



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

Akademin för hälsa, vård och välfärd

ÄR PRIMÄRVÅRDEN TILL FÖR ALLA?

En kvalitativ studie om unga vuxna invandrades erfarenheter av mötet med primärvården

NOR IBRAHIM

Huvudområde: Folkhälsovetenskap

Nivå: Grundnivå

Högskolepoäng: 15 hp

Program: Folkhälsoprogrammet

Kursnamn: Examensarbete i
folkhälsovetenskap

Kurskod: FHA032

Handledare: Maria Norfjord van Zyl

Examinator: Robert Larsson

Seminariedatum: 2021-04-29

Betygsdatum: 2021-05-07

SAMMANFATTNING

Syftet med studien är att undersöka unga vuxna invandrades erfarenheter av primärvården. En kvalitativ ansats tillämpas för att söka en djupare förståelse för ämnet och fem semistrukturerade intervjuer har genomförts. Genom ett snöbollsurval har informanter, bosatta i Mälardalsregionen, valts ut till studien. Informanterna är i åldrarna 24 och 26 år samt har varit bosatta i Sverige i omkring sex år.

Resultatet innehåller redogörelser av informanternas erfarenheter av primärvården samt interaktionen med vårdpersonal. Informanterna upplever att deras redogörelser inte blir tagna på allvar och att de inte blir lyssnade till, vilket har lett till upplevelser av att de inte får tillräcklig vård. Vidare framkommer det att språket är en betydande faktor för hur information överförs samt att kontaktmöjligheterna upplevs vara goda.

Person-centred care [PCC] kan användas som modell i arbetet om att förbättra möten i primärvården mellan patienter och vårdpersonal. Vidare bidrar modellen till ökad kunskap bland patienter när de får engagera sig i sin egen vård som kan resultera i ökad folkhälsa. PCC kan minska skillnader i hälsa, detta blir av vikt för studiens målgrupp som påvisats ha sämre hälsa än resterande befolkning. Studien påvisar behov av att förbättra möten i primärvården.

Nyckelord: erfarenheter, invandrare, kvalitativ metod, person-centred care, primärvården, vård.

ABSTRACT

The aim of this study is to examine young immigrant adults' experiences of primary care. The study uses a qualitative approach to seek a deeper understanding of the selected subject, five semi-structured interviews have been made. A snowball sampling was made to find participants living in regions around Mälardalen. The participants are between the ages of 24 and 26 years old and have lived in Sweden for six years.

The results contain statements of the informants' perceptions of the primary care and interactions with the healthcare professionals. The informants experience their statements not being taken seriously and not being listened to, which has led to the experience of not receiving adequate care. Furthermore, the importance of language, when information transfers between patients and healthcare professionals, emerges. The contact opportunities are positively experienced.

Person-centred care [PCC] can be used as a model to improve the meetings in primary-care between patients and healthcare professionals. The model can contribute to increased knowledge for patients when they engage in their own care which can contribute to increased public health. For the study's target group, who are shown to have poorer health, the PCC model becomes important to reduce differences in health. The study shows a need of improving meetings in the primary care.

Keywords: care, experiences, immigrants, person-centred care, primary care, qualitative method.

INNEHÅLL

1	INTRODUKTION	1
2	BAKGRUND.....	2
2.1	Invandrare i Sverige.....	2
2.2	Hälsans bestämningsfaktorer.....	2
2.3	Hälsan bland invandrare	3
2.4	Primärvården i Sverige	4
2.4.1	<i>Faktorer som påverkar möten med primärvården</i>	<i>5</i>
2.5	Teoretiskt ramverk.....	6
2.5.1	<i>Person-Centred Care</i>	<i>6</i>
2.6	Problemområde.....	7
3	SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....	9
3.1	Frågeställningar	9
4	METOD OCH MATERIAL	10
4.1	Urval	10
4.2	Datainsamling.....	11
4.3	Analys	12
4.4	Etiska aspekter.....	13
4.5	Kvalitetskriterier.....	14
5	RESULTAT.....	15
5.1	Upplevelser av primärvården.....	15
5.1.1	<i>Bristande trovärdighet</i>	<i>15</i>
5.1.2	<i>Otillräcklig vård.....</i>	<i>16</i>
5.1.3	<i>Kontaktmöjligheter med primärvården</i>	<i>16</i>
5.2	Interaktion mellan vårdpersonal och patient.....	17
5.2.1	<i>Språkets betydelse för informationsöverföring.....</i>	<i>17</i>
5.2.2	<i>Vårdpersonalens engagemang</i>	<i>18</i>
5.2.3	<i>Vikten av att bli lyssnad till</i>	<i>19</i>

6	DISKUSSION	20
6.1	Metoddiskussion.....	20
6.1.1	<i>Diskussion av urval</i>	20
6.1.2	<i>Diskussion av datainsamling.....</i>	21
6.1.3	<i>Diskussion av analys.....</i>	22
6.1.4	<i>Kvalitetskriterier.....</i>	23
6.2	Etikdiskussion.....	24
6.3	Resultatdiskussion	24
6.3.1	<i>Upplevelser av primärvården</i>	24
6.3.2	<i>Interaktion mellan vårdpersonal och patient.....</i>	25
6.3.3	<i>Diskussion av Personcentrerad vård.....</i>	26
6.3.4	<i>Praktisk tillämpning och framtida utveckling.....</i>	27
7	SLUTSATSER.....	28
	REFERENSLISTA	29

BILAGA A. MISSIVBREV

BILAGA B. INTERVJUGUIDE

1 INTRODUKTION

Att främja hälsa och förebygga sjukdom är två komponenter som kan bidra till en ökad folkhälsa. Detta kan ske på individ- och gruppnivå samt på olika samhällsnivåer och arenor. Sedan tidigare finns kunskap om invandrades uppfattningar av hälso- och sjukvården dock finns det kunskapsluckor om målgruppen unga vuxna invandrades erfarenheter av mötet i primärvården. Primärvården är essentiell för folkhälsoarbetet då människor söker sig dit för vård. Därmed bör primärvården vara tillgänglig och fungera som skyddsfaktor för att förse alla individer med vård. För vissa målgrupper kan mötet med primärvården upplevas problematiskt om de till exempel inte kan språket.

Intresset för ämnet väcktes i samband med tidigare studier om ungdomars utsatthet i hälsa samt invandrare som målgrupp. Intresset om invandrades hälsa ökade i samband med den flyktingvåg som har rått till Sverige. Då folkhälsoarbete ämnar att öka hälsa och förebygga sjukdom ansågs ämnet vara av vikt att studera för att bidra och komplettera till den redan befintliga kunskap som finns. Genom att lyfta de målgrupper som har mindre bra hälsa kan skillnader i hälsa jämnas ut. Det blir även av vikt att identifiera brister i möten med primärvården som kan leda till en förbättrad vård. För att öka folkhälsan i landet bör alla individer och målgrupper få rätt vård, oberoende bakgrund, etnicitet eller språkliga brister.

2 BAKGRUND

Nedan följer en redovisning av bakgrundsinformation med olika delar som anses vara av relevans för studiens syfte. Det som kommer att belysas är *Invandrare i Sverige* och *Hälsan bland invandrare*, *Primärvården i Sverige* och *Faktorer som påverkar möten med primärvården*. Därefter kommer det teoretiska perspektivet att framföras som består av *Hälsans bestämningsfaktorer* samt *Person-Centred Care* [PCC]. Bakgrunden kommer att avslutas med en problemformulering.

2.1 Invandrare i Sverige

Sverige har sedan 1800-talet varit ett land där både invandring och utvandring förekommit och än mer under krig och kriser runtom i världen (Pellmer Wramner et al., 2017). Under det senaste decenniet har antalet invandrare i Sverige ökat till följd av olika flyktingvågor. Mellan åren 2015 och 2016 var invandringen i Sverige som högst, upp emot 163000 personer invandrade till landet. Fram till 1970-talet bestod Sveriges invandring i första hand av arbetskraftsinvandring, därefter ökade invandringen i takt med krig och konflikter som uppstod i andra delar av världen. De flesta som invandrat under det senaste decenniet är födda i utomeuropeiska länder så som Syrien och Afghanistan (Statistiska centralbyrån [SCB], 2021).

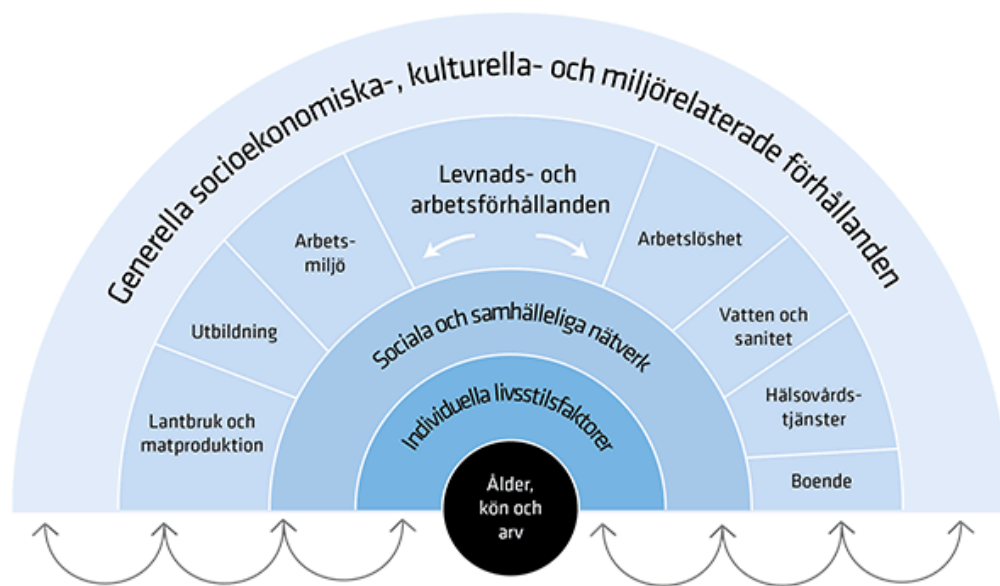
SCB (2021) beräknar att ungefär två miljoner av den svenska befolkningen är utrikesfödda och utgör cirka 19,7 procent av befolkningen. Från och med år 2011 antas mer än en halv miljon individer invandrat i takt med de kriser som uppstått, dock räknas asylsökanden inte in i denna statistik.

2.2 Hälsans bestämningsfaktorer

Genom att minska ojämlikhet i hälsa och förse hela befolkningen med lika villkor kan en god folkhälsa uppnås. Utifrån hälsans bestämningsfaktorer kan förutsättningar bland grupper och individer identifieras som kan påvisa om och vilka hälsoskillnader som råder mellan individer och målgrupper. Faktorer som kan påvisa skillnader i hälsa är exempelvis utbildningsgrad, etnicitet, kön och ålder. Dessa faktorer utgör livsvillkor och levnadsvanor, en del livsvillkor styrs av genetik medan andra styrs av miljö och arbete (Folkhälsomyndigheten, 2020). Hälsans bestämningsfaktorer kan illustreras genom en modell (se Figur 1) som Dahlgren och Whitehead (1991) utformat för att beskriva hur och när olika faktorer verkar i individens liv. Faktorerna som belyses i modellen kan skydda individen men även utsätta individens hälsa, dessa benämns som skyddsfaktorer och riskfaktorer. Faktorerna verkar samtidigt, vilket innebär att en del faktorer skyddar individen

och bidrar till god hälsa medan riskfaktorerna utsätter individens hälsa (Dahlgren & Whitehead, 1991).

