



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnor och barns hälsa

Enheten för reproduktiv hälsa

Kurs: Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa

**Nyanländas upplevelser av att söka vård inom sexuell och
reproduktiv hälsa i Norden**
En litteraturstudie

**Migrants experiences of seeking care in sexual and
reproductive health in the Nordic countries**
A review

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp
(Avancerad nivå), år 2021

Mari Orre
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestudent

Handledare:
Katarina Kornaros
Socionom, Ph.D.

Sigrid Larsson
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestudent

Examinator:
Helena Lindgren
Leg. Barnmorska
Universitetslektor

Sammanfattning

Bakgrund: Global migration är en utmaning för samhället och sjukvårdssystemet. Missförstånd och feltolkning av symtom leder till försenad och försämrad vård bland migranter, ofta på grund av språkliga och/eller kulturella barriärer. Tidigare studier i ämnet visar att migranter upplever generellt vården de får som sämre än den vård inhemskt födda får. Kommunikationsbarriärer, bristande förtroende för vården och diskriminering upplevs som faktorer som har negativ påverkan på erfarenheten av sjukvård. **Syfte:** Att utforska nyanländas upplevelser av att söka vård i de nordiska länderna inom området sexuell och reproduktiv hälsa. **Metod:** En litteraturstudie av elva artiklar analyserades genom tematisk analys med induktiv ansats enligt Braun & Clarke. **Resultat:** Kommunikation är en faktor som både främjar och begränsar vårdsökande. Bristande språkkunskap, felaktig information och feltolkande tolkar är begränsande faktorer medan information på hemspråk, gott bemötande och stärkande sociala nätverk främjar möjligheten till att göra informerade val. Bemötandet upplevs som generellt gott med positiva möten men undermåligt bemötande såsom nekad behandling, bli ifrågasatt och ignorerad var tärande och skapade hinder. Att ständigt behöva vara uppmärksam och stå upp för sina rättigheter till vård på lika villkor skapade en misstro till systemet. **Slutsats:** Språket har en bidragande faktor till att nyanlända inte får sexuell och reproduktiv vård på samma villkor som övrig befolkning. Studien visar att större kulturell kompetens hos vårdpersonal samt ett fungerande tolksystem behövs för att överkomma de språkbarriärer som finns mellan migranter och vårdpersonal för att kunna tillgodose rättvis och god vård inom SRHR. Ett tryggt bemötande och tydlig information är av stor vikt för att kunna skapa en god relation mellan vårdpersonal och nyanlända.

Nyckelord: Migration, sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, bemötande, vårdsökande, kommunikation

Abstract

Background: Global migration is a challenge for society and the healthcare system. Misunderstandings and misinterpretation of symptoms lead to delayed and impaired care among migrants, often due to language and/or cultural barriers. Previous studies on the subject show that migrants generally experience the care they receive as inferior to the care domestically born receive. Communication barriers, lack of trust in healthcare and discrimination are perceived as factors that have a negative impact on the experience of healthcare. **Aim:** To explore migrants experiences of seeking care in the Nordic countries in the field of sexual and reproductive health. **Method:** A literature review of eleven articles was analyzed through thematic analysis with an inductive approach according to Braun & Clarke. **Results:** Communication is a factor that both promotes and limits care seekers. Lack of language skills, incorrect information and misinterpreting interpreters are limiting factors, while information in the native language, good treatment and strengthening social networks promote opportunities to make informed choices. The meeting between migrants and care givers is perceived as generally good with positive meetings, but substandard treatment such as denied treatment, being questioned and ignored was corrosive and created obstacles. Constantly having to pay attention and stand up for rights to care on equal terms created a distrust of the system. **Conclusion:** Language has a contributing factor to migrants not receiving sexual and reproductive care on the same terms as the rest of the population. The study shows that greater cultural competence among care staff and a functioning interpreting system are needed to overcome the language barriers that exist between migrants and care givers in order to be able to provide fair and good care within SRHR. A safe welcome and clear information is of great importance in order to create a good relationship between care givers and migrants.

Keywords: Migration, sexual and reproductive health and rights, treatment, health-care seeking, communication

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	4
BAKGRUND	5
Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter	5
Global migration	5
Sjukvårdens utmaningar i en globaliserad värld	6
Barnmorskan i ett mångkulturellt samhälle	6
God hälsa på lika villkor - en utmaning?	7
Problemformulering	9
SYFTE	9
Frågeställningar	9
MATERIAL OCH METOD	9
Studiedesign	9
Datainsamlingsmetod	10
Urvalsprocess	10
Dataanalys	11
Etiska överväganden	12
RESULTAT	12
Huvudtema 1: Att navigera sig fram genom vården	13
Kommunikation	13
Upplevelsen av att söka vård	15
Huvudtema 2: Finna sin plats i ett nytt samhälle	16
Social omgivning	16
Blicka framåt	19
DISKUSSION	20
Metoddiskussion	20
Trovärdighet	20
Överförbarhet	22
Resultatdiskussion	23
Individanpassad och jämlik vård	24
Språket som maktfaktor	26
Hur livet förändras i en ny social och kulturell kontext	27
SLUTSATS	29
Kliniska implikationer	30
Förslag till vidare forskning	30
REFERENSER	31
BILAGOR	36
Bilaga 1: Sökmatrix	36
Bilaga 2: Artikelmatrix	39
Bilaga 3: PRISMA sökmatrix	42

INLEDNING

Global migration ställer höga krav på samhället och utmanar sjukvården i stort. Det finns många människor världen över som är på flykt eller är nyanlända i ett land där de kanske inte känner sig hemma. Migration kan innebära att förlora en bit av sig själv och sitt ursprung samt att få basala behov såsom sjukvård tillgodosedda kan medföra stora utmaningar. Barnmorskor har en viktig roll att möta kvinnor och ungdomar i hela vårdkedjan, allt ifrån ungdomsmottagningen till mödravård och förlossning.

Som sjuksköterskor och blivande barnmorskor har författarna till denna uppsats mött många olika människor från olika bakgrunder och med olika socioekonomiska förutsättningar. Dessa människor har kanske inte alltid samma förutsättningar som resten av befolkningen och i och med de senaste årens flyktingströmmar ökar kravet på sjukvården. Författarna upplever att det kan finnas en problematik kring att dessa personer inte alltid erhåller en trygg och säker hälso- och sjukvård på samma villkor som den resterande befolkningen och har därför valt att utforska detta vidare. Genom en litteraturöversikt utforskas nyanländas upplevelser av att söka vård i de nordiska länderna inom området sexuell och reproduktiv hälsa samt vad som främjar och begränsar tillgången till sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.

BAKGRUND

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

Rätten till en sexualitet fri från diskriminering, fördomar, tvång eller våld ligger till grund för en persons upplevelse av hälsa och välbefinnande. Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR härnäst) innefattar hela befolkningen och genom individens hela liv. Det är ett område med stor betydelse för varje människas nära relationer och välbefinnande, självkänsla, oavsett kön, ålder, funktionsförmåga, könsuttryck eller könsidentitet. Målet är att skapa en god hälsa på lika villkor för alla människor samt förbättra samhälleliga och sociala förutsättningar för ökad SRHR. Alla ska ha rätt till självbestämmande om sin egen kropp samt ha tillgång till hälso- och sjukvård och andra instanser för hälsa som står bakom den rätten (Folkhälsomyndigheten, 2020).

Global migration

Faktorer som gör att människor migrerar har orsaker som bottnar i bland annat sociopolitisk och humanitär migration. Det kan bero på bland annat etnisk, religiös, kulturell förföljelse eller väpnade konflikter. Ekonomiskt utsatt situation och miljöfaktorer såsom naturkatastrofer och klimatförändringar är också faktorer som tvingar människor lämna sina hemländer (Europaparlamentet, 2019). Asylsökande, flykting och nyanländ är några av begreppen som förekommer när man talar om personer som på ett eller annat sätt har lämnat sitt hemland. Det finns dock ingen strikt konsensus i vilket av orden som bör användas. Flykting och asylsökande har en juridisk betydelse men de används också i en mer allmän betydelse i samhället. Nyanländ är ett annat begrepp för att beskriva en person som fått uppehållstillstånd, folkbokförs och blivit mottagen i en kommun (Tinghög et al., 2016).

År 2019 levde 21,8 miljoner människor i EU med ett medborgarskap som tillhörde ett annat än det landet de vistades i (Europaparlamentet, 2019). Flyktingar har rätt till asyl och därmed skydd i form av fysisk och psykisk säkerhet i ett nytt land där de ska kunna erhålla samma rättigheter och hjälp som sjukvård och skola (Sverige för UNHCR, u.å). Papperslösa flyktingar är de människor som antingen gömmer sig illegalt i landet på grund av avslagen asylansökan, eller de människor som lever utan rätt tillstånd för att uppehålla sig i landet. Det är svårt att uppskatta hur många människor som lever som papperslösa då de inte är registrerade. Inom EU finns beräkningar på att mellan 2,8-6 miljoner människor lever som papperslösa (Migrationsinfo, 2020).

Sjukvårdens utmaningar i en globaliserad värld

Global migration är en utmaning för samhället och sjukvårdssystemet. Flyktingar utsätts för diskriminering, våld och exploatering vilket påverkar den fysiska och psykiska hälsan. Det kan leda till hälsoproblem som tillsammans med juridiska och socioekonomiska barriärer gör att hälso- och sjukvården blir svårtillgänglig och inte anpassad efter kulturella och språkliga olikheter i samhället. Missförstånd och feltolkning av symtom leder till försenad och försämrad vård bland migranter, detta ofta på grund av språkliga och/eller kulturella barriärer (World Health Organisation [WHO], 2013).

Enligt Chiarenza et al. (2019) har sjukvården utmaningar när det kommer till att förse flyktingar med den vård de har rätt till, såsom lagliga, finansiella och administrativa barriärer. Bristen på information och kunskap om rätten till vård och rätten till att ha tolk vid vårdbesök har identifierats som faktorer till varför flyktingar inte får adekvat vård. Även brist på kommunikation mellan vårdgivare har identifierats som en tröskel till vård. Psykiatrisk-, pediatrik-, sexuell och reproduktiv vård har visats vara den vård som är svårast för flyktingar att erhålla.

Barnmorskan i ett mångkulturellt samhälle

I ett mångkulturellt samhälle behöver vård bedrivas utifrån en helhetssyn, oberoende av en persons härkomst. Personer som härstammar från låginkomstländer är ofta de som uppvisar störst risk för en försämrad hälsa (Esscher, 2014). Hela vårdkedjan; barnmorskemottagningar, förlossning samt BB/eftervård behöver besitta kunskap gällande dessa grupper. I arbetet som barnmorska är det av stor vikt att alltid utgå från den individuella kvinnan och hennes förväntning och inställning till hälsa, vilket gör det lättare för barnmorskan att kunna stötta kvinnan till goda beslut utan att vara dömande (Ny, 2016). Sociokulturella normer kan vara hinder för SRHR då det nya landets värderingar ibland står i motsats till migranternas härkomst. Det öppna sättet att tala om sexualitet skapar i vissa fall en dissonans mellan det gamla och nya landet (Tirado et al., 2020).

Som barnmorska är det viktigt att förstå att kvinnors handlande inte enbart styrs av dem själva. Närstående har ofta stort inflytande och många kvinnor kan härstamma från kulturer där de traditionella regelverken krockar med värdlandets kultur och dess hälsosystem. En förstående inställning och attityd utan dömande samt ett vänligt bemötande hos barnmorskan är viktiga faktorer för att främja god hälsa och trygghet hos invandrarfamiljer (Barclay & Kent, 1998).

Det finns en maktobalans mellan vårdpersonal och migranter, vilket kan utgöra en risk för att undermålig vård godtas. Kulturellt stereotypiserande av migranter kan resultera i att de behandlas som en homogen grupp snarare än individer. Negativa fördomar och förutfattade meningar om migranter och migration kan skapa en vi-mot-dom-jargong bland vårdpersonal vilket är skadligt för vården av migranter (Haith-Cooper & Bradshaw, 2013a; Haith-Cooper & Bradshaw, 2013b).

