

Kultur, kontext och psykiatrisk diagnostik

**MANUAL FÖR INTERVJU ENLIGT
KULTURFORMULERINGEN I DSM-IV**

**Sofie Bäärnhelm
Marco Scarpinati Rosso
Laszlo Pattyi**

Spånga psykiatriska mottagning
Norra Stockholms psykiatri

 **Transkulturellt Centrum**
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING



EUROPEISKA UNIONEN
Europeiska integrationsfonden

Tryckning medfinansieras genom EUs integrationsfond.

NYTRYCK

Denna manual är tänkt som stöd för att beakta kultur och kontext vid psykiatrisk diagnostik. Manualen utgår från kulturformuleringen i DSM-IV men kan även användas som ett komplement till ICD 10. Manualen har utvecklats i ett forskningsprojekt i samarbete mellan Transkulturellt Centrum och Spånga psykiatriska mottagning. Citat och exempel kommer från patienter som deltog i projektet. Manualen trycktes första gången 2007. Detta nytryck sker inom ramen för utvecklingsprojekt "Förbättrad behandling av psykisk ohälsa hos tredjelandsmedborgare i Stockholm" som medfinansieras av EUs integrationsfond. Några mindre korrigeringar har gjorts, främst komplettering av referenser.

Stockholm 2009

Innehåll

Introduktion	8
Kulturformuleringen i DSM-IV	10
Kulturformuleringen på svenska	10
Utkast till en kulturformulering och en ordlista över kulturbundna syndrom	11
Utkast till en kulturformulering	12
Individens kulturella identitet	12
Kulturella förklaringar till individens sjukdom	13
Kulturella faktorer relaterade till psykosocial miljö och funktionsnivå	13
Kulturella faktorer i relationen mellan individen och klinikern	13
En övergripande kulturell bedömning avseende diagnostik och vård	14
När kan kulturformuleringen användas?	14
Kultur, kontext och psykopatologi	15
Kulturella perspektiv i DSM-IV	17
Hur denna manual tagits fram	19
Den etnografiskt inspirerade intervjun	20
Vad avsnitten i kulturformuleringen avser att utforska	24
Kulturell identitet	24
Förslag till frågor för att utforska patientens kulturella identitet	28
Kulturella förklaringar till individens sjukdom – uttryck och meningsskapande	30
Förslag till frågor för att utforska uttryck och meningsskapande	33
Kulturella faktorer i relation till psykosocial omgivning och funktionsnivå	36
Förslag till frågor för att utforska kulturella faktorer relaterade till psykosocial miljö och funktionsnivå	40

Migration och ackulturation	42
Förslag till frågor för att utforska patientens migrationshistoria och ackulturationsituation	44
Kulturella faktorer i relationen mellan individ och kliniker	46
Förslag till frågor för att utforska betydelsen av kultu- rella faktorer i relationen mellan patient och kliniker	49
Sist utvärderar klinikern hur han/hon själv tycker att intervjun varit. Förslag till frågor att reflektera över.	50
Övergripande bedömning för diagnostik och vård	53
Synpunkter och praktiska råd till intervjuaren	55
Arbetsallians	55
Intervju med tolk	56
För vem?	56
När och av vem?	56
Intervjuteknik	57
Praktiska synpunkter	58
Planering av intervjun	58
Inledningsfas	58
Intervjufas	58
Avslutningsfas	59
Referenser	60
Bilaga 1.	66
Förslag till frågor för klinisk intervju enligt kulturformuleringen	67
Enga anteckningar	78

Introduktion

Med denna manual vill vi stödja kliniker att vid psykiatrisk diagnostik utforska den enskilde patientens perspektiv på sjukdom och hans/hennes sociala och kulturella sammanhang. Manualen har utvecklats utifrån förslaget till en kulturformulering i det diagnostiska systemet DSM-IV (APA, 2000). Den riktar sig till läkare, psykologer och annan vårdpersonal som bedömer och diagnostiserar psykisk sjukdom och ohälsa i mångkulturella vårdmiljöer och kan också användas i undervisningssammanhang.

Manualen har utvecklats genom ett samarbete mellan Transkulturellt Centrum, Stockholms läns landsting och Spånga psykiatriska mottagning, Norra Stockholms psykiatri. Transkulturellt Centrum är ett kunskapscentrum för transkulturell psykiatri och asyl- och flyktingsjukvård. Spånga psykiatriska mottagning ger psykiatrisk vård till befolkningen i de mångkulturella förorterna Rinkeby, Tensta och Hjulsta i västra Stockholm. Finansieringen har skett genom Nationell psykiatrisamordning 69/2005 samt ALF medicin Dnr 0508-1391 och Dnr LS 0601-0082. Projektet har godkänts av den regionala etiska kommittén i oktober 2004, Dnr 04-760/4.

I arbetsgruppen vid Spånga psykiatriska mottagning har följande personer ingått: psykologerna Ewa Harris, Marie Ljunggren och Ann-Marie Svedstedt samt sekreterarna Weron Seitaneva och Camilla Löwengrip. Utvecklingsarbetet har varit möjligt tack vara ett aktivt stöd från verksamhetschefen, professor Anna Åberg Wistedt, Norra Stockholms psykiatri och enhetschefen Kersti Gabrielsson, Spånga psykiatriska mottagning.

Vi vill varmt tacka alla de patienter vid Spånga psykiatriska mottagning som medverkat i projektet. Likaså vill vi tacka professor Laurence Kirmayer, McGill University i

Montreal, Kanada för ett stort stöd i utvecklingen av manualen och professor Juan Mezzich, New York University, USA för stöd och synpunkter. Vidare riktar vi ett stort tack till docent Bo Runeson, Karolinska Institutet för metodologiska synpunkter på utvärdering och dr Jörgen Herlofson för att ha medverkat vid översättningen av förslaget till en kulturformulering från engelska till svenska. Slutligen vill vi uttrycka vår tacksamhet gentemot professor Nora Ahlberg, Nakmi (National kompetenscentra för minoritetshälsa), Oslo, med dr Per Borgå, FoUU-enheten Danderyds sjukhus, med dr Leena Maria Johansson, Centrum för allmänmedicin och sjukhuspräst Hans Gentzel, S:t Görans sjukhus för värdefulla synpunkter på en tidigare text.

*Sofie Bäärnhjelm,
Marco Scarpinati Rosso,
Laszlo Pattyi
Stockholm maj 2007*



KULTURFORMULERINGEN I DSM-IV

Kulturformuleringen på svenska

Förslaget till en kulturformulering i DSM-IV omfattar:

- kulturell identitet
- kulturella förklaringar till sjukdom
- kulturella faktorer relaterade till psykosocial miljö och funktionsnivå
- kulturella faktorer i relationen mellan individen och klinikern
- en övergripande kulturell bedömning avseende diagnostik och vård.

Nedan följer en direkt översättning av kulturformuleringen från engelska till svenska. Översättning: Sofie Bäärnhjelm och Jörgen Herlofson.

Ur: **American Psychiatric Association**: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*, Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000, sid. 897–898. (BILAGA I)

Utkast till en kulturformulering och en ordlista över kulturbundna syndrom¹

Denna bilaga är uppdelad i två avsnitt. Det första avsnittet innehåller ett utkast till en kulturformulering. Denna avser att hjälpa klinikern att på ett systematiskt sätt utvärdera och rapportera betydelsen av individens kulturella sammanhang. Det andra avsnittet består av en ordlista över kulturbundna syndrom.

1. Endast bilagens första del är översatt till svenska.

Utkast till en kulturformulering

Detta utkast till kulturformulering är tänkt att komplettera den multiaxiala diagnostiska bedömningen och vara ett hjälpmedel för att möta eventuella svårigheter med att tillämpa DSM-IVs kriterier i en multikulturell miljö. Kulturformuleringen innefattar en systematisk översikt av individens kulturella bakgrund, det kulturella sammanhangets betydelse för uttryck och bedömning av symtom och dysfunktion, samt vilken betydelse kulturella skillnader mellan klinikern och individen kan ha för relationen mellan dem.

Som påpekas i inledningen till denna handbok (se sid. xxxiii)¹, är det viktigt att klinikern beaktar individens etniska och kulturella sammanhang vid bedömning av varje DSM-IV axel. Den nedan föreslagna kulturformuleringen ger möjlighet att, som tillägg till den multiaxiala bedömningen, systematiskt beskriva individens kulturella och sociala referensgrupp och på vilket sätt som det kulturella sammanhanget har betydelse för den kliniska vården. Klinikern kan i en berättande form ge en sammanfattning av vart och ett av följande områden:

Individens kulturella identitet

Ange individens etniska eller kulturella referensgrupper. Notera separat både grad av deltagande i ursprungskulturen och grad av deltagande i värdkulturen för invandrare och etniska minoriteter (när så är aktuellt). Dokumentera även språkkunskaper, språkanvändning, samt vilket språk som föredras (ange även flerspråkighet).

1. Sidhänvisningen refererar till sid. xxxiii i introduktionskapitlet till American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision, Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000, sid. 897–898

Kulturella förklaringar till individens sjukdom

Följande kan beaktas: framträdande uttryckssätt med vilka symtom eller behov av socialt stöd kommuniceras (t.ex. ”nerver”, onda andar, somatiska besvär, oförklarlig otur), individens upplevelse av symtomens svårighet och betydelse i relation till normer i individens kulturella referensgrupp, vilka lokalt förekommande sjukdomskategorier som används i individens familj eller sociala omgivning för att identifiera det aktuella tillståndet (se ”ordlistan över kulturbundna syndrom” nedan), vilka upplevda orsaker eller förklaringsmodeller som individen och referensgruppen använder för att förklara sjukdomen och vilka aktuella vårdresurser som individen föredrar att använda samt dennes/dennas tidigare erfarenheter av medicinsk och folklig vård.

Kulturella faktorer relaterade till psykosocial miljö och funktionsnivå

Notera kulturellt relevanta tolkningar av sociala stressfaktorer, tillgängligt socialt stöd, samt funktionsnivå och funktionsnedsättning. Detta inkluderar stress i den lokala sociala miljön samt religionens och anhörigas betydelse som källa till behjälplig information och emotionellt och praktiskt stöd.

Kulturella faktorer i relationen mellan individen och klinikern

Ange skillnader i kultur och social status mellan individen och klinikern och de problem som dessa skillnader kan orsaka för diagnostik och behandling (t.ex. svårigheter att kommunicera på individens modersmål, utforska symtom eller förstå symtomens kulturella betydelse, skapa en adekvat relation eller intimitetsnivå och bedöma om ett beteende är normalt eller patologiskt).

En övergripande kulturell bedömning avseende diagnostik och vård

Kulturformuleringen avslutas med en övergripande diskussion om hur beaktande av kulturella faktorer påverkar en allsidig diagnostik och vård (APA, 2000, sid 897-898).

*”Kulturformuleringen ska stödja
utforskandet av patientens perspektiv
på sin sjukdom och besvär och på sitt
sociala och kulturella sammanhang.”*

När kan kulturformuleringen användas?