En bestämningsfaktor är hälso- och sjukvården som även lyfts i Agenda 2030 under mål tre; *God hälsa och välbefinnande* och innefattar att grundläggande vård ska finnas tillgängligt för alla. Tillgänglig vård blir av vikt för att minska ohälsa och öka den allmänna folkhälsan. Genom god hälsa kan individen till exempel ta del av samhället, vara delaktig och bidra till samhällsutvecklingen. Därmed blir det av vikt att säkerställa och möjliggöra allas individers och grupper tillgång till vård (Regeringskansliet, 2017). Ur ett nationellt perspektiv belyser Sveriges folkhälsopolitiska målområde åtta att en hälsofrämjande hälso- och sjukvård ska utvecklas för att förse varje individ med vård (Folkhälsomyndigheten, 2019b).



Figur 1. Regnbågsmodellen med hälsans bestämningsfaktorer av Dahlgren och Whitehead 1991 (Folkhälsomyndigheten, 2020).

2.3 Hälsan bland invandrare

Individens hälsa består av tre komponenter, om individen har alla tre komponenter innehar individen en god hälsa. Komponenterna består av fysisk och psykisk hälsa samt socialt välbefinnande enligt Pellmer Wramner et al. (2017) som vidare belyser att utlandsfödda individer har sämre hälsa än svenskfödda. Hälsan bland invandrare kan skilja sig beroende på de omständigheter som fört dem till landet. En individ som invandrat för att arbeta har sannolikt bättre hälsa än den som flytt, detta på grund av de omständigheter och förhållanden som individerna upplevt och kommit från. Det har även påvisats att invandrare som härstammar från utomeuropeiska länder har mindre god hälsa i jämförelse med svensk- och europeiskt födda individer som Folkhälsomyndigheten (2019a) belyser. I takt med det sämre hälsotillståndet löper invandrare även risk för förtida död (Rostila & Fritzell, 2014).

Vidare belyses hur faktorer som kan indikera på fysisk ohälsa där bland annat kost, tobaksbruk och sjukdomar som funnits i ursprungslandet haft negativa effekter på

målgruppens hälsa (Pellmer Wramner et al., 2017). Invandrare som flytt och befunnit sig i hotande situationer kan lida av psykisk ohälsa, i flera fall kan posttraumatiskt syndrom utvecklas men även andra psykiska besvär och sjukdomar kan utvecklas med tiden. Asylsökning och den process som medföljer kan även vara en faktor som påverkar målgruppen psykiskt, att leva under ovisshet och samtidigt anpassa sig till ett nytt samhälle kan upplevas psykiskt påfrestande (World Health Organization [WHO], 2018). Gilliver et al. (2014) belyser även hur psykisk ohälsa råder bland invandrare och menar att målgruppen löper högre risk för psykiska besvär och sjukdomar än svenskfödda.

Det finns även de invandrare som har god hälsa, i de flesta fall innehar dessa individer högre utbildning samt goda hälsovanor och beteenden. På så sätt kan skillnader i hälsa även finnas i målgruppen och vidare bland befolkningen. Levnadsvanorna under invandrans första tid i landet kan påverka dennes hälsa så som boendemiljö och språkliga barriärer som kan begränsa individen (Rostila & Hjern, 2018).

2.4 Primärvården i Sverige

Primärvården i Sverige ämnar att vara tillgänglig för alla individer och är den vård individen ska vända sig till i första hand om tillståndet inte är livshotande (Socialstyrelsen, 2016). I uppdrag av Regeringen och med grund i Hälso- och sjukvårdslagen 5 § (SFS, 2014) har Socialstyrelsen (2016) kartlagt hur primärvården ska verka. Detta innebär att primärvården ska verka för alla patienter, oberoende ålder, kön eller medicinskt tillstånd. Om patientens tillstånd inte behöver behandlas av sjukhusets olika resurser, så som akuten, är primärvården den grundläggande vård som i första hand ska uppsökas. Grundläggande vård innefattar behandling och vård med medicinskt samt informativt inslag, insatser som ska främja patientens hälsa och förebygga ohälsa. Annan vård så som fysisk samt psykisk rehabilitering är även en del av primärvården. Socialstyrelsen (2016) klargör vidare att varje region avgör vilka insatser som ska ingå i primärvården och vilka insatser som kräver sjukhusresurser. Därmed kan vården skilja sig mellan regionerna i landet.

Wärdig et al. (2018) belyser vikten av invandrades förståelse av hur primärvården fungerar. Det påvisas att de individer som har kunskaper om primärvårdens system förstår, i bredare utsträckning, hur och var de ska söka vård. På så sätt har de även haft ökad chans att få rätt vård. Genom att primärvården tillgodoser alla patienter med samma villkor för vård kan befolkningens hälsa öka, än mer för målgruppen invandrare som påvisats behöva mer vård (Wallimann & Balthasar, 2019). Halldorsdottir et al. (2016) beskriver konsekvenserna av när individer inte söker vård i rätt tid och plats på grund av att de exempelvis inte vet hur de ska söka vård, vilket kan resultera i förvärrade hälsotillstånd. Detta har påvisats gälla i synnerhet bland unga invandrare av Saunder et al. (2018) som belyser hur målgruppen med tiden lär sig hur och var de ska söka vård.

För nyanlända blir primärvården av vikt för att i ett tidigt skede föra in målgruppen i samhället samt främja hälsa och förebygga sjukdom (Rostila & Hjern, 2018). Mahmud (2014) beskriver hur primärvården är en arena för hälsofrämjande arbete där stödjande miljöer kan bildas. Primärvården är en plats där både patient och personal kan interagera och

kommunicera med varandra. Genom språket kan information mellan parterna utbytas och på så sätt kan målgruppens kunskaper om den egna hälsan öka samtidigt som de får vård. Därmed kan folkhälsoarbete ske genom primärvården då befolkningen kan nås ut till i den arenan och genom primärvården kan olika målgruppers behov identifieras och kartläggas.

2.4.1 Faktorer som påverkar möten med primärvården

Språk och kulturella barriärer kan påverka informationsöverföringen mellan målgruppen och vårdpersonalen. Baroudi et al. (2020) belyser vidare hur invandrare upplevt svårigheter under sina vårdbesök på grund av deras språkliga brister där de inte förstått informationen. När invandrare senare lärt sig språket upplevs vårdbesöken förbättras på grund av att de kan kommunicera på egen hand. Därmed anser invandrare i tidigare studier att språket kan upplevas vara ett hinder i början, vidare har det även påvisats att vårdpersonal upplever samma problematik där språket kan försvåra ett vårdbesök (Wallimann & Balthasar, 2019). Samtidigt framkommer det att målgruppen upplevt att deras behov inte nått fram till vårdpersonalen i takt med att de inte kunnat uttrycka sig på grund av sina språkliga brister. Vidare har detta lett till olika upplevelser kring hur målgruppen känt sig bemötta under sina vårdbesök (Baroudi et al., 2020).

På så sätt menar Krupic et al. (2016) att det blir av vikt att vårdpersonal i primärvården är medvetna om olika målgruppers kunskaper i språk, så som invandrare som ännu inte lärt sig att behärska språket. Detta kan resultera i att målgruppen inte kan uttrycka sina behov och riskerar därmed att inte få den vård de behöver, på så sätt kan skillnader i hälsa uppstå. Næss (2019) belyser hur skillnader i hälsa kan uppstå om individen inte kan framföra sina behov som vidare kan leda till att de inte får den vård de behöver. I det långa loppet kan det resultera i att alla i befolkningen inte får samma vård som på sätt kan utveckla ojämlikhet i hälsa mellan individer och grupper i samhället. Agenda 2030 belyser vikten av att minska skillnader i hälsa för att uppnå mål tio, *Minskad ojämlikhet*. På så sätt kan god hälsa och välbefinnande främjas, vidare bidrar det även till ökad livskvalitet. Genom minskad ojämlikhet står alla individer inför lika villkor och möjligheter oberoende bakgrund, kön, socioekonomisk status eller etnicitet (Regeringskansliet, 2015). På så sätt kan även målområde åtta i den nationella folkhälsopolitiken uppfyllas då befolkningen kommer kunna ställas inför lika förutsättningar (Folkhälsomyndigheten, 2019b).

Andra faktorer som kan påverka målgruppens uppfattningar och upplevelser av vårdcentraler kan vara deras kunskaper om vården. Asanin och Wilson (2008) beskriver hur invandras tidiga besök i primärvården skapar tidiga uppfattningar, som sedan utvecklas med tiden i takt med kunskap om hur målgruppen ska navigera i primärvården när de ska söka vård. Wärdig et al. (2018) påtalar hur invandras ökade kunskaper om primärvården resulterat i förändrade åsikter kring hur de upplevt att de fått vård. De individer med kunskap om systemet i primärvården upplever, i högre grad, att de fått tillräcklig vård samt att deras upplevelser varit positiva. Vidare framkommer det att bristen på läkare påverkar invandras uppfattning av primärvården som resulterat i missnöje, vidare har det skapat uppfattningar om otillräcklig vård. Även möjligheterna till kontakt med vårdpersonal, i

synnerhet läkare, kan påverka individers uppfattningar och åsikter om primärvården (Krupic et al., 2016).

2.5 Teoretiskt ramverk

Nedan följer det teoretiska ramverket där Person-Centred Care beskrivs.

