



Röda Korsets Högskola

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Vetenskaplig metodik III, Självständigt examensarbete

Bemötande av patienter med posttraumatiskt stressyndrom i vården

En litteraturstudie

The meeting of patients with posttraumatic stress disorder in health care

A review

Författare: Caroline Sipek och Karl Gustafsson

Handledare: Catharina Ahlin och Åsa Gisel

Examinator: Janet Mattsson

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Krig har en negativ effekt på människors psykiska hälsa. När människor utsätts för starka negativa påfrestningar kan de utveckla posttraumatiskt stressyndrom, PTSD. PTSD kan manifesteras hos både soldater och civila. Dessa grupper av människor förekommer som veteraner eller flyktingar i icke-stridande länder som Sverige och kräver i allmänhet större mängd vård inom såväl psykiatri som somatiken än personer utan PTSD på grund av PTSD's höga co-morbiditet. För att behandla dessa patienter korrekt behöver vårdpersonal vara medveten om hur patienter med PTSD ska bemötas.

Syfte: Att belysa faktorer som påverkar vårdpersonalens bemötande av personer med PTSD i vården med trauma relaterat till krig.

Metod: De artiklar som användes i studiens resultat var kvalitativa och hittades med hjälp av databaserna CINAHL, MedLine och PubMed. Datan sammanställdes med kvalitativ innehållsanalys med induktiv metod.

Resultat: Denna studie presenterade tre kategorier som påverkade vårdpersonalens bemötande av patienter med PTSD; faktorer relaterade till relationen med patienten, faktorer relaterade till vården och sociokulturella faktorer. Mötet mellan vårdpersonal och patienter med PTSD påverkades av patienternas inställning till vården, bakgrund och erfarenheter. Ett gott samspel mellan vårdpersonal och patient utgjorde basen för en fungerande relation.

Slutsats: Det finns en brist på studier som undersöker mötet mellan patienter med PTSD och vårdpersonal. Patienter riskerar onödigt lidande när bemötandet från vården brister.

Klinisk betydelse: Denna studie kommer förhoppningsvis hjälpa till att lägga grunden för vidare forskning i ämnet och utvecklingen av hälso- och sjukvårdsplaner för att medvetandegöra vikten av ett gott bemötande.

Nyckelord: Posttraumatiskt stressyndrom, Veteraner, Flyktingar, Bemötande, Litteraturstudie.

ABSTRACT

Background: War has a negative effect on people's mental health. When people are exposed to strong negative strains they can develop post-traumatic stress disorder, PTSD. PTSD can manifest in both combatants and civilians. These groups of people are found as veterans or refugees in non-warring countries like Sweden and generally require a greater amount of healthcare in both psychiatric and somatic care than the average person due to PTSD's high co-morbidity. In order to treat these patients properly healthcare personnel need to be aware of how to meet patients with PTSD.

Aim: To highlight factors that influence the meeting between healthcare personnel and people with PTSD in healthcare.

Methods: The articles used in this studies result where qualitative and were found using the electronic databases CINAHL, MedLine and PubMed. The data was compiled using a qualitative content analysis with an inductive method.

Results: This study found three major categories that effected the meeting between patients with PTSD and health care personnel; factors related to the relationship with the patient, factors related to health care and sociocultural factors. The meeting between healthcare personnel and patients with PTSD was affected by the patient's attitudes to care, backgrounds and experiences. A good interaction between healthcare personnel and patients formed the basis for a working relationship.

Conclusion: There is a lack of studies that investigate the meeting of patients suffering from PTSD and health care personnel. Patients risk unnecessary suffering when the meeting with healthcare personnel fails.

Clinical significance: This study will hopefully help lay the foundation for further research in this subject and the development of health care plans dedicated to raise the awareness of the importance of a good meeting.

Keywords: Posttraumatic stress disorder, Veterans, Refugees, Meeting, Literature review.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Posttraumatiskt stressyndrom.....	1
Personer med traumatiska upplevelser	2
Prevalens och co-morbiditet.....	3
PROBLEMFÖRMULERING	3
SYFTE.....	4
METOD.....	4
Design.....	4
Urval.....	4
Datainsamlingsmetod	5
Söktafell.....	5
Dataanalys	6
Etiska aspekter.....	6
RESULTAT	7
Faktorer relaterade till relationen med patienten.....	7
Faktorer relaterade till vården	9
Sociokulturella faktorer.....	10
DISKUSSION	12
Metoddiskussion.....	12
Resultatdiskussion.....	14
Slutsats	17
Klinisk betydelse	18
Förslag på vidare forskning.....	18
Författarnas insatser	18
REFERENSER.....	20
BILAGOR	i

INLEDNING

Personer som traumatiserats av krig är mer drabbade av stress och ohälsa (Frans, Rimmö, Åberg & Fredrikson, 2005; Walker, 2010), ett lidande som leder till svårtolkade symtom i mötet med vården. På grund av hög co-morbiditet, både vad gäller psykiska och somatiska sjukdomar, hos personer med posttraumatisk stress (Glaesmer, Kaiser, Bräehler, Freyberger & Kuwert, 2012) kommer även vi som allmänna sjuksköterskor komma i kontakt med dessa inom hälso- och sjukvården. Vi vill därför studera hur dessa personer bemöts inom vården, och hoppas att vårt arbete kommer bidra till att dess lidande lindras och dess hälsa främjas.

BAKGRUND

Posttraumatiskt stressyndrom

Psykologiska trauman definieras som ”any event(s) the person has experienced, witnessed, or was confronted with, that involved actual or threatened death or serious injury, or a threat to the physical integrity of self or others” (Sundelin-Wahlsten, Ahmad & von Knorring, 2001, s. 563). Enligt The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV) anses psykologiska trauman endast vara traumatiska om den utsatta personen reagerade med rädsla, hjälplöshet eller skräck (Sundelin-Wahlsten et al., 2001). Om så är fallet kan de traumatiska upplevelserna ge upphov till PTSD (ibid.). Se bilaga 1 för diagnoskriterier.

Begreppet PTSD introducerades först på 1980-talet då amerikanska vietnamveteraners traumatiska upplevelser började uppmärksammas. Efter Vietnamkriget uppskattades cirka 30 procent av de amerikanska soldaterna ha utvecklat PTSD. De efterföljande krigen i Afghanistan och Irak och terroristattackerna den 11:e september, har lett till ökat intresse för syndromet och dess risk- och skyddsfaktorer (Sareen, 2014). Trots detta finns lite forskning på området idag. Den forskning som finns redovisar främst olika behandlingsformer inom psykologi och farmakologi (Statens institut för medicinsk utredning, 2005). Denna forskning är dock otillräcklig för att kunna ta fram en standardiserad behandlingsstrategi (Gardner & Griffiths, 2014). Eftersom sjuksköterskor ofta är första kontakten vid möte och vårdande av personer med svåra mentala sjukdomar befinner de sig i en position att identifiera traumaexponering och PTSD-symtom hos dessa individer (Mabey & van Servellen, 2014).

Personer med traumatiska upplevelser

Personer som upplevt krig eller andra katastrofer är särskilt utsatta för att utveckla PTSD; PTSD har bland annat visat sig vara mer framkommande hos veteraner och flyktingar än hos befolkningen i allmänhet (Frans, Rimmö, Åberg & Fredrikson, 2005; Walker, 2010).

År 2014 sökte över 80 000 personer asyl i Sverige, varav cirka 30 000 kom från Syrien och 11 000 kom från Eritrea (Migrationsverket, 2015). Samtidigt hade Sverige 424 soldater i länder drabbade av krig och konflikt (Försvarmakten, 2015), vilket ökar exponeringen för att utveckla PTSD om dessa personer utsätts för traumatiska upplevelser. Då dessa personer är särskilt utsatta för att utveckla PTSD är detta relevant att diskutera även för svensk sjukvård. Vid sjukvårdskontakt finns risk för att vård och bemötande av dessa patienter försvåras; dels på grund av komplexa behov och dels på grund av utbredda språkliga, etniska och religiösa skillnader (Pavlakis & Leondiou, 2014).

Sociokulturell teori och personcentrerad vård

Sociokultur definieras som samspel och samarbete människor emellan, där individer utvecklar uppfattningar om sig själva och om andra människor runt omkring (Säljö, 2005). Individernas sociala omgivning och kultur är avgörande för hur dess lärande och utveckling sker. Med utveckling avses språk, tankeförmåga och mental och personlig utveckling. Genom att använda språket kommunicerar vi och kommunikation innefattar gemensamma handlingar och en ömsesidig påverkan (Baggens & Sandén, 2014). Via kommunikation framkommer individernas tankar om omvärlden samt olika känslor och attityder, vilket påverkar de sociala relationerna mellan människorna som kommunicerar. Kommunikationen kan vara verbal eller icke-verbal (ibid.).

Kommunikationen är en viktig del av sjuksköterskans yrkesutövande. Att sätta personen i centrum är en grundläggande förutsättning för vårdmötet och den goda omvårdnaden (Baggens & Sandén, 2014). En personcentrerad vårdhandling innebär att patienten uppmuntras att berätta om sig själv, sina föreställningar och erfarenheter. Vården kan då utformas på ett sätt som överensstämmer med patientens önskningar; vården individualiseras. På detta sätt görs patienten delaktig i sin vård (Snellman, 2014).

Bemötande som kompetens inom omvårdnaden

Enligt Svenska Akademiens ordlista (2006) betyder bemötande ”uppträda mot, uppföra sig, bete sig mot”; definitionen lyfter fram en relation mellan två eller fler individer. Statens offentliga utredningar (SOU, 1997:51) definierar bemötande som ”ett mellanmänniskt samspel som handlar om den inställning som personer har till varandra och hur denna visar sig i ord, gester, handling osv”. Enligt Echeverri (2010) är ett gott bemötande en subjektiv upplevelse hos den andre, och oavsett sammanhang har det goda bemötandet en positiv inverkan på samspelet människor emellan; samspelet blir mer effektivt och ändamålsenligt. Ett bristande bemötande har motsatt effekt och kan orsaka onödigt lidande hos den som blir bemött (ibid.). Slutligen tar Echeverri upp bemötande som kompetens och menar att professionell basis och genuin vilja ska finnas vid betjänande av den andre, samt att detta ska ske på den andres individuella premisser.

I detta arbete används begreppet vårdpersonal som ett samlingsnamn för läkare, sjuksköterskor och psykologer.

