

PM 2023:1

Utrikes födda patienters erfarenheter av vården: en intervjustudie

En underlagsrapport i utvärderingen av
omställningen till en god och nära vård

Vård- och omsorgsanalys PM-serie

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys produkter redovisas i olika serier. Vård- och omsorgsanalys analyser, slutsatser och rekommendationer publiceras i rapporter i myndighetens rapportserie. Promemorior, metodresonemang och liknande material som utgör underlag eller stöd för myndighetens rapporter samlas i myndighetens PM-serie.

De underlag som ingår i PM-serien anses vara av relevans för kunskapsbildningen på respektive ämnesområde. De kan exempelvis vara intressanta för en vidare läsarkrets men inte rymmas inom ramen för planerade eller utgivna rapporter. De kan vara mer tekniskt orienterade texter eller bidra med en fördjupning i ett ämne.

Syftet med varje promemoria framgår av respektive förord. I de fall myndigheten har anlitat externa författare står författarna själva för innehållet.

Promemorior i PM-serien går att ladda ner från www.vardanalys.se. Där kan även Vård- och omsorgsanalys övriga publikationer laddas ner.

Citera gärna ur Myndigheten för vård- och omsorgsanalys publikationer, men ange alltid källa.

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

ISBN: 978-91-88935-73-1

www.vardanalys.se

Utrikes födda patienters erfarenheter av vården: en intervjustudie

En underlagsrapport i utvärderingen av
omställningen till en god och nära vård

Beslut

Beslut om denna promemoria har fattats av generaldirektören Jean-Luc af Geijerstam. Utredaren Daniel Zetterberg har varit föredragande. Analyschefen Caroline Olgart Höglund och projektdirektören Marianne Svensson har deltagit i den slutliga handläggningen.

Stockholm 2023-03-01

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Jean-Luc af Geijerstam

Generaldirektör

Daniel Zetterberg

Föredragande

Förord

Det pågår en omställning i hälso- och sjukvården till en god och nära vård. Målen med omställningen är bland annat att primärvården ska vara navet i vården och att patienten ska få en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har regeringens uppdrag att utvärdera omställningen, och vi gör flera delstudier för att belysa den ur olika perspektiv. I vår senaste delrapport om god och nära vård (rapport 2023:2) belyser vi bland annat hur den nära vården utvecklas i områden med socioekonomiska utmaningar.

Som en del i vårt arbete vände vi oss till kommunikationsbyrån KAPI, som arbetar med kommunikation med fokus på språklig och kulturell mångfald, för att göra en intervjustudie med utrikes födda patienter som bor i områden med socioekonomiska utmaningar. KAPI har på vårt uppdrag använt sitt nätverk för att rekrytera personer till intervjuer, genomfört intervjuer på flera olika språk och sammanställt resultaten i en underlagsrapport. Intervjustudien genomfördes i dialog med Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Denna promemoria är en återgivning av KAPI:s redovisning av sitt arbete och är ett underlag till Vård- och omsorgsanalys delrapport till regeringen (*Ordnat för omställning?* Rapport 2023:2). Promemorian är KAPI:s resultatredovisning av intervjustudien i sin helhet och de står själva för innehållet.

Just nu pågår mycket arbete, särskilt på strategisk nivå, för att genomföra omställningen till en god och nära vård. Det är vår förhoppning att denna promemoria kan ge kunskap som bidrar till det arbetet.

Vi vill tacka alla de personer som ställt upp på intervjuer för att delge sina erfarenheter av och tankar om hälso- och sjukvården. Ett särskilt tack också till Nicolas Lunabba och Mirjam Neuman, ledamöter i patient- och brukarrådet vid Vård- och omsorgsanalys, liksom Sarah Hamed vid Uppsala universitet, som läst KAPI:s underlag och gett värdefulla synpunkter utifrån sina perspektiv.

Stockholm i mars 2023.

Jean-Luc af Geijerstam

Generaldirektör

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Sammanfattning

Denna studie bygger på femton djupintervjuer med utrikes födda personer som genomfördes under april och maj 2022. Uppdraget har genomförts av KAPI, på uppdrag av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Det övergripande syftet med intervjustudien är att beskriva erfarenheter av sjukvården bland personer som är utrikes födda, med fokus på primärvården, och deras åsikter om hur vården bättre kan möta deras behov.

Deltagarna har bott i Sverige i minst ett år, har erfarenhet av den svenska hälso- och sjukvården, bor i ett socioekonomiskt utsatt område och kommer från Afghanistan, från landsgruppen Syrien, Irak och Egypten eller från landsgruppen Somalia och Eritrea. Båda könen och olika åldersgrupper är representerade i studien.

Analysen av intervjuerna är strukturerad utifrån sex övergripande teman; tillgänglighet, delaktighet, förtroende, trygghet i vården, kommunikation och alternativ till den svenska sjukvården.

Resultatet av intervjustudien visar bland annat att flera deltagare upplever att de har fått ett fördomsfullt bemötande i vården, oftast för att vårdpersonalen har haft fördomar och förutfattade meningar om andra kulturer. Flera tycker att de inte blir tagna på allvar när de söker vård.

Deltagarna tycker att det är svårt att förstå hur den svenska sjukvården fungerar och att det finns stora skillnader mellan hur svensk sjukvård fungerar jämfört med sjukvård i andra länder. Flera personer tycker att reglerna om sekretess och att vårdpersonal har tystnadsplikt skapar trygghet.

Språksvårigheter påverkar vissa av deltagarnas erfarenheter, men vi ser även att det saknas kompetens bland primärvårdpersonalen när det gäller att förstå och förhålla sig till kulturella skillnader.

Deltagarna efterfrågar också enklare tidsbokning, med språkval eller tolktillgång, kortare väntetider och fler dropin-tider, mer tid vid besöken, större möjlighet att träffa samma läkare och påverka vilken typ av läkare man får träffa, bättre tolkinsatser och mer omsorg från personalen.

Innehåll

1 Bakgrund	7
1.1 Syfte med uppdraget.....	7
2 Metod.....	8
2.1 Urval.....	8
2.2 Rekrytering och bortfall	10
2.3 Deltagare.....	11
2.4 Genomförande av intervjuerna.....	12
2.5 Analys av intervjuerna.....	13
2.6 Överförbarhet	13
3 Resultat	14
3.1 Tillgänglighet	15
3.2 Delaktighet	20
3.3 Förtroende.....	25
3.4 Trygghet i vården	30
3.5 Kommunikation	32
3.6 Alternativ till den svenska sjukvården	34
Bilaga.....	37

1 Bakgrund

Sedan en tid tillbaka pågår en omställning av hälso- och sjukvården inom kommuner och regioner. Målet med omställningen är att alla patienter ska få en god, nära och samordnad vård, där primärvården är navet och samspelar med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten. Omställningen ska bidra till en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård. Regeringen har angett tre inriktningsmål för reformen: att tillgängligheten till primärvården ska öka, att patienter ska vara mer delaktiga och vården mer personcentrerad, och att kontinuiteten i primärvården ska öka.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har fått i uppdrag av regeringen att utvärdera omställningen (S2020/03320/FS). Läs mer om uppdraget här:

<https://www.regeringen.se/regeringsuppdrag/2021/06/uppdrag-att-utvardera-omstallningen-i-halso--och-sjukvarden-till-en-god-och-nara-vard/>

Inom ramen för regeringsuppdraget har denna intervjustudie genomförts. Fokus är på utrikes födda personer – en patientgrupp som kan ha särskilda utmaningar i vården och som samtidigt ofta är underrepresenterad i befolkningsenkäter. Målgruppen kan även ha ett större behov av vård- och omsorgsinsatser än befolkningen som helhet.

1.1 Syfte med uppdraget

Det övergripande syftet med intervjustudien är att beskriva erfarenheter av sjukvården bland personer som är utrikes födda, och deras syn på hur vården borde utvecklas för att bättre möta deras behov.

2 Metod

Denna studie bygger på djupintervjuer med femton utrikes födda personer. Intervjuerna genomfördes under april och maj 2022.

Uppdraget har genomförts av KAPI på uppdrag av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. KAPI är en byrå som arbetar med inkluderande kommunikation med fokus på språklig och kulturell mångfald och insiktsarbete. KAPI:s insiktsarbete bygger på olika former av undersökningar och riktar sig ofta mot utrikes födda personer och socialt utsatta grupper i Sverige (<https://kapiagency.se>).

Intervjuerna genomfördes av tre anställda på KAPI och en underleverantör, vid både fysiska och digitala möten. Samtliga intervjuledare har god vana av att genomföra intervjuer av det här slaget.

Nio av intervjuerna genomfördes på andra språk än svenska: somaliska, persiska, dari och arabiska. De antecknades på originalspråk och översattes sedan till svenska, och det är det översatta materialet som ingår i studien. Resterande sex intervjuer genomfördes på svenska.

Nio av intervjuerna genomfördes av en person som ställde frågor och antecknade, och resterande sex intervjuer genomfördes med två personer närvarande, en som ställde frågor och en som antecknade. Svaren från alla femton intervjuer antecknades så noggrant som möjligt. Se tabell 2 i avsnitt 2.3 för mer information om deltagarna och intervjuerna.

2.1 Urval

Målgruppen för studien är utrikes födda personer, vilket i den här studien har definierats som personer som är födda utanför Sverige, men som har bott i Sverige i minst ett år. Urvalet omfattar tre grupper: personer från Syrien, Irak eller Egypten, personer från Somalia eller Eritrea, och personer från Afghanistan, eftersom de representerar några av de största språkgrupperna bland utrikes födda i Sverige, se tabell 1.

Vår kategorisering av de största språkgrupperna bland utrikes födda bygger på data från Statistiska centralbyrån (SCB) om födelseland för dessa personer. Vi har även gjort en avgränsning till personer som bott i Sverige i upp till sex år, vilket redovisas i tabellkolumnen ”0–6 år i Sverige”. Statistik om modersmål går inte att få från SCB eller någon annan myndighet eftersom invånare i Sverige inte registreras efter språktillhörighet, vid vare sig folkräkning eller invandring. Därmed går det inte att statistiskt säkerställa hur många som har ett visst modersmål. Språk följer inte nationsgränserna och ett land kan ha ett eller flera officiella språk. I till exempel Irak är både arabiska och kurdiska officiella språk, medan persiska, turkiska och assyriska är minoritetsspråk.

I tabellen listas olika språkgrupper utifrån en sammanslagning av länder med samma majoritetsspråk. I de fall språkgruppen beskrivs utifrån språk – arabiska; engelska; bosniska, kroatiska och serbiska; spanska; ryska – kommer personerna alltså från flera olika länder. För de språkgrupper som beskrivs med land har vi även listat majoritetsspråken i landet.

Tabell 1. Utrikes födda personer i Sverige enligt SCB:s (data hämtad 2020-12-31).

