

Kunskapscentrum för sexuell hälsa
Västra Götalandsregionen
2022-07-06

SRHR och migration

Nio verksamheter i VGR berättar om behov
och utmaningar

Innehåll

| | |
|--|----|
| Inledning..... | 4 |
| Vårt uppdrag..... | 4 |
| Syfte och frågeställningar..... | 5 |
| Metod | 6 |
| Avgränsning | 6 |
| Urval..... | 6 |
| Datainsamling..... | 6 |
| Semistrukturerade intervjuer | 7 |
| Kunskap, hälsa och behov av SRHR hos gruppen migranter | 8 |
| Sexualitet..... | 8 |
| Rätten att bestämma | 8 |
| Hiv- och STI-testning..... | 8 |
| Behov och kunskap | 9 |
| Tillgång till hälso- och sjukvård samt bemötande | 10 |
| Sexuella övergrepp..... | 10 |
| Reproduktiv hälsa hos migranter..... | 11 |
| Postpartum depressioner (PPD) | 11 |
| Komplicerade förlossningar | 11 |
| Sökmönster..... | 11 |
| Strukturell rasism inom vården | 12 |
| Presentation av verksamheterna | 14 |
| Tidigt föräldrastöd..... | 14 |
| Vulvamottagningen | 18 |

| | |
|---|----|
| UM Angered..... | 22 |
| Bergsjöns barnmorskemottagning..... | 24 |
| Flyktingbarnmottagningen | 26 |
| Flyktingmedicinsk mottagning..... | 27 |
| Folkhälsoenheten på Angereds Närsjukhus | 29 |
| Noaks Ark | 32 |
| RFSL Göteborg | 34 |
| Diskussion/reflektion | 38 |
| Sammanfattande utvecklingsområden..... | 41 |
| TACK | 44 |
| Referenser..... | 45 |

Inledning

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, SRHR, omfattar alla de hälso- och vårdaspekter och rättigheter som finns kopplade till sexualitet och reproduktion. Det kan handla om alltifrån rätt till en säker förlossning eller abort, till att ha kunskap om sin kropps anatomi, eller var man kan vända sig om man behöver ta prover för hiv/STI, preventivmedelsrådgivning eller behöver vård och stöd efter sexuellt våld.

Kunskapscentrum för sexuell hälsa, KSH, arbetar för att alla oavsett bakgrund ska kunna tillgodogöra sig sina sexuella och reproduktiva rättigheter. Rättigheterna infrias genom att alla har tillgång till likvärdig vård, samt har kunskap om sina rättigheter. Ett led i detta arbete är att identifiera de samhällsgrupper som särskilt riskerar att få sin tillgång till vård och kunskap begränsad. En av dessa grupper är personer med migrationserfarenhet.

Allas rätt till likvärdig vård finns beslutat i Västra Götalandsregionens politiska styrdokument samt regleras i hälso- och sjukvårdslagen (1). Att tillgången till vård eller kvaliteten på vård inte får påverkas på grund av exempelvis patienters etnicitet skyddas genom diskrimineringslagen.

Vårt uppdrag

På KSH arbetar vi för att alla invånare i Västra Götaland ska ha tillgång till både kunskap och vård för att uppnå den bästa möjliga sexuella och reproduktiva hälsan. Det gör vi bland annat genom att fungera som en stödfunktion till verksamheter i Västra Götalandsregionen (VGR) (2). Personer med migrationserfarenhet är visserligen en heterogen grupp, men har gemensamt att de i större utsträckning har sämre tillgång till vård och kunskap, samt riskerar att utsättas för diskriminering. Detta gör migranter till en prioriterad grupp att rikta insatser till. *Migrant* används ofta inom litteraturen och i andra sammanhang, trots att det inte finns någon allmänt accepterad definition. Termen kan användas som ett paraplybegrepp för människor som av någon anledning väljer att lämna sitt land eller migrerar inom landet på lång eller kort sikt och som inte nödvändigtvis omfattas av annan legal status (3). Sverige har antagit en nationell strategi för SRHR, där målet är en god, jämlik och jämställd sexuell och reproduktiv hälsa (SRH) i hela befolkningen. Exempelvis har personer med erfarenhet av migration sämre SRH och svårare att få sina rättigheter tillgodosedda än befolkningen i övrigt (4)

I denna rapport inkluderar vi alla med migrationserfarenhet, så som asylsökande flyktingar, ensamkommande barn, papperslösa (fått avslag på asylansökan eller lever i landet utan tillstånd), personer som migrerat genom arbete och eller som anhöriga. Vi skriver både *migrant* och *personer med migrationserfarenhet* och då syftar vi på samma heterogena

grupp.

För att stärka migranters tillgång till SRHR och få en förståelse för vilka utmaningar vårdpersonal möter, valde vi på KSH att ta reda på hur situationen ser ut i Västra Götalandsregionen. Genom en förståelse för vårdpersonalens utmaningar i arbetet med personer med migrationserfarenhet blir det lättare att möta vårdpersonalens behov av till exempel kompetensutveckling och stärka SRHR-arbetet för målgruppen.

Sedan 2015 har KSH drivit ett internt kompetensstärkande arbete i frågor som rör antirasism, vithetsnormer och diskriminering inom vården. Det var ett arbete som startades tillsammans med frivilligorganisationer och Göteborgs stad. En viktig upptäckt under projektets gång var utmaningen i att navigera i språket/terminologin kring rasism, diskriminering och migration. En viktig insikt var även att de egna vita privilegierna är ständigt närvarande i arbetet, vilket kunde bidra till en passivisering och rädsla för att göra fel. Vi upptäckte även att det fanns en kompetensbrist varpå vi satsade på interna kompetenshöjande insatser. Under processen blev det tydligt att arbetet behövde en utåtriktad form och vi började fokusera på att nå ut i verksamheter i VGR för att förstå verksamheternas erfarenheter, kompetenser och behov.

När vi kartlade vilka verksamheter vi skulle besöka insåg vi rätt snabbt att de som särskilt hade målgruppen tydligt i sitt uppdrag, såsom Flyktingmedicinsk mottagning, eller de verksamheter som specifikt arbetar med SRHR-relaterad vård, såsom Vulvamottagningen, många gånger är belägna i Göteborg. Även om deras uppdrag är regionsövergripande, kan det vara en brist utifrån aspekten om vårdens tillgänglighet. Vården riskerar att bli ojämlig utifrån vart invånare i VGR bor och vem som har förutsättningar att ta sig till vården. Även de ideella organisationerna är belägna i Göteborg även om de arbetar med projekt utanför Göteborgsområdet.

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna rapport är att ta reda på vad hälso- och sjukvårdspersonal behöver för att på bästa möjliga sätt kunna tillgängliggöra SRHR för patienter med migrationsbakgrund, samt att ta reda på vilka specifika SRHR-relaterade behov som denna grupp har.

- Vad har hälso- och sjukvårdspersonalen för erfarenheter av att arbeta med SRHR-relaterad vård för patienter med migrationserfarenhet?
- Hur upplever hälso- och sjukvårdspersonalen att behoven av SRHR ser ut hos patienter med migrationserfarenhet?
- Hur beskriver hälso- och sjukvårdspersonal tillgången och tillgängligheten till SRHR för patienter med migrationserfarenhet?

- Vilka goda exempel finns och vilka utmaningar möter hälso- och sjukvårdspersonalen i arbetet?

Metod

Avgränsning

Då syftet med denna rapport snarare är att ge en fingervisning än att ge en heltäckande bild av hur behovet hos hälso- och sjukvårdspersonal ser ut, är denna rapport på flera sätt avgränsad. Vi har besökt och intervjuat verksamheter i regionen som arbetar med SRHR och som har en stor andel patienter eller som uteslutande möter patienter med migrationserfarenhet. Det är alltså verksamheter med denna särskilda kombination som vi prioriterat.

Urval

När vi valde vilka verksamheter som skulle ingå i denna rapport var det främst tidsaspekten som spelade in. Rapporten syftar främst till att ta reda på vad verksamheter i VGR behöver för att än mer tillgängliggöra SRHR för migrantgruppen. För att ta reda på detta valde vi främst verksamheter som var unika i sitt slag, som både arbetar med SRHR ur olika perspektiv och möter många patienter med erfarenhet av migration.

Beskrivningarna av verksamheterna är baserade på intervjuer gjorda med personalen och behoven som fanns just då. Rapporten ger en ögonblicksbild över hur det såg ut i verksamheterna vid den aktuella tidpunkten för insamlande av data.

Datainsamling

Vi påbörjade datainsamlingen under våren 2020 strax innan covid-19-pandemin var ett faktum. Vi hann träffa Flyktingmedicinsk mottagning, Folkhälsoplanerare på Angereds närsjukhus (ANS) och flyktingbarnteamet innan pandemin bröt ut och Folkhälsomyndighetens restriktioner trädde i kraft. Under hösten 2020 kunde vi fortsätta våra studiebesök och intervjuer med hänsyn till Folkhälsomyndighetens rekommendationer.