Prevalens och co-morbiditet

Forskning visar att flyktingar har utsatts för trauma i större utsträckning än svenskfödda, detta beroende på vad de har upplevt och var de har befunnit sig (Frans et al., 2005). Till följd av detta har 12,9 procent av dessa utvecklat PTSD, i jämförelse med 4,6 procent av de svenskfödda (ibid.). Hos veteraner ligger motsvarande siffra på 30 procent (Sareen, 2014). PTSD har hög co-morbiditet, över 90 procent har en psykisk störning (ibid.) och cirka 50 procent av kvinnorna och 60 procent av männen uppfyller kriterierna för mer än två psykiska störningar (Glaesmer et al., 2012). Vanlig förekommande exempel på denna co-morbiditet är substansmissbruk, antisocial personlighetsstörning, tvångssyndrom, generell ångest, agorafobi och panikångest (Mabey & van Servellen, 2014). Till det kommer även risk att drabbas av somatiska sjukdomar (Glaesmer et al., 2012) som exempelvis ledsjukdomar, neurologiska sjukdomar, hjärt-kärlsjukdomar, luftvägssjukdomar samt metabola sjukdomar (Sareen, 2014).

PROBLEMFORMULERING

PTSD är ett forskningsområde som i huvudsak är inriktat på behandling. Kunskap om hur personer med PTSD bör bemötas behövs eftersom ett bristande bemötande kan orsaka onödigt lidande. Att som sjuksköterska få mer kunskap och förståelse för patientens upplevelse ger

insikt i hur patienten bör bemötas på bästa möjliga sätt. Denna insikt är essentiell för att kunna förstå patientens behov, lindra hans/hennes lidande och erbjuda god omvårdnad. Detta är viktigt för samtliga sjuksköterskor eftersom PTSD har hög co-morbiditet.

SYFTE

Att via litteraturen belysa faktorer som påverkar vårdpersonalens bemötande av personer med PTSD i vården som utsatts för trauma relaterat till krig.

METOD

Design

Arbetet är en litteraturstudie med kvalitativ ansats.

Urval

Inklusions- och exklusionskriterier utarbetades av författarna för att ta fram relevant litteratur som besvarade syftet. Kriterier för inklusion var: kvalitativa artiklar som behandlade personer med PTSD i ett vårdssammanhang, artiklar med fokus på flyktingar och/eller veteraner samt artiklar som publicerades mellan år 2005 och 2015. Kriterier för exklusion var: artiklar som behandlade personer yngre än 18 år, artiklar utan peer review, artiklar som inte var etiskt granskade och/eller inte förde en etisk diskussion kring resultatet, kvantitativa studier och litteraturstudier.

Artiklarna söktes fram med hjälp av databaserna CINAHL, MedLine och PubMed. Först gjordes något bredare sökningar med sökord som "post-traumatic stress disorder", varefter dessa smalnades av med hjälp av söktermen AND. Relevanta sökord som "veterans" och "refugees" användes. I CINAHL och MedLine begränsades sökningarna till artiklar med "fulltext", "peer-review" och publiceringsår 2005 – 2015. I PubMed begränsades sökningarna till "free fulltext". Enligt Rosén (2012) ska artiklar som söks fram i en litteraturstudie värderades och väljas ut i två steg; först lästes artikelabstracts och därefter lästes de artiklar med relevanta abstracts igenom i sin fullhet. Detta gjordes separat av författarna och följdes av en diskussion av innehållet. De artiklar som inte motsvarade syftet och bedömdes vara irrelevanta av båda författarna exkluderades.

Den kvalitetsgranskningsmall som användes var Checklista för kvalitativa artiklar av Forsberg och Wengström (2013). De tio artiklarna som användes i resultatet granskades separat av författarna. Se bilaga 2 för artikelmatris.

Datainsamlingsmetod

För litteraturstudien användes kvalitativa vetenskapliga artiklar. Databaserna CINAHL, MedLine och PubMed användes vid informationssökning. Se tabell 1 för söktermer och träffar.

Söktabell

Tabell 1. Söktabell

<i>Databas</i>	Sökord	Träffar	Lästa abstracts	Utvalda för genomläsning	Utvalda artiklar
CINAHL, MedLine	“Post-traumatic stress disorder” AND “veterans” AND “qualitative methods”	284	44	10	1
<i>CINAHL, MedLine</i>	“Post-traumatic stress symptoms” AND “refugees” AND “qualitative research”	149	19	8	1
CINAHL, MedLine	“Post-traumatic stress disorder” AND “veterans” AND “trust” AND “qualitative methods”	137	37	5	1
CINAHL, MedLine	“Post-traumatic stress disorder” AND “refugees” AND “experience of care” AND “communication barriers” AND “trauma”	37	17	5	1
CINAHL, MedLine	“Somali refugees meeting with health care” AND “post-traumatic stress disorder” AND “mental ill health” AND “trauma”	15	15	4	2
<i>CINAHL, MedLine</i>	“Post-traumatic stress disorder” AND “somali refugees” AND “experience of care” AND “social support” AND “qualitative research”	10	10	4	1
<i>PubMed</i>	“Post-traumatic stress syndrome” AND “health care” AND “qualitative research”	22	22	4	1
<i>CINAHL, MedLine</i>	“Post-traumatic stress disorder” AND “refugees experience of care” AND “qualitative study”	16	10	6	2

Dataanalys

På de utvalda artiklarna gjordes en kvalitativ innehållsanalys. En induktiv metod valdes då arbetets mål var att undersöka den empiriska datan med minimal förförståelse och inte efter en existerande teori (Priebe & Landström, 2012). För att besvara litteraturstudiens syfte lades fokus på likheter och skillnader mellan vårdpersonalens bemötande gentemot patienterna samt på yttre faktorer som påverkade detta bemötande. Analysen gjordes i enlighet med Henricson och Billhult (2012). De menar att analysen följer ett antal steg, där det första innebär att det insamlade datamaterialet läses i sin helhet ett flertal gånger. Detta gjordes individuellt av respektive författare minst fyra gånger. I nästföljande steg tas så kallade meningsenheter som besvarar syftet ut (Henricson & Billhult, 2012). Meningsenheter är ord med ett gemensamt budskap (Danielson, 2012). Här användes markeringspennor för understrykning av relevanta delar av texten som besvarade syftet. Detta gjordes enskilt av författarna följt av en jämförelse och diskussion. De meningsenheter som bedömdes vara relevanta av båda författarna presenterades i en kategorimatrix (Bilaga 3) som användes för att skapa överblick över innehållet vid analysen. Meningsenheterna utgjorde därefter underlag för kodning. Kod är samlingsnamn för meningsenheter i koncentrerad form och kan beskrivas med ett alternativt flera sammanhängande ord. Liknande koder kan grupperas ihop och bilda underlag för kategorisering av texten (Danielson, 2012). Koderna bearbetades gemensamt och slutligen bildades tre kategorier; *faktorer relaterade till relationen med patienten, faktorer relaterade till vården och sociokulturella faktorer.*

Etiska aspekter

För att öka en litteraturstudies tillförlitlighet menar Forsberg och Wengström (2013); Wallengren och Henricson (2012) att det är viktigt att endast använda artiklar som har godkänts av en etisk kommitté alternativt artiklar som noggrant diskuterar etiska överväganden. Denna studie behandlar inte etiska överväganden då de ingående studierna redan har etiskt tillstånd; deltagarna har godkänt sitt deltagande och har aidentifierats sedan tidigare.

Enligt Malmquist (2004) kan författarnas bias riskera studiens objektivitet. Här benämner Vetenskapsrådet (2011) manipulering och fabricering av data under forskningsprocessen samt förvanskning och uteslutning av data vid rapportering som forskningsfusks. Eftersom författarna inte har någon lojalitets- eller intressekonflikt i ämnet har detta undvikits i högsta möjliga mån.

Artiklarna som formade studiens resultat lästes i sin helhet och sammanställdes så sanningsenligt som möjligt. Tyngd lades på korrekt referenshantering för att tydliggöra vem som skrivit vad. Vid problematiska översättningar från engelska till svenska användes digitala lexikon.

RESULTAT

Här presenteras tre kategorier som påverkar vårdpersonalens bemötande av patienter med PTSD; faktorer relaterade till relationen med patienten, faktorer relaterade till vården och sociokulturella faktorer. Faktorer relaterade till relationen med patienten handlar om relationen vårdpersonalen och patienten emellan, och här är bland annat tillit, stöd, uppmärksamhet och att få känna sig ”normal” av betydelse. Faktorer relaterade till vården tar bland annat upp tidsbrist och individanpassad vård. Sociokulturella faktorer hänvisar till patientens sociala omgivning, kultur och genus samt kommunikationen patienten och vårdpersonalen emellan.

Faktorer relaterade till relationen med patienten

I analysen framkom att det måste finnas en relation vårdpersonal och veteran emellan för ett fungerande möte (Ajdukovic et al., 2013; Ganzini et al., 2013; Matson Alcaras & Roper, 2006). Veteraner ansåg att nära och personliga relationer fulla med omtanke, tillit, stöd, motivation och acceptans var primära för tillfrisknande (Ajdukovic et al., 2013). Vårdpersonal som utvecklade relationer på ett djupare och mer informellt plan ansågs vara extra viktiga källor för stöd, uppmuntran och bekräftelse, vilket fick veteranerna att känna sig respekterade och värdefulla (ibid.) Veteraner uttryckte att brist på en bekväm, tillitsfull och kontinuerlig relation var en barriär till ett fungerande vårdmöte (Ganzini et al., 2013). Veteraner ville inte prata med vårdpersonal som dem inte hade utvecklat en relation till och inte visste någonting om. I de fall sådan vårdpersonal frågade om krig, trauma och stress uppfattades detta som att en främling inkräktade på veteranernas privatliv (ibid.). Veteraner upplevde också att tidigare vårderfarenheter hade stor influens på framtida vårdmöten (Matson Alcaras & Roper, 2006). Vårdmöten som uppfattades som negativa kunde leda till misstro gentemot vården, vilket i värsta fall kunde leda till att veteranerna slutade söka sig till vården trots att de hade problem och var i behov av hjälp. Detta orsakades främst av att veteranerna upplevde att vården inte kunde hjälpa dem (ibid.).

Flyktingar menade att det måste finnas en relation innan man kan berätta sin historia (Shannon, O'Dougherty & Mehta, 2012). I de fall flyktingar och vårdpersonal hade jobbat ihop under lång tid utvecklades en stark och jämlik relation samtidigt som kommunikation och samarbete underlättades. Flyktingarna uppfattade dessa vårdmöten som säkra platser att dela sina känslor och problem (Stewart et al., 2012). Flyktingarna ansåg också att tillit till vårdpersonalens kompetens och deras tydliga engagemang var viktigt (Ajdukovic et al., 2013). Samtidigt sökte de sällan professionell hjälp på grund av bristande tillit och rädsla för att konfidentialiteten skulle brytas; de var rädda för att alla skulle veta om att de hade mental ohälsa (Djuretic, Crawford & Weaver, 2007). Somaliska flyktingar litade inte heller på svensk sjukvård, detta för att sjukvården tillämpade andra behandlingsmetoder än de dem var vana med (Johnsdotter, Ingvarsdotter, Östman & Carbom, 2011). Vissa flyktingar var dock skeptiska till traditionella somaliska behandlingsmetoder och hade därför full tilltro till svenska behandlingsmetoder (ibid.).

