det betyder för individens livsvärld. Detta för att kunna stödja och stärka patienten på bästa sätt. Insikt och öppenhet för hur sjukdom påverkar vardagen och upplevelsen av mening och sammanhang för patienten är grunden för vården. I livsvärlden inkluderas även närstående och vårdare och är grunden för att vården skall återställa balansen i vardagen och viljan att leva. Livsvärlden är individens subjektiva upplevelse av sig själv, andra och världen, den är högst personlig och unik för varje människa och delas även med andra. Kroppen är medelpunkten i livsvärlden och den levda kroppen är fylld av upplevelser, erfarenheter, minnen, tankar, visdom och känslor. Människan är sin kropp. Kropp och själ samt tankar och känslor hänger ihop. Om man är ledsen så är man ledsen i tanken, magen eller var som helst i kroppen. Förståelse för livsvärlden bidrar till förståelse av individ och samspelet människor emellan och även mellan människor och världen. Ett vårdande av sjuksköterskor som klarar att se livsvärlden innebär ett vårdvetenskapligt vårdande (a.a.).

Kulturens innebörd

Kultur beskrivs i en studie av Anderson, Scrimshaw, Fullilove, Fielding och Normand (2003) som integrerade mönster av mänskligt beteende, vilket inkluderar språk, tankar, kommunikation, agerande, seder, tro och värderingar. Kultur kan inbegripa olika grupper beroende av ras, etniska, religiösa eller social struktur. Individer som inhyser resurser att fungera i kulturella sammanhang samt förstår människors kulturella behov och beteenden innehar kulturell kompetens. Genom att språkligt och kulturellt anpassa servicen kring en individ kan ras och etniska hälsoskillnader minska. Utökad kunskap kring kulturell kompetens hos vårdpersonal kan förbättra såväl bemötandet som själva vården. Liknade förbättringar ses även då personalen speglar den mångfald som råder i olika kulturer. Det visar sig att användandet av tolk eller tvåspråkiga personer är betydelsefullt inom mångkulturellt vårdande. Då personal delges utbildning i språk och kultur får även det positiva effekter. Instruktioner och skyltning på patienternas språk och vård som överensstämmer med kulturella normer och kulturella inställningar till hälsovård spelar även detta en viktig roll (a.a.). Ekblad, Martilla och Emilsson (2000) beskriver Sverige som ett land med många olika kulturer som leder till mångkulturella vårdmöten. Möten med olika kulturer upplevs utmanande av personal och beskrivs som kulturkrockar. Utmaningarna ligger i att försöka förstå kulturella skillnader och olikheter i att visa sorg och bearbeta en kris.

Kommunikation

Nationalencyklopedin (2015) beskriver kommunikation som ömsesidigt utbyte, att få ta del av och att göra gemensamt. För att förstå information krävs ett språk. Via språket överförs sedan informationen människor emellan och då uppstår kommunikation (Nationalencyklopedin, 2015). För vårdsökande människor, oavsett etnicitet, är det betydelsefullt att erhålla begriplig hälsoinformation, vilket kan uppnås via kommunikation. Hos asylsökande som redan upplever ohälsa kan fel information leda till än mer ohälsa och missförstånd. Då hälso-och sjukvårdspersonal förmedlar säkra och trygga hälsobudskap kan asylsökandes känsla av trygghet i samhället öka (Magnusson, 2004).

McCormack och McCance (2006) använder begreppet patientcentrerad vård i sin studie. Patientcentrerad vård innebär att vårdaren har ett mellanmänskligt förhållande till

patienten, vilket innebär att relationen är baserade på känslor som kärlek och sympati. Egna värderingar stärker individens möjligheter att kunna se och förstå den egna uppfattningen om sitt liv och vad som är meningsfullt i livet. Patientcentrerad vård innebär också att sjuksköterskan arbetar med patientens uppfattningar, värderingar och engagemang. Vidare bör gemensamma beslut tas i vårdrelationen, samt att patientens fysiska behov tillgodoses. Patientcentrerad kommunikation uppnås då sjuksköterskan är hängivenhet sitt arbete, utgår från patientens bästa samt ser denne som en individ (a.a.). Enligt McCabes (2004) studie känner patienter tillit till sjuksköterskor som kan leva sig in i patientens situation. Specifika omvårdnadsbeteenden hos sjuksköterskorna som uppskattas av patienter är; att vara avslappnad, ta sig tid, vara närvarande samt att visa omtanke genom medmänsklighet. Detta leder till att patienterna känner sig avslappnade och i trygga händer. (a.a.). Då tolken använder patientfokuserad kommunikation kan patientens förmåga att fatta beslut stärkas. Detta enligt en studie med minoritetsgrupper (Cooper, Johnson, Powe & Roter, 2004). På så sätt minskar vårdarens dominans i mötet (a.a.).

Betydelsen av att använda ett adekvat språk skriver Bischoff, Bovier, Isah, Françoise, Ariel och Louis (2003) om i en studie med asylsökande. Där framkommer att när asylsökande och sjuksköterskan har ett gemensamt språk berättar patienten mer om symtom och traumatiska upplevelser. De beskriver även hur viktigt det är att hitta andra sätt att kommunicera eftersom vårdpersonal och asylsökande sällan talar samma språk. Då tolkningar av människor sker och kunskap om deras livssammanhang krävs ställs stora krav på sjuksköterskan i mötet. Studien förtydligar vikten av att eliminera språkbarriärer som främsta uppgiften i den tvärkulturella vården. Även i Bischoffs et al. (2010) studie identifieras språkliga hinder som ett stort problem bland vårdpersonal.

Joyce Travelbee (1966) beskriver kommunikationen mellan patient och sjuksköterska som ett möte där kommunikationen sker via utseende, beteende, hållning, ansiktsuttryck och gester, vilket sker medvetet eller omedvetet. Kommunikation kräver en avsändare och en mottagare samt ett budskap som skall förstås av båda parter. Kommunikationen är ett samspel och en process vilken sjuksköterskan planerar och leder med ett mål och syfte. Syftet är att skapa en relation mellan patient och sjuksköterska. Avgörande för en god relation i samspelet till patienten och dennes mål är att sjuksköterskan har ett adekvat beteende och ser vad som är lämpligt ur patientens synvinkel. Begreppet kommunikation ses som ett förhållningssätt människor emellan där förutsättningar skapas att tillsammans förebygga, bemästra och finna mening med sjukdom och lidande. Det kan även handla om kroppsspråk som observeras och tolkas (a.a.).

Då språkbarriärer förekommer utvecklas andra sätt att kommunicera. Genom att använda kroppsspråk och gester, föremål eller utrustning kan kommunikation underlättas. Att sjuksköterskan speglar patientens känslor och behov upplevs positiv, vilket dock kräver aktivt lyssnade ur sjuksköterskans perspektiv. Vid behov av tolk bör auktoriserad sådan användas. Inte sällan används anhöriga som tolk, vilket är sårbart med tanke på att översättningarna kan bli selektiva och att tolkarens egna uppfattningar styr samtalet. På så sätt styrs samtalet över från patienten till den anhörige (Jirwe, Gerrish & Emami, 2010).

Magnusson (2004) pekar på några hinder som kan finnas med i bilden vid användandet av tolk hos patienter med kronisk sjukdom. Sårbart är exempelvis då tolken saknar kunskap kring kroniska sjukdomar. Vidare kan det ses som ett hinder då interaktionen mellan

patienten, distriktssköterskan och tolken inte fungerar, då det kan leda till att hälsobudskapet inte hamnar hos patienten. Ytterligare ett hinder som kan uppstå vid tolksamtal är att patientens egna upplevelser uteblir (a.a.).

I Jirwe et al. (2010) studie beskrivs såväl fördelar som nackdelar med att sjuksköterskan har förkunskap kring kultur. Fördelarna med kulturell kunskap är att sjuksköterskan har förståelse för patientens uppförande samt att sjuksköterskan bättre kan hantera obekanta vårdssituationer, något som kan gynna kommunikation. Nackdelen med kunskap om kultur kan vara att det leder till generalisering av patienten utifrån dennes kulturella ursprung. Sjuksköterskan bör därför tänka på att balansera mellan de individuella skillnaderna hos patienten och vad som är kulturellt betingat. Gällande på vilket sätt sjuksköterskor erhållit kunskap om kultur lyfter svenska sjuksköterskor vikt de kunskaper som förvärvats genom utbildning. Sjuksköterskor med utländsk bakgrund menar att de i stället erövat kunskap via egna erfarenheter som invandrare samt genom att leva nära invandrargrupper (a.a.).

Carroll, Epstein, Fiscella, Gipson, Jean-Pierre och Volpe (2007) lyfter i sin studie att det kan finnas en känslighet bland somaliska kvinnor att samtala om kulturella sedvänjor såsom omskärelse och främjande av hälsofostran. Vissa kulturella problem kan lösas genom patientfokuserad kommunikation. Då könsroller och ansvar skiljer sig i traditionell somalisk kultur jämfört med kulturen i inflyttningslandet, kan könsöverskridande möten upplevas besvärliga bland somaliska kvinnor. Kvinnliga tolkar och kvinnliga vårdare är mer accepterade inom denna patientgrupp. Då de somaliska kvinnorna möter kvinnlig personal optimeras kommunikation. Gynekologiska besvär önskade kvinnorna ta upp med kvinnliga vårdare då sådana erfarenheter upplevs som känsliga. Genom att arbeta aktivt med utvecklandet av kommunikation, tillit och relationsskapande komponenter inom kulturell kompetens kan den förebyggande vården för somaliska flyktingkvinnor förbättras (a.a.).

PROBLEMFORMULERING

Under senaste året har flyktingströmmen till Sverige ökat. Flyktingar och asylsökande individer som flyr krigsdrabbade länder erfar psykisk ohälsa. Studier visar att ohälsan kommer av upplevda traumatiska händelser i hemlandet samt under flykten. Vidare kan den nya miljön de asylsökande anländer till upplevas stressande och krävande. Psykisk ohälsa hos asylsökande leder till att trycket inom primärsjukvården ökar. Då asylsökande upplever brist på stöd och tillit i sjukvården leder det till sänkt självkänsla genom skam och förlägenhet. Det framkommer att kulturell kunskap hos vårdpersonal leder till förbättrad vård. I studier beskrivs språkbarriärer vara ett av de största hindren i mötet med asylsökande. Brist på tolkar inom sjukvården leder till svårigheter att få tag i auktoriserad tolk. Detta bidrar till att sjuksköterskorna får använda exempelvis anhöriga som tolk. Att använda icke utbildade tolkar kan leda till brister i kommunikationen. Få studier beskriver distriktssköterskors upplevelser av att möta flyktingar och asylsökande patienter inom primärvård. Kunskap kring dessa möten bör därför utvecklas.

SYFTE

Syftet med denna studie är att beskriva distriktssköterskors upplevelser av att möta flyktingar och asylsökande patienter inom primärvården.

METOD

Studien genomfördes med kvalitativ ansats och beskrivande design. Data samlades in via intervjuer som sedan analyserades och tolkades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Denna analysmetod innebär en riktning mot tolkning av texter, berättelser och intervjuer, varvid författarna fann denna metod lämplig. Inom kvalitativ forskning används antingen deduktiv eller induktiv ansats. Medan deduktiv ansats förutsätter att forskaren utgår från en teori eller modell (Granskär & Höglund-Nilsen, 2012), så innebär induktiv ansats förutsättningslöst granskande av materialet (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna valde att utgå från induktiv ansats då denna ansats, enligt Graneheim och Lundman (2004), är lämplig vid studier som utgår från människors upplevelser. Texter innehåller två olika budskap; manifest och latent. Det manifesta innehållet beskrivs som textnära utan att vidare tolkning görs. Manifest innehåll presenteras i kategorier. Latenta budskap däremot finns i det underliggande budskapet i texten. Genom latent tolkning av textinnehållet nås latenta budskap vilka uttrycks i teman (Granskär & Höglund-Nilsen, 2012). Författarna valde att tolka arbetet på latent nivå då förhoppningen med studien var att finna just underliggande budskap i deltagarnas upplevelser. Graneheim och Lundman (2004) beskriver att teman ska gå som en röd tråd genom meningsenheter, koder och underteman. Analysprocessen innebär att författaren rör sig genom datamaterialet fram och tillbaka från helhet till delar och sedan åter till helheten (Graneheim och Lundman, 2004).