Följande verksamheter har vi intervjuat under 2020:

1. Flyktingmedicinsk mottagning
2. Flyktingbarnmottagning
3. Folkhälsoenheten Angereds närsjukhus
4. Tidigt föräldrastöd och Douloverksamheten
5. Vulvamottagningen

6. Ungdomsmottagningen Angered
7. Barnmorskemottagningen i Bergsjön
8. Noaks Ark Göteborg
9. RFSL Newcomers

Semistrukturerade intervjuer

Alla verksamheter fick de övergripande frågeställningarna per e-post i god tid innan intervjun ägde rum. Detta för att de skulle ha möjlighet att fundera och ta reda på information, exempelvis antal patienter, besök eller annan statistik. Vi turades om att föra anteckningar under intervjuerna. Den som inte förde anteckningar var den som höll i samtalet i första hand. Intervjuerna blev ofta dynamiska och snarare i dialogform än regelrätta intervjuer. Detta tror vi gjorde att personalen kunde svara på frågorna och återge sina upplevelser fritt. Personalen fick även läsa intervjuerna efteråt, komma med synpunkter och godkänna texterna.

Kunskap, hälsa och behov av SRHR hos gruppen migranter

Den sexuella och reproduktiva hälsan är på det stora hela eftersatt hos gruppen migranter. Här kommer vi presentera statistik och forskning från både svenska och utländska studier för att ge en bild av läget vad gäller hälsa, sökbenägenhet och vårdbehov.

Sexualitet

I en rapport av Folkhälsomyndigheten, som studerade unga migranternas SRH, skattade deltagarna sin generella hälsa högre än den sexuella hälsan, oavsett könstillhörighet. Bland de som svarade fanns en någorlunda bredd vad gäller sexuell läggning. Fem procent attraherades av både män och kvinnor och ytterligare fem procent attraherades varken av män eller kvinnor. Tre procent attraherades av män och en procent av kvinnorna attraherades av kvinnor. 13 procent kunde eller ville inte svara på frågan om sexuell läggning och 22 procent uppgav att de inte är särskilt öppna eller inte alls öppna med sin sexuella läggning. En högre andel kvinnor än män, 25 procent respektive 20 procent uppgav att de inte är öppna (5).

Rätten att bestämma

I samma rapport som föregående ansåg hälften att de inte begränsats av någon när det gäller vem de kan inleda en relation med. Bland de som uppgav begränsningar i rätten att bestämma vem de ska inleda relationer med var de vanligaste svaren att man begränsar sig själv, att religionen begränsar och att familjen gör det.

Unga pojkar från Sydasien, (troligen från Afghanistan) är en grupp som genomgående rapporterar sämre hälsa, högre riskfaktorer och utsatthet. De stod för högst andel av de respondenter som inte tyckte att det senaste sextillfället hade gått till som de ville, att det inte hade skett på trygg plats eller att de inte upplevde att de kunde föreslå att använda kondom (5).

Hiv- och STI-testning

Folkhälsomyndighetens rapport visar att två tredjedelar uppgav att de aldrig testat sig för hiv eller andra STI:er, endast 8 procent uppgav att de hade testat sig för hiv och 7 procent för hepatit B eller C eller andra STI:er. 13 procent uppgav att de hade testat sig men inte visste för vilka sjukdomar och 12 procent var osäkra på om de hade testat sig. Av de som hade testat sig uppgav två tredjedelar att de hade testat sig för att de hade fått en kallelse till hälsoundersökning för nyanlända migranter i Sverige. Bland de som inte hade testat sig var

högst andel personer i 16-19 årsåldern. Av de som testat sig uppgav 10 procent att de inte fick något provsvar och 6 procent att de fick provsvar men inte kunde läsa det. De vanligaste anledningarna till att inte testa sig var att man inte ansåg att det var nödvändigt och att man inte visste var man kan göra det (5).

, inkluderades 575 personer med hiv. Av dessa hade 253 personer erfarenhet av migration och cirka hälften av de hade levt med hiv i över ett år innan de fick sin diagnos. Drygt två tredjedelar hade missat möjligheten att testa sig i samband med hälsoundersökning vid ankomst till Sverige (6). I en annan studie med 268 tidigare asylsökande personer i Sverige uppgav cirka hälften en rädsla för deportation om det visade sig att de hade hiv och diagnosen kom till myndigheters kännedom och cirka 40 procent av de tillfrågade uppgav att de skulle vara tveksamma till att söka vård om de hade hiv (7).

Behov och kunskap

I Folkhälsomyndighetens rapport uppgav mindre än hälften att de hade specifika behov kopplat till SRHR. 26 procent önskade möjligheter att samtala med någon om sexualitet och relationer, 14 procent ville ha helgöppna mottagningar för testning och rådgivning, 12 procent önskade att det fanns gratis kondomer, 12 procent ville ha information om var man kan vända sig när klinikerna är stängda och 9 procent önskade att det fanns gratis preventivmedel. Fler män än kvinnor ville tala om sexualitet och relationer, 32 procent respektive 12 procent. Av de som uttryckte behov av samtal var högst andel i åldrarna 16 -19 år och från Sydasiens.

De 60 procent som uppgav att de saknade kunskap om SRHR fick uppge vad för kunskap de saknade och de fick uppge flera svarsalternativ. Flest svarade att de saknade kunskap om kroppen och hur den fungerar (26 procent), näst vanligast var kunskap om sina egna och andras sexuella rättigheter i Sverige (23 procent) och tredje och fjärde vanligaste kunskapsluckorna rörde sexualitet och relationer (20 procent) och sätt att skydda sig mot hiv och andra STI:er (19 procent).

Generellt uttryckte män ett större kunskapsbehov än kvinnor och bland de fyra av tio som inte visste var de kan vända sig för att få information om SRHR var även i detta fall högst andel personer i åldrarna 16-19 år och från Sydasiens.

När det kom till vilken typ av informationskällor kring SRHR som respondenterna fick sin information från svarade de både utifrån var de fick information ifrån och varifrån de föredrog att få information ifrån. Vanligast förekommande informationskällor var internet och sociala medier, näst vanligaste var kompisar, tredje vanligaste var webbsidor inom hälso- och sjukvården och på fjärde plats kom undervisning i skolan. Andra inte lika förekommande källor var från mamma, tv/radio, partner, pappa, ungdomsmottagningen, andra mottagningar inom hälso- och sjukvård, tryckt informationsmaterial och elevhälsan.

På frågan om vilken informationskälla de föredrog så uppgav 38 procent att de föredrog att få information av en person med samma kulturella bakgrund, 30 procent föredrog en yrkesverksam person/rådgivare, 28 procent via broschyrer, 27 procent via elektroniska meddelanden och 21 procent via internet. Majoriteten ville få information på sitt modersmål, följt av lätt svenska och därefter engelska (5).

Tillgång till hälso- och sjukvård samt bemötande

Fler kvinnor än män söker vård för SRH, 22 procent respektive 10 procent. Preventivmedelrådgivning uppgavs vara vanligaste sökorsaken. Bland de totalt 14 procent som sökt SRH-relaterad vård var vårdcentral vanligast (43 procent). Därefter ungdomsmottagning (20 procent), kvinnoklinik (16 procent), mödrahälsovård (15 procent). Endast ett fåtal hade besökt flyktinghälsovården eller elevhälsan.

En dryg tiondel av de 14 procent som sökt vård kände sig diskriminerade eller kränkta vid det senaste besöket, med en något högre andel män än kvinnor.

Majoriteten uppgav att de aldrig avstått ett vårdbesök om de hade ett behov, men andelen män som avstått var högre än kvinnor, 19 procent respektive 13 procent.

Det var flest personer från Sydasien som avstod från att söka vård. Bland de som avstått att söka vård var den vanligaste orsaken var att man inte visste var man skulle vända sig (48 procent), att väntetiderna var för långa (20 procent) och att det fanns språkhinder (17 procent). En högre andel män än kvinnor hade avstått då de saknade kunskap om vart de skulle vända sig. En femtedel visste inte var de kunde få preventivmedel (5).

Sexuella övergrepp

I en studie av Röda Korsets Högskola, med syfte att uppskatta förekomsten av psykisk ohälsa och studera förekomsten av traumatiska erfarenheter bland nyanlända och asylsökande i Sverige uppgav en tredjedel av de som flytt att de utsatts för sexuellt våld före flykten (8). I Folkhälsomyndighetens kartläggning framkom att fler män än kvinnor (26 procent respektive 21 procent) hade erfarenheter av sexuell våldsutsatthet, och vanligast förekommande var det bland personer från Sydasien. De hade utsatts för olika former av oönskade sexuella handlingar, så som sexuella kommentarer, trakasserier, oönskad sexuell beröring och sexuella övergrepp. Av dessa var det endast 3-6 procent som berättat om sina erfarenheter av sexuella övergrepp för någon annan (5). Tidigare forskning stödjer att tabu kring sexualitet bidrar till att de som utsatts för sexuellt våld har svårt att prata om vad de utsatts för och att majoriteten av de som blivit utsatta inte sökt vård för det (9).

Reproduktiv hälsa hos migranter

Postpartum depressioner

Postpartum depression, PPD är ett vanligt förekommande tillstånd hos personer som nyss fött barn. I Sverige drabbas uppskattningsvis mellan 10-15 procent av PPD. Enligt en studie som belyser vanliga riskfaktorer för PPD samt frekvensen hos kvinnor som migrerat framkommer att 42 procent av kvinnorna med migrationsbakgrund, såsom asylsökande, drabbas av PPD. Vanliga riskfaktorer bland för PPD hos personer med erfarenhet av migration inkluderar stressiga livshändelser innan, under och efter flykten, brist på socialt stöd samt kulturella faktorer. Det behövs större medvetenhet om hur vanligt förekommande PPD är hos denna grupp för att kunna möta deras psykiska hälsobehov. Vidare behöver det finnas en beredskap inom mödrahälsovård och förlossningsvård för att kunna tillmötesgå gruppens behov av vård och stöd. Utebliven vård i relation till PPD är en riskfaktor för negativ anknytning mellan förälder och barn (10).