Flyktingar var också obekväma med att prata om krig och trauma, de ville att vårdpersonalen skulle inleda diskussionen (Shannon et al., 2012). Samtidigt hade majoriteten av flyktingarna ett uttalat informationsbehov och en stark vilja att lära sig mer om sin sjukdom, och uppskattade därför när vårdpersonal förmedlade denna kunskap (ibid.). Många flyktingar var dock inte nöjda med uppmärksamheten de fick; de tyckte att vårdpersonalen inte la ner tillräckligt med uppmärksamhet och tid på deras komplexa behov (Djuretic et al., 2007). Att känna sig viktig uppfattades som hjälpsamt hos både flyktingar och veteraner; att få lov att kontakta vårdpersonal när helst på dygnet hade denna effekt (Ajdukovic et al., 2013). Flyktingarna och veteranerna upplevde också lättnad när vårdpersonalen förklarade att dess problem var "normala" (ibid.). Denna normalisering av traumasymtom hjälpte flyktingarna på så sätt att de fick förklarat för sig att de kämpade med behandlingsbara symtom, och inte "höll på att bli galna" som många trodde (Shannon et al., 2012).

Vidare lyftes betydelsen av stöd; stöd ansågs ha en läkande kraft (Stewart, Simich, Shizha, Makumbe & Makwarimba, 2012) och var den oftast nämnda faktorn för tillfrisknande hos både veteraner och flyktingar (Ajdukovic et al., 2013). Vårdpersonal var en källa till stöd, dels informativt men även socialt och emotionellt stöd (Stewart et al., 2012). I de fall veteraner inte uppfattades vara redo för kontinuerlig hälso- och sjukvårdskontakt och behandling, blev vårdpersonalens primära funktion att motivera, uppmuntra och skapa en vilja hos dem (Cook

et al., 2013). Brist på motivation var vanligt förekommande och veteraner sökte endast vård då dess motivation var större än motviljan (Matson Alcares & Roper, 2006).

Faktorer relaterade till vården

I fem artiklar framkom behov av att individanpassa vården (Ajdukovic et al., 2013; Cook et al., 2013; Ganzini et al., 2013; Johnsdotter et al., 2011; Shannon et al., 2012). Vissa veteraner hade behov av att prata ofta och med vem helst som lyssnade; de ville bearbeta sina erfarenheter och inte springa iväg från dem (Ajdukovic et al., 2013). Andra veteraner tyckte det var jobbigt att prata då detta tog fram gamla minnen; dessa veteraner såg vårdmöten som smärtsamma påminnelser av tidigare erfarenheter (Ganzini et al., 2013). Vissa såg inga fördelar med att prata; de ansåg att samtal inte skulle förändra något förutom att göra dem upprörda (Ajdukovic et al., 2013). Resterande ville endast prata med veteraner som tjänstgjort i samma militärenhet, detta för att de uppfattades vara de enda som kunde förstå och sätta sig in i deras situation (ibid.). Många veteraner var också kritiska till de långa behandlingsprogram som erbjöds, de efterfrågade korta och fokuserade behandlingsalternativ som gjorde det möjligt för dem att gå vidare med sina liv fortare. På grund av detta utformades kortare behandlingsprogram, varav ett ägde rum ett par eftermiddagar i veckan (Cook et al., 2013). Utöver detta lyfte veteranerna behovet av att individanpassa informationen som gavs samt att säkerställa att individen förstod informationen (Ganzini et al., 2013).

De flesta flyktingar ville prata om krig och trauma (Johnsdotter et al., 2011; Shannon et al., 2012). En betydligt mindre grupp flyktingar ville inte prata; de ville inte ta fram dåliga minnen (Shannon et al., 2012). Många flyktingar föredrog att prata med informella nätverk som vänner och familj som hade varit med om samma saker; de menade att de kunde förstå och relatera till varandra på ett sätt som vårdpersonalen inte kunde. De benämnde varandra som varandras psykologer och dessa sociala nätverk var den viktigaste strategin till att hantera mental ohälsa (Johnsdotter et al., 2011). Flyktingarna upplevde också att vårdpersonalen hade brist på tid; i en artikel uppfattade flyktingarna tiden för kliniska besök som för kort i största allmänhet (Djuretic et al., 2007) och i en annan uppfattade flyktingarna tiden som för kort för att kunna diskutera komplexa frågor (Stewart et al., 2012). Vårdpersonal menade att de hade otillräckligt med tid för att kunna erbjuda fullständig vård till flyktingar som talade andra språk än de själva (Jensen, Norredam, Priebe & Krasnik, 2013). Flyktingar beskrev vårdpersonal som upptagen och frånvarande och de gånger tolk användes beskrevs även han

som upptagen (Shannon et al., 2012). När vårdpersonalen inte upplevdes ha tid till att lyssna, valde flyktingarna att inte ta upp trauma och stress. Flera uttryckte dock en vilja att prata med vårdpersonalen om trauma och stress om tid funnits (ibid.).

Veteranerna upplevde också att vårdpersonalen hade brist på tid; de uppfattade vårdpersonalens frågor som för korta och enkla för att ge veteranerna möjlighet till att klargöra tankar och svara på ett sätt som reflekterade komplexiteten med deras erfarenheter. Veteranerna uttryckte ett behov av öppna frågor i motsats till dessa ja och nej frågor (Ganzini et al., 2013). Samtidigt menade vårdpersonalen att veteranerna skulle ges tid och möjlighet till att klargöra tankar (ibid.). Veteranerna upplevde också ofta att de fick svara på samma frågor vid hälso- och sjukvårdsbesök; de upplevde luckor i kommunikation och samverkan vårdpersonal emellan, vilket ledde till frustration och en känsla av hopplöshet om att få den psykiska hjälp de behövde (Ganzini et al., 2013). Detta skapade onödigt lidande hos veteranerna; veteranerna menade att de skulle föredra att vårdpersonal bröt konfidentialiteten och pratade om veteranerna med varandra så att veteranerna inte behövde återupprepa sig (ibid.). Vårdpersonal menade att vård, bemötande och behandling av krigsveteraner med PTSD kräver mer samverkan och samarbete vårdgivare emellan (Cook et al., 2013).

Sociokulturella faktorer

Mental ohälsa var något som veteraner ville hålla för sig själva; de menade att det var skamligt att visa att man inte mår bra (Cook et al., 2013; Djuretic et al., 2007; Ganzini et al., 2013; Johnsdotter et al., 2011). Vissa veteraner sökte sig inte till vården eftersom detta uppfattades vara ett tecken på svaghet (Cook et al., 2013). Veteraner var också kritiska till vårdpersonalens användande av medicinskt språk, vilket veteranerna förstod delvis eller inte alls. Veteranerna såg det som positivt när vårdpersonal använde ett enkelt och direkt språk utan medicinska termer (Ganzini et al., 2013; Johnsdotter et al., 2011).

Ett språkrelaterat problem som framkom var då flyktingar och vårdpersonal inte talade samma språk (Ajdukovic et al., 2013; Djuretic et al., 2007; Jensen et al., 2013; Johnsdotter et al., 2011). Vårdpersonalen såg konversationen med patienterna som sitt främsta redskap i vården och i de fall kommunikationen fallerade upplevde vårdpersonalen att vården de gav blev sämre (Jensen et al., 2013). Vårdpersonalen upplevde ett bättre möte när en professionell tolk användes då han/hon hade en bättre förmåga att översätta medicinska termer.

Flyktingarna föredrog dock att tolka inom familjen (ibid.), men tyckte det var som mest

hjälp samt att få prata med vårdpersonal på sitt modersmål (Ajdukovic et al., 2013; Jensen et al., 2013; Johnsdotter et al., 2011).

I en studie beskrevs mental ohälsa i andra termer än de som flyktingarna var vana med; enligt flertalet somaliska flyktingar berodde mental ohälsa på andar som hade besatt dem (Johnsdotter et al., 2011; Svenberg et al., 2009). Samtidigt betonade vårdpersonal vikten av att förstå den bakomliggande orsaken till flyktingarnas posttraumatiska stress, liksom flyktingarnas upplevelse av denna stress. Vårdpersonalen menade att denna kunskap hade betydelse för ett bra bemötande (Jensen et al., 2013). Den västerländska behandlingen av mental ohälsa bestod främst av medicinering med psykofarmaka, medan den traditionella somaliska behandlingen bestod av högläsning av Koranen (Johnsdotter et al., 2011; Shannon et al., 2012; Svenberg et al., 2009). På grund av skilda syner hade de somaliska flyktingarna andra förväntningar och erfarenheter av vad som var rätt vård, samtidigt som vårdpersonalen hade svårt för att förstå flyktingarnas behov, perspektiv och erfarenheter av mental ohälsa (ibid.). Detta orsakade att många av somalierna såg det som en sista utväg att söka sig till sjukvården (Johnsdotter et al., 2011).

Synen på vårdpersonal skilde sig också mellan den västerländska och somaliska och sudanska kulturen, framförallt vad gäller synen på läkare. Läkare framkom vara väldigt respekterade i somalisk och sudansk kultur, anledning till varför flyktingarna inte ställde frågor till läkarna utan förväntade att läkarna skulle ställa alla frågor till dem (Shannon et al., 2012). Majoriteten av flyktingarna rapporterade dock att läkarna aldrig hade frågat dem om krig och trauma (ibid.). Samtidigt visades mental ohälsa vara kraftigt stigmatiserad och något som de flesta flyktingar inte ville prata om (Djuretic et al., 2007; Johnsdotter et al., 2011). Vissa flyktingar kände dock en frigörelse när de kom till västvärlden, då de kände att de kunde prata fritt om mental ohälsa och söka lämplig hjälp där (Djuretic et al., 2007).

Slutligen observerades ett flertal skillnader mellan manliga och kvinnliga flyktingar. Kvinnliga flyktingar var motvilliga till att inleda diskussioner om mental ohälsa med vårdpersonal, men gjorde detta i större utsträckning än manliga flyktingar (Shannon et al., 2012). Flera kvinnliga flyktingar pratade frivilligt om sin mentala ohälsa och sätt att söka hjälp med vårdpersonal, medan flertalet manliga flyktingar uttryckte starka åsikter om att inte kunna göra detta då de skulle uppfattas som svaga och sårbara (Djuretic et al., 2007). Manliga flyktingar var också skeptiska till fördelarna med att prata om krig och dess påverkan på

mental hälsa, samtidigt som de tyckte mental ohälsa var irrelevant att ta upp vid kliniska besök (Shannon et al., 2012).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Målet med denna studie var att belysa faktorer som påverkar vårdpersonalens bemötande av krigsveteraner och flyktingar med PTSD i vården. Litteraturstudie valdes som metod för att skapa en överblick över det nuvarande forskningsläget på området, vilket enligt Rosén (2012) är syftet med en litteraturstudie. Enligt Henricson och Billhult (2012) studerar kvalitativa artiklar personers levda erfarenheter av ett fenomen, vilket författarna ansåg vara mest relevant för att besvara syftet och därför inkluderades enbart kvalitativa artiklar i studien. Gränsen för publikationstiden sattes mellan år 2005 och 2015 då båda författarna ansåg att detta skulle ge tillräckligt mycket material för att göra arbetet relevant samtidigt som data blir mindre relevant med tiden (Karlsson, 2012). Författarna är medvetna om att viktig data kan ha uteslutits på grund av begränsningar i tidsspannet, vilket kan ses som en svaghet i studien. Under samtliga sökningar användes alternativet "fulltext" för att få fram hela artiklar, något som enligt Östlund (2012) också kan leda till att viktiga artiklar förbigås i sökningen. Trots detta valde författarna att använda "fulltext" eftersom tiden inte ansågs räcka till för att beställa artiklar.

