Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, Grundnivå (G2E)
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Slutseminarium: 2026-01-13
Examinerat och godkänt: 2026-01-23

Migranters erfarenheter av att söka och erhålla vård inom primärvården

En litteraturstudie

Migrant's experiences of accessing and receiving care in primary health care

A literature review

Författare:	Bagher Husseini Vian Yara
Handledare:	Mia Kraft, Adjunkt
Examinerande lärare:	Petter Tinghög, Docent.

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Migranter möter en rad olika utmaningar i mottagarlandet. Hälsolitteracitet har rapporterats som lägre bland migranter; även vårdprofessioners kommunikationssvårigheter, bristande kulturell kompetens och organisatoriska hinder riskerar att migranters hälsa och vårdbehov inte bli tillgodosedda.

Syfte: Att beskriva migranters erfarenhet av att söka och erhålla vård inom primärvården.

Metod: En allmän litteraturstudie med kvalitativ forskningsansats implementerades. Tio vetenskapliga artiklar från databaserna CINAHL & PubMed har analyserats med stöd av kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Två kategorier framkom: *Strukturella hinder* och *Komplexa vårdbemöten*; med sex underkategorier: *Att ha svårt att få kontakt, Att inte få tillgång till tolk, Att uppleva ekonomiska svårigheter, Att bli bekräftad genom kommunikation, Att uppleva bristande engagemang* och *Att känna sig särbehandlad.*

Slutsats: Migranter möter återkommande hinder i primärvården relaterade till språk, kultur, bristande språkstöd och bemötande, samtidigt som stödjande vårdmöten och tydlig information underlättar tillgång till vård. Resultatet understryker behovet av interventioner och kvalitetsförbättringsarbete som aktivt involverar migranter i hälsokommunikation och syftar till att bygga kulturella broar inom primärvården.

Nyckelord: Asylsökande, erfarenheter, flyktingar, migranter, primärvård.

ABSTRACT

Background: Migrants' encounter great challenges in the host country. Health literacy has been reported lower among migrants; also healthcare professional`s communication difficulties and lack of cultural competence; and organizational barriers, combined with the vulnearbilities of migrants' health, puts them at risk for their health needs not beeing met.

Aim: To describe migrants' experience of accessing and receiving primary healthcare.

Method: This study was designed and conducted in adherence with qualitative approach. Ten scientific studies were identified from CINAHL and PubMed, and analyzed using qualitative content analysis method.

Result: Two categories emerged; *Structural barriers* and *Complex healthcare encounters*. Thereto six subcategories; *Difficulty accessing care, Lack of access to interpreters services, Experience financial difficulties, Feeling acknowledged through communication, Experience lack of engagement* and *Feeling discriminated against*.

Conclusion: The findings demonstrates that migrants' encounter persistent barriers in primary care related to language, cultural differences, inadequate language support, and aspects of healthcare professionals' conduct, while supportive interactions and clear communication facilitate accesss to care. Further, the findings underscore the need for targeted interventions and quality improvement initiatives that actively engage migrants in health communication and foster cultural bridging within primary care settings.

Keywords: Asylum seekers, experience, migrants, primary healthcare and refugees.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION 4
BAKGRUND 5
Migranter i utsatta situationer 6
Att möta migranters hälsobehov 6
Bestämningsfaktorer för migranters hälsa 6
Minnen av levda erfarenheter 7
Transkulturell omvårdnadsteori 9
Problemformulering 9
SYFTE 10
METOD 11
Design 12
Urval 12
Datainsamling 13
Dataanalys 16
Etiska aspekter 17
RESULTAT 17
Strukturella hinder 18
Att ha svårt att få kontakt 18
Att inte få tillgång till tolk 19
Att uppleva ekonomiska svårigheter 19
Komplexa vårdmöten 20
Att bli bekräftad genom kommunikation 20
Att uppleva bristande engagemang 21
Att känna sig särbehandlad 21
DISKUSSION 21
Metoddiskussion 22
Resultatdiskussion 23
SLUTSATSER 24
REFERENSER 25
BILAGA 1. Sökmatris CINAHL 33
BILAGA 2. Sökmatris PubMed 35
BILAGA 3. Artikelmatris 37
BILAGA 4. Kvalitetsgranskning 40

BILAGA 5. Resultatredovisning 42

INTRODUKTION

Författarna identifierade ett behov att belysa aktuell forskning om migranters erfarenheter av att söka och erhålla vård i primärvården. Intresset grundades i utbildningen vid Röda Korsets Högskola, där global och jämlik hälsa utgjorde återkommande teman. Migranter utgör en heterogen grupp med varierande språk, värderingar, könsidentiteter, andlighet, utbildning och kulturer. Flyktingar erhåller rättsligt skydd pga krig eller förföljelse i hemlandet, medan asylsökande befinner sig i bedömningsprocessen mot erkänt skydd. Gemensamt kan de i samband med migrationsprocessen uppleva utmaningar i det nya samhället. Faktorer såsom nya samhällsnormer, utbildnings- och socioekonomiska förutsättningar samt juridisk status är avgörande för vårdtillgången. Deras livsvillkor formas i hög grav av mottagarlandets regelverk och organisatoriska förutsättningar i vården. Skillnader i rättigheter och skydd innebär att tillgången till vård varierar, trots rätten till hälsa är fastslagen som en grundläggande mänsklig rättighet. Sjuksköterskor är ofta den första kontakten som kan påverka migranternas vårderfarenheter. Dessa möten omfattar samtal om hälsa, kliniska bedömningar, och implementering av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande vårdinsatser. Omvårdnadsansvar innefattar att arbeta utifrån principer om likvärdig vård, respekt för människors värdighet och personcentrerad vård. Primärvården som första insats gör dess bemötande särskilt betydelsefullt för migranter vars hälsa kan påverkas på flera nivåer; fysiskt, psykiskt, emotionellt och relationellt, vilket motiverar behovet av ändamålsenliga och relevanta insatser.

BAKGRUND

Migranter i utsatta situationer

I föreliggande arbete används begreppet migranter som ett samlingsbegrepp för flyktingar, asylsökande och andra migranter i utsatta situationer, med anledning av de föränderliga och överlappande definitioner som existerar i forskning (Hannigan et al., 2016; Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights [OHCHR], 2017). Migranter är inte en juridisk definition, utan avser människor som flyttar och bosätter sig i ett nytt land, därmed används begreppet.

Flyktingar avser människor som beviljats ett säkerhetsskydd till följd av väpnade konflikter eller förföljelse. Att söka asyl är en mänsklig rättighet vilket omfattar en statlig bedömningsprocess som avgör beslut om beviljat skydd som flykting (Förenta nationerna [FN], 2008; OHCHR, 2017).

Asylsökande och flyktingar har särskilda rättigheter och skyldigheter som skiljer sig från andra migranter. Exempelvis tilldelas inte flyktingstatus till människor som söker skydd i annat land, trots ökad tvångsmigration till följd av klimatrelaterade katastrofer som förstärker konflikter och destabiliserar förmåga av försörjning, vilket ökar människors sårbarhet (FN:s regionala informationskontor för Västeuropa, 2025; Sanni et al., 2022).

Migranter är en heterogen och sårbargrupp, med skilda bakgrunder och juridiska förutsättningar som påverkar deras rättigheter, skydd och tillgång till hälso- och sjukvård. Sårbarheten är kontextuell och föränderlig och kan förstärkas av faktorer såsom inskränkta mänskliga rättigheter, fattigdom, naturkatastrofer och osäkra migrationsvägar (Hannigan et al., 2016; OHCHR, 2017).

Att möta migranters hälsobehov

Den globala migrationen har nått en omfattning som innebär betydande utmaningar för hälso- och sjukvårdssystem i mottagarländer. Enligt World Health Organisation [WHO] (2022) förväntas människor på flykt öka på grund av fattigdom, bristande tillgång till grundläggande tjänster, konflikter, miljöförstöring och katastrofer. Under 2025 var mer än 117 miljoner människor på flykt pga krig, våld, förföljelse och kränkningar av mänskliga rättigheter (FN:s flyktingkommissariat, 2025).

Globala människorättsliga ramverk framhåller vidare att juridisk status utgör en central strukturell faktor för migranters tillgång till primärvård. Skillnader i rättigheter och skydd påverkar möjligheten att få vård och kan samtidigt öka risken för exploatering, övergrepp samt sexuellt våld. Migranter omfattas inte av samma skydd som personer med erkänd flyktingstatus, trots att deras mänskliga rättigheter kvarstår (OHCHR, 2017). Men även om migranter har rätt till hälsa enligt internationell rätt, får de inte automatiskt tillgång till vård om dessa rättigheter inte är införda i nationell lag och praktik (International Organization for Migration [IOM], 2023).

Framtida europeiska regelverk, *Migrations- och asylpakten*, kommer att innebära en ökad standardisering av migrationsmottagandet, hälsoscreening och sårbarhetsbedömning, vilket kan få konsekvenser för vårdens organisering, sekretess och professionella handlingsutrymme inom primärvården (Justitiedepartementet, 2025; Maatouk et al., 2024).

Bestämningsfaktorer för migranters hälsa

Hjärt- och kärlsjukdomar, övervikt, cancer och diabetes ökar med tiden i mottagarlandet och påverkas av både socioekonomiska och migrationsrelaterade faktorer (IOM, 2023, 2018; Socialstyrelsen, 2021). Sociala determinanter såsom ekonomisk utsatthet, stress, bristande vårdtillgång och dålig nutrition är viktiga faktorer bakom icke-smittsamma sjukdomar (Severoni, 2026). Migranter har generellt högre risk för diabetes och diagnostiseras senare vilket kan försämra prognosen (WHO, 2023).

Migranter löper ökad risk för både infektionssjukdomar, psykisk ohälsa och icke-smittsamma kroniska sjukdomar, ofta som en följd av förhållanden i ursprungsland, migrationens påfrestningar och barriärer i mottagarsystemet (WHO, 2023). Infektionssjukdomar såsom tuberkulos, hiv och hepatit B är ofta kopplat till ursprungslandets epidemiologi och förekomst av kroniska virusinfektioner upptäcks ofta efter ankomst (Vignier et al., 2022; WHO, 2023).

Minnen av levda erfarenheter

Migranters psykiska hälsa formas av erfarenheter före, under och efter migrationen, där traumatiska händelser, förlust och pågående stressorer ofta samverkar (Svenska Röda Korset, u.å.; Blackmore et al., 2020). Psykisk ohälsa förekommer i relation till långvariga och sammanvävda erfarenheter av förföljelse, våld, osäker juridisk status, långdragna asylprocesser och social isolering. Såväl kollektiv som individuell utsatthet, inklusive tvångsmigration, farliga flyktvägar och separation från familjemedlemmar har identifierats som centrala källor till psykisk belastning (Blackmore et al., 2020; Saberi et al., 2021; Svenska Röda Korset, u.å.; WHO, 2023).

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och depression har rapporterats vara högre bland migranter än den generella befolkningen. Dessutom var antalet kvinnliga migranter förhöjt i jämförelse med män i samma grupp, vilket kopplas till könsspecifika riskfaktorer under konflikter såsom sexuellt våld, ansvar för barn samt exploatering och människohandel (Blackmore et al., 2020). Hos traumatiserade migranter är PTSD starkt kopplat till depression, men även till smärta och särskilt till en tendens att tolka smärtan som katastrofal (Nordin & Perrin, 2019).

Hälsolitteracitet

Hälsolitteracitet utgör en central förutsättning för migranters möjligheter att förstå, värdera och använda tillförlitlig hälsoinformation för välgrundade beslut (WHO, 2021a). Brist på professionella tolkar, begränsat fokus på subjektiv hälsa och livskvalitet försvårar tillgång till sjukvårdssystem (Eriksson-Sjöö et al., 2012). Otillräcklig hälsolitteracitet bland migranter har kopplats till ökade hälsoskillnader då de i genomsnitt har lägre hälsolitteracitet än personer födda inom Europa, vilket bidrar till svårigheter att tillgodogöra sig vårdinsatser och följa behandlingsrekommendationer (Ward et al., 2018; Wångdahl & Åkerman, 2019).

Trots att migranter erbjuds tolkstöd och hälsoundersökningar utförda av sjuksköterskor, beskrivs insatsernas räckvidd som begränsade, når inte alla grupper och har ett snävt innehåll (Socialstyrelsen, 2019; Wångdahl & Åkerman, 2019). Bristande hälsolitteracitet inom sexuell och reproduktiv hälsa har visat sig vanligt bland migranter, med låg kunskap om och kännedom om preventivmedel och tillgängliga vårdtjänser, vilket kan öka risken för bl.a. sexuellt överförbara infektioner (Mengesha et al., 2017).