Komplicerade förlossningar

I en kartläggning över asylsökandes vårdkonsumtion i Västra Götalandsregionen sågs en högre andel kejsarsnitt för asylsökande än för folkbokförda – 20 procent jämfört med 15 procent. Denna skillnad sågs främst inom åldersgruppen 25-44 år. I samma kartläggning framkommer att asylsökande unga kvinnor har högre antal förlossningar jämfört med folkbokförda kvinnor. Särskilt sågs skillnaden i åldersgruppen 18-24 år (11).

Socialstyrelsen skriver i en rapport om sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända, att förlossningsvården upplever en stor utmaning genom att många asylsökande gravida som kommer till förlossningen inte har följts och vårdats på barnmorskemottagningen före förlossningen. Det kan bero på att den gravida inte sökt mödrahälsovård alls under graviditeten eller att mödrahälsovården söktes i ett sent skede av graviditeten, men också på att den gravida kommit till Sverige sent i graviditeten. Konsekvenserna kan bli att det saknas viktiga uppgifter för att ge ett korrekt omhändertagande; det innebär en ökad belastning på förlossningspersonalen och kan leda till patientsäkerhetsrisker (12).

Sökmönster

De skillnader som beskrivits ovan mellan asylsökandes och folkbokfördas vårdkonsumtion gäller oftast för både kvinnor och män. Men det finns några könsskillnader i vårdmönstret. Till exempel ses asylsökande flickor och kvinnor i lägre grad söka primärvård, än folkbokförda. Antalet besök på akutmottagning är högre bland asylsökande pojkar och kvinnor jämfört med folkbokförda. Det ses också en högre frekvens av asylsökande pojkar

som vårdats för depression, sömnstörningar och självskadebeteende, liksom att asylsökande kvinnor har fler vårdtillfällen med PTSD-diagnos än folkbokförda (11).

Strukturell rasism inom vården

En studie från Uppsala universitet, gjord under 2015–2017, som är baserad på 160 djupintervjuer med vårdtagare i Sverige, Tyskland och Portugal, visar hur rasism kan påverka tillgången till vård och behandling negativt (13). Syftet med intervjuerna var att ta reda på generella barriärer i tillgång till vård. Deltagarnas delade alltså helt frivilligt med sig av huruvida deras erfarenheter av bemötande från vården upplevdes som rasistiskt eller inte. På detta sätt menar forskarna att det blir tydligt vilken betydelse som rasism har för deltagarna och de var fria att själva återge sin bild av hur rasismen spelar in. Forskarna använde strukturellt våld som ett teoretiskt verktyg för att förstå hur rasism som en institutionaliserad social struktur tar sig subtila uttrycksätt.

Resultatet av intervjuerna kunde med stöd av teoretiska verktyg ramas in i två huvudsakliga teoretiska processer. Den första processen handlar om att ojämlik tillgång till vård leder till tystnad om patienternas lidande och smärta och den andra processen handlar om att maktobalansen inom vården leder till nedbrytning av patienters värdighet. Ett exempel från en intervju handlar om en gravid kvinna som kommer in till sjukhuset med smärtor i buken. Vårdpersonalen förklarar för henne att hon inte är redo att föda, att barnet säkert sover och att hon får åka hem igen. Samma kväll har barnet slutat röra sig, hon har fortsatt ont och åker in till sjukhuset igen, då visar det sig var för sent. Barnet hade redan avlidit. Forskarna till studien menar att detta exempel illustrerar hur vårdgivarna i den situationen förminskade hennes upplevelse av smärta. Det är svårt att bevisa att föreställningar om etnicitet låg till grund för vårdgivarens bedömning eftersom det rasistiska motivet inte syns.

Forskarna menar att det rasistiska ”våldet” som finns inom organisationer är osynligt då det byggts in genom en lång process av strukturellt upprepande och rutiner inom förvaltningar. Forskarna beskriver också att svårigheten att adressera rasism inom vårdorganisationer handlar om vårddyrkenas starka etiska princip om jämlik och likvärdig vård för alla. Att rasism är institutionaliserat och förekommer överallt inom vården är en bild som är svårt att förlika sig med, då den krockar med den professionella identiteten och de etiska principerna för alla vårddyrken.

Forskarna menar att deras artikels styrka ligger i att de belyser hur subtila rasistiska mekanismer kan skada individer och leda till förlust av förtroende för vården. Det är absolut nödvändigt att ta itu med dessa frågor för att säkerställa en lyhörd och jämlik hälso- och sjukvård för alla (13).

Sammanfattningsvis finns ett behov av att undersöka hur SRHR-relaterad hälso-och sjukvård tillgängliggörs för personer med erfarenhet av migration i VGR. Migranter har identifierats som en av de mest sexuellt riskutsatta grupperna, men de är samtidigt svåra att nå i det hälsofrämjande SRHR-arbetet (14). Genom att ta del av den erfarenhet som personal inom verksamheter som möter målgruppen i stor utsträckning besitter, kan vi på sikt bättre utforma hälso-och sjukvårdens insatser så att vården blir tillgänglig för en grupp som hälso-och sjukvårdspersonal annars har svårt att nå.

Presentation av verksamheterna

Här kommer en presentation av alla verksamheter vi har besökt och intervjuat. Presentationerna har som ambition att ramas in av våra frågeställningar (se ovan), men innehåller också en del fördjupande information som vi tyckte var relevant att få med, samt personalens tankegångar och problembeskrivningar som inte alltid hör till frågeställningarna. Besöken och intervjuerna var olika långa då personerna hade olika mycket att berätta. Beskrivningarna av verksamheterna följer således inte samma mönster, utan varje beskrivning har en unik form då intervjupersonerna valt att fokusera på olika ingångar. De listas utan inbördes ordning.

Tidigt föräldrastöd

Intervju med Bodil Frey, doula och samordnare på föreningen Tidigt Föräldrastöd, samt Rafif Saleh, doula.

Uppdrag

Tidigt föräldrastöd är en förening med övergripande uppdrag och drivs av bland annat Bodil Frey. På intervjun närvarade bland andra Bodil Frey och doulan Rafif Saleh. Föreningens ena uppdrag är att stärka kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa genom olika informationsinsatser. Projektet finansieras av arvsfonden. I denna del av verksamheten anordnas kurstillfällen, som till exempel hälsoskola för nyanlända kvinnor. En grupp för gravida med fokus på förlossningsförberedelse hålls tillsammans med verksamheten Hälsoteket, som är en hälsofrämjande verksamhet inom Göteborg stad. Kursen är mer omfattande än den som hålls vid mödrahälsovården och tar upp olika teman såsom kroppen, förlossning, smärtlindring och preventivmedel. Kursen ges vid sex tillfällen och en barnmorska är med vid vissa tillfällen.

Det andra uppdraget är att driva doula-verksamheten. Föreningen har drivit verksamheten sedan januari 2020 och de har ungefär 225 uppdrag per år. Det är ett treårigt idéburet och offentligt partnerskap (IOP) med VGR och riktar sig till kvinnor som inte kan svenska. Verksamheten har som syfte att förebygga ohälsa och främja en god förlossning för särskilt behövande gravida. Under 2020 var budgeten mindre än året innan, vilket medför svårigheter i tillgång till akut stödverksamhet av doulor. Tidigare gavs ett statligt bidrag för förstärkt förlossningsvård, vilket var indraget under 2020. Bodil Frey menar att det finns fördelar med att verksamheten drivs i föreningsregi. Doulorna representerar inte någon myndighet eller sjukvården; deras roll är tydlig som kvinnans stödperson. Det skapar förtroende, och det förtroendet kan sen ”spilla över” på sjukvården. Bodil Frey säger: ”Jag

tror också att vi som förening har lättare att hantera anställningsvillkor, handledning och vidareutbildning för de doulor som arbetar med betalning per uppdrag. Vi har sagt att om verksamheten ska finnas i hela Västra Götaland, skulle vi kunna organisera den.”

Doula och kulturtolk

En doula är en person som ger stöd under graviditet, förlossning och i eftervården efter förlossning. En kulturtolk är med vid andra besök inom hälso-och sjukvården som inte rör förlossning. Det räcker inte att endast behärska svenska språket för att bli doula.

Kulturtolkarna går en åttadagars utbildning som hålls av kursledare som gått doulautbildning via exempelvis föreningen ODIS. En barnmorska brukar också medverka på utbildningarna. Doulautbildningen är åtta dagar och inkluderar även kompetens för kulturtolk. Under kulturtolkarnas utbildning ges pass med grundläggande kunskap om SRHR, medan doulorna får gå en kurs om SRHR som omfattar tio timmar.

Tidigt föräldrastöd håller på att arbeta fram ett nytt koncept för en basutbildning för kulturtolkar. Många av doulorna har en grundutbildning och är till exempel undersköterskor, amnings-, förlossnings- eller modersmålpedagoger. Flera har också en universitetsexamen från sitt födelseland.

Uppdraget som doula har också gjort att de blir kända i sitt område som ”tillitsbyggare”. Många kommer fram och frågar och pratar med doulorna när de är ute på gator och torg.

