

SVENSKA INSTITUTET FÖR
KOGNITIV PSYKOTERAPI



THE SWEDISH INSTITUTE
FOR CBT/SCHEMATHERAPY

Kulturformuleringsintervjuns betydelse för terapeuters förståelse av patienter i primärvården

Ett verktyg för en jämlik vård i Sverige?

*All forms of distress are locally shaped, including the DSM disorders.
(DSM-5, APA, 2013, p. 758)*

Examensuppsats, vårterminen 2016

Påbyggnadsutbildning i psykoterapi steg II

Svenska Institutet för Kognitiv Psykoterapi

av Rebecka Hall

Handledare: Helene Egnell, teol.dr

Ämneshandledare: Sofie Bäärnhelm, med.dr

Examinator: Stefan Borg, docent

”Två sanningar närmar sig varann, en kommer inifrån, en kommer utifrån och där de möts har man en chans att få se sig själv” (Tomas Tranströmer).

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING

TACK

.....3-5

INLEDNING

.....6

Jämlik vård i det mångkulturella samhället

.....7

Begreppet kultur

.....8

Migration och hälsa

.....9

Problembeskrivning

.....11

Kulturformuleringen (KF) och Kulturformuleringsintervjun (KFI)

.....12

Tidigare forskning

.....15

SYFTE

.....16

Frågeställningar

.....16

METOD

.....16

Urval

.....17

Datainsamling

.....18

Analys

.....18

Etiska överväganden

.....19

Teoretiskt avstamp

.....19

RESULTATREDOVISNING	21
.....	21
1. Svårigheter i arbetet med patienter med annan kulturell bakgrund	21
.....	21
2. Påverkan av KFI på mötet mellan terapeut och patient	25
.....	25
3. Ny information	29
.....	29
4. Terapeuternas synpunkter på KFI	31
.....	31
5. Använda sig av KFI i primärvården	40
.....	40
RESULTATSAMMANFATTNING	45
.....	45
DISKUSSION	46
.....	46
Styrkor och svagheter med studien	49
.....	49
Framtida forskning	50
.....	50
Referenser	51
.....	51
Bilaga 1: Kulturformuleringsintervjun (KFI)	55
.....	55
Bilaga 2: Inbjudan att delta i studien	58
.....	58
Bilaga 3: Semistrukturerad frågemanual, fokusgrupp	59
.....	59
Bilaga 4: Semistrukturerad frågemanual, individuella intervjuer	60
.....	60
Bilaga 5: Inbjudan workshop, KFI	61
.....	61
Bilaga 6: Inbjudan nätverksmöte, Transkulturell psykiatri	62
.....	62

SAMMANFATTNING

Ett mångkulturellt samhälle ställer högre krav på terapeuters förmåga att förstå patienten bortom egna kulturella referensramar. I syfte att erbjuda en jämlik vård för den växande heterogena befolkningen i Sverige är det därför av största vikt att ta hänsyn till att kulturell variation kan påverka vår förståelse av patienten och således även diagnostik, bedömning och behandling inom psykisk sjukdom. Studiens syfte var att undersöka terapeuters subjektiva upplevelser av användning av Kulturformuleringsintervjun (KFI) i DSM-5 (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed, American Psychiatric Association), inom primärvården i mångkulturella områden. Fokus låg på att undersöka de svårigheter som kan uppstå till följd av kulturella skillnader mellan terapeut och patient, samt om KFI kan vara ett fungerande verktyg för att få fram en bredare förståelse för patienten.

Kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer och fokusgrupp användes. Data analyserades tematiskt utifrån ett socialkonstruktivistiskt perspektiv. Resultaten visar att KFI kan vara ett verktyg för terapeuter att se den enskilda människan bortom förenklade stereotyper, om först svårigheterna med verktyget tas i beaktande.

NYCKELORD

Jämlik vård, Mångkulturellt samhälle, Kultur, Identitet, Kulturformuleringsintervjun, Individanpassad behandling.

TACK!

Först och främst vill jag tacka de intervjupersoner som gav av sin tid och sitt engagemang för att bidra till uppsatsen. Jag vill också tacka min handledare Helene Egnell, som med entusiasm och tålamod delade med sig av handfast klokskap.

Tack till dig också Riyadh Al-Baldawi som bidrog med värdefulla kontakter till uppsatsen, samt gav en inspirerande föreläsning på temat migration.

Sist men inte minst vill jag tacka Sofie Bäärnhjelm, som så generöst delade med sig av sin mångåriga erfarenhet och stora kunskap på området transkulturell terapi. Särskilt tacksam är jag för att du så självklart ordnade en specialutbildning i KFI enkom för mig och de deltagande intervjupersonerna.

INLEDNING

Idén till uppsatsen föddes under mitt eget kliniska arbete som terapeut på vårdcentralen i Rinkeby. En utmaning med att arbeta som terapeut i just Rinkeby är att området är en fattig förstad till Stockholm med stora psykosociala problem, där cirka 90 procent av invånarna har en annan etnisk bakgrund än svensk ("Hyresgästerna ger Rinkeby högsta betyg". Hämtad 2016. Sundström, A.). Mötet med patienterna på vårdcentralen ledde till funderingar kring betydelsen av de kulturella referensramarna i det terapeutiska mötet. Enligt egen erfarenhet har denna patientgrupp ofta en komplex problematik där socioekonomiska och psykosociala svårigheter, PTSD, depression, ångesttillstånd och hög somatisk samsjuklighet är vanligt förekommande.

Många av patienterna har varit med om att plötsligt byta en välkänd miljö till en helt ny kulturell kontext i Sverige, kanske efter att först ha tagit sig igenom en lång och farofylld flyktsituation. Som ny terapeut på vårdcentralen 2014 upplevde jag svårigheter med konceptualisering och tolkning av patientens problem. Det ledde till funderingar huruvida förståelsen av patientens problem påverkades av, å ena sidan min egen kulturella bakgrund som referensram, och å andra sidan min förståelse av patientens kulturella referensram. Frågan som dök upp var: Hur påverkas konceptualisering, diagnosticering och behandlingsupplägg i det terapeutiska mötet av att terapeut och patient kommer från olika kulturella kontexter och har vitt skilda referensramar - och hur kan den psykologiska behandlingen vara fruktsam trots dessa skillnader?

Vid sökandet efter verktyg att hantera skillnaderna i kulturella referensramar hittade jag Kulturformuleringen med tillhörande intervjuverktyg i DSM-5. Kulturformuleringen tar avstamp i den transkulturella inriktningen, som utgår från hur kultur gör skillnad för psykisk ohälsa och uppfattningar om sådan.

Kontakt togs med enhetschefen för Transkulturellt centrum, Sofie Bäärnhielm, som bland annat skrivit boken "Transkulturell psykiatri" och har varit med vid framtagandet av Kulturformuleringsintervjun i DSM-5. Vi kom tillsammans fram till att det vore intressant att undersöka hur nämnda Kulturformuleringsintervju fungerar som arbetsredskap för terapeuter inom primärvården. Bäärnhielm informerade om att verktyget inte hade testats på vårdcentral förut och att därför även Transkulturellt centrum var måna om att ta del av undersökningen.

Viktigt att nämna är att DSM-5 inte är någon "slutprodukt" utan revideras ständigt i ett kontinuerligt utvecklingsarbete. Det är därför av vikt att undersöka om/hur verktyget fungerar eller kan utvecklas vidare för att användas aktivt i kliniskt arbete. Denna studie undersöker huruvida Kulturformuleringsintervjun är ett användbart verktyg i mötet mellan terapeut och patient inom primärvården.

Handledare för uppsatsen är Helene Egnell, teol. dok. och stiftsadjunkt, som startade upp Centrum för Religionsdialog i Stockholm (tillhörande Stockholms stift). Egnells inriktning passar uppsatsens syfte väl, då hon har långvarig erfarenhet av att arbeta med mötet mellan olika religioner, livsåskådningar och kulturella bakgrunder. Ämneshandledare är Sofie Bäärnhielm, enhetschef för Transkulturellt centrum, med.dr, psykiater.

Jämlik vård i det mångkulturella samhället

Sverige blir ett mer och mer heterogent samhälle vad gäller kulturer och etnicitet.

Flyktingkrisen i Syrien har gjort att antalet personer som sökt asyl i Sverige under det gångna året är på historiskt höga nivåer. Fram till november 2015 hade drygt 149 000 personer ansökt om asyl i Sverige, vilket är ungefär dubbelt så många som vid samma period året innan. De flesta kom från Syrien, Eritrea, Afghanistan och Somalia (Migrationsverket: "Inkomna ansökningar om asyl", 2015). Det svenska samhället är globaliserat, samtidigt som det också är starkt segregat. Beroende på bakgrund och ekonomi lever vi svenskar allt mer åtskilda i grupper och i olika geografiska områden (Bäärnhielm, 2015), vilket lätt kan skapa en "vi- och dem-uppdelning". I förlängningen skulle en ökad segregering kunna innebära skillnader mellan grupper i samhället vad gäller tillgången till vård eller att staten accepterar att vissa patienter får sämre vård och behandlingsmöjligheter, t ex vad gäller psykisk sjukdom.

Fereshteh Ahmadi skriver att det i dagens multikulturella samhälle är viktigt att försäkra sig om att alla får en hälso- och sjukvård av god kvalitet. För detta krävs att hälso- och sjukvårdspersonal förstår hur patienternas sociokulturella bakgrund påverkar deras syn på hälsofrågor (Ahmadi, 2008).

I syfte att erbjuda en jämlik vård för den växande mångkulturella befolkningen är det därför av största vikt att ta hänsyn till att kulturell variation kan påverka vår förståelse av patienten och således även diagnostik, bedömning och behandling inom psykisk sjukdom (Bäärnhielm, 2015).

Begreppet kultur

"Att förstå den kulturella kontexten av sjukdom är nödvändigt för en effektiv diagnostisk bedömning och klinisk behandling . Kultur avser system av kunskap, begrepp, regler och metoder som lärs in och överförs mellan generationer. Kultur omfattar språk, religion och andlighet, familjestrukturer, stadier i livscykeln, ceremoniella ritualer och seder, samt moraliska och juridiska system. Kulturer är öppna, dynamiska system som genomgår ständig förändring över tid" (American Psychological Association, APA, 2013).

Ordet kultur är centralt i denna uppsats och bör därför diskuteras. Det är ett begrepp som många har försökt att definiera och vars definitioner har varierat. I detta sammanhang utgår författaren från Riyadh Al-Baldawis egen definition av begreppet kultur: *"Kultur är en livslång inlärningsprocess som omfattar olika system av kunskaper, idéer, traditioner, normer, värderingar, trossatser, seder och bruk. Denna process sker ofta omedvetet genom individens dagliga interaktion med den grupp man tillhör. Dessa system bevaras vidare genom överföring från en generation till en annan samtidigt som de förändras och utvecklas i processen"* (Al-Baldawi, 2014). Riyadh Al-Baldawi menar vidare att dessa omedvetna kunskaper kan vara styrande i vårt sätt att hantera kriser och bygga upp relationer. När vi t ex i en krisartad situation måste skydda oss och söka tröst, händer det att vi söker oss till de gamla inlärdade kunskaperna och därmed binder oss starkare till de gamla kulturella ritualerna och symbolerna (Al-Baldawi, 2014).

Den kanadensiska psykologen John Berry har definierat begreppet kulturell identitet som en komplex uppsättning av uppfattningar och attityder som människor har om sig själva i relation till ytterligare kulturell referensgrupp. Han menar att denna kulturella identitet särskilt starkt kommer till uttryck i mötet med andra kulturella referensramar. I exil i Sverige utvecklas en ”dubbel identitet” av att både delta i det svenska samhället och bibehålla en identifiering med den etniska gruppen (Berry, 1994).

Sofie Bäärnhielm förespråkar en interaktiv syn på kulturbegreppet inom vården, som en av flera dimensioner i mötet med patienten, där betydelsen av kulturella faktorer ska bedömas utifrån varje patient och situation (Botond, 2014). Därmed ifrågasätter hon begreppet

"kulturkompetens", och välkomnar istället ett verktyg som KFI, som undersöker den enskilde individens perspektiv på hans problem. Hon skriver i SvD Nyheter angående begreppet kulturkompetens: *"Man kan förledas till att tro att det finns en färdig kompetens och om jag har den då förstår jag dem jag möter. Men man kan komma från samma del av Stockholm och ha samma yrkesbakgrund och ändå ha väldigt olika synsätt och förväntningar"* (Bäärnhielm, 2015; SvD Nyheter).

Perris har liknande tankegångar, utifrån ett annat perspektiv, angående människan i relation till sin omgivning: *"Det finns ingen absolut sanning eller objektiv verklighet. Det finns lika många sanningar som människor och varje människa definierar sin omvärld utifrån sina egna personliga konstruktioner"* (Perris, 2008).

Migration och hälsa

Vad är hälsa? Världshälsoorganisationen vågar sig på en bred definition, som - gissningsvis - få personer kan känna igen sig i: *"Ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande"* (WHO, 1946). Utifrån denna syn har hälsotillståndets välbefinnande flera dimensioner; kroppsliga, psykiska och sociala. Det är svårt att definiera hälsa; vad som är god hälsa för mig kanske inte är det för dig, vilket betyder att hälsa är ett begrepp som handlar om den enskilde individen. Centrum för kultur och hälsa i Göteborg menar att hälsa ska förstås utifrån var vi befinner oss i världen, vilken bakgrund vi har, vilken socialgrupp vi tillhör och vad vi varit med om ("Vad är kultur och hälsa". Hämtad 2016. Brodén, D.).

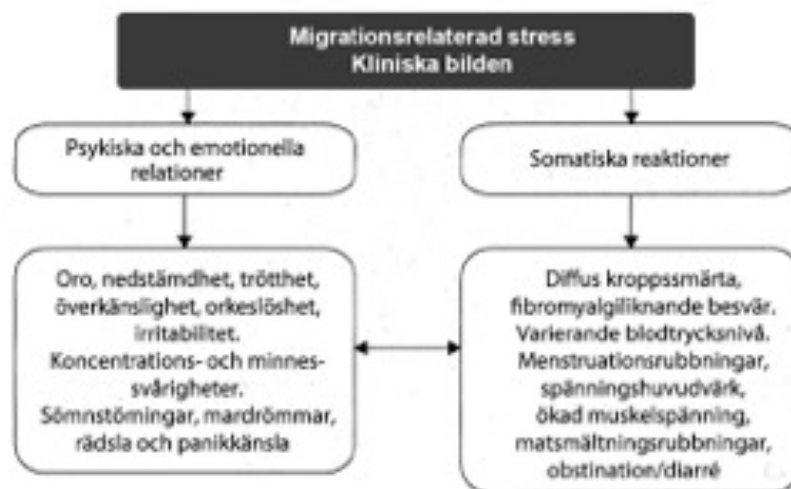
Migration är en krävande process som påverkar den enskilde individen på många områden i livet. Uttrycket migrationsstress syftar på att beskriva de påfrestningar som migrationen innebär. Riyadh Al-Baldawi skriver att en människa som flyttar till ett nytt land och går igenom stora förändringar och sedan får en livskris, inte nödvändigtvis är sjuk. Han hävdar att vårdgivare i Sverige har en tendens att se dem som sjuka, när de i själva verket behöver tid att läka. Symtomen kan till exempel vara huvudvärk, koncentrationssvårigheter, diffusa smärtor. Samtidigt är han noga med att poängtera vikten av att dessa människor blir sedda och uppmärksammade i vården och att de kan vara i behov av vård, terapi eller medicinering ("Läkare förklarar Migrationsstress". Hämtad 2016. Berndalen, J.).

