



Självständigt arbete (examensarbete), 15 hp, för  
Kandidatexamen i omvårdnad  
VT 2017

**”How can I tell someone, ”Oh, I’m going  
crazy right now.”**

En litteraturstudie om flyktingar och psykisk  
ohälsa

Olivia Jaktlund och Evelina Klaar

Sektionen för hälsa och samhälle

**Författare**

Olivia Jaktlund och Evelina Klaar

**Titel**

How can I tell someone, "Oh, I'm going crazy right now." – En litteraturstudie om flyktingar och psykisk ohälsa

**Titel**

How can I tell someone, "Oh, I'm going crazy right now." – A literature study about refugees and mental illness

**Handledare**

Anne-Lie Larsson

**Examinator**

Pia Peterson

**Sammanfattning**

**Bakgrund:** Att komma till ett nytt land som flykting eller asylsökande kan uttryckas i glädje, men faktumet att ha undkommit en fara kan göra att glädjen blir svår att upprätthålla. Detta gör att flyktingmottagandet kan vara den viktigaste faktorn i en nyanländs vardag. Med den stora flyktingströmmen krävs kulturkompetens utav vårdpersonalen. Därför är det viktigt att undersöka flyktingars uppfattningar om psykisk ohälsa samt vilka faktorer som har en inverkan på deras vård sökande, för att på så sätt få en bättre förståelse för dessa människor och deras upplevelser. **Syfte:** Syftet med denna litteraturstudie är att undersöka flyktingars uppfattningar om psykisk ohälsa och faktorer som påverkar deras vård sökande.

**Metod:** En allmän litteraturstudie baserad på tio vetenskapliga artiklar av kvalitativ ansats. Analysen genomfördes utifrån en manifest innehållsanalys. **Resultat:** Tre stycken kategorier, *synen på psykisk ohälsa*, *faktorer av betydelse vid val av hjälpkälla* och *faktorer av betydelse i mötet* följt av två-tre underkategorier utgjorde resultatet. **Slutsats:** Att psykisk ohälsa var stigmatiserad, att mötet som innefattade bemötande och kommunikation spelade en stor roll för personernas vård sökande samt att kulturens inverkan spelade roll.

**Ämnesord**

Flykting, asylsökande, psykisk ohälsa, stigmatisering, uppfattning, kvalitativ

## Innehåll

INLEDNING.....	5
BAKGRUND.....	5
SYFTE .....	7
METOD .....	8
Design .....	8
Sökvägar och Urval.....	8
Granskning och Analys.....	9
Etiska överväganden .....	9
Förförståelse.....	10
RESULTAT .....	10
Synen på psykisk ohälsa .....	11
Psykisk ohälsa är stigmatiserad .....	11
Okunskap kring psykisk ohälsa .....	12
Faktorer av betydelse i mötet.....	13
Svårigheter i kommunikationen.....	13
Bemötandet spelar en viktig roll .....	14
Kulturens inverkan.....	15
Faktorer av betydelse vid val av “hjälpkälla” .....	16
Tillit är en viktig faktor.....	16
Uppfattning om behandling vid psykisk ohälsa.....	17
Spirituell tro kan leda till val av alternativ behandling.....	18
DISKUSSION.....	19
Metoddiskussion .....	20
Resultatdiskussion .....	22

Slutsats och klinisk implikation.....	26
REFERENSER .....	27
Bilaga 1 Sökschema	
Bilaga 2 Artikelöversikt	

## **INLEDNING**

Att som flykting komma till ett helt nytt land kan för många kännas som ett pånyttfödande. Men helt plötsligt ska man skapa sig en ny identitet. Då kan glädjen över att ha undkommit en fara vara svår att upprätthålla när man under en längre tid haft ett psykiskt lidande som motvikt. Många av flyktingarna drabbas av psykosomatiska åkommor som kan ha uppstått genom flertalet trauman. Detta kan leda till psykisk ohälsa som ger sig uttryck i aggressiva och självdestruktiva handlingar. Flyktingmottagandet kan alltså vara den viktigaste faktorn i en nyanländ flyktings vardag (Angel & Hjern, 2004).

## **BAKGRUND**

Varje dag tvingas nästan 34,000 människor att lämna sina hem på grund av konflikt eller förföljelse. Just nu befinner sig drygt 65 miljoner människor i världen på flykt. Majoriteten av flyktingarna kommer från Somalia, Afghanistan och Syrien. (United Nations High Commissioner For Refugees [UNHCR], 2016). Migrationsverket (2017) påvisar att Sverige under år 2015 var det näst största mottagarlandet av asylsökande i Europa efter Tyskland, och under år 2016 kom att bli det sjätte största landet.

Flykten till ett annat land kan vara riskfylld och kostsam samtidigt som övergrepp på minderåriga och kvinnor är vanliga. När flyktingen väl kommer till det nya landet leder detta ofta till känslor av lättnad och framtidstro (Socialstyrelsen 2015). Men med ankomsten till det nya landet startar asylprocessen. Vidare beskriver socialstyrelsen hur asylprocessen gör att den asylsökande får leva i ovisshet i månader eller år. Det finns en rädsla för utvisning samtidigt som vetskapen finns om att endast en minoritet av alla asylsökande får stanna i landet. Lundgren Jörum (2015) har gjort en intervjustudie med nyanlända syrier i Sverige. I studien framkommer det att en frustration finns i väntan på uppehållstillstånd. De personer som blivit intervjuade upplever ett tomrum samtidigt som det är svårt att hitta fast bostad. De beskriver hur deras tillvaro består av väntan, stress

och oro, vilket gör att det liv de hoppats kunna bygga upp känns långt borta. Samtidigt finns en ständig oro för de anhöriga som är kvar i Syrien. På så sätt kan ovisshet i relation till asylprocessen leda till psykisk ohälsa.

*Psykisk ohälsa* kan definieras på flertalet olika sätt då det ses som ett samlingsnamn för alla former av psykiska sjukdomar, psykiska störningar och andra psykiska besvär. När en människa drabbas av psykisk ohälsa kan personen i fråga uppleva en skrämmande känsla och även en känsla av maktlöshet (Hedelin, 2006). Skärsäter (2009) menar att en person som drabbas av psykisk ohälsa inte längre känner igen sig själv. Livet kan plötsligt upplevas som svartvitt. Vissa människor orkar inte längre ta sig upp ur sängen eller ens duscha. Vissa påverkas genom att sömnen försämras och även aptiten kan förändras. När en person söker vård för sin psykiska ohälsa är målet med behandlingen att lindra och minska individens symtom och ohälsa.

Enligt Socialstyrelsen (2015) har invandrare och flyktingar ofta, men inte alltid en högre förekomst av psykisk ohälsa. Av de asylsökande och flyktingar som kommer till Sverige beräknas mellan 20 och 30 procent lida av psykisk ohälsa. Till detta finns flera tänkbara orsaker. De människor som tagits emot i Sverige kan ha med sig krigsupplevelser som kan innebära utsatthet och hjälplöshet för de svagaste grupperna. Detta gäller särskilt kvinnor och barn som genomgått detta under en längre tid, vilket kan leda till depressioner och apatiska tillstånd. Mann och Fazil (2006) menar att ångest, depression och posttraumatisk stress (PTSD) är de vanligaste typerna av psykiska problem hos flyktingar och asylsökande. Då psykisk ohälsa inte är acceptabelt inom vissa kulturer kan det istället visa sig i form av psykosomatiska tillstånd, såsom huvudvärk, icke-specifika kroppssmärter, yrsel och svaghet. Detta nämner även Socialstyrelsen (2015) som skriver att somatiska symtom som kommer till uttryck för psykisk ohälsa förekommer i större mån hos människor i andra kulturer än hos människor i den västerländska kulturen. För att kunna möta och stödja personer från andra kulturer behöver vårdpersonal därför ha kulturkompetens.

Vid vård av psykisk ohälsa är mötet särskilt viktigt (Skärsäter, 2009). Ouis (2010) menar att alla personer ska mötas och behandlas lika oavsett bakgrund. Samtidigt ska man se individen och behandla denne unikt utifrån sina behov. Campinha-Bacote (2003) har skapat en modell som baseras på fyra olika områden som vårdpersonalen ska uppfylla för att skapa sig kulturkompetens, samt kunna bedriva kulturkompetent omvårdnad. För att det ska kunna uppfyllas krävs framförallt ett genuint intresse hos vårdpersonalen. *Första området* handlar om kulturell medvetenhet, både kring sin egen och kring andra kulturer. Vårdpersonalen ska även ha kännedom om sina förutfattade meningar och fördomar mot andra kulturer. *Andra området* handlar om att vårdpersonalen söker kunskap om olika värderingar, kulturer och sociala skillnader. Vårdpersonalen bör också försöka uppnå förståelsen om att synen på hälsa kan vara olika. *Det tredje området* avser att kunna bedöma patientens behov och tro med uppriktighet utan att värdera. Vårdpersonalen ska även kunna läsa av kommunikationen både verbalt men också via kroppsspråket. *Det sista och fjärde området* berör det kulturella mötet. Här vill man eftersträva att vårdpersonalen ska få insikt i att det finns många olikheter inom en kulturell grupp genom att skaffa erfarenheter av olika möten.

Socialstyrelsen (2015) menar att kulturkompetens blivit alltmer viktig för svensk sjukvårdspersonal på grund av den ökade migrationen. En patient med annan kulturell bakgrund kan ha ett annat tankesätt än det västerländska tankesättet, detta kan då påverka diagnostiken, behandlingen och resultatet. Därav finns det ett behov av kunskap om hur flyktingar ser på psykisk ohälsa och vad som påverkar när de söker vård. Genom att undersöka detta kan vårdpersonal få en bättre förståelse för flyktingarnas situation, som kan leda till bättre bemötande och omvårdnad vid psykisk ohälsa.

## **SYFTE**

Syftet med denna litteraturstudie är att undersöka flyktingars uppfattningar om psykisk ohälsa och faktorer som påverkar deras vårdsökande.

# METOD

## Design

En allmän litteraturstudie har genomförts. Friberg (2012) förklarar en allmän litteraturstudie som ett strukturerat arbetssätt för att enklare kunna skapa en översikt över det valda området.