Kulturformuleringen är ett hjälpmedel i psykiatrisk diagnostik när sociokulturella faktorer bedöms ha betydelse för klinikerns möjlighet att

- göra en korrekt nosologisk kategorisering
- förstå patientens sjukdomsuppfattning och socio-kulturella sammanhang
- skapa en förtroendefull behandlingsallians och
- forma en gemensam behandlingsplan.

Med denna manual vill vi ge stöd och vägledning för att intervjua patienter om kultur, etnicitet, identitet, socialt sammanhang, migration samt om upplevelser och uppfattningar kring sjukdom. Manualen är tänkt att användas på ett flexibelt sätt med hänsyn till patientens förmåga och förutsättningar samt intervjuarens kunskap.

Kultur, kontext och psykopatologi

”Kulturen är lika ständigt närvarande och transparent som vatten, förutom i mötet mellan olika kulturer, då världsbilden bryts och därmed återspeglas.”

Kirmayer och Minas (2000, s. 438).

Sjukdom upplevs i ett kulturellt, socialt och historiskt sammanhang. Universella psykopatologiska fenomen upplevs och tolkas utifrån kulturellt färgade referensramar och teoretiska antaganden. Känslor och upplevelser kan ges skilda betydelser och kläs i olika ord och uttryck. Kultur är ett begrepp med många definitioner. När antropologen Hannerz (1983) analyserar kulturbegreppet lägger han fokus på ett idéplan och definierar begreppet som ”ett gemensamt medvetande, som människor gör tillgängligt genom att på olika sätt kommunicera med varandra” (s.15). Hannerz pekar på att det som gör att vi människor kan bygga ett gemensamt medvetande är vår förmåga att skapa och använda symboler. Hannerz (1992) relaterar kultur till mening, den mening som människor skapar och påverkas av, och till något som är kollektivt delat.

Etnologen Spradley (1979) liknar kultur vid en interaktiv kognitiv karta mot vilken vi tolkar händelser i vår omvärld. Hylland Eriksen (2004) pekar på svårigheten att dra gränser mellan kulturer då vår värld myllrar av blandade kulturella former och transnationella flöden. Kleinman (1996) betonar att kultur skapas i interaktioner i det vardagliga livet och är delad av flera, som familjer, arbetsplatser, nätverk eller större samhällen. Kleinman (1988) menar att vårt sätt att uttrycka ohälsa både är specifikt utifrån en kulturell referensvärld och delat utifrån gemensamma mänskliga villkor. Kulturen är som ett raster genom vilket sjukdom, besvär, funktionsnedsättning och behandling upplevs och

förstås. Det kulturella rastret påverkar i sin tur hur psykopatologi formas, uttrycks och kommuniceras. Kultur blir ett dynamiskt begrepp som relaterar till meningsskapandet i det vardagliga livet.

Människor upplever sjukdom och hälsa i ett sammanhang, i en kontext. Hylland Eriksen (2004) relaterar begreppet kontext till att alla fenomen måste förstås utifrån deras dynamiska relation till andra fenomen. Kunskaper om patientens situation och sammanhang ger en bild av den livsvärld i vilken sjukdom och besvär upplevs.

Med denna manual vill vi uppmuntra klinikern att utforska patientens sociokulturella sammanhang utifrån ett dynamiskt kulturperspektiv och motverka kulturell och etnisk stereotypering och exotifiering.

Vi vill också stödja den diagnostiserande klinikern i att konstant reflektera över egna traditioner, teorier, värderingar och arbetsätt. Självreflektion är en källa till förståelse av "den andre".

Kulturella perspektiv i DSM-IV

Det diagnostiska systemet DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition) har ambitionen att vara användbart i olika kulturella sammanhang. I inledningen till DSM-IV:s lärobok (APA, 2000) påpekas att symtom och förlopp av flera psykiatriska sjukdomstillstånd påverkas av kulturella och etniska faktorer.

I läroboken finns tre olika typer av information om kulturella aspekter vid diagnostik:

- kulturella variationer i klinisk presentation (se kapitlen om sjukdomstillstånd, ”disorders”)
- en beskrivning av kulturellrelaterade psykiatriska tillstånd (cultural-bound syndroms) samt
- ett förslag till en kulturformulering.

Kommentarerna om kulturella variationer i presentation av psykopatologi finns ofta kopplade till ålders- och könsrelaterade faktorer. Några exempel från texten i DSM-IV följer.

I introduktionstexten till kapitlet schizofreni och övriga psykotiska sjukdomar påpekas att kliniker bör ta hänsyn till patientens kulturella sammanhang. I vissa kulturer kan exempelvis syn- och hörselhallucinationer vara normala religiösa upplevelser.

Vidare sägs i texten att det krävs en sensibilitet för skillnader i uttryck av emotioner, ögonkontakt och kroppsspråk när man bedömer affekter (sid. 306–308). Här hänvisas till fakta från USA och Storbritannien som visar att kliniker kan ha en tendens att överdiagnostisera schizofreni, på bekostnad av bipolär sjukdom, i vissa minoritetsgrupper (sid. 385).

”I vissa kulturella sammanhang förmedlas depression främst i kroppsliga termer och inte som skuld och skam.”

I texten om egentlig depression beskrivs att kommunikation av depression påverkas av kulturella faktorer. I vissa kulturella sammanhang förmedlas depression främst i kroppsliga termer och inte som skuld och skam – t.ex. som ”nerver”, huvudvärk, svaghet, trötthet, ”obalans” eller hjärtproblem (sid. 353-354).

I kapitlet om personlighetsstörningar betonas vikten av inte blanda ihop dessa med integrationsproblem (sid. 687-688). Patologi får inte sammanblandas med annorlunda vanor, traditioner, religion eller politiska värderingar. Betydelsen av att beakta individens etniska, kulturella och sociala bakgrund betonas. Värdet av att klinikern skaffar sig information från personer som känner till patientens kulturella sammanhang lyfts fram.

Det finns kritik mot DSM-IV systemet. En kritisk synpunkt är att det inte är meningsfullt att använda ett västerländskt diagnostiskt system utanför västerlandet eller för flyktingar och minoritetsgrupper. Kleinman (1977) har myntat begreppet ”category fallacy” som refererar till problemet med att använda psykiatriska diagnoser för symtom utanför den kulturella sfär där diagnoserna skapats. Att systematiskt använda kulturformuleringen i mångkulturella vårdmiljöer kan bidra till en klarare bild av DSM-systemets begränsningar vid transkulturell diagnostik. I utvecklingen av det diagnostiska systemet ICD10 till ICD11 pågår en diskussion om att komplettera diagnostiska kategorier med en multiaxial modell som inkluderar en individuell personinriktad bedömning (IGDA Workgroup, 2003; Mezzich och Salloum, 2007).

Hur denna manual tagits fram

Det har tagit två och ett halvt år att ta fram manualen. Vi började med att formulera frågor för att intervjua patienter om deras sociokulturella sammanhang och sjukdomsuppfattningar utifrån förslaget till en kulturformulering i DSM-IV. Tillsammans med medarbetare i projektgruppen vid Spånga psykiatriska mottagning tillämpade vi frågorna på nya patienter, som kom till mottagningen. Patienterna informerades om att deras deltagande i projektet var frivilligt, gick att avbryta och inte skulle påverka deras behandling.

Utifrån de erfarenheter vi gjort under intervjuerna har frågorna kontinuerligt granskats, reviderats och tillämpats på nytt, först inom ramen för en förstudie och sedan som ett utvecklings- och forskningsprojekt. Trettio patienter har intervjuats, varav tjugotre inom det aktuella projektet. Patienterna har haft sitt ursprung i följande länder: Irak, Turkiet, Bosnien-Herzegovina, Iran, Peru, Syrien, Libanon, Bangladesh och Etiopien. Flera etniska grupper är representerade. Manualen innehåller några citat från patientintervjuerna.

Processen att formulera frågor som är begripliga och meningsfulla för både patient och kliniker har karaktäriserats av att frågorna gjorts allt mindre abstrakta. De har successivt fokuserats på patienternas aktuella livssituation, vardag och tankar kring pågående sjukdomsepisod. Det har fungerat bra att kombinera öppna frågor med frågor av mer riktad karaktär. Utifrån patienternas berättelser har vi formulerat följdfrågor för att utforska de olika områdena i kulturformuleringen och patientens aktuella besvär och problem. Frågorna har ofta behövt anpassas till den enskilde patientens språk och berättelse.



Den etnografiskt inspirerade intervjun

*”Jag vill förstå världen
från ditt perspektiv.
Jag vill veta det du vet
på det sätt du vet.”*

Spradley (1997:34)

Kulturformuleringen har beskrivits som en form av "mini-etnografisk" bedömning (Lewis-Fernández, 1996). Etnografi är en antropologisk arbetsmetod som syftar till att beskriva livet i en lokal värld på en speciell plats (Kleinman, 2006). Etnografin betonar betydelsen av att sätta sig in i hur andra lever i sin lokala värld och ambivalensen som människor kan känna när de lever mellan världar (Kleinman, 2006). Etnografin betonar betydelsen av att försöka förstå den andres perspektiv (point of view) (Geertz, 1983). Etnologen Spradley (1997) betonar skillnaden mellan att betrakta människor som aktörer eller bara som informanter. Traditionellt har antropologer ofta åkt till främmande länder, lärt sig nya språk och på ett systematiskt sätt beskrivit lokala sociala mönster.

Det finns olika former av etnografiska arbetsmetoder. Alla har det gemensamma intresset för lokala sociala och kulturella sammanhang och att se "den andre" ur sitt eget perspektiv. Etnografiska intervjuer karaktäriseras av intresset av att utforska hur människor själva tolkar sina erfarenheter (Sherman Heyl, 2001). Information om detaljer i patientens vardagsliv och tänkande kring sjukdom är viktiga.

Likt en antropolog kan en kliniker intressera sig för hur patienten förstår, känner, upplever och förhåller sig till sin sjukdom (Kleinman, 2006). En klinisk intervju enligt kulturformuleringen kan beskrivas som en "etnografiskt inspirerad intervju". Patienter kan sällan svara på abstrakta frågor om identitet och kultur, ofta är inte heller en fråga om etnicitet meningsfull. Kunskaper om kultur och identitet får klinikerna genom att ställa frågor om patientens livsvärld, tankar och om hur sjukdom, symtom och besvär upplevs och betraktas. Öppna frågor uppmuntrar patienten att lämna information i en berättande form. Följdfrågor och

riktade frågor ger möjlighet att djupare utforska områden och situationer av betydelse.

Klinikern tolkar patientens sjukdomsberättelse utifrån sin professionella och personliga referensram av förståelse. För att få hjälp med tolkningen av berättelsen kan klinikern vända sig till andra kunskapskällor, exempelvis till patientens anhöriga och vänner, s.k. linkworkers (kulturtolkar), men också till skrivna källor – fack- eller skönlitteratur. Att använda kulturtolkar måste alltid ske med respekt för sekretess och anonymitet. Kontakten kan tas av klinikern eller av någon i teamet på en lokal mottagning eller enhet inom ramen för ett gemensamt utvecklingsarbete. Dessa källor kan ge värdefull information/kunskap om patientens lokala sammanhang.

