



**LUNDS**  
UNIVERSITET

**FastAsleep på enkel engelska: en förstudie om att nå ut digitalt med kognitiv beteendeterapi för insomni till personer med annan språkbakgrund än svenska.**

**Lovisa Gentz & Gith Rygler**

Psykoterapiexamensuppsats. 2024

Handledare: Susanna Jernelöv & Martin Kraepelien  
Examinator: Sean Perrin

## **Abstract**

Sleep problems are common in Sweden and insomnia is the most common diagnosis among sleep disorders. International guidelines recommend Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia (CBT-I) as first line treatment for insomnia. Access to treatment is limited and individuals with a mother tongue other than Swedish have less access to psychological treatment in general. Digital therapeutic interventions can increase access to equitable care because of their scalability and because they can be easily culturally adapted to ethnic minorities. FastAsleep is a digital self-help tool for treating insomnia based on Cognitive Behavioral Therapy (CBT). This essay is a preparatory work for a study at the Karolinska Institute where the intention is to test FastAsleep on adults living in Sweden with a mother tongue other than Swedish. In the essay, we have conducted interviews with nine stakeholders who encounter ethnic minorities or themselves belong to one. We have analyzed their answers in a thematic analysis based on the question which themes we can see in the answers from stakeholders about how digital therapeutic interventions can be adapted to reach out to and be helpful to people with a language background other than Swedish. In the analysis, we arrive at three overarching themes that need to be considered to reach and offer digital therapeutic treatment for insomnia to ethnic minorities. These themes are that a cultural understanding is necessary, that insomnia is to be understood individually and contextually and that digital interventions need to be adapted to ensure accessibility. Based on these themes, we discuss opportunities and difficulties with digital self-help programs like FastAsleep when these are aimed at individuals with a mother tongue other than Swedish.

## **Sammanfattning**

Sömnproblem är vanliga i Sverige och insomni är den vanligaste diagnosen vid sömnproblematik. Många med insomni önskar behandling. Internationella riktlinjer rekommenderar Kognitiv beteendeterapi för insomni (KBT-I) som förstahandsval vid insomni. Individer med annat modersmål än svenska har sämre tillgång till psykologisk behandling. Digitala terapeutiska interventioner i egenvårdsformat kan öka tillgången till jämlik vård på grund av deras skalbarhet och eftersom de kan anpassas kulturellt till etniska minoriteter. FastAsleep är ett kortfattat digitalt självhjälpssverktyg för att behandla insomni som bygger på Kognitiv beteendeterapi (KBT). Denna uppsats utgör ett förarbete till en studie vid Karolinska institutet där man ämnar testa FastAsleep på vuxna boendes i Sverige med annat modersmål än svenska. I uppsatsen har vi genomfört intervjuer med nio intressenter som kommer i kontakt eller själva tillhör en etnisk minoritet. Deras svar har vi analyserat i en tematisk analys utifrån frågeställningen vilka teman vi kan se i svaren från intressenter om hur digitala terapeutiska interventioner kan anpassas för att nå ut till och vara hjälpsamma för personer med annan språkbakgrund än svenska. I analysen kommer vi fram till tre övergripande teman som behöver beaktas för att nå och erbjuda digital terapeutisk behandling för insomni till etniska minoriteter. Dessa teman är att det behövs en kulturell förståelse, att insomni är individuell och kontextuell och att digitala interventioner behöver anpassas för att de ska leda till ökad tillgänglighet. Utifrån dessa teman diskuterar vi möjligheter och svårigheter med digitala självhjälpssprogram likt FastAsleep, när dessa riktar sig till individer med annat modersmål än svenska.

## Innehållsförteckning

|  |           |
|--|-----------|
| <b>FastAsleep på enkel engelska - en förstudie om att nå ut digitalt med kognitiv beteendeterapi för insomni till personer med annan språkbakgrund än svenska.....</b> | <b>1</b>  |
| <b>Insomni – diagnos och prevalens.....</b>  | <b>1</b>  |
| <b>Kognitiv beteendeterapi för insomni (KBT-I).....</b>  | <b>2</b>  |
| <b>Minoriteter i Sverige och deras tillgång till hälso- och sjukvård .....</b>   | <b>3</b>  |
| <b>Forskning om kulturella anpassningar.....</b>   | <b>5</b>  |
| <b>Möjligheter med digitala verktyg.....</b>   | <b>7</b>  |
| <b>FastAsleep .....</b>  | <b>8</b>  |
| <b>Digital egenvård för sömnproblem på enkel engelska .....</b>  | <b>9</b>  |
| <i>Process .....</i>   | <i>10</i> |
| <b>Studiens syfte.....</b>   | <b>11</b> |
| <b>Uppsatsens syfte.....</b>   | <b>11</b> |
| <i>Frågeställningar som vi vill få svar på i denna uppsats är: .....</i>   | <i>11</i> |
| <b>Metod .....</b>   | <b>11</b> |
| <b>Metod för studie om digital egenvård på enkel engelska .....</b>  | <b>11</b> |
| <b>Datainsamling för denna uppsats.....</b>  | <b>13</b> |
| <b>Tematisk analys.....</b>  | <b>15</b> |
| <b>Etiska överväganden.....</b>  | <b>15</b> |
| <b>Resultat från studien .....</b>   | <b>16</b> |
| <b>Resultat av uppsatsens tematiska analys.....</b>  | <b>17</b> |
| <b>Tema 1: Det behövs en kulturell förståelse. ....</b>  | <b>19</b> |
| <i>Kommunikation behöver anpassas kulturellt.....</i>  | <i>20</i> |
| <i>För att nå ut, behöver vi mötas där människorna är. ....</i>  | <i>21</i> |
| <i>Det behöver vara tvåvägskommunikation, åt båda hållen .....</i>   | <i>22</i> |
| <b>Tema 2: Insomni är individuell och kontextuell.....</b>   | <b>22</b> |
| <i>Det finns en kulturell syn på psykisk hälsa, sömn och behandling .....</i>  | <i>23</i> |

|  |    |
|--|----|
| <i>Människors livsvillkor påverkar sömnen</i> .....  | 24 |
| <i>För att kunna behandla insomni behöver psykoedukationen anpassas till kulturella komponenter</i> .....  | 25 |
| <b>Tema 3: digitala interventioner behöver anpassas för att de ska leda till ökad tillgänglighet</b> ..... | 26 |
| <i>Ökad digitalisering kan leda till utanförskap</i> .....   | 26 |
| <i>Kunskap om "huret" behövs först om digitala verktyg ska kunna användas</i> .....                        | 27 |
| <i>Digitala verktyg behöver anpassas på flera nivåer</i> . ....  | 27 |
| <b>Diskussion</b> .....  | 28 |
| <b>Huvudsakliga resultat</b> .....   | 29 |
| <b>Begränsningar och metodsvagheter</b> .....  | 32 |
| <b>Etikdiskussion</b> .....  | 33 |
| <b>Jämförelser med studier om kulturella anpassningar</b> .....  | 35 |
| <b>Jämförelser med studier om KBT-I i egenvårdsformat</b> .....  | 36 |
| <b>Tillgängliggöra FastAsleep framöver: möjligheter och svårigheter</b> .....                              | 37 |
| <b>Referenser</b> .....  | 40 |
| <b>Bilaga 1</b> .....  | 45 |
| <b>Bilaga 2</b> .....  | 49 |
| <b>Bilaga 3</b> .....  | 50 |
| <b>Bilaga 4</b> .....  | 51 |
| <b>Bilaga 5</b> .....  | 52 |

## **FastAsleep på enkel engelska - en förstudie om att nå ut digitalt med kognitiv beteendeterapi för insomni till personer med annan språkbakgrund än svenska.**

### **Insomni – diagnos och prevalens**

Någon gång i livet har de flesta av oss vid något tillfälle haft problem med sömnen. Sömnproblem är ett väldigt vitt begrepp och kan innefatta många skilda orsaker till störd sömn som exempelvis att bli väckt av små barn, att inte kunna sova på grund av värk, att skriva ett vetenskapligt arbete under tidspress och därför ha svårt att komma till sängs och till ro. Sömnproblem kan handla om olika störningar såsom exempelvis dygnsrytmrubbning, hypersomni, parasomni eller om insomni (*Mini-D 5*, 2014).

Insomni som är en form av sömnproblem handlar om att inte kunna sova fast man vill och har möjlighet. Det är ett tillstånd där individen upplever att mängden sömn är otillräcklig och otillfredsställande och att detta medför en nedsättning av välbefinnande och funktionsförmåga under dagen. Enligt femte upplagan av Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM-5) diagnostiseras insomni som störd nattsömn i kombination med symtom på dagtid. Kriterier för störd nattsömn är svårigheter att somna, svårigheter med ofrivilliga uppvaknanden, svårigheter med för tidigt uppvaknande och/ eller svårigheter att somna om. Dessutom måste sömnstörningen inträffa minst tre nätter i veckan under en period av tre månader för att diagnostiseras som en kliniskt relevant störning (DSM-5). Om diagnoskriterierna är uppfyllda samtidigt med en psykisk eller somatisk störning, diagnostiseras båda sjukdomarna för sig (Riemann et al., 2017).

Insomni är vanligt förekommande och förknippat med betydande samhällskostnader till följd av minskad produktivitet och frånvaro på grund av upplevd sömnbrist och trötthet (Edinger et al., 2021). I en prevalensstudie i Sverige rapporterade 24,6 % av deltagarna symtom på insomni och 10,5 % av dem uppfyllde diagnoskriterier för insomni (Mallon et al., 2014). Studier av prevalens i en rad olika länder visar liknande resultat (Ree et al., 2017). I en studie av Australian Sleep Association (Ree et al., 2017) rapporterar 30 % av den vuxna befolkningen ett eller flera insomni symtom. Prevalensen för individer som uppfyller diagnostiska kriterier för insomni uppskattades i denna studie till 10 % av befolkningen och ökade utifrån faktorer som stigande ålder, kvinnligt kön samt medicinsk eller psykisk sjukdom. Även den svenska studien (Mallon et al., 2014) bekräftar att prevalensen är högre bland kvinnor i alla åldrar. I denna studie fann man dock inga belägg för att symtomen ökar

med stigande ålder och förekomsten skiljde sig inte signifikant mellan olika åldersgrupper. Förutom kön bekräftar en studie av Edinger och kollegor (2021) att låg socioekonomisk status och psykisk och fysisk ohälsa är faktorer som påverkar förekomsten av insomni.

Insomni är förknippat med en rad hälsoproblem inklusive psykisk ohälsa, särskilt depression. I en australiensisk studie fann man att kostnaden för sjuk- och hälsovård var 60% högre för personer med insomni än hos den allmänna befolkningen. Studiens slutsatser var att insomni är en oberoende riskfaktor för depression, ångest, självmord och missbruk (Ree et al., 2017)

### **Kognitiv beteendeterapi för insomni (KBT-I)**

Kognitiv beteendeterapi för insomni (KBT-I) rekommenderas som förstahandsbehandling hos vuxna i alla åldrar (stark rekommendation, högkvalitativ evidens) (Riemann et al., 2017). Det finns allt starkare vetenskapligt stöd för att KBT-I inte enbart har god effekt på de symptom som är kopplade till sömnsvårigheter utan att behandlingen även har god effekt på dagtidssymtom. Enligt Espie (2009) visade studier där patienter diagnostiserats med såväl insomni som en annan medicinsk eller psykiatrisk diagnos att KBT-I hade god effekt, vilket tyder på att KBT-I kan vara effektiv även i mer komplexa populationer (Espie, 2009).

Upplägget i KBT-I består vanligtvis av komponenter såsom sömndagbok, psykoedukation om sömnhygien, avslappningsträning, stimuluskontroll och sömnrestriktion (Jernelöv et al., 2022; Perlis et al., 2022).

Stimuluskontroll enligt KBT-I innebär att den med sömnproblem tränar på att förknippa sängen med sömn per automatik. När individen går och lägger sig, trots att inte vara sömnig, ökar risken att förknippa sängen med vakenhet. Genom stimuluskontroll lär sig individen att skilja på trötthet och sömnhet (Jernelöv et al., 2023). Sängen ska användas enbart för att sova och aktiviteter som till exempel att kolla mobil, ringa någon, planera morgondagen, behöver undvikas. Däremot menar Jernelöv et al. (2022) att stimuluskontroll inte behöver innefatta att undvika sexuella aktiviteter i sängen.

Sömnrestriktion enligt KBT-I syftar till att rätta till sömnrytmen som vid insomni kan vara förskjuten framåt eller bakåt i tiden. Att arbeta med sömnrestriktion innebär att öka sömntrycket och begränsa vakentiden i sängen. Syftet är att öka chanserna till snabbare insomning vid sänggående. Sömnrestriktion bygger på någon form av kartläggning av sömnen i exempelvis en sömndagbok (Jernelöv et al., 2022). Utifrån denna kartläggning bestäms ett sömnfönster med fasta tider för sänggående och uppstigning. Sömnfönstret tas fram utifrån

tiden i sängen där individen faktiskt sover. Det innebär att en person som legat vaken i exempelvis tre timmar och sovit enbart fyra timmar till en början behöver ha ett sömnfönster där denne lägger sig fyra timmar innan den fasta uppstigningstiden. Sömnrestriktion går ut på att öka det som kallas för sömneffektivitet. En god sömneffektivitet innebär att minst 85 procent av tiden i sängen består av sömn (Jernelöv et al., 2023).

Trots starka rekommendationer av KBT-I som förstahandsbehandling för insomni är tillgängligheten begränsad. Det antas att endast en minoritet av patienter med kronisk sömnlöshet kommer att få denna behandling i Europa (Riemann et al., 2017). I den svenska prevalensstudien uppgav 62,5% av de med diagnosen insomni att de önskade behandling (Mallon et al., 2014). Bristen på tillgång till KBT-I beror delvis på grund av brist på utbildade terapeuter och att de som har en utbildning och kan erbjuda behandling är ojämnt fördelade geografiskt (Cavanagh, 2014). Utifrån detta menar Ree et al. (2017) att en ökad tillgänglighet av KBT-I är en viktig fråga framöver som även innefattar ökad medvetenhet om dess effektivitet. Förutom att utbilda fler utövare av KBT-I behöver lågintensiva behandlingar tas fram med goda resultat och som kan tillgängliggöras för många.

### **Minoriteter i Sverige och deras tillgång till hälso- och sjukvård**

Människor som tillhör en nationell minoritet är grupper som har en uttryckt samhörighet och en särskild kulturell, språklig eller religiös särart som skiljer dem från majoritetsbefolkningen (Prop. 1998/99:143). I denna uppsats har vi använt en bredare definition av minoriteter och syftar på människor med annan etnisk härkomst. Etnicitet är bredare än nationella minoriteter och inkluderar alla människor med annat ursprung än svenskt. Begreppet utländsk medborgare innebär att man är folkbokförd i Sverige och har medborgarskap i ett annat land. Antalet utländska medborgare har fördubblats under 2000-talets första 20 år. I slutet av 2023 var 844 095 utländska medborgare folkbokförda i Sverige (Statistiska centralbyrån, SCB, 2024). Utländska medborgare som efter en tid beviljas svenskt medborgarskap ingår i gruppen "utrikesfödd". År 2023 var över 2 miljoner personer utrikesfödda, vilket är 20 procent av befolkningen (SCB, 2024). De tre vanligaste födelseländer för utrikesfödda i Sverige år 2023 är Syrien (197 201), Irak (145 586) och Finland (129 406). Det finns skillnader mellan utrikesfödda från olika födelseländer när det gäller ålder och kön. Det beror på att människor har invandrat till Sverige av många olika skäl och under olika perioder. Under 2023 invandrade 94 514 personer till Sverige. Skäl för invandring kan vara att komma som flykting/ asylsökande eller skyddsbehövande, som utbytesstudent, som arbetskraftsinvandrare, att bli adopterad eller att komma som anhörig till



någon person som bor i Sverige. Invandringen var som högst år 2016 då 163 000 personer invandrade till Sverige och under perioden 2014–2018 var Syrien det vanligaste födelselandet bland invandrarna. Förenta staterna och Förenade Kungariket är födelseländer som finns med på listan av de 20 vanligaste länderna att invandra från år 2023 (SCB, 2024). Detta kan tyda på att allt fler individer i Sverige har engelska som första språk alternativt som andraspråk och ett annat icke-svenskt språk som förstaspråk. Majoriteten av de som ingår i den statistiska gruppen utrikesfödda har ett annat modersmål än svenska som första språk. Svenska är det språk som talas av majoriteten i Sverige och det kallas därför för majoritetsspråk. Alla andra språk kallas minoritetsspråk och detta inbegriper även till exempel arabiska och engelska trots att dessa språk talas av miljoner människor världen över. I Sverige utgör det minoritetsspråk (Institutet för språk och folkminnen, 2020). Antalet personer i Sverige med engelska som modersmål uppskattades år 2015 av lingvisten Mikael Parkvall ligga runt 50 000 (Parkvall, 2015).