Vid sökningar i CINAHL/Medline användes sökalternativet "peer reviewed", vilket avgränsade sökningarna till verk som genomgått en oberoende granskning. Sådana verk är oftast publicerade i vetenskapliga tidskrifter och har en större vetenskaplig relevans än artiklar utan "peer review" (Östlund, 2012). Litteratursökningen går att reproducera genom att använda söktabellen (Tabell 1). Alla använda artiklar redovisas i en artikelmatris (Bilaga 2) för enkel översikt. En sådan översikt bidrar enligt Rosén (2012) till ökad reliabilitet och reproducerbarhet.

I detta arbete redovisas datainsamlingsmetoden detaljerat i metodavsnittet, vilket enligt Henricson (2012) ökar reliabiliteten och trovärdigheten i arbetet. För att öka den vetenskapliga kvaliteten beskriver Wallengren och Henricson (2012) att analysen av studien bör vara tydligt redovisad. För att åstadkomma detta har artiklarna i studiens resultat tagits fram enligt tydliga inklusions- och exklusionskriterier. Vidare har analysmetoden beskrivits ingående och en kategorimatris (Bilaga 3) har skapats för att ge en överblick över de

meningsenheter som har format arbetets centrala kategorier. Författarna är medvetna om att egen förförståelse av forskningsfrågan kan förvränga resultatet, och strävade därför efter att med stor öppenhet och ett objektivt synsätt uppnå korrekta slutsatser och resultat utan att förvränga eller plagiera data och resultat, vilket enligt Segersten (2012) är ett sätt att uppnå god forskningsetik.

De artiklar som användes i studien kvalitetsgranskades separat av båda författarna med hjälp av en granskningsmall av Forsberg och Wengström (2013). Mallen utnyttjade ett poängsystem som graderade artiklarna utefter deras innehåll (Bilaga 4). Samtliga artiklar bedömdes av båda författarna uppfylla en hög kvalitetsgrad i enlighet med de riktlinjer som satts av Forsberg och Wengström. Kjellström (2012) skriver att svagheten med sådan granskning är att studenter ibland har en begränsad förmåga att förstå och bedöma innehållet i vetenskapliga studier på ett bra sätt, vilket bland annat beror på bristande kunskaper inom metodologi. Eftersom båda författarna är studenter utan tidigare erfarenhet av denna typ av kvalitetsgranskning kan detta ses som en svaghet i arbetet. Båda författarna kom dock fram till nästan identiska resultat vid kvalitetsgranskning vilket minskar svagheten. Arbetet är baserat på engelskspråkiga artiklar vilket även detta skapar en svaghet då syftnings- och översättningsfel kan förekomma (ibid.).

Kvalitativa studier har ofta en liten studiegrupp och är baserade på personliga upplevelser, varför det kan anses vara svårt att överföra resultatet från en grupp till en annan (Henricson & Billhult, 2012). I denna studie ingår dock flera studier med förhållandevis högt antal studiedeltagare; tre artiklar med cirka 50 deltagare (Ajdukovic et al., 2013; Shannon et al., 2012; Stewart et al., 2012) och en artikel med 263 deltagare (Cook et al., 2013). Denna studie har även fördelen att den undersöker olika grupper individer som har genomlevt krig; veteraner och flyktingar, varav en av artiklarna behandlar båda grupperna. Samtidigt är gruppernas liksom respektive individs förutsättningar och behov väldigt olika. Medan veteraner med PTSD ofta får behandling i form av olika specialutformade behandlingsprogram (Cook et al., 2013; Greenberg, Langston, Iversen & Wessely, 2011; Jeffreys et al., 2010; Walker, 2010), har flyktingar ofta svårt att få vård och söker enbart för de symtom de känner av som till exempel huvudvärk, sömnsvårigheter, smärta, depression, missbruk och självskadebeteende, vilket gör diagnosen svårare att identifiera hos flyktingar (Sareen, 2014). På grund av veteranernas och flyktingarnas olika förutsättningar för behandling finns svårigheter med att sammanföra de till en homogen grupp (Mabey & van

Servellen, 2014; Sareen, 2014). Denna svårighet kan verka vara en svaghet i arbetet då det kan tyckas att resultaten från de olika grupperna kan vara svåra att förena och dra slutsatser från. I detta arbetets resultat redovisades dock att många faktorer som påverkade bemötandet var väldigt lika mellan grupperna. Detta tillsammans med några av artiklarnas stora populationer medför en stor bredd i resultatet. Henricson och Billhult (2012) beskriver att i studier med kvalitativ design är det viktigt att beskriva fenomen med största möjliga variation för att kunna besvara forskningsfrågan på korrekt sätt. Därmed är denna bred en styrka i arbetet snarare än en svaghet då det går att överföra på en större population än om studien fokuserat på en av grupperna.

Slutligen har litteraturstudien genomgått kritiska granskningar av handledare och kurskamrater på seminarium, vilket enligt Henricson (2012) stärker trovärdigheten i arbetet.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att belysa faktorer som påverkar vårdpersonalens bemötande av krigsveteraner och flyktingar med PTSD i vården, i hopp om att lindra lidande och främja hälsa hos denna patientgrupp. Ett gott samspel mellan vårdpersonal och flykting/veteran utgjorde basen för en fungerande relation. Vidare visades organisatoriska faktorer i vården och sociokulturellt perspektiv ha influens på bemötandet flyktingarna och krigsveteranerna erhö. Nedan diskuteras resultatet i förhållande till vetenskaplig litteratur.

Detta arbete beskriver relationen mellan veteranerna/flyktingarna och vårdpersonalen som en central del i bemötandet. Enligt resultatet upplevdes relationer med tillit, stöd, acceptans, motivation och uppmuntran som bäst av både veteraner och flyktingar. Detta stärks av Sareen (2014); Zatzick et al. (2007) som beskriver att en god relation är grundläggande för att skapa förståelse för patientens situation, vilket de beskriver som avgörande för att kunna ge korrekt vård. Förståelse för patientens situation fås genom att patienten uppmuntras att berätta om sig själv, sina föreställningar och erfarenheter, vilket enligt Baggens och Sandén (2014) är grundläggande för personcentrerad vård. Att personen sätts i centrum är en förutsättning för vårdmötet och den goda omvårdnaden (ibid.). Anells et al. (2010) skriver också att vårdpersonal kan uppleva att vården underlättas när de har en fungerande relation med patienten. Vidare visade denna studie att vårdpersonal har en viktig uppgift att genom relationen ge stöd till både veteraner och flyktingar. Olika former av stöd beskrivs även av Greenberg et al. (2011); Walker (2010) som viktigt, vilket tydligt förstärker denna slutsats. Sareen (2014); Sundelin-Wahlsten (2001) belyser även vikten av stöd som en viktig

skyddsfaktor för personer med PTSD och hur korrekt stöd kan förhindra vidare utveckling av syndromet.

Tillit var viktigt för båda patientgrupperna då både flyktingar och veteraner var mindre benägna att söka vård om de inte litade på vårdpersonalen. Detta är viktigt att ha i beaktning då en vanlig bieffekt av PTSD är att ha mindre tillit till sin omgivning (Mabey & van Servellen, 2014). Detta kan ses som ett klart hinder i utvecklingen av en god relation eftersom både vårdpersonal och patienter bör vara öppna mot varandra för att relationen ska fungera vårdande (Ajdukovic et al., 2013; Cook et al., 2013; Sareen, 2014; Shannon et al., 2012; Zatsick et al., 2007). Zatsick et al. (2007) belyser vikten av att studera relationen mellan vårdpersonal och flyktingar/veteraner med PTSD då lite empirisk data finns på området idag samtidigt som det finns behov av ökad förståelse för hur relationen ska utformas för att vara så givande som möjligt.

Resultatet visade också att flyktingarna och veteranerna upplevde lättnad när vårdpersonalen förklarade att dess problem var "normala" och att de inte "höll på att bli galna" som många trodde. Leishman (2006) menar dock att det är svårt att avgöra vad som är normalt och abnormalt beteende; vad som ses som normalt i en kultur kan vara avvikande i en annan. Leishman menar att detta kan försvåra normaliseringen av traumasymtom och att det i dessa sammanhang är viktigt att förstå kultur och dess påverkan på hälsosyn och hälsobeteende. Att se vilken typ av patient man har framför sig och ta hänsyn till hans/hennes kultur är av betydelse (ibid.). I resultatet identifierades också skam och stigma vara barriärer till att prata om mental ohälsa; även här var veteranerna och flyktingarna rädda för att bli märkta som "galna". Med upplevd stigma menas en individs rädsla och skam för att bli behandlad på ett dåligt sätt på grund av att han/hon tillhör en marginaliserad grupp (Jeffries et al., 2015). Enligt Walker (2010) avråder stigma 50 procent av de veteraner som erfarit traumatiska händelser och utvecklat mental ohälsa som följd från att söka hjälp. Walker menar att veteranerna delar kulturella värderingar som likställer emotionell stress med svaghet, vilket gör det svårt för dem att söka vård för mental ohälsa. Jeffreys et al. (2010) menar att vårdpersonal bör sätta in åtgärder som lättar känslan av skam och får veteranerna att känna sig värdiga och "normala". Här lyfter Jeffreys et al. betydelsen av att normalisera patientens traumasymtom och förklara att han/hon inte är ensam, att andra befinner sig i samma situation. Slutligen skriver Greenberg et al. (2011) att negativa attityder, inklusive stigma, är utspridda i samhället i störta allmänhet. Med stigma i samhället menas nedvärdering av marginaliserade grupper på grund

av uppfattningar om att de besitter socialt opassande särdrag (Jeffries et al., 2015). Greenberg et al. menar att stigma är en signifikant barriär till vård av mental ohälsa; stigma avråder inte uteslutande personer med PTSD från att söka vård. Avstigmatiseringen och normaliseringen som äger rum inom hälso- och sjukvården är av betydelse men anses inte vara tillräcklig för att förändra de negativa attityderna i samhället i stort (Greenberg et al., 2011).

