



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Sjuksköterskors upplevelser av att vårda flyktingar inom psykiatrisk vård

En intervjustudie

Författare: Li Brolin
Jessica Werne

Handledare: Sigrid Stjernswärd

Magisteruppsats

Hösten 2016

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Sjuksköterskors upplevelser av att vårda flyktingar inom psykiatrisk vård

En intervjustudie

Författare: Li Brolin
Jessica Werne

Handledare: Sigrid Stjernswärd

Magisteruppsats

Hösten 2016

Abstrakt

Bakgrund: Psykisk ohälsa är vanligt bland flyktingar. Tidigare studier har visat att sjuksköterskor upplever svårigheter vid vården av flyktingar med psykisk ohälsa. Syfte: Undersöka sjuksköterskors upplevelser av att vårda flyktingar med psykisk ohälsa. Metod: En kvalitativ intervjustudie gjordes med tio sjuksköterskor verksamma inom psykiatrisk öppen- och slutenvård. Materialet bearbetades genom innehållsanalys. Resultat: Analysen gav tre kategorier; *Upplevelse av otillräcklighet*, *Utmaningar och möjligheter i kommunikationen* samt *Kulturella perspektiv*. Det framkom ett behov av mer kunskap om posttraumatiskt stressyndrom. Upplevelsen var att tolk främst användes vid läkarsamtal. Det framkom ett önskemål hos sjuksköterskorna om ökad tillgång till tolk. Sjuksköterskorna beskrev en ökad arbetsbelastning men såg det samtidigt som personligen berikande att vårda flyktingar. Konklusion: Utifrån sjuksköterskornas upplevelser är det önskvärt med utbildning kring posttraumatiskt stressyndrom. Ett behov av mer frekvent användande av tolk vid samtal med vårdpersonal framkom. De positiva aspekterna kring att vårda flyktingar behöver uppmärksammas mer.

Nyckelord

Kvalitativ studie, sjuksköterska, upplevelser, flykting, psykisk ohälsa, otillräcklighet, kommunikation, kulturella perspektiv

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

Introduktion	4
Problemområde	4
Bakgrund	5
Flykting	5
Psykisk ohälsa	5
Psykisk ohälsa bland flyktingar	5
Depression	6
Krisreaktion	6
Posttraumatiskt stressyndrom	7
Psykos	7
Svårigheter att vårda flyktingar med psykisk ohälsa	7
Omvårdnadsperspektiv	8
Syfte	9
Specifika frågeställningar	9
Metod	9
Urval	10
Instrument	10
Datainsamling	10
Analys av data	11
Förförståelse	13
Forskningsetiska avvägningar	13
Resultat	14
Upplevelse av otillräcklighet	14
Utmaningar och möjligheter i kommunikationen	18
Kulturella perspektiv	20
Diskussion	22
Metoddiskussion	22
Resultatdiskussion	24
Konklusion och implikationer	27
Författarnas arbetsfördelning	27
Referenser	28
Bilaga 1	32
Bilaga 2	33

Introduktion

De senaste åren har det skett en ökning av antalet flyktingar som kommer till Sverige (Migrationsverket, 2016). En stor andel av dessa, mellan 20-30 procent (Socialstyrelsen, 2015; Socialstyrelsen, 2016), lider av psykisk ohälsa. Det är därför troligt att sjuksköterskor verksamma inom psykiatrin kommer i kontakt med en del av dessa flyktingar i sitt arbete. I flera studier nämns svårigheter för vårdpersonal att vårda flyktingar (Enskär, Ankarcrona, Jörgense, & Huus, 2012; Jensen, Norredam, Draebel, Bodic, Priebe & Krasnik, 2013; Sandu et al, 2013).

Problemområde

I en studie av Jensen et al. (2013) framkom att en känsla av hopplöshet fanns hos sjuksköterskorna vid vården av flyktingar. Det kan finnas flera skäl till att sjuksköterskor upplever svårigheter vid vård av flyktingar. Dels kan språkliga barriärer försvåra kommunikation och diagnosticering. Dels kan olika kulturell bakgrund och erfarenheter i flyktingarnas hemländer ge skillnader i synen på sjukdom och vårdpersonal. En av sjuksköterskans kärnkompetenser är att ge patienter en personcentrerad vård (Wiklund Gustin, 2014). Under vårdprocessen ska sjuksköterskan verka för en ömsesidig förståelse patienten och vad den behöver hjälp med. Dessa insikter ska sjuksköterskan använda sig av när hon vid en analys kombinerar detta med tidigare kunskaper för att utröna på vilket sätt patienten bäst blir hjälpt. Denna process underlättas om det finns en kulturell kompetens hos sjuksköterskan (Oakley, 2013).

För att undersöka hur sjuksköterskor verksamma inom psykiatrin upplever att vårda flyktingar har författarna valt att göra en intervjustudie. Detta anses relevant i synnerhet med tanke på det ökade antal flyktingar som kommer till Sverige samt att en stor del av dessa kan befaras komma i kontakt med den psykiatriska vården. I studien kommer författarna att intervjua yrkesverksamma sjuksköterskor och söka svar på vilka upplevelser de har av att vårda flyktingar. Författarna ser det även som intressant att undersöka vad sjuksköterskorna anser hade gett dem bättre förutsättningar för att kunna vårda flyktingar.

Bakgrund

Flykting

En flykting är enligt Förenta Nationernas flyktingkonvention (UNHCR, 2015) en person ”som flytt sitt land med anledning av en välgrundad fruktan för förföljelse på grund av ras, religion, tillhörighet till en viss samhällsgrupp eller politisk uppfattning, som befinner sig utanför det land, vari han är medborgare och som på grund av tidigare nämnd fruktan inte kan eller vill återvända till det landet.” Antal asylsökande i Sverige var år 2014; 81301 stycken och år 2015; 162877. De fem största grupperna av asylsökande kom från Syrien, Afghanistan, Irak, Somalia respektive klassificerades som statslösa (Migrationsverket, 2016). År 2015 sökte 163000 personer asyl i Sverige, varav 70000 var barn och 35000 av dessa var ensamkommande (Socialstyrelsen, 2016).

Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa innefattar tillstånd som både kan vara mindre allvarliga psykiska besvär, exempelvis oro, ångest och sömnstörningar men även allvarligare sjukdomstillstånd som uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos (Bremberg & Dalman, 2015). Av alla sjukskrivningar år 2014 uppgick de med psykisk ohälsa som orsak till 40 procent (Försäkringskassan, 2015).

Psykisk ohälsa bland flyktingar

Mellan 20-30 procent av asylsökande och flyktingar i Sverige beräknas lida av psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2015; Socialstyrelsen, 2016). Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:11) ska alla asylsökande erbjudas en hälsoundersökning som ska innefatta psykiskt och fysiskt hälsotillstånd och samtal kring hur traumatiska upplevelser och dennes psykosociala situation kan påverka hälsotillståndet (Socialstyrelsen, 2015). Det är vanligare med psykiska besvär som depression och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) hos asylsökande än hos övriga befolkningen (Socialstyrelsen, 2015; Socialstyrelsen, 2016). I en studie av Hollander et al. (2016) visas en ökad risk för psykos hos flyktingar. Hos barn är det vanligt förekommande med krisreaktioner och PTSD (Socialstyrelsen, 2016).

Ekblad och Roth (2009) beskriver de faktorer som leder till ökad risk för psykisk ohälsa hos de som migrerar till ett annat land. Här finns dels traumatiska händelser som skett före

emigrationen vilket kan röra sig om krig, tortyr, förlust av närstående och flykt. Andra riskfaktorer för psykisk ohälsa är bland annat att ha haft en högre socioekonomisk status i hemlandet än vad som blir fallet i det nya landet, en utbildning som inte är användbar i det nya landet, inte ha varit förberedd på flykten, komma från landsbygden, vara kvinna samt vara äldre. När det gäller situationen i det nya landet nämns bland annat språksvårigheter, instabilt boende med förflyttningar, lång väntan på asyl, utebliven familjeåterförening, brister i mottagningen av flyktingar och brist på tillgång till hälso- och sjukvård vara faktorer som ökar risken för psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa bör uppmärksammas i ett tidigt skede hos asylsökande för att minska risken för kroniska tillstånd (a.a.).