Samtidigt som den etnografiskt inspirerade intervjun är en källa till kunskap om patientens situation är klinikern varken antropolog eller etnolog. Klinikern är inte bara öppet nyfiken utan också inriktad på att bedöma eventuell sjukdom och sedan behandla. Det dubbla förhållningssättet att vilja förstå såväl patienten som hans/hennes sjukdom är beskrivet i den patientcentrerade allmänmedicinen (Levenstein m.fl, 1986). Här betonas hur viktigt det är att kliniker tar del av patientens värld och ser sjukdomen med hans/hennes ögon. Viljan att förstå patienten ur dennes perspektiv tillför information och kunskap som gör det lättare att nå fram till en delad förståelse och behandlingsplan.

De olika avsnitten i kulturformuleringen utforskar specifika områden. Dessa beskrivs utförligare nedan. Till dessa avsnitt har vi lagt till ett om migration och "ackulturation" som inkluderar frågor om hot och våld. Begreppet ackulturation handlar om den kulturella förändring som uppstår i kontakten mellan två kulturella grupper (Berry och Kim, 1988).

Bakgrunden till det kompletterande avsnittet är att i Sverige har många patienter med en etnisk minoritetsbakgrund migrerat och befinner sig i en ackulturations-situation. Många är flyktingar med upplevelser av hot och våld i form av krigsupplevelser, tortyr eller andra former av övergrepp.

Vad avsnitten i kulturformuleringen avser att utforska

Kulturell identitet

Intervjuare: "Vad har du för kulturell bakgrund?"

Patient: "Vad menar du? Menar du min familj?"

Vi hör till Syrisk-Ortodoxa Kyrkan".

32-årig syriansk kvinna från Syrien.

Aktuellt avsnitt i kulturformuleringen:

Individens kulturella identitet. Ange individens etniska eller kulturella referensgrupper. Notera separat både grad av deltagande i ursprungskulturen och grad av deltagande i värdkulturen för invandrare och etniska minoriteter (när så är aktuellt). Dokumentera även språkkunskaper, språkanvändning, samt vilket språk som föredras (ange även flerspråkighet).

Det första avsnittet i kulturformuleringen belyser patientens upplevelse av identitet och kulturell tillhörighet. För migranter handlar det också om deltagande både i den nya värdkulturen och i ursprungskulturen. Avsnittet om "migration och akkulturation" kompletterar detta avsnitt.

Intresset för patientens identitet är ett engagemang i patientens upplevelse av sig själv och hur omgivningen relaterar till denna självbild. Identitet handlar om hur vi identifierar oss i förhållande till personer runtomkring oss. Ibland används identitet som ett kategoriserande relaterat till utseende, yttre egenskaper, språk eller geografiskt ursprung. Detta speglar omgivningens behov av att kategorisera den "andre" eller den som är annorlunda. En persons upplevelse av identiteten är inte en fast given egenskap utan står i relation till omgivningen, den förändras med tiden och skiftar med det omgivande sammanhanget. Vad personer upplever som viktigt kan variera.

Etnisk grupp tillhörighet kan i en viss situation vara viktig för en del patienter men inte för andra. Begreppet etnicitet har många definitioner och betydelser. Tseng (2001) hänför etnicitet till en identifierbar grupp med någon form

av delad historisk bakgrund. Direkta frågor om etnicitet är inte alltid meningsfulla för patienten. Begreppet kulturell identitet belyser att relaterande till andra och grupper är vidare och mer komplext än att sätta etnicitet i fokus. För den som hör till en minoritetsgrupp är upplevelser av diskriminering, utanförskap, särbehandling och tillhörighet till en omgivande majoritetskultur betydelsefull för såväl identitet, psykisk hälsa som behandlingsstrategier. Likaså är patientens upplevelse av nya möjligheter viktig.

Migration innebär uppbrott, förflyttning, omställning och ackulturation till ett nytt samhälle. Ackulturation innebär en förändring på gruppnivå men också en potentiell förändring av individens identitet (Berry och Kim, 1988). Detta kan ske på olika sätt för olika individer, t.ex. genom att personen ger upp sin tidigare identitet till förmån för det nya värdlandets (assimilation). Det kan också leda till att det gamla integreras med det nya eller till ett marginaliserat utanförskap. Främst marginalisering innebär en potentiellt stressande situation enligt Berry och Kim (1988). Kunskaper om den enskilda patientens ackulturationsprocess och situation ger klinikern en bild av patientens livsvillkor, kulturella identitet, belastningsfaktorer och utvecklingsvägar.

I avsnittet om kulturell identitet hänvisas till patientens referensgrupp. Med referensgrupp avses den grupp av människor som är viktig för patienten. Vilken denna är kan skifta. Det kan handla om familj, vänner eller om att ingå i en kulturell, etnisk, religiös, politisk eller social gemenskap. Det kan också handla om ensamhet. Klinikern behöver ta reda på hur det ser ut för den enskilde patienten. Referensgruppen har betydelse både som stöd för patienten och som en möjlig samarbetspartner vid bedömning och behandling. Personer från referensgruppen kan, förutsatt att patienten

accepterar och med hänsyn till sekretess, bidra med viktig information om patienten och dennes livsvärld.

Språket är också en del i individens kulturella identitet och kan fungera som en markör för grupptillhörighet och förändring av tillhörighet. Ett intresse för språkkunskaper och språkinlärning kan stimulera patienten att berätta om sig själv i relation till sin omgivning och hur förhållandena förändrats över tid och i anslutning till migrationen. Information om patientens språkkunskaper och språkanvändning kan ge en bild av kommunikationsmöjligheter, begränsningar och potentialer.

Förståelsen för patientens kulturella identitet har betydelse för att begripa vem patienten är och hur självbilden ser ut, liksom relationen till omgivningen, vården och till sjukdomar och besvär. Genom denna förståelse kan kliniker och patient lättare formulera en gemensam och realistisk behandlingsplan. Frågor kring identitet kan ibland upplevas som personliga och känsliga och behöver ställas med respekt för patientens integritet. De behöver ofta ställas i ett senare skede av en intervju då kontakt har skapats och då frågorna kan relateras till det patienten berättat och till de ord hon/han använder. De frågor som vi formulerat är tänkta att anpassas till patienten och intervjusituationen.

”Etnisk grupptillhörighet kan i en viss situation vara viktig för en del patienter men inte för andra.”



Förslag till frågor för att utforska patientens kulturella identitet:

- Finns det någon grupp, eller flera grupper, som är viktiga för dig? Jag tänker exempelvis på:
nationell, etnisk, kulturell, religiös, social eller annan grupp (exemplifiera vid behov).
- Tänker du på dig själv som – exemplifiera med etnisk grupp t.ex. "kurdisk"?
(exemplifiera utifrån svar som getts).
- Tänker du på dig själv som svensk?
- Hur tror du att andra ser på dig?
(exemplifiera vid behov utifrån svar som getts)
- Vad betyder gruppen **** för dig?
(**** använd den benämning på grupptillhörighet som patienten använder, vid flera grupptillhörigheter fråga om samtliga)
- Kan du höra till flera grupper **** ?
(om aktuellt)
Vad skapar det för problem?
Vad skapar det för möjligheter?
- Har din upplevelse av att höra till en särskild grupp **** förändrats över tiden?
Vad har detta betytt för dig? (om aktuellt)
Finns det något du saknar?
Finns det något som gett dig nya möjligheter?
- Hur bemöts din familj och grupp **** av andra i din omgivning?

- Har du råkat ut för missförstånd eller orättvis behandling pga din grupptillhörighet ****?
- Finns det någon grupp, eller flera grupper, som är viktig för din familj? Jag tänker exempelvis på nationell, etnisk, kulturell, religiös, social eller annan grupp.
(exemplifiera vid behov)
- Vad betyder gruppen **** för din familj?
(**** använd den benämning på grupptillhörighet som patienten använder, vid flera grupptillhörigheter fråga om samtliga)
- Hur fungerar det att höra till flera grupper **** för din familj? (om aktuellt)
- Vad kan du för språk?
- Vad använder du helst för språk?
- Vid vilka situationer använder du de olika språken, hemma, med familjen, i arbetet, i kontakt med sjukvården?
- När lärde du dig de olika språken?
- Vilket språk drömmer du på?

Kulturella förklaringar till individens sjukdom – uttryck och meningsskapande

”Jag kan inte läsa, jag kan inte koncentrera mig, jag kan inte sova. Jag är orolig. Många gånger kommer det attacker. Då går jag direkt till balkongen för att andas. Jag kan inte arbeta. Jag är alltid trött. Jag har hela tiden en oro i tankarna, dåliga tankar. Jag tänker för mycket.”

32-årig man, kurd från Turkiet

Aktuellt avsnitt i kulturformuleringen:

Kulturella förklaringar till individens sjukdom. Följande kan beaktas: framträdande uttryckssätt med vilka symtom eller behov av socialt stöd kommuniceras (t.ex. ”nerver”, onda andar, somatiska besvär, oförklarlig otur), individens upplevelse av symptomets svårighet och betydelse i relation till normer i individens kulturella referensgrupp, vilka lokalt förekommande sjukdomskategorier som används i individens familj eller sociala omgivning för att identifiera det aktuella tillståndet (se ”ordlistan över kulturbundna syndrom” nedan), vilka upplevda orsaker eller förklaringsmodeller som individen och referensgruppen använder för att förklara sjukdomen och vilka aktuella vårdresurser som individen föredrar att använda samt dennes/dennas tidigare erfarenheter av medicinsk och folklig vård.

Avsnittet om kulturella förklaringar till sjukdom är centralt och refererar till hur viktigt det är att försöka förstå den enskilde patientens uttryckssätt och sjukdomsuppfattning. Människors sätt att uttrycka sjukdom, lidande och ohälsa påverkas av traditioner, utbildning och av omgivande socio-kulturella referensramar. Sättet att kommunicera behovet av stöd och hjälp kan skifta.

Hur man bedömer gränser för normalitet och svårighetsgrad kan skifta mellan såväl individer som grupper. Sjukdom kan ges olika förklaringar och betydelser. Förväntningar på hjälp och bot kan också variera. En patient får aldrig tillskrivas en uppfattning utifrån kultur eller etnicitet. Behandlaren behöver aktivt försöka ta reda på vad den enskilde patienten försöker kommunicera och

vilken betydelse, vilken mening, hon ger sina besvär och sin situation. Ords och metaforers betydelser kan inte alltid tas för givna utan behöver undersökas.

I texten till kulturformuleringen i DSM-IV betonas hur väsentligt det är att utforska hur patienten förklarar sina symtom. I denna manual utgår vi ifrån ett bredare perspektiv än förklaringsmodeller. Orsaker och förklaringsmodeller till besvär och sjukdom är viktiga för en del patienter, men inte för alla. Patienters sjukdomsuppfattningar kan vara fragmenterade och innehålla olika och ibland tillsynes motsägelsefulla aspekter. Processen, att skapa mening av sjukdom, kan göras på ett varierat och mångfasetterat sätt (Bäärnhielm, 2003, 2004, 2006; Bäärnhielm och Ekblad, 2008). Hur detta sker påverkar patientens upplevelse av symtom och besvär (Kleinman, 1991). Och i sin tur påverkar detta meningsskapande kommunikation, hjälpsökande, förväntningar och samarbete i vården.