Språkgrupper	0–6 år i Sverige	Andel (%) av 0–6 år i Sverige	Samtliga utrikes födda	Andel (%) av samtliga utrikes födda
Arabiska (t.ex. Syrien och Irak)	217 883	31 %	442 611	22 %
Engelska (t.ex. Indien och Pakistan)	79 934	12 %	175 654	9 %
Afghanistan (dari)	36 455	5 %	60 858	3 %
Eritrea (tigrinja)	31 086	4 %	47 156	2 %
Polen (polska)	24 725	4 %	93 762	5 %
Bosniska, kroatiska och serbiska (t.ex. Serbien och Bosnien)	21 984	3 %	159 084	8 %
Somalia (somaliska)	19 258	3 %	70 184	3 %
Iran (farsi)	18 327	3 %	81 301	4 %
Spanska (t.ex. Spanien och Colombia)	18 177	3 %	91 609	4 %
Ryska (t.ex. Ryssland och Ukraina)	16 696	2 %	49 412	2 %
Tyskland (tyska)	12 910	2 %	51 434	3 %
Turkiet (turkiska)	11 355	2 %	52 628	3 %
Thailand (thailändska)	9 777	1 %	44 339	2 %
Norge (norska)	8 127	1 %	41 062	2 %
Finland (finska och svenska)	8 026	1 %	140 337	7 %
Övriga	158 483	23 %	445 300	21 %
Totalt antal personer	693 203		2 046 731	

Källa: SCB, datauttag 2020-12-31.

Vidare har urvalet av intervjudeltagare fokuserat på utrikes födda personer som bor i socioekonomiskt utsatta områden, där vi huvudsakligen utgått från den klassificering som gjorts av Delegationen mot segregation (<https://www.delmos.se>). Deltagarna skulle också ha bott i minst ett år i Sverige och ha erfarenhet av den svenska hälso- och sjukvården, i huvudsak som patient, men även som närstående.

Studien utgick ifrån att rekrytera deltagare från språkgrupperna somaliska, persiska, dari, och arabiska. Ett kriterium för studien var att minst hälften av intervjuerna skulle genomföras på annat språk än svenska, för att fånga erfarenheter hos personer som har begränsad kunskap i svenska, och därmed svårare att navigera i sjukvårdssystemet.

Utgångspunkten var även att uppnå en så jämn könsfördelning som möjligt och hitta deltagare i olika åldrar. Utgångspunkten var också att hitta deltagare som bor i socioekonomiskt utsatta områden i olika delar av Sverige, och deltagare rekryterades från Malmö, Göteborg, Stockholm och Alvesta (se tabell 2).

2.2 Rekrytering och bortfall

Deltagarna rekryterades via KAPI:s nätverk av representanter för gruppen utrikes födda personer i Sverige. KAPI har en långvarig kontakt med detta nätverk och arbetar kontinuerligt med att bredda och uppdatera dessa kontakter. Nätverket består framför allt av personer som arbetar inom olika föreningar, vuxenutbildningar, religiösa samfund, ideella organisationer och kommunala enheter, samt exempelvis översättare och tolkar inom vården och tidigare vårdanställda med språkkompetens. De flesta är själva födda i något annat land eller har föräldrar som är utrikes födda, men en del är inrikes födda personer som arbetar med målgruppen. I nätverket finns ledande personer som har en stark ställning inom vissa språkgrupper eller områden. Nätverket innefattar även personer som arbetar med frågor om utrikes födda personer, exempelvis integration, flyktingmottagande och kulturella verksamheter. Nätverket består i sin helhet av ungefär 500 personer och organisationer.

KAPI ställde inledningsvis frågan om deltagande i studien till personer och organisationer som var relevanta för studiens frågeställningar och urval, och som vi trodde skulle vara intresserade. KAPI kontaktade sju organisationer: nyhetsbyråer för olika språk, föreningar, hälsoskommunikatörer, en kommunal enhet för integration och tolkar, via e-post. Samtliga sju organisationer tackade initialt ja till att hjälpa till med att rekrytera deltagare till studien. När vi sedan beskrev projektet närmare tackade alla organisationer, förutom två tolkar, nej. Detta berodde framför allt på att intervjuerna som skulle genomföras var omfattande.

Därefter kontaktade KAPI ytterligare en organisation som arbetar med att stötta utrikes födda personer i vårdkontakter, och en av medarbetarna tackade ja till att bli intervjuad. Deltagare till ytterligare fem intervjuer rekryterades direkt från KAPI:s eget nätverk. Resterande deltagare rekryterades via de två tolkarnas nätverk.

Ett visst bortfall berodde också på att deltagarna skulle skriva under en samtyckesblankett före intervjun. Några personer upplevde att intervjuerna då inte var tillräckligt anonyma och tackade därför nej till att delta. En tackade nej på grund av att

intervjun skulle ta för lång tid. Resten av de tillfrågade var positivt inställda till att delta i intervjun och uttryckte att det var viktigt att dela med sig av sina erfarenheter av vården.

Intervjuerna bokades sedan in, och beroende på var personerna befann sig i Sverige planerades fysiska eller digitala intervjuer. Före intervjutillfället fick deltagarna veta syftet med studien och hur personuppgifter skulle hanteras.

2.3 Deltagare

Deltagarna är 18–70 år gamla och gruppen består av åtta kvinnor och sju män. Deltagarna i denna studie bor framför allt i storstadsområden. Tabell 2 nedan presenterar deltagarna i intervjustudien. Ordningen här stämmer inte med den numrering som finns i citaten i resultatredovisningen.

Alla intervjudeltagare har haft någon kontakt med primärvården under de senaste åren, vissa vid något enstaka tillfälle medan det för några handlar om kontakter nästan varje vecka. Deltagarna har sökt vård för exempelvis huvudvärk, magont och covid-19 samt förlossningsvård. Några av deltagarna har även hjälpt familjemedlemmar eller andra närstående att söka och få vård, framför allt sina barn eller föräldrar. Även om deltagarnas vårdbehov har varierat är de inte mycket allvarligt sjuka eller hör till gruppen med allra störst vårdbehov.

Vi frågade inte specifikt om deltagarnas sysselsättning, men i den mån det kom upp upplevde vi att de flesta arbetade eller studerade. En beskrev erfarenheter från att komma till Sverige som ensamkommande flykting, men eftersom detta inte var något vi aktivt frågade om vet vi inte mer om de andra deltagarnas eventuella erfarenheter av flykt.

Personer som bor i socialt utsatta områden eller lever i någon form av social utsatthet kan vara svåra att nå i olika samhällsstudier. Därför är det viktigt att specifikt fånga upp deras perspektiv. Denna studie är utförd med personer som bor i socialt utsatta områden och vissa faktorer kan ha gjort det lättare för oss att komma i kontakt med just dessa personer.

Tabell 2. Sammanställning av studiens deltagare och genomförande av intervjuer.

Kön	Åldersgrupp	Bostadsort	Deltagarens första språk	Intervjuspråk	Genomförande av intervju
Kvinna	31–40 år	Malmö	Dari	Dari	Fysiskt möte
Kvinna	18–30 år	Malmö	Arabiska	Arabiska	Fysiskt möte
Kvinna	31–40 år	Malmö	Dari/persiska	Dari/persiska	Fysiskt möte
Man	51–59 år	Malmö	Arabiska	Arabiska	Fysiskt möte
Man	61–70 år	Malmö	Arabiska	Arabiska	Fysiskt möte
Kvinna	18–30 år	Stockholm/Västerås	Arabiska	Svenska	Fysiskt möte
Kvinna	51–59 år	Stockholm	Arabiska	Svenska	På distans
Man	31–40 år	Stockholm	Dari/persiska	Svenska	Fysiskt möte
Kvinna	41–50 år	Stockholm	Arabiska	Svenska	Fysiskt möte
Man	18–30 år	Göteborg	Arabiska	Svenska	På distans
Man	18–31 år	Malmö	Dari/persiska	Svenska	På distans
Man	41–50 år	Alvesta	Somaliska	Somaliska	På distans
Kvinna	31–40 år	Stockholm	Somaliska	Somaliska	På distans
Kvinna	18–30 år	Stockholm	Somaliska	Somaliska	Fysiskt möte
Man	18–30 år	Alvesta	Somaliska	Somaliska	På distans

2.4 Genomförande av intervjuerna

Intervjuerna var semistrukturerade och utgick från en intervjuguide (se bilaga), som togs fram i samarbete mellan Myndigheten för vård- och omsorgsanalys och KAPI, för att stämma överens med det övergripande syftet med intervjuerna:

- Få mer kunskap om vilka behov respondenterna har när de söker sig till sjukvården (framför allt primärvården) och hur de tycker att sjukvården tillgodoser deras behov och förväntningar.
- Få mer kunskap om hur respondenterna tycker att sjukvården (framför allt primärvården) kan utvecklas och förbättras för att bättre möta deras behov.

Varje intervju inleddes med en genomgång av samtyckesblanketten som deltagarna skrev på innan intervjun startade. Samtyckesblanketten var översatt till somaliska, persiska och arabiska för att säkerställa att alla deltagare verkligen hade möjlighet att ta till sig all information. Inför intervjustart fick deltagarna även möjlighet att ställa frågor om samtyckesblanketterna, datahantering eller andra eventuella praktiska frågor. Syftet med denna genomgång var att deltagarna skulle känna att de kunde tala fritt utan att deras namn eller annan känslig information skulle registreras på ett sätt som gjorde att de var identifierbara.

Intervjuerna varade i 45–90 minuter, med en genomsnittlig tid på 60 minuter. Under de digitala intervjuerna befann sig deltagarna i hemmiljö och de fysiska intervjuerna genomfördes på KAPIs kontor eller i deltagarnas hem.

I vissa fall följde inte frågorna ordningen i intervjuguiden eftersom deltagarna naturligt kom in på andra frågor, men alla intervjuer avslutades med en sammanfattning av de övergripande frågeställningarna i intervjuguiden för att säkerställa att alla frågor hade tagits upp. Deltagarna tillfrågades även om de ville lägga till något eller om de upplevde att vi hade missat någon viktig fråga.

2.5 Analys av intervjuerna

Alla intervjuer dokumenterades genom skriftliga anteckningar, och alla citat i denna rapport kommer från anteckningar från intervjuerna. Analysen gick ut på att strukturera innehållet i teman som framträdde under intervjuerna. Dessa sammanstämmer delvis med teman i intervjuguiden, men andra teman blev också aktuella exempelvis erfarenheter av att använda tolk och jämförelser med vård i andra länder. Analysen påbörjades när alla intervjuer var genomförda och KAPI hade fått in alla intervjuanteckningar. Analysen genomfördes sedan av två personer från KAPI, som också hade gjort sex av intervjuerna.

2.6 Överförbarhet

Frågan om i vilken utsträckning resultaten från intervjuerna är giltiga även för andra personer och i andra sammanhang (så kallad överförbarhet) är en central fråga i alla kvalitativa intervjustudier.