Som tidigare nämnts kan socioekonomisk status vara en faktor som påverkar sömnproblematik. Detta förklarar varför dålig sömn, sömnstörningar, inklusive sömnlöshet, är vanligt förekommande i minoritetsgrupper. Studier från Nordamerika visar att etniska minoriteter inte åtnjuter samma hälsa avseende sömn som majoritetsbefolkningen. Skillnaderna beror på en rad olika faktorer som exempelvis ojämn tillgång till vård och strukturell ojämlikhet (Hughes et al., 2023). Att tillhöra en språklig minoritet kan också innebära sämre tillgång till vård. Att behöva kommunicera om sin hälsa på det språk som inte är ens modersmål utgör ett hinder för många. Motståndet eller oron för att söka hjälp blir större på grund av den språkliga barriär som svårigheten att kommunicera utgör (Zhao et al., 2021). Liknande rapporterar icke-svensktalande personer i Sverige att de får sjukvård av lägre kvalitet än andra patienter (Diskrimineringsombudsmannen (DO), 2012). Anmälningar om diskriminering i sjukvården som inkommit till DO visar att hälso- och sjukvården brister i sitt bemötande av etniska minoriteter. Dessa består av grupper med olika livsvillkor och erfarenheter som dock har gemensamt att de har lägre tilltro till vården, lägre vårdutnyttjande och sämre psykisk och fysisk hälsa än den övriga befolkningen. En granskning av DO:s domar visar på diskriminerande bemötande eller diskriminering i tillgången till vård. Diskriminering i tillgången till vård kan handla om att bli nekad vård eller vård på sämre villkor exempelvis genom högre avgift. I rapporten Rätten till sjukvård hänvisas till Eva Robertssons forskning om utlandsfödda kvinnor i vården. Dessa kvinnor upplever ofta att de inte blir tagna på allvar i mötet med den svenska sjukvården och att deras problem viftas bort.

Detta oberoende av varifrån i världen kvinnorna kommer eller hur väl integrerade de är i det svenska samhället (DO, 2012).

### **Forskning om kulturella anpassningar**

I över trettio år har debatten pågått om kulturens roll i psykoterapeutisk behandling. Bernal och Rodrigez (2012) fann tolv olika teoretiska ramverk för hur psykoterapi kan anpassas kulturellt till etniska minoriteter. Sju av dessa tolv modeller blev publicerade mellan 2004 och 2006, det vill säga under en kort tidsperiod på två år. Detta har författarna tolkat som att behovet av att hitta verk samma ramverk för kulturell anpassning varit stor. Eftersom flera olika modeller för kulturell anpassning tagits fram parallellt och under en kort tid menar författarna att detta även kan förklara flera av likheterna mellan modellerna. I boken "Guidelines for cultural adaptations" har Bernal och Rodrigez (2012) sammanfattat likheterna och menar att den gemensamma nämnaren hos samtliga handlar om ömsesidig validitet. Validitet uppnås enligt dem genom att den terapeutiska interventionen är evidensbaserad och ömsesidig validitet uppstår när den dessutom är kulturellt anpassad och där denna anpassning har tagits fram genom att beakta kultur och sammanhang på ett genomtänkt, dokumenterat och systematiskt sätt. Ytterligare en likhet som författarna fann i de olika ramverken är vikten av att inhämta kunskap från intressenter. För att kunna göra kulturella anpassningar behöver synpunkter tas tillvara av de som kan anses som experter av den grupp som anpassningarna ska göras för (Bernal & Domenech Rodriguez, 2012).

I studier skiljer man mellan ytnivå och djupnivå av kulturella anpassningar (Alcántara et al., 2021; Gentry, 2020). Den vanligaste anpassningen är ofta på ytnivå med exempelvis språklig översättning. Detta har att göra med att många interventioner bygger på kognitiv beteendeterapi och det därför inte går att ändra på självaste metoden för att passa ett annat kulturellt sammanhang och bibehålla dess evidens. I en systematisk översyn kommer Gentry (2020) fram till att kulturella anpassningar av KBT är effektiva oavsett nivå och att dessa möjliggör en mer jämlik tillgång till terapeutisk behandling. Andra studier kommer fram till liknande resultat. Exempelvis finner Hall och kollegor (2016) i en metaanalys att kulturellt anpassade terapeutiska interventioner på individnivå (*face-to-face interventions*) ger bättre resultat än kontrollgrupper och icke anpassad intervention (Hall et al., 2016). Liknande visar en metaanalys av självhjälpsinterventioner, med låg grad av terapeutledning, att kulturella anpassningar kunde kopplas till att symptom på depression och ångest minskade i högre utsträckning än utan kulturella anpassningar (Harper Shehadeh et al., 2016).

Genom internet finns möjligheten att tillgängliggöra digitala hälsointerventioner till olika kulturella och etniska grupper i samhället, att nå ut till en mångfald av människor och då framför allt till grupper som står långt ifrån de etablerade hälso- och sjukvårdssystemen. Detta då digitala interventioner är flexibla avseende tid och plats, det finns en skalbarhet och kostnadseffektivitet utan att nödvändigtvis förlora effektiviteten (Balci et al., 2022). Problemet som Ellis och kollegor (2022) tar upp är att dessa digitala terapeutiska interventioner ofta är utformade utifrån principen att samma form ska passa alla. “The acontextual development and racially unrepresentative samples of existing studies of digital mental health interventions (DMHI) not only limits their potential to improve mental health equity, but also researchers’ ability to evaluate it” (Ellis et al., 2022, s. 718). Mot bakgrund av detta genomförde författarna en metaanalys av kulturellt anpassade digitala terapeutiska interventioner där de utvärderade effektiviteten, acceptansen och följsamheten bland etniska minoriteter. De strategier av kulturella anpassningar som ingått i studien var a) språklig översättning, b) anpassning av audio eller visuellt innehåll, c) inkludering av framträdande kulturellt innehåll. Författarna kom till slutsatsen att kulturella anpassningar har potential att göra digitala terapeutiska interventioner mer tillgängliga, effektiva och accepterade bland minoriteter. Dock behövs vidare forskning för att optimera vilka strategier av anpassningar som har bäst effekt för den specifika etniska minoriteten som interventionen vänder sig till och även för att kunna se om plattformen (mobilapp, webbaserad) som interventionen levereras på har betydelse.

I en studie av Zhou med kollegor (2022) jämfördes en digital terapeutisk intervention med och utan kulturella anpassningar bland afroamerikanska kvinnor. Deltagarna randomiserades till antingen ett digitalt självhjälpsprogram (Sleep Healthy Using the Internet) eller till en kulturellt anpassad version av detta program samt till en patientutbildning om sömn. Såväl gruppen som tog del av internetbehandlingen som den som tog del av den med kulturella anpassningar, rapporterade signifikanta minskningar av poäng på insomniskalan Insomnia Severity Index (ISI) vid en 6-månaders uppföljning. Studien visade även att deltagarna som genomgick den kulturellt anpassade interventionen hade större följsamhet och var mer benägna att slutföra programmet (Zhou et al., 2022). Sammanfattningsvis visar detta avsnitt att kulturella anpassningar kan vara nödvändiga och effektiva men att kunskapen om vad som kan anses som en systematiskt effektiv anpassning är mångtydig.

## Möjligheter med digitala verktyg

Att kunna erbjuda KBT-I till fler och till grupper som har sämre tillgång till vård är en viktig fråga. Huvudfrågan är inte längre ifall KBT-I har god effekt utan hur genomförbar rekommendationen är att erbjuda KBT-I som förstahandsval vid behandling av insomni (Ellis et al., 2022; Qaseem et al., 2016; Ree et al., 2017; Riemann et al., 2017). Eftersom brist på utbildade terapeuter och ojämn geografisk fördelning bidrar till begränsad tillgänglighet (Cavanagh, 2014) kan KBT-I levererad som självhjälpsprogram vara en möjlighet. Som tidigare beskrivits kan ökad tillgänglighet innebära ökad jämlik vård. Förutsatt att digitala terapeutiska interventioner anpassas på ett sätt så att de blir accepterade och tillgängliga för etniska minoriteter. Självhjälpsböcker eller internetbaserade självhjälpsprogram är två möjligheter (Jernelöv et al., 2022). Det finns terapeutvägledda självhjälpsprogram och icke terapeutvägledda självhjälpsprogram. I icke terapeutvägledda program finns behandlingsmaterialet (till exempel texter och arbetsblad) tillgängligt i en bok eller på internet och i terapeutvägledda program ges patienter individuell vägledning av terapeuten under behandlingen, till exempel genom meddelandesystem eller via telefon (Jernelöv et al., 2022). Forskningen kring vilken form av självhjälpsprogram som leder till bäst behandlingsresultat går isär. Vissa studier tyder på att terapeutvägledda självhjälpsprogram förbättrar behandlingsresultaten (Jernelöv et al., 2012) medan andra pekar på att digital självhjälp med automatiserad vägledning är lika effektiv (Espie et al., 2016; Ritterband et al., 2022).

Självhjälpsprogram skulle kunna öka tillgängligheten för många patienter. Självhjälpsprogram kan aldrig passa alla patienter. En stegvis vårdmodell innebär att patienter initialt ges behandling på en låg intensitetsnivå (exempelvis självhjälpsprogram) och att de som inte är hjälpta av detta erbjuds behandling på nästa intensitetsnivå (Espie, 2009). Insomni är enligt Espie (2009) en diagnos där man bör erbjuda stegvis vård och som skäl anges att insomni är så pass utbrett i befolkningen. Ett annat skäl är att det finns stor variation i komorbiditet och att exempelvis långvarig insomni är en riskfaktor för annan psykisk ohälsa varför en tidig bedömning av när och på vilken nivå insomni ska behandlas är av vikt (Espie, 2009). När man i metaanalyser undersökt effektiviteten av KBT-I vid komorbiditet, dvs där såväl insomni som annan psykopatologi diagnostiserats, har man funnit att behandlingen haft positiv påverkan på såväl sömnbesvären som på de komorbida symtomen (Çivgin & DiRiK, 2020; Riemann et al., 2017). I likhet med stegvis vård föreslås internetbaserad behandling som ett lågröskel alternativ för behandling av internationella studenter med sömnsvårigheter (Spanhel et al., 2022).

## FastAsleep

I ett pågående projekt vid Karolinska Institutet har det digitala verktyget FastAsleep utvecklats. Det är en digital självhjälpsintervention på fyra veckor som utgår ifrån stimuluskontroll och sömnrestriktion, de två centrala interventionerna i KBT-I. Verktöget är på svenska och har i en pilotstudie med 30 högutbildade, svensktalande deltagare visat lovande resultat (Jernelöv et al., 2022). Utifrån principen med stegvis vård och digitala lågtröskel alternativ kan ett självhjälpsprogram som FastAsleep vara ett lämpligt första steg då det är en kort och billig intervention som kan tillgängliggöras för många. Det blir även en möjlighet att följa de som inte förbättras av interventionen och på ett tidigt stadium erbjuda behandling på nästa intensitetsnivå som exempelvis en terapeutledd digital intervention av KBT-I.

För att utvärdera följsamhet och preliminära effekter av självhjälpsprogrammet FastAsleep rekryterades vuxna med goda kunskaper i svenska via annonser i sociala medier. I studien gjordes olika mätningar innan påbörjad behandling, under behandlingen, i slutet samt efter tre månader. Resultaten visade att följsamheten till FastAsleep var hög. Detta mättes utifrån hur deltagare registrerade sin sömn i det digitala verktyget. Från första dagen av behandlingen räknades ett individuellt sömnfönster ut och deltagarna fick varje morgon registrera faktisk och upplevd sömn. Under de fyra veckorna som behandlingen pågick skickades varje morgon ett sms till deltagarna för registrering. Genomsnittet låg på 25 av 28 registreringar. Följsamheten till att registrera var därmed hög. Följsamheten till att faktiskt sova inom sitt sömnfönster var något lägre vilket framför allt berodde på att deltagarna under helgerna låg längre i sängen än som var avsett utifrån deras sömnfönster. Under veckodagarna var följsamheten högre. Detta tolkades i studien som att en yttre anledning till att gå upp på morgonen, exempelvis ett arbete, kan öka följsamheten vid sömnrestriktion (Jernelöv et al. 2022).

Resultaten visade att deltagarna upplevde interventionen som användarvänlig och trovärdig och de biverkningar som rapporterades var på en nivå som förväntades för KBT-I. I studien visade genomförda mätningar en snabb och statistiskt signifikant förbättring av insomni symptom, såväl som minskningar av symptom på depression och ångest (Jernelöv et al., 2022).

Programmet FastAsleep på nätet är uppbyggd med information i textformat i tre flikar. En huvudmeny, en meny som består av verktyget sömnfönster samt en personlig sida.

Huvudmenyn består av en välkomstsida och på denna beskrivs hur deltagaren navigerar på datorn, mobiltelefonen och surfplattan. Information ges om forskningsprojektet och om studien. På sidan finns en hänvisning från läkartidningen om internet-KBT och dess effektivitet för behandling av sömnproblem. Information ges om innehåll i de olika avsnitten. I programmet presenteras olika exempelpersoner som deltagarna får följa under de fyra veckor som behandlingen pågår. Exempelpersonerna Jasmin, Harriet och Simon har olika typer av sömnproblem. Jasmin har svårigheter att varva ner på grund av stress. Simon använder alkohol för att kunna komma till ro och somna och Harriet har lätt att somna men vaknar nattetid. För varje vecka som behandlingen pågår kommer ny text under huvudmenyn och utmaningar och möjligheter tydliggörs genom hur exempelpersonerna följer behandlingen.

Den andra menyn ger praktisk information om sömnverktyget och hur sömnfönstret ska räknas ut och användas. Det ges en förståelse för KBT och vad metoderna sömnrestriktion och stimuluskontroll innebär. Denna del av programmet är interaktiv. Deltagaren beräknar sitt individuella sömnfönster genom att fylla i sänggående, uppstigningstid och skattning av faktisk sömntid. Sömnfönstret guidar sedan deltagaren att bestämma tider för sänggående och uppstigning. Genom att bara vara i sängen under sömnfönstret kommer deltagaren kunna somna snabbare, sova djupare och associationen mellan säng och sömn kommer att stärkas. Sömnkvaliteten skattas av deltagarna varje morgon. Direkt när de vaknar får de ett sms där de fyller i sovtid samt sin upplevelse av sömnen. När deltagaren har en stabil sömneffektivitet på minst 85 procent tre nätter i rad kan sömnfönstret förlängas (Jernelöv et al., 2023).

Den tredje menyn i programmet består av en personlig sida där deltagaren kan läsa praktisk information samt be om teknisk hjälp.

### **Digital egenvård för sömnproblem på enkel engelska**

Denna studie av FastAsleep ämnar forskare vid Karolinska institutet, tillika våra handledare Martin Kraepelien och Susanna Jernelöv, att göra på liknande sätt och för målgruppen utlandsfödda boende i Sverige som föredrar att kommunicera på enkel engelska. I ansökan till etikprövningsmyndigheten skriver de (diarienummer 2023-07651-01):

Vi vill överbrygga en del av denna behandlingsklyfta i Sverige genom att utveckla en version av FastAsleep - ett digitalt egenvårdsprogram baserat på tekniker från KBT för att behandla insomni - på enkel engelska. Den engelska versionen av verktyget kommer sedan att testas i en pilotstudie med engelsktalande i Sverige. Om de preliminära resultaten

är framgångsrika kan denna version av FastAsleep utvärderas ytterligare och översättas till fler språk, och detta skulle kunna öka tillgängligheten till evidensbaserade insatser mot insomni för minoriteter som bor i Sverige (s. 3).