Sofie Bäärnhielm skriver att det är viktigt för den som möter psykiska problem bland människor med invandrar- och flyktingbakgrund att känna till vanliga psykologiska

reaktionsmönster vid migration, hur hälsosituationen ser ut för invandrare och flyktingar, och hur diskriminering i det nya landet kan påverka hälsan. Hon menar vidare att stress och en försämrade social position kan påverka hälsan negativt. Migrationens påfrestningar och svårigheter kan bidra till utveckling av depression. Flyktingar är enligt Bäärnhielm en särskilt utsatt grupp. Många har erfarenhet av tortyr, våld, krig, övergrepp och det finns en rad studier som tyder på att de har en högre risk för flera psykiatriska sjukdomar, bland annat PTSD (Bäärnhielm, 2014).

I och med att bostadssegrering och social isolering har bidragit till att göra Sverige till ett mer och mer segregerat land menar Riyadh al Baldawi att de professionella mötena, t ex inom hälso- och sjukvård, har blivit viktiga arenor för invandrare att lära känna och anpassa sig till det nya landet. *"Invandrapatienten som söker hjälp på en vårdcentral är säkerligen i behov av konkreta medicinska åtgärder för att klara sina bekymmer. Men det är sättet denna patient blir bemött på som bygger upp förtroende och tillit som är viktiga för ett lyckat behandlingsresultat"* (Al-Baldawi, 2014).

Sofie Bäärnhielm beskriver den interkulturella kommunikationen i den mångkulturella sjukvården som en arena som saknar det småskaliga samhällets outtalade och gemensamma kunskap, och där "det osynliga isberget" behöver synliggöras. Hon menar att det som patienten rapporterar är en tolkning av hans erfarenheter, kunskaper, begrepp, ord, uttrycks sätt, föreställningar och känslor. Kulturella skillnader kan till exempel yttra sig i hur människor kommunicerar sjukdom, bedömer vart gränsen för det normala går, förklarar orsaker till sjukdom och vad de förväntar sig av behandlingen (Bäärnhielm & Ekblad, 2008; Al Saffar 2003). Hur behandlaren sedan diagnosticerar patientens behov beror på samma sätt av omgivningen och de medicinska traditioner hen arbetar i. *"Behovet av att förklara behöver kombineras med ett intresse för att vilja veta"* (Bäärnhielm, 2014).



FIGUR 6.4 Eventuella psykiska och somatiska reaktioner vid migrationsrelaterad stress.

Hämtad ur: Al-Baldawi, R. (2014). *Migration och anpassning: den okända resan*.

Problembeskrivning

Som behandlare bör vi ständigt sträva efter att se den enskilde människan och kan inte utgå från antaganden eller förenklade stereotyper, och vi bör vara uppmärksamma på vilka "glasögon" vi har på oss i mötet med en patient. Kultur är ett sådant raster som kan försvåra för oss att se den enskilda individen. Kulturen är en referensram mot vilken erfarenheter tolkas och kommuniceras. Detta gäller i hög grad även psykisk sjukdom, vårdsökande, förväntningar och sjukdomsförståelse (Bäärnhielm, 2013). Hur en patient förstår sina besvär påverkar hur hen förmedlar dem och vilken hjälp som söks, samt även hur vårdgivaren tar emot och förstår patientens besvär, vilket i längden även har betydelse för diagnosticering, förståelse av patienten och behandlingsupplägg. Det är därför av stor vikt att hänsyn tas till kulturella skillnader inom primärvården, som är fokus för den här studien. Sofie Bäärnhielm skriver att för att kunna ta hänsyn till kulturella skillnader inom vården behöver vi arbetsmodeller som hjälper oss att överbrygga globaliseringens och segregeringens konsekvenser för kommunikation samt för bedömning och behandling av psykisk sjukdom (Bäärnhielm, 2015).

Kulturformuleringen (KF) och Kulturformuleringsintervjun (KFI)

Ett stort steg i rätt riktning till att ta hänsyn till kulturens påverkan togs när

Kulturformuleringen (KF) infördes i DSM-IV:s appendix. Den användes dock inte kliniskt i så stor utsträckning, vilket till viss del kan ha berott på att den inte innehöll konkreta verktyg för användande (Scarpinati & Bäärnhielm, 2012). I DSM-5 har nämnda KF dock reviderats och placerats i den tredje delen, om utredningsmetoder. KF innehåller fem områden; Kulturell identitet, sjukdomsförståelse, psykosociala aspekter, kulturella faktorer av betydelse för relationen mellan patient och behandlare, samt övergripande bedömning av kulturella faktorer av betydelse för diagnostik och behandling.

KF är inte inriktad på att utforska symtom, utan på patientens perspektiv på sjukdom och sammanhang. Men den kan bidra med information som kan påverka bedömning och diagnosticering, genom att behandlaren får en förändrad förståelse av symtomen som patienten beskriver (Bäärnhielm & Scarpinati, 2009).

KF är placerad i DSM-5 tillsammans med Kulturformuleringsintervjun (KFI), med förhoppningen om att KFI kan bli ett användbart verktyg som förenklar för klinikern att ta hänsyn till kulturella faktorer av betydelse vid psykologisk behandling.

Vid revisionen av DSM-5 (2013) gjordes först en utvärdering av den Kulturformulering som fanns i DSM-IV. Kulturformuleringsintervjun med kompletterande fördjupningsintervjuer utvecklades av en internationellt sammansatt grupp med forskare och kliniker; DSM-5:s "Cultural issues subgroup", som var en del av "Study group on gender and cross-cultural issues". Utvecklingen av KFI leddes av professor Roberto Lewis-Fernández vid Columbia University. Intervjun låg sedan ute på APA:s webbplats för granskning och testades i en omfattande internationell fältstudie. Ingen fältstudie genomfördes dock i Sverige (Bäärnhielm, 2013). Den reviderade manualen har försökt att bemöta tidigare kritik om etnocentrism och individorienterat kulturbegrepp (Bredström, 2015). Trots ansträngningarna är det inte alla som anser att den lyckats med detta. Anna Bredström hävdar till exempel att centrala delar av de problem som lyftes fram när det gällde DSM-IV kvarstår och att manualen fortfarande framstår som etnocentrisk. Hon skriver att ett exempel på detta är hur DSM-5 fortsätter att framställa vissa diagnoser som universella genom att, precis som tidigare, presentera kulturella variationer av DSM-diagnoserna under särskilda rubriker efter

varje diagnos samt i ett appendix över "Cultural Concepts of Distress". Detta leder enligt Bredström till en etnocentrisk uppdelning mellan universella diagnoser och kulturspecifika avvikelser där kultur likställs med icke-västerländsk (Bredström, 2015). Sofie Bäärnhjelm är dock av annan åsikt och anser i motsats till Anna Bredström att uppmärksamheten på kultur i DSM-5 och inkludandet av den personcentrerade och etnografiskt baserade kulturformuleringsintervjun är en anpassning till det mångkulturella samhället. *"Kultur handlar inte om den som är exotisk eller främmande, utan all psykiatrisk diagnostik behöver på ett individualiserat sätt ske med hänsyn till kultur och kontext"* (Bäärnhjelm, 2013).

Intervjuguiden, KFI, ska fungera som ett stöd vid bedömning och diagnosticering genom att ge en bredare förståelse av den enskilda patienten. Den kliniska "kärnintervjun" innehåller 16 frågor, som översatts till olika språk, däribland svenska. Anhöriga till patienten får samma frågor, fast med vissa omformuleringar. Utöver dessa frågor finns även 12 kompletterande intervjuer - att användas om det är något område man vill fördjupa sig i eller förstå mer kring. Till exempel finns det en kompletterande intervju speciellt inriktad på barn och ungdomar. Det bör betonas att frågorna inte är tänkta att följas "ordagrant", utan kan omformuleras och ändras efter patientens och behandlarens subjektiva behov och personligheter. KFI handlar om personperspektiv och en viktig aspekt är att stora skillnader i "kultur" även kan finnas mellan människor från samma land. Vi är alla olika och har olika kulturella "glasögon/raster" på oss hela tiden, genom vilka vi beskådar världen och drar slutsatser om den. Frågorna syftar till att kombinera de universella diagnoserna med den individuella berättelsen, den enskilde personens upplevelser och uppfattningar om det lidande hen söker behandling för. Sofie Bäärnhjelm skriver i boken Transkulturell psykiatri angående KFI: *"Det universella sjukdomstillståndet, som t.ex. en depression, kompletteras med en individuell förståelse"* (Bäärnhjelm, 2014).

Enligt APA ger KFI en möjlighet för enskilda individer att definiera sitt lidande i egna ord för att sedan relatera detta till hur andra, som kanske inte delar deras kultur, ser på deras problem (APA, 2013). Sofie Bäärnhjelm menar att KFI är värdefull att använda i mötet med alla patienter, gärna före den mer symtomriktade diagnostiska intervjun. Frågorna undersöker såväl belastning, sjukdomshantering, som resiliens och motståndskraft, vid svåra situationer (Bäärnhjelm, 2015).

Hon skriver vidare att KFI är särskilt användbar vid diagnostiska svårigheter, oklar svårighetsgrad, när det finns skilda uppfattningar om lämplig behandling, vid begränsad behandlingsföljsamhet och när patient och behandlare har olika kulturell och social bakgrund. Bäärnhelm menar vidare att eftersom KFI är den mest personcentrerade delen i DSM-5, genom att den försöker förstå hur patienten förstår sina besvär, blir den således ett försök att bygga en terapeutisk allians (Bäärnhelm, 2013).

Kulturformuleringsintervjun (KFI):

- Används som ett komplement till övrig diagnostik.
- Används helst före den symtominriktade intervjun.
- Kan även användas senare.
- Kan användas av olika yrkesgrupper.
- Kan kombineras med diagnostik.

KFI är 16 frågor om kulturella faktorerers betydelse för fyra områden:

- Hur personen ser på sina besvär.
- Orsak, kontext, stöd- belastningsfaktorer, möjligt stöd, kulturella identitetens betydelse.
- Sjukdomshantering, tidigare hjälpsökande, hinder till vård.
- Aktuellt hjälpsökande, önskad hjälp, relationen till klinikern.

KFI är särskilt användbar vid:

- Kulturella och sociala skillnader.
- Svårigheter att värdera symtom.
- Svårigheter att värdera funktionsnedsättning.
- Olika uppfattningar om behandling.
- Begränsad behandlingsföljsamhet.

Källa: Sofie Bäärnhelm

Tidigare forskning

Enligt Bäärnhielm har tidigare forskning på Kulturformuleringsfrågorna i DSM-5 inte utförts inom primärvården tidigare och hon menar vidare att det därför är intressant att i denna studie lyfta det praktiska kliniska användandet av KFI inom primärvården (S. Bäärnhielm, personligt samtal, 15 december, 2015). Forskning på Kulturformuleringen har dock utförts, något som Bäärnhielm har visat på i en litteraturstudie; en genomgång av all forskning som gjorts om Kulturformuleringen. Samtidigt som hon gjorde denna studie var hon även involverad i ett utvecklings- och forskningsprojekt om Kulturformuleringen vid Spånga psykiatriska mottagning (idag Järvapsykiatrin). Bäärnhielm, Åberg & Scarpinati (2014) utvärderade användandet av Kulturformuleringen i DSM-IV bland invandrare och flyktingar på en öppen psykiatrisk klinik i Sverige. Resultatet de fick fram av studien visade att användningen av KF hade lett till revideringar av diagnoser i 56,5 % av patientfallen. Ängeststörningar, särskilt PTSD, utgjorde sjukdomsgruppen där flest ändringar hade gjorts (Bäärnhielm, Åberg & Scarpinati, 2014). Adeponle, Thombs, Groleau, Jarvis & Kirmayer (2012) har utvärderat effekten av systematisk användning av KF i DSM-IV bland patienter från etniska minoriteter med invandrarbakgrund inom psykiatrin i Kanada. Slutsatsen var att feldiagnosticering av psykotiska störningar inträffade med samtliga etnokulturella bakgrunder. PTSD och anpassningsstörningar feldiagnosticerades oftare som psykos bland invandrare och flyktingar från södra Asien (Adeponle, Thombs, Groleau, Jarvis & Kirmayer, 2012).

Roberto Lewis-Fernández som var med vid utvecklandet av KFI är ett tungt namn i detta sammanhang. Hans forskning fokuserar på hur vården kan utvecklas för att motverka ojämlikhet i hälsa. Han har publicerat ett stort antal vetenskapliga artiklar som handlar om hur kultur påverkar enskilda människors upplevelse av mental ohälsa och deras sätt att söka hjälp, förväntningar, samt om hur man utforskar kulturella skillnader i psykologisk behandling (Lewis-Fernandez, hämtad; 2016).

SYFTE

Syftet med uppsatsen är att undersöka om KFI i DSM-5 kan vara ett användbart verktyg för terapeuter inom primärvården, med fokus på mångkulturella områden, för att få en bredare förståelse för patienter med annan kulturell bakgrund än terapeuten själv har. Uppsatsen syftar till att beskriva terapeuternas behov och subjektiva upplevelser av svårigheter i mötet med andra kulturer; och hur det är att använda sig av verktyget KFI praktiskt; styrkor/svagheter, påverkan i mötet med patienten, förslag på eventuella förändringar, samt synpunkter på frågorna och dess användbarhet.

Frågeställningar

Huvudfrågor

- Hur upplevde terapeuterna användandet av Kulturformuleringsfrågorna i DSM-5?
- Kan KFI vara ett verktyg för terapeuter inom primärvården för bättre förståelse av patienter med andra kulturella referensramar än de själva har?

Följdfrågor

- Vad möter terapeuterna för svårigheter i arbetet med patienter med psykisk ohälsa med annan kulturell bakgrund än svensk?
- Hur påverkar KFI mötet mellan terapeut och patient?
- Vilken typ av information kommer fram vid användning av verktyget?
- Bidrar verktyget till att ny förståelse för patienten kommer fram som kan vara av betydelse vid diagnosticering, behandling och vårdupplägg?
- Var det några specifika frågor som kändes bra, mindre bra eller till och med borde ändras?
- Kan verktyget möta de behov terapeuterna har, eller saknas viktiga frågeställningar?
- Kan de tänka sig att använda sig av verktyget i fortsatt kliniskt arbete?

METOD

Eftersom uppsatsen syftar till att skapa en djupare förståelse för terapeuternas subjektiva upplevelser av att använda sig av KFI har kvalitativa metoder använts. Den kvalitativa forskningsmetoden kan bidra till ny insikt om människors upplevelser och erfarenheter, då den syftar till att skapa fördjupad kunskap om ett fenomen, snarare än kartläggning.

Terapeuterna har först fått beskriva de svårigheter de upplever i mötet med patienter med helt annan kulturell bakgrund än de själva. Sedan testade de verktyget praktiskt på tre patienter vardera för att se om KFI var till hjälp vid de upplevda svårigheterna, samt vad det tillförde, vilka problem de stötte på vid användandet.

Uppsatsen utgår från ett socialkonstruktivistiskt perspektiv, vilket innebär en syn på samhället som socialt konstruerat av människor i samspel med varandra.

Enligt Socialkonstruktivismen skapas innebörder av begrepp av människorna som använder dem, i den kontext och tid de lever i.

Urval

Deltagarna i studien är fyra steg1-utbildade terapeuter med olika bakgrund (Socionom, Beteendevet., Psykolog). Två av dem under pågående legitimationsgrundande KBT steg 2-utbildning. För enkelhetens skull väljer jag att benämna dem alla terapeuter. En av deltagarnas arbetssituation skiljer sig från de övrigas på så sätt att hon arbetar på en enhet med enbart asylsökande patienter. Samtliga deltagare är kvinnor i medelåldern, ca 30-55 år. Tre av kvinnorna är födda och uppväxta i Sverige, och den fjärde är född och uppvuxen i Finland. Samtliga arbetar med psykologisk behandling inom primärvården i mångkulturella områden utanför Stockholm. Vårdcentralerna de arbetar på ligger i Rinkeby, Rissne och Botkyrka. Ett selektivt urval (purposeful sampling) användes för att välja ut deltagarna, då det var viktigt att deltagarna hade erfarenhet av arbete med personer med olika kulturell bakgrund.