Depression

En depression är en psykiatrisk diagnos som kännetecknas av kärnsymtomen nedstämdhet och dyster sinnesstämning. Övriga symtom som kan förekomma är bland annat ångest, livsleda, initiativlöshet, passivitet, självmordstankar, sömnstörningar, ändrad aptit och somatiska symtom (Åsberg & Mårtensson, 2009). I en rapport från 2004 utgiven av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) nämns att den kliniska bilden av en depression kan se olika ut beroende på kulturella skillnader och vilka uttryck som i den givna kulturen är mer acceptabla i omgivningens ögon. Det finns studier som påvisat att det hos människor som kommer från vissa länder utanför den västerländska världen kan uppvisas en högre grad av somatiska symtom medan andra studier inte har kunnat se någon kulturell skillnad i grad av somatisering. Kärnsymtomen hos en depression; nedstämdhet och dyster sinnesstämning, är dock gemensam i alla kulturer (a.a.).

Krisreaktion

När en människa utsätts för stress genom oönskade händelser, till exempel flykt eller trauma, och förändringar i livssituationen kan det leda till en krisreaktion (Åsberg & Nygren, 2009). Denna reaktion kan te sig som ett sjukdomstillstånd med psykiskt illabefinnande, nedstämdhet och ångest men utan att uppfylla diagnoskriterierna för en psykiatrisk sjukdom. Krisreaktionen är i de flesta fall övergående men kan i vissa fall vara djupare eller vara i längre tid än det förväntade i den givna situationen. I de fallen talar man istället om en anpassningsstörning (a.a.)

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)

Vid trauman eller andra stressande och hotfulla upplevelser, till exempel krig, våldtäkt och tortyr, kan PTSD uppstå (Ottosson, 2015). Hos flyktingar kan själva flykten från sitt land vara en tillräckligt stressande upplevelse för att PTSD ska kunna utvecklas, medan en del flyktingar dessutom upplevt krig och/eller tortyr. Symtomen vid PTSD består av ett återupplevande av den tidigare hotfulla situationen genom minnesbilder, illusioner och hallucinationer. Många saker i omgivningen påminner den drabbade om vad som skett och det ses ett typiskt undvikande av dessa situationer och stimuli. Det är vid PTSD vanligt med mardrömmar, sömnstörningar, spändhet och kraftiga reaktioner på oväntade händelser. I vissa fall kan det även ses missbruk, oprovocerat aggressivt beteende och suicidala handlingar (a.a.).

Psykos

Begreppet psykos innefattar ett flertal psykiatriska diagnoser. Det gemensamma för diagnoserna är att den drabbade har en felaktig uppfattning eller tolkning av verkligheten, så kallade vanföreställningar (Cullberg, 2004). Dessa vanföreställningar kan exempelvis vara att man är utsatt för en konspiration, har övernaturliga krafter eller får meddelanden från television alternativt radio. Hallucinationer, det vill säga sinnesupplevelser som inte har sin grund i något verkligt stimuli, är ett annat symptom som kan förekomma vid psykossjukdom. Hallucinationer kan vara taktila eller vara syn-, hörsel- eller luktrintryck. Den drabbade kan vid hörselhallucinationer exempelvis höra ljud eller röster som ibland kan kommentera det personen gör eller ge uppmaningar till handlingar. Övriga symptom som kan förekomma vid psykossjukdomar är tankestörningar, motoriska störningar samt negativa symptom vilket innebär att den sjuke har en nedsatt funktionsnivå med avtrubbade känslor, apati och minskade kognitiva förmågor (a.a.). I en studie gjord av Hollander et al. (2016) visades en ökad risk för flyktingar att utveckla schizofreni jämfört med icke-flyktingar. Risken kan vara tre gånger så hög. Män ligger något högre i riskzonen än vad kvinnorna gör.

Svårigheter att vårda flyktingar med psykisk ohälsa

Flera studier visar på svårigheter för vårdpersonal att vårda flyktingar (Enskär, Ankarcrona, Jörgense, & Huus, 2012; Jensen, Norredam, Draebel, Bodic, Priebe & Krasnik, 2013, Sandu et al, 2013). I en studie gjord av Sandu et al. (2013) intervjuades sjuksköterskor verksamma i invandrartäta områden i 16 olika europeiska länder. Tre teman kunde urskiljas; svårigheter att kunna ställa korrekt diagnos, utmaningar i att skapa tillitsfulla relationer samt en bekymring

över en ökad marginalisering. Språksvårigheter och att det ofta behövdes tolk sågs som ett problem då det försvårade bedömningen av symptomens svårighetsgrad. Även en studie av Enskär et al. (2012) visar på språkliga barriärer i vården av flyktingar. Det fanns i studien av Sandu et al. (2013) uppfattningen att misstänksamhet mot myndigheter samt en bristande kunskap om hur den psykiatriska vården fungerar kunde försvåra etableringen av tillitsfulla relationer. Det framkom i studien ett önskemål om att kunna ha mer tid för att bygga upp ett förtroende. Det sista temat visar på svårigheter med att samtidigt vara sjuk, att anpassa sig till en ny okänd miljö, ha få sociala kontakter och bristande ekonomiska förutsättningar. Detta kan bidra till att gruppen har en ökad risk för marginalisering. I studien av Jensen et al. (2013) bekräftades språkliga svårigheter och att en känsla av hopplöshet hos vårdpersonal kunde uppstå i mötet med flyktingarna.

Omvårdnadsperspektiv

International Council of Nurses (ICN) etiska kod för sjuksköterskor beskriver att:

“Omvårdnad ska ges respektfullt, oberoende av ålder, hudfärg, tro, kulturell eller etnisk bakgrund, funktionsnedsättning eller sjukdom, kön, sexuell läggning, nationalitet, politiska åsikter eller social ställning” (Svensk sjuksköterskeförening, 2012).

Oakley (2013) skriver att fem olika områden har identifierats för att erhålla kulturell kompetens hos sjuksköterskor; ”Cultural desire”, en vilja att engagera sig för att bli kulturellt kompetent. ”Cultural awareness”, självvransakan gällande ens egna fördomar och förutfattade meningar om människor med en annan kulturell bakgrund än ens egen. ”Cultural knowledge”, ett sökande och tillägnande av kunskap om olika kulturer och olika kulturers föreställningar kring sjukdom, behandling och vård. Här ingår även epidemiologi i olika kulturer. ”Cultural skill”, att kunna insamla uppgifter av kulturell betydelse hos en patient och utifrån detta göra en relevant bedömning. ”Cultural encounters”, där sjuksköterskan medvetet söker efter tillfällen att få möta patienter med en annan kulturell bakgrund. En ökad kulturell kompetens hos sjuksköterskan är viktig i en patientcentrerad vård, kan bidra till en mer tillförlitlig diagnostik samt ge en bättre vård (a.a.).

Jirwe, Momeni och Emami (2014) betonar att sjuksköterskan i sin kulturella kompetens även behöver behärska en förmåga till ”tvärkulturell kommunikation”. Som sjuksköterska är det viktigt att ta hänsyn till i vilken grad språket behärskas och göra en bedömning om det finns ett behov av tolk. I den tvärkulturella kommunikationen ligger även att som sjuksköterska ha

en medvetenhet om hur både verbalt och icke-verbalt språk kan yttra sig i olika kulturer och vilka skillnader som kan finnas, exempelvis med gester. Det är även en fördel att ha en förmåga till icke-verbal kommunikation genom kroppsspråk vid tillfällen när andra möjligheter till kommunikation inte finns (a.a.). Det är av största vikt att undersöka sjuksköterskans upplevelser kring att vårda flyktingar inom psykiatrisk vård. *Upplevelser* definieras här som händelser där informanten sett, hört, tyckt eller känt något (Köhler & Messelius, 2006).

Syfte

Syftet med föreliggande studie är att undersöka upplevelser hos sjuksköterskor inom psykiatrisk vård som vårdar flyktingar med psykisk ohälsa.

Specifika frågeställningar

Hur upplever sjuksköterskorna inom psykiatrin att vårda flyktingar med psykisk ohälsa?
Vilka möjligheter och svårigheter kan uppstå i mötet med denna grupp?