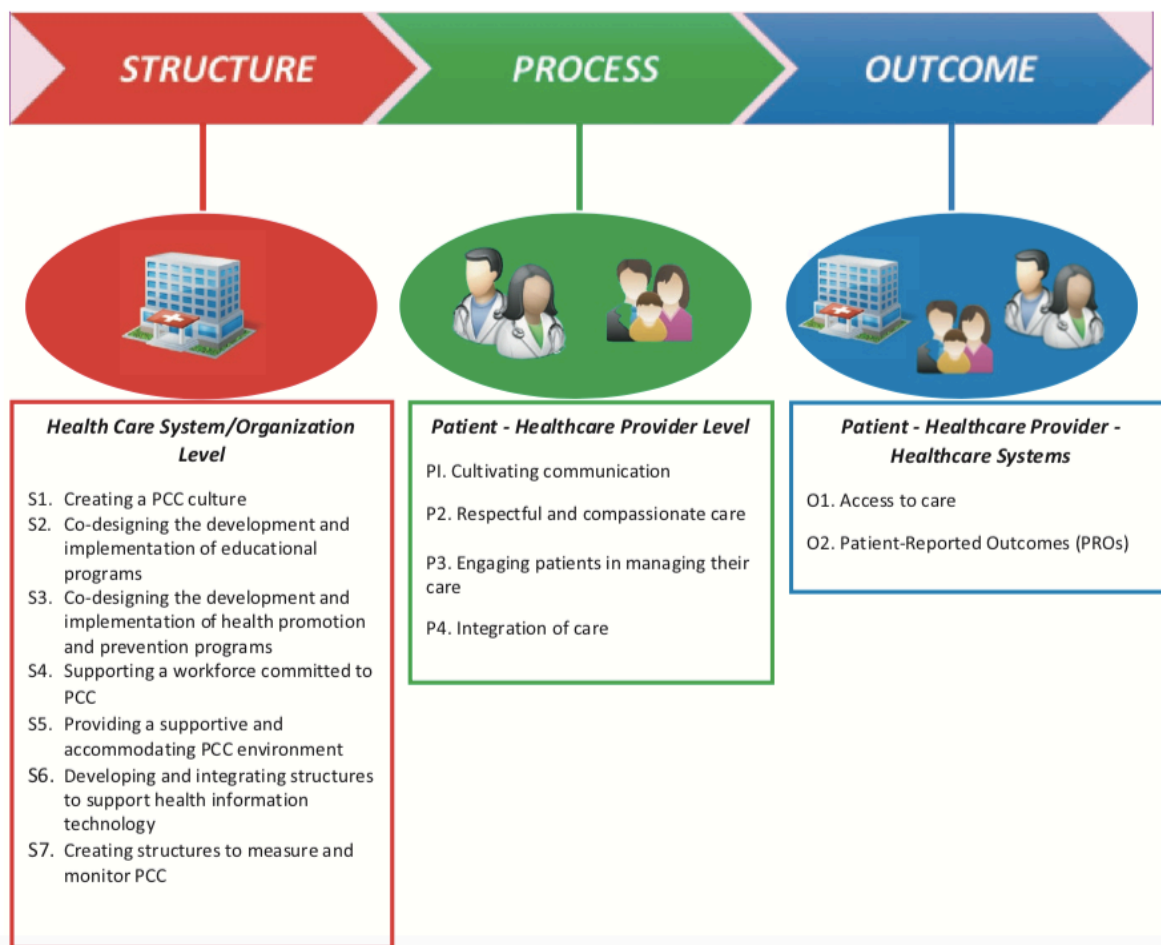
2.5.1 Person-Centred Care

Person-Centred Care [PCC], vars svenska benämning är personcentrerad vård, är en modell som handlar om hur patienter får vara med i att utveckla och planera den vård de behöver tillsammans med vårdpersonal. Patienters behov och önskemål kombineras med kunskap och information från vårdpersonal som vidare leder till hur patienterna ska få behandling (Health Innovation Network [HIN], 2020). Göteborgs Universitet [GU] (2020) menar vidare att samarbetet mellan vårdpersonal och patient samt dennes anhöriga blir av vikt för att, i främsta möjliga mån, utveckla vård eller behandling som ska gynna patientens hälsa.

Modellen belyser hur patienter kan få individanpassad vård som i det långa loppet kan resultera i ökad folkhälsa. Modellen kan implementeras i bland annat sjukhus och vårdcentraler. Modellen behandlar även hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. För att utveckla arbetet är patienter resurser som kan bidra till utformningen av arbetet tillsammans med vårdpersonal. Genom att patienter och vårdpersonal interagerar kan patienten få vård som är anpassad för hen (Santana et al., 2017). Då primärvården är en arena som behandlar alla individer kan PCC bli ett verktyg i primärvården som kan öka individers hälsa genom att vårdpersonal och vårdsökande interagerar. På så sätt kan PCC, genom primärvården, appliceras och verka för alla individer som söker vård.

Modellen innefattar tre steg och illustreras i Figur 2. Som första steg (*Structure*) behöver primärvården utveckla strategier och kunskaper kring hur arbetet om att fokusera på patienten ska genomföras. På så sätt kan sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete skapas. Genom att vårdpersonal exempelvis är flexibel och tillmötesgående kan patienters behov och önskemål tillgodoses. På så sätt ges utrymme till patienter att bestämma och styra över den vård eller behandling som de behöver tillsammans med vårdpersonal i modellens nästa steg *Process* (Santana et al., 2017). HIN (2020) styrker detta med att belysa vårdpersonals kunskaper som kombineras med patienters behov och önskemål som leder till ett gemensamt beslut och mål. Munthe (2011) beskriver hur patienters kunskaper om den egna hälsan ökar när de får engagera sig i sin egen vård.

Resultatet (*Outcome*) av dessa steg är att individer får tillgång till vård som främjar deras hälsa och förebygger sjukdom. Vidare kommer den individanpassade vården att ge framtida resultat över huruvida det gynnat individens hälsa eller inte. Därmed bör nya symptom, ökad eller försämrad livskvalitet samt oförväntade vårdbesök uppmärksammas, än mer efter en viss tidsperiod, för att se om PCC haft en negativ eller positiv inverkan (Santana et al., 2017).



Figur 2. Ramverk för Person-Centred Care (Santana et al., 2017, s. 431).

2.6 Problemområde

De senaste tio åren har unga vuxna invandrare ökat i takt med de kriser och krig som rått, vilket har resulterat i olika flyktningvågor. Därmed innebär det att målgruppen unga vuxna invandrare ökat, samtidigt innebär det även att fler hälsobehov behöver identifieras och tillgodoses (Rostila & Hjern, 2018). Kunskap om vårdssystem och språkliga barriärer är faktorer som kan påverka målgruppens möten med primärvården (Wallimann & Balthasar, 2019). Asanin och Wilson (2008) menar att om individer inte tillgodoses den vård de behöver riskerar de att inte få tillräcklig vård vilket kan resultera i ökad ohälsa bland befolkningen. Resultatet kan således skapa skillnader i hälsa mellan individer och grupper (Rostila & Hjern, 2018).

Genom kvalitativa studier kan unga vuxna invandrares erfarenheter med primärvården studeras på ett sätt där en fördjupad förståelse bidrar till ökad kunskap. Det har påvisats finnas tidigare forskning inom området, dock finns kunskapsluckor kring unga vuxna invandrares erfarenheter av mötet med primärvården. Det har även påvisats finnas kunskapsluckor i vad målgruppen anser vara försvårande och underlättande faktorer i mötet med primärvården. Då tidigare forskning kring området främst bestått av kvantitativa studier kan kvalitativa studier generera att målgruppen får chansen att redogöra fritt för sina

erfarenheter. Därmed bör fortsatta studier genomföras ur en kvalitativ ansats för att fylla i rådande kunskapsluckor och bidra till förståelse på en djupare nivå. Vidare kan detta leda till att individen får en ökad förståelse av den rådande problematiken.

På så sätt kommer globala och nationella mål om god hälsa och välbefinnande samt minskad ojämlikhet uppnås (Regeringskansliet, 2016). Studien ämnar att undersöka unga vuxna invandrades erfarenheter av primärvården för att identifiera målgruppens behov och förbättra möten i primärvården. Därmed kommer både målgruppen och övriga befolkningen tillgodoses med rätt vård som kommer bidra till en ökad folkhälsa i Sverige. Med denna studie kommer kunskap adderas till den befintliga forskningen.

3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med studien är att undersöka unga vuxna invandrades erfarenheter av mötet med primärvården.

3.1 Frågeställningar

1. Hur uppfattar målgruppen mötet med primärvården?
2. Vilka underlättande samt försvårande faktorer finns i mötet med primärvården?
3. Hur kan mötet med primärvården förbättras?

4 METOD OCH MATERIAL

För att få en djupare förståelse av unga vuxna invandrares erfarenheter av primärvården har en kvalitativ ansats valts som metod för att besvara studiens syfte. På så sätt kan det valda studieämnet beskrivas ur målgruppens perspektiv. En kvalitativ ansats lämpade sig då syftet var att undersöka erfarenheter vilket innebär att redogörelser från målgruppen eftersträvades (Kvale & Brinkmann, 2009).

Vidare har ett induktivt förhållningssätt valts för att låta insamlad data utgöra grund för studiens resultat och val av teoretiskt ramverk (Bryman, 2018). Rienecker och Stray Jørgensen (2017) menar att ett induktivt förhållningssätt innebär att insamlad data, som hämtats från intervjuer, är det resultat som författaren drar slutsatser ifrån. Att förhålla sig induktivt innebär således att ett identifierat problem undersöks och när det undersökts identifieras en teori eller modell som lämpar sig för studien.

4.1 Urval

Ett snöbollsurval genomfördes för att hitta informanter, vilket innebär att lämpliga informanter hittas genom individer som ger förslag till författaren om andra individer som skulle kunna vara lämpliga informanter. Ett snöbollsurval är en typ av målinriktat urval där kriterier för urvalet utformas som är lämpliga för studiens syfte. Denna form av urval blir av relevans när studien fokuserar på en viss målgrupp (Bryman, 2018). För att besvara syftet och dess frågeställningar gjordes ett urval utifrån följande kriterier:

1. Informanterna ska vara mellan åldrarna 18 och 26 år.
2. Informanterna ska ha invandrarbakgrund och ha varit bosatta i Sverige i omkring sex år.
3. Informanterna ska ha besökt primärvården.

För att hitta informanter kontaktades bekanta som fick ta del av missivbrevet (Bilaga A). De bekanta delade missivbrevet vidare till personer de ansåg vara lämpliga informanter för studien. Därefter kontaktades författaren av personer som var intresserade av att delta i studien. Författaren blev även hänvisad av dessa personer till andra lämpliga personer. På så sätt kontaktade författaren dessa personer via plattformen Facebook med en kort presentation och bifogat Missivbrev. Författaren var i kontakt med tio personer, sex av dessa valdes ut. Informanterna rekryterades från olika bostadsorter runt om i Mälardalsregionen och totalt rekryterades sex informanter. Under studiens gång valde en informant att avbryta sin medverkan vilket resulterade i fem informanter. Informanterna bestod av fyra kvinnor och en man. Informanterna hade varit bosatta i Sverige i genomsnitt sex år och var i åldrarna 24 och 26 år. Samtliga informanter hade utomeuropeisk bakgrund.

4.2 Datainsamling

Intervjuer kan genomföras på olika sätt och i olika former så som individuella intervjuer eller gruppintervjuer. För att besvara syftet och få en djupare förståelse lämpade sig individuella intervjuer. Semistrukturerade intervjuer har genomförts för att kunna ställa öppna frågor samt följdfrågor som lett till fördjupade svar från informanterna. Bryman (2018) belyser att genom semistrukturerade intervjuer kan författaren förhålla sig till vissa teman som ska besvaras. Teman och öppna frågor ger informanterna möjlighet att besvara frågorna fritt som syftar till att skapa någon form av samtal för att få fram så djupa beskrivningar som möjligt, vilket enligt Bryman (2018) är idealt för att kunna genomföra en kvalitativ forskningsstudie.

En intervjuguide (Bilaga B) utformades med specifika teman innehållandes öppna frågor som även gav upphov till att ställa följdfrågor, om så behövdes. Intervjuguiden innehöll stödfrågor som syftade till att hjälpa författaren att ständigt förhålla sig till studiens syfte.

Intervjuguiden kan betraktas som ett manus som författaren kan följa. Teman och frågor strukturerades på ett sätt som förutsågs vara naturliga övergångar genom intervjuerna, dock kan frågorna och teman tas i den ordning intervjuaren anser lämpar sig bäst utifrån hur varje intervju tar form (Bryman, 2018). Intervjuguiden påbörjades med att information om studiens syfte samt informanternas rättigheter lästes upp, därefter ställdes frågor om informanternas bakgrund. Vidare skulle frågor kring temat som berörde informanternas erfarenheter av möten med primärvården ställas och följas upp med frågor som berörde upplevda faktorer. Det slutliga temat berörde hur mötena kunde förbättras.

Innan intervjuerna genomfördes behövde intervjufrågorna testas, därför genomfördes en pilotintervju som kan genomföras för att identifiera eventuella brister (Bryman, 2018). Pilotintervjun genomfördes med en individ som inte uppfyllde urvalskriterierna eller hade någon koppling till målgruppen eller ämnet. Pilotintervjun gjordes primärt för att pröva intervjufrågorna och tekniken. En fråga upplevdes otydlig och redigerades vilket gjorde att den blev tydligare och begripligare. Därefter påbörjades intervjuerna. På grund av rådande pandemi genomfördes intervjuerna via datorprogrammet Zoom som alla informanterna var familjära vid. Tid och datum bokades med varje informant, författaren skapade alla möten och låste dessa med ett lösenord som enbart författaren och informanterna hade tillgång till. På så sätt kunde inte obehöriga ta del av intervjuerna.