Urval

Vårdcentraler valdes ut i Västra Götalandsregionen. Genom telefonkontakt kartlades de vårdcentraler med frekvent andel asylsökande patienter listade hos sig. Inklusionskriterier för deltagarna var minst två års erfarenhet av möten med asylsökande patienter. Sammanlagt kontaktades nio vårdcentraler. Det visade sig endast vara en vårdcentral som inte arbetade med asylsökande och därmed inte var aktuell. Två andra hördes inte av inom avsatt tid för att kunna delta. Slutligen visade sex vårdcentraler, med sammanlagt åtta sjuksköterskor, sitt intresse att delta i studien. Enhetschefen på dessa vårdcentraler godkände medverkan i studien och erhöll informationsbrev (bilaga 1) via mail där syftet med studien presenterades. Cheferna vidarebefordrade ärendet till respektive sjuksköterska som arbetade med asylsökande på enheten. Cheferna återkom till författarna med namn och telefonnummer till respektive sjuksköterska. Författarna tog kontakt med sjuksköterskorna och bokade in tid och dag för intervju. Arbetet med asylsökande var olika organiserat på vårdcentralerna. Antingen hade specifika sjuksköterskor hela ansvaret eller också delades ansvaret av fler sjuksköterskor. Av informationsbrevet framgick att författarna såg positivt på såväl kvinnliga som manliga deltagare. Sjuksköterskornas erfarenhet, utbildning och etnicitet presenteras i tabell 1 på följande sida.

Tabell 1
Översikt av deltagarna enligt urval

SSK nr	Antal års erfarenhet med asylsökande	Utbildning	Etnicitet
1	10	DSK	Annan
2	4	SSK	Svensk
3	4	DSK, APS	Svensk
4	22	DSK	Svensk
5	2	DSK	Svensk
6	7	DSK	Svensk
7	25	DSK	Svensk
8	2	DSK	Annan

DSK = Distriktsköterska, SSK = Allmän sjuksköterska,
APS = Avancerad Primärvårds Sjuksköterska

Datainsamling

Datainsamlingen skedde via semistrukturerade intervjuer, vilket uppmuntrar det fria berättandet. Författarna utförde intervjuerna var och en för sig istället för två och två. Detta för att undvika ett ojämnt maktförhållande mellan deltagaren och de som intervjuar. Utifrån syftet utformades öppna frågor (bilaga 3) med inspiration av Henricson (2012). Då frågorna godkännts av handledaren användes de som stöd under intervjun. Författarna förberedde sig inför intervjun genom att studera Kvale och Brinkman (2014) som beskriver den kvalitativa forskningsintervjun steg för steg samt ger förslag på följdfrågor. Beroende på hur deltagarnas berättelser fortskred inflikade författarna med frågor och följdfrågor, vilket innebar att intervjuerna fick olika struktur. Vissa frågor upprepades då författarna upplevde att frågan inte förstods eller tolkats rätt. Intervjuerna spelades in via mobiltelefon och diktafon och var av god kvalitet. God tid avsattes för intervjuerna som varade mellan 30-60 min. Första intervjun transkriberades och skickades till handledaren för godkännande innan övriga intervjuer fortskred. Intervjuerna utfördes på deltagarnas respektive arbetsplats i avskilt rum. I samband med intervjutillfället underrättades deltagarna ånyo om syftet med studien samt gav samtycke till att delta i studien. Under intervjuerna gavs utrymme för reflektion hos deltagarna, vilket enligt Henricson (2012) är betydelsefullt då personers verklighet skall återspeglas. Författarna undvek att styra frågorna, vilket hade kunnat påverka deltagarnas svar (Henricson, 2012). Kvale och Brinkman, (2014) beskriver att följdfrågor används i syfte att få mer uttömmande svar samt att undersöka om det finns mer att berätta. Följdfrågorna ledde till variation på deltagarnas berättelser. Författarna hade under intervjun fokus på lyssnandet och undvek att avbryta deltagarna i berättandet, vilket ledde till förtroende för författarna och uttömmande svar. Sammanlagt intervjuades åtta sjuksköterskor. Ett märkbart intresse bland deltagarna att berätta om upplevelser av möten med asylsökande resulterade i ett omfattande material.

Förförståelse

Bägge författarna har som sjuksköterskor upplevt möten med asylsökande inom vården. Detta har dock handlat om korta, mer flyktiga möten inom slutenvården som inneburit snabba insatser under korta vårdtillfällen. I stort har dessa möten varit inriktade på omvårdnadsproblem utan direkt koppling till distriktssköterskans salutogena perspektiv. Vi förmodar att distriktssköterskans funktion innebär längre och samtidigt mer komplexa samtal med patienter kring exempelvis motivation till livsstilsförändring och patientundervisning. Författarna har erfarenhet att arbeta med tolk men har ändå en uppfattning kring att detta inte är helt okomplicerat. Att den ökade inströmning av asylsökande i Sverige innebär ökad belastning på vissa samhällsstrukturer är för författarna också känt. Bägge författarna har såväl positiva som negativa upplevelser med sig gällande möten med asylsökande patienter. En av författarna, vars mamma kom som flykting från Estland på 1940-talet, bär på personliga känslor av att det viktigt att ta emot människor som är på flykt.

Analys

Data analyserades med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004), vilka lägger störst vikt vid att beskriva variationer utifrån skillnader och likheter i texten. Dessa tolkningar delas sedan in i kategorier och teman på olika tolkningsnivåer (a.a.). Intervjuerna transkriberades ordagrant och respektive författare ansvarade för transkribering av sitt eget intervjumaterial. Redan där, menar Kvale och Brinkman (2014), att analysen påbörjas genom att intervjuaren bär med sig mötets sociala och emotionella aspekter. Författarna läste sedan igenom all data flera gånger för att få en känsla av sammanhang och helhet. Författarna analyserade allt material enskilt för att sedan gemensamt utse de meningsenheter som svarade mot syftet. Graneheim och Lundman (2004) anser att meningsenheter kan vara ord, meningar eller hela stycken vars innehåll är relaterat till varandra genom innebörd eller sammanhang. Meningsenheterna kondenseras, vilket innebär förkortning utan att dess centrala innebörd går förlorad (a.a.). Vidare efter kondenseringen togs analysen in i kodningen. Före dess att kodningen inleddes bytte författarna de kondenserade textenheterna med varandra. Författarna kodade därefter varandras textenheter, först var och en för sig och slutligen gemensamt. Koder kan förklaras som etikettering av meningsenheterna och beskriver kortfattat dess innebörd. Kodningen skall ske med hänsyn till kontexten (Graneheim och Lundman, 2004). Koderna blev lättare att hantera än meningsenheterna vilket innebar att materialet blev mer överskådligt. Genom urval av koder med liknande innehåll växte underteman fram. Genom abstraktion lyfts tolkningarna till en högre logisk nivå (Graneheim och Lundman, 2004), vilket möjliggjordes av att författarna tillsammans diskuterade hur tolkningarna av koderna uppfattades av var och en. Ur denna gemensamma process växte nya och mer abstrakta tolkningar fram som ledde fram till underteman. Under abstraktionen tydliggjordes likheter och skillnader i datamaterialet. Processen då underteman formades skedde i tabellform för att lättare få en övergripande blick. Underteman flyttades och plockades om för att inte passa på fler ställen. Slutligen lyftes tema fram utifrån frågeställningen: Vad handlar det här om? enligt (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012). Detta för att förutsättningslöst få en djupare tolkning i resultatet då många underteman framkom. Under arbetets gång vandrade författarna från helhet till delar och åter till helhet. Detta förfarande upprepades tills dess

att analysen upplevdes väl genomarbetad (Graneheim & Lundman, 2004). Analysen presenteras här nedan genom ett exempel i tabell 2.

Tabell 2
Presentation av ett exempel ur analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad enhet	Abstraktion av koder	Subtema	Tema
Man försöker vara extra noga eftersom att dom... inte har <i>språket</i> och att dom är i en väldigt utsatt <i>situation</i> , så känner jag litegrann	Man är extra noga eftersom de inte har språket och är i en väldigt utsatt situation	Ansvar att göra sig förstådd	Det mänskliga samtalets betydelse	Bemötande utifrån ett kulturellt perspektiv

Etiska överväganden

I studien har författarna tagit hänsyn till såväl deltagarnas integritet som identitet (Helsingforsdeklarationen, 2013). I enlighet med *Informationskravet* har deltagarna delgivits syftet med studien samt kring gällande villkor, som att deltagandet är frivilligt med möjlighet att när som helst avbryta deltagandet. Vid intervjutillfället skrev deltagarna på en samtyckesblankett (bilaga 2) samt delgavs muntlig information utifrån informationsbrevet, vilket ingår i *samtyckeskravet*. Data gällande deltagarnas namn och arbetsplats aidentiferades. Under analysens gång hade deltagarna kodnamn i form av siffrorna 1-10. Identiteten går inte att spåra till respektive siffra och all data återfinns i lösenordsskyddade datorer, vilket svarar upp mot *konfidentialitetskravet*. Insamlade data i författarnas studie används enbart för studiens ändamål, vilket är förenligt med *Nyttjandekravet*. (Vetenskapsrådet, 2002). I enlighet med Belmontrapporten (Henricsson, 2012) beaktar författarna dess tre grundläggande etiska principer: Respekt för personer, göra gott principen och rättvisep principen. Genom att deltagarna delgavs anpassad information, såväl skriftlig som muntlig, beaktades principen *Respekt för personer*. Informationen ligger till grund för att deltagarna ska ta korrekt beslut. Med *göra gott* principen i beaktning väger författarna risker mot vinster med studien, vilket syftar till att säkerställa deltagarnas välbefinnande. I *rättvisep principen* tas hänsyn till deltagarnas sårbarhet samt att samtliga behandlas lika under intervjutillfällena. Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) skyddar respekten för människovärdet och den enskilda personen. Då författarnas studie inte kännetecknas som forskning omfattas den inte av etikprövningslagen.

RESULTAT

Tabell 3

Schematisk bild över de tre huvudteman och sex underteman som presenteras i resultatet

Underteman	Teman
Att förhålla sig till olika kulturella synsätt	Bemötande utifrån ett kulturellt perspektiv
Att möta asylsökandes förväntningar och föreställningar	
Utbildningsnivåns betydelse i vårdmötet	Utmaningar i kommunikationen
Tolkandets betydelsefulla funktion	
Ett arbete som berör och engagerar	Oförutsägbara möten
Ett annorlunda sjuksköterskearbete	

Bemötande utifrån ett kulturellt perspektiv

Att möta asylsökande och flyktingar i primärvård innebär att distriktssköterskan måste förhålla sig till olika kulturella synsätt och försöka möta asylsökandes förväntningar och föreställningar. De asylsökande har olika erfarenheter från hemlandet, annan kvinnosyn och religiösa synsätt, vilket innebär att deltagarna får anamma ett annat perspektiv i bemötandet med asylsökande.

Att förhålla sig till olika kulturella synsätt

Asylsökande kan, enligt deltagarna, komma från ett land där sjuksköterskan inte har lika hög status som i Sverige. Detta märks genom krav på att få träffa en läkare i stället för sjuksköterskan. Deltagarna upplever att det råder skillnader på kvinnosyn mellan olika kulturer och att detta skapar problem i det dagliga arbetet. Variationer i synen på kvinnan kan, enligt deltagarna, se olika ut inom samma kultur och även mellan familjer inom samma kultur. Hur deltagarna upplever männens kvinnosyn verkar bero på hur insatt sjuksköterskan är i olika kulturer och dess normer. Några deltagare upplever inte några större problem utan har förståelse för kulturskillnaden, medan andra beskriver svårigheter med att acceptera mannens syn på kvinnan. Då deltagare kommer från samma kultur som den asylsökande kan det upplevas positivt samt öka förståelsen för kulturella skillnader. Att deltagarna upplever olika leder till att deltagarna ändrar attityd och bli mer bestämda i sitt bemötande mot männen för att vinna respekt. Då deltagarna blir bemötta med arrogans av asylsökande män infinner sig en känsla att vilja stå upp för sig själv i syfte att visa för mannen att i Sverige bemöts sjuksköterskan med respekt.