Ojämlikhet i hälsa på grund av organisatoriska hinder

Studier har visat att organisatoriska faktorer inom vården försvårar migranters tillgång till och användning av hälso- och sjukvård. Migrationsprocessen medför ofta instabila sociala och livsmässiga förhållanden som kan öka migranters utsatthet för hälsorisker och samtidigt begränsa tillgången till vårdinsatser såsom testning, behandling, rådgivning och prevention (Nkulu-Kalengayi et al., 2021; Folkhälsomyndigheten, 2022). Under covid-19-pandemin förstärktes dessa ojämlikheter genom ökad smittexponering, social isolering och en digitalisering av vårdtjänster som försvårade tillgången till vård (Mangrio et al., 2022; Mengesha et al.,2022).

Det råder ett samband mellan bristande information om mottagarlandets vårdsystem, inklusive primärvård, och ett ökat antal akutsjukvårdsbesök för ej akuta tillstånd som egentligen hör till primärvården (Credé et al., 2017; Larson et al., 2025; Selm et al., 2025).

Utbildningsrelaterade hinder inom primärvården har också identifierats som faktorer för ojämlik vård för migranter. Vårdpersonalens bristande kompetens i kulturmöten, språk och kommunikation har rapporterats påverka möjligheten att förklara diagnoser, behandlingar och vårdstrukturer för migranter, vilket leder till osäkerhet och stress hos både patienter och vårdpersonal (Camedda & Righi, 2024; Evgin & Muz, 2020; Karakuş Selçuk & Yanikkerem, 2022; Larson et al., 2024).

Bristande kompetens och otillräcklig erfarenhet av att bemöta trauma inom primärvården innebär att migranters emotionella traumasymtom riskerar att förbises. Detta bidrar till ojämlik hälsa, eftersom migranter som befinner sig i en psykosocial utsatthet, präglad av kulturell omställning, ekonomiska svårigheter, diskriminering, desorientering och ensamhet, ställer krav på vårdrelationen att fungera som en trygg och inkluderande plats (Larson et la., 2025; Vitale et al., 2022).

Sjuksköterskors ansvar

Enligt International Council of Nurses [ICN] etiska kod är hälso- och sjukvård en mänsklig rättighet, där principer om likvärdig vård, respekt för mänsklig värdighet och global tillgång utgör centrala utgångspunkter för sjuksköterskors professionella ansvar. Vård ska ges utan diskriminering och sjuksköterskor har ett etiskt ansvar att motverka ojämlikhet i hälsa och tillgång till vård. I detta arbete betonas vikten av att särskilt uppmärksamma och skydda individer i utsatta situationer. Det professionella omvårdnadsansvaret innefattar att beakta hälsans sociala faktorer, såsom migration och

fattigdom, samt att arbeta personcentrerat och icke-diskriminerande i mötet med patienter. (Svensk sjuksköterskeförening, 2021).

WHO (2021b) beskriver personcentrerad vård i mötet med migranter som grundad i kulturellt kompetent och respektfull vård, där vården anpassas efter individens språkliga och kulturella behov. Sjuksköterskor har ett ansvar att stärka migranters egenmakt genom att bedöma och stödja hälsolitteracitet, främja förståelse av rättigheter och underlätta navigation i vårdsystemet. Detta innefattar även att möjliggöra informerat beslutsfattande, samverka med familjer och uppmärksamma familjeseparationers konsekvenser för hälsa (WHO, 2021b).

Ansvaret omfattar även respekt för patientens självbestämmande och integritet samt krav på konsekventa och rättvisa bedömningar oberoende av bakgrund. Beslutsfattande inom omvårdnad innebär en process där konsekvenser av olika behandlingsalternativ vägs mot patientens vilja och upplevelse av värdighet (Sandman, 2019, s. 269). Kommunikation och samtal utgör centrala verktyg i omvårdnadsarbetet, genom vilka hälsoråd förmedlas och individens egna resurser och delaktighet kan stärkas (Björkman, Lützén & Jakobsson Ung, 2019, s. 27).

Transkulturell omvårdnadsteori

Transkulturell omvårdnadsteori utvecklad av Leininger, utgår från antropologisk forskning och syftar till att möjliggöra omvårdnad som är förenlig med patienters kulturella värderingar, levnadssätt och hälsouppfattningar. Teorin betonar att god omvårdnad förutsätter kulturell kompetens hos sjuksköterskor för att kunna möta kulturella skillnader på ett respektfullt och ändamålsenligt sätt. Leininger beskriver tre övergripande vårdstrategier: att bevara eller stödja kulturella värden, att anpassa eller förhandla vården i dialog med patienten samt att omstrukturera vårdpraktiker när detta är nödvändigt för att främja hälsa (Leininger, 2002).

Utifrån transkulturellt perspektiv framhålls att föreställningar om hälsa, sjukdom och behandling kan variera mellan kulturella sammanhang, vilket i vissa fall kan påverka benägenheten att söka eller fullfölja medicinsk behandling. Andrews och Boyle (2003) beskriver personcentrerad omvårdnad som ett professionellt ansvar där sjuksköterskan aktivt utforskar hur patientens kulturella och sociala referensramar påverkar förståelsen av sjukdomens orsaker och vårdbehov. Detta förutsätter reflektion över egna värderingar samt en anpassning av omvårdnaden utifrån patientens individuella förutsättningar, där både kulturella resurser och potentiella hinder identifieras (Andrews & Boyle, 2003).

Tvärkulturell kommunikation utgör i detta sammanhang en central komponent i transkulturell omvårdnad. Kommunikation förstås som ett ömsesidigt och dynamiskt samspel där språk och kultur formas i interaktionen mellan vårdigvare och patient. Bristande gemensam förståelse över språk- och kulturgränser utgör en huvudsaklig källa till missförstånd i vårdrelationer. I praktiken innebär detta att sjuksköterskor behöver tolka kommunikativa situationer i sitt sammanhang, exempelvis när patienter söker vård tillsammans med familjemedlemmar, vilket kan bero på kulturella normer där familjesammanhållning har en central betydelse (Andrews & Boyle, 2003).

Problemformulering

Migration i syfte att söka skydd är ofta förenad med erfarenheter av bristande mänskliga rättigheter och förföljelse, vilket förstärker sårbarheten genom asylprocessen och begränsade resurser i mottagarlandet. Dessutom möter migranter språkliga och kulturella barriärer i hälso- och sjukvården, där begränsad kunskap hos vårdpersonal om migranters behov i kombination med låg hälsolitteracitet hos migranter är förenad med ökad risk för bl.a. psykisk ohälsa och sjukdom.

Trots att primärvården är avsedd att utgöra första kontakt i hälso- och sjukvårdssystemet söker migranter i högre utströckning akutsjukvård för tillstånd som bedöms som icke akuta, vilket indikerar brister i tillgänglighet, förståelse och anpassning inom primärvården. Att sammanställa migranters erfarenheter är därför nödvändigt för att identifiera brister, synliggöra strukturella hinder och stärka primärvårdens förmåga att möta deras vårdbehov.

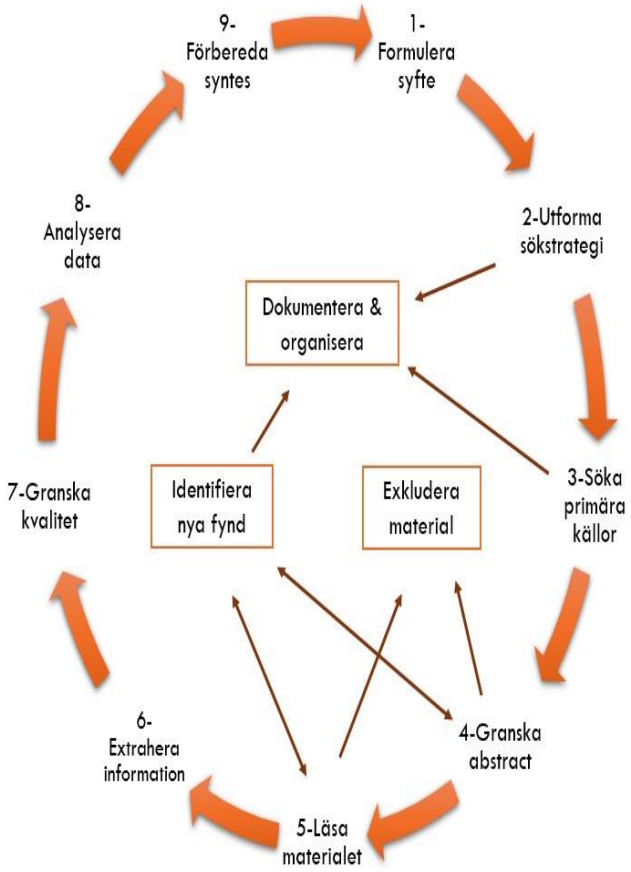
SYFTE

Syftet är att beskriva migranters erfarenheter av att söka och erhålla vård inom primärvården.

METOD

Design

En allmän litteraturstudie med kvalitativ ansats användes för denna studie, vilket enligt Forsberg och Wengström (2016, s. 25) möjliggör en sammanställning och analys av det aktuella kunskapsläget. Metoden bedömdes som lämplig eftersom den, utifrån forskningsproblemets omfattning, utgör en beprövad och effektiv ansats för att integrera tidigare kvalitativa studier och belysa migranters erfarenheter (Polit & Beck, 2021, s. 82–86).



Figur 1. Litteraturgranskningsprocess av Polit och Beck (2021, s. 85) fritt tolkad och översatt till svenska.

Steg 1 (Figur 1.) innebär att finna ett problemområde och formulering av syfte (Polit & Beck, 2021, s. 67). Här identifierades problemet genom att gemensamt utforska riktlinjer och forskning som visade det aktuella läget om migranter inom primärvårdskontexten och kunskapsläget indikerade ett befintligt problem. Vidare inhämtades vägledning från lärare med expertis och kompetens i kunskapsläget av utsatta migranter. Utifrån detta formulerades ett syfte och problemområde som handlar om migranter, asylsökande och flyktingars erfarenhet att söka och erhålla vår inom primärvården. Dessutom identifierades relevanta nyckelord och begreppsdefinitioner som var i linje med vuxna migranters erfarenheter.

Urval

Steg 2 (Figur 1.) avsåg utforming av en systematisk sökstrategi samt fastställande av tydliga inklusions- och exklusionskriterier (Polit & Beck, 2021, s. 86-88).

Tabell 1, visar urvalskeriterierna.

	Inklusionskriterier	**Exklusionskriterier**
Artikel	Originalstudie med full text, IMRAD-struktur med abstrakt	Sekundärkällor-systematisk litteraturstudie, utan full text och abstrakt
Design	Kvalitativ forskningsmetodik, datainsamling genom intervjuer	Kvantitativ forskningsmetodik, metaanalyser, -pilot- mixed-method etc.
Kontext	Primärvården, global	Vård som inte klassas som primärvård
Målgrupp	Migranter; flyktingar, asylsökande, över 18 år	Andra generationens migranter
Språk	Engelska	Andra än engelska

Inklusion- och exklussionskriterier syftade till att främja fokus för problemområde som var aktuellt för denna studiens design och syfte (Forsberg & Wengström, 2016, s 74). Samtliga inkluderingar behövdes för att finna kvalitativa primärstudier där migranter intervjuats, vilket möjliggjorde identifiering av deras upplevelser i relation till att söka och erhålla vård inom primärvården. Vidare bidrog exklusionskriterierna till en smidigare granskning av materialet i senare stegen, där exempelvis sekundärkällor inte speglar migranters direkta erfarenheter i litteraturstudie-artiklar, eller där kvanitativ forskning ej beskriver fenomen i upplevelser hos studiedeltagarna.

Datainsamling

Vidare i **steg 2 (Figur 1.)** utformades en sökstrategi för att söka vetenskapliga artiklar i databaserna *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Litteratur* [CINAHL] och *Public Medicine* [PubMed]. Syftet med de valda databaserna var att de båda var väletablerade eftersom de publicerat vetenskapliga tidskriftsartiklar inom både medicin och omvårdnad (Polit & Beck, 2021, s. 65–86).

Inför databassökningen utvidgades begreppen för migranter i utsatta situationer med sökord såsom *immigrants* och *refugees* dvs migranter och flyktingar, där *immigrants* syftade till att fånga mångfalden, medan *refugees* innebär bestämd juridisk definition enligt FN (2008), vilket syftade till att göra sökträffar snäva mot sådan migration som skett ur utsatta livssituationer. Primärvården identifierades som *primary health care* genom liknande principer som föregående nyckelord.

Vidare användes även booleska operatorer, som enligt Forsberg och Wengström (2016, s. 69) består av ord, eller *operator,* som kombineras med sökord för att styra sökningarna; *AND* användes mellan sökord för resultat med båda sökorden; *OR* användes för att bredda sökningen, där resultat innefattar båda eller något av sökorden (Forsberg, 2016, s. 69). Dessutom användes *Medical Subject Headings*

[MeSH]-termer, vilket fanns att tillgå i PubMed; i CINAHL-Headings användes en liknande funktion för ämnesord, vilket syftade till att förenkla sökandet efter artiklar för denna studiens problemområde och syfte (Karolinska Institutet, u.å.).