Intervjuerna pågick under två veckor, tiderna anpassades efter informanternas tillgänglighet. Intervjuerna spelades in med en mobiltelefon som var låst och som enbart författaren hade behörighet till. Inspelningarna förvarades i lösenordskyddade filer i den låsta mobiltelefonen som sedan fördes över till en lösenordskyddad dator som författaren enbart hade tillgång till. Författaren rådde informanterna att befinna sig i lugna och tysta miljöer när intervjuerna skulle genomföras. Detta för att förhindra ljud som skulle kunna störa ljudupptaget i inspelningarna (Kvale & Brinkmann, 2014). Då Wi-Fi uppkoppling behövdes för att komma åt datorprogrammet Zoom blev det av vikt att klargöra att informanterna hade tillgång till det innan genomförandet. Under intervjuerna följdes intervjuguidens struktur, alla frågor ställdes samt följdfrågor som ansågs vara relevanta. För att säkerställa att författaren förstått det informanterna sagt ställdes frågor om förtydligande och på så sätt har en djupare förståelse kunnat fås samt att missuppfattningar förhindrats.

Kvale och Brinkmann (2014) belyser vikten av att spela in intervjuer som gör att författaren kan fokusera på frågorna som ska ställas. Detta gör att författaren även kan fokusera på att ställa följdfrågor som kan ge ökad och fördjupad förståelse. Genom att intervjuerna spelats in har författaren kunnat transkribera allt som sagts under intervjuerna. När intervjuerna genomfördes sattes telefonen på flygplansläge, när inspelningarna lagts i lösenordskyddade filer stängdes flygplansläget av. Varje intervju tog omkring 20 minuter att genomföra och transkriberingarna genomfördes ungefär en till två dagar efter att varje intervju genomförts. Det totala transkriberade materialet utgjorde totalt 33 sidor. Transkriberingarna genomfördes på en dator i olika dokument för att kunna urskilja dem från varandra.

4.3 Analys

En kvalitativ innehållsanalys valdes för att möjliggöra en djupare förståelse av informanternas redogörelser. Detta ledde vidare mot en manifest innehållsanalys där det samlade materialet användes ordagrant, på så sätt kunde egna tolkningar minimeras. Detta bidrog till den objektivitet som författaren i största möjliga mån ville uppnå. Graneheim och Lundmans (2004) manifesta innehållsanalys har följts stegvis och genom detta har en tydlighet och överblick framställts.

Kvale och Brinkmann (2014) menar att genom transkriberingar tydliggörs varje intervju på ett strukturerat sätt som underlättar analysprocessen. Därmed markerades varje transkribering med en färg för att separera dem från varandra och få en tydligare struktur. Vidare sattes bokstaven "Ip" samt ett nummer på transkriberingarna där exempelvis den första transkriberingen namngavs med "Ip1" och markerades med gul färg, andra transkriberingen namngavs "Ip2" och markerades med grön färg och så vidare. På så sätt kunde analysprocessen underlättas ytterligare inför kommande steg. Analysprocessen innefattas av fem steg: meningsbärandeenheter, kondenserade meningsbärande enheter, koder, underkategorier och slutligen huvudkategorier (Graneheim och Lundman, 2004). Meningsbärande enheter innebär att meningar och citat från intervjuerna som anses innehålla relevant information för studiens syfte och frågeställningar ska lyftas fram. De meningsbärande enheterna kondenserades ned, vilket innebär att meningarna förkortades genom att lyfta fram det mest relevanta innehållet i dem. Därefter kodades de kondenserade meningarna för att enklare se vad de innehåller och handlar om. Alla koder samlades i ett nytt dokument och grupperades ihop med andra koder med liknande innebörd (Graneheim & Lundman, 2004).

Koderna grupperades till fem grupper, grupperna lades under den frågeställning som de eventuellt kunde besvara vilket även bidrog till en överblick över de samlade koderna. Detta gjorde att likheter mellan grupperna kunde identifieras då vissa koder bestod av liknande innebörd. Därmed grupperades koderna om på nytt och resulterade i tre grupper. Vidare skapades sex underkategorier utifrån koderna i de tre grupperna. När underkategorierna skapades upptäcktes ytterligare likheter mellan dessa vilket resulterade i att två huvudkategorier skapades. Därmed resulterade analysprocessen i sex underkategorier och två huvudkategorier. För exempel på analysförfarandet se tabell 1.

Tabell 1: Exempel på hur analysprocessen, från meningsbärandeenhet till huvudkategori, genomförts stegvis.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Huvudkategori
<i>"Språk är ett jätte bra verktyg för att kunna få information för att leta information förmedla sina besvär på rätt sätt"</i>	Språk är ett bra verktyg för att få och leta information samt förmedla besvär.	Språk för informationsöverföring.	Språkets betydelse för informationsöverföring	Interaktion mellan vårdpersonal och patient
<i>"Man vill ju att dom [vårdpersonal] ska försöka lyssna in vad patienten säger, de är de viktigaste" (Ip3).</i>	Viktigt att vårdpersonal lyssnar in vad patienten säger.	Vårdpersonal lyssnar.	Vikten av att bli lyssnad till.	

4.4 Etiska aspekter

I detta arbete har etiska aspekter beaktats. Detta för att säkerställa informanterna om att deras uppgifter hanteras med försiktighet och säkerhet. Det är av vikt att säkerställa informanternas integritet för att inte exponera eller peka ut dem. Etiska aspekter består av fyra krav som bör uppnås för att garantera informanterna om deras säkerhet och konfidentialitet. Kraven säkerställs innan, under och efter studiens gång (Bryman, 2018).

När missivbrevet (se Bilaga A) skickades ut uppfylldes *Informationskravet* där information om studiens syfte och det frivilliga deltagandet, som under studiens gång kan avbrytas utan angiven orsak, ingick (Kvale & Brinkmann, 2014). Detta informerades till informanterna även innan intervjuerna påbörjades i enlighet med *Samtyckeskravet* för att informera och försäkra informanterna ytterligare om sitt frivilliga deltagande. När informanterna tagit del av informationen efterfrågades samtycket, då intervjuerna genomfördes digitalt tillfrågades informanterna om samtycket under inspelning då de inte kunnat signera missivbrevet.

Bryman (2018) belyser vidare att informanternas personuppgifter bör behandlas konfidentiellt, därmed har informanternas namn bytts ut till koder. Vidare har delar av den insamlade data, som kunnat riskera informanternas identitet som använts i resultatet, plockats bort för att uppfylla *Konfidentialitetskravet*. All data har förvarats i en dator som endast författaren har tillgång till. Kvale och Brinkmann (2014) påpekar vikten av att få informanternas godkännande vid publicering av den samlade data då risken finns att innehållet kan kännas igen av anhöriga till informanterna. Slutligen bör *Nyttjandekravet* uppfyllas som innebär att all insamlad data enbart kommer att användas för studiens syfte, vilket informanterna fick information om i missivbrevet samt innan intervjuerna påbörjades (Bryman, 2018).

4.5 Kvalitetskriterier

Enligt Bryman (2018) behöver studiens tillförlitlighet påvisas genom olika kriterier som styrker kvaliteten. Studiens *trovärdighet* styrks genom att tilldela berörda informanter det resultat som framställts. I denna studie har intervjuaren frågat om förtydligande av vissa svar under intervjuerna för att försäkra sig om att svaren har förståtts på rätt sätt, därefter har informanterna fått ta del av sina egna transkriberingar för att godkänna innehållet. *Överförbarheten* i studien styrktes genom att redovisa innehållsrika data som ska ge läsaren en djupare förståelse för det studerade ämnet. På så sätt kan resultatet i studien användas i andra kontexter och studier vilket Bryman (2018) poängterar behövs för att garantera resultatets överförbarhet.

Pålitlighet innebär i vilken utsträckning en studie kan upprepas. Detta kräver att forskningsprocessen beskrivits i detalj för att ge möjlighet till andra forskare som vill genomföra en liknande studie eller för att genomföra studien på nytt vid andra tillfällen (Bryman, 2018). Därmed har forskningsprocessen redogjorts så detaljerat som möjligt i metodavsnittet. Vidare har en handledare varit med under studiens gång och granskat arbetet kontinuerligt. *Möjligheten att styrka och konfirmera* grundar sig i objektivitet, vilket innebär hur forskaren kan konfirmera att denne inte låtit personliga åsikter påverka eller styra studien (Bryman, 2018). För att styrka detta har insamlad data använts ordagrant i resultatet och författaren har i största möjliga mån undvikit egna tolkningar. Därefter har paralleller dragits mellan insamlade data och tidigare litteratur för att presentera ett så neutralt resultat som möjligt.

5 RESULTAT

Nedan följer resultatet där analysens huvudkategorier samt underkategorier presenteras och illustrerats med citat från datainsamlingen. Huvudkategorierna består av *Upplevelser av primärvården* samt *Interaktion mellan vårdpersonal och patient*. Resultatet består av informanternas redogörelser av sina erfarenheter utifrån deras möten i primärvården. Beskrivningar har gjorts och relevanta citat har plockats ut från intervjuerna.

5.1 Upplevelser av primärvården

Denna huvudkategori består av underkategorierna *Bristande trovärdighet*, *Otillräcklig vård* och *Kontaktmöjligheter med primärvården*. Avsnittet baseras på informanternas erfarenheter och upplevelser av sina möten med primärvården. Informanterna belyser hur de upplevt att vårdpersonal inte trott på deras redogörelser samt att de upplevt att de inte får tillräcklig vård eller vård som de ansett att de behövt. Vidare menade informanterna att kontaktmöjligheterna med primärvården underlättat kommunikationen med vårdpersonal.

5.1.1 *Bristande trovärdighet*

Flera av informanterna upplevde att vårdpersonalen inte trodde på deras redogörelser under möten de haft med primärvården. Informanterna redogör för när de, i flera fall, varit på ett besök i primärvården där de berättat om sina besvär som de upplever att vårdpersonalen inte trott på.

”Till exempel så blir det att jag får berätta om någonting och sen så känns det som att de [vårdpersonalen] inte tror på mig” (Ip4).

Under några av informanternas första besök i primärvården redogjorde de att deras behov och besvär inte tagits på allvar. De upplever att besvären bemötts på olika sätt av dem själva och vårdpersonalen. På så sätt har detta lett till att informanterna upplevt att vårdpersonalen hanterat besvären med mindre försiktighet.

”Mitt första minne och det var asylprimärvården om man säger så och det var inte, det var inte så bra faktiskt för jag blev inte eller typ det jag sökte för blev inte bemött liksom på allvar” (Ip3).

Informanterna belyser vidare att de upplevt en känsla av att deras redogörelser har underskattats av vårdpersonalen när de varit på ett fysiskt besök i primärvården.

”Jag fick en känsla som, ja vad ska jag säga, det kändes på något sätt förminskande” (Ip2).

Informanterna upplever även att vårdpersonalen kan dra förhastade slutsatser om deras tillstånd och menar att de som patienter känt att de inte får utrymme att berätta allt som de velat berätta under besöket. De har därmed känt sig begränsade i att berätta om sina besvär och behov när vårdpersonalen redan fattat ett beslut om deras hälsotillstånd.