...å sen så tycker jag nog att många utav vissa personer, alltså låt oss säga somaliska män eller afghanska män eller syriska män, har ju svårt att ta råd eller att man bestämmer nånting åt dom som kvinna... Det kan jag faktiskt uppleva

många gånger, man får vara nästan lite grann, jag ska inte säga otrevlig, men väldigt bestämd i sitt förhållningssätt till dom som man kanske normalt inte brukar vara, men för att tala om för dom att jag menar allvar.

Att mannen är överhuvud i familjen kan leda till att frun inte får komma till tals, menar deltagarna. Om mannen och hustrun kommer tillsammans på hennes besökstid, försöker deltagarna få mannen att lämna rummet. Deltagarna berättar att kvinnan inom vissa kulturer inte får visa kroppen för manlig vårdpersonal. I första hand görs försök att boka kvinnlig läkare till kvinnliga asylsökande patienter. Deltagarna delger att i de fall enbart manlig läkare finns tillgänglig försöker personalen hjälpa till att lyfta lite på kvinnans kläder för att visa enbart det område på kroppen som ska undersökas. Att vara just kvinnlig sjuksköterska anses ökar chansen att få träffa frun enskilt. Deltagarna berättar om möten där den asylsökande maken hindrar undersökningar på sin hustru på grund av att läkaren är man. Det förekommer att mannen för talan och kvinnan finner sig i det. Då deltagarna försöker uppmuntra den asylsökande kvinnan att ta stå på sig gentemot maken, kan kvinnan visa oförståelse och upplysa om att inom islam är det mannen som bestämmer. Religionen och tron på Guds makt är ett starkt inslag i de asylsökandes kultur. Att inte ha kunskap om detta upplevs skapa missförstånd mellan sjuksköterskan och patienten. Deltagarna kan i all välmening exempelvis erbjuda medicin eller behandling som visar sig gå stick i stäv med den asylsökandes tro och religion.

...då förstod jag att hon började prata om Allah och det här är Allah som bestämmer hur många barn hon skall ha och då tyckte hon nog att jag var högdragen som tog upp detta över huvud taget med henne [sjuksköterskan föreslår kvinnan preventivmedel], jag trampade fullständig på tårna. Det är exakt en kulturell krock, det kan jag inte ha så mycket åsikter om, hon var nöjd med sitt liv hon var berikad med många barn.

Att möta asylsökandes förväntningar och föreställningar

Enligt deltagarna bär asylsökande människor på upplevelser och erfarenheter kring sjukvården i sina hemländer, vilket sedan ligger till grund för förväntningar och föreställningar kring hur svensk sjukvård fungerar. Deltagarna upplever att flyktingar söker vård för sjukdomar och problem de levit med länge med förhoppning om att äntligen få hjälp av den svenska sjukvården. Vidare beskrivs att asylsökande patienter kan ha föreställningar kring sjuksköterskans befogenheter. Detta upplevs leda till att de asylsökande vänder sig till sjuksköterskan om allehanda ting som exempelvis; att be om hjälp med att ordna barnomsorg eller om sjukintyg till SFI (Svenska För Invandrare) på grund av att den asylsökande inte har lust att gå på lektionerna. Asylsökandes tidigare erfarenheter av sjukvård leder, enligt deltagarna, till att de asylsökande begär antibiotikabehandling för till synes enkla åkommor som svensk sjukvård behandlar med egenvård. Vid exempelvis besvär med bihålorna ger deltagarna tips på egenvård, som receptfria näsdroppar, under ett par dagar i avvaktan tillfrisknande medan den asylsökande förväntar sig omedelbar antibiotikabehandling. Deltagarna anser att tillgängligheten till mediciner i hemlandets matbutiker gör att de asylsökande inte har den respekt för antibiotika som råder inom den svenska vårdkulturen. *"...alltså dom söker för väldigt små saker kan vi tycka, men i hemlandet är man van att man får antibiotika... man kan gå till Ica och köpa antibiotika, alltså det är ju så lätt att köpa antibiotika".*

Av deltagarna framkommer att asylsökande är försiktiga med att förtälja vad de varit med om tidigare. De berättar om asylsökande som föreställer sig att sjuksköterskan "skvallrar" till Migrationsverket, vilket skulle kunna leda till utvisning. Deltagarna förmodar att det bakom detta beteende finns erfarenheter från den asylsökandes hemland av att inte kunna lita på myndigheter. För att undvika missförstånd informerar därför deltagarna kring sekretessförfarandet, vilket kan leda till att den asylsökande vågar berätta mer om sin bakgrund.

... så att dom kanske är lite rädda för vart den informationen tar vägen... Sen säger vi ju det i början av samtalet, att det är ju sekretess... förstås som det alltid är med journalhandlingar och det här och det är inget som påverkar deras process vad det gäller uppehållstillstånd och såna här saker men... dom är ganska försiktiga att berätta om sig själva.

Utmaningar i kommunikationen

Distriktssköterskan ställs inför flera utmaningar när hon/han skall kommunicera med asylsökande patienter. De asylsökande brister i såväl språk som utbildning och kunskap, vilket ger svårigheter i kommunikationen och kan leda till missförstånd. För att kunna ge asylsökande anpassad information använder deltagarna icke verbal kommunikation som komplement. Då språkhinder föreligger används tolk, något som deltagarna beskriver utmanande i kommunikationen eftersom tolkarnas kvalitet varierar.

Utbildningsnivåns betydelse i vårdmötet

Deltagarna upplever att utbildningsnivån varierar mellan de asylsökande. Asylsökande män från Syrien verkar vara högtbildade i jämförelsevis med exempelvis somaliska kvinnor, vilka i högre utsträckning är analfabeter och saknar utbildning. Utbildningsnivån kan dock variera inom en och samma kultur, varvid deltagarna anser att generalisering bör undvikas. Låg utbildningsnivå upplevs inverka på såväl språk- som kunskapsförmåga och uttrycks som ett hinder i deltagarnas arbete. Då deltagarna tar för givet att den asylsökande är insatt i medicinsk terminologi och kring hur människokroppen fungerar uppstår missförstånd. Genom att låta den asylsökande själv berätta hur problemet upplevs kan kunskapsnivån synliggöras. Utifrån samtalet anpassar sedan deltagarna kommunikationen efter individens förmåga, vilket skapar förutsättningar för att identifiera grundproblemet.

...de somaliska kvinnorna till exempel eller afghanska kvinnor är oftast utbildade de kan inte skriva och läsa och mycket utav det som vi tycker men det här är ju självklart att det här skall man kunna, kan inte dom och då kan det va jättesvårt med följsamhet att motivera dom.

Hinder i språket kan, enligt deltagarna, leda till allvarliga konsekvenser då asylsökande ska redogöra för sitt sjukdomstillstånd. Då den asylsökande saknar ord för att kunna beskriva sjukdomsupplevelsen får deltagarna svårt att bedöma allvaret i situationen, vilket kan leda till utebliven adekvat hjälp. Kunskapsbristen leder till missförstånd. Deltagarna beskriver att de asylsökandes bristande kunskap kring hur kroppen fungerar försvårar möjligheten att förklara ett visst fenomen eller sjukdomsförlopp. Då deltagarna exempelvis förklarar

sambandet mellan fetma och högt blodtryck förutsätter det att den asylsökande har en viss förståelse kring människans fysiologi. Annars minskar förutsättningarna för att individen tillgodogör sig informationen och är följsam kring ordinationen.

...dom ska äta vissa mediciner för sitt blodtryck eller annat och varför dom ska äta det för dom kan inte se liksom sammanhanget sambandet med olika saker så vet dom ju inte om bukspottkörteln sitter i hjärnan eller i tån alltså dom vet inte ens vad jag pratar om.

Deltagarna berättar att de använder kroppsspråk vid språkbarriärer, men trots uppfinningsrikedomen kring detta sätt att uttrycka sig, kvarstår problematiken med att göra sig förstådd gällande flyktingar med låg utbildningsnivå. Människor som inte kan läsa och skriva kan även ha svårt att förstå siffror. Vid till exempel försök att förmedla att besökstiden är klockan tio hjälper det inte, enligt en av deltagarna, att visa upp tio fingrar i luften eller visa på en klocka. Den asylsökande förstår ändå inte vad det betyder. *“...så kan man ju rita också, man kan peka å man kan göra jättemycket, men, eh dom här... jag tänker mest dom här kvinnorna... en del är analfabeter också så det är ju väldigt svårt då”*.

Risken för missförstånd minskar och förståelsen ökar hos asylsökande som är välinformerade, enligt deltagarna. I ett led att delge korrekt information anpassas den till individens språk- och kunskapsnivå. Deltagarna menar att om den asylsökande inte kan läsa är skriftlig information inte till någon nytta, inte ens på det egna språket. *“...för jag gav ju henne en bok då på somaliska om graviditet och då frågade jag henne då med tolken om hon kunde läsa att vänta barn stod det på somaliska då kunde hon inte läsa”*.

Tolkandets betydelsefulla funktion

Deltagarna upplever att tolken har en betydande roll i mötet med asylsökande men att det krävs träning och vana att arbeta med tolk. Genom upprepade möten med tolk skaffar sig deltagarna erfarenhet kring hur tolksamtal bör föras. Tolkarnas kvalitet och trovärdighet varierar men deltagarna anser att det är bättre med en tolk än ingen tolk alls. Bedömning av tolkens kvalitet underlättas av om deltagarna är bekant med det aktuella språket och på så vis kan avgöra eventuella avvikelser i tolkens översättning. Användande av telefontolk beskrivs som vanligt förekommande. Då en hel familj närvarar vid mötet upplever deltagarna att det blir rörigt med telefontolk, då föredras att tolken närvarar på plats. Deltagarna upplever svårigheter i att få tag i tolk till följd av den ökande flyktingströmmen. Att få tag i tolk beskrivs som ett tidskrävande inslag i arbetet och upplevs stressande. *“...det går inte alltid att få tolk. Nej och det har blivit jättesvårt det sista halvåret kan jag säga i och med att det kommit så stora grupper nu med flyktingar”*.

Deltagarna beskriver att förutom auktoriserade tolkar förekommer att såväl släktingar, bekanta som de egna barnen ställer upp som tolk. Förutom att agera i den funktionen kan släkt och vänner även fungera som ett stöd för patienten. Deltagarna erfar osäkerhet när anhöriga tolkar då det finns en risk att anhörigas att egna värderingar vävs in. De ensamkommande flyktingbarnen har ibland med sig kompisar till vårdcentralen som hjälper till att tolka och ibland använder deltagarna Google Translate på mobiltelefonen. Deltagarna uttrycker att så länge patienten själv godkänner tolken så är den hjälp som går att få god nog.

Men ibland är det också lätt, ibland har dom ju med sig barn... som redan lärt sig jätte bra. Det kvittar vem som hjälper mig. Tycker dom det är okej, det kvittar vem, bara jag kan prata med dom. Så jag förstår vad dom vill...

Oförutsägbara möten

Mötena med asylsökande patienter beskrivs vara oförutsägbara. Det är möten som både berör och engagerar känslomässigt. Möten med asylsökande beskrivs även utmanande och annorlunda på grund av kulturella skillnader. Det oförutsägbara i dessa möten kommer av att deltagarna inte vet hur de själva eller de asylsökande kommer att reagera. Oförutsägbart upplevs även de mångfacetterade arbetsuppgifterna.