CINAHL

I steg 3 (Figur 1.) påbörjades datainsamlingen och sökning efter artiklar som var originalstudier i databasen CINAHL. Sökning nr 1 bestod av sökordet *Refugees* i Headings-fältet vilket motsvarade en underterm med samma ord. Därefter genomfördes sökning nr 2 i form av en fritextsökning med sökordet *Experience*. I sökning nr 3 användes CINAHL Headings med sökordet *Access to primary care,* där två undertermer valdes med operatorn *OR* emellan för utvidgning av sökresultat - "*Access to primary care" OR "primary health care*". I sökning nr 4 sammanställdes de tre föregående sökningar till ett sökblock med operator *AND* för att specificera resultat med alla termer, följt av begränsningarna *Peer-review*, artiklar endast på engelska och publicerade under de senaste tio åren, vilket resulterade i 53 antal träffar (se BILAGA 1.).

I sökning nr *5* utfördes fritextsökning med sökord och operatorer *(Immigrants OR refugees) AND primary healthcare AND experience*. Begränsningar skedde efter sökningen i syfte att få helhetsbild av resultatet, med följande filter: *Peer-review,* artiklar endast på engelska och publicerade under de senaste tio åren vilket gav 132 antal träffar.

I steg 4 (Figur 1.) utfördes granskning av artiklarnas abstract i syfte att identifiera relevant urval och exkludering (Polit & Beck, 2021, s. 95–96). I sökning nr 4 lästes 53 antal titlar, 23 artiklar exkluderades utifrån titlar, varav 11 handlade om vårdprofessioners och barns erfarenheter, 2 artiklar handlade om andra vårdinrättningar såsom akutsjukvård och psykiatrisk vård. 10 st hade annan studiedesign såsom scoping reviews, konferens, kvantitativa studier, handlingsplan och interventionsstudie.

Därefter exkluderades 16 artiklar efter granskning av abstrakt då besvarade ej migranters erfarenhet; 11st exkluderades pga att de hade annan studiedesign såsom kvantitativa artiklar och blandad metod. 1 artikel var otillgänglig, medan 4 handlade om andra erfarenheter än migranters.

I sökning 5 lästes 132 titlar i syfte att undersöka om titlarna svarade på studiens syfte. 32 artiklar exkluderades utifrån titlar varav 19 artiklar handlade om vårdpersonalens och barns erfarenheter. 13 titlar exkluderades på grund av annan studiedesign som bland annat litteraturstudie, protokollstudie, kvantitativ protokollstudie och kvantitativ scoping review.

Vidare exkluderades 45 artiklar efter granskning av abstrakt varav 30 artiklar hade annan studiedesign exempelvis protokollstudie och interventionsstudier, forskning och utbildning för vårdprofessioner, blandad metod och enkätstudier. 15 artiklar handlade om andra erfarenheter än migranters såsom vårdprofessioners och barns erfarenheter. Dessa exkluderingar dokumenterades under sökmatrisen i *BILAGA 1*.

I Steg 5 (Figur 1.) genomfördes en omfattande läsning av artiklarnas innehåll för att identifiera relevans och kvalitet för denna studie (Polit & Beck, 2021, s. 105). Sökning 4; lästes 14 artiklar i fulltext, varav 12 artiklar exkluderades på grund av andra erfarenheter än migranters, fler gånger vårdgivarens upplevda erfarenheter än migranternas erfarenhet och upprepning av samtliga 10 artiklar för resultatet. Därmed inkluderades 2 artiklar; Clark et al., (2022) och Depares och Culley (2022) (BILAGA 1.).

I sökning nr *5* lästes *55* artiklars fulltext varav *53* artiklar exkluderades på grund av de handlade, vårdgivarens upplevda erfarenheter än migranternas erfarenhet och upprepning av samtliga 10

artiklar för resultatet, deltagandebaserade strategi av vårdpersonalens deltagande för migranters gemensamma hinder, migranter med lång vistelse i mottagarlandet ca 9 år, med heltidsanställning och utökad sjukförsäkring, samt migranter ej i behov av tolk pga flytande språkkunskap. Slutligen valdes 4 relevanta artiklar, varav 2 från sökning 4 var Clark et al. (2022) och Depares och Culley (2022); 2 artiklar från sökning 5 var Chae et al. (2022) och Thulo et al. (2025) (BILAGA 1.).

PubMed

I steg 3 (Figur 1.) påbörjades sökning efter artiklar i databasen PubMed. I sökning nr 1 valdes Mesh-funktionen för sökordet *Refugees* vilket motsvarade en term- *"Refugees"[Mesh]*. I sökning nr 2 utfördes fritextsökning med sökordet *Experience*. Vidare utfördes sökning nr 3 med MeSH-funktionen med sökordet *"Primary health care"[Mesh]*. I sökning nr 5 byggdes sökblock från föregående sökningar; *"Refugees"[Mesh] AND Experience AND "Primary health care"[Mesh],* som efter begränsningar- under de tio senaste år, fulltext-format, och engelska- totalt genererade 47 antal artiklar (BILAGA 2).

Steg 4 (Figur 1.) utfördes granskning av artiklarnas abstract i syfte att identifiera relevant urval och exkludering (Polit & Beck, 2021, s. 95-96). I sökning nr 5 lästes alla samtliga 47 titlar, varav 19 exkluderades pga att det framkom att: 7 artiklar handlade om vårdprofessioners erfarenheter; 3 artiklar handlade om andra vårdinrättningar såsom hemsjukvård, obstetrik och psykiatri; 9 st hade annan studiedesign såsom scoping review, litteraturstudie, mixed method, workshop för vårdprofessioner och kvantitativ ansats (BILAGA 2.).

Därefter exkluderades 11 artiklar efter granskning av abstract, varav 6 st hade annan studiedesign såsom blandad metod, retrospektiv journalgranskning, retrospective method (cohort) kvantitativ, kvantitativ enkätstudie och inteventionstudie; 2 artiklar handlade om andra vårdprofessioners erfarenheter; 1 artikel handlade om obstetrisk vård; 2 artiklar saknade IMRAD-struktur (BILAGA 2.).

I steg 5 (Figur 1.) genomfördes en omfattande läsning av artiklarnas innehåll för att identifiera relevans och kvalitet för denna studie (Polit & Beck, 2021, s. 105). I sökning nr 5 lästes totalt 17 artiklar varav 11 artiklar exkluderade efter uppnådd datamättnad där samma mönster och tema av resultat återkom; vissa artiklar med potential sparades trots att de exkluderades. De kvarvarande 6 artiklarna inkluderades: van Loenen et al. (2017), Peprah et al. (2024) Woodgate et al. (2017) Kang et al. (2019) Brewer et al. (2024) och Azizi et at. (2019) (BILAGA 2.).

I steg 6 (Figur 1.) innebar att information systematiskt extraherades och organiserades från de inkluderade studierna (Polit & Beck, 2021, s. 97). I detta steg extraherades data från 10 kvalitativa studier vilket presenterades i en artikelmatris i *BILAGA* 3. När alla artiklar registrerades bidrog det till en översikt som visade gemensamma mönster emellan artiklarna; även artiklarnas metod blev överskådliga .

I Steg 7 (Figur 1.) genomfördes kvalitetsgranskning av de inkluderade materialet (Polit & Beck, 2021, s. 107). Granskningen avsåg studiernas vetenskapliga kvalitet, aktualitet och relevans i relation till studiens syfte. Samtliga tio artiklar granskades med stöd av Statens beredning för medicinsk och Social utvärdering [SBU] (2022) granskningsmall för kvalitativa studier (BILAGA 4.).

Granskningen omfattade studiernas syfte, urval, datainsamlingsmetod, analys, forskningsetiska överväganden samt användning av teoretiska ramverk. Bedömningen genomfördes gemensamt och diskuterades tills konsensus uppnåddes avseende studiernas kvalitet och relevans. Särskild vikt lades vid att studiernas syfte och urval överensstämde med studiens fokus på migranters erfarenheter av primärvård samt att datainsamling och analys var tydligt redovisade.

Studiernas användning av teoretiska ramverk granskades utifrån kongruens mellan teori, forskningsfråga och analys, i enlighet med Polit och Becks (2021, s. 126) rekommendationer. Vidare granskades hur etiska överväganden redovisades, inklusive informerat samtycke, skydd av deltagarnas integritet och etiskt godkännande. Endast studier som uppfyllde kraven enligt SBU (2022) inkluderades i den slutliga artikelmatrisen.

Dataanalys

I Steg 8 (Figur 1.) analyserades resultaten från de tio inkluderade artiklarna (Polit & Beck, 2021, s. 85). Dataanalysen genomfördes i enlighet med Graneheim och Lundmans (2004; 2017) metod för kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats, vilket syftade till att systematiskt organisera och strukturera textmaterialet samt synliggöra innebörden i migranters erfarenheter (Polit & Beck, 2021, s. 534).

Tabell 2. Redogörelse för innehållsanalys, i enlighet med Graneheim och Lundmans metod (2004; 2017).

Meningsbärande enheter	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
"Some families found it challenging to access care because of language problems" (Woodgate et al., 2017).	Upplevdes svårt att nå vården; problem kring språk	Språkliga hinder	Att ha svårt att få kontakt	Strukturella hinder
"...some health providers made incorrect assumptions and generalisations about their cultural backgrounds, identities and needs..." (Peprah et al., 2024).	Vårdgivare gjorde felaktiga antaganden om identitet, kultur och behov	Kulturellt utanförskap	Att uppleva bristande engagemang	Komplexa vårdmöten
"A major problem for the asylum seekers was the lack of information on how to navigate the healthcare system, together with a failure of some HCPs to properly explain medical conditions and unfamiliar procedures." (Depares & Culley, 2022).	Aylsökande saknade information om hur vården fungerar och fick ofta bristfälliga förklaringar av tillstånd och procedurer	Bristande vårdinformation	Att ha svårt att få kontakt	Strukturella hinder
"The majority of participants found their interactions with medical professionals to be positive... [respected]." (Kang et al., 2019).	Positiva upplevelser av interaktioner där de respekterades av vårdprofessioner	Gott bemötande vårdpersonal	Att bli bekräftad genom kommunikation	Komplexa vårdmöten

Analysprocessen inleddes med upprepad genomläsning av artiklarnas resultatdelar för att skapa en helhetsförståelse. Därefter identifierades meningsbärande enheter som svarade mot studiens syfte och beskrev migranters upplevelser, känslor och erfarenheter i vårdkontakter. Meningsbärande enheter kondenserades textnära, översattes vid behov med stöd av Cambridge Dlctionary (u.å.) och Svenska Akademien (u.å.) webbaserade ordböcker, och tilldelades koder som fångade deras centrala innebörd.

Kodningen genomfördes gemensamt med hänsyn till både innehåll och kontext. Koderna grupperades därefter utifrån likheter och skillnader, där koder med gemensam innebörd sammanfördes till underkategorier och vidare till kategorier med intern homogenitet. Exempel på internt homogena koder var *gott bemötande från vårdpersonal* och *respektfull kommunikation,* vilka båda beskrev positiva erfarenheter av vårdmöten och därför grupperades inom samma subkategori (*Tabell 2.*). Exempel på externt heterogena koder var *språkliga hinder* och *kulturellt utanförskap,* då dessa beskrev skilda typer av problem; språkliga hinder relaterade främst till svårigheter att söka och få tillgång till vård, medan kulturellt utanförskap uppstod i själva vårdmötet (*Tabell 2.*).

I **steg 9 (Figur 1.)** sammanställdes resultatet utifrån den genomförda analysen vilket presenterades på sidan 15 (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2021, s. 85).

Etiska aspekter

I föreliggande litteraturstudie tillämpades forskningsetiska principer genom ett systematiskt och konsekvent användande av referenshantering enligt Röda Korsets Högskola och Södertörns högskolas (2021) referensguide, baserad på *American Psychological Association* [APA]. Etisk användning av andras idéer, resultat och formuleringar säkerställdes genom att samtliga påståenden som grundades i tidigare forskning försågs med tydliga referenser. För att förebygga plagiat återgavs källmaterial med egna formuleringar utan att den ursprungliga innebörden förvanskades.

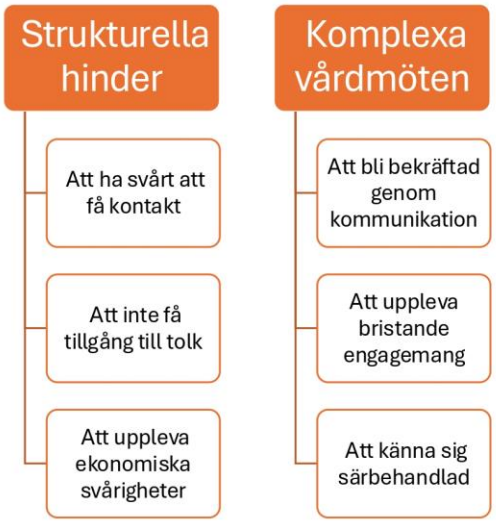
Vid urvalet av studier beaktades forskningsetiska aspekter genom att endast inkludera artiklar där etikska överväganden och etiskt godkännande tydligt redovisades (Forsberg & Wengström; Polit & Beck, 2021). Detta inkluderade studier som följde etablerade etiska riktlinjer för forskning som involverar människor. För denna studie var det även av etisk betydelse att korrekt återge och tolka primärkällor i resultatet. Översättning och sammanfattning av studier genomfördes noggrant för att undvika feltolkning.