Vidare visade resultatet på att kvinnor pratade om mental ohälsa med vårdpersonal i större utsträckning än män. Enligt Frans et al. (2005); Glaesmer et al. (2012); Sareen (2014) förekommer dock ångest, stress och lidande i större omfattning hos kvinnor än hos män, vilket innebär att de har ökad risk att utveckla PTSD än män. PTSD är följaktligen vanligare hos kvinnor, detta trots att män har utsatts för trauma i större omfattning än kvinnor (ibid.). Därför kan kvinnor verka prata om mental ohälsa med vårdpersonal mer än män, när kvinnorna egentligen är överrepresenterade inom vården för PTSD (ibid.). Detta gäller dock inte inom vården av veteraner då det finns fler manliga veteraner än kvinnliga (Cook et al., 2013; Ganzini et al., 2013; Greenberg et al., 2011; Jeffreys et al., 2010; Matson Alcaras & Roper, 2006; Walker, 2010).

Vårdpersonalens brist på tid var återkommande i resultatet. Detta framkom även i en artikel av Jeffreys et al. (2010) där veteraner upplevde att vårdpersonal stressade dem på grund av tidsbrist, vilket identifierades som en barriär till att söka vård och prata om trauma. Miljöer som tillät tillräckligt med tid och skyddade veteranernas integritet hade en betydande roll för samtal om krig och stress (ibid.). Moderniseringen av hälso- och sjukvården har ofta anklagats resultera i bristande tillgång och användning av tid; tiden har alltmer likställts med kostnader och effektivitet (Chan, Jones & Wong, 2013). Samtidigt har Internet och teknologisk utveckling resulterat i kunnigare patienter med högre krav och mer komplexa behov, vilket följaktligen har ställt högre krav på dokumentering och rapportering (Duffield, Gardner & Catling-Paull, 2008). Duffield et al. menar att dessa krav lämnar mindre tid till patientnära verksamhet. Det finns ett tydligt förhållande mellan mängd tid tillgänglig och kvalitet på omvårdnad; tidsbristen är en av de viktigaste influenserna på sjukvårdspersonalens beteende (Chan et al., 2013). Enligt Duffield et al. (2008) beror tidsbristen bland annat på onödigt dubbelrapportering och otillräcklig delegering. Duffield et al. menar dock att större och fler åtgärder krävs för att tidsbristen ska åtgärdas. Slutligen menar Chan et al. (2013); Duffield et al. (2008) att det finns en generell tidsbrist i hälso- och sjukvården som helhet, och

att inte endast personer med PTSD drabbas. Ansvaret för att minska tidsbristen ligger därför inte endast hos vården av personer med PTSD; en eventuell förbättring kräver planering, samarbete och samverkan inom och mellan olika instanser (Chan et al., 2013; Cook et al., 2013; Duffield et al., 2008).

Slutligen var vissa veteraner/flyktingar inte villiga att tala om de traumatiserande händelserna som de utsatts för medan andra veteraner och flyktingar var villiga att prata om de traumatiserande händelserna. Detta belyser vikten av att individanpassa vården för dessa patienter. Detta lyfts även Jeffreys et al. (2010) som förklarar att vissa veteraner vill att vårdpersonal ska fråga om deras trauma samtidigt som andra undviker att diskutera ämnet. Enligt Jaffe och Schub (2014) undviker dock många att tala om trauma då undvikande av samtal, tankar och känslor som förknippas med traumat är ett av diagnoskriterierna för PTSD (Bilaga 1). Vidare beskriver Jeffreys et al. (2010) rädsla för att bli misstrodd och bristande tillit till vårdpersonal som vanliga hinder till att tala om mental ohälsa. Anderson, Renner och Danis (2012); Jeffreys et al. (2010) förklarar att den vanligaste anledningen till att traumatiserade personer vill prata om sina trauman är att de vill bearbeta händelserna, något som hjälper vissa personer med PTSD. Detta medför ett starkt behov av att individanpassa bemötandet och vården av dessa patienter eftersom olika patienter önskar fokusera på olika saker. Detta stärks av Mabey och van Servellen (2013) som menar att det inte finns en behandling som passar alla patienter. Genom personcentrerad vård, där patienten uppmuntras att berätta om sina erfarenheter, behov och önskningar, kan vården och bemötandet utformas individuellt i enlighet med patientens önskemål. På så sätt blir personcentrerad vård nyckeln till individanpassad vård och individanpassat bemötande (Snellman, 2014).

Slutsats

Syftet med studien var att belysa faktorer som påverkar vårdpersonalens bemötande av personer med PTSD i vården med trauma relaterat till krig och resultatet pekar på att vårdgivare och vårdpersonal har stor influens på vårdmötet. Patienternas inställning till vårdmötet samt hur de går in i detta är också av betydelse. Vårdpersonal och patienter bär på olika erfarenheter och kommer från olika bakgrunder, vilket också påverkar bemötandet och relationen vårdpersonalen och patienterna emellan. Vården och bemötandet bör därför, via personcentrerad vård, individanpassas utifrån respektive patients preferenser. Resultatet visar att vissa patienter erhåller otillräcklig vård, bristande bemötande och utsätts för onödigt lidande, medan andra får den hjälp de behöver och önskar. Genom att ge insikt i

vårdpersonalens bemötande av personer med PTSD hoppas författarna att detta arbete bidrar till att lindra patientgruppens lidande och främja dess hälsa, samtidigt som det motiverar till vidare forskning.

Klinisk betydelse

Birkler (2007) lyfter betydelsen av att tillämpa personcentrerad vård genom att förstå patientens upplevelse för att därigenom kunna förstå dennes behov. Förståelse av de behov personer med PTSD uttrycker kan hjälpa forma fler generella omvårdnadsåtgärder riktade till patientgruppen i helhet, samt vägleda utformning av individanpassade åtgärder till respektive patient (Bellini, 2009). Under litteratursökningen noterades en stor brist på kvalitativa studier inom PTSD, vilket visar på att det finns behov av vidare forskning samt behov av att samla tillgänglig forskning. Författarnas förhoppningar är att arbetet dels medvetandegör vikten av ett gott bemötande mot denna patientgrupp, dels används som grund för vidare forskning på området.

Förslag på vidare forskning

PTSD är ett forskningsområde som främst fokuserar på att beskriva specifika grupper med PTSD eller redovisa resultat för nya behandlingsformer. Det finns behov av vidare forskning som undersöker relationen mellan vårdpersonal och personer med PTSD, vilken betydelse den har för vården och hur den bäst kan användas. Eftersom patienter med PTSD förekommer inom alla vårdinstanser är denna forskning viktig för all vårdpersonal. Ett stort problem ligger i att PTSD är svårt att upptäcka och att de drabbade inte alltid söker sig till vården. Detta försvårar forskningen men bidrar även till ett behov av kunskap om hur vården ska locka personer med PTSD till att söka vård för sina problem. Sammanfattningsvis krävs mer forskning inom området PTSD, hur man får patienter att söka vård för sina psykiska problem och betydelsen av relationen mellan patienter och vårdpersonal.

Författarnas insatser

Båda författarna har träffats på vardagar mellan klockan 09:00 och 15:00 och arbetat gemensamt. Arbetet utformades gemensamt av författarna genom diskussioner av arbetets riktning och innehåll och kritisk genomgång av det som skrivits samt korrigerings av texten tills författarna nådde konsensus om att textens utformning var godtagbar. Samtliga artiklar som användes genomlästes flertalet gånger av båda författarna, båda författarna utförde var sin kvalitetsgranskning av alla artiklar som användes i resultatet och analysen av materialet

utfördes gemensamt. För att underlätta skrivarbetet användes tjänsten Google Docs som tillät författarna skriva på samma dokument samtidigt. Arbetet skedde dock i samma rum för att underlätta diskussion författarna emellan.

REFERENSER

*Artiklar som användes i resultatet.

*Ajdukovic, D., Ajdukovic, D., Bogic, M., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., Kucukalic, A., & ... Priebe, S. (2013). Recovery from Posttraumatic Stress Symptoms: A Qualitative Study of Attributions in Survivors of War. *Plos ONE*, 8(8), 1-12. doi:10.1371/journal.pone.0070579

Anderson, K. M., Renner, L. M., & Danis, F. S. (2012). Recovery: Resilience and growth in the aftermath of domestic violence. *Violence against Women*, 18(11), 1279-1299.

doi:10.1177/1077801212470543

Anells, M., Allen, J., Nunn, R., Lang, L., Petrie, E., Clark, E., & ... Robins, A. (2011). An evaluation of a mental health screening and referral pathway for community nursing care: Nurses' and general practitioners' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 214-226.

doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03275.x

Baggens, C., & Sandén, I. (2014). Omvårdnad genom kommunikativa handlingar. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (2. uppl., s. 507-537). Lund: Studentlitteratur.

Bellini, S. (2009). NICU families and PTSD: Handle with care. *Nursing for Women's Health*, 13(5), 422-426. doi: 10.1111/j.1751-486X.2009.01461.x

Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad: Etik och människosyn*. Stockholm: Liber.

Bäärnhielm, S. (2013). Möten i den mångkulturella vården. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården* (2. uppl., s. 313-334). Lund: Studentlitteratur.

Chan, E. A., Jones, A., & Wong, K. (2013). The relationships between communication, care and time are intertwined: A narrative inquiry exploring the impact of time on registered nurses' work. *Journal of Advanced Nursing*, 69(9), 2020-2029. doi:10.1111/jan.12064

*Cook, J. M., Dinnen, S., O'Donnell, C., Bernardy, N., Rosenheck, R., & Hoff, R. (2013). Iraq and Afghanistan Veterans: National Findings from VA Residential Treatment Programs. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 76(1), 18-31.

doi:10.1521/psyc.2013.76.1.18

Danielson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 329-343). Lund: Studentlitteratur.

*Djuretic, T., Crawford, M., & Weaver, T. (2007). Role of qualitative research to inform design of epidemiological studies: A cohort study of mental health of migrants from the former Yugoslavia. *Journal of Mental Health, 16*(6), 743-755.

Duffield, C., Gardner, G., & Catling-Paull, C. (2008). Nursing work and the use of nursing time. *Journal of Clinical Nursing, 17*(24), 3269-3274. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02637.x

Echeverri, P. (2010). *Bemötandeboken*. Stockholm: Norstedts.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (3. uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.

Frans, Ö., Rimmö, P.-A., Åberg, L., & Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 111*, 291–299. doi:10.1111/j.1600-0447.2004.00463.x

Försvarsmakten. (2015). *Personalsiffror, pågående militära insatser*. Hämtad 30 april, 2015, från Försvarsmakten, <http://www.forsvarsmakten.se/sv/var-verksamhet/internationella-insatser/personalsiffror-internationella-insatserna/>

*Ganzini, L., Denneson, L., Press, N., Bair, M., Helmer, D., Poat, J., & Dobscha, S. (2013). Trust is the Basis for Effective Suicide Risk Screening and Assessment in Veterans. *JGIM: Journal of General Internal Medicine, 28*(9), 1215-1221. doi:10.1007/s11606-013-2412-6

Gardner, A. J., & Griffiths, J. (2014). Propranolol, post-traumatic stress disorder, and intensive care: Incorporating new advances in psychiatry into the ICU. *Critical Care, 18*.