”Man har ingen chans att berätta exakt vad man känner ibland, att dom [vårdpersonal] begränsar en” (Ip1).

Det framkom även att informanterna ibland inte kände sig bekväma nog att berätta om sina besvär på grund av uppfattningar och upplevelser från tidigare besök i primärvården.

”Jag känner mig inte så bekväm och berätta vad jag känner” (Ip2).

5.1.2 Otillräcklig vård

Informanterna redogjorde för hur de upplevt att de inte fått tillräcklig vård då de anser att vårdpersonalen inte hanterat deras behov i den utsträckning de velat. De upplever i flera fall, när de sökt vård, att de fått medicin utskrivet och blivit informerade att söka vård igen om besvären inte förbättrats eller blivit sämre. Detta har bidragit till informanternas åsikt om primärvården som de menar är negativ.

”De skriver typ såhär recept, någon typ av medicin såhär ”okej men kom tillbaka om två veckor om det inte blir bättre eller kom tillbaka om det blir sämre” så jag skulle inte säga att det är jättebra” (Ip1).

Informanterna betonar hur de upplevt att de inte fått den hjälp de ansett behövts när de sökt vård i primärvården. De menar att detta upprepat sig vid flera tillfällen och upplever därmed bristande vård.

”De gångerna som jag behövde att jag inte mådde bra och sökte hjälp upplevde jag inte att jag behövde att jag fick den hjälpen som behövdes” (Ip2).

5.1.3 Kontaktmöjligheter med primärvården

Informanterna redogör för deras förståelse kring bristen av läkare. De har själva upplevt svårigheter med att nå läkare, det vill säga att de upplever det svårt att komma i kontakt med läkare.

”Jag själv tycker att det är svårare att nå läkare eh och det här är liksom ett nationellt problem just nu det är för få läkare och för många patienter så det är inte alltid lätt att liksom få prata med en läkare” (Ip3)

Informanterna belyser hur kontaktmöjligheter kan underlätta kommunikation med primärvården och vårdpersonal när de exempelvis ska söka vård och boka ett besök. Kommunikation ansågs vara en förutsättning för att kunna söka vård.

”För att alltså för att vi människor eller vi ska kunna söka vård så tycker jag att kommunikationen med dom [vårdpersonal] ska vara bra” (Ip5).

Trots att det upplevs vara svårt att komma i kontakt med läkare ansågs det vara positivt att kunna ta kontakt med primärvården per telefon och få sin fråga eventuellt besvarad direkt. Detta innebär att informanterna inte alltid behövt boka ett besök, något som de menar underlättat för dem som patienter men även för vårdpersonalen.

”Man har ju möjligheten att ringa och det är alltid någon sjuksköterska som typ svarar och det är bra för ibland så kan man få svar direkt på sin fråga” (Ip2).

5.2 Interaktion mellan vårdpersonal och patient

Underkategorierna *Språkets betydelse för informationsöverföring*, *Vårdpersonalens engagemang* och *Vikten av att bli lyssnad till* innehåller redogörelser från informanterna som belyser hur de hanterat information. För att hantera information är språket en komponent, vårdpersonalens engagemang och vilja till att förklara är även komponenter som kan förenkla ett besök i primärvården. Genom att informanterna lärt sig språket har de kunnat ta in och sökt information om sin hälsa. När vårdpersonal förklarat med ett enkelt språk, utan medicinska termer som uppfattats svåra, har informanterna kunnat lämna besöken upplysta om sina hälsotillstånd. För att interagera med primärvården ansåg informanterna att det var av vikt att bli lyssnade till.

5.2.1 Språkets betydelse för informationsöverföring

Informanterna ansåg att språket är av vikt för att kunna förstå information de får av vårdpersonal, genom att förstå språket har informanterna kunnat ta in information och söka information. Genom att förstå och behärska språket har det underlättat för informanterna under deras besök i primärvården och de upplever att de kan förmedla sina behov på egen hand. Vidare menar informanterna att en tolk kan upplevas förhindra dem från att framföra det de egentligen vill framföra, därmed kan deras möten med primärvården försvåras.

”Språk är ett jättebra verktyg för att kunna få information för att leta information förmedla sina besvär på rätt sätt liksom för när de finns en tolk så blir det inte alltid som man egentligen säger” (Ip3).

Under informanternas tidiga möten med primärvården kallades en tolk in för att översätta och förmedla mellan informanterna och vårdpersonalen. Detta på grund av att informanterna ännu inte lärt sig språket. De upptäckte att en tolk inte alltid underlättade

mötet på grund av att vissa inte kunde behärska medicinska termer samt att de inte kunde framföra informanternas behov korrekt. Detta upplevdes försvåra mötet med primärvården och kunde resultera i att informanterna lämnade mötet utan att ha förstått vad läkaren sagt.

”Innan jag kunde typ kommunicera på egen hand var det lite jobbigt faktiskt för det är inte alltid att tolken kunde typ så där medicinskt språk så man förstod inte riktigt vad läkaren har sagt” (Ip4).

Informanterna belyste att de velat kunna kommunicera med vårdpersonalen där de kan ge och ta information för att förstå varandra lättare. Detta ger möjlighet till att framföra det de vill säga och lyssna in vad vårdpersonalen har att säga, vilket skulle skapa ett slags utbyte som ska syfta till att båda parter förstår varandra.

”Jag vill liksom att det här blir nån slags informations, vad ska man säga nåt utbyte där båda förstod varandra” (Ip5).

5.2.2 Vårdpersonalens engagemang

Då språket upplevs som en essentiell faktor menar informanterna att det är av vikt att vårdpersonalen försöker förklara och anstränga sig för att förmedla information på ett sätt som ska nå fram till patienten. Genom att vårdpersonal förklarar med ett enklare språk har informanterna kunnat förstå informationen bättre. Informanterna menar att när vårdpersonal använt ett enkelt språk, det vill säga exempelvis förenklade termer, har deras besök med primärvården underlättats.

”Eh de [vårdpersonal] fick förenkla språket lite grann och så jag tyckte att de var bra på det och jag förstod informationen bättre då. Jag har inte träffat läkare som hade problem med det här eller så, de försöker typ förklara det som de tänker på” (Ip4).

Informanterna belyser hur de under tidigare besökt inte kunnat redogöra för sina besvär på grund av bristande språkbarriärer, dock menar de att vårdpersonalen inte heller alltid försökt förklara.

”Språket det är inte bara mitt fel, det är inte bara jag som jag inte kan förklara mig men de också de försöker inte ens” (Ip2).

Under de tillfällen som informanterna upplevt att vårdpersonal visat intresse har det resulterat i en positiv känsla hos informanterna. Detta ledde till att informanterna uppfattade att vårdpersonalen ville hjälpa dem.

”Jag tycker till exempel att sjuksköterskan eller läkaren inte bryr sig tillräckligt mycket eller de inte frågar de rätta frågorna eller inte till exempel tro på mig eller så men när de tror på mig när de hjälper mig när de när jag känner att de vill hjälpa mig och så så känns det positivt för mig” (Ip4).

5.2.3 Vikten av att bli lyssnad till

Informanterna betonar vikten av att bli lyssnad till av vårdpersonalen, det lämnar en känsla av att ha blivit hörd. Det skulle innebära att informanternas besvär blivit lyssnade på.

”Man vill ju att dom [vårdpersonal] ska försöka lyssna in vad patienten säger, de är de viktigaste” (Ip3).

Informanterna belyser hur de berättat om sina besvär och hur vårdpersonalen, i ett tidigt skede under mötet, fattat ett beslut om deras tillstånd. När detta gjorts upplever informanterna att vårdpersonalen slutat lyssna på dem.

”När jag sitter där berättar och berättar och berättar och sen så möts jag inte med förståelse att den andra personen [vårdpersonal] bara har liksom någon idé i sitt huvud och vill inte liksom lyssna på mig utan den vill liksom bara köra det han har eller hon har i sitt huvud” (Ip3).

När informanterna berättar om sina besvär till vårdpersonalen anser de att det är av vikt att vårdpersonalen lyssnar på dem för att garantera att de förstått varandra. Att båda parter, patient och vårdpersonal, förstått varandra ansågs vara essentiellt under ett möte i primärvården.

”Att båda parterna förstår varandra både om jag om jag liksom berätta för läkaren om mina besvär eller ett problem så vill jag att han eller hon liksom ändå ska lyssna på dem” (Ip5).

Vidare menar informanterna att god kommunikation mellan patient och vårdpersonal grundar sig i att lyssna, genom att lyssna på patientens besvär kan vård ges som gynnar hens hälsa. På så sätt menar informanterna att de slipper bli hemskickade med direktiv som kan resultera i förvärrade besvär och återbesök.

”Det första är ju bra kommunikation med patienten skulle jag säga och sen typ såhär eh bara lyssna på den som söker eh vård alltså vad han behöver hjälp med och sen kunna göra något åt saken istället för att bara säga typ så här okej men drick mer vatten eller typ så här ät mer eller typ någonting sånt och istället kunna hjälpa dem på riktigt” (Ip1).

6 DISKUSSION

Studiens syfte har varit att undersöka unga vuxna invandrades erfarenheter av primärvården som följts upp av frågeställningarna; Hur uppfattar målgruppen mötet med primärvården? Vilka underlättande samt försvårande faktorer finns? samt Hur kan mötet med primärvården förbättras? Resultatet visade att informanterna hade både positiva och negativa erfarenheter av mötet med primärvården. I kommande avsnitt kommer genomförandet av studien att diskuteras utifrån ett kritiskt förhållningssätt. Även etiska aspekter samt kvalitetskriterier för studien kommer att diskuteras. Slutligen kommer resultatet för studien och det teoretiska ramverket att diskuteras.

6.1 Metoddiskussion

Det metodval som gjorts ansågs vara lämpligt då fokus riktades mot en specifik målgrupp dock hade den specifika målgruppen även kunnat undersökas genom en kvantitativ metod. Då studien även riktades mot primärvården och målgruppens erfarenheter vägde den kvalitativa ansatsen tyngst, på så sätt kunde en djupare förståelse erhållas istället för en bredare och möjligen grundare kunskap. Genom en kvalitativ metod kunde enskilda intervjuer genomföras, vilket ansågs vara fördelaktigt då informanterna fick berätta med egna ord vad de erfarit under sina besök i primärvården. Bryman (2018) menar vidare att det är fördelaktigt att söka fördjupade berättelser för att få en ökad förståelse av det ämne och den målgrupp som studeras.

Trots den kvalitativa ansatsens fördelar om fördjupad förståelse finns det även nackdelar. Redogörelserna från intervjuerna kan leda till antaganden som i sin tur kan riskera resultatet i studien. Detta påtalar Bryman (2018) och menar att det kan vara enkelt att göra antaganden utifrån informanternas redogörelser, vilket författaren varit medveten om. Om en kvantitativ ansats tillämpats istället hade ett bredare resultat givits som hade kunnat generaliseras. Å andra sidan hade den fördjupade förståelsen, som kan fås genom en kvalitativ ansats från informanterna, inte fått vilket var syftet med studien.