World Medical Association [WMA] (u.å.), sk *Helsingforsdeklarationen*, betonar skyddet av forskningsdeltagarrnas rättigheter, säkerhet och värdighet alltid ska prioriteras framför vetenskapliga intressen. Centrala etiska aspekter som beaktades i de inkluderade studierna var respekt för självbestämmande, informerat samtycke, konfidentialitet och skydd av deltagarnas integritet. Vidare fick deltagarna informerat samtycke med begriplig information.

RESULTAT

Syftet med denna litteraturstudien var att beskriva migranters erfarenheter av söka och erhålla vård inom primärvården. Resultatet innefattar en sammanställning av 10 olika kvalitativa originalartiklar från länderna **Iran-Azizi et al. (2022); USA-Brewer et al. (2024), Grekland-Slovenien-Kroatien-Ungern-Nederländerna-Italien-Österrike-van Loenen et al. (2018), Storbritannien-Clark et al., (2022); Kang et al. (2019), Sydkorea (Chae et al., 2022), Malta-Depares och Culley (2022), Australien-Peprah et al. (2024), Sydafrika-Thulo et al. (2025) och Kanada-Woodgate et al. (2017).** Migranter hade varierande ursprung; **Afghanistan, Syrien, Irak, Iran, Turkiet, Libanon, Buthan, Burma, Vietnam, Kina, Japan, Filippinerna, Thailand, Egypten, Sudan, Somalia, Sydafrika, Zimbabwe, Eritrea, Etiopien, Demokratiska republiken Kongo, Malawi, Moçambique, Zambia, Yemen.**

I analysen framkom mönster där migranter uttryckte oro över hinder i tillgången till vården och att migranter beskrev vårdprofessionernas bemötande som oroväckande. Utifrån detta genererades 2 kategorier: Strukturella hinder och Komplexa vårdmöten. Ur dessa framkom underkategorierna: Att ha svårt att få kontakt, Att inte få tillgång till tolk, Att uppleva ekonomiska svårigheter, Att bli bekräftad genom kommunikation, Att uppleva bristande engagemang och Att känna sig särbehandlad (*Figur 2.*).



Figur 2. Kategorier och underkategorier.

Strukturella hinder

Migranters berättelser belyste tydliga strukturella hinder de fått möta i mottagarlandet både när primärvårdkontakt skulle initieras och upprätthållas (Azizi et al., 2019; Brewer et al., 2019; Chae et al., 2022; Clark et al., 2022; Kang et al., 2019; van Loenen, 2017; Thulo et al., 2025; Woodgate et al, 2017). Migranter upplevde även osäkerhet kring tolkningens kvalitet, tillgänglighet och sekretess, vilket bidrog till stora påfrestningar (Brewer et al., 2019; Chae et al., 2022; Clark et al., 2022; Depares & Culley, 2022; Kang et al., 2019; Woodgate et al., 2017). Dessutom beskrev migranter att en ekonomisk begränsning som gjorde att pengarna knappt räckte till nödvändiga vårdbesök (Azizi et al., 2019; Kang et al., 2019; Thulo et al., 2025; Woodgate et al., 2017).

Att ha svårt att få kontakt

Denna subkategori handlar om att belysa migranters svårigheter på grund av bristande information och kommunikationssvårigheter som försvårar för migranter att etablera och upprätthålla kontakt med primärvården.

Första kontakt med primärvården beskrev migranter som den största utmaningen då de inte hade fått information om att hur migranter navigerade mottagarlandets hälso- och sjukvård. Enligt migranternas erfarenheter ledde detta till kommunikationssvårigheter med vårdprofessioner samt att de kände sig missförstådda. Migranter upplevde att denna typ av erfarenhet medförde känslor av förtvivlan och förvirring (Azizi et al., 2019; Brewer et al., 2019; Chae et al., 2022; Clark et al., 2022; Kang et al., 2019; van Loenen, 2017; Thulo et al., 2025; Woodgate et al, 2017). Migranter upplevde bristfälliga förklaringar av tillstånd och procedurer, vilket enligt migranterna ledde till att de undvek primärvården och sökte till akuten när deras symtom förvärrades (Brewer et al.,2024; Depares & Culley, 2022; Kang et al., 2019). Svårigheter i att etablera en kontinuerlig och förtroendefull vårdkontakt påtalade migranter som ett hinder för att söka vård. Migranter talade om fördröjda vårdbesök; det var frustrerande att söka vård vid sjukdom och att få en tid väldigt långt fram, Upplevelsen av en otillgänglig primärvård kopplade de ihop med otillräckligt bemannade vårdenheter. Migranter upplevde att de hamnade i konflikter med primärvården efter att ha upplevt sig ha mindre inflytande i sin vård, vilket yttrade sig i ilska, besvikelse och hopplöshet (Brewer et al., 2019; Clark et al., 2022; Kang el al., 2019; Woodgate et al., 2017). Migranter kände sig förtvivlade och förvirrade pga de ej fick infomation från vårdprofessionerna om primärvårdens tjänster; Migranter upplevde att de påverkades av vårdprofessioners spänning, stökiga vårdenheter och att skyndsamma besök av vårdprofessioner på grund av hög och tung arbetsbelastning. Vidare uttryckte migranter att vårdprofessioners förhållningssätt och krav gällande flerspråkighet hos migranter var orimligt som även beskrevs det av migranter som omöjligt vilket ledde till förvirring och emotionell belastning. Med anledning av denna upplevelse valde migranter att avvika från att söka vård (Chae et al., 2022; Thulo et al., 2025).

Att inte få tillgång till tolk

Denna subkategori belyser hur migranters upplevelse av bristande tillgång till tolk och tolkstöd påverkar deras kommunikation samt tillgång till primärvården.

Migranterna beskrev avsaknad språkstöd som bidragande orsak till utmaningar. Migranter upplevde dessutom att det förekom brist på tolkar, och att de kände sig tvingade att förlita sig på anhöriga eller sina barn, vilket resulterade i att barnet missade skolgång. Att inte få tolkstöd beskrevs av migranter som ett förvirrande tillstånd som skapade beroendesituationer, vilket de upplevde att deras liv påverkades långt efter ankomst. Det upplevde utöver dessa mer akuta behov av primärvårdkontakt förlängdes vid tolkbrist (Brewer et al., 2019; Chae et al., 2022; Clark et al., 2022; Depares & Culley, 2022; Kang et al., 2019). Migranter upplevde oro vid användning av tolkar, kopplad både till dialekt som skiljde sig markant inom samma språk som kunde påverka översättningens innehåll samt sekretessfrågor vid användning av tolk med samma geografiska och kulturella förbindelser (Clark et al., 2022). Migranter upplevde förtvivlan när de var med om felaktig eller otillräcklig översättning. Migranterna upplevde att denna typ av översättningen tillsammans med deras begränsade språkkunskaper både försvårade kommunikation mellan dem och vårdgivaren och deras möjlighet att orientera sig till rätt vårdinsats (Woodgate et al., 2017; Kang et al., 2019).

Att uppleva ekonomiska svårigheter

Denna subkategori handlar om att belysa hur migranters upplevelse av ekonomiska begränsningar och praktiska kostnader försvårade deras möjligheter att söka och erhålla vård.

Utöver språkliga hinder upplevde migranter att skillnader i samhällsstruktur, infrastruktur, väderförhållanden, kultur och avsaknad av socialt stöd försvårade deras möjlighet att nå primärvården. Migranter från varmare kontinenter beskrev att vintertiden var en ovanlig upplevelse som ledde till högre utgifter vilket de upplevde detta som hinder i att söka vård. De högre utgifter var relaterade till förnödenheter såsom varmare kläder etc. Det kalla klimatet beskrevs det av migranter som en outhärdlig tid då migranter upplevde ökat behov av vård på grund av sjukdomar, men eftersom de upplevde att de var ekonomiskt begränsade så uteblev de från vårdbesöken (Woodgate et al., 2017). I studier gjorda i Iran och Kanada beskrev migranter gemensamma utmaningar i att söka vård, som ofta handlade om transport till primärvården. Migranter upplevde att svårigheter med transport påverkade deras benägenhet att söka vård negativt. Migranter med barnfamiljer med låg ersättning och begränsade inkomster upplevde dessutom vara betydligt svårare att få tillgång till mediciner och icke-akut vård (Woodgate et al., 2017, Azizi et al., 2019). Migranter beskrev att bristfälligt språk även hindrade dem att tjäna pengar vilket de upplevde att de begränsades ekonomiskt ytterligare från att både söka och återuppfölja sin vård i primärvården (Thulo et al., 2025). Migranter påtalade att väntan på frikort framstod som en lång process för att sedan kunna få vård inom primärvården, vilket upplevde migranter som hinder (Kang et al., 2019).

Komplexa vårdmöten

Migranter upplevde att de påverkades positivt när de bemöttes av en lyhörd, empatisk och respektfull vårdprofession (Brewer et al., 2019; Clark et al., 2022; Kang et al., 2019; van Loenen et al., 2019). Men de beskrev att vårdmöten alltför ofta präglades av ignorerade vårdbehov, bristfällig sekretesshantering och reaktioner som skratt mot uttryckt kultur (Brewer et al., 2024; Kang et al., 2019; Peprah et al., 2024; van Loenen et al., 2017; Woodgate et al., 2017). Diskriminering och att känna sig utstött framkommer i migranters beskrivning av sin reaktion till vårdprofessioner (Azizi et al., 2019; Brewer et al., 2019; Chae et al., 2022; Clark et al., 2022; Depares & Culley, 2022; Kang et al., 2019; Peprah et al., 2024; Thulo et al., 2025; Woodgate et al., 2017).

Att bli bekräftad genom kommunikation

Denna subkategori kommer att belysa hur ett respektfullt och bekräftande bemötande genom kommunikation påverkar migranters upplevelser av vårdmöten.

Migranterna upplevde att de bemöttes med respekt och värme samt att mångfald i primärvårdens personal möjliggjorde ett accepterande bemötande från vårdprofessionerna (Clark et al., 2022; Kang et al., 2019). Migranter uttryckte det som positivt när läkare och sjuksköterskor företrädde deras behov. Stödet från sjuksköterskor upplevde migranter som värdefullt då det bidrog med tydlig information som underlättade navigeringen i primärvårdssytemet enligt migranterna. Vidare beskrev en kvinnlig migrant hur en manlig läkare försökte skaka hand och att migranten uttryckte att vårdpersonal ibland saknade fördjupad kunskap om individuella kulturer vilket upplevde migranter att detta inte påverkade vården negativt då bemötandet upplevdes som respektfullt (Clark et al., 2022). Migranter upplevde bemötandet från yrkesprofessioner som läkare och sjuksköterskor olika, en migrant uttryckte att det var lättare att dela sina bekymmer med sjuksköterskor än med läkare. Vidare upplevde migranter att vårdprofessionens ålder spelade in (van Loenen et al., 2019).

Att uppleva bristande engagemang

Subkategorin fokuserar på migranters upplevelser av vårdpersonalens otillräckliga engagemang och bristande lyhördhet inom primärvården.

Kvinnliga migranter upplevde hur vissa vårdåtgärder stod i konflikt med deras kulturella föreställningar om hälsa och omsorg (van Loenen et al., 2017; Peprah et al., 2024). De uppgav även att de undvek att söka vård när de inte kunde få träffa en kvinnlig läkare (van Loenen et al., 2017). Migranter med afrikansk bakgrund upplevde bekymmer och frustration över oförmågan att finna vårdgivare från liknande kulturell bakgrund (Peprah et al.,2024). Migranterna beskrev att de hade bemötts av vårdprofessioner med slarvig inställning till deras sekretess (Kang et al., 2019). Vidare uppgav de att vårdprofessioner med afrikanskt ursprung sällan tycktes rekryterade i vårdyrken i Australien, samt att det skulle kännas säkert och upplyftande med professioner med bakgrund liknade deras egen. De kände sig förtvivlade av att vårdgivare ofta exkluderade familjemedlemmar från vården, därav upplevdes vården som bristfällig i att involvera närstående (Peprah et al., 2024). Migranterna beskrev starkt önskan om samtal som inkluderade sociala och kulturella aspekter för att bygga förtroende och förståelse, men upplevde att vårdmöten var strikt medicinskt inriktade och saknade relationellt engagemang (Peprah et al., 2024; Woodgate et al., 2017). En migrant berättade att han hade sökt vård länge för en åkomma i knäet men att läkaren då inte hade lyssnat på patienten som uttryckte behov av att få hjälp. Migranten upplevde känslor av förtvivlan, ända tills han fick möta en ny läkare i primärvården som refererade patienten omgående för nödvändig kirurgi. Migranten berättade att han aldrig hade upplevt sådan lyhörd vårdprofession tidigare (Brewer et al., 2024).