Patienter kan ibland ge sina besvär mycket annorlunda betydelser och förklaringar än behandlaren. De kan exempelvis förklara besvär med ödet, straff, övernaturliga fenomen, demoner, onda ögat eller djinner. Djinner är en sorts andar i koranens universum (Esposito, 1998). Antropologen Good (1997) beskriver hur människor och djinner, i stora delar av den muslimska världen, interagerar i vardagslivet och hur djinner kan orsaka sjukdom och har betydelse för behandling.

Många patienter vill gärna berätta om sin sjukdomsuppfattning medan andra kan vara oklara över hur de ser på sina besvär. Några patienter kan tveka inför att berätta om sina uppfattningar av oro för att deras tankar skall betraktas med nedlåtenhet eller som oacceptabla alternativt som ren okun-

skap. Behandlaren behöver närma sig patientens perspektiv med intresse och respektera att patienten väljer tidpunkt för att berätta. Frågor om patientens perspektiv behöver ofta utgå från patientens aktuella besvär och situation. Abstrakta och allmänna frågor kan vara svåra att svara på.

Direkta frågor om orsak och förklaring till besvär kan ibland ge mycket information men kan för somliga patienter vara svåra att besvara. Notera vilka ord patienten använder, det kan öka förståelsen för hennes/hans upplevelser och tankar. Beskrivningarna kan variera från presentationer av specifika uttryck, kroppsliga symtom, sociala villkor till att patienten inte tycker sig ha ord som passar för att beskriva besvären. För den som inte har svenska som modersmål kan det vara viktigt att få hänvisa till sitt eget språk. En annan ledtråd kan vara att fråga om patienten känner andra i omgivningen med liknade besvär. Det är ibland lättare att börja prata om andra än sig själv. Frågor om hur patient och anhöriga sökt hjälp samt förväntningar på vården kan öppna för information om patientens tankar kring sjukdom och vård. Intresset för patientens perspektiv behöver ofta följas upp senare under samtalet med följdfrågor relaterade till specifika situationer och händelser.

Patienter kan använda, eller önska använda, andra vårdformer än sjukvård. Det kan handla om alternativ vård eller olika former av "folklig läkekonst", vård enligt andra medicinska traditioner (Bäärnhielm m.fl, 2007). Betydelsen av folklig läkekonst kan variera från andra medicinska system, som Ayurveda, till vissa traditioner som exempelvis amuletter med läkande kraft, särskilda riter, läkemedel eller att gå till en folklig läkeman (Bäärnhielm och Ekblad, 2000). Information om vilken vård patienten föredrar ger inblick i hur hon/han skapar mening och betyder mycket för att kunna forma en gemensam behandlingsplan.

Förslag till frågor för att utforska uttryck och meningsskapande:

- Vad har du för besvär?
- Hur allvarliga tycker du att dina besvär är?
- Vilka ord brukar du använda när du pratar om dina besvär med din familj, anhöriga eller vänner? – säg gärna på ditt modersmål.
- Känner du någon som har haft liknande besvär?
- Vad tror du kan vara orsak till dina besvär?
- Vilken hjälp och behandling önskar du?
- Vad har du sökt för hjälp och behandling?
- Om du hade bott kvar i ditt ursprungsland/hemland, vilken typ av hjälp och behandling hade du sökt då? (om aktuellt)
- Vad säger din familj, anhöriga och omgivning * om dina besvär?
- Hur allvarliga tycker de * att dina besvär är?
(* referera till de personer som hänvisas till).
- Vilka ord använder de * för dina besvär?
(Säg gärna orden på ditt språk.)
- Vad tror de* kan vara orsak till dina besvär?

- Vad tycker de * du skall söka för hjälp och behandling?
- Man kan söka hjälp för besvär på olika sätt. Har du provat andra sätt än sjukvården i Sverige?
(Referera gärna till exempel på folklig vård, alternativ vård, alternativ medicin och sjukvård i ursprungslandet eller i Sverige som kan vara aktuella för patienten).

En patient får aldrig tillskrivas en uppfattning utifrån kultur eller etnicitet.

Behandlaren behöver aktivt försöka ta reda på vad den enskilde patienten försöker kommunicera och vilken betydelse, vilken mening hon ger sina besvär och sin situation.

Kulturella faktorer i relation till psykosocial omgivning och funktionsnivå

Intervjuare: "Vad har du för besvär?"

Patient: "Jag är trött. Jag är trött nästan hela tiden. Jag har varit trött länge, men det blev värre efter skilsmässan. Då började jag känna mig orolig, trött och kunde inte sova eller äta Jag gör det jag måste hemma. Jag gör det sakta och långsamt och måste hela tiden tvinga mig."

30-årig kvinna från Irak

Aktuellt avsnitt i kulturformuleringen:

Kulturella faktorer relaterade till psykosocial miljö och funktionsnivå.

Notera kulturellt relevanta tolkningar av sociala stressfaktorer, tillgängligt socialt stöd, samt funktionsnivå och funktionsnedsättning. Detta inkluderar stress i den lokala sociala miljön samt religionens och anhörigas betydelse som källa till behjälplig information och emotionellt och praktiskt stöd.

Avsnittet fokuserar på patientens besvär relaterat till den psykosociala miljön och funktionsnivån sett utifrån patientens perspektiv. Patientens beskrivning av hur hon/han upplever sjukdom och besvär i vardagen kan ge behandlaren en bild av funktionsnivå och eventuell funktionsnedsättning. Vardagsbeskrivningen ger behandlaren tillfälle att ställa följdfrågor om stress, belastning i den lokala miljön och om patientens möjlighet till råd, stöd och hjälp. Varken belastande eller stödjande faktorer kan tas för givna. Vad som upplevs som belastning och stress kan vara individuellt, socialt och kulturellt färgat.

I vissa kulturella traditioner tolkas psykisk sjukdom främst i sociala termer och som störda relationer. Störningar i sinnestämning, affekter och ångest kan tolkas i sociala och moraliska termer och inte som psykisk ohälsa (Kirmay-

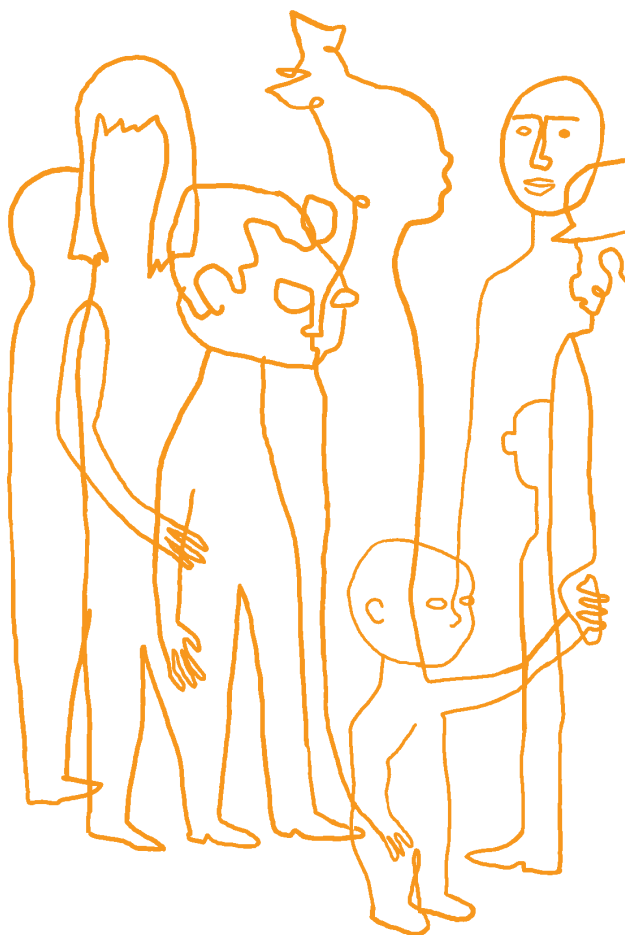
er, 2001). Den sociala omgivningen påverkar upplevelsen av känslor (Leff, 1973). Utifrån östafrikanska erfarenheter beskriver Borgå (1996) hur psykisk sjukdom tolkas som en störning i relationer och att behandlingen syftar till att ställa relationerna till rätta. I en diskussion om depression ur ett antropologiskt perspektiv pekar Kleinman (1991) på att samma fysiologiska fenomen kan upplevas olika eftersom den psykologiska tolkningsprocessen interagerar med meningssystem och sociala relationer.

När patienter är ovana vid psykologiska och psykiatriska termer eller använder för klinikern främmande emotionella ord, kan vardagsbeskrivningar av besvär och konsekvenser av besvär underlätta för klinikern att värdera eventuell psykopatologi och svårighetsgrad. Att lyssna och ta emot patientens berättelse är en flerdimensionell process. Mottagandet innebär att behandlaren "översätter" och tolkar patientens beskrivning av besvären utifrån sin teoretiska referensram. Att översätta mellan olika meningssystem är ett viktigt hjälpmedel för att värdera eventuell förekomst av psykopatologi och svårighetsgrad.

Patientens vardagsbeskrivning ger viktig information om faktiska förhållanden och utifrån detta kan klinikern formulera följdfrågor inriktade på att bedöma eventuella symtom. Berättelser från det vardagliga livet ger också information om symtomens betydelse för patienten både kulturellt och som en del i sociala relationer och kommunikation. Information från familj och anhöriga kan ge viktig kunskap om patientens situation, besvär, funktionsnivå och möjlighet till hjälp samtidigt som den också ger en bild av hur människor i patientens omgivning bedömer normalitet och avvikande beteende.

Möjligheter till hjälp och problemlösning kan variera.

Lösningen på problemen finns ofta i patientens lokala sammanhang och livssituation. Det är viktigt att utforska vilket socialt nätverk som finns runt patienten och vilken betydelse detta har. Även ett litet nätverk kan vara en betydelsefull resurs. Kunskaper om stödjande faktorer och möjliga strategier till förändring kan bidra till att skapa en individuellt anpassad behandlingsplan.





Förslag till frågor för att utforska kulturella faktorer relaterade till psykosocial miljö och funktionsnivå:

- Hur påverkar besvären din vardag? (exemplifiera vid behov med vardagliga aktiviteter)
- Hur påverkar besvären dina kontakter med andra? (familj, vänner, arbetskamrater, m.fl.)
- Hur påverkar besvären din förmåga att vara aktiv?
- Hur påverkar besvären din förmåga att sköta hemmet?
- Hur påverkar besvären din förmåga att arbeta/studera?
- Finns det något i din vardag som bidrar till, eller har bidragit till, att du har besvär?
Vad påverkar, eller har påverkat, dig? (om aktuellt)
Hur har du påverkats?
- Finns det någon, eller några, som du litar på och kan prata med om dina besvär och din situation?