6.1.1 Diskussion av urval

Val av urvalsmetod baserades på hur författaren kunde nå relevanta informanter då målgruppen var specifik. Ett snöbollsurval lämpade sig till denna studie för att hitta informanter med studiens specifika kriterier. Genom författarens bekanta kunde missivbrevet (se Bilaga A) delas vidare via det sociala nätverket Facebook. Detta gjordes genom privata meddelanden som även författaren använde sig av när hen tog kontakt med eventuella informanter för att säkerställa informanternas anonymitet redan i ett tidigt skede. Alla meddelanden raderades omgående. Genom plattformen kunde urvalet effektiviseras.

Risken med denna form av urvalsmetod är att personerna som deltar kan känna varandra och därmed blev anonymiteten av extra vikt under studiens gång för att inte riskera någon av informanternas identitet. Hade exempelvis ett slumpmässigt urval tillämpats hade författaren möjligtvis inte fått lämpliga informanter som uppfyllde kriterierna för studiens syfte. En annan risk med ett snöbollsurval som Bryman (2018) nämner är att det sällan går att göra ett sannolikhetsurval, dock var detta urval lämpligast för att få en fördjupad förståelse för studieämnet. Författaren hade förkunskaper om att det fanns en risk att målgruppen ingår i samma sociala nätverk, vilket skulle innebära att de möjligtvis kände varandra. Vidare ökade risken om att informanterna skulle känna varandra i samband med att de eftersöktes i regioner runt om Mälardalen .

I början av urvalsprocessen hade författaren valt ut sex informanter men under studiens gång valde dock en informant att avsluta sitt deltagande. Då urvalet för studien är tämligen litet och de resterande informanterna gav rikliga redogörelser kunde den fördjupade förståelsen erhållas. Samtidigt kunde överförbarheten påverkas negativt på grund av den ojämna könsfördelningen och den jämna åldern bland informanterna. En bredare variation hade varit fördelaktigt för studiens överförbarhet men Bryman (2018) belyser att rikliga beskrivningar är prioriterat och genom dessa kan överförbarheten styrkas.

6.1.2 Diskussion av datainsamling

Semistrukturerade intervjuer tillämpades och en intervjuguide utformades (se Bilaga B). Denna form av intervjuer valdes då det ger författaren utrymme att vara flexibel och anpassa intervjuerna efter varje informant. På så sätt kan varje intervju inte vara den andra lik. Dock behövde författaren ett ramverk eller ett manus som hen skulle följa för att inte hamna utanför spåret, det vill säga att inte ställa frågor som inte kan besvara studiens syfte.

Innan intervjuerna påbörjades testades intervjuguiden genom en pilotintervju som Bryman (2018) menar kan förbättra intervjuguiden. Pilotintervjun testades på en person som inte hade någon koppling till studien. Detta för att få en objektiv syn där förkunskaper om ämnet inte kunde påverka hur frågorna skulle uppfattas. Dock hade det varit fördelaktigt att testa intervjun på en person från samma målgrupp som inte var informant, då denne hade kunnat ge fler synpunkter utifrån sin förförståelse kring ämnet. När pilotintervjun genomförts korrigerades en fråga som upplevdes otydlig, därefter påbörjades intervjuerna.

Datorprogrammet Zoom användes då informanterna var bekanta med det och hade använt det förut. En nackdel med att genomföra intervjuer online är risken för att inte få samma effekt som under fysiska möten, det vill säga att bekvämligheten under intervjuerna kan riskeras. Samtidigt föredrog vissa informanter onlinemöten och menade att bekvämligheten ökade då, än mer då de fick välja vart de skulle befinna sig under mötet. Kvale och Brinkmann (2014) menar att det är av vikt att informanterna befinner sig i en miljö där de känner sig bekväma. Författaren kunde inte bestämma vart informanterna skulle befinna sig under intervjuerna och risken med detta kan vara att vissa informanter känner sig bekväma i miljöer med ljud som kan störa inspelningen. Därför uppmanade författaren informanterna att befinna sig i lugna miljöer. En komplikation uppstod under en intervju när störningar i Wi-Fi nätverket bröt ljudupptaget under ett par sekunder. Detta åtgärdades genom att både

författaren och informanten undersökte sina Wi-Fi uppkopplingar, varpå författaren fick upprepa sin fråga och intervjun fortsatte utan vidare störningar. För att förhindra liknande komplikationer bad författaren resterande informanter som ännu inte intervjuats att kontrollera anslutningen innan intervjuerna skulle genomföras. En annan nackdel som riskerade att uppstå var ljudupptaget då intervjuerna spelades in med en annan enhet än datorn som intervjun genomfördes på. Ljudupptaget riskerades att inte vara av samma kvalitet i jämförelse med om intervjun genomfördes fysiskt. Därför höjdes ljudet på datorn och mobiltelefonen lades nära datorn för att undvika dåligt ljudupptag. Intervjuerna pågick i ungefär 20 minuter. Ur ett perspektiv kan det verka vara en kort tid, dock var frågorna få men öppna vilket gav utrymme för informanternas redogörelser snarare än författarens. Därmed ansågs dessa 20 minuter vara tillräckliga då de till främsta del bestod av informanternas fylliga redogörelser vilket enligt Bryman (2018) är att föredra.

Under intervjuerna fanns det tillfällen då författaren behövde få vissa uttalanden från informanterna konfirmerade för att undvika missförstånd, vilket innebar att författaren bad om förtydliganden och bekräftelser. På så sätt har trovärdigheten kunnat styrkas i studien, även transkriberingarna där varje uttalande dokumenterats och använts ordagrant i resultatet.

6.1.3 Diskussion av analys

När transkriberingarna genomfördes gick författaren igenom inspelningarna och skrev ner det som sagts ordagrant. Om pauser gjorts skrevs även dessa ut med tecken som Kvale och Brinkmann (2014) redogör för. Detta blir av vikt att skriva ut om exempelvis författaren inte hör vad informanten sagt i inspelningen, på så sätt förstår författaren när hen läser transkriberingarna under senare tillfällen. Dessa luckor kan äventyra överförbarheten i studien och resultatet kan påverkas dock var luckorna små och påverkade därmed varken resultatet eller överförbarheten.

Författaren grupperade koderna och placerade dem under den frågeställning de ansåg kunna besvara. Risken med detta är att författaren då kan eftersträva att anpassa datainsamlingen efter frågeställningarna som i sin tur kan påverka resultatet. På så sätt kan trovärdigheten äventyras när författaren påverkat resultatet. Ur ett annat perspektiv var det underlättande att ställa de grupperade koderna under frågeställningarna då det gav en överblick och klarhet över det samlade materialet, som resulterade i att koderna slutligen skapade två huvudkategorier.

Graneheim och Lundmans (2014) innehållsanalys följdes stegvis och kunde därmed stärka Trovärdigheten. Genom denna form av innehållsanalys kunde det mest relevanta lyftas utan att behöva ändras genom egna tolkningar och på så sätt har materialet kunnat användas ordagrant som ökat Trovärdigheten ytterligare och även stärkt Överförbarheten då resultatet kan användas igen i andra studier (Bryman, 2018).

6.1.4 Kvalitetskriterier

Trovärdigheten i studien kunde styrkas under studiens gång när informanterna försäkrat författaren om de redogörelser som gjorts. När intervjuerna genomfördes och författaren ville klargöra vissa uttalanden från informanterna efterfrågades bekräftelse av vissa uttalanden och förtydliganden. När transkriberingarna gjordes fanns det moment i ljudinspelningarna som behövde lyssnas på upprepade gånger, detta för att författaren skulle försäkra sig om att hen hört rätt. Bryman (2018) menar att resultatet av studien bör tilldelas informanterna, i detta fall har författaren istället efterfrågat förtydliganden och konfirmeringar av vissa uttalanden. Fördelen med att fråga om förtydliganden under intervjuerna är att eventuella missförstånd kan åtgärdas omedelbart. Hade informanterna istället fått ta del av slutresultatet hade missförstånden varit mer komplicerade att åtgärda i efterhand.

Vidare kunde även *överförbarheten* styrkas genom de redogörelser som informanterna gav. Då intervjufrågorna var öppna fick informanterna chansen att tala fritt, detta gav upphov till följdfrågor som även dessa gavs djupa beskrivningar till.

I denna studie har överförbarheten kunnat riskeras med tanke på att en informant valde att avbryta sin medverkan. Även informanternas könsfördelning och åldersspann kunde påverka resultatet som vidare kunde påverka överförbarheten. Dock gav informanterna djupa beskrivningar och varierade svar som bidrog till ett fylligt resultat vilket Bryman (2018) belyser kan styrka en studies överförbarhet. Utifrån detta är studiens resultat relativt överförbart då författaren ständigt strävat efter att ställa frågor under intervjuerna som ämnat att ta fram redogörelser av erfarenheter med primärvården. Samtidigt kan det vara svårt att överföra resultatet till studier som belyser andra ämnen eller till andra sammanhang. Därför kan resultatet enbart överföras till studier som handlar om snarlika ämnen och möjligtvis användas som underlag för att utforma enkätfrågor som ska undersöka om erfarenheterna uppfattas av fler än denna studies informanter.

I studiens metodavsnitt har beskrivningar gjorts av de metodval och analysprocesser som tillämpats, på så sätt har författaren förklarat hur hen har gått till för att utforma det resultat som presenterats. På så sätt kan *Pålitligheten* styrkas när studieprocessen beskrivs utförligt (Bryman, 2018). För att ytterligare styrka pålitligheten har författarens handledare tagit del av processen och granskat den för att identifiera eventuella brister. För *Möjlighet att styrka och konfirmera* har författaren, i största möjliga mån, agerat neutralt under hela forskningsprocessen. Bryman (2018) belyser att det kan vara svårt att vara objektiv vid en kvalitativ studie, därmed behöver författaren försäkra om hur denne agerat neutralt. Genom att använda sig av en manifest innehållsanalys har citat och redogörelser tagits ut ordagrant och använts i resultatet, beskrivningar för citaten har gjorts utan att ha tagit ut dem ur sin kontext. Detta innebär att egna tolkningar av citaten inte gjorts, citaten har beskrivits och det relevanta i dem har lyfts fram.

6.2 Etikdiskussion

Författaren lade vikt vid att bevara uppgifterna i låsta dokument som enbart författaren har tillgång till, samt dennes handledare och examinator. Trots att författarens mobiltelefon är lösenordskyddad överfördes ljudfilerna till hans dator för att öka säkerheten om att ingen annan kan få tillgång till det inspelade materialet. Hade ljudfilerna bevarats i mobiltelefonen hade det inneburit att författaren haft med sig ljudfilerna ständigt vilket är en risk om någon annan än författaren fått tag i telefonen. Därmed ansågs datorn vara en säkrare förvaringskälla och konfidentialitetskravet kunde uppfyllas. För att skydda informanterna har även material eller ord i citat som på något sätt kan avslöja informanterna plockats bort.

I missivbrevet (se Bilaga A) uppfylldes informationskravet genom att studiens syfte och information om frivilligt deltagande framgick (Kvale & Brinkmann, 2014). Bryman (2018) menar att informanterna även bör ta del av studiens olika moment vilket inte redogjordes för, istället togs momenten upp översiktligt i missivbrevet och under intervjuerna. Hade momenten tagits upp innan intervjuerna hade det möjligtvis kunnat förbereda informanterna och de svar de skulle ge.

