



MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

ASYLSÖKANDES MÖTE MED DEN SVENSKA SJUKVÅRDEN

EN KVALITATIV EMPIRISK INTERVJUSTUDIE
MED HÄLSOKOMMUNIKATÖRER INOM DEN
SVENSKA SJUKVÅRDEN.

Lina Formare
Anneli Hesselbom

ASYLSÖKANDES MÖTE MED DEN SVENSKA SJUKVÅRDEN

En kvalitativ empirisk intervjustudie med Internationella hälsokommunikatörer inom den svenska sjukvården.

Lina Formare
Anneli Hesselbom

Formare, L & Hesselbom, A (2006). Asylsökande upplevelser av den svenska sjukvården, en kvalitativ empirisk intervjustudie med Internationella hälsokommunikatörer inom den svenska sjukvården. *Examensarbete i omvårdnad 10 poäng*. Malmö Högskola: Hälsa och samhälle. Utbildningsområde omvårdnad, 2006.

Syftet med denna studie är att undersöka vad som händer i mötet mellan asylsökande personer och svensk sjukvårdspersonal. Materialet samlades in genom sex djupintervjuer med Internationella hälsokommunikatörer, anställda inom Region Skåne. Hälsokommunikatörerna har invandrarbakgrund och egen erfarenhet i asylsökningprocessen. Metoden som använts är en analytisk induktion. Materialet bearbetades med en latent innehållsanalys.. Författarnas tolkning av resultatet lägger en tyngdpunkt på *kommunikation, kulturella skillnader, omvårdnad, ohälsa och ohälsan under väntan*.

Författarnas slutsats är att de asylsökande utsätts för en onödigt lång paus i livet, under processen att få besked. I mötet med den svenska sjukvården känner de inte sig väl omhändertagna. Sjuksköterskan har en stor uppgift att öka kommunikativa medel för att komma närmre i mötet, för att kunna ge bättre omvårdnad.

Nyckelord: asylsökande, flyktingar, möte, svenska sjukvård, upplevelser, omvårdnad.

ASYLUM SEEKERS MEETING WITH THE SWEDISH CARE

A qualitative study of interviews with International health-communicators in the Swedish care.

Lina Formare

Anneli Hesselbom

Formare, L & Hesselbom, A (2006) Asylum seekers experiences of the Swedish healthcare as they are expressed thru interviews with International health-communicators. A qualitative empirical interview study thru International health-communicators within the Swedish healthcare. *Degree project in care, 10 points*. Malmö University: Health and Society. Department of Nursing care, 2006.

The purpose of this study is to investigate what's happening in the meeting between asylum seekers persons and the Swedish healthcare staff. The material was gathered thru six deep interviews with International health communicators, employed within the Region of Skåne. Health communicators have themselves immigrant background and experience off asylumseekingprocess. The method that's been used is analytic induction. The material been worked up with latent content analyse.. The author's interpretation of the results lays a centre of gravity on *communication, culture diversity, care, illness and illness during waiting*.

The author's conclusion is that the asylum seekers are exposed to an unnecessary long pause in life, during the process off getting a notification. In the meeting with Swedish healthcare, they do not feel that they get proper care. The nurse has got a great task to increase the ways off communications, to get closer in the meeting, too be able to give better care.

Keywords: asylum seekers, refugees, meeting, Swedish healthcare, experience, care.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	6
Inledning	6
Omvårdnad	6
Egenvård	7
Teoretisk referensram	7
Inre resurser	8
Yttre resurser	8
Historik	9
Invandring i Sverige	9
Definitioner	10
Dagsläget	11
Tidigare forskning	12
Stress	13
Tolk	13
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	14
METOD	14
Avgränsningar	14
Urval	15
Etiska överväganden	15
Studiedesign	15
Datainsamling	16
Genomförande	16
Bearbetning och Analys	17
RESULTAT	17
Informanternas bakgrund	17
Bakterie och virusinfektion	18
Väntan	19
Ohälsa	19
Kommunikation	20
Bemötande	20
Akut	21
Kulturella skillnader	21
Omvårdnad	21
DISKUSSION	22
Metoddiskussion	22
Metodval	22
Studiedesign/Analys	22
Urval	23
Etik	23
Resultatdiskussion	24
Informanternas bakgrund	24
Bakterie/virusinfektion	24
Väntan	24

	Ohälsa	25
	Kommunikation	26
	Bemötande	26
	Akut	27
	Kulturella skillnader	27
	Omvårdnad	28
SLUTORD		29
	Fortsatt forskning	30
REFERENSER		31
BILAGOR		

BAKGRUND

När vi som sjuksköterskestuderande inom vården har mött invandrare och asylsökande, har vi sett att missförstånd har uppstått mellan patient och sjukvårdspersonal. Det har visat sig genom brist på förståelse och inlevelse, främst genom begränsningarna i kommunikationen. Även där språkbarriären överbryggades, med till exempel hjälp av tolk, så fanns det fortfarande en klyfta mellan patient och sjukvårdspersonal, och kontakten dem emellan uteblev.

Inledning

Vetskapen om en ny vårdcentral för asylsökande startade en nyfikenhet angående deras situation inom den svenska sjukvården. Detta blev början på frågeställningar som formuleras i studien.

Omvårdnad

Alla kulturer har sitt sätt att förhålla sig till förändringar i tillvaron, födsel, döden, sjukdom för att ta några exempel. Hur förändringarna uttrycks och uppfattas varierar. Det är då viktigt att som sjuksköterska att se och förstå individens beskrivning av sina symtom (Jahren-Kristoffersen, 1997).

”Eftersom varje människa är unik, är även varje vårdssituation där patient och sjuksköterska samverkar unik” (Citat, a.a, sid. 168)

Almås (2002) beskriver beroendet som skapas när människor med en annan kulturell bakgrund blir sjuka. Han eller hon blir då beroende av hur sjukvårdspersonalen har förmåga att tolka och uppfatta symtomen och reaktionen på till exempel smärta. Detta behöver tolkas på rätt sätt, trots de kulturella skillnader som finns. Hur individens beteende påverkas, sker i stor utsträckning av de oskrivna lagar som finns i närmiljön och som finns i hemmet. Det finns många olika sätt att uttrycka smärta på och det kan vara svårt att tolka hur stark den är (Almås, 2002).

Ett rådande klimat av ömsesidig respekt gör att patienten kan vara öppen och uttrycka sina känslor och tankar utan risk för att klandras eller bli till åtlöje. Ordet respekt är lätt att ta till, men respekt kan ha skilda betydelser för olika människor. Det som är viktigast är att vara lyhörd och försöka tolka patientens signaler. Finns det en känsla av respekt inger det ett förtroende och en trygghet för patienten. Trygghet skapas när båda parterna respekterar varandra i ett samspel (Jahren-Kristoffersen, 1997).

Det finns förväntningar på sjuksköterskan som kommer från olika håll. Det finns från både patienten och anhöriga, och det skiljer sig från vad kollegor och läkare förväntar sig från sjuksköterskan. Yttre förväntningar på sjuksköterskan kan förändra omvårdnaden omedvetet, både negativt och positivt (a.a.). Detta sker genom sjuksköterskans sätt att vara och hennes attityder. Det är viktigt att sjuksköterskan känner till detta och har en moralisk och etisk värdegrund att stå och falla tillbaka på (Jahren-Kristoffersen, 1997).

Möjlighet till kommunikation är ett av de största och viktigaste verktygen för sjuksköterskan i sin omvårdnad, att förstå patientens beskrivningar, kunna tolka signaler och även att själv kunna göra sig förstådd. Kommunikation betyder mer än just det verbala överförandet av ord från mun till öra (a.a).

Egenvård

Vid undervisning i egenvård är det av stor betydelse att det ska främja hälsa och förebygga ohälsa. Det innebär mer än att bara informera verbalt. Det handlar om att repetera och ingjuta motivation för att använda sig av innehållet i informationen. Vissa patientgrupper behöver mer stöd för att klara av och utföra egenvård. De inre och yttre resurser som en person har styr till en viss del deras förmåga att klara av egenvården. Sjuksköterskan ska vid behov, stötta och hjälpa till om patienten behöver det för att klara av egenvården. Olika orsaker kan verka hälsoavvikande såsom otillräckliga kunskaper, brist på vilja och försvagande krafter. Människan har mycket olika förutsättningar för att uppfatta och tolka problem (Jahrenkristoffersen, 1998).

Hur individer använder sig av sjukvårdssystemet är format av de kulturella företeelser som styr hur de handlar och tänker i olika situationer. Detta är vad man i ett samhälle beskriver som det som är normalt, 'så här är det och så gör man' (Sachs, 1983).

Utgångsläget är hur en individ ser på situationen i kontrast med kunskap och erfarenhet den har från en liknande situation, dess referensram. Sachs (1983) ser förhållandet till en specifik situation, såsom inom sjukvårdssystemet, som kan delas upp på tre plan. Den första är deras egna referensramar. Där ingår de närmaste personerna i deras liv. I den inre cirkeln, plan ett, kan de reflektera över sjukdom, i relation till hälsa och här tolkar de symtom som finns.

På det folkliga planet, plan två, söker de sig ut i samhället, efter likasinnade som kanske kan hjälpa dem och därmed bekräfta sjukdom eller hälsa, genom att diskutera symtomen. I Sachs (1983) studie tar hon upp exempel som specialister med magiska metoder som kan anlitas för ändamålet. Det vetenskapliga planet är den tredje och sista. Den består av utbildade medicinkunniga som förlitar sig på fysiologiska förklaringsmodeller för sjukdom och dess symtom. Här används diagnostisering för att bekräfta sjukdom (a.a).

Teoretisk referensram

Författarna har valt att utgå ifrån Carnevalis (1996) teori. Då modellen eftersträvar en balans i det dagliga livet, beroende på de inre och yttre faktorerna som finns tillhands. Balansen i det dagliga livet påverkas av hur individen kan fungera i den. Balansen är på olika nivåer, en lägre eller en högre. Om resurserna är tillräckliga kan individen uppnå en högre balans i det dagliga livet. Men om individens förmåga är begränsad kan balansen ändå uppnås, trots den låga nivån, genom en tillgång av de yttre resurserna.

Carnevali (1996) tar upp betydelsen av framtida aktiviteter, här kan sjuksköterskan planera med patienten efter hennes förmåga att klara av dessa. Det beror på individens förmåga. Sjuksköterskan är hela tiden uppmärksam och samlar in data om olika upplevelser som är förknippade med aktiviteterna, detta för att se om aktiviteterna har en betydelse och mening (a.a).