Att känna sig särbehandlad

Subkategorin kommer att belysa faktorer som ökar känslan av exkludering och särbehandling i vårdmöten som bidrar till en ökad misstro till primärvården hos migranter

Migranter upplevde att de blev nekade hjälp av vårdgivare eller att de upplevde att de behandlades sämre än andra patienter på grund av sin klädsel, utseende, sitt sätt att tala, religion eller sin migrantstatus. Migranter upplevde att vårdgivarnas bemötande hade orsakat känslor av besvikelse, otillfredsställelse och låg tillit till vården (Chae et al., 2022; Kang et al., 2019; Peprah et al., 2024; Thulo et al., 2025). En kvinnlig migrant upplevde särbehandling när en vårdgivare hävdade att utlänningar orsakat resursbrister och borde skickas tillbaka till sina ursprungsländer. Migranter misstänkte att de fick vänta längre på vård och att det var kopplat till deras etnicitet och migrantstatus (Kang et al., 2019; Thulo et al., 2025). Migranter upplevde att vårdprofessioner bemötte dem med negativa eller motstridiga beteenden; kyliga attityder vilket migranter upplevde att det gjorde det svårt relationellt till och med att närma sig dem (Azizi et al., 2019; Chae et al., 2022; Depares & Culley, 2022). Migranter upplevde att de utvecklade känslor av irritation och emotionell stress i samband med att vårdgivarna kom med okänsliga, påträngande eller formulerade frågor som migranterna upplevde påminde dem om tidigare svåra erfarenheter (Chae et al., 2022; Depares & Culley, 2022). Migranterna upplevde en ökad misstro till primärvården allteftersom de kände sig mer medvetna om vårdens negativa attityd (Depares & Culley, 2022). Migranterna upplevde att deras kulturella identitet och perspektiv på hälsa och läkemedel bemöttes antingen med skratt eller ignorerades av vårdgivarna. En migrant beskrev även hur en läkares reaktion på migrantens kulturella ritual gav upphov till skamkänslor (Peprah et al., 2024).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Tillförlitlighet i kvalitativ forskning omfattar enligt Lincoln och Guba 1985, refererat i Polit & Beck 2021, s. 570) trovärdighet, pålitlighet, verifierbarhet och överförbarhet.

Trovärdighet
Valet av kvalitativ litteraturstudie möjliggjorde en syntes av tidigare forskning utförd av erfarna forskare, vilket kan ses som en styrka då materialet redan genomgått vetenskaplig granskning. Vidare innebär detta att studien är beroende av hur primärstudiernas kvalitet, kontext och analys är utformade. För att hantera detta genomfördes en kritisk kvalitetsgranskning av samtliga inkluderande studier, vilket bidrog till att säkerställa att resultaten vilade på metodologiskt hållbara grunder. Studiens trovärdighet stärktes genom ett systematiskt och transparent arbetssätt där sökstrategi, urval och analys dokumenterades fortlöpande. Att arbetet genomfördes gemensamt möjliggjorde kontinuerlig dialog kring tolkningar och bedömningar, vilket minskade risken för individuella bias och ökade tillförlitligheten i analysen. Den gemensamma granskningen av inkluderade studier bidrog även till en mer konsekvent tillämpning av inklusions- och exklusionskriterier.

Sökstrategin var iterativ och återbesöktes vid flera tillfällen, samtidigt som likartade sökresultat genererades. Den fortlöpande dokumentationen av sökningar i text- och kalkyldokument möjliggjorde spårbarhet i samtliga sök- och urvalsbeslut samt underlättade återgång till tidigare sökningar i respektive databas. Dokumentation av sökord, kombinationer och sökmatriser bidrog även till att forskningsprocessen var möjlig att följa.

Verifierbarhet
Verifierbarheten stärktes genom att analysen präglades av kontinuerlig jämförelse mellan meningsbärande enheter, kondensering, koder och framväxande kategorier, vilket möjliggjorde att analysen kunde följas tillbaka till det ursprungliga materialet. Samtliga analyssteg dokumenterades fortlöpande, vilket skapade transparensen i hur resultaten växte fram.

Översättning från engelska till svenska utgjorde en potentiell felkälla, då språkliga nyanser kan gå förlorade. För att minska denna risk genomfördes översättningen gemensamt, med stöd av etablerade språkliga resurser såsom Svenska Akademien (u.å.) samt Cambridge (u.å.) , och återkommande reflektioner kring formuleringar och begreppsanvändning. Detta stärkte tillförlitlighet och transparens, även om viss språklig förskjutning inte helt kan uteslutas.

Ett reflexivt förhållningssätt tillämpades genom hela analysprocessen, där både primärstudiernas tolkningar och den egna analysen kontinuerligt granskades kritiskt. Detta bidrog till att synliggöra och ifrågasätta eventuella förutfattade antaganden, vilket ytterligare stärkte trovärdighet och veifierbarhet.

Giltighet
Giltigheten stärktes genom en medveten urvalsstrategi som syftade till att fånga variation i migranters erfarenheter av primärvård. Användningen av migrant som paraplybegrepp möjliggjorde inkludering av studier som omfattade studier om flyktingar, asylsökande och migranter i utsatta situationer, och bidrog till variation i erfarenheter och kontexter.

För att hantera skillnader i internationell terminologi inkluderades övergripande termen immigrants samt specifik term refugees, vilket minskade risken att relevanta studier exkluderades på grund av begreppsliga variationer mellan forskningsfält och nationella kontexter. Samtidigt kan begreppsliga bredd ha reducerat möjligheten till en mer detaljerad jämförelse mellan specifika grupper, eftersom skillnader i rättigheter och tillgång till vård delvis kan ha suddats ut. Detta utgör en begränsning för

giltigheten och speglar samtidigt den komplexitet som präglar både forskning och klinisk vårdpraktik (Hannigan et al., 2016).

Begränsningen till peer-review-granskade, engelskspråkiga studier publicerade under de senaste tio åren bidrog till vetenskapligt kvalitet och aktualitet. Samtidigt kan detta ha inneburit att studier från vissa språkliga och kulturella kontexter exkluderades, vilket utgjorde en svaghet i denna studie.

Överförbarhet

Överförbarhet bedömdes i relation till resultatets tillämpbarhet i andra sammanhang. Inkluderingen av studier från olika geografiska områden, vårdsystem och mottagarkontext bidrog till att resultaten speglar en variation av erfarenheter, vilket ger läsaren möjlighet att bedöma deras relevans i andra kontexter.

Exempelvis kan resultatet överföras till könsöverskridande personer eftersom de kan uppleva både ökad psykologisk sårbarhet, begränsad social inkludering samt normerande och exkluderande strukturer (Gottvall et al., 2022; Kahn, 2015).

Samtidigt begränsas överförbarheten till barn, av att studien fokuserar på vuxna migranter och primärvårdskontexten.

Ytterligare samhällsgrupper som är aktuella för överförbarhet kan vara nationella minoriteter såsom judar, romer, samer (urfolk), sverigefinnar och tornedalingar, som historiskt har varit utsatta för särbehandling och marginalisering. Dessa grupper fortsätter att möta ojämlikhet i samhället till följd av språk, kultur och etnicitet och deras historiska position, vilket innebär att de ofta befinner sig i en underordnad ställning gentemot majoritetssamhället. Detta kan medföra ökad risk för ojämlik vård inom hälso- och sjukvården. Trots vissa skyddsfaktorer som upprätthåller deras rättigheter i vården, är överförbarhet relevant. Exempelvis bristande kulturell kompetens hos vårdprofessioner bidrog till att migranter kände sig förbisedda och marginaliserade inom hälso-och sjukvården vilket överstämde med samiska patienter som upplevde att deras språk och kulturella identitet inte alltid erkändes inom vården. Särbehandling och negativa attityder från vårdprofessioner är återkommande utöver språkbarriärer hos samiska patienter (Mehus et al., 2018). Överförbarhet bedöms därmed vara aktuell mellan migranter som är minoritetsgrupper och samer som nationella minoriteter i vårdkontakten.

Resultatdiskussion

Migranters möten med primärvården präglades av en komplex väv av strukturella, kommunikativa och relationella hinder som begränsade deras möjligheter att både söka och ta del av vård. Bristande tillgång till information, otillräckligt språkstöd och ekonomiska begränsningar samverkade med upplevelser av låg lyhördhet och i vissa fall diskriminerande bemötanden, vilket riskerade att underminera förtroendet för vården och i förlängningen leda till att vårdkontakter undveks. Samtidigt framkom erfarenheter av respektfullt bemötande som främjade tillit och benägenhet att söka vård. Detta aktualiserar centrala frågor om jämlik vård, patientdelaktighet och professionellt ansvar och behöver förstås i relation till etablerade omvårdnadsteorier och tidigare forskning.

Utifrån Leiningers transkultueralla omvårdnadsteori förutsätter säker vård att omvårdnaden anpassas till patientens kulturella behov (Leininger, 2002). Autonomi och självbestämmande utgör centrala principer, men resultatet visar att dessa ofta begränsades av språkliga och kulturella barriärer, vilket försvårade migranters möjligheter att vara delaktiga i beslut om sin vård. Samtidigt påpekar Andrews och Boyle (2003) att etiska principer som autonomi har sin grund i en västerländsk moralfilosofisk tradition och därför inte alltid är självklara i mötet med patienter vars värderingar betonar familjens delaktighet. Ett kulturellt och lyhört förhållningssätt innebär därför att sjuksköterskan aktivt öppnar om

dialog om patientens kulturella och andliga preferenser, snarare än att utgå från förutfattade meningar.

Samtidigt problematiseras ett ensidigt fokus på kultur som förklaringsmodell. Forskning visar att kulturella förklaringar riskerar att osynliggöra andra maktdimensioner såsom kön, migrationserfarenhet, sexualitet och socioekonomiska villkor (Jirwe, 2019; De los Reyes & Mulinaru, 2023). Ett intersektionellt perspektiv synliggör hur dessa faktorer samverkar och kan bidra till ökad sårbarhet i vårdmötet. I resultatet framkom exempelvis att afghanska flyktingar mötte flera samtidiga barriärer, vilket illustrerar risken med att generalisera migranter som en homogen grupp eller att ensidigt fokusera på "särskilt sårbara grupper" utan att uppmärksamma de strukturella villkor som skapar utsatthet (OHCHR, 2017; Åkesson et al, 2018).

Språkbarriärer framstod som ett av de mest framträdande hindren i mötet med primärvården, men resultatet indikerar att dessa inte enbart kan förstås som bristande språkkunskaper hos migranter. Klarenbeek (2023) problematiserar begreppet språkbarriär och menar att det snarare bör förstås som praktiska kommunikationsutmaningar. Resultatet visade att migranter aktivt försökte kommunicera, vilket tyder på organisatoriska hinder som bidrog till bristande anpassning och stöd i kommunikationen än om individuella brister.

Vidare visade tidigare forskning att standardiserade informationsinsatser riskerar att bli ineffektiva om de inte tar hänsyn till variationer i migranters hälsouppfattningar och erfarenheter (Mengesha et al., 2017). Wångdahl och Åkerman (2019) betonar vikten av att se hälsokommunikation som en dialogisk process, därmigranter involveras i utformning oc prövning av informationsmaterial.

Resultatet belyser även etiska utmaningar i vårdmötet, där migranter beskrev erfarenheter av särbehandling och osynliggörande, vilket även framkom i studier utanför den västerländska kontexten. Detta indikerar att strukturell särbehandling i vården utgör ett globalt fenomen. Ur ett vårdetiskt perspektiv kan detta förstås som uttryck för andrafiering, där vissa patienters erfarenheter ges lägre legitimitet (Lagerway, 2010). Dessutom har historiska vårdsystem präglats av exkluderande mekanismer, och även om dagens vårdkontext skiljer sig markant, indikerar resultatet att liknande mönster kan kvarstå (Lagerway, 2010). Detta understryker vikten av etisk reflektion och professionellt ansvar i primärvården för att motverka ojämlikhet och främja människors värdighet.

SLUTSATSER

Denna litteraturstudie handlar om att beskiva migranters erfarenheter av att söka och erhålla vård i primärvården. Studiens resultat har visat att migranter möter betydande och återkommande hinder på grund av språkliga, kulturella hinder, otillräckligt språkstöd, attityder bland sjukvårdpersonalen. Stöd och företrädande vårdprofessioner gav positiva intryck då migranterna värderade tydlig information som underlättade navigering i primårvårdssytemet.

Sjuksköterskor är ofta den första vårdgivaren vårdmöten, därför är ett empatiskt förhållningssätt avgörande i bemötandet av flyktingar, asylsykande och andra migranter. Transkulturell omvårdnadseori ger möjligheter för en global användning i möte med migranter, då den liksom andra teorier erbjuder verktyg som kan anpassas efter patienters behov. Samtidigt så är kultur ett brett begrepp som innefattar utbildning, musik, konst, spel, smak, mat; listan är nästan oändligt lång och därmed illustrerar det mångalden i vad just kultur kan vara för individen. I mötet med migranter kan sjuksköterskor skapa en neutral och hälsofrämjande miljö där individers värderingar, sedvanor, socioekonomiska förutsättningar samt kulturella och religiösa uppfattningar tas på allvar.