- Kan du prata med din familj och dina anhöriga om dina besvär?
Finns det några svårigheter?
- Vad behöver du för hjälp i din vardag?
- Hur talar du om för andra att du behöver hjälp?
- Från vilka kan du få råd, stöd och hjälp i din vardag?
- Vad kan du få för råd, stöd och hjälp i din vardag?
- Har du en tro eller tillhör du ett trossamfund (församling, religiös grupp) som är till stöd och hjälp för dig?
- Vad får du för råd, stöd och hjälp? (om aktuellt)

Migration och ackulturation

”Javisst, jag har huvudvärk och ryggbesvär. Men det är ingenting i jämförelse med min ensamhet. Du kan inte förstå vad det betyder att förlora alla vänner och alla kontakter med sin historia”.

46-årig man, kurd från Irak

Till de ursprungliga avsnitten i kulturformuleringen har vi lagt till ett om migration och ackulturation. Detta avsnitt tangerar kapitlet om kulturell identitet. Migration är en stor förändringsprocess för individen och en stressbelastande faktor (Roth, 2006). Migration är också en känd riskfaktor för schizofreni (Cantor-Grae m.fl., 2003; Cantor Grae och Selten, 2005). Det finns olika hypoteser om vilka mekanismerna är. En hypotes är att ett långvarigt ”socialt misslyckande” (”social defeat”) kan öka risken för schizofreni. Sociala misslyckanden och stress kan ha betydelse för att patienter med en migrationsbakgrund insjuknar i psykos (Zolkowska, 2003).

Migration är inte bara en abrupt förändring utan består av en serie händelser och anpassning till olika stressorer (Westermeyer, 1989; Watters, 2001; Bhurga, 2004, Achotegui, 2005). Hur ackulturationsprocessen förlöper beror på en rad faktorer som, motivation, etnicitet, ålder, kön m.m. (Comas-Diaz och Greene, 1994; Canino och Spurlock, 1994; Sakauye, 1992). Samtidigt som migration kan vara stressinducerande är det en mycket heterogen process. Alla har inte samma erfarenheter före migrationen och möter heller inte samma efter. Behandlaren behöver därför också uppmärksamma patientens bemästringsstrategier och styrkor (Bhurga, 2004).

Många flyktingar har erfarenheter av trauma och krig från hemlandet eller flykten. Traumatiserade flyktingar berättar inte alltid spontant om vad de varit med om, inte ens för vårdpersonal (Norström, 2004). Ibland är det svårt för en kliniker att ta emot och tolka en patients berättelse

om trauma, förluster och migration. Patienter kan beskriva våld, ondska, socialt kaos och förtryck – ibland upplevelser bortom behandlaren erfarenhetsvärld. Graden av fantasi och föreställningsförmåga kan begränsa behandlaren förmåga att sätta sig in i patientens erfarenheter och lidande (Kirmayer, 2003).

Hur betydelsefullt det psykosociala sammanhanget är för traumatiserade patienter som lever i exil har visats av Sveaas (2000). Regelbundna aktiviteter och närhet till familjen har betydelse för symtomnivån hos traumatiserade flyktingar. Al-Saffar (2003) pekar på kulturens centrala betydelse för hur individer bemästrar potentiellt traumatiska erfarenheter genom sammanhanget i vilket socialt stöd upplevs. Hon poängterar också hur betydelsefull interaktionen mellan individen och samhället är, för den enskildes möjlighet att bemästra potentiellt traumatiserande erfarenheter med risk för utveckling av PTSD. Al-Saffar beskriver hur även kulturen drabbas i konflikthärjade områden och på så vis minskar som skyddande faktor. Al Saffar liknar detta vid exilens funktion.

En psykiatrisk bedömning av en patient som migrerat behöver inkludera en berättelse om den egna migrationshistorien (Lee, 1990). Detta för att förstå patientens livssituation i hemlandet, ursprungsfamiljens sociala status och sociala nätverk, orsaken till flytten och eventuella traumatiska erfarenheter. Betydelsen av att ha förlorat viktiga relationer till släktingar och vänner behöver uppmärksammas. Konkreta frågor, som att fråga om resor till hemtrakten, kan ge information om ackulturationsprocessen. Patientens berättelse om migration och ackulturation kan ge klinikern information som behövs för att denna/denne skall kunna individualisera behandling och planering.

Förslag till frågor för att utforska patientens migrationshistoria och ackulturationsituation:

- Varifrån ** kommer du?
- Varför lämnade du din hemtrakt **?
(**använd den referens som patienten ger)
- Hur kom du till Sverige?
Ställ följdfrågor om migrationen och eventuell flykt (respektera gränser för vad patienten är beredd att berätta om)
- Vad gjorde att du flyttade till just Sverige?
- Hur har ditt liv påverkats av flytten till Sverige?
(Ställ följdfrågor om livet i ursprungslandet exempelvis om arbete, boende, socioekonomisk status)
- Vad lämnade du bakom dig vid flytten till Sverige?
- Vilka viktiga personer lämnade du?
- Vilken kontakt har du med din hemtrakt **?
- Vilken kontakt har du med familj och vänner som bor kvar?
- Besöker du din hemtrakt?
- Vad har du fått för nya relationer i Sverige?
- Vad har du fått för nya möjligheter i Sverige?
(Ställ följdfrågor om arbete, utbildning, boende och andra aktuella förhållanden.)

- Hur har din familj påverkats av flytten?
- Har flytten till Sverige påverkat din hälsa?
(Ställ följdfrågor om hur patienter tänker)
På vilket sätt?
- Var du utsatt för hot eller våld i din hemtrakt**?
- Var du utsatt för hot eller våld på väg till Sverige?
Hur har detta påverkat dig? (om aktuellt)
- Har du varit utsatt för hot och våld i Sverige?
Hur har det påverkat dig?
- Var dina anhöriga utsatta för hot eller våld i er
hemtrakt**?
- Var dina anhöriga utsatta för hot eller våld på vä-
gen till Sverige?
- Har dina anhöriga varit utsatta för hot och våld i
Sverige?
Hur har detta påverkat dina anhöriga?
(om aktuellt)
Hur har detta påverkat dig?
- Tänker du ofta på din hemtrakt** och det förflutna?
- Vad har du för förväntningar och förhoppningar
inför framtiden?

Kulturella faktorer i relationen mellan individ och kliniker

”Ursäkta mig doktorn men jag förstår inte. Jag mötte distriktsläkaren och berättade om min ryggvärk. Han trodde mig inte och sände mig till en psykiater. Nu när jag pratar med en psykiater frågar du om min ryggvärk.”

52-årig kvinna, turkiska från Turkiet

Aktuellt avsnitt i kulturformuleringen:

Kulturella faktorer i relationen mellan individen och kliniken. Ange skillnader i kultur och social status mellan individen och kliniken och de problem som dessa skillnader kan orsaka för diagnostik och behandling (t.ex. svårigheter att kommunicera på individens modersmål, utforska symtom eller förstå symptomens kulturella betydelse, skapa en adekvat relation eller intimitetsnivå och bedöma om ett beteende är normalt eller patologiskt).

Avsnittet syftar till att värdera och reflektera över vad sociokulturella faktorer betyder för relationen mellan patient och kliniker i den aktuella diagnostiska situationen. Behandlaren behöver ge sig tid att fundera och reflektera över relationen och hur den påverkar bedömningen. Språket är centralt för kommunikationen. Språk, språkförståelse och hur tolkningen fungerar har betydelse för såväl kommunikation som relationen. Synen på vad som är en lämplig intimitetsnivå kan variera och påverkar hur bekväm behandlaren och patienten känner sig och vad som är möjligt att tala om.

Den kognitiva förståelsen av den diagnostiska bedömningssituationen har betydelse för relationen. Patientens förståelse påverkas av hur väl insatt hon/han är i sjukvårdssystemet och av den information som getts i anslutning till bedömning och intervju. Om patienten inte förstår situationen är det svårt att genomföra en meningsfull intervju. Relationen påverkas också av känslor och reaktioner som väcks hos såväl patient som behandlare.

Comas-Diaz och Jacobson (1991) beskriver hur kulturella och etniska faktorer påverkar känslomässiga reaktioner hos både terapeut och patient i psykoterapi. Reaktionerna kan exempelvis pendla mellan överkompensation och överdriven vänlighet och misstänksamhet med mer eller mindre dold fiendlighet. Reaktionerna kan sätta sin prägel på relationen. Comas-Diaz och Jacobson pekar på att en överdriven misstänksamhet men också på att ett överdrivet fokus på skillnader i etnicitet kan hindra en fungerande arbetsallians. Patienten och behandlaren kan gömma sig bakom inställningen att ”du kan aldrig förstå mig”.

För relationen i psykoterapi med traumatiserade kvinnliga kurdiska flyktingar beskriver Ahlberg (2000) betydelsen av faktorer som kön, hierarkier och social etikett. Även i diagnostiska bedömningssituationer påverkas kliniker och patient av dessa faktorer. Ett reflekterande över de egna känslorna och reaktionerna kan underlätta förståelsen av ens egen roll. Ett sakligt utforskande av patientens perspektiv, kultur och sammanhang kan bidra till att skapa en god relation.

Avslutningsvis behöver behandlaren reflektera över och värdera hur hon/han kan förstå patienten och vilken möjlighet hon/han har att sätta sig in i patientens perspektiv och situation. Behandlaren behöver även tänka på hur detta påverkar möjligheten att formulera en korrekt diagnos och att bedöma gränsen mellan normalitet och patologi. Behandlaren behöver också fundera över om bedömningen är begriplig och meningsfull för patienten och hur de gemensamt kan forma en behandlingsplan. Ett aktivt reflekterande förhållningssätt hos klinikerna kan tillföra kunskaper om den diagnostiska processen och bidra till en god relation. Nedan finns förslag på frågor att ställa

till patienten för att höra hur hon/han ser på intervjun och förslag till frågor för klinkern att tänka på för egen del.

Intervjun och den sammanfattande bedömningen är inte en slutpunkt utan en början på ett intresse för patientens sjukdomsperspektiv och sociala och kulturella sammanhang.

Förslag till frågor för att utforska betydelsen av kulturella faktorer i relationen mellan patient och kliniker:

- Hur har det gått att beskriva och förklara dina besvär och din situation för mig?
- Vad har det betytt för dig att kunna/inte kunna använda ditt modersmål med mig?
- Hur har det fungerat att använda tolk under vårt samtal? (om aktuellt)
- Hade du behövt tolk?
- Vad tycker du om de frågor jag har ställt?
- Finns det något viktigt som du vill berätta men som vi inte pratat om?
- Vad har varit lätt att förklara?
- Vad har varit svårt att förklara?
- Hur väl tror du att jag förstår dina besvär och din situation?
- Hur väl tror du att andra här på enheten förstått dina besvär och din situation?