Metod

Studien är empirisk där datainsamlingen har skett med en kvalitativ ansats i form av semistrukturerade intervjuer (Henricson & Billhult, 2012) med öppna frågor då deltagarna ombeds att beskriva så detaljerat som möjligt deras upplevelser kring att vårda flyktingar med psykisk ohälsa. Den kvalitativa ansatsen sågs som mest lämpad för studien då författarna ville undersöka de specifika upplevelserna som sjuksköterskorna hade.

Urval

Inklusionskriterier för att delta i studien var sjuksköterskor, antingen grundutbildade eller specialistutbildade, som har arbetat med, eller arbetar med flyktingar inom psykiatrisk öppen- eller slutenvård.

Totalt 10 informanter, tre män och sju kvinnor, blev intervjuade av författarna. Fyra av dessa var grundutbildade sjuksköterskor och sex hade specialistutbildning i psykiatri. Fem sjuksköterskor arbetade inom psykiatrisk öppenvård och lika många arbetade inom psykiatrisk slutenvård. Ålder på informanterna var 24-63 år med en medelålder på 41,9 år. Antal yrkesverksamma år som sjuksköterska var 3-39 år (medel 14,3 år).

Instrument

Data samlades in med hjälp av semistrukturerade intervjuer (Danielson, 2012a) med öppna frågor då deltagarna ombads att beskriva så detaljerat som möjligt deras upplevelser kring att vårda flyktingar med psykisk ohälsa. Semistrukturerade intervjuer ger forskarna möjlighet att anpassa intervjun utefter vad som kommer fram i intervjusituationen (a.a.). Detta innebär att samma intervjufrågor ställs till samtliga deltagare i studien. En intervjuguide konstruerades för att säkerställa att alla frågor blev ställda till samtliga informanter (Bilaga 1). Antalet intervjuer som genomfördes var 10 stycken.

Datainsamling

Ett godkännande inhämtades från verksamhetschefer inom den psykiatriska öppenvården samt psykiatriska slutenvården i södra Sverige. Därefter kontaktades enhetschefer på de psykiatriska öppenvårdsmottagningarna samt psykiatriska slutenvårdsavdelningarna där frågan ställdes om deltagande i studien. Ett informationsbrev skickades ut till berörda enheter, efter godkännande av enhetschef eller motsvarande. Av fem kontaktade öppenvårdsmottagningar var det två stycken mottagningar som anmälde sitt intresse till att delta i studien. För att få tillräckligt många informanter kontaktades även tre slutenvårdsavdelningar och av dessa anmälde alla avdelningarna sitt intresse till att delta i studien. De enhetschefer som gav sitt medgivande till att studien kunde genomföras blev ombedda att lämna namn på sjuksköterskor som var möjliga informanter och villiga att delta i

studien. Dessa kontaktades tills önskat antal informanter uppnåddes för att boka in tider för intervju antingen per telefon eller via personligt möte. Ett informationsbrev mailades ut till informanterna. Samtyckesblankett lämnades till frivilliga deltagare i samband med intervjun. Vid intervjun gavs även muntlig information om syftet. All information gällande studien gavs av författarna till studien gemensamt. Datainsamling skedde via inspelning av intervjuer. Intervjuerna genomfördes individuellt och tog cirka 30-60 minuter per intervju. Intervjuerna spelades in på mobiltelefon med nätverksåtkomst tillfälligt avstängd för att säkerställa att obehöriga inte skulle få tillgång till inspelningarna. Materialet förvarades sedan på en lösenordskyddad server som bara författarna hade tillgång till. Inspe­lingarna raderades från författarnas mobiltelefoner efter att dataöverföring till servern var klar. Informanterna tilldelades ett nummer som inte gavs i nummerföljd av författarna. Författarna uppgav inga uppgifter som hade kunnat identifiera informanterna under inspelning av intervjuerna, materialet sågs därigenom som avidentifierat genom hela processen. En intervjuguide användes vid intervjuerna och i samband med intervjuerna informerades informanterna om bakgrund och syftet med studien. Även de forskningsetiska aspekterna presenterades för deltagarna. Henricson och Billhult (2012) nämner vikten att vid en kvalitativ datainsamling ha en flexibilitet och följsamhet mot informanter och olika omständigheter som kan ske. Vid studiens genomförande beaktades detta av författarna. Detta skedde till exempel genom att informanterna fick välja tid och plats för intervjun samt en följsamhet vid intervjun då ordningsföljden på frågorna anpassades efter vad som sades vid intervjun.

Analys av data

Data analyserades med innehållsanalys inspirerad av Burnard (1991). Användningen av innehållsanalys förutsätter att författarna använder sig av semistrukturerade intervjuer som utförs, spelas in och transkriberas i sin helhet. Syftet med metoden är således att ta fram en detaljerad och systematisk överblick av teman och frågor som tas upp i intervjuerna och sedan att koppla dem under genomgripande kategorier. Innehållsanalys enligt Burnard (1991) innefattar totalt 14 steg. I det första steget läste författarna igenom det genomförda intervjuerna flertalet gånger, var för sig, detta för att få en första uppfattning om textmaterialet. Därefter separerades meningsbärande enheter med relevant information för syfte och frågeställning ur intervjuerna. Dessa meningsbärande enheter lyftes ur texten, vilket kallas för öppen kodning. Sedan grupperas meningsbärande enheter, det vill säga att författarna tar bort onödiga ord utan att innehållet ändras (Burnard, 1991). Sedan färgkodas de

meningsbärande enheterna, detta för att författarna ska tydligare kunna överblicka och läsa igenom och koda i texten på genomförda intervjuer. Därefter delades hela texten upp i kategorier, utifrån sin färgkodning. Dessa parades sedan ihop med rätt färgkod.

Avslutningsvis framställde författarna det centrala budskapet i koderna, och ur den analyserade texten växte teorin därefter fram. För exempel på analysförfarande var god se tabell 1. Författarna gjorde vissa avsteg från analysförfarandet enligt Burnard (1991). Det elfte steget uteslöts relaterat till tidsbrist, någon informant kontaktades inte för att få åsikter kring kodningens giltighet efter att intervjuerna transkriberats.

Tabell 1 Exempel på analysförfarande

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kodning	Subkategori	Kategori
Alltså jag vet inte ibland vad jag ställer till med. Man vet inte vad man ger sig in i när man pratar om det, ibland är det så många saker. Man har att anhöriga mördas, dom har skändats, de har drunknat, det är alltså liksom så mycket, som man tänker, hur fan ska man	Man vet inte vad man ger sig in i när man pratar om det, de har varit med om så mycket, det är svårt och jag vet inte om det blir bättre av att vi pratar om det.	Känslan av osäkerhet	Arbetsbelastning	Upplevelsen av att räcka till

kunna bli hel efter det här? Det är jättesvårt. Det är svårt att lyssna på, det är svårt att känna, gör jag någon nytta, hjälper jag till här, blir det liksom bättre eller rör jag bara till det.				
---	--	--	--	--

Förförståelse

Trots att vi gör vårt yttersta att vara objektiva är vi alltid påverkade av tidigare erfarenheter (Nyström, 2008). Genom sin livsvärld ser sjuksköterskan till sina tidigare upplevelser och erfarenheter. Först när reflektion görs uppstår ny kunskap. Mittpunkten i förförståelsens utveckling är således livsvärld och reflektion (Ekebergh, 2009). Författarna hade liten erfarenhet av att vårda flyktingar med psykisk ohälsa vilket innebar att författarna kunde utforma en intervjuguide delvis opartiskt. Dock finns det en risk att analysen av resultatet till viss del påverkats av författarnas förförståelse. Under hela analysprocessen har förförståelsens betydelse vid tolkningen av textmaterialet beaktats.

Forskningsetiska avvägningar

En förfrågan om godkännande skickades ut till de verksamhetschefer författarna ansåg var aktuella för studien, det vill säga verksamheter som kommer i kontakt med flyktingar som har psykisk ohälsa. Alla informanter som valde att delta i studien fick information om studiens bakgrund, innehåll och syfte. De blev informerade om att allt deltagande är frivilligt, att de hade möjlighet att avbryta studien när som helst samt att de lämnade ett skriftligt samtycke. Allt data som insamlades behandlades konfidentiellt. I denna studie har författarna utgått från Repstad (2007) som beskriver de etiska reglerna för forskning, där ingår *information*,

konfidentialitet och *nyttjande*. När det gäller *information*, fick deltagarna i studien skriftlig och muntlig information om studiens syfte och genomförande. Deltagandet i studien var frivilligt och informanterna fick även information att de kunde avbryta deltagandet när som helst. *Konfidentialiteten* innebär att data ska förvaras oåtkomligt för obehöriga samt att data aidentifierats. *Nyttjande* innebär att all data som insamlats kommer att endast användas till föreliggande studie. Projektplanen skickades in till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) vid Lunds Universitet för en rådgivande bedömning. Projektplanen har diarenummer 57-16.