Syftet med den tänkta studien är att översätta FastAsleep från svenska till enkel engelska för att erbjuda denna digitala självhjälp till personer i Sverige som inte har tillgång till, kan genomgå eller vill genomgå sömnbehandling på svenska. En frågeställning som denna studie avser att besvara är inomgruppseffekt på sömnbesvär och sekundära mått på funktionsförmåga, depression och ångest. Vi har varit delaktiga i processen av denna studie och de frågeställningar som denna uppsats ämnade att svara på från början var vilka som anmälde sig till studien, hur deras följsamhet till det digitala verktyget såg ut samt hur denna målgrupp skattade användarvänligheten av verktyget.

### ***Process***

För att genomföra studien behövdes ett godkännande av etikprövningsmyndigheten. Ansökan skickades in i början av december 2023. Ansökan behandlades på sammanträde 2024-01-30. I februari 2024 gavs svar om att det krävdes kompletteringar och dessa skickades in 2024-02-14. Beslut om att godkänna den forskning som angavs i ansökan togs av etikprövningsmyndigheten 2024-03-17 och blev valid 2024-03-18. Eftersom vi inte kunde påbörja datainsamling innan detta godkännande var det först möjligt att sprida information och anmälningsslänk till studien efter 2024-03-18. Vi hade i början av februari ringt till trossamfund för att förhöra oss om deras möjlighet till att hjälpa oss sprida information. Några som då var positiva och erbjöd sin hjälp bad om snar återkoppling. På grund av lång väntan på godkännandet kunde vi dock inte följa deras önskemål utan de fick vänta i över en månad innan vi kunde komplettera med den information de efterfrågat.

Under perioden från det att etikansökan godkänkts fram till den 8 april spred vi information och anmälningsslänk till studien. Vi följde en spridningslista (bilaga 1) och skickade meddelanden till samtliga representanter på denna lista. Vi använde även sociala medier såsom Facebook och LinkedIn vid spridningen. Kontaktuppgifter till trossamfund hämtade vi från Myndigheten till stöd för trossamfund. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor gav oss information om några etniska föreningar och organisationer som arbetar med integration. Övriga hittade vi genom egen research och egen kunskap (en av oss har erfarenhet av att arbeta med integrationsfrågor på kommunal nivå).

Tiden då vi kontaktade organisationer för att be om hjälp att sprida information och hitta deltagare inföll samtidigt som det kristna påskfirandet och den muslimska ramadan. Den

8 april hade enbart fem personer anmält sig till studien. Ingen av dessa fem uppfyllde samtliga inklusionskriterier. Utifrån detta hade vi otillräckligt underlag för att fortsätta med studien så som planerat och vi valde att modifiera våra frågeställningar.

### **Studiens syfte**

Som framgår ur ovan processbeskrivning är detta uppsatsarbete en del av den studie som drivs av forskare vid Karolinska Institutet. Syftet med den studien är att utveckla FastAsleep så att det blir en kortfattad digital KBT-intervention på enkel engelska, för att sedan sprida och nå personer i Sverige som föredrar att genomföra behandlingen på engelska. Det övergripande syftet med studien är alltså att öka tillgängligheten av digital vård vid insomni till personer som ej har svenska som modersmål.

### **Uppsatsens syfte**

Uppsatsarbetet utgör ett förarbete till denna studie och syftar till att förstå hur vi kan nå personer i Sverige som inte har svenska som modersmål och som kan vara i behov av en digital intervention för insomni som FastAsleep.

### ***Frågeställningar som vi vill få svar på i denna uppsats är:***

- Vilka har studien nått efter två veckors spridning? Vilka är det som anmält sig till studien för att delta?
- Vilka teman kan vi se i svaren från intressenter om hur digitala terapeutiska interventioner kan anpassas för att nå ut till och vara hjälpsamma för personer med annan språkbakgrund än svenska?

### **Metod**

Vår metod har vi delat upp i två beskrivningar. Den första delen avser den studie som Karolinska institutet ansvarar för och där vi varit delaktiga i processen. Denna beskrivning kallar vi metod för studie om digital egenvård på enkel engelska. Vi har med denna beskrivning eftersom det är en nödvändig kontext för att kunna förstå uppsatsens metod. Uppsatsens metod beskrivs i de andra avsnitten.

### **Metod för studie om digital egenvård på enkel engelska**

Som tidigare beskrivits godkändes studien av etikprövningsmyndigheten 2024-03-18 (diariernr. 2023-07651-01). Syftet med studien är att nå personer som har sömnproblem och som föredrar att kommunicera på enkel engelska. För att nå dessa personer tog vi fram ett



annonsmaterial på enkel engelska (bilaga 2) och skickade ut detta till organisationer som kan komma i kontakt med utlandsfödda i Sverige (bilaga 1). Vi bad dem att dela annonsmaterialet i sociala medier, på hemsidor, att de skulle skriva ut och hänga upp det på platser där potentiella deltagare kan se materialet. Nedan sammanställning visar vilka organisationer vi kontaktat och vilka kontaktvägar vi använt. Vissa kontaktades både via mejl och via Messenger. Andra hade vi enbart en av båda kontaktuppgifterna till.

### Tabell 1

*Lista på de som kontaktats för att sprida information om studien*

|   | Antal | Per mejl | Per Messenger |
|---|-------|----------|---------------|
| Trossamfund                                 | 22    | 19       | 6             |
| Expat organisationer                        | 10    | 3        | 8             |
| Lärosäten                                   | 16    | 12       | 4             |
| Studieförbund                               | 12    | 5        | 9             |
| Etniska föreningar                          | 55    | 29       | 18            |
| Organisationer som arbetar med utlandsfödda | 9     | 13       | 0             |
| Totalt                                      | 124   | 81       | 45            |

Därutöver kontaktades sju hälsoorganisationer. Region Skåne är en av dessa hälsoorganisationer och här spreds information om studien till samtliga kuratorer och samtliga psykologer på primärvårdsnivå. På vissa vårdcentraler lades information om studien ut i väntrummen med anmälningsslänk. Vi lade även ut ett inlägg om studien både på Facebook och LinkedIn. På den senare hade inlägget sammanlagt fått 926 visningar.

I de utskick vi gjorde fanns en länk till en internetsida med information på engelska om studien. Via denna internetsida fanns möjlighet att anmäla sitt deltagande och då bli registrerad på internetplattformen BASS (Karolinska Institutet e-health core facility). Anmälan skedde genom att varje deltagare undertecknade ett informerat samtycke. I samband med signeringen svarade deltagaren på en serie screening enkäter online på engelska. Screening bestod av Insomni Severity Index (ISI), Patient Health Questionnaire -9 (PHQ-9) och Generalized Anxiety Disorder 7-items (GAD-7). Utöver dessa skattningar ingick frågor om ålder, kön, socioekonomisk status, etniskt ursprung, utbildningsnivå, nuvarande sysselsättning, modersmål och språkkunskaper, invandrarstatus och invandringsår. Den

innehöll även frågor kring upplevelsen av att kommunicera med hälso- och sjukvård i Sverige.

Deltagare som inte uteslöts efter denna screening skulle sedan bedömas utifrån en strukturerad telefonintervju. Syftet med telefonintervjun var att säkerställa att samtliga inklusionskriterier var uppfyllda samt ge en muntlig introduktion till verktyget. Målet var att rekrytera och kunna inkludera minst 20 deltagare till fyra veckors internetbehandling FastAsleep. 20 deltagare såg vi som tillräckligt för att kunna mäta följsamheten. Inklusionskriterier för att starta upp FastAsleep var bland andra insomni diagnos enligt DSM-5, minst 15 poäng eller mer på ISI, under 15 poäng på PHQ-9, inte tidigare genomgått KBT-I behandling, annat modersmål än svenska samt grundläggande färdigheter i att läsa och skriva på engelska (för detaljerad lista se bilaga 3).

Som tidigare nämnts uppnådde vi inte målet att kunna rekrytera och inkludera 20 deltagare till studien på den tid vi hade avsatt.

### **Datainsamling för denna uppsats**

Eftersom vi hade för få anmälda till studien ville vi få svar från intressenter om hur studier som denna och digitala terapeutiska interventioner kan tillgängliggöras och anpassas kulturellt. En intressent är en person som har intressen i en verksamhet. I denna studie är intressenter personer som dels kommer i kontakt med personer med annat modersmål än svenska och som dels har kunskap om målgruppen utlandsfödda med sömnbesvär. De vi definierade som intressenter var företrädare för de organisationer, föreningar, trossamfund eller arbetsplatser som vi kontaktade för att be om hjälp med spridning av studien. Vi valde att kontakta minst en intressent som företrädde någon av de grupperingar vi hade med på vår spridningslista. När vi kontaktade organisationer på vår spridningslista valde vi att kontakta de som kan nå ut brett, exempelvis en kommunikatör eller en paraplyorganisation, en sammanslutning av flera etniska föreningar. För våra intervjuer valde vi samma kategorier, dock ett lokalt perspektiv för att få kunskap av de intressenter som möter målgruppen eller själva tillhör målgruppen. För att förtydliga kontaktade vi exempelvis en imam i en islamsk förening i stället för en nationell representant för muslimska trossamfund.

De intervjupersoner, framöver även kallade för respondenter, som gav sitt samtycke och intervjuades representerar följande organisationer:

### **Tabell 2:**

*Samband mellan representerad organisation och respondent*

|   |                    |
|---|--------------------|
| Trossamfund                               | Respondent 1       |
| Etnisk förening                           | Respondent 2       |
| Studieförbund                             | Respondent 3 och 4 |
| Hälsoorganisation                         | Respondent 5 och 6 |
| Lärosäte                                  | Respondent 7       |
| Organisation som arbetar med utlandsfödda | Respondent 8 och 9 |

Sex av våra respondenter är kvinnor och tre är män. Fyra av respondenterna är utrikesfödda och har invandrat till Sverige, två har föräldrar med utländsk bakgrund och tre har svensk bakgrund.

Innan genomförandet av telefonintervjun fick deltagaren information via mejl om uppsatsen, om syftet med intervjun, om frivillighet och om hur deras uppgifter skulle handhas. De som gav sitt skriftliga samtycke genom att svara på mejl bokades till en telefonintervju. Tiden när intervjun skulle genomföras bestämde intressenten över. Vi förde ingen statistik över vilka som avböjde sitt deltagande eftersom siffrorna var för små. Innan inledande av telefonintervjuerna inhämtade vi på nytt muntligt samtycke. Efter att samtycke inhämtats genomfördes semistrukturerade intervjuer utifrån en flexibel struktur med öppna frågor. Vi valde denna form av intervju eftersom den dels ger mer kontroll över vilka teman frågorna kommer in på än vid ostrukturerade intervjuer. Samtidigt tillåts respondenterna genom de öppna frågorna stor flexibilitet och frihet i sina svar. De halvstrukturerade frågorna utgick från en intervjumanual (bilaga 4). Som framgår ur denna var teman vi valde att intervjua om knutna till våra frågeställningar för uppsatsen.

Intervjuerna varade mellan 15 och 40 minuter. Vi valde av tidsskäl att anteckna alla svar direkt under samtalen snarare än att spela in samtal och senare transkribera inspelningarna. Under telefonintervjun antecknade vi deltagarens svar och i direkt anslutning av intervjun renskrev vi vad som framkommit. Ibland bad vi under intervjun om pauser för att kunna citera intressenten ordagrant. Vi bad även om tillåtelse att få ringa upp på nytt om det vid renskrivning av intervjun skulle uppstå oklarheter, vara svårt att minnas vad intressenten sagt.

## **Tematisk analys**

För att analysera den data som framkom ur intervjuerna valde vi att arbeta efter en tematisk analys. Tematisk analys kan ses som en grundläggande metod för kvalitativ analys (Braun & Clarke, 2022). Vid en tematisk analys identifieras, analyseras och rapporteras återkommande mönster (teman) i data och den tematiska analysen kan användas oberoende av teoretiska eller filosofiska utgångspunkter (Braun och Clarke, 2022). Vi valde tematisk analys eftersom den ger en stor flexibilitet för att undersöka teman i människors sätt att kommunicera kring sina erfarenheter. I analysen har vi följt tematiska analysens sex steg. (1) att lära känna sin data, (2) kodning, (3) sökandet efter teman, (4) kritisk genomgång och bearbetning av teman, (5) att identifiera och benämna teman, (6) att producera rapporten (Braun och Clarke, 2022).

Först startade vi med att läsa igenom alla telefonintervjuer. Den av oss som intervjuat gav även sammanhang kring intervjun och berättade för den andre om det var något som framkommit under intervjun som inte gick att utläsa ur den skriftliga texten. Efter det markerade vi olika meningar och specifika citat som vi tyckte var relevanta för vår undersökning. Vi skrev ner koder och kluster på lappar som vi sedan satte upp på en White board. Efterhand sorterade vi dessa lappar och skrev teman på lappar med andra färger för att urskilja koder från teman som kunde vara intressanta och viktiga för vår undersökning. Vid en första sökning av teman fann vi fem övergripande teman med olika underteman. Dessa bearbetade vi genom att gå tillbaka till våra skriftliga intervjuer och undersöka temats relevans. När vi gjorde detta kunde vi se att några kluster gick att föras samman till tre övergripande teman med vardera tre underteman. Kritisk genomgång och bearbetning av teman gjorde vi såväl tillsammans som enskilt. I fasen där vi identifierade och benämnde teman arbetade vi tillsammans och med White board och post-it-lappar (bilaga 5).

## **Etiska överväganden**

Då deltagarna i den aktuella uppsatsen var personer från trossamfund, studieförbund, etniska organisationer och arbetsgivare med en majoritet av anställda som ej har svenska som modersmål valde vi enligt (Trimble et al., 2012) att beakta försiktighet och omtanke i hanteringen av känsliga personuppgifter. Försiktighet innebar för oss att innan vi påbörjade uppsatsen ställa oss frågor som exempelvis vilken kulturell förståelse som finns i gruppen som vi ska intervjuas.

Innan telefonintervjun genomfördes skickades skriftlig information ut till deltagarna. Mejlet innehöll information om temat på intervjun. Information gavs i början av

telefonintervjun om möjliga förtjänster som intressentens deltagande på sikt kan komma att bidra med. Vår förhoppning är ökad tillgänglighet av digitala interventioner till etniska minoriteter och uppsatsens nytta bedöms överväga dess möjliga risker. Detta då uppsatsen kan möjliggöra att sprida information till personer med insomni, att få hjälp med sina besvär samt att utveckla färdigheter som kan vara hjälpsamma även i framtida situationer. Vid intervjun gav deltagarna även ett muntligt samtycke till att vi fick använda deras synpunkter och åsikter i vår uppsats. Vid intervjutillfället gavs på nytt information om vilka etiska regler som gäller och att deltagarna när som helst kan avbryta intervjun. Eftersom vi i vår uppsats samlat in känsliga personuppgifter och dessa kan kopplas till etniska bakgrund, valde vi att pseudonymisera materialet, vilket även informerades till deltagarna.

### Resultat från studien

Resultatredovisningen har vi gjort i två delar. I denna första del kommer vi att redovisa deltagarmått på de som anmälde sig till att ingå i studien. Denna del avser att ge svar på vår första frågeställning, nämligen vilka som studien har nått efter två veckors spridning. Nästa del av resultatredovisningen består av resultat från den tematiska analysen.

Till studien anmälde sig 5 personer. Av dessa var två kvinnor och tre män. Spridning i åldrar låg mellan 25 och 53 år. Samtliga anmälda uppgav utbildningsnivå motsvarande högskola/ universitet. Alla hade sysselsättning, antingen förvärvsarbete eller studier.

Som tidigare nämnts var inklusionskriterier för att starta upp FastAsleep minst 15 poäng eller mer på ISI, under 15 poäng på PHQ-9, annat modersmål än svenska samt grundläggande färdigheter i att läsa och skriva på engelska. Nedan tabell visar resultat från den initiala screeningen på de fem som anmälde sig innan den 8 april.

**Tabell 3**

*Screeningresultat från de som anmält sig till studien*

|                    | <i>ISI</i> | <i>GAD-7</i> | <i>PHQ-9</i> | <i>Annat modersmål<br/>än svenska</i> | <i>Engelska<br/>kunskaper</i> |
|--------------------|------------|--------------|--------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| <i>Deltagare 1</i> | 14         | 10           | 9            | nej                                   | ja                            |
| <i>Deltagare 2</i> | utan svar  | utan svar    | utan svar    | nej                                   | ja                            |
| <i>Deltagare 3</i> | 18         | 7            | 4            | nej                                   | ja                            |
| <i>Deltagare 4</i> | 19         | 5            | 11           | nej                                   | ja                            |
| <i>Deltagare 5</i> | 11         | 1            | 4            | ja                                    | ja                            |

Not. ISI står för Insomni Severity Index och GAD-7 är Generalized Anxiety Disorder 7-items, PHQ-9 är Patient Health Questionnaire -9.