Vi upplever att deltagarnas vårderfarenheter var breda och varierade. Deltagarna har erfarenheter av mindre allvarliga besvär såsom allergier, mer allvarliga sjukdomar, mödravård och komplikationer vid covid-19 samt erfarenhet av att söka vård för äldre och yngre familjemedlemmars räkning. Det finns också en spridning i gruppen när det gäller kön, ålder, tid i Sverige och bostadsort. Vi frågade inte deltagarna om deras sysselsättning, men i den mån det kom på tal framgår en blandning av arbete, studier och annat. Vi frågade inte heller hur deltagarna kommit till Sverige och vet därför endast om att en person kom som ensamkommande flykting.

Urvalet har viss övervikt mot storstadsområden där det är relativt god tillgång till vård på nära håll och många vårdgivare att välja mellan, jämfört med i glesbygd eller på mindre orter.

Deltagarna i studien tillhör sannolikt en grupp som är villiga att prata om sina erfarenheter. De personer som tackade nej till att delta, av rädsla eller osäkerhet, tillhör en grupp som är svår att nå och som inte finns representerad i studien.

Studien är begränsad när det gäller språkgrupper och omfattar exempelvis inga europeiska flyktingar såsom personer från Ukraina. Studien är baserad på femton intervjuer och bör därför ses som några exempel på erfarenheter av vården bland utrikes födda personer i Sverige, snarare än en uttömmande beskrivning.

3 Resultat

Våra viktigaste resultat från intervjustudien som helhet kan sammanfattas i följande upplevelser och beskrivningar av deltagarnas kontakter med primärvården:

- Många deltagare upplever att väntetiderna är för långa och att det är svårt att boka tider, framför allt för att det är svårt att nå fram via telefonbaserade boknings-system.
- Flera deltagare upplever att de bemöts på ett fördomsfullt sätt, oftast för att vårdpersonalen har förutfattade meningar om andra kulturer. Flera upplever att de inte blir tagna på allvar när de söker vård.
- Vissa ser det som positivt att de kan vara delaktiga i familjemedlemmars vård medan några upplever att de familjemedlemmar som talar bättre svenska får ta ett för stort ansvar i vårdkontaktarna.
- Läkarens roll lyfts som särskilt viktig för deltagarna, i synnerhet när det gäller att få träffa samma personal i vården.
- Några av deltagarna har erfarenhet av att använda tolk, andra använder familj och vänner för tolkhjälp. Det ser utmaningar och brister vid tolkning inom vården.
- Deltagarna beskriver att kommunikation handlar om mer än språklig förståelse där saker som kunskap om sociala koder och hälsolitteracitet (förmågan att förstå, värdera och använda information för att bibehålla och främja sin hälsa), blir avgörande, snarare än språkkunskap.
- De flesta söker inte sjukvård via andra organisationer eller sociala forum, som ligger utanför den svenska sjukvården.
- Flera upplever att det är svårt att förstå hur den svenska sjukvården fungerar och att det finns stora skillnader mellan svensk sjukvård och sjukvård i andra länder.
- Deltagarna efterfrågar: enklare tidsbokning, med språkval eller tolktillgång, kortare väntetider, fler dropin-tider och mer tid vid besöken.
- Deltagarna efterfrågar också en större möjlighet att träffa samma läkare, att påverka vilken typ av läkare man får träffa (framför allt möjligheten att träffa specialistläkare), bättre tolkinsatser, mer omsorg från personalen och att personalen har bättre kulturkompetens.

Resultaten från intervjustudien presenteras mer utförligt nedan, utifrån följande teman som har identifierats i intervjuerna:

- tillgänglighet
- delaktighet
- förtroende
- trygghet i vården
- kommunikation
- alternativ till den svenska sjukvården.

3.1 Tillgänglighet

I detta avsnitt beskrivs hur deltagarna tar kontakt med primärvården och hur de upplever tillgängligheten. Det handlar om hur man gör vid tidsbokning, den fysiska tillgängligheten till vårdcentraler och användningen av digitala tjänster.

- Deltagarna tar oftast kontakt med primärvården via telefon eller besök på vårdcentraler.
- Många deltagare upplever att väntetiderna är för långa och att det är svårt att boka tider, framför allt för att det är svårt att nå fram via telefonbaserade bokningssystem.
- Flera deltagare använder digitala tjänster, framför allt 1177 för rådgivning.
- Deltagarna efterfrågar framför allt bättre tillgång till tidsbokning (såsom längre öppettider och kortare telefonköer och möjlighet till tidsbokning på fler språk än svenska), bättre möjlighet att snabbt få besöka fysiska vårdcentraler, kortare väntetider och enklare tillgång till specialistvård.

3.1.1 Kontakt och tidsbokning

De flesta deltagare tar kontakt med primärvården via telefon eller besök på vårdcentraler. Flera deltagare har även haft kontakt med 1177 för rådgivning eller andra digitala tjänster. De har velat få hjälp med allt från allergier, värk, stressymtom och gynekologiska problem till mer akuta besvär såsom hjärtproblem.

Upplevelsen av kontakten med vården varierar också: En del tycker att det fungerar bra och att det är lätt att få kontakt, medan andra tycker att det är väldigt svårt att få den vård man har efterfrågat. Några av deltagarna beskriver vården som trevlig och professionell och menar att det varit lätt att få den kontakt man har önskat. Andra har haft svårare att få kontakt och tycker framför allt att långa väntetider är ett problem.

”Om vårdcentralen och läkarna får skicka remisser och har mera tider, det skulle vara bättre men jag vet inte, är det fel på läkarna eller systemet? Jag vet inte. De skickar hem en och säger bara ”prova det här eller prova det här” och det är för att läkarna inte har tid. Jag skulle vilja gå in på nätet, se vilka tider som finns och boka en tid som passar mig. Inte ringa en sjuksköterska som ska ringa upp men sen inte gör det vid tiden de har sagt. Det går inte när jag jobbar och då kan det ta en vecka att ens få prata med en sjuksköterska som sen inte ens kan ge en tid. Därför har jag bytt vårdcentral flera gånger, för att systemet på tidsbokningen är katastrofalt.” (Deltagare 2)

3.1.2 Väntetider

De flesta deltagarna har erfarenheter av långa väntetider och svårt att boka en tid. Flera kopplar det till bristande resurser och tidsbrist.

"Jag har aldrig fått vård. Det spelar ingen roll om jag har huvudvärk eller cancer.
"Drick vatten." Dom har inte tid. [...] Det är långa väntetider. 40 dagar. Det är för lång tid, det är inte okej. Det är inte normalt. Ni kanske är vana, ni är härifrån. Men för mig är det inte normalt att vänta 40 dagar." (Deltagare 3)

"Vårdcentralerna funkar inte, det är väldigt svårt att få kontakt med vården. Det är jättesvårt att få tid samma vecka, det är stor skillnad mellan vårdcentraler, ibland tar det 3–4 veckor att få en tid. Har man tur tar det en vecka. Läkarna har inte tid." (Deltagare 2)

"Ja jag har upplevt hemska väntetider, bland annat ett helt år för att få träffa en gynekolog, trots en akutremiss. Man blir då tvungen att åka in till akuten vid väldigt svåra situationer men även där får man inte hjälp för att man blir hänvisad tillbaka till vårdcentralen." (Deltagare 7)

Flera av deltagarna har negativa erfarenheter av tidsbokning via telefon: att telefontiderna är för korta vilket har gjort att de inte har hunnit få kontakt eller haft möjlighet att ringa under öppettiderna, att de inte har blivit uppringda som avtalat eller att de inte har blivit tagna på allvar när de beskrivit sina problem och försökt att boka tid.

"Det är aldrig lätt att söka vård i Sverige, det handlar om tid, jag och alla jag känner upplever att det är långa väntetider och att man inte får den hjälp man behöver. De hjälper inte på bästa sätt. Om man har huvudvärk och mår jättedåligt försöker de att säga att man ska vila. De tar inte patienter på allvar. Det kan bero på brist på personal och att de måste skynda sig. Det kan inte ge den tid som en patient behöver." (Deltagare 6)

3.1.3 Språksvårigheter och sociala koder vid tidsbokning

Andra deltagare upplevde att det är svårt att få en tid på vårdcentralerna på grund av språksvårigheter eller sociala koder. Vissa av deltagarna behöver tolk eller har familjemedlemmar som gör det. Ett par deltagare beskrev att de har fått hjälp av tolkar via telefon medan andra själva har fått agera tolk för familjemedlemmar, vilket skapar ett beroende av att ha med någon som talar svenska vid vårdkontakten.

"Jag måste boka tid till mina föräldrar, de får tolk när de väl får vård men de kan inte söka själva för det kan man bara göra på svenska, då blir de beroende av andra." (Deltagare 1)

Därför efterfrågade flera deltagare möjligheten till telefonkontakt med primärvården på fler språk.

En person beskrev det som att man som ny i Sverige måste lära sig sociala koder för att kunna boka tid, till exempel veta hur man ska beskriva sina problem och vem man ska vända sig till.

”Det funkar inte bra, det blir som en talang att kunna få en tid. Det är så mycket sociala koder som jag inte kunde förut. Det kan vara svårt att säga nej som nyanländ och ställa krav. Och språket blir ett hinder, särskilt när man inte kan lagarna i Sverige. Inrikes födda lär sig det från början och från sina föräldrar. Men jag vet inte vad jag ska säga när jag har väntat länge och de ber mig vänta längre. Man känner inte till sina rättigheter eller vad man får ha för synpunkter. Man vågar inte klaga för då känns det som att de kanske inte kommer hjälpa en nästa gång.” (Deltagare 4)

3.1.4 Bokning av specialistvård

Flera deltagare tycker att det är svårt att få den typ av vård som man skulle vilja ha, framför allt när det gäller särskilda undersökningar eller kontakt med olika typer av specialister. Några upplever att de själva behöver ha stor kunskap om sitt tillstånd för att få rätt hjälp, vilket försvårar kontakten med vården.

”Vi är vana vid att läkaren undersöker och vet allt men i Sverige måste man ha mer av en dialog med läkaren, det blir mer av en process och man måste begära av läkaren vad den ska undersöka. Jag måste vara påläst för att få rätt hjälp. Där jag kommer ifrån går man direkt till en specialist och det är mer privat vård. Här känns det som att de vill undvika de undersökningarna som kostar mer, till skillnad från där jag kommer ifrån där de är mer effektiva, i Sverige tar processen lång tid.” (Deltagare 1)

Flera deltagare nämnde att det är för svårt att få en remiss och att få träffa specialistläkare. Vårdcentralen kan upplevas som ett hinder som försvårar att få den vård man skulle vilja ha.