Förväntningar i det dagliga livet kommer oftast från individen själv. En annan del av det dagliga livet är omgivningen, det är av största vikt att sjuksköterska kan koppla de kraven som ställs i det dagliga livet med hänsyn till den berörda individens förmåga. När en individs hälsotillstånd förändras är det vanligt att förväntningarna ändras. En individs beteende, reaktioner och upplevelser är hälsorelaterat, och kan kopplas till den människans seder, bruk, övertygelser och värderingar. En människa, familj eller en grupp ses som en tillgång av de inre resurserna, för att tillgodose de krav och hälsorelaterade utmaningar som finns i det dagliga livet (Carnevali, 1996).

Inre resurser. De inre resurserna som förtydligas här är följande;

- styrka
- kunskap
- mod
- kommunikation

Det kan vara en styrka att kunna hantera och ha kontroll över olika situationer, så som känslomässiga, en stressfylld väntan på något svar, psykiskt eller fysiskt. Individens uthållighet baseras på hur länge han har orkar och har kraft. En del sinnesförmågor beror på hjärnans förmåga att kunna tolka information och att ta in den. Sinnesstämningen innefattar gruppens eller individens normala tillstånd. Människor är mer eller mindre positiva i sin läggning. En förändring kan påverka hur individen reagerar (a.a).

Kunskapen hos individerna gällande hälso- och sjukvårdfrågor är bra att veta, då det berör hälsobeteende och behandling. Orsaken till bristande motivation hos patienten behöver utredas och det är viktigt att sjuksköterskan är medveten om hur mycket som patienten önskar att delta (.a.a).

I det dagliga livet finns det många hälsorelaterade situationer som kräver mod och ett risktagande. Det är därför viktigt att veta vad den enskilda individen eller gruppen anser vara en risk eller problem som kan uppstå vid en riskfylld situation (a.a).

Kommunikation är individens sätt att förstå andra och att göra sig förstådd på. Vid olika hälsotillstånd kan kommunikationen komma att påverkas, kanske man inte talar samma språk, eller använder den vokabulär som vårdpersonalen använder (a.a).

Yttre resurser. De yttre resurserna som förtydligas här är följande;

- Boendemiljö
- Kommunikationsmöjligheter
- Pengar
- Motivation

I de yttre resurserna ingår de som finns utanför människan och/eller i gruppen. Individens boendemiljö innefattar där det dagliga livet levs. Det är viktigt att sjuksköterskan är medveten om individens resurser som finns tillhands, vid olika behov. Möjligheten till att vara ifred vid önskemål, och umgås när man önskar (Carnevali, 1996).

Livskvalitet kan öka om man har tillgång till ett trivsamt närområde eller grannar. Det finns andra betydelsefulla saker som inverkar såsom personlig säkerhet. Möjligheterna till kommunikation kan vara datorer, telefoner eller annan utrustning som gör det möjligt att komma i kontakt med sjukvården. Det är viktigt att sjuksköterskan är medveten om de olika kommunikationsmetoderna som finns, då utvecklingen går snabbt (Carnevali, 1996).

I de yttre resurserna är en av individens viktigaste tillgångar, familjen, eller människor som finns tillgängliga för dem vid olika problem. Det kan vara sjukvårdspersonal, vänner, släkt grannar som erbjuder sin hjälp (a.a).

Pengar är en av de grundläggande faktorerna för att bevara och hantera hälsa. Brist på pengar kan bidra till försämrad hälsa och nedstämdhet i det dagliga livet. Det är viktigt att sjuksköterskan är medveten om vilka problem som kan uppstå för individen, på grund av en ekonomisk brist (a.a).

När sjuksköterskor bemöter patienter och anhöriga är det viktigt att uppmuntra dem så att de känner en tilltro för sin kompetens, och inger dem en insikt om att sjuksköterskorna tar ansvar för kvalitén inom hälso- och sjukvården (a.a).

Historik

På 1700-talets mitt så talade upplysningstänkare om människans naturliga rättigheter. Många länder anammade dessa och tog in dem i sina grundlagar. Deras naturrätt bestod av att människan var en fri varelse med lika rätt till frihet, liv och egendom (www.manskligarattigheter.gov).

1948 utvecklade FN en allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna. Den grundade sig på de senaste 200-årens samlade kunskap och erfarenhet genom världshistorien (a.a.).

”Envar har rätt att i andra länder söka och åtnjuta fristad från förföljelse”
(FN 1948, 10 dec artikel 14, FN’s allmänna förklaring av mänskliga rättigheter)

Invandring i Sverige

Folkvandringar har funnits i alla tider och efter att människan satte upp gränser kring landstycken, finns det in- och utvandrare. Det ligger i människan natur att söka sig någonstans där de kan leva och höja sina livsvillkor. I Sverige har århundraden av invandring lämnat avtryck och intryck. Det syns på byggnader och lever kvar i språket, något som vi idag inte känner igen som något annat än en del av svensk kultur (Statens invandrarverk, 1997; Morfiadakis, 1986).

Det är främst arbetsinvandringen som varit stor. Den första kännbara kunskapen vi fick av utvandring var när 1,2 miljoner människor emigrerade till Amerika, i senare delen av 1800-talet till 1930-talet. Bönderna märkte det inte minst på arbetarbrist under skördesäsongerna. Arbetskraft fick hyras in, främst från Galizien, Polen. Det kom ca 1500 personer per år och de flesta åkte hem igen men en del stannade kvar och blev bosatta (Statens invandrarverk, 1997; Morfiadakis, 1986).

Även från andra länder kom små invandrande grupper, från Italien kom det hantverkare och musiker. 1910 var de 335 stycken folkbokförda italienare och de har lämnat spår efter sig genom att smycka det Kungliga Slottet och Riksdagshuset i Stockholm (a.a).

Sveriges första utlänningslag kom när det första världskriget startade. De som tillhörde fiendeland var tvungna att återvända hem, om de inte riskerade åtal eller straff av politiska skäl i hemlandet. Även de som ansågs bo för långt bort för att skickas hem fick stanna (a.a).

När nazisterna tog makten i Tyskland fanns det många som önskade ge sig av därifrån. Detta på grund av den förföljelse vissa grupper utsattes för. Fram till att det andra världskriget bröt ut 1939, tog Sverige endast emot 5000 flyktingar därifrån. Krigets början blev en vändpunkt och fler flyktingar strömmade ut ur Tyskland och restriktionerna angående flyktingar försvann. Alla som sökte fristad för politiska skäl fick stanna i Sverige (Statens invandrarverk, 1997 ; - Morfiadakis, 1986).

De största grupper invandrare i Sverige har alltid varit från grannländer, norrmän, finnar och danskar. Krigsslutet ändrade inte på detta. Industrialismen som växte i Sverige krävde många arbetare, så invandrarna var välkomna och fler behövdes, så arbetskraft fick rekryteras från andra länder. Under 50-talet var det en jämn in- och utströmning inom Norden, eftersom länderna kommit överens om gemensam arbetsmarknad. På 60-talet nådde antalet upp till 60 000 personer per år som rekryterades för arbetskraft till Sverige. Efterfrågan var stor och i mitten av årtiondet fanns även nationaliteter som Jugoslavien, Grekland och Turkiet representerade på den svenska arbetsmarknaden. En nedgång i världsekonomin sänkte under 70-talet efterfrågan på invandrad arbetskraft och nya restriktioner sattes, fast boende och jobb innan inflyttning i landet (a.a).

Arbetskraftsinvandring kan ses som en måttstock på välfärden i ett land. Stor efterfråga betyder en god ekonomi. I modern tid ser man alltmer människor som söker sig bort från sitt hemland på grund av en kris i landet. Det kan vara svält, politisk förföljelse, krig och oroligheter. Orsaken till att människan vandrar har inte förändrats något större genom historien, man strävar fortfarande efter att förbättra sina livsvillkor (a.a).

Definitioner

I samhällsdebatten ser och hör man användning av gruppdefinitioner som invandrare, asylsökande, flykting, utan en djupare förklaring till betydelsen av att tillhöra en viss grupp (Ekblad et al, 1996).

För att ha en förståelse för individernas situation, är det viktigt att konkretisera vad som menas med de grupperingar som benämns och innebörden av dem. För att förtydliga de ord och uttryck som används, klargörs de skillnader som finns bakom gruppbenämningarna nedan (Ekblad et al, 1996).

Vid rädsla för förföljelse i sitt hemland på grund av sin nationalitet, sin samhällsgrupps tillhörighet, sin religiösa eller politiska övertygelse, sin sexuella läggning eller sitt kön, har man rätt att söka asyl i ett annat land än sitt hemland, enligt FN:s flyktingkonvention. Dessa skäl ligger ofta till grund för ett permanent uppehållstillstånd (www.migrationsverket.se).

En asylsökande är en person som söker fristad i ett annat land i behov av skydd och där ansökan om uppehållstillstånd ej ännu gått igenom (www.ne.se).

Flykting är den individ som ansökt om asyl och fått uppehållstillstånd. Med detta uppehållstillstånd erkänns personen som legal flykting, enligt FN konventionen och ges en flyktingförklaring av migrationsverket. Efter detta erkännande, som flykting, kan personen efter fyra år av oavbrutet boende ansöka om ett medborgarskap i Sverige. För en Nordbo krävs det endast två års boende för att ansöka (www.migrationsverket.se).

Invandrare är man om man förflyttar sig från ett land till ett annat, för att bo kvar där. Enligt Svenska folkbokföringen är den kortaste tiden ett år för att det ska räknas som en bosättning (www.ne.se).

Definitionen invandrare kan delas upp i två kategorier, utifrån vilket land man är född i eller i vilket land man är medborgare i. Har man, som bosatt i Sverige, en anknytning till ett annat land genom födsel eller medborgarskap räknas man som invandrare. Ordet invandrare används för att kategorisera ett ursprung eller tillhörighet. Det används flitigt inom statistiken, och i vardagligt tal (www.migrationsverket.se).

Dagsläget

I världen över så finns det i dagsläget 19,2 miljoner människor som är asylsökande, flyktingar, statslösa, återvändare och övriga som inte är skrivna i ett land eller har ett hem. Endast flyktingar uppgick till 9,6 miljoner i början av 2004, och i slutet av samma år fanns det 9,2 miljoner (www.unhcr.org)

I Sverige arbetar man med migration och asylfrågor, där FN:s deklARATION angående de mänskliga rättigheterna är utgångsläget. Socialstyrelsen har 1985 tagit fram riktlinjer angående Hälso- och sjukvård för asylsökande och flyktingar. Dessa riktlinjer har reviderats i omgångar efter hand som förutsättningar inom flyktingmottagandet har förändrats (SOSFS 1995:4).