## Sökvägar och Urval

En inledande pilotsökning gjordes för att ta reda på ifall det fanns relevanta artiklar kopplat till syftet. Därefter gjordes den huvudsakliga sökningen (bilaga 1). Wallengren och Henricson (2012) menar att när den huvudsakliga sökningen påbörjas så finns en djupare relation till litteraturen, tack vare den inledande pilotsökningen. Sökningarna utfördes i databaserna Cinahl, PubMed och PsycINFO, då dessa innehåller material inom ämnet omvårdnad. För att göra sökningen mer exakt användes ämnesord i Mesh och Thesaurus. De booleska operatorer som användes var AND, OR och NOT (Karlsson, 2012). Även blocksökningar användes. De sökord som tillämpades var refugees, asylum seeker, experience, perception, care, mental health, mental illness, mental disorders, interview, qualitative research och qualitative studies. Trunkering (\*) användes efter vissa utvalda sökord (Östlundh, 2012). Även manuella sökningar gjordes genom att söka i litteratur- och referenslistor i redan utvalda artiklar för att därigenom få fram fler relevanta artiklar. Denna sökning bidrog däremot inte till något nytt material. Inklusionskriterierna i arbetet var både ungdomar och vuxna av båda könen över 13 år. Artiklar som skrevs ur vårdpersonalens perspektiv exkluderades då detta inte var av intresse för denna studie. Avgränsningar var artiklar som är publicerade mellan år 2000–2017, artiklarna skulle vara skrivna på engelska samt vara peer-reviewed.



## Granskning och Analys

För att välja ut vilka artiklar som skulle inkluderas lästes först titeln och därefter abstraktet (Wallengren & Henricssons, 2012). De artiklar som svarade på syftet granskades systematiskt utifrån Högskola Kristianstads granskningsmall (Beck, Blomqvist & Orrung Wallin, 2016). Detta gjordes med hjälp av trovärdighetsbegreppen *tillförlitlighet*, *verifierbarhet*, *pålitlighet* samt *överförbarhet* (Shenton, 2004). En artikel granskades gemensamt, för att se om den bedömdes på ett likartat sätt. De övriga artiklarna granskades sedan på samma sätt. I samband med granskningen genomfördes även artikelöversikter över de artiklar som ingick i studiens resultat (bilaga 2). För granskning av artiklarnas resultatdel användes Lundman och Graneheims (2003) beskrivning av manifest innehållsanalys. Först sågs texten som en helhet, därefter analyserades texten genom att bryta ner den i delar för att till slut sättas samman till en ny helhet. Detta gjordes genom att dela in texten i meningsbärande delar för att beskriva olika innehåll eller innebörder. De meningsbärande delar som hade samma innehåll/innebörder kodades. Koderna markerades med olika färger för att sedan urskilja underkategorier och kategorier utifrån skillnader och likheter.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen

Meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Vi säger "oh, detta hände på grund av gud och jag tror på det" och de läser koranen och blir bättre. Men det finns ingen vi går och pratar med.	Detta hände på grund av gud. Läser koranen och blir bättre. Finns ingen att prata med.	Spirituell tro kan leda till alternativ behandling	Faktorer av betydelse vid val av "hjälpkälla"

## Etiska överväganden

I detta arbete har enbart artiklar som fått tillstånd från etisk kommitté eller som påvisat att de genomgått noggranna etiska överväganden inkluderats. Enligt författarna Eriksson

Barajas, Forsberg och Wengström (2013) är etiska överväganden viktiga vid systematiska litteraturstudier då de stärker det vetenskapliga värdet. Därför har författarna arbetat så textnära som möjligt under litteraturstudiens process och enbart hållit sig till resultatet. Tidigare har en del studier gjorts kring sjuksköterskans perspektiv gällande flyktingar och psykisk ohälsa. Det finns dock inte så många studier som är gjorda utifrån flyktingens perspektiv. Därför är denna litteraturstudie av betydelse.

## Förförståelse

Författarna tror att det finns en hel del fördomar mot flyktingar inom sjukvården som gör det svårt att ge dem rättvis vård. Detta kan leda till att flyktingar känner sig orättvist behandlade. En annan tanke är att flyktingar ofta blir missuppfattade på grund av språksvårigheter och kulturella skillnader. Samtidigt kan det vara svårt för flyktingar att söka vård, då de kanske inte vet hur de skall gå tillväga i det nya landet.

## RESULTAT

Litteraturstudiens resultat är en sammanfattning av tio vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats. Artiklar som använts var från Storbritannien (n=4), USA (n=3), Canada (n=1), Schweiz (n=1) och Australien (n=1). Artiklarnas resultat har sammanfattats i tre kategorier med två till tre underkategorier vardera och redovisas i tabell 2 nedan.

Tabell 2. Kategorier och underkategorier

Kategorier	Underkategori
Synen på psykisk ohälsa	Psykisk ohälsa är stigmatiserad Okunskap kring psykisk ohälsa
Faktorer av betydelse i mötet	Svårigheter i kommunikationen Bemötandet spelar en viktig roll Kulturens inverkan på mötet

Faktorer av betydelse vid val av  
"hjälpkälla"

Tillit är en viktig faktor  
Uppfattning om behandling vid psykisk  
ohälsa  
Spirituell tro kan leda till val av alternativ  
behandling

---

## Synen på psykisk ohälsa

I majoriteten av de granskade artiklarna benämndes uttrycket "stigma" kring psykisk ohälsa. Både hos familj, vänner och sjukvård. Flyktingarna uttryckte rädsla för att bli sedda som galna. Stigmat kring psykisk ohälsa präglades främst av okunskap vilket ledde till utebliven vård. Detta gav underkategorierna *Psykisk ohälsa är stigmatiserad* samt *Okunskap kring psykisk ohälsa*.

### Psykisk ohälsa är stigmatiserad

Flyktingarna uttryckte stigma kring psykisk ohälsa i form av en rädsla över att bli betraktad som galen. Dels av vårdpersonal men även av samhället. Detta ledde till att många undvek att söka vård eller lät bli att berätta om sina symptom för vårdpersonalen (Maier & Straub, 2011; Shannon, Wieling, Simmelink-McCleary & Becher, 2015). Många var rädda för vad vårdpersonalen skulle tycka och tänka när de berättade om sina problem (Truong Donnelly et al., 2011).

Ly: It's the uncertainty of how people will treat me when I seek help . . . that's the most important things . . . I never [cared] seeing a doctor because I was always worried that when I tell the doctor, I don't know what they would do. Will they see me as totally crazy and put me away when I tell what I'm thinking and what I was going to do? I think the fear is the one most important thing. . . . I knew there's a Crisis Distress Center but I never called them because I didn't know what to say. How can I tell someone, "Oh, I'm going crazy right now." ... (Truong Donnelly et al., 2011, s. 282)

Att bli diagnostiserad med psykisk ohälsa gav även en rädsla över att bli inlagd på sjukhus och separeras från sin familj, samtidigt som oron fanns för att en diagnos skulle påverka chansen att få stanna i landet och att få ett jobb (Shannon et al., 2015). En person berättade

att han inte ville besöka ett ”crazy hospital” eftersom han inte ville vara med ”mentals” eller “den sortens människor” (Majumder, O’Reilly, Karim & Vostanis, 2014). Personer med psykisk ohälsa uppfattade att de blev bortstötta från samhället och hur de behandlades berodde på hur sjuk personen var. Människor med någon form av svårare psykisk sjukdom blev hånade av andra och ansågs i deras samhälle behöva hållas i hemmet (Bettman, Penney, Clarkson Freeman & Lecy, 2015). När en i familjen var psykiskt sjuk påverkades alla familjemedlemmars chanser att få gifta sig, och på grund av stigman pratade man inte om sådana problem offentligt (Shannon et al., 2015; Quinn, 2013).

“They don’t want to talk about it because if other family members know that I’m mentally ill, my daughter might not get married or something.” (Shannon et al., 2015, s. 287)

### Okunskap kring psykisk ohälsa

I flera av artiklarna framkom det att det fanns en hel del okunskap kring psykisk ohälsa hos flyktingarna (De Anstiss & Ziaian, 2010; Shannon et al., 2015; Truong Donnelly et al., 2011). I några av flyktingarnas hemland fanns människor med psykiatriska problem, men dessa associerades inte med psykisk ohälsa utan ansågs bara vara galna. För en del flyktingar var begreppet ”psykisk ohälsa” helt nytt, och personen som höll i intervjuerna fick därför förklara vad det innebar.

... Okay, you know back home? Mental health – people are crazy who dance (in the street) and shit? Aha! Those are the people we are talking about. Those ones who run around. Over there, we don’t call them mental, just people who are crazy ... (De Anstiss & Ziaian, 2010, s. 33)

Några flyktingar förklarade att de inte visste att psykiska problem kunde bero på en sjukdom och kunde därför inte bli botad eller behandlad som en ”riktig normal sjukdom”. (Shannon et al., 2015). Samtidigt var andra mycket väl medvetna om psykisk ohälsa och ansåg att detta var någonting som var viktigt att behandla, om än svårt. (Truong Donnelly et al., 2011; Bettman et al., 2015).

The people from the developing countries . . . many people cannot realize it. Once the environment changes, the stress is big. If you are weak on it, it is easy to cause this [mental] problem. If some people don't have this idea, they will be hurt more. . . . I'm an educated woman. I have knowledge. If you're sick and you didn't treat it, this is the consequences. That's why I will seek help because I know how dangerous it is. But for some other people, they have very limited education or knowledge, they won't see the seriousness of the mental illness. (Truong Donnelly et al., 2011, s. 283)

## **Faktorer av betydelse i mötet**

Något som var återkommande i flera av artiklarna var upplevelsen av bemötandet inom vården. Upplevelser så som tidsbrist, tillgjord personal och rasism lyftes. Med tillgjord personal menade flyktingarna att de upplevde att vårdpersonalen var trevliga vid vårdsökandet, men blev utan vidare otrevliga vid mötet i samband med undersökningen. Det framkom även en misstro för sjukvården samt svårigheter gällande kommunikation och kulturella skillnader i mötet. Detta skapade underkategorierna *Svårigheter i kommunikationen*, *Bemötandet spelar en viktig roll* och *Kulturens inverkan*.