Barnmorskor anser det som viktigt att ha ett öppet och välkomnande möte, att lyssna samt ta hänsyn till kvinnors olika behov för att sedan följa upp och försöka göra mötet till en positiv upplevelse. Barnmorskor upplever ofta tiden för mötet som begränsad och att den tillgängliga tiden inte går att förlänga. Ett möte med en nyanländ kvinna kräver ofta mer tid, exempelvis för att förklara samt få en bekräftelse på att kvinnan förstår. Denna brist på tid kan bidra till en ojämlikhet i vården. För att främja en effektiv kommunikation inom vården är språket ett ledande instrument. Att besitta goda språkkunskaper kan minska ojämlikheten inom vården (Akhavan, 2012).

Enligt Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2013:407) är alla kommuner och regioner i Sverige skyldiga att erbjuda asylsökande och papperslösa över 18 år ”vård som inte kan anstå”. Personer under 18 år ska ha samma rättigheter till vård som folkbokförda barn.

Begreppet *vård som inte kan anstå* innebär vård som inte kan vänta, vilket även innebär abortvård, mödravård samt preventivmedelsrådgivning. Denna vård gäller även vid köp av läkemedel och skall vara subventionerad. *Vård som inte kan anstå* avgörs alltid i det enskilda fallet av behandlande läkare eller annan ansvarig vårdpersonal (Socialstyrelsen, 2019).

God hälsa på lika villkor - en utmaning?

Utlandsfödda kvinnor har generellt sett en begränsad tillgång till sina rättigheter och information kring dessa, vilket ofta påverkar hennes vårdsökande (United Nations Population Fund [UNFPA], 2020). Att behöva lämna sitt sociala nätverk i hemlandet kan leda till att personen socialt distanserar sig och utvecklar försämrad hälsa (Ny, 2016).

Andersson et al., (2018) beskriver att många flyktingar lever med psykisk ohälsa. Depression, ångest och PTSD är vanligt förekommande vilket skapar en otrygg tillvaro. Rädsla för att tvingas återvända till hemlandet, på grund av politiska eller humanitära orsaker, eller för att de tillhör en minoritet och riskerar att förföljas i hemlandet gör att de lever med en stor stress och utsatthet.

Språk, missuppfattningar och låg riskmedvetenhet beskrivs som hinder för SRHR bland migranter. Språkbarriärer kan bland annat leda till att problem som missade vårdbesök eller svårigheter att boka ett vårdbesök uppstår. För att en person ska känna sig delaktig i vården samt känna tillit och trygghet så är god kommunikation en förutsättning (Ali & Watson, 2017). Många får information om preventivmedel och aborter först vid en oplanerad graviditet och många unga uttrycker en rädsla för aborter på grund av de osäkra aborter de bevittnat i flyktingläger (Tirado et al., 2020). Preventivmedel förskrivs mer sällan till migrantkvinnor och läkare upplevs inte ha preventivmedelsrådgivning med dessa kvinnor i lika stor utsträckning som med inhemska kvinnor. Bland kvinnor som migrerat från länder söder om Sahara diskuterar läkare preventivmedel i lägre utsträckning än med migrantkvinnor från andra regioner (Raben & van den Muijsenbergh, 2018). Gravida migranter upplever ofta kontrollförlust över sin förlossning på grund av bristande stöd under graviditet och vårdpersonalens förutfattade meningar och stereotypa bemötande (Tirado et al., 2020) samt har ökad risk för att utveckla postpartumdepression. Detta på grund av tidigare erfarenheter av stressfulla situationer i livet, bristande socialt nätverk och tidigare depressioner (Collins et al., 2011). Kostnaden av vårdtjänster, kulturellt okänslig vårdpersonal, låg kunskap om vårdsystemet, begränsade språkkunskaper och olika syn på hälsa och ohälsa har identifierats som faktorer som hindrar migranter att få vård på lika villkor som övrig befolkning (Lebano et al., 2020).

Migranter upplever generellt vården de får som sämre än den vård inhemskt födda kvinnor får. Kommunikationsbarriärer, bristande förtroende för vården och diskriminering upplevs som faktorer som har negativ påverkan på erfarenheten av sjukvård. Utbildning av vårdpersonal i kulturell kompetens, respektfull vård som är uppmärksam på individuella anpassningar och information i vårdsystemet uttrycks som vägar att nå målet av jämlik vård, med en lyhördhet för alla människor oavsett ursprung (Small et al., 2014). Stöttande vårdpersonal, sociala medier, och teknologi anses som främjande faktorer för SRHR. Stressen att hitta jobb, bostad och finna sin plats i det nya samhället sätter dock ofta SRHR i andra hand. Unga migranter upplever samma hinder för SRHR som andra människor, men dessa hinder förvärras av flyktingkontexten (Tirado et al., 2020).

Trots en strävan att säkerställa lika tillgång till hälso- och sjukvård finns det tecken på en bestående ojämlikhet mellan migranter och icke migranter när det gäller tillgång till vårdtjänster. Det handlar framförallt om ouppfyllda hälso- och sjukvårdsbehov där språk- och kommunikationshinder, överanvändning av akuta tjänster, underanvändning av primärvårdstjänster samt diskriminering

beskrivs. I förlängningen leder det till att kvinnor missar sina besök inom exempelvis mödravården (Lebano et al., 2020).

Problemformulering

Trots lagar och administrativt stöd för nyanländas rätt till sexuell och reproduktiv hälsa erhåller nyanlända inte alltid den vård de har rätt till och migranternas tillgång till sexuella och reproduktiv hälsa är generellt sämre än för resten av befolkningen. Det är en grupp i samhället som kan behöva extra stöd och anpassad information men som lätt hamnar snett på grund av juridiska, socioekonomiska, kommunikativa och kulturella barriärer. I och med stora flyktingströmmar de senaste åren ställs stora krav på sjukvården och vårdpersonalens kulturella kompetens. I denna uppsats utforskas upplevelser av sexuell och reproduktiv hälsa bland människor som av olika anledningar behövt migrera till Norden.

SYFTE

Studien har som syfte att utforska nyanländas upplevelser av att söka vård i de nordiska länderna inom området sexuell och reproduktiv hälsa.

Frågeställningar

- Hur upplever nyanlända bemötandet de får av vårdpersonal beträffande sexuell- och reproduktiv hälsa?
- Vad upplever nyanlända begränsar/främjar deras tillgång till sexuell- och reproduktiv hälsa?

MATERIAL OCH METOD

Studiedesign

Den föreliggande uppsatsens design är en kvalitativ litteraturstudie med syfte att genom ett systematiskt tillvägagångssätt beskriva hur nyanlända migranter upplever bemötandet inom vården för sexuell och reproduktiv hälsa. En litteraturstudie ger en god överblick över det aktuella kunskapsläget och kan vara vägvisande för framtida studier i ämnet (Forsberg & Wengström, 2016).

Datainsamlingsmetod

Initiala ostrukturerade testsökningar genomfördes för att få en överblick över den befintliga forskningen i ämnet samt ringa in vilka sökord som kunde vara lämpliga. Testsökningarna dokumenterades inte. Tillsammans med bibliotekarie på Karolinska institutets bibliotek valdes sedan lämpliga MeSH-termer och fritextsökningar ut. Systematiska sökningar för datainsamling genomfördes genom litteratursökning i databaserna PubMed och Cinahl genom att sammanlänka MeSH-termer och fritextsökningar med booleska operatorerna AND och OR. Sökning gjordes även på tidskrifters hemsidor för att hitta nypublicerade studier som ännu inte var sökbara i databaserna. Första steget i sökningen var att läsa artiklarnas titel för att se om den var relaterad till den föreliggande litteraturstudiens syfte. Därefter lästes abstract för att få en djupare förståelse för artikeln. Om studiens abstract var intressant för uppsatsens syfte lästes artikeln i sin helhet och resultatet diskuterades författarna emellan för att nå ömsesidig förståelse för studien och avgöra om den skulle ingå i den aktuella litteraturstudien. För fullständig sökmatrix och sökord, se bilaga 1 (Forsberg & Wengström, 2016).

Urvalsprocess

Inklusionskriterierna för litteraturstudien var originalartiklar publicerade i en vetenskaplig tidskrift, genomförda i Norden, publicerade under åren 2010-2021, skrivna på svenska eller engelska med kvalitativ metod. Studier som behandlade migration från höginkomstländer, kvantitativa studier samt studier som enbart behandlar vårdpersonalens upplevelser exkluderades.

Artiklarna kvalitetsgranskades enligt SBU's *granskningsmall för kvalitativa artiklar* (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2020a). För vägledning i kvalitetsgranskningen användes SBU's mall *Vägledning för granskning av studier med kvalitativ metodik* (SBU, 2020b). För att inkluderas i litteraturstudien krävdes det att bedömningen av artiklarnas sammanvägda bedömning av metodologiska brister var obetydliga/mindre eller måttliga. Studier med stora metodologiska brister hade exkluderats ur den föreliggande litteraturstudien men ingen av artiklarna som identifierades hade så pass stora brister att de behövde exkluderas.

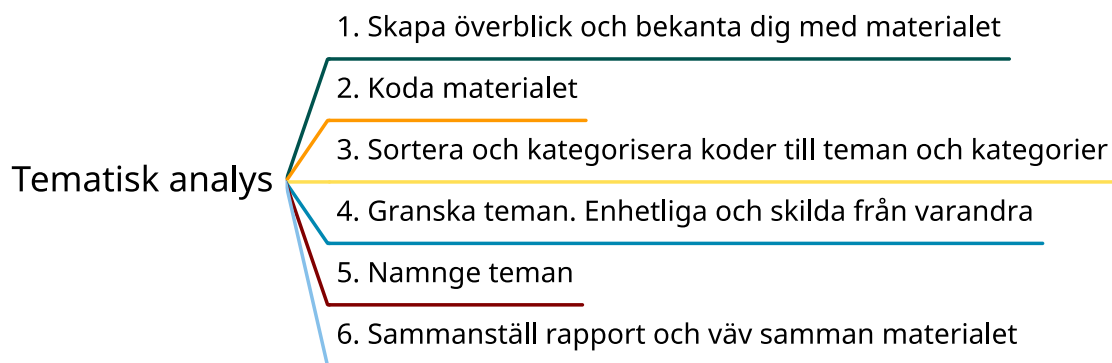
Urvalsstrategin redovisas enligt PRISMAS flödesschema (se bilaga 3). Totalt 79 relevanta studier identifierades och diskuterades i varierande grad. Av dessa 79 artiklar lästes 25 studier i sin helhet för att avgöra dess relevans för den föreliggande litteraturstudien. Efter diskussion författarna emellan och relevansbedömning kvarstod 11 vetenskapliga studier som inkluderades i litteraturstudien enligt inklusions- och exklusionskriterier. Bland de inkluderade artiklarna är åtta

från Sverige, en från Norge, en från Danmark samt en från Finland. För fullständig översikt av inkluderade artiklar, se bilaga 2.

Dataanalys

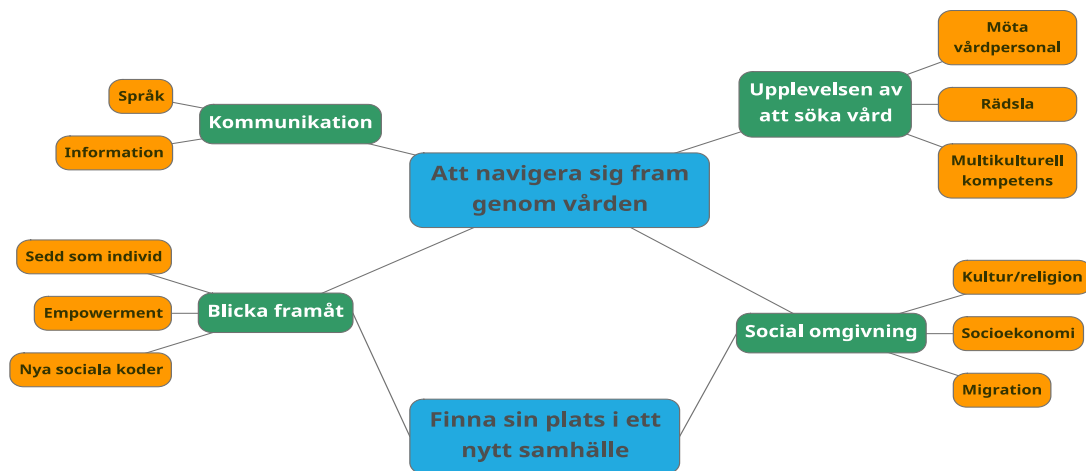
Det insamlade materialet bearbetades genom tematisk analys med induktiv ansats enligt Braun och Clarke (2006). Tematisk analys är en flexibel metod att analysera kvalitativ data, se mönster i texten och därigenom skapa teman genom sex steg. Induktivt tillvägagångssätt, det vill säga ”från botten och upp”, valdes för att kunna analysera materialet förutsättningslöst och få en rikare analys av fenomenet som studerats. Både semantiska och latent tematiska teman identifierades och behandlades för att få en analys på flera plan. Semantiska teman beskriver mer ordagrant vad informanterna sagt i intervjuer medan latent tematiska teman tolkar underliggande tankar och föreställningar. Den tematiska analysen gjordes systematiskt och stegvist enligt Braun och Clarke (2006), se tabell 1. Studierna lästes igenom och innehållet bearbetades åtskilliga gånger skriftligt och muntligt för att få en fördjupad förståelse för materialet samt nå konsensus över studiernas resultat. Materialet fördes in i en matris (se bilaga 2) för att få en god översikt över de studerade artiklarna.