Alla nyanlända bör erbjudas ett hälsosamtal i samband med ankomst. Lagen, SOSFS 1995:4, är inriktad på både en samhällsnivå, när det kommer till smittorisker, och en individnivå. På denna nivå försöker man uppmärksamma de akuta behov som inte kan vänta för de asylsökande. Flyktingar, som har fått en kommun tilldelad sig för bosättning, har samma rätt till sjukvård som en svensk medborgare. Barn ska alltid få tillgång till sjukvård i samma utsträckning som de barn som är bosatta i landet (a.a).

Rätt till sjukvård har ett likhetstecken mellan sig och sjukvårdsersättning. För asylsökande och flyktingar utgår det en statlig ersättning till de landsting och kommuner som sörjer för vissa sjukvårdstjänster. I dessa tjänster ingår hälsoundersökningar, akut tandvård och akut sjukvård, det vill säga vård som är i stunden livshotande och/eller om vården dröjer för länge kan ha allvarliga konsekvenser för patienten. Även vård och åtgärder vid smittorisk för en samhällsfarlig sjukdom, som till exempel tuberkulos, hiv, hepatit B och C ingår. Mödrahälsovård, förlossningsvård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning ersätts också av staten (a.a.).

År 2004 ansökte 23 161 personer om asyl i Sverige. Trenden idag är att antalet ansökningar minskar. Enligt Migrationsverkets bedömning så sjunker antalet ytterligare och år 2006 blir det 18 000 asylärenden. Bifall ges i genomsnitt i 10 procent av fallen. Migrationsverket jobbar på många plan och en satsning är att öka möjligheten för asylsökande att återvända hem. År 2004 återvände 10 000 personer till sitt hemland, av egen fri vilja. År 2006 räknar man med att 14 000 personer ska ha den möjligheten. Detta, att självmant återvända till sitt hemland, ska inte förväxlas med en avvisning för en asylsökande (www.migrationsverket.se).

32 procent av en asylsökandes omkostnad avser hälso- och sjukvårds delen. Från och med den 1 januari år 2005 ska ersättning, från stat till landsting, för vård till asylsökande höjas. Det är en ökning med som mest 36 procent, beroende på personens ålder. Psykiatrisk vård ska erbjudas även till föräldrar, för barnets bästa (Utrikesdepartementet, Pressmeddelande, 25 nov 2004).

I Malmö stad har invandringen ökat till 25 procent av befolkningen 2005, relaterat till 5 procent 1960. Malmö är idag en av Sveriges invandrartätaste kommuner. Detta är grogrunden till ett stort projekt inom Region Skåne och Malmö stad. Målsättningen med projektet var att utbilda invandrare, med sjukvårdsutbildning från sitt hemland, att sammanföra asylsökande/flyktingar och invandrare med den svenska sjukvården. Avsikten var även att sprida sin kunskap, inom språk och kultur, till den svenska sjukvården. De är anställda som Internationella hälso-kommunikatörer, förkortas IHK. Deras roll är att vara den bro som överbryggat kommunikationsbristen mellan patient och sjukvårdspersonal vid behov, och därmed minska missförstånd och konflikter (Rapport IHK 2005).

Tidigare forskning

I en studie från 2005 uttrycker sjukvårdspersonalen sin frustration över att inte kunna hjälpa de asylsökande. De efterfrågar en modell i organisationen och nya rutiner för att kunna hjälpa på bästa sätt. De språkliga och kulturella skillnader ligger till grund för många missförstånd och missstolkningar. Sjukvårdspersonalen anser att de asylsökande har bristande kunskap om den svenska sjukvårdens möjligheter till bistånd (Hultsjö & Hjelm 2005).

Många asylsökande känner sig utanför samhället och menar att de inte får den hjälp de behöver inom sjukvården. De känner att de blir diskriminerade i jämförelse med invandrare och andra flyktingar som fått uppehållstillstånd. Glädjen över att ha kommit till ett nytt land för bosättning, för att leva och jobba, förbyts snabbt till ilska och sorg, när de känner sig ovälkomna och missförstådda (Omeri, Lennings, Raymond, 2006).

I dessa studier påvisas behovet av ökade möjligheter till att utveckla bättre förståelse mellan asylsökande personer och sjukvårdspersonal (Hultsjö & Hjelm, 2005; Omeri, Lennings & Raymond, 2006).

Leininger (1997) upptäckte i mitten av 50-talet att omvårdnad och kultur var osynliga när det kom till sjuksköterskans yrkesutövning. I efterdyningarna av andra världskriget såg hon ett framtida behov för sjuksköterskor att inhämta ny kunskap, för att fungera i en mångkulturell värld. Leininger har utvecklat ett antal modeller för att studera olika aspekter av kulturell omvårdnad och omsorg (a.a).

Stress

Enligt en rapport från Karolinska Institutet, 2006-03-14, mår de som väntar på uppehållstillstånd psykiskt mycket dåligt, genom att stå utanför samhället. Speciellt de som väntar en längre tid med svar om sin framtid. Depression och aggressivitet ökar med tiden och känslan för sammanhang, även kallat KASAM, går ner. Även om man har de hälsobringande faktorerna, KASAM, så kan det efter hand brytas ner och man går in i en depression. Detta antyder att under en längre tids utsatthet av stressorer, som trauma, därmed bryter ner det som håller dig frisk (www.ki.se)

Det finns fyra olika grupper där man kan sätta in reaktioner som tyder på stress.

- Den emotionella gruppen, som består av ångest och oro. Depression tillfaller denna grupp.
- Den kognitiva gruppen. Här uppvisas koncentrationssvårigheter, beslutsfattning och även minnesbortfall.
- Den beteendemässiga stressreaktionsgruppen ändrar sitt beteende. Denna grupp självmedicinerar sig med hjälp av droger, alkohol och cigaretter. Även matvanor förändras, självsvält och bulimi.
- Den fysiologiska gruppen. Här är det sympatiska nervsystemet som tar överhand. I den mån att sympatiska stressreaktionen är påslagen för länge, för ofta och utan en chans till återhämtning kan det medföra förändringar i organsystem och ge bestående skador (Ekman & Arnetz, 2002).

Tolk

När en tolk anlitas finns risken för feltolkningar. Den professionella tolken ska vara neutral och han har tystnadsplikt liksom sjuksköterskan. Det är inte att föredra att man använder familjemedlemmar eller barn som tolk. I vissa kulturer är det inte enligt normen att tala om sin kropp när barn är närvarande. Patienten känner att de kommer i en beroendeställning av sina barn. Om en vuxen familjemedlem tolkar kan han omedvetet eller medvetet överföra sina egna tolkningar av problemet till patienten, eller helt enkelt låta bli att tala om något. När sjuksköterskan talar med en patient och använder tolk, är det viktigt att hon sätter patienten i centrum, och har ögonkontakt. Så att patienten inte känner sig som en tredje person. Det är viktigt att patienten känner sig trygg under ett tolksamtal (Jahren-Kristoffersen, 1997).

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med arbetet är att studera vad som händer i mötet mellan asylsökande personer och svensk sjukvårdspersonal. Frågeställningen grundar sig på nystartandet av en vårdcentral för asylsökande. Vilka behov finns hos asylsökande som inte kan tillgodoses hos en vanlig vårdcentral?

Frågeställningarnas inriktningar är följande;

- Hur ser IHK:arnas bakgrund och utbildning ut?
- Hur ser de på sig själva i sin roll som IHK:are?
- Hur uppfattas IHK av svensksjukvård och asylsökande?
- Hur ser de på asylsökandes situation, i dagsläget?
- Vid jämförelse, vilka skillnader och likheter finns det inom sjukvården, mellan hemlandet och i Sverige?
- Vilka för och nackdelar finns det i de olika sjukvårdssystemen?

METOD

Denna studie är en empirisk kvalitativ undersökning. Den genomförs med ett fåtal djupintervjuer med hälsokommunikatörer, som har egna erfarenheter av asylsökningens processen och har en utländsk bakgrund. Den kvalitativa forskningsintervjun syftar till att beskriva och tolka den intervjuades livsvärld och fokuserar på vissa teman. Öppenheten i kvalitativa studier är till en stor fördel. Den intervjuade berättar vilken uppfattning hon/han upplever i förhållande till ämnet. Här lämnas det öppet för informanterna att ställa frågor om studien och intervjun (Kvale, 1997).

Avgränsningar

Exkluderingen summerades till sjukvårdspersonal som inte arbetar nära med asylsökande och invandrare inom vården. Önskemålet var personer med erfarenhet av asylsökande och att de var i myndig ålder. De skulle ha varit i Sverige i minst två år, för att undvika behovet av tolk. Ett naturligt urval av deltagare kom till då kontakten via Region Skåne dirigerade oss till Internationella Hälsokommunikatörer. De är anställda av Region Skåne och är en del av den svenska sjukvården. De har även en egen kunskap av asylprocessen och av att vara invandrare i Sverige.

Urval

Medverkande i studien är hälsokommunikatörerna som arbetar i nära kontakt med asylsökande och flyktingar. Den första kontaktpersonen blev verksamhetschefen inom Primärvården Skåne Sydväst. Förfrågan om deltagandet följdes av ett positivt besked.

Verksamhetschefen förmedlade kontakt med personen som blev ”gatekeeper”. I studien kommer internationella hälsokommunikatörer främst att benämnas med förkortningen, IHK.

”Gatekeeper” är den person som möjliggör kontakten mellan forskaren och de som ska observeras och/eller intervjuas. Det är viktigt att ha tillgång till en ”gatekeeper”, som känner till verksamheten (Dahlberg, 2001).

I denna studie används det svenska ordet för ”gatekeeper”, grindvakt.

Grindvakten hjälpte till genom att fråga sina medarbetare om deltagande i studien. Det fanns direkt intresse. Information (bilaga 1) och samtyckesblankett (bilaga 2) skickades både till grindvakten och till önskvärda deltagare på avdelningen, för att förmedla syftet med studien. Sex personer anmälde sitt intresse, tre kvinnor och tre män. Urvalet har till viss del gjorts tidigare, då alla anställda IHK:are har en utländsk bakgrund och en sjukvårdsutbildning från sitt hemland.