Urvalsprocessen är vanlig vid kvalitativa studier där man vill få fram så mycket som möjligt om ett fenomen och därför väljer ut de man tror har mest att säga om detta ämne (Palinkas, Horwitz, Green, Wisdom, Hoagwood, 2013). Författaren tillfrågade kollegor inom primärvården, med erfarenhet av att bedriva psykologiskt arbete med patienter med olika kulturell bakgrund, om att delta i studien. De tillfrågades direkt eller via e-post.

Deltagarna fick i sin tur välja tre patienter var att utföra KFI på. Dessa patienter valdes utifrån följande kriterier: Patienterna skulle ha annan etnisk bakgrund än terapeuten själv, vilket i detta fallet innebar annan etnisk bakgrund än svensk och finsk, och de skulle relativt nyligen ha påbörjat terapierna (ej haft fler än max tre terapisaftal innan de genomförde KFI).

Sammantaget använde terapeuterna KFI på tolv patienter (nio kvinnor och tre män): Tre från

Irak, tre från Turkiet, två från Eritrea, två från Jordanien, en från Libanon och en från Somalia. Sju av dessa var asylsökande. Tolk användes med tio av patienterna.

Datainsamling

Datainsamlingen påbörjades med att deltagarna bjöds in till en semistrukturerad fokusgruppsintervju, där de fick samtala om svårigheter och fenomen som kan uppstå i terapeutiskt arbete med patienter med annan etnisk bakgrund än terapeuten själv.

Fokusgruppsintervjun varade i ca 1 1/2 timme och videofilmades.

Informationen som kom fram under fokusgruppen användes sedan för att sammanställa en intervjuguide, utvecklad för att undersöka terapeuternas upplevelse av att använda sig av KFI.

Fokusgruppsmaterialet har även fungerat som en hållpunkt att ta avstamp mot när det gäller att undersöka huruvida KFI kan vara ett användbart verktyg i arbetet med andra kulturer.

Intervjuguiden använde jag sedan i individuella semistrukturerade intervjuer med de deltagande terapeuterna. Intervjuerna tog ca 1 1/2 timme vardera och videofilmades.

Analys

Data har analyserats genom meningskoncentreringsmetoden. Det videoinspelade materialet från fokusgruppen och intervjuerna transkriberades och lästes ett flertal gånger för att få en känsla för innehållet. Innan texten började koda gjordes en sortering baserad på vilka teman deltagarna hade lyft under intervjuerna, samt utifrån områden som diskuterades i fokusgruppen. Tolkningen av det latenta innehållet i textmaterialet gjordes med andra ord utan att särskilda teman var bestämda från början, vilket överensstämmer med Grounded theory (Hsieh, Shannon, 2005).

Terapeuternas uttalanden var ibland mångtydiga och speglade motsägelserna i den värld hon lever och arbetar i. Den kvalitativa forskningsintervjun arbetar dock med ord, inte med siffror (Kvale, 2014), och resultatet och analysen har sammanställts utifrån en kvalitativ induktiv hållning. Resultatet har illustrerats med citat från de deltagande terapeuterna. Ambitionen har varit att följa talspråket i så stor utsträckning som möjligt, men citaten behövde ibland anpassas för att bättre få fram budskapet i utsagorna, samt öka läsförståelsen. När det gäller resultat- och diskussionsdelen har författaren valt att inte specifikt uppge vem citaten härrör från, eller exakt hur många som stod bakom en specifik utsaga. Detta på grund av att de

utvalda terapeuterna är få, och att de ofta var homogena i sina åsikter. Om det är någon som har en helt annan åsikt än de övriga, så finns det återgivet i citatform.

Etiska överväganden

De terapeuter som tillfrågats att delta i studien har skriftligen och muntligen vid första fokusgruppen informerats om syftet med undersökningen. Samtliga intervjupersoner gav sitt samtycke till att intervjuerna dels videofilmades och dels sammanfattades i form av citat. Deltagandet är helt anonymt och det går inte att utläsa av studien vem av terapeuterna som har uttalat sig. Terapeuterna var medvetna om att deras medverkan var helt frivillig, samt att uppgifterna inte kommer att användas till något annat än denna studie. De sammanlagt tolv patienter, som terapeuterna testade KFI på var i de flesta fall inte informerade om att terapeuterna deltog i en studie. Patienterna var inte heller fokus för uppsatsen, utan fokus låg på de deltagande terapeuternas utvärdering av användandet av KFI. Det finns inga personuppgifter eller namn dokumenterade från de tolv patienterna, så deras medverkan är helt anonym.

Teoretiskt avstamp

En artikel som inspirerade och blev vägledande i valet att titta närmare på KFI som verktyg, är Norcross & Wampold (2011). Artikeln behandlar evidens när det gäller att individanpassa psykoterapi till patientens egenskaper. Norcross och Wampold skriver att terapins effektivitet kan förbättras genom att den psykologiska behandlingen skräddarsys. Artikelförfattarna uppger att kliniker länge har insett att behandling bör anpassas till den enskilda patienten och hans sammanhang, men att det är först nu som det finns tillräcklig empirisk forskning som kan vara vägledande i sammanhanget. De lyfter fram fyra olika områden, i mötet mellan terapeut och patient, utöver diagnos, där det enligt artikelförfattarna är bevisligen effektivt med anpassad psykoterapi. Dessa är vid 1) reaktans och 2) kulturella skillnader, samt vid 3) skillnader i referensramar/preferenser, samt 4) skillnader i religion/andlighet. Två ytterligare patientkaraktäristika som relaterades till psykologiska behandlingars framgång var patientens förväntningar på terapin och anknytningsstil.

Wampold hävdar som tidigare nämnts att forskningen nu stödjer individanpassade terapeutiska metoder samtidigt som behandlingen också bör följa generella riktlinjer kring

vad som är verksamt i terapi. Han skriver att viss forskning visar att det som är verksamt vid terapeutiska behandlingar handlar om övergripande "Common factors", snarare än att det måste vara en specifik terapiform. De faktorer som vanligen pekats ut som Common factors är; alliansen, terapeuten, patienten, empati, förväntningar på terapin, samt kulturell anpassning (Mechler, Lindqvist, 2012). Den terapeutiska alliansen lyfts ofta fram i litteraturen som en av de viktigaste aspekterna på en positiv behandlingseffekt. Patienter som upplever alliansen som positiv har större benägenhet att fullfölja behandlingen, uppnå förbättring och att beskriva terapin som hjälpsam. Seligman & Reichenberg (2012) skriver att det därför torde vara av största vikt att bygga upp en stark allians med patienten. Vidare skriver de att medkänsla och genuint intresse för patientens livsvärld är aspekter som är viktiga terapeutiska framgångsfaktorer (Seligman & Reichenberg, 2012).

En viktig aspekt för alla framgångsrika behandlingar enligt Wampold et al (2014) är att patienten får en förklaring till hans problem och att behandlingen överensstämmer med den förklaringen. Terapierna ska vidare utföras av terapeuter som tror på, och är lojala med behandlingsformen (Kevin, Laska, Wampold, 2014). Wampold et al (2014) skriver att en av konsekvenserna av att använda sig av Common factors-perspektivet är att det skapar en flexibilitet i behandlingen och ett individanpassat förhållningssätt. De menar vidare att de kulturellt anpassade behandlingarna är bevisat mer effektiva än de som inte är anpassade efter patientens specifika kulturella bakgrund (Benish, Quintana, Wampold, 2011). Vad som är verksamt i behandlingsväg är inte fokus för denna uppsats, men relevant att lyfta fram eftersom KFI är ett verktyg som syftar till att förstå mer om hur den enskilde personen ser på sitt problem och den situation hen hamnat i, vilket naturligt kan leda till en skräddarsydd behandlingsinsats. Common-factors-teorin stödjer ett individanpassat förhållningssätt, vilket är själva grundtanken med användandet av KFI. Det är även av stort intresse för denna studie att Norcross och Wampold (2011) pekar ut skillnader i kulturell bakgrund som en faktor som gör det extra viktigt att som terapeut använda sig av ett individanpassat förhållningssätt.

RESULTATREDOVISNING

Resultatet redovisar vilka svårigheter terapeuterna upplever i samtal med patienter med annan kulturell bakgrund än de själva. Utifrån dessa svårigheter belyses dessutom hur terapeuterna upplever användningen av KFI som redskap i patientarbetet. Resultaten som framkommit är indelade i fem olika delar:

1. Terapeuternas svårigheter med patienter med annan kulturell bakgrund än de själva
2. Påverkan av KFI på mötet mellan terapeut och patient
3. Ny information
4. Terapeuternas synpunkter på KFI
5. Använda sig av KFI i primärvården

Informationen har framkommit vid de individuella intervjuerna, förutom vid punkt 1) där information framkommit i huvudsak via fokusgruppsintervjun.

Varje del inleds med text och sammanfattning. Samtliga delar illustreras med citat från terapeuterna.

1. Svårigheter i arbetet med patienter med annan kulturell bakgrund

I den här delen av uppsatsen lyfts de huvudsakliga svårigheterna fram som terapeuterna uttrycker att de har i arbetet med patienter med annan kulturell bakgrund. Materialet kommer från fokusgruppsintervjun. Samtliga terapeuter uttryckte att mötet mellan terapeut och patient påverkades av att patienten hade en helt annan kulturell bakgrund än terapeuten själv. Detta ledde enligt terapeuterna till diffusa, ofta outtalade, upplevelser av störningar i alliansen på grund av att patienten och terapeuten hade olika förväntningar på exempelvis hur behandlingen ska gå till, vem som leder samtalet i rummet, olika syn på sociala normer och värderingar mm. Samtidigt som svårigheter kunde uppstå i mötet med en annan kultur, uppgav terapeuterna att de upplevde skillnaderna i kulturell bakgrund som spännande och en av utmaningarna i arbetet. Terapeuterna lyfte särskilt fram tre typer av svårigheter som kommer att beskrivas närmare nedan. Svårigheterna består av de förväntningar som patienterna har på terapeuten, de kulturella skillnader och kulturkrockar som ibland uppstår, samt brist på basala faktakunskaper om landet som patienterna kommer ifrån.

1.1 Förväntningar på terapeuten

Terapeuterna uttryckte att de ofta stötte på oklarheter kring sin yrkesroll från patienternas sida; t ex kring hur mycket makt en terapeut har i det svenska samhället. Det försatte ofta terapeuterna i en känsla av hopplöshet och uppgivenhet som behandlare. De uppgav att deras roll ibland blandades ihop med läkarnas, och det kunde vara svårt för patienter med annan kulturell bakgrund än den svenska att förstå vad terapeutens roll överhuvudtaget var om de nu inte kan skriva ut medicin.

Enligt terapeuterna kan skillnader i förväntningar yttra sig i att patienten intar en passiv hållning; t ex har svårt att prata fritt i rummet och förväntar sig att terapeuten ställer frågor som sedan patienten svarar på. Terapeuterna beskrev att ibland hade patienterna de träffade en svag psykosocial ställning i det svenska samhället; låga löner eller bidragsberoende, problem med fysisk och psykisk hälsa, lågutbildade eller innehar en utbildning som inte gäller i det nya landet, eller i väntan på uppehållstillstånd. Enligt terapeuterna kan denna situation ibland leda till att de upplever att patienterna hamnar i en beroendeställning, och att de som terapeuter får symbolisera en räddningsplanka in i det svenska samhället. Terapeuterna påtalade att de ibland upplevde att det blev en maktobalans mellan dem och patienten, som kunde ha negativ påverkan på alliansen. Terapeuterna var dock noga med att påpeka att samma situation med maktobalans även kunde uppstå i mötet med patienter med svensk etnisk bakgrund, men att skillnaden i kulturell bakgrund var ytterligare en aspekt som försvårade för terapeuterna att hantera situationen i rummet.

Citat:

"Ofta är förväntningarna höga på att våra ord och uttalanden väger tungt. De vill att saker ska hända! Ibland får jag höra: Varför sitter du bara där och pratar, det händer ju inget. De känner en frustration över att terapeuten inte kan få saker att förändras snabbt, de tror att terapeuten ska fixa deras liv".

"Ibland känner jag förväntan att sitta och ställa en massa frågor som de lydigt ska svara på. Jag har funderat över om det har med kultur att göra, att det handlar om struktur och vem som har makten".

"Man är socialiserad i olika miljöer, vilket leder till vad man tycker är normalt. De kommer, sitter kvar i stolen. De vill inte prata. Och sen då? Det är lättare med svenska patienter".

"Patienterna har ofta vissa förväntningar när de kommer till kuratorn. De har ofta en övertro på pappret - att man ska skriva intyg - att det ska hjälpa dem vidare i samhället".

1.2 Kulturella skillnader

Samtliga terapeuter hade på ett eller annat sätt råkat ut för kulturella skillnader som kan liknas vid "kulturkrockar". Terapeuterna menade att skillnader i religiösa seder och bruk, tradition, normer eller värderingar kan leda till en osäkerhet hos terapeuten angående bemötande och val av interventioner som kan tänkas vara verksamma, utan att man för den skull kränker patientens identitet och bakgrund. Det kan också uppstå en förvirring inför patientens lidande, då terapeuten saknade samma kulturella referensramar och därmed får svårt att koda vad patienten kommunicerade. Samtliga respondenter var - som tidigare nämnts - kvinnor, och hade på ett eller annat sätt mött skillnader i hur man ser på genusaspekten olika mellan olika kulturer.

Citat:

"Jag har stött på människor som går in i ramadan och som vill följa traditionen och där jag som terapeut tänkt att det kan förvärra det psykologiska tillståndet".

"Ibland funkar det inte att prata om känslor, utan det verkar sitta mer i kroppen. Det kanske inte är ok i kulturen att ha psykiska problem. Då jobbar jag på annat sätt, med avslappning till exempel".

"Kvinnan fick inte vara själv i rummet med mig utan mannen. Det är så annorlunda, och svårt att förhålla sig till att patientens man sitter med under terapin".

"Jag träffade en man som hade flera kvinnor och där den äldsta kvinnan hade börjat må dåligt. Jag funderade hur det familjelivet hade gått till, men samtidigt var det acceptans från min sida som gällde".

"Man måste hitta balans i det systemet. Man utgår inte från att det är på det ena eller andra sättet. Hur man är som man och kvinna. Våldigt spännande!"

"Jag har det i bakhuvudet när jag möter män från en annan kultur "hur klär jag mig på jobbet?". Det är känslan av att vara i ett annat land i Rinkeby... och att man får acceptera seder och kultur här".

"Jag har träffat män som inte tagit i hand eller sett mig i ögonen, och som har svårigheter med att jag som yngre och kvinna på sätt och vis är den som styr samtalet".

"Det är så svårt för mig att förstå relationen ibland mellan makarna i miljön och vad som binder dem samman och varför kvinnorna inte får gå ut själva. Det skulle kännas som en fördel att förstå. Nu har jag bara min upplevelse".

1.3 När terapeuterna har bristande faktakunskaper

Att inte ha basala faktakunskaper om landet som patienten kom ifrån var en faktor i terapin som terapeuterna upplevde på olika sätt. Ett par informanter upplevde inte att det var något problem att inte ha kunskap kring landet och sederna patienten kom från, utan menade att de löste okunskapen genom att ställa öppna och nyfikna frågor. En av terapeuterna tyckte att det var ett stort problem om hon inte kände till miljön och bakgrunden patienten kom från, då hon upplevde att hon hade svårt att göra sig en hel bild av patienten utan nämnda förkunskaper.