Som framgår av tabell ovan skattade två av de anmälda deltagarna högre än 15 poäng på ISI vilket innebär att de uppfyllde detta inklusionskriterium och därmed förmodligen skulle uppfylla diagnoskriterier för insomni. Deltagare 1 uppfyllde inte inklusionskriteriet utifrån sin skattning på ISI men skulle vid fördjupad intervju ändå kunna uppfylla kriterierna för insomnidiagnos. Samtliga deltagare hade tillräckliga kunskaper i det engelska språket för att klara av att delta i FastAsleep på enkel engelska. Enbart en av de fem anmälda hade ett annat modersmål än svenska. Denna deltagare exkluderades dock från studien eftersom skattningen på ISI var lägre än 15 poäng. Övriga exkluderades på grund av att de hade svenska som modersmål och därmed inte ingick i den målgrupp som studien avsåg att nå. Samtliga hade kunnat inkluderas utifrån att de skattade lägre än 15 poäng på PHQ-9. Två skattade fyra poäng vilket kan tolkas som att ingen depression föreligger. Deltagare 1 skattade nio poäng vilket kan indikera mild depression och skattningen av deltagare 4 med elva poäng kan innebära en måttlig depression. Skattningarna på GAD-7 indikerar att två deltagare inte uppfyller kriterier för ångest (0–5 poäng: ingen ångest) och att två uppfyller mild ångest (6–10 poäng). Som vi nämnt i inledningen kan KBT-I minska symptom på depression och ångest.

### **Resultat av uppsatsens tematiska analys**

I denna del av resultatredovisningen kommer vi att presentera de tre teman som vår tematiska analys ledde fram till. Här redogör vi för vad intervjuade intressenter säger om hur studier som denna kan tillgängliggöras och anpassas för deltagare som har annat modersmål än svenska och hur de tänker att digitala terapeutiska interventioner kan anpassas kulturellt för att nå ut. De tre huvudteman med underteman som vi kunnat få fram genom att analysera intervju svaren framgår ur figuren nedan.

## Figur 1

Huvudteman och underteman



Figur 1 ger en sammanfattning av vår tematiska analys. Ett annat sätt att sammanfatta hela den tematiska analysen är med ett citat från en av våra respondenter. Respondent ett (R1) som arbetar som imam avslutade sin intervju med orden:

Det viktiga är att lära oss att vi alla är olika och att vi kommunicerar på olika sätt. Att ta vara på våra olikheter och att vi alla har olika kvaliteter. Att vi är olika det är det som är själva livet (R1).

Han sade att vi alla är olika och att det är viktigt att förstå detta. Vårt första tema handlar om att det behövs en kulturell förståelse. Detta innebär att vi behöver förstå den kulturella kontexten och hur systemet påverkar individen för att kunna erbjuda terapeutiska interventioner. Som respondenten säger behöver vi utgå ifrån olikheterna. Vårt andra temat handlar om att det inte räcker med kunskap om insomni utan att insomni behöver förstås utifrån individens kulturella kontext och individuella erfarenheter. På sätt och vis berör respondenten detta i sitt citat då han påpekade vikten av att ta vara på våra olikheter och olika kvaliteter. Det tredje temat handlar om balansgången mellan att tillgängliggöra digitala interventioner och att inte exkludera. Imamen sa att vi har olika sätt att kommunicera på och detta kan kopplas till detta tredje tema. Digitalisering behöver anpassas på olika sätt för att bygga förståelse och inkludering av de som ska ta del av den digitala terapeutiska behandlingen.

I vår redovisning kommer vi beskriva varje av de tre teman för sig. Vi inleder med en beskrivning av själva temat för att sedan förklara det ytterligare genom att redovisa dess olika underteman.

### **Tema 1: Det behövs en kulturell förståelse.**

De vi intervjuade beskrev att kommunikation inte bara handlar om språk. De pratade om tvåvägskommunikation och att det finns ett behov av öppenhet från båda hållen. För att nå människor med annat modersmål talade de om vikten av möten och att dessa behöver ske på arenor där målgruppen finns. Ytterligare ett undertema som kom fram under våra intervjuer är att kulturell förståelse är en förutsättning för ömsesidiga möten.

Så här sade respondent åtta (R8) i intervjun, vilket vi anser sammanfattar detta första tema:



Generellt tänker jag att det är viktigt att ha kunskap om den andra kulturen. Jag tror att man måste våga mötas och det gäller från båda sidorna. Nyanlända måste försöka skapa möten men även svenskar behöver bjuda in till möten. (R8)

Av detta citat framgår att intervjupersonen uppfattade att möten är viktiga och att dessa behöver bygga på ömsesidighet. Att det behöver finnas en kulturell förståelse och ett engagemang för att våga mötas. I citatet berörs de tre underteman som belyser temat att språk och kultur hänger ihop. Dessa är att det behöver finnas en kulturell förståelse, att man behöver mötas där människorna är samt att kommunikation behöver vara tvåvägskommunikation.

### ***Kommunikation behöver anpassas kulturellt (Tema 1.A).***

Detta undertema handlar om att det behövs kunskap om kultur och livsvillkor för att hjälpa människor från en annan etnisk bakgrund. Respondent sju (R7) uttryckte det på följande vis:

Det handlar inte om att förnedra en annan kultur utan jag vill förstå deras kontext för att kunna hjälpa dem rätt i den svenska skolan. (R7)

Respondenten ansåg att det inte räcker med en vilja att hjälpa utan att hjälp behöver utgå från den kontext där individen befinner sig. Som ett exempel på betydelsen av kulturell förståelse pratade denna respondent om skillnaden mellan att växa upp i en läskultur, dvs där den skrivna texten har stor betydelse mot att växa upp i en tradition där berättar- och lyssnar kulturen råder. Hon förklarade att hon behöver välja kommunikationssätt beroende på mottagarens kulturella bakgrund. För vissa ansåg hon att det muntliga ordet och vem som kommunicerar är av stor vikt. Liknande tog andra respondenter upp att man inom vissa kulturer har olika sätt att kommunicera på och att det därför inte räcker med att kunna språket. Respondenterna pratade om vikten av att kunna ställa frågor och motfrågor för att förebygga missförstånd. Flera av de vi intervjuat påpekade att det skrivna ordet i vissa kulturer inte är lika viktigt som vem som förmedlar viss information. För att nå ut ansåg respondenterna att nyckelpersoner kan vara av stor hjälp. Nyckelpersoner är de som kan båda kulturerna men även personer med status i den egna gruppen exempelvis en imam. Så här svarade respondent två (R2):

M t.ex. är en bra person eftersom han är en som är en informell ledare, han kan båda sidorna och har ett brett kontaktnät. Imamen är ett annat exempel som någon som många

litar på, han är en ledare som kan förmedla information. Så vill du nå ut så behöver du hitta någon smart som förstår och som kan nå ut. (R2)

Respondent två refererade till en person med initialen M. Tidigare nämndes att denna M är från målgruppen och är utbildad läkare i hemlandet och att han i Sverige på nytt har utbildat sig inom vården. Vad som framkom är att kommunikation aldrig enbart handlar om information. Respondenterna gav olika tips på hur man kan nå individer från etniska minoriteter. Oavsett vem och vad som ska förmedlas var det gemensamma temat att man behöver ha en kulturell förståelse för att anpassa sin kommunikation och kunna nå ut. Att ta hjälp av nyckelpersoner för att nå ut var ett förslag som flera nämnde.

### ***För att nå ut, behöver vi mötas där människorna är (Tema 1.B).***

Detta undertema har en liknande innebörd som föregående tema. Här handlar det om att skapa kulturell förståelse genom att befinna sig i individens kontext. Att möta människor där de är kan skapa förutsättningar för kommunikation. Respondent åtta (R8) kommenterade vikten av komma ut till samhällsmedborgare, där de befinner sig, för att kunna ge rätt stöd:

Om du vill nå dessa människor så kan du komma till vår grupp. Det måste inte vara vår grupp, men att komma ut och möta människorna i till exempel i en sån här integrationsgrupp tror jag på. Det viktiga är att möta människorna, vara där, berätta. När man har berättat om vad insatsen handlar om, om då någon är intresserad så kommer de att anmäla sig. Men det är viktigt att de har fått träffa någon först. Och jag tror att det är viktigt och att man måste ha tid att ta kontakt (R8).

Som framkommer av citatet uppfattade intervjupersonen det som viktigt att mötas så att de som berörs har möjlighet att skapa sig en uppfattning, att öka förståelsen åt båda hållen. Liknande svarade respondent ett (R1) som bjöd in till moskén:

Vill ni nå ut kan ni komma ut till oss i moskén och informera om exempelvis studien om sömnbehandling. Detta har stor vikt om ni verkligen vill nå ut. Att bara skicka ut ett mejl gör att ingen känner sig berörd. Man måste ut i verkligheten för att nå ut (R1).

Respondenten påtalade att människor behöver känna sig berörda för att ta till sig information. Som sades i citatet ökar möjligheten till engagemang om man möts på den arena där mottagaren är hemma. Som framgår ur dessa citat handlar detta undertema om att mötas för att öka sannolikheten att de man vill nå känner sig berörda och på så sätt kan ta till sig information.

### ***Det behöver vara tvåvägskommunikation, åt båda hållen (Tema 1.C).***

Sista undertemat handlar om att kommunikationen behöver vara ömsesidig, åt båda hållen. Respondent åtta (R8) träffar individer med annan etnisk bakgrund i ett utsatt område och pratar med dem om hälsa. Så här beskrev hon vikten av ömsesidighet:

Det är inte bara vi som håller i föreläsningar, i lektioner. Utan det är en möjlighet att prata med varandra. Så då, i en sådan grupp, då kan vi säga till de som är där, att vi vet vad du gått igenom. Jag tänker det är viktigt att vi inte kommer och säger hur de ska göra, utan pratar med dem först. Jag brukar fråga hur gör du för att må bra? Fråga om de söker hjälp. Då först kan jag komma in efteråt, när de har delat med sig och berättat, då kan vi förklara vilken hjälp som finns. Inte innan. Så det handlar om att stegvis förklara (R 8).

Intervjupersonen beskrev kommunikation i ovan citat som en process som bygger på ömsesidighet. Är man inte beredd och har tid att lyssna så går det inte att förmedla information. Liknande beskriver våra andra respondenter att det tar tid och är en process innan man kan ta emot hjälp eller behandling från någon annan. De beskriver det som en process där förtroende skapas. För att förtroendet ska skapas krävs kulturell förståelse och att mötas, vilket framgår ur tidigare teman. Detta undertema betonar därutöver vikten av ömsesidighet. Det de intervjuade förmedlade är att det inte spelar någon roll om en terapeutisk intervention är effektiv och skulle kunna vara hjälpsam. De som skulle kunna vara hjälpta behöver förstå nyttan, bli berörda, få skapa sig en egen uppfattning. För att skapa detta ömsesidiga engagemang krävs tvåvägskommunikation.

### **Tema 2: Insomni är individuell och kontextuell**

I våra intervjuer ställde vi en övergripande fråga som handlade om våra respondenters erfarenheter av att möta individer med sömnproblem. De svar vi fick visade på en bred variation på hur sömnproblematik kan förstås. Vissa beskrev sömnproblem som en del av psykisk ohälsa, andra som något som visserligen kan påverka psykisk ohälsa men inte pratas om som sådan. Ytterligare ett perspektiv som framkom är att sömnproblem kan ses som orsakat av yttre faktorer och här fanns en rad olika förklaringar som togs upp såsom familjeproblem, krig i hemlandet, dålig ekonomi och bristande integration. Gemensamt är att sömnproblematik sågs som psykosocial problematik. Respondent fyra (R4) beskrev temat med följande citat:

Det kan vara pinsamt i det första skedet att söka hjälp om till exempel man har sömnproblem. Sen är det, att de inte vet vilken hjälp man kan få. De tänker att de ska klara

sig själva. Det finns en stor okunskap. Det är ett stort steg att söka hjälp om man har psykisk ohälsa. Allt beror på hur det ser ut i hemlandet. Lär man känna någon direkt och får kunskap hur det svenska samhället är uppbyggt, då ökar kunskapen var de skall hitta hjälp. Jag tror att det är vanligt förekommande med sömnproblem hos de individer jag träffar i mitt arbete. Det finns även en stor oro för familj och släktingar som finns kvar i hemlandet där kriget fortfarande pågår. Denna oro tror jag speglar sig i sömnproblem (R4).

Detta citat sammanfattar vårt tema med underteman. Respondent fyra talade om att det är ett stort steg att söka hjälp för psykisk ohälsa vilket tyder på att det finns kulturella skillnader i hur man ser på psykisk hälsa och sömn. Hon nämner att det finns en oro hos vissa för släktingar i hemlandet och att dessa livsvillkor påverkar sömnen. I citatet framgår även vikten av kunskap om vilken hjälp som finns att tillgå. Hon är därmed inne på att det behövs psykoedukation på olika sätt för att de med sömnproblem ska kunna ta till sig behandling.

#### ***Det finns en kulturell syn på psykisk hälsa, sömn och behandling (Tema 2.A).***

Gemensamt för detta undertema är att det finns en annan kulturell förståelse kring psykisk hälsa samt hur man ser på möjligheten att få hjälp. Många respondenter svarade att psykisk ohälsa i andra länder är förknippad med skam och skuld. Detta leder till att det finns ett stigma att söka vård. Respondent sex (R6) har erfarenhet av att möta individer med annan etnisk bakgrund och psykisk ohälsa i sitt arbete. Så här svarade hon på hur den kulturella synen påverkar:

Vi i västvärlden har mer en förståelse kring hur tankar, känslor, beteenden och allt påverkar varandra och hur vi själva kan göra för att påverka. Att om vi mår dåligt så handlar det även om oss själva, att det inte är något som ligger utanför oss. Det kan vissa med annan etnisk härkomst tycka är långsökt. Som exempel om någon mår dåligt så söker man läkare för att bli sjukskriven, då kan man inte arbeta och så väntar man på att man ska må bättre. Väntar ut det som liksom ligger utanför en själv. Det är ofta den första pucken att komma över i samtal. Att få en samsyn om att man kan påverka saker själv (R6).

Ur citatet framkom att den kulturella synen kan påverka. Synen på vad som orsakar sömnproblem samt synen på eget ansvar kontra samhällsansvaret påverkar själva hjälpsökandet. Som framkom kan det finnas kulturella skillnader i synsätt på vem som kan erbjuda behandling för sömnproblem. Det finns även olika förväntningar på hur behandling ska erbjudas och detta kan påverka viljan från den som söker vård. Detta beskrev även

respondent nummer fem (R5) när hon berättade om hur hon som kurator får kontakt med personer med sömnproblem som har annan etnisk bakgrund:

Det är oftast via läkare. Generaliserat för hela målgruppen utlandsfödda, sedan är det inte så med alla, men generaliserat tänker jag att man tänker att man behöver medicin om man mår dåligt. Oftare att man tänker att det är läkare som ska hjälpa. Det är inte så ofta som de själva söker kontakt med mig som kurator. Så om någon med annan kulturell bakgrund har sömnproblem så vänder de sig till en läkare. Och det är sedan via läkaren som de kommer till mig. (R5)

Som framkom av citatet påverkar den vårdsökandes förväntningar och synsätt vem man söker hos och hur man söker hjälp för sömnproblem. Våra andra respondenter bekräftade att den kulturella förståelsen kan påverka synen på vilken hjälp olika professioner kan erbjuda. En av våra respondenter menade till exempel att han inte känner till en enda somalier som vill bli psykolog. En annan av våra respondenter berättade hur hon vid tolkning behöver omskriva och förklara begreppet psykolog och kurator för att skapa en kulturell förståelse.

I båda citaten framkom att ett annat kulturellt synsätt finns hos vissa med annan etnisk härkomst, dock inte hos alla. Det finns likheter i perspektiv utifrån etnicitet, dock är likheterna inte generella utan det förekommer även individuella skillnader.