Glaesmer, H., Kaiser, M., Bräehler, E., Freyberger, H. J., & Kuwert, P. (2012). Posttraumatic stress disorder and its comorbidity with depression and somatization in the elderly: A German community-based study. *Aging & Mental Health, 16*(4), 403-412. doi:10.1080/13607863.2011.615740

Greenberg, N., Langston, V., Iversen, A. C., & Wessely, S. (2011). The acceptability of 'Trauma Risk Management' within the UK Armed Forces. *Occupational Medicine, 61*(3), 184-189.

Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 471-478). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 129-137). Lund: Studentlitteratur.

Jaffe, S, E., & Schub, T. (2014). Post-traumatic stress disorder. *CINAHL Nursing Guide*. Från <http://search.ebscohost.com/login.aspx?authtype=shib>

Jeffreys, M. D., Ruth, Q., Leibowitz, R., Finley, E., & Arar, N. (2010). Trauma disclosure to health care professionals by veterans: Clinical implications. *Military Medicine*, 175(10), 719-724.

Jeffries, W. L., Townsend, E. S., Gelaude, D. J., Torrone, E. A., Gasiorowicz, M., & Bertolli, J. (2015). HIV stigma experienced by young men who have sex with men (MSM) living with HIV infection. *AIDS Education & Prevention*, 27(1), 58-71. doi:10.1521/aeap.2015.27.1.58

*Jensen, N. K., Norredam, M., Priebe, S., & Krasnik, A. (2013). How do general practitioners experience providing care to refugees with mental health problems?: A qualitative study from Denmark. *BMC Family Practice*, 14(1), 17-25. doi:10.1186/1471-2296-14-17

*Johnsdotter, S., Ingvarsdotter, K., Ostman, M., & Carlbom, A. (2011). Koran reading and negotiation with jinn: Strategies to deal with mental ill health among Swedish Somalis. *Mental Health, Religion & Culture*, 14(8), 741-755. doi:10.1080/13674676.2010.521144

Karlsson E. K. (2012) Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 95-113). Lund: Studentlitteratur.

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69-92). Lund: Studentlitteratur.

Leishman, J. (2006). Culturally sensitive mental health care: A module for 21st century education and practice. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 11(3), 1310-1321.

Mabey, L., & van Servellen, G. (2014). Treatment of post-traumatic stress disorder in patients with severe mental illness: A review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(1), 42-50. doi:10.1111/inm.12007

Malmquist, J. (2004). *Vår metod: Ordlista*. Hämtad 5 juni, 2015, från Statens institut för medicinsk utredning, http://www.sbu.se/sv/var_metod/Ordlista/#systematiskt_fel

*Matson Alcaras, N., & Roper, J. (2006). Chest pain among combat veterans: A conceptual framework. *Military Medicine*, 171(6), 478-483.

Migrationsverket. (2015) *Inkomna ansökningar om asyl, 2014*. Hämtad 30 april, 2015, från Migrationsverket, <http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik/Oversikter-och-statistik-fran-tidigare-ar/2014.html>

Pavlakis, A., & Leondiou, I. (2014). Multicultural Nursing Education in a Multicultural Society. *International Journal of Caring Sciences*, 7(1), 32-37.

Priebe, G., & Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar: Grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 31-50). Lund: Studentlitteratur.

Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 429-445). Lund: Studentlitteratur.

Sareen, J. (2014). Posttraumatic Stress Disorder in Adults: Impact, Comorbidity, Risk Factors and Treatment. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(9), 460-467.

Segesten, K. (2012). Användbara texter. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl., s. 47-56). Lund: Studentlitteratur.

*Shannon, P., O'Dougherty, M., & Mehta, E. (2012). Refugees' perspectives on barriers to communication about trauma histories in primary care. *Mental Health in Family Medicine*, 9(1), 47-56.

Snellman, I. (2014). Vårdrelationer – En filosofisk belysning. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (2. uppl., s. 439-464). Lund: Studentlitteratur.

SOU 1997:51. *Brister i omsorg: En fråga om bemötande av äldre*. Stockholm: Fritze. Från <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/25118>

Statens institut för medicinsk utredning. (2005). *Behandling av ångestsyndrom: En litteraturöversikt* (SBU-rapport, nr171/2). Stockholm: Statens institut för medicinsk utredning.

Stier, I. (2009). *Kulturmöten: En introduktion till interkulturella studier* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

*Stewart, M., Simich, L., Shizha, E., Makumbe, K., & Makwarimba, E. (2012). Supporting African refugees in Canada: Insights from a support intervention. *Health & Social Care in the Community*, 20(5), 516-527. doi:10.1111/j.1365-2524.2012.01069.x

Sundelin-Wahlsten, V., Ahmad, A., & von Knorring, A-L. (2001). Traumatic experiences and post-traumatic stress reactions in children from Kurdistan and Sweden. *Acta Paediatrica*, 90(5), 563-568. doi:10.1111/j.1651-2227.2001.tb00799.x

*Svenberg, K., Mattsson, B., & Skott, C. (2009). 'A person of two countries'. Life and health in exile: Somali refugees in Sweden. *Anthropology & Medicine*, 16(3), 279-291. doi:10.1080/13648470903295984

Svenska akademien (2006). *Svenska akademiens ordlista över svenska språket* (13. uppl.). Stockholm: Svenska akademien.

Säljö, R. (2005). *Lärande i praktiken: Ett sociokulturellt perspektiv*. Stockholm: Norstedts akademiska förlag.

Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Walker, S. (2010). Assessing the mental health consequences of military combat in Iran and Afghanistan: A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 790-796.

Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 481-497). Lund: Studentlitteratur.

Zatzick, D. F., Russo, J., Rajotte, E., Uehara, E., Roy-Byrne, P., Ghesquire, A., & ... Rivara, F. (2007). Strengthening the Patient-Provider Relationship in the Aftermath of Physical Trauma through an Understanding of the Nature and Severity of Posttraumatic Concerns. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 70(3), 260-273.

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 57-80). Lund: Studentlitteratur.

BILAGOR

Bilaga 1. Diagnoskriterier för PTSD

PTSD diagnostiseras enligt kriterierna:

- A. Personen har varit utsatt för en traumatisk händelse, där följande ingått i bilden:
 - 1. Personen bevittnade, upplevde eller konfronterades med en händelse eller en serie händelser som innebar död, allvarlig skada eller hot om sådan skada, eller hot mot egen eller andras fysiska integritet.
 - 2. Personen reagerade med intensiv rädsla eller hjälplöshet.
- B. Den traumatiska händelsen återupplevs på ett eller fler av följande sätt:
 - 1. Återkommande, påträngande eller smärtsamma minnesbilder, tankar eller varseblivningar relaterade till händelsen.
 - 2. Regelbundna mardrömmar om händelsen.
 - 3. Handlingar eller känslor om att den traumatiska händelsen inträffar på nytt, exempelvis i form av illusioner, hallucinationer och dissociativa flash-backupplevelser.
 - 4. Intensivt fysiskt obehag inför inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen.
- C. Ständigt undvikande av stimuli som associeras med traumat och allmänt nedsatt själslig livlighet enligt tre eller fler av följande kriterier:
 - 1. Undvikande av känslor, tankar eller samtal som förknippas med traumat.
 - 2. Undvikande av platser, personer eller aktiviteter som framkallar minnen av traumat.
 - 3. Bristande förmåga att minnas någon väsentlig del av händelsen.
 - 4. Klart minskat intresse för eller delaktighet i betydelsefulla aktiviteter.
 - 5. Känsla av likgiltighet eller främlingskap inför andra människor.
 - 6. Begränsade sinnesrörelser, exempelvis oförmåga att känna kärlek.
 - 7. Känsla av att sakna framtid, till exempel inga särskilda förväntningar på karriär, äktenskap eller barn.
- D. Ihållande symtom på överspändhet, vilket indikeras av två eller fler av följande kriterier:
 - 1. Sömnsvårigheter.
 - 2. Irritabilitet eller vredesutbrott.
 - 3. Koncentrationssvårigheter.

4. Överdriven uppmärksamhet.
 5. Lättskrämdhet.
- E. Störningen orsakar signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete eller andra essentiella avseenden.
- F. Störningen har varat mer än en månad. Har symtomen varat tre månader eller längre är störningen kronisk (Jaffe & Schub, 2014).