Citat:

"Ju mer förförståelse och kunskap, desto mer kan jag orientera mig. Det är lättare om jag känner till fakta om landet; t ex seder, om de flesta går i skolan eller inte, om det är ett sekulariserat land, vilka konflikter som råder etc."

"Jag har haft barn från bergsbyar där jag inte kunnat något om deras bakgrund. Då blir jag avvaktande och stel, om jag känner mig osäker. Jag är inte med på tåget och känner skuld över att jag låter personen utbilda mig. Annars är jag ju aktiv och pådrivande. Det tar mer tid".

"Det kan vara befriande också att inte veta, inte känna till, att komma från olika kulturer. När man ställer de dumma frågorna, då blir man mer jämlika och kan skratta. Det kan kännas lättare än när jag träffar de som liknar mig socialt med bakgrund, utbildning etc."

2. Påverkan av KFI på mötet mellan terapeut och patient

Här lyfts påverkan på mötet mellan terapeut och patient vid användning av KFI. De teman som terapeuterna uppgav kom upp som de viktigaste vid användning av KFI var; alliansen, förväntningar på terapeuten och empati.

2.1 Alliansen

Alliansen nämnde samtliga terapeuter som ett område som påverkades av användningen av KFI-frågorna; dels att det kunde vara störande för alliansen om de som terapeuter blev för fokuserade, och därmed forcerade, på att få svar på själva frågorna. De uttryckte samtliga att frågeformuläret gjorde att terapiprocessen gick för fort fram med vissa av patienterna, och att det i sig kunde skada alliansen och i värsta fall leda till att patienten inte kom tillbaka. Men terapeuterna uppgav också att KFI-frågorna i vissa fall hade gynnat alliansen i och med att frågorna visade att "jag är intresserad av just *din* syn och *din* uppfattning".

Citat:

"Alliansen blev stark då hon fick berätta för mig hur det är att vara turkisk kvinna".

"Det kändes ju lite ovant att sitta med formulär med frågor och lite stelt i kontakten, vilket påverkade alliansen negativt".

"Alliansen med den här patienten tror jag blev bättre av att jag med hjälp av frågeformuläret lade upp vissa saker direkt på bordet".

"Hon hade blivit långvarigt misshandlad, och jag såg ju att det blev för mycket med de här frågorna, så jag avbröt någonstans... så att vi kunde bygga alliansen, så att det inte blev för starkt. Jag hade tagit det mycket långsammare annars, om det inte vore för frågorna".

"Frågeformuläret gjorde typ skada för alliansen, fast det berodde nog på min grovhänta hantering av det inser jag nu när jag tittar tillbaka... Men det är ju ett känt faktum att sådana här strukturerade intervjuer... att det kan gå åt båda hållen liksom... Det är lite som att en tredje part är med, som blir väldigt viktig i rummet som en central figur, och det märker ju patienten också".

"Vissa är ju lite frustrerade när de kommer "fixa det här nu". Men jag fortsatte bara att fråga utifrån den här strukturen, och det var inte den struktur han hade tänkt sig att följa, så då blev det som att han tyckte att jag ställde dumma frågor. Vi var liksom långt ifrån varandra... jag såg hur han tittade på tolken som att "herregud, vad håller hon på med... om jag inte hållit mig till frågeguiden hade jag förmodligen sagt "ok men berätta du då"... Jag hade lutat mig tillbaka på ett annat sätt."

2.2 Förväntningar på terapeuten

Som tidigare nämndes under fokusgruppsintervjuerna har patienterna ibland förväntningar på terapeuten som inte alltid stämmer överens med hur rollen som terapeut inom primärvården i Sverige ser ut. Inte sällan blandas terapeutrollen ihop med läkarens roll och patienterna har ofta en övertro på terapeutens makt i samhället och på hur mycket t ex ett intyg kan påverka deras situation. Samtliga terapeuter uppgav att maktförhållandet blev än tydligare vid användandet av KFI; att det var de som ställde frågorna medan patienterna svarade. Detta kunde i vissa fall upplevas negativt medan det i andra fall upplevdes som en bra struktur att hålla sig till. Terapeuterna uppgav att beroende på hur frågorna ställdes och vem patienten var hade frågeguiden i vissa fall gett upphov till att patienten känt sig kompetent och betydelsefull, vilket tvärtom föregående utsaga skapat ett mer jämlikt maktförhållande mellan patient och terapeut.

Citat:

"Då fick hon förklara för mig hur det var för henne och jag tror att det gjorde att hon kände sig väldigt kompetent. Att det var hon som satt inne med kunskapen".

"Frågorna påverkade maktförhållandet, som det är med alla blanketter: Jag ställer frågor och du svarar. Rollerna blir tydligare, men inte på ett bra sätt, det är därför jag inte gillar blanketter. Jag känner mig styrande med blanketter".

Istället för att hela tiden följa patienten och dyka in där affekterna ligger blir det "nu ska du svara på det här". Jag känner mig styrande med blanketter".

"Jag tror hon kände "varför ska du ställa de här j-a frågorna jag har inte tid med det, hjälp mig med Migrationsverket istället".

"När jag frågade vad tror du skulle vara till nytta för dig? så svarade han "Men det ska väl du veta, det är väl du som kan!" Det var provocerande för honom med en sådan fråga. Och han ville t o m nästan gå."

"Det händer ju att det kommer patienter som förväntar sig att bli utfrågade och man behöver ställa bra frågor och då är ju det här bra som utgångspunkt".

"Så var det nog lite med den här patienten att det var betydelsefullt att få intyg från läkare och mig... Och det stämmer in för honom att jag ställer konstiga frågor... det stämmer in i hans bild av min roll... Risken blir ju att en sån person svarar på frågor han inte vill svara på egentligen... att han blir för följsam... man får vara uppmärksam och hjälpa en sådan person och säga "du får själv bestämma vad du vill berätta och inte."

"När jag använde frågorna störde jag mig på patienten som inte ville medverka och han störde sig på en kvinna som inte sitter och lyssnar på honom som hon ska, lite mer ödmjukt kanske... jag antar att jag i hans ögon var en uppkäftig kvinna. Jag inser nu att våra undermedvetna värderingar krockade med varandra om vad vi tyckte var en rimlig rollfördelning".

"Ja hon är en läkare är det ju många som tror, och vill veta om sina fysiska krämpor, och om jag som terapeut är väldigt tillbakadragen kommer det ju bli att de kör på det spåret... men om jag är tydlig och med hjälp av frågorna berättar hur jag tänker; att det finns ju många sätt att

förstå det här och att läkarna tittar ju på det som händer med kroppen och jag är intresserad av vad som händer i ditt sinne, så tänker jag att det klargör."

2.3 Empati och att visa känslor

Som tidigare lyfts fram påpekade samtliga terapeuter att användandet av frågeformuläret under terapierna var ovant och fick kontakten att kännas "stolpig" och stelare, mer forcerad än annars. Särskilt en av terapeuterna lyfte fram vid ett flertal tillfällen under intervjun att frågeformuläret fick henne att tappa flytet i kontakten, vilket gjorde det svårare att fånga upp patienten i känslan och i förlängningen att visa empati. En annan respondent upplevde att hon blev forcerad av frågeguiden och nästan kände sig "irriterad" om patienten hamnade i för starka känslor, då det hindrade henne från att genomföra KFI-intervjun som planerat. Samtliga terapeuter hade valt att avbryta KFI-intervjuerna vid något tillfälle då deras patienter hamnat i starka känslor och de valt att stanna och fånga upp dem i känslan.

Citat:

"Istället för att hela tiden följa patienten och dyka in där affekterna ligger blir det "nu ska du svara på det här"".

"Det var en akutsituation, så det kändes bara i magen att jag måste vara med i den här känslan nu, så då avbröt jag frågorna bara..."

"Fem minuter efter att vi hade börjat såg jag stora blanka tårar i ögonen som väntade på att välla ut och då la jag bara av med frågorna för att... han var jätteledsen faktiskt".

"Det blir ju lite stolpigt och styligt och fyrkantigt, med de här frågorna, man tappar känslan... men ingenting han uttryckte med ord, det var bara en känsla hos mig..."

"När man använder sig av sådana där blanketter blir man lite mer instrumentell, och den rollen har jag rätt svårt för, det blir stelt".

3. Ny information

Här beskrivs vilken typ av information terapeuterna upplevde att de fick fram om patienterna via frågorna i KFI. Terapeuterna lyfte ut två breda centrala teman som redovisas närmare nedan.

De teman som kom fram var: dels information om hur patienten *själv* ser på sitt lidande i ett sammanhang, men även *hur* patienten svarar på frågorna ger mycket information som är viktig för det terapeutiska arbetet; om de t ex inte förstår en fråga, hamnar i affekt, svarar följsamt, undviker vissa frågeställningar mm. Ytterligare intressant aspekt som kom fram var att patienten ibland svarade på frågan på "fel sätt", enligt terapeutens kulturella referensram, men att det också gav information som var värdefull för behandlingen.

3.1 Hur patienten själv ser på sitt lidande och vad som orsakat det

Värdefull information kom fram vid användandet av KFI angående hur patienten själv ser på sitt problem, och sin situation.

Citat:

"När jag frågade om vad i bakgrunden eller identiteten hon tyckte var mest betydelsefullt, så svarade hon: att jag tror på Allah! Och då utifrån mina svenska mått blir jag liksom blockerad, typ "jag förstår att din religion är jätteviktig för dig, men det måste ju vara mer som formar dig och din kulturella identitet?" För när jag tänker kultur tänker jag inte främst på religion, men för henne var det verkligen det... så det som kom fram var att hon är väldigt troende och att hon ber flera gånger om dagen. Det var värdefull information men jag blev frustrerad, jag hade förväntat mig att vi skulle reflektera mer".

"När jag kom till någon av de här frågorna så berättade hon att hon och hennes man flytt till Sverige på grund av att de var utsatta för dödshot från sina respektive familjer, därför att de tillhör olika religionsuppfattningar och familjerna motsätter sig deras relation. Det var inget hon tyckte var viktigt att berätta om när hon kom till mig utan hon berättade bara om sina symtom... Det var när jag ställde frågorna som hon berättade".

"Jag tror att i och med att det var så grundliga frågor som kom efter varandra på ett rakt sätt, så kom det fram hur väldigt svåra förhållanden som den irakiska kvinnan hade levt under... Hon hade haft mardrömmar under väldigt många år, och när de här frågorna fortsatte komma den ena efter den andra så upplevde jag att hon plötsligt kunde berätta..."

"Patientens problem hade pågått i 5 år och han hade sökt hjälp i Sudan. Han hade gått till en "magic man", någon typ av shaman som jag förstod det och fått diagnosen hjärtesorg - som betyder att en kvinna hade "gått in i honom", som jag tolkade det. Han hade blivit lämnad av en kvinna, men ville inte prata om det. Men då vände liksom allt, det var ju jätteviktig information till mig - då sa jag; ok, då förstår jag mycket mer om ditt problem, nu förstår jag mer hur det hängde ihop."

"När jag använde frågorna blev det plötsligt tydligt för mig att "herregud hon tror ju att Gud ser henne här i rummet, så hon kan ju absolut inte gå med i mina reflektioner över varför Gud gör henne illa. Hon måste vara god mot Gud, därför att han ser ju henne". Det var viktig information för mig som kom fram".

"När jag ställde den här frågan om hur hon trodde att andra i hennes kretsar såg på problemet så kom det fram att de inte pratar om det. Så hennes största problem är att hon inte klarar av att diska färdigt. Hon är sjukskriven, multisjuk och de fyra vuxna barnen förstår inte det, att hon bara lämnar disken hela tiden. Ja det var hennes största problem, och hon såg inte att det var ett problem att man inte pratar, och att ingen frågar henne hemma hur mår du egentligen? Det tycker jag var bra att genom den frågan kom det upp".

3.2 Sättet på vilket patienten svarar på frågorna

Hur, på vilket sätt patienten besvarade frågorna, tillförde värdefull information till den terapeutiska processen.

Citat:

"Förutom själva svaret så upplevde jag att hur personerna förhåller sig till frågorna eller till situationen, det ger ju också en massa information. Den här kvinnan t ex, vad jag än frågade

så återkom hon till ett annat svar - det säger ju ganska mycket ... Jag märkte ju att hon vill ju bara prata om den här systemn..."

"När det gällde den här patienten så blev det extremt tydligt med KFI att hon inte kunde verbalisera hur hon mår, vilket var bra att få reda på så tidigt i terapin".

"Jag tycker KFI förändrade min syn på patienten och problemet. I det första fallet fick jag en klarare diagnostisk bild, att hon är jättesjälvcentrerad och inne i sina egna känslor... att hon inte klarar av att metatänka... Och med den andra patienten tycker jag det blev tydligt att hon inte kunde uttrycka så mycket känslor, och att hon var så följsam".

"Först tänkte jag att hon var trögpratad, men även när jag använde KFI svarade hon bara kort, kort. Om jag bara hade låtit henne beskriva själv hade det inte blivit lika tydligt - nu blev det väldigt tydligt att hon inte hade kontakt med sina känslor".

4. Terapeuternas synpunkter på KFI

Här beskrivs vad terapeuterna tyckte om att använda sig av KFI, samt deras synpunkter på hur verktyget skulle kunna förändras och förbättras. Även denna del är indelade i stycken efter teman som kommit upp; verktygets styrkor och svagheter, synpunkter på specifika frågor, förslag på förändringar av vissa specifika frågor. Fråga 8, 9, 10 om den kulturella identitetens sammanhang får en egen del på grund av den särskilda tyngd som terapeuterna gav dessa frågor under intervjuerna. Texten om dessa frågor är löpande med insprängda citat i texten.

4.1 Positiva aspekter av användning av KFI

De positiva aspekter som alla fyra terapeuter uppgav var att frågorna kändes relevanta för deras yrkeskår och väl genomarbetade; det var frågor de ville ha svar på och som gav dem mycket värdefull information i arbetet. När de inte använde sig av KFI uppgav terapeuterna att de tenderade att antingen "glömma" att ställa vissa av dessa frågor, eller undvika dem på grund av obehaget de kunde tänkas väcka. Enligt terapeuterna var en av de viktigaste aspekterna med KFI att "teman kom upp på bordet", på ett rakt och öppet sätt. Positivt var även att frågorna gav information om hur patienten *själv ser på sitt lidande i ett sammanhang*.

Men även att terapeuten får information om patienten beroende på *hur patienten besvarar* frågorna upplevdes som en viktig vinst av KFI, t ex: Om patienten undviker att svara på vissa frågor, inte förstår vissa frågor, eller svarar följsamt på varje fråga som terapeuten ställer. Terapeuterna tyckte även att KFI ökade sannolikheten att få med aspekter av kulturförståelse som annars skulle förbisetts.

Citat:

"Plus är ju helt klart att man för in vissa teman och ord på bordet. Jag tänker mig att fördelen med KFI är att patienten förstår att terapirummet är öppet för sådant här".

"Viktigt det här hur de förstår sina problem, så att man inte bara tar upp DSM och checkar av "aha, du har sömnsvårigheter och mardrömmar", det här är mer matnyttigt och ger mer tycker jag.

"Utan frågorna kanske man missar viktig information för att varken patient eller terapeut för upp det på bordet annars".

"Jag tycker det är jobbigt att använda mig av blanketter... men samtidigt kan jag se att det är teman som kommer upp på bordet".

"För min del är det väldigt stor hjälp att de här frågorna finns... det väcker tankar och jag får liksom nya insikter".

"Frågorna gjorde just detta att jag såg och förstod att jag har svårt att förstå hur du har det för att du har en helt annan kulturell bakgrund. Vi började där..."