”Man kan inte boka möte med en specialist. Vårdcentralen måste först göra ett case [remiss]. Det är vårdcentralen som skickar vidare. Vårdcentralen bryr sig inte. De sitter som ett hinder mellan.” (Deltagare 3)

Detta problem nämndes av flera i samband med frågan om hur det skulle kunna bli lättare att få kontakt med vården. En person ville se flera förbättringar:

”Fler läkare på vårdcentralen, fler tider, att de tar en på allvar, att de vågar skicka en remiss, det känns som att läkarna inte vågar sicka en remiss. Jag får samma råd via vårdcentralen som via 1177 men när jag är där behöver jag vård, en lösning, inte bara råd.” (Deltagare 2)

Det fanns ett återkommande missnöje med att inte bli tagen på allvar när man har sökt kontakt med primärvården. Det handlar både om att få vänta för länge för att få boka en tid och om känslan av att inte få rätt typ av vård.

3.1.5 Fysisk tillgänglighet till vårdcentraler

Samtliga deltagare tycker att det är lätt att ta sig till en vårdcentral och att den finns så nära bostaden att de kan gå eller åka dit på max 15 minuter. Dock lyfte flera att den närmaste vårdcentralen inte hade tillräckligt med eller inte alls erbjöd dropin-tider. På grund av detta, eller annat missnöje, är det flera som hellre besöker vårdcentraler som ligger längre bort. Samtidigt noterar vi att intervjuerna har genomförts med deltagare i relativt tätbebyggda områden. En person menar att den fysiska tillgängligheten är viktig:

”Det bästa och enklaste är vanligt besök. Jag föredrar inte andra sätt utan det är det vanliga besöket på plats som jag föredrar, både för läkarbesök och för medicinsk rådgivning.” (Deltagare 11)

3.1.6 Erfarenheter av digitala tjänster

Flera av deltagarna har erfarenhet av att söka vård via digitala kanaler. Flera uppskattar digitala tjänster och tycker att det är lätt att söka vård på detta sätt. Vissa menar att digitala tjänster fungerar bättre än vårdcentralerna:

”Det var faktiskt jättebra, de var inte stressade och så mycket trevligare, vilket gör att jag som är sjuk mår bättre av mitt besök. Man kunde se tydliga skillnader jämfört med primärvården i form av vårdcentralen.” (Deltagare 7)

Några uttryckte dock att det är svårt att använda digitala tjänster och har behövt ta hjälp av yngre familjemedlemmar för att använda dem. En person sa att trots att hen är nöjd med de digitala tjänsterna, så är hen emot digitaliseringen av vården:

”Jag gillar inte digitaliseringen av vården. Det är en del av nyliberalismen att man själv ska ta ansvar för sin vård. Under corona ringde jag 1177, de sa att jag skulle ringa 112 för jag har haft astma. 1177 kan vara jättebra. Informationen de erbjuder finns ofta på internet men det som var bra var att de berättade hur astma hänger ihop med corona.” (Deltagare 4)

Den mest använda tjänsten är rådgivning via 1177, vilken flera deltagare har positiva erfarenheter av. En person uttryckte att hen önskar att det fanns information på fler språk på 1177:

”Jag har varit på 1177 och bokat tid, avbokat tid, läst min journal och sett videos. Det är bra om jag har glömt namnet på en medicin eller hur länge jag ska ta den. Det är bra.” (Deltagare 5)

”Att få hemsidan på flera språk, till exempel 1177.se finns på bara svenska och engelska. Det skulle vara mycket bättre ifall den fanns på fler språk, såsom dari och persiska.” (Deltagare 9)

En person upplevde att det är lättare att söka vård digitalt och en annan person hade positiva erfarenheter av en digital vårdgivare som fokuserar på smärtbehandling:

"Det är lättare via en digital vårdgivare än via vårdcentralen." (Deltagare 1)

"Jag har testat X och min son har testat annat som har varit bra. X är bra, jag kan chatta när som helst på dygnet och så får jag svar kl. 8 på morgonen varje dag. Jag får träffa en läkare snabbare och fick i gång en behandling på en gång. Jag har behövt vård i flera år men ingen annan har tagit mig seriöst." (Deltagare 2)

En annan person beskrev att hen har haft negativa erfarenheter av att söka vård hos digitala vårdgivare:

"Ja, jag har testat X och Y [digitala vårdgivare]. Det är samma skit. Lika dåligt. X har jag kontaktat 4–5 gånger. Y två gånger. Y var värst. Dålig attityd, långa väntetider, oprofessionella." (Deltagare 3)

3.1.7 Åsikter om bättre tillgänglighet

Deltagarna blev tillfrågade om vad som skulle kunna fungera bättre när det gäller att söka vård. Flera efterfrågade en större tillgänglighet till fysiska besök och dropin-tider:

"Att det finns en dropin som alltid är öppen, det skulle passa mig bäst. Särskilt när man är orolig och man vill ha ett snabbt svar. Man blir lugn när man träffar dem, det fysiska mötet gör så mycket. För rådgivning kan det vara bra att det finns digitalt, det fysiska är viktigare när man är orolig över en viss sjukdom. Det funkar inte bra att ringa, man har väldigt lite tid där man får ringa, då blir det den som är snabbast som får tider." (Deltagare 4)

Flera nämnde även kortare väntetider och fler möjligheter till att kontakta vården och boka tider:

"Tillgängligheten kan bli bättre genom att man lättare kan nå dem, alltså primärvården, speciellt via telefontiderna. Telefonkön är nu väldigt lång och det bör givetvis förbättras. Tillgängligheten kan också ske via mejl, att man till exempel kan få ett snabbt svar därifrån, ha en direktkontakt med ens läkare etcetera. Det skulle verkligen vara till nytta. Då slipper man också telefonkön och det blir bättre för alla parter." (Deltagare 7)

"Det som kan förbättras inom sjukvården är att få kortare väntetider, att fler personal får sitta vid telefonväxeln. Jag förstår att de inte har fler läkare men åtminstone kan de få fler distriktssköterskor som undersöker patienterna. Det skulle vara till hjälp. Istället för att hänvisas till huskurer såsom citron, honung, te etcetera. Det är annars väldigt tröttsamt. De långa väntetiderna och hur personalen vid receptionen eller växeln behandlar och ger rådgivning är definitivt det som kan och bör förbättras. Huskurer känner vi alla till och man har säkerligen testat sig fram med huskurer och vanliga smärtstillande och receptfria

läkemedel. Det är efteråt när dessa saker inte har hjälpt man kontaktar vårdcentralen för en läkartid." (Deltagare 8)

Andra nämnde också möjligheten till fysiska besök, enklare tillgång till specialistvård och ett bemötande som visar att läkarna bryr sig om de vårdsökandes behov:

"Ett kontor någonstans där man kan gå och prata. Att dom bryr sig. Inte med en sjuksköterska. En läkare som bryr sig. En specialist direkt." (Deltagare 3)

3.2 Delaktighet

- Deltagarna vill framför allt vara delaktiga när det gäller vilken typ av vård de ska få och vilken typ av läkare de får träffa.
- Flera deltagare har negativa upplevelser av att bemötas på ett fördomsfullt sätt.
- Flera vill ha mer information från vården, särskilt om hur vården fungerar.
- Vissa upplever att det är positivt att få möjlighet att vara delaktiga i familjemedlemmars vård medan några tycker att de familjemedlemmar som talar bättre svenska får ta ett för stort ansvar.
- Läkarens roll är särskilt viktig för deltagarna, i synnerhet när det gäller att få träffa samma personal i vården.

När vi frågade deltagarna hur de vill vara delaktiga i sin vård och vad de tycker är viktigt att vara med och bestämma över svarade de flesta att det är viktigt att, tillsammans med läkare, få vara med och bestämma vad för typ av vård man ska få. En del saker nämndes som särskilt viktiga att få bestämma över, bland annat om man träffar en kvinnlig eller manlig läkare, om man får en remiss till specialiserad vård och vilka mediciner man får förskrivet:

"Det jag har känt behovet att få vara med och bestämma över är medicinerna, med mitt medicinska fall och hälsotillstånd. Doserna som till exempel är höga kan bidra till yrsel etcetera. Att få granska doserna med läkaren så de inte påverkar mig och min kropp. Detta även med anledningen av att jag tidigare har fått problem när läkaren ger doserna lite hejvilt och med mindre tagen hänsyn till mina hjärtproblem och annat." (Deltagare 10)

3.2.1 Vad är extra viktigt att vårdpersonalen förstår?

Enligt deltagarna är det särskilt viktigt att sjukvårdens personal har ett bra bemötande och visar förståelse och empati för patienterna. Flera upplever att de inte har blivit tagna på allvar och att de blivit bemötta på ett fördomsfullt sätt. En deltagare kopplade det bland annat till språksvårigheter:

"Att jag är kunnig även om jag inte kan språket eller inte gick i skolan när jag var ung." (Deltagare 12)

En annan deltagare efterfrågade en större förståelse för kulturella och religiösa skillnader.

”[Det är viktigt att personalen förstår] min religion och kultur, om jag till exempel behöver ta av mig kläderna, vilket jag kommer att göra, men bara för att förstå oviljan, och om det är möjligt att inte ge vitaminmedicin med gelatin.”
(Deltagare 14)

Ett annat exempel var en deltagare som kände att hen inte blev tagen seriöst i vården, vilket ledde till en ond cirkel av att behöva överdriva för att bli tagen på allvar.

”Först och främst att det är seriöst när jag kontaktar dom. Dom har lärt sig att människor överdriver när de kommer. Men personer överdriver för att de inte blir tagna på allvar. Men det blir en ond cirkel. För sjuksköterskorna bryr sig då bara mindre och mindre. Svenskar är generellt bra på att lyssna. Men svenska sjuksköterskor bryr sig inte.” (Deltagare 3)

En fråga gällde om något är särskilt känsligt för deltagarna när de söker vård, men majoriteten sa att det inte fanns något. Två personer tog dock upp sexlivet. En annan person tog upp att hen ofta efterfrågar en kvinnlig läkare.

”Ja, att prata om mitt sexliv och allt om intimitet, speciellt att prata med kvinnliga läkare. Det finns sjukdomar som kan överföras genom sex, jag vet inte vad jag skulle säga till läkaren eller om något skulle hända med mitt privata kroppsområde, för det är något man inte pratar om varje dag, så konstigt.”
(Deltagare 13)

3.2.2 Information från vården

Vi frågade deltagarna vad som var viktigt att få information om när de besöker vården och om de har upplevt att någon information har saknats. De flesta beskrev att det är viktigt att få praktisk information om vilka behandlingar de ska få, hur väntetiderna ser ut och vilken vård som finns tillgänglig. En del har inte fått information om vart man ska vända sig för att få rätt typ av vård. Flera vill också ha tydligare information om hur vårdssystemet fungerar:

”Jag kommer inte härifrån. Jag visste inte hur det fungerar. Vårdcentral, närakut, akut. Jag visste inte hur saker fungerar. Att jag kan välja vårdcentral till exempel. Jag ville få information när jag kom hur vården i Sverige fungerar. Vad är en vårdcentral? En närakut? Vad räknas som akut? Man får inte information överhuvudtaget. Jag vill veta vad man kan göra om något blir värre. Svensk sjukvård är jätteduktig när det redan har gått för långt. De sätter inte igång med behandlingar i tid och sjukvården, specialistvården, kan vara så bra. Men primärvården är katastrof.” (Deltagare 2)

Tre personer nämnde även att språksvårigheter kan göra att det är svårt att få tillräcklig information och tillräckliga förklaringar.