Ett arbete som berör och engagerar

Grundläggande i arbetet med asylsökande är, enligt deltagarna, intresset för människor och olika kulturer. Kunskap om kultur beskrivs öka förståelsen för människors behov och leder till individanpassat bemötande. Att lyssna och vara lyhörd upplevs väsentligt. Genom att lyssna och visa förståelse skapas förtroende och tillit mellan parterna och de asylsökande känner sig bekräftade, något som deltagarna anser kan vara betydelsefullt hos individer som upplevs förlorat människovärdet. Bekräftelse är viktigt för dessa individer som vill synas och behandlas som vilken människa som helst. Genom att visa respekt och lyssna på de asylsökandes berättelser beskriver deltagarna att känslan av underlägsenhet kan överbryggas. Deltagarna kan känna hopplöshet i det känsloladdade och krävande arbetet med asylsökande och uttrycker att orden inte alltid räcker till i tröstandet. Dock beskrivs att lyssnandet räcker långt som stöd. *“Lyhördhet. Lyssna, och lyssna uppriktigt...även om man inte kan erbjuda nåt... ...men öppna sitt hjärta och lyssna på, om man lyssnar så förstår man allt”*.

Att asylsökande söker vård för småproblem upplever deltagarna som ett rop på hjälp. Då den asylsökande väl kommer till vårdcentralen uppdagas i samtalet andra underliggande problem än just den fysiska åkomman som föranledde besöket. Att uppsöka vård för småblesyrer ses av deltagarna som ett sätt för asylsökande att få bekräftelse och hjälp med själsligt underliggande bekymmer. Deltagarna beskriver att några asylsökande är mer öppna än andra i sitt berättande. Många asylsökande har svårt att prata om sina traumatiska upplevelser på grund av att det är så känsloladdat. Då deltagarna lyssnar, är lyhörda och har tålamod kan det hjälpa asylsökande att öppna sig i samtalet, vilket verkar leda till ökat välbefinnande hos patienten.

Många vill egentligen bara prata, man hittar på allt möjligt för att få komma in till doktorn, ja, hittar på ska jag inte säga, men jag tror kanske inte att man söker för två prickar på kinden i första hand egentligen, utan man vill nånting annat och mycket som är i själen sätter sig fysiskt, så det handlar mycket om det.

Deltagarna erfar att asylsökande använder kraftiga känslouttryck. De kan höja rösten och ”ryta till”. Asylsökande som inte anser sig få hjälp eller inte blir förstådda kan, enligt deltagarna, agera med frustration. Sådana reaktioner kan, enligt deltagarna, väcka rädsla och obehag hos sjuksköterskor som är vana vid en lugnare framtoning i vårdrelationen. I

möten som upplevs utmanande beskriver deltagarna att egenskaper som att tåla konflikter och att vara bestämd är viktiga. Tålmod, förståelse och lyssnande beskrivs återskapa harmoni i mötet. Deltagarna menar att erfarenhet av arbete med asylsökande ses som en styrka i konfliktfyllda möten och erfarenheten leder till trygghet kring beslutsfattande och bedömningar. Att lita på sin kunskap och erfarenhet upplevs som en styrka i arbetet med flyktingar och genom att uppträda på ett säkert och professionellt sätt kan deltagarna vinna de asylsökandes förtroende. *“...men många utav dom här människorna dom säger rakt i ansiktet till dig vad dom tycker... så att man får inte vara konflikträdd och backa utan... man får kunna liksom stå på sig lite granna, om det nu är en egenskap”*.

Glädjen i arbetet med asylsökande uppstår, enligt deltagarna, genom lyckade möten. Så länge den mesta informationen gått fram till den asylsökande kan deltagarna känna glädje ändå, trots att alla problem inte gått att lösa. Ett lyckat möte anses vara när båda parter känner sig nöjda efteråt. Vidare beskrivs glädjen i att möta människor från olika kulturer, vilket ger kunskap och erfarenhet. Störst glädje upplevs bland deltagarna när de asylsökande uttrycker värme och tacksamhet. *“Det är alltid leenden och tack snälla för idag och ja det är väldigt mycket tacksamhet är det”*.

Deltagarna berättar att asylsökande bär på olika erfarenheter och upplevelser. Flertalet asylsökande flyr från krigshärjade länder för att söka trygghet utanför landets gränser. Deltagarna upplever de asylsökandes berättelser och livsöden som traumatiska. Genom att deltagarna ser till varje individs bakgrund, livsvärld och behov kan den asylsökande uppnå en känsla av trygghet. Deltagarna anpassar bemötandet utifrån individens bakgrund, vilket får den asylsökande att känna sig bekräftad och sedd. *“Bakgrunden är olika, så utifrån bakgrunden så det är bra att höra, bemöta människa. Det blir olika bemötande. Deras livsvärld, deras historia, deras upplevelser är viktigt”*.

Deltagarna anser att arbetet med asylsökande är känslösamt och framkallar känslor, såsom glädje, rädsla, skuld och frustration. Gemensamt framstår att möten med asylsökande berör. En del berättelser känns svåra att ta till sig och leder till att deltagarna brister i professionalitet. Framförallt gäller det berättelser som berör barn och deras familjer. Känslorna relateras till den egna situationen i livet och blir därmed extra svår. Deltagarna beskriver en handlingsförklaring och försöker finna sin profession igen genom att “stänga av” empatin för de asylsökande. Genom detta återfås kontroll och kraft och möjlighet att hjälpa. Behovet av att prata med kollegor om svåra saker visar sig vara stort. Känslor kan dröja kvar efter påfrestande möten och då stöttar deltagarna varandra. Genom reflektionen med kollegor bearbetas känslor och erfarenheter utbytes. Dock framkommer även en önskan om tid till att reflektera ensam i lugn och ro. På grund av brist på kulturell kunskap och genom att arbetet är så oförutsägbart, menar deltagarna att dessa samtal har stor betydelse för utvecklingen av arbetet gällande bemötande och hantering. *“Nu vi bollar väldigt mycket med personalen mellan varann vi går inte på nån handledning eller så men vi pratar väldigt mycket med varandra”*.

Deltagarna känner frustration då flyktingarna uteblir från planerade besök och inte passar tider. De uteblivna besöken leder till extraarbete för deltagarna i form av ombokning av tider och annat administrativt arbete. Frustrationen uppkommer även då de asylsökande kommer till deltagarna med problem som inte är sjukvårdsrelaterade. Deltagarna har ambitionen att erbjuda hjälp till samtliga asylsökande som kommer oanmälda till

vårdcentralen. Oplanerade besök, beskrivs av deltagarna, medföra svårigheter att snabbt få tag i tolk. Besök som är oplanerade leder till att deltagarna lägger tid på att förklara för de asylsökande hur tidsbokningen går till. Oplanerade möten skapar stress och frustration hos deltagarna och leder till oro för att av misstag skicka hem akut sjuka patienter. *"Och då står man ju där med bokad tolk och avsatt tid och ibland en involverad läkare och då ställer det till problem. Ja jag känner väl en viss frustration förstås"*.

Ett annorlunda sjuksköterskearbete

Deltagarna beskriver arbetet med asylsökande som ett annorlunda arbete jämfört med det vanliga sjuksköterskearbetet och upplever sig dåligt förberedda inför jobbet. Samtidigt menar deltagarna att det inte går att förbereda sig på att arbeta med asylsökande på grund av dess oförutsägbarhet och mångfacettering. Deltagarna i studien upplever att allting kan hända och det är svårt att förbereda sig på vad som kan ske i mötet. De flesta deltagarna upplever det positivt med utmaningar, andra kan känna att det blir ansträngande och tar kraft. Vissa av deltagarna läser på om olika kulturer och försöker på så sätt förbereda sig, men upplever ändå svårigheter. Det svåra beskrivs vara att möta olika känslor och beteenden som känns främmande. Detta kräver, enligt deltagarna, öppenhet för att kunna förstå och lära sig och kräver både kunskap och trygghet i professionen, vilket upplevs utmanande. Det finns en uppfattning hos deltagarna att kunskap kring olika kulturer påverkar attityden till asylsökande. Detta genom att kunskap förhindrar fördomar och skapar förståelse i bemötande. Deltagarna uttrycker att det föreligger behov av utbildning kring kulturer. Arbetet med asylsökande upplevs annorlunda genom oförutsedda möten. De asylsökandes berättelser upplevs intressanta och spännande samt ger kunskap och erfarenhet kring hur kultur och livsöden kan te sig. Deltagarna lyfter kunskap om kulturella skillnader i att uttrycka sig som en viktig faktor i arbetet med asylsökande. *"...det är ett mycket mer utmanande svårtolkat jobb för att just hitta hälsoproblem för det uppfattas så olika i olika kulturer"*.

Deltagarna upplever att det förekommer skillnader mellan olika kulturer i hur människor uttrycker känslor, såväl fysiskt som verbalt. Exempelvis kan vissa asylsökande uttrycka smärta med höga rop, gråt och gester som kan feltolkas som ångest och oro. Likväl kan upplevd ångest visas med yvigt kroppsspråk, ivrigt pekande och skrik, vilket deltagarna kan misstolka som ett uttryck för smärta. Deltagarna menar att svårigheter i att läsa av dessa uttryck kan leda till felbedömningar och att den asylsökandes verkliga lidande försummas.

...många från Afrikas delar är väldigt uttrycksfulla.... de kanske är vana att de måste uttrycka sig så ... dom kan ropa "Aaaah" och man tror de är jätte sjuka, så är det inte så farligt.... när dom är här då är dom uttrycksfulla ... Dom vill att vi ska förstå hur dom mår ... ja det är liksom en annan kultur, så att dom är ju uppväxta med ett helt annat sätt att vara, det kan man ju inte ändra på när man kommer hit... Man får ju passa sig också för man vet ju aldrig... det kan finnas en risk att man missar...

I deltagarnas berättelser framkommer faktorer som underlättar i arbetet med asylsökande. Struktur och rutiner visar sig vara väsentliga och leder till trygghet för sjuksköterskan kring hur arbetet ska bedrivas. Det upplevs även tryggt att ha rutiner vid oförutsedda

händelser, något som är ofta förekommande i möten med asylsökande. Deltagarna beskriver att rutiner även är viktiga för de asylsökande. Genom rutiner och struktur tydliggörs hur den svenska vården fungerar, vilket leder till trygghet hos asylsökande. *“Vi har liksom samma policy att så här jobbar vi och dom här reglerna gäller hos oss man väntar på sin tur... ...men man måste ändå ha nån struktur och lite ordning för annars vet dom inte själva”*.

Den ökade flyktingströmmen leder till stress hos deltagarna på grund av svårigheter att hinna med arbetet. Nya asylboenden beskrivs växa upp i snabb takt och hjälpbehovet ökar. Deltagarna har synpunkter på hur vården kring de asylsökande är organiserad, vidare upplevs oklarheter kring styrning och ansvar på asylboendena. I samband med den ökade flyktingströmmen ges deltagarna större befogenheter. Detta leder till är en annorlunda arbetssituation genom ökat ansvar gällande till exempelvis bedömningar och undersökningar. Dock upplever deltagarna trygghet i att kollegor finns på plats för konsultation. Några av deltagarna arbetar inom så kallade team, vilket innebär att sjuksköterska och läkare är på resande fot och besöker asylsökande rutinmässigt direkt på boenden. Detta arbetssätt upplever deltagarna positivt då det leder till färre oplanerade och uteblivna besöken på vårdcentralerna. Teamarbetet upplever deltagarna som tidsbesparande och att det leder till förbättrade möjligheter att planera arbetet. Att arbeta i team beskrivs även leda till kontinuitet i möten med asylsökande genom rutinmässiga, återkommande besök på asylboendet. Detta nya arbetssätt är annorlunda men ger möjligheter till öppenhet i möten med flyktingarna och underlättar deltagarnas förmåga att hjälpa. Dock upplever deltagarna större trygghet i att arbeta inne på vårdcentralen på grund av kollegors närvaro. *“...det är tryggare när man jobbar på en vårdcentral i alla fall, man har ju tillgång till kollegor och läkare och man har... liksom striktare regler, det finns väntrum, det finns dörrar...”*.