Etisk medvetenhet är nödvändigtvis inte att behärska all kulturkunskap, utan om att kunna identifiera etiska dilemman och reflektera över hur professionella värderingar kan möta andra moraliska och kulturella referensramar. Att implementera patientutbildning ställer krav på ett pedagogiskt och anpassat förhållningssätt som sträcker sig bortom informationsgivning. Pedagogisk och interkulturell träning anses vara viktigt, för både nyutexaminerade och erfarna sjuksköterskor, där ömsesidigt informationsbyte och förståelse ges utrymme i mötet med migranter. Resultatet understryker behovet av forskning, interventioner och kvalitetsförbättringsarbete som aktivt involverar migranter i hälsokommunikation och syftar till att bygga kulturella broar inom primärvården.

REFERENSER

* = Artiklar som ingår i resultatet.

Amiri, R., Heydari, A., Dehghan-Nayeri, N., Vedadhir, A.A., & Kareshki, H. (2015). Challenges of Transcultural Caring Among Health Workers in Mashhad-Iran: A Qualitative Study. *Global journal of health science*, *8*(7), 203–211. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4965668/

Andrews, M. M. & Boyle, J. S. (2003). *Transcultural Concepts in Nursing Care*. Philadelphia.

Arwidson, C. & Eriksson, A. (2019). Hälso- och sjukvård till papperslösa och andra utsatta grupper i Sverige. I A. Ehrenberg & L. Wallin (red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (3e uppl., s. 444–462). Lund: Studentlitteratur.

*Azizi, N., Delgoshaei, B. & Aryankhesal, A. (2019). Lived Experience of Afghan Refugees in Iran Concerning Primary Health Care Delivery. *Disaster medicine and public health preparedness, Cambridge University Press 13*(5-6), 868–873. https://doi.org/10.1017/dmp.2018.169

Baggens, C. & Sanden, I. (2019). Kommunikativa handlingar. I F., Friberg & J., Öhlén (red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (3e uppl., s. 585–624). Lund: Studentlitteratur.

Björkman, I., Lützen, K. & Jakobsson Ung, E. (2019). Sjuksköterskan som yrkesprofessionell, forskare och samhällsförändrare. I A. Ehrenberg & L. Wallin. (red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (3e uppl., s. 25–42). Lund: Studentlitteratur.

Blackmore, R., Boyle, J.A., Fazel, M., Ranasinha, S., Gray, K.M., Fitzgerald, G., ... Gibson-Helm, M. (2020). The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, *17*(9), e1003337. https://journals.plos.org/plosmedicine/article/file?id=10.1371

*Brewer, S.E., Alsharea, E. & Wah, S.L. (2024). 'I don't know exactly what that means to do check-ups': understanding and experiences of primary care among resettled young adult refugees. *Health Education Research*, *39*(2), 143–158. https://doi.org/10.1093/her/cyad041

Cambridge Dictionary (u.å.). *English–Swedish Dictionary*. K Dictionaries. https://dictionary.cambridge.org/translate/english-swedish/

Camedda, C. & Righi, M. (2024). Experiences and Suggestions of Nurses Involved in Caring for Migrant Populations in Italy: A Qualitative Study. *Healthcare, 12*(2), 275. https://doi.org/10.3390/healthcare12020275

*Chae, D., Kim, H., Seo, M., Asami, K. & Doorenbos, A. (2022). Public Health Center Service Experiences and Needs among Immigrant Women in South Korea. *J Korean Acad Community Health Nurs, 33*(4), 385–395. https://doi.org/10.12799/jkachn.2022.33.4.385

*Clark, E., Steel, Nicholas., Gillam, T.B., Sharman, M., Webb, A., Bucataru, A.M. & Hanson, S. (2022). Scarred survivors: gate keepers and gate openers to healthcare for migrants in vulnerable circumstances. *Journal of Research in Nursing, 27*(3), 245–255. https://doi.org/10.1177/17449871211043754

*Depares, J. & Culley, L. (2022). Healthcare encounters between asylum seekers and health professionals in Maltese primary care. *Journal of Research in Nursing, 27*(3), 275–287. https://doi.org/10.1177/17449871221087514

Credé, S.H., Such, E. & Mason, S. (2017). International migrants' use of emergency departments in Europe compared with non-migrants' use: a systematic review. *European Journal of Public Health, 28*(1), 61–73. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx057

De los Reyes, P. & Mulinari, D. (2023). *Intersektionalitet – Kritiska reflektioner över (o)jämlikhetens landskap*. Liber AB.

Eriksson-Sjöö, T., Cederberg, M., Östman, M. & Ekblad, S. (2012). Quality of life and health promotion intervention - a follow up study among newly-arrived Arabic-speaking refugees in Malmo, Sweden. *International Journal of Migration, Health, and Social Care Hove 8*(3), 112–126. https://doi.org/10.1108/17479891211267302

Evgin, D. & Muz, G. (2020). Nursing students learning to care for refugee patients: A qualitative study. *International Nursing Review*, *68*(3), 341–348. https://doi-org/10.1111/inr.12641

Folkhälsomyndigheten (2022). *Hiv i skuggan av utanförskap: En intervjustudie med migranter som lever med hiv i Sverige*. https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/h/hiv-i-skuggan-av-utanforskap/

Folkhälsomyndigheten (2023). *Strategier och metoder för att följa upp och rapportera om migranters hälsa i höginkomstländer – Resultat från en kartläggande litteraturöversikt*. (Artikelnummer 23225). https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/s

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. rev. utg..). Stockholm: Natur & kultur.

Förenta Nationerna (2008). *Allmän förklaring om mänskliga rättigheter* (Utrikesdepartementet, övers.). UNRIC Bryssels. https://fn.se/wp-content/uploads/2016/07/Allmanforklaringomdemanskligarattigheterna.pdf

Förenta Nationernas regionala informationskontor för Västeuropa (u.å.). *Klimatet försätter allt fler på flykt*. Hämtad 14 december 2025 från https://unric.org/sv/klimatflyktingar-ar-en-realitet/

Gottvall, M., Brunell, C., Eldebo, A., Johansson Metso, F., Jirwe, M. & Carlsson, T. (2023). Post-migration psychosocial experiences and challenges amongst LGBTQ+ forced migrants: A meta-synthesis of qualitative reports. *Journal of advanced nursing, 79*(1), 358–371. https://doi.org/10.1111/jan.15480

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, *24*(2), 105–112. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001

Graneheim, U.H., Lindgren, B.-M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, *56*, 29–34. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002

Hannigan, A., O'Donnell, P., O'Keeffe, M. & MacFarlane, A. (2016). *How do variations in definitions of "migrant" and their application influence the access of migrants to health care services? Copenhagen:*

World Health Organisation Regional Office for Europe. Health Evidence Network (HEN) synthesis report 46. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK391032/pdf/Bookshelf_NBK391032.pdf

International Organization for Migration (2018). *NON-COMMUNICABLE DISEASES AND MIGRATION* [Broschyr]. IOM. Hämtad 18 januari 2026 från https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbdl2616/files/our_work/DMM/Migration-Health/mhd_infosheet_ncds_10.09.2018.pdf

International Organization for Migration (2023). *Migrants' Right to Health – Legal and Policy Instruments Related to Migrants' Access to Health Care, Social Protection and Labour in Selected East African Countries*. IOM Regional Office for East and Horn of Africa. https://publications.iom.int/system/files/pdf/pub2023-030-l-migrants-right-to-health.pdf

International Organization for Migration (2024). *Migration Health 2023 Impact Overview*. Hämtad 18 januari 2026 från https://publications.iom.int/books/migration-health-2023-impact-overview

Jirwe, M. (2019). Kulturell mångfald. I F., Friberg & J., Öhlén (red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (3e uppl., s. 361–380). Lund: Studentlitteratur.

Justitiedepartementet (2025). *Migrations- och asylpakten: Volym 1* (Ds 2025:30). Åtta45. https://www.regeringen.se/contentassets/650ea5acc9594f57b4fb7da4ee924d67/migrations--och-asylpakten-ds-2025-30-volym-1.pdf

Jämställdhetsmyndigheten (2024). *MÄNNISKOHANDEL FÖR SEXUELLA ÄNDAMÅL: OM TOLKNING OCH TILLÄMPNING AV 4 KAP. 1 A § BROTTSBALKEN*. Hämtad 25 december 2025 från https://jamstalldhetsmyndigheten.se/aktuellt/publikationer/manniskohandel-for-sexuella-andamal-underlagsrapport-2024-6/

Kahn, S. (2015). Experiences of Faith for Gender Role Non-Conforming Muslims in Resettlement: Preliminary Considerations for Social Work Practitioners. *The British Journal of Social Work*, *45*(7), 2038–2055. https://academic.oup.com/bjsw/article/45/7/2038/1656182

*Kang, C., Tomkow, L. & Farrington, R. (2019). Access to primary health care for asylum seekers and refugees: a qualitative study of service user experiences in the UK. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, *69*(685), e537–e545. https://doi.org/10.3399/bjgp19X701309

Karakuş Selçuk, A. & Yanikkerem, E. (2022). Nursing students' perspectives and caregiving experiences with refugees: A qualitative analysis. *Nurse Education Today*, *109*(105240). https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105240

Karolinska Institutet. (u.å.). *Vad är nyttan med MeSH-term?*. Hämtad 11 december 2025 från https://mesh.kib.ki.se/info/vad-ar-nyttan-med-mesh-termer

Klarenbeek, L. (2024). Relational integration: from integrating migrants to integrating social relations. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, *50*(1), 233–256. https://doi.org/10.1080/1369183X.2023.2259038

Lagerwey, D.M. (2010). Ethical vulnerabilities in nursing history: Conflicting loyalties and the patient as 'other'. *Nursing Ethics*, *17*(5), 590–602. https://doi.org/10.1177/0969733010368746

Larson, K.L., Choufani, M.R. & Płaszewska-Żywko, L. (2024). An educational approach to develop intercultural nursing care for refugees from Ukraine: A qualitative study. *International Nursing Review, 72*(13016). https://doi.org/10.1111/inr.13016

Larson, K.L., Płaszewska-Żywko, L., Sira, N. & Leibowitz, J. (2025). Nursing Praxis on Intercultural Care with War-Affected Refugees. *Global Qualitative Nursing Research, 12,* 1–14. https://doi.org/10.1177/23333936251336109

Leininger, M.M. & McFarland, M.R. (2002). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practice* (3rd ed.). McGraw-Hill, Medical Pub. Division.

Maatouk, C., Germanos, O., Khattab, Y., Aad, A.M., Aboelhassan, Y.M.E.I., Gandour, G., ... Lucero-Prisno III, D.E. (2024). Migration and Health Policy: Applying the Nexus to Safety Issues of Migrants Crossing the Mediterranean Sea. *Public Health Challenges, 4*(1), e70023. https://doi.org/10.1002/puh2.70023

Mangrio, E., Zdravkovic, S. & Strange, M. (2022) Working With Refugees' Health During COVID-19– The Experience of Healthand Social Care Workers in Sweden. *Frontiers in Public Health, 10*(811974). https://www-sciencedirect-com.till.biblextern.sh.se/science/article/pii/S1477893920301836?via%3Dihub

Mehus, G., Bongo, B.A., Engnes, J.I. & Moffitt, P.M. (2019). Exploring why and how encounters with the Norwegian health-care system can be considered culturally unsafe by North Sami-speaking patients and relatives: A qualitative study based on 11 interviews. *International Journal of Circumpolar Health, 78*(1), 1612703. https://doi.org/10.1080/22423982.2019.1612703

Mengesha, Z., Alloun, E., Weber, D., Smith, M. & Harris, P. (2022). "Lived the Pandemic Twice": A Scoping Review of the Unequal Impact of the COVID-19 Pandemic on Asylum Seekers and Undocumented Migrants. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(11), 6624. https://doi.org/10.3390/ijerph19116624

Mengesha, Z., Perz, J., Dune, T. & Ussher, J. (2017). Refugee and migrant women's engagement with sexual and reproductive health care in Australia: A socio-ecological analysis of health care professional perspectives. *PloS One, 12*(7), e0181421.