Etiska överväganden

Tillstånd för den empiriska studien gavs av berörd verksamhetschef samt Etikprövningsnämnden vid Malmö Högskola, Hälsa och samhälle. I enlighet med Helsingforsdeklarationen, har informanterna kunnat avbryta sitt deltagande när som helst och medverkat frivilligt. De tankar som finns angående de etiska aspekterna är att, deltagarna ska känna att deras medverkan inte röjer deras identitet i studien. De erbjuds konfidentialitet och förhoppningsvis säger vad de verkligen tycker och tänker. Utrymme gavs informanten att uttrycka sig fritt. Alla informanter informerades innan intervjun började och de skrev under samtyckesblanketten. All dokumentationen över studien, däribland de inspelade intervjuerna, kommer att förstöras efter godkänt arbete. Författarna är de enda som lyssnar på banden (Helsingforsdeklarationen).

Intervjupersonerna benämns i studien med figurerade och könsneutrala namn, för att skydda deras identitet och kön.

Studiedesign

Metoden som använts är en analytisk induktion, efter Hartmans (2004) riktlinjer. Den genomförs i tre faser, planerings-, insamlings- och analysfasen, stegvis.

Första steget är planeringsfasen, som innehåller två moment i sig. En fråga ska formuleras som besvaras genom studien. Här ska bestämmas vad som ska undersökas och i vilken specifik grupp av människor. När valet av kunskapskälla är gjort, ska en undersökning utformas som ett andra moment i planeringsfasen (a.a).

Vilken datainsamlingsmetod ska användas för att det ska bli ett trovärdigt svar på frågeställningen? Här tas kontakt med kunskapskällan med en förfrågan om ett deltagande i studien (Hartman, 2004).

I insamlingsfasen kan man använda både observation och intervju. Inom kvalitativa studier är det vanligt med intervjuer. Kvalitativa undersökningar är friare än kvantitativa eftersom det inte finns någon bestämd variabel att undersöka, den växer fram under studiens gång. Under denna fas samlar man in data för senare analys (a.a).

I analysfasen finns det två moment som följs åt. I första steget reduceras datamaterialet genom kategorisering. Därefter kodas det. Steg två innebär att materialet läses om och om igen för att hitta en mening, se olika företeelser och det är här som förståelsen framträder (a.a).

Vid studiens start söktes litteratur om asylsökande inom sjukvården på Hälsa och samhälles bibliotek och Orkanen, Malmö Högskolas stora bibliotek. IHK har skickat material om sin verksamhet och läst in lagar och riktlinjer för att ha lite på fötterna inför frågeställningarna och samtalet (intervjun). På Internet söktes artiklar i databasen Pubmed och Elin. Parallellt med att kontakten knöts med IHK, utarbetades frågeställningarna.

Datainsamling

Frågeställningarna har växt fram under tiden som material samlats in. Under arbetes gång har vissa frågor besvarat sig själva, medan andra vuxit sig större. Efter diskussioner och omformuleringar växte ett semistrukturerat frågeformulär fram (Bilaga 3) Detta används som grund för intervjuerna. För att begränsa intervjuerna i tid reducerades intervjuguiden till 15 frågor. Frågorna har tre inriktningar. Steg ett är isbrytande, där deltagaren berättar om sig själva, vem de är, var de kommer ifrån och utbildning. Frågeställning del två är mer inriktat på deras roll som hälsokommunikatör. Hur de ser sig själva, hur de invandrare och asylsökande, som de arbetar med, ser på dem, IHK:arna, och deras arbete. Del tre innefattar en djupare inblick i mötet. Detta möte innebär vad som sker mellan IHK, asylsökande/flyktingar och svensk sjukvård, och tankarna och åsikterna om mötet däremellan.

Grindvakten bokade alla sex intervjuer till en och samma vecka, två om dagen. Allt som sägs under intervjutiden spelas in på bandspelare. Bandspelaren har ett digitalt minneskort, flashcard, med ett minne på nio timmar. Oron ligger mest på batteriåtgången, då den drar fyra AA batterier per intervju. Genom informationen som de fått vid ett tidigare tillfälle via e-post och direkt innan intervjutillfället, visste de syftet och frågeställningen med intervjun.

Genomförande

Alla sex informanterna hade fått utskickat ett informationsbrev (bilaga 1) och en samtyckesblankett (bilaga 2) via e-post ca två veckor innan intervjutillfället. Alla intervjuerna genomfördes i ett litet och lugnt samtalsrum på deras arbetsplats. Innan intervjun påbörjades fick de läsa genom informationsbladet igen och skriva på samtyckesblanketten. Författarna genomförde varannan intervju.

Den som intervjuade informanten ställde frågorna och frågeställningen i sig tog hela uppmärksamheten, så den andre observerade innehållet i intervjun och ställde eventuella följdfrågor. Därför valdes det att genomföra intervjuerna tillsammans och på så sätt fick den observerande författaren ett bättre helhetsintryck. Under intervjuerna användes intervjuguiden med de tre kategorier som frågorna baserades på. Författaren uppmanade informanten att utveckla eller förtydliga svaret vid behov. Det tog cirka 45 till 55 minuter per intervju.

Bearbetning och Analys

Ett första steg i bearbetningen av data är att transkribera materialet. Det innefattar att intervjuerna skrivs ut i sin helhet, så ordagrant som möjligt för att kunna gå tillbaka till texten och hitta exakta citat från den intervjuade (Dahlberg, 1993).

I enhet med latent innehållsanalys, enligt Mayan (2001), har texten lästs genom ett flertal gånger där fraser, ord och meningar har framträtt mer och mer. De har skapat stigar i texten som följts och markerats för att finna en röd tråd. Författarna har var för sig läst och markerat det som de ansåg var av intresse och senare jämfört och diskuterat. Utskriften har lämnats hel, inget är utklippt med rädsla för att ett ord ska tas ur sitt sammanhang och förlora sin mening (a.a).

De grundläggande tre inriktningarna, som frågeställningarna är baserade på, ledde fram till ett antal kategorier. Dessa kategorier formades av hur frågan tolkats av intervjupersonerna och vad de önskade att tala om. För att se om identifieringarna är i ett grupptänkande perspektiv eller individuella så har svaren först grupperats efter inriktning och intervjuperson. Därefter har de samlade svaren lästs igenom igen och utvärderats av författarna för att se variationer eller likriktningar. Detta är dokumenterat under de kategorier som inriktningarna har summerats till och bildar teman som de representerar, detta enligt den arbetsgång som Mayan (2001) beskriver i sin latent innehållsanalys.

RESULTAT

Analysen av det bearbetade materialet resulterade i flera teman som presenteras nedan med enskilda rubriker. Författarna styrker dessa tematiserade kategorier med citat från intervjuerna.

Informanternas bakgrund

Informanterna har en bred kompetens, genom livserfarenhet och en rad olika utbildningar. De är sjuksköterskor, läkare, laboratorieassistent, gymnasielärare, logoped och sjukgymnast. Språk som är representerade är arabiska, kurdiska, bosniska, persiska, polska, serbiska och persto, som talas i Afghanistan. Alla sex informanterna har genomgått sin medicinska utbildning i hemlandet.

De får en grundläggande utbildning i 3 månader när de börjar som Hälsokommunikatörer. Därefter går de på kortare kurser efter behov. Alla sex informanterna är anställda inom Region Skåne och har varit anställda mellan 7 månader upp till 4,5 år.

Hälsokommunikatörerna är indelade efter de olika språken som de behärskar. De ger information till invandrare på SFI-skolor, svenska för invandrare. De har tjänster som fördelas mellan Malmö Stad och Region Skåne. De har informationsträffar på barnavårdcentraler, vårdcentraler, öppna förskolan, stadsdelsförvaltningen och hos föreningar som önskar.

De har även uppdrag på Universitetssjukhuset Malmö, vid patientforum. Informationen ges på deras modersmål, men även på svenska. Informationen innefattar egenvård, tandhälsa, första hjälpen, kvinnlig hälsa, psykisk hälsa, övervikt, sex och samlevnad, tobak, alkohol, droger, astma, diabetes, kost och motion. De informerar om hur sjukvården fungerar i Sverige och om hur migration påverkar de asylsökande. De ger råd och tips om vart man ska vända sig när man är sjuk.

Bakterie/virusinfektion

Asylsökande och invandrare har en annorlunda uppfattning och ofta en bristande kunskap om bakterier och virusinfektioner. När barnen är sjuka och har feber är det viktigt att inte bara känna med handen utan att ta tempen med en febertermometer för att få den aktuella temperaturen. Det är bra att informera om att feber inte är farligt säger en informant, och om egenvård till barn vid feber. Sjuksköterskan informerar om att det är normalt med feber hos barn men hälsokommunikatörerna talar också om att det inte är normalt i deras länder.

”så i Sverige det är kallt, här är mycket virusinfektioner, men jag som komma från Afghanistan, det är varmt, så där finns många parasit och bakterier, som ger samma symtom.”

(Citat av Kim)

Människor har sprungit till vårdcentralen för förkylning på grund av okunskap. Vid en virusinfektion behöver inte barnet behandlas med antibiotika utan de behöver vila, dricka mycket och ta Alvedon. Hälsokommunikatörerna säger att många invandrare och asylsökande ofta använder antibiotika eller andra mediciner utan recept och utan att träffa läkaren. Om de vänder sig till sjukvården när de är sjuka får de besked att de ska avvakta, en informant menar att det kan hända mycket på den tiden som man avvaktar.

Många asylsökande och invandrare undrar varför de inte får någon medicin när de är sjuka, och varför de inte får träffa en doktor. Det är lätt att det blir missförstånd då de får rådet av sjuksköterskan att gå hem och vila dig när de t.ex. har feber, huvudvärk och känner sig sjuka. Med tanke på att i deras hemland så kan dessa symtom synas i samband med febersjuka och parasitinfektioner.

Det går lätt att köpa med sig mediciner när de reser från sina hemländer utan recept, och ta med tillbaka till Sverige. För att minska antibiotikaresistenta bakterier är det inte bra att behandla virusinfektioner. Detta informerar IHK om. IHK tycker också att det är bra att antibiotika är receptbelagt här i Sverige och de försöker informera om konsekvenserna för nyanlända.

En informant säger att på grund av svårigheterna att komma i kontakt med sjukvården tar de sina egna läkemedel för att kunna hantera situationen direkt.