Resultatsammanfattning

Deltagarna beskriver att asylsökande upplever psykisk ohälsa. Genom att lyssna och bekräfta kan deltagarna finnas till hands och agera som stöd. Kulturell kunskap ger möjlighet till individuellt bemötande. Asylsökande har förväntningar och föreställningar om svensk sjukvård, vilket kan leda till att deltagarna upplever frustration. Deltagarna beskriver utmaningar i kommunikationen med asylsökande. Genom att använda tolk samt icke verbal kommunikation försöker deltagarna skapa utrymme för god kommunikation. Arbetet med asylsökande beskrivs annorlunda och möten upplevs oförutsägbara. Känslomässiga möten framkommer och arbetet med asylsökande beskrivs som intressant, berörande och engagerande.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Då syftet med denna studie var att belysa distriktssköterskors upplevelser av möten med asylsökande patienter och flyktingar inom primärvården valdes kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Författarna ansåg att valet av metod var relevant då analysen utgår från textens innehåll (induktiv ansats) istället för en bestämd modell eller teori (deduktiv ansats) (Henricson, 2012). Semistrukturerade frågor valdes, vilket gav varierade svar i de öppna frågorna i intervjuerna.

Författarna upplevde oklarheter bland deltagarna om de kunde skilja mellan de två begreppen flykting och asylsökande. Dock framkom att deltagarna mötte såväl asylsökande som flyktingar i arbetet. Även i sökningar av vetenskaplig litteratur uppkom oklarheter kring skillnader mellan begreppen. Därför valde författarna att beskriva såväl asylsökande som flyktingar i bakgrunden. Förutom i bakgrunden, används begreppet asylsökande genomgående i arbetet i syfte att texten ska ge ett enhetligt intryck hos läsaren.

Studiens trovärdighet avgörs av dess giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet. Giltighet uppnås bland annat genom att deltagarna i studien var av varierande ålder, kön och etnicitet samt hade olika erfarenheter och värderingar vilket ledde till bredare variation på data i studien (Graneheim & Lundman, 2004). I studien presenterades såväl urval som analyseringsprocess, vilket torde borge för studiens giltighet. Dock förekom endast kvinnliga deltagare i studien vilket författarna såg som en svaghet i studien. Då vården till största delen bemannas av just kvinnliga sjuksköterskor kan studiens urval dock ses spegla verkligheten. Författarna beskrev intervjuförloppet och analysprocessen noggrant, något som stärker studiens tillförlitlighet, enligt Graneheim och Lundman (2004). Tillförlitligheten stärks även av att författarna fortlöpande har diskuterat skillnader och likheter genom dataanalysen. Överförbarheten synliggjordes genom presentation av studiens urval, kontext, datainsamling, analysprocess och resultat samt genom utvalda citat (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna ansåg att resultatet i denna studie var överförbart på sjuksköterskor som möter asylsökande även inom andra kontext, vilket dock är något som är upp till läsaren att avgöra.

Graneheim och Lundman (2004) föreslår att kvalitativ innehållsanalys baseras på hela intervjuer med dignitet nog att bilda en helhet samtidigt som intervjuerna bör vara små nog att förbli överskådliga under analysprocessen. Författarna upplevde att deltagarna hade behov av att berätta om sina upplevelser vilket resulterade i uttömmande svar, detta kunde ses som en styrka i studien. Samtidigt kunde det omfattande datamaterialet upplevas som en svaghet, då det försvårade överskådligheten och analysen. Graneheim och Lundman, (2004) beskriver att omfattande data kan medföra risk att analysen blir oöverskådlig, vilket kan påverka studiens tillförlitlighet. För att stärka tillförlitligheten läste författarna igenom texterna noggrant flera gånger för att se allting i dess helhet. Att datamaterialet var omfattande ledde till en tidskrävande och gedigen arbetsinsats kring resultatdelen, vilket slutligen mynnade ut i ett gediget resultat. Författarna tror att arbetet blivit mindre omfattande och mer överskådligt genom ett smalare syfte.

De åtta sjuksköterskorna i studien var fördelade på sex vårdcentraler. Fyra deltagare återfanns fördelat på två vårdcentraler, vilket kunde medföra en risk att deltagarna uppgav liknade svar på intervjufrågorna. Dock tordes inte resultatet påverkas negativt av att detta då öppna frågor ställdes samt att sjuksköterskorna bar på olika erfarenheter. I kvalitativa studier är forskarens delaktighet given genom samarbetet under intervjun. Detta leder till att en intervjustudie aldrig kan ses som oberoende av forskaren (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012). Författarna har under intervjuerna försökt hålla neutral ställning till ämnet med lyssnandet i fokus (Kvale & Brinkmann, 2014) något författarna upplevde utmanande. Vid några tillfällen ställde författarna följdfrågor av ledande karaktär, vilket troligen berodde på osäkerhet kring och ovana inför själva intervjuförloppet. Detta kunde påverka trovärdigheten i resultatet, varvid författarna har försökt att inte använda dessa meningsenheter som kan ha uppkommit till följd av författarnas påverkan.

Inspelningsmomentet var ett orosmoment under intervjuerna, vilket ledde till en del avbrott. Troligen har inte intervjuernas helhet påverkats av detta. Inspelningskvaliteten var god, dock upplevdes transkriberingen som ett tröttsamt och stressigt arbete vilket även Kvale och Brinkman (2014) beskriver eftersom intervjuerna är långa och innehållsrika. Intervjuandet utfördes enskilt, vilket enligt författarna bidrog till att intervjuaren kände sig bekväm i situationen. Genom att känna bekvämhet och trygghet kunde berättandet underlättas och gav därmed uttömmande svar. Tanken hos författarna var att transkribera varje intervju innan det var dags för nästa, något som dock ej var möjligt vid ett tillfälle då två intervjupersoner ställde upp samma dag direkt efter varandra. Möjligen kunde detta påverka intervjuförloppet negativt då det för den ovane intervjuaren kan krävas tid för reflektion mellan intervjuerna. Dock fanns väl avsatt tid för transkribering mellan övriga intervjuer. Författarna transkriberade sina egna intervjuer, vilket minskade risken för missförstånd vid utskriften och stärkte därmed tillförlitligheten. Ordagrann transkribering av intervjuerna användes för att undvika missuppfattningar senare i tolkningen. Forskare som transkriberar sin egen intervju bär, enligt Kvale och Brinkman (2014), med sig såväl emotionella som sociala aspekterna från mötet. På grund av dessa aspekter upplevde författarna svårigheter i att helt förstå innebörden i vissa av den andre författarens meningsenheter, medan de egna meningsenheterna blev mer begripliga och innehållsrika. Därigenom blev författarna varse för förståelsens betydelse i analysprocessen. För att tydliggöra innebörden av meningsenheterna valdes tillräckligt långa enheter ut i syfte att vara begripliga för bägge författarna. Graneheim och Lundman, (2014) beskriver att för korta meningsenheter försvårar den fortsatta tolkningen.

Den latent tolkningen upplevdes mödosam men givande av författarna. Svårigheten låg i att inte låta tolkningen färgas av den egna förståelsen och av viljan att sträva efter ett resultat i en viss riktning. Detta försökte författarna stävja genom diskussioner om tolkningsmöjligheter fram och tillbaka med varandra under analysprocessen, vilket kan antas stärka tillförlitligheten i resultatet (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012). Risken att använda metoden fel har författarna försökt förhindra genom att rådfråga handledaren under arbetets gång, i enlighet med Polit och Becks (2008) beskrivning. Författarna analyserade materialet gemensamt och enskilt upprepade gånger och tillsammans med handledare diskuterades eventuella skillnader i tolkningar, enligt Granskär och Höglund-Nielsen, (2012). Svårigheten att på egen hand tolka den andre författarens insamlade material än sitt eget uppenbarade sig. För att undvika missförstånd läggs därför vikt vid att tillsammans fram och tillbaka diskutera och enas kring tolkning av meningsenheter,

kodning och tematisering. Genom denna process upplevde båda författarna delaktighet i tolkningen av resultatet, vilket stärker trovärdigheten, enligt Polit och Beck, (2004). Genom att författarna under analysprocessen rörde sig fram och tillbaka mellan helhet och delar i arbetet upplevdes att trovärdigheten stärktes, enligt Graneheim och Lundman, (2004).

Tolkningen av underteman och teman upplevdes av författarna komplicerat och tidskrävande. Samtidigt kändes tematiseringen som en av de mest intressanta delarna av arbetet. I tematiseringen blev det blir tydligt för författarna vad datamaterialet egentligen handlade om. Författarna gjorde en noggrann genomgång av samtliga underteman innan dessa kunde sorteras in under större teman. För att täcka in samtliga underteman växte ytterligare teman fram. Vidare ägnade sig författarna åt omfattande arbete med den latenta tolkningen. Teman formades om och minskades i antal allteftersom underteman upplevdes tillhöra något annat tema. Enligt Graneheim och Lundman (2004) beskrivs skapandet av teman som ett sätt att sammanfoga den latenta innebörden i underteman som förekommer. I resultatet har författarna valt ut de meningsenheter som svarar mot syftet och som upplevs intressanta. Därur analyserar författarna fram latenta tolkningar vilka stärks med citat. Citat stärker trovärdigheten i resultatet och har, enligt Polit och Beck (2008), till uppgift att synliggöra deltagarnas upplevelser samtidigt som det blir synligt att det inte är författarens egna tolkningar som framhävs (a.a.). I syfte att minska uppsatsens omfång blev författarna blivit tvungna att välja ut vissa delar och ta bort andra, något författarna ansåg svårt. I resultatdiskussionen upplevde författarna det problematiskt att exkludera delar då det mesta ansåg vara väsentliga fynd.

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie är att beskriva distriktssköterskors upplevelser av att möta asylsökande i primärvården. Författarna intervjuade åtta sjuksköterskor som arbetar dagligen med asylsökande. I analysen framkommer tre teman och sex subteman. De teman som presenteras är; Bemötande utifrån ett kulturellt perspektiv, Utmaningar i kommunikationen och Oförutsägbara möten. Då ett gediget resultat framkommit har författarna valt att fokusera på några delar av resultatet som anses vara viktiga fynd. Diskussioner kommer att föras kring kulturella skillnader i mötet med asylsökande, språkbarriärer och kunskapsnivåns inverkan på kommunikationen. Vidare diskuteras känslolösa möten samt det annorlunda sjuksköterskearbetet.

Under temat **Bemötande utifrån ett kulturellt perspektiv** framkommer att religion och gudstron är ett starkt kulturellt inslag hos asylsökande som kan leda till missförstånd inom vården. Enligt Halligans (2005) studie framkommer att Allah är närvarande i varje begivenhet i människans liv, vid såväl positiva som negativa händelser. Vidare anses Allah styra kring hälsa och sjukdom, vilket inom islamsk tro är något människan får finna sig i. Detta synsätt kan sjuksköterskan uppleva stressande då det inte går hand i hand med västerländsk syn på hälsa och sjukdom (a.a.). Resultatet i föreliggande studie visar att asylsökande anser att gud styr över hur många barn kvinnan ska föda. Detta leder till att en av de asylsökande kvinnorna blir förnärad då sjuksköterskan föreslår preventivmedel. Genom god insyn i olika kulturer kan missförstånd i möten med asylsökande undvikas, enligt författarna.

I resultatet framkommer att mannen inom vissa kulturer för sin hustrus talan vid besöket samt att mannen upplevs hämma kvinnan. Inom den muslimska traditionen ses mannen som överhuvudet i familjen och ansvarar för beslutsfattandet (Lawrence & Rozmus, 2001). McCormack och McCance (2006) belyser patientcentrerad vård i sin studie där hänsyn tas till patienten egna värderingar. Att lyfta fram dessa individuella värderingar stärker känslan av meningsfullhet hos människan (a.a.). Carroll et al. (2007) anser att då kvinnliga asylsökande träffar kvinnliga tolkar gynnas kommunikationen. Genom att kvinnlig tolk bokas till kvinnlig asylsökande anser författarna ett respektfullt vårdande visas. Mårtensson (2011) menar att vårdmötet bör präglas av hänsyn till patientens integritet och självbestämmande. Av resultatet framgår att då deltagarna ber mannen lämna besöksrummet skapas utrymme för kvinnan att självständigt redogöra för sina egna reflektioner och upplevelser. Deltagarna berättar även om asylsökande kvinnor som inte får visa sin kropp för manliga läkare. Besök med manlig doktor kan därför innebära omständiga undersökningsprocedurer. Eftersom könsroller skiljer sig inom asylsökandes kultur jämfört med kulturen i inflyttningslandet, kan könsöverskridande möten upplevas som besvärliga (Carroll et al. 2007). I Lawrence och Rozmus (2001) studie visar det sig att blygsamhet inför män utanför den egna familjen kan bli ett problem för muslimska kvinnor inom den västerländska vården. Därför bör särskilda åtgärder åtas vid undersökning av muslimska kvinnor genom att exempelvis betrakta kvinnan på avstånd samt avtäcka enbart det område på kroppen som är i fokus för undersökningen. Av Lawrence och Rozmus (2001) studie uppmuntras sjuksköterskorna att inte vara rädda för att handla fel i mötet med muslimska patienter. I stället bör sjuksköterskan fråga patienten eller familjen om osäkerhet råder kring bemötande eller vårdhandlingar, ett initiativ som uppskattas av muslimerna (a.a.). Författarna upplever att det blivit vanligare med kvinnliga läkare inom primärvården, vilket leder till bättre möjligheter till respektfulla vårmöten med asylsökande kvinnor.