Doula-verksamheten

De flesta kommer till doula-verksamheten efter rekommendation av barnmorskan på BMM, men en del ringer själva. I doulauppdraget ingår en till två träffar med den gravida både under graviditet och under förlossningen och sedan en till två träffar efter förlossningen. Prioriterat i uppdraget är att fokusera på de som föder sitt första barn och de som föder för första gången i Sverige. Två doulor delar samma uppdrag, en som första-doula och en som reserv. Inom verksamheten finns tolv arabisktalande doulor. Sammanlagt är det 30 doulor som har ytterligare ett språk än svenska. Uppdragen gäller sjukhusen i Göteborg plus några kranskommuner, såsom Partille och Kungälv.

Mycket förebyggande arbete görs såväl inför som under och efter förlossning. De vi intervjuar upplever att många av de nyblivna mammorna har en okunskap och förstår till exempel inte varför de blöder i sex veckor post partum, att många inte har kunskap om preventivmedel och om kroppen. Tidigt föräldrastöd planerar därför att starta kurser för nyblivna mammor.

Tidigt föräldrastöd har tidigare haft ett projekt finansierat av allmänna arvsfonden där de besökte nyblivna föräldrar efter förlossning. Syftet med projektet var att förebygga och

upptäcka depression hos den som nyligen fött barn. Doulorna beskriver att det är flera gravida som saknar information om vart de ska vända sig i akuta situationer och flera doula-verksamheten möter saknar socialt nätverk och har inga de kan kontakta vid akuta situationer.

De flesta gravida som behöver doula-stöd kommer från mödrahälsovården. De som anmäler intresse för doula får samtidigt information om kurser att gå. Enligt doulorna berättar de gravida ofta att det är stor skillnad på när barnmorskan och doulan pratar med dem, då doulorna pratar patientens språk, vilket ger tillit. Det gör till exempel att de gravida vågar ställa fler frågor.

Doula-verksamheten har en doula som också arbetar på Vulvamottagningen på Angereds Närsjukhus, ANS, två dagar i veckan som stödperson, hälsoguide och undersköterska. Ett resultat av det är att hälsodeklarationer fylls i oftare. Det är viktigt då vården annars riskerar att missa information om patienterna, exempelvis att personer kan undvika att uppge att de är analfabeter.

Kurser Tidigt föräldrastöd erbjuder:

- Livräddningssällskapet tillsammans med tidigt föräldrastöd ordnar avslappningskurser som en del av etableringsstödet för nyanlända. Kostnadsfritt.
- Hälsoskola är en del av informationsuppdraget. Där deltar 18-20 kvinnor. Många kan dock inte delta på grund av att de inte har barnvakt även om Hälsoskolan ibland försöker ordna barnpassning under tillfällena.

Framgångsfaktorer

Att få information om alltifrån kroppen till hur sjukvården fungerar är stärkande för självkänslan och ger trygghet. Det kan också handla om praktiska saker som att förklara vad den tekniska apparaturen som används vid förlossningen är till för.

Information gör det möjligt för de gravida att börja tänka till om framtida preventivmedel redan under graviditeten. Att ha kunskap om nedstämdhet efter förlossningen gör det också möjligt för den gravida att vara vaksam på signaler som tyder på depression. Detta är särskilt viktigt då många inte vågar berätta att de inte mår bra. Frågor om mående ska ställas på rutin efter förlossning, men många berättar ändå inte av olika anledningar.

Doulans roll är att överbrygga okunskap och öka tryggheten för att bidra till en så säker förlossning som möjligt. Detta leder till att den gravidas tillit till hälso- och sjukvården också kan öka. Exempelvis berättar doulorna att de mött kvinnor som valt kejsarsnitt enbart för att de inte vill visa sig för en manlig läkare. Doulorna kan då föra en dialog om vad som är religiöst sanktionerat och inte, det vill säga vad som är "haram" (förbjudet av gud) och inte, så att patienten kan känna sig trygg i att bli undersökt av en läkare oavsett kön. Sådana

samtal har visat effekt då Tidigt föräldraskap har exempel på gravida som efter samtal med doula vågat sig på en vaginal förlossning.

Doulaverksamheten har också inlett ett samarbete med ungdomsmottagningen i Angered, och har tillsammans planer på kurser för föräldrar till lite större barn. Utbildningen ska innehålla information om vad ungdomsmottagningen gör och slå hål på myter, som att ungdomsmottagningen skulle uppmana barnen till att ha sex. Syftet är att föräldrarna får kunskap och blir positiva till att deras barn får kontakt med ungdomsmottagningen.

Utmaningar

Det finns behov av mer tid med doula efter förlossningen vilket doula-verksamheten inte har resurser till i dagsläget. Det behövs även fler kulturtolkar och doulor som kan arbeta efter behov på obekväma arbetstider. De kontaktas även av gravida som är hemlösa vilket gör arbetet särskilt komplicerat. De gravida som lever i socioekonomisk utsatthet behöver mycket mer stöd än vad doula-verksamheten kan ge och det är inte inom doulornas uppdrag. De berättar om kvinnor som efter förlossningen ringer och berättar att det nyförlösta barnet är sjukt, att de inte har någon barnvakt för de andra barnen och därför inte kan ta sig till sjukhuset själva. Det här är en form av akut hjälp där samhället inte räcker till och där doulorna, trots att det är utanför deras uppdrag, hjälper till. Doulorna beskriver också att det är viktigt att hälso- och sjukvården förstår vad doulorna kan och inte kan. Viktigt att veta är att de inte är auktoriserade tolkar, så när det handlar om avancerad medicinsk terminologi som behöver översättas korrekt, till exempel vid hjärtfel, måste en tolk anlitas.

Doula-verksamheten skulle gärna se en jourverksamhet med tillgång till doulor för varje stort språk, dygnet runt. Många ringer upp doulorna lång tid efter förlossning, ibland upp till sex år, för fortsatt stöd, då doulorna för en del, är den enda stödkontakten. Doulorna har svårt att säga nej till att hjälpa de utsatta med vetskapen om att de annars inte får hjälp av någon. Det innebär att behoven som doulorna möter är så stora att det ibland blir svårt att förhålla sig till vad som ligger inom ramen för uppdraget, ibland behöver de till exempel ta emot samtal dygnet runt.

Det är viktigt att nå ut med kunskap om den särskilda, svåra situation som gravida med migrantbakgrund kan hamna i, i synnerhet till socialtjänsten. Flera av de gravida upplever exempelvis att de blir skambelagda för att de blivit gravida när de inte har en stabil ekonomisk situation. Doulorna menar att avsaknaden av förståelse och respekt gör behövande gravida än mer sjuka. Doulaverksamheten möter också många nyblivna föräldrar med depressionssymptom som inte vågar söka vård för detta, då de är oroliga att de ska bli anmälda till socialtjänsten och att deras barn ska tas ifrån dem. Det skulle behövas ett tillgängligt stöd på modersmålet efter förlossningen där man kan få prata om exempelvis amning och spädbarnets vård.

En annan brist är att det inte erbjuds stöd i förlossningsförberedelser. Det som erbjuds idag är i storgrupp och inte tillgängligt för de som inte kan svenska. Tidigt föräldrastöd når en del av dessa gravida genom sitt informationsuppdrag.

Doulorna lyfter ett gott exempel i Västerås. Där finns ett företag som heter Folkhälsobyrå, som erbjuder kurser som hålls av både kulturtolkar och barnmorskor. Regionen har ett avtal med företaget och alla barnmorskemottagningar i Västerås anmäler deltagare som inte kan svenska. Detta är en variant som Västra Götalandsregionen skulle kunna inspireras av, menar Bodil Frey.

Doulorna ser även ett stort behov av kunskap och information om fler ämnen, sexuellt överförbara infektioner (STI), menscykeln och sexuellt samtycke. De träffar exempelvis kvinnor som har fått många barn tätt, som en konsekvens av att de inte har kunskap om preventivmedel.

Det skapas också lätt en klyfta mellan föräldrar och barn, när barnen kan så mycket mer om rättigheter och om hur samhället fungerar. Det leder till ett förminskande av föräldrarna inom familjen, berättar doulorna. De ser också att det är viktigt med grundläggande information om hur vårdssystemet funkar. Att det finns vårdcentral, BVC, mödravård och familjecentral. Många gravida de möter berättar att de har så många andra stressfaktorer i livet, att de har svårt att ta in information om hur hälso- och sjukvårdssystemet fungerar. Det funkar inte heller med vanliga telefonbokningssystem där instruktionerna inte går att förstås av den som inte talar svenska eller har ett personnummer.

I vissa utsatta områden finns utökade hembesök av BVC, vilket doulaverksamhetens samordnare menar är bra. Men de anser att det skulle fungera ännu bättre om en doula och/eller kulturtolk följde med, istället för en vanlig tolk. Då kunde mamman få någon att kontakta på sitt eget språk vid behov eller hälsokriser. Nu är besöken schemalagda, men det kan vara svårt att få stöd vid behov.

Vulvamottagningen

Intervju med Hanna Edwardsson sjuksköterska och samordnare, Anna Chavez Karlström, barnmorska och Etab Elmetowri, doula.

Bakgrund och uppdrag

Vulvamottagningen startade 2018 och är en del av gynekologimottagningen på Angered's Närsjukhus, ANS. Vulvamottagningen får årligen medel från hälso- och sjukvårdsnämnden i Göteborg för uppdraget att omhänderta personer som genomgått könsstympning, KKS.