”Det finns alltid en fråga i ditt huvud, fick jag all information? Eftersom jag inte kan engelska, arabiska eller något annat språk förutom mitt språk.” (Deltagare 12)

En deltagare har saknat information om läkemedel. En annan deltagare beskrev hur det var svårt att få tillräckligt med information och att det var jobbigt att den informationen hen fick var så fokuserad på eventuella komplikationer.

”Jag har saknat information om hur jag ska ta läkemedel, det har hänt flera gånger. Varken från vården eller på apoteket. De säger att jag ska se en film istället för att förklara för mig.” (Deltagare 5)

”Ja det tog jättelång tid att få veta att jag ska få träffa en specialist och får göra en operation men jag hade velat få veta det tidigare. De pratar alltid om konsekvenser och komplikationer som kan ske, det är viktigt men det kan bli jobbigt. Det är viktigt men de får gärna lyfta att det kommer gå bra och gör det för de flesta, det handlar om hur man pratar om komplikationer, inte att man inte ska göra det. Man kan bli helt utsliten av att bara lyssna på vad som kan hända även om det kanske är en väldigt liten risk. Angående min operation fick jag kämpa för att få information, det känns som att varje ord jag säger är viktigt för vilken självbestämmanderätt jag har”. (Deltagare 4)

De flesta vill ha mer information och råd om hur de själva kan göra för att ta hand om sin hälsa. Några svarade att de tyckte att det var tillräckligt med informationen som finns på exempelvis 1177 och en person sa att hen inte vill ha det då hen inte har ett förtroende för sjukvården. Exempel på information som efterfrågades var:

”Generell information. I mitt hemland tar vi mycket antibiotika och det var svårt att förstå varför man inte gör det i Sverige. Det hade varit bra att få veta mer om det och om hur man ska äta rätt och så. Det är viktigt att man vet vad för vitaminer man behöver. Det är svårt att veta vilken information som är rätt så jag skulle gärna vilja ha information från vården som jag kan lita på.” (Deltagare 5)

”Jag skulle vilja ha information om hur jag kan undvika att få samma problem som jag har haft och om det finns alternativ till medicin så att man kan undvika medicin om det inte behövs.” (Deltagare 1)

”Information anpassad efter ålder och vad som kan hända när man kommer från ett krigsdrabbat land, alltså anpassad information för vem man är, särskilt om hur man tar hand om sig och kanske psykisk ohälsa.” (Deltagare 4)

3.2.3 Att söka vård åt familjemedlemmar

En intervjufråga gällde om deltagarna vill att familj eller andra närstående ska vara involverade i deras vårdkontakter och i sådana fall hur de skulle vilja att det fungerade. Ett par deltagare svarade att det inte var relevant eftersom de inte har familj i Sverige. Andra

svarade att det inte behövdes då de var vuxna, eller att de inte ville att deras familjer skulle vara med i deras vårdkontakter eftersom de inte ville oroa dem. De flesta svarade att det kan vara bra om yngre familjemedlemmar kan hjälpa till med att boka tid och agera tolk, särskilt när det handlar om att äldre ska ta kontakt med vården. Det gällde framför situationer såsom när man tar kontakt med vården, när man ringer och bokar tid, eller hjälper till som tolk. Några personer menade att det var positivt att man kan hjälpa sina familjemedlemmar:

”Angående mina föräldrar tycker jag att det är smidigt att få vara med i deras vård, de ringer mig direkt om det är något angående min pappa och de bokar tider med arabisktalande läkare så att jag inte behöver följa med. Jag får inte information om deras hälsotillstånd men det praktiska som att boka tid kan jag göra. Jag tycker att det är bra. Ibland är det svårt att veta vad man har för rättigheter i vården, jag skulle vilja ha mer information som är översatt om vilka rättigheter man har.” (Deltagare 1)

En person lyfte att det kan vara problematiskt om yngre familjemedlemmar förväntas hjälpa äldre i kontakten med vården:

”Jag är van vid att i mitt hemland så får hela familjen och vänner vara med men här är det inte så. Det hade varit bra om de förklarar mer varför. Det blir ett stort ansvar för mig att behöva ta ansvar för vården för mina föräldrar för det krävs att någon kan svenska. Det är en stor belastning. [...] Man utgår från att jag ska ta hand om mina föräldrar för att jag kommer från Mellanöstern, men det kan bli så att man måste välja mellan att ta hand om sina föräldrar eller sina studier eller sig själv. Det är bra att de berättar att man har rätt till färdtjänst, trygghetslarm med mera så att man kan ta del av välfärden, men det är många som inte vet om det och det är inget som vården berättar om, men jag har lärt mig om det via mitt jobb. De borde rekommendera att man tar hjälp av till exempel hemtjänst när det blir för mycket. Jag hade uppskattat att få veta om det långt innan jag lärde mig det.” (Deltagare 4)

3.2.4 Att få träffa samma personal i vården

Vi frågade om det var viktigt för deltagarna att få träffa samma personer när de besöker vården och i sådana fall varför. Alla deltagare utom två svarade att kontinuitet var viktigt, alltså att de får träffa samma personal, bland annat för att det skapar trygghet.

”Det handlar om integritet, det känns inte tryggt att behöva träffa tre olika läkare.” (Deltagare 4)

”Ja, det är oerhört viktigt och nödvändigt, om du vill träffa samma vårdperson finns det anledningar, till exempel att de är snälla, kan och talar ditt språk, de har vissa likheter som du, att de är kulturellt utbildade och kan många saker. Och det här är den bästa frågan i den här intervjun hittills, herregud om jag vill träffa samma läkare om och om igen, det betyder att jag känner mig bekväm och säker,

vilket betyder att de inte bara är läkare eller sjuksköterska utan en anständig och bra människa.” (Deltagare 13)

Just läkarens roll beskrevs av flera deltagare som särskilt viktig och många nämnde att det framförallt var viktigt att få träffa samma läkare. Flera betonade att det bara var läkaren som var viktig när det gäller att träffa samma person. Förutom läkare ville en del få träffa samma sjuksköterska, barnmorska och fysioterapeut vid varje besök.

”Det är jätteviktigt att få träffa samma läkare, jag kan säga att det är helt okej att träffa annan personal i form av receptionister eller sjuksköterskor. Men det är väldigt viktigt att få träffa samma läkare. Just för att läkaren kommer ha kännedom om min situation och kunna min sjukdomshistoria. Detta är väldigt viktigt och jag har märkt hur mycket tid det tar att förklara allt för en ny eller en annan läkare. Därför föredrar jag att träffa samma läkare.” (Deltagare 8)

”Vem som sitter i receptionen, till exempel medicinsk sekreterare, är något jag inte bryr mig om, det viktigaste för mig är att träffa samma läkare. Därför är det viktigt för mig att träffa samma läkare men inte just samma personal. Det finns skillnad mellan personal och läkare. Undersköterskan som sköter bland annat urinprover är inte något som jag bryr mig om att det ska vara samma undersköterska.” (Deltagare 7)

”Ja det är viktigt att träffa samma personal. Jag flyttade till Stockholm för två år sen. Då fick jag träffa en ny läkare varje gång. Inom två månader hade jag träffat fyra olika läkare. Och jag fick börja om och berätta samma sak om och om igen.” (Deltagare 3)

Två personer sa att det var skönt när läkaren känner igen dem och när de inte behöver upprepa sig.

”Jag det är viktigt eftersom läkaren kommer att känna igen mig och vet mina symtom, bekymmer med mera. Jag anser att det är jätteviktigt att få träffa samma läkare.” (Deltagare 9)

”Det är viktigt att träffa samma läkare. Så de har bättre koll på patienten. Om man byter varje gång blir det dåligt både för läkaren och patienten. Jag vill att de ska veta vilka besvär jag har, varför jag kom till vårdcentralen, att de skickar vidare den information till nästa som jag träffar. Nu måste jag alltid repetera.” (Deltagare 6)

3.2.5 Journalen är viktig men också helhetsperspektivet

Deltagarna fick ange vad de vill att personalen känner till om dem när de kommer till sjukvården. Flera uppskattar om personalen har koll på deras journal, vilket en person kopplade till att inte behöva upprepa sig:

”Vilka besvär jag har, varför jag kom till vårdcentralen, att de skickar vidare den informationen till nästa som jag träffar. Nu måste jag alltid repetera.” (Deltagare 6)

För flera räcker det om personalen känner till det som står i journalen om tidigare hälsotillstånd och personens sjukdomar och symtom. Men fyra personer beskrev också att de skulle vilja att vården tar mer av ett helhetsgrepp om dem som patienter så att läkarna också kan se hur olika sjukdomar och tillstånd hänger ihop.

”De ska veta allt om mig, de ska känna till det jag lider av. Så att de kan ha ett helhetsperspektiv och inte bara prata om en sak i taget.” (Deltagare 2)

”Det är en svår fråga. Det hade varit bättre om jag får träffa en och samma läkare. För om jag har samma läkare, då förstår de varför jag har de problem jag har för att de ser helheten.” (Deltagare 5)

En person svarade att hen hade uppskattat om personalen hade större kunskap om kulturella skillnader.

”Det som är relaterat till min sjukdom. Det kan vara bra om de känner till kulturella skillnader men det får inte bli så att de utgår från fördomar och antaganden som inte är vetenskapligt grundade.” (Deltagare 4)

3.3 Förtroende

Deltagarna fick svara på frågor om förtroende för vården och trygghet i vården. Deltagarna fick både svara på hur stort förtroende deltagarna har för att sjukvården kommer hjälpa dem på ett bra sätt, vad som får deltagarna att känna sig trygga när de besöker vården och vad sjukvården kan göra för att de ska känna att de litar på vården.

Deltagarna har sammantaget lågt förtroendet för primärvården. Två personer svarade att de har förtroende. Några svarade att de har visst förtroende och andra svarade att de helt saknar förtroende för primärvården. De mest framträdande faktorerna som påverkar förtroendet var:

- Långa väntetider påverkar förtroendet för primärvården negativt.
- Vanan vid ett annat sjukvårdssystem gör det svårt för deltagarna att navigera i den svenska sjukvården.
- Brist på utredning och uppföljning kan skapa oro och en känsla av att man inte får den hjälp man behöver.
- Tidsbrist och brist på omtanke hos vårdpersonalen påverkar deltagarnas upplevelse av vårdmötet negativt.