Hos deltagarna framkommer en önskan om utökad kunskap kring kulturella skillnader, något författarna menar kan leda till att förebygga fördomar. Kulturell kunskap kan, enligt Jirwe et al. (2010), innebära såväl fördelar som nackdelar. Kunskap om kulturer kan leda till ökad förståelse för flyktingars agerande och hanterande av situationer. Dock kan ökad kunskap leda till att sjuksköterskan generaliserar i mötet med asylsökande (a.a.). Eckstein (2011) beskriver att vårdpersonal kan bekanta sig med allmänna principer inom olika kulturer vilket kan leda till korrekta bedömningar. Vikten av att undvika stereotypiskt synsätt gällande asylsökandes uttryck för symtom och sjukdom betonas. Kulturell ödmjukhet och jämlikhet mellan patient och sjuksköterska förespråkas, vilket är att föredra istället för att lära sig detaljer i varje kultur (a.a.). Binfa et al. (2010) menar att asylsökande betraktas som en homogen grupp där individen inte hamnar i fokus. Författarna menar att genom att sjuksköterskan är medveten om att det föreligger risk för kulturell generalisering i tolkandet av uttryck, kan detta leda till självkransk och reflektion. Deltagarna beskriver ett genuint intresse för att möta människor från andra kulturer, vilket enligt författarna underlättar arbetet med asylsökande och skapar en öppenhet för kulturens inverkan på mötet. Även Dahlberg och Segesten (2011) beskriver betydelsen av öppenhet genom att ta hänsyn till patientens livsvärld detta genom att ha förståelse för sig själv och andra vilket är grunden för ett bra förhållningssätt till patienter (a.a.).

Av resultatet framkommer att deltagarna har olika förståelse för mannens position gentemot kvinnan. Peckover och Chidlaw (2007) menar att det finns en osäkerhet hos

distriktssköterskor i möten med patienter av annan etnisk eller kulturell bakgrund. Förståelse för ojämlikhet och diskriminering upplevs begränsad samtidigt som det råder ovilja bland distriktssköterskorna att erkänna att detta inverkar på bemötandet av patienterna (a.a.). Detta stärker ytterligare betydelsen av kulturell insikt hos sjuksköterskan, enligt författarna. Just mötet med olika kulturer upplever författarna vara det som skiljer arbetet med asylsökande jämfört med andra patientmöten där sjuksköterskorna oftast har samma kulturella bakgrund som patienten. Även Ekblad et al. (2000) menar att sjuksköterskor som arbetar med asylsökande upplever mångkulturella utmaningar inom vården. Detta kan leda till kulturkrockar och anser att då sjuksköterskan har kännedom om vad kultur och tradition betyder för egen del, ökar även förståelsen för andra kulturer. Personer som levt eller arbetat utomland tycks ha god kulturkännedom och förståelse för kulturella skillnader (a.a.). Författarna menar att då människor lever under andra kulturella förhållanden leder detta förmodligen till anpassning och ökad förståelse, något individen kan ha nytta av i möten med andra kulturer. Det framgår av resultatet att det kan upplevas positivt av asylsökande då denne har samma kulturella ursprung som sjuksköterskan. Att dela sina upplevelser med människor som upplevt samma trauma som en själv upplevs som positivt för flyktingarna och ger insikt i att de inte är ensamma med sina upplevelser (Strijk, van Meijel & Gamels, 2011). Kulturell mångfald i samhället bör därför, enligt författarna, backas upp med mångfald även bland vårdpersonalen. Det framgår av resultatet att det kan upplevas positivt att sjuksköterskan har samma kulturella ursprung som den asylsökande. Jirwe et al. (2010) styrker detta då de skriver i sin studie att sjuksköterskor med immigrant bakgrund har lättare att hantera problem inom kommunikationen jämfört med sjuksköterskor från Sverige som blir mer stressade. Immigranterna har lättare att hitta strategier för att underlätta kommunikationen med asylsökande (a.a.). Strijk, van Meijel och Gamels (2011) menar att då flyktingar delar sina erfarenheter med människor som upplevt samma trauma som en själv beskrivs som positivt för flyktingarna och ger insikt i att de inte är ensamma med sina upplevelser. Kulturell mångfald i samhället bör därför, enligt författarna, backas upp med mångfald även bland vårdpersonalen.

I temat **Utmaningar i kommunikationen** visar resultatet att deltagarna upplever språkbarriärer som ett hinder i kommunikationen med asylsökande och att det kan leda till allvarliga konsekvenser på grund av missförstånd. Att just språkbarriärer är det tydligaste hindret i kommunikationen med asylsökande visar O'Donnell et al. (2006). Vilket även bekräftas av Halligan (2005) där det framkommer att sjuksköterskorna upplever kommunikationen som ett hinder i vårdrelationen med muslimska patienter. Kommunikationen är, enligt en studie av Peckover och Chidlaz (2007), viktig i mötet med patienter av etnisk minoritet och om budskapet inte når fram upplever sig denna grupp människor diskriminerade. Travelbee (1966) lägger tonvikt vid att budskapet i kommunikationen ska förstås av bägge parter och att just kommunikationen är avgörande i arbetet med att skapa en god relation mellan patient och sjuksköterska. Därur ser författarna sårbarheten i de vårdrelationer där språkbarriärer råder genom att det kan leda till att budskapet inte når fram till patienten. Dessutom anser författarna att språkbarriärer försvårar möjligheten att få bekräftat från patienten om denne förstått informationen. I distriktssköterskans kompetensbeskrivning (Distriktssköterskeföreningen, 2008) läggs vikt vid att distriktssköterskan bär med sig kunskaper kring kommunikation i syfte att ge stöd åt patienten i samtalet. Författarna ser kommunikationen som ett bärande element i mötet med asylsökande och bör därför ges det tidsutrymme som är nödvändigt för att nå fram till

individ. Av resultatet framgår att deltagarna identifierar flyktingens kunskapsnivå och därefter anpassar nivån på kommunikationen. Anpassningen leder bland annat till färre missförstånd och bättre förutsättningar hos deltagarna att motivera patienten till livsstilsändringar. I O'Donnells et al. (2006) studie visar det sig att brist på anpassad och korrekt översatt hälsoinformation upplevdes som en bristvara bland flyktingarna (a.a.).

I resultatet framkommer att då deltagarna upplever språkbarriärer används icke verbal kommunikation. I Carrolls et al. (2007) studie av somaliska kvinnor, lyfts betydelsen av icke verbal kommunikation som ett led i att uppnå god omvårdnad. Travelbee (1966) anser att kommunikation i form av ansiktsuttryck och gester ses som en naturlig del i mötet mellan patient och sjuksköterska. Författarnas studie belyser skillnader i hur människor uttrycker känslor mellan olika kulturer och att detta kan leda till missförstånd. Enligt Halligan (2005) används gester som ett sätt att kommunicera vid språkbarriärer inom olika kulturer. Exempelvis kan knäppa med fingrarna i Saudi Arabien vara ett tecken på aggression. Inom olika kulturer uttrycker patienten och familjen ilska och irritation då de inte gör sig förstådda (a.a.). Författarna menar att det ställs högre krav på sjuksköterskor som möter asylsökande att använda ett tydligt kroppsspråk än i möten med icke asylsökande. Det är just de kulturella skillnaderna i gester och andra uttryck som försvårar möjligheten till icke verbal kommunikation med asylsökande.

Resultatet visar att tolken har en väsentlig roll i mötet med asylsökande och leder till färre missförstånd. Magnusson, (2004) menar att det finns en risk för att patientens egen upplevelse uteblir vid tolksamtal. Dessutom kan tolkens kunskaper kring sjukdomar vara avgörande för om asylsökande skall kunna tillgodogöra sig hälsobudskapet (a.a.). Anmärkningsvärt anser därför författarna det faktum att deltagarna i studien upplever att tolkarnas kvalitet varierar, vilket torde inverka på huruvida asylsökande tillgodogör sig informationen eller ej. Deltagarna använder sig av såväl släktingar som bekanta till asylsökande vid brist på tolk. Peckover och Chidlaz (2007) belyser i sin studie att vid brist på auktoriserad tolk använder sig distriktssköterskorna av informella tolkar istället, så som exempelvis patienternas släktingar och bekanta. Lawrence och Rozmus (2001) visar att bland nyanlända flyktingar där språkbarriärer råder, ser sjuksköterskan vänner och familj som en viktig tillgång i tolkandet. Dock kan sjuksköterskan uppleva stress då många familjemedlemmar befinner sig runt patienten (a.a.). Deltagarna upplever sårbarhet i att anhöriga tolkar eftersom de kan väva in egna värderingar. Detta stärks av Jirwe et al. (2010) som beskriver att då anhöriga används som tolk riskerar översättningarna präglas av tolkarens egna uppfattningar. Peckover och Chidlaz (2007) refererar till Health Education Authority, (1994), som beskriver att användandet av egna barn som tolk kan leda till förlägenhet, missförstånd, feltolkning eller att barnet undviker att översätta allt. Författarna anser att av hänsyn till barnet bör sjuksköterskan överväga att flytta fram möten i de fall barnet följt med som tolk till dess att någon vuxen kan följa med istället. Av resultatet framkommer att oplanerade besök är vanligt, vilket medför svårigheter hos deltagarna att hinna få tolkhjälp. Peckover och Chidlaz (2007) skriver om att brister i organisationen leder till att distriktssköterskorna inte får information kring språkbarriärer förrän patienten anlant till vårdcentralen och då är det omöjligt att hinna ordna med tolk (a.a.). Ytterligare ett hinder på vägen till god kommunikation är, enligt författarna, den ökade flyktingströmmen, vilken leder till hög efterfrågan på tolkar. Att då sjuksköterskan får lov att nöja sig med en tolk av bristande kvalitet kan vara enda utvägen till att få till kommunikation i över huvudtaget. Något som deltagarna i studien tvingas acceptera.

Temat **Oförutsägbara möten** beskriver i sitt resultat att då deltagarna visar intresse, lyssnar, är lyhörda och visar respekt i mötet med asylsökande skapas tillit och förståelse. Genom att deltagarna lyssnar bekräftas de asylsökande som individer samtidigt som självkänslan stärks. Deltagarna lägger vikt vid god människosyn genom att behandla alla människor lika oavsett ursprung eller bakgrund. Respekt och ett genuint intresse för de asylsökande, ansåg deltagarna som viktiga komponenter i professionellt bemötande. Distriktsköterskor bekräftar detta i Zotterman, Skär, Olsson och Söderbergs (2015) studie genom att lyfta fram respekt, lika människosyn, engagemang och intresse som grundläggande för ett bra möte. Sjuksköterskan behöver även vara medveten om egna värderingar och etiska förhållningssätt. Det visar sig att då sjuksköterskan har god självinsikt och självbild leder det till öppenhet och ödmjukhet inför människan och dennes kultur (a.a.). Genom att sjuksköterskan individanpassar mötet, anser författarna, att asylsökande ges möjlighet till stärkt självkänsla. På så sätt kan individen lättare integreras i samhället.