### **Svårigheter i kommunikationen**

Många flyktingar ansåg att språket var det största hindret till att söka sjukvård vid psykisk ohälsa och att det ledde till missförstånd (Quinn, 2013). Vårdsystemet ansågs inte vara känsligt nog för att kunna tillgodose vårdbehovet hos flyktingar. Deras begränsade kunskaper i engelska samt sjukvårdens brist på tolkar gjorde att många patienter inte kunde utnyttja sjukvården. Få ställen fanns som erbjöd tjänster på flyktingarnas modersmål, samtidigt som behovet av någon som talade samma språk och delade samma värderingar var stort. En kvinna uttryckte svårigheter i att tala i medicinska termer då hennes engelska var begränsad (Truong Donnelly et al., 2011).

Lena: First of all, the language barrier. If my language is limited, how could I [speak] a sentence in English and talking about medical terms? I wouldn't be able to do that. So, why should I bother? . . . (Truong Donnelly et al., 2011, s. 283)

Många tyckte att det fanns bra hjälp för psykisk ohälsa i vården, men att de inte kunde ta del av den eftersom de inte hade en tolk. (Truong Donnelly et al., 2011). En del flyktingar

var rädda för att prata med en tolk eftersom de kände att ingen konfidentialitet fanns. Genom att berätta om sina traumatiska upplevelser riskerade de att sätta sin familj i hemlandet i fara. Tolken kunde vara en spion som kontaktade myndigheter eller liknande i hemlandet för att berätta vad som sagts (Shannon et al., 2015).

So those people, they know exactly where I am from. All they have to do is just one telephone call. So my family back home, they will find an excuse for them to be arrested, tortured, and under surveillance. For the whole community, that is why most of us cannot openly express our feeling, what is happening back home. (P6, G5). (Shannon et al., 2015, s. 289)

En del flyktingar hade erfarenheter av att en familjemedlem användes som tolk. Detta resulterade i att familjemedlemmen misslyckades med att översätta korrekt och ofta var för involverad i patientens situation. Några kvinnor ville inte att deras makar skulle tolka då de var rädda för att deras makar skulle få makt och kontroll i deras äktenskap genom att utnyttja deras psykiska hälsostatus. Det fanns även brist på information kring vilka vårdtjänster som fanns och för att underlätta detta behövdes skriftlig information på deras språk, gärna i broschyrer. En person nämnde även bristen på kontinuiteten i vården, och tyckte att läkaren borde ringa upp patienterna för uppföljning för att upprätthålla kontakten och komma med råd (Truong Donnelly et al., 2011).

### Bemötandet spelar en viktig roll

En del flyktingar uppfattade att vårdpersonalen ansåg att flyktingar och asylsökande inte var tillförlitliga och att vårdpersonalen inte lyssnade på dem. Detta ledde till en misstro för sjukvården som gjorde att de valde att inte söka vård (Quinn, 2013; De Anstiss & Ziaian, 2010). Vid vårdsökandet blev flyktingarna väl bemötta, men vid själva undersökningen blev de ignorerade. En person upplevde dåligt bemötande av en läkare då hon kände att han inte hade tid för henne. Läkaren hade höga förväntningar på patienten då han tyckte det var dags för henne att ta hand om sig själv, vilket gjorde att hon slutade besöka läkaren (Truong Donnelly et al., 2011). Andra upplevde att läkarna enbart ville tjäna pengar och därför inte brydde sig om hur mycket personen ifråga behövde betala eller om hen var försäkrad, vilket ledde till en känsla av dåligt bemötande

(Shannon et al., 2015). En läkare ansågs vara en rasist som bara ville bli av med dem (Quinn, 2013).

People pretend to listen to you but they are false, even the GP [general practitioner] is trying to get rid of you because of colour of your skin. There was a doctor who was racist, everyone know it. (African women's group) .(Quinn, 2013, s. 65)

Samtidigt tyckte flera att läkarna var trevliga och gjorde sitt bästa. En person berättade att flera läkare och sjuksköterskor var trevliga även om de varken lyssnade eller förstod, medan andra föredrog läkarstudenter då de var hjälpsamma och bättre på att lyssna. I det nya landet frågade vårdpersonalen hur de mådde samtidigt som de hade ett val. De kunde säga både ja och nej, vilket de inte kunde i sitt hemland (Shannon et al., 2015).

### Kulturens inverkan

Att komma till ett nytt land kan innebära nya kulturer, vilket för många av flyktingarna blev problematiskt i samband med vårdsökandet. En person tyckte att läkarna i det nya landet inte kunde förstå henne och en annan påpekade att allt var annorlunda i det nya landet. Båda kände att de kulturella skillnaderna påverkade vårdens sätt att förstå dem. Kulturella skillnader gjorde också att en del inte litade på någon, inte ens på läkaren och därav berättade de inte om sina problem (Majumder et al., 2014). En annan grupp med flyktingar förklarade att deras ”kulturella blyghet” gjorde att de inte svarade läkaren utan en fråga. Läkaren behövde ställa specifika frågor för att få svar (Shannon et al., 2015).

We won't answer without a question. If the doctor asks about pain, they answer. But if the doctor doesn't ask about sleep, we won't answer. So you need to ask specific questions. Based on culture, they don't want to talk much and they are shy. (P1, P9, G6). (Shannon et al., 2015, s. 290)

Samma grupp, som bara innefattade kvinnor, berättade också att kulturen gjorde det svårt för dem att dela med sig av sina problem då kvinnor inom deras kultur inte förväntades diskutera problem. De ansåg att det mesta var en hemlighet som borde hållas för sig själv.

En rädsla över att sjukvården inte hade tillräcklig kompetens och medvetenhet om mångkultur gjorde att vissa inte sökt hjälp. De kände att vårdpersonalen inte hade samma bakgrund och kultur och därför inte skulle förstå dem (Shannon et al., 2015). Det framkom också att religion gjorde att en del kvinnor endast gick till kvinnliga läkare, om läkaren inte var kvinnlig lät de bli att gå på besöket (Maier & Straub, 2011). En person hade upplevt andliga energier sedan han var 17 år gammal, men ville inte diskutera detta med en läkare från den engelska kulturen eftersom han inte skulle förstå, då de bara var ute efter symtom (Leavey, Guvenir, Haase-Casanovas & Dein, 2007).

### **Faktorer av betydelse vid val av "hjälpkälla"**

För att söka vård för psykisk ohälsa behövde flyktingarna känna tillit. Detta avgjorde om de sökte hjälp hos familjen, en vän eller sjukvården. Olika uppfattningar eller upplevelser av behandlingar påverkade när de sökte vård samtidigt som en spirituell tro gjorde att en del sökte vård utanför sjukvården. Detta skapade underkategorierna *Tillit är en viktig faktor*, *Uppfattning om behandling vid psykisk ohälsa* samt *Spirituell tro kan leda till val av alternativ behandling*.

#### **Tillit är en viktig faktor**

För att våga söka vård vid psykisk ohälsa var tillit en viktig faktor. Detta avgjorde vem flyktingarna valde att söka vård hos. För många innebar detta att söka hjälp hos en tillförlitlig vän eller familj. Att kunna lita på att personen skulle kunna hålla samtalet konfidentiellt var det viktigaste. Av samma anledning valde andra att söka hjälp utanför sin familj och gemenskap då det fanns risk för skvaller. Om deras problem var av svårare grad behövdes dock sjukvården kontaktas oavsett (Quinn, 2013).

'The last place you would go is your own community. It will spread very fast because of the shame'. (Quinn, 2013, s. 64)



Många ungdomar såg inte sina föräldrar eller sjukvården som en potentiell källa av stöd vid psykisk ohälsa. Eftersom de kom från en kultur där förhållandet mellan föräldrar och ungdomar var karakteriserat av väldigt lite intimitet och mer hierarki pratade de inte med sina föräldrar om personliga problem (De Anstiss & Ziaian, 2010). Anledningar till att inte vilja söka hjälp hos sjukvården var att sjukhusen och människorna där uppfattades som läskiga och obekanta (Fazel, Garcia & Stein, 2016). Att prata med någon man inte kände var obehagligt (De Anstiss & Ziaian, 2010). Andra sökte hellre sökte hjälp av sjukvården som ansågs vara mer tillförlitlig än en vän. De kände att läkaren var hjälpsam och var tacksamma över detta (Majumder et al., 2014). Många såg läkaren som en källa till mediciner som bara var tyst och skrev ut sömnmedicin vilket uppskattades (Shannon et al., 2015; Bettman et al., 2015). En del ungdomar föredrog att söka hjälp av skolhälsovården, istället för att söka hjälp av familj eller på sjukhus. Skolan ansågs vara en trygg plats där det ofta var enkelt att få tag på terapeuten (De Anstiss & Ziaian, 2010).

### Uppfattning om behandling vid psykisk ohälsa

Utifrån olika erfarenheter och synsätt beskrev flyktingarna sina uppfattningar om behandling för psykisk ohälsa. Dessa uppfattningar påverkade i sin tur huruvida de valde att söka hjälp eller inte. Behandling för psykisk ohälsa associerades av många enbart med mediciner, vilka beskrevs ha en lugnande effekt som ofta sågs som en positiv aspekt av behandlingen (Bettman et al., 2015; Maier & Straub, 2011; Majumder et al., 2014). Några såg medicin som en behandling som var nödvändig för att bli frisk (Maier & Straub, 2011). Andra upplevde att mediciner påverkade deras hjärna och vägrade att ta dem. En person lät bli att berätta för läkaren om sina symtom för att slippa mediciner (Truong Donnelly et al., 2011; Maier & Straub, 2011).