Nkulu-Kalengayi, F. K., Jonzon, R., Deogan, C. & Hurtig, A.-K. (2021). Evidence and gaps in the literature on HIV/STI prevention interventions targeting migrants in receiving countries: a scoping review. *Global Health Action, 14*(1). https://doi.org/10.1080/16549716.2021.1962039

Nordin, L. & Perrin, S. (2019). Pain and posttraumatic stress disorder in refugees who survived torture: The role of pain catastrophizing and trauma-related beliefs. *European Journal of Pain, 23*(8) 1497–1506. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1002/ejp.1415

Office of the High Commissioner for Human Rights. (2017). Principles and Guidelines, supported by practical guidance, on the human rights protection of migrants in vulnerable situations. https://www.ohchr.org/sites/Migration/PrinciplesAndGuidelines.pdf

*Peprah, P., Lloyd, J., Ajang, D.A. & Harris, M.F. (2024). A qualitative study of negative sociocultural experiences of accessing primary health care services among Africans from refugee backgrounds in Australia: implications for organisational health literacy. *BMC primary care, 25*(1), 327. https://doi.org/10.1186/s12875-024-02567-2

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2021). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice.* (Eleventh edition). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Saberi, S., Wachtler, C. & Lau, P. (2021). Are we on the same page? Mental health literacy and access to care:A qualitative study in young hazara refugees in melbourne. *Australian Journal of Primary Health, 27*(6), 450-455. https://doi.org/10.1071/PY21017

Sackey, D., Jones, M. & Farley, R. (2020). Reconceptualising specialisation: integrating refugee health in primary care. *Australian Journal of Primary Health*, *26*(6), 452–457. https://doi.org/10.1071/PY20138

Sandman, L. (2019). Etik. I F., Friberg & J., Öhlén (red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (3e uppl., s. 260–279). Lund: Studentlitteratur.

Sanni, O., Salami, B., Oluwasina, F., Ojo, F. & Kennedy, M. (2022). Climate Change and African Migrant Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(24), 16867. https://doi.org/10.3390/ijerph192416867

Selm, L., Pérez-Urdiales, I., Úbeda-Pavia, M., Tomás-Mateos, J., Jiménez-Lasserrotte, M.d.M., ... Briones-Vozmediano, E. (2025). Migrant Farmworkers' Acceptability of Health Services in Spain: Barriers and Facilitators Identified by Professionals. *HEALTH EXPECTATIONS, 28*(1). https://doi-org./10.1111/hex.70147

Severoni, S. (2025). Migrants, refugees and displaced populations: a missed opportunity for equity at the 2025 UN High-Level Meeting on NCDs and mental health. *The Lancet Regional Health–Europe, 60*(101558). https://10.1016/j.lanepe.2025.101558

SFS 2008:344. *Hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.* Stockholm: Justitiedepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar

Socialstyrelsen (2021). *Hälsoundersökningar av asylsökande och nyanlända: Psykisk hälsa och regelverk-Uppföljning av regionernas hälso- och sjukvård.* (nr 2021-4-7333). https://www.socialstyrelsen.se/dokument/2021-4-7333.pdf

Sundvall, M., Titelman, D. & Bäärnhielm, S. (2018). Challenges of Combining Perspectives: A Qualitative Study of the Communication Between Female Suicidal Asylum Seekers and Mental Health Clinicians. *Crisis : The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, *39*(5), 326–334. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000504

Statens Beredning för medicinsk och social Utvärdering. (2022). *Bedömning av studier med kvalitativ metodik* [Bild]. SBU. https://www.sbu.se/sv/granskningsmallar/

Statistikmyndigheten (2025). *Kraftig ökning av ukrainska medborgare under 2024.* Hämtad 11 december 2025 från https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning-och-levnadsforhallanden/befolkningens-sammansattning-och-utveckling

Svenska Akademien (u.å.). *Svenska Akademiens Ordböcker.* https://svenska.se/tre/?sok=f%C3%B6rtvivlan&pz=1

Svensk sjuksköterskeförening. (2021). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor.* https://swenurse.se/download/A4%20ICN%20Etiska%20kod%20enkelsidor.pdf

Svenska Röda Korset (u.å). *Utmaningar i Sverige efter flykten*. Hämtad 10 december 2025 från https://www.rodakorset.se/var-hjalp-i-sverige/psykisk-halsa-och-psykisk-ohalsa/pa-flykt/efter-flykten/

*Thulo, R., Lokotola, C. & Mash, R. (2025). Migrants' Experiences of Accessing Primary Care in Emfuleni Municipality, South Africa. *Journal of Primary Care & Community Health*, *16*. https://doi.org/10.1177/21501319251359951

United Nations High Commissioner for Refugees (2019). *HANDBOOK ON PROCEDURES AND CRITERIA FOR DETERMINING REFUGEE STATUS AND GUIDELINES ON INTERNATIONAL PROTECTION: UNDER THE 1951 CONVENTION AND THE 1967 PROTOCOL RELATING TO THE STATUS OF REFUGEES*. Hämtad den 12 december 2025 från https://www.unhcr.org/media/handbook-procedures-and-criteria-determining-refugee-status-under-1951-convention-and-1967

United Nations High Commissioner for Refugees (2025). *Mid-Year Trends*. Hämtad 9 december 2025 från https://www.unhcr.org/mid-year-trends

United Nations Development Programme Sverige (u.å.) *Globala målen*. Hämtad 8 juni 2025 från https://globalamalen.se/om-globala-malen/

Utredningen om migrationsmottagandet 2015 (2017). *Att ta emot människor på flykt: Sverige hösten 2015* (SOU 2017:12). Elanders Sverige AB. https://www.regeringen.se/contentassets/pdf.

Vignier, N., Moussaoui, S., Marsaudon, A., Wittwer, J., Jusot, F. & Dourgnon P. (2022). Burden of infectious diseases among undocumented migrants in France: Results of the Premiers Pas survey. *Frontiers in Public Health*, *10*(934050). https:/10.3389/fpubh.2022.934050

*van Loenen, T.V., van den Muujsenbergh, M., Hofmeester, M., Dowrick, C., van Ginneken, N.V., Mechili, E.A., ... Lionis, C. (2018). Primary care for refugees and newly arrived migrants in Europe: a qualitative study on health needs, barriers and wishes. *European Journal of Public Health, 28*(1), 82–87. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx210

Ward, M., Kristiansen, M. & Sørensen, K. (2019). Migrant health literacy in the European Union: A systematic literature review. *Health Education Journal*, *78*(1), 81–95. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1177/0017896918792700

World Health Organization (2021a). *Health promotion glossary of terms 2021*. Hämtad 16 januari 2026 från https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349

World Health Organization (2021b). *Refugee and migrant health: Global Competency Standards for health workers*. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/cd5651fb-db35-424a-a3d2-372f4139c323/content

World Health Organization (2022). *Refugee and migrant health*. Hämtad 18 januari 2026 från https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-health

World Health Organization (2023). *The health of refugees and migrants in the WHO European Region*. Hämtad 18 januari 2026 från https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/the-health-of-refugees-and-migrants-in-the-who-european-region

World Health Organization (2024). *WHO global action plan on promoting the health of refugees and migrants, 2019–2030*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240093928

World Health Organization & United Nations Children's Fund (2018). *A vision for primary health care in the 21st century: Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals.* https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d5dde33e-8510-4f88-9dc5-db5037d30cba/content

*Woodgate, R.L., Busolo, D.S., Crockett, M., Dean, R.A., Amaladas, M.R. & Plourde, P.J. (2017). A qualitative study on African immigrant and refugee families' experiences of accessing primary health care services in Manitoba, Canada: it's not easy. *International Journal for Equity in Health*, *16*(1), 5. https://doi.org/10.1186/s12939-016-0510-x

Wångdahl, J., Lau, M., Nordström, P., Samulowitz, A. & Karlsson, L. (2017). Hälsolitteracitet - en kommunikativ utmaning för hälso- och sjukvården. *Socialmedicinsk Tidskrift, 94*(2), 126–135. https://doi.org/10.62607/smt.v94i2.42104

Wångdahl, J. & Åkerman, E. (2019). Varför är det viktigt med en god hälsokommunikation för alla nyanlända migranter?. *Socialmedicinsk Tidskrift, 96*(1), 56–65. https://doi.org/10.62607/smt.v96i1.38660

Åkesson, E. & Amphi Produktion (2018). *Intersektionella perspektiv på våld i nära relationer*. Länsstyrelsen Skåne. https://www.lansstyrelsen.se/download/18.6ae61

BILAGA 1. Sökmatris CINAHL

Databas Datum Sökning	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar	Artikel #
CINAHL 2025-11-13 S1	"Refugees"	-	10539	0	0	0	0	-
CINAHL 2025-11-13 S2	Experience	-	511446	0	0	0	0	-
CINAHL 2025-11-13 S3	"Access to primary care" OR "Primary Health Care"	-	80223	0	0	0	0	-
CINAHL 2025-11-13 S4	S1 AND S2 AND S3	Peer-reviewed Engelska 2015–2025	53	53	*30	**14	***2	#3 #5
CINAHL 2025-11-13 S5	(Immigrants OR refugees) AND experience AND primary healthcare	Peer-reviewed Engelska 2015–2025	132	132	****100	*****55	******2	#4 #9

*23 artiklar exluderades utifrån titlar pga de inte svarade på studiens syfte

**16 artiklar exluderades efter granskning av abstrakt på grund av de inte uppfyllde kriterierna för att svara på studiens syfte.

***12 artiklar exkluderades pga andra erfarenheter än migranters, fler gånger vårdgivarens upplevda erfarenheter än migranternas erfarenhet och upprepning av samtliga 10 artiklar för resultatet.

**** 32 tittlar exkluderades på grund bland annat erfarenhet av vårdpersonalen, andar vårdinrättningar och annan studiedesign.

***** 45 exkluderade abstrakt på grund av bland annat vårdprofessioners erfarenheter, annan studiedesign och forskning, intervention och utbildning för vårdpersonalen.

****** 53 artiklar exkluderades eftersom de handlade bland annat om vårdprofessioners erfarenheter, upprepning av samtliga 10 artiklar för resultatet, migranter med med längre vistelse i mottagarlandet 9 år med heltidsjobb

Inkluderade artiklar är numrerade samt markerade # och återfinns i *BILAGA 3*.

BILAGA 2. Sökmatris PubMed

Databas Datum Sökning	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar	Artikel #
PubMed 2025-11-13 S1	"Refugees"[Mesh]	-	15 123	0	0	0	0	-
PubMed 25-11-13 S2	Experience	-	1 217 573	0	0	0	0	-
PubMed 2025-11-13 S3	"Primary health care" [Mesh]	-	210 210	0	0	0	0	-
~~PubMed 2025-11-13 S4~~	~~S1 AND S2 AND S3~~	~~Full text-format, 2015–2025, engelska~~	~~60~~	~~60~~	~~41~~	~~30~~	~~6~~	~~#1 #2 #6 #7 #8 #10~~
PubMed 2025-12-15 S5	S1 AND S2 AND S3	Full text-format, 2015–2025, engelska	47	47	*28	**17	***6	#1 #2 #6 #7 #8 #10

*19 artiklar exkluderades på grund av att de fokuserade på vårdprofessionens erfarenheter, andra vårdinrättningar och fel studiedesign.

**11artiklar exkluderades efter granskning av abstrakt på grund av de inte handlade om migranters erfarenheter, annan studiedesign och vårdprofessioners erfarenheter.

***11 artiklar exkluderades efter datamättnad nåddes där samma mönster och tema av resultat återkom

Inkluderade artiklar markerade # återfinns i *BILAGA 3*.

Sökning 5 utfördes eftersom den dokumenterade söklistan med sökning S4 försvann. Sökning 5 utgjorde färre antalet träffar, men trots detta återfanns de föregående inkluderade artiklarna. S5 följde samma utförliga metod från steg 3-9.