### ***Människors livsvillkor påverkar sömnen (Tema 2.B).***

I avsnittet innan har vi citerat respondent sex som sa att många av de hon träffar anser att det psykiska måendet ligger utanför dem själva. Detta bekräftade även de övriga som vi intervjuat och det framkom att livsvillkor ses som något som påverkar sömnen i stor utsträckning. Respondent åtta (R8) beskrev olika faktorer som kan påverka sömnen med följande citat:

De flesta som har sömnproblem tror jag att de kopplar det till sin situation. Det kan finnas en koppling till läget i hemlandet, att oroligheter där ledde till att det är svårt att sova. Det kan vara kopplat till saker man själv har varit med om. Att trauman gör att det är svårt att sova. Men det kan också vara situationen här och nu. Att inte ha arbete kan göra det svårt att sova (R 8).

I detta citat nämnde hon att läget i hemlandet kan påverka sömnen negativt. Detta bekräftade även andra som vi intervjuat och flera nämnde att individer med släktingar i Gaza har sömnsvårigheter. I citatet ovan framkom även att livssituationen kan påverka sömnen,

exempelvis arbetslöshet. Hon nämnde även trauman som en faktor som kan påverka sömnen. Att det är psykosociala faktorer som påverkar sömnen bekräftade även andra respondenter. En annan av de vi intervjuat påtalade att livssituationen som asylsökande innebär en sårbarhet som kan påverka sömnen. Respondent tre (R3) förklarade denna påverkan med följande citat:

Vad jag kan se från när jag jobbade aktivt med asylsökande var att när det skedde förändringar så påverkades ofta sömnen negativt. Det kunde vara bra saker så som att de fick uppehållstillstånd och därför skulle flytta till en annan kommun... Så när det var dessa rubbningar så påverkade det. Oavsett om det var en bra eller dålig förändring så kunde jag se att det direkt påverkade sömnen (R3).

Som framkom av citatet ovan kan olika förändringar, oavsett innebörd, påverka sömnkvaliteten. De vi intervjuat påtalade att uppehållsstatus och socioekonomiska faktorer kan påverka och bidra till försämrad sömn. De nämnde även familjesituation och graden av integration på arbetsmarknaden och i bostadsområdet som faktorer som kan ha en påverkan. Utöver nuvarande livsvillkor togs oro för släktingar och situationen i hemlandet upp.

### ***För att kunna behandla insomni behöver psykoedukationen anpassas till kulturella komponenter (Tema 2.C).***

Som framgår ur det vi skrivit ovan så påverkar livsvillkor och även kulturella faktorer synen på sömnproblem men även vilken hjälp man söker och hos vem. För att behandla sömnproblematik behöver hänsyn tas till dessa kulturella och individuella faktorer. Som en av våra respondenter beskrev blir en samsyn viktig. Så här sade respondent sex:

Att få en samsyn om att man kan påverka saker själv. Ett exempel är en som jag pratade med idag. Hemma står Tv:n på hela dagen med nyheter från hemlandet. När personen aldrig får en paus från hemsigheterna och blir påmind om allt så är det inte konstigt att det påverkar. Så här behöver jag prata om att du genom att stänga av Tv:n ibland kan påverka din oro, minska den genom att ibland stänga av. Så det handlar mycket om psykoedukation (R6).

I citatet ovan framkom vikten av att göra en anpassad psykoedukation. Här behöver både kulturella och individuella faktorer vävas in. Det fanns en förståelse från respondent sex för personens livssituation och detta vävs in i psykoedukationen, eftersom hon inte ber individen att helt stänga av Tv: n. Hur psykoedukationen kan anpassas beskrev respondent fem i följande citat:

Så det blir mycket fokus på kommunikation och att kunna förmedla. För att nå de med annat modersmål arbetar jag mycket med tolk. Men det blir också att förklara genom att tydliggöra samband. Exempelvis rita på tavlan så att det blir tydligt. (R5)

Anpassningar som framkom ur citatet är språkliga, nämligen att använda tolk. En annan anpassning respondent fem beskrev är att anpassa innehållet och i hur detta presenteras.

### **Tema 3: digitala interventioner behöver anpassas för att de ska leda till ökad tillgänglighet**

Detta tema handlar om att det finns olika faktorer att ta hänsyn till för att tillgängliggöra digitala interventioner om man vill nå etniska minoriteter. Respondent två (R2) sammanfattade detta tema med orden:

Bara detta att stå i kö på vårdcentralen är något som ska ske idag digitalt. Så det finns ett stort behov. Man måste ställa sig frågan: vad är det människorna behöver. Och så frågan: vad är det andra aktörer kan ge för stöd. Inte tvärtom, att man vill ge stöd och sen frågar varför de inte vill ha stöd. Det viktigaste tänker jag är att de i föreningen, mina landsmän, att de får kunskap om att den här servicen finns. Problemet som händer alltid är att de finns många som har mycket goodwill. De är engagerade och tycker att något är viktigt. De vill därför nå ut. Men ofta så saknar de kunskap om dem som de vill hjälpa. Det behövs att man är mer intresserad av människorna, inte bara om det som man är engagerad i. (R2)

Det respondenten tog upp är att den ökade digitaliseringen i samhället inte alltid innebär ökad tillgänglighet och delaktighet. Han berättade att det finns ett stort behov att ta reda på vad människorna behöver och hur de ska kunna använda den digitala service som erbjuds. Detta handlar om att anpassningar bör ske på flera nivåer för att individen ska kunna ta till sig de digitala interventionerna samt att det behövs delaktighet för att nå ut.

#### ***Ökad digitalisering kan leda till utanförskap (Tema 3.A).***

Flera av de vi intervjuat beskrev hur den ökade digitaliseringen i samhället har lett till exkludering. De tog upp olika exempel på hur samhällets service blir otillgänglig för de som inte kan svenska och har svårt att använda digitala verktyg. En av respondenterna gav som exempel att arbetsförmedlingens digitaliseringsresa har gjort det svårt att söka arbete. Ett annat exempel som tas upp är att vården blivit allt mer digitaliserad och exempelvis sker

tidsbokning allt oftare online och att detta kan leda till stress. Detta beskrev respondent åtta i följande citat:

Så jag kan tänka att om detta skapar en sådan stress hos mig att jag var tvungen att boka tid digitalt och det inte längre gick att bara ta en nummerlapp, jag som ändå är van och har bott här så länge, vad gör det då inte med andra som inte har den vanan. Jag tror att många som går på SFI inte klarar av detta. Jag kan bara se detta med att söka jobb. Jag hade en kvinna som jag hjälpte. Hon hade skrivit ett jättefint CV. Men hon kunde inte skicka det digitalt. Det blev ett hinder. (R8)

I detta citat tog respondenten upp att digitalisering kan bli ett hinder att inkluderas i samhället. Som respondenten beskrev kan digitalisering utgöra ett hinder för de som har ett annat modersmål än svenska.

### ***Kunskap om "huret" behövs först om digitala verktyg ska kunna användas (Tema 3.B).***

Flera av våra respondenter kom in på att språket är ett hinder för att använda digitala verktyg, men även ovanan och okunskapen i hur man använder digital kommunikation utgör en svårighet. Respondent två beskrev hur de arbetat med att skapa kunskap om hur digitala verktyg kan användas av föräldrar:

Vår förening har arbetat i ett projekt som gick ut på att utbilda föräldrar i digital kunskap. Motivationen var att föräldrar skulle kunna bli mer delaktiga i samhället kring sina barn om de lärde sig var de kan hitta information och vilket stöd som finns och hur de kontaktar olika myndigheter digitalt. Så jag tror att det behövs mer av sådan utbildning. Man kan inte förvänta sig att människor utan digital vana och språkkunskaper kan klara allt detta om de inte får hjälp att lära sig. (R2)

Som framkom ur detta citat betonade respondenten vikten av att först lära ut "huret". Han påpekade att föräldrarna behövde utbildas för att kunna ta till sig digital information från skolan. Digitala verktyg som tillhandahålls är inte tillgängliga om den som använder dem inte vet hur.

### ***Digitala verktyg behöver anpassas på flera nivåer (Tema 3.C).***

Som vi beskrivit under tidigare teman så kan kommunikationen behöva anpassas kulturellt för att nå människor med annan etnisk bakgrund. Liknande åsikter framkom ur våra intervjuer och att digitala interventioner behöver anpassas till den grupp de ska nå ut till. Våra respondenter gav en rad förslag på hur digitala verktyg kan göras tillgängliga med olika



former av anpassningar. Ett exempel som handlar om språklig anpassning men även om förenkling framkom ur citatet från respondent nio (R9):

För att nå fram förenklar vi det svenska språket vilket gör att vi är mer säkra på att vårt budskap har nått fram. Anpassa språket i både muntlig och skriftlig kommunikation. Vi skriver ett simpelt manus. Vi kommunicerar nästan som man gör i programmet “Lilla aktuellt”, använder inte svåra ord utan tänker förenkling. Och detta gör vi som rutin. (R9)

Respondenten beskrev hur förenkling och språkliga anpassningar som rutin är viktiga för att nå ut med information. Detta görs för att säkerställa att rätt information går fram. Liknande ger andra respondenter förslag på hur en digital terapeutisk intervention behöver förenklas, anpassas språkligt och ges i olika format anpassat till målgruppen. Någon tipsar om att använda filmer och mycket visuellt stöd ifall målgruppen är språksvag. Andra tipsar om att använda digitala interventioner i gruppformat så att deltagare kan hjälpa varandra och på så vis förenkla och skapa större delaktighet. Så här sade respondent åtta:

En film som förklarar med text under, en bit åt gången, det får inte bli för mycket information på en gång. Och sen så nästa film för nästa steg. Men jag tror inte att det räcker med film och text. Men har man en film så kan man be andra visa den filmen. Att det på så sätt blir ett sätt att möta grupperna. Ett exempel är att ha materialet och låta SFI lärarna visa filmerna. I SFI ingår också samhällsinformation. (R8)

Gemensamt för dessa citat är att respondenterna påtalade olika anpassningar för att nå målgruppen digitalt. Anpassningarna behöver göras på en nivå som motsvarar målgruppens språkliga kunskaper och digitala vana. Anpassningarna behöver göras systematiskt för att digitala interventioner ska vara tillgängliga för de som berörs och leda till delaktighet.

## **Diskussion**

I denna del kommer vi att gå in på deltagardata från studien och vilka förklaringar det kan finnas till det låga antalet anmälda. Vi kommer belysa de tre teman som kom fram ur den tematiska analysen. Utifrån dessa teman försöker vi begripliggöra hur studien framöver kan nå fler och vi diskuterar våra teman utifrån forskning om kulturella anpassningar och forskning om KBT-I i egenvårdsformat. I vår diskussion beskriver vi möjligheter och svårigheter att nå individer med annat modersmål än svenska med digitala självhjälsprogram som liknar FastAsleep.

## Huvudsakliga resultat

Vår uppsats är ett förarbete till en studie som drivs av forskare vid Karolinska Institutet. Syftet är att förstå hur vi kan nå personer i Sverige som inte har svenska som modersmål och som kan vara i behov av en digital intervention för insomni som FastAsleep. Ett resultat som redovisningen av anmälda till studien visar är att vi inte nådde de personer som vi ville nå utifrån valt tillvägagångssätt. Enbart fem personer anmälde sig och av dessa uppfyllde ingen uppställda inklusionskriterier. Enbart en person hade ett annat modersmål än svenska. Och enbart två personer skattade tillräckligt högt på ISI.

Utifrån vårt tillvägagångssätt och eftersom vi inte lyckades få fler än fem anmälda kommer nedan en rad möjliga förklaringar:

- En förklaring kan vara att vi hade för kort tid på oss att nå ut samt att den tidsperiod då vi försökte nå deltagare låg samtidigt som det var helgdagar. Samma period som vi skickade ut information och anmälningslänk var det såväl påsk som Ramadan. Detta kan ha inneburit att man inte läste våra meddelanden eller inte hade möjlighet att avsätta tid för att själv sprida vidare.
- En annan förklaring som också har med tidsaspekten att göra handlar om att vi inte hann följa upp de mejl vi skickat ut. Kanske hamnade något meddelande i skräpposten, kanske öppnades våra meddelanden inte? I vår tematiska analys tar vi upp betydelsen av att hitta nyckelpersoner. Hade vi haft tid att försäkra oss om att de vi skickade kunde vara sådana nyckelpersoner, dvs förstod och ville förmedla vår information vidare, kanske fler hade anmält sig? Som vi nämnt hade vi pratat med några representanter i februari som varit positiva och ville hjälpa till att sprida och som önskade snar återkoppling. På grund av att etikprövningen drog ut på tiden, kan vi ha tappat dessa personers engagemang.
- En förklaring kan vara att vi bad fel intressenter att sprida information om studien. Studien riktar sig till personer som har annat modersmål än svenska och som föredrar att genomföra behandlingen på engelska. Vi har i inledningen beskrivit att engelsktalande länder finns bland de 20 vanligaste som människor år 2023 invandrat till Sverige ifrån. Tittar man på de vanligaste födelseländerna som de med annan språkbakgrund än svenska kommer ifrån över en längre tidsperiod, blir tydligt att de med engelska som modersmål är en minoritet i sig i Sverige. En förklaring till att inte fler anmälde sig till studien är att även om vi nådde de som har ett annat modersmål än

svenska, så nådde vi inte de som föredrar att kommunicera på engelska. När vi intervjuade våra intressenter hade samtliga kontakt med utlandsfödda. Ingen nämnde dock att denna målgrupp kunde engelska som första eller andra språk. Av de 55 etniska föreningar som vi kontaktade hade enbart en förening information på sin hemsida på engelska.

- Vi vet lite om gruppen utlandsfödda som föredrar att kommunicera på engelska. Utöver förklaringen att vi inte nådde de som skulle föredra att genomgå behandling på engelska, kan en annan förklaring vara att denna grupp inte har något behov av en behandling som FastAsleep. Exempelvis nämner vi i inledningen att det finns självhjälpsböcker och digitala självhjälpsprogram som kan ge god effekt. Eftersom denna behandling redan finns tillgänglig på engelska kanske en översättning av ett svenskt verktyg till enkel engelska blir överflödig? Har de med sömnproblem som föredrar behandling på engelska redan tillgång till en rad olika och lättillgängliga interventioner, kan detta vara en förklaring till att inte fler anmälde sitt deltagande till studien FastAsleep.
- FastAsleep översattes till enkel engelska för att personer med annat modersmål än svenska och som har engelska som sitt andra språk skulle kunna ta del av behandlingen. Vi ville inte bara nå de med engelska som modersmål utan även utlandsfödda som föredrar att genomföra behandling på engelska. Eftersom svenskan för dessa blir ett tredje/ fjärde främmande språk utgick vi ifrån att språkbarriären för att göra behandlingen på engelska skulle vara mindre än att göra den på svenska. En svårighet som kan ha bidragit till att dessa inte anmälde sig är att ingen av oss som översatte har engelska som sitt modersmål. Trots olika översättningsverktyg är det svårt att förenkla ett språk som man inte själv till fullo behärskar. Vi kunde på grund av vetenskapliga krav såsom exempelvis informerat samtycke inte heller förenkla all text. Så att vi inte lyckades minska språkbarriären kan vara ytterligare en förklaring till varför vi inte fler anmälde sig till studien.

Utöver dessa möjliga förklaringar ger vår tematiska analys ytterligare perspektiv på hur deltagarantalet kan förstås och hur personer som inte har svenska som modersmål kan nås. Ur analysen framkommer som första tema att det behöver finnas en kulturell förståelse. Våra respondenter tar upp vikten av kulturella anpassningar för att nå ut och för att möjliggöra deltagande. De vi intervjuade beskriver att kommunikation inte bara handlar om språk. De pratar om tvåvägskommunikation och att det finns ett behov av öppenhet. För att nå

människor med annat modersmål talade de om vikten av möten och att dessa behöver ske på arenor där målgruppen finns. Utifrån detta tema blir tydligt att vi hade behövt en bättre kulturell förståelse för de som vi ville nå. Gruppen icke svensktalande med sömnproblem och som föredrar behandling på engelska är och förblir en teoretisk konstruktion för oss. Vi utgick ifrån att vi kunde nå denna grupp på deras arenor genom att kontakta de organisationer/föreningar som vi gjorde. Vi saknade dock möten och kontakt med nyckelpersoner innan utskicket om studien. Hade vi fått en telefonkontakt, en möjlighet till fördjupad dialog och därmed en tvåvägskommunikation med exempelvis Jobbsprånget eller en *Expatriate*-organisation, kanske det varit lättare att hitta nödvändiga anpassningar och genom målgruppens egen arena hitta kommunikationsvägar för att nå ut?