Sist utvärderar klinikern hur han/ hon själv tycker att intervjun varit. Förslag till frågor att reflektera över:

- Hur har relationen till patienten varit?
- Vad har försvårat respektive underlättat en god relation?
- Hur har kommunikationen varit?
- Vad har försvårat respektive underlättat en god kommunikation?
- Hur har språket fungerat under samtalet?
Vad har det betytt att ni inte har haft samma modersmål? (om aktuellt)
Vad har det betytt att ni har använt tolk?
Vad har det betytt att ni inte använt tolk?
- Hur har intimitetsnivån varit?
- Vad har försvårat respektive underlättat en adekvat intimitetsnivå?
- Hur bedömer du din möjlighet att förstå patientens besvär?
- Vad har försvårat resp. underlättat förståelse?
- Vad har patienten väckt för känslor och reaktioner hos dig?
- Hur bedömer du din möjlighet att förstå patientens

livssituation och sociala sammanhang?

Vad har försvårat respektive underlättat förståelse?

– Hur bedömer du din möjlighet att förstå patientens självbild och förväntningar på vården?

Vad har försvårat respektive underlättat förståelse?

– Hur har du hanterat dina känslor och reaktioner?

– Hur bedömer du din möjlighet att avgöra vad som är normalt och patologiskt avseende patientens besvär?

– Hur tillförlitlig tycker du att din diagnostik är? Avseende kategorisering (axel I och II)?

Avseende övriga DSM-IV axlar?

– Hur bedömer du din möjlighet att föreslå en adekvat behandling?

– Hur ser du på din möjlighet att göra din diagnostiska bedömning begriplig för patienten?

– Vad tror du att din respektive patientens etniska, sociala och kulturella tillhörighet har haft för betydelse i ert möte?

– Andra aktuella reflektioner?



Övergripande bedömning för diagnostik och vård

Aktuellt avsnitt i kulturformuleringen:

En övergripande kulturell bedömning avseende diagnostik och vård. Kulturformuleringen avslutas med en övergripande diskussion om hur beaktande av kulturella faktorer påverkar en allsidig diagnostik och vård.

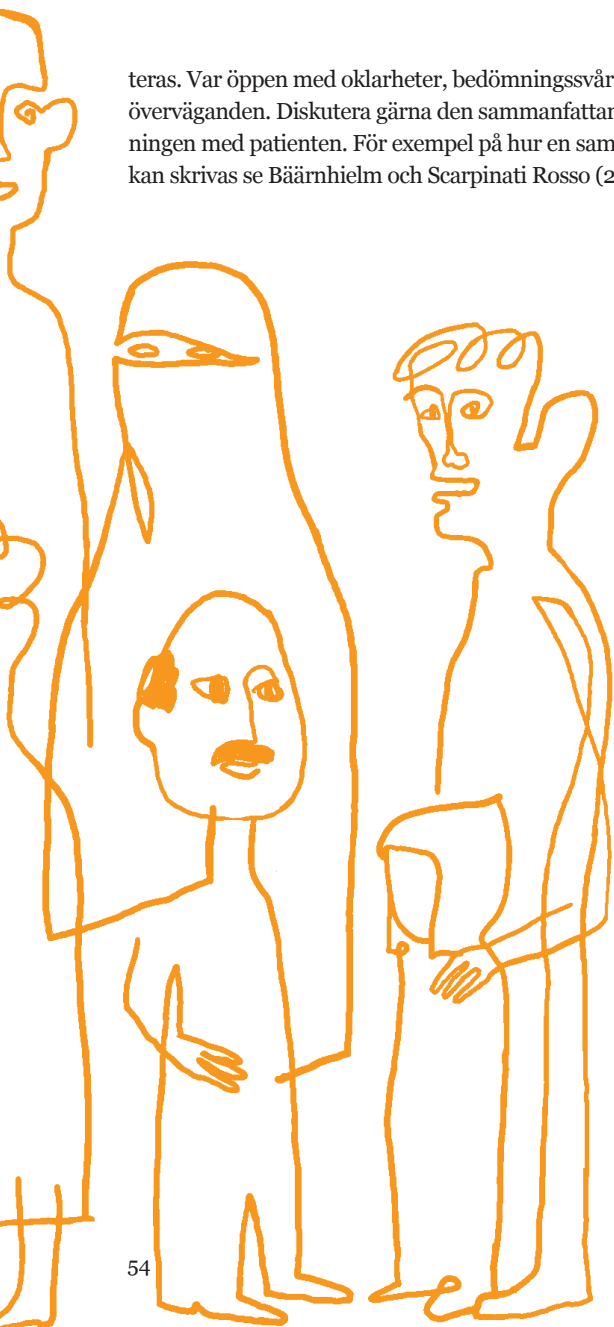
Avslutningsvis görs en sammanfattning med en övergripande bedömning av sociokulturella faktorerens betydelse för diagnostik och vård. Detta kan också beskrivas som att klinikern översätter patientens berättelse till sitt professionella språk utifrån sin teoretiska referensram. Sammanfattningen utgår från intervjun med patienten och från övrig relevant information som samlats in.

Sammanfattningen skrivs i en berättande form och kan vara ett kompletterande dokument till den övriga journalföringen. Hur bedömningen skrivs behöver anpassas till lokala riktlinjer för journalföring. Sammanfattningen bör inkludera de olika områden som utforskas i kulturformuleringen och andra viktiga områden som framkommit under intervjun. Utifrån de olika avsnitten i kulturformuleringen kan klinikern värdera vad kulturella faktorer och socialt sammanhang betyder för patientens sjukdom och livssituation, samt för nosologisk kategorisering och behandling. Patientens perspektiv bör finnas med som en hjälp vid behandlingsplaneringen.

Låt gärna den sammanfattande bedömningen innehålla information om detaljer (etnografiska data) från patientens sjukdomsberättelse. Etnografiska data gör det lättare för läsaren att skapa sig en förståelse och en bild av patientens situation. En parallell är hur skönlitteraturens detaljrika beskrivningar skapar bilder inom oss.

I sammanfattningen bör aktuella svårigheter men också patientens styrkor, resurser och möjlighet till stöd kommen-

teras. Var öppen med oklarheter, bedömningsvårigheter och överväganden. Diskutera gärna den sammanfattande bedömningen med patienten. För exempel på hur en sammanfattning kan skrivas se Bäärnhielm och Scarpinati Rosso (2009).



Synpunkter och praktiska råd till intervjuaren

Arbetsallians

En förutsättning för en bra intervju är att patienten förstår syftet med själva intervjusituationen, får förtroende för klinikern och kan känna sig trygg och respekterad. Kvaliteten på intervjun påverkas av arbetsalliansen mellan klinikern och patienten. Psykoterapiforskningen visar hur viktiga relationella faktorer är för att nå ett gott terapeutiskt resultat (Lambert och Barley, 2002). Norcross (2002) beskriver ett antal betydelsefulla variabler som potentiellt bidrar till en positiv relation och effektiv terapi för såväl samtalsbehandling som farmakologisk behandling: allians, sammanhang, empati, konsensus om behandlingens mål, samarbete, överensstämmelse, återkoppling och motöverföring (behandlarens känsloreaktioner). Även om det finns problem med att översätta resultat från psykoterapiforskning till psykiatrisk diagnostik så visar forskningen hur väsentligt det är att skapa en god arbetsallians och en positiv relation. Johansson (2006) pekar på betydelsen av terapeutisk allians som den mest avgörande faktorn för patienters upplevelse av god psykiatrisk vård.

Den interpersonella processen i intervjusituationen kan grovt delas upp i två dimensioner, den kognitiva och den emotionella. Den kognitiva dimensionen handlar om vilka data som utforskas, målet med intervjun och vad som behöver göras för att nå målet. Den andra dimensionen handlar om relationen och den emotionella kontakten. I den ingår upplevelsen av att vara ”inne” eller ”ute” i relationen till klinikern. Patienten behöver hitta en lämplig grad av involvering och engagemang i intervjun så att hon/han kan delta på ett fritt sätt. Patienten får inte känna sig dominerad av intervjuaren på ett sådant sätt att det inskränker hennes frihet att svara fritt. Patientens svar påverkas av den underliggande känslan av acceptans. Patientens icke-verbala

kommunikation som kroppshållning, tonläge m.m. kan ge ledtrådar till hur hon upplever intervjusituationen.

Intervju med tolk

Intervjuerna behöver ofta genomföras med tolk. Klinikern har ansvar för att både patienten och tolken är införstådda med intervjuens syfte, arbetsform och hur tolkandet går till. Patienten behöver informeras om tolkens tystnadsplikt. För kognitiv psykoterapi pekar Grabos och Hagström (2006) på vikten av tolkkontinuitet och att tolkarna socialiseras i arbetsmetoden, dvs. att situationens spelregler och ramar tydliggörs. Såväl patient som kliniker behöver känna sig trygga med tolken och förstå hur denna/denne arbetar. Detta betyder särskilt mycket då tolken översätter ord för känslor, som tex. oro och rädsla.

Kale (2006) pekar på hur väsentligt det är att patienten får information om tolkregler och hur tolkar arbetar för att veta vad hon/han kan förvänta sig. Att använda tolk upplevs ibland som tidskrävande – men ger också utrymme till eftertanke.

För vem?

I det kliniska arbetet är det lämpligt att använda manualen för patienter där, det utifrån remiss/egenanmälan och från den första kontakten framstår att sociokulturella aspekter är av betydelse för diagnostik och behandling.

När och av vem?

Genomför gärna kulturformuleringsintervjun så tidigt som möjligt i den diagnostiska bedömningsprocessen, helst vid något av de första återbesöken. Intervjun kan utföras av den kliniker som gör den diagnostiska bedömningen. Den kan också användas som en del i ett teamarbete där flera personer ingår i det diagnostiska arbetet. Använd aldrig intervjun som enda underlag för diagnostik – utan som ett komplement till det övriga diagnostiska arbetet.

Intervjuteknik

Den intervjuteknik vi föreslår är semistrukturerad, d.v.s. det finns en grundläggande struktur samtidigt som den tillåter flexibilitet. Många frågor är öppna och ger patienten utrymme att fritt besvara och associera till frågorna. Intervjuaren har möjlighet att formulera om frågorna och ändra deras ordningsföljd samt att följa upp intressanta områden. Härigenom undviker man onödig rigiditet, samtidigt som manualen hjälper intervjuaren att behålla strukturen för intervjun och att inte tappa fokus. Den semistrukturerade formen möjliggör en systematisk och flexibel datainsamling.

Praktiska synpunkter

Planering av intervjun

Förbered intervjun, planera tiden, tänk på att samtal med tolk alltid tar längre tid än utan. Var vänlig och saklig när du beskriver målsättningen med intervjun. Det är viktigt att patienten är införstådd med intervjuns inriktning. Försök att skapa en arbetsallians där patienten känner sig fri att reflektera kring frågorna. Respektera gränser för vad hon/han vill berätta och var beredd på att senare återkomma till känsliga områden. Berätta om sekretess och tystnadsplikt.

Genom att intervjuaren visar engagemang, intresse och respekt skapas lättare en god allians. En grundläggande ton av respektfull professionell nyfikenhet kan bidra till att intervjun flyter med lätthet. Ha hela tiden i åtanke att målet med samtalet är att förstå och förbättra patientens psykiska hälsa (Mezzich m.fl, 2009). Intervjun kan praktiskt delas in i en inledningsfas, en intervjufas och en avslutningsfas.