Då urvalet skedde via ett snöbollsurval menar Bryman (2018) att det finns en risk att informanterna kan känna sig påtvingade att delta. Det blev därmed av vikt att upprepa informationen om deltagandet innan intervjuerna påbörjades för att försäkra dem ytterligare om deras frivillighet. Eftersom intervjuerna genomfördes via datorprogrammet Zoom kunde författaren inte få informanternas skriftliga signaturer, därav efterfrågades samtycket under inspelning för att försäkra om medgivandet. På så sätt kunde samtyckeskravet uppfyllas. Samtycket efterfrågades även när författaren valt ut informanter och tog kontakt med dem. Vidare i missivbrevet informerades informanterna om hur det samlade materialet skulle användas, vilket enbart var för studiens syfte.

6.3 Resultatdiskussion

Nedan följer en diskussion av resultatet där redogörelser från informanterna i studien diskuteras i förhållande till tidigare forskning. Det teoretiska perspektivet diskuteras där för- och nackdelar lyfts samt hur det kan appliceras.

6.3.1 *Upplevelser av primärvården*

Baroudi et al. (2020) belyser hur invandrare upplevde sina första besök i primärvården som negativa när de inte kunnat uttrycka sig fullt ut som vidare lämnade en känsla av att deras redogörelser inte nått fram till vårdpersonalen. Detta kan kopplas till informanternas redogörelser i denna studie där de belyser att vårdpersonalen inte trott på dem eller tagit deras behov på allvar. På så sätt kan det innebära att tilliten som ska finnas för vårdpersonal brister. Då primärvården är en bestämningsfaktor som innefattas av Dahlgren och Whitehead (1991) blir det av vikt att primärvården är en skyddsfaktor som ska främja befolkningens hälsa. Risken med att vårdpersonal inte tror på patienters redogörelser kan resultera i att patienter inte söker vård som vidare kan resultera i förvärrade besvär och ökad

ohälsa. Bristande trovärdighet kan leda till att tillgänglig vård inte finns för alla om en målgrupp väljer att inte söka vård på grund av risken att inte bli trodda på. Detta kan leda till att alla individer i befolkningen inte står inför lika förutsättningar för vård om de upplever hinder för att söka vård.

Den bristande trovärdigheten kan även reflektera informanternas redogörelser av otillräcklig vård. Detta påtalar även Krupic et al. (2016) och förklarar att upplevelserna även kan grunda sig i vilken utsträckning patienter kan uttrycka sig. Upplevelser av otillräcklig vård kan ha börjat ta form i invandrades tidiga vårdbesök när de inte kunnat framföra sina behov fullt ut, dock menar informanterna i denna studie att upplevelserna ännu är aktuella. En annan faktor som möjligtvis kan påverka målgruppens upplevelser är deras erfarenheter från vården i deras ursprungsland. Om vården varit otillräcklig i ursprungslandet kan det resultera i positiva upplevelser och tvärtom om vården varit bättre i ursprungslandet.

Krupic et al. (2016) belyser vidare hur bristen på läkare kan påverka invandrades uppfattningar av primärvården negativt, dock påvisade informanterna i studien en förståelse av denna brist och menade vidare att de kunde få vård på andra sätt. Förståelsen som informanterna hade kan reflekteras i det Wärdig et al. (2018) belyser kring kunskap om primärvården som kan påverka i vilken utsträckning patienten uppfattat att hen fått vård. Vidare framgår det av informanterna att de kontaktmöjligheter som finns i primärvården underlättat deras möten. Asanin och Wilson (2008) styrker detta med att påtala hur mötena kan underlättas i takt med målgruppens ökade kunskaper i hur de ska navigera när de söker vård, på så sätt kan målgruppen söka rätt vård.

Informanterna belyste hur de kunde ta kontakt med primärvården men för de invandrare som inte bott i landet länge kan detta vara problematiskt då de "faller mellan stolarna" om de inte vet hur eller var de ska söka vård. Att inte söka vård i rätt tid kan skapa ett mörkertal över den ohälsa som råder i landet. För unga vuxna invandrare menar Saunders et al. (2018) att de, över tid, lär sig hur och var de ska söka vård och på så sätt få rätt vård. Genom att kunna kommunicera med primärvården, på andra sätt som inte kräver fysiska besök, kan målgruppen få vård som ökar deras hälsa och som inte kräver onödiga resurser. Dock kräver kommunikationen att patienter ska kunna kommunicera, om patienten inte kan språket kan det leda till att denne inte söker vård vilket resulterar i förvärrade besvär. Detta kan innebära att ojämlika förutsättningar skapas mellan individer om de hindras från att söka vård på grund av språkliga brister.

6.3.2 Interaktion mellan vårdpersonal och patient

Språket ansågs vara en faktor som kunde underlätta eller försvåra mötet med primärvården enligt informanterna. Tidiga besök resulterade ofta i att de lämnat dessa oinformerade trots att en tolk närvarat. Baroudi et al. (2020) styrker informanternas upplevelser då hen även redogör för hur språkliga brister kan förhindra information från att nå fram till berörd person. Språket kan förhindra interaktionen mellan patient och vårdpersonal, dock framkommer det även att de språkliga barriärerna förändras med tiden. Med tiden utvecklas språkkunskaperna som leder till att målgruppen kan kommunicera på egen hand och därmed lämna ett vårdbesök oinformerade (Wallimann & Balthasar, 2019). Vidare påtalar även

informerarna hur de över tid lärt sig språket som underlättat deras vårdbesök, på så sätt har de kunnat framföra sina behov och chansen för rätt vård har därmed ökat. På så sätt omvandlas språket till en underlättande faktor som förser individen med rätt vård (Asanin & Wilson, 2008). Språkliga barriärer kan därmed vara en faktor som kan skapa ojämlika förutsättningar i tillgången till vård när enbart de individer som kan språket söker vård.

Ur ett annat perspektiv menade informanterna att det inte enbart var de språkliga barriärerna som förhindrade information från att nå fram till berörd part. De belyste hur vårdpersonalens engagemang och vilja till att förklara med ett enkelt språk kunde föra fram information oberoende om informanterna kunde språket eller inte. Informationen blir även av vikt för patienters ökade kunskap om den egna hälsan (Wärdig et al., 2018). Därmed kan vårdpersonalens engagemang förutsätta att alla patienter får den information de behöver och på så sätt kan alla individer ställas inför lika förutsättningar för att få vård. Samtidigt kan även interaktionen mellan parterna förbättras när vårdpersonalen engagerar sig (Baroudi et al. 2020)

Resultatet påvisade hur informanterna upplevt att vårdpersonalen inte lyssnat på deras redogörelser och menar vidare att de inte fått rätt vård eller vård som informanterna ansett att de behövt. Baroudi et al. (2020) belyser hur patienter anser att de fått rätt vård när vårdpersonal lyssnat på dem, dock kan det bli svårt att lyssna på patienter om de inte kan framföra sina behov på grund av språkliga brister. Dock blir det av vikt att lyssna på patienter för att kunna ge rätt vård och främja varje individs hälsa, som i det långa loppet kan resultera i ökad folkhälsa och jämlika förutsättningar. Detta är av särskild vikt eftersom målgruppen behöver mer vård (Wallimann och Balthasar, 2019). Pellmer Wramner (2017) påtalar och styrker med att tillgången till sjukvård är en bestämningsfaktor som kan avgöra individens hälsa.

6.3.3 Diskussion av Personcentrerad vård

Då tillgången till vård kan agera som antingen en skyddsfaktor eller riskfaktor blir det av vikt att vården finns tillgänglig för hela befolkningen där varje individ även har tillgång till rätt vård. Genom PCC kan primärvården skapa en kultur där vårdpersonal har kunskap om hur de ska bemöta patienter med särskilda behov eller hur de ska möta upp patienter med annan kulturell bakgrund. Vikten är att patient och vårdpersonal ska kunna interagera med varandra för att tillsammans utveckla den vårdprocess som individen behöver (HIN, 2020). GU (2020) påtalar vidare att detta kommer gynna patienten då denne fått vara en del av sin egen behandling. Då informanterna belyste vikten av att bli hörda och få sina behov tagna på allvar kan PCC vara en modell som kan användas i primärvården där varje patients behov utreds och tillgodoses med den vård hen behöver (Santa et al., 2017).

För att utforma PCC i primärvården behöver brister och förbättringsmöjligheter identifieras i vårdbesöken som kan göras i modellens första steg Structure. Informanterna belyste bland annat att informationsöverföring och bristande trovärdighet behövde utvecklas i mötet med primärvården. I modellens nästa steg, Process, ska PCC praktiseras där bristerna och förbättringsmöjligheterna utvecklas och används som grund för det praktiska arbetet. Fördelen med att använda dessa är att PCC kan utvecklas utifrån det befintliga, därefter

kommer det utvecklade arbetet att tillämpas och genomföras i primärvården. Patienter kommer därmed kunna interagera med vårdpersonal och få individanpassad vård. Slutligen i modellens sista steg, Outcome, kommer primärvården utvecklas och bli en skyddsfaktor där varje individs hälsa kan främjas.

Genom målgruppens erfarenheter och redogörelser kan mötet lyftas, förbättras och individanpassas, dock kan det vara svårt att applicera denna form av förhållningssätt i svensk primärvård då den är belastad (Socialstyrelsen, 2016) vilket informanterna även belyste. Ur ett annat perspektiv kan PCC ge möjligheter till patienters engagemang som kan öka deras kunskaper om sin hälsa vilket kan resultera i att hälsan främjas och framtida vårdbesök minskar (Santana et al., 2017).

PCC kan även bli problematiskt för de individer som inte kan behärska språket. Informanterna belyste hur de, under deras första besök, upplevde det svårt att förstå den information som gavs då de inte förstod språket. Detta kan innebära att PCC enbart kommer gynna de patienter som kan behärska språket, samtidigt finns tolkar tillgängliga dock upplevde informanterna att även dessa kan försvåra informationsöverföringen. Å andra sidan är PCC uppmuntrande till att inkludera patientens anhöriga för att, på bästa möjliga sätt, framföra behov och anpassa behandlingar efter patients tillgångar. Detta kan innebära att PCC möjliggör alla individers rätt till vård som i det långa loppet kan reducera skillnader i hälsa (Rostila & Hjern, 2018). En annan problematik med PCC är att den individuella vården kan verka utpekande mot den enskilde individen. Det blir även av vikt att belysa att det kan vara svårt att implementera PCC i ett vårdssystem som redan förhåller sig till vissa riktlinjer om hur patienter ska mötas och behandlas (Santana et al., 2017). Därmed kan det antas vara svårt att implementera i det svenska vårdssystem som utgår från befintliga riktlinjer som syftar till att behandla alla patienter med ett gott bemötande (Socialstyrelsen, 2016).

6.3.4 Praktisk tillämpning och framtida utveckling

Socialstyrelsen (2016) beskriver att primärvården ska finnas tillgänglig för alla individer i befolkningen. Därmed bör även primärvården förse varje individ med vård som hen behöver. Tillgången till vård som bestämmingsfaktor bör agera som skyddsfaktor, vilket kan öka den allmänna folkhälsan. Genom att applicera PCC och följa dess ramverk kan varje individ garanteras vård som är anpassad för hen, samtidigt kommer hälsokunskaperna att öka bland befolkningen i takt med deras engagemang i sin egen vård. I det långa loppet kan detta resultera i att skillnader i hälsa utjämnas (Santana et al., 2017). Då PCC är praktiskt tillämpbart som modell finns möjligheten för utveckling. Det blir av vikt att notera att PCC inte ska förändra den redan befintliga primärvården, den ska förändra mötet och interaktionen mellan vårdpersonal och patienter. För att kunna genomföra PCC krävs kunskaper om språkliga och kulturella barriärer för att möta varje patient. Dessa kompetenser bland vårdpersonalen kan utvecklas genom utbildning vilket kan leda till att varje patient möts, hörs och behandlas på ett likvärdigt sätt.