Som tema nummer två i vår tematiska analys framkommer att insomni såväl kan ses som individuell och som kontextuell. Detta tema innebär att det finns en kulturell förståelse som påverkar synen på psykisk hälsa, sömnproblem och även på hur och av vem man söker hjälp. Ett undertema handlar om att sömnproblematik ofta kopplas till livsvillkor. Utifrån detta tema tänker vi att en annan kulturell förståelse av sömnproblematik samt hur man ser på möjligheten att få hjälp påverkar motivationen att anmäla sig till ett digitalt självhjälpssystem som FastAsleep. Ser man sin sömnproblematik som något som har samband med oron för släktingar i hemlandet, är motivationen från början låg att delta i en internetbehandling som bygger på en annan syn. Utan samsyn om att insomni är en diagnos och att det finns terapeutisk behandling som kan ha god effekt blir det svårt att skapa motivation för att delta i KBT-I, oavsett hur beprövad metoden är. Hade vi haft mer tid att be kuratorer och psykologer som möter utlandsfödda med insomni att göra en anpassad psykoedukation, kanske fler hade anmält sig?

Vårt tredje tema handlar om att digitala interventioner behöver anpassas för att de ska leda till ökad tillgänglighet. Underteman som vi kunde se i analysen är att ökad digitalisering kan leda till utanförskap, att det behövs förmedlas kunskap om "huret" om man vill tillgängliggöra digitala verktyg och att digitala interventioner behöver anpassas på flera nivåer. Våra respondenter ger tips på hur digitala interventioner kan levereras och beroende på vem de ser som mottagare ligger råden om anpassningar på olika nivåer. Personer som exempelvis inte har någon vana av att använda mobilappar i kontakt med svenska myndigheter behöver först få kunskap om hur man gör. Vi kan se att det för att anmäla sitt deltagande till studien krävdes vissa förutsättningar hos de presumtiva deltagarna. Processen för att registrera sig till studien förutsätter dels språkligkunskap, dels förståelse för akademien och vad deltagandet i en studie innebär men även datorvana. Vi tänker att det kan vara ett

hinder för att anmäla sig om man är ovan att ta till sig sådan text och om man blir osäker över att behöva knappa sig fram på en okänd webbsida. Utifrån vad som framkom i respondenternas svar skulle eventuella anpassningar redan vid registreringen ha kunnat underlätta. Exempelvis en film som förklarar hur man gör för att anmäla sig och varför. Eller möjlighet att ställa frågor exempelvis via telefon, chatt eller få träffa någon på plats. Hade vi hittat anpassningar som utgår från presumtiva deltagares behov av stöd redan från start kanske fler hade anmält sig?

### **Begränsningar och metodsvagheter**

I inledningen kommer vi in på vilka människor i Sverige som har ett annat modersmål än svenska. Vi beskriver att det kan finnas många olika skäl till invandring och att det finns skillnader mellan utrikesfödda beroende på vilket födelseland de kommer ifrån. Även anledningen till invandring varierar och skälen till att flytta till Sverige kan vara så skilda saker som att komma som skyddsbehövande, som utbytesstudent, eller på grund av arbete. Detta tydliggöra att gruppen som studien FastAsleep riktar sig till, nämligen personer som har ett annat modersmål än svenska, är en heterogen grupp. Att hitta vägar för att nå en grupp som är så pass vagt definierad är en av nämnda förklaringar till varför förmodligen inte fler deltagare anmälde sig till studien. Vi ser detta även som en metodsvaghet för hela uppsatsen. Utöver att en tydligare definierad målgrupp hade underlättat i processen att nå deltagare, hade även analysen av respondenternas svar underlättats av en mindre heterogen målgrupp. Vår målgrupp beskrivs i uppsatsen och i intervjuerna ibland som icke-svensktalande, andra gånger som utlandsfödda och ytterligare benämningar i uppsatsen är etniska minoriteter eller människor med annan etnisk/kulturell bakgrund. I våra intervjuer pratar respondenterna om sina landsmän, om utlandsfödda, om moskébesökare och cirkeldeltagare, om boende i utsatta områden. De pratar om etniskt ursprung från Nordafrika, från Mellanöstern och från Balkan. I vissa sammanhang pratar respondenterna om en mer avgränsad målgrupp, exempelvis deltagare i integrationsgruppen och i andra sammanhang utgår respondenterna från generella antaganden om människor med annan kulturell bakgrund. Utifrån detta blir de teman som framkommer ur analysen också generella.

Som vi har beskrivit i inledningen av denna uppsats under avsnittet “Digital egenvård för sömnproblem på enkel engelska” var avsikten från början att testa den engelska versionen av verktyget FastAsleep i en pilotstudie med engelsktalande i Sverige. Syftet var inte att undersöka kulturella anpassningar eller hur man kan nå människor med annat modersmål än svenska. Frågeställningar handlade i stället om inomgruppseffekt på sömnbesvär, om

följsamhet till det digitala verktyget och om skattning av verktygets användarvänlighet. Vi hade med andra ord en deduktiv ansats och fokus handlade om verktygets effekt. Vi utgick från en kvantitativ studies ontologi, epistemologi och metodologi. När vi tog beslutet att inte fortsätta med studien då vi hade för få anmälda, skiftade vi syfte, frågeställningar och därmed även ansats. Vårt syfte med denna uppsats är att förstå hur vi kan nå personer i Sverige som inte har svenska som modersmål och som kan vara i behov av en digital intervention för insomni som FastAsleep. Vi har under arbetets gång skiftat från en deduktiv ansats till en induktiv. Även om vi har varit medvetna om denna svårighet och försökt att vara tydliga och stringenta i vår epistemologi, utgör detta skifte en metodsvaghet. Exempelvis utgick vi i våra intervjuer från halvstrukturerade frågor för att ge respondenterna flexibilitet och frihet i sina svar. Denna flexibilitet och frihet kan dock ha begränsats av vår önskan om att få svar på varför så få anmälde sig till studien. Liknande kan vi se att vi inför och under intervjuerna balanserade mellan en deduktiv och induktiv ansats. Vi skickade ut information via mejl där våra respondenter fick en bakgrund till vår uppsats och våra frågor. Det var viktigt för oss att ge dem så mycket information som möjligt så att de kunde ge ett övervägt samtycke till att delta. Samtidigt som vi inte ville vara för utförliga och styra respondenterna på förhand eftersom vi valt en tematisk analys för databearbetningen. Detta kunde kanske gjorts mer grundligt men då hade risken varit att uppsatsen tappat den induktiva ansatsen som bas. Här spelar även roll att vi som intervjuar processar det som respondenten kommunicerar med våra egna personliga antaganden som grund. Att vi har studerat tre år för att utbilda oss till psykoterapeuter med KBT inriktning präglar oss såväl i våra frågor som i vår analys. Vår vilja att hitta rätt för att kunna nå ut brett med KBT-I kan därför ha färgat vår tematiska analys.

Ytterligare en begränsning i vår metod är att vi av tidsskäl valde att anteckna alla svar direkt under samtalen snarare än att spela in våra intervjuer och senare transkribera inspelningarna. Vi förde anteckningar under själva intervjun. Eftersom vi inte spelade in materialet kan det ha lett till att inte all information kom med i respondenternas utsagor. Vi försökte minimera detta genom att ibland be deltagarna vänta lite medan vi antecknade det som sades. Vi valde även att efter intervjun sammanfatta hur vi som intervjuat uppfattat det som respondenten sagt och menat. Detta gjordes för att säkerställa att vi uppfattat det respondenten sagt på ett korrekt sätt.

## **Etikdiskussion**

Innan studien påbörjades skickades en ansökan in till etikprövningsnämnden. Etiska överväganden som tas upp i ansökan är bland annat att studien avser påverka deltagarna

psykiskt och att sömnrestriktion kan vara mödosamt och leda till visst obehag. Studiens nytta bedömdes dock överväga dessa möjliga risker. Detta eftersom studien möjliggör att utveckla färdigheter som kan vara hjälpsamma för dem med Insomni.

I samband med att vi valde att intervjua respondenter för denna uppsats och göra en tematisk analys, beaktade vi etiska överväganden såsom att skydda respondenterna, exempelvis genom att skydda känsliga personuppgifter. Vi utgick ifrån de forskningsetiska principerna som innebär att forskningen inte får riskera att skada deltagarna och att deras konfidentialitet måste skyddas, samt att de måste informeras om vad det innebär att delta i undersökningen och ge ett informerat samtycke (Lundh, 2018).

Ett etiskt övervägande som blir relevant vid fortsatt forskning om hur man kan tillgängliggöra KBT-I för människor som tillhör socioekonomiskt utsatta grupper handlar om synen på psykisk ohälsa. I den tematiska analysen handlar tema två om att insomni är individuell och kontextuell. Under detta tema kommer vi in på att det finns en kulturell syn på psykisk hälsa, sömn och behandling. Vi berör även att livsvillkor bör beaktas och att psykoedukation behöver anpassas till kulturella komponenter. Detta väcker etiska övervägande på vilket fokus framtida forskning behöver ha. Bernal och Rodriguez (2012) lyfter vikten av att ställa sig vissa frågor vid all forskning som handlar om etniska minoriteter och i synnerhet när det handlar om terapiforskning. Frågor som de ser som relevanta är exempelvis om det är gruppen eller forskningen som gynnas av en viss studie. Är det samhället som gynnas av kunskap om en kulturell minoritet eller är kunskapen till nytta för människorna som tillhör denna minoritet? Etiska överväganden handlar om ifall det är diagnosen insomni som bör behandlas (insomni som en individuell problematik) eller om det är systemet som bör förändras (insomni som en kontextuell företeelse). Bernal och Rodriguez (2012) beskriver det som en balansgång där forskning å ena sidan ska leda till att terapeutiska interventioner har god evidens men å andra sidan behöver interventioner inte studeras om dessa inte är till nytta och gynnar människorna som tillhör en etnisk minoritet.

Att nå människor med annan kulturell bakgrund och att erbjuda jämlik tillgång till terapeutiska interventioner ligger samtidigt i linje med American Psychological Association mångkulturella riktlinjer (APA; 2003). Det är inte etiskt försvarbart att vissa grupper i samhället har begränsad tillgång till terapeutiska interventioner. Så även om man behöver hitta strategier på en kontextuell nivå, behövs fortsatt forskning om hur man kan tillhandahålla kulturellt anpassade och användarvänliga interventioner till individerna som tillhör en etnisk minoritet (Bernal & Domenech Rodriguez, 2012). I vår tematiska analys kommer vi in på ett av dessa överväganden, nämligen hur vi kan anpassa digitala

interventioner så att de leder till ökad tillgänglighet. Detta som är analysens tredje tema väcker frågor om skalbarhet kontra kulturella anpassningar. Kan vi genom ett fåtal kulturella anpassningar av ett digitalt verktyg som FastAsleep nå ut till en stor del av befolkningen som även inkluderar etniska minoriteter? Eller behöver nya interventioner skapas som är kulturellt anpassade för att nå en specifik kulturell grupp som annars riskerar att exkluderas? Som vi i inledningen nämnt sker idag inte vård på lika villkor och detta perspektiv är därför viktigt att ha i beaktande för en rättvis och jämlik vård.

### **Jämförelser med studier om kulturella anpassningar**

I inledningen av denna uppsats skriver vi om forskning om kulturella anpassningar. Vi betonar att kulturella anpassningar behöver tas fram genom att beakta kultur och sammanhang på ett genomtänkt, dokumenterat och systematiskt sätt (Bernal & Domenech Rodriguez, 2012). Vi nämner att det finns studier som visar att kulturella anpassningar kan leda till bättre resultat, dock att kunskapen om vad som kan anses som en systematiskt effektiv anpassning är mångtydig. Vi refererar även till att olika ramverk för hur kulturella anpassningar kan göras betonar inhämtandet av kunskap från intressenter, att inhämta synpunkter från de som kan anses som experter. Även resultaten från vår tematiska analys överensstämmer med denna forskning och visar att kulturella anpassningar behöver tas fram utifrån en kulturell förståelse för målgruppen. I samtliga teman av vår analys betonas förståelsen för målgruppen på olika sätt för att kunna nå ut. Det handlar i första temat om förståelse för att kunna kommunicera och nå ut, i andra temat handlar det om förståelse av hur målgruppen bedömer sin sömnproblematik för att kunna anpassa psykoedukation och i tredje temat betonas förståelsen för att tillgängliggöra digitala verktyg.

I den forskning som vi refererar till beskrivs en rad olika former för hur kulturella anpassningar kan göras. Man skiljer exempelvis mellan ytnivå och djupnivå av kulturella anpassningar och i sin studie fann Alcántara med kollegor (2021) att den vanligaste anpassningen är att översätta interventionen språkligt vilket handlar om en anpassning på ytnivå (Alcántara et al., 2021). I vår tematiska analys berörs dessa olika nivåer av anpassningar och förslagen som respondenterna ger kan sägas ligga på ett kontinuum från att förenkla och använda ett språk som berör till mer omfattande åtgärder såsom exempelvis att erbjuda FastAsleep som gruppbehandling i ett sammanhang där även "huret" i användning av digitala verktyg lärs ut.

Vår tematiska analys ger inget entydigt svar på hur en intervention som FastAsleep kan anpassas kulturellt för att nå deltagare som inte har svenska som modersmål. Även den



tidigare refererade metaanalysen av Ellis och kollegor (Ellis et al., 2022) gav inga entydiga svar på frågan vilken anpassning som kan anses leda till bäst effektivitet, acceptans och följsamhet. De strategier av kulturella anpassningar som ingått i deras studie var a) språklig översättning, b) anpassning av audio eller visuellt innehåll, c) inkludering av framträdande kulturellt innehåll. Författarna kom till slutsatsen att kulturella anpassningar har potential att göra digitala terapeutiska interventioner mer tillgängliga, effektiva och accepterade bland minoriteter. Dock behövs vidare forskning för att optimera vilka strategier av anpassningar som har bäst effekt för den specifika etniska minoritet som interventionen vänder sig till. Vår tematiska analys kan sägas peka på ett liknande behov av vidare forskning. Våra respondenter har olika tankar om form och nivå av kulturella anpassningar oavsett om det handlar om att nå ut med information, att engagera målgruppen i en terapeutisk behandling eller att göra digitala hjälpmedel tillgängliga.

### **Jämförelser med studier om KBT-I i egenvårdsformat**

I inledningen av denna uppsats beskriver vi att insomni är vanligt förekommande i befolkningen. Vi hänvisar till studier som tyder på att prevalensen är högre bland socioekonomiskt utsatta grupper och att dessa samtidigt kan ha sämre tillgång till vård. Ur våra intervjuer framkommer att sömnproblematik är vanligt förekommande bland de respondenterna möter och kopplingen görs till socioekonomiska faktorer. Ur den forskning vi presenterar i inledningen framkommer hinder att tillgängliggöra KBT-I som annars visat sig ha god effekt. Hinder som tas upp är brist på utbildade terapeuter och geografiska faktorer. Vi beskriver att digitala terapeutiska interventioner som anpassas kulturellt kan öka tillgängligheten för etniska minoriteter som annars begränsas i sin tillgång till vård på grund av exempelvis språkliga barriärer. Vår tematiska analys bekräftar att det behövs anpassningar för att göra digitala interventioner tillgängliga. Våra respondenter förespråkar ökad tillgänglighet genom anpassningar såsom exempelvis att begripliggöra digitala verktyg i sammanhang där det finns möjlighet att ställa frågor och lära sig hur dessa kan användas. Respondenterna lyfter att digitalisering annars kan leda till att grupper som redan står utanför samhällsstrukturen marginaliseras. För att lansera verktyget FastAsleep bland etniska minoriteter föreslås som tidigare nämnts att exempelvis komma ut till en studiecirkel där deltagarna träffas och pratar om hälsa och att i denna berätta om insomni och behandling med KBT-I för att sedan erbjuda deltagare i en sådan grupp att testa verktyget. Detta arbetssätt skulle dock kräva resurser i form av personal och dessutom knyta upp tillgängligheten geografiskt. I motsats till detta beskriver Munoz et al (ref) att fördelen med internetbaserade

hälsointerventioner är att de kan tillgängliggöras till tusentals individer och utan någon som helst geografisk bundenhet. I sin artikel beskriver författarna hur man kan jämföra digitala hälsointerventioner med det som kallas massive open online courses (MOOCs). Dessa kurser tillgängliggörs brett till studenter över hela världen och utan krav på förkunskaper eller avgifter. De attraherar därför miljontals användare världen över. Som exempel nämner författarna hur Massachusetts Institute of Technology erbjöd en sådan MOOC och att 155 000 personer påbörjade denna. Av dessa var det enbart 7 157 (4,6%) som fullföljde och avslutade kursen. Trots dessa höga siffror på avhopp och låg följsamhet hade det tagit institutet ca 40 år innan lika många studenter avslutat kursen om den erbjudits på plats. De menar därför att det är liknande med digitala hälsointerventioner och att det finns en risk för att man genom att begränsa avhopp minskar möjligheten till att nå ut brett.