Resultat

Innehållsanalysen resulterade i tre kategorier som beskriver sjuksköterskans upplevelser av att vårda flyktingar med psykisk ohälsa; *Upplevelse av otillräcklighet, utmaningar och möjligheter i kommunikationen* samt *kulturella perspektiv*. Dessa kategorier resulterade i sig ett antal subkategorier.

Upplevelse av otillräcklighet

Resultatet visade att sjuksköterskorna hade upplevelsen av att inte räcka till, att de kände en otillräcklighet när de vårdade flyktingar med psykisk ohälsa. Sjuksköterskorna kände sig otillräckliga, främst vad gällde kunskap, arbetsbelastning och det sjuksköterskorna benämnde som ”fingertoppskänslan”. Att vårda flyktingar som fått ett utvisningsbeslut upplevdes som en svår situation. Känslan av maktlöshet kan infinna sig och upplevelsen att inte kunna göra mer än vad man gör då avgörande beslut fattas utanför sjukvårdens organisation. Ett större informationsutbyte mellan myndigheter efterlystes då man ofta upplevde att man inte hade tillräckligt underlag för att kunna informera patienten om var denna befann sig i asylprocessen, vilket också upplevdes ge en känsla av otillräcklighet.

”Att man som sjuksköterska vill göra så mycket men ändå inte räcker till. Jag måste ju också orka. Fast ibland känns det som om man stångar pannan blodig och det hjälper inte heller. Så det är ju negativt förstås.”

”...så någon typ av otillräcklighet och känsla av att man inte ger dem här patienterna en lika god vård som andra patienter, får jag nog säga...och det blir en frustration i det också.”

”...bankade huvudet i golvet och väggen och det var varje dag det var så. Han var hos oss i tre veckor tror jag och det blev ju mer och mer ju närmare det här utvisningsbeslutet... det blev jättejobbigt. Så personalen kände, vi kände oss ganska maktlösa.”

Erfarenheten av att det är svårt att sätta sig in i vad flyktingarna har varit med om, till exempel att leva under konstant ångest eller ha flytt från krig och tortyr, var svår att hantera då man själv inte hade varit med om något liknande. Sjuksköterskorna kunde sätta sig in i flyktingarnas upplevelser till en viss grad men aldrig fullt ut då de själva inte varit utsatta för det.

”Och det är ju oerhört tragiskt, att de vet vad de kommer att skickas tillbaka, att veta vad de kommer att skickas tillbaka till, det där kan vi aldrig föreställa oss, att hantera dessa känslor, där kan vi ju hjälpa till på något sätt och försöka hjälpa dem härbärgera dem.”

Bristande kunskap

Erfarenheten visade att ju fler flyktingar man vårdade desto mer kunskap fick man och kunde således dela med sig av dessa kunskaper till kollegor.

”...så ger det ju också en möjlighet för mig att utvecklas som sjuksköterska för ju fler flyktingar som jag vårdar desto mer, ju fler man träffar på, desto mer rutin får man och ju skickligare blir man ju i slutänden skulle jag vilja tro... eller man har fler erfarenheter som man också kan dela med sig av till kollegor.”

Sjuksköterskorna hade en önskan att få mer utbildning om PTSD. Det uppkom situationer då sjuksköterskan ibland inte visste vad de gav sig in på vid samtal med en patient som hade PTSD. Det fanns en osäkerhet kring om man skulle tala om flyktingarnas upplevelser eller inte då man var rädd för att sätta igång en process som man inte kunde slutföra, dels på grund av kunskapsbrist men även på grund av den i vissa fall korta vårdtiden. De flesta av sjuksköterskorna efterfrågade mer PTSD-utbildning, en sjuksköterska hade köpt böcker i ämnet men hade ingen som kunde handleda kring detta, och kände sig inte tillräckligt säker på

att sätta igång det själv. En utbildning kring PTSD ska ha varit på gång under hösten, men det har inget hörts om, vilket har resulterat i uppgivenhet kring mer utbildning i ämnet.

“Alltså, ibland vet jag inte vad jag ställer till med. Man vet inte vad man ger sig in i när man pratar om det, ibland är det så många saker, de har sett anhöriga mördas, eller skändats, eller drunknat, det är så mycket, så man tänker, hur ska man kunna bli hel efter det här?”

En annan kunskapsbrist var den brist på kunskap om andra kulturer, att sjuksköterskorna kände att på grund av okunskap fungerade inte rollen som sjuksköterska optimalt. De kunskaper som efterfrågades var hur synen på psykisk sjukdom skiljer sig mellan olika kulturer samt hur psykisk sjukdom kan uttrycka sig olika men även hur den psykiatriska vården ser ut i andra länder. Att uppleva att man på grund av okunskap inte alltid kan hantera flyktingar rätt är en negativ del i yrket. Men samtidigt kan man inte få den kunskapen om alla flyktingar, då de faktiskt kommer från olika länder. Flera av sjuksköterskorna har varit på föreläsningar kring flyktingar och menar att detta räcker då flyktingar beskriver sina symptom på psykisk ohälsa på olika sätt.

“Det är ju skillnad i sättet att beskriva sina symptom som vi kanske ser som psykotiska, men för dem är det kanske ett sätt att liksom så här beskriva sin inre värld”

Arbetsbelastningen som ökar

Resultatet visar att sjuksköterskorna erfar att arbetsbelastningen blir tyngre då man vårdar flyktingar med psykisk ohälsa. Olika faktorer spelar in. Sjuksköterskorna visar på en otillräcklighet, att man inte förstår patienten och detta i sin tur bildar en frustration kring patienten och dennes situation. Det är mer merarbete kring en flykting i form av att få till stånd ett tolksamtal, svårigheter att förstå patienten, och att patienten kommer från en annan kultur vilket sjuksköterskan inte alltid har kunskaper om. Detta leder till en ökad arbetsbelastning för sjuksköterskan då denne helt enkelt inte hinner med. Här betonas vikten av att kunna få säga ”nej”, att det är tillåtet.

“Är jag några minuter sen till ett samtal, rör jag mig ännu långsammare, medvetet, jag ska inte gå upp i varv, jag ska inte gå i sönder. Jag måste hålla”

”Problem kring språket ger ofta extraarbete kring flyktingarna”

”...och det är ju en följd av det som, som jag tycker är helt rätt i hjärtat, det är klart att vi ska öppna våra gränser och hjälpa människor, men vi måste ha en plan för det.”

För att kunna hantera den ökade arbetsbelastningen var det mycket viktigt att ha någon form av handledning. Där det inte fanns någon organiserad handledning använde sig sjuksköterskorna av sina kollegor för att kunna diskutera sina patientfall. Denna tid för reflektion sågs som mycket viktig för att överhuvudtaget kunna arbeta med denna patientgrupp.

”...jag måste få ha kvar min handledare, det är livsnödvändigt.”

”Kan de bli hela igen typ...Jag undrar det...och det tär ju på mig som sjuksköterska också...och då tänker jag så här att hur tär det inte på dem då liksom. Vi har ingen handledning heller där man kan prata om sånt här, vilket jag önskat att vi kunde ibland.”

Brist på kulturkompetens

Analysen påvisade att fingertoppskänslan, som många sjuksköterskor uppvisar efter ett antal år i yrket upplevs otillräcklig när man vårdar flyktingar. De flesta av sjuksköterskorna menade att det till stor del beror på språket och kulturerna, och att det finns en kunskapsbrist vad gäller andra kulturer. Men att ändå försöka anpassa sig är viktigt. När patienter fördelas på en mottagning går man på en intuitiv känsla att den här patienten är för mig eller den här patienten är något för dig. Det är viktigt att vara lyhörd inför den kulturella kontexten, bakgrunden och upplevelsen hos flyktingen vi möter som sjuksköterska.