Vulvamottagningen startade då det identifierades ett behov av vård för personer som blivit könsstympade. 2017 fattades ett beslut att satsa på en verksamhet som har som uppdrag att särskilt arbeta med att behandla personer med KKS. Resultatet blev startandet av Vulvamottagningen med fokus att erbjuda öppningsoperationer och psykosocialt stöd.

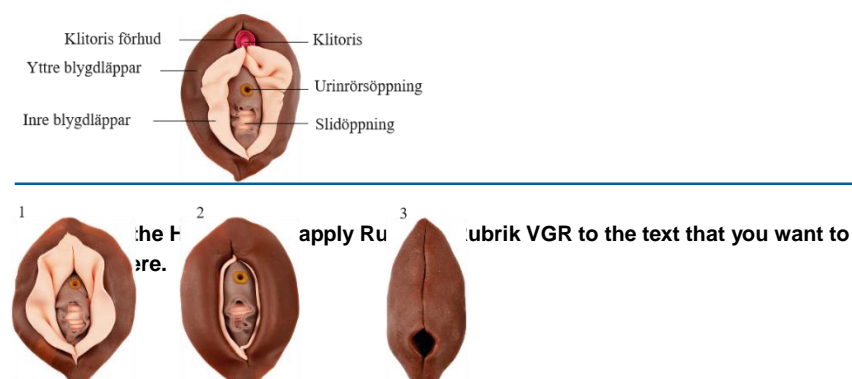
På Vulvamottagningen arbetar en samordnare, två barnmorskor, en undersköterska, en kurator, en sexualrådgivare och en läkare. När vi intervjuar personalen på Vulvamottagningen är saknar de tillfälligt personal med kompetens i sexualrådgivning i teamet. Sexualrådgivare tillsattes igen i november 2020. Personalen anser att det fyller en viktig funktion då många patienter behöver råd och stöd gällande sin sexualitet och sin sexuella funktion som lust och njutning.

Vulvamottagningen på Angereds Närsjukhus ger vård för att förbättra den fysiska, psykiska och sexuella hälsan hos personer som har utsatts för KKS, vilket är den primära målgruppen. Det kan bland annat handla om behov av en öppningsoperation för den som är infibulerad, som innebär att patientens vulvas öppning har förminskats genom att yttre könsdelar skurits bort och vävnaden sytts ihop. Patient blir man antingen genom egenremiss, telefonrådgivning eller genom remiss från annan vårdinrättning såsom skolsköterska, barnmorskemottagning, vårdcentral eller specialistsjukvård. Remisserna som kommer in till Vulvamottagningen varierar avseende beskrivning av graden av könsstympling och beroende på om en gynekologisk undersökning, har eller inte har, gjorts av den som remitterat patienten. De flesta remisserna kommer från Angered, men verksamheten kan ta emot remisser från hela regionen och även från andra delar av Sverige. Vulvamottagningen arbetar även för att öka kunskapen om kvinnlig könsstympling och dess hälsokonsekvenser, både hos invånare och hos de som möter dessa personer genom sin yrkesroll. I uppdraget finns således en funktion av att arbeta utåtriktat.

Könsstympling och öppningsoperation

KKS är en gammal tradition där delar av vulvan avlägsnas med ett vasst föremål såsom kniv eller skalpell, i syfte att göra flickan ren eller ärbar. Denna tradition är på flera platser på väg att dö ut, men förekommer fortfarande i hög utsträckning och antalet flickor som utsätts ökar totalt. Enligt UNICEF beräknas antalet flickor som könsstympas varje år ha stigit till 4,6 miljoner år 2030. Det finns statistik från 40 länder där KKS förekommer, även om det är mer vanligt förekommande i vissa länder. När man talar om KKS brukar graden av ingrepp kategoriseras i olika typer. Se bild nedan (källa: 1177)

Vilka genitala besvär som ingreppet medför beror ofta på vilken typ av KKS som patienten



har blivit utsatt för. Typ två medför ibland, men inte alltid, besvär såsom problem med återkommande svampinfektioner, bakteriell vaginos, urinvägsinfektion eller svårigheter att kissa. Lustproblematik är vanligt då yttre delen av klitorisollonet, är avlägsnat. I de fallen endast förhuden på ollonet är avlägsnad kan det trots ärrvävnad finnas viss känsel, detta gäller alla grader av KKS. En öppningsoperation behövs inte vid KKS typ 1 och 2, då vulvan inte är ihopsydd. Vid typ 1 är det endast den yttre delen av klitoris som är avlägsnad – då kan det snarare vara aktuellt med en klitorisrekonstruktion. Detta genomförs inte i Sverige vad Vulvamottagningen känner till. Anledningen till detta är att tidigare resultat från ett forskningsprojekt på Karolinska Institutet visar att det inte finns tillräckliga belägg för att klitorisrekonstruktion ska erbjudas. En öppningsoperation kan lämpa sig när könsstymplingen innebär att vulvan är hopsydd som vid typ 3. (1177.se). Läs mer om könsstympling här.

Vårdbehov

Vulvamottagningen träffar cirka 90 patienter om året och ungefär en tredjedel av dem genomgår en öppningsoperation. Varje patient har i snitt två besök på Vulvamottagningen. Många patienter är nya i Sverige, även om det också förekommer patienter som bott i Sverige länge. Personalen berättar att de träffar patienter i alla åldrar och de haft en patient som var 80 år. De flesta är dock i sin reproduktiva fas i livet.

Vulvamottagningens personal beskriver att en del patienter behöver förhålla sig till traditionella normer och värderingar gällande KKS, vilket kan leda till att en del väljer bort att göra en öppningsoperation. En del patienter berättar att de riskerar att bli avvisade av sin familj och släkt eller kan få andra repressalier om de skulle genomgå en öppningsoperation. Personalen menar att detta bottnar i en patriarkal föreställning om att en sådan operation skulle häva kvinnans oskuld eller att kvinnan inte längre skulle vara ren. Personalen på Vulvamottagningen beskriver att det ibland av samma anledning i vissa fall kan vara svårt att genomföra en gynekologisk undersökning.

Många patienter som blivit remitterade till Vulvamottagningen kommer dit för att vårdpersonal, såsom skolsköterska eller barnmorska på ungdomsmottagningen, gjort bedömningen att patienten behöver stöd av Vulvamottagningen och inte patienten själv, även om det också förekommer. Detta vittnar om att många patienter inte alltid tänker att de behöver vård, vilket kan bero på en normalisering av de underlivsbesvär de levt med i större delen av sitt liv. De patienter som är papperslösa har hittills fått vård då deras besvär bedömts som ”vård som inte kan anstå”.

För de patienter som genomgår en öppningsoperation väntar ett postoperativt stadie där läkningen kan göra det svårt att exempelvis sitta ner. Det kan innebära att det blir svårt att

dölja för familjen att de genomgått en öppningsoperation. Det kan också bli en emotionellt svår period då det ofta obearbetade traumat att bli könsstympad kan bli påtagligt och behöva bearbetas. Det finns patienter som berättar om obehagskänslor när de har sex med sin partner eller när de ska kissa. De beskriver obehaget som att traumat väcks åter igen. Traumat kan också triggas inför och under förlossning. De kan också ha med sig andra trauman från flykten till Sverige, som tortyr och annat fysiskt eller sexuellt våld. Personalen på Vulvamottagningen menar att det är viktigt att patienterna får möjlighet att bearbeta sina trauman för att minska risken för fler negativa hälsoeffekter. Personalen ser också att en del patienter kan behöva bearbeta sin ilska mot föräldrarna som låtit genomföra könsstympningen. Patienter med svårare trauman remitterar de till kris- och traumaenheten som också ger Vulvamottagningen regelbunden handledning.

Utöver sökorsaken, som könsstympning, önskas ibland STI-provtagning. Samlagssmärta eller vulvasmärta är andra vanliga tillstånd och besvär som patienterna berättar om, som en effekt av att ha blivit könsstympad. Sexualupplysning blir då en del av samtalet med information om preventivmedel och samtal om lust och samtycke. Personalen upplever även att många patienter har införlivat patriarkala uppfattningar och att de kan behöva hjälp att hitta sin lust och sina behov.

Förebyggande och utåtriktat arbete

Det är viktigt med öppningsoperation innan sexdebut, då det kan minska nuvarande underlivsbesvär och risken för smärtsamma samlag vid sexdebut med partner. Om detta informerar Vulvamottagningen dem som möter dessa flickor och kvinnor. Många verksamheter är intresserade av Vulvamottagningens arbete vilket leder till att de tar emot studiebesök flera gånger i månaden. De beskriver att de gärna hade haft mer utåtriktat arbete om resurserna till det fanns.

Utvecklingsområden

Vulvamottagningen ser att patienterna har ett stort behov av basal kunskap om sexuell hälsa, såsom anatomi, sex, lust, samtycke och graviditet. Lustproblematik när klitorisollonet är borttaget behöver särskilt uppmärksammas. I dagsläget frågar inte personalen patienterna rutinmässigt om våldsutsatthet, men det är inte ovanligt att det kommer upp i samtal. Detta beskriver personalen som något de skulle behöva systematisera och göra till en rutin vid första besöket.

Att erbjuda gruppsamtal till patienterna är en idé som Vulvamottagningen haft ett tag. Många har behov av att få reflektera och lära sig tillsammans om gränser, samtycke, kropp och normer om sexualitet och kön.

Ungdomsmottagningen Angered

Intervju med barnmorskorna Eivan Heidari och Klara Stenström.