"När jag började med frågorna märkte jag att hon hade svårt förstå. Inte bara det språkliga, utan det var en del av hennes problem. Hon har svårt att tänka utanför sig själv. Det var bra att få syn på".

"Det är ganska skönt att lägga över till patienten "det finns många sätt att förstå sitt problem, men hur förstår du ditt problem", så att man tydligt och klart lägger över det på patienten".

"Den där uppgivenheten jag kan känna ibland kan nog stävjas lite av att man har en struktur som man följer varje gång... man får lite mer styrsel faktiskt."

"Det är ganska pedagogiskt med sådana här verktyg för att man blir extra tydlig med att det inte är självklart att det bara finns ett sätt att göra saker på... och att nu är jag intresserad av just ditt sätt".

"Det tycker jag var bra med de här frågorna, att det inte bara var frågor, utan att de faktiskt klargör: Det finns ju olika sätt att hantera t e x sömnsvårigheter, men jag är intresserad av hur just du brukar du göra?"

"Människor är socialiserade i olika miljöer, det är vi ju i Sverige också... och det får man ju tag i via KFI... kanske inte direkt via någon specifik fråga, utan framför allt genom att göra sig själv bekväm med att ställa frågor om sådana här saker".

"Man får ju belysa just det här med sin kulturella identitet - saker som är självklara för den här personen och som kanske inte tar upp det spontant för att det just är så självklart. Om man hjälper till att belysa den delen så tror jag att man kan förstå den personen på ett djupare sätt, så att man inte faller i den gropen att man tror att man vet hur det är för alla så att säga".

4.2 Negativa aspekter av användning av KFI

När det gällde negativa aspekter av att använda sig av KFI uttryckte samtliga att det var otympligt, störde den direkta kontakten, affekten och empatin, vilket i några fall hade haft direkt negativ inverkan på alliansen.

I terapeutrollen fanns risk att fokuserandet på frågeguiden störde det normala flödet, och som i förlängningen befarades leda till negativa konsekvenser för empatin och alliansen.

Terapeuterna uppgav att deras roll inom primärvården inte hade direkt fokus på diagnosticering eller utredning, utan handlade mycket om att fånga upp patienten just här och

nu och att stanna upp i affekten, vilket var svårare när fokus låg på KFI. En av de intervjuade uttryckte att vissa patienter blev frustrerade när hon följde olika frågeguider, för att de tyckte att det blev för styrt och att fokus hamnade på att få svar på frågorna snarare än att följa patienterna i det de kommit för.

Citat:

"Det är ju många som verkligen vill få ur sig saker också. De har blivit utlovade samtal, och inte utredning. En del av samtalet måste få släppas fritt".

"Som terapeut vill jag hamna med patienten i ett slags "lekområde - reverie" där vi kan vara tillsammans, och som gör det svårt att hålla sig till en strukturerad intervju. Då tappar jag kontakten med patienten, den känslomässiga, som bygger alliansen och som i början handlar mycket om att följa patienten; se, höra, lyssna, förstå. Att driva på och vilja få svar på frågor är en annan roll".

"Jag tycker väldigt illa om blanketter själv, även när jag gör BDI och BAI. Jag är så väldigt mån om att det ska flyta på i kontakten".

"Jag kände att jag var för inne i själva frågeguiden, jag tappade liksom kontakten... Det är ganska många frågor inom kort tid, och med tolk, och det går inte att köra dem utantill tycker jag".

4.3 Synpunkter på specifika frågor:

Under denna rubrik har författaren särskilt lyft fram frågorna 8, 9 och 10 om bakgrund och den kulturella identitetens roll i sammanhanget. De presenteras i löpande text, med insprängda citat nedan. Att dessa frågor lyfts fram speciellt, handlar om att samtliga terapeuter hade mycket att säga om just frågorna som handlade om identitet och bakgrund; de hade alla stött på problem just vid de här frågorna, alternativt blivit positivt överraskade av informationen som de fått fram. Övriga frågor som terapeuterna lyfte fram särskilt under intervjuerna har jag valt att endast presentera i citatform.

Fråga 8, 9, 10: Den kulturella identitetens sammanhang

Frågor som samtliga terapeuter hade kommenterar kring var 8) Vad i din bakgrund eller identitet tycker du är mest betydelsefullt?, 9) Finns det något i din bakgrund eller din identitet som du tycker påverkar (problem)?, 10) Finns det något i din bakgrund eller identitet som orsakar andra bekymmer eller svårigheter för dig?. En del tyckte att de var för komplexa för att ställa till vissa av de patienter de träffat, eller att det var för tidigt i processen. Vissa patientintervjuer hade avstannat vid just dessa frågor och vid några tillfällen hade frågorna hoppats över helt och hållet. När jag frågade en av terapeuterna varför hon hade hoppat över dessa frågor svarade hon: "Jag tyckte det var lite knepigt att ställa den här "finns det något i din bakgrund eller identitet som du tycker påverkar problemet?", det kändes ifrågasättande på ett negativt sätt och jag upplevde det som att den här personen kunde uppfatta det som att "det är du med din bakgrund och din identitet som gör att du har försatt dig i den här situationen"" En annan av terapeuterna var inne på liknande tankegångar: "Man behöver inte vara kvinna från Irak för att bli misshandlad hemma, det kan hända i Sverige också. Och om man ställer en sådan fråga är det lätt att de kopplar "hon tycker att det är det kulturens fel... att jag kommer därifrån"". Ytterligare terapeut uttryckte sig så här angående fråga 9 "Jag vet inte varför jag inte provade att ställa frågan om bakgrund och identitet i det här fallet, men min erfarenhet säger att det ofta blir misstolkat "vad menar du med min bakgrund?" - och så blir det en diskussion om det istället... det är lite för abstrakt...". En tredje terapeut tyckte att det kändes konstigt att börja prata om patientens bakgrund när de kommer med ett verkligt problem, som t ex "jag kan inte sova". Och den fjärde terapeuten svarade på frågan om varför även hon hade hoppat över fråga 9: "De flesta människor kan inte berätta "vem är du" - det är en sån här fråga som täpper till, den väcker lite ångest också, för man hittar ingenting att säga... Däremot tycker människor ofta om att berätta mer konkret om saker, t e x hur det var i deras hemland, vad de tyckte om att göra, läsa, prata om... och det handlar ju också om identitet". En av terapeuterna förklarade att hon tyckte att det kändes ifrågasättande att ställa frågor om bakgrund och identitet den första sessionen, men att de nog hade kommit dit om terapin fortsatt: "Jag tänker att det hänger ihop mycket med det vi jobbar med inom KBT; att man liksom undersöker livsregler och grundantaganden och hur de har uppstått - och vad det är som format oss som människor och varför vi gör som vi gör och varför det blir extra svårt just för henne..."

De negativa aspekterna av fråga 8, 9 och 10 övervägdes dock av att när frågorna väl användes och fungerade fick de stora positiva effekter. Det var t e x en av terapeuterna som berättade att hon haft en kvinna för bedömningsamtal ett par ggr som berättat om sömnsvårigheter och ekonomiska problem, men när terapeuten ställde frågor om kulturell identitet och bakgrund var det som att något öppnades upp inom kvinnan: "Hon började plötsligt berätta hur hon och hennes man flytt tillsammans till Sverige p g a att de var utsatta för dödshot från sina respektive familjer". Det här var viktig information till terapeuten som plötsligt förstod vad hon kämpade mot. Innan detta kom fram hade det varit svårt att komma någon vart med behandlingen.

Övriga frågor

Fråga nr 1) Vad har fört dig hit idag?

"Det är ju en utmärkt fråga... som jag ofta ställer ändå... och då får jag ofta svaret "ja men jag var ju hos dr den som sa att jag skulle gå hit" (djup suck)...Så följdfrågan här är bra "hur skulle du vilja beskriva ditt problem med dina egna ord?"".

"Jag upplever att det blir starkt att fråga "vad har fört dig hit idag", det är en ganska vanlig fråga, man brukar ju börja med det".

"Vad har fört dig hit idag?" den frågan blir ju j-t konstig när jag ställer den och hon liksom bara "ja men jag är ju asylsökande och mår jäkligt dåligt har du inte fattat det?"".

Fråga nr 2) Ibland beskriver vi våra problem på ett annat sätt när vi talar med någon i vår egen familj, någon vän eller någon annan från våra egna kretsar. Hur skulle du beskriva ditt problem för någon av dem?

"När jag frågat patienterna om de skulle beskriva problemet på ett annat sätt för sin familj har de tittat konstigt på mig, typ "nej jag skulle beskriva det på samma sätt för min familj - vad menar du?""

Fråga nr 3) Vad bekymrar dig mest med problemet?

"Det var ju överraskande att ingen av mina patienter egentligen kunde förklara det där med "vad bekymrar dig mest med problemet?"... Sen började jag tänka att de kanske upplevde att de hade pratat om det redan under fråga 1, för det blev ju ganska mycket för alla där".

"Det är en svår fråga att ställa tycker jag, många hade ju väldigt tunga problem. En hade en mamma som dog när hon var tretton, sedan blev hon bortgift ganska ungt av sin äldre bror mot sin vilja och har avbrutit alla kontakter. Hon är helt isolerad och ensam".

"Jag försökte omformulera frågan eftersom jag blev lite nyfiken på den själv "vad bekymrar dig mest med problemet", men hon kunde ändå inte svara på det".

"Det är en så omfattande fråga... Hon sa "jag vet inte, jag kan inte välja". Men sen måste man ändå tänka att hon var inne i affekten, hon grät ju väldigt mycket".

Fråga nr 4) Vad tror du är orsaken till att det blivit så här för dig? Vad beror (problem) på?

Fråga nr 5) Vad menar andra i din familj, bland dina vänner eller andra i dina kretsar är orsaken till (problem)?

"Det är jättebra sonderingsfrågor som man vill få med första gången... Men sen vill man nog ägna resten av timmen till de svaren liksom".

"När jag frågat patienterna om de skulle beskriva problemet på ett annat sätt för sin familj har de tittat konstigt på mig, typ "nej jag skulle beskriva det på samma sätt för min familj - vad menar du?".

"Det är ganska känsliga frågor egentligen ... att man lite lägger skulden på patienten att det skulle vara något fel på honom från början".

"Vad skulle din familj och dina vänner säga är orsaken till ditt problem? - vilken spännande fråga egentligen!, så har jag aldrig hört någon fråga tidigare.. Ofta är det bara vad tycker du, du, du... men detta handlar liksom om individen i sitt sammanhang".

"Den här frågan kommer jag verkligen ta med mig: Att man frågar om orsaken, vad tror du att det beror på att du har ont i foten? Och att sedan säga att det finns ju olika sätt att förstå sådan här smärta på - hur förstår du det? Om de då säger; jo jag tror att jag ramlade någon gång och bröt smalbenet, ja då hör jag ju att hen behöver träffa en doktor. Men om man säger jag tror att Gud straffar mig, då får man ju lite andra ingångar".

Fråga nr 6) Har du någon form av stöd som gör (problem) mindre betungande, t ex stöd från familj, vänner eller andra?

"Framför allt det här tyckte jag var väldigt bra "har du något stöd som gör det hanterbart?" Det ringar in stödet och påfrestningar, t ex ekonomiska problem eller familjeproblem... Det är bra att fråga lite öppet om det... annars blir det lite mer "jaha så du har en syster" - det kändes skönt att ställa frågorna lite på det här sättet".

Fråga nr 15) Finns det andra former av hjälp som din familj, dina vänner eller andra har föreslagit som skulle vara till nytta för dig nu?

"Med den där äldre kvinnan var just den frågan hjälpsam, för då kom vi spontant på att hon kan ju prata med familjen om att de hjälper henne att diska. Och det har blivit så faktiskt. Och genom att familjen har börjat diska har barnen börjat prata mer med mamman".

Fråga nr 16) Ibland missförstår doktor (terapeut) och patient varandra på grund av att de har olika bakgrund eller har olika förväntningar. Har du känt av det här och finns det något vi kan göra för att erbjuda dig den hjälp du behöver?

"Den här sista frågan var ju utmärkt "ibland blir det sådana här missförstånd och det känns som att du och jag har haft det lite svårt här, men att det vände på slutet "och det höll han med om. Vi fann varandra med hjälp av den".

4.4 Terapeuternas förslag på förändringar av specifika frågor

Eftersom DSM-5 med Kulturformuleringsfrågorna är under ständig utveckling innehåller denna studie även de intervjuade terapeuternas synpunkter på förändring och förbättring av verktyget KFI. Förändringarna beskrivs nedan med citat efter varje ändringsförslag. Detta för att bidra med en form av kartläggning över de nedslag de gjorde och de synpunkter som kom upp under intervjuerna. När det gäller frågorna 8, 9, 10 om identitet och bakgrund, föreslog tre av terapeuterna att de skulle få mer ut av att höra mer om patientens liv före flytten till det nya landet, om migrationen, och hur identiteten förändrats i mötet med den nya kulturen.

Förslag på ändring av fråga 5) Vad menar andra i din familj, bland dina vänner eller andra i dina kretsar är orsaken till (problem)?

"Vid fråga 5 skulle jag få ut mer svar om jag istället frågade så här: Tycker du att din familj, dina vänner och dina kretsar förstår ditt problem? Jag tycker att det är en bättre fråga, för då börjar de ofta berätta mer självmant, t ex "min familj vill inte jag ska skiljas".

Förslag på ändring av frågorna 8), 9), 10) om kulturell identitet och bakgrund

"Man skulle kunna byta ut de här frågorna om kulturell identitet och bakgrund till att handla mer om hur patienten upplevt migrationsprocessen och rollen som asylsökande. Jag tänker kring det här med migrantstatusen att det är en så omedelbart närvarande hierarki... de ser ju att jag inte är asylsökande".

"På tal om identitet så är ju asylsökande något man blir från en dag till en annan. Först kanske du har en status i ditt hemland för att sedan komma till ett nytt land och klumpas ihop med alla asylsökande där... efter en migrationsprocess som också har påverkat dig och din identitet... Jag tror att det är ganska viktigt att ta upp det. Man kanske skulle kunna fråga: "Hur tycker du att andra ser på dig här i Sverige, har det lett till några problem för dig?" Att mer beskriva nuvarande identitet i kontrast till den gamla - mer ett beskrivande av vad den nya rollen innebär".

"Om man får beskriva sitt liv och vem man har varit så kommer ju identiteten fram, och man blir liksom verklig som människa och vem man är... Det är ju liksom att sticka huvudet i

sanden att låtsas som att det inte är så att man får en annan status när man byter land. Det är bara att titta på vad som hänt på sista tiden, flyktingar blir ju projektionsytor för andra människor, folk som spottar på dem, eller vill hjälpa dem... det är klart att det påverkar identiteten".

"Om man får beskriva sitt liv och vem man har varit så kommer ju identiteten fram, och man blir liksom verklig som människa och vem man är..."

Förslag på ändring av fråga 16) Ibland missförstår doktor (terapeut) och patient varandra på grund av att de har olika bakgrund eller har olika förväntningar. Har du känt av det här och finns det något vi kan göra för att erbjuda dig den hjälp du behöver?

"Den sista frågan kunde ha kommit tidigare i frågeformuläret, alternativt att man har pejling på den hela tiden. Att man stämmer av då och då "Vad tycker du om de här frågorna, hur känns det?"

5. Att använda sig av KFI inom primärvården

Här presenteras terapeuternas reflektioner kring om de kan tänkas använda sig av KFI på sin nuvarande arbetsplats, och i så fall hur de tänker kring användandet. Nedan följer de områden som terapeuterna lyfte upp i de individuella intervjuerna.