3.3.1 Erfarenheter av andra vårdssystem

Långa väntetider påverkar förtroendet för primärvården negativt. Deltagare beskrev även ett missnöje med de undersökningar och behandlingar som erbjuds inom primärvården. Flera personer jämförde med vården i födelselandet och en återkommande reflektion var att de var vana vid att få träffa en specialistläkare som första vårdkontakt. Vårdprocessen i Sverige upplevs därför som långsam. Flera av deltagarna har också större förtroende för specialistvården i Sverige än primärvården och önskar att det var lättare att få träffa en specialistläkare. Primärvården upplevs därmed ibland som ett hinder för att få vård, snarare än den första vårdnivån.

”Det känns som att de går runt innan man kan få de mer avancerade undersökningarna, det känns om att de börjar med det lättaste och billigaste och då kan det bli som för min mamma att de provar samma sak om och om igen. Vi är vana vid den privata sektorn där man får mer specialiserad hjälp direkt. Mitt förtroende skulle öka om jag snabbare fick träffa en specialist, det går snabbast att få tid på vårdcentralen men sen kan det ta lång tid.” (Deltagare 1)

3.3.2 Möjlighet att välja läkare baserat på rykte

Flera reflekterade över patientens möjlighet att välja läkare. I deltagarnas födelseländer är mycket av vården privatiserad och läkarna är beroende av sitt goda rykte för att kunna bedriva en verksamhet. Deltagarna är därmed missnöjda med att de inte kan välja en populär läkare eller byta läkare om de inte är nöjda, och menar att det påverkar förtroendet för både primärvården och vårdssystemet i stort.

”Jag kan känna att jag förstår min kropp mer än läkaren när jag läser på mycket. I mitt hemland väljer man mer på om det är en bra eller dålig läkare, vad de har för rykte, men även där kan vi gå till flera olika läkare för att vara säkra på att få rätt behandling. Här tar läkarna mer ansvar, där gör de mer allt som vi ber om.” (Deltagare 1)

Några av deltagarna tog upp ekonomiska aspekter och sa att de skulle kunna tänka sig att betala mer för att få bättre vård.

”Jag skulle kunna betala mycket mer bara för att få hjälp men jag får ingenting tillbaka för den skatt jag betalar.” (Deltagare 2)

3.3.3 Synen på läkaren

Ytterligare en jämförelse som flera av deltagarna gjorde handlade om läkarens roll och synen på läkaren, där deltagarna var samstämmiga och sa att läkare är mer upphöjda och har större auktoritet i födelseländerna jämfört med i Sverige. Detta är också något som påverkar förtroendet för läkarens kompetens att göra medicinska bedömningar och ge rätt vård.

”Ibland har man för mycket makt som patient. De frågar hur de kan hjälpa mig. Jag är van vid att läkarna berättar vad jag har för problem. Jag vet inte alltid vad jag behöver för vård. I mitt hemland har läkaren mer auktoritet men har man inte

förtroende för dem så kan man direkt byta läkare, därför är de väldigt måna om sitt rykte.” (Deltagare 4)

”Mina föräldrar tror inte alls på vården här, de förstår inte skillnaden mellan de två olika systemen, det handlar om väntetiderna och de undrar varför de ska gå till en allmänläkare innan de får komma till en specialist och de känner att läkarna inte har kompetens för att de kollar på datorn, typ Google och 1177, snarare än att göra en fysisk underökning.” (Deltagare 1)

Att läkare i Sverige söker på datorn var något som ett par deltagare hade reagerat över.

”Läkaren sökte på Google vilken medicin de borde ge mig. De borde veta efter att de har läst min journal och har gjort en undersökning av mig.” (Deltagare 5)

3.3.4 Tidsbrist och omtanke

Majoriteten av deltagarna har upplevt att vårdpersonal inte har tillräckligt med tid och inte visar tillräckligt omtanke i vårdkontakten.

”Jag har aldrig varit nöjd eller fått svar. Sjuksköterskorna bryr sig inte. De är trötta och de ger bara rådet att dricka vatten.” (Deltagare 3)

Tidsbristen var något som flera personer återkom till under intervjuerna. Några beskrev att receptionen hade varit ovilliga att boka in ett läkarbesök när de ringt, på grund av personalbrist. I stället för att få boka ett läkarbesök blev deltagarna hänvisade till huskurer och egenvård.

”Man märker på en gång att de är stressade och att de säger från början att det kommer bli bra och att man inte behöver vård. Det hade varit bättre om de inte bara sa att man ska vänta och dricka te.” (Deltagare 4)

Deltagarna beskrev både ett stressat bemötande i den första kontakten med primärvården och en önskan om längre besök hos läkaren, eftersom de upplever att de inte hinner berätta klart om sina problem eller bli hjälpta på ett bra sätt.

”Jag skulle vilja ha mer tid under själv besöket. Ibland blir jag arg på personalen på vårdcentralen men egentligen tycker jag synd om dem. Har de ingen skam, läkarna borde inte gå med på att arbeta under dessa villkor. Jag tror att veterinärer har mer tid än vad läkare har för oss människor. De borde ut och demonstrera för så där ska man inte jobba.” (Deltagare 2)

En annan deltagare sökte vid ett tillfälle vård för pollenallergi men fick då höra att hen skulle få vänta i ett år för att få hjälp:

”Jag blev inte bemött på ett bra sätt, jag kände att jag inte var viktig och att min hälsa inte var viktig, det var jobbigt.” (Deltagare 6)

Deltagarna berättade också om brist på omsorg i kontakten med primärvården.

”Det jag lider av är brist på omsorg från vårdens part. Att man inte ser ett intresse för vården och patienterna från vårdcentralens sida, egentligen även från akutsjukvården men fokus här är på primärvården. Men kort kan man sammanfatta det att det dåliga som jag upplever är att jag ser ingen omsorg och intresse från bland annat vårdcentralen. Vilket påverkar mig väldigt mycket.” (Deltagare 11)

”Min kontakt med vårdcentralen har varit väldigt dålig. Personalen har varit väldigt otrevliga, de är ohjälpsamma, spenderar oerhört lång tid för att ställa icke-relevanta frågor för en simpel tidsbokning hos en läkare.” (Deltagare 7)

Ett par personer har dock goda erfarenheter av bemötandet inom primärvården.

”Jag tycker de är trevliga och har tålamod, bemötandet är till 95 % trevligt och de bemöter oss med ett stort leende.” (Deltagare 4)

”Jag kan skriva direkt till läkaren, om jag behöver något akut så säger hon vad jag kan göra. Även om hon inte är den bästa läkaren så är jag därför väldigt nöjd. Det är så med allmänläkare, de är inte bäst på något men man kan kontakta dem om det mesta.” (Deltagare 5)

3.3.5 Att inte bli tagen på allvar

”Det gör mig galen när de inte tar mig seriöst. Efter fyra år i Sverige blir jag galen.” (Deltagare 3)

Så uttryckte en deltagare sin frustration över kontakten med primärvården. Och känslan av att inte bli tagen på allvar var utbredd bland deltagarna. Majoriteten hade varit med om vårdpersonal som inte lyssnade eller inte tog dem på allvar när de sökte vård.

”När man pratar om sina smärtor och symtom då ska man bli behandlad efter det och bli trodd. Inte misstrodd för att man söker vård för sina smärtor och sjukdomar. Inte alltid det hjälper med en Alvedon, och då ska man få verklig hjälp och inte bli hänvisad till paracetamol.” (Deltagare 8)

Just råd om egenvård och huskurer nämndes av flera som exempel på att de inte blev tagna på allvar för de tillstånd eller symtom som de sökt vård för.

”Det viktigaste som sjukvårdspersonalen bör förstå är faktiskt att ta mig och mina symtom på allvar, agera medicinskt professionellt och inte hänvisa till vatten och citron.” (Deltagare 9)

”Om man har huvudvärk och mår jättedåligt försöker de att säga att man ska vila. De tar inte patienter på allvar. Det kan bero på brist på personal och att de måste skynda sig. Det kan inte ge den tid som en patient behöver.” (Deltagare 6)

Flera upplevde också att läkare på vårdcentralen är ovilliga att skriva remisser till specialistsjukvården, vilket förstärkte känslan av att inte bli tagen på allvar.

”Jag har behövt remisser till gynekolog, neurolog, en leverspecialist. De lyssnar inte och de tar inte patientens oro på allvar. Jag läser mycket och kan mycket men tänk om jag inte gjorde det. Jag är väldigt missnöjd.” (Deltagare 2)

Några av deltagarna berättade om att känslan av att inte bli betrodd eller tagen på allvar har gjort att de upplever ett behov av att överdriva sina symtom eller sitt tillstånd. En deltagare beskrev det som en ond cirkel, där personalen inom vården har lärt sig att människor överdriver, men att personer överdriver just för att de inte blir tagna på allvar. Personen hade känslan av att sjuksköterskorna av den här anledningen bryr sig mindre och mindre om patienterna. Hen trodde inte att detta fenomen var lika utbrett bland personer som är födda i Sverige. En annan deltagare berättade också om det upplevda behovet av att överdriva för att få hjälp.

”De tar mig inte på allvar och man måste vänta ibland flera månader och det blir en ansträngande process. Det känns som om man beskriver saker på ett vanligt sätt så får man inte hjälp så man måste överdriva för att få vård. Det är tråkigt att man behöver göra det.” (Deltagare 4)

För en av deltagarna ledde detta, att inte bli tagen på allvar, till en livsfarlig situation.

”Jag har velat få hjälp gällande ont i bröstet, hjärtat, och då har fallet varit akut. Det var inget skoj eller en lätt situation, med tanke på att det ledde till en akut hjärtoperation. Jag upplevde kontakten lite som jag förklarade innan, men ganska dåligt på grund av att de tog mig inte på allvar vilket kunde riskera mig livet. Det dåliga som jag upplevde var när jag kontaktade vårdcentralen med tydliga farliga symtom, ändå hänvisade de inte till att jag ska träffa en läkare och bli undersökt. Detta var en hemsk upplevelse.” (Deltagare 10)

3.3.6 Diskriminering och fördomar

Flera av deltagarna har upplevt diskriminering eller att de har blivit bemötta med fördomar på grund av etnicitet, språkkunskaper, utbildningsnivå eller kultur. En deltagare berättade om tydliga skillnader i bemötande beroende på om hans mamma bär slöja eller inte. En annan deltagare menade att hen behandlas med mindre respekt för att hen ses som invandrare eller rasifierad. En person poängterade under intervjun att det är viktigt att vårdpersonalen ser alla nyanlända som individer.