I didn't tell him [family physician] because taking so many medications will affect my brain. After taking medications, I find myself cannot remember so many things. I am so easy to forget. (Truong Donnelly et al., 2011, s. 283)

Andra associerade behandling för psykisk ohälsa med terapi, vilket upplevdes både positivt och negativt. Positiva upplevelser uttrycktes i form av att få redskap för att kunna slappna av, så som andningsövningar eller att skriva ner sina känslor. Att ha någon att prata med gav möjlighet till att uttrycka problem vilket gjorde att de inte kände sig ensamma längre. Det bidrog även till ett lugn och en känsla av att bli fri (Fazel et al., 2016; Majumder et al., 2014; Truong Donnelly et al., 2011; Maier & Straub, 2011). Terapi minskade också oro och stärkte självförtroendet. Negativa upplevelser uttrycktes i form av att det var obekvämt att tala med terapeuter eftersom de var främlingar (Bettman et al., 2015). Flera undvek att söka vård eftersom de inte ville prata om eller tänka på det förflutna, utan att det var bättre att försöka glömma (Fazel et al., 2016). En person berättade att väl hemma efter varje besök kände han sig deprimerad och ältade samma problem om och om igen. Genom att prata om sina erfarenheter under behandlingen öppnade man upp sig för återtraumatisering och problemen kändes värre (Majumder et al., 2014). Det ledde till en rädsla över att förlora kontrollen (Shannon et al., 2015)

“If we start talking about it, we might even have a heart attack, we feel the pain in our heart too.”  
(Shannon et al., 2015, s. 289)

## Spirituell tro kan leda till val av alternativ behandling

I flera av artiklarna framkom det att flyktingarna hade en spirituellt tro som gjorde att de sökte alternativ behandling. Många ansåg att deras psykiska ohälsa orsakats av gud och därför behandlade de sina psykiska problem genom att be.

”Lena: I seek religious healing. I believe in healing through prayer. So when I was suffering from the, the trauma and the anxiety, and lack of sleep and all of that and when I seek medical help my doctor told me I’m going to prescribe medication for you. But I said, “No, I don’t need medication.” . . . And until today I didn’t take any medication. And I’m doing fine. I know it’s taking longer, but I’m just taking it slowly. Whenever I feel I’m losing control or my heartbeat is just start to raise, I know that I’m not okay, then I will just break into prayer.” (Truong Donnelly et al., 2011, s. 286)

Andra läste koranen, vilket gjordes särskilt då det inte fanns tillgång medicinsk behandling på grund av ekonomiska skäl (Bettman et al., 2015). Vissa använde sig endast

av den västerländska sjukvården (Maier & Straub, 2011) medan andra menade att deras psykiska ohälsa berodde på en förbannelse och därför sökte annan hjälp (Carroll, 2004; Leavey et al., 2007; De Anstiss & Ziaian, 2010). Samtidigt ansåg flera att psykisk ohälsa berodde på häxkrafter som behandlades av en häxdoktor eller medicinman som gav fysisk och spirituellt traditionell behandling (De Anstiss och Ziaian, 2010). Andra gick till en ”hoca” för att bryta förbannelsen och bli av med sin psykiska ohälsa. Att gå till en ”hoca” uteslöt dock inte den västerländska vården, utan många hade även besökt läkare för att bli av med sina problem. En annan person var däremot skeptisk till ”hocas” då dessa besök var mycket dyra och hennes läkare hade sagt till henne att inte tro på onda andar eller ”hocas”. (Leavey et al., 2007)

When this happened her parents took her to see various *hocas* one of whom told her that a ‘spell’ had been placed on her disabled sister who had died 2 years previously and this spell had now passed to Bingul. Frequently ill, she alternately attended various doctors and *hocas* (a.a). (Leavey et al., 2007, s. 266)

Vissa flyktingar trodde inte på folkmedicin och vände sig hellre till ”traditional healers”. Personerna som vände sig till dessa trodde på en spirituellt kraft och förväntades bli botade av denna (Maier & Straub, 2011). Det framkom också att en del av flyktingarna trodde på det så kallade ”onda ögat”, vilket innebar en förbannelse som kunde leda till död. Ett annat spirituellt begrepp som framkom var ”gini”, som betyder andar. Detta beskrevs som ett övernaturligt ting som kunde dyka upp i kroppen och orsaka psykisk ohälsa. En deltagare menade ”gini” var överallt och var väldigt kraftfull. Han påpekade även att gini inte bara kunde förbanna människan utan också bota den (Carroll, 2004).

## DISKUSSION

Litteraturstudiens kvalitet diskuteras utifrån Shentons (2004) trovärdighetsbegrepp *tillförlitlighet, verifierbarhet, pålitlighet* samt *överförbarhet*. Med hjälp av dessa begrepp diskuteras metodens styrkor och svagheter. I resultatdiskussionen kommer de tre mest centrala fynden diskuteras.

## Metoddiskussion

Artikelsökningen utfördes i Cinahl, PubMed och PsycINFO som är tre stora databaser och inriktar sig på omvårdnad, vårdvetenskap samt medicin. Detta menar Wallengren och Henricson (2012) kan stärka tillförlitligheten då det ökar möjligheterna till att finna relevanta artiklar. I det första skedet genomförde författarna en pilotsökning för att se över det befintliga materialet. För att ytterligare öka möjligheterna att finna relevanta artiklar nyttjade båda författarna sökverkstäderna som erbjöds på Högskolan i Kristianstad. Där fick författarna hjälp med sökord inför den huvudsakliga sökningen. I databassökningen användes trunkering (\*) och booleska operatörer. Trunkering (\*) bidrar till att antalet träffar blir större eftersom träffarna innehåller ordets alla böjningsformer. De booleska operatörerna AND, OR och NOT används när mer än ett sökord ska kombineras, då avser denna söklogik att bestämma vilket samband de utvalda sökorden har till varandra. Dessa sökmetoder kan öka tillförlitligheten i litteraturstudien då sökningarna gav ett stort antal träffar. Även manuella sökningar genomfördes (Östlundh, 2012). Dock hade de artiklar som var relevanta redan påträffats i den huvudsakliga sökningen och därför gav de manuella sökningarna inget resultat. Författarna valde att inte använda sig utav enbart artiklar i fulltext som avgränsning vilket kan stärka tillförlitligheten, då denna avgränsning kan göra att relevanta artiklar exkluderas. I databaserna Pubmed och PsycINFO användes både ämnesord och fritext, vilket gjorde sökningarna mer omfattande. I databasen Cinahl användes bara fritext vilket kan sänka tillförlitligheten. För att inte gå miste om relevant material kunde ämnesord kombinerat med fritext ha använts. För att se till att studien verkligen svarade på syftet hade författarna syftet nära till hands under artikelsökning och analysprocess. Vid artikelsökningen framkom artiklar där urvalet var flyktingar och migranter. I några av dessa artiklar definierades migranter som personer som bott i landet några år, men som kommit dit som flyktingar. Dessa artiklar inkluderades då författarna ansåg att de hörde till denna studies syfte. I andra artiklar som inkluderade migranter som kommit till landet av andra skäl än flykt ansåg författarna inte vara relevant för denna studies syfte. Därför exkluderades de artiklarna då det inte gick att urskilja vem som sagt vad i studien. Genom

grupphandledningarna och seminarier granskades arbetet kritiskt av kurskamrater, handledare och examinator. Författarna reflekterade sedan över denna respons vilket kan stärka tillförlitligheten. Alla artiklar som svarade på studiens syfte inkluderades, och alla resultat i artiklarna presenterades oavsett om de stämde överens med förförståelsen eller inte. I underrubriken *svårigheter i kommunikationen* kommer största delen av resultatet från en artikel där deltagarna enbart är kvinnor. Detta kan ha påverkat resultatet och kan göra att tillförlitligheten sänks. För att stärka verifierbarheten har författarna bifogat sökschemat som bilaga, vilket ger en tydlig bild av hur sökningarna utförts. Även en tabell som beskriver och förtydligar analysprocessen har bifogats. Författarna har också arbetat för att beskriva studiens tillvägagångssätt så väl som möjligt i text, så att studien ska gå att göra om.

Artiklarna granskades var och en för sig och sedan gemensamt enligt Högskolan Kristianstads granskningsmall för kvalitativa artiklar (Beck, Blomqvist & Orrung Wallin, 2016). Att författarna valde att granska artiklarna först var och en för sig och därefter gemensamt stärker enligt Henricson (2012) pålitligheten. Att författarna använde sig av en godkänd granskningsmall vid analysprocessen kan även det stärka tillförlitligheten. Efter att syftet för studien bestämts skrev författarna ner sin förförståelse som diskuterades inför och under analysprocessen. Delar av resultatet bekräftade författarnas förförståelse och kan således sänka pålitligheten, däremot fanns fynd som var överraskande vilket skulle kunna stärka pålitligheten. Under analysprocessen deltog båda författarna. För att ytterligare stärka pålitligheten hade analysprocessen kunnat skrivas ner på lappar inför kodningen, för att lättare få en överblick jämfört med när det gjordes på datorn. Nio av tio artiklar hade godkännande av en etisk kommitté. Den tionde artikeln var utformad på ett sådant sätt att det gick att utläsa att den var etiskt försvarbar och därav inkluderades även denna.

Resultatet i denna litteraturstudie är överförbart till all typ av vårdpersonal som kan komma i kontakt med flyktingar som patienter. Deltagarna var både ungdomar och vuxna över 13 år samt både män och kvinnor vilket gör att resultatet står för en stor grupp människor och blir således överförbart till båda könen. Barn inkluderades inte i studien

eftersom författarnas förförståelse var att uppfattningarna kring psykisk ohälsa skiljer sig mycket åt mellan barn och vuxna. Däremot kom deltagarna från olika länder vilket kan innebära olika kulturer och synsätt, som i sin tur kan ha påverkat resultatet. Hade deltagarna kommit ifrån samma land så hade resultatet kanske sett annorlunda ut då uppfattningarna ibland varierade mellan olika kulturella tillhörigheter. Kategoriernas benämning och även själva texten har en hög abstraktionsgrad. Detta på grund av att kategorierna är övergripande och kan användas vid flera olika sammanhang. Samtidigt beskriver texten specifikt flyktingars uppfattningar om psykisk ohälsa samt faktorer som påverkar deras vårdsökande, men kan ändå överföras till andra vårdkontext där patienten har en annan kultur eller språk. Trots att studierna genomfördes i västvärlden kan resultatet även överföras till övriga länder i världen, då flyktingarnas uppfattningar om psykisk ohälsa och faktorer som påverkar deras vårdsökande kan se likadana ut oavsett vilket nytt land de kommer till. Däremot hade överförbarheten till Sverige kunnat öka ifall studier funnits därifrån.