5.1 Terapeutrollen

Samtliga terapeuter diskuterade kring hur deras yrkesroll skilde sig åt från övriga behandlares på vårdcentralen, och kom fram till att den här typen av frågor som KFI innehåller är frågor som de redan använder sig av som terapeuter. Till skillnad från övrig vårdpersonal, t ex läkare, som är mer inriktade på kroppen och den fysiska hälsan. De uppgav att KFI-frågorna var väl genomarbetade och bra att ha med sig i bakhuvudet, samtidigt som de även poängterade att den information de fick fram med hjälp av frågeformuläret antagligen skulle ha kommit fram ändå, om än senare i terapiprocessen. Det fanns dock en inkonsekvens i föregående utsaga från terapeuterna, som märktes när de svarade på frågan om vilken typ av information de fick fram via användandet av KFI, och samtliga uppgav att de fått fram viktiga

aspekter från patienterna med hjälp av verktyget som de inte trodde att de skulle fått fram annars.

Citat:

"Alltså jag tror att de flesta frågor skulle komma upp ändå under mina samtal... och det tror jag har att göra med att jag är terapeut och inte läkare, d v s att jag är intresserad av sådana här frågor om religion, livsvärderingar, relationer, och hur man beskriver sina problem... Men det är klart man missar ju alltid någon fråga, så om man skulle följa den här strikt varje gång så är det säkert alltid något som dyker upp som man inte skulle fått fram annars".

"De är bra att ha som bakgrund, men om jag ska vara helt ärlig kanske den talar mer till någon som inte är van att tänka så här... Det här är ju hela min yrkesidentitet, själva grunden i min utbildning att tänka på det här sättet hela tiden... Så det kanske är mer hjälp om man är läkare, sjuksköterska, men samtidigt de har väl inte tid".

5.2 Frågorna som hållpunkter

Samtliga terapeuter tyckte att frågorna var relevanta och väl genomarbetade, men att de hellre ville använda dem som checklista än som frågeformulär vid terapisessionen. De påtalade att KFI-frågorna vore bra att ha som mall i journalanteckningssystemet i Take Care. De ville använda dem mer som hållpunkter, noder, att återkomma till, än som ett frågebatteri vid en enskild session.

Citat:

"Det här mötet mellan patient och terapeut blir mycket bättre om jag använder frågorna som checklista, att jag kan kolla av att jag tycker att jag fått fram ungefär de här sakerna".

"Jag tänker att man får förhålla sig mera fritt till det kanske... att det blir lite mer som mallen till journalanteckningar... att det blir en blink till mig själv "jag har inte frågat någonting om socialt nätverk"".

"Det är bra att ha med sig de här frågorna, så att det blir lite som områden som man vill beröra någon gång i kontakten".

"Med den första patienten följde jag frågorna i ordning, sedan med de andra blev det lite mer fritt".

"För min skull var frågorna väldigt stor hjälp. Bra att de finns och de väcker tankar och man får liksom nya insikter... men jag skulle inte använda dem så där i den ordningen... som terapeut så jobbar jag med processen".

5.3 Presentation av verktyget en viktig del av genomförandet

Terapeuterna hade hanterat introducering av KFI på olika sätt; en av dem var inte öppen med att hon använde sig av frågebatteriet och försökte "smyga in frågorna", medan de andra introducerade frågorna lite olika noggrant beroende på patienten de hade framför sig. Samtliga terapeuter uppgav i de enskilda intervjuerna att de ibland hade slarvat med introduktionen av KFI för att de känt sig osäkra med själva verktyget, som var nytt för dem, och ville undvika direkt konfrontation från patienten. De uppgav dock i efterhand att introduktionen var en viktig del av genomförandet, som de borde lagt större vikt vid.

Citat:

"Jag tänker så här att om jag varit tydligare med introduktionen av frågorna hade ju vår allians kring det här momentet blivit bättre. Nu trodde jag att det inte behövde uttryckas öppet".

"Med tolk blir det mycket mer så här omständligt att introducera sådana här saker... Men jag tror att priset var högt, jag tänker att här borde man lägga krutet och sedan förenkla frågorna hellre då för att spara tid".

"När jag visade frågorna kände jag mig själv lite osäker. Jag sa att jag använder dem i mitt arbete, för att få bättre hjälp, något liknande har jag sagt till alla."

"Alltså det kan ju också ha varit att jag inte presenterade så noggrant och ordentligt... jag kanske trodde jag kunde göra det lite som att det inte skulle synas, så att det inte blir så här "nu sitter jag här med mina frågor". Jag försökte göra det mer freestyle, naturligt, få in dem, men så blev det inte alls så, utan tvärtom väldigt tydligt att jag hade min agenda i knät ungefär".

5.4 Ett verktyg för terapeuter inom primärvården?

Samtliga fyra terapeuter hade haft tankar om att fortsätta använda sig av verktyget - fast en lite nerkortad version; uppdelad i olika delar. De ville i så fall göra om den utifrån sina egna behov och syften. Tre av respondenterna pratade om att de ville dela upp KFI-frågorna i tre mindre delar, så att de kunde tas vid tre olika sessioner. En av terapeuterna var redan igång med att skriva en egen mini-variant till sig själv som hon ville använda sig av i sitt arbete med asylsökande. Samtliga informanter pratade om att de behövde använda sig av frågorna flera gånger för att känna sig säkrare med verktyget, så att de kunde göra utvecklingar utan att tappa kursen och slippa stirra ned i KFI-guiden under sessionen. Samtliga terapeuter hoppades på att KFI-frågorna skulle komma att ligga som grund i Take Care-journalsystemet så att de kunde ha dem som noder att ha i medvetandet och att ständigt komma tillbaka till.

Citat:

"Jag skulle vilja göra den till tre olika, t ex vid första besöket; beskriv ditt problem som du har just nu - hur du hanterat det tidigare... och sen vid nästa tillfälle att man pratar om hur det ser ut runt omkring patienten, bakgrund, lite mer om vem du är... och sen kanske ett tredje kluster med frågor om hur migrationen har påverkat dig som människa - vad det största problemet med att vara t ex asylsökande är".

"Jag kan tänka mig att använda verktyget igen, men jag tror att jag skulle behöva lite mer inkörstid... för att bli mer och mer fri och efter ett tag kanske inte ens behöver titta på dem, utan jag har frågeställningarna med mig i bakhuvudet".

"Ja, jag kan tänka mig att använda mig av den igen, jag ska försöka göra en liten mini-variant till mig själv, som passar mina behov i mitt arbete"

"Jag tänker att om man t ex skulle ha en ny besöksmall för asylsökande t ex, då skulle man ju kunna ha delar från den här frågeguiden... kanske dela upp den i rubriker".

"Framför allt märkte jag att jag skulle vilja använda frågorna för att få igång ett berättande, att uppmuntra berättande utifrån patientens eget perspektiv".

"Jag tyckte med 16 frågor på ett tillfälle då blir det inga utsvävningar... och med tolk dessutom, då är det knappt man hinner läsa igenom frågorna... Ska jag ta alla frågorna måste jag vara mer avbrytande, styrande. Jag kanske får säga till tolken "ta en mening i taget", så där... det går liksom inte att bara låta samtalet ske. Jag tycker inte det är så kul att vara så... bättre att dela upp det i mindre delar".

"Det jag har tänkt på är att jag skulle vilja plocka ut de frågor - komprimera och skriva om lite så att det passar för just mitt uppdrag - som hjälper mig att öppna upp samtalet och som hjälper mig att hjälpa patienten att berätta på ett sätt som är befriande och givande för den personen".

"Jag tror verkligen KFI kan vara ett verktyg inom primärvården för ökad förståelse för patientens lidande... men jag tror att man skulle behöva en lite mer kortversion. Ja lite anpassat... kanske uppdelat i tre delar".

5.5 Kan KFI ha betydelse vid diagnosticering, behandling och vårdupplägg av patienter inom primärvården?

På denna fråga svarade samtliga terapeuter "ja". De uppgav att verktyget gav en bredare bild av patienten som mycket väl skulle kunna få implikationer vid diagnosticering, behandling och vårdupplägg. Terapeuterna trodde även att KFI skulle kunna leda till att en redan satt diagnos ändrades.

Citat:

"De här frågorna är som ett mellanrum, som en mix av en klinisk intervju och en sådan här berätta-om-dig självintervju. Man väver ihop symtomen med personens *syn* på symtomen i ett

och samma sammanhang. Man tar inte bara upp diagnosmanualen och checkar av olika symtom".

"Jag tror att ett verktyg som KFI skulle kunna ha betydelse för diagnosticering... jag tror generellt att man behöver veta mycket om en person för att förstå problemet och vad de gått igenom, och det får man här."

"Det blir mer intressant diagnostiskt med KFI tycker jag, att få patientens bild av hur kulturen påverkar problemet. På så sätt tycker jag det blir naturligt om de kommer ligga till grund för journalsystem i Take Care".

"Om man med hjälp av KFI blir mer smidig, snabb, van att föra in frågor om kulturella aspekter på ett bra sätt, då tror jag verkligen att det kan öppna upp för bra saker. För jag tror att vi som är skolade i Sverige - vi sitter mycket med våra egna idéer om hur det är på våra ställen, och vill inte fråga för det finns risk att det blir obehagligt".

RESULTATSAMMANFATTNING

Sammanfattningsvis ger resultatet av studien en fingervisning om att KFI kan vara ett användbart verktyg för terapeuter inom primärvården i mångkulturella områden. Verktöget öppnar upp för att ge patientens syn på sitt lidande utifrån sin egen kontext, vilket skulle kunna bidra till en individuell utformning av terapin.

Praktisk användning av KFI i studien har visat att verktöget bidrar med värdefull information för den terapeutiska behandlingen; dels på hur patienten själv ser på sitt lidande, och dels på hur/på vilket sätt patienten besvarar frågorna.

Studiens resultat visar vidare att KFI kan leda till både positiv och negativ påverkan på alliansen, terapeutens tillgång till affekter och empati, förväntningar på terapin och terapeuten, samt maktförhållandet mellan terapeut och patient. Studien tyder på att det som styr om påverkan blir positiv eller negativ till stor del beror på terapeutens hantering av - och trygghet med - verktöget, samt eventuella krockar i terapeutens och patientens kulturella referensramar. Terapeutens och patientens olikheter i kulturella referensramar kan inverka negativt på användandet av KFI, en så kallad "kulturkrock" kan uppstå. Exempelvis om det

skiljer sig åt kulturellt vad gäller genusediskurs, och terapeuten och patienten har olika uppfattningar om vem som är styrande i samtalet i rummet.

Det mest verksamma med KFI var enligt terapeuterna att "teman kommer upp på bordet", och att verktyget visar att terapeuten är intresserad av just patientens egen syn på hur hen upplever sitt problem i sin kontext. Det mest negativa med verktyget var att det störde "flödet" i samtalet och kontakten, vilket kunde få negativa konsekvenser för att vara närvarande i affekten, visa empati, samt för alliansen. Särskilt viktigt vid användandet verkade en tydlig presentation och introduktion av verktyget - innan användning - vara. Samt avstämning *under själva användandet* av KFI. De terapeuter som hade introducerat KFI, och där patienten förstod syftet, hade upplevt användandet som mer positivt än till exempel den terapeut som hade försökt "smyga in den".

Terapeuterna uppgav att de kunde tänka sig att använda KFI på sina arbetsplatser, men först efter att de gjort vissa förändringar i innehåll och struktur, samt efter att de gjort innehållet till sitt eget, med egna sätt att uttrycka sig och formulera frågorna.

Samtliga terapeuter uttryckte att verktyget gav värdefull information, som de kanske inte hade fått fram annars. Genom svaren i de individuella intervjuerna blev det tydligt att KFI delvis kunde bemöta de svårigheter de mötte i arbetet med patienter med andra kulturella referensramar och bakgrunder än de själva.

De uttryckte samtliga att det bästa sättet att använda KFI på vore att ha det som grund i journalsystemet, Take Care, som hållpunkt och checklista i det vardagliga patientarbetet.

DISKUSSION

Behovet bland terapeuter att bemöta människor från andra kulturella bakgrunder ökar i takt med att allt fler individer kommer till Sverige på grund av globalisering och internationella konflikter. Vikten av kulturell kompetens har diskuterats länge i samhället. Kultur är dock ett komplext begrepp vars gränser är flytande och under ständig förändring beroende på samhälle, individ, bakgrund och kontext - så går det att någonsin uppnå kulturell kompetens? Vi är alla - oavsett ursprungsland - individer som är präglade av just vår unika blandning av uppväxtmiljö, samhällskontext och kulturella referensram. För att upprätthålla en hälso- och sjukvård som är jämlik och av god kvalitet behövs dock sätt att bemöta olika kulturella bakgrunder som tar hänsyn till den enskilda individen. Forskning har visat att det vid

kulturella skillnader är av vikt att anlägga ett skraddarsytt psykologiskt behandlingsupplägg (Norcross & Wampold, 2011).

Uppsatsen syftade till att undersöka om KFI kan vara ett verktyg för terapeuter inom primärvården i mångkulturella områden för bättre förståelse av patienter med annan kulturell bakgrund än de själva. Studien visar att KFI kan ge bredare information om patientens lidande och således skulle kunna verka för en individanpassad- och därmed jämlik vård i ett mångkulturellt samhälle.

Men studien visar också att verktyget i vissa fall har negativ inverkan på vissa viktiga framgångsfaktorer för terapi, som; alliansen, maktförhållande mellan terapeut och patient, förväntningar på terapeuten, terapeutens varande i känslor och empati.

I litteraturen lyfts ofta alliansen fram som en särskilt viktig aspekt för en positiv terapeutisk behandling. Som Seligman & Reichenberg (2012) skriver har patienter som upplevt alliansen som positiv, större benägenhet att fullfölja behandlingen och uppnå positiva effekter av terapin (Seligman & Reichenberg, 2012). Sofie Bäärnhjelm uppger att

Kulturformuleringsintervjun beskrivs som den mest patientcentrerade delen i DSM-5, och som ett sätt att försöka förstå patientens syn på sina besvär, orsaken till dem, lämplig behandling och prognos och att KFI således blir ett sätt att försöka bygga en terapeutisk allians (Bäärnhjelm, 2013). Denna studie ger en fingervisning om att KFI kan fungera som alliansbyggande med anledning av de faktorer som Sofie Bäärnhjelm tar upp, men även - tvärt emot detta - kan inverka negativt på alliansen, beroende på variabler som har med terapeutens hanterande av verktyget att göra, introduktion, patientens förväntningar på terapeuten, samt om det uppstår krockar mellan terapeutens och patientens kulturella referensramar i själva användandet av KFI.

När det gäller de aspekter av terapi som kulturformuleringsfrågorna i denna studie har visat sig påverka, är Common factors teorin en utgångspunkt som författaren valt för att visa på styrkorna med användning av KFI, men även på riskerna. Som tidigare nämnts är de faktorer som vanligen pekas ut som Common factors; alliansen, terapeuten, patienten, empati, förväntningar på terapin, samt kulturell anpassning. Denna studie visar på att användning av KFI har påverkan på alliansen, empati, förväntningar på terapin, kulturell anpassning, samt på hur patienten uppfattar terapeuten. Som tidigare nämnts kan påverkan via KFI inverka negativt på just alliansen och empatin beroende på om terapeutens förmåga att vara i känslan

störs av användandet av KFI, t ex genom att det blir stelt i kontakten. Förväntningar på terapeuten, samt hur patienten uppfattar terapeuten kan också påverkas negativt av användandet av KFI om till exempel patienten upplever att terapeuten väljer att följa frågeguiden istället för att lyssna på hans berättelse, eller genom att patienten upplever samtalet som alltför styrt och terapeuten som "maktfullkomlig" i rummet. Studien visar även att KFI kan ha positiv påverkan på ovanstående Common factors faktorer, mycket tack vare att teman kommer upp på bordet på ett rakt sätt som kanske inte hade kommit upp annars, och för att patienten har möjlighet att ge sin egen syn på sitt lidande. Förväntningarna på terapeuten och förståelsen av terapeutens roll kunde också bli tydligare via användandet av KFI när patienten förstod att "terapeuten är intresserad av den här typen av frågor". En viktig aspekt för alla framgångsrika behandlingar enligt Wampold et al (2014) är att terapierna ska utföras av terapeuter som tror på, och är lojala med behandlingsformen (Kevin, Laska, Wampold, 2014). I denna studie var terapeuterna i vissa fall osäkra på hanterandet av KFI som verktyg, samt valde ibland att försöka "smyga in" verktyget i behandlingen, snarare än att presentera det. Det kan ha inverkat negativt på patientens upplevelse av kulturformuleringsfrågorna, samt haft negativ påverkan på alliansen.