Det förekommer en viss skillnad i egenvården vid halsont, exempelvis här i Sverige ges rådet om att äta glass vid halsont, men en informant säger att man i deras land brukar dricka varma drycker.

Det finns många olika sätt att söka information om sjukdomar och om sjukvården här i Sverige säger en informant, jämförelsevis med sitt hemland, där det inte är lika lätt. På patientforum kan man läsa olika broschyrer om mediciner och det finns tillgång till Internet där man kan läsa om symtom och sjukdomstillstånd.

Väntan

Många av de asylsökande uppger väntetiden som lång. Den psykiska hälsan påverkas av att det är lång väntetid för att få ett uppehållstillstånd eller ett avslag. Väntetiden är även lång i vårdköen. De undrar om det är samma väntetid för en svensk medborgare. De önskar att få ett snabbt svar från migrationsverket. Asylsökande väntar på att få starta sitt liv och en IHK:are delger sin erfarenhet angående denna väntan, på en flyktingföreläsning i Sverige.

”alla väntar på svar, du tappar nästan din identitet, jag sa, fan, jag läste så mycket i mitt hemland... kämpade för att klara på universitetet så och var sitter jag nu? /...../ Vi väntade i fem år för att få uppehålls tillstånd -värsta tiden i mitt liv”

(Citat av Robin)

En stabilisering är viktig, så de kan planera för sin och sin familjs framtid. De vill lära sig språket och ordna ett jobb och ett riktigt hem. Det finns en stor oro och är ett stressmoment i denna obegränsade väntan. De vet inte när svaret kommer, om hur deras framtid ska bli.

Ohälsa

Många asylsökande uppger att det är mycket svårt för dem, de är redan psykisk trötta. De känner att de inte har rätt till ett normalt liv. Reglerna här i Sverige kan vara svåra att förstå, att veta vad som gäller för dem, säger en informant. De asylsökande anser att de inte får tillräckligt med hjälp, de känner att sjukvården inte vill ta emot dem. Sjukvårdspersonalen nekar dem vård på grund av att de inte har uppehållstillstånd, även vid akuta situationer. Många asylsökande klagar på det svenska sjukvårdssystemet, och tycker inte att det fungerar så bra. En annan informant har dock fått intrycket att vid akuta situationer så får de asylsökande den hjälp som de behöver.

I jämförelse med sina hemländer finner de det konstigt att de inte kan komma till sjukvården direkt, enligt IHK. I sitt hemland går man direkt till sjukhuset eller sin läkare och får hjälp, man behövde inte ringa och boka tid först. Tillgängligheten är här, i Sverige, begränsad och skapar en frustration. Detta kan i sin tur leda till att individer går lång tid med ohälsa och mår dåligt i onödan.

Kommunikation

Asylsökandes och invandrades möjlighet att förmedla sig är begränsad. Språket är ett stort hinder och möjligheten att lära sig det finns genom SFI, svenska för invandrare. Dessa kurser är för människor som har uppehållstillstånd men även för de asylsökande.

Många asylsökande känner sig missförstådda och att sjukvårdspersonal inte ger den tiden eller möjligheten som de behöver för att visa vad de menar genom kroppsspråket.

” så ofta dom kan inte svenska så dom ringer inte till vårdcentralen dom går direkt dit dom vill ha en tid där till receptionen, sen sjuksköterskan säger, nä du måste gå hem och ring, sen han blir arg när han säger ja, men jag kan inte så mycket svenska, jag förklarar med kroppsspråket att jag har ont här eller här eller där.... Och hur ska jag göra det i telefon till dig?”

(Citat av Kim)

Tolken är ett hjälpmedel som sjukvården använder sig av vid mötet med invandrare och asylsökande. IHK s erfarenhet av tolkens arbete är att det blir opersonligt för individen som det ska tolkas till och för. Oftast så blir personen i fråga en tredje part och inte delaktig i sitt eget möte med sjukvården. Även att tolken har en bristande kunskap i medicinska termer och betydelsen av dem. Många anser att tolkarna tolkar, men att de helt enkelt tolkar fel.

Till exempel så talade en informant om, en kvinna informanten träffat på som genomgått kejsarsnitt. Tolken talade om för kvinnan att de även tagit bort äggstockar och tuba. Enligt informanten är detta omöjligt, man gör inte på det sättet, ett kejsarsnitt och samtidigt en tubaresektion, dessutom så menstruerade kvinnan fortfarande. Här kan man se en tydlig brist i kommunikationen mellan sjukvårdspersonalen, tolken och inte minst för den drabbade kvinnan.

Bemötande

Invandrare och asylsökande söker främst vård på vårdcentraler. Den första som de möter är en sjuksköterska som gör en första bedömning och vid behov, sätter upp patienten till läkare. Detta är i invandrarernas och asylsökandes ögon väldigt märkligt. I deras hemländer möter man oftast, först en läkare och sedan vid behov en sjuksköterska. Synen är att i Sverige så har sjuksköterskorna en högre utbildning och tar på sig en stor del av läkarens roll. I hemlandet, enligt informanterna, så lägger sjuksköterskan om sår, ger en spruta och förklarar det läkaren har sagt. Här i Sverige finns det sjuksköterskor som har förskrivningsrätt och bred medicinsk kunskap, med egna ansvarsområden.

” som i Afghanistan har vit kläder på sig så när jag går till dom, dom tror att dom är änglar eftersom dom jobbar med folket, dom räddar folket så man har mycket respekt för dom.”

(Citat av Kim)

Respekt är ett återkommande ord i intervjuerna. Många som talat med IHK, anser att de inte blir bemötta med respekt eller värdighet. De känner att de inte är värda någonting och inte blir bemötta som människor. De känner inte att de kan lita på sjukvården just för att de inte känner att de får respekt och respons för sina problem från personalen.

Det finns en känsla av att ingen lyssnar på dem och tar det de säger på allvar. För att få uppmärksamhet tar de till dramatik och överdriver sina åkommor. Asylsökande som endast får hjälp vid akuta fall överdriver för att få komma till.

”Så dom måste gå där och skrika ajjj ajj oj oaj. Så det syns att det är akut. Så dom måste spela lite teater. Å det är inte roligt.”

(Citat av Kim)

Akut

Akut sjukvård nämns med bestämdhet av alla informanter. Summerat av alla utsagor blir det att asylsökande endast har rätt till akut. Akut innebär enligt lag, omedelbar vård och vård som inte kan anstå. Detta i sig är en tolkningsfråga, och oftast blir det receptionisten på vårdcentralen som får tolka symtomen. Det kan även bli så att de asylsökande söker sig direkt till akuten, där deras problem prioriteras lågt, eller blir tillsagda att gå till vårdcentralen.

”Akut för dem är någonting annat, akut för systemet är nånting annat”

(Citat av Maria)

Kulturella skillnader

Den största kulturella skillnaden som IHK kunde se inom sjukvården var det första mötet med sjukvården. Det faktum att man möter en sjuksköterska först innan läkaren, var återkommande. Det som var mest positivt var tillgången till information via media och sjukvården själv, angående egenvård. Även att apoteket fanns, med regler och förordningar om vilka mediciner man kan använda i egenvårdssyfte och att vissa var receptbelagda, då speciellt antibiotika. Ett stort fokus sattes på nyanländas brist på kunskap om egenvård. Något som ansågs att svenskfödda svenskar har. Genom att i Sverige så har människor en längre utbildning och därmed djupare kunskap. Även det vanliga folket läser här. I hemlandet, enligt en informant, där ser de, att de som bor i stan, är som svenskarna, men i byarna finns det många analfabeter och kan, vet och fattar ingenting.

Omvårdnad

”det är inte medicinen som löser problem eller löser om man blir sjuk det är inte bara medicinen det finns andra faktorer som hjälper och man måste förklara”

(Citat av Kim)

En känsla av att inte bli lyssnad på och förstådd, är en stor del av omvårdnadsproblematiken, för båda parter. Asylsökande förstår inte och sjuksköterskorna tycker inte att de kan förmedla sig. Detta blir ett stort problem då kommunikation är en stor del av omvårdnad. IHK tror att det är mycket på grund av låg utbildning hos vissa asylsökande som gör att de inte är så mottagliga för information.

De befinner sig i en pressad och utsatt situation och är under mycket stress. IHK anser även att systemet i Sverige inte fungerar så bra för någon och speciellt inte för dem som kanske behöver mer tid och omvårdnad.

DISKUSSION

Detta avsnitt är uppdelat efter metod och resultat, med deras för- och nackdelar.

Metoddiskussion

Under den här rubriken tas de metoder som beskrivits tidigare i studien upp, och utvärderats. Här tas det upp både genus och aspekten på det etiska.

Metodval

Leininger (1997) har arbetat fram forskningsmodeller inom etnonursing, där man tar upp omvårdnad i ett kulturellt perspektiv. De modeller som används är stora och kräver att en studie pågår en längre tid för att få mängden med material. I *Sunrise*-modellen, täcks en individs hela livsvärld in. Med *Stranger to Trusted friend*-modellen, krävs det att man skapar ett förtroende mellan forskare och medverkande i studien, som sker över en längre tidsperiod, för att få en djupare insikt i en individs tankar och kulturella insikter. Med tidsbegränsningen i åtanke så insågs det att materialet inte var tillräckligt brett för att täcka in i en *Sunrise*-modell, inte heller tillräckligt djupt för att använda oss av *Stranger to Trusted friend*-modellen. Därför valdes Leiningers forskningsmodeller bort (a.a).

Studiedesign/ Analys

Hartman (2004) analytiska induktion valdes för att den har en lättöverskådlig struktur och är lätt att följa. Den passar studiens upplägg och guidar författarna punkt för punkt. Tidsbegränsningen gällde både för författarna med tanke på tidsåtgången vid transkribering, och för informanterna, då intervjuerna var under deras arbetstid.

De tre inriktningarna kändes viktiga för att hinna skapa ett förtroende och öppenhet under så kort tid. Den första, isbrytaren var för att känna av intervjupersonen och för att han/hon skulle slappna av. Andra delen var mer om deras yrkesroll och djupare frågor om asylsökande, men inte något privat. Den sista delen lämnades lite öppet för hur informanten önskade att delge sina tankar och känslor. Här framkom lite historier som de varit med om eller kanske hört om andra människors erfarenheter. Efter detta rundades det av med ett par frågor om hur sjuksköterske- och läkarutbildningen ser ut i deras hemland, jämfört med i Sverige. Avslutningsvis bad vi om ett gott råd från dem om vad vi, som nyblivna sjuksköterskor, kan göra i mötet med asylsökande och flyktingar för att det ska bli bättre.