Bilaga 2. Artikelmatris

Författare, publikationsår, land	Titel	Kvalitet	Design, datainsamlingsmetod, urval	Analysmetod	Syfte	Resultat
Ajdukovic, D et al. (2013). Bosnien, Hercegovina, Kroatien, Serbien, Italien, Tyskland, Storbritannien	Recovery from posttraumatic stress symptoms: A qualitative study of attributions in survivors of war.	Hög	Kvalitativ, semi-strukturerad intervju Vuxna flyktingar och veteraner (16-65) födda i forna Jugoslavien som upplevt krig och har eller har haft problem relaterade till PTSD. (N=43)	Deduktiv analys.	Utforska nyckelresurser och processer för vilka personer traumatiserade av krig tillskriver till deras återhämtning.	Åtta teman täckte alla faktorer som deltagarna ansåg var viktiga för deras återhämtning. Sex teman beskrev läkande faktorer relevanta för båda grupperna: social tillhörighet och stöd, strategier för att handskas med symtom, personlighetshårdighet, psykiatrisk vård, mottaget materiellt stöd och normalisering av det dagliga livet. För vissa var även samhällsinvolvering och lösande av samhällsstatus som läkande.
Cook, J. M., Dinnen, S., O'Donnel, C., Bernardy, N., Rosenhack, M., & Desai, R. (2013). USA	Iraq and Afganistan veterans: National findings from VA residential treatment program.	Hög	Kvalitativ, semi-strukturerad intervju. Personal som arbetar med PTSD-behandlingsprogram med anknytning till Amerikanska "Veterans Affairs" (VA). (N=267)	Grounded theory, deduktiv analys.	1) Rapportera de problem som vårdpersonal som arbetar på vårdhem för PTSD möter vid behandling av krigsveteraner från Afghanistan och Irak. 2) Notera de lösningar vårdpersonalen använder.	Problem som stöttes på och diskuterades: veteraners PTSD symtom var råa (nydebuterade och påverkade av andra sjukdomar), veteranerna hade breda återställningsproblem, bristande beredskap för vårdhemsvård, svårigheter med behandlingens tidskrav. Vissa veteraner är fortfarande aktiva inom militären, huruvida veteraner från olika eror ska blandas i vården diskuteras.
Djuretic, T., Crawford, J., & Weaver, T. (2007). Storbritannien	Role of qualitative research to inform design of epidemiological studies: A Cohort study of mental health of migrants from the former Yugoslavia.	Hög	Kvalitativ, semi-strukturerad intervju. Flyktingar från forna Jugoslavien i åldern 20-69. (N=19)	Grounded theory, deduktiv analys.	Att utveckla en bättre förståelse för för- och eftermigrations faktorer som kan påverka mental hälsa bland tvingade och elektiva migranter från forna Jugoslavien.	Deltagarna fokuserade på försämrad social funktion snarare än emotionella eller psykologiska problem när de beskrev inverkan på deras erfarenheter av hälsa. Oro restes över tillgång till sekundära vårdtjänster och den behandling de fick inom primärvården.
Ganzini, L., Denneson, L., Press, N., Bair, M., Helmer, D., Poat, J., & Dobscha, S. (2013). USA	Trust in basis for effective suicide risk screening and assessment in veterans.	Hög	Kvalitativ, semi-strukturerad intervju. Veteraner från "Operation Enduring Freedom (OEF)" och "Operation Iraqi Freedom (OIF)" som blivit screenade positivt för depression och/eller PTSD och har risk för självmordsbeteende. (N=34)	Grounded theory, induktiv analys.	Att utforska veteraners syn på självmordsscreening och riskbedömningsprocess, barriärerna och vägledningen för att dela med sig av suicidala tankar och synen på möjliga konsekvenser för att dela med sig av suicidala tankar.	Veteraner accepterade behovet av att undersöka deras suicidrisk. Det ökade behovet att trycka undan och undvika suicidal tankar utmatande. Trots detta delgav de inte viktig information på grund av att: suicidaltankar var skambelagda privata och skulle inte delas med främlingar, de var rädda för ofrivillig hospitalisering och medicinering. Den konstanta utfrågningen ansågs sumerisk och respektlös. Veteranerna upplevde att få bygga en relation med vårdpersonal och diskutera sina problem var bättre.
Jensen, N. K., Norredam, M., Priebe, S., & Krasnik, A. (2013). Danmark	How do general practitioners experience providing care to refugees with mental health problems? A qualitative study from Denmark.	Hög	Kvalitativ, semi-strukturerad intervju. Allmänläkare som arbetar i områden med stor invandrarpopulation. (N=9)	Induktiv analys utförd av den ena författaren och sedan diskuterad och bearbetad av medförfattare och andra forskare med bakgrund inom hälsa, medicin och antropologi.	Att kvalitativt utforska problem identifierade av allmänläkare som viktiga i deras erfarenhet av att ge vård till flyktingar med psykiska problem.	Kommunikation: allmänläkares användning av fackspråk och icke-verbal kommunikation. Kvalitet av vård: allmänläkare saknar medvetenhet om tidigare trauma hos flyktingar, kan känna motvilja till att initiera behandlingar på grund av språkbarriärer, kan känna sig maktlösa vid behandling av flyktingar. Remiss vägar: allmänläkare kan remittera flyktingpatienter till specialister. Förväntningar och förståelse av sjukdom: flyktingar kan sakna förståelse för kopplingen mellan psykiska problem och fysiska åkommor, flyktingar har olika förväntningar på vården.
Johnsdotter, S., Ingvarsdotter, K., Östman, M., & Carboim, A. (2011). Sverige	Koran reading and negotiation with jinn: Strategies to deal with mental ill health among Swedish Somalis.	Hög	Kvalitativ, Intervju och gruppintervju. Somaliska flyktingar i Sverige. (N=20)	Induktiv analys med en "naturalistic inquiry" metod.	Diskutera hur vissa kulturspecifika föreställningar av mental hälsa och sjukdom kan påverka hälsosökande beteende.	Synen på vad psykisk ohälsa är för somaliska flyktingar beror på den somaliska kulturen där mobilisering av sociala nätverk och spirituella ritualer är centrala för behandling av mental ohälsa. Denna ohälsa orsakas ofta av trauma från hemlandet och/eller finansiella svårigheter.

<i>Matson Alcares, N., & Roper, J. (2006). USA</i>	Chest pain among combat veterans: A conceptual framework.	Hög	Kvalitativ, Semi-strukturerad intervju. Krigsveteraner som har vårdats för akut bröstsmärta. (N=6)	Grounded theory, induktiv analys.	Beskriva processen som leder till utvecklingen av tankramen som förklarar beslutsprocessen relaterad till i en population krigsveteraner som möter kriterierna för PTSD och PD (panic disorder).	Påverkan om veteraner sökte vård var beroende på både interna och externa faktorer som antingen förhindrade eller motiverade till uppsökning av sjukvård.
<i>Shannon, P., O'Dougherty, M., & Mehta, E. (2012). USA</i>	Refugees' perspectives on barriers to communication about trauma histories in primary care.	Hög	Kvalitativ, strukturerad intervju. Vuxna (+18) flyktingar som besöker primärvården i förorter i Minnesota (USA). (N=50)	Grounded theory, induktiv analys.	Utforska flyktingars perspektiv angående kommunikationsbarriärers natur som förhindrar utforskningen av krigstrauma i primärvården.	Två tredjedelar av flyktingarna hade aldrig talat med allmänläkare om hur de påverkades av politiska konflikter och läkarna frågade aldrig. Många flyktingar uppgav att de ville veta hur trauma påverkade deras hälsa och diskutera deras upplevelser med läkare.
<i>Stewart, M., Simich, L., Shizha, E., Makumbe, K., & Makwarimba, E. (2012). Kanada</i>	Supporting African refugees in Canada: Insight from support intervention.	Hög	Kvalitativ, jämförelse mellan semi-strukturerade intervjuer före och efter en intervention bestående av en social stödgrupp. Somaliska och sudanska flyktingar i vuxen ålder (+18). (N=58)	Tematisk innehållsanalys av transkribering från intervjuer.	Vilka typer av socialt stöd erbjöd interventionen? Vilka interventionsprocesser observerades i stödinterventionen? Vad var deltagarnas uppfattningar om interventionen? Vad diskuterades under interventionen mellan deltagarna? Hur ansåg interventionsagenterna att "peer professional" samarbetet gick? Vilka fördelar och problem fanns i stöd interventionen? Vilka förändringar rekommenderades för framtida program?	Interventionen skapade möten där deltagarna kunde diskutera sina problem med jämlikar. Både praktiskt, informellt och emotionellt stöd delades mellan gruppens medlemmar för att hantera ett nytt samhälle och minnen från det gamla.
<i>Svenberg, K., Mattson, B., & Skott, C. (2009). Sverige</i>	"A person of two countries". Life and health in exile: Somali refugees in Sweden.	Hög	Kvalitativ, Personlig intervju. Somaliska flyktingar. (N=13)	Transkribering av inspelningarna. Genomläsning av båda författarna. Framtagning av centrala återkommande teman.	Belysa tankar och erfarenheter angående hälsa och sjukdom hos somaliska flyktingar i Sverige.	Synen på mental hälsa och vård hos somaliska flyktingar är starkt påverkad av den somaliska kulturen. Att läsa helig skrift och söka stöd hos familj är första alternativet vid vård. Att söka sig till sjukvården ses som en sista utväg.

Bilaga 3. Kategorimatis

Artiklar	Faktorer relaterade till relationen med patienten	Faktorer relaterade till vården	Sociokulturella faktorer
<p>Ajdukovic, D., Ajdukovic, D., Bogic, M., Franciskovic, T., Galeazzia, G. M., Kucukalic, A., Lecic-Tosevski, D., Schützwohl, M., & Priebe, S. (2013).</p>	<p>Vårdpersonal som tillåter informella relationer uppfattas som extra viktiga källor för stöd, uppmuntran och bekräftelse, och får flyktingar och veteraner att känna sig respekterade och värdefulla. En viktig faktor för tillfrisknande är en nära och personlig relation med vårdpersonal. Den primära faktorn för tillfrisknande är relationer fulla med omtanke, stöd, acceptans, säkerhet och tillit samt motivation. Tillit till vårdpersonalens kompetens och deras tydliga engagemang är viktigt. En flykting uttrycker hur han öppet och ärligt kan gå in i mötet, utan att dölja något, med vårdpersonal som han hade utvecklat en relation med. Den oftast nämnda faktorn för tillfrisknande är social stöd. En flykting uppfattar vårdpersonal som passiv, frånvarande, avvisande och inte stödjande. Flyktingen ser därför ingen mening med vårdmötet. Att känna sig viktig uppfattades som hjälpsamt hos alla flyktingar och veteraner. Flyktingarna och veteranerna kände sig viktiga när de får lov att kontakta vårdpersonal när helst på dygnet. Veteranerna känner lättnad av att få sina problem förklarade som ”normala”.</p>	<p>Vissa veteraner vill endast prata med veteraner som tjänstgjort i samma militärenhet, detta för att de uppfattas vara de enda som förstår. Vissa veteraner vill inte prata överhuvudtaget, då de anser att detta inte skulle förändra något förutom att uppröra dem. De vill glömma och gå vidare. Andra har behov av att prata om krigserfarenheter ofta, med vem helst som lyssnar. De vill inte springa bort från det som hänt.</p>	<p>Flera flyktingar menar att det är som mest hjälpsamt att få prata med vårdpersonal på sitt modersmål.</p>
<p>Cook, J. M., Dinnen, S., O'Donnell, C., Bernardy, N., Rosenhack, M., & Desai, R. (2013).</p>	<p>Unga krigsveteraner är inte redo för behandling, varför motivation blir en primär del av behandling</p>	<p>Unga krigsveteraner vill ha en kort och fokuserad behandling. Kortare behandlingsprogram har utvecklats, inklusive ett som äger rum några eftermiddagar i veckan. Vårdpersonal menar att vård, bemötande och behandling av krigsveteraner med PTSD kräver mer samverkan och samarbete mellan vårdgivare.</p>	<p>Unga krigsveteraner söker sig inte till vården eftersom de tycker det är ett tecken på svaghet.</p>
<p>Djuretic, T., Crawford, J., & Weaver, T. (2007).</p>	<p>Flyktingarna söker sällan professionell hjälp på grund av bristande tillit och rädsla för att konfidentialiteten ska brytas. Få flyktingar är nöjda med vården och uppmärksamheten de erhåller. Majoriteten av flyktingarna känner att vårdpersonal inte lägger ner tillräckligt med tid och uppmärksamhet på dess komplexa behov.</p>	<p>Flyktingar uppfattar tiden för kliniska besök som för kort.</p>	<p>Flyktingarna betonar att mental ohälsa är något som man håller för sig själv, eftersom det är skamligt att visa att man inte mår bra. Vissa flyktingar känner frigörelse när de kommer till västvärlden, då de kan prata öppet om mental ohälsa och sätt att söka hjälp där. Alla flyktingar tycker att hälsoinformation översatt till forna jugoslaviska språk är begränsad. Sju kvinnliga flyktingar pratar frivilligt om sin mentala ohälsa och sätt att söka hjälp, medan två manliga flyktingar uttrycker starka åsikter om att inte kunna prata om mental ohälsa då detta skulle uppfattas som svagt och sårbart.</p>
<p>Ganzini, L., Dennison, L., Press, N., Bair, M., Helmer, D., Poat, J., & Dobscha, S. (2013).</p>	<p>Brist på en bekväm, tillitsfull och kontinuerlig relation anses vara en barriär till ett fungerande vårdmöte. Veteraner vill inte prata med främmande vårdpersonal, de litar inte på vårdpersonal som de inte vet någonting om. När sådan vårdpersonal frågar om krig och trauma uppfattades detta som att en främling inkräktar på veteranernas privatliv. Veteraner uppskattar när vårdpersonal är tydlig och direkt. Krigsveteranerna är mer villiga och bekväma att prata med vårdpersonal som uttrycker genuin oro, personligt intresse och en vårdande attityd. Vårdpersonerna vara empatiska och intresserade. Flera veteraner menar att om vårdpersonal är vänlig och respektfull, då kommer de få all respekt och information de behöver från veteranerna. En veteran talar om ett vårdmöte där vårdpersonalen satte sig ner, pratade med honom, tittade på honom och höll ögonkontakt, vilket fick veteranen att må bättre och känna bekräftelse.</p>	<p>Veteranerna tycker att det är jobbigt att prata med vårdpersonal då detta tar fram dåliga minnen. De beskriver vårdmöten som smärtsamma påminnelser av tidigare erfarenheter. Vissa veteraner lyfter behovet av att individanpassa informationen som ges samt att säkerställa att individen förstår informationen. Vissa veteraner tycker att vårdpersonalens frågor är för enkla och inte ger dem möjlighet till att klargöra tankar och svara på ett sätt som reflekterar komplexiteten med deras erfarenheter. Veteranerna uttrycker ett behov av öppna frågor och inte ja och nej frågor. Vårdpersonal menar att veteraner ska ges tid till att klargöra tankar. Veteraner får ofta svara på samma frågor vid hälso- och sjukvårdsbesök. De upplever luckor i kommunikation och samverkan vårdpersonal emellan, vilket leder till frustration och en känsla av hopplöshet om att få den psykiska hjälp de behöver.</p>	<p>Veteraner uppfattar mental ohälsa som något skamligt. Vårdpersonal menar att man måste vara medveten om detta. Vårdpersonal menar att språket som används ska vara klart och tydligt, direkt och förståeligt. Medicinska termer ska undvikas. Veteraner menar att tanken på att söka hjälp är ett tecken på svaghet.</p>
<p>Jensen, N. K.,</p>	<p>Vårdpersonal hänvisar flyktingar till vidare behandling trots att</p>	<p>Vårdpersonal menar att de har otillräcklig tid för att kunna</p>	<p>Vårdpersonal föredrar att använda professionella tolkar, medan flyktingar</p>