BILAGA 3. Artikelmatris

Författare, årtal, tidskrift, land	Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvali-tet
#1 Azizi et al. 2019 Journal of Immigrant and Minority Health. Iran	Lived Experience of Afghan Refugees in Iran Concerning Primary Health Care Delivery.	Beskriva upplevelser av flyktingars utmaningar både före, under samt efter mötet med primärvården.	*Design:* Kvalitativ studie. *Urval: 18* afghanska flyktingar i Iran. *Datainsamling:* Djup och semistrukturerade-intervjumetod. *Analys*: Innehållsanalys.	4 Huvudteman: (1) Hinder att erhålla primärvård (före): Högt antal barn, höga vårdkostnader, ingen sjukförsäkring eller bidrag, problem med återbesök, tidsbokning. (2) Utmaningar under primärvårdvistelser; Att förstå iranier, vårdprofessioners bemötanden, förseningar i att erhålla vård. (3) Utmaningar efter primärvården, återbesök var kostsamt för migranterna.	Hög
#2 Brewer et al. 2024 Health education research. USA	'I don't know exactly what that means to do check-ups': understanding and experiences of primary care among resettled young adult refugees.	Studera och förstå unga migranters erfarenheter och förförståelse av primärvården.	*Design:* Kvalitativ, fenomenologisk studie. *Urval*: 23 unga vuxna flyktingar, rekryterade av föredetta flyktingar. *Datainsamling*: Semistrukturerade intervjuer. *Analys*: Tematisk analys.	3 Huvudteman: (1) erfarenheter av att navigera och förstå primärvården; (2) erfarenheter av primärvårdens centrala egenskaper; (3) vägen mot etablerande av vårdrelationer.	Hög
#3 Clark et al. 2022 Sage Journal Storbrittanien.	Scarred survivors: gate keepers and gate openers to healthcare for migrants in vulnerable circumstances.	Att undersöka utsatta migranters perspektiv på tillgång till primärvård i en brittisk stad, samt genom en kartläggning av deras erfarenheter identifiera centrala förbättringsområden för framtida riktlinjer; teoretiskt ramverk utvecklat för praxis inom primärvården för sårbara migranter.	*Design*: Kvalitativ deskriptiv. *Urval*: Vuxna deltagare som uppfyllde definitionen sårbar migrant, bosatt i Storbrittanien i <5 år. *Datainsamling*: 2 fokusgrupper med 11 deltagare, både kvinnor och män. Frågor från ramverket. Enskilda semistrukturerade intervjuer med de som kände sig obekväma i grupp. 2 tolkare- var hälso- och sjukvårdprofessionella med flytande språkkunskaper utan någon koppling till deltagarna närvarade. *Analys*: Tematisk analys.	2 teman med tillhörande underteman. (1) Primärvård: tillgång, konsultationer, tolkning informationsbyte, kostnader samt vårdprofessionella kompetens, kunskap och kulturella förståelse; (2) Psykisk hälsa: symtom, migrationsrelaterade stressfaktorer och behandlingsinsatser.	Hög
#4 Chae et al. 2022	Public Health Center Service Experiences and Needs among	Syftet är att utforska kvinnliga giftemålsbaserade	*Design*: Kvalitativ deskriptiv ansats.	5 kategorier av erfarenheter identifierades:språkbarriärer, hektisk miljö, prisvärd och praktisk vård, känslor	Hög

J Korean Acad Community Health Nurs Sydkorea	Immigrant Women in South Korea	migranters upplevda erfarenheter av vårdmottagningstjänster, vårdbehov, och undersöka genomförbarhet av Photovoice.	*Urval*: Kvinnliga ingifta migranter. Fyra fokusgrupper bildades (1 grupp per ursprungsland). *Datainsamling*: Semistrukturerader intervjuer *Analys*: Kvalitativ innehållsanalys.	av negligering och diskriminering och känsla av frustation. 5 kategorier där behov identifierades: stödjande språktjänster, enkel tillgång, hälso- och sjukvård genom livscykeln, utbreddning av prisvärd vård, och att bli accepterad som man är.	
#5 Depares & Culley. 2022 Journal of Research in Nursing Malta	Healthcare encounters between asylum seekers and health professionals in Maltese primary care	Utforska karaktärer av vårdmöten mellan asylsökande och vårdprofessioner, samt hur samhällspolitiska processer påverkar dessa möten.	*Design:* Kvalitativ etnografisk ansats grundad i postkolonial teori. *Urval:* 11 Asylsökande *Datainsamling:* Observationer av vårdmöten samt djupintervjuer med asylsökande, kulturella medlare och vårdpersonal. *Analys:* Tematisk analys.	3 teman: effekten av att söka skydd, att söka ömsesidig förståelse & att söka lösning.	Hög
#6 Kang et al. 2019 The journal of the Royal College of General Practitioners. Storbrittanien.	Access to primary health care for asylum seekers and refugees: a qualitative study of service user experiences in the UK.	Fylla kunskapsluckan genom att undersöka asylsökande och flyktingars erfarenheter av att söka och erhålla vård i primärvården.	*Design*: Kvalitativ deskriptiv, deduktiv. *Urval*: 18 asylsökande och flyktingar bott <5år i mottagarlandet. *Datainsamling*: Rekrytering i volontär och lokala stödorganisationer för asylsökande och flyktingar; face-to-face semistruktruerade intervjuer. *Analys*: Tematisk utifrån teoretisk ramverk.	Utifrån 6 förutbestämda dimensioner "tillgängligt, geografisk tillgänglighet, organisatorisk tillgänglighet, ekonomiskt tillgängligt och acceptabelt" framkom teman som språkbarriärer och oadekvata tolkningstjänster, ekonomiska utmaninger och brist på struktur, besökstider, upplevelser av diskriminerande vårdpersonal r/t förutfattade meningar.	Medel
#7 van Loenen et al. 2018 European Journal of Public Health. Grekland, Slovenien, Kroatien, Ungern, Nederländerna, Italien & Österrike.	Primary care for refugees and newly arrived migrants in Europe: a qualitative study on health needs, barriers and wishes.	Projekt som syftar till att utforma och implementera interventioner för att förbättra tillhandahållandet av primärvård. Få insikt i flyktingars och andra migranters hälsobehov, hinder i tillgång till primärvård.	*Design*: Kvalitativ (feministisk) deltagande forskning *Urval*: 98 Flyktingar & nyanlända migranter, nätverks- och snöbollsmetod, 43 grupper, ca 5 deltagare vardera *Datainsamling*: Fältarbete på flyktingmottagningscenter i Grekland, Slovenien, Kroatien, Ungern, Nederländerna, Italien & Österrike; brainstorming mha bilder, djup-	3 teman: (1) Behov av hälso- och sjukvård (2) barriärer i att nå hälso- och sjukvård (3) önskningar. Hälsoproblem relaterades till bl.a. krigsupplevelser, tuffa resvägar som gav infektioner som påverkade migranters hälsa.	Hög

			intervjuer, ljudinspelningar och fältanteckningar; 98 deltagande totalt *Analys*: Tematisk analys, narrativ.		
#8 Peprah et al. 2024 BMC Primary Care Australien.	A qualitative study of negative sociocultural experiences of accessing primary health care services among Africans from refugee backgrounds in Australia: implications for organisational health literacy.	Undersöka vad och hur afrikanska flyktingars perspektiv gällande sociokulturellt och religiöst betingade hälsouppfattningar påverkar tillgång, acceptans och användning av primärvårdens tjänster och information.	*Design:* Kvalitativ deskriptiv studie utifrån teoretisk ramverk *Urval:* 19 flyktingar som tidigare bodde på flyktingsläger innnan ankomsten till Australien från 9 olika stater från sydafrika *Datainsamling:* Semi-strukturerade intervjuer *Analys:* Botten-upp tematisk analys.	4 huvudteman: (1) upplevelser av otillgänglighet, monokulturalitet, kulturellt okänsliga och osäkra tillvägagångssätt i information, (2) vårdenhetsmiljöns inverkan, (3) att tillgodose patienters förväntningar och behov och (4) övervinna utmaningar gällande tillgång och återta makt och autonomi genom välbekanta strategier.	Hög
#9 Thulo et al. 2025 Journal of Primary Care & Community Health Sydafrika.	Migrants' Experiences of Accessing Primary Care in Emfuleni Municipality, South Africa.	Undersöka migranters erfarenheter av tillgång, tillgänlighet och att erhålla statlig primärvård i Sydafrika genom utarbetat teoretisk tematisk ramverk.	*Design:* Deskriptiv kvalitativ studie *Urval:* 15 migranter både papperslösa, registrerade och individer som de som inväntar besked om uppehållstillstånd och över 18 år *Datainsamling:* Semi-strukturerade och djupintervjuder *Analys:* Kvalitativ teoribyggande datorprogramvara.	4 teman: (1) Hinder i sjukvård på grund av språk, ekonomi, felaktig information och juridisk status. (2) Anpassning och stödjande hanteringsfaktorer som inkluderar socialt stöd, traditionella övertygelser & vårderfarenheter inkl. God vårdkvalitet, att bli nekad vård samt fördröjd vård. (4) Psykosocial och emotionell påverkan till följd av stigmatisering ,diskriminering och psykiska problem.	Hög
#10 Woodgate et al. 2017 International Journal for Equity in Health Kanada.	A qualitative study on African immigrant and refugee families' experiences of accessing primary health care services in Manitoba, Canada: it's not easy.	Beskriva afrikanska [familjer] flyktingars erfarenheter av tillgång till primärvård.	*Design:* Kvalitativ induktiv *Urval:* 108 deltagare, migranter och flyktingfamiljer *Datainsamling:* Semistrukterade intevjuer. *Analys:* Tematisk innehållsanlays.	3 Huvudteman: förväntningar som inte riktigt uppfyllts, Ställer inför ett nytt liv och låt oss gå samman för att förbättra tillgången.	Hög

BILAGA 4. Kvalitetsgranskning

Bedömning av studier med kvalitativ metodik

UPPDATERAD 2022-05-11

Författare: _____ År: _____

Granskare: _____

Sammanvägd bedömning av metodologiska brister:
Obetydliga eller mindre ❑ Måttliga ❑
Stora brister, studien ingår inte i syntesen ❑

Kommentarer:

SBU (2022)

1. Överensstämmelse mellan filosofisk hållning/teori och urval och metodik i studien[1]

Vilken teori eller filosofisk hållning utgick författarna från?

	Ja	Nej	Oklart
Hänger syfte och fråga ihop med teori/filosofisk hållning?	❑	❑	❑

Kommentarer:

2. Deltagare

Hur gjordes urvalet?

Stödfrågor för bedömning av brister i urvalsförfarandet:	Ja	Nej	Oklart
Är urvalet lämpligt för att besvara frågan?	❑	❑	❑
Är rekryteringsmetoden lämpligt vald och genomförd?	❑	❑	❑
Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten?	❑	❑	❑

Kommentarer:

3. Datainsamling

Vilka metoder användes för datainsamling?

	Ja	Nej	Oklart
Finns det allvarliga brister i datainsamlingen som kan påverka tillförlitligheten?	❑	❑	❑

Kommentarer:

4. Analys

Vilka metoder användes för analys?

Stödfrågor för bedömning av brister i analyssteget:	Ja	Nej	Oklart
Är vald analysmetod lämplig och genomförd på ett lämpligt sätt?	❑	❑	❑
Var forskarna reflexiva vid tolkning av data?	❑	❑	❑
Validerades tolkningarna?	❑	❑	❑
Finns det allvarliga brister i analysen som kan påverka tillförlitligheten?	❑	❑	❑

Kommentarer:

5. Forskaren

Vilken bakgrund och kompetens hade forskarna?

Stödfrågor för bedömning av brister:	Ja	Nej	Oklart
Har forskarna någon relation till studiedeltagarna som kan påverka datainsamlingen?	❑	❑	❑
Har forskarna hanterat sin förförståelse på ett acceptabelt sätt?	❑	❑	❑
Var forskarna oberoende av finansiella eller andra förutsättningar som kunde påverka analysen?	❑	❑	❑
Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten?	❑	❑	❑

Kommentarer:

Gör en total bedömning av risken för att metodproblem påverkar resultaten.
För in det på sidan 1.

Tabell 3, exempel utifrån SBU:s granskningsmall.

	Brewer et al. (2024)	Chae et al. (2022)	Thulo et al. (2025)
Teori	Ingen filosofisk hållning	Ingen filosofisk hållning	Ingen filosofisk hållning.
Deltagare	Lämplig; purposive & snowball-method.	Målinriktad urval i kombination med snöboll metod	Lämplig metod [målmedveten/ snöboll]; motiveras och förklaras
Datainsamling	Redovisar utbildning av forskningsassistenter, transparens, lämpligt. Deltagarna fick ersättning.	Intervju med stöd av fotografier Lämplig metod	Redovisar kortfattat intervju-guide formades utifrån litteratur om migranter, jämlik hälsa och kvalitativa forskningsmetoder. Lämplig metod.
Analys	Rik redovisning av analys-fenomenologisk; bracketing; resultatet reflexivt	Lämplig analysmetod eftersom kvalitativ data (intervju). Forskarna var reflexiva eftersom tre forskare läste och tolkade transkriptionerna oberoende av varandra	Lämplig analysmetod [5-stegs ramverk], redovisar citat; röd tråd genom analys och resultat-Reflexivt, dvs svarar på syftet att "utforska"; bracketing och utbildning
Forskaren	Redovisar: yrkestitlar, finansiering och adress till instituter. Huvudförfattaren är medicinsk antropologist. Inga intressekonflikter.	Redovisar: yrkestitlar, och adress till instituter. Huvudforskaren har omfattande erfarenhet av sjuksköterskors kulturella kompetens.	Redovisar: yrkestitlar, adress till instituter; ej tidigare relation med studiedeltagarna; redovisar finansiell källa.
Kvalitetsbedömning	Hög kvalitet	Medel kvalitet	Hög kvalitet

BILAGA 5. Resultatredovisning

Tabell 4, översikt i studiernas förekomst i resultatet.

Kategori	Strukturella hinder			Komplexa vårdmöten		
Subkategori	Att ha svårt att få kontakt	Att inte få tillgång till tolk	Att uppleva ekonomiska svårigheter	Att bli bekräftad genom kommunikation	Att uppleva bristande engagemang	Att känna sig särbehandlad
Artikel						
Azizi et al. (2019)	X		X			X
Brewer et al. (2024)	X	X		X	X	
Clark et al. (2022)	X	X		X		
Chae et al. (2022)	X	X				X
Depares & Culley (2022)	X	X			X	X
Kang et al. (2019)	X	X	X	X		X
van Loenen et al. (2018)	X			X	X	
Peprah et al. (2024)					X	X
Thulo et al. (2025)	X		X			X
Woodgate et al. (2017)	X	X	X		X	

Box 1059 | 141 21 Huddinge
Besöksadress Hälsovägen 11
Telefon 08 587 516 00 | www.rkh.se