För intervjupersonen kanske det kändes lite obekvämt att båda författarna deltog vid intervjutillfället. För att undvika detta informerades intervjupersonerna från början om att det är på grund av vår oerfarenhet som intervjuare, som båda två deltar. I efterhand så framgick det också att vara två gav ett bra utgångsläge för diskussion, författarna emellan, av materialet och känslan som uppkom vid intervjun.

Latent innehållsanalys användes för att analysera materialet. Författarna läste genom materialet var för sig och strök över de ord och fraser som betydde något och även återkommande ord, som till exempel 'tid' och 'att vänta'.

Bra citat och historier som belyste olika omvårdnadssituationer ringades in och stödord för våra egna tankebanor skrevs i sidan. Sedan jämfördes anteckningarna och det var förvånande lika. De flesta ord men även många citat hade båda författarna markerat som signifikanta. Även med så få intervjuer kändes det som det fanns en viss mättnad inom vissa teman.

Urval

Det kan anses som för få att bara använda sig av sex informanter, men då tiden är begränsad och detta är en kvalitativ studie, kändes det som god kvalitet i det material som framkom. Kvalitén i materialet väger tyngre än massan. Att fler informanter skulle göra någon skillnad, anses oväsentligt i sammanhanget. Då syftet är att ge en bild av asylsökandes liv och erfarenheter i samband med mötet med den svenska sjukvården.

Det intressanta är att alla informanterna själva är invandrare. De har, nästan alla, erfarenhet av att vara asylsökande. De jobbar uteslutande med asylsökande och flyktingar och de är även själva representanter för den svenska sjukvården. De är deltagare i både sjukvårdskulturen och sin egen, vilken kanske ger dem en större insikt. Det vill säga inom kulturskillnader och systemskillnader, länder emellan.

Etik

I det första urvalet och i projektplanen önskade vi att samtala med asylsökande och representanter för svensk sjukvård. Vid ett utskick som gjorts tidigt i studiestarten, till Asylgruppens medlemmar, var gensvaret nedslående. Vid eftertanke så insågs det etiska dilemma. I asylprocessen är man i ett väldigt osäkert och sårbart ställe i sitt liv och ska därmed skyddas från att sättas i utsatta situationer (Helsingforsdeklarationen, 2000)

Deltagare i studien skulle vara över 18 år, för att undvika etiska dilemma. I enlighet med Helsingforsdeklarationen (rev 2000) ska det inte forskas på minderåriga om det inte är absolut nödvändigt för att främja hälsa hos den grupp de tillhör och om det inte finns personer som är myndiga att tillgå. Det kändes inte försvarbart från vår sida att använda sig av minderåriga i arbetet.

I studiens start fanns det en föresättning att sätta ett genusperspektiv, med tanke på den jämna könsfördelningen av informanter. Det har inte kunnat påvisas i resultatet något signifikant skillnad.

Resultatdiskussion

Här diskuteras intervjuernas innehåll i relation med bakgrunden. Intervjuerna jämförs även med aktuella förändringar i Svensk invandringspolitik.

Informanternas bakgrund

Informanternas ursprungsländer höll sig inom ramen av östländerna. De var alla högtbildade och hade kunskap och erfarenhet av vården i sitt hemland och den svenska sjukvården. Deras arbete täcker in mycket av det som anses vara av vikt att ha kunskap om för en individ, om man ser till Carnevalis (1996), resurs och krav- modell. Målet för IHK:s första projekt, re-komp (Rapport IHK 2005), är just det som IHK sysslar med idag. I resultatet som kom fram, var att de ansåg vara för få anställda.

Bakterie/virusinfektion

Enligt Carnevali (1996) är kunskap en inre resurs som är bra för ens eget hälsofrämjande tillstånd. Skillnaden mellan en bakterie och en virusinfektion är en viktig kunskap att ha, även för många svenskfödda svenskar. Vi frågar oss, hur fungerar informationen från läkare och sjuksköterskor till patienten angående antibiotikaanvändning i andra länder? Det borde inte vara någon skillnad i användandet. I studien kan vi se att många asylsökande känner att de inte får den hjälp som de önskar vid virus/ förkylningar. Detta är ett missförstånd, och borde framföras så av ansvarig sjuksköterska och läkare (Carnevali, 1996 & Jahren-Kristoffersen, 1997).

Apoteket var enligt IHK:s uppfattning väldigt bra. Kanske inte asylsökande och flyktingar delar den uppfattningen. De är vana att handla ut antibiotika och andra läkemedel efter eget behag, utan varken recept eller läkarkonsultation. Med en högre utbildning kom också kunskapen i vad konsekvenserna av fritt användande av främst antibiotika har. I viss utsträckning sågs ett samband mellan låg utbildning och fritt användande av antibiotika vid en virusinfektion. En stor del av dem som är lågutbildade asylsökande är analfabeter och har svårt att tillgodogöra sig information, via till exempel Internet, patientforum och broschyrer på vårdcentraler. Där gör IHK en stor insats genom muntlig information på deras modersmål.

Det är samtidigt en styrka att inneha kunskap i till exempel läsning för att tillgodogöra sig information (Carnevali, 1996).

Väntan

Enligt migrationsverket ska en asylsökande ta runt ett halvår. Detta verkar sällan infrias. Vissa av de informanter som vi talat med har väntat upp till fem år. Vad händer med en människa under den tiden? De lever som i limbo. Varje dag väntar man på posten, kommer beskedet idag? Allt kretsar runt detta. Den psykiska hälsan påverkas, även om man har god KASAM så bryts den ned med tiden av stressorerna (www.ki.se).

1992 antog Regeringen förslaget att de asylsökande som väntat mer än 4 månader på besked om uppehållstillstånd, fick rätt att ta ett arbete (Statens invandrarverk 1997).

Detta är i praktiken en svårighet i sig med tanke på hur dagens arbetsmarknad ser ut. Ännu ett hinder är språket. SFI- skolor erbjuder svenskundervisning för både invandrare och flyktingar. Vi ser det som troligt att många nekar till erbjudandet så länge som de inte vet om de får stanna.

De väntar på att få börja sitt nya liv, börja jobba och få ett eget hem, med rutiner och trygghet. En viktig yttre resurs, som Carnevali (1996) tar upp är bostaden, där du kan föra ditt dagliga liv. Där man får lov att bara vara.

Ohälsa

Asylsökandes utgångsläge är pressat redan från ankomsten. Vissa som kommer hit har tråkiga erfarenheter med sig. Vissa har lämnat familjemedlemmar och vänner och vet inte vad som väntar, inte heller vad som har hänt med deras nära. Detta kan vara en otroligt stor psykisk påfrestning och idag erbjuds det psykisk hjälp för behövande föräldrar, för barnet bästa (Utrikesdepartementet, Pressmeddelande, 25 nov 2004).

I mötet med vården får de veta att de endast har rätt till akutsjukvård . Detta är en definitionsfråga. Vem säger att en söndrig tand med behov av rotfyllning inte är akut, men en person som inte uppger ohälsa fast de har diabetes är berättigad till vård, inom begreppet vård som inte kan anstå, enligt SOSFS 1995:4.

När det gäller akut, akut, som vid hjärtinfarkt eller en trafikolycka, där man med blotta ögat kan se och uppfatta skadorna, råder det inga tvivel om att det är akut och att de får hjälp. Vad man undrar då och vad som måste förtydligas är 'hur definierar man akut?'

I Omvårdnadsmagasinet (2006, nr1, sid 5) kan man läsa om ett förslag som Utrikesdepartementet lagt fram gällande Lagen om hälso- och sjukvård för asylsökande. Till grund för lagförslaget ligger EU rådets direktiv.

De nya direktiv EU Rådet har lagt fram, 2003-01-27, innebär en mininivå av krav från medlemsländer, för att förbättra asylsökandes villkor. Direktivet har antagits av Svensk Regering (Utrikesdepartementet, Pressmeddelande 25 april 2002).

Detta innebär att asylsökande ska ha möjlighet att få sjukvårdshjälp även utöver vad som anser vara akut, men detta kommer inte att ersättas av staten som tidigare. Då det är utöver akut ska landstingen själva stå för kostnaden. Det blir då upp till varje landsting att ta det beslutet.

Dessa direktiv gäller för asylsökande som söker enligt Genèvekonventionen. De ska få bättre möjlighet till vård, bostad och jobb. Staten ska begära av de asylsökande att göra en hälsoundersökning, på en samhällsnivå. Det vill säga, för att hindra smittspridningar. Detta till skillnad från den svenska lagen (SOSFS 1995:4), där asylsökande bör erbjudas ett hälsosamtal.

I artikel 9, EU-rådets direktiv, kan man läsa att;

”Medlemsstaterna skall se till att de sökande får nödvändig hälso- och sjukvård som åtminstone skall innefatta akutsjukvård och nödvändig behandling av sjukdom”. (www.eu-upplysning.se, 2003-01-27)

I jämförelse med lagen om vård för asylsökande och flyktingar, SOSFS 1995:4, ses inga markanta skillnader. Det är fortfarande akutvård som gäller och det känns inte som man har kommit närmre en definition av vad akutvård innebär.

Kommunikation

Enligt Jahren-Kristoffersen (1997) är det språket som är det största hindret och som måste överbryggas vid möte med icke svensktalande. Även att kulturella skillnader kan stå i vägen för bra kommunikation. Som en del av intervjupersonerna vittnar om, så bör kroppsspråket ses som en möjlighet till kommunikativt utbyte.

”Kommunikation är förmåga att göra sig förstådd på ett så effektivt och bekvämt sätt som möjligt, och att förstå andra.” (Citat Carnevali, 1996, sid.33)

I ett möte med en annan människa är det inte endast det verbala som talar om vem vi är och vad vi tycker. Många av de asylsökande kände att de inte blev respekterade och att sjukvårdspersonalen inte lyssnade. Så kanske inte var fallet. Sjuksköterskan tyckte kanske att hon/han visade respekt, på sitt sätt, och lyssnade, men inte visade detta på ett sätt så att personen framför uppfattade det. Detta är ett missförstånd som kan leda till ohälsa för patienten. För att uppnå ett bra omvårdnadsklimat är det viktigt att upprätthålla en öppen dialog mellan patienten och sjukvårdspersonal. I denna dialog skapar sjuksköterskan en tilltro och kan därmed motivera och informera patienten till god hälsa (Carnevali, 1996).