Inledningsfas

Förklara inledningsvis syftet med intervjun och hur den kommer att genomföras för såväl patient som eventuell tolk. Försök skapa en avslappnad intervjusituation och uppmärksamma de problem som patienten söker för och oroas av. Tänk på sociala och kulturella formaliteter och seder beträffande klädsel, hur ni hälsar på varandra, avstånd och eventuell fysisk beröring (Mezzich m.fl, 2009). Var uppmärksam på begränsningar i kommunikationen som har med språket att göra. Var frikostig med att använda tolk.

Intervjufas

De föreslagna frågorna i manualen är tänkta som stöd och utgångspunkter. Omformulera frågorna efter behov. Undersök särskilt noggrant de frågeställningar som är relevanta för den kliniska förståelsen. Ställ följdfrågor utifrån patientens beskrivning av sina besvär och problem,

använd gärna hennes/hans terminologi. Gå på ett sensitivt sätt igenom de olika delarna i kulturformuleringsmanualen. Försök att med varsam hand genomföra intervjun på ett spontant sätt genom att ”följa” patienten genom frågeställningarna. Var uppmärksam på hur patienten formulerar symtom och oro. Låt patienten få uttrycka sig öppet och bidra till förståelsen av sina besvär och problem i så stor omfattning som möjligt (Mezzich m.fl, 2009).

Avslutningsfas

Fyll avslutningsvis i luckor och lösa trådar från intervjun och kontrollera hur du tolkar och bedömer situationen, gärna tillsammans med patienten. Sammanfatta varje avsnitt i manualen. På så vis får du en bekräftelse på att du uppfattat henne/honom rätt. Fråga också patienten om hon/han har mer information eller ouppklarade frågor. När intervjun avslutas behöver du förklara och försöka uppnå en gemensam överenskommelse kring nästa steg i bedömningen och behandlingen. Förmedla gärna din tacksamhet till patienten för att hon har förmedlat kunskap som du tidigare inte känt till.

För att utveckla och förbättra denna manual är vi mycket tacksamma för dina och patientens synpunkter!

Synpunkter kan lämnas till:

Sofie Bäärnhjelm, sofie.baarnhjelm@sll.se

Marco Scarpinati Rosso, marco.scarpinati.rosso@ki.se

Laszlo Patty, laszlo.pattyi@ptj.se

A stylized line drawing in white on an orange background. It depicts two figures. The figure on the left is taller and more slender, wearing a long, flowing garment that covers its head and body. The figure on the right is shorter and more robust, wearing a similar long garment. Both figures have simple, abstract facial features. The word "Referenser" is written in white, bold, sans-serif font in the upper right quadrant of the image.

Referenser

- Achotegui, J. (2005).** Emigration in hard conditions: the immigrant syndrome with chronic and multiple stress. *Vertex*, 16, 105-13.
- Ahlberg, N. (2000).** "No five fingers are alike". What Exiled Kurdish Women in Therapy told me. Oslo: Solum förlag.
- Al Saffar, S. (2003).** "Trauma, ethnicity and posttraumatic stress disorder in outpatient psychiatry." Doktorsavhandling. Department of NEUROTEC, Section of Psychiatry, Karolinska University Press, Stockholm.
- American Psychiatric Association. (2000).** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Berry J.W., & Kim U. (1988).** Acculturation and mental health. I J. Dasen, J.W. Berry, & N. Sartorius, (Red.) Health and Cross-Cultural Psychology towards Application (sid. 207-235). London: Sage Publication.
- Bhugra, D. (2004).** Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 243-258.
- Borgå, P. (1996).** Psykopatologi utifrån ett kulturellt perspektiv. I P. Borgå, S. Bäärnhielm, & S. Ekblad, (Red.), *Kulturell psykiatri. Föredrag från en konferens*. Stockholm: CPFU, 63-72.
- Bäärnhielm, S. (2003).** Clinical encounters with different illness realities. Qualitative studies of illness meaning and restructuring of illness meaning among two cul-

tural groups of female patients in a multicultural area of Stockholm. Doktorsavhandling. Division of Psychiatry, Neurotec Department, Karolinska Institutet, Stockholm.

Bäärnhelm, S. (2004). Restructuring illness meaning through the clinical encounter: a process of disruption and coherence. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 28, 41-65.

Bäärnhelm, S. (2006). När det händer sådana saker, blir man förvirrad... *Tidskrift for Forskning I Sygdom og Samfund*, 5, 67-80.

Bäärnhelm, S. (2007). Möten i den mångkulturella vården (sid. 287-307). I B. Fossum. (Red.). *Kommunikation. Samtal och bemötande i vården*, Lund: Studentlitteratur.

Bäärnhelm, S., & Ekblad, S. (2000). Turkish Migrant Women Encountering Health Care in Stockholm. A Qualitative Study of Somatization and Illness Meaning. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 24(4), 431-52.

Bäärnhelm, S., & Ekblad, S. (2008). Introducing a Psychological Agenda for Understanding Somatic Symptoms- An Area of Conflict for Clinicians in Relation to Patients in a Multicultural Community. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 32; 386-405.

Bäärnhelm, S., Löfvander, M & Håkansson, B. (2007). *Transkulturell medicin* (sid. 942-952) Sundbyberg: Apoteket AB, Läkemedelsboken.

Bäärnhelm, S., & Scarpinati Rosso, M. (2009). The Cultural Formulation – a Model to Combine Nosology and Patients' Life Context in Psychiatric Diagnostic practice. *Transcultural Psychiatry*, 46(3), sid 406-428.

Canino, I., & Spurlock, J. (1994). Culturally Diverse Children and Adolescents. Guildford: New York.

Cantor-Grae, E., Pedersen, C.B., McNeil, T.F., & Mortensen, B. (2003). Migration as a risk factor for schizophrenia: a Danish population-based cohort study. *British Journal of Psychiatry*, 182, 117-22.

Cantor-Grae, E., & Selten, J.P. (2005). Schizophrenia and Migration: a meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry*, 162, 12-24.

Comas-Diaz, L., & Greene, B. (1994). *Women of Color.* Guildford: New York.

Comas-Diaz, L., & Jacobsen F. (1991). Ethnoculturaltransference and countertransference in the therapeutic dyad. *Am J Orthopsychiatry*, 61 (3), 392-402.

Esposito, L.J. (1998). *Islam. Den raka vägen.* Lund: Studentlitteratur.

Geertz, C. (1983). *Local Knowledge: Further Essays in Interpretative Anthropology.* New York: Basic Books.

Good, B. J. (1997). The meanings of symptoms: A cultural hermeneutic model for clinical practice. I L.Eisenberg, & A. Kleinman, (Red.), *The Relevance of Social Science for Medicine.* Dordrecht: Reidel Publishing Company.

Grabos, M., & Hagström, M. (2006). *Psykotterapi med tolk: möjligheter – svårigheter. Legitimationsgrundande utbildning i Kognitiv Psykotterapi.* Svenska Institutet för Kognitiv Psykotterapi.

Hannerz, U. (1983). Över gränser. Studier i dagens socialantropologi. Lund: Liber förlag.

Hannerz, U. (1992). Cultural Complexity. Studies in the Social Organization of Meaning. New York: Columbia University Press.

Hylland Eriksen, T. (2004). What is Anthropology? England: Pluto Press.

Johansson, H. (2006). Therapeutic alliance in general psychiatric care. Doktorsavhandling. Department of Psychology, Lund University and Division of psychiatry, Lund University Hospital.

International Guidelines for Diagnosis Assessment Workgroup, WPA. (2003). IGDA. Introduction. British Journal of Psychiatry, 182 (suppl. 45), 37-39.

Kale, E. (2006). “Vi tar det vi har”. Om bruk av tolk i helsevesendet i Oslo. En spørreskjemaundersøkelse. NAKMI:s skriftserie om minoriteter og helse 2/2006.

Kirmayer, L. J. (2001). Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. Journal of Clinical Psychiatry, 62 (suppl. 13), 22-30.

Kirmayer, L. J. (2003). Failures of imagination: the refugee's narrative. Psychiatry, Anthropology & Medicine, 10 (2), 167-85.

Kirmayer, L. J., & Minas, H. (2000). The future of Cultural Psychiatry: an international perspective. Canadian Journal of Psychiatry, 45, 438-46.

Kleinman, A. (1977). Depression, somatization, and the

“new cross-cultural psychiatry”. *Social Science and Medicine*, 11, 3–10.

Kleinman, A. (1988). *Illness narratives. Suffering, healing and the human condition.* USA: Basic Books.

Kleinman, A. (1991). “Preface, part II: What is depression”, (sid. vii-xvii). I J. Becker & A. Kleinman, (Red.), *Psychosocial aspects of depression.* London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Kleinman, A. (1996). “How is Culture important for DSM-IV?” I J. Mezzich, A. Kleinman, H. Fabrega, & D. Parron (Red.), *Culture & Psychiatric Diagnosis. A DSM-IV Perspective* (sid. 15-25). Washington: American Psychiatric Press.

Kleinman, A., & Benson, P. (2006). *Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it.* *Public Library of Science-Medicine*, 3 (10), 1673–1676.

Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. I J.C. Norcross, (Red.). *Psychotherapy relationship that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (sid. 17-32) New York: Oxford University Press.

Lee, E. (1990). *Assessment and treatment of Chinese-American immigrant families.* I G. Saba, B. Karrere, K. Hardy, (Red.), *Minorities and Family Therapy* (sid. 191- 209). New York: Haworth.

Leff, J. (1973). Culture and the differentiation of emotional states. *British Journal of Psychiatry*, 123, 299–306.

Levenstein, J.H., McCracken, E.C., McWhinney, I.R., Stewart, M.A., & Brown, J.B. (1986). *The Patient centred*

clinical method. A model for the doctor-patient interaction. *Family Practice*, 13 (1), 24–30.

Lewis- Fernández, R. (1996). Cultural formulation of psychiatric diagnosis. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 20, (2), 132–144.

Mezzich, J. E., Caracci, G., Fabrega, H., Jr., & Kirmayer, L. J. (2009). Cultural Formulation Guidelines. *Transcultural Psychiatry*, 46(3).

Mezzich, J.E., & Salloum, I.M. (2007). Towards innovative international classification and diagnostic systems: ICD-11 and person-centred integrative diagnosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, (1), 1-5

Norcross, J.C. (2002). Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients (sid. 3–16) New York: Oxford University Press.

Norström, E. (2004). I väntan på asyl. Retorik och praktik i svensk flyktingpolitik. Umeå: Boréa förlag.

Roth, G. (2006). A perspective study of mental health among mass-evacuated Kosovo Albanians. Doktorsavhandling. Karolinska Institute, Department of Clinical Neuroscience, Stockholm.

Sherman Heyl, B. (2001). Ethnographic Interviewing. I P. Atkinson., A. Coffey., S. Delamont, J. Lofland., & L. Lofland (Red.), *Handbook of Ethnography* (sid. 369–383). London: Sage Publication.