Uppdrag

Ungdomsmottagningens huvudsakliga uppdrag gäller samlevnad och relationer, psykisk hälsa, sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter samt levnadsvanor och livsvillkor. Ungdomsmottagningen arbetar på den unges uppdrag. Övergången mellan ungdom och vuxenliv ska stärkas. Ungdomsmottagningen är en så kallad lågtröskelverksamhet. Det innebär att det ska vara lätt för unga att söka och få hjälp med sina frågor. En god tillgänglighet ger stora möjligheter till tidiga insatser, vilket i sin tur förebygger risken att utveckla ohälsa.

På ungdomsmottagningen, UM, i Angered arbetar tre barnmorskor, fyra kuratorer och en undersköterska. Vanligen – när det inte är en pandemi – bedriver de mycket utåtriktat arbete och är bland annat i skolklasser för språkintröskning (SPRINT), samhällsorienteringen som ges via integrationscentrum, föräldragrupper för personer med migrationserfarenhet, samt har vid ett par tillfällen träffat personal som arbetar på SOS-barnbyar, som bedriver verksamheter i bland annat Hammarkullen. Besök görs i alla klasser på Angeredsgymnasiet och i årskurs 9 på alla grundskolorna. Vidare har UM mycket och nära samverkan med Vulvamottagningen och flyktingbarnmottagningen.

Upplevelser av sökorsaker och vårdbehov

Vanligaste sökorsaken är troligen preventivmedelsrådgivning samt frågor om kroppen och pubertetsutveckling. Personalen tror att många fler ungdomar skulle behöva informeras om UM:s arbete och få hjälp att hitta dit. De tror inte själva att de når de allra mest utsatta ungdomarna. Många unga med migrationserfarenhet har erfarenhet av våldsutsatthet och sexuellt våld, vilket personalen tror leder till svårigheter i att sätta gränser i relation till andra. Troligen är det en konsekvens av att inte känna till sina rättigheter. Förhållandevis få ungdomar söker sig till UM på grund av psykisk ohälsa. Ofta är ingången samtal med barnmorska, som sedan kan hjälpa ungdomen att komma i kontakt med kurator på enheten.

Många av ungdomarna bokas till UM av skolsköterskan. Det kan exempelvis handla om en ungdom som varit utsatt för könsstympning och som kommer för en första bedömning till UM.

Det finns ofta en komplex och problematisk livssituation när det gäller ungdomar med migrationserfarenhet, särskilt är det så för de som varit utsatta för övergrepp och trauman.

Vissa har en pågående samtalskontakt på annat håll, andra får hjälp att etablera det med kurator på UM.

Trots att många har traumatiska erfarenheter finns det också mycket positivt. Upplevelsen är att många ungdomar deltar och utforskar sin sexualitet frivilligt. Personalen säger att det för många unga upplevs som positivt att “få lova att vara tillsammans och ha en sexuell relation”. Arbetet på UM innebär en möjlighet att få följa unga personer till ett etablerat liv i Sverige. Flera kommer tidigt i kontakt med UM och återkommer under sin “resa till ett ordnat liv”.

Utmaningar

Det finns många hinder för att ta sig till ungdomsmottagningen; ett sådant hinder kan vara att det är svårigheter att prata om SRHR frågor i familjen. Genom arbete med föräldragrupper ges möjlighet för föräldrar att få ändrade föreställningar om UM:s verksamhet. Bilden av vilken typ av arbete som görs på UM kan nyanseras. Samtidigt får vårdnadshavare kunskap om att också de har rätt till stöd.

En utmaning personalen möter är att motivera till preventivmedelsanvändning. Det kan upplevas som tidskrävande och något den unga inte själv ser nyttan av. Den unga kanske kommer för att ta ett graviditetstest. I samband med besöket försöker barnmorska motivera den unga att testa sig för STI:er samt motivera till preventivmedel. Det finns en oro hos barnmorskan att den unga inte kommer tillbaka till UM och arbetet med att skapa ett förtroende är därför viktigt, samt att försöka vidta flera åtgärder på ett så bra sätt som möjligt vid besöket. Vidare finns särskilda behov av baskunskaper kring hur kroppen fungerar.

En annan utmaning är att få fler unga med migrationserfarenhet att hitta till mottagningen. Personalens upplevelser är att de som kanske har störst behov av UM inte kommer dit.

Det finns också svårigheter i arbetet med de unga som blivit utsatta för könsstympning. Många som varit utsatta för KKS är rädda för att göra en öppningsoperation. Rädslan är mångdimensionerad och kan exempelvis handla om att personen inte har uppehållstillstånd. Det kan då finnas en rädsla för vad som kan hända i ursprungslandet om personen blir utvisad efter att ha genomgått en öppningsoperation. “Rättigheter kan leda till konsekvenser” säger personalen. Vidare upplever personalen att det är viktigt att vårdpersonal sätter ord på tabuomspunna områden, såsom könsstympning. Det kan göra det möjligt att tala om och reducera den eventuella skammen som kan uppstå hos den utsatta. Det är viktigt att vårdpersonalen tar sitt ansvar och frågar och visar att de klarar av att ta emot berättelsen. En fundering personalen har är att starta grupper för till exempel könsstympade personer samt att rikta mer förbyggande insatser till prioriterade målgrupper,

till exempel hbtq-personer generellt men i synnerhet transpersoner med migrationserfarenhet.

Andra utmaningar är att UM:s resurser just nu går till annat, såsom covid-smittspårning. Konsekvenserna av att det utåtriktade arbetet samt drop-in mottagningar ligger nere är ännu inte kända.

Framtida behov

Under pandemin är det många som har det tufft och troligen bokar de som är mest utsatta och sårbara inte sina tider via webben. Det är därför viktigt att komma igång med det utåtriktade arbetet så snart som möjligt. Det finns önskemål om att kunna åka runt med SRHR-bussen och ha samtal om sexualitet.

Upplevelsen är att tidigare nätverk mellan professionella och olika verksamheter i området har lagts ned och att samverkan generellt kan bli bättre. Det behövs mer personal som kan möta ungdomar i utåtriktade aktiviteter. UM skulle gärna se en bättre samverkan mellan elevhälsan och ungdomsmottagningen men också med fritidsgårdar och skolor. En idé är att ha en samordnande kontakt i området som vet vart en kan vända sig med frågor och dylikt.

Vi frågade personalen om de använder SEXIT, ett strukturerat intervjuformulär för att identifiera sexuellt riskutsatta unga. Personalen svarade att de genomgått utbildningen för SEXIT och men att formuläret inte används på rutin av barnmorskorna. Anledningen är att de inte upplever att det tillför något nytt, att frågorna ställs och identifiering av riskutsatta görs i alla fall. Detta skulle kunna vara ett framtida utvecklingsområde.

Bergsjöns barnmorskemottagning

Intervju med Tanja-Tatiana Lukin, barnmorska.

Intervjun skedde via e-post och därav är intervjun en aning kortare än de andra. Barnmorskemottagningen är en del av Familjecentralen i Bergsjön och där arbetar sju barnmorskor och en undersköterska. En familjecentral är en tvärprofessionell verksamhet, vilket innebär att barnmorskemottagning, BVC, öppna förskolan och förebyggande socionom är samlokaliserade och samarbetar.

Som barnmorska ingår det i professionen att kartlägga patientens behov genom ett nära samarbete med andra professioner på familjecentralen. Att arbeta på en familjecentral

innebär fördelar för besökarna, som att det är kortare vägar till andra verksamheter eftersom de sitter samlade.

Utmaningar i tillgång till vård

Personer som är nya i Sverige känner inte alltid till hur hälso- och sjukvårdssystemet fungerar, exempelvis att vården för gravida finns på olika ställen. Tanja-Tatiana Lukin berättar att som gravid patient behöver man röra sig mellan olika verksamheter som finns på olika platser. Barnmorskemottagningar finns oftare närmare hemmet för många, men läkarna sitter just nu inne i stan och obstetriken finns på Östra sjukhuset. Det kan vara svårt som nyanländ att orientera sig mellan de olika verksamheterna och veta vart man ska gå och när.

Just nu är den största utmaningen covid-19 pandemin, då inget är som vanligt, berättar Caroline. De har låsta dörrar till verksamheterna och är inte lika tillgängliga, förutom på telefon, vilket är en utmaning för denna grupp eftersom språket är en barriär.

En annan utmaning kopplat till att inte kunna språket är att många patienter med migrationserfarenhet inte alltid kan ringa för att boka tid. Det är inte ovanligt att patienter kommer till verksamheten och knackar på dörren för att få boka tid.

För att samtalet med patienterna ska bli bra, menar Caroline Oskarsson att de är beroende av att ha en välfungerande professionell tolk, vilket inte alltid är fallet. Upplevelsen är att tolkarnas kunskapsnivå om SRHR variera mycket. Det kan också handla om att ord som rör sexualitet inte finns på vissa språk och då försöker de använda olika hjälpmedel, som bilder och figurer. När tolkarnas kunskap varierar, finns det en risk att alla patienter inte får samma information.

Faktorer som underlättar arbetet

Reception är bra att ha i områden där det finns många migranter eftersom det underlättar att boka tid om man behöver upprätta ett reservnummer (när personen inte har fått sina "fyra sista siffror"). Reception finns i Angered och till viss del i Bergsjön, där undersköterskan kan ta emot patienter som knackar på dörren.