Tolkens roll är att översätta ordagrant och att vara neutral i mötet mellan en icke svensktalande person och sjukvården. Inom sjukvården används ett fackspråk som kan vara svåröversatt och vissa ord existerar inte i alla språk. Ämnen som berörs vara känsligt att tala öppet om. Att tala om kroppsliga funktioner är inte heller något som man gör naturligt i alla kulturer. Vissa åkommor ses som en del av livet och inget att orda om (Jahren-kristoffersen, 1997).

När man använder en familjemedlem som tolk kan det uppstå problem för honom att översätta, särskilt om han inte är bekant med olika medicinska termer och vårdbegrepp. Det är viktigt att sjuksköterskan sitter och har ögonkontakt när hon samtalat med en patient och använder en professionell tolk. Detta för att sätta patienten i fokus och markera att samtalet pågår mellan sjuksköterskan och patienten. Tryggheten för patienten under ett samtal är viktig att sjuksköterskan förmedlar så även under ett tolksamtal (a.a).

Risken med att använda tolk är att patienten inte blir delaktig i sin egen vård och alieneras. Även att sjuksköterskan talar med tolken om patienten, vilket uppfattas som väldigt otrevligt, speciellt när personen sitter bredvid.

Bemötande

Carnevali (1996) tar upp sinnesstämning som en inre resurs. Det humör du är på färgar av sig på mötet. Det är då viktigt för sjuksköterskan i sin professionella roll att distansera sig och inte bli påverkad, utan vara objektiv för patientens situation.

Det är viktigt för patienten att känna att han/hon har sjuksköterskans respekt för att kunna lita på och tala med denne om sig och sitt problem. Enligt Jahren-Kristoffersen (1997) är respekten grundläggande för god kommunikation. Att det finns en önskan att vilja förstå varandra.

Bilden av sjuksköterskan som en änglalik och beskyddande varelse, har framkommit under intervjuerna. Detta är en kontrast med bilden som vi har av sjuksköterskan inom vården idag.

Vi har förstått att arbetsuppgifterna och utbildningsnivån för sjuksköterskan inte är på samma nivå i alla länder. Vilket gör att förväntningarna på mötet ligger på två olika nivåer, patientens och sjuksköterskans förväntning, beroende på var de kommer ifrån och var de möts. Förståelsen för varandra, som exempelvis patientens förståelse för sjuksköterskans utbildning och sjuksköterskans förståelse för patientens förväntning på mötet med sjukvården.

Akut

Enligt en första rapport från primärvårdsmätningen 2006, visas att, i genomsnitt, 87 procent av patienterna får kontakt med en läkare inom 7 dagar. I hela landet ligger det på mellan 74-95 procent. Dessa siffror gäller de människor som redan är inne i systemet, i vårdsektorn (www.umass.se).

Väntetiden i vården är varierande beroende på vilket sjukhus man söker till. På UMAS hemsida kan man översiktligt se hur lång väntetid det är för olika kontroller eller behandlingar på de olika sjukhusen. Till exempel med en kranskärlsröntgen så är väntetiden högst 4 veckor i Helsingborg och mer än 13 veckor i Kristianstad. När det kommer till en MR(magnetresonans)-undersökning av ländryggen så är det 5-8 veckors väntan i Ystad och längre än 13 veckor i Lund och Helsingborg. I Ystad har de 34 personer i kö och i Lund är det 228 som väntar på sin tur. Dessa siffror gäller de människor som redan är inne i systemet, i vårdsektorn (a.a).

"Akut för dem är någonting annat, akut för systemet är någonting annat". Säger Maria, en av informanterna. `Dem` är inte endast asylsökande eller flyktingar, utan representeras av många människor här i Sverige. Det går inte en dag utan att man läser om den långa vårdkön.

Vi efterfrågar en tydlig definition angående akutvård och vad som faller in i det begreppet. Enligt vissa informanter verkar detta vara oklart, även för en del personal inom sjukvården.

Kulturella skillnader

Människan formas av det klimat hon är uppväxt i. De normer och värderingar hon får i sin uppväxt, av föräldrar och i det samhälle hon växer upp i. Det är kulturella företeelser som en individ bär med sig och styr hur individen handlar och tänker i olika situationer (Sachs, 1983).

Det är viktigt att betona att alla individer är formade av sin kulturella bakgrund, vissa mer än andra. Det kulturella arvet är individuellt. Inom sjukvården och i möte med varierande kulturer är det då viktigt att se individen och inte sätta personen i en grupp efter sin nationalitet eller språklig bakgrund (Magnússon, 2002).

Det finns olika uppfattningar inom kulturer om hur man visar symtom. Till exempel här i Skandinavien lär vi oss att hantera smärta, som kan uthärdas länge, innan det visas utåt. I vissa kulturer är det mer accepterat att ge uttryck långt tidigare för sin smärta (Jahren-Kristoffersen, 1997).

Alla är medvetna om det finns kulturella skillnader, men det känns som det är svårt att sätta fingret på exakt vad det är som är skillnad i kulturerna. I studien tar de upp att det första mötet med sjukvården går genom en sjuksköterska, och att det är en stor skillnad. Det kanske är en skillnad, men frågan är om det är av kulturell natur.

Andra exempel är att svenskfödda svenskar har en högre utbildning än de som bor på landsbygden i till exempel Afghanistan. Detta ser vi, som författare, som en skillnad i tillgång på utbildning och hur man satsar på utveckling i olika länder.

Sverige är ett informationssamhälle, där det är lätt att ta del av de senaste rönen eller skvallret. Internet är öppet för nästan alla ämnen och man kan ta del av världshändelser inom några sekunder. Vår, författarnas, uppfattning är att informationen inte är lika lättillgänglig i alla länder. Dessutom är en stor andel av jordens befolkning analfabeter, nära 1 miljard människor, två tredjedelar av dessa är kvinnor(www.unisef.se).

Studien visar att IHK:arna var nöjda med apotekets tjänster. De asylsökande däremot tyckte att det var komplicerat då de inte kunde köpa antibiotika som de önskade. IHK:s jobb var att informera om varför det låg till på detta sätt, och man kan väl inte säga något annat än att det är för allas bästa att med tanke MRSA, och andra multiresistenta bakterier, som ökar.

Omvårdnad

Definition av omvårdnad består av en beskrivning av dess innebörd som att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa. Detta innefattar arbetets syfte, innehåll och vilka metoder man använder för att nå hälsa (www.sos.se).

Deltagarnas observation var att, i mötet med sjukvården så fanns det ont om tid för patienterna. Det blev kanske mer uppenbart med de människor som hade svårt att förmedla sig gällande vad de ville ha hjälp med. De kände att det inte fanns någon förståelse och tålamod. IHK berättade om de asylsökande som blev arga, och om de som blev uppgivna och kände att de inte var någonting. De ville gärna förmedla att de flesta sjuksköterskor var trevliga och snälla, men ändå finns det så många som berättar om intolerans och otrevligt bemötande.

Sjuksköterskeutbildningen i Sverige idag, har 60 poäng i omvårdnad. Det är hälften av utbildningspoängen. Detta tycker vi visar vilken stor del det är för vårt framtida yrke och påvisar vikten av god omvårdnad. För att god omvårdnad ska uppnås måste självklart patienten anse att denne har fått det.

SLUTORD

Studien började med en enkel undran om den nyöppnade vårdcentralen för asylsökande, som öppnar i Malmö i juni 2006. Det skapades en nyfikenhet på vilka behov som skulle tillgodoses där som inte kan göras på de ordinära vårdcentralerna. Ett svar som framkommit var att den kulturella och språkliga barriären försvann och att detta blev en trygghet för de asylsökande att kunna vända sig dit. Vad man kan fråga sig då är om alla språk och kulturella bakgrunder kommer att vara representerade där? Vad är det samtidigt som säger att, om man kommer från ett land och talar samma språk att man har samma kulturella normer och värderingar?

Informanterna kunde själva, som asylsökande, känna av att de inte hade något gemensamt med andra asylsökande. Det enda de hade gemensamt var att de väntade på besked.

IHK:arna är idag inte anställda i sitt utbildade yrke. Borde det inte vara bättre att Internationella Hälsokommunikatörerna blev anställda inom respektive yrkeskategori. Då hade kunskapen om asylsökandes behov funnits i den svenska sjukvården på ett mer naturligt plan, på till exempel ordinarie vårdcentraler. Utbildningen kan vara på olika nivåer i olika länder. Ett alternativ hade varit att sjukvårdsutbildningar fick en internationell validering.

För att en asylsökande fortare ska integreras i samhället hade det varit till stor hjälp om asylsökande, flyktingar och invandrare fick hjälp med validering av sin utbildning och mer socialt stöd. Även att asylprocessen förkortas. det är inte rimligt att vänta i fem år för att sen ta itu med sitt liv och sin utbildning, som om ingenting hade hänt.

Europeiska unionens minimikrav på sjukvård för asylsökande har inte förändrats i någon större utsträckning här i Sverige, det blir endast en förskjutning i vem som betalar. I nuläget ersätts akutvård av staten men med de nya direktiven ska den övriga vård som erbjuds vara upp till det landsting som är berört. Det blir då landstinget som avgör vem som ska få vård och vem som blir utan. Det ska kosta så lite som möjligt, men i slutändan kan det visa sig att det blir dyrare att vänta med vården. Det är en balansgång mellan humanitet och ekonomi. Visst vill man hjälpa andra, men till vilket pris?

Studien gjordes i syfte att få en uppfattning om mötet mellan asylsökande, invandrare och svensk sjukvård. Diskussionen runt ämnet har kretsat mycket kring definitionen av akutvård. Vem gör bedömningen om vad som är akut, och vad som inte är det. Det räcker att gå till sig själv, så vet de flesta att smärta är väldigt individuellt. Att vara under smärtpåverkan är otroligt påfrestande och balansen i det dagliga livet, kommer på kant.

Kulturella skillnader anges ofta som förklaring, eller bortförklaring för något man inte vill, eller har svårt att diskutera. Människans vilja att ha god hälsa, ser inte vi som en kulturell skillnad. Däremot kan det finnas skillnader i hur man uppnår och bibehåller den.

Det kan finnas en kulturell skillnad i hur samhället agerar för en god hälsa för sina medborgare. Som exempel finns kunskap inom egenvård, rökförbud på restauranger, nyckelhålmärkning på matvaror och så vidare.