Tabell 1: Tematisk analys



Materialet kodades sedan manuellt med olika färger utifrån innehåll och genom att bearbeta färgkoderna och innebörden av dessa flertalet gånger skapades tillslut två huvudteman; *Att navigera sig fram genom vården* och *Finna sin plats i ett nytt samhälle*. Inom de två huvudteman skapades fyra kategorier; *Kommunikation*, *Upplevelsen av att söka vård*, *Social omgivning* och *Blicka framåt* samt elva subkategorier; *Språk*, *Information*, *Möta vårdpersonal*, *Rädsla*, *Multikulturell kompetens*, *Kultur/Religion*, *Socioekonomi*, *Migration*, *Sedd som individ*, *Empowerment* och *Nya sociala koder*.

Tabell 2: Mindmap. Teman, kategorier och subkategorier.



Etiska överväganden

Av hänsyn till de informanter som intervjuats i de inkluderade studierna för samtliga studier ett etiskt resonemang med godkännande av etisk kommitté och har redovisat sina huvudfynd utifrån ett etiskt tillvägagångssätt (Forsberg & Wengström, 2016). En av de inkluderade artiklarna har inget godkännande av etisk kommitté då det är en studie genomförd på en kvalitetsförbättring men den för ett rimligt etiskt resonemang och har ett vetenskapligt värde och har därför inkluderats i den föreliggande litteraturstudien.

Enligt §16 i Lag om etikprövning av forskning som avser människor, ska deltagarna som medverkat i de olika studierna ha blivit informerade om syfte, metod samt exempelvis möjliga risker eller följder av forskningen. De ska ha erhållit information om att deras medverkan är frivilligt samt att de när som helst under studiens gång kan avbryta (SFS, 2003:460).

RESULTAT

Studiens resultat kommer att presenteras genom två huvudteman; *Att navigera sig fram genom vården* och *Finna sin plats i ett nytt samhälle*. Inom de två huvudteman kommer materialet beskrivas under fyra kategorier; *Kommunikation*, *Upplevelsen av att söka vård*, *Social omgivning* och *Blicka framåt* som speglar elva subkategorier; *Språk*, *Information*, *Möta vårdpersonal*, *Rädsla*,

Multikulturell kompetens, Kultur/Religion, Socioekonomi, Migration, Sedd som individ, Empowerment och Nya sociala koder.

Huvudtema 1: Att navigera sig fram genom vården

Kommunikation

Kvinnorna beskrev att bristande kunskap i språket var ett stort hinder för att komma i kontakt med vården. En återkommande faktor var att många inte förstod kallelsebreven och den skriftliga informationen upplevdes som otillräcklig då den var på ett språk kvinnan inte förstod (Grandahl et al., 2015; Tatari et al., 2020; Åkerman et al., 2017).

”When I came to Sweden I received a paper and I didn’t understand anything, after 4 month, I read it, and I understood that it was a cancer test, but I can’t call and make an appointment” (Grandahl et al., 2015. s. 350)

Många av kvinnorna var inte vana vid regelbundna hälsokontroller. Flera kvinnor avstod från att söka vård i Sverige trots att ett vårdbehov fanns på grund av bristande kunskap om sjukvårdssystemet i kombination med språkförbistring (Olsson et al., 2014; Åkerman et al., 2017). Syftet med mödravården upplevdes som oklart i vissa fall. För att kunna göra informerade val önskades mer information om exempelvis mödravårdens syfte då vårdsökandet ofta var symtombaserat och nyttan med preventiv vård inte kommunicerades (Ahrne et al., 2019). Bristen på adekvat information samt bristande språkkunskap var även den främsta barriären till varför preventivmedel inte användes. I en studie beskrevs det att det var vanligt förekommande att preventivmedelsanvändningen började först när kvinnan redan fött flera barn (Gele et al., 2020).

I did not receive information about contraception when I needed it most. I have got children that are very closely spaced. I wanted to space them with three years of interval but I never had the correct information of how to do it (Gele et al., 2020. s.6)

En del kvinnor upplevde en brist gällande tolksamtal vid olika besök inom vården (Gele et al., 2020; Åkerman et al., 2017). Många kvinnor använde sin make som tolk och det var inte ovanligt att maken var emot preventivmedel och att en stor del av informationen blev dold. Önskade graviditeter hade kunnat förhindras om kvinnan känt till tolkanvändningen inom vården. Många somaliska kvinnor sökte information hos andra kvinnor eller vänner gällande preventivmedel vilket kunde leda till missförstånd och myter, vilket i sin tur bidrog till en ökad rädsla och tvivel för

preventivmedelsanvändning. Att få information på sitt hemspråk skulle öka möjligheten för kvinnorna att använda preventivmedel då ett informerat val bidrog till att undanröja myter och felaktiga uppfattningar kring preventivmedel (Gele et al., 2020).

Andra beskrev det som besvärligt att behöva vara beroende av en tolk för att kommunicera, en person de inte kände eller litade på. På grund av erfarenhet av förföljelse hade de svårt att känna tillit till tolken på grund av exempelvis tidigare politiska och geografiska spänningar i hemlandet. Att lära sig språket var viktigt, medan vissa tyckte att det var av större vikt att hitta ett arbete. Graviditet samt att fokusera på familjen var ofta en bidragande orsak till varför språkstudier inte kunde fullföljas. Språkbarriären fördröjde ofta vårdsökandet då telefonkontakt med vården var ett problem. Om kvinnorna sökte på plats blev de ombedda att gå hem och återkomma via telefon (Robertson, 2015). Känslan av att inte få rätt information eller att bli felinformerad ökade känslan av misstro och osäkerhet. Vissa kvinnor kände ett bristande förtroende till tolkar som vården försåg dem med, på grund av kulturella och geografiska konflikter, vilket ledde till att kvinnorna inte ville dela med sig av personlig information. Ibland löstes detta genom att använda sig av anhöriga som tolkade, vilket i sin tur kunde leda till obekväma situationer. Vårdpersonal som försåg dem med rätt vård, talade deras språk eller försåg dem med tolk var uppskattat hos andra kvinnor (Barkensjö et al., 2018).

Ensamkommande flyktingar som kommit till Sverige som tonåringar hade fått information om sexuell och reproduktiv hälsa och dess rättigheter på ungdomsmottagningen. Vissa upplevde att det kändes konstigt att få information så öppet i början, men att det var av stor vikt att få kunskapen så tidigt som möjligt innan de exempelvis inledde en relation för att känna sig redo och informerad. Andra upplevde att informationen kunde getts senare då de hade annat att tänka på som nyanländ, exempelvis oro över att bli beviljad asyl såväl som tankar på det tidigare livet med erfarenheter av migration och krig. Alla uppskattade informationen men upplevde att det fanns en gräns för hur mycket information som behövde ges. De nyanlända ungdomarna uppgav att de hade behövt mer information om sociala koder mellan könen, sexuallagen, kunskap om meningen med begreppet "oskuld" samt hur man förhindrar sexuellt överförbara infektioner (Nordström & Agardh, 2020).

'Will I be able to stay or not? Will I be sent back to X (informant's country of origin)?' ... there is a lot to think of and you don't think at all about sexuality and those things ...
(Nordström & Agardh, 2020. s.10)

Upplevelsen av att söka vård

Tillgången till vård var god men många kvinnor sökte ogärna vård trots att det fanns ett behov. Det kunde upplevas som svårt att förstå preventivmedelsmetoder i det nya landet samt att det var svårt att komma in i sjukvårdssystemet (Åkerman et al., 2017). En studie beskrev det dock som lätt att få tillgång till preventivmedel i Norden (Svensson et al., 2017). Det vittnades om en rädsla för att söka preventivmedelsrådgivning och cellprovskontroller på grund av att det fanns en syn på att vården kontaktas endast vid symtomgivande tillstånd. Kvinnor var rädda för biverkningar, cancer, infertilitet och olaga blödningar som konsekvens av preventivmedel och cellprov (Gele et al., 2020; Tatari et al., 2020).

Både positiva och negativa möten med vårdpersonal nämns i litteraturen. Flera artiklar beskrev kvinnorna som generellt nöjda med bemötandet de fått inom sexuell och reproduktiv hälsa samt att de upplevt positiva möten med vårdpersonalen (Ahrne et al., 2019; Degni et al., 2014; Grandahl et al., 2015; Olsson et al., 2014; Tatari et al., 2020; Åkerman et al., 2017). Några kvinnor upplevde det som säkert och tryggt att föda barn eftersom vårdpersonalen hade koll på kvinnan och det ofödda barnet genom hela graviditeten och förlossningen. Förlossning i hemlandet var i vissa fall förenat med livsfara (Degni et al., 2014; Grandahl et al., 2015).

De kvinnor som hade fått färdigheter i det nya språket uttryckte att det inte fanns någon skillnad i hur vårdpersonalen bemötte dem och inhemska födda kvinnor (Degni et al., 2014; Grandahl et al., 2015). Kvinnor som fick ett gott bemötande upplevde bättre graviditets- och förlossningsutfall samt kände sig säkra och hade mindre ångest och oro (Barkensjö et al., 2018; Robertson, 2015). Vårdpersonalens bemötande hade stor inverkan på deltagandet i mödravården. Positiva möten där vårdpersonalen gjorde aktiva försök att etablera en god, välkomnande, respektfull, empatisk relation ledde till ökad glädje, säkerhet och tacksamhet samt minskad ångest och rädsla (Barkensjö et al., 2018).

Även undermåligt bemötande förekom, såsom bli nekad behandling, bli ignorerad och ifrågasatt. Att ständigt behöva vara uppmärksam och behöva stå upp för sina rättigheter för att få vård på lika villkor var tärande och skapade hinder för att söka vård över huvud taget. Okunskap bland vårdpersonalen för nyanländas svårigheter att navigera i sjukvårdssystemet orsakade en känsla av att inte ha någon att vända sig till och skapade misstro till systemet och hindrade vårdsökande. Vårdpersonalens verbala attityder och kroppsspråk var viktiga för att bedöma om deras intentioner

var goda eller inte (Barkensjö et al., 2018; Robertson, 2015). Några deltagare beskrev det som värdefullt att ha någon som kunde hjälpa en att föra sin talan i svåra situationer med vårdpersonal:

She told me that, because she didn't know how long I had been here, and that I'm hiding, I had to pay because she thought I was here like a tourist... Then after having explained the situation to her, she told me again that she didn't know. So, I had to come here [to the NGO] to tell them, so that they could call [the healthcare establishment]. I was scared, not for myself, but because I didn't know what would happen to my baby. Who will check on me, and where will I go. (Barkensjö et al., 2018. s.11)

Två studier beskrev att kvinnor önskade att vårdpersonal skulle få stöttning och utbildning i multikulturell kompetens för att kunna möta och vårda kvinnor från andra länder. Vårdpersonal kunde i vissa fall komma med ”välmenande” kommentarer men som kunde landa fel på grund av att de härstammade ur kulturella stereotyper, såsom att somaliska kvinnor föder många barn och att de inte vill ha preventivmedel (Degni et al., 2014; Gele et al., 2020). Negativa kommentarer relaterade till att ha flera barn, tätt, förekom ofta och kunde leda till motvillighet att gå till mödravården. En kvinna beskrev efter sin femte förlossning:

I still remember that, after my fifth delivery in the same maternity clinic, before going home with my baby, two nurses came to me and said ironically: ‘bye-bye and see you again next year’. Their reaction caused me bad feelings embarrassment and shame, so I decided to never see them again (Degni et al., 2013. s. 360)

Vissa blev bemötta med stereotyper såsom att somaliska kvinnor har en naturlig förmåga att föda barn, amma och hantera förlossningssmärter. Även goda intentioner och angelägenheter från vårdpersonalen kunde tolkas som nedlåtande, såsom att föreslå preventivmedel, om det inte nämndes försiktigt (Ahrne et al., 2019).