Familjecentralens organisering och koncept underlättar också arbetet med att tillgängliggöra vård för migranter, då fler professioner finns på plats, vilket gör att patienter slipper ta sig till olika platser. Bildstöd och annat material som underlättar när språket inte räcker till är ett viktigt komplement. Utöver detta underlättar samarbete med kulturdoulor, då de ytterligare stöttar processen.

Flyktingbarnmottagningen

Telefonintervju med barnsjuksköterska och teamsamordnare Nadja Barenthin Lindblad

Uppdrag

Flyktingbarnmottagningen emot barn och ungdomar på remiss. För att bli patient på flyktingbarnmottagningen ska det finnas en kombination av fysisk och psykisk ohälsa, som kan ha koppling till migration och flyktingskap. De arbetar i nära samverkan med flera olika vårdaktörer samt kommunala aktörer. I uppdraget ingår också utbildningsinsatser till övrig hälso-och sjukvård.

Kort om arbetssätt

Till Flyktingbarnmottagningen kommer barn i åldrarna 3-19 år. Majoriteten av patienterna är under 13 år. För att bli patient behöver barnet ha kommit till mottagningen innan det fyller 18 år. Arbetet på Flyktingbarnmottagningen bygger många gånger på att vara ”vårdunderlättare”. Patienterna kan behöva noga och utförliga beskrivningar kring hur de ska ta sig från punkt A till punkt B för att de ska kunna hitta. Att ringa och påminna patienten innan har också betydelse för att den ska komma ihåg tiden och gå på sitt besök. I vissa fall om patienten inte bedöms kunna ta sig till ett vårdbesök på egen hand, kan personal följa med. För att säkerställa att patienterna får sina behov och rättigheter av hälso-och sjukvård tillgodosedda behövs i vissa fall denna typ av vårdunderlättande funktion.

Många av patienterna har flera vårdbesök innan de kommer till Flyktingbarnmottagningen. De kan vara väl utredda, men har fortsatt kvar sina besvär av till exempel ont i magen. Erfarenheten är att det kräver tid och kontinuitet och att det är viktigt att arbeta med den fysiska hälsan parallellt med den psykiska hälsan. Upprepad information har stor betydelse. Det kan handla om att motivera till att fortsätta en behandling trots att patienten upplevt biverkningar efter första tabletten. För tillfället ses en ”ny” grupp bestående av kvotflyktingar, men det varierar över tid.

Upplevelser av SRHR-relaterade vårdbehov

Patienterna som kommer till mottagningen är alltifrån ensamkommande barn till familjer med många barn, där flera syskon har kontakt med mottagningen.

När det gäller SRHR-relaterade behov finns till exempel nära samverkan med Vulvamottagningen och UM i Angered och Gamlestaden, samt övriga UM vid behov. Om patienten har besvär efter könsstympning remitteras den till Vulvamottagningen. Det händer också att personal från Flyktingbarnmottagningen följer med till besöket om barnet känner

sig otruggt, har svårt att hitta eller har något annat hinder för att ta sig till besöket. Det har också hänt att personal följt med sina patienter till RFSL Newcomers vid behov. Det kan handla om att stötta personen i frågor kring sexuell läggning och i sin ”komma-ut”-process.

Det har hänt att patienter på mottagningen blivit gravida. De får då hjälp att ta sig till UM tillsammans med personal. Om det framkommer vid besök att patienten just fått en partner ställs till exempel frågor om preventivmedel och patienten hjälps till UM. I relation till SRHR förs inga strukturerade samtal, utan vårdpersonalen hakar på patientens berättelser, ställer frågor och har samtal efter behov.

Andra frågor som ställs på rutin handlar om besvär kopplade till de reproduktiva organen, så som mensvärk eller besvär med att kissa. Ibland behövs åtgärder för problemen och ibland kan det räcka med att normalisera tillståndet om det efter utredning visade sig inte vara något. Det kan till exempel handla om att patienten är utredd för mensvärk.

En del av patienterna på mottagningen har varit utsatta för sexuella övergrepp. I samtalsbehandling med psykolog får patienten möjlighet att bearbeta dessa traumatiska erfarenheter. För många handlar behandlingsinsatserna om ett stabiliserande här och nu och kring de problem som finns i vardagen, till exempel att personen riskerar att bli hemlös nästa vecka. När Flyktningbarnmottagningen ser ett behov av utredning och undersökningar som de själva inte kan göra, remitteras patienterna vidare för denna vård.

Utmaningar

En brist menar medarbetarna på Flyktningbarnmottagningen är att vården inte kompenserar för brister i samhällets sociala omhändertagande. Många patienter har en sviktande förmåga att klara sig själva och det finns ett behov av en vårdunderlättande stödperson eller liknande som kan kompensera för detta. ”Vården finns, men den är inte tillgänglig” säger Nadja Bahrentin Lindblad. För många patienter kan det handla om att de bytt adress och inte nås av en kallelse. Eller att de inte har pengar på sin mobiltelefon och kan ringa och lämna återbud, istället uteblir de. Mottagningen ser också att det kan vara svårigheter för vissa att hitta till rätt adress för vårdbesök, och att de uteblir av den anledningen. När det händer får de en räkning för uteblivet besök.

Flyktingmedicinsk mottagning

Intervju med hela arbetsgruppen på APT.

Uppdrag

Flyktingmedicinsk mottagning, FMM, genomför en stor andel hälsoundersökningar på barn och vuxna i Göteborg. De tar emot patienter som är inskrivna i etableringen. Remisser

avseende bedömning kan skrivas från arbetsförmedling, socialtjänst eller kurator på SFI om de märker att det finns svårigheter och misstanke om psykosocial och migrationsrelaterad ohälsa. Sedan 2012 har mottagningen i uppdrag att genomföra hälsoskola inom arbetsförmedlingens verksamhet med etableringsprogrammet i syfte att förbättra hälsa. Hälsainformation genomförs nu även inom SFI, ABF, Eductus och Integrationscentrum.

Verksamhet:

- På mottagningen arbetar kurator, psykolog, sekreterare, läkare, sjuksköterska, barnmorska och undersköterska. Till mottagningen hör också hälsokommunikatörer.
- Individuella vårdbesök
- Arbetar i gruppverksamhet med hjälp av hälsokommunikatörer. Mycket fokus i samtal ligger på att hjälpa patienter att hitta rätt i vården. Att informera om det svenska hälso- och sjukvårdssystemet och hur man kommer i kontakt med den. Vad det finns för hjälp att få när personen är redo.
- Hälsoskolan som sker i samverkan med Arbetsförmedlingens etableringsenhet har åtta träffar med olika teman, där SRHR är ett.
- Hälsokommunikatörerna ger mycket information om människors rättigheter till hälsa och vård. De kan ge hälsainformation på exempelvis skolor och SFI, och har hittills träffat 931 personer. SRHR är ett område som de försöker täcka i samband med att de ger hälsainformation. Hälsostödet ges under fem träffar med olika teman. Målet är att skapa dialog kring till exempel sömn och stress.

Upplevelser av vårdbehov

Patientgruppen som kommer till FMM är en sårbar grupp. De kan ha blivit utsatta för tortyr, annat våld inklusive sexuellt våld och ha psykisk ohälsa med depression och PTSD.

Medarbetarna på FMM kan mötas av att det behövs basal kunskap om anatomi kring de reproduktiva systemen. Till exempel, kan någon säga ”Jag har fött åtta barn, men nu vet jag hur ett barn blir till” eller ”Jag har spiral, men vet först nu var den sitter”. Det kan också handla om att få kunskap kring graviditet. FMM:s personal kan uppleva att många besökare känner stor press att bli gravida sedan de gift sig. De möter kvinnliga patienter som upplever att de har ansvaret för att kunna bli gravida, inte att det är något gemensamt med partnern. Andra vårdbehov kan vara lustproblematik.

Medarbetarna upplever att det är viktigt att göra den sexuella hälsan, kopplat till rättigheter, talbar. Det är sällan så att deltagare i grupper eller vid individuella besök tar upp något spontant. Däremot upplever personalen att när de lyfter olika ämnen så blir ofta reaktionerna starka. Det kan handla om cellprov och abort. Det finns behov av att kunna lyfta dessa ämnen, där synen på SRHR kan skilja sig rätt så mycket i förhållande till ursprungslandet. När ämnena väl lyfts är intresset stort. Det förekommer även att patienten kan ha svårigheter

i sina relationer och önskemål om att skiljas från en partner. Patienten får då stöd i att kontakta familjerätten.

Flera känner inte till sina rättigheter, det kan till exempel handla om att inte känna till att man får vara tillsammans med vem man vill. Det krävs ett tillåtande förhållningssätt och att låta den typen av funderingar ta plats när de kommer upp.

En del av de flyktingar som fått kvotstatus har fått det på grund av sexuell läggning och de kan åter börja känna framtidshopp. Bland transpersoner kan personalen möta en enorm frustration; det är långa köer och tar tid innan de får hjälp. Det händer att de träffar patienter som börjat självmedicinera med hormoner innan flykten eller i väntan på hjälp. Behoven varierar mycket. Vissa av patienterna känner till olika träffpunkter och nätverk såsom RFSL, medan andra inte har en aning om vart de kan vända sig. En del har redan etablerat kontakt med vården, till exempel med kontaktsköterska på infektion på grund av sin hivstatus. För de patienterna kan samtalet under hälsoundersökningen fokusera mer på att ge information om vart de kan vända sig för socialt stöd, till exempel vilka frivilligorganisationer som finns.