### **Tillgängliggöra FastAsleep framöver: möjligheter och svårigheter**

I följande avsnitt har vi utifrån vår tematiska analys försökt sammanställa svårigheter och möjligheter i att anpassa och nå ut med FastAsleep till personer med annan språkbakgrund än svenska.

#### **Tabell 4:**

Svårigheter och möjligheter utifrån tema 1: Det behövs en kulturell förståelse

| <b>Svårigheter</b>   | <b>Möjligheter</b>   |
|--|--|
| FastAsleep är uppbyggd med information i textformat i tre flikar. En huvudmeny, en meny som består av verktyget sömnfönster samt en personlig sida. Det är mycket text vilket kan utgöra en svårighet. | Programmet är i sig en förenkling och förkortning av vanlig KBT-I. Detta är en möjlighet eftersom respondenterna förespråkade förenkling för att anpassa.  |
| Förutom språket kan även en ovana och okunskap i hur man använder digital kommunikation utgöra en svårighet.   | I FastAsleep ges praktisk information. En del av programmet är interaktiv. Deltagaren guidas i programmet att justera sömnen. Även att deltagarna får meddelanden på sms varje morgon förenklar och möjliggör digital kommunikation. |
| Människor behöver känna sig berörda för att ta till sig information. En svårighet är att väcka engagemang om man inte möts på den arena där mottagaren är hemma.                                       | I vissa kulturer är det centralt med vem som förmedlar viss information. För att nå ut ansåg respondenterna att nyckelpersoner kan vara av stor hjälp.   |
| Utlandsfödda är ingen homogen grupp vilket innebär en svårighet eftersom olika anpassningar krävs beroende på grupp.   | Genom att översätta FastAsleep till etniska gruppers modersmål eller genom att förenkla svenskan finns möjlighet att nå ut.  |

**Tabell 5:**Svårigheter och möjligheter utifrån tema 2: Insomni är individuell och kontextuell

| <b>Svårigheter</b>  | <b>Möjligheter</b>  |
|---|---|
| Att inte uppfatta sin insomni som något man kan få hjälp med kan försvåra motivationen att ta till sig FastAsleep.  | Genom att översätta FastAsleep till andra språk finns möjligheten att minska den språkbarriär som annars försvårar vårdsökande hos personer med annan språkbakgrund än svenska. Om FastAsleep anpassas kulturellt kan det bidra till en samsyn på sömnproblematik och behandling.                   |
| Det är ett stort steg att söka hjälp för psykisk ohälsa. Att uppfatta psykisk ohälsa som ett stigma försvårar förtroendet och viljan att ta till sig FastAsleep.  | Genom en stegvis vårdmodell ger en behandling som FastAsleep möjligheten att följa de som inte förbättras av interventionen och på ett tidigt stadium erbjuda behandling på nästa intensitetsnivå.  |
| Svårighet att prioritera deltagande i behandling som FastAsleep när socioekonomiska livsvillkor har högre prioritet.  | KBT-I har stark evidens och FastAsleep har i en pilotstudie gett lovande resultat. Möjligheten att få kulturellt anpassad och evidensbaserad behandling för sin sömnproblematik kan vara ett första steg för förbättrade livsvillkor.   |
| Livsvillkor som arbetslöshet och bristande sammanhang i vardagen kan försvåra användandet av sömnrestriktion. I pilotstudie om FastAsleep tolkades det som att en yttre anledning till att gå upp på morgonen, exempelvis ett arbete, ökade följsamheten. | Etniska minoriteter åtnjuter inte samma hälsa avseende sömn som majoritetsbefolkningen. Socioekonomisk status kan dessutom vara en faktor som påverkar sömnproblematik. Att tillgängliggöra lågtröskelalternativ som FastAsleep för denna grupp är en möjlighet för att bidra till mer jämlik vård. |

**Tabell 6:**Svårigheter och möjligheter utifrån tema 3: Digitala interventioner behöver anpassas för att de ska leda till ökad tillgänglighet

| <b>Svårigheter</b>   | <b>Möjligheter</b>   |
|--|--|
| En svårighet är att den ökade digitaliseringen i samhället inte alltid innebär ökad tillgänglighet och delaktighet.  | FastAsleep är en kort och billig intervention som kan anpassas för att tillgängliggöras för många.   |
| Till studien anmälde sig enbart fem personer. Respondenterna påtalade svårigheten att förenkla och anpassa digitala terapeutiska interventioner så att de motsvarar målgruppens behov. | FastAsleep är lättillgänglig dygnet runt, geografiskt obundet och med tekniska lösningar som underlättar. Det finns en skalbarhet och kostnadseffektivitet utan att effektiviteten går förlorad. |

|   |   |
|---|---|
| Svårt att använda digitala interventioner för personer som saknar digital vana.   | En möjlighet är att tillgängliggöra digitala interventioner i gruppformat så att deltagare kan få stöd tekniskt och hjälpa varandra. Trots att detta innebär en geografisk begränsning är skalbarheten större än att tillgängliggöra KBT-I enskilt med terapeut.  |
| Våra respondenter påtalar att människor behöver känna sig berörda Digitalisering som inte utgår från mottagarens behov beskriver de som en svårighet och som kan öka utanförskapet. | Exempelpersonerna i FastAsleep har olika typer av sömnproblem. Möjligheten finns att modifiera exempelpersonerna kulturellt så att en igenkänning kan uppstå och deltagare känner sig berörda. För varje vecka som behandlingen pågår kommer ny text. Uppbyggnaden av verktyget med tydliga förklaringar som ges stegvis kan vara en sådan anpassning som respondenterna påtalar är viktig. |

Som framgår ur ovan framställning i tabellformat finns det en del svårigheter att ta hänsyn till men samtidigt även många möjligheter. Vår slutsats är att det behövs kulturella anpassningar och dessa är av vikt för att nå ut med en digital intervention som FastAsleep till de som har en annan språkbakgrund än svenska. Olika anpassningar kan behövas beroende på vilken grupp man vill nå. Utifrån att den finns en stor språklig minoritet i Sverige med arabiska som modersmål kan en lämplig anpassning framöver vara att översätta FastAsleep till arabiska. Görs detta tror vi att fler kan nås än med nuvarande översättning till enkel engelska. Ett annat alternativ är att förenkla svenskan i FastAsleep och ersätta text med visuellt och audiellt innehåll.

Ytterligare en slutsats är att det genom de personer som våra respondenter kallar för nyckelpersoner går att få hjälp. Dessa har kunskap om båda kulturerna och kan fungera som ambassadörer. Genom att få kontakt och ta hjälp av dessa ambassadörer som finns i målgruppens kontext och samtidigt förstår sammanhanget av FastAsleep finns möjligheten att hitta lämpliga kulturella anpassningar, att enklare nå ut och även få hjälp med att förmedla psykoedukation och hur digitala verktyg kan användas.

## Referenser

- Alcántara, C., Giorgio Cosenzo, L., McCullough, E., Vogt, T., Falzon, A. L., & Perez Ibarra, I. (2021). Cultural adaptations of psychological interventions for prevalent sleep disorders and sleep disturbances: A systematic review of randomized controlled trials in the United States. *Sleep Medicine Reviews*, 56, 101455.  
<https://doi.org/10.1016/j.smr.2021.101455>
- Balci, S., Spanhel, K., Sander, L. B., & Baumeister, H. (2022). Culturally adapting internet- and mobile-based health promotion interventions might not be worth the effort: A systematic review and meta-analysis. *Npj Digital Medicine*, 5(1), 34.  
<https://doi.org/10.1038/s41746-022-00569-x>
- Bernal, G., & Domenech Rodriguez, M. M. (2012). *Cultural adaptations. [Elektronisk resurs] tools for evidence-based practice with diverse populations*. (Electronic resources). American Psychological Association; Library catalogue (LUBcat).  
<https://ludwig.lub.lu.se/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=cat07147a&AN=lub.6141713&site=eds-live&scope=site>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE.
- Cavanagh, K. (2014). Geographic Inequity in the Availability of Cognitive Behavioural Therapy in England and Wales: A 10-Year Update. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(4), 497–501. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000568>
- Çivgin, U., & DiRiK, G. (2020). Bilişsel Davranışçı Terapi-Uykusuzluk Protokolü ve Etkililik Çalışmalarının Gözden Geçirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(2), Article 2. <https://doi.org/10.18863/pgy.557227>
- Edinger, J. D., Arnedt, J. T., Bertisch, S. M., Carney, C. E., Harrington, J. J., Lichstein, K. L., Sateia, M. J., Troxel, W. M., Zhou, E. S., Kazmi, U., Heald, J. L., & Martin, J. L. (2021). Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in

- adults: An American Academy of Sleep Medicine systematic review, meta-analysis, and GRADE assessment. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, *17*(2), 263–298.  
<https://doi.org/10.5664/jcsm.8988>
- Ellis, D. M., Draheim, A. A., & Anderson, P. L. (2022). Culturally adapted digital mental health interventions for ethnic/racial minorities: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *90*(10), 717–733.  
<https://doi.org/10.1037/ccp0000759>
- Espie, C. A. (2009). “Stepped Care”: A Health Technology Solution for Delivering Cognitive Behavioral Therapy as a First Line Insomnia Treatment. *Sleep*, *32*(12), 1549–1558.  
<https://doi.org/10.1093/sleep/32.12.1549>
- Espie, C. A., Luik, A. I., Cape, J., Drake, C. L., Siriwardena, A. N., Ong, J. C., Gordon, C., Bostock, S., Hames, P., Nisbet, M., Sheaves, B., G Foster, R., Freeman, D., Costa-Font, J., Emsley, R., & Kyle, S. D. (2016). Digital Cognitive Behavioural Therapy for Insomnia versus sleep hygiene education: The impact of improved sleep on functional health, quality of life and psychological well-being. Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, *17*(1), Article 1. <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1364-7>
- Gentry, R. (2020). Cultural Considerations and Sleep. In L. T. Benuto, F. R. Gonzalez, & J. Singer (Eds.), *Handbook of Cultural Factors in Behavioral Health* (pp. 323–329). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-32229-8\\_23](https://doi.org/10.1007/978-3-030-32229-8_23)
- Hall, G. C. N., Ibaraki, A. Y., Huang, E. R., Marti, C. N., & Stice, E. (2016). A Meta-Analysis of Cultural Adaptations of Psychological Interventions. *Behavior Therapy*, *47*(6), 993–1014. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.005>
- Harper Shehadeh, M., Heim, E., Chowdhary, N., Maercker, A., & Albanese, E. (2016). Cultural Adaptation of Minimally Guided Interventions for Common Mental

- Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR Mental Health*, 3(3), e44.  
<https://doi.org/10.2196/mental.5776>
- Hughes, A. J., Gunn, H., Siengsukon, C., Stearns, M. A., James, E., Donley, T., Grandner, M. A., Thomas, S. J., Hansen, K., & Williams, N. J. (2023). Eliminating Sleep Health Disparities and Achieving Health Equity: Seven Areas for Action in the Behavioral Sleep Medicine Community. *Behavioral Sleep Medicine*, 21(5), 633–645.  
<https://doi.org/10.1080/15402002.2022.2149523>
- Jernelöv, S., Blom, K., Hentati Isacsson, N., Bjurner, P., Rosén, A., Kraepelien, M., Forsell, E., & Kaldø, V. (2022). Very long-term outcome of cognitive behavioral therapy for insomnia: One- and ten-year follow-up of a randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 51(1), Article 1. <https://doi.org/10.1080/16506073.2021.2009019>
- Jernelöv, S., Forsell, E., Westman, H., Eriksson Dufva, Y., Lindefors, N., Kaldø, V., & Kraepelien, M. (2023). Treatment feasibility of a digital tool for brief self-help behavioural therapy for insomnia ( FASTASLEEP ). *Journal of Sleep Research*, 32(2), e13759. <https://doi.org/10.1111/jsr.13759>
- Jernelöv, S., Lekander, M., Blom, K., Rydh, S., Ljótsson, B., Axelsson, J., & Kaldø, V. (2012). Efficacy of a behavioral self-help treatment with or without therapist guidance for co-morbid and primary insomnia -a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12(1), Article 1. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-5>
- Lundh, L.-G. (2018). *Psykologin som vetenskap: Vetenskapsteoretiska och forskningsmetodologiska grunder* (Upplaga 1). Studentlitteratur.
- Mallon, L., Broman, J.-E., Åkerstedt, T., & Hetta, J. (2014). Insomnia in Sweden: A Population-Based Survey. *Sleep Disorders*, 2014, 1–7.  
<https://doi.org/10.1155/2014/843126>
- Mini-D 5: Diagnostiska kriterier enligt DSM-5*. (2014). Pilgrim Press.

- Parkvall. (2015). Sveriges språk i siffror: Vilka språk talas och av hur många? *Språkrådet*.
- Perlis, M. L., Posner, D., Riemann, D., Bastien, C. H., Teel, J., & Thase, M. (2022).  
Insomnia. *The Lancet*, 400(10357), 1047–1060. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00879-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00879-0)
- Persson, G., & Messing, U. (n.d.). *Nationella minoriteter i Sverige*.
- Qaseem, A., Kansagara, D., Forcica, M. A., Cooke, M., Denberg, T. D., & for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. (2016). Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 165(2), 125.  
<https://doi.org/10.7326/M15-2175>
- Ree, M., Junge, M., & Cunnington, D. (2017). Australasian Sleep Association position statement regarding the use of psychological/behavioral treatments in the management of insomnia in adults. *Sleep Medicine*, 36, S43–S47.  
<https://doi.org/10.1016/j.sleep.2017.03.017>
- Riemann, D., Baglioni, C., Bassetti, C., Bjorvatn, B., Dolenc Groselj, L., Ellis, J. G., Espie, C. A., Garcia-Borreguero, D., Gjerstad, M., Gonçalves, M., Hertenstein, E., Jansson-Fröjmark, M., Jennum, P. J., Leger, D., Nissen, C., Parrino, L., Paunio, T., Pevernagie, D., Verbraecken, J., ... Spiegelhalter, K. (2017). European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *Journal of Sleep Research*, 26(6), 675–700.  
<https://doi.org/10.1111/jsr.12594>
- Ritterband, L. M., Thorndike, F. P., Morin, C. M., Gerwien, R., Enman, N. M., Xiong, R., Luderer, H. F., Edington, S., Braun, S., & Maricich, Y. A. (2022). Real-world evidence from users of a behavioral digital therapeutic for chronic insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, 153, 104084.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104084>



- Spanhel, K., Burdach, D., Pfeiffer, T., Lehr, D., Spiegelhalder, K., Ebert, D. D., Baumeister, H., Bengel, J., & Sander, L. B. (2022). Effectiveness of an internet-based intervention to improve sleep difficulties in a culturally diverse sample of international students: A randomised controlled pilot study. *Journal of Sleep Research, 31*(2), Article 2.  
<https://doi.org/10.1111/jsr.13493>
- Trimble, J. E., Scharrón-del-Río, M. R., & Hill, J. S. (2012). Ethical considerations in the application of cultural adaptation models with ethnocultural populations. In G. Bernal & M. M. Domenech Rodríguez (Eds.), *Cultural adaptations: Tools for evidence-based practice with diverse populations*. (pp. 45–67). American Psychological Association.  
<https://doi.org/10.1037/13752-003>
- Zhao, Y., Segalowitz, N., Voloshyn, A., Chamoux, E., & Ryder, A. G. (2021). Language Barriers to Healthcare for Linguistic Minorities: The Case of Second Language-specific Health Communication Anxiety. *Health Communication, 36*(3), 334–346.  
<https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1692488>