”Ja du får improvisera mycket och vara så lyhörd som du kan.”

”...men jag tänker att när man jobbar med flyktingar får man vara ännu mer nyfiken och undersökande för att förstå det sammanhanget som de kommer ifrån. Det är nog de stora skillnaderna... etnicitet, religion, historia, samhällsupbyggnaden och hur den ser ut.”

”Man utvecklar ju någon slags känsla när man jobbar inom psykiatrin, ju mer erfarenhet man har desto mer känsla får man ju. Kalla det magkänsla eller vad du vill, men jag har lärt mig att lyssna till den också. Och ofta visar det sig stämna.”

Utmaningar och möjligheter i kommunikationen

Gällande kommunikationen framkom det att det fanns utmaningar och möjligheter kring icke-verbal kommunikation, svårigheter med förståelsen och språket via tolken. Att föra ett samtal via tolk ansågs vara svårt. Sjuksköterskorna menade att mycket gick förlorat vid ett tolksamtal. Att då titta på icke-verbal kommunikation upplevdes desto viktigare för sjuksköterskan. Bedöma patienter ansågs vara svårt när man inte har någon möjlighet att fråga om deras mående, men sjuksköterskan hittar ofta andra vägar att gå efter såsom icke-verbal kommunikation, förståelse och språket via tolken. Sjuksköterskan upplevde att det tog längre tid att skapa en allians med patienten. Upplevelsen fanns av att vården känns innehållslös, som en slags förvaring där man bara ger mediciner och försöker observera symtom, när kommunikationen begränsas till enbart tolksamtal och inte de många vardagliga moment där samtal kan förekomma spontant.

”Att kommunicera är ju ändå det viktigaste redskapet när man arbetar inom psykiatrin”

Icke-verbal kommunikation

Sjuksköterskan upplever att kommunikation i form av kroppsspråk, röst och innehåll är av stor betydelse. Positivt är att sjuksköterskan upplever sig mer lyhörd i det icke-verbala språket och på det sättet utvecklat någon form av sensibilitet. Upplevelsen av att flyktingar är mer högröstade förekommer. Det beteendet anses något avvikande och något sjuksköterskorna inte är riktigt vana eller bekväma med.

”Som nån man som blir så jävla arg så att ibland får han rusa ut och slå lite. Det är ju inte positivt men hans sätt att kommunicera och hantera aggressivitet”

Upplevelsen är att sjuksköterskorna hittar andra metoder att använda sig av för att kommunicera som till exempel gester i form av att peka och visa. Sjuksköterskan skaffar sig en egen form av teckenspråk för att underlätta kommunikationen och göra sig förstådd.

”...men om man inte kan kommunicera genom språket så kan man kommunicera på andra sätt, genom gester, genom mimik till exempel.”

Svårigheter med förståelsen

Känslan av att inte förstå varandra dyker ofta upp hos sjuksköterskan. Frustration är ofta märkbart hos sjuksköterskan och patienten. Frustrationen ökar hos sjuksköterskan när man inte talar samma språk och inte förstår varandra, något flera sjuksköterskor tar upp. Mötet kan aldrig bli på samma sätt som ett möte där man förstår varandra genom att tala samma språk. Sjuksköterskorna erfar att när man inte förstår varandra blir omvårdnaden sämre då man tappar känslan i samtalet, kan tolka uttryck på olika sätt och det upplevs att man inte kan uppfatta det som sägs ”mellan raderna”. Uplevelsen av att skapa en arbetsallians som fungerar är att det tar längre tid, både för språket och för kulturen.

”Det kan ju ta längre tid kanske att få en ok arbetsallians, för just språket, för kulturen. Ibland vågar de ju inte säga saker. Jag brukar alltid vara tydlig med vad jag frågar. Men man får ju också vara följsam.”

Språket via tolken

En annan del av resultatet som framkom är svårigheter med språket via tolken. Sjuksköterskan upplever svårigheter av att jobba med tolk, att ha en tredje person som sitter med i samtalet och att inte förstå alls vad de talar om på deras språk. Sjuksköterskan vet inte om allt översätts korrekt, nyanser och intonationer kan försvinna och det kan uppstå missförstånd. En del tolkar upplevs ha förmågan att ”simultantolka”, där meningen har sagts och översatts direkt, vilket är till stor hjälp vid tolksamtal. Vissa tillfällen är det svårt att få tillgång till tolk lika fort som kunde önskas och då i synnerhet tolk på plats istället för tolk över telefon. Detta upplevdes försämra vården som gavs till flyktingarna. Det fanns även synpunkter om att det hade varit lämpligt att tolkarna hade haft någon utbildning inom

psykiatri. Analysen visade att sjuksköterskans erfarenhet är när det finns flyktingar som tycker de pratar bra svenska, men där sjuksköterskan ändå kan känna att man tappar nyanser och det blir inte den intonationen i språket man eftersträvar. Det fanns en upplevelse av att det enbart var vid läkarsamtal som tolk beställdes och inte vid samtal med övrig vårdpersonal, till exempel vid kontaktmannasamtal, vilket hade varit önskvärt.

”Tolksamtalen sker sällan på plats, det blir konstigt att ha samtal över telefon. Det är väldigt opersonligt och man får inte in några nyanser i det”

”Sen tycker jag att tolkbristen är stor, idag är det svårt att få tolk fort. Jag vet samtal som fått ställas in för det inte finns tolk alls. Jag vet att Migrationsverkets behov av tolkar är stort, men ibland kan jag tänka att herregud, det gäller suicidbedömningar, vad är viktigt liksom”

Kulturella perspektiv

I resultatet framkom subkategorierna *olika kulturer, olika upplevelser, personligen berikande* samt *manligt och kvinnligt*. Vården bedrivs olika i olika kulturer, vilket tydliggörs i analysen. Ju mer kunskap en sjuksköterska har om andra kulturer och deras sätt att vårda patienter med psykisk ohälsa, desto lättare är det för en sjuksköterska att förstå patienten och olika kulturella perspektiv som finns. I kulturella perspektiv finns också skillnader och likheter i synen på manligt och kvinnligt.

Olika kulturer, olika upplevelser

Att upplevelser upplevs på olika sätt i olika kulturer slås fast i undersökningen. Erfarenheten visade att patientens beteende och symtombild kunde skifta beroende av vilken kultur patienten kom från. Det fanns även upplevelsen av att flyktingar i sitt sätt var mindre besvärligare att handskas med i vården. Ibland kan det vara på det viset att sjuksköterskan har erfarenheter av att vissa patienter inte ser någon annan utväg än att spela psykiskt sjuk, och det upplevs av sjuksköterskorna som provocerande, att det känns som ett hån då det finns andra patienter som är sjukare och behöver en plats. Sjuksköterskan känner ofta frustration kring detta. Dock fanns en förståelse för att människor som är i en sådan desperat situation gör vad som krävs för att få kvarstanna i landet.

”När några stycken från samma land uppvisar samma symtom då känns det inte som att det kan vara en riktig psykos utan det måste vara en föreställning om hur det är att vara sjuk”

”Så kommer någon och spelar sjuk för att försöka få några andra, liksom, sekundärvinster med det och då blir det lätt väldigt provocerande och väldigt frustrerande kan det bli”

Personligen berikande

Samtliga informanter tyckte att de fick ut en personlig berikning genom mötet med flyktingarna. Ju mer kunnande man fick, desto mer av sig själv kunde man ge åt flyktingen. Att få kunskap om olika kulturer, hur det fungerar i andra länder och olika sätt att se på livet upplevdes också som lärorikt på det personliga planet. Att sjuksköterskan blir mer ödmjuk inför livet var också en del av det som framkom i analysen. Något annat som även var berikande var den respekt som fanns för människors förmåga att fly från sitt land, anpassa sig till nya förhållanden och skapa sig ett nytt liv i det nya landet. Oavsett språket hade sjuksköterskan upplevelsen av att kunna vara någon slags stöd för patienten vilket upplevdes vara positivt berikande.

”I bästa fall får man ju tillfälle att liksom få utökade kunskaper om hur det ser ut på andra ställen i världen och det kan ju vara berikande för en själv.”