Spradley, J.P. (1997). The ethnographic interview. Florida: Harcourt Brace Jovaovich College Publishers.

Sakaue, K. (1992). The elderly Asian patient. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 85–104.

Sveaas, N. (2000). Restructuring meaning after uprooting and violence. Psychosocial interventions in refugee receiving and in post-conflict societies. Institute of Psychology, Faculty of Social Sciences, University of Oslo.

Tseng, W-S. (2001). *Handbook of Cultural Psychiatry*. San Diego: Academic Press.

Watters, C. (2001). Emerging paradigm in the mental health care of refugees. *Social Science & Medicine*, 52, 709–718.

Westermeyer, J. (1989). Orientation to migration and migrants. I J. Westermeyer, (Red.), *Psychiatric Care of Migrants: a Clinical Guide*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Zolkowska, K., Cantor-Grae, E., & McNeil, T. (2003). Increased rates of psychosis among immigrants to Sweden: is migration a risk factor for psychosis? *Psychological Medicine*, 31, 669–678.



Bilaga 1

Nedan följer en sammanfattning av förslag till intervjufrågor enligt kulturformuleringen.

Förslag till frågor för klinisk intervju enligt kulturformuleringen

Anpassa språk och formuleringar till den du intervjuar. Den ordning i vilken frågorna ställs kan skifta. Var lyhörd för och respektera patientens gränser för vad hon vill berätta om. Kolla gärna upp med patienten att du förstått rätt. Var beredd på att vid behov repetera frågor.

Kulturella förklaringar till individens sjukdom – uttryck och meningskapande

Först några frågor om dina besvär:

- Vad har du för besvär?
- Hur allvarliga tycker du att dina besvär är?
- Vilka ord brukar du använda när du pratar om dina besvär med din familj, anhöriga eller vänner?
Säg gärna på ditt modersmål.
- Känner du någon som har haft liknande besvär?
- Vad tror du kan vara orsak till dina besvär?
- Vilken hjälp och behandling önskar du?
- Vad har du sökt för hjälp och behandling?
- Om du hade bott kvar i ditt ursprungsland/hemland, vilken hjälp och behandling hade du sökt då? (om aktuellt)
- Vad säger din familj, anhöriga och omgivning* om dina besvär?
- Hur allvarliga tycker de* att dina besvär är?
(*referera till de personer som patienten hänvisar till)

- Vilka ord använder de* för dina besvär?
Säg gärna orden på ditt språk.
- Vad tror de* kan vara orsak till dina besvär?
- Vad tycker de* du skall söka för hjälp och behandling?
- Man kan söka hjälp för besvär på olika sätt. Har du provat andra sätt än sjukvården i Sverige? (referera gärna till exempel på folklig vård, alternativ vård, alternativ medicin och sjukvård i ursprungslandet eller i Sverige som kan vara aktuella för patienten).

Migration och ackulturation

Nu kommer jag att fråga om din flytt till Sverige (om aktuellt).

- Varifrån ** kommer du?
- Varför lämnade du din hemtrakt **?
(**använd den referens som patienten ger)
- Hur kom du till Sverige? Ställ följdfrågor om migrationen och eventuell flykt (respektera gränser för vad patienten är beredd att berätta om)
- Vad gjorde att du flyttade till just Sverige?
- Hur har ditt liv påverkats av flytten till Sverige? (ställ följdfrågor om livet i ursprungslandet exempelvis om arbete, boende, socioekonomisk status)
- Vad lämnade du bakom dig när du flyttade till Sverige?
Vilka viktiga personer lämnade du?
- Vilken kontakt har du med din hemtrakt **?
Vilken kontakt har du med familj och vänner som bor kvar?
Besöker du din hemtrakt?
- Vad har du fått för nya relationer i Sverige?
- Vad har du fått för nya möjligheter i Sverige?
(Ställ följdfrågor om arbete, utbildning, boende och andra aktuella förhållanden.)
- Hur har din familj påverkats av flytten?
- Har flytten till Sverige påverkat din hälsa?
(ställ följdfrågor om hur patienten tänker)
På vilket sätt?
- Var du utsatt för hot eller våld i din hemtrakt **?
- Var du utsatt för hot eller våld på väg till Sverige?
Hur har detta påverkat dig? (om aktuellt)
- Har du varit utsatt för hot och våld i Sverige?
Hur har det påverkat dig?
- Var dina anhöriga utsatta för hot eller våld i er hemtrakt **?
- Var dina anhöriga utsatta för hot eller våld på vägen till Sverige?

- Har dina anhöriga varit utsatta för hot eller våld i Sverige?
 - Hur har detta påverkat dina anhöriga? (om aktuellt)
 - Hur har detta påverkat dig?
- Tänker du ofta på din hemtrakt ** och det förflutna?
- Vad har du för förväntningar och förhoppningar inför framtiden?

Individens kulturella identitet

Nu kommer jag att fråga om din kulturella, etniska och religiösa bakgrund och tillhörighet.

- Finns det någon grupp, eller flera grupper, som är viktiga för dig? Jag tänker exempelvis på nationell, etnisk, kulturell, religiös, social eller annan grupp (exemplifiera vid behov).
- Tänker du på dig själv som *** ?
(Exemplifiera med etnisk grupp t.ex. ”kurdisk”? (exemplifiera utifrån svar som getts).
- Tänker du på dig själv som svensk?
- Hur tror du att andra ser på dig? (exemplifiera vid behov utifrån svar som getts)
- Vad betyder gruppen**** för dig?
(****använd den benämning på grupptillhörighet som patienten använder, vid flera grupptillhörigheter fråga om samtliga)
- Kan du höra till flera grupper **** ? (om aktuellt)
Vad skapar det för problem?
Vad skapar det för möjligheter?
- Har din upplevelse av att höra till en särskild grupp **** förändrats över tiden?
Vad har detta betytt för dig? (om aktuellt)
Finns det något du saknar?
Finns det något som gett dig nya möjligheter?
- Hur bemöts din familj och grupp **** av andra i din omgivning?
- Har du råkat ut för missförstånd eller orättvis behandling pga din grupptillhörighet ****?
- Finns det någon grupp, eller flera grupper, som är viktig/viktiga för din familj? Jag tänker exempelvis på nationell, etnisk, kulturell, religiös, social eller annan grupp. (exemplifiera vid behov)
- Vad betyder gruppen **** för din familj?
(****använd den benämning på grupptillhörighet som

- patienten använder, vid flera grupptillhörigheter fråga om samtliga)
- Hur fungerar det att höra till flera grupper ****för din familj? (om aktuellt)

Nu kommer jag att fråga om din språkliga situation.

- Vad kan du för språk?
- Vad använder du helst för språk?
- Vid vilka situationer använder du de olika språken, hemma, med familjen, i arbetet, i kontakt med sjukvården?
- När lärde du dig de olika språken?
- Vilket språk drömmer du på?

Kulturella faktorer relaterade till psykosocial miljö och funktionsnivå

Nu kommer jag att fråga om hur dina besvär påverkar dig.

- Hur påverkar besvären din vardag (exemplifiera vid behov med vardagliga aktiviteter)
- Hur påverkar besvären dina kontakter med andra? (familj, vänner, arbetskamrater, m.fl.)
- Hur påverkar besvären din förmåga att vara aktiv?
- Hur påverkar besvären din förmåga att sköta hemmet?
- Hur påverkar besvären din förmåga att arbeta/studera?
- Finns det något i din vardag som bidrar till, eller har bidragit till, att du har besvär?

Vad påverkar, eller har påverkat, dig? (om aktuellt)

Hur har du påverkats?

Nu kommer jag att fråga om vad du kan få för råd, stöd och hjälp.

- Finns det någon, eller några, som du litar på och kan prata med om dina besvär och din situation?
- Kan du prata med din familj och dina anhöriga om dina besvär?
Finns det några svårigheter?
- Vad behöver du för hjälp i din vardag?
- Hur talar du om för andra att du behöver hjälp?
- Från vilka kan du få råd, stöd och hjälp i din vardag?
- Vad kan du få för råd, stöd och hjälp i din vardag?
- Har du en tro eller tillhör du ett trossamfund (församling, religiös grupp) som är till stöd och hjälp för dig?
Vad får du för råd, stöd och hjälp? (om aktuellt)

Kulturella faktorer i relationen mellan individen och klinikern

Avslutningsvis undrar jag vad du tycker om detta samtal och kontakten med denna mottagning (aktuell enhet).

- Hur har det gått att beskriva och förklara dina besvär och din situation för mig?
- Vad har det betytt för dig att kunna/inte kunna använda ditt modersmål med mig?
- Hur har det fungerat att använda tolk under vårt samtal?
(om aktuellt)
- Hade du behövt tolk?
- Vad tycker du om de frågor jag ställt?
- Finns det något viktigt som du vill berätta men som vi inte pratat om?
- Vad har varit lätt att förklara?
- Vad har varit svårt att förklara?
- Hur väl tror du att jag förstår dina besvär och din situation?
- Hur väl tror du att andra här på enheten förstått dina besvär och din situation?

Sist utvärderar intervjuaren hur han/hon själv tycker att intervjun varit.

Förslag till frågor att reflektera över.

- Hur har relationen till patienten varit?
 - Vad har försvårat respektive underlättat en god relation?
 - Hur har kommunikationen varit?
 - Vad har försvårat respektive underlättat en god kommunikation?
 - Hur har språket fungerat under samtalet?
 - Vad har det betytt att ni inte har haft samma modersmål? (om aktuellt)
 - Vad har det betytt att ni har använt tolk?
 - Vad har det betytt att ni inte använt tolk?
 - Hur har intimitetsnivån varit?
 - Vad har försvårat respektive underlättat en adekvat intimitetsnivå?
 - Hur bedömer du din möjlighet att förstå patientens besvär?
 - Vad har försvårat respektive underlättat förståelse?
 - Hur bedömer du din möjlighet att förstå patientens livssituation och sociala sammanhang?
 - Vad har försvårat respektive underlättat förståelse?
 - Hur bedömer du din möjlighet att förstå patientens självbild och förväntningar på vården?
 - Vad har försvårat respektive underlättat förståelse?
 - Vad har patienten väckt för känslor och reaktioner hos dig?
 - Hur har du hanterat dina känslor och reaktioner?
 - Hur bedömer du din möjlighet att avgöra vad som är normalt och patologiskt avseende patientens besvär?
 - Hur tillförlitlig tycker du att din diagnostik är? Avseende kategorisering (axel I och II)?
- Avseende övriga DSM-IV axlar?
- Hur bedömer du på din möjlighet att föreslå en adekvat behandling?

- Hur ser du din möjlighet att göra din diagnostiska bedömning begriplig för patienten?
- Vad tror du att din respektive patientens etniska, sociala och kulturella tillhörighet har haft för betydelse i ert möte?
- Andra aktuella reflektioner?

En övergripande kulturell bedömning avseende diagnostik och vård

Sammanfattningsvis görs en bedömning av hur sociokulturella faktorer påverkar diagnostiken och förslag till vård för patienten.

Egna anteckningar