När det gäller diagnosticering uppgav terapeuterna att de trodde att KFI kan ha inverkan. De var nöjda över att KFI gav bredare information och individanpassad förståelse av patienten, något de ibland saknat tidigare och som skapat problem.

Sammanfattningsvis kan sägas att KFI kan fungera som ett verktyg inom primärvården som verkar för jämlik vård inom mångkulturella områden, beroende på hur trygg terapeuten är med att använda verktyget, så att hen har gjort det till sitt eget och kan använda frågorna mer som hållpunkter att återvända till, och inte blir ett stelt och stolpigt förhörsinstrument.

Terapeuten behöver således också - som i all annan terapi - vara noga med att presentera och introducera användandet och förklara syftet med KFI som en del i behandlingsarbetet.

Vid stora kulturella skillnader i referensramar kan det vara av vikt att ägna ett par sessioner specifikt åt att förstå patientens kulturella bakgrund och vad hen kommer ifrån, vilken identitet hen hade i sitt hemland, samt hur den förändrats vid flytten till det nya landet och i kontakt med den nya kulturen - hur identiteten formats och omstöpts. Tillämpning av KFI kan bidra till större förståelse för kulturella skillnader; som att till exempel en människa som flyttar och går igenom stora förändringar och sedan får en kris inte alltid är sjuk, som Al-

Baldawi skriver. Men att dessa människor behöver bli sedda och uppmärksammade, och är i behov av vård, terapi eller medicinering ("Läkare förklarar migrationsstress". Hämtad 2016. Berndalen, J.). Att som behandlare ständigt vara uppmärksamma på våra kulturella glasögon och sträva efter att se den enskilda människan, utan att utgå från förenklade stereotyper, torde vara ett mål för primärvården i Sverige. I den kampen kan KFI enligt denna studie utgöra en verksam aspekt, om svårigheterna med verktyget tas i beaktande.

Styrkor och svagheter med studien

Denna studie belyser ett område som är av klinisk relevans inom inte bara primärvården, utan inom all mångkulturell vård. Studien är särskilt viktig med tanke på det växande antal människor i Sverige med annan etnisk och kulturell bakgrund än svensk. En av studiens styrkor är användningen av ett kvalitativt förhållningssätt som går på djupet och bidrar till att få terapeuternas subjektiva upplevelser av att använda sig av verktyget KFI.

Tillvägagångssättet med semistrukturerade intervjuer gjorde det möjligt för terapeuterna själva att påverka innehållet i intervjuerna och lyfta fram de teman som de personligen ansåg vara av relevans. Nackdelen med semistrukturerade intervjuer är att de växer fram i mötet mellan intervjuaren och den intervjuade och kvaliteten på informationen kan således variera från intervju till intervju. När det gäller fokusgruppsintervju som metod har fördelen varit att den erbjuder en möjlighet till dynamiska diskussioner, där intervjudeltagarnas samtal utvecklas i samspel med varandras tankar. En risk med metoden kan vara att de som uttalar sig har en benägenhet att hålla med varandra och att söka konsensus i gruppen. Ytterligare risk är att den som först uttalar sig i en fråga blir tongivande för samtalets gång. I denna studie märktes att området "kulturella skillnader" var ett känsligt område, där man i gruppen aktade sig för att uttala sig på ett sätt som kunde anses vara kulturrasism. Detta fick till följd att fokusgruppsintervjun gick trögt i början, då terapeuterna gav akt på varandra, men efter frågor och påtryckningar från intervjuaren kom samtalen igång och utvecklade sig till intressanta diskussioner.

Ytterligare nackdel med studien är att den är liten i omfattning och att inga generella slutsatser kan dras utifrån resultaten. Den erbjuder dock en fingervisning av konsekvenserna av användandet av KFI för terapeuter inom primärvården, och är såtillvida en pilotstudie. För

att ta reda på mer kan man utifrån dessa resultat göra en större studie av både kvantitativ och kvalitativ karaktär.

Framtida forskning

Denna studie lyfter fram KFI som ett möjligt verktyg för individanpassad terapi där terapeut och patient har bakgrund i olika kulturer. Studien anlägger ett kritiskt förhållningssätt till reflektionslös tillämpning av terapeutiska behandlingsformer, med eventuellt tillägg av "kulturkompetens", inom primärvården, och förespråkar istället ett mer individuellt anpassat förhållningssätt och behandling. Hur denna individuellt anpassade behandlingsform skulle kunna se ut inom primärvården vore av intresse att forska vidare på. Det vore även intressant att kartlägga eventuella effekter av ett tillvägagångssätt där man å ena sidan har använt sig av KFI på en patientgrupp, och har en jämförande grupp där verktyget inte används. Utöver detta vore det av vikt att undersöka i vilken mån nyutexaminerade psykoterapeuter upplever sin kompetens som tillräcklig för att bemöta den ständigt ökande skaran patienter från andra kulturer. Att sätta samman en manual specifikt för användning av KFI för terapeuter inom primärvården är ytterligare framtida områden att forska vidare på; hur den kan delas upp på ett för syftet vettigt sätt, samt lyfta fram övriga aspekter som är viktiga framgångsfaktorer för terapi i samspel med KFI.

Slutcitrat

*"Jag tror att man underförstått tänker att det bara är **en** världsbild som får råda här - i det här terapirummet. Men jag tror att man har fler frihetsgrader än vad man tror... KFI öppnar upp för att hitta en annan nivå av kommunikation som inte är det här försiktiga utan mer "här är jag - där är du och det här är på riktigt". Så egentligen är det något man borde öva på - att våga sig in på det området. Öva på att vara rak och öppen med olikheter som verkar lite läskigt - man vill ju gärna vara lika när man sitter tillsammans med patienten. Men just det här **förståendet** kan lätt bli till pseudolikhet... KFI är början på något, det öppnar upp för det outtalade, en rak dialog".*

(Minna, leg. psykolog, Rissne vårdcentral, 2016)

Referenser

- Adeponle, A.B., Thombs, B.D., Groleau, D., Jarvis, E., Kirmayer, L.J. (2012) Using the cultural formulation to resolve uncertainty in diagnoses of psychosis among ethnoculturally diverse patients. *Psychiatric Services*. 63(2): 147–153.
- Ahmadi, F. (2008). Kultur och hälsa. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Al Saffar, S. (2003). Trauma, ethnicity and posttraumatic stress disorder in outpatient psychiatry. Doktorsavhandling. section of Psychiatry, Neurotec department, Karolinska Institutet, stockholm.
- Al-Baldawi, R. (2014). Migration och anpassning: den okända resan. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, APA.
- Benish, S.G., Quintana, S., Wampold, B.E. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: a direct-comparison meta-analysis. *Journal of Counselling Psychology*, 58(3): 279-89. doi: 10.1037/a0023626.
- Berndalen, J. (publicerad 2014-09-26). Läkare förklarar Migrationsstress. Hämtad januari, 2016, från: helahälsingland.se
- Berry, J.W. (1994). The Aboriginal Cultural Identity: Its relation to social & psychological health. *Ottawa: Royal commission on Aboriginal peoples*.
- Botond, A. (2014). Efterlängtat bok om transkulturell psykiatri. *Psykologtidningen*, 2014;10.
- Bredström, A. (2015). Sociokulturellt sammanhang som etnisk skiljelinje i psykiatrisk diagnostik: kulturbegreppet i DSM-5. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 92(1), 47-55.

- Brodén, D. Vad är kultur och hälsa? *Hämtad januari, 2016, från Centrum för kultur och hälsa, Göteborg: <http://ckh.gu.se/vart-omrade/vad-ar-kultur-och-halsa>*
- Bäärnhelm, S. (2013). DSM-5 lägger fokus på kultur och kontext, Intervjuverktyg anpassar psykiatrin till det mångkulturella samhället. *Läkartidningen 2013;110: CEZA, 43-44.*
- Bäärnhelm, S. (2015). Olika syn på depression ställer krav på vården. *SvD Nyheter.*
- Bäärnhelm, S. (2014). *Transkulturell psykiatri. (1. utg.)* Stockholm: Natur & kultur.
- Bäärnhelm, S. (2015). Varför medicinsk antropologi i DSM? – Om jämlik vård i ett mångkulturellt samhälle. *Socialmedicinsk Tidskrift, 92 (1).*
- 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, 32:386-404.*
- 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): 406-428.*
- Bäärnhelm, S., Åberg, W., Rosso, M.S. (2014). Revising psychiatric diagnostic categorisation of immigrant patients after using the Cultural Formulation in DSM-IV. *Transcultural Psychiatry, 52(3), 287-310.*
- Hsieh, H.F., Shannon, S.E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research, 15(9): 1277-88.*
- Kevin, M., Laska, B. E., Wampold, B. (2014). Author response to commentary; Ten things to remember about common factor theory. *Psychotherapy, 51(4), 519–524.*

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). Den kvalitativa forskningsintervjun. (3. [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Lewis-Fernandez, R., M.D. Harvard Medical School. Department of global health and social medicine. Hämtad januari, 2016, från:
<http://ghsm.hms.harvard.edu/person/faculty/roberto-lewis-fernandez>

Mechler, J., Lindqvist, K. (2012). Bruce Wampold – en av psykoterapiforskningens mest spännande utmanare på Sverigebesök. *Riksföreningen Psykoterapi Centrum, tidskriften Psykoterapi*, 21(2).

Migrationsverket: Inkomna ansökningar om asyl, 2015. Hämtad januari, 2016, från:
<http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik/Aktuell-statistik.html>

Norcross J.C. & Wampold, B.E. (2011). What works for whom: tailoring Psychotherapy to the Person. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 127-132.

Om Centrum för Religionsdialog, presentation, 2016. Hämtad februari 2016, från:
<https://www.svenskakyrkan.se/stockholmsstift/om-centrum-for-religionsdialog>

Palinkas, L.A., Horwitz, S.M., Green, C.A., Wisdom, J.P., Duan, N., Hoagwood, K. (2013). Purposeful Sampling for Qualitative Data Collection and Analysis in Mixed Method Implementation Research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2013; doi:10. 1007/s10488-013-0528-y

Perris, H. (2008). Kompendium: George Kelly. *Stockholm, Svenska Institutet för Kognitiv Psykoterapi: 1-32.*

Scarpinati Rosso, M., Bäärnhielm S. (2012). Use of the Cultural Formulation in Stockholm: A qualitative study of mental illness experience among migrants. *Transcultural Psychiatry*, 49: 283-301.

Seligman, L. & Reichenberg, L.W. (2012). *Selecting effective treatments: a comprehensive, systematic guide to treating mental disorders. (4th ed.) Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons.*

Sundström, A. (publicerad 2011-10-22). Hyresgästerna ger Rinkeby högsta betyg. Hämtad januari, 2016, från: <http://www.dn.se/sthlm/hyresgasterna-ger-rinkeby-hogsta-betyg/>

World Health Organization; WHO definition of Health. Hämtad januari, 2016, från: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

Kulturformuleringsintervju (KFI)

Tilläggsmoduler för fördjupning av varje tema i KFI anges inom parentes.

Vägledning för intervjuaren

Följande frågor syftar till att klargöra nyckelaspekter av de presenterade problemen som de ter sig från individens och andras (t ex närstående, vänner och andra som är involverade i de aktuella problemen) perspektiv inom individens sociala nätverk. I det ingår problemens betydelse, tänkbar hjälp och förväntningar på vården.

Instruktioner till intervjuaren i VERSALER

INTRODUKTION:

Jag skulle vilja förstå de problem och bekymmer som fört dig hit så att jag kan hjälpa dig på bästa sätt. Jag vill att du berättar om *dina* upplevelser, erfarenheter och tankar kring saker och ting. Jag kommer att ställa en del frågor om vad som pågår i din tillvaro och hur du försöker hantera det som sker. Det finns inga riktiga eller felaktiga svar på sådana frågor, syftet är att få en så bra förståelse som möjligt.

KULTURELL PROBLEMBESKRIVNING

KULTURELL PROBLEMBESKRIVNING

(Förklaringsmodell, funktionsnivå)

Efterfråga personens viktigaste problem och hans uppfattningar om dessa.

Fokusera på personens eget sätt att förstå problemet.

Använd det ord, uttryck eller den korta beskrivning du fått i svaret på fråga 1 för att fortsättningsvis under intervjun benämna problemet (t ex "din konflikt med din son").

Fråga hur personen beskriver problemet för andra i sitt sociala nätverk.

Fokusera på de aspekter av problemet som är viktigast för personen.

1) Vad har fört dig hit i dag?

FRÅGA VIDARE OM PERSONEN GER FÅ DETALJER ELLER BARA NÄMNER SYMTOM ELLER EN MEDICINSK DIAGNOS:

Vi förstår för det mesta våra problem på vårt eget sätt. Det här kan vara likt eller olikt det sätt som läkaren beskriver problemet på. Hur skulle *du* vilja beskriva ditt problem med dina egna ord?

2) Ibland beskriver vi våra problem på ett annat sätt när vi talar med någon i vår familj, någon vän eller någon annan från våra egna kretsar. Hur skulle du beskriva ditt problem för någon av dem?

3) Vad bekymrar dig mest med problemet?

KULTURELLT BASERAD FÖRSTÅELSE AV ORSAKER, SAMMANHANG OCH STÖD

ORSAKER

(Förklaringsmodell, socialt nätverk, äldre vuxna)

Den här frågan är inriktad på innebörden av problemet för personen, vilket kan ha betydelse för utformningen av den fortsatta kontakten.

Var uppmärksam på att personen kan ange flera olika orsaker beroende på vilken aspekt av problemet de tänker på.

Fokusera på uppfattningar hos andra i personens sociala nätverk. Dessa kan variera och skilja sig från personens uppfattningar.

4) Vad tror du är orsaken till att det blivit så här för dig? Vad beror [PROBLEM] på?

UTFORSKA VIDARE OM DET BEHÖVS:

En del kan förklara sitt problem med svåra saker som hänt i livet, med problem i en viktig relation, med någon kroppssjukdom, ge en andlig eller religiös förklaring eller beskriva många andra orsaker.

5) Vad menar andra i din familj, bland dina vänner eller andra i dina kretsar är orsaken till [PROBLEM]?