## **Resultatdiskussion**

Litteraturstudiens syfte var att undersöka flyktingars uppfattningar om psykisk ohälsa och faktorer som påverkar deras vårdsökande. Fynden som lyfts i resultatdiskussionen är *Kulturens inverkan, Svårigheter i kommunikationen och Psykisk ohälsa är stigmatiserad*.

En förutsättning för att flyktingar ska söka vård för psykisk ohälsa är att vårdpersonalen behöver ha kulturkompetens. Samtidigt visar litteraturstudien att flyktingar inte alltid upplever att detta finns. Ett centralt fynd i denna litteraturstudie var att flyktingar upplevde att kulturella skillnader påverkade mötet mellan vårdpersonalen och flyktingen negativt. Det fanns ingen förståelse sinsemellan vilket i sin tur ledde till att de inte sökte vård för sin psykiska ohälsa. Att kulturkompetens är viktigt vid vård av flyktingar med psykisk ohälsa har även uppmärksamats av vårdpersonal. I en studie av Colucci, Minas, Szwarc, Guerra och Paxton (2015) framkom det att olika kulturer var problematiskt vid mötet med flyktingar i sjukvården. För att kunna engagera den enskilde flyktingen i sin

vård var det viktigt att vårdpersonalen visade respekt och förståelse för hans eller hennes kultur. Att inte göra detta påverkade mötet med vården negativt då det inte fanns varken förståelse eller respekt sinsemellan. När sjukvårdssystemet inte var kulturellt lämpligt för flyktingarna riskerade man att skada deras tilltro till sjukvårdssystemet, vilken ofta inte var så stor redan från början. En viktig faktor var att inte utgå ifrån att alla människor är likadana, utan istället se till individen och utifrån denne tillämpa vårdpersonal som matchade patientens etnicitet, kön eller religion. När detta inte var möjligt skulle vårdpersonalen vara medveten om hur deras egna kön, etnicitet, religion, ålder och relation till patienten påverkade. Problemet kring kulturkompetens belyses även i en studie gjord av Alpers och Hansen (2013) där det framkom att nästan hälften av alla sjuksköterskor upplevde att de hade bristande kunskap inom kulturell mångfald. De upplevde även att de saknade kunskap om kulturella uttryck som var viktiga för patienter under mötet med vården, uttryck som till exempel den muslimska fastan under Ramadan. Detta kan i sin tur relateras till Campinha-Bacotes (2003) modell kring kulturkompetens som beskriver fyra olika områden. Modellens första område handlar om att vårdpersonalen ska ha kännedom om sin egen och andras kultur. Genom att skaffa kulturell medvetenhet minskar riskerna för missförstånd mellan vårdpersonal och flyktingar. Vårdpersonalen ska även ha kännedom om sina förutfattade meningar och fördomar mot andra kulturer. Detta är dock inte alltid lätt då det kräver självrannsakan samtidigt som ens egna fördomar ibland kan vara svåra att se. Andra området handlar om att vårdpersonalen bör försöka uppnå förståelsen om att synen på psykisk ohälsa kan vara olika. På så sätt kan en förståelse bildas mellan vårdpersonal och flyktingen, som kan bidra till respekt och ett bättre möte. Något som även kan bidra till ett bättre bemötande är det tredje området som avser att kunna bedöma patientens behov och tro med uppriktighet utan att värdera. Även om vårdpersonalens tro är någonting helt annat så måste flyktingens tro respekteras. Det fjärde området handlar om att vårdpersonalen behöver ha insikt i att det finns många kulturella olikheter inom en kulturell grupp, och inte utgå ifrån att alla i denna grupp är på ett visst sätt. Genom att vårdpersonalen innehar kulturkompetens kan således en förståelse bildas mellan flyktingen och vårdpersonalen vilket på så sätt kan leda till att flyktingen blir mer villig att söka hjälp för sin psykiska ohälsa.

En annan viktig faktor för att flyktingar ska söka hjälp för psykisk ohälsa är att vården ska vara anpassad för att kunna kommunicera med människor som talar ett annat språk. Dock visade det sig att flyktingarna i litteraturstudien inte alltid upplevde detta. Resultatet visade att många av patienterna tyckte att språkbarriärerna var det största hindret för vård sökandet vilket ledde till missförstånd och uteblivna besök. Vårdsystemet var inte anpassat för att kunna tillgodose vårdbehovet hos flyktingarna vilket kunde bero på bristen på tolkar, som gjorde att patienterna inte kunde utnyttja sjukvården till fullo. Till grund för detta låg också patienternas begränsade kunskaper i engelska. Problematiken kring kommunikationen i vården belyses även i en studie av Degni, Essén, Suominen, El Ansari och Vehviläinen-Julkunen (2011). En vårdpersonal i studien tyckte det var frustrerande då till och med tolkarna var dåliga på språket, vilket gjorde att det inte var säkert att patienterna fick fram rätt information. I vissa fall hade man fått använda barn som tolkar. Detta upplevde personalen i hög grad illa eftersom patientens integritet inte bevarades. Samtidigt är det inte heller etiskt försvarbart gentemot barnet som fick agera tolk. Utifrån ett konsekvensetiskt synsätt (Sandman & Kjellström, 2014) kan detta innebära negativa konsekvenser för alla inblandade. Dels finns en risk för att tolkningen inte blir helt neutral samtidigt som det kan finnas utrymme för missförstånd och att sekretessen sätts på spel. Vårdpersonalen belyste även svårigheter i att kunna bygga upp ett förtroende och en relation med en patient som inte talar samma språk som de själva. Detta kan relateras till det centrala begreppet *delaktighet*. Att få vara delaktig i sin vård är något som alla patienter har rätt till. Detta innebär att patienten på olika sätt och i olika grad får vara med och besluta om vilken vård hen behöver eller önskar. Att patienten får vara delaktig i sin vård kan också vara en form av bekräftelse, eftersom det är förknippat med andra värden såsom lika värde, autonomi och integritet. Det handlar om att patienten ska bli sedd, lyssnad på och tagen på allvar (Sandman och Kjellström, 2013). Detta kan däremot bli problematiskt när det dels inte finns tillgång till duktiga tolkar och när det finns en enorm språkbarriär mellan patient och vårdpersonal. Att inte kunna kommunicera påverkar alltså både vårdpersonalen och flyktingen negativt. Därav är det av betydelse att vården är anpassad för att kunna kommunicera med någon som talar ett



annat språk, både genom kompetenta tolkar men även genom kulturkompetent vårdpersonal.

För att underlätta flyktingarnas vårdsökande krävs också att vårdpersonalen är medveten om den stigma som finns kring psykisk ohälsa. I resultatet framkom det att flyktingarna kände stigmatisering både av dem själva, av vårdpersonalen men även av samhället vilket ledde till att de inte sökte vård eller att de höll tyst om sina symtom. Stigmatiseringen av psykisk ohälsa hos flyktingar bekräftas även i en studie av Sandhu et al. (2012) där vårdpersonalen var rädda för att en patient skulle bli bortstött av sin familj och gemenskap eftersom de inte förstod hans sjukdom. Stigmatiseringen upplevs däremot inte bara ur ett patient- och personalperspektiv, utan bekräftas också av anhöriga. Blach Rossen, Stenager och Buus (2013) har genomfört en studie som handlar om anhöriga som vårdar psykiskt sjuka familjemedlemmar. Det framkom att familjen kände sig väldigt skamfulla över att vara anhörig till en person med psykisk sjukdom, trots att de var väl medvetna om att sjukdomen uppkommit i samband med flykt och krig som lett till stora trauman. Som en konsekvens av stigmatiseringen kände de anhöriga sig väldigt isolerade. De kunde inte prata högt om det faktum att en anhörig led av psykisk ohälsa och kunde därför inte heller be om hjälp. För att vårdpersonalen ska visa medvetenhet kring stigma krävs personcentrerad vård. Personcentrerad vård är ett begrepp som lyfts i många olika vårdsammanhang och innebär att en person ska ses som en individ och inte som en sjukdom (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014). I ett sjukvårdssammanhang vad gäller psykisk ohälsa kan personcentrerad vård göra att patienten känner ett mer aktivt ansvar över sin sjukdom. Tillsammans med information till anhöriga kan detta även leda till minskad stigmatisering kring psykisk ohälsa, både för patienten och den anhörige. Genom att arbeta med personcentrerad vård samt genom att vara medveten om den stigma som finns kring psykisk ohälsa, kan alltså vårdpersonal bidra till att minska den stigma som patienten känner och på så sätt underlätta vårdsökandet.

För att den stigma flyktingarna och dess anhöriga upplever kring psykisk ohälsa ska minska och leda till att de söker vård behövs även preventivt arbete. Då kan flyktingar uppmärksammas i ett tidigt skede av sin sjukdom. Detta kan bidra till att mindre vård

behövs eftersom sjukdomen då kanske inte är så långt gången, vilket i sin tur leder till mindre ekonomisk belastning för samhället och mindre lidande för flyktingen. Socialstyrelsen (2012) menar att kunskapen kring psykisk ohälsa i det svenska samhället har ökat den senaste tiden. För att påverka kunskaper och attityder till psykisk ohälsa beskrivs olika anti stigma-kampanjer som till exempel utbildande insatser eller informationskampanjer via massmedia. Dock kan inte alla flyktingar ta del av detta på grund av språksvårigheter, varför det är viktigt att preventivt arbete utförs som är riktat specifikt till flyktingar.