”Jag tycker också att det kan ge någon sorts perspektiv för en själv och på ens eget liv, hur man har det här och kanske ibland också som man kan tänka hur saker och ting hade varit om det hade varit på ett annat sätt så att säga.”

Manligt och kvinnligt

Det fanns upplevelser att manliga patienter från en annan kulturell bakgrund hade lättare att öppna sig för den manliga personalen. Samtidigt som det fanns kvinnor som inte ville ha någon kontakt med män på ett sådant sätt som kändes privat eller intimt. Det upplevdes att patienterna sällan öppnade upp sig för motsatt kön utan föredrog att tala med de av samma kön. Erfarenheten var att man försökte tillgodose patientens önskemål i så stor grad som möjligt. Trots att man inte alltid kunde erbjuda det som efterfrågades fanns upplevelsen av att det i slutändan blev ganska bra ändå. Erfarenheten visade att man inom psykiatrin hade en

god förståelse för olika önskemål gällande olika kulturella uppfattningar om manligt och kvinnligt.

” Och det tror jag är påverkat av att en del män som kommer från de länderna har svårare att visa en del av sitt inre för kvinnor. För det är ofta väldigt viktigt att tolken är en man också. Och så är jag ju en av de få männen här så då får jag ofta ta efter läkarna haft bedömningen att jag ska ta, för det kan vara män som har varit våldsamma, som är aggressiva”

Diskussion

Nedan följer diskussion avseende använd metod samt framkommet resultat.

Metoddiskussion

Henricson och Billhult (2012) skriver: *”Kvalitativ design har sitt ursprung i den holistiska traditionen och avser att studera personers levda erfarenheter av ett fenomen. Det finns ingen absolut sanning och heller inget som är fel i en erfarenhet.”* (s. 130). Att ha kunskaper inom området är nödvändigt (Danielson, 2012a) och insamlades genom en sökning av vetenskaplig litteratur. Dock kan detta medföra en viss risk att författarna på grund av sin förförståelse har en benägenhet att fokusera på information som bekräftar deras förutfattade meningar, så kallad bias (Billhult & Gunnarsson, 2012). Författarna valde att utföra studien som enskilda intervjuer, en annan tänkbar metod hade kunnat vara att intervjua flera sjuksköterskor tillsammans i så kallade fokusgrupper. Här ville författarna dock säkra sig om att varje informant fick tillräcklig tid och möjlighet för att kunna beskriva sina egna upplevelser, då det kan tänkas att det i fokusgrupper kan vara vissa informanter som kommer mer till tals än andra. Enskilda intervjuer sågs även som något positivt då det ökar konfidentialiteten (Trost, 2010) för den enskilde informanten gentemot andra informanter som deltar i studien. Ytterligare en aspekt som författarna beaktade i valet att inte använda sig av fokusgrupper var de eventuella praktiska svårigheterna att kunna hitta en tid som passade flera av sjuksköterskorna samtidigt. Författarna önskade i så stor grad som möjligt hitta en tid för intervjun som passade informanten. Detta för att informanten skulle uppleva att dennes

deltagande i studien skulle vara så enkelt som möjligt och inte upplevas som ett hinder i det dagliga arbetet. Enligt Henricson och Billhult (2012) är 5-6 intervjuer för få då detta kan ge en alltför begränsad mängd information om författarna gör en innehållsanalys. Både för få och för många deltagare kan ge problem i analysarbetet och vid presentationen av resultatet (a.a.). Antalet intervjuer var begränsade men efter att ha utfört större delen av intervjuerna upplevde författarna att mättnad uppnåts i resultatet och därför utfördes inte fler än de tio planerade intervjuerna. Dock kan den upplevda mättnaden bero på frågorna som ställts, vilket författarna är medvetna om.

Vid urvalet av informanter valde författarna att ha ett fåtal inklusionskriterier; sjuksköterskor som antingen var grundutbildade eller med specialistutbildning i psykiatri, som arbetar eller arbetat med flyktingar samt verksamma inom psykiatrisk öppenvård. En diskussion fördes om ytterligare inklusionskriterier, exempelvis att informanten skulle ha varit yrkesverksam som sjuksköterska sedan ett visst antal år eller ha specialistutbildning i psykiatri, skulle anges. Författarna bedömde dock att detta skulle göra urvalet för snävt med risk att inte få tillräckligt många informanter till studien. Efter att ha kontaktat enhetschefer på de i förväg uttänkta psykiatriska öppenvårdsmottagningarna konstaterades att det totala antalet informanter som anmält sig till att delta i studien var för lågt. För att få tillräckligt många informanter utvidgades urvalskriterierna till att även inkludera sjuksköterskor verksamma inom psykiatrisk slutenvård, vilket inte utgjorde något hinder utifrån ett etiskt perspektiv.

För att öka trovärdigheten (Danielson, 2012b) i föreliggande studie har författarna valt att båda författarna deltog aktivt i alla intervjuerna. Följdfrågor har använts i intervjuerna efter att frågorna har ställts. Författarna har säkerställt att informanterna har uppfattats korrekt genom att sammanfatta intervjun och frågat informanten om författarna uppfattat informanten rätt. Avsteg från det elfte steget enligt Burnard (1991) kan försvaga kodningsprocessen eftersom detta hade kunnat säkerställa kodernas tillförlitlighet med informanternas beskrivna verklighet. Överförbarheten borde vara ganska god till sjuksköterskor som arbetar med flyktingar då det i resultatet upplevdes ha fått en mättnad samt att urvalsgruppen bestod av en bredd i form av ålder, kön, utbildningsnivå, arbete inom psykiatrisk öppenvård eller slutenvård, antal yrkesverksamma år och differenser i antal år som man arbetat med flyktingar. Dock kan antalet intervjuer ses som en begränsande faktor i studiens överförbarhet och ytterligare studier behövs för att belysa och eventuellt bekräfta föreliggande studies resultat.

Resultatdiskussion

Sammanfattningsvis visar resultatet från studien att det framkom ett behov av mer utbildning kring PTSD, att tolk användes mer sällan vid samtal med sjuksköterskan samt att sjuksköterskan upplevde en ökad arbetsbelastning men samtidigt såg det som personligen berikande att vårda flyktingar med psykisk ohälsa.

Bristande kunskap

Resultatet visade att sjuksköterskorna upplevde bristande kunskaper gällande vård och behandling av patienter med PTSD. Det framkom generellt hos sjuksköterskorna en vilja till att skaffa sig en större kulturkompetens, denna "Cultural desire" anses av Oakley (2013) vara av stor vikt i denna process. Sjuksköterskorna från slutenvården var osäkra på om det överhuvudtaget var aktuellt med att inleda någon behandling mer än den akuta symtomlindringen. De visste inte heller om det var lämpligt att tala med patienterna om deras traumatiska upplevelser. Från sjuksköterskor inom öppenvården efterlystes mer ingående kunskaper om behandling samt vilka verktyg som kan användas. En ökad kunskap kring PTSD leder troligtvis till bättre vård för patienten, mer säkerhet hos sjuksköterskan samt känslan av att räcka till i sin yrkesroll. Författarna anser det vara önskvärt med mer internutbildning kring PTSD, exempelvis i form av föreläsningar från Röda Korsets behandlingscenter för krigs- och tortyrskadade. Det är viktigt att forum finns för att tvärprofessionellt kunna diskutera aktuella patientärenden samt hur dessa ska hanteras (Berggren, 2009; Eide & Eide, 2009). Ett behov av handledning finns kring hur man ska hantera samt bemöta dessa patienter och det är av vikt att det prioriteras av verksamheten (Berggren, 2009). Sjuksköterskans önskan om att få mer kunskaper om PTSD kan ses som en strävan efter den "Cultural knowledge" vilket Oakley (2013) beskriver ingår i den kulturella kompetensen som behövs för att ge god vård åt patienter med annan kulturell bakgrund. Här är det dock viktigt att bemärka att den av sjuksköterskorna upplevda kunskapsbristen är generellt för PTSD som tillstånd och inte enbart gällande för patientgruppen med flyktingbakgrund. Ökade kunskaper kring PTSD hade således kommit en även större grupp patienter till gagn.