SAMMANHANG, STRESSORER OCH STÖD

(Socialt nätverk, vårdgivare, psykosociala påfrestningar, religion och andlighet, immigranter och flyktingar, kulturell identitet, äldre vuxna, coping och hjälpsökande)

<p><i>Fråga efter sådant som ger en bild av personens livssammanhang med fokus på resurser, socialt stöd och personens förmåga att klara av svårigheter. Kan även belysa andra stödresurser (t ex arbetskamrater, föreningsliv, religiös samhörighet).</i></p>	<p>6) Har du någon form av stöd som gör [PROBLEM] mindre betungande, t ex stöd från familj, vänner eller andra?</p>
<p><i>Utforska påfrestningar i personens omgivning. Kan även belysa t ex relationsproblem, svårigheter i arbetsliv eller skola, eller problem med diskriminering.</i></p>	<p>7) Finns det några påfrestningar just nu som gör [PROBLEM] värre för dig, som t ex ekonomiska problem eller familjeproblem?</p>

DEN KULTURELLA IDENTITETENS ROLL I SAMMANHANGET

(Kulturell identitet, psykosociala påfrestningar, religion och andlighet, immigranter och flyktingar, äldre vuxna, barn och ungdomar)

<p><i>Be personen reflektera över de mest framträdande aspekterna av hans eller hennes kulturella identitet. Använd vid behov informationen för att anpassa frågorna 9-10.</i></p> <p><i>Försök få fram aspekter av identiteten som förbättrar eller förvärrar problemet.</i></p> <p><i>Utforska vid behov (t ex klinisk försämring som en följd av diskriminering, migrationsstatus, utseende/etnicitet eller sexuell inriktning).</i></p> <p><i>Utforska vid behov (t ex migrationsrelaterade problem; konflikter mellan generationer eller konflikter rörande könsroller).</i></p>	<p>Ibland kan sådant som har att göra med ens bakgrund eller identitet förbättra eller förvärra [PROBLEM]. Med <i>bakgrund</i> eller <i>identitet</i> menar jag t ex grupper eller kretsar man tillhör, det språk man talar, varifrån man själv eller ens familj kommer, folkgrupp eller kulturell bakgrund, kön eller sexuell läggning, tro eller religion man tillhör.</p> <p>8) Vad i din bakgrund eller din identitet tycker du är mest betydelsefullt?</p> <p>9) Finns det något i din bakgrund eller din identitet som du tycker påverkar [PROBLEM]?</p> <p>10) Finns det något i din bakgrund eller din identitet som orsakar andra bekymmer eller svårigheter för dig?</p>
---	--

KULTURELLA FAKTORER SOM PÅVERKAR SJUKDOMSHANTERING OCH TIDIGARE HJÄLPSÖKANDE

SJUKDOMSHANTERING

(Coping och hjälpsökande, religion och andlighet, äldre vuxna, vårdgivare, psykosociala påfrestningar)

<p><i>Belys personens egen hantering av problemet.</i></p>	<p>11) Det kan finnas olika sätt att hantera [PROBLEM]. Vad har du själv gjort för att hantera [PROBLEM]?</p>
--	---

TIDIGARE HJÄLPSÖKANDE

(Coping och hjälpsökande, religion och andlighet, äldre vuxna, vårdgivare, psykosociala påfrestningar, immigranter och flyktingar, socialt nätverk, relationen yrkesperson-patient)

<p><i>Utforska olika hjälp-/stödresurser (medicinsk vård, psykologisk/psykiatrisk behandling, stödgrupper, samtalsstöd via arbetet, folklig läkekonst, religiös eller andlig rådgivning, andra former för traditionell eller alternativ läkekonst).</i></p> <p><i>Utforska vid behov (t ex "Vilka andra hjälpresurser har du vänt dig till?").</i></p> <p><i>Belys personens erfarenheter och upplevd nytta av tidigare hjälpinsatser.</i></p>	<p>12) Det är vanligt att man söker hjälp från många håll som t ex olika läkare, stödpersoner eller från alternativ eller folklig läkekonst. Vad har du tidigare sökt för slags behandling, hjälp, råd eller andra insatser för [PROBLEM]?</p> <p><i>FRÅGA VIDARE OM PERSONEN INTE BESKRIVER NYTTAN AV TIDIGARE HJÄLPINSATSER:</i></p> <p>Vad slags hjälp eller behandling har varit bäst för dig? Vad har inte fungerat?</p>
--	---

HINDER

(Coping och hjälpsökande, religion och andlighet, äldre vuxna, psykosociala påfrestningar, immigranter och flyktingar, socialt nätverk, relationen yrkesperson-patient)

<p><i>Belys den roll sociala hinder har spelat för att söka hjälp, få tillgång till vård och för svårigheter i att fullfölja påbörjad behandling.</i></p> <p><i>Utforska detaljer vid behov (t ex "Vad var det som hindrade dig?").</i></p>	<p>13) Är det något som har hindrat dig från att skaffa dig den hjälp du behöver?</p> <p><i>FRÅGA VIDARE VID BEHOV:</i></p> <p>Till exempel brist på pengar, åligganden på jobbet eller i familjen, stigma eller diskriminering eller bristande tillgång till verksamheter där man förstår ditt språk och din bakgrund?</p>
---	---

KULTURELLA FAKTORER SOM PÅVERKAR AKTUELLT HJÄLPSÖKANDE

FÖRVÄNTNINGAR

(Socialt nätverk, vårdgivare, religion och andlighet, äldre vuxna, coping och hjälpsökande)

<p><i>Klargör personens aktuella upplevda behov och förväntningar på hjälp i vid mening.</i></p> <p><i>Fråga vidare om personen bara anger en enda källa till hjälp (t ex "Vilka andra typer av insatser skulle vara till nytta för dig just nu?").</i></p> <p><i>Fokusera på uppfattningar om former av hjälp hos andra i det sociala nätverket.</i></p>	<p>Låt oss nu tala lite mer om den hjälp du behöver.</p> <p>14) Vad slags hjälp tror du skulle vara mest till nytta för dig just nu med tanke på [PROBLEM]?</p> <p>15) Finns det andra former av hjälp som din familj, dina vänner eller andra har föreslagit som skulle vara till nytta för dig nu?</p>
---	--

RELATIONEN YRKESPERSON - PATIENT

(Relationen yrkesperson-patient, äldre vuxna)

<p><i>Undersök möjliga bekymmer rörande vårdverksamheten eller relationen yrkesperson-patient kring upplevd rasism, språkhinder eller kulturella skillnader som kan störa förtroende, kommunikation eller vård.</i></p> <p><i>Fråga vb efter detaljer (t ex "På vilket sätt?").</i></p> <p><i>Red ut de tänkbara vårdhinder eller bekymmer kring vårdverksamheten och relationen yrkesperson-patient som framkommer.</i></p>	<p>Ibland missförstår doktor och patient varandra på grund av att de har olika bakgrund eller har olika förväntningar.</p> <p>16) Har du känt av det här och finns det något vi kan göra för att erbjuda dig den hjälp du behöver?</p>
--	--

Vill du bli en av de första att prova nytt verktyg inom primärvården?

Jag ska skriva en C-uppsats som har som fokus att testa de nya kulturformuleringsfrågorna i DSM 5. Jag ska undersöka vad terapeuter/psykologer inom primärvården får ut av att använda sig av dem - och jag skulle behöva fler personer som arbetar på vårdcentral i mångkulturellt område. Det är därför jag vänder mig till dig nu.

En beskrivning kommer nedan:

Jag var på Transkulturellt centrum och träffade enhetschefen Sofie Bäärnhjelm och hon hjälpte mig att komma fram till detta upplägg.

Upplägg:

- 1) Jag samlar ca 5 terapeuter till en fokusgrupp i augusti. Frågorna handlar om svårigheter i arbetet, vilka behov de har för att kunna göra ett bra jobb, etc.
 - 2) Sedan träffar alla terapeuterna Sofie Bäärnhjelm på Transkulturellt centrum den 25 augusti kl 14-16 för en genomgång av hur man använder sig av kulturformuleringsfrågorna - vad syftet är osv. Detta är en chans att få en utbildning gratis som annars kostar pengar.
 - 3) Efter detta utför terapeuterna ca 3 intervjuer var med hjälp av Kulturformuleringsfrågorna. Frågorna ska ställas till nyligen tillkomna patienter. Patienterna ska ha annan kulturell bakgrund än svensk.
 - 4) Efter det att de har använt frågebatteriet intervjuar jag terapeuterna individuellt. Det handlar om terapeuternas subjektiva upplevelse av att använda sig av frågebatteriet. Om era upplevda behov: Hur var det att använda sig av verktyget? Vilka problem stötte ni på? Vilka frågor kändes konstiga? Vilken nytta? Något som borde ändras? Vad fick ni ut av det?
- Se det som en möjlighet att dels få en gratis utbildning i ett verktyg som aldrig tidigare använts inom primärvården (det har precis utvecklats till DSM 5), och dels att få mer kunskap som kan vara viktigt i ditt arbete. Det är ingen prestige i detta, utan handlar om subjektiva upplevelser av att använda sig av verktyget.
- Svara så snart som möjligt på om du kan närvara vid dessa tillfällen:
- 19 aug vid kl 17, Sabbatsbergs sjukhus (1 1/2 tim).
 - 25 aug kl kl 14-16, privatutbildning i Kulturformuleringsfrågorna vid Transkulturellt centrum.

Fokusgrupp upplägg, semistrukturerade frågor 2015-08-18 (Ca 1,5 tim)

Syftet är att få fram terapeuternas egna subjektiva upplevelser.

Upplägg på dagens fokusgrupp:

- * Jag introducerar; berättar om syfte och upplägg på uppsatsen, samt upplägg på studien de medverkar i.
- * De presenterar sig,
- * Öppen semistrukturerad diskussion kring terapeut-patientmöten mellan olika kulturer.

- Ta upp detta med individuellt synsätt - att KFI kan användas även på svenskar. Begreppet "annan kulturell bakgrund".

Introduktionsfrågor:

Presentationsrunda; Var arbetar du?, Din roll på arbetsplatsen?, Hur ser det ut med olika kulturer på din arbetsplats?

Övergångsfrågor:

Har ni någon gång tänkt på hur olika bakgrund/kultur påverkar i mötet mellan patient-terapeut?

Nyckelfrågor:

- Vad möter ni på era arbetsplatser som är svårt att förstå/gör er förvånade i arbetet med patienter med psykisk ohälsa med annan kulturell bakgrund än svensk?
- Svårigheter kring olika kulturell bakgrund i arbetet som terapeut? Problem?
- Berätta situationer/dela exempel med varandra på när bakgrund gör sig påmint i arbetet?
- Hur försöker ni förstå det? Handskas med detta?
- Finns det situationer i mötet med patienten då du önskar att du hade mer kunskap om dennes kulturella/etniska bakgrund? Varför? När? Exempel?
- Hur tänker du kring din egen kulturella bakgrund och hur den påverkar relationen/kommunikationen/terapin med en patient?
- Andra reflektioner, tankar, funderingar kring dagens ämne?

Individuell intervju 2015-09-X

(Ca 1,5 tim)

Frågorna utformade efter Fokusgruppsintervju, samt i dialog med handledare. Semistrukturerad intervju.

Frågebatteri:

- Vad möter terapeuterna/psykologerna för svårigheter i arbetet med patienter med psykisk ohälsa med annan kulturell bakgrund än svensk? Avstämning från fokusgruppen hur fungerade frågorna i relation till informationen som kom fram under fokusgruppen?
- Kan kulturformuleringsfrågorna i DSM-5 vara ett arbetsredskap inom primärvården för ökad förståelse av patientens lidande?
- Hur fungerade verktyget; var det några frågor som kändes bra, mindre bra eller t om borde ändras?
- Kunde verktyget möta de behov terapeuterna/psykologerna har; eller saknades viktiga frågeställningar/områden?
- Bidrar verktyget till att ny förståelse för patientens lidande kommer fram som kan vara svårt att få fram på annat sätt?
- Förändrade användandet av kulturformuleringsfrågorna synen på patienten - och dennes problem?
- Tror de intervjuade terapeuterna/psykologerna att informationen som kom fram via intervjuguiden kan ha betydelse vid diagnosticering, behandling och vårdupplägg av patienter inom primärvården? På vilket sätt i så fall?
- Kan de tänka sig att använda sig av verktyget i fortsatt kliniskt arbete?
- Märkte du någon skillnad i mötet med patienten vid användande av KFI?
- Fick du större förståelse för patientens berättelse med KFI?
- Kulturella skillnader/traditioner, där man t ex offerar sin hälsa, när man t ex går in i Ramadan - detta kan vara svårt för terapeuten att förstå. Märkte du någon skillnad med KFI?
- Själva utförandet - introduktion etc.
- Reflektioner, egna kring användandet.

Experiences with the Cultural Formulation Interview (CFI) Friday 27 November 2015

Transcultural Centre (TC), S:t Göransgatan 126, Stockholm

Program

- 08.00–08.30 *Coffee*
- 08.30–09.00 **Welcome and presentation of participants**
- 09.00–10.00 *Simon Groen, Illuminating the potential relevance of cultural identity in refugee patients for clinicians*
- 10.00–10.25 *Anne Leseth, Improving culture sensitive services in mental health care*
10.25–10.40 *Break*
- 10.40–11.05 *Emine Kale, Translating the CFI to Norwegian*
- 11.05–11.30 *Malin Idar Wallin, Psychological treatment in Culture and context*
- 11.30–11.55 *Michael Ioannou, “High Sensitive Person” with the help of DSM-5*
11.55–13.00 *Lunch (included) Göran Terrassen, S:t Göran’s Hospital*
- 13.00–13.25 *Karin Sharma, Trapped in a Canadian Façade*
- 13.25–13.50 *Sigmund Elgarøy Routine implementation of CFI in two psychiatric outpatient clinics as part of a research project*
- 13.50–14.15 *Domnine Marie Lecoq, Cultural Consultation : An alternative way to meet refugees and asylum-seekers in the Norwegian mental health care system*
- 14.15–14.30 *Break*
- 14.30–14.55 *Rano Engstrand Significance of family variables such as ethnicity and culture for planning and implementation of early interventions for young children with autism spectrum disorders (ASD) in Sweden.*
- 14.55–15.20 *Rebecca Hall, The significance of the CFI- questions for counselors within primary care.*
- 15.20–15.45 *Jonna Arousell, Midwives Providing Contraception Counselling to Muslim Middle Eastern Women in Sweden: A Qualitative In-Depth Exploration*
- 15.45–16.10 *Sofie Bäärnhielm, Future perspectives on the implementation of the CFI*
- 16.10–16.45 **General discussion**
- 17.30 **Dinner** at Agra, Hantverkargatan 84

Each presentation will be maximum 15 minutes and followed by a ten minutes discussion.

INBJUDAN TILL NÄTVERKSMÖTE FÖR KURATORER

Nätverksmöte för kuratorer som arbetar med transkulturell psykiatri och asyl - och flyktingsjukvård inom Stockholms läns landsting hålls en gång per termin. Syftet är att dela erfarenheter av arbete inom olika områden, för kunskapsspridning och kontaktskapande.

TEMA: Att möta traumatiserade flyktingfamiljer

TID: Onsdag 11 maj 2016, kl 13.30 - 16.00

PLATS: Transkulturellt Centrum, S:t Göransgatan 126, plan 13

PROGRAM

13.30 Välkommen

Elisabeth Bakke, kurator på Transkulturellt Centrum

13.45 *Sofie Bäärnhelm*, enhetschef Transkulturellt Centrum, har varit med i arbetet att utveckla och utforma Kulturformuleringsintervjun och ger oss en bakgrund och förståelse för denna

14.30 Kaffepaus

14.50 Rebecka Hall, kurator Rinkeby VC berättar om sin studie (examensarbete vid psyko-terapeututbildning) av kuratorers praktiska erfarenheter från användning av KFI

15.35 Tid för frågor och diskussion samt egna erfarenheter

16.00 Nätverksträffen avslutas

Anmälan: Senast 2 maj på <http://transkulturelltcentrum.se/anmalan-utbildning/> genom e-post: tc@sll.se eller via telefon till Vicki Maamari, 08-123 486 80

Kontakt: Elisabeth Bakke, elisabeth.bakke@sll.se, 08-123 486 78
socio- nom, leg psyko-terapeut vid Transkulturellt Centrum

Nätverksmötet är kostnadsfritt.

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

Ur förslaget till en kulturformulering, APA, 2000)