### **Slutsats och klinisk implikation**

Denna litteraturstudie har visat att uppfattningen kring psykisk ohälsa varierar, men att det finns en betydande stigmatisering och även okunskap som många gånger gör att flyktingar undviker att söka hjälp för psykisk ohälsa. Samtidigt har även flyktingens spirituella tro och kultur ofta en betydande roll i vårdsökandet. För att flyktingar ska våga söka hjälp är det av stor betydelse att vårdpersonalen visar kulturkompetens. I den kliniska verksamheten bör vårdpersonalen därför arbeta utifrån personcentrerad vård för att se till de kulturella skillnader som finns hos varje individ. Det är av stor betydelse att vårdpersonalen reflekterar över sin egen och andra kulturer och försöker bli medveten om sina egna värderingar mot andra kulturer. Vården bör sträva efter att vara kulturellt anpassad med kompetenta tolkar samtidigt som personalen bör vara medveten om den stigma och okunskap som finns kring psykisk ohälsa. Därav behövs det utbildningar för vårdpersonal gällande mångkultur, hur man kommunicerar genom tolk men även tid för handledning. På så sätt kan möjligheter öppnas för att en förståelse ska uppstå mellan vårdpersonal och flyktingar som leder till ett gott möte och förhoppningsvis ökat vårdsökande hos flyktingar. För att undersöka hur synen på psykisk ohälsa och vårdsökandet ser ut i Sverige behövs vidare forskning kring detta ämne.

## REFERENSER

Artiklar som redovisas i resultatet markeras med \*.

Alpers, L-M., & Hanssen, I. (2013). Caring for ethnic minority patients: A mixed method study of nurses' self-assessment of cultural competency. *Nurse Education Today*, 34(6), 999-1004. doi:10.1016/j.nedt.2013.12.004

Angel, B., & Hjern, A. (2004). *Att möta flyktingar*. Lund: studentlitteratur.

Beck, I., Blomqvist, K., & Orrung Wallin, A. (2016). HKR:s granskningsmall för kvalitativa studier. Kristianstad: Högskolan Kristianstad.

\*Bettmann, J. E., Penney, D., Clarkson Freeman, P., & Lecy, N. (2015). Somali Refugees' Perceptions of Mental Illness. *Social Work in Health Care*, 54(8), 738-757. doi:10.1080/00981389.2015.1046578

Blach Rossen, C., Stenager, E., & Buus, N. (2013). The experiences of being close relatives and informal carers of mentally ill Iraqi refugees: a qualitative study. *International Journal of Culture and Mental Health*, 7(4), 452-463. doi: 10.1080/17542863.2013.855247

Campinha-Bacote, J. (2003). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Culturally Competent Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184. doi: 10.1177/10459602013003003

\* Carroll, J. K. (2004). Murug, Waali, and Gini: Expressions of Distress in Refugees From Somalia. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 6(3), 119-125.

Colucci, E., Minas, H., Guerra, C., & Paxton, G. (2015). In or out? Barriers and facilitators to refugee-background young people accessing mental health services. *Transcultural Psychiatry*, 52(6), 766-790. doi:10.1177/1363461515571624

\*De Anstiss, H., & Ziaian, T. (2010). Mental health help-seeking and refugee adolescents: Qualitative findings from a mixed-methods investigation. *Australian Psychologist*, 45(1), 29-37. doi:10.1080/00050060903262387

Degni, F., Suominen, S., Essén, B., El Ansari, W., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2011). Communication and cultural issues in providing reproductive health care to immigrant women: health care providers' experiences in meeting the needs of Somali women living in Finland. *Immigrant Minority Health*, 14(2), 330-343. doi:10.1007/s10903-011-9465-6

Ekman, I., Norberg, A., & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering Inom hälso- och sjukvård: Från filosofi till praktik* (s. 69-92). Stockholm: Liber.

Eriksson Barajas, K., Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Systematiska litteraturstudier i utbildningsvetenskap: vägledning vid examensarbeten och vetenskapliga artiklar*. (1. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

\*Fazel, M., Garcia, J., & Stein, A. (2016). The right location? Experiences of refugee adolescents seen by school-based mental health services. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 21(3), 368-380. doi:10.1177/1359104516631606

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.133–143). Lund: Studentlitteratur.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Department of Nursing, 24*(2), 205-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Hedelin, B. (2006). Att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa: psykiatrisk omvårdnad utanför psykiatrins arena. I I. Skärsäter (Red.), *Psykiatrisk omvårdnad: att stödja hälsofrämjande processer* (s.63-83). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 481-495). Lund: Studentlitteratur.

Karlsson, E-K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 101-108). Lund: Studentlitteratur.

\*Leavey, G., Guvenir, T., Haase-Casanovas, S., & Dein, S. (2007). Finding Help: Turkish-speaking Refugees and Migrants with a History of Psychosis. *Transcultural psychiatry, 44*(2), 258-274. doi:10.1177/1363461507077725

Lundgren Jörum, E. (2015). *Valet och vägen: En intervjustudie med nyanlända syrier i Sverige* (Delmi rapport, 2015:8). Stockholm: Delmi. Från: <http://www.delmi.se/publikationer-seminarier#!/valet-och-vagen-rapport-och-policy-brief-20158>

\*Maier, T., & Straub, M. (2011). “My Head is Like a Bag Full of Rubbish”: Concepts of Illness and Treatment Expectations in Traumatized Migrants. *Qualitative Health Research, 21*(2), 233-248. doi:10.1177/1049732310383867

\*Majumder, P., O'Reilly, M., Karim, K., & Vostanis, P. (2014). 'This doctor, I not trust him, I'm not safe': The perceptions of mental health and services by unaccompanied refugee adolescents. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(2), 129-136. doi:10.1177/0020764014537236

Mann, C. M., & Fazil, Q. (2006). Mental illness in asylum seekers and refugees. *Primary Care Mental Health*, 4(1), 57-66. doi:10.1016/j.nedt.2013.12.004

Migrationsverket. (2017). *Fakta om migration: Migrationsverket - mitt i världen 2016*. Hämtad 23 januari, 2017, från Migrationsverket, <http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Fakta-om-migration/Migrationsverket---mitt-i-varlden-2016.html>

Ouis, P. (2010). Att möta olika människor lika- muslimers möte med svensk sjukvård. I C. Björngren Caudra (Red.), *Omvårdnad i mångkulturella rum: frågor om kultur, etik och reflektion* (s. 231-255). Lund: Studentlitteratur.

\*Quinn, N. (2013). Participatory action research with asylum seekers and refugees experiencing stigma and discrimination: the experience from Scotland. *Disability & Society*, 29(1), 58-70. doi:10.1080/09687599.2013.769863

Sandhu, S., Bjerre, N. V., Dauvrin, M., Dias, S., Gaddini, A., ... Greacen, T. (2012). Experiences with treating immigrants: A qualitative study in mental health services across 16 european countries. *Social Psychiatry*, 48(1), 105-116. doi:10.1007/s00127-012-0528-3

Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etikboken: Etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.

\*Shannon, P. J., Wieling, E., Simmelink-McCleary, J., & Becher, E. (2015). Beyond Stigma: Barriers to Discussing Mental Health in Refugee Populations. *Journal of Loss and Trauma*, 20(3), 281-296. doi:10.1080/15325024.2014.934629

Shenton, A. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, 22, 63-75. doi: 10.3233/EFI-2004-22201

Skärsäter, I. (2009). Psykisk ohälsa. I A. Ehrenberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 712-746). Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2012). *Att nå personer med psykisk ohälsa: Uppsökande och informerande verksamhet*. Hämtad 3 april, 2017, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18810/2012-8-14.pdf>

Socialstyrelsen. (2015). *Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter: Ett kunskapsunderlag för primärvården*. Hämtad 23 januari, 2017, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19664/2015-1-19.pdf>

\*Truong Donnelly, T., Hwang, J. J., Este, D., Ewashen, C., Adair, C., & Clinton, M. (2011). If I Was Going to Kill Myself, I Wouldn't Be Calling You. I am Asking for Help: Challenges Influencing Immigrant and Refugee Women's Mental Health. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(5), 279-290. doi:10.3109/01612840.2010.550383

United Nations High Commissioner For Refugees. (2016). *Figures at glance*. Hämtad 23 januari, 2017, från UNHCR, <http://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html>

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

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 57-79). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1, Sökschema

Datum	Databas	Sökning nr	Sökord och boolesk operator (AND, OR, NOT)	Begränsningar/databasfilter	Typ av sökning (t.ex. MESH-term, abstract, fritext)	Antal träffar	Lästa Abstract	Relevanta artiklar
20170221	Pubmed	1	Qualitative research OR Perception OR Experience OR interview	1124666	Mesh  Fritext  Fritext  Fritext			
		2	Refugees OR Refugees OR Asylum seeker NOT Child	7319	Mesh  Fritext  Fritext  Fritext			
		3	Mental health OR Mental disorders OR Mental illness	1123437	Mesh  Mesh  Fritext			
		4	care	2047834	fritext			
		5	1 AND 2 AND 3 AND 4	Engelska, 2000-2017		104	32	5



Datum	Databas	Söknings nr	Sökord och boolesk operator (AND, OR, NOT)	Begränsningar/databasfilter	Typ av sökning (t.ex. MESH-term, abstract, fritext)	Antal träffar	Lästa Abstract	Relevanta artiklar
20170221	Cinahl	1	Refugee* OR "asylum seek*"		Fritext	5746		
		2	Perception OR experien*		Fritext	342882		
		3	"mental health" OR "mental illness" OR "mental disorder" NOT child*		Fritext	100820		
		4	1 AND 2 AND 3	2000-2017, Peerreviewd, Engelska		219	23	3

Datum	Databas	Söknings nr	Sökord och boolesk operator (AND, OR, NOT)	Begränsningar/databasfilter	Typ av sökning (t.ex. MESH-term, abstract, fritext)	Antal träffar	Lästa Abstract	Relevanta artiklar
20170303	PsychINFO	1	Qualitative study		Fritext	220598		
		2	Refugees OR "Asylum seek*"		Thesaurus Fritext	5475		

		3	“Mental health” OR Mental disorders OR “Mental health“		Thesaurus  Thesaurus  Fritext	589136		
		4	care		fritext	452626		
		5	1 AND 2 AND 3 AND 4	Engelska, Peerreview d, 2000- 2017		113	9	1