Resultatet beskriver att möten med asylsökande upplevs positiva och att de berör. Det framkommer starka emotionellt möten som deltagarna upplever svåra att släppa taget om. Detta kan leda till att känslor tar överhand och att det blir svårt att behålla professionen i mötet. I en studie beskriver Davies, Jenkins och Mabett (2013) emotionell intelligens hos distriktsköterskor som en egenskap där individen förstår andra genom att förstå sig själv och vara medveten om sig själv. Sinnesstämningar kan överföras från personal till patient. Förmågan att känna igen och hantera olika stämningar kräver ett balanserat lugn hos distriktsköterskan. Självkontroll är en viktig del i emotionell intelligens och genom erfarenhet, träning och reflektion utvecklas förmågan att hantera känslor (a.a.). Att sjuksköterskan behåller lugnet i mötet ser författarna som ett professionellt handlande, vilket leder till förbättrade möjligheten att hjälpa den asylsökande.

I resultatet framkommer känslor som irritation och frustration hos deltagarna i möten med asylsökande och Bischoff et al. (2010) menar att arbetet med asylsökande kan upplevas som en känslomässig utmaning. Genom tålamod och bibehållet lugn återtar dock deltagarna känslan av kontroll. Deltagarna har olika lång erfarenhet av att arbeta med asylsökande men oavsett yrkeserfarenhet upplevs behov av reflektion i arbetet. I krävande möten väcks behovet att prata av sig med varandra men det finns även behov av att få vara ifred och reflektera ensam över arbetsdagens beslut och bedömningar. Deltagarna beskriver arbetet med asylsökande som annorlunda och att det är svårt att sätta sig in i och förbereda sig på hur arbetet kommer se ut. Att vara trygg i professionen och lita på sig själv i det oförutsägbara arbetet upplevs viktigt bland deltagarna. Författarna vill betona denna betydelse av kunskap och trygghet för att kunna bjuda på sig själv och därmed göra att patienten känner en bekvämlighet i mötet. Zotterman et al. (2015) menar att patientfokus och positivt beteende hos sjuksköterskan leder till att patienten känner sig välkommen (a.a.). Detta är egenskaper författarna anser bör genomsyra alla vårdmöten. Dock kan de ha större betydelse i möten med utsatta och sårbara grupper i samhället, som exempelvis asylsökande.

Resultatet beskriver arbetet med asylsökande som utmanande på grund av dess mångfacettering. De asylsökande vänder sig till sjuksköterskan om allehanda ting och deltagarna upplever svårigheter i att möta främmande känslor och beteenden från olika

kulturer. Det framkommer i en studie av Parfitt (1999) en modell för att arbeta över kulturer i utvecklingsländer. Där beskrivs den effektiva sjuksköterskan utföra många olika uppgifter genom bred kompetens och ett självständigt arbete. Sjuksköterskan har ett kreativt förhållningssätt och reflekterar över arbetet vilket innefattar ett erkännande av kulturella värderingar och av rasfördomar. Ett öppet arbetssätt beskrivs styras av erfarenhet, forskning och uppfinningsrikedom. Sjuksköterskans mål är att patienten uppnår autonomitet genom egenvård. Genom insikt om egna värderingar och om hur värderingar kan påverka andra människor, ges möjlighet att hjälpa andra människor (a.a.). Studien av Parfitt (1999) sammanfattar, enligt författarna, på ett tydligt sätt de centrala delarna i arbetet med asylsökande. Kompetensbeskrivningen för distriktssköterskor stärker även detta genom sin beskrivning av kunskap gällande faktorer som påverkar individen utifrån kultur och närmiljö på såväl nationell som internationellt plan (Distriktssköterskeföreningen, 2008).

Resultatet visar på svårigheter att förstå asylsökandes uttryck på symtom och sjukdom. Olika kulturer verkar, enligt författarna medföra olika uttryckssätt. Det framkommer att öppenhet för patientens livsvärld är en väsentlig egenskap hos deltagarna i deras arbete med asylsökande. Även Dahlberg och Segesten (2010) beskriver betydelsen av öppenhet inför patientens livsvärld. Genom öppenhet kan sjuksköterskan förstå människan och dennes upplevelser av hälsa. I mötet mellan patient och vårdare skapas tillit genom att sjuksköterskan är öppen, ärlig, tar sig tid och är närvarande i mötet (McCabe, 2004). Resultatet visar att tillit är en viktig komponent i utvecklandet en god relation med den asylsökande. Deltagarna berättar om återkommande möten där asylsökande öppnar sig mer och mer allt eftersom de upplever tillit till sjuksköterskan. Zotterman et al. (2005), menar att upprepade möten med asylsökande förbättrar möjligheterna att prata om sina upplevelser. I en studie av Bensing et al. (2007) beskrivs att dåliga erfarenheter från vården i hemlandet kan leda till svårigheter att lita på vårdpersonal (a.a.). I resultatet framkommer att trygghet uppstår i vårdrelationen då deltagarna beaktar asylsökandes livsvärld samt visar respekt och förståelse. Distriktssköterskan bör stödja patientens hälsa med respekt för dennes livsvärld. Vidare skall distriktssköterskan ha insikt i patientens sociala kontext och agera vid psykosocial ohälsa (Distriktssköterskeföreningen, 2008). Av resultatet framgår att asylsökande söker hjälp för små som stora problem. Dock anser deltagarna att besöken egentligen kan handla om att få bekräftelse och att bli sedd. Strijks et al. (2011) studie visar att asylsökande kan uppleva sig ha förlorat allt från den ena dagen till den andra och betraktar sig själva som "nobody". Asylsökande känner sig missanpassade och bär på en känsla av att inte höra hemma. Tidigare traumatiska upplevelser leder till psykisk ohälsa hos asylsökande (a.a.). I en studie av Strijk, Meijel och Gamel (2011) framkommer hur förlusten och saknaden av familj och vänner påverkar asylsökande. Tidigare traumatiska upplevelser och erfarenheter samt tankar kring om det var rätt beslut att fly, kan leda till psykisk ohälsa. (a.a.). På grund av ökad efterfrågan på psykiskt stöd i samhället räcker inte den psykiatriska vården till och deltagarna i studien känner sig som samtalsterapeuter i allt större utsträckning. Detta stärks av O'Donnell, Higgins, Chauhan och Mullens (2006) studie där det framkommer att asylsökande kan lida av ångest, panikattacker, sorg och ensamhet och att sjuksköterskor uttrycker en önskan om ökad tillgänglighet till professionell psykologisk hjälp till denna patientgrupp (a.a.). Utifrån Magnusson, (2004) beskrivs att distriktssköterskans arbete innefattar fördjupade kunskaper i kommunikation och samtalsmetodik i syfte att stödja patienten och då sjuksköterskan förmedlar trygga hälsobudskap kan asylsökandes trovärdighet gentemot

svenska samhället öka (a.a.). Författarna anser att genom stödjande samtal och bekräftelse kan asylsökandes verkliga anledning till varför de söker vård identifieras. Då kan underliggande problem lyftas till ytan.

Av resultatet framkommer att deltagarna upplever arbetet med asylsökande som annorlunda. Vad som återges vara annorlunda är bland annat de oförutsägbara mötena och att arbetet är mångfacetterat. Deltagarna beskriver att arbetet med asylsökande innebär många olika arbetsuppgifter och att det dyker upp problem allt eftersom som måste lösas under arbetsdagen. Struktur och rutiner är faktorer deltagarna upplever som viktiga att falla tillbaka på när något oväntat sker och leder till trygghet i yrkesrollen. Även författarna anser att strukturerat arbete och befintliga rutiner är betydelsefullt eftersom sjuksköterskan ofta är ensam om sina beslut och bedömningar. Ensamarbete är dock inte förbehållet vård av asylsökande, emellertid kan dessa möten genomsyras av språkbarriärer och kulturella skillnader. Då sjuksköterskan hamnar utanför komfortsonen i professionen kan just rutiner och struktur vara behjälpliga. Deltagarna upplever arbetet med asylsökande som ansvarsfullt och att de kulturella aspekterna i mötet som utmanande. Författarna anser att dessa utmaningar minskar då sjuksköterskan bär på tidigare erfarenheter av att möta asylsökande. Då sjuksköterskan har kunskap och förståelse för kulturella skillnader i hur asylsökande beskriver till exempelvis ett visst symptom, skapas förutsättningar för förståelse. Anderson et al. (2003) betonar att språk- och kulturutbildning hos personalen leder till kulturell kompetens, vilket är viktigt inom vården av asylsökande. Ekblad et al. (2000) beskriver de kulturella skillnader som finns i hantering av sorg och kris, vilket även detta kräver förståelse och kunskap av personal. Personal som arbetar med asylsökande ändrar kontinuerligt sina idéer och uppfattningar om kulturer (a.a.). Då sjuksköterskan är flexibel i mötet med asylsökande, anser författarna att ett öppet och föränderligt synsätt kring kultur uppstår, vilket skapar förutsättningar för ett gott möte med asylsökande.

Resultatet belyser att det finns tillgång till information olika språk på vårdcentralerna. Anderson et al. (2003) beskriver att det är väsentligt med instruktioner och skyltning på patienternas språk, likväl som vård som överensstämmer med asylsökandes kulturella normer och inställningar till hälsovård (a.a.). Författarna ser dock behov av att ytterligare språkpassa skyltning och information i syfte att tillmötesgå asylsökandes behov av vägledning. Resultatet visar att asylsökande kan komma till vårdcentralen utan att ha bokat tid. Det förekommer även att asylsökande uteblir helt från inbokade möten. Dessa faktorer leder till irritation och frustration hos deltagarna som menar att orsaker kan vara svårigheter hos asylsökande att läsa och förstå kallelsorna samt på grund av transportsvårigheter. Detta stärker Eckstein (2011) i sin studie som påvisar att asylsökande har svårt att komma på bokade tider, vilket förklaras med dålig läskunnighet och brist på förståelse av kallelsens innebörd, men även transportproblem (a.a.). Av resultatet framgår att deltagarna är nöjda med att arbeta i team som åker ut till asylboenden. Att deltagarna åker till patienten i stället för att patienten tar sig till vårdcentralen innebär färre uteblivna besök. Genom förändrat arbetssätt anser författarna att de uteblivna besöken kan minska. Deltagarna menar att teamarbete leder till kontinuitet och trygghet för asylsökande. Dessutom, anser författarna att detta arbetssätt är tidsbesparande ur sjuksköterskans perspektiv eftersom det leder till färre uteblivna besök på vårdcentralen, något som leder till merarbete för sjuksköterskan. Dock framkommer att deltagarna kan uppleva det som en nackdel att inte arbeta inne på vårdcentralen då bristen på närhet till arbetskamrater ger

bristande kollegial trygghet. Författarna anser att om teamen kontinuerligt samlas på vårdcentralen för reflektion med kollegor kan trygghet hos sjuksköterskorna skapas.

Konklusion

Resultatet visar att möten med asylsökande i primärvården upplevs känslomässiga och oförutsägbara. Vidare framkommer kommunikationsproblem, vilka försvårar bemötandet av asylsökande. Kulturella olikheter beskrivs och deltagarna i studien upplever behov av utbildning i kultur. Då sjuksköterskan är öppen och villig att lära känna människor från andra kulturer underlättas mötet med asylsökande. Deltagarna upplever arbetet med asylsökande annorlunda och utmanande vilket kräver en trygghet i professionen.

Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet

Resultatet anser författarna är användbart för samtliga yrkesgrupper som möter asylsökande i vården. Genom insikter, ökad förståelse och reflektion utvecklas bemötandet och kompetensen ökar hos distriktssköterskan. Bemötande är viktigt i alla vårdmöten men uppfattas av författarna som extra betydelsefullt då hinder i språket och kulturella skillnader föreligger. Deltagarna belyser betydelsefulla aspekter som bör genomsyra alla vårdmöten med asylsökande. Mångkulturella samhällen bör sträva efter kulturell kunskap inom samtliga arenor inom vårdsektorn där möten med asylsökande kan tänkas uppstå.