Förståelse och språket via tolken

Kommunikationen är viktig inom psykiatrisk vård. Patienten behöver kunna göra sig förstådd och sjuksköterskan behöver kunna kommunicera med och förstå patienten. I begreppet ”Cultural skill” (Oakley, 2013) innefattas att sjuksköterskan ska ha en förmåga att kunna inhämta relevanta upplysningar om patientens bakgrund och uppkomna problem. Denna inhämtning av information från patienten begränsas när det inte finns möjlighet till kommunikation.

Resultatet visade att sjuksköterskorna, främst inom slutenvården, hade upplevelsen av att tolk främst används i samband med läkarsamtal och mer sällan när annan vårdpersonal behövde kommunicera med patienten. En frustration var märkbar hos en del sjuksköterskor då de upplevde att vården kunde upplevas som innehållslös och mest bestod av förvaring, observation och medicinsk behandling. Detta styrks i en kvalitativ intervjustudie från Australien (Cioffi, 2003) där sjuksköterskorna var bekymrade över kvalitén i vården som gavs. I samma intervjustudie hade sjuksköterskorna upplevelsen av att en bättre tillgång till tolk gav en vård av bättre kvalitet. Då sjuksköterskor inom psykiatrin är vana vid att deras arbete till stor del består i att interagera och kommunicera med deras patienter är det förståeligt att det uppstår en känsla av otillräcklighet när denna del av arbetet förminskas. I en kvalitativ intervjustudie av Eklöf, Hupli och Leino-Kilpi (2014) framkom även att sjuksköterskorna hade en medvetenhet om att det från sjukvårdens sida hela tiden fanns ett krav om att arbeta kostnadseffektivt och att de visste att det var dyrt att ta in en tolk. Denna kostnadsmedvetenhet tror författarna bidrar till att sjuksköterskan har en benägenhet till att i många situationer låta bli att beställa tolk om den inte ska användas i ett läkarsamtal, detta på bekostnad av sjuksköterskans egna professionella yrkesroll som då får stå tillbaka.

Utefter författarnas egna erfarenheter kan det tänkas finnas en osäkerhet kring hur vården ska bedrivas för flyktingar och med det vilka riktlinjer som finns ute i verksamheterna. Är det rimligt att genomföra ett inskrivningssamtal utan tolk? Hur ska vi bedriva psykiatrisk omvårdnad som till stor del består av samtal när vi inte kan samtala med patienten? Författarna tror att ett mer rutinmässigt användande av tolk, det vill säga även vid kontakt med annan vårdpersonal än läkare, hade kunnat ge flyktingar en bättre vård genom en större förståelse för patienten samt mindre känsla av otillräcklighet hos sjuksköterskan. Det angavs dock ibland vara komplicerat att arbeta med tolk och sjuksköterskorna upplevde en del praktiska faktorer som begränsande, exempelvis svårigheter att kunna få tolk på plats eller kunna få en tolk med kort varsel. Detta upplevdes ge merarbete vilket även en

intervjustudie från Finland (Eklöf, Hupli & Leino-Kilpi, 2014) bekräftar där sjuksköterskorna rapporterade att tolksamtalen förutsatte mycket praktiskt arbete och planering för att få dessa till stånd.

Personligen berikande

Fokus blir lätt att det talas om svårigheter och problem men det är även viktigt att komma ihåg det positiva med att vårda flyktingar och vad det kan tillföra personligen för sjuksköterskan. Författarna anser att detta är något som borde lyftas fram mer av oss sjuksköterskor. Att få möjligheten att träffa människor från annan kulturell bakgrund samt få ta del av mångfalden upplevdes som positivt. Detta kan knytas an till Oakleys (2013) begrepp ”Cultural encounters” som syftar på att sjuksköterskan ska söka sig till situationer där hon träffar personer med en annan kulturell bakgrund. På det personliga planet visar sig detta i form av att man lär sig bli mer kreativ på grund av utmaningar och kunna se möjligheter i svåra situationer. Det kan i förlängningen göra att man växer och utvecklas både som människa och sjuksköterska. En tacksamhet uppstår ofta när man får perspektiv på sitt eget liv genom att möta andra som kan ha varit med om svårare saker i livet än man själv varit med om. Att kunna ge något till andra människor är väldigt positivt och ger en personlig tillfredställelse. En del sjuksköterskor satte detta i ett större sammanhang vilket kopplades ihop med deras samhällsengagemang för sina medmänniskor. I en kvalitativ intervjustudie från Australien sågs ett samband mellan ökad vårdkvalitet och sjuksköterskornas känslomässiga, fysiska och spirituella hälsa (Rose & Glass, 2009). Sjuksköterskorna beskrev att det var viktigt med en känsla av att kunna anpassa sig till rådande förhållanden (så kallad coping), känna sig spirituellt berikad och att kunna sätta gränser när det gäller att inte ta med sig arbetet hem. I författarnas studie har resultatet visat på en upplevelse av ökad arbetsbelastning när sjuksköterskan vårdar flyktingar med psykisk ohälsa. Den personliga berikningen som vården av denna patientgrupp ger kan dock antas vara en skyddande faktor då det kan ge berikande upplevelser för sjuksköterskan. Slutligen är det viktigt att komma ihåg att processen för att bli mer kulturellt kompetent är något som pågår och utvecklas över tid och inte stannar upp, detta i enlighet med Oakleys (2013) syn på den kulturella kompetensen.

Konklusion och implikationer

Sammantaget visar studien att sjuksköterskor som vårdar flyktingar upplever sig ha en kunskapsbrist gällande PTSD. Författarna anser att resultatet kan appliceras på den nuvarande verksamheten genom att införa föreläsningar och utbildning kring PTSD. Arbetsbelastningen upplevs av sjuksköterskorna kunna öka och det är viktigt att detta uppmärksammas av verksamheten. Det kan antas att antalet sökande med flyktingbakgrund och psykisk ohälsa kommer att öka relaterat till statistik enligt Migrationsverket (2016) och det är då viktigt att det från psykiatrins sida finns en beredskap på detta för att undvika en ytterligare ökad arbetsbelastning. Användningen av tolk anser författarna bör utökas till att även ske mer frekvent vid samtal med vårdpersonal för att öka kvalitén på vården som ges. Det bör även uppmärksammas mer de positiva berikande aspekterna av att vårda flyktingar och övriga patienter med annan kulturell bakgrund.

Författarnas arbetsfördelning

Författarna har varit lika delaktiga i intervjuerna som utfördes gemensamt och transkriberingarna delades mellan författarna. Vad gäller analysens olika steg genomfördes denna enskilt och parallellt. Därefter diskuterades denna gemensamt för att uppnå konsensus. Resultat och diskussion skrevs gemensamt av författarna.

Referenser

- Berggren, I. (2009). Omvårdnadshandledning i teori och praktik. A. Barbosa Da Silva., I. Berggren., & H. Nunstedt (Red.). *Omvårdnadshandledning –ur etiskt och tvärdisciplinärt perspektiv* (s. 23-43). Lund: Studentlitteratur.
- Billhult, A., & Gunnarsson, R. (2012). Analytisk statistik. I M. Henricsson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod : från idé till examination inom omvårdnad* (s. 317-326). Lund: Studentlitteratur.
- Bremberg, S., & Dalman, C. (2015). *Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd – en kunskapsöversikt*. Forte: Stockholm.
- Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse education today*, 11, 461-466.
- Cioffi, R.N.J. (2003). Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: nurses' experiences. *International Journal of Nursing Studies*. 40, 299–306.
- Cullberg, J. (2004). *Psykosor. Ett integrerat perspektiv*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Danielson, E. (2012a). Kvalitativa forskningsintervjuer. I M. Henricsson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod : från idé till examination inom omvårdnad* (s. 172). Lund: Studentlitteratur.
- Danielson, E. (2012b). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricsson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod : från idé till examination inom omvårdnad* (s. 329-343). Lund: Studentlitteratur.
- Eide, H., & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation. Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekebergh, M. (2009). *Att lära sig vårda: med hjälp av handledning*. Lund: Studentlitteratur.

Ekblad, S., & Roth, G. (2009). Transkulturell psykiatri och flyktingpsykiatri. I J. Herlofsson, L. Ekselius, L.-G. Lundh, A. Lundin, B. Mårtensson, & M. Åsberg (Red.), *Psykiatri* (s.703 -711). Lund: Studentlitteratur.