<b>Datum</b>	<b>Databas</b>	<b>Söknin g nr</b>	<b>Sökord och boolesk operator (AND, OR, NOT)</b>	<b>Begränsnin gar/databa sfilter</b>	<b>Typ av sökning (t.ex. MESH-term, abstract, fritext)</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Lästa Abstrac t</b>	<b>Relevanta artiklar</b>
20170303	PsychINFO	1	qualitative research OR Interview OR experience		Mesh  Fritext  Fritext	753,885		
		2	Refugees NOT Child		Mesh  Fritext	3508		
		3	Mental health OR Mental disorders		Mesh  Mesh	167521		
		4	1 AND 2 AND 3	English, peerreview d, 2000- 2017		225	19	1

## Bilaga 2, Artikelöversikt

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Bettman, E. J., Penney, D., Clarkson-Freeman, P., & Lecy, N.  Somali Refugees' Perceptions of Mental Illness  USA, 2015	Att undersöka somaliska flyktingars uppfattningar om psykisk ohälsa och dess behandlingar	Ändamålsenligt och snöbollsurval. 20 vuxna män och kvinnor som var flyktingar från Somalia deltog i studien <b>Inklusionskriterier:</b> flyktingar från Somalia, antingen somalier eller Somali Bantu (etnisk minoritetsgrupp). Både män och kvinnor. <b>Exklusionskriterier:</b> redovisas ej. <b>Internt/externt bortfall:</b> redovisas ej  Semistrukturerade intervjuer.	Deltagarna rekryterades på ”University neighborhood partnership program (UNP). En 20 timmar lång semistrukturerad intervju gjordes. Intervjuerna ägde rum i deltagarnas hem eller i ett privat rum på campus- området. Tolv intervjuer var individuella och fyra stycken bestod av två deltagare.  Induktiv innehållsanalys. Två personer deltog i analysen. Ett par av deltagarna fick sedan ge konstruktiv kritik på analysen.	Resultatet handlade om följande kategorier: beskrivning av psykisk ohälsa, fysiska symtom som orsakas av psykisk ohälsa, stigma kring psykisk ohälsa, andlig besatthet som orsakar psykisk ohälsa, medicinsk behandling för psykisk ohälsa, icke medicinsk behandling för psykisk ohälsa och koranen som behandling för psykisk ohälsa.	<b>Tillförlitlighet:</b> Resultatet svarar mycket väl på syftet vilket höjer och intervjuerna verkar djupa, vilket styrker tillförlitligheten. Dock står det att intervjuerna tog 20h vilket upplevs orimligt och detta sänker tillförlitligheten. <b>Verifierbarhet:</b> Metoden är väl beskriven, stärker verifierbarheten. <b>Pålitlighet:</b> Flera personer deltog i analysen, vilket stärker pålitligheten. <b>Överförbarhet:</b> Resultatet kan överföras till andra flyktingar från Somalia.
Carroll, J. K.  Murug, Waali, and Gini: Expressions of Distress in Refugees From Somalia.  USA, 2004	Att undersöka hur psykisk ohälsa uppfattas, uttrycks och behandlas bland somaliska flyktingar och hur dessa faktorer påverkar användningen av sjukvård för psykisk ohälsa.	Ändamålsenligt urval användes. 17 personer deltog, både kvinnor och män, 21–47 år gamla. <b>Inklusionskriterier:</b> Blandade åldrar, varierande längd på deras tid i USA och jämt fördelat mellan könen. <b>Exklusionskriterier:</b> Redovisas ej. <b>Internt/externt bortfall:</b> 2 externa bortfall.  Semistrukturerade intervjuer.	Plats för intervjuerna framkommer ej. Intervjuerna genomfördes på engelska, och en tolk användes till de som ej kunde engelska. Intervjuerna genomfördes av forskaren och familjeläkaren på hälsocentret där många deltagare fått vård. Intervjutid redovisas ej.  Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant till engelska. Etisk godkännande från kommitté fanns.  Grounded theory. Flera personer deltog i analysen.	Kategorier som förklarade orsaker till psykisk ohälsa var: chock och förtvivlan av krig: död, saknade eller separerade familjemedlemmar samt andlig besatthet/förbannelse.  Tre huvudtyper av psykiska problem identifierades som associerades med specifika beteenden och behandlingsstrategier: murug (sorg/lidande), gini (galenhet pga. andling besatthet) & waali (galenhet pga. svårt trauma)	<b>Tillförlitlighet:</b> Citaten som framkommer tyder på ett djup i intervjuerna som stärker tillförlitligheten, däremot redovisas ingen tid på intervjuerna vilket sänker. En av de som intervjuade var också deltagarnas läkare, vilket kan påverka deltagarnas svar vilket både höjer och sänker tillförlitligheten. <b>Verifierbarhet:</b> Metoden är väl beskriven, stärker verifierbarheten. <b>Pålitlighet:</b> Flera personer deltog i analysen vilket stärker pålitligheten. <b>Överförbarhet:</b> Urvalet var litet vilket sänker överförbarheten.

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
De Anstiss, H., & Ziaian, T.  Mental health help-seeking and refugee adolescents: Qualitative findings from a mixed-method investigation  Australien, 2010	Att fylla en del av de kunskapsluckor som efter tidigare forskning kring hjälpsökande, inkluderat mönster av användning av vårdtjänster, användning av informella stöd samt verkliga och uppfattade hinder till vård.	Bekvämlighetsurval och snöbollsurval. 85 deltagare, 44 män och 41 kvinnor, 13–17 år gamla. Deltagarna kom ifrån Afghanistan, Bosnien, Iran, Irak, Liberia, Serbien och Sudan. <b>Inklusions/exklusionskriterier</b> : Redovisas ej. <b>Internt/externt bortfall</b> : Inget bortfall.  Semistrukturerade intervjuer i fokusgrupper.	Intervjuerna genomfördes på engelska. Intervjuerna ljudinspelades och anteckningar togs, sedan transkriberades varje konversation ordagrant. Annan information om genomförandet så som tid och plats framkommer ej. Inget etiskt godkännande redovisas.  Kvalitativ innehållsanalys.  Det framkommer ej hur många personer som genomförde analysen.	De flesta var väldigt motvilliga till att söka hjälp för deras psyko-sociala problem utanför deras nätverk av nära vänner. Detta berodde på individuella, kulturella och service relaterade hinder.	<b>Tillförlitlighet</b> : Studien svarar på syftet, citaten gör att intervjuerna verkar ha fått ett djup, vilket stärker tillförlitligheten. <b>Verifierbarhet</b> : Metoden är väl beskriven, stärker verifierbarheten. <b>Pålitlighet</b> : Förförståelsen och antalet deltagare analysen redovisas ej, sänker pålitligheten. <b>Överförbarhet</b> : Urvalet är relativt stort samt att deltagarna kommer från flera olika länder, vilket gör att det representerar en stor grupp, vilket stärker överförbarheten.
Fazel, M., Garcia, J., & Stein, A.  The right location? Experiences of refugee adolescents seen by school-based mental health services.  England, 2016	Att undersöka unga flyktingars uppfattningar och erfarenheter av psykiatriska sjukvårdstjänster integrerade i skolsystemet.	Ändamålsenligt urval användes. 40 flyktingungdomar deltog i studien, 15–24 år gamla, både män och kvinnor. Deltagarna kom från 20 olika länder. <b>Inklusionskriterier</b> : 16 år eller äldre. De senast utskrivna från psykiatriska skolhälsovården. <b>Exklusionskriterier</b> : redovisas ej. <b>Internt/externt bortfall</b> : Externt bortfall var 11 st.  Semistrukturerade intervjuer.	Deltagarna kom från en skola i England, en i Skottland och en i Wales. Intervjuerna ägde rum på skolorna, sjukhuskliniker, i hemmet eller i kulturhusen. Intervjutid framkommer ej. Etiskt godkännande finns.  Intervjuerna ljudinspelades och transkriberades.  Kvalitativ innehållsanalys användes. Två personer genomförde analysen.	Resultatet handlade om följande kategorier: Känsla av att bli sedd av ett psykiatriskt hälsoteam i skolmiljön, förståelse och intryck av den mottagna terapeutiska interventionen, kontakt med familj, inverkan av asylprocessen och etiska problem inkluderat konfidentialitet.	<b>Tillförlitlighet</b> : Studien svarar på syftet, samt citat som gör att intervjuerna verkat varit djupa, vilket styrker tillförlitligheten. <b>Verifierbarhet</b> : Metoden är väl beskriven, stärker verifierbarheten. <b>Pålitlighet</b> : Flera personer än en har deltagit i analysen, det stärker pålitligheten. Däremot har de inte beskrivit sin förförståelse vilket sänker pålitligheten. <b>Överförbarhet</b> : Urvalet är relativt stort i förhållande till metoden samt att deltagarna kommer från många olika länder vilket stärker överförbarheten.