Huvudtema 2: Finna sin plats i ett nytt samhälle

Social omgivning

Kulturella hinder skapade begränsningar för tillgången till information om SRHR och för många av kvinnorna var det ett tabubelagt ämne att prata om. Tabun var något som hindrat dem från tillgång till information om SRHR i hemlandet. Några kvinnor hade grundläggande utbildning inom sexuell och reproduktiv hälsa, men för andra var informationen helt ny. De kunskapsluckor som uppstod, samt att inte vilja tala öppet om sexuella hälsofrågor ledde ofta till missuppfattningar, och det fanns

en osäkerhet om trovärdigheten i den kunskap som de tidigare fått. Informationen uppfattades som mer exakt och pålitlig i det nya landet (Grandahl et al., 2015; Nordström & Agardh, 2020; Svensson et al., 2017).

Många kvinnor var ovana att prata om kvinnofrågor och hade inte samma möjlighet att prata om sin hälsa och sexualitet i hemländerna. De svårigheter som de upplevt under migrationen påverkade deras hälsa och välbefinnande. Att komma från krigsdrabbade länder, bli torterad och förhörd gjorde kvinnorna misstänksamma mot andra människor. Att förlora sitt hem och land var som att förlora en bit av sig själv (Robertson, 2015).

Om en kvinna hade problem och behövde vård kunde hon inte alltid berätta det för någon, även om hon visste att det kunde skapa problem för henne i framtiden. Kunskapen om HPV-virus och livmoderhalscancer var begränsad och vissa kvinnor ansåg att det endast var gifta kvinnor som kunde genomgå en gynekologisk undersökning (Grandahl et al., 2015).

Många hade tidigare aldrig talat öppet om exempelvis menstruation eller preventivmedel framför sin make. De uppgav att det var ett mer normaliserat ämne att diskutera i Sverige samt att tillgången till både preventivmedel och information var betydligt lättare för kvinnorna nu vilket de ansåg lett till något positivt för dem. En kvinna sade:

Before, I could never mention in front of my husband that I had my period, but now after I have learned that it is a normal thing, that you can talk about it, so now when I have my period I go and tell my husband about it, and this information has led to something positive for me. (Svensson et al., 2017. s. 760).

Förutom den nya kunskapen som förvärvats kände kvinnorna att informationen varit en ögonöppnare och bidragit till nya sätt att relatera till SRHR. Det hade exempelvis introducerat nya sätt att kommunicera med män och andra familjemedlemmar utan att känna sig generad. Vissa av kvinnorna beskrev även hur de hade vidarebefordrat sin nya kunskap till vänner och andra familjemedlemmar (Svensson et al., 2017). En kvinna beskrev hur hon delade med sig av sin nya kunskap till vänner:

I would like to start to educate others about what it means, right now I have a friend and her husband works, and she only attends SFI [Swedish For Immigrants], and have not received this information, and every time I have learned something new I go to my friend and we sit

down and talk about this, and I tell her that this is the symptom for this or this disease, and this and that, and I can inform about this (Svensson et al., 2017. s. 762).

Många kvinnor hade uppfattningen av att cellprovtagning endast skulle utföras på personer som hade symtom. Sammantaget sökte de bara medicinska tjänster när de upplevde symtom. Vissa av kvinnorna hade mödrar som inte litade på screeningprogrammen och trodde att testet skulle infektera dem med cancer. Därför rekommenderades några av deltagarna att inte delta i cellprovtagning av sina föräldrar. De somaliska och arabiska kvinnorna var skeptiska till att delta i cellprovtagning före äktenskapet av två olika skäl: De arabiska kvinnorna uttryckte oro över att själva provtagningen skulle äventyra deras egna eller deras döttrars oskuld och de somaliska kvinnorna rapporterade att kvinnlig omskärelse var ett hinder för cellprovtagning, då det enligt dem var fysiskt omöjligt att utföra innan kvinnan var gift (Tatari et al., 2020). Religiösa ledare både var för och emot abort och preventivmedel. En graviditet ses som en välsignelse från Allah och att guds vilja ska respekteras, samtidigt som de barn som sätts till världen skall kunna tas hand om (Degni et al., 2014; Gele et al., 2020).

Bland några somaliska kvinnor fanns det en social press samt kulturella normer över att ha flera barn, press som främst kom från andra kvinnor och mödrar. Några av kvinnorna betonade att de kulturella och religiösa hinder som de en gång stött på i Somalia inte längre var något problem i Finland. De var inte vana att diskutera antalet barn eller användningen av preventivmedel med sin make på grund av somaliska familjetraditioner och religion, medan i det nya landet kunde de diskutera samt börja använda preventivmedel. Andra deltagare uttryckte sitt missnöje med användningen av preventivmedel och uppgav att om någon råder somaliska kvinnor att använda preventivmedel anses det förolämpande, om det inte uttrycktes med varsamhet (Degni et al., 2014).

Arbetslöshet eller vara lågavlönad gjorde att kvinnorna valde att inte prioritera att lägga pengar på preventivmedel (Gele et al., 2020). Att få enkelt ekonomiskt stöd från icke-statliga organisationer var en hjälp för att få tillgång till vården, för att exempelvis kunna finansiera sin bussbiljett till mödravården (Barkensjö et al., 2018). Mödravårdsbesöken kunde kräva att behöva gå ifrån arbetet på udda tider vilket kunde vara problematiskt som ny på arbetsmarknaden eller vara ny på jobbet. Detta gällde främst mannen i relationen och utgjorde ibland ett problem för att kunna ta sig tid att gå på graviditetsbesöken (Ahrne et al., 2019). Kvinnorna beskrev det som att det var svårt att göra sig beroende av socialbidrag och myndigheter och hitta anställning eller anställning relevant till ens

utbildning. Bristen på socialt stöd och nätverk skapade spänningar i kvinnornas relationer (Robertson, 2015).

In Norway, contraception is available, but it is not cheap; it is available for those who can afford to buy it. I think some women can afford it, but others cannot, depending on their financial situation. (Gele et al., 2020. s.7)

Blicka framåt

Sociala och kulturella skillnader mellan det nya landet och hemlandet beskrevs. Att positionera sig i förhållande till dessa skillnader var en utmaning för att finna sin plats i det nya samhället. Det kunde till exempel innefatta att relatera till de sociala normerna i det nya landet och att anpassa sig till dem (Nordström & Agardh, 2020). Många kom från länder där det inte är så vanligt att prata om sexuell och reproduktiv hälsa på grund av religiös lagstiftning som sätter tonen för normer och beteende, men uppskattar att kunna prata om SRHR i det nya landet. Det kändes värdefullt att kunna prata om kroppen, dess förändringar, symtom och risken för sjukdom (Grandahl et al., 2015; Nordström & Agardh, 2020). Även förändrade attityder till kulturella ritualer i hemlandet gjorde att de fick ändrat synsätt på exempelvis kvinnlig könsstympning efter att ha migrerat till Finland. Kvinnorna fick hjälp med öppningsoperationer vilket underlättade tidigare komplicerad menstruation och inför förlossning (Degni et al., 2014).

Många valde att vända sig till sina sociala nätverk för att resonera kring sexuell och reproduktiv hälsa (Åkerman et al., 2017). För vissa hade sociala nätverk, främst vänner, varit en källa till information om sexuell hälsa i hemlandet, men på grund av migration var dessa nätverk begränsade eller existerade inte längre (Svensson et al., 2017). Stärkande sociala nätverk i form av organisationer, religiösa sammanhang och kulturdoulor var ett stöd för kvinnorna i det nya landet. Icke-statliga organisationer höll en stor roll i att informera kvinnorna om deras rättigheter vilket stärkte och uppmuntrade kvinnorna att söka SRHR (Barkensjö et al., 2018). Efter många år på flykt kunde det i många fall vara svårt att släppa på den kontroll man haft och det satte krav på pålitliga relationer som gjorde att de kunde tro på sina egna förmågor och stärkas som individer (Robertson, 2015). Gele et al. (2020) beskrev vikten av att stärka kvinnor och därmed göra dem medvetna om risker med graviditet och förlossning för att de ska kunna göra välgrundade och informerade val gällande sexuell och reproduktiv hälsa.

Migration till Sverige innebar för många friheten att träffa potentiella partners utan sociala eller religiösa konsekvenser och kunde därmed leva sina liv friare än tidigare. Ensamkommande

ungdomar beskriver det som bra att prata om SRHR tidigt för att kunna vara redo ”när det är dags” (Nordström & Agardh, 2020).

‘You feel free and can do what you want. Or, you know, be with (who you want).’ (Nordström & Agardh, 2020. s. 8)

Att kunna få ett möte som var individanpassat och inte kopplat till ens migrationsstatus utan snarare till den individuella bakgrunden var av stor vikt. Att förstå ens rättigheter var grundläggande för att kunna göra informerade val och stå upp för sig själv och mot orättvis behandling (Ahrne et al., 2019).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Vid kvalitativ forskning görs deltagarens röst hörd och forskaren får en djupare förståelse för andra människors upplevelser och erfarenheter genom att deltagaren får beskriva sin syn på ett fenomen med egna ord. Detta ger barnmorskan en viktig förståelse för mötet med patienten i den kliniska verksamheten och insikt i nyanländas sociala verklighet. Kvalitativa studier blir därmed förståeligt för fler personer än enbart forskare i och med att deltagarens röst blir hörd och skapar en trovärdighet för resultatet (Forsberg & Wengström, 2016).

Trovärdighet

Författarna valde att göra en litteraturstudie med kvalitativ metod för att få en ökad förståelse för nyanländas upplevelser av att söka vård i de nordiska länderna inom området sexuell och reproduktiv hälsa. Kvalitativ metod användes då studiens syfte var att beskriva, förstå samt förklara fenomen, upplevelser och erfarenheter (Forsberg & Wengström 2016). Syftet besvarades genom en tematisk analys av elva kvalitativa vetenskapliga artiklar. Vidare resulterade detta i att huvudteman, kategorier och subkategorier bildades.

En fördel med tematisk analys är dess flexibilitet och att det är en tillgänglig och enkel metod att lära sig. Metoden ger möjlighet till en detaljrikedom och komplexa analyser men samtidigt lämnar utrymme för tolkning (Braun & Clarke, 2006).

Författarna blev rekommenderade tematisk analys enligt Braun & Clarke (2006) av handledare Katarina Kornaros just på grund av dess flexibilitet. Metoden är lätt att lära sig och är lätt att förstå

för juniora forskare. Tematisk analys passade även som analysmetod för att beskriva studiens syfte. Genom repeterade genomläsningar av materialet samt kodningen lärde författarna känna sitt material väl. Kodningen genomfördes dessutom i samarbete av båda författare vilket minimerar risken för missförstånd vilket ytterligare stärker analysförfarandet och därmed studiens trovärdighet. När kodningen var gjord och materialet analyserades blev det noggrant genomfört genom den tydliga metoden. Resultatet är transparant redovisat genom bland annat en tydlig mindmap vilket ger ytterligare trovärdighet och därmed bidrar med ett teoritillskott som är användbart i klinisk verklighet.

Databaserna som användes för att hitta de valda artiklarna till arbetet var Cinahl samt PubMed vilket ger en bredd på sökningarna. Att ta hjälp av en bibliotekarie för att förfinas sökningen stärker sökprocessens trovärdighet då sökorden som valdes ut var relevanta för studiens syfte. Datainsamlingen har redovisats i form av bilagor vilket även det stärker trovärdigheten.

Initialt hade den föreliggande studien dubbelt syfte där även vårdpersonalens upplevelser av att vårda nyanlända migranter utforskades för att skapa en dubbelsidig bild av problemområdet. Genom handledning förfinades syftet till att enbart utforska nyanländas upplevelser. Styrkan med det är att litteraturstudiens resultat är lätt att tolka och dra slutsatser ifrån. Svagheten är dock att litteratursökningen och datainsamlingen tog lång tid vilket gjorde att tidsschemat inte kunde hållas och tid fick omfördelas så alla moment inte fick den tid de kanske hade behövt.

Sökningen har genomförts brett, där begreppet SRHR har handlat om allt ifrån preventivmedel, cellprov, uppfattningen som sexualundervisning till mödravård och förlossning. Resultatet kan då tolkas på flera plan då det inte är endast en av vårdformerna som bearbetas. Dock är det liknande mottagningar och vårdnivåer som berörs, det vill säga barnmorske- och ungdomsmottagningar eller förlossning där telefon- eller digital kontakt krävs för att komma fram till vårdpersonalen som oftast är barnmorskor och/eller läkare.

En svaghet i datainsamlingen är att samtliga artiklar inte kvalitetsgranskades tillsammans utan delades upp och vardera författare fick fem till sex artiklar att kvalitetsgranska. Hade samtliga studier kvalitetsgranskats av båda författarna hade det eventuellt kunnat utföras med högre tillförlitlighet (Henricson, 2012). Innan granskningen skedde diskuterade dock författarna sin förståelse för granskningsmallen och varje kvalitetsgranskning diskuterades vilket stärker trovärdigheten av granskningen. Artiklarna som inkluderades skulle inte ha större brister än

måttliga för att ingå i arbetet vilket kan ses som en styrka. Varför artiklarna delades upp var på grund av tidsbrist. Då datainsamlingen och genomläsningen av studierna tog längre tid än väntat fick kvalitetsgranskningen delas upp för att fördela tiden till att göra dataanalysen och bearbeta resultatet.

De inkluderade artiklarna var inte äldre än elva år, på engelska samt etiskt godkända eller med etiskt resonemang för att öka studiens trovärdighet. Engelska är inte författarnas modersmål vilket kan ses som en viss svaghet då feltolkningar kan uppstå. Dock är materialet väl bearbetat av båda författarna och risken för feltolkningar anses som låg. Samtliga studier som inkluderats i denna litteraturstudie beskriver upplevelser av att vara en del av vårdapparaten i de nordiska länderna. Ett exklusionskriterium var artiklar som behandlade migration från höginkomstländer. I höginkomstländer förekommer social och ekonomisk utsatthet såväl som att det i låginkomstländer förekommer personer med mer privilegierade liv än den övriga befolkningen. Eftersom personer som härstammar från låginkomstländer ofta är de som uppvisar störst risk för en försämrad hälsa (Esscher, 2014) valde vi att fokusera på nyanlända från låginkomstländer då denna studie förhoppningsvis kan bidra med nya kunskaper och insikter som kan förbättra välbefinnandet och hälsan för denna grupp.

Författarnas egen förförståelse som exempelvis tidigare arbetslivserfarenhet samt personliga erfarenheter och tankar kan färga studiens resultat. Ens egen förförståelse kan dock användas som verktyg för att nå en ny förståelsehorisont genom att analytiskt granska verkligheten och ändra den genom nya insikter. Genom en induktiv ansats har texten tolkats förutsättningslöst och kodats utifrån vad informanterna upplevt. Genom att skriva uppsatsen i par stärktes resultatet då det har diskuterats och tolkats ur flera synvinklar och perspektiv. Litteraturstudien har genomgått korrekturläsningar och granskningar under arbetets gång genom handledning vilket stärker trovärdigheten.

Överförbarhet

För att kunna göra en litteraturstudie krävs det att det finns tillräckligt med relevant forskning i ämnet med god kvalitet för att kunna sammanställa ett resultat (Forsberg & Wengström, 2016). Under arbetsgången upptäcktes det att forskningsläget i ämnet var relativt lågt, dock tillräckligt för att kunna genomföra den aktuella uppsatsen. I inledningen av uppsatsarbetet fanns en tanke att göra en studie på hur nyanlända upplever vården inom SRHR i enbart Sverige för att kunna göra en mer överförbar studie som har relevans för det kliniska arbetet för barnmorskor i Sverige, men det fanns

inte tillräckligt många studier för att kunna genomföra den litteraturstudien i nuläget. I den föreliggande studien är åtta granskade artiklar från Sverige, en från Norge, en från Danmark samt en från Finland. Inga artiklar från Island kunde hittas vilket kan ses som en svaghet för den geografiska spridningen då syftet var att utforska upplevelser i Norden. Tonvikt ligger således på hur det upplevs att söka SRHR i Sverige som nyanländ. Dock är sjukvårdssystemet liknande i de nordiska länderna och den föreliggande litteraturstudien är på grund av detta överförbar i en likvärdig kontext. Om en liknande studie skulle genomföras igen skulle sannolikt liknande teman framträda. Då detta är en kvalitativ studie som beskriver upplevelser kommer alltid den mänskliga faktorn skapa variationer i innehållet då olika människor kan ha olika synvinkel på samma problem.

Resultatdiskussion

Föreliggande studie har som syfte att utforska nyanländas upplevelser av att söka vård i de nordiska länderna inom området sexuell och reproduktiv hälsa. Resultaten av föreliggande studie visar att kommunikation har en viktig roll i vårdsökandet och hur man som nyanländ upplever bemötandet av vårdpersonalen. Att inte kunna språket och därmed inte kunna ta till sig den information som tillhandahålls av vården skapar begränsningar i tillgången till vård inom SRHR för nyanlända. Att ha ett stärkande socialt nätverk där kvinnor lär av varandra anses som en främjande faktor för att erhålla god SRHR. Ens tidigare liv och erfarenheter kan stå i kontrast till livet man förväntas leva i det nya landet. Migration kan innebära stora svårigheter i livet men det kan också leda till en nyfunnen frihet som innebär att skapa nya sätt att kommunicera om SRHR. Bemötandet inom ramen för SRHR är generellt gott i de nordiska länderna men det finns vittnesmål om undermåligt bemötande som är skadligt för nyanlända, såsom nedlåtande ordval och förutfattade meningar. Bemötandet spelar betydande roll för mötet mellan nyanlända och vårdpersonal samt lägger en grund för förtroendet för vårdpersonal. Positiva möten är stärkande för vårdsökande nyanlända och negativa möten har stort inflytande på den psykiska och fysiska hälsan.

Nyanlända personer är en heterogen grupp med olika förutsättningar, bakgrunder och behov, precis som människor är i största allmänhet. Att generalisera vad alla nyanlända behöver är därför svårt att säga på individnivå. På gruppnivå visar denna studie på flera faktorer som kan bidra till god och jämlik vård men också att det finns många utvecklingsområden för sjukvårdssystemet och vårdpersonal i det stora hela.

Individanpassad och jämlik vård

Att finna sin plats och identitet i ett nytt samhälle kan upplevas som utmanande. Föreliggande studie pekar mot att upplevelsen av att söka vård inom SRHR i Norden är både positiv och negativ. Flera studier beskriver kvinnorna som generellt nöjda med bemötandet de fått inom SRHR samt att de upplevt positiva möten med vårdpersonalen (Ahrne et al., 2019; Degni et al., 2014; Grandahl et al., 2015; Olsson et al., 2014; Tatari et al., 2020; Åkerman et al., 2017) och det upplevs som säkert att genomgå en graviditet och förlossning jämfört med i hemlandet (Degni et al., 2014; Grandahl et al., 2015).

Att navigera genom sjukvårdssystemet i ett nytt land kan dock komma med utmaningar. Målet att skapa bästa möjliga förutsättningar för god SRHR, rätten till självbestämmande över sin egen kropp samt tillgång till god vård på lika villkor för alla människor (Folkhälsomyndigheten, 2020) kan verka långt borta. WHO (2013) beskriver att hälso- och sjukvården kan vara svårtillgänglig för nyanlända på grund av språkliga och/eller kulturella olikheter mellan patient och vårdgivare. Tillsammans med juridiska och socioekonomiska hinder utgör detta en utmaning för att nyanlända ska få tillgång till god SRHR, vilket även tidigare forskning av Chiarenza et al. (2019) bekräftar. Utlandsfödda kvinnor har generellt sett en begränsad tillgång till sina rättigheter och information kring dessa, vilket ofta påverkar hennes vårdsökande (UNFPA, 2020) vilket även bekräftas av Lebano et al. (2020). Kostnad, kulturellt okänslig vårdpersonal samt olika syn på hälsa och ohälsa kan stå i vägen för att få vård på lika villkor som övrig befolkning (Lebano et al., 2020). Migranter kan ofta behandlas som en homogen grupp snarare än individer med unika behov och med den maktobalans som kan finnas mellan patient och vårdpersonal kan undermålig vård godtas (Haith-Cooper & Bradshaw, 2013a; Haith-Cooper & Bradshaw, 2013b).

Den föreliggande studien framhäver att tillgången till vård ofta upplevs som god men att navigera i sjukvårdssystemet kan vara svårt. Vissa upplever att det kan vara svårt att förstå olika preventivmedelsmetoder i det nya landet (Åkerman et al., 2017) men att det trots detta är lätt att få tillgång till preventivmedel i Norden (Svensson et al., 2017). Detta kan bero på att vården i Norden är styrd av tid och PM som inte är direkt anpassade efter individers olika förutsättningar och behov. I situationer där vårdtagaren och vårdpersonalen talar samma språk och förstår varandra finns kanske en annan förförståelse för sitt vårdbesök och kvinnan kan redan innan besöket veta vilken preventivmetod hon önskar. Om kvinnan är nyanländ och inte har samma uppfattning om vilka metoder som existerar i det nya landet kan tidsbegränsade besök utgöra ett hinder för vårdpersonalen att utförligt förklara de olika metodernas funktion och anpassa metoden efter

individen då användningen av tolk även innebär att tiden för besöket kan behöva förlängas, något som verksamheten inte alltid är tillåtande till. Bristen på tid bidrar till en ojämlikhet i vården och språket kan ytterligare bidra till denna ojämlikhet (Akhavan, 2012).

Vissa kvinnor styrs av en rädsla grundad i okunskap för vad preventivmedel och cellprovtagning kan bära med sig, såsom cancer, blödning och infertilitet (Gele et al., 2020; Tatari et al., 2020). Rädslan som dessa kvinnor bär med sig kan undvikas genom att ge individanpassad vård för alla genom att se den enskilda personen och utforska vad hen behöver, snarare än hennes flyktingkontext. Positiva möten där vårdpersonalen gör aktiva försök att etablera en relation som vilar på ömsesidig respekt beskrivs minska rädsla och öka känslan av tillit till vårdpersonalen (Barkensjö et al., 2018). Vårdpersonalen har en viktig roll i att ge information grundad i fakta och förmedla det till vårdtagaren för att kunna ge bästa möjliga vård och minska okunskap och rädsla. Det innefattar även att ge information som är anpassad efter individens kunskapsnivå och individuella behov.

Vården har fortfarande utmaningar i att ge individanpassad vård på lika villkor. Det handlar inte enbart om vad vårdpersonal uttrycker bokstavligt i ord och meningar utan kroppsspråket spelar stor roll i att bedöma om vårdpersonalens intentioner är goda eller inte. Att ständigt behöva vara uppmärksam och behöva stå upp för sina rättigheter för att få vård på lika villkor är tärande och skapar hinder för att söka vård över huvud taget. Många nyanlända beskriver hur de får ta eget ansvar för att uppmärksamma vårdpersonalens bristande kunskap om juridiska regelverk (Barkensjö et al., 2018; Robertson, 2015).

Specifikt somaliska kvinnor beskrivs i studien både bli mötta med stereotyper från vårdpersonalen men också från sitt egna sociala nätverk. Det finns en social och kulturell press från familjemedlemmar att föda många barn och ha en stor familj (Degni et al., 2014; Gele et al., 2020). Vårdpersonal förstärker denna stereotyp av somaliska kvinnor genom att okänsligt kommentera detta och låta personliga fördomar om dessa kvinnor styra den vård de erhåller. Somaliska kvinnor får höra från vårdpersonal att de har en naturlig förmåga att föda barn och hantera förlossningssmärter och okänsligt föreslås preventivmedel för att förhindra täta förlossningar (Ahrne et al., 2019). Till bakgrund av detta visar tidigare forskning att bland kvinnor som migrerat från länder söder om Sahara diskuterar läkare preventivmedel i lägre utsträckning än med migranter från andra regioner (Raben & van den Muijsenbergh, 2018). Det visar på vikten av att kunna anpassa sig som vårdpersonal och utforska personen framför sig istället för att ta hjälp av sina egna

fördomar om en grupp människor, hur välmenande det än upplevs vara. Till grund för detta finns det en önskan om att vårdpersonal får mer utbildning i multikulturell kompetens för att minimera risken för att kulturella fördomar ska påverka kvinnors vård (Degni et al., 2014; Gele et al., 2020).

Språket som maktfaktor

Föreliggande studie visar att kommunikationssvårigheter i form av bland annat språkförbistring är ett vanligt förekommande mellan nyanlända och vårdpersonal. Att inte förstå språket samt den information som delges är en stor barriär för att bli delaktig i det nya landets sjukvårdssystem och kan leda till att personer avstår från att söka vård. Att lära sig språket är en maktfaktor vilket i vissa fall kvinnor går miste om då språkstudier avbryts på grund av oplanerade graviditeter och prioritering av att ta hand om hem och familj. Vissa upplever det även som viktigare att hitta ett arbete och väljer därför att prioritera bort språkstudier (Robertson, 2015). Skriftlig information som exempelvis kallelsebrev kan missförstås då det står på ett språk kvinnorna inte förstår (Grandahl et al., 2015; Tatari et al., 2020; Åkerman et al., 2017). Att inte ha kunskap i språket som talas i kombination med ett helt nytt sjukvårdssystem kan leda till att kvinnor uteblir helt från att söka vård istället (Olsson et al., 2014; Åkerman et al., 2017) och väljer att avstå från till exempel preventivmedel (Gele et al., 2020). Språkförbistring och olika typer av missförstånd är bland annat något som kan försena och försvåra nyanländas vård, vilket även beskrivs i tidigare litteratur (WHO, 2013).

Chiarenza et al. (2019) har tidigare beskrivit att det finns utmaningar inom sjukvården när det handlar om att ge nyanlända den vård de har rätt till samt att förse dem med kunskap och information om exempelvis rätt till tolk under ett sjukvårdsbesök. Att inte bli erbjuden tolk eller inte få information om att en tolk finns att tillgå kan leda till att missförstånd och myter av olika slag uppstår då personen söker information på annat sätt än genom sjukvården (Gele et al., 2020; Åkerman et al., 2017). Det har tidigare beskrivits hur anhöriga har en betydande roll i vårdsökandet för nyanlända kvinnor (Ny, 2016), vilket bekräftas av föreliggande studie där anhöriga och socialt nätverk används som källa till information om SRHR (Gele et al., 2020; Nordström & Agardh, 2020; Svensson et al., 2017; Åkerman et al., 2017). Att få information från källor som inte är tillförlitlig kan leda till mytbildning och missförstånd vilket kan vara skadligt och leda till att kvinnor går miste om värdefull information då egna åsikter om till exempel cellprov och preventivmedel kan genomsyra informationen och kvinnan kan då förbli omedvetet oinformerad. Att använda anhöriga som tolkar kan också leda till obekväma situationer för kvinnorna då det är

samtalsämnen som är av högst privat natur och något man kanske inte vill dela med sig av till vem som helst (Barkensjö et al., 2018). Att bli felinformerad eller förbli oinformerad förekommer även när det kommer till tolkanvändning och det upplevs som att behovet att använda tolk inte alltid tillgodoses (Gele et al., 2020; Åkerman et al., 2017). Att behöva vara beroende av en tolk för att kommunicera beskrivs ibland som en svår situation eftersom tidigare geografiska och kulturella spänningar i hemlandet kan leda till bristande tillit till tolken och med det rädsla för att få fel information. Att dela med sig av privat information kan därför vara svårt. Det uppskattades därför när vårdpersonalen var multilinguala och kunde kommunicera med kvinnorna på deras modersmål (Barkensjö et al., 2018).

Kommunikationshinder är något som det tidigare forskats på och det är fortfarande ett återkommande problem att information går förlorad och människor missförstår varandra på grund av språkliga förbistringar vilket blir ett hinder för att få god vård på lika villkor (Lebano et al., 2020; Tirado et al., 2020). De aktuella resultaten visar att god kommunikation går hand i hand med ett gott bemötande. För att kunna kommunicera med samt förstå nyanlända behöver barnmorskan förbättra sin kulturella kompetens för att skapa en öppen kommunikation och relation med kvinnorna som vilar på tillit och trygghet (Barkensjö et al., 2018). Det är viktigt att skapa ett välkomnande och öppet klimat under mötet med kvinnan för en så god upplevelse som möjligt. På grund av begränsad tid för vårdbesöken kan det som vårdpersonal vara svårt att anpassa vården utifrån kvinnans individuella behov och kunskap (Akhavan, 2012). Detta är en viktig aspekt för att få vårdtagaren att känna sig sedd och omhändertagen. Att inte kunna språket sätter personen i ett underläge och kanske begränsar vad hon kan förmedla och i förlängningen kan skapa hinder för att söka vård.

Hur livet förändras i en ny social och kulturell kontext

Att finna sin identitet och kontext i ett nytt land kan vara utmanande. Nya värderingar och normer kan stå i motsats till vad man är van vid och det kan skapa en motsättning i hur man positionerar sig själv i förhållande till dessa skillnader där denna studie bekräftar vad tidigare forskare beskrivit (Nordström & Agardh, 2020; Tirado et al., 2020). Unga nyanlända upplever samma hinder för SRHR som andra människor, men dessa hinder förvärras av flyktingkontexten (Tirado et al., 2020). Hur man pratar om sexualitet och reproduktiv hälsa kan skilja sig mellan det nya och gamla landet och enligt föreliggande studie är det en frihet och upplevs som värdefullt att få komma till ett land

där samtal om kroppen, dess förändringar, symtom och risken för sjukdom är okej (Grandahl et al., 2015; Nordström & Agardh, 2020).

Migration innebär ofta att möta svåra situationer vilket påverkar hälsa och välbefinnande. Att komma från krigsdrabbade länder, kan innebära att bli torterad och förhörd vilket skapar en misstänksamhet mot andra människor. Att förlora sitt hem och land är som att förlora en bit av sig själv (Robertson, 2015). Psykisk ohälsa har beskrivits vara vanligt förekommande bland migranter (Andersson et al., 2018) och att behöva lämna sitt sociala nätverk i hemlandet kan leda till ytterligare försämrad hälsa och social isolering (Barclay & Kent, 1998). På grund av tidigare erfarenheter av stressfulla situationer i livet, bristande socialt nätverk och tidigare depressioner utvecklar migranter i större utsträckning postpartumdepression än den inhemska befolkningen (Collins, Zimmerman & Howard, 2011). Att fly från sitt hemland skapar en känsla av att behöva ha kontroll på alla aspekter i livet, något som kan vara svårt att släppa på när man väl anlant till det nya landet. Att skapa pålitliga relationer som kan stärka kvinnor och få dem att tro på sina egna förmågor är viktigt (Robertson, 2015).

Stressen att hitta jobb, bostad och finna sin plats i det nya samhället sätter dock ofta SRHR i andra hand (Tirado et al., 2020) vilket bekräftas av föreliggande studie. Arbetslöshet eller vara lågavlönad skapar andra ekonomiska prioriteringar och många väljer att lägga pengar på annat än preventivmedel (Gele et al., 2020). Det är ibland hjälpsamt få enkelt ekonomiskt stöd för att få tillgång till vården och pengar till bussbiljett för att kunna ta sig till mödravården (Barkensjö et al., 2018). Att vara ny på arbetsmarknaden skapar svårigheter att kunna vara flexibel i sitt vårdsökande (Ahrne et al., 2019) och även att hitta anställning som är relevant för sin utbildning kan skapa svårigheter för migranter (Robertson, 2015).

Stärkande sociala nätverk är viktiga för att kunna samtala och resonera kring SRHR och är ofta en viktig källa till SRHR (Barkensjö et al., 2018; Svensson et al., 2017; Åkerman et al., 2017). På grund av migration kan dock dessa nätverk lösas upp eller begränsas (Svensson et al., 2017). Organisationer, religiösa sammanhang och kulturdoulor kan vara ett stöd för nyanlända kvinnor som saknar sociala nätverk i det nya landet. De kan spela en stor roll i att stärka kvinnor, informera om SRHR och uppmuntra till vårdsökande (Barkensjö et al., 2018) och därmed möjliggöra för kvinnor att göra medvetna val inom SRHR samt stå upp för sig själv och sina rättigheter (Ahrne et al., 2019; Gele et al., 2020). Det finns dock en kontrast i detta då föreliggande studie även beskrivit hur sociala nätverk och andra personer kan bidra till hur information förmedlas på ett felaktigt sätt.

Mytbildning och missförstånd gör att nyanlända förlitar sig på information från personer i sin närhet som inte är grundade i fakta utan snarare egna upplevelser, personliga åsikter eller rent av missvisande och förvrängda fakta. Därför är det viktigt att skapa sociala stärkande sammanhang för nyanlända kvinnor där SRHR kan utforskas i en faktabaserad kontext.

I föreliggande studie beskriver Svensson et al. (2017) att nyanlända kvinnor har funnit nya sätt att kommunicera med sina närstående. Det ger ett nytt synsätt på SRHR och öppnar upp för en ny värld för dessa kvinnor. En värld som tidigare varit tabubelagd och något man inte pratar öppet om. Kulturella hinder kan skapa begränsningar i tillgången till SRHR och det kan vara ett tabubelagt ämne för vissa kvinnor att prata om då de tidigare haft begränsad tillgång till den sortens information i hemlandet (Grandahl et al., 2015; Nordström & Agardh, 2020; Svensson et al., 2017). Vissa kvinnor har till exempel aldrig kunnat tala om sin menstruation med sina makar tidigare. Det nya landet kan ge vissa nyanlända ett helt nytt synsätt på sin kropp och kan relatera till den på ett annat sätt än tidigare, vilket beskrivs som positivt bland dessa kvinnor. Degni et al. (2014) beskriver hur kvinnor kan få ett nytt synsätt på tidigare religiösa och kulturella traditioner och normer som ofta påverkats av familjemedlemmar. Kvinnorna kan nu börja använda och diskutera preventivmedel om så önskas, vilket inte alltid var möjligt i hemlandet på grund av social och kulturell press. I föreliggande studie beskrevs det att migration kunde i många fall leda till en ny sorts frihet, vilket möjliggör att äga sin egna sexualitet, kropp, hälsa och sin rätt till att välja sin framtida partner utan sociala eller religiösa konsekvenser, vilket inte alltid är ett alternativ i hemlandet (Nordström & Agardh, 2020).

SLUTSATS

Det kan vara en utmaning för nyanlända att söka sexuell och reproduktiv vård i Norden. Att positionera sig i förhållande till nya normer kan vara en utmaning för att finna sin plats i ett nytt samhälle. Bristande språkkunskap samt en bristande förståelse för sjukvårdssystemet kan leda till att nyanlända inte får sexuell och reproduktiv vård på samma villkor som övrig befolkning. Kulturella och sociala olikheter skapar begränsningar i vårdsökandet där myter och missförstånd kan uppstå på grund av informella informationskällor såsom exempelvis närstående, tolkar som inte tolkar rätt samt bristande tillit till tolkar. Gott bemötande, information på hemspråk, stärkande sociala nätverk ökar möjligheten till informerade val samt har främjande inverkan på vårdsökandet inom SRHR. Ökad kunskap inom SRHR uppskattades och det var värdefullt att mer öppet kunna

prata samt diskutera ämnet utan att känna att det var tabubelagt. Föreliggande studie visar att större kulturell kompetens hos vårdpersonal samt ett fungerande tolksystem behövs för att överkomma de språkbarriärer som finns mellan migranter och vårdpersonal för att kunna tillgodose rättvis och god vård inom SRHR. Ett tryggt bemötande och tydlig information är av stor vikt för att kunna skapa en god relation mellan vårdpersonal och nyanlända.

Kliniska implikationer

Föreliggande studie ger röst till en grupp människor som ofta dehumaniseras. Nyanlända personer har samma behov inom SRHR som övrig befolkning men kan behöva mer stöd och resurser inom sitt vårdsökande, något som inte alltid tillgodoses. Vårdpersonal sitter ofta i en maktposition gentemot nyanlända och som barnmorska är det viktigt att kunna ha förståelse för vad migration kan innebära fysiskt och psykiskt samt hur det påverkar vårdkonsumtionen. Genom multikulturell kompetens kan egna fördomar rannsakas och ger förutsättningar för ett möte fritt från stereotyper och förutfattade meningar. Studien kan användas som underlag inom verksamheter som barnmorskemottagningar, mödravård, ungdomsmottagningar samt hela vårdkedjan inom graviditet och förlossning. Studien kan ge vårdpersonal underlag till kunskap om vilka faktorer nyanlända upplever som främjande och begränsande faktorer i sitt vårdsökande och därmed kan PM och riktlinjer utformas och kampanjer till hur vårdgivare kan nå ut till sin specifika målgrupp.

Förslag till vidare forskning

Föreliggande studie visar att vidare forskning behövs inom området för att förstå behov, förutsättningar och upplevelser av att söka vård för en person med migrationsbakgrund. Föreliggande studie visar att kommunikation och språk ofta är ett hinder för att mötas och därför behövs det mer forskning samt kunskap inom multikulturell kommunikation. Förslag på hur en sådan studie skulle kunna genomföras är att till exempel genom vidare kvalitativa intervjustudier där både vårdpersonal och nyanlända ingår för att undersöka och utforska vad som anses som hinder i kommunikationen och vilka faktorer som kan ligga som grund för förbättringsområden. Genom till exempel fokusgruppssamtal eller gruppintervjuer kan båda grupperna mötas och diskutera vad som saknas och vilka kunskapsluckor som behöver fyllas.

REFERENSER

- Ahrne, M., Schytt, E., Andersson, E., Small, R., Adan, A., Essén, B., & Byrskog, U. (2019). Antenatal care for Somali-born women in Sweden: Perspectives from mothers, fathers and midwives. *Midwifery*, 74, 107–115. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.midw.2019.03.022>
- Akhavan, S. (2012). Midwife's views on factors that contribute to health care inequalities among immigrants in Sweden: a qualitative study. *International Journal for Equity in Health*, 47(1). Doi: 10.1186/1475-9276-11-47
- Ali, P. & Watson, R. (2017). Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: Nurse's perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5). Doi: 10.1111/ocn.14204.
- Andersson, L., Hjern, A., & Ascher, H. (2018). Undocumented adult migrants in Sweden: mental health and associated factors. *BMC Public Health.*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6294-8>
- Barclay, L., & Kent, D. (1998). Recent immigration and the misery of motherhood: a discussion of pertinent issues. *Midwifery*, 14(1), 4–9. [https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/s0266-6138\(98\)90108-5](https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/s0266-6138(98)90108-5)
- Barkensjö, M., Greenbrook, J., Rosenlundh, J., Ascher, H., & Elden, H. (2018). The need for trust and safety inducing encounters: a qualitative exploration of women's experiences of seeking perinatal care when living as undocumented migrants in Sweden. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 217. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1186/s12884-018-1851-9>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2). pp. 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Chiarenza, A., Dauvrin, M., Chiesa, V., Baatout, S., & Verrept, H. (2019). Supporting access to healthcare for refugees and migrants in European countries under particular migratory pressure. *BMC Health Services Research.*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4353-1>

- Collins, C. H., Zimmerman, C., & Howard, L. M. (2011). Refugee, asylum seeker, immigrant women and postnatal depression: rates and risk factors. *Archives of women's mental health*, 14(1), 3–11. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1007/s00737-010-0198-7>
- Degni, F., Suominen, S. B., El Ansari, W., Vehviläinen-Julkunen, K., & Essen, B. (2014). Reproductive and maternity health care services in Finland: perceptions and experiences of Somali-born immigrant women. *Ethnicity & health*, 19(3), 348–366. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1080/13557858.2013.797567>
- Esscher, A. (2014). *Maternal Mortality in Sweden. Classification, Country of Birth, and Quality of Care*. [Doktorsavhandling, Uppsala universitet]
- Europaparlamentet. (11 mars 2019). *Orsakerna bakom migration: Varför migrerar människor?* <https://www.europarl.europa.eu/news/sv/headlines/priorities/flyktingkrisen/20200624STO81906/or-sakerna-bakom-migration-varfor-migrerar-manniskor>
- Folkhälsomyndigheten, 2020. *Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/sexuell-halsa-hivprevention/srhr/>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Natur & Kultur.
- Gele, A. A., Musse, F. K., Shrestha, M., & Qureshi, S. (2020). Barriers and facilitators to contraceptive use among Somali immigrant women in Oslo: A qualitative study. *PloS one*, 15(3), e0229916. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1371/journal.pone.0229916>
- Grandahl, M., Tydén, T., Gottvall, M., Westerling, R., & Oscarsson, M. (2015). Immigrant women's experiences and views on the prevention of cervical cancer: a qualitative study. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 18(3), 344–354. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1111/hex.12034>
- Haith-Cooper, M. & Bradshaw, G. (2013a). Meeting the health and social needs of pregnant asylum seekers, midwifery students' perspectives: part 1; dominant discourses and midwifery students. *Nurse Education Today*, 33(9), 1008–1013. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.05.005>

Haith-Cooper, M., & Bradshaw, G. (2013b). Meeting the health and social needs of pregnant asylum seekers: midwifery students' perspectives. Part 2: Dominant discourses and approaches to care. *Nurse education today*, 33(8), 772–777. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.nedt.2012.06.014>

Henricson, M. (2012). *Diskussion*. I Henricson, M (Red.), Vetenskaplig teori och metod. Från ide till examination inom omvårdnad (Upplaga 1:1 s. 471-479). Studentlitteratur.

Lag om etikprovning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Utbildningsdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokumentlagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskningsom_sfs-2003-460

Lag om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd (2013:407). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2013407-om-halso--och-sjukvard-till-vissa_sfs-2013-407

Lebano, A., Hamed, S., Bradby, H., Gil-Salmerón, A., Durá-Ferrandis, E., Garcés-Ferrer, J., Azzedine, F., Riza, E., Karnaki, P., Zota, D., & Linos, A. (2020). Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC public health*, 20(1), 1039. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1186/s12889-020-08749-8>

Migrationsinfo. (25 november 2020). *Papperslösa*. <https://www.migrationsinfo.se/migration/sverige/papperslosa/>

Nordström, M., & Agardh, A. (2020). Male unaccompanied refugee minors' perceptions of relationships and information about sexual health in Sweden - 'it feels like you've been in prison and then set free'. *Culture, health & sexuality*, 1–16. *Advance online publication*. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1080/13691058.2019.1707877>

Ny, Pernilla. (2016). *Barnmorskan i ett mångkulturellt samhälle*. H. Lindgren, K. Christensson & A-K. Dykens (Red.), Reproktiv hälsa -barnmorskans kompetensområde (s.49-52). Studentlitteratur AB

Olsson, E., Lau, M., Lifvergren, S., & Chakhunashvili, A. (2014). Community collaboration to increase foreign-born women's participation in a cervical cancer-screening program in Sweden: a quality improvement project. *International journal for equity in health*, 13, 62. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1186/s12939-014-0062-x>

Raben, L., & van den Muijsenbergh, M. (2018). Inequity in contraceptive care between refugees and other migrant women?: a retrospective study in Dutch general practice. *Family practice*, 35(4), 468–474. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1093/fampra/cmz133>

Robertson E. K. (2015). "To be taken seriously" : women's reflections on how migration and resettlement experiences influence their healthcare needs during childbearing in Sweden. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*, 6(2), 59–65. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.srhc.2014.09.002>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2020a). *Bedömning av studier med kvalitativ metodik*. https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2020b). *Vägledning för granskning av studier med kvalitativ metodik*. https://www.sbu.se/globalassets/ebm/vagledning_granskning_studier_kvalitativ_metodik.pdf

Small, R., Roth, C., Raval, M., Shafiei, T., Korfker, D., Heaman, M., McCourt, C., & Gagnon, A. (2014). Immigrant and non-immigrant women's experiences of maternity care: a systematic and comparative review of studies in five countries. *BMC pregnancy and childbirth*, 14, 152. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1186/1471-2393-14-152>

Socialstyrelsen. (8 augusti 2019). *Vilken vård ska en region erbjuda asylsökande och papperslösa?* <https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/asylsokande-och-andra-flyktingar/halsovard-och-sjukvard-och-tandvard/erbjuden-varld/>

Svensson, P., Carlzén, K., & Agardh, A. (2017). Exposure to culturally sensitive sexual health information and impact on health literacy: a qualitative study among newly arrived refugee women in Sweden. *Culture, health & sexuality*, 19(7), 752–766. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1080/13691058.2016.1259503>

Sverige för UNHCR. (u.å) Vem är flykting? <https://sverigeforunhcr.se/vem-ar-flykting>

Tatari, C. R., Andersen, B., Brogaard, T., Badre-Esfahani, S. K., Jaafar, N., & Kirkegaard, P. (2020). Perceptions about cancer and barriers towards cancer screening among ethnic minority women in a deprived area in Denmark - a qualitative study. *BMC public health*, 20(1), 921. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1186/s12889-020-09037-1>

Tinghög, P., Arwidson, C., Sigvardsdotter, E., Malm, A., & Saboonchi, F. (2016). *Nyanlända och asylsökande i Sverige: En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor* (Röda Korsets Högskolas rapportserie). Huddinge: Röda Korsets Högskola.

Tirado, V., Chu, J., Hanson, C., Ekström, A. M., & Kågesten, A. (2020). Barriers and facilitators for the sexual and reproductive health and rights of young people in refugee contexts globally: A scoping review. *PloS one*, 15(7), e0236316. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1371/journal.pone.0236316>

United Nations Population Fond (UNFPA), (2020). *Family planning*. <https://www.unfpa.org/family-planning>

World Health Organization [WHO] (2013). *International migration, health and human rights*. https://www.who.int/docs/default-source/documents/publications/international-migration-health-and-human-rights.pdf?sfvrsn=a04dc480_1&download=true

Åkerman, E., Essén, B., Westerling, R., & Larsson, E. (2017). Healthcare-seeking behaviour in relation to sexual and reproductive health among Thai-born women in Sweden: a qualitative study. *Culture, health & sexuality*, 19(2), 194–207. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1080/13691058.2016.1214746>

BILAGOR

Bilaga 1: Sökmatrix

Databas: Cinahl	Sökord	Datum	Antal träffar	Antal lästa abstract	Antal inkl i studie
#1	Migrant OR migration OR immigrants OR immigration OR immigrant OR refugee OR refugees	2021-01-25	57,579		
#2	Sexual health OR reproductive health OR SRH	”	56,055		
#3	Sexual health services or sexual health care or reproductive health care or family planning or STI clinics	”	44,560		
#4	#1 AND #2	”	1,407		
#5	Sweden OR Swedish OR Sverige	”	38,759		
#6	#1 AND #2 AND #5	”	37	18	3
#7	#1 AND #3 AND Scandinavia OR Norway OR Sweden OR Denmark OR Finland OR Iceland	”	35	10	1
#8	#1 AND #5 AND abortion OR termination of pregnancy OR termination OR unintended pregnancy OR unwanted pregnancy OR unplanned pregnancy	”	21	4	
#9	#1 AND #5 AND cervical cancer screening OR cervical screening OR cervical screening programme OR smear test OR pap smear	”	16	7	2

#10	#1 AND #5 AND contraceptives OR contraception OR birth control	”	60	5	1
#11	#1 AND #5 AND maternal health	”	68	8	
#12	#5 AND undocumented migrants	“	13	2	1
#13	#1 AND #5 AND childbirth OR labor OR birth OR delivery	2021-02-05	218	8	1
Manuell sökning	Nyutgiven artikel i tidsskrift Elsevier	2021-02-05	1	1	

Databas: PubMed	Sökord	Datum	Antal träffar	Antal lästa abstract	Antal inkl i studie
#1	Migrant OR migration OR immigrants OR immigration OR immigrant OR refugee OR refugees	2021-01-26	397,119		
#2	Sexual health OR reproductive health OR SRH	”	185,624		
#3	Sexual health services or sexual health care or reproductive health care or family planning or STI clinics	”	132,359		
#4	#1 AND #2	”	4,636		
#5	Sweden OR Swedish OR Sverige	”	427,385		
#6	#1 AND #2 AND #5	”	173	5	1
#7	#1 AND #3 AND Scandinavia OR Norway OR Sweden OR Denmark OR Finland OR Iceland	”	187	3	1

#8	#1 AND #5 AND abortion OR termination of pregnancy OR termination OR unintended pregnancy OR unwanted pregnancy OR unplanned pregnancy	”	189	2
#9	#1 AND #5 AND cervical cancer screening OR cervical screening OR cervical screening programme OR smear test OR pap smear	”	44	5
#10	#1 AND #5 AND contraceptives OR contraception OR birth control	”	112	
#11	#1 AND #5 AND maternal health	”	169	
#12	#5 AND undocumented migrants	”	24	
#13	Attitude of health personnel* AND Sweden AND immigrants ^	2021-02-03	24	1

*MeSH

^ Begränsning 2010-2021

Bilaga 2: Artikelmatris

Titel, år	Författare och land	Syfte	Metod	Slutsats	Kvalitetsgranskning
1. Immigrant women's experiences and views on the prevention of cervical cancer: a qualitative study (2012)	Gottvall, M., Grandahl, M., Oscarsson, M., Tydén, T., & Westerling, R. Land: Sverige	Undersöka invandrarkvinnors erfarenheter och åsikter om förebyggande av livmoderhalscancer, screening, HPV-vaccin samt användningen av kondom	Kvalitativ studie. Intervjuguide med öppna frågor i gruppintervjuer med totalt 50 kvinnor. Latent innehållsanalys.	Positiv till att delta i screeningprogram men hade svårt att förstå informationen som vården försåg dem med. Vårdpersonalen behöver vara medveten om immigranternas erfarenheter och svårigheter kopplade till kulturella normer.	Obetydliga/mindre brister
2. Healthcare-seeking behaviour in relation to sexual and reproductive health among Thai-born women in Sweden: a qualitative study (2016)	Essén, E., Larsson, E., Westerling, R., & Åkerman, E. Land: Sverige	Undersöka thailändska kvinnors sjukvårdssökande beteende i förhållande till sexuell och reproduktiv hälsa och deras syn på hiv-förebyggande	Kvalitativ studie. Fördjupade semistrukturerade individuella intervjuer med 19 kvinnor. Tematisk analys med induktiv ansats.	Hinder för dålig tillgång till reproduktiv och sexuell vård var främst bristande kunskap om sjukvårdssystemet samt språkbarriärer.	Obetydliga/mindre brister
3. Reproductive and maternity health care services in Finland: perceptions and experiences of Somali-born immigrant women (2013)	Degni, F., El Ansari, W., Essen, B., Suominen, S., & Vehviläinen-Julkunen, K. Land: Finland	Undersöka somaliska invandrarkvinnors erfarenheter av reproduktiv- och mödrahälsovård och deras uppfattningar av vårdpersonalen	Kvalitativ studie. Fokusgruppsdiskussioner med totalt 70 kvinnor.	Upplevde god kvalitet av vården. Viktigt att vårdpersonal uppnår kulturellt kompetent vård.	Obetydliga/mindre brister
4. Exposure to culturally sensitive sexual health information and impact on health literacy: a qualitative study among newly arrived refugee women in Sweden (2016)	Agardh, A., Carlzén, K., & Svensson, P. Land: Sverige	Utforska hur information om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter upplevdes av kvinnliga mottagare, och huruvida exponering för sådan information bidrog till ökad sexuell och reproduktiv hälsa och	Kvalitativ studie. Semistrukturerade intervjuer med 9 kvinnor. Latent och manifest innehållsanalys.	Kulturella hinder skapade begränsningar för tillgång till information. Hälsolitteracitet och uppmärksamhet för migranternas hälsa främjar integration i det nya samhället.	Obetydliga/mindre brister

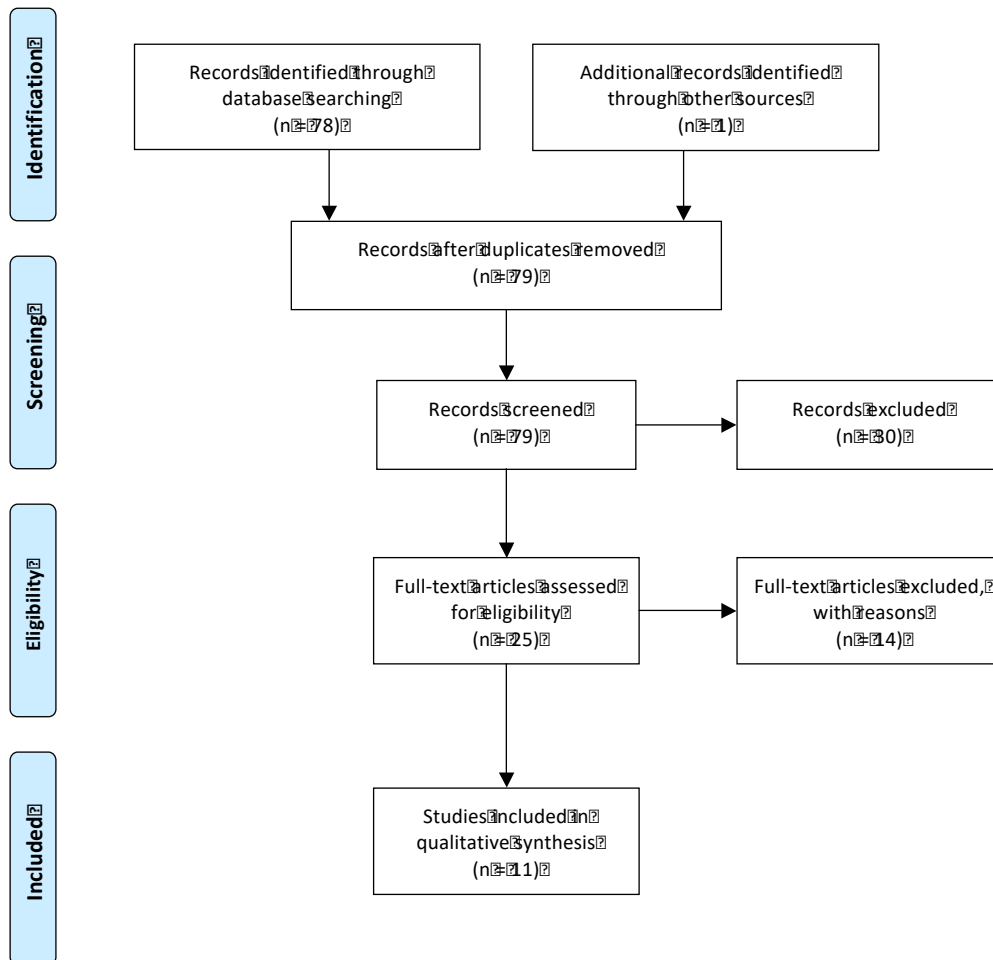
		rättighetskompetens.			
5. Perceptions about cancer and barriers towards cancer screening among ethnic minority women in a deprived area in Denmark –a qualitative study (2020)	Andersen, B., Badre-Esfahani, S., Brogaard, T., Jaafar, N., Kirkegaard, P., & Tatari, C R. Land: Danmark	Undersöka uppfattningar om cancer och hinder för deltagande i cancerscreening bland kvinnor med etnisk minoritet	Kvalitativ studie. Individuella intervjuer, semistrukturerade fokusgrupper och strukturerade gruppintervjuer med 37 kvinnor. Induktiv innehållsanalys.	Positiva och nyfikna attityder till screeningdeltagande men bristande kunskaper om cancer och syftet med cellprovtagning.	Obetydliga/ mindre brister
6. Community collaboration to increase foreign-born women's participation in a cervical cancer screening program in Sweden: A quality improvement project (2014)	Chakhunashvili, A., Lau, M., Lifvergren, S., & Olsson, E. Land: Sverige	Undersöka hur samarbete med lokala kulturdoulor i ett område med ett stort antal utrikesfödda invånare kan bidra till ökat deltagande i screening-program	Kvalitativ studie. Fokusgruppsdiskussioner. Innehållsanalys med induktiv ansats.	Flera barriärer gör det svårare att delta i screeningprogram. Exempelvis otillräckliga kunskaper i språket, cancer, preventiv vård och praktiska barriärer som barnomsorg.	Måttliga brister
7. Barriers and facilitators to contraceptive use among Somali immigrant women in Oslo: A qualitative study (2020)	Abdi A, G., Fathia K, M., Mary, S., & Samera, Q. Land: Norge	Utforska barriärer och främjare för preventivmedel bland somaliska invandrarkvinnor i Oslo.	Kvalitativ studie. Ostrukturerade djupgående intervjuer med 21 kvinnor. Tematisk analys.	Systematiska och sociokulturella barriärer såsom språk, bristande information, religion, könsroller och social press utgör hinder för kvinnor att erhålla preventivmedel.	Obetydliga/ mindre brister
8. Male unaccompanied refugee minor's perceptions of relationships and information about sexual health in Sweden – it feels like you've been in prison and then set free (2020)	Agardh, A., & Nordström, M. Land: Sverige	Få djupare förståelse för hur ensamkommande flyktingbarn upplever relationer och sexualitet och deras behov av information om detta.	Kvalitativ studie. Intervjuer med 8 ensamkommande minderåriga manliga flyktingar. Latent och manifest innehållsanalys.	Vikten av tillgång till formell information och sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter för ensamkommande minderåriga och unga migranter med liknande behov.	Måttliga brister

9. The need for trust and safety inducing encounters: a qualitative exploration of women's experiences of seeking perinatal care living as undocumented migrants in Sweden (2018)	Ascher, H., Barkensjö, M., Elden, H., Greenbrook, J., & Rosenlundh, J. Land: Sverige	Undersöka papperslösa kvinnors erfarenheter av mödravård under graviditet och förlossning	Kvalitativ studie. Intervjuer med 13 kvinnor. Innehållsanalys med induktiv ansats.	Kvinnornas livsomständigheter sätter press på flexibel och informerad vård. Vikten av att ha kunskap om invandrarkvinnors rättigheter till hälso- och sjukvård	Obetydliga/mindre brister
10. Antenatal care for Somali-born women in Sweden: Perspectives from mothers, fathers and midwives (2019)	Ahrne, M., Adan, A., Andersson, E., Byrskog, U., Essén, B., Schytt, E., & Small, R. Land: Sverige	Undersöka somali-födda föräldrars upplevelse av antenatal vård i Sverige och barnmorskors erfarenhet av att vårda somaliska familjer	Kvalitativ studie. 8 fokusgruppsintervjuer med 19 somalifödda föräldrar och barnmorskor inom mödravården. Tematisk analys.	Somalifödda föräldrar var nöjda med mödravården men upplevde barriärer såsom att erhålla individanpassad vård, hantera stereotyper och hälsolitteracitet, överkomma språkbarriärer och involvera partner.	Obetydliga/mindre brister
11. "To be taken seriously": women's reflections on how migration and resettlement experiences influence their healthcare needs during childbearing in Sweden (2014)	Robertson, E-K. Land: Sverige	Analysera kvinnors reflektioner över hur deras upplevelser av migration och vidarebosättning till Sverige påverkade deras hälso- och sjukvårdsbehov under graviditet.	Kvalitativ studie. Fokusgruppsdiskussioner, intervjuer i par samt individuella intervjuer med 25 kvinnor. Innehållsanalys med intersektionell ansats.	Vårdpersonalen bör vara medveten om de svårigheter kvinnorna möter genom migration, socioekonomi och kön och deras behov av stöd.	Obetydliga/mindre brister

Bilaga 3: PRISMA sökmatrix



PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.