”Jag är en utbildad kvinna med 10 barn, så varje vårdpersonal som träffade mig trodde att jag var en dum och misshandlad kvinna av hennes man. Eftersom frågorna de ställde till mig var: ”Vill du ha fler barn? Vet du att du kan bestämma din framtid utan din man? Är det han som får dig att bli gravid så ofta?” Och många andra frågor som jag inte vill upprepa eftersom det kommer att göra mig upprörd.” (Deltagare 12)

”En gång var personalen jättetrevlig men de utgick från att vi åt vissa saker för att vi kommer från en viss kultur, det är inte professionellt. Att ta hänsyn är att ha förståelse för att man är van vid ett annat system men inte ha fördomar och kategorisera folk.” (Deltagare 4)

”Jag är född och uppvuxen i Somalia men jag är inte omskuren som majoriteten av flickor som är 20–30 år, alltså yngre från stora städer i Somalia är inte omskurna nu. Jag är muslim och somali även om jag ser mer liberal ut så det blir lite rasistiskt om man frågar ”Är du säker på att du är somali och från Somalia? Du ser ut inte som en somalier.” (Deltagare 15)

”De antar alltid att icke svenska unga män i Rinkeby är knarklangare, eller så har du någon sjukdom som inte finns. Jag önskar att de slutar med det antagandet och måste tro på några unga män som har drömmar och är bra människor.” (Deltagare 13)

3.4 Trygghet i vården

- Den upplevda tryggheten i vården varierade bland deltagarna.
- Lagen om sekretess bidrar till att deltagarna känner sig trygga i vården, liksom ett gott bemötande av personalen och ordentliga utredningar och uppföljningar.

3.4.1 Sekretess

Sekretessreglerna inom sjukvården var något som flera deltagare beskrev som en positiv och trygghetsskapande faktor.

”Det känns bra med sekretessen. De är experter på det. Det känns tryggt.” (Deltagare 4)

”Att vården jobbar i enlighet med säkerhet och sekretess. Allt som har med tystnadsplikt och liknande att göra. Det får mig att känna mig trygg och i säkra händer.” (Deltagare 8)

”Det som bidrar till min trygghet är att läkarna har tystnadsplikt, sekretessregler som läkarna följer och att vi, både jag som patient och sjukvårdspersonalen litar på varandra.” (Deltagare 11)

3.4.2 Trygghet kopplat till bemötande

Många deltagare beskrev också sambandet mellan personalens bemötande och känslan av trygghet. Majoriteten pratade återkommande om vikten av att personal i vården visar omtanke och ger ett vänligt bemötande, bland annat för att det skapar trygghet.

”Om någon är trevlig, ler mot dig och frågar dig hur du känner med respekt och ödmjukhet kommer du att lita på dem.” (Deltagare 12)

”Jag känner mig trygg, hela atmosfären gör att man känner sig trygg. Jag har aldrig upplevt att jag känner mig otrygg. De frågar om jag vill ha en manlig eller kvinnlig läkare och det får mig att känna mig trygg. De visar omtanke när det är något känsligt.” (Deltagare 1)

På frågan vad sjukvården kan göra för hen ska lita på dem svarade en deltagare så här:

”Det är trevligt bemötande, känna mig hörd, tagen på allvar och att inte vänta för lång tid.” (Deltagare 7)

3.4.3 Undersökningar och uppföljningar

Några av deltagarna betonade vikten av grundliga undersökningar och uppföljningar för att de ska känna sig trygga i vården.

”När jag ser att läkaren vill göra allt, när de skickar mig till röntgen, till en specialist, uppföljningar. Jag ska inte behöva ringa och tjata utan de ska sköta det här. Jag vill att de ska ta min oro på allvar och att de följer upp.” (Deltagare 2)

”Det som gör att jag känner mig trygg är själva besöket, att jag får träffa en läkare och bli ordentligt undersökt. Men även det som sker efter undersökningen, i form av diskussionen och rådgivningen med läkaren och så vidare.” (Deltagare 10)

Några av deltagarna berättade också om att de skulle vilja ha återkommande hälsokontroller där de blir kallade av sjukvården.

”Vissa vårdcentraler skickar kallelser för att kolla upp hur man mår och jag tror att det är jättebra, om du får en kallelse för en hälsokontroll typ en gång per år så har du bättre koll på din hälsa och då händer inget plötsligt utan man har koll på hur man mår. Då känns det säkrare.” (Deltagare 6)

”Om man har så mycket problem som jag har så borde jag bli skickad på kontroll varje år men jag blir bortglömd.” (Deltagare 2)

3.5 Kommunikation

Frågorna om kommunikation handlade om hur deltagarna gör sig förstådda i sina kontakter med vården, hur deltagarna tycker att kommunikationen fungerar och vad sjukvården kan göra för att göra för att underlätta.

- Deltagarna kommunicerar på svenska, engelska och arabiska med vården.
- Några använder tolk, andra använder familj och vänner för tolkhjälp.
- Det varierar hur deltagarna tycker att kommunikationen fungerar.
- Flera av deltagarna tycker att det finns andra och mer angelägna problem i primärvården än just kommunikationen.
- Kommunikation handlar om mer än språklig förståelse eftersom sociala koder och hälsolitteracitet också spelar stor roll.
- Det finns utmaningar och brister vid tolkning inom vården.

3.5.1 Så kommunicerar deltagarna

Några av deltagarna kommunicerar på svenska med vården. De som intervjuades på svenska upplever inga stora svårigheter kopplade till språket. Däremot upplevde de svårigheter innan de lärde sig svenska och några av deltagarna behöver agera tolk åt närstående som annars hamnar utanför vården. Några deltagare kommunicerar på engelska och två personer berättade att det finns arabisktalande läkare på vårdcentralen som de kommunicerar med på arabiska.

”Ibland det blir svårt att kommunicera men mest träffar jag läkare som kan arabiska som finns på vår vårdcentral.” (Deltagare 14)

Flera av deltagarna behöver tolkhjälp för att boka tid och hantera vårdbesöket. Några tar hjälp av familjemedlemmar för detta.

”Det går bra, läkaren är arabisktalande och det har gått väldigt bra, till den svenska läkaren har jag en arabisktalande tolk och hela kommunikationen fungerar bra och utan problem med alla. Jag upplever inga problem med den språkliga delen.” (Deltagare 10)

3.5.2 Så fungerar kommunikationen

Deltagarna har olika erfarenheter av att kommunicera med primärvården. Vissa upplever svårigheter i kommunikationen och brister i tolkningen medan andra tycker att kommunikationen som sådan inte är stort ett problem.

”När det gäller språket har det varit acceptabelt. Jag kan engelska och även lite svenska. Ifall jag behöver arabisk tolk går det också att ordna. På så sätt har språket inte varit ett stort problem.” (Deltagare 11)

”Det har gått helt vanligt med kommunikationen, ibland har det varit svårt med språket och då har jag tagit hjälp från bland annat familjemedlemmar. Sedan

gällande den vanliga kommunikationen som jag har med läkarna har jag också tyckt att det brukar gå bra.” (Deltagare 8)

”Kontakten och kommunikationen från ett språkligt perspektiv har inte varit särskilt svår, då jag utgår ifrån en tolk. Men den medicinska kontakten och kommunikationen är det som har gått dåligt, just på grund av det jag talade om innan, hjärtproblemet och att jag inte fick tid för att träffa läkaren, och den akuta hjärtoperationen.” (Deltagare 10)

En deltagare svarade att hen kan engelska, liksom nästan alla läkare i Sverige, och att hen därför känner sig trygg i kommunikationen.

En av de deltagare som inte tycker att kommunikationen fungerar bra pekade på andra delar i kommunikationen än själva språket: att förstå de sociala koderna, känna till sina rättigheter och våga ställa krav på vården. Hen menade att inrikes födda personer lär sig detta tidigt, men för personer som är nya i Sverige utgör det ett problem i kommunikationen.

3.5.3 Så kan vården göra det enklare att kommunicera

Deltagarna fick ange vad vården kan göra för att underlätta kommunikationen. En person svarade att det behövs mer personal, allt från läkare till sjukgymnaster och sjuksköterskor. Personen menade att mer personal innebär mer tid till att kommunicera, och just att få tid i mötet underlättar kommunikationen. En av deltagarna tyckte att vårdpersonalen skulle bli bättre på att uttrycka sig på lätt svenska och kommunicera mer med kroppsspråk för att underlätta för patienterna.

En person hade en idé om en ledningscentral med ett specifikt nummer för olika språk där personer kan få hjälp med tidsbokning. Flera av deltagarna menade att tolkservicen som ges inom vården måste bli bättre.

3.5.4 Erfarenheter av att använda tolk i sjukvården

Flera tog upp tolkservicen och svårigheter vid tolkning inom vården. En person påpekade att tolkservice finns när patienten besöker vårdcentralen, men den som inte kan svenska blir beroende av hjälp från andra för att komma i kontakt med vården, då tidsbokningen i regel görs på svenska. Ett problem som flera deltagare tog upp var risken för feltolkning och flera deltagare hade erfarenheter av att tolken tolkat fel.

”Jag kan kommunicera på arabiska eller engelska vilket är bra. Det finns några tolkar som tolkar fel, det översätter inte alls som jag säger, t.ex. när jag säger pekfinger så översätter de det bara till finger. Läkaren sa att vi kan fortsätta utan tolk för att läkaren märkte att det blev fel. Så nu använder jag mig inte av tolk. Det finns olika dialekter på arabiska och det kan vara väldigt olika.” (Deltagare 5)

Att det finns många arabiska dialekter försvårar också tolkningen enligt flera av deltagarna.

”I vissa fall har tolkarna inte talat samma dialekt, vilket kan vara ett problem, men de har blivit mer medvetna om det. När min mamma har haft en tolk som inte hade samma dialekt så blev det fel, de översatte fel så det var tur att jag var med

för hon kunde inte få hjälp att beskriva sin smärta. Det har hänt både min mamma och min pappa.” (Deltagare 4)

En av deltagarna, som är positiv till möjligheten att få tolkhjälp, menade samtidigt att det är svårare att ha en flytande och nyanserad dialog med läkaren via tolk. Ett exempel är komplexiteten i hur man pratar om smärta inom olika kulturer.

”Det är inte alltid personalen förstår mina föräldrar även om de har tolk, för hur man pratar om smärta på arabiska kan inte alltid översättas direkt, det kan behövas en kulturell tolkning också, och så finns det många olika arabiska dialekter. Därför vill ofta min mamma att jag följer med hellre än att ha en tolk.” (Deltagare 1)

Deltagaren menade att det också behövs en kulturell tolkning.

”Det vore bra att få mer information om hur man ska prata med läkare i Sverige, hur vården fungerar. Inte hur man kontaktar vården men mer hur man kommunicerar sina behov. Vården skulle också kunna bli bättre på att tolka kulturskillnader i hur man pratar om vårdbehov och smärta.” (Deltagare 1)

En annan svårighet med tolkservicen som erbjuds är att sjukvården ibland bokar tolk på fel språk, i de fall där det talas flera språk i ett land.