Studien har skapat en större insikt om vad asylsökande går igenom och vikten av denna valda professionens ansvar att ge mer tid för att skapa en djupare förståelse bakom den verbala kommunikationen. Självklart ska alla patienter bemötas med samma respekt, men asylsökande kan behöva mer tid för att känna sig trygga. I studien har Carnevali (1996) använts som teoretisk referensram, då hon lägger vikten på balansen i det dagliga livet. Detta känns viktigt för att asylsökande ska uppnå och känna god hälsa.

Fortsatt forskning

När hälsokommunikatörerna berättade om sin asylsökningserfarenhet, såg de det utifrån ett dåtidsperspektiv. De kunde se tillbaka med en viss distans på den tiden som varit. Detta med blandade känslor. Det hade varit intressant att se utifrån de asylsökandes perspektiv när de befinner sig i asylsökningssprocessen. Detta för att se djupare in i upplevelsen och därmed kunna ge bättre omvårdnad.

För att skapa en bättre socialintegration för nya svenskar och motverka fördomar i samhället är det viktigt att individualisera forskningen och inte blanda ihop symptom med nationalitet.

Med förhoppningar om att detta ämne skapar nyfikenhet och vidare forskning i framtiden hade det varit intressant att se en studie om den nya vårdcentralens utveckling.

REFERENSER

Almås (red.) (2002) *Klinisk omvårdnad*. del I. Stockholm: Liber AB.

Carnevali, D (1996) *Handbok i omvårdnadsdiagnostik*. Liber AB Stockholm.

Dahlberg, K (1993) *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur

Dahlberg, K, Drew, N, & Nyström, M (2001) *Reflective Life Research*.
Lund: Studentlitteratur

Ekblad, S et al (1996) *Möte i vården, transkulturellt perspektiv på hälso- och sjukvården*. Stockholm: Liber.

Ekman, R, & Arnetz, B (2002) *Stress, Molekylern-individen-organisationen-samhället*, Författarna och Liber AB.

EU Rådets direktiv, 2003-01-27

<www.Eu-upplysning.se>

<http://europa.eu.int/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexapi!prod!CELEXnumdoc&lg=SV&numdoc=32003L0009&model=guichett>

FN, Unitet Nations High Commissioner for Refugees, 2006-04-04

<www.unhcr.org>

Hartman, J (2004) *Vetenskapligt tänkande*. Lund: Studentlitteratur.

Helsingforsdeklarationen, Läkarförbundets tidning, nr 11, 2002, volym 99

<<http://www.laakariliitto.fi/files/helsinkidecl.pdf>>

Hultsjö, S, & Hjelm, K, *Immigrants in emergency care: Swedish health care staffs experiences*. 2005. International Council of Nurses, International Nursing review, no 52, 276-285.

IHK Rapport Internationella Hälsokommunikatörer, Malmö December 2005, Malmö Stad och Region Skåne.

IHK Internationella Hälsokommunikatörer,

<www.malmo.se/arbeteintegration/nyisverige/aktuellaprojekt/rekomp.4.1f60430104df2ceb988000>2006-01-23

Jahren-Krisstoffersen, N (1998) *Allmän omvårdnad 1*. Författarna och Liber AB, Stockholm.

Jahren-Krisstoffersen, N (1997) *Allmän omvårdnad 2*. Författarna och Liber AB, Stockholm.

Karolinska Institutet, pressmeddelande,

<www.ki.se>2006-04-04

- Kvale, S (1997) *Den kvalitativa forskningsmetoden*, Lund: Studentlitteratur.
- Leininger, M, (1997) *Overview of the theory of culture care with the ethn nursing research method*. Transcultural Nursing Society, Livonia, Michigan, USA.
- Magnússon, F (2002) *Etniska relationer i vård och omsorg*. Författarna och Studentlitteratur Lund.
- Mayan, J M (2001) *An introduction to qualitative methods*. The International Institute for Qualitative Methodology.
- Migrationsverket,
<www.migrationsverket.se>2006-02-12
- Morfiadakis, E (1986) *Sverige och invandringen*. Utbildningsproduktion AB.
- Mänskliga rättigheter,
<www.manskligarattigheter.gov>2006-02-01
- Nationalencyklopedin, 2006-04-13
<www.ne.se>
- Omeri, A, Lennings, C ,Raymond, L, *Beyond Asylum: Implications for Nursing and Health Care Delivery for Afghan Refugees in Australia*,2006. Journal of transcultural nursing Vol 17 no.
- Omvårdnadsmagasinet nr 1 (2006)
- Statens invandrarverk (1997) *Mångfald och ursprung*. Statens invandrarverk, Norrköping.
- Sachs, L (1983) *Onda ögat eller bakterier*. Libertryck Stockholm.
- SFI, Svenska för invandrare,
><http://www1.lhs.se/sfi/resursbanken/allmant.html>>2006-05-15
- Socialstyrelsen
SOSFS 1995:4, Socialstyrelsens riktlinjer angående vård för asylsökande och flyktingar
<www.sos.se>2006-02-13
- UMAS, primärvården, väntetid, 2006, mars
<www.umas.se>
<http://sas.skl.se/vivprod/cgi/broker.exe?_service=viv_p&_program=viv_pgm.websida.sas&mall=frameset.html>2006-05-15
- Unicef, 2006-05-11
<http://www.unicef.se/fakta/om_barn/flickors_utbildning/>

Utrikesdepartementet, Pressmeddelande 25 april 2002

<www.regeringen.se>

<<http://www.regeringen.se/sb/d/126/a/136/action/search/type/simple?query=miniminiiv%E5>>2006-05-10

Utrikesdepartementet, Pressmeddelande, 25 nov 2004

<www.regeringen.se>

<<http://regeringen.se/sb/d/119/a/34280>>2006-05-10

BILAGOR

Bilaga 1, Informationsblad

Bilaga 2, Samtyckesblankett

Bilaga 3 Intervjuguide

Information gällande studien ”Asylsökandes möte med den svenska sjukvården”, till Internationella Hälsokommunikatörer

Vi är två sjuksköterskestudenter, på Malmö Högskola, Lina Formare och Anneli Hesselbom. Vi ska nu i vår, 2006, skriva vår C- uppsats. Rubriken på arbetet är **Asylsökandets möte med den svenska sjukvården**. Vi önskar att intervjua Internationella Hälsokommunikatörer i ämnet, då vi ser IHK som den länk som finns mellan asylsökande och den svenska sjukvården. Vi vill se och höra hur hälsokommunikatörerna uppfattar sitt möte med asylsökande inom den svenska sjukvården. Detta är några frågor som kommer att tas upp och diskuteras.

- Hur bemöter ni asylsökande? Vilka rutiner/styrdokument finns?
- Är ni den länken som behövs?
- Hur ser ni på er själva i er roll som hälsokommunikatör?
- Hur ser ni som hälsokommunikatörerna på asylsökandes situation?
- Hur ser ni på den svenska sjukvården i deras möte med asylsökande? Finns det brister?
- Anser ni att asylsökande får den hjälp som de önskar/behöver?

Syftet med vårt arbete är att studera vad som händer i mötet mellan asylsökande personer och svensk sjukvårdspersonal för att skapa bättre förståelse mellan dessa.

Metoden som kommer att användas är djupintervjuer med er som hälsokommunikatörer. Intervjun kommer att ta högst en timme. Tid och plats är efter överenskommelse mellan oss. Frågorna är baserade på ovanstående frågeställningar. De är grunden för diskussion kring era upplevelser i ämnet. Vi lämnar utrymme för reflektion. Förhoppningen är att se variationen i upplevelsen människorna har i mötet med varandra.

Vi bifogar en samtyckesblankett som undertecknas av er vid intresse av att delta i vår studie. Detta lämnar ni till oss vid intervjutillfället. Vi tackar så mycket för visat intresse och hoppas på er medverkan.

Med vänliga hälsningar

Lina Formare
hss04036@stud.mah.se
0705-230535

Anneli Hesselbom
hss04113@stud.mah.se
073-1414497

Samtyckesblankett

för studien ”Asylsökandes möte med den svenska sjukvården”.

Informerat samtycke för hälsokommunikatörer

Under våren 2006 kommer vi, Anneli Hesselbom och Lina Formare, utföra ett antal intervjuer med hälsokommunikatörer inom Region Skåne. Dessa intervjuer ska ligga till grund för vår C-uppsats. Inriktningen är mötet mellan asylsökande och den svenska sjukvården. Hälsokommunikatörerna är länken mellan asylsökande och den svenska sjukvården. Därför vill vi intervjua er angående hur ni uppfattar dessa möten. För att vissa etiska krav ska uppfyllas är det viktigt att ni som ska intervjuas informeras om nedanstående punkter.

- De som intervjuas kommer att vara anonyma i det färdiga materialet.
- Intervjuerna kommer att vara enskilda och sådant som kommer fram som är av personlig art kommer att vara mellan den intervjuade och författaren.
- Intervjuerna kommer att spelas in på bandspelare. Endast författarna kommer att lyssna igenom kassetterna och de kommer att förstöras efter utskrift.
- Intervjun går att avbryta när som helst om den medverkande skulle känna sig illa till mods.
- Uppsatsen kommer att finnas på Malmö Högskola och läggas ut på Malmö Högskolas hemsida.

Jag har muntligen informerats om studien och tagit del av skriftlig information. Jag är medveten om att mitt deltagande är helt frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.

Underskift deltagare

datum

Underskift författare

datum

Underskift författare

datum

För att förbättra måste man veta vad som är fel.

- Vem är du, ålder, kön etnicitet. Vad har du för utbildning?
- Vad är IHK's roll? Var finns ni? Vad gör ni?
- Hur ser du på dig själv i rollen som hälsokommunikatör?
- Har din bakgrund, ålder, kön, etnisk tillhörighet och utbildning, någon inverkan/påverkan i din roll som IHK?
- Hur ser ni som hälsokommunikatörerna på asylsökandes och invandrades situation?
- (Ser situationen olika ut för dessa två kategorier, inom sjukvården? Hur märks det?)
- Hur bemöter ni asylsökande/invandrare? Vilka rutiner/styrdokument finns?
- Hur ser ni på den svenska sjukvården i deras möte med asylsökande? Finns det brister, positiva inslag? +,-
- I vilken frekvens söker asylsökande resp. invandrare hjälp i den Svenska sjukvården? På vilka enheter? Vårdcentral, Akutintag osv.
- Anser ni att asylsökande får den hjälp som de önskar/behöver?
- Vad kan förbättras?
- Är ni den länken som behövs?