<p>Norredam, M., Priebe, S., & Krasnik, A. (2013).</p>	<p>de inte har hopp om att dess tillstånd kommer förbättras.</p>	<p>erbjuda fullständig vård till flyktingar som talar andra språk än de.</p>	<p>föredrar att tolka inom familjen. Vårdbesök bokas om när tolk inte finns tillgänglig, vilket får flyktingarna att känna sig frustrerade och avvisade från vården. Vårdpersonalen ser konversationen som ett verktyg, dock kan detta endast tillämpas fullt ut då vårdpersonalen och patienten talar samma språk. Vårdpersonalen känner att de inte har möjlighet till att erbjuda lika bra vård till flyktingar som talar andra språk än vårdpersonalen jämfört med om de hade talat samma språk. Vårdpersonal menar att det är viktigt att vara uppmärksam på flyktingars bakgrund och eventuella erfarenheter av krig och trauma.</p>
<p>Johnsdotter, S., Ingvarsdotter, K., Östman, M., & Carbom, A. (2011).</p>	<p>Somaliska flyktingar litar inte på svensk sjukvård; de är vara vid sina sätt att hantera mental ohälsa. En flykting är dock skeptisk till traditionella somaliska behandlingar och har full tilltro till svenska behandlingsmetoder.</p>	<p>Den viktigaste strategin till att hantera mental ohälsa är via sociala nätverk; flyktingarna pratar mycket med vänner och familj och menar att de alla är varandras psykologer. De föredrar att prata med varandra eftersom de har gått igenom samma saker; de kan förstå och relatera till varandra. Detta kan inte hälso- och sjukvårdspersonal.</p>	<p>Somaliska flyktingar menar att det är skamligt och stigmatiserat att ha mental ohälsa. Att läsa Koranen är en nyckelstrategi till att hantera och behandla mental ohälsa. Sista utvägen är att vända sig till vården. En flykting menar att det blir svårt då en person, som växt upp med tron att andar orsakar mental ohälsa och måste drivas ut för att återfå mental hälsa, kommer i kontakt med svensk sjukvårdspersonal som inte tillämpar denna metod. Vissa flyktingar förstår inte vad vårdpersonal säger, dels på grund av att de inte talar samma språk, dels på grund av att vårdpersonal använder medicinska termer. Vårdpersonalen säger att de inte kan hjälpa en specifik flykting. Flyktingen menar att de lever olika liv, att vårdpersonalen inte vet någonting om somaliska sätt och därför inte kan hjälpa henne.</p>
<p>Matson Alcares, N., & Roper, J. (2006).</p>	<p>Krigsveteraner behöver motivation; de söker endast vård då motivationen är större än motviljan. Negativa värderfarenheter gör krigsveteraner motvilliga till att söka vård; de har till exempel fått felaktiga förklaringar till sina symtom och blivit hemskickade igen.</p>		
<p>Shannon, P., O'Dougherty, M., & Mehta, E. (2012).</p>	<p>Vissa flyktingar menar att de skulle prata med vårdpersonalen om de och vårdpersonalen hade en relation till varandra. De menar att det måste finnas en relation innan man kan berätta din historia. 80 procent av flyktingarna är intresserade av att lära sig mer om trauma och stress och dess hälsopåverkan. Vissa flyktingar menar att vårdpersonal inte är intresserad av att veta deras historia. En tredjedel av flyktingarna kände sig obekväma att prata om krig och trauma med vårdpersonal. Normalisering av traumasymtom ger lättad till flyktingar som tror att de håller på att bli galna. Detta får dem att förstå att de har behandlingsbara symtom.</p>	<p>74 procent av flyktingarna vill prata med vårdpersonal om krig och trauma. Resterande vill inte prata då detta tar fram dåliga minnen. Vårdpersonal upplevs inte ha tid till att lyssna och flyktingar väljer därför att inte ta upp trauma och stress. Flera patienter uttrycker dock en vilja att prata med vårdpersonal om de har tid. Vårdpersonal och tolk uppfattas vara upptagna. Flyktingar betonar vårdpersonals brist på tid.</p>	<p>Läkare är respekterade inom somaliska och sudanska kulturer, och flyktingar som kommer därifrån väntar därför på att läkarna ska ställa alla frågor till dem. De menar att det endast är lämpligt att tala om krig och trauma om vårdpersonalen tar upp ämnet. Manliga flyktingar tycker att mental ohälsa är irrelevant för kliniska besök. Kvinnliga flyktingar är motvilliga till att påbörja diskussionen med vårdpersonal, men gör detta i större utsträckning än män. Manliga flyktingar är skeptiska till fördelarna med att prata om krig och dess påverkan. Flyktingarna rapporterar att läkare aldrig frågar om krigsrelaterad trauma.</p>
<p>Stewart, M., Simich, L., Shizha, E., Makumbe, K., & Makwarimba, E. (2012).</p>	<p>Flyktingar uppfattar vårdmöten som säkra platser att dela problem och känslor. Flyktingarna utvecklar en stark och jämlik relation med vårdpersonalen. Vissa har jobbat ihop under lång tid, vilket underlättar kommunikation och samarbete. Flyktingarna erhåller informativt, emotionellt och socialt stöd. Stöd ses som en läkande kraft.</p>	<p>Vissa flyktingar tycker att vårdmöten är otillräckligt långa för att kunna diskutera komplexa frågor.</p>	<p>För att underlätta utbyte av stöd flyktingar emellan fungerar vårdpersonal som tolkar och översättare.</p>
<p>Svenberg, K., Mattson, B., & Skott, C. (2009).</p>			<p>Förväntningar och erfarenheter av hälsa och ohälsa hos flyktingar tenderar att skilja sig från de i samhället i stort. Vid förklaring av mental ohälsa använder västerländska samhällen ofta termer som inre konflikter eller dissociativa störningar medan somaliska flyktingar använder andar. Västerländsk vårdpersonal har därför svårt för att förstå somaliska flyktingars behov, tolkningar och erfarenheter av mental ohälsa.</p>

Bilaga 4. Kvalitetsgranskningsmall – Kvalitativ ansats (Forsberg & Wengström, 2013)

1. Vad är syftet med studien och vilken metod har använts?

2. Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen?

JA (1p) NEJ (0p) VET EJ (0p)

3. Är urvalskriterierna för undersökningsgruppen tydligt beskrivna? Inklusions- och exklusionskriterier ska vara beskrivna. JA (1p) NEJ (0p) VET EJ (0p)

4. Är undersökningsgruppen beskriven och lämplig? JA (1p) NEJ (0p) VET EJ (0p) Om ja: Demografisk data _____

5. Metod av datainsamling, är fältarbetet tydligt beskrivet? JA (1p) Vilken urvalsmetod: _____ NEJ (0p) VET EJ (0p)

Om ja, vem skötte datainsamlingen? _____

6. Är data systematiskt insamlade, finns intervjuguide/studieprotokoll? JA (1p) NEJ (0p) VET EJ (0p)

7. Är analys och tolkning av resultatet diskuterade? JA (1p) NEJ (0p) VET EJ (0p)

8. Är resultaten trovärdiga? Källor bör anges! JA (1p) NEJ (0p) VET EJ (0p)

9. Är resultaten pålitliga (undersökningens och forskningens trovärdighet) JA (1p) NEJ (0p) VET EJ (0p)

10. Finns stabilitet och överensstämmelse, är fenomenet konsekvent beskrivet? JA (1p) NEJ (0p) VET EJ (0p)

11. Är resultaten återförda och diskuterade med undersökningsgruppen? JA (1p) NEJ (0p) VET EJ (0p)

12. Är teorier och tolkningar som presenterats baserade på insamlade data? JA (1p) NEJ (0p) VET EJ (0p)

13. Kan resultatet återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan? JA (1p) NEJ (0p) VET EJ (0p)

14. Stödjer insamlade data forskningens resultat? JA (1p) NEJ (0p) VET EJ (0p)

15. Har resultaten klinisk relevans? JA (1p) NEJ (0p) VET EJ (0p)

16. Diskuteras metodologiska brister och risken för bias? JA (1p) NEJ (0p) VET EJ (0p)

17. Är begrepp, teman och kategorier utvecklade och tolkade? JA (1p) NEJ (0p) VET EJ (0p)

18. Finns det någon risk för bias? JA (0p) NEJ (1p) VET EJ (0p)

19. Håller du med om slutsatserna i artikeln? Om ja(1p)

varför: _____

Om nej (0p) varför: _____

Vet ej (0p)

Totalt: 18poäng.

0 – 6 poäng = Låg

7 – 12 poäng = Medel

13 – 18 poäng = Hög