”På grund av mitt land som har två officiella språk är det så att det är svårt för vårdpersonalen att boka rätt språk, det händer ofta att de bokar pashto i stället för dari. Det är i denna aspekt jag lider mest av, annars finns det inga svårigheter gällande kommunikationen.” (Deltagare 9)

En person beskrev sin oro att inte göra sig förstådd, trots tolk, på grund av bristande engagemang hos tolken.

”Jag är orolig att vårdpersonalen inte kommer att förstå mig eftersom vissa översättare inte låter självsäkra eller bryr sig.” (Deltagare 12)

En av deltagarna berättade också om oron för att tolken ska sprida känslig information från vårdbesöket vidare, eftersom hen varit med om detta en gång tidigare. Tolken hade då spridit information om personen till andra i samma bostadsområde.

3.6 Alternativ till den svenska sjukvården

I detta avsnitt beskrivs deltagarnas erfarenheter av att söka vård på andra sätt än via den svenska sjukvården. Här lyfts även deltagarnas jämförelser av sjukvården i Sverige kontra deras födelseländer.

- Få deltagare sjukvård via andra kanaler eller organisationer än den svenska sjukvården.
- De som söker hjälp för hälsoproblem utanför den svenska sjukvården har kontakt med läkare i andra länder.

- Flera upplever att det är svårt att förstå hur den svenska sjukvården fungerar och ser stora skillnader mellan svensk sjukvård och vården i födelselandet.

3.6.1 Att söka vård utanför den svenska sjukvården

En fråga gällde om deltagarna har erfarenhet av att söka vård från andra organisationer eller i sammanhang utanför familjen eller sjukvården. De flesta svarade att de endast har sökt vård via sjukvården. Ett par personer nämnde digitala vårdgivare och onlinetjänster, trots att de ingår i primärvården, men svaren kan tyda på att de kanske inte uppfattas så. En person använde en onlinechatt för unga och vuxna (deltagare 15), men ville inte specificera vad för typ av chatt det gällde.

De som har sökt vård utanför den svenska sjukvården har framför allt sökt vård på distans hos vårdgivare i sina hemländer. Det har bland annat berott på att de redan har en relation till en läkare som de litar på, eller efterfrågar mediciner som de inte får tillgång till i Sverige.

”Vi kontaktar läkaren i hemlandet. För att ha egen läkare här måste man vara väldigt rik men i mitt hemland har många fler familjer en egen läkare. Vi har fler olika som har olika expertis och de behandlar oss i flera år. De har hjälpt mig med hur jag ska söka vård i Sverige. En gång skulle jag göra en operation men då sa de att jag skulle betala 15 000 kr på en gång, annars skulle de inte operera, det var på en privatklinik i Sverige men sen fick jag hjälp via vårdcentralen. Det var jätteobehagligt men då fick jag hjälp av en läkare i hemlandet som sa att jag skulle ringa till vårdcentralen och hjälpte mig med hur jag skulle prata med dem.” (Deltagare 4)

Två personer beskrev att de använde tjänsten Whatsapp för att kontakta en specifik läkare eller ställa frågor i en chattgrupp.

”Ibland kontaktar jag en läkare på Whatsapp i mitt hemland. Jag fick kontakten via någon i min familj. Då har jag fått rådgivning och de har, via någon i min familj, skickat mediciner till mig då. När saker är receptfria i mitt hemland men inte här, då har vi gjort så. Man kan köpa nästan allt receptfritt där.” (Deltagare 5)

”Traditionella mediciner som man kan göra hemma, det är alltid olivolja med någonting. Min mamma köper mediciner från vårt hemland när hon åker dit för där kan man få mediciner utan recept, typ inflammationsmediciner eller allergimedieiner för de är starkare där. Vi kan kontakta läkare i vårt hemland från Sverige och då kan vi få hjälp med tips om hur vi kan göra i Sverige. Vi gör det när vi inte får hjälp från vårdcentralen. Det kan vara vitaminer, från Life, naturläkemedel. Min familj och släktingar tror på det och gillar inte att ta mediciner så de tar naturläkemedel. Det finns också en Whatsapp-grupp med läkare som ger rådgivning på arabiska. Den heter läkare i Sverige men på arabiska och då

kan man skriva till dem och få rådgivning. Man kan skicka bilder, som hos digitala vårdgivare och så ger de råd gratis.” (Deltagare 1)

3.6.2 Jämförelser med sjukvård i andra länder

Flera deltagare jämförde sina erfarenheter av den svenska sjukvården med den i andra länder. En skillnad som nämndes är att läkare har en mer upphöjd roll och större auktoritet i andra länder, och några deltagare menade att det inger ett större förtroende. Flera nämnde även att de är vana vid att det är lättare att få träffa specialistläkare i andra länder, vilket de menar förenklar vårdsökandet och gör att det går snabbare att få rätt vård. Några deltagare menade att de är vana vid och föredrar privat vård, även om det är dyrare.

”Där jag kommer ifrån får man hjälp. Om man har ont i magen tar de tio tester, för de vill ha dina pengar. Men det är okej, hälsan är allt vi har. Jag betalar gärna för tjugo tester även om det kostar mycket pengar.” (Deltagare 3)

En person beskrev hur hen har fått hjälp att förstå det svenska sjukvårdssystemet:

”Min man hade bott i Sverige i 5 år när vi kom och han kunde svenska men inte så bra, så han var ingen hjälp. Men socialtjänsten och en kvinna som bodde på vår våning hjälpte mig mycket för att förstå allt i livet och vad jag behövde göra, till vem jag skulle ringa och mycket annat. Det var kvinnan som ringde barnmorskan och registrerade mig som gravid så att jag fick kontakt med barnmorskemottagningen. Och min sociala handledare bokade tider för alla mina barn på vårdcentralen och folktandvården.” (Deltagare 12)

En deltagare efterfrågade en större medvetenhet inom den svenska sjukvården om dessa skillnader.

”För oss nyanlända behöver de vara medvetna om att vi kommer från ett annat system och därför är vi inte vana vid hur det fungerar, till exempel när det gäller att få träffa en läkare direkt. De borde ha lite koll på hur det funkar i andra länder, att de läser på lite om vad som funkar bra och dåligt så att de förstår oss bättre.” (Deltagare 4)

”Ökad kunskap om de sjukdomar som finns i Mellanöstern och att om de gör att misstag så förklarar de mer, att de förklarar bättre hur det funkar i Sverige. Hur det funkar och varför det funkar så. Exempelvis är jag van vid att få antibiotika direkt när jag blev sjuk men när jag blev sjuk här fick jag bara Alvedon och då hade det varit bra om de förklarade för mig varför de gör så i Sverige. Då fick jag läsa på själv men de borde ha förklarat och vetat om att det är en stor skillnad.” (Deltagare 4)

Bilaga

Intervjuguide

1. Hur har din kontakt med hälso- och sjukvården sett ut de senaste åren?
 - a. Hur har du kontaktat vården? Var har du vänt dig? (t.ex. Vårdcentralen, 1177, annat)?
 - b. Vad har du velat få hjälp med då?
 - c. Hur upplevde du kontakten med vården?
 - d. Baserat på dina upplevelser, vad skulle kunna förbättras inom sjukvården?

2. När du har varit i kontakt med sjukvården, hur har du gjort för att personalen ska förstå dig och för att kunna kommunicera med dem?
 - a. Hur har kommunikationen med personalen fungerat?
 - b. Är det något som fungerat bra och/eller mindre bra?
 - c. Hur skulle sjukvården kunna göra det ännu enklare för dig att kommunicera med dem?

3. När du söker vård, hur vore det enklast att komma i kontakt med sjukvården? (Hur kan det bli bättre?)
 - a. Om du fick önska, vilket sätt är det bästa för dig att komma i kontakt med sjukvården? (Både gällande besök och rådgivning)
 - b. Hur har du upplevt väntetiderna för att få en tid? Finns det andra saker som är viktiga än att det går snabbt?
 - c. Hur skulle det kunna bli lättare för dig att söka vård?
 - d. Finns det någon vårdcentral nära där du bor? Är det lätt att ta sig dit?
 - e. Har du testat att söka vård via någon digital kanal? Hur var det?
 - f. Finns det något som sjukvården kan göra för att du lättare ska kunna söka vård?

4. När du besöker sjukvården, vad tycker du är viktigt att få vara med och bestämma över eller tycka till om?
 - a. Vad tycker du är viktigast att sjukvårdens personalen förstår när det kommer till dina tankar/känslor/synpunkter?
 - b. Vad får dig att känna dig trygg när du besöker sjukvården?
 - c. Är det något som är särskilt känsligt för dig när du har kontakt med sjukvården?
 - d. Vad är viktigt för dig att få information om när du besöker vården? Har du saknat information om något vid dina vårdbesök?

- e. Vill du få information och råd om hur du själv kan göra för att ta hand om din hälsa? Vilken typ av råd skulle du vilja ha?
 - f. På vilket sätt vill du att dina närstående/familjemedlemmar ska få vara med när du har kontakt med sjukvården? Vad ska vårdpersonalen tänka på?
5. När du behöver söka hjälp i sjukvården, är det viktigt för dig att få träffa samma personal? Varför?
- a. Finns det någon viss typ av personal i sjukvården som är särskilt viktig för dig?
 - b. Är det någon typ av personal som du tycker det är extra viktigt att du får träffa samma person?
 - c. Vad vill du att sjukvårdspersonalen ska känna till om dig när du kommer till sjukvården?
6. När du behöver hjälp från sjukvården, känner du förtroende för att de kommer kunna hjälpa dig på ett sätt som blir bra för dig?
- a. Är det något som sjukvården kan göra för att du ska känna att du litar på dem?
7. Om du (eller någon i din familj) har behov av vård, finns det någon annan organisation eller något sammanhang där du söker hjälp och råd (förutom sjukvården)?
- a. Vilken typ av organisation är det?
 - b. Vad för hjälp kan du få av dem?
 - c. Vad kan de hjälpa dig med som inte sjukvården kan?

Utrikes födda patienters erfarenheter av vården: en intervjustudie

En underlagsrapport i utvärderingen av omställningen till en god och nära vård

Det pågår en omställning i hälso- och sjukvården till en god och nära vård. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har regeringens uppdrag att utvärdera omställningen, och vi gör flera delstudier för att belysa den ur olika perspektiv. Som en del i vårt arbete vände vi oss till kommunikationsbyrån KAPI, som arbetar med kommunikation med fokus på språklig och kulturell mångfald, för att göra en intervjustudie med utrikes födda patienter som bor i områden med socioekonomiska utmaningar. KAPI har på vårt uppdrag genomfört intervjuer på flera olika språk och sammanställt resultaten i en underlagsrapport. Denna promemoria är en återgivning av KAPI:s redovisning av sitt arbete och är ett underlag till Vård- och omsorgsanalys delrapport om omställningen (rapport 2023:2).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppgift är att ut ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vi har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i våra analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