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Leavey, G., Guvenir, T., Haase-Casanovas, S., &amp; Dein, S.</p> <p>Finding Help: Turkish-speaking Refugees and Migrants with a History of Psychosis</p> <p>England, 2007</p>	<p>Att få en förståelse för synen på hälsa hos turkisk-talande patienter med tidigare psykoser, samt hur dessa synsätt påverkar deras användande av sjukvården.</p>	<p>Klusterurval. Deltagarna identifierades genom en studie för patienter med en första episod av psykos. 9 deltagare. 19–41 år varav 8 män och 1 kvinna. <b>Inklusionskriterier:</b> Turkisk-talande flyktingar med en första episod av psykos sjukdom. <b>Exklusionskriterier:</b> Patienter som hade psykos vid tillfället för intervjun. <b>Internt/Externt bortfall:</b> Inget Ljudinspelade semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>1–2 timmar långa intervjuer utfördes av en turkisk psykolog som inte var kliniskt involverad med patienterna. Etiskt godkännande finns.</p> <p>Inspelningarna transkriberades från turkiska till engelska.</p> <p>Flera personer deltog i analysen som skedde i två steg.</p> <p>Kvalitativ innehållsanalys användes.</p>	<p>Resultatet handlade om följande kategorier: Familj och exil, förlust, religiös övertygelse och beteende vid sjukvårdssuppsökning. Upplevelsorna berättades utifrån flyktingarnas tidigare traumatiska erfarenheter i livet.</p>	<p><b>Tillförlitlighet:</b> Studien svarar på syftet och intervjuerna verkar djupa vilket styrker tillförlitligheten. <b>Verifierbarhet:</b> Metoden är väl beskriven, styrker verifierbarhet. <b>Pålitlighet:</b> Flera personer deltog i analysen- styrker verifierbarhet, ingen förförståelse är beskriven, sänker. <b>Överförbarhet:</b> Urvalet är väldigt litet vilket sänker överförbarheten.</p>
<p>Maier, T., &amp; Straub, M.</p> <p>“My Head is Like a Bag Full of Rubbish”: Concepts of Illness and Treatment Expectations in Traumatized Migrants.</p> <p>Schweiz, 2011</p>	<p>Att undersöka traumatiserade migranternas sjukdomsföreställningar och förväntningar av behandling.</p>	<p>Ändamålsenligt urval. 13 stycken deltog. 8 män och 5 kvinnor. 22–53 år gamla. <b>Urvalskriterier:</b> Att hitta ett brett urval som möjligt. <b>Inklusions/exklusionskriterier</b> : Framkommer ej. <b>Internt/Externt bortfall:</b> Framkommer ej.</p> <p>Ljudinspelade Semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Intervjuerna ägde rum i ett neutralt rum på kliniken. Intervjuerna pågick under 60–105 min. Etiskt godkännande finns.</p> <p>Tolk fanns på plats vid intervjuerna. Inspelningarna transkriberades sedan ordagrant.</p> <p>Analysen gjordes av författare nr. 2 som inte hade träffat deltagarna.</p> <p>Kvalitativ innehållsanalys användes.</p>	<p>De flesta deltagarna hade inga klara förväntningar gällande lämplig behandling, de visste väldigt lite om psykoterapi och hade oftast negativa fördomar. De trodde att medicinsk behandling kunde hjälpa dem och ansåg att deras lidande var ett resultat av långvarig stress. De trodde inte att deras problem berodde på en enda traumatisk händelse.</p>	<p><b>Tillförlitlighet:</b> Syftet framkommer inte så tydligt i texten, vilket sänker tillförlitligheten. Däremot svarar resultatet på det syftet vi fann. <b>Verifierbarhet:</b> Metoden är väl beskriven vilket stärker verifierbarheten, däremot framkommer inte frågorna vilken sänker den. <b>Pålitlighet:</b> Enbart en person deltog i analysen, vilket sänker pålitligheten. Ingen tydlig förförståelse redovisas vilken också sänker. <b>Överförbarhet:</b> Urvalet är litet, vilket sänker överförbarheten.</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Majumder, P., O'Reilly, M., Karim, K., & Vostanis, P.  'This doctor, I not trust him, I'm not safe': The perceptions of mental health and services by unaccompanied refugee adolescents  England, 2014	Att undersöka de åsikter och uppfattningar som ensamkommande minderåriga har kring psykisk hälsa och sjukvården.	Ändamålsenligt urval. Deltagarna rekryterades genom lokala myndigheter. 15 ensamkommande ungdomar från Afghanistan, Iran, Somalia och Eritrea. 15–18 år gamla. Engelska som andraspråk. Deras vårdare gav samtycke. Tydligare Inklusionskriterier framkommer ej. Internt/Extern bortfall: ett internt bortfall redovisas Ljudinspelade semistrukturerade intervjuer.	Intervjuerna fortsatte tills saturation uppnåts. Etiskt godkännande fanns.  Kvalitativ innehållsanalys	Fyra teman framkom: beskrivning av psykisk hälsa, psykisk hälsa associerad med asylsökning/flyktingstatus, erfarenheter av att använda sjukvården, samt åsikter om behandling.	<b>Tillförlitlighet:</b> Intervjuerna pågick tills saturation uppnåts vilket tyder på ett djup, stärker tillförlitligheten. <b>Verifierbarhet:</b> Verifierbarheten sänks då metoden ej är väl beskriven. <b>Pålitlighet:</b> Pålitligheten sänks då ingen förståelse är beskriven, vet ej hur många som deltagit i analysen. <b>Överförbarhet:</b> Resultatet kan överföras till ensamkommande flyktingar i samma åldersgrupp i andra länder med liknande sjukvårdssystem och kultur.
Quinn, N.  Participatory action research with asylum seekers and refugees experiencing stigma and discrimination: the experience from Scotland  Storbritannien, 2014	Att undersöka olika uppfattningar och attityder till psykisk ohälsa hos asylsökande och flyktingar I Glasgow*, samt utforska mönster av stigma och diskriminering inom dessa samhällen och identifiera hinder för att söka hjälp och hur de kan övervinnas.	Klusterurval. 101 individer deltog i fokusgrupperna, främst kvinnor. Deltagarnas ålder framgår ej. Urvalet bestod av flyktingar och asylsökande som migrerat till Storbritannien. <b>Inklusions/exklusionskriteri er:</b> Några tydligare kriterier redovisas ej. <b>Internt/extern bortfall:</b> Inget  Datorinsamlingen skedde i form av fokusgrupper.	Fokusgrupperna ägde rum i norra- och östra Glasgow. 10 fokusgrupper hölls. Intervjuerna hölls av två flyktingar och utbildats och stöddes av forskarna. Detta pga deras erfarenheter av grupparbete med flyktingar och asylsökande. Etiska överväganden finns.  Kvalitativ innehållsanalys. Hur många som deltagit i analysen framgår ej.	Resultatet handlade om följande kategorier: Orsaker till psykisk ohälsa, attityder mot personer med psykisk ohälsa, att söka hjälp och stöddressurser.	<b>Tillförlitlighet:</b> Citaten tyder på att intervjuerna blivit djupa och resultatet svarar på syftet vilket stärker tillförlitligheten. <b>Verifierbarhet:</b> Metoden är ej väl beskriven, sänker verifierbarheten. <b>Pålitlighet:</b> Ingen förståelse redovisas, hur många som deltagit i analysen framgår ej, sänker pålitligheten. <b>Överförbarhet:</b> Eftersom deltagarna är från flera olika länder kan resultatet överföras till flera olika grupper, främst kvinnor då dessa var den största delen av urvalet.

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Schannon, P. J., Wieling, E., Simmelink-McCleary, J., & Becher, E.  Beyond Stigma: Barriers to Discussing Mental Health in Refugee Populations  USA, 2015	Att få en större förståelse för faktorer som påverkar flyktingars nyttjande av psykiatrisk vård, genom att undersöka anledningar till varför nyanlända flyktingar har svårt att diskutera psykiska hälsoeffekter av politiskt våld.	Bekvämlighetsurval. 111 deltagare från 4 flyktinggrupperna Bhutaneser, Karen, Oromoer och somalier. 18–78 år. 63 män, 48 kvinnor. Inklusionskriterier och exklusionskriterier: Redovisas ej. Internt/externt bortfall: Inget.  Ljudinspelade semi- strukturerade intervjuer i fokusgrupper	Fokusgrupperna genomfördes i 13 grupper uppdelade utifrån ålder, kön och härkomst. Intervjuerna varade i 1.5–2 timmar och ägde rum i lokala kyrkor, kulturhus och privata lägenheter. Etiska överväganden finns.  Kvalitativ innehållsanalys. Sex personer genomförde analysen.	Sju kategorier framkom: historia av politiskt förtryck, rädsla, att prata hjälper inte, brist på kunskap om psykisk hälsa, undvikande av symtom, skam samt kultur.	<b>Tillförlitlighet:</b> Studien svarar på syftet och citaten tyder på att intervjuerna blivit djupa, stärker tillförlitligheten. <b>Verifierbarhet:</b> Mycket väl beskriven metod som går att göra om vilket stärker verifierbarheten. <b>Pålitlighet:</b> Flera personer har deltagit i analysen vilket stärker pålitligheten. <b>Överförbarhet:</b> Resultatet kan överföras till samma flyktinggrupper i andra länder med motsvarande sjukvårdssystem och kultur.
Troung Donnelly, T., Hwang, J. J., Este, D., Ewashen, C., Adair, C., & Clinton, M.  If I was Going to Kill Myself, I Wouldn't Be Calling You. I am Asking for Help: Challenges Influencing Immigrant and Refugee Women's Mental Health  Canada, 2011	Att öka förståelsen för invandrar- och flyktingkvinnors upplevelser av psykiatrisk vård genom att skaffa information om faktorer som antingen stödjer eller hämmar deras bearbetning.	Ändamålsenligt urval. 10 kvinnor deltog. Inklusionskriterier: Invandrar- och flyktingkvinnor som lever med psykisk ohälsa, som identifierats av sjukvårdspersonal. Födda i Kina eller Sudan, samt vara bosatt i staden där studien utfördes. Exklusionskriterier redovisas ej. Internt/externt bortfall: Inget.  Ljudinspelade individuella intervjuer.	Intervjuerna skedde på den plats och det språk som deltagaren föredrog och varade i 1.5–2 timmar. Intervjuerna antecknade under tiden och intervjuerna transkriberades senare. Etiskt godkännande från kommitté fanns.  Kvalitativ innehållsanalys. Flera personer deltog i analysen.	Tre teman framkom: Invandrar- och flyktingkvinnors personliga erfarenheter av biomedicin och deras rädsla samt brist på medvetenhet om psykiska hälsoproblem. Brist på vårdenheter som passar deras behov och hinder till att nå dem. Kvinnorna använde ofta egenvårdsstrategier för att hantera deras psykiska sjukdomar och relaterade problem.	<b>Tillförlitlighet:</b> Citaten och längden på intervjuerna tyder på att intervjuerna blivit djupa, vilket stärker tillförlitligheten. <b>Verifierbarhet:</b> Metoden är väl beskriven och skulle gå att göra om vilket stärker verifierbarheten. <b>Pålitlighet:</b> Fler än en person deltog i analysen, vilket stärker pålitligheten. <b>Överförbarhet:</b> Eftersom urvalet var så litet sänker detta överförbarheten.