Eklöf, N., Hupli, M., & Leino-Kilpi, H. (2014). Nurses' perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland. *Public Health Nursing*. 32(2), 143-150.

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

Försäkringskassan. (2015). *Stress vanligaste orsaken till sjukskrivning*. Hämtad 15 maj 2016 från https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/4ab827ab-5977-420b-a9e79bc74aadd11f/pm_+sjukfall_med_+psykiska_diagnose___r.pdf?MOD=AJPERES

Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s.130 -137). Lund: Studentlitteratur.

Hollander, A-C., Dal, H., Lewis, G., Magnusson, C., Kirkbride, J.B., Dale fellow, Sir H., & Dalman, C. (2016). Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. *British Medical Journal*, 352. Hämtad 30 maj 2016 från <http://www.bmj.com/content/352/bmj.i1030.full.print>

Jensen, N.K., Norredam, M., Draebel, T., Bogic, M., Priebe, S., & Krasnik, A. (2013). Providing medical care for undocumented migrants in Denmark: what are the challenges for health professionals? *BMC Health Services Research*, 11(154).

Jirwe, M., Momeni, P., & Emami, A. (2014). Kulturell mångfald. I F. Friberg, & J. Öhlén. (Red.), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt*. (s.340 -357). Lund: Studentlitteratur.

Köhler, P. O., & Messelius, U. (2006). *Natur och Kulturs Stora Svenska Ordbok*. Stockholm: Natur och Kultur

Migrationsverket. (2016). *Statistik*. Hämtad 15 maj 2016 från <http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik.html>

Nyström, M. (2008). *Hermenuetik*. I M. Granskär, & B. Höglund-Nielsen. (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s.159 -172). Lund: Studentlitteratur.

Oakley, L. D. (2013). Social, Cultural, and Spiritual Context of Psychiatric Nursing care. I G.W. Stuart. (Red.), *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. (s.98 -109). St Louis: Elsevier Mosby.

Ottosson, J-O. (2015). *Psykiatri*. Stockholm: Liber AB.

Repstad, P. (2007). *Närhet och distans – kvalitativa metoder i samhällsvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Rose, J., & Glass, N. (2009). An investigation of emotional wellbeing and its relationship to contemporary nursing practice. *Collegian Journal of the Royal College of Nursing Australia*, 16: 185-192.

Sandhu, S., Neele, V., Bjerre., Dauvrin, M., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., Kluge, U., Jensen, N.K., Lamkaddem, M., Puigpino´s i Riera, R., Ko´sá, Z., Wihlman, U., Stankunas, M., Straßmayr, C., Wahlbeck, K., Welbel, M., & Priebe, S. (2013). Experiences with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 48:105–116.

SBU. (2004). *Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt. Volym 1*. Hämtad 25 maj från <http://www.sbu.se/contentassets/00f42eab171e4ab699292a6bb6db920c/depression-vol-1.pdf>

Socialstyrelsen. (2015). *Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter – ett kunskapsunderlag för primärvården*.

Socialstyrelsen. (2016). *Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända. Delrapport 2016*. Socialstyrelsen: Stockholm.

SOSFS 2011:11 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Stockholm: Socialstyrelsen.

Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

UNHCR, United Nations High Commissioner for Refugees (2015). *Vem är flykting?*

Hämtad 25 december 2016 från <https://sverigeforunhcr.se/om-oss/vem-ar-flykting>

Wiklund Gustin, L. (2014). Att använda sin specialistkompetens i patientens tjänst. I L. Wiklund Gustin. (Red.). *Vårdande vid psykisk ohälsa – På avancerad nivå*. (s.456 -487). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization (WHO). (2000). *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*. Hämtad 15 maj 2016 från http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66783/1/WHO_EDM_TRM_2000.1.pdf

Åsberg, M., & Mårtensson, B. (2009). Förstämningssyndrom. I J. Herlofsson, L. Ekselius, L-G. Lundh, A. Lundin, B. Mårtensson, & M. Åsberg. (Red.), *Psykiatri* (s.305 -334). Lund: Studentlitteratur.

Åsberg, M., & Nygren, Å. (2009). Utmattningsyndrom. I J. Herlofsson, L. Ekselius, L.-G. Lundh, A. Lundin, B. Mårtensson, & M. Åsberg (Red.), *Psykiatri* (s.461 -468). Lund: Studentlitteratur.

Intervjuguide till semistrukturerad intervju

Inledande frågor

Kön, ålder

Grundutbildad eller specialistsjuksköterska inom psykiatri

Hur länge har du arbetat som sjuksköterska inom nuvarande verksamhet?

Hur länge har du som sjuksköterska arbetat med flyktingar?

Hur stor del av ditt arbete består i att vårda flyktingar?

Frågor

Vad är dina upplevelser kring att vårda flyktingar?

*Positiva upplevelser

*Negativa upplevelser

*Möjligheter

*Svårigheter

Vad upplever du är skillnaden för dig när du vårdar flyktingar jämfört med andra patienter?

Vad upplever du hade kunnat ge dig bättre förutsättningar i ditt arbete med att vårda flyktingar?



2017-01-17

LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper

Sjuksköterskors upplevelse av att vårda flyktingar med psykisk ohälsa

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående intervjustudie.

Mellan 20-30 procent av asylsökande och flyktingar i Sverige beräknas lida av psykisk ohälsa. Detta jämfört med övriga befolkningen i Sverige där 14 procent av männen och 20 procent av kvinnorna angett att de upplevt nedsatt psykiskt välbefinnande. För att få en ökad förståelse för sjuksköterskors upplevelser av att vårda flyktingar med psykisk ohälsa har författarna valt att göra en kvalitativ studie med sjuksköterskor som arbetar med denna patientgrupp.

Vi skulle vilja göra en intervju med Dig. Den beräknas ta cirka 30-60 minuter och genomförs av Li Brolin och Jessica Werne. Vi erbjuder plats för intervjun alternativt att Du själv föreslår plats på din enhet. Intervjuer kommer att genomföras i augusti och september 2016.

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun. Inspelningen kommer att förvaras inlåst. Inspelade intervjuer kommer att avidentifieras. Data förvaras på en USB-sticka med filer som är lösenordsskyddade och inlåsta så bara författarna har tillgång till USB-stickan och efter examination och godkännande kommer allt material förstöras.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att du behöver ange varför. Den information Du lämnar kommer att behandlas konfidentiellt, d.v.s. så att inte någon obehörig får tillgång till den. Deltagandet är helt anonymt och dina svar kommer inte att kunna spåras till dig. Eventuella citat kommer att avidentifieras.

Om Du vill delta ber vi Dig underteckna en samtyckesblankett i samband med intervju.

Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet.

Postadress: Institutionen för hälsovetenskaper, Box 157, 221 00 Lund. Besöksadress: Baravägen 3, Lund

Telefon: 046-222 00 00 vx. Telefax 046-222 18 08



2017-01-17

LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper

Om Du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning

Li Brolin
Leg. sjuksköterska
Studerande på
Specialistsjuksköterskeprogrammet
psykiatri
e-post:
li.brolin.799@student.lu.se

Jessica Werne
Leg. sjuksköterska
Studerande på
Specialistsjuksköterskeprogrammet
psykiatri
e-post:
jessica.werne.187@student.lu.se

Sigrid Stjernswärd
Lektor
Postadress: om inte institutionen
Tfn: 046-2221904
e-post: sigrid.stjernsward@med.lu.se

Postadress: Institutionen för hälsovetenskaper, Box 157, 221 00 Lund. *Besöksadress:* Baravägen 3, Lund

Telefon: 046-222 00 00 vx. *Telefax* 046-222 18 08



2017-01-17

LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om *Sjuksköterskors upplevelser av att vårda flyktingar med psykisk ohälsa*.

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att behöva ange orsak.

Härmed ger jag mitt samtycke till att delta i studien.

Underskrift av studiedeltagare

Underskrift av student

Ort, datum

Ort, datum

Underskrift

Underskrift

Telefonnummer

Telefonnummer

Postadress: Institutionen för hälsovetenskaper, Box 157, 221 00 Lund. *Besöksadress:* Baravägen 3, Lund

Telefon: 046-222 00 00 vx. *Telefax* 046-222 18 08