Behovet av kulturell kunskap är betydande i mötet med asylsökande. Olika arbetssätt inom primärvården är under utveckling på grund av den ökade flyktingströmmen. Ett exempel på nytt arbetssätt är teamarbete, vilket upplevs positivt av deltagarna. Forskning saknas dock kring olika arbetssätt. Kommunikation och språkbarriärer kan förbättras framförallt genom alternativa lösningar. Här kan exempelvis utbudet av bildmaterial och informationsmaterial förbättras. Inom det området behövs ytterligare forskning i syfte att synliggöra asylsökandes behov. Resultatet indikerar ökad forskning generellt kring asylsökande inom primärvården. Vilken kunskap behöver sjukvårdspersonalen? Hur upplever asylsökande vården?

REFERENSER

- Anderson, L.M., Scrimshaw, S.C., Fullilove, M.T., Fielding, J.E., Normand, J. & The task Force on Community Preventive Services. (2003). Culturally Competent Healthcare Systems A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 24, 68-79. doi: 10.1016/S0749-3797(02)00657-8
- Bensing, J.M., Boeije, H. R., Feldmann, C.T. & Ruijter, A.de. (2007). Afghan refugees and their general practitioners in The Netherlands: to trust or not to trust? *Sociology of Health & Illness*, May2007, Vol. 29 Issue 4, p515
- Binfa, L., Robertson, E. & Ransjö-Arvidson, A-B. (2010). "We are always asked; 'where are you from?': Chilean women's reflections in midlife about their health and influence of migration to Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 445-453. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00734.x
- Bischoff, A., Bovier, P.A., Rrustemi, I., Francoise, G., Ariel, E. & Louis, L. (2003). Language barriers between nurses and asylum seekers: Their impact on symptom reporting and referral. *Social Science & Medicine*, 57, 503-512.
- Bischoff, A., Schneider, M., Denhaerynck, K. & Battegay, E. (2009). Health and ill health of asylum seekers in Switzerland: an epidemiological study. *European Journal of Public Health*, Vol. 19, No 1, 59-64.
- Bischoff, A., Jaeger, F. N., Kurth, E., Tschudin, S. & Zemp, E. (2010). Reproductive health care for asylum-seeking women – a challenge for health professionals. *BMC Public Health* 2010, 10:659. *Sociology of Health & Illness*. Volume 29, Issue 4, pages 515–535, May 2007
- Carroll, J., Epstein, R., Fiscella, K., Gipson, T., Jean-Pierre, P. & Volpe, E. (2007). Caring for Somali women: Implications for clinician-patient communication. *Patient Education and Counseling*, v66 n3 (200706): 337-345.
- Coffey, G.J., Kaplan, I., Sampson, & Montagna- Tucci, M. (2010). The meaning and mental health consequences of long-term immigration detention for people seeking asylum. *Social Science & Medicine*, 70, 2070-2079.
- Cooper, L.A., Johnson, R.L., Powe, N.R. & Roter, D. (2004). Patient race/ethnicity and quality of patient-physician communication during medical visits. *Am J Public Health* 2004;94:2084–90.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Davies, S., Jenkins, E & Mabett, G. (2013). Emotional intelligence: district nurses' lived experiences. *British Journal of Community Nursing*. 15;3

Distriktssköterskeföreningen. (2008). *Kompetensbeskrivning för sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen Distriktssköterska*. Hämtad 6 januari, 2016 från www.distriktsskoterska.se

Eckstein, B. (2011). Primary Care for Refugees. *American Family Physician*. 83; 4

Ekblad, S., Marttila, A & Emilsson, M. (2000). Cultural challenges in end-of-life care: reflections from focus groups' interviews with hospice staff in Stockholm. *Journal of Advanced Nursing*. 31(3), 623-630.

Feldman, R. (2006). Primary health care for refugees and asylum seekers: A review of the literature and a framework for services. *Public Health*, Volume 120, Issue 9, September 2006, Pages 809–816

Förenade Nationerna. (2016). Globalis Flyktingkonventionen. Hämtad 13 januari, 2016 från <http://www.globalis.se/Avtal/Flyktingkonventionen>

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (Red.). (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund. Studentlitteratur AB.

Halligan, P. (2005). Caring for patients of Islamic denomination. Critical care nurses' experiences i saudi Arabia. *Issues in clinical nursing*, 15, 1565-1573, 28 juli, 2005.

Health Education Authority (1994) *Health and Lifestyles: Black and Minority Ethnic Groups in England*. Health Education Authority, London.

Helsingforsdeklarationen (2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtat 13 januari, 2016 från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Henricson, M. (Red.). (2012). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur AB.

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

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB

Larsson, I.E., Sahlsten, M.J.M., Segesten, K, & Plos, K.A.E. (2011). Patients' Perceptions of Nurses' Behaviour That Influence Patient Participation in Nursing Care: A Critical Incident Study. *Nursing Research and Practice*. doi:10.1155/2011/534060.

- Lawrence, P. & Rozmus, C. (2001). Culturally sensitive care of the muslim patient. *Journal of Transcultural Nursing*, Vol. 12 No. 3, juli 2001, 228-233.
- Magnusson, I. (2004). *Etniskt sensitiv hälsoinformation i Primärvård – Hälsobefrämjande kommunikation i mötet mellan patient- tolk- disktriktssköterska – Kunskapsöversikt*.
- McCabe, C. (2004). Nurse-patient communication: an exploration of patients experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 41-49
- McCormack, B. & McCance, T.V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *The Authors*. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x
- Migrationsverket. (2015). *Den aktuella flyktingsituationen*. Hämtad 23 december, 2015 från <http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik/Asylsokande---de-storsta-landerna.html>
- Högskolan i Skövde (2011). *Ämnet omvårdnad – definition, beskrivning och progression*. Skövde: Högskolan i Skövde.
- Nationalencyklopedin, *Kommunikation*. Hämtad 15 december, 2015 från <http://www.ne.se.ezproxy.server.hv.se/uppslagsverk/encyklopedi/lang/kommunikation>
- O'Donnell, C. A., Higgins, M., Chauhan, R. & Mullen, K. (2006). "They think we're OK and we know we're not". A qualitative study of asylum seekers' access, knowledge and views to health care in the UK. *BMC health services research*, 2007; 7: 75
- Parfitt, B. 1999. Working across cultures: a model for practice in developing countries. *International Journal of Nursing Studies*. 36. 371-378.
- Peckover, S. & Chidlaz, R. G. (2007). The (un)-certainties of district nurses in the context of cultural diversity. *Journal of Advanced Nursing*, 58, no. 4 (2007): 377-385
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research. Generating and assessing evidence for nursing practice. Eighth edition*. Wolters Kluwer, Lippincott William & Wilkins. Crawfordsville.
- SFS 1998:204. *Personuppgiftslagen*. Sveriges riksdag. Hämtad 15 december 2015, från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204/
- SFS 2003:460, Lag om etikprovning av forskning som avser människor. Sveriges riksdag. Hämtad 15 december, 2015, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/%20Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-oetikprovning_sfs-2003-460/
- SFS 2013:407. (2013). *Lagen om hälso-och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtat 6 januari, 2016, från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2013407-om-halso--och-s_sfs-2013-407/

Socialstyrelsen. (2015). *Vård och omsorg för asylsökande och andra flyktingar*. Hämtad 20 december, 2015 från <http://www.socialstyrelsen.se/vardochomsorgforasylsokandemedflera>

Strijk, P. J. M, van Meijel B. & Gamel, C. J. (2011). Health and social needs of traumatized refugees and asylum seekers: an exploratory study. *Perspectives in psychiatric care*, 2011 Jan; 47(1): 48-55

Svenberg, K., Mattsson, B. & Skott, C. (2009). A person of two countries. Life and Health in exile: Somali refugees in Sweden. *Anthropologi & Medicine*, 16, 279-291. doi:10.1080/13648470903295984.

Travelbee, J. (1966). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: Davis

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtat 28 mars, 2016 från: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

WHO, *World health organization*. (u.å). Hämtad 23 december, 2015 från <http://who.int/about/definition/en/print.html>

Zotterman, A. N., Skär, L., Olsson, M & Söderberg, S. (2015). District nurses' views on quality of primary healthcare encounters. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29, 418-425. doi: 10.1111/scs.12146

Informationsbrev till verksamhetschef

Till vederbörande
Verksamhetschef

Skövde 2016-01-26

Informationsbrev och förfrågan om medverkan i en intervjustudie, med titeln; Distriktssköterskors upplevelser av att möta flyktingar och asylsökande patienter inom primärvården.

Vi är två sjuksköterskor som heter Anna-Karin Ekelund och Camilla Geidemark som läser speciallistsköterskeprogrammet - Distriktssköterska - vid Högskolan i Skövde. Vi genomför ett examensarbete med syfte att undersöka hur sjuksköterskor inom primärvården upplever möten med flyktingar och asylsökande patienter. Inför studien behövs godkännande av ansvarig verksamhetschef eller motsvarande.

Deltagarna kommer att intervjuas om sitt dagliga arbete med flyktingar och asylsökande. Önskvärt är att sjuksköterskorna har minst två års erfarenhet av möten med flyktingar och asylsökande patienter inom primärvården. Vi ser gärna att såväl manliga som kvinnliga sjuksköterskor deltar i studien.

Intervjun beräknas ta omkring 30-60 minuter, utförs på arbetsplatsen och kommer att spelas in. All data kommer behandlas konfidentiellt, vilket betyder att intervjuerna avidentifieras och behandlas i enlighet med bestämmelser i Sekretesslagen. Sjuksköterskans medverkan är frivillig och kan när som helst avbrytas.

De sjuksköterskor och/eller distriktssköterskor som accepterar att medverka i studien kommer att kontaktas per telefon för att bestämma en tid för sammanträffande och genomförande av intervjun. Före intervjun skriver deltagarna på en blankett för samtycke.

Med vänliga hälsningar

Anna-Karin Ekelund
Student Högskolan i Skövde
Mail: XXX
Mobiltelefon: XXX

Camilla Geidemark
Student Högskolan i Skövde
Mail: XXX
Mobiltelefon: XXX

Handledare:
Rune Svanström
Universitetslektor,
fil. dr. i vårdvetenskap
Högskolan i Skövde
Mail: XXX
Tel nr: XXX

Samtycke

**Skriftligt, informerat samtycke till medverkan i intervjustudien med titeln;
Distriktssköterskors upplevelser av att möta flyktingar och asylsökande patienter inom
primärvården.**

Jag har informerats om studiens syfte, om hur informationen samlas in, bearbetas och handhas. Jag har även informerats om att mitt deltagande är frivilligt och att jag, när jag vill, kan avbryta min medverkan i studien utan att ange orsak. Jag samtycker härmed till att medverka i denna intervjustudie som handlar om; Distriktssköterskors upplevelser av att möta flyktingar och asylsökande patienter inom primärvården.

Ort/Datum/År: _____

Namnunderskrift: _____

Namnförtydligande: _____

Forskarens underskrift: _____

Namnförtydligande: _____

Handledare:
Rune Svanström
Universitetslektor,
fil. dr. i vårdvetenskap
Högskolan i Skövde
Mail: XXX
Tel nr: XXX

Intervjufrågor

- 1) Beskriv för mig en händelse du varit med om i mötet med asylsökande?
- 2) Kan du beskriva någon mer händelse?
- 3) Hur upplever du att det är att kommunicera med flyktingar/asylsökande patienter?
- 4) Hur upplever du att det är att möta asylsökande patienter?
- 5) Vad bör sjuksköterskan tänka på i mötet med asylsökande?
- 6) Vilka egenskaper anser du att man bör ha som sjuksköterska i arbetet med asylsökande?
- 7) Hur förbereds dagens distriktsköterskor för att arbeta med asylsökanden?

Förslag på följdfrågor i enlighet med Kvale och Brinkmann (2014).

- Kan du beskriva det för mig? Vad hände?
- Vad gjorde du då? Hur kommer du ihåg det? Hur upplevde du den händelsen?
- Vad anser du om det? Vad har du för uppfattning i den frågan?
- Vad har du för åsikt kring det som hände? Hur bedömer du det idag?