Utifrån informanternas redogörelser kan PCC vara den modell som utgår från redogörelserna, identifierar och vidareutvecklar dem för att förbättra möten i primärvården.

För att tillämpa PCC krävs ytterligare studier som ska bidra till hur det kan implementeras i ett redan existerande vårdssystem.

7 SLUTSATSER

Denna studie har undersökt unga vuxna invandrades erfarenheter av primärvården. Studien påvisar att brister i hur vårdpersonal interagerar med patienter existerar. Därmed finns ett behov av att förbättra mötet i primärvården mellan vårdpersonal och patienter. I denna studie har resultatet påvisat hur unga vuxna invandrare uppfattar sina möten i primärvården där de upplever att behov inte tas på allvar samt att de inte blir lyssnade till. Faktorer som underlättar samt försvårar möten är språkkunskaper som har att göra med hur väl individen behärskar det svenska språket. Med kontaktmöjligheter kan individen söka och få vård exempelvis via telefonsamtal vilket kan underlätta möten genom att vård ges direkt av både läkare och sjuksköterskor. Mötet med primärvården kan förbättras genom PCC, med utgångspunkt från resultatet kan upplevelser och faktorer lyftas och förbättras. Genom en PCC modell kan möjligheterna för ökad folkhälsa och reducering av skillnader i hälsa åstadkommas. Vidare studier krävs för att praktiskt tillämpa PCC i ett befintligt vårdssystem.

REFERENSLISTA

- Asanin, J., & Wilson, K. (2008). "I spent nine years looking for a doctor": Exploring access to health care among immigrants in Mississauga, Ontario, Canada. *Social Science & Medicine*, 66(2008), 1271-1283. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.043>
- Baroudi, M., San Sebastian, M., Hurtig, A-K., & Goicolea, I. (2020). The perception of youth health centres' friendliness: does it differ between immigrant and Swedish-Scandinavian youths? *The European Journal of Public Health*, 30(4), 780-785. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa077>
- Bryman, A. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder* (Uppl 3.). Liber
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to promote social equity in health. Background document to WHO- Strategy paper for Europe.* https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf?fbclid=IwAR3qt03IDGA3VAQzYYWI SZLazm-Bcb6p2IX_P9VoPNKEtHtFUylgKjIp5GA
- Folkhälsomyndigheten. (13 juni 2019a). *Hälsa hos personer som är utrikesfödda- skillnader i hälsa utifrån födelseland.* <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/h/halsa-hos-personer-som-ar-utrikes-fodda--skillnader-i-halsa-utifran-fodelseland/>
- Folkhälsomyndigheten. (4 november 2019b). *Folkhälsopolitikens åtta målområden.* <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsoarbete/folkhalsopolitikens-mal/de-atta-malomradena-inom-folkhalsopolitiken/>
- Folkhälsomyndigheten. (16 november 2020). *Hur hänger livsvillkor och hälsa ihop?* <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/hur-hanger-livsvillkor-och-halsa-ihop/>
- Gilliver, C.S., Sundquist, J., Li, X., & Sundquist, K. (2014). Recent research on the mental health of immigrants to Sweden: a literature review. *European Journal of Public Health*, 24(1), 72-79. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku101>
- 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>
- Göteborgs Universitet. (18 juni 2020). *Om personcentrerad vård.* <https://www.gu.se/gpcc/om-personcentrerad-vard>
- Hallsdorsdottir, T., Jonsson, H., & Gudmundsson. (2016). A Few Observations on Health Services for Immigrants at a Primary Health Care Centre. *International Journal of Family Medicine*, 16(5), 1-5. <https://doi.org/10.1155/2016/6963835>
- Health Innovation Network. (2020). *What is person-centred care and why is it important?* https://healthinnovationnetwork.com/system/ckeditor_assets/attachments/41/wh_at_is_person-centred_care_and_why_is_it_important.pdf

- Hälso- och sjukvårdslag* (SFS 2014:822). Sveriges Riksdag.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763
- Krupic, F., Sadic, S., & Fatahi, N. (2016). Contact with health-care service expectation and reality of situation experienced by immigrants seeking swedish health-care. *Materia Socio Medica*, 28(2), 141-145. <https://doi.org/10.5455/msm.2016.28.141-145>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (Uppl 3.). Studentlitteratur
- Mahmud, A.J. (2014). Hälsokommunikation via webben- stöd för health literacy genom en interaktiv hälsokanal. I K C. Ringsberg & E. Olander & P. Tillgren (Red.), *Health literacy- Teori och praktik i hälsofrämjande arbete* (1:2 uppl. s.227-244). Studentlitteratur
- Munthe, C., Sandman, L., & Cutas, D. (2011) Person Centred Care and Shared Decision Making: Implications for Ethics, Public Health and Research. *Health Care Analysis*, 20(3), 231-249. <https://doi.org/10.1007/s10728-011-0183-y>
- Næss, A. (2019). Trust, Cultural Health Capital, and Immigrants' Health Care Integration. *Sociology*, 53(2), 297-313. <https://doi.org/10.1177/0038038518793371>
- Pellmer Wramner, K., Wramner, H., & Wramner, B. (2017). *Grundläggande folkhälsovetenskap* (4 uppl.) Liber.
- Regeringskansliet. (3 december 2015). *Minskad ojämlikhet*.
<https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/minskad-ojamlikhet/>
- Regeringskansliet. (11 januari 2016). *Agenda 2030 för hållbar utveckling*.
<https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/agenda-2030-for-hallbar-utveckling/>
- Regeringskansliet. (7 februari 2017). *Hälsa och välbefinnande*.
<https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/halsa-och-valbefinnande/>
- Rienecker, L., & Stray Jørgensen, P. (2017). *Att skriva en bra uppsats* (4 uppl.) Liber
- Rostila, M., & Fritzell, J. (2014). Mortality Differentials by Immigrant Groups in Sweden: The Contribution of Socioeconomic Position. *American Journal of Public Health*, 104(4), 686-695. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301613>.
- Rostila, M., & Hjern, A. (2018). Migration och ojämlikhet i hälsa. I M. Rostila & S. Toivanen (Red.), *Den orättvisa hälsan- Om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd* (2 uppl. s.86-110). Liber

- Santana, M.J., Manalili, K., Jolley, R.J., Zelinsky, S., Quan, H., & Lu, Mingshan. (2017). How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expectations*, 21(2), 429- 440. <https://doi.org/10.1111/hex.12640>
- Saunders, N.R., Gill, P.J., Holder, L., Vigod, S., Kurdyak, P., Gandhi, S., & Guttman, A. (2018). Use of the emergency department as a first point of contact for mental health care by immigrant youth in Canada: a population-based study. *Research Mental Health*, 190(40), 1183-1191. <https://doi.org/10.1503/cmaj.180277>
- Socialstyrelsen (2016). *Primärvårdens uppdrag. En kartläggning av hur landstingets uppdrag till primärvården är formulerade* (Arikelnummer 2016-3-2). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2016-3-2.pdf>
- Statistiska Centralbyrån. (24 februari 2021). *Invandring till Sverige*. <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/invandring-till-sverige/>
- Wallimann, C., & Balthasar, A. (2019). Primary Care Networks and Eritrean Immigrants' Experiences with Health Care Professionals in Switzerland: A Qualitative Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(14), 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph16142614>
- World Health Organization. (2018). *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region*. <https://www.euro.who.int/en/publications/html/report-on-the-health-of-refugees-and-migrants-in-the-who-european-region-no-public-health-without-refugee-and-migrant-health-2018/en/index.html#for1>
- Wärdig, R., Hadziabdic, E., & Hjelm, K. (2018). Healthcare staff's evaluation of a walk-in centre at a healthcare centre in an immigrant-dense area. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9), 1473-1481. <https://doi.org/10.1111/jocn.14737>

BILAGA A. MISSIVBREV

Hej.

2021-03-04

Jag heter Nor Ibrahim, jag studerar min sjätte och sista termin på Folkhälsoprogrammet vid Mälardalens Högskola i Västerås. Jag ska genomföra ett examensarbete där jag kommer undersöka unga vuxna invandrares erfarenheter av primärvården. Detta har jag tänkt att göra genom individuella intervjuer för att få en djupare förståelse av målgruppens uppfattningar och det är anledningen till att jag kontaktar dig.

Intervjufrågorna som kommer ställas har formulerats utifrån studiens syfte och frågeställningar. Varje intervju beräknas ta omkring 30 minuter och kommer att spelas in för att sedan överförs till text. På grund av rådande pandemi kommer intervjun att genomföras digitalt via tjänster så som Zoom eller Skype, tid och datum kommer att ske enligt överenskommelse. Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst under studiens gång avbryta din medverkan utan anledning.

Materialet kommer enbart att användas för studiens syfte. Dina uppgifter kommer att vara konfidentiella och inspelningarna kommer att förvaras i lösenordskyddade filer som ingen obehörig kommer att ha tillgång till. Efter examinerat arbete kommer inspelningarna att raderas. Examensarbetet kommer att publiceras i Diva (Digitala vetenskapliga arkivet). Jag söker dig som är mellan 18- 26 år, som bott här i ungefär sex år. Frågorna som kommer ställas är formulerade efter studiens syfte. Kontakta mig om du är intresserad:

Nor Ibrahim

nim15001@student.mdh.se

Student, Folkhälsoprogrammet

Handledare:

Maria Norfjord van Zyl

maria.norfjord.van.zyl@mdh.se

Universitetsadjunkt i folkhälsovetenskap/Fil.dr. i folkhälsovetenskap

Akademin för hälsa, vård och välfärd (HVV) Mälardalens högskola

BILAGA B. INTERVJUGUIDE

Intro:

(börja spela in)

Beskriv syftet med studien:

Syftet med studien är att undersöka unga vuxna invandrares erfarenheter av mötet med primärvården.

Informanternas rättigheter:

- Deltagandet är frivilligt.
- Informanterna får när som helst, under studiens gång, avbryta sitt deltagande.
- Intervjun kommer att spelas in och förstöras när studien är avslutad.
- Innehållet i intervjuerna kommer enbart att användas för studiens syfte.
- Konfidentiellt.
- Fråga om samtycke.

Öppna upp för frågor och funderingar.

Intervjufrågor erfarenheter:

1. Hur många år har du bott i Sverige?
2. Ursprungsland?
3. Ålder?

4. Kan du berätta lite om ditt första minne av ett möte med primärvården?
 - Hur uppfattade du det?

5. Hur fick reda på vart du skulle vända dig för att söka vård?

6. Vad innebär ett positivt möte för dig?

7. Vad innebär ett negativt möte för dig?

8. Hur upplever du att du kan interagera och kommunicera med personalen i primärvården?

9. I vilken utsträckning upplever du att du kan interagera med personalen?

10. Kan du ge exempel?

11. Vad är din sammantagna uppfattning av dina möten med primärvården?

12. På vilket sätt har dina möten med primärvården påverkat din hälsa?

13. Hur har din sammantagna erfarenhet av möten med primärvården sett ut fram till nu?

Faktorer:

14. Vilka faktorer har underlättat i mötet med vårdcentraler?

15. Vilka faktorer har försvårat i mötet med vårdcentraler?

Utveckla och förbättra:

16. Vad skulle du vilja förbättra i mötet med primärvården?



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00
E-post: info@mdh.se **Webb:** www.mdh.se