## Bilaga 1

### Organisationer, föreningar, samfund och sidor att kontakta för hjälp med spridning

| Vem  | kontaktväg                           |
|--|--------------------------------------|
| <b>Trossamfund</b>                                       |                                      |
| Bosniska islamiska samfundet (BIS)                       | skickat mail 20/3<br>FB, 26/3        |
| <a href="#">Svenska Islamiska Samfundet</a>              | FB 26/3                              |
| Förenade islamiska föreningar i Sverige (FIFS)           | skickat mail 20/3                    |
| Islamiska shia samfunden i Sverige (ISS)                 | skickat mail den 20/3                |
| Islamiska Fatwabyrån i Sverige (IFBS)                    | skickat mail den 20/3                |
| <a href="#">Islamiska Förbundet i Malmö</a>              | FB 26/3                              |
| <a href="#">Islamiska förbundet i Järva</a>              | FB 26/3                              |
| Islamiska kulturcenterunionen i Sverige (IKUS)           | skickat den 20/3                     |
| Sveriges muslimska förbund (SMF)                         | skickat mail den 20/3                |
| Armeniska apostoliska kyrkan                             | skickat mail den 20/3                |
| Bulgariska ortodoxa kyrkan                               | skickat mail den 20/3                |
| Eritreanska ortodoxa Tewahdo kyrkan                      | skickat den 20/3                     |
| Etiopisk-ortodoxa Tewahedo kyrkan, ärkestiftet i Sverige | skickat den 20/3                     |
| Rumänska ortodoxa kyrkan                                 | skickat den 20/3                     |
| Syrisk-ortodoxa ärkestiftet                              | skickat den 20/3                     |
| Österns assyriska kyrka                                  | skickat den 20/3                     |
| Anglikanska kyrkan                                       | skickat den 20/3                     |
| Judiska centralrådet                                     | skickat den 20/3, FB 26/3            |
| Mandeiska trossamfundet i Sverige och Europa             | skickat den 20/3                     |
| Mandeiska trossamfundet i Sverige och Finland            | skickat den 20/3                     |
| Sveriges buddhistiska gemenskap                          | skickat den 20/3                     |
| Ungerska protestantiska samfundet i Sverige              | skickat den 20/3                     |
| <b>Expat sidor</b>                                       | Lovisa                               |
| Internations   | skickat 23/3                         |
| International citizens group                             | skickat 23/3                         |
| The local se   | kontaktat på hemsida 23/3 FB<br>26/5 |
| Expat Lund & Malmö, powered by HIC                       | Lovisa 26/3                          |
| Expat in Sweden  | 26/3                                 |
| Stockholm Expat  | 26/3                                 |
| Expat Rual in Sweden                                     | 26/3                                 |
| <a href="#">Orthodoxy for expats in Sweden</a>           | 26/3                                 |
| <a href="#">Expats &amp; Friends Association</a>         | 26/3                                 |
| <a href="#">British expats in Sweden</a>                 | 26/3                                 |
| <b>Organisationer som arbetar med utlandsfödda</b>       |                                      |

|   |   |
|---|---|
| Kompis Sverige  | Lovisa, skrivit personligt mejl till Pegah 23/3   |
| Jobbsprånget  | Lovisa, personligt mejl till Alexandra 23/3<br>Skickat meddelande via kontaktformulär den 2/4 |
| Hej Främling  | Personligt mejl 23/3, L<br>Nytt mejl via kontaktformulär på hemsida 2/4                       |
| Röda Korset   | Gith mailat 20/3 ,  |
| Volontärbyrån   | Gith skickat den 20/3<br><br>skickat 20/3   |
| Immigrant<br>Har listor på olika organisationer på sin hemsida:<br><a href="https://immigrant.org/organisationer/asylorganisationer">https://immigrant.org/organisationer/asylorganisationer</a><br><a href="https://immigrant.org/organisationer/ovriga">https://immigrant.org/organisationer/ovriga</a> | Gith skickat mail 20/3  |
| Jamal Abdulle   | personligt meddelande 23/3  |
| <b>Internationella Arbetsgivare</b>   | Gith fyller på och kontaktar  |
| Ikea  |   |
| Volvo   |   |
| Astra Zeneca  | kommunikationsdirektör 23/3   |
| Kristianstad, regiontvätt   | email 26/3  |
| <b>Hälsoorganisationer</b>  |   |
| Region Skåne – kuratorer  | Skickat till kuratorer Skåne 22/3   |
| Region Skåne läkare   | Gith skickat 20/3   |
| Kry   | Lovisa  |
| Capio   | Gith skickat till capio centralt  |
| Östra läkargruppen  | Lovisa 27/3   |
| Kristianstadskliniken   | Lovisa 27/3   |
| Kalmar  | skickat ett meddelande via CANVAS 26/3  |
| <b>Studieförbund</b>  |   |
| ABF – Arbetarnas bildningsförbund   | FB 26/3   |
| Folkuniversitetet   | FB 26/3,  |
| Ibn Rushd Studieförbund   | 26/3  |
| Medborgarskolan   | Gith mailat 20/3  |
| Nykterhetsrörelsens Bildningsverksamhet NBV   | Gith skickat 20/3   |
| NBV Väst  | FB 26/3   |
| NBV Öst   | FB 26/3   |
| Studiefrämjandet Riksförbundet  | Gith skickat 20/3<br>FB 26/3  |
| Studiefrämjandet Norra  | FB 26/3   |
| Studiefrämjandet Ljusdal  | FB 26/3   |
| Studieförbundet Bilda, Anna Birgersson, utvecklingschef   | FB 26/3   |
| Studieförbundet Vuxenskolan   | Gith mailat till Blekinge Gotland ,<br>centrala förbundskansliet, 20/3                        |

|   |  |
|---|--|
| <b>Högskolor och Universitet</b>  | Gith kontaktar högskolor o universitet   |
| Kristianstads högskola  | Gith   |
| Lund universitet  | skickat till kommunikationsdirektören den 23/3   |
| Malmö universitet   | skickat den 23/3<br>ingrid.m.persson@mau.se  |
| Kristianstads högskola  | Gith skickat mail 20/3   |
| <a href="https://www.uka.se/sa-fungerar-hogskolan/universitet-och-hogskolor/lista-over-universitet-hogskolor-och-enskilda-utbildningsanordnare">https://www.uka.se/sa-fungerar-hogskolan/universitet-och-hogskolor/lista-over-universitet-hogskolor-och-enskilda-utbildningsanordnare</a> | Avsätta tid och mejla alla på listan   |
| uppsala universitet   | <a href="mailto:kommunikation@uadm.uu.se">kommunikation@uadm.uu.se</a><br>23/3             |
| göteborgs universitet   | <a href="mailto:anders.ahlin@gu.se">anders.ahlin@gu.se</a> 23/3                            |
| Stockholms universitet  | <a href="mailto:redaktion@su.se">redaktion@su.se</a> 23/3                                  |
| Umeå  | <a href="mailto:annica.hoglund@umu.se">annica.hoglund@umu.se</a> 23/3                      |
| Linneuniversitetet  | <a href="mailto:ulrica.rundqvisttorning@lnu.se">ulrica.rundqvisttorning@lnu.se</a><br>23 3 |
| linköpings universitet  | <a href="mailto:sara.rasberg@liu.se">sara.rasberg@liu.se</a> 23 3                          |
| karolinska universitetet  | <a href="mailto:jill.jonsson@ki.se">jill.jonsson@ki.se</a> 23/3                            |
| karlstad  | <a href="mailto:erika.hellekant-rowe@kau.se">erika.hellekant-rowe@kau.se</a><br>23/3       |
| Studentsidor  |  |
| Erasmus student network Sweden  | 26/3   |
| Sweden for international students   | 26/3   |
| facebook  | inlägg 21/3  |
| Linkin  | inlägg 20/3  |
| <b>Etniska föreningar</b>   |  |
| Afghanska Riksförbundet   | mejlat 20/3  |
| Al-Waffa Familjeförening  | 26/3 Lovisa  |
| Invandrarföreningar i Uppsala   | mejlat 20/3  |
| Albanska Föreningars Union i Sverige  | mejlat 20/3  |
| Albanska riksförbundet Iliria   |  |
| Armeniska riksförbundet i Sverige   | mejlat 20/3<br>FB 26/3   |
| Assyriska Riksförbundet i Sverige   | mejlat 20/3<br>FB 26/3   |
| Bosnien och Hercegovinas Kvinnoriksförbund i Sverige  | FB 26/3  |
| Bosnisk-Hercegovinska Riksförbundet i Sverige   |  |
| Bosniskhercegovinsk-Svenska kvinnoförbundet i Sverige   |  |
| Djibouti Kvinnor Riksförbund  |  |
| Eritreanska Riksförbundet i Sverige   |  |
| Etopiska somaliska riksförbundet  | 26/3   |
| FAIS-IR   | mejlat 20/3  |
| Finlandssvenskarnas riksförbund i Sverige   |  |
| FÖRENINGEN CHULALONGKORNS MINNE   |  |
| Föreningen Gobustan, Azerbajdzjanska Akademiker i Sverige   |  |
| Gambiska Riksförbundet  | mejlat 20/3  |
| Grekiska Riksförbundet  | mejlat 20/3  |

|   |                             |
|---|-----------------------------|
| Immigranternas Riksförbund                    | mejlat 20/3<br>FB 26/3      |
| Internationella Kvinnoförbundet               | mejlat 20/3                 |
| IRAKISKA DEMOKRATISKA RIKSFÖRBUNDET I SVERIGE |                             |
| Irakiska Riksförbundet i Sverige, IRS         |                             |
| Iranska Riksförbundet i Sverige               |                             |
| kaldeiska riksförbund i sverige               |                             |
| Kinesiska Riksförbundet i Sverige             |                             |
| Kroatiska riksförbundet                       | mejlat 20/3                 |
| Kurdiska Federationen Paraply (KFP)           |                             |
| Kurdiska Riksförbundet                        | mejlat 20/3<br>FB 26/3      |
| KURDISKA UNIONENS RIKSFÖRBUND I SVE           | mejlat 23/3, ogiltig adress |
| Letternas Riksförbund i Sverige               |                             |
| Lördagsskolas föräldrar förening i Botkyrka   |                             |
| Makedoniska riksförbundet                     |                             |
| NIGERIAN UNION SWEDEN<br>Sidan på engelska!!! | skickat på engelska 23/3    |
| POLSKA KONGRESSEN I SVERIGE                   |                             |
| Polska Riksförbundet                          |                             |
| Riksförbundet Banjaluka i Sverige             |                             |
| Riksförbundet Bijeljina - Janja               | 23/3                        |
| sabeiska mandeisk riksförbundet i sverige     |                             |
| Serbernas riksförbund i Sverige               | 23/3                        |
| SERBISK-ORTODOXA KVINNOFÖRBUNDET              |                             |
| Serbiska riksförbundet                        |                             |
| SIOS Samarbetsorgan etniska organisationer    | 23/3                        |
| Slovenska Riksförbundet                       | 23/3                        |
| somaliland riksförbund i Sverige              |                             |
| Somaliska riksförbundet i Sverige             | 23/3                        |
| Sudanesiska Riksförbundet                     | 23/3                        |
| Svensk-kurdiska Riksförbundet                 | 23/3                        |
| Sverigeesternas förbund                       | 23/3                        |
| Syrianska Riksförbundet i Sverige             | 23/3<br>FB 26/3             |
| Ukrainska Alliansen i Sverige                 | 23/3                        |
| Ukrainska riksförbundet                       | 26/3                        |
| Unga Assyrier i Sverige                       | 23/3                        |
| Ungerska Riksförbundet                        | 23/3                        |
| Nysvenskar i Sverige                          | Upplagt 26/3                |

## Bilaga 2

**Do you suffer from sleep problems?  
Do you want help to sleep better?  
Do you prefer to receive help in English?**

You can now participate in a research project where you for four weeks get to work on your own with a digital sleep tool. The tool is in English and guides you to sleep better and increases the quality of your sleep. It is free to participate and you can live anywhere in Sweden. You must be at least 18 years old and to participate your native language needs to be other than Swedish.

Read more and register your interest here: <https://selfcare.webcbt.se/registration/106/>

Responsible researcher for the project is Martin Kraepelien, clinical psychologist and PhD, [martin.kraepelien@ki.se](mailto:martin.kraepelien@ki.se)



### Bilaga 3

Välj om deltagaren kan inkluderas eller bör exkluderas. Se anledningar till exklusion nedan.

Vid inklusion:

1. Välj "Inclusion" nedan.
2. Flytta deltagaren till en Kohort-grupp med rätt mätningar.
3. Starta sedan deltagarens "Treatment" med rätt datum.

Vid exklusion:

1. Välj rätt anledning till exklusion nedan.
2. Meddela deltagaren om exklusion, tacka och hänvisa till annan vård.
3. Flytta sedan deltagaren till gruppen "Exklusion intervju".

Inkluderad

- Exkluderad: Ej intresserad av att delta
- Exkluderad: Hög suicidrisk (PHQ-9, i) 1 eller mer
- Exkluderad: Ej grundläggande kunskaper i att läsa och skriva på engelska
- Exkluderad: Diagnos ej uppfylld
- Exkluderad: ISI under 15 poäng
- Exkluderad: Kända tillstånd som är kontraindicerande för sömnrestriktion & stimuluskontroll, exv bipolär sjukdom, narkolepsi, sömnapné eller hjärtsvikt
- Exkluderad: Under 18 år
- Exkluderad: Påbörjat eller ändrat dos av antidepressiva senaste månaden
- Exkluderad: Praktiska hinder
- Exkluderad: Ej tillgång till dator/mobil/surfplatta med internet
- Exkluderad: Kan ej ta emot telefonsamtal/sms
- Exkluderad: PHQ-9, på 15 eller mer
- Exkluderad: Pågående eller tidigare KBT för insomni
- Exkluderad: Pågående alkohol- eller drogproblem
- Exkluderad: Mediciner med bieffekter som påverkar sömn (tex vissa anti-inflammatoriska mediciner)
- Exkluderad: Nattarbete
- Exkluderad: Annan anledning, nämligen Tid: Hur lång tid tog samtalet?  
Ange tid i minuter:

## Bilaga 4

### Intervjumanual

Tid bokas innan genomförande av intervjun. I samband med att tid bokas för intervju får deltagaren följande skriftlig information:

- Jag vill härmed bekräfta tid för telefonintervju den..... De frågor som jag kommer att ställa är en del av en uppsats på psykoterapeututbildningen i Lund. Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst och utan närmare förklaring avbryta ditt deltagande. De uppgifter som jag samlar in kommer att behandlas konfidentiellt. Dina svar kommer att förvaras på ett säkert sätt. Dina svar analyseras pseudonymiserade och behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Om du samtycker till detta hörs vi på den överenskomna tiden.

Vid inledandet av telefonintervjun inhämtas muntligt samtycke på nytt!

*“Anledningen till denna intervju är att jag och en annan student skickat meddelanden till en rad organisationer som arbetar med utlandsfödda. Det vi har informerat om är möjligheten att delta i en studie för personer med sömnproblem och där den som deltar har ett annat modersmål än svenska. Vi har bitt dessa organisationer att sprida information om möjligheten att delta i studien till sina medlemmar men inte fått in tillräckligt många deltagare för att genomföra studien. Så nu ringer vi runt för att ställa frågor, för att få dina tankar hur vi kan nå ut till denna målgrupp. Vi vill använda dina tankar i vår uppsats och syftet är att få bättre kunskap så att målgruppen utlandsfödda med behov av terapeutisk digital behandling ska kunna få stöd på bästa sätt.*

*Innan vi inleder intervjun vill jag på nytt informera dig om att ditt deltagande är frivilligt och att du när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta ditt deltagande i denna uppsats. De uppgifter som jag samlar in kommer att behandlas konfidentiellt. Jag kommer att anteckna dina svar nu under intervjun och renskriva direkt efteråt. Dina svar kommer att förvaras på ett säkert sätt. Uppgifterna kommer inte att kunna kopplas till dina personuppgifter. Den koppling som kommer att finnas är till ditt arbete, dvs i vilken form du kommer i kontakt med målgruppen. Samtycker du till att delta?*

*Om nej: avbryta*

*Om ja: inleda med första frågan.*

1. På vilket sätt möter du/ kommer du i kontakt (din organisation i kontakt) med personer som inte har svenska som modersmål?
2. Kommer du i kontakt med personer som har sömnproblem?
3. Har du tips hur vi skulle kunna nå ut till deltagare som ej har svenska som modersmål och som har sömnbesvär?



## Bilaga 5

Urskilja teman:

