

LAFA 1:2015 FOU

# Vad påverkar nyanlända thailändska kvinnors vårdsokningsbeteende?

En kvalitativ studie om hur nyanlända thailändska kvinnor söker vård inom området sexuell och reproduktiv hälsa



## Lafa – enheten för sexualitet och hälsa

Lafa är ett metod- och kunskapscentrum inom Stockholms läns landsting som arbetar för att förebygga hiv, sexuellt överförda infektioner och oönskade graviditeter. Verksamheten vänder sig till personer som arbetar med sexualitet och hälsa i Stockholms län, exempelvis inom skola, fritidsverksamhet, ungdomsmottagningar, inom vården och frivilligorganisationer. Lafa riktar sig även direkt till målgrupperna på webbplatserna säkraresex.se och frågachans.nu, genom kampanjer och kondomutdelning.

Våra målgrupper:

- ungdomar och unga vuxna
- män som har sex med män
- personer med utländsk bakgrund
- patienter inom primärvården

Lafa ger även ut tidningen *Insikt*, som vänder sig till personer som arbetar med sexuell hälsa. *Insikt* är kostnadsfri och utkommer 4 ggr/år.

Lafa är en del av Stockholms läns landsting och tillhör Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

*Materialet är framtaget med ekonomiskt stöd från 2013 års anslag 2:5 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar, som från 2014 fördelas av Folkhälsomyndigheten för att nå målen i proposition 2005/06:60 Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar*

Webbadresser: [www.lafa.nu](http://www.lafa.nu) [www.sakraresex.se](http://www.sakraresex.se) [www.fragachans.nu](http://www.fragachans.nu)

E-post: [info@lafa.nu](mailto:info@lafa.nu)

# Vad påverkar nyanlända thailändska kvinnors vårdsökningsbeteende?

En kvalitativ studie om hur nyanlända thailändska kvinnor söker vård inom området sexuell och reproduktiv hälsa

Författare:  
Eva Åkerman  
Elin Larsson

# Innehåll

<b>Förord</b>	<b>5</b>
<b>Sammanfattning</b>	<b>6</b>
<b>Summary</b>	<b>7</b>
<b>Inledning</b>	<b>8</b>
<b>Metod</b>	<b>11</b>
<b>Resultat</b>	<b>13</b>
<b>Diskussion</b>	<b>27</b>
<b>Slutsatser</b>	<b>33</b>
<b>Referenser</b>	<b>34</b>

## Förord

Inom Stockholms läns landsting bor cirka 9000 thailändare, varav ungefär 85 procent är kvinnor. Thailand är ett land med relativt hög hivprevalens men det finns idag inga särskilda strategier inom Stockholms läns landsting för att nå dessa kvinnor med hivpreventiva insatser och erbjudande om hivtest. Majoriteten av kvinnorna är anhöriginvandrare och nås därför inte av landstingets erbjudande om hälsoundersökning för asylsökande.

För att få fördjupad kunskap om hur thailändska kvinnor söker vård utifrån perspektivet sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter har forskaren Eva Åkerman på institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap vid Uppsala universitet genomfört en kvalitativ studie om nyanlända thailändska kvinnors vårdsökningsbeteende. Hon har även fördjupat sig i hur en insats för att nå ut till kvinnorna, skulle kunna utformas.

Studien är gjord på uppdrag av Lafa – enheten för sexualitet och hälsa inom Stockholms läns landsting, med ekonomiskt stöd från Folkhälsomyndigheten och kommer att ligga till grund för en interventionsinsats som Lafa planerar att genomföra under 2015.

Eva Åkerman är folkhälsovetare och doktorand vid Uppsala universitet, Institution för folkhälso- och vårdvetenskap, Socialmedicin. Eva forskar om faktorer relaterade till migranters kunskap om och användning av hälso- och sjukvård utifrån perspektivet sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.

Elin Larsson är doktor i medicinsk vetenskap och forskare vid Kvinnors och barns hälsa, Karolinska Institutet. Elins forskning idag berör migranters tillgång till hälso- och sjukvård i Sverige med ett särskilt fokus på reproduktiv hälsa, abort och preventivmedel.

*Gunilla Neves-Ekman*

Chef

Lafa – Enheten för sexualitet och hälsa

# Sammanfattning

Migrationen från Thailand till Sverige har under 1990- och 2000-talen successivt ökat och idag är Thailand ett av de vanligaste födelseländerna för personer som flyttar till Sverige. Thailand är även det vanligaste födelselandet bland personer som diagnostiseras med hiv i Sverige. Trots detta finns det ingen hiv/STI-prevention som vänder sig till den thailändska gruppen. Syftet med studien är att utifrån perspektivet sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter få en fördjupad kunskap om thailändska kvinnors vårdsokningsbeteende. Vidare syftar studien till att utgöra ett kunskapsunderlag för Stockholms läns landstings (Lafas) arbete med att utveckla målgruppsanpassad hiv/STI-prevention till thailändare.

Studien är en kvalitativ intervjustudie med 19 nyanlända thailändska kvinnor. Kvinnorna rekryterades på olika skolor för svenska för invandrare (SFI), på sina arbetsplatser och genom nyckelpersoner. Kvinnorna är mellan 24 och 50 år med en medelålder på 34 år. Alla kvinnorna är bosatta i Stockholms län och de flesta har bott i Sverige cirka fyra år. Den vanligaste orsaken till invandringen var anknytning till en svensk partner.

Studiens resultat visar att kvinnorna framförallt sökte vård för andra åkommor än det som rör sexuell och reproduktiv hälsa, trots att de uttryckte sådana vårdbehov. Deras uttryckta vårdbehov rörde framför allt frågor kring infertilitet. Den vårdform som kvinnorna hade erfarenhet av i Sverige var främst vårdcentraler och akutmottagningar. Dock med undantag för gynekologisk cellprovtagning och bröstcancerscreening som de blev kallade till och som de flesta hade deltagit i. Kvinnornas partner har en framträdande och många gånger en hjälpande roll för kvinnornas kontakt med vården i Sverige. Men i väntan på partners hjälpande insats har en del av kvinnorna avstått eller väntat med att söka vård. Som en konsekvens av att inte kunna tillgodogöra sig vården i Sverige har vissa av kvinnorna sökt vård när de varit på besök i Thailand. Bristande kunskaper i svenska språket, något som försvårar kommunikationen med vårdpersonalen samt ofullständig kunskap om svenska hälso- och sjukvården uppgavs vara några av orsakerna till varför vissa sökte vård i Thailand. Flertalet av kvinnorna hade aldrig använt en tolk när de var i kontakt med vården. Ingen av kvinnorna, förutom de två kvinnor som varit gravida i Sverige, hade hivtestat sig i Sverige. Kvinnorna ser inte sig själva som riskutsatta för hiv eller i behov av att hivtesta sig. Kvinnorna var dock uttryckligen öppna för att ta del av hivtest och preventivmedelsrådgivning, och även andra insatser från vården. Detta är positivt och betyder att framtida hiv/STI-preventiva insatser som riktas till gruppen sannolikt kommer att få genomslag.

## Summary

During the 1990s and 2000s migration from Thailand to Sweden has gradually increased. Today Thailand is one of the most common countries of origin of people migrating to Sweden. Thailand is also the most common country of birth among persons diagnosed with HIV in Sweden. There is, despite this, no HIV/STI prevention programme addressed specifically at the Thai population group. The aim of this study is to explore healthcare seeking behaviour among Thai women from the perspective of sexual and reproductive health and rights. Furthermore, the study aims to provide a knowledge base for the work of Stockholm County Council (Lafa) in developing an HIV/STI prevention strategy specifically adapted to Thai people as a target group.

This is a qualitative study based on interviews with 19 newly-arrived Thai women. The women were recruited at different Swedish-language schools for immigrants (SFI), in their workplaces and by key persons. The women are between 24-50 years old, with a mean age of 34 years. All the women are resident in the Stockholm county area and most have lived in Sweden for about four years. The most common reason for immigration was a relationship with a Swedish partner.

The results of the study demonstrate that the women mainly sought treatment for ailments other than those relating to sexual and reproductive health, though they nevertheless expressed a need for such healthcare. Their expressed healthcare needs related primarily to issues concerning infertility. The healthcare service that women had experience of in Sweden was through primary healthcare centers and emergency rooms, with the exception of breast and cervical cancer screening, to which they were invited and in which most had participated. The women's partners had a prominent, and at many times a facilitative role in the women's contact with healthcare services in Sweden. However while waiting for a partner's support and assistance, some of the women withheld from or delayed seeking care. As a consequence of not being able to benefit from the healthcare services in Sweden, some of the women sought care while visiting Thailand. Among the reasons for this were insufficient knowledge of the Swedish language, which complicated communication with healthcare professionals, and insufficient knowledge of Swedish healthcare services. Most of the women had never used an interpreter in contacts with the healthcare service. None of the women, except for two who had been pregnant in Sweden, had undergone HIV testing in Sweden. The women did not perceive themselves as being at risk of HIV or as being in need of HIV testing. The women were explicitly open about taking part in HIV testing and contraception counselling, as well as other interventions provided by the healthcare service. This is positive, as future HIV/STI prevention interventions targeting this group are likely to have an impact.

# Inledning

## Studiens bakgrund

Migrationen från Thailand till Sverige har under 1990- och 2000-talen successivt ökat. Idag är Thailand ett av de fem vanligaste födelseländerna bland personer födda utanför Europa. År 2013 fanns det 36 974 personer folkbokförda i Sverige som var födda i Thailand, varav cirka 80 procent var kvinnor [1]. Av dessa är majoriteten gifta med svenska män. Utrikes födda thailändare skiljer sig från många andra migrantgrupper inom kategorin tredjelandsmedborgare. Till tredjelandsmedborgare räknas personer som är födda utanför EU. Bland annat omfattas thailändare inte av lagen (2010:197) om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare som innebär att man som nyanländ får delta i olika insatser såsom svenska för invandrare (SFI), samhällsorientering och arbetsförberedande aktiviteter och/eller arbetsmarknadspolitiska program [2]. Lagen omfattar nyanlända i arbetsför ålder (20–64 år) med uppehållstillstånd som flyktingar eller skyddsbehövande.<sup>1</sup> Lagen omfattar även anhöriga som ansökt om uppehållstillstånd inom två år från det att personen som han eller hon har anknytning till togs emot i en kommun. Syftet med insatserna är att påskynda och underlätta nyanländas etablering i arbetslivet.

Idag lever cirka 6500 personer med hiv i Sverige och av dessa är cirka 60 procent migranter [3]. Ungefär 400-500 personer diagnostiseras med hiv varje år, varav majoriteten (cirka 75 procent) är utlandsfödda personer som troligen infekterats före ankomst till Sverige. Bland utlandsfödda har drygt 60 procent uppgett att de infekterades via en heterosexuell kontakt. Det enskilt vanligaste födelselandet bland utlandsfödda i Sverige som rapporteras med hivinfektion via heterosexuell kontakt är Thailand, följt av olika afrikanska länder [4]. Trots detta finns inga insatser som vänder sig till den thailändska gruppen [5]. Inget landsting och ingen organisation rapporterar att de når eller vänder sig till personer från Thailand med preventionsinsatser.

Enligt den nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (prop. 05/06:60), ska en hivinfektion diagnostiseras inom sex månader hos alla migranter som kommer till Sverige och bär på viruset [6]. Detta mål är ännu inte uppnått och den enda systematiska strategi som finns för att nå målet är hälsoundersökningar av asylsökande m.fl. Enligt gällande lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl., ska landstingen erbjuda en kostnadsfri hälsoundersökning inklusive hivtest till asylsökande m.fl. [7].

<sup>1</sup> Lagen omfattar även nyanlända i åldern 18–19 år utan föräldrar i Sverige med uppehållstillstånd som flyktingar eller skyddsbehövande.



Avsikten med hälsoundersökningen är dels att identifiera smittsamma sjukdomar och annan ohälsa hos asylsökande, dels att introducera asylsökande till svensk hälso- och sjukvård [8]. Personer från Thailand omfattas inte (i likhet med övriga anknypningsinvandrare till en svensk medborgare) av den hälsoundersökning som många asylsökande och flyktingar får.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL,1982) har alla rätt till en god hälsa och en vård på lika villkor [9]. Samtidigt finns det utredningar och studier som visar på skillnader i den vård som ges. Flera studier visar att asylsökande, flyktingar och utomeuropeiska personer har sämre tillgång till sjukvård och hälsoinformation [10–12] än majoritetsbefolkningen i det land som de har migrerat till, vilket kan förklaras med att de har annan kulturell och etnisk bakgrund som därtill kan påverka kommunikationsmöjligheterna. En annan förklaring till skillnad i vård är att vårdpersonalen behandlar patienter olika på grund av förutfattade meningar om patienterna utifrån egenskaper som kön, ålder och hudfärg [13]. Ett flertal studier visar till exempel att minoritets-patienter fått sämre behandling, bemötande och mindre tid med läkaren [14, 15]. I en norsk studie rapporterades en fördröjning av TBC diagnos hos somaliska patienter, ofta på grund av bristande kunskap om sjukdomens olika symtom men också som en konsekvens av att sjukvården inte tagit patienternas besvär på allvar [16].

Många studier, såväl svenska som internationella, handlar ofta om flyktingars och asylsökandes syn på och användande av sjukvård. Studier om emigrerade thailändares erfarenheter av sjukvården är något mer begränsade. De studier som finns om emigrerade thailändare visar bland annat att thailändska kvinnor som emigrerat till höginkomstländer har en hög utsatthet för partnervåld [17, 18]. I en svensk studie bland nyanlända thailändska kvinnor rapporterade kvinnorna lägre prevalens av våld i Sverige, jämfört med när de var bosatta i Thailand [19]. Majoriteten av kvinnorna har inte blivit utsatt för partnervåld, varken i Thailand eller Sverige. De som rapporterade partnervåld med sin nuvarande partner hade sämre psykisk hälsa än kvinnor utan rapporterad partnervåld. En nyligen genomförd kvalitativ och kvantitativ studie beskriver thailändska kvinnor som aktiva deltagare i sin migrationsprocess i Sverige [20]. I studien framgår att majoriteten av kvinnorna lyckats bli självförsörjande, men att de ändå förblir beroende av sin partner för stöd och nätverk. Flera kvinnor i studien planerar att flytta tillbaka till Thailand med sin partner.

Vår egen forskning<sup>2</sup>, en enkätstudie bland 804 thailändska kvinnor folkbokförda i Skåne och Sjuhäradsbygden, visar att mer än varannan thailändsk kvinna (59 %) inte visste vart de skulle vända sig för testning av hiv/STI och drygt 38 procent visste inte vart de skulle vända sig för preventivmedels-

<sup>2</sup> En enkätstudie genomförd inom ramen för projektet HELMI i samverkan mellan Uppsala universitet, Lunds universitet och Malmö högskola, finansierad av bl.a. Europeiska Integrationsfonden och Smittskyddsinstitutet.

rådgivning [21]. Det framkom också att endast 25 procent av kvinnorna varit i kontakt med vården för att testa sig för klamydia, hiv eller hepatit. Studiens resultat visar således på att dessa kvinnors rätt till information och service när det gäller sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) inte är tillgodosedd. Vid FN:s befolkningskonferens i Kairo 1994 fastställdes att ”rätten till bästa möjliga sexuella och reproduktiva hälsa är en mänsklig rättighet och regeringar är skyldiga att säkerställa att alla kvinnor och män får tillgång till information, upplysning och tjänster som krävs för att uppnå god sexuell hälsa”[22].

### **Problemformulering**

Avsaknaden av hivprevention till den thailändska gruppen kan resultera i en fördröjd hivtestning och eventuella mörkertal i hivstatistiken. En fördröjd hivtestning innebär försenad diagnostik av sjukdom och försenad behandling, vilket kan få negativa konsekvenser för hälsan hos den infekterade, samtidigt som risken för smittspridning ökar. Thailandare är en växande migrantgrupp i Sverige och kunskapen om deras erfarenheter av hälso- och sjukvård i allmänhet och SRHR-relaterad vård i synnerhet är begränsad. För att kunna utveckla riktade och effektiva hivpreventionsinsatser till thailandare behövs kunskap om deras vårdsökningsbeteende och även kunskap om hur de ser på hivprevention.

### **Syfte och frågeställningar**

Syftet med studien var att utifrån perspektivet sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter få en fördjupad kunskap om thailändska kvinnors vårdsökningsbeteende.

Specifika frågeställningar var följande:

1. Vilka erfarenheter och upplevelser har thailändska kvinnor av hiv- och STI-testning och av preventivmedelsrådgivning i Sverige?
2. Vad hindrar och främjar deltagande i hiv-och STI- testning i Sverige?
3. Vilka informationskanaler och arenor är lämpliga för att nå nyanlända thailändska kvinnor med information om hiv, STI och preventivmedel?

Vidare syftar studien till att utgöra ett kunskapsunderlag för Stockholms läns landstings (Lafa<sup>3</sup>) arbete med utveckling av målgruppsanpassad hiv- och STI-prevention särskilt till thailandare.

<sup>3</sup> Lafa – enheten för sexualitet och hälsa är ett metod- och kunskapscentrum i Stockholms läns landsting som arbetar för att förebygga hiv, sexuellt överförda infektioner och oönskade graviditeter.

# Metod

## Studiedesign

Denna studie har använt sig av kvalitativ metodik baserad på djupintervjuer med nyanlända thailändska kvinnor i Sverige. Kvalitativ metod är lämpligt för att nå en djupare förståelse av ämnet som studeras och för att hitta förklaringar till komplexa fenomen [23].

## Urval

Urvalet av respondenter gjordes med hjälp av ett subjektivt urval, för att nå nyanlända thailändska kvinnor med en varierande utbildningsbakgrund och ålder, från 18 år upp till 50 år. Med nyanländ avses personer som varit folkbokförda i Sverige från en månad upp till fem år. Subjektivt urval lämpar sig till denna studie då vi på förhand redan hade bestämt urvalskriterier som personer födda i Thailand skulle uppfylla för att kunna delta i studien [24]. Respondenterna rekryterades i klassrum på olika SFI-skolor (11 kvinnor), på sina arbetsplatser (7 kvinnor) och genom nyckelpersoner<sup>4</sup> (en kvinna). Studien avgränsade sig till thailändska kvinnor folkbokförda i Stockholms län.

## Datainsamling

Totalt deltog 19 kvinnor i studien mellan maj och september 2014, varav 17 intervjuer var individuella och en intervju genomfördes med två kvinnor samtidigt då kvinnorna ifråga hade en önskan om det. Efter 18 genomförda intervjuer bedömdes att informationsmättnad hade uppnåtts, vilket innebär att vi inte förväntade oss få fram ny information genom ytterligare intervjuer [25].

Intervjuerna skedde på thailändska och genomfördes av en forskare, EÅ,<sup>5</sup> vid Uppsala universitet. Intervjuerna skedde i ett enskilt rum på den skola där respondenterna studerade svenska och på respondenternas arbetsplatser. En semistrukturerad intervjuguide användes där man som intervjuare kan vara flexibel och under intervjuernas gång anpassa frågorna och ställa följdfrågor. Följande ämnen ingick i intervjuguiden: sysselsättning och sociala relationer/socialt nätverk, hälsa och sjukdomar, användning av sjukvård och mödrahälsovård/preventivmedelsrådgivning, tankar om hiv/STI-prevention och om hälso- och sjukvårdsinformation. Intervjuerna spelades in med deltagarnas samtycke och transkriberades och översattes till svenska. Efter

<sup>4</sup> Lärare på SFI-skola och andra personer som hänvisade respondenter till studien.

<sup>5</sup> Eva Åkerman, Socialmedicin, Institutionen för vårdvetenskap, Uppsala universitet, har ansvarat för och genomfört det huvudsakliga arbetet med intervjuerna.

varje genomförd intervju gjordes fältanteckningar som förmedlade en helhetsupplevelse av intervjuförfarandet.

### **Analys**

Analysen av datamaterialet gjordes med hjälp av tematisk analys enligt Braun & Clarke [26], vilket innebär att materialet struktureras efter olika teman. Eftersom studien använt sig av ett förhållningssätt enligt *naturalistic inquiry* enligt Lincoln & Guba [27], så skedde analysen redan i början av datainsamlingsfasen. Detta för att tidigt kunna justera och utveckla relevanta frågor i frågeguiden för att besvara studiens syfte och frågeställningar. Samtliga transkriberingar lästes igenom flera gånger för att vi skulle få en känsla för helheten och till en början identifierade EÅ arbetsteman. För att uppnå objektivitet i analysarbetet analyserade EL<sup>6</sup> mer än hälften av transkriberingarna. EÅ och EL jämförde och diskuterade analysarbetet med varandra och var överens om att de hade gjort samma tolkning av datamaterialet. Under bearbetningen och analysen har materialet noggrant gått igenom flera gånger, både enskilt och tillsammans, för att undersöka mönster och röda trådar och analysera innehållet i data. Diskussioner har förts mellan forskarna om vilka mönster som har framträtt under tematiseringen. Genom att flera forskare<sup>7</sup> med olika bakgrunder involverats i analysarbetet har triangulering uppnåtts.

### **Etiska överväganden**

Ansökan om etikprövning gjordes till den regionala etikprövningsnämnden i Uppsala och har godkänts. Alla kvinnor fick muntlig och skriftlig information om studien och informerades om att deltagandet var frivilligt samt att de när som helst kunde avbryta deltagandet.

<sup>6</sup> Elin Larsson, fil. dr., Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Karolinska Institutet, har givit vetenskapligt stöd under hela processen av studien.

<sup>7</sup> Resultaten har även diskuterats med Birgitta Essén, lektor och docent, Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet och Ragnar Westerling, professor, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala Universitet. De har även bidragit med vetenskapligt stöd under delar av studien.

# Resultat

## Deltagarnas bakgrund

Sammanlagt deltog 19 kvinnor i studien. De flesta hade vid intervjutillfället bott i Sverige mellan tre och fyra år (se tabell 1). Kvinnorna invandrade till Sverige mellan åren 2009 och 2013. Åldersspridningen var 24–50 år med en genomsnittsålder på 34 år. Den vanligaste orsaken till invandringen (18 av 19) var anknytning till en svensk partner. Endast en kvinna kom till Sverige på grund av arbetsuppehållstillstånd. Vid intervjutillfället hade en av kvinnorna separerat från sin partner.

Nio kvinnor uppgav att de har barn, varav sex kvinnor har barn kvar i Thailand. Av dessa sex kvinnor har två kvinnor även barn i Sverige. Två av kvinnorna har barn med sin nuvarande partner.

Ungefär hälften av kvinnorna hade en gymnasieutbildning, vilket är en något högre andel än övriga thailändare i Sverige [21]. Den genomsnittliga utbildningsnivån för thailändare i Sverige är grundskoleutbildning. Tidigare undersökning visar att thailändska kvinnor på landsbygden har en något lägre utbildningsnivå än thailändska kvinnor i städerna [28], vilket är en rimlig förklaring till varför kvinnorna i vår studie var mer utbildade.

Merparten av kvinnorna (12 av 19) var när studien genomfördes studerande på SFI, varav tre av de studerande också arbetade vid sidan av studierna. Nästan alla kvinnor (17 av 19) hade någon gång studerat på SFI. Orsaken till att de två övriga inte hade studerat på SFI var tidsbrist eftersom de heltidsarbetade.

## Redovisning av intervjuerna

Analysen av djupintervjuerna resulterade i fyra teman som beskriver kvinnornas situation som nyanlända i Sverige (tabell 2). Det första temat ”Brist på information och exkluderade från svenska samhället” formades mot bakgrund av att många kvinnor i studien hade erfarenheter av att känna sig exkluderade från det svenska samhället. De kände sig orättvist behandlade av det svenska

Tabell 1 Deltagarnas bakgrund	
Bakgrundsfaktorer	n=19
Ålder	
18–29	5
30–39	9
>40	5
Utbildningsnivå	
Ingen utbildning	1
Grundskola	5
2–4-årig gymnasieskola	10
Universitet/högskola	3
Ankomstår	
2012–2013	7
2011–2010	10
2009	2
Civilstånd	
Gift/sambo	17
Särbo	1
Separerad	1
Har du några barn?	
Nej	10
Ja	9
barn i Sverige	3
barn i Sverige och Thailand	2
barn i Thailand	4
Syssetsättning	
Studerar på SFI	9
Studerar på SFI och arbetar	3
Arbetar deltid/heltid	7

samhället eftersom de ansåg sig vara exkluderade från samhälleliga insatser och stöd. Temat belyser även kvinnornas upplevda behov av mer information och stöd i Sverige. Det andra temat ”*Kvinnornas partner –nyckeln till integration i samhället och tillgång till vården*” skildrar kvinnornas berättelser av hur deras partner fungerat som ambassadör för deras integration i det svenska samhället och framförallt kontakten med sjukvården, där partnern haft en central roll. Temat ”*Söker akut i Sverige och planerad vård i Thailand*” redogör för var och för vad kvinnorna sökte vård, varför de avstod eller väntade med att söka vård trots upplevt vårdbehov. Temat beskriver även kvinnornas vårdbehov. Det sista temat ”*Upplever sig inte vara i riskzon, men positiva till testning och information*” beskriver kvinnornas uppfattningar om hiv och insatser relaterade till hiv, STI och preventivmedel. Temat uppstod som ett resultat av att många kvinnor inte ansåg sig vara riskutsatta för hiv, men att de var positiva till att bli kallade till hivtest och få information om hiv, STI och preventivmedel. Temat omfattar även kvinnornas egna förslag på hur de skulle vilja få information om preventivmedel och hiv-/STI-testning i Sverige.

**Tabell 2** Sammanfattning av resultat

Övergripande syfte	Tema
Att utifrån perspektivet sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter få fördjupad kunskap om nyanlända thailändska kvinnors vårdsokningsbeteende	Brist på information och exkluderade från svenska samhället
	Kvinnornas partner –nyckeln till integration i samhället och tillgång till vården
	Söker akut i Sverige och planerad vård i Thailand
	Upplever sig inte vara i riskzon, men positiva till testning och information

### **Brist på information och exkluderade från det svenska samhället**

Flera kvinnor var medvetna om att de inte hade samma rättigheter som andra migrantgrupper i Sverige. De upplevde att thailändska kvinnor fick sämre bemötande och stöd från myndigheter jämfört med andra migrantgrupper. En kvinna berättade till exempel att vissa migrantgrupper får ekonomiskt stöd vid studier på SFI-skola, men att de tillhör den grupp som inte får ekonomiskt stöd eftersom de kom hit som anhöriga till svenska män.

*”Ja, det är andra regler för oss som kommer hit som anhörig till en svensk man. När jag studerar här får jag till exempel inget bidrag alls. Vissa thailändare tycker att det är orättvist, men ibland tycker jag att det är synd om dem (om dem som får bidrag).” (IP 1)*

*”Jag har hört folk prata om att alla har samma rättigheter här, oavsett vilket land man kommer ifrån så har man samma rättigheter. Men min känsla är att det inte är så, jag tycker att thailändare har sämre villkor. Kommunen är ofta ovillig att hjälpa thailändare, till exempel min vän som letar efter ett boende, då har flyktingar och asylsökande förtur. Det är inte rättvist. Och blir man av med ett jobb så har man inte heller rätt till något ekonomiskt stöd. Thailändare har inte rätt till stöd, jag tror att de inte får det.” (IP 14)*

Att inte vara svensk medborgare eller kunna svenska språket uppgavs av några kvinnor vara ett par av skälen till att de inte fått tillräckligt med stöd från svenska myndigheter och till att de blivit sämre bemötta.

*”Men jag kan ju inte svenska, vilket inte är bra. Så polisen kan inte hjälpa mig. Polisen vill inte prioritera mig och mina ärenden eftersom jag inte är svensk.” (IP 19)*

En annan kvinna tyckte att det var orättvist att inte thailändare blev erbjudna en sådan hälsoundersökning som asylsökande får.

*”Jag tycker inte om att man gör skillnad på invandrargrupper. Varför får inte vi thailändare ta del av en sådan insats? Jag tycker att alla som kommer hit borde bli erbjudna en hälsoundersökning.” (IP 3)*

Att de i lägre utsträckning än andra migrantgrupper blir erbjudna en tolk var också något som nämndes. Flertalet av kvinnorna hade aldrig använt en tolk när de var i kontakt med sjukvården.

*”Varför finns det tolkar för andra nationaliteter? Varför bryr de sig mycket mer om människor från andra länder? Vi thailändare arbetar och betalar skatt, vi är inte lata.” (IP 2)*

Att de inte blev erbjudna tolk ledde till att de inte alltid förstod vad läkarna undersökte hos dem, som en av kvinnorna uttryckte det:

*”Nyligen fick jag hem en kallelse, jag visste inte så mycket om den mer än att de ville undersöka livmodern, men vad de skulle ta reda på vet jag inte. Jag förstod inte. Jag har frågat min partner, men han vet inte heller. Får jag hem en kallelse så gör jag som det står.” (IP 17)*

En annan kvinna med partner som tolk, kunde inte riktigt uttrycka vilket preventivmedel hon ville ha och blev därmed rekommenderad att använda p-piller fastän hon egentligen föredrog p-spruta.

*”Jag är en sån som ogillar att ta p-piller. Har man p-spruta så är man skyddad och man behöver inte tänka på att man ska glömma att ta något. [...]Nu äter jag p-piller. Jag måste ställa in alarm så jag kommer ihåg att ta det, annars glömmet jag.” (IP 10)*

Även om flertalet kvinnor hade erfarenheter av att känna sig exkluderade och orättvist behandlade, förekom även motsatta erfarenheter. Att bli kallade till cellprovtagning och bröstcancerscreening upplevdes som positivt och de kände sig då inkluderade av det svenska samhället. En kvinna som blev kallad till både cellprovtagning och bröstcancerscreening uttryckte det så här:

*”Det är det som jag gillar med Sverige. De bryr sig om människor som kommer till Sverige. Det är inte som i Thailand, vill man veta om man har någon sjukdom så tar man reda på det själv. Här bryr de sig.” (IP 3)*

För att få en förståelse för vilken typ av information kvinnorna var i behov av och vad de tyckte var relevant för dem, fick de en öppen fråga om vilken information en thailändare behöver i Sverige. Flera kvinnor påpekade vikten av att få information om vilka rättigheter thailändska kvinnor har i Sverige, framför allt vilka rättigheter de har om de skulle få problem med sin partner.

*”Det är också viktigt med information om regler och lagar. [...] Till exempel om de bråkar med sin partner, de får inte sin del av egendomen, man kanske till och med blir lurad... Många thailändare som kommer hit, särskilt vuxna thailändare, studerar inte och har därför ingen kunskap om lagen. De kan inte språket, de kan varken läsa eller skriva. Det är många som inte kan svenska.” (IP 15)*

Några deltagare uttryckte visst missnöje över thailändska ambassadens roll vad gäller att stötta och informera thailändare i Sverige.



*”Det finns många nyanlända thailändare som inte har kunskap om svenska sambället. De svårigheter som de stöter på handlar om familjelivet, vem man ska kontakta om man får problem med sin partner. Jag har själv haft problem. Jag har hört att en del kontaktar thailändska ambassaden, men de i sin tur rekommenderar en att kontakta socialen.” (IP 9)*

*”Nej, och jag tycker att thailändska ambassaden inte bryr sig så mycket om sina thailändare här i Sverige.” (IP 15)*

Ett annat informationsbehov som nämndes, utöver thailändska kvinnors rättigheter i Sverige, handlade om barnuppfostran.

*”Jag tror att många thailändare har stort behov av information som rör barnuppfostran, här vet jag att det finns stora problem bland thailändare. Barn som flyttar med sin mamma till Sverige får ofta problem här i Sverige. Barnen blir beroende av sina nya vänner här och Sverige är ett land som bara står på barnens sida. Man får inte slå sina barn, man får inte nypa sina barn, man får inte skaka sina barn och så vidare. [...]” (IP 15)*

Ingen av kvinnorna kände till någon thailändsk förening i Stockholm och elva av kvinnorna hade någon gång besökt det thailändska templet. Sociala mötesplatser för att träffa andra thailändare var främst Facebook, som många var flitiga användare av. Förutom att de fått lära sig svenska på SFI-skolan, beskrevs skolan även som en mötesplats som gav en möjlighet att få träffa thailändska väninnor. Flertalet hade, mer eller mindre, en nära vän att vända sig till, dock fanns det en kvinna som inte alls hade någon nära vän att umgås med på fritiden. Några kvinnor upplevde att det var svårare att umgås med sina vänner spontant i Sverige, jämfört med i Thailand och att livet i Sverige är mer individuellt och att människor är isolerade från varandra.

*”Jo, jag känner mig ensam, men vad ska jag göra. Det är ju inte som i Thailand. Jag är bara hemma med min partner, för det mesta sitter jag och läser och skriver.” (IP 3)*

Vidare hade några av kvinnorna svårt att lita på sina egna landsmän i Sverige eftersom de hade erfarenheter av att ha blivit dåligt bemötta och inte fått det stöd de förväntade sig av sina landsmän. Å ena sidan fanns det kvinnor som upplevde att de fick stöd från sina landsmän och även kvinnor med erfarenheter av att ha många thailändska väninnor som de träffade regelbundet.

## **Kvinnornas partner – nyckeln till integration i samhället och tillgång till vården**

Flera av kvinnorna som hade varit i kontakt med vården hade fått hjälp av sin partner och för vissa kvinnor har partnern också fungerat som tolk, trots att partnern inte kan tala thailändska.

*”Det var min partner som sökte information på internet. Han ordnar allt. Första gången var det ju kallelse till livmoderundersökningen och den som undersökte mig frågade om jag använde preventivmedel. Och vi diskuterade jag och min partner om det, och sen bokade han en tid åt mig. Han skjutsade dit mig också. Jag är som sagt inte så duktig på svenska än.” (IP 10)*

*”Min före detta partner skjutsade dit mig, men han följde aldrig med in, utan skjutsade bara dit mig så att jag skulle vara på rätt ställe.” (IP 19)*

När det gäller att söka hälsoinformation och information om sjukvården, uppgav nästan alla kvinnor att de skulle be sin partner söka information. Endast några få kvinnor uppgav att de själva sökte hälsoinformation på internet.

*”Jag får då fråga min partner så letar han på internet. Han läser då åt mig. Har jag ont i magen och inte vet varför så kollar han på internet och läser åt mig och förklarar för mig... 'du kanske har det här säger han'.” (IP 8)*

*”Jag skulle fråga min partner eftersom jag inte är så duktig på svenska ännu, så jag vågar inte prata svenska. Jag skäms om jag skulle göra det.” (IP 11)*

Kvinnorna tillfrågades även vart de skulle vända sig om de skulle vilja testa sig för hiv eller andra smittsamma sjukdomar. Även här svarade de flesta att de skulle vända sig till sin partner först.

*”Nej, jag vet inte. Jag har pratat med min partner om att jag skulle vilja testa mig och frågat honom om vilken läkare som är bra. Han har sagt att han ska följa med mig dit. Han ska ringa och boka en tid hos läkaren.” (IP 6)*

*”Via webbsajter, min partner har berättat om dem och hans barn har också berättat... 'om du får problem så kan du vända dig dit och dit...' Min partner har berättat allt.” (IP 4)*

Trots att flertalet kvinnor vände sig till sin partner i samband med hälsoinformation och sjukvårdskontakt, så påpekade några kvinnor att deras partner inte alltid hade någon kunskap om hälso- och sjukvård.

*”Min partner har ju aldrig varit till en läkare, så han har ingen koll.” (IP 1)*

*”När det gäller preventivmedel så kan min partner inte svara på det. Han har ingen kunskap om frågor som rör kvinnors hälsa.” (IP 6)*

För vissa kvinnor har relationen med partnerns familj varit av betydelse för att få tillgång till preventivmedel i Sverige.

*"I början ammade jag, sedan ringde jag till min svärmor och berättade att jag ville ha preventivmedel. [...] min svärmor arbetar där så hon rekommenderade mig att gå dit." (IP 9)*

*"Det var min mans storasyster. Hon berättade för mig, för hon äter också p-piller. Så hon rekommenderade mig." (IP 8)*

Kvinnornas partner har också haft en betydande roll för att kvinnor självständigt ska kunna ta sig runt i samhället.

*"Han lärde mig också hur man ska göra för att åka tunnelbana, så nu kan jag åka vart som helst på egen hand. Ända sen jag kom hit så har min partner hjälpt mig jättemycket. I början vågade jag inte ta mig någonstans på egen hand. Jag var osmart, jag visste inte hur man skulle hitta till en adress. Nu åker jag helt själv överallt och jag tycker att det är lätt." (IP 14)*

Likaväl som kvinnornas partner kan främja deras integration så kan de också hindra deras integration i samhället. Det första exemplet handlar om kontakt med vården som har fått dröja i väntan på att partnern ska boka en tid eller följa med kvinnan till sjukvården.

*"[...] Jag har pratat med min partner om att boka tid till en läkare för utredning om jag inte blir gravid nästa år. Kanske det beror på stress. Därför vill jag träffa en läkare så att de får undersöka om det är något fel." (IP 11)*

Det andra exemplet handlar om kvinnornas deltagande i sociala aktiviteter. Några kvinnor uppgav till exempel att de inte hade besökt thailändska templet eftersom deras partner inte haft någon tid att följa med dem.

*"Nej, det har jag inte, men jag skulle jättegärna vilja. Jag har sagt till min partner att jag vill besöka templet. Han säger att vi ska göra det när det är sommar. Jag vill jättegärna." (IP 3)*

En av kvinnorna var särskilt frustrerad över thailändska kvinnors beroendeställning till sin partner och det faktum att de får för lite samhällsinformation från skolan.

*"[...]thailändska kvinnor brukar få hjälp av sina män att bita bit och dit. Kvinnor som är tillsammans med män som gått i pension får kanske hjälp lite oftare, men det behöver ändå inte vara så. Tänk om min partner dör en dag, vad gör jag då? Hur ska det gå, eftersom jag varken kan prata eller skriva bra svenska. I skolan när vi pratar svenska så är det fokus på arbetsmarknadsfrågor, men när det gäller andra ämnen såsom den svenska lagen så får man ta reda på allt själv. Tänk om min partner inte vill leva med mig längre, man vet ju inte vad som händer i framtiden. Så tänker jag." (IP 2)*

### **Söker akut i Sverige och planerad vård i Thailand**

Den enda vård i Sverige som kvinnorna generellt sett hade erfarenhet av var vård för akuta åkommor från vårdcentraler och akutmottagningar. Sju av kvinnorna hade aldrig varit i kontakt med sjukvården i Sverige, med undantag för gynekologisk cellprovtagning och bröstcancerscreening som de blivit kallade till. Alla kvinnor utom en hade fått en kallelse hemskickad för att göra en gynekologisk cellprovtagning. Bland dem som blev kallade till en cellprovtagning var det tre kvinnor som avstod från att göra den. En kvinna avstod eftersom hon ändå skulle åka till Thailand och bestämde sig för att göra en cellprovtagning där i stället, eftersom hon tyckte att sjukvården var bättre i Thailand då hon förstod vad som sades där.

Den andra kvinnan avstod från den eftersom hennes partner inte kunde följa med henne, vidare ansåg hon att hon inte heller hade tid. Den tredje kvinnan avstod då hon inte förstod vad kallelsen handlade om och enligt hennes partner var det en kallelse till en allmän hälsoundersökning.

*"Min partner sa att det var en kallelse till en allmän hälsoundersökning och om jag inte var redo att göra en sådan så gjorde det inget. Det var precis i början, när jag var nyinflyttad som jag fick hem detta brev." (IP 6)*

Få kvinnor hade sökt vård inom sexuell och reproduktiv hälsa, trots upplevda behov. En vanlig orsak var väntan på att partnern skulle kontakta sjukvården. Några nämnda behov rörde främst funderingar och frågor kring infertilitet. Fem av de intervjuade kvinnorna ville bli gravida och samtliga av dem hade försökt att bli det i över ett år. Trots funderingar och frågor kring infertilitet var det ingen av kvinnorna som hade sökt läkare, dock uppgav några av dem att de hade pratat med sina män och bett dem boka en tid.

*”Jag är 42 år och blir snart 43 år. Jag skulle i alla fall vilja ha ett barn, som man kan ha som vän. Jag har pratat om detta med min partner och han sade till mig ’låt oss komma tillbaka från Thailand först’ [...] Men jag vet inte om det är möjligt för mig att få barn. Får jag inget barn så vill jag träffa en läkare och få rådgivning.” (IP 13)*

Bland kvinnorna fanns också en uppfattning om att en graviditet bör ske naturligt och inte med hjälp av in vitro-fertilisering (IVF). Det framkom också att man i Thailand avråder kvinnor som är äldre än 35 år från att skaffa barn på grund av risken för missbildningar hos barnet.

*”Jo, i första hand vill jag att det ska ske naturligt, jag vill bli gravid på naturlig väg. Går det inte får jag vända mig till en läkare. Jag har hört att man ska vända sig till läkare när man fyllt 35 år. Å andra sidan vill jag inte ha barn om jag blir för gammal.” (IP 16)*

När det gäller preventivmedelsrådgivning var det endast några få kvinnor som uppgav att de varit i kontakt med svensk vård för att få preventivmedel. Vidare var mödrahälsovårdens roll och existens något diffus för flera av kvinnorna.

*”Jag tror att en thailändare tänker så här, efter när man fött barn[...] en svensk kanske återvänder till mödravården för rådgivning, men en thailändare kanske ringer upp sin mor och ber henne skicka medicin. De kanske ber sin vän som åker till Thailand att köpa med sig p-piller. Jag har hört att thailändskor inte besöker mödravården så ofta. Jag har en vän som precis fött barn och bett en annan köpa med sig medicin från Thailand. Det är sällan som de vänder sig till mödravården för att få rådgivning. Efter att de har fött barn har de ofta ingen kontakt med mödravården. Jag till exempel har en vän som bett mig köpa med p-piller från Thailand.” (IP 1)*

Hälften av kvinnorna hade avstått från att söka vård i Sverige trots uttalade vårdbehov. Några hade redan haft kontakt med sjukvården i Thailand under den tid de varit där på semester, eller så planerade de att besöka en läkare när de ändå skulle dit på semester. Bristande kunskaper i svenska som försvårar kommunikationen med vården uppgavs vara en orsak till att kvinnorna avstått från att söka sjukvård i Sverige, och varför man också valt att söka vård i Thailand istället. För en kvinna handlade det om att få en second opinion, eftersom hon var osäker på om hon förstod läkarens utlåtanden.

*”Läkaren här i Sverige sade att jag inte behövde vara orolig. Men jag förstod inte vad värdet 5.5 betydde [...] och eftersom jag inte förstod mig på läkarspråket och resultatet, så gjorde jag samma undersökning i Thailand också.” (IP 7)*

Det fanns också några kvinnor som inte ansåg sig ha något särskilt vårdbehov, men som ändå passade på att göra en allmän hälsoundersökning i Thailand när de ändå var där eller planerade att göra en. Att göra en sådan hälsoundersökning uppgavs vara av preventiva skäl, i fall någon sjukdom skulle upptäckas så skulle det finnas tid att behandla den.

*”Det känns bra för mig att göra den. Är det något så hinner jag förebygga det i god tid.” (IP 4)*

*”Nästa månad när jag åker till Thailand ska jag gå och göra en grundlig hälsoundersökning, och sen ska jag också göra en detox-kur, tarmsköljning och en massa annat. Ja, en riktig grundlig hälsoundersökning för att kolla upp allt.” (IP 19)*

En annan typ av vårdkontakt i Thailand bland kvinnorna var import av läkemedel. Några nämnda sådana var till exempel preventivmedel, huvudvärkstabletter och hostmediciner. De flesta kvinnor hade med sig preventivmedel från Thailand, och när de tog slut fortsatte vissa av dem att köpa preventivmedel från Thailand i stället för att etablera kontakt med den svenska vården. Vissa kvinnor som hade tagit med sig p-piller från Thailand slutade använda p-piller när de tog slut trots att de inte hade planer på att bli gravida. Kvinnorna ansåg att tillgången till läkemedel och preventivmedel var krångligare i Sverige jämfört med Thailand, vilket var en av anledningarna till att de fortsatte köpa preventivmedel från Thailand.

*”För att jag har hört från flera personer att svenska p-piller är starka. Sen är det inte så lätt att köpa p-piller här som det är i Thailand. Där kan man köpa dem på apoteket utan recept. I Sverige måste man först till läkaren för att få ett recept och dessutom ska jag försöka tala om för läkaren vilket märke jag vill ha. Det känns svårt att förklara det. I Thailand finns det flera olika sorters p-piller att välja emellan.” (IP 6)*

### Upplever sig inte vara i riskzon, men positiva till testning och information

Några andra frågeområden vi samtalande om under intervjuerna var kvinnornas syn på hälsa, oro för sjukdomar generellt, hiv och hivtestning. Att känna sig stark och inte ha ont i kroppen beskrevs av många kvinnor som viktiga förutsättningar för att må bra och ha en god hälsa. Cancer var den sjukdom som kvinnorna framför allt var oroliga att bli drabbade av. Få kvinnor var oroliga för att få hiv eller andra smittsamma sjukdomar. Kvinnorna ansåg sig inte vara riskutsatta för hiv eftersom de ansåg sig ha kunskap om sjukdomen och om hur man skyddar sig. Dessutom levde de i en fast relation och de gick inte ut och festade. Alkoholrickande och festande var för kvinnorna förknippat med en ökad risk för att få hiv.

*"Men om jag tänker på mig själv så är jag inte alls rädd för den här sjukdomen, eftersom jag inte dricker, jag går inte ut och festar. Rökning och öl har jag aldrig provat. Men jag är orolig för att min partner... skulle han vara otrogen så skulle jag vara rädd. Visst, jag skulle vara mer orolig om jag festade [...] men eftersom jag inte gör det så är jag inte rädd." (IP 3)*

En annan aspekt var att det i dag går att leva med hiv eftersom det enligt kvinnorna finns bra och effektiva hivmediciner.

*"Nuförtiden är man inte så rädd för hiv eftersom det finns bra mediciner som stoppar utvecklingen av sjukdomen. Förut fick man utslag och eksem av det. Visst är det många som har hiv nu, men sjukdomen är inte lika skrämmande som cancer. Får man cancer så lever man inte så länge. Frågar du mig vilken sjukdom jag är räddast för, hiv eller cancer, så är jag mycket räddare för cancer. Det finns ju mediciner mot hiv." (IP 15)*

Hiv ses inte heller som aktuellt i Sverige, eftersom svenskar generellt har kunskap om hur man skyddar sig.

*"Hiv är en sjukdom som är utbredd och omfattande och Sverige är ett land med 'fritt sex', men för det mesta använder man kondomer och därför känns det långt borta från en eftersom det går att skydda sig från sjukdomen. Jag tror inte att många bryr sig så mycket om hiv eller preventivmedel eftersom svenskar använder kondomer. Därför känns sjukdomen inte så relevant för mig. De här frågorna behöver man informera om i Thailand." (IP 15)*

Men inte alla kvinnor delade uppfattningen om att hiv inte var något att oroa sig för. En kvinna var främst orolig för att hennes partner skulle smittas av andra, en möjlig konsekvens om hon framöver inte skulle ha lust att ha samlag med honom.

*”Men visst är jag rädd för aids [...] ibland blir det problem, till exempel när jag inte har lust att ha sex med honom så säger han att det är ett allvarligt problem. Jag känner att den dagen jag inte har lust så jag är orolig för att han går ut på kvällen och blir smittad, man kan aldrig vara säker, så visst är jag orolig.” (IP 9)*

Förutom de två kvinnor som varit gravida i Sverige och blivit hiv-testade under graviditeten, hade ingen av kvinnorna blivit erbjudna hivtest eller hivtestats i Sverige. De kvinnor som varit gravida i Sverige var dock inte säkra på vilka prover som togs på dem under graviditeten. Flera kvinnor hade testat sig tidigare i Thailand. För vissa kvinnor är hiv något irrelevant och som en av kvinnorna uttryckte:

*”Aids har de aldrig kollat. Jag har aldrig varit orolig för det, eller måste man testa sig för det...?” (IP 7)*

Medan några kvinnor uppgav att de skulle vilja hivtesta sig och att de skulle be sin partner att boka en tid för detta. Endast ett fåtal av kvinnorna visste vart de skulle vända sig för att hivtesta sig i Sverige.

Trots att kvinnorna inte ansåg sig själva som riskutsatta för hiv, så var de positiva till hivtestning om de skulle erbjudas detta. Hälsoundersökningar ansågs vara bra för att identifiera smittsamma sjukdomar och stoppa spridningen av dessa.

*”[...] det skulle vara jättebra om thailändare blir erbjudna en hälsoundersökning för att se om vi har någon sjukdom, någon smittsam sjukdom. Det vore bra.” (IP 11)*

*”Jag tycker att det är bra. Det kanske också gör att man blir bättre på att skydda sig och en del kanske aldrig har testat sig för smittsamma sjukdomar. Sen tycker jag att det är bra för att det kan stoppa spridningen av smittsamma sjukdomar.” (IP 16)*

Samtalen med kvinnorna handlade också om hur de skulle vilja få information om preventivmedel och hiv-/STI-testning. Kvinnorna tillfrågades bland annat om på vilket sätt man kan nå thailändska kvinnor. Kvinnorna var positiva till att få information och deras förslag var mångskiftande, men en gemensam bild bland kvinnorna var att informationen skulle komma från vården. Att få information via kallelse och Facebook var några av de vanliga förslagen från kvinnorna.



*”De ska skicka en kallelse med information om att mödravården ger preventivmedelsrådgivning till kvinnor, så de vet att man inte behöver vända sig till enbart läkare för de här frågorna. Som utländsk så kanske man har bättre förtroende för mödravården för att de arbetar med saksfrågor. Läkare är bra, men där måste man vänta.” (IP 6)*

Kvinnor som inte var så vana vid Facebook föredrog att få en kallelse. De tyckte att kallelser var bra eftersom de alltid går att översätta.

*”Det bästa är att skicka en kallelse om besök till thailändskorna. Ibland har inte thailändare kunskap om det här och deras partner kanske inte bryr sig så mycket. Så det är bra med en kallelse, den går alltid att översätta.” (IP 4)*

*”Jag tycker att man ska skicka en kallelse via posten, det är enklast. Om man kan använda internet så är e-post också enkelt. Brev är bra eftersom jag inte kan svenska, det är många som kommer hit som inte kan svenska. Jag vill att de skickar brev. Även fast jag inte förstår så kan jag be min partner läsa brevet.” (IP 3)*

Dock var det inte alla kvinnor som tyckte att kallelse var ett bra förslag. En av kvinnorna menade att alla inte öppnar brev som kommer med posten och att information på Facebook är att föredra eftersom spridningseffekten är mycket större.

*”Det finns ju olika Facebook grupper för thailändare här i Sverige. Om man gör en ny grupp på Facebook som är tillgänglig för alla thailändare i Sverige så att vem som helst kan ansöka om att bli medlem och så får de ställa frågor. Där kan man ge rådgivning om sådant som rör hiv och så vidare. Du vet att thailändare är mycket för Facebook.” (IP 12)*

Andra förslag att få information var platser där thailändare passerar och arbetar.

*”Man besöker ju ambassaden innan man kommer till Sverige, så kanske när man är där och hämtar sitt visum. Det kan också vara vid säkerhetskontrollen på flygplatsen. För när man väl är igenom kontrollen så blir det svårt att leta sig fram och hitta information. Det ska vara broschyrer. Så det skulle kunna finnas på två ställen, först ambassaden i Thailand där man hämtar sitt visum och sen på säkerhetskontrollen på flygplatsen i Sverige för att kunna komma in i landet.” (IP 10)*

Sammanfattning av kvinnornas förslag på hur de kan nås av vården:

- Få en kallelse hemskickad
- Få information via Facebook eller länk till webbsida
- Svenska ambassaden i Thailand när man hämtar sitt visum
- Platser där thailändare arbetar eller passerar i Sverige, såsom:
  - säkerhetskontrollen på flygplatsen
  - SFI-skolor
  - thaibutiker
  - massageställen

# Diskussion

## **Resultatdiskussion**

Denna studie ger en bild av hur nyanlända thailändska kvinnor söker vård inom området sexuell och reproduktiv hälsa i Sverige. Vidare ger resultaten en fördjupad förståelse för kvinnornas användning av sjukvård, varför de avstår från eller väntar med att söka vård trots behov. Resultaten ger också en inblick i thailändska kvinnors vardagliga liv som nyanlända i Sverige, pendlande tillbaka mellan Sverige och Thailand, vilket är av betydelse i förståelsen för kvinnornas vårdsökningsbeteende.

## **Avstår från att söka vård trots behov**

Hälften av kvinnorna i vår studie har någon gång avstått eller väntat med att söka vård i Sverige, trots behov. En av förklaringarna till varför kvinnorna i vår studie avstod från att söka vård var att de redan hade en etablerad vårdkontakt i Thailand, som de återupptog när de var tillbaka i hemlandet för att besöka familjen. En vanlig orsak till att de föredrog vård i Thailand var bristande kunskaper i svenska vilket de ansåg begränsar deras kommunikationsmöjligheter med vårdpersonalen i Sverige. Kommunikativa svårigheter mellan utlandsfödda patienter och vårdpersonal har påvisats i tidigare forskning [29, 30]. Det är inte heller ovanligt att utlandsfödda patienter söker vård i annat land än där de är bosatta, en konsekvens av att de inte kan tillgodogöra sig vården i mottagarlandet [31, 32]. Likande erfarenheter finns bland somalier i Sverige som åker till andra europeiska länder för att få vård, eftersom de upplevde en avvisande attityd från svenska sjukvården och att olika sjukdomsdiagnoser missats [33]. Otillfredsställda vårdbehov, lågt förtroende för sjukvården och även upplevd diskriminering kan leda till att man avstår från att söka vård trots ett upplevt behov [34, 35], vilket på sikt kan medföra allvarliga konsekvenser såsom oupptäckta sjukdomar och försenade behandlingar.

## **Partnern: ingång till vården eller en barriär?**

Oavsett vårdbehov vittnar kvinnornas berättelser om att de flesta varit mer eller mindre beroende av sin partner för att komma i kontakt med svensk sjukvård. Kvinnornas partner har en central och många gånger en hjälpande roll för kvinnornas kontakt med vården i Sverige. Liknande resultat finns beskrivet i vår tidigare studie, där thailändska kvinnor med partner använde vården i större utsträckning än kvinnor utan partner [21]. Kvinnorna med partner hade också mer kunskap om sjukvården. I denna studie framgår att kvinnornas partner också är den främsta informationskällan när det gäller hälsoinformation och sjukvårdsinformation.

Men i väntan på partnerns hjälpande insats har en del av kvinnorna också fått avstå eller väntat med att söka vård. Kvinnornas vårdbehov, som de väntade med att åtgärda, rörde främst behov inom reproduktiv hälsa. Behovet handlade främst om att vilja bli gravid och en av orsakerna till varför de ännu inte varit i kontakt med en läkare för utredning, var väntan på att partnern skulle sköta detta. Här föreligger även kulturella förklaringar, då man i Thailand avråder kvinnor över 35 år från att bli gravida, samtidigt som det finns en uppfattning om att en graviditet bör ske på naturlig väg. Genomsnittsåldern bland förstföderskor i Thailand är 23 år [36].

Några kvinnor i denna studie har fått avstå från vård på grund av att deras partner inte haft möjlighet att ringa eller följa med till läkaren, men även för att partnern saknat kunskap om besöket som kvinnorna blivit kallade till. Att vara partnerberoende för att komma i kontakt med vården och det faktum att män generellt söker vård senare än kvinnor [37], kan i sin tur medföra att thailändska kvinnor får vänta ännu längre innan de får vård.

Att kvinnornas partner inte alltid har kunskap om preventivmedel, vilket några kvinnor uppgav, kan också vara en förklaring till att få kvinnor varit i kontakt med svenska vården för att få preventivmedel. Å andra sidan uppgav flera kvinnor att tillgången till preventivmedel var krångligare i Sverige jämfört med i Thailand, vilket var en av anledningarna till fortsatt användning av preventivmedel införskaffade i Thailand. Vidare var mödrahälsovårdens roll och existens något diffus för kvinnorna. I många låginkomstländer finns ingen primärvård, utan patienter söker sig direkt till en klinik för att få hjälp, vilket stämmer överens med kvinnornas berättelser om vården och tillgången till preventivmedel i Thailand. Väntetider, remissrutiner och att dessutom inte få någon medicin ordinerad vid ett läkarbesök är något nytt för många migranter [38].

### **Bristande kunskap om hälso- och sjukvården**

När det gäller lagar och förordningar omfattas thailändare varken av föreskriften om hälsoundersökning eller lagen om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare. Att kvinnorna i vår studie hade låg kunskap om det svenska sjukvårdssystemet, och att de dessutom gav uttryck för ett stort behov av samhällsinformation, var därför inte förvånande. Tidigare forskning visar att migranternas vårdsokningsbeteende ofta skiljer sig från majoritetsbefolkningens, till exempel söker de vård på akuten i högre uträkning än majoritetsbefolkningen [39–41]. Kvinnorna i denna studie sökte vård för främst akuta åkommor på vårdcentraler eller akuten. Okunskap om hur sjukvårdssystemet fungerar i det nya landet och sämre hälsotillstånd är ofta förklaringen till att migranter i högre uträkning än majoritetsbefolkningen söker sig till akutsjukhus [39, 40]. Det är möjligt att kvinnornas vårdkontakter varit mer

frekventa om de hade haft mer kunskap om hälso- och sjukvården i Sverige, och därmed inte varit lika partnerberoende för att komma i kontakt med vården.

### **Hivtestning bör erbjudas utifrån aktuell kunskap om hivepidemiologi**

I vår studie var det ingen av kvinnorna som aktivt hade sökt vård för att hivtesta sig i Sverige. Kvinnorna ansåg sig inte själva vara riskutsatta för hiv. Därmed har vården en central och kanske avgörande roll för att identifiera personer med hiv från Thailand. Bara två av de 19 intervjuade kvinnorna hade blivit hivtestade i Sverige, båda två i samband med graviditet. Det låga antalet hivtester bland kvinnorna stämmer ganska väl överens med den tidigare enkätstudien bland nyanlända thailändskor, där endast en fjärdedel av kvinnorna varit i kontakt med vården för att hivtesta sig [21]. Att något fler kvinnor i den kvantitativa studien testat sig för hiv kan bero på att fler av dessa kvinnor varit gravida i Sverige och testats i samband med graviditeten.

Ser man till det faktum att många migranter som diagnostiseras med hiv i Sverige ursprungligen kommer från Thailand, bör thailändare vara en prioriterad grupp för hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och förebyggande arbete. Enligt den nationella strategin för hiv/STI ska en hivinfektion identifieras hos nyanlända migranter inom sex månader efter ankomsten till Sverige [6]. För att nå detta mål bör nyanlända thailändare bli erbjudna en hälsoundersökning inklusive hivtest eller annan insats som når dem. Kvinnorna i vår studie var positiva till tanken att en kostnadsfri hälsoundersökning inklusive hivtest skulle erbjudas även till thailändare. Hälsoundersökningar som systematisk metod att identifiera personer med hiv bör således falla väl ut bland gruppen thailändare.

### **Bristande tolkanvändning**

Ett oväntat och viktigt fynd i vår studie var att majoriteten av kvinnorna aldrig hade använt en tolk när de var i kontakt med vården. En deltagare i denna studie började använda p-piller trots att hon egentligen föredrog p-spruta, men som följd av att inte kunna kommunicera fullt ut med vårdpersonalen kunde hon inte framföra sitt egentliga önskemål om preventivmedel. Enligt svensk lag har alla som är i behov av det rätt att få tillgång till tolk vid myndighetskontakter [42]. Hur tolkanvändningen ser ut för en större population nyanlända thailändare bör undersökas, eftersom bristande kommunikation mellan patient och vårdpersonal är en fråga om patientsäkerhet. Kvinnorna i vår studie verkade inte ha någon kunskap om att de hade rätt till tolk i dessa sammanhang. Vårdpersonalen har därför en viktig roll för att se till att thailändska patienter får tillgång till tolk i kontakt med sjukvården. Bristande kommu-

nikation mellan patient och vårdpersonal kan leda till svårigheter att ställa korrekt diagnos och till en underskattning av hälsoproblemens allvar [43, 44]. För patientens del kan det innebära otillfredsställda vårdbehov och ett allmänt missnöje, vilket i sin tur kan medföra att man avstår från att söka vård trots behov [34, 35]. Men i värsta scenariot kan bristande kommunikation mellan patient och vårdpersonal även leda till dödsfall. Tidigare forskning visar att bristande kommunikation har bidragit till att förlossningskomplikationer bland utlandsfödda kvinnor upptäckts i alldeles för sent skede, med mödradödlighet och perinatal dödlighet som följd [45, 46].

### **Cellprovtagning välfungerande insats som når thailändska kvinnor**

För att kunna tillgodose thailändska kvinnors behov av vård inom området sexuell och reproduktiv hälsa i Sverige, behöver de först och främst adekvat information om vilken service som existerar inom vården och hur de kan använda den. En möjlig ingång till att nå thailändska kvinnor med hivtestning och preventivmedelsrådgivning är via cellprovtagning. Den tidigare enkätstudien [21] tillsammans med denna studie visar att en stor del av de nyanlända thailändska kvinnorna har deltagit i cellprovtagning som de blivit kallade till. Cellprovtagning bör också ses som en möjlig ingång till att introducera svenska hälso- och sjukvården inklusive mödrahälsovården till thailändska kvinnor, mot bakgrund av att kvinnorna i vår studie hade liten kunskap om hälso- och sjukvården och om mödrahälsovårdens roll.

### **Metoddiskussion**

Då detta är en kvalitativ studie går det inte att statistiskt applicera resultatet på hela populationen thailändska kvinnor i Sverige. Resultaten avser nyanlända thailändska kvinnors erfarenheter och kan inte appliceras på kvinnor som varit bosatta i Sverige under en längre period, det vill säga de som bott här i minst fem år. Dessutom var studiens målgrupp thailändska kvinnor bosatta i Stockholms län; därmed går det inte heller att applicera resultaten på kvinnor bosatta på landsbygden där tillgången till vårdcentraler och sjukhus är mer begränsad. Vidare var kvinnorna i vår studie något högre utbildade än den övriga thailändska populationen i Sverige. Det är möjligt att vi hade fått fram andra erfarenheter av vården om vi hade intervjuat fler deltagare med lägre utbildning. Trots att det inte går att generalisera resultaten ger studien en bild av hur vårdsökningsbeteendet kan se ut bland nyanlända thailändska kvinnor i Stockholm.

## Vidare forskning

Ett viktigt fynd i denna studie var att få kvinnor använt tolk när de var i kontakt med vården, något som det är angeläget att forska vidare om utifrån perspektivet patientsäkerhet. Dessutom är forskningen kring mötet mellan patienter och sjukvård ofta begränsad till personer som migrerat på grund av asyl- och flyktingskäl, och omfattar sällan personer som migrerat på grund av anknytning till en svensk medborgare. Kunskapen om vårdmötet mellan thailändska patienter och svensk vårdpersonal är så vitt vi vet okänd. Det vore därför intressant att undersöka hur vårdpersonal (till exempel barnmorskor och läkare) upplever kommunikationen och mötet med nyanlända thailändska patienter.

## Rekommendationer

Resultaten visar att kvinnorna var positiva till att ta del av preventiva insatser från vården, såsom hivtestning och preventivmedelsrådgivning. Kvinnorna uttryckte även ett stort behov av information om thailändska kvinnors rättigheter i Sverige. Rekommendationerna som följer nedan är formulerade utifrån ett hälso- och rättighetsperspektiv, där även kvinnornas egna perspektiv tas tillvara.

## Möjliga interventioner på lokal nivå

För att de lokala rekommendationerna ska vara verksamhetsnära och realistiska har samtal om möjliga interventioner genomförts med nyckelpersoner<sup>8</sup> i ett seminarium där denna studie presenterades.

### *Erbjuda hivtest och preventivmedelsrådgivning i samband med cellprovtagning*

En möjlig intervention, som redan är igång i Stockholm, är att integrera preventivmedelsrådgivning och hivtestning i samband med cellprovtagning. Sedan några år tillbaka erbjuder barnmorskemottagningarna i sydvästra Stockholm preventivmedelsrådgivning och hivtest till kvinnor som deltar i cellprovtagning. Kvinnor som kommit för cellprov får fylla i ett frågeformulär i väntrummet om de också vill ha preventivmedel eller testa sig för hiv eller andra sexuellt överförda infektioner. Avsikten med erbjudandet är att nå kvinnor som sällan söker vård för just preventivmedelsrådgivning och hivtest, till exempel anhöriginvandrare. Huruvida man nått den thailändska gruppen genom integrerad preventivmedelsrådgivning och hivtest i samband med cellprov, är något som bör följas upp och utvärderas, om man vill använda denna metod för att nå den thailändska gruppen.

<sup>8</sup> På seminariet deltog samordningsbarnmorskor och representanter från bland annat mödrahälsovården, Stockholms läns landsting och Folkhälsomyndigheten.

*Vid cellprovtagning – boka en ny tid för preventivmedelsrådgivning och hivtest*

En annan möjlig intervention i samband med cellprovtagning är att erbjuda thailändska kvinnor ett nytt besök för preventivmedelsrådgivning och hivtest, som då kan ske med tolk. Genom detta sätt behöver man inte förlänga cellprovtagningsbesöken, som många gånger är väldigt korta. Liknande erfarenheter finns i Norrbottens läns landsting, dock med ambitionen att nå alla migrantgrupper som inte kan svenska. Vid ett sådant besök skulle kvinnor med frågor kring infertilitet eller andra vårdbehov kunna få mer information om vart de kan vända sig.

*Vid cellprovtagning – lämna broschyr om hälso- och sjukvården*

Ett sätt att introducera thailändska kvinnor till svenska hälso- och sjukvården är att lämna en broschyr till dem vid cellprovtagning. Broschyren ska vara på thailändska och innehålla adekvat information om svenska hälso- och sjukvården. Förutom allmän information om hur de ska navigera inom vården bör det även framgå att alla thailändare har rätt till tolk i samband med vårdbesök.

**Interventioner på nationell nivå**

*Erbjuda alla thailändare en hälsoundersökning*

En annan möjlig insats som redan är etablerad på nationell nivå är en hälsoundersökning som idag erbjuds till asylsökande med flera. En sådan insats ger möjlighet att nå även thailändska män och kvinnor som inte omfattas av cellprovtagning, det vill säga de som är yngre än 23 år och äldre än 60 år, men också kvinnor som avstår från cellprovtagning. Genom en hälsoundersökning skulle de även bli informerade om den svenska hälso- och sjukvården, vilket var något kvinnorna i vår studie saknade kunskap om.

*Erbjuda samhällsorientering till thailändare*

En annan etablerad insats för vissa nyanlända personer i Sverige är samhällsorientering, som är en kurs på 60 timmar om hur det svenska samhället fungerar. Kursen ges på modersmålet och de nyanlända får kunskaper om bland annat vilka rättigheter och skyldigheter de har i Sverige, om svensk demokrati och hur den svenska hälso- och sjukvården fungerar. En sådan kurs borde erbjudas även till thailändare och skulle således uppfylla de informationsbehov som kvinnorna i vår studie efterfrågade. Vidare, kan en sådan kurs stärka kvinnornas egenmakt och minska deras beroendeställning till sina partner.



## Slutsatser

Denna studie ger en ökad förståelse för nyanlända thailändska kvinnors kontakt med hälso- och sjukvården inom området sexuell och reproduktiv hälsa. Studien ger flera möjliga förklaringar till varför kvinnor avstår eller väntar med att söka vård, trots upplevt vårdbehov. Kvinnorna har låg kunskap om det svenska sjukvårdssystemet och är beroende av sin partner för vårdkontakt i Sverige. Som en konsekvens av att inte kunna tillgodogöra sig vården i Sverige har vissa sökt eller planerar att söka vård i Thailand. Kvinnorna ser inte sig själva som riskutsatta för hiv men är positiva till att få insatser från vården, vilket innebär att framtida preventionsinsatser till gruppen sannolikt får ett positivt genomslag. Det faktum att gruppen har ett stort behov av samhällsinformation och preventionsinsatser, gör att thailändare bör vara en prioriterad grupp för hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och förebyggande arbete. Först då kan målet om en vård på lika villkor för hela befolkningen (1982:763) och en jämlik hälsa uppnås.

## Referenser

1. Statistiska centralbyrån. [cited 2015 18 Februari]; Available from: [http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START\\_BE\\_BE0101\\_BE0101E/UtrikesFoddaR/table/tableViewLayout1/?rxid=b74e9dd5-3dcd-4418-9344-4de60f1e30c4](http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0101_BE0101E/UtrikesFoddaR/table/tableViewLayout1/?rxid=b74e9dd5-3dcd-4418-9344-4de60f1e30c4).
2. SFS 2010:197, *Lag om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare*. Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet
3. Folkhälsomyndigheten. [cited 2015 23 Januari]; Available from: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/smittskydd-och-sjukdomar/smittsamma-sjukdomar/hivinfektion/>.
4. Folkhälsomyndigheten. [cited 2015 2 Februari]; Available from: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/sjukdomsstatistik/hivinfektion/>.
5. Folkhälsomyndigheten, *Hiv- och STI-prevention riktad till migranter : en kartläggning av det förebyggande arbetet i Sverige*. 2014, Östersund: Folkhälsomyndigheten.
6. Prop. 2005/06:60, *Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar*. Stockholm: Socialdepartementet.
7. SFS 2008:344, *Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.*, Stockholm: Justitiedepartementet.
8. SOSFS 2011:11, *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökning av asylsökande m.fl.*, Stockholm: Socialstyrelsen.
9. SFS 1982:763, *Hälso- och sjukvårdslag* Stockholm: Socialdepartementet.
10. World Health Organization (WHO), *Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health : final report of the Commission on Social Determinants of Health*. 2008, Geneva: World Health Organization.
11. Hjärt-lungfonden. *Hjärt- och kärlsjukdomar*. [cited 2015 2 Februari]; Available from: <http://www.hjart-lungfonden.se/sjukdomar/hjartsjukdomar/>.
12. Socialstyrelsen, *Ojämna villkor för hälsa och vård : jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvård*. 2011, Stockholm: Socialstyrelsen.
13. Myndigheten för vårdanalys, *En mer jämlik vård är möjlig : analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande*. 2014, Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
14. Meeuwesen, L., Harmsen, J. A., Bernsen, R. M., Bruijnzeels, M. A., *Do Dutch doctors communicate differently with immigrant patients than with Dutch patients?* Soc Sci Med, 2006. **63**(9): p. 2407-17.
15. Schouten, B.C., L. Meeuwesen, and H.A. Harmsen, *GPs' interactional styles in consultations with Dutch and ethnic minority patients*. J Immigr Minor Health, 2009. **11**(6): p. 468-75.
16. Sagbakken, M., Bjune, G. A., Frich, J. C., *Experiences of being diagnosed with tuberculosis among immigrants in Norway--factors associated with diagnostic delay: a qualitative study*. Scand J Public Health, 2010. **38**(3): p. 283-90.
17. Ganatra, N.R., *The culture dynamic in domestic violence: understanding the additional burdens battered immigrant women of color face in the United States*. J of law in society, 2001. **2**:109-47.
18. Raj, A., Silverman, J., *Violence against immigrant women: The roles of culture, context, and legal immigrant status on intimate partner violence*. Violence Against Women, 2002. **8**(3): p. 367-398.

19. Fernbrant, C., Emmelin, M., Essen, B., Ostergren, P. O., Cantor-Graae, E., *Intimate partner violence and poor mental health among Thai women residing in Sweden*. Glob Health Action, 2014. **7**: p. 24991.
20. Webster, N., Haandrikman, K., *Thai Women in Sweden: Victims or Participants*. 2014, Dept of Sociology, Demography Unit: Stockholm.
21. Åkerman, E., Östergren, P-O., Essén, B., Fernbrant, C., Westerling, R. , *Knowledge and utilization of sexual and reproductive health care services among Thai immigrant women in Sweden*. 2015: Opublicerat manuskript.
22. Utrikesdepartementet, *Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter*. 2006, Stockholm: Regeringskansliet, Utrikesdepartementet.
23. Kvale, S. and S. Brinkmann, *InterViews : learning the craft of qualitative research interviewing*. 2009, Los Angeles: Sage Publications.
24. Dahlgren, L., et al., *Qualitative methodology for international public health*. 2007, Umeå: Epidemiology and Public Health Sciences, Department of Public Health and Clinical Medicine, Umeå University.
25. Rosengren, K.E. and P. Arvidson, *Sociologisk metodik*. 2002, Malmö: Liber.
26. Braun, V., Clarke, V. , *Using thematic analysis in psychology*. Qualitative Research in Psychology, 2006. **3:2** p. 77-101.
27. Lincoln, Y.S. and E.G. Guba, *Naturalistic inquiry*. 1985, Beverly Hills, Calif.: Sage.
28. Stockholms universitet. *Globala landsbygger*. Nr 3: Juni 2013 [cited 2015 18 Februari]; Available from: [http://www.humangeo.su.se/polopoly\\_fs/1.137435.1370359022!/menu/standard/file/Globala-landsbygger-Nyhetsbrev%20nr%203.pdf](http://www.humangeo.su.se/polopoly_fs/1.137435.1370359022!/menu/standard/file/Globala-landsbygger-Nyhetsbrev%20nr%203.pdf).
29. Wearn, A., Goodyear-Smith, F., Everts, H., Huggard, P., *Frequency and effects of non-English consultations in New Zealand general practice*. N Z Med J, 2007. **120**(1264): p. U2771.
30. Wiking, E., Saleh-Stattn, N., Johansson, S. E., Sundquist, J., *A description of some aspects of the triangular meeting between immigrant patients, their interpreters and GPs in primary health care in Stockholm, Sweden*. Fam Pract, 2009. **26**(5): p. 377-83.
31. Gerritsen, A.A., Bramsen, I., Deville, W., van Willigen, L. H., Hovens, J. E., van der Ploeg, H. M., *Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2006. **41**(1): p. 18-26.
32. Phillimore, J., *Approaches to health provision in the age of super-diversity: Accessing the NHS in Britain 's most diverse city*. Critical Social Policy, 2010. **31:5-29**.
33. Svenberg, K., *Mötet mellan patienten och läkaren [Elektronisk resurs] : erfarenheter hos somaliska flyktingar och läkare under utbildning*. 2011, Göteborg: Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet i samarbete med Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa, Enheten för allmänmedicin, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet och Vårdcentralen Lärjedalen, Göteborgs primärvård.
34. Westin, M., Ahs, A., Brand Persson, K., Westerling, R., *A large proportion of Swedish citizens refrain from seeking medical care--lack of confidence in the medical services a plausible explanation?* Health Policy, 2004. **68**(3): p. 333-44.
35. Wamala, S., Merlo, J., Bostrom, G., Hogstedt, C., *Perceived discrimination, socioeconomic disadvantage and refraining from seeking medical treatment in Sweden*. J Epidemiol Community Health, 2007. **61**(5): p. 409-15.
36. United Nations, *World Fertility Report 2012*. 2013: United Nations, Department of Economic and Social Affairs Population Division.

37. Socialstyrelsen, *Jämställd vård? : könsperspektiv på hälso- och sjukvården*. 2004, Stockholm: Socialstyrelsen.
38. O'Donnell, C.A., Higgins, M., Chauhan, R., Mullen, K., *Asylum seekers' expectations of and trust in general practice: A qualitative study*. British Journal of General Practice, 2008. **58:870-76**.
39. Norredam, M., Krasnik, A., Moller Sorensen, T., Keiding, N., Joost Michaelsen, J., Sonne Nielsen, A., *Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents*. Scand J Public Health, 2004. **32**(1): p. 53-9.
40. DeShaw, P.J., *Use of the emergency department by Somali immigrants and refugees*. Minn Med, 2006. **89**(8): p. 42-5.
41. Young, N., Martensen, A., *Refugees and asylum seekers: implications for ED care in Auckland, New Zealand*. J Emerg Nurs, 2003. **29**(4): p. 337-341.
42. 1986:223, S., *Förvaltningslag*. Stockholm Justitiedepartementet.
43. Hjelm, K., *Migration, health and diabetes mellitus : studies comparing foreign- and Swedish-born diabetic subjects living in Sweden*. 1998, Lund.
44. Hjelm, K., Isacsson, Å., Apelqvist, J., *Health care professionals' perceptions of beliefs about health and illness in migrants with diabetes mellitus*. Practical Diabetes International 1998. **15**(23-7).
45. Essen, B., Bodker, B., Sjoberg, N. O., Langhoff-Roos, J., Greisen, G., Gudmundsson, S., Ostergren, P. O., *Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services?* BJOG, 2002. **109**(6): p. 677-82.
46. Esscher, A., Binder-Finnema, P., Bodker, B., Hogberg, U., Mulic-Lutvica, A., Essen, B., *Suboptimal care and maternal mortality among foreign-born women in Sweden: maternal death audit with application of the 'migration three delays' model*. BMC Pregnancy Childbirth, 2014. **14**: p. 141.







För att få fördjupad kunskap om hur thailändska kvinnor söker vård utifrån perspektivet sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter har forskaren Eva Åkerman på institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap vid Uppsala universitet genomfört en kvalitativ studie om nyanlända thailändska kvinnors vårdsökningsbeteende. Hon har även fördjupat sig i hur en insats för att nå ut till kvinnorna, skulle kunna utformas.

Studien är gjord på uppdrag av Lafa – enheten för sexualitet och hälsa inom Stockholms läns landsting, med ekonomiskt stöd från Folkhälso-myndigheten och kommer att ligga till grund för en interventionsinsats som Lafa planerar att genomföra under 2015.