Utmaningar:

- Personalen upplever att det kan vara svårt att guida patienten rätt i vården och att det finns hinder för att få hjälp med sin sexuella hälsa. Till exempel kan det vara så att en mottagning avvisar en remiss från FMM motiverat med att patienten först behöver stödinsatser för sin psykiska ohälsa för att få hjälp med det sexuella problemet.
- Det är viktigt att vårdpersonal vet varför och hur de frågar om exempelvis sexuell utsatthet. Hos personalen behöver det finnas en beredskap på att patienterna kan vara både offer och förövare.
- Många patienter har svårt att prata om det som de varit utsatta för, de känner stor skam och skuld. Att vara kvinna och flykting upplevs av personalen förstärka utsattheten.

Folkhälsoenheten på Angereds Närsjukhus

Intervju med Folkhälsoplanerarna Moa Hallmyr och Maria Magnusson.

Verksamhet och uppdrag

Angereds Närsjukhus, ANS, har en folkhälsoenhet där strategisk personal arbetar med folkhälsa ur ett brett och holistiskt perspektiv. Fokus är att utjämna hälsoklyftorna. De levnadsvanor som enheten arbetar mest med är kost, motion och tobak med inriktning på att

minska risken för fetma, diabetes, luftvägsrelaterade sjukdomar samt stärka munhälsan. De har ett brett uppdrag och samverkar med sjukhusets kliniker. Vad gäller sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter fokuserar arbetet på det mest grundläggande – att göra sexualitet talbar. Det kan handla om att synliggöra SRHR och kompetensutbilda personal. Nedan följer några av de verksamheter och projekt som ANS driver tillsammans med andra.

Hälsoguiderna

Tillsammans med Göteborgs stad finansierar VGR *Hälsoguiderna*, som är en grupp förtroendebärande nyckelpersoner i nordöstra Göteborg. VGR representeras i både styrgrupp och arbetsgrupp av Folkhälsoenheten vid ANS. Hälsoteket i Angered är en hälsofrämjande aktivitetsbaserad verksamhet i Göteborgs stads regi. Hälsoteket har samordningsansvar för hälsoguiderna. Folkhälsoenheten bidrar till utbildning och dokumentation samt står för en stor del av de uppdrag som Hälsoguiderna utför. Hälsoguiderna är en del av befolkningen i området, talar språk som finns där och har som uppdrag att nå ut till olika grupper inom befolkningen i Angered genom sina nätverk.

En barnmorska från Vulvamottagningen på ANS utbildar hälsoguiderna i SRHR med huvudsyftet att sprida kunskap och göra ämnet talbart. Totalt 60 hälsoguides har genomgått utbildning i SRHR. Signaler som kommer från hälsoguiderna är att SRHR-frågor ofta upplevs vara tabubelagda. De beskriver ett förtroendeglapp mellan patienter och hälso- och sjukvården vad gäller att prata om SRHR. Eftersom det kan vara svårt för hälso- och sjukvården att nå fram till patienterna fyller hälsoguiderna en viktig funktion som brygga i det förtroendeskapande arbetet.

Hälsoguiderna rapporterar även om hög kunskapsbrist om SRHR i sina nätverk, exempelvis låg kunskap om rättigheter som självbestämmande kring sin kropp, och att samtyckeslagen även gäller inom äktenskapet. De arbetar aktivt med att försöka slå hål på myter eller felaktiga föreställningar om att det finns en mödomshinna, eller att HPV-vaccination gör en steril.

Andra projekt

- Ett pilotprojekt som går ut på att erbjuda en plattform för den somaliska gruppen att samtal om psykisk ohälsa. Projektet drivs i samarbete med Trygghetsamordningen som är en del av social resursförvaltning på Göteborgs stad. Syftet är att bryta tabun kring ämnet, göra det talbart samt normalisera att söka vård vid behov.
- En hälsoguide som är särskilt kunnig på området, KKS. Guiden finns ofta representerad på konferenser och har som uppdrag att upplysa om KKS. Denna dubbla funktion med en hälsoguide som både är en kunskapskälla och direkt länk till befolkningen är viktig. De planerar även ett samarbete med Kompetenscentrum om

våld i nära relationer, VKV, där tanken är att VKV ska utbilda hälsoguiderna om våld i nära relationer. Utöver detta har de en hälsogrupp för arabisktalande och en för somalisktalande.

- Det tas fram en SRHR-plan inom elevhälsan i Göteborg stad vilket är viktigt steg i att arbeta med SRHR på skolorna.
- Hälsoguidernas arbete ger ringar på vattnet och har potential att nå de mest utsatta, som t.ex. de som inte kan läsa och skriva och de som är långt från arbetsmarknaden.
- Hälsoguiderna sprider kunskap om Vulvamottagningen.

Utvecklingsområden

Folkhälsoplanerna beskriver ett behov inom förvaltningen, Sjukhusen i väster, av övergripande rutiner kring våld i nära relationer samt en bättre integrering av SRHR inom folkhälsoområdet. Vissa delar av SRHR-spektrat, som KKS, är mer synliga än andra eftersom det arbetas mer aktivt med detta område sedan starten av Vulvamottagningen.

Idealt vore om SRHR blev en integrerad del av folkhälsoarbetet och för att uppnå det behövs mer kunskap, men också andra politiska beslut.

Folkhälsoplanerna skulle gärna se att det utåtriktade arbetet gavs mer resurser, deras upplevelser är att det uppdrag UM i Angered har inte räcker, då de endast täcker in en åldersgrupp av befolkningen.

Önskade fortbildningsteman på en eventuell framtida konferens:

- Hur samtala med patienter om våld på rutin
- Vulvamottagningen presenterar sin verksamhet
- Våld och heder
- Bjuda in hälsoguiderna för samtal om myten om mödomshinnan
- Delaktighet och inflytande i samtal med målgrupperna
- Hbtq och migration
- Diskrimineringsperspektivet – Mänskliga rättigheter

Noaks Ark

Intervju med verksamhetsansvarig Saga Khaghani.

Bakgrund

Noaks Ark är en rikstäckande organisation och har sedan 80-talet arbetat med att stötta personer som lever med hiv och deras närstående. I takt med att situationen med hiv blivit mer stabil i Sverige, tillåts Noaks Ark idag arbeta utifrån ett bredare SRHR-perspektiv med fokus på preventiva insatser så som kunskapshöjande föreläsningar, psykosocialt stöd för personer som lever med hiv och deras närstående samt opinionsbildning. Noaks Ark har filialer i olika delar av Sverige och i Göteborgsområdet är Saga Khaghani verksamhetsansvarig.

2017 startade Noaks Ark Göteborg och Västra Götaland ett projekt med syfte att tidigt ge nyanlända asylsökande sexualupplysning. Upplevelsen var att denna grupp ofta saknades i andra liknande ideella organisationer och att det är en viktig grupp att nå ut till med tanke på den höga risken för psykisk ohälsa, som ofta kan påverka den sexuella och reproduktiva hälsan. Det finns även en stor riskutsatthet hos målgruppen ensamkommande och många vet inte om sin hiv-status när de kommer till Sverige.

Noaks Ark har sedan 2017 arbetat med uppsökande verksamhet gentemot asylsökande och då främst haft ett samarbete med Restad gård som är Sveriges största asylboende. Fram till att pandemin bröt ut våren 2020 var Noaks Ark på plats ungefär varje vecka för samtal, diskussioner och föreläsningar om SRHR, hiv och andra sexuellt överförbara infektioner med de asylsökande. Förutom kunskap i SRHR har det också handlat om hur man som ny i Sverige kan orientera sig och söka vård och stöd.

På grund av pandemin har antalet asylsökande som kommer till Sverige minskat i antal, men behovet av SRHR-utbildningar är fortfarande stort och nödvändigt för de personer som finns kvar på asylboendet.

Utbildning

Varje utbildningstillfälle har ett SRHR-tema och utbildningsserien startar med temat anatomin. Av erfarenhet menar Saga Khaghani att det är bra att börja med ett kliniskt perspektiv för att kunna bygga upp förtroende hos gruppen och därefter ta sig an lite svårare, mer tabubelagda ämnen. Sedan följer teman som svenska lagar och regler som smittskyddslagen och samtyckeslagen, kvinnlig könsstympning, rätten till vård, sexualitet och våld i nära relationer, könssjukdomar, kondom användning och preventivmedel, samt sex mot ersättning.

Kunskapsnivån om SRHR är generellt sett låg, då en övervägande del av dem som kommer har begränsade eller obefintliga kunskaper om anatomi, sexualitet, hiv och STI, säker sex och reproduktiv hälsa och rättigheter. Detta beror på att många som har flytt sina länder inte haft fungerande sexualundervisning i skolan, att samhällsstrukturer och normer över lag inte tillåter ett öppet samtal om sex och njutning och att hälso- och sjukvården varit bristfällig när det kommer till SRHR.

Under träffarna ges det även utrymme att reflektera över vilka förväntningar som hälso- och sjukvården har på patienter och vad man som patient själv kan göra för att få tillgång till vård. Det kan handla om allt från vikten av att komma i tid till besök, hur man på rätt sätt kan kommunicera och vilka ord man kan använda sig av för att göra sig förstådd i mötet med varandra, men också i mötet med sjukvård. Det viktigaste är dock att lära sig vilka rättigheter man har och vilka krav man kan ställa. Det är viktigt att vårdpersonal har ett gott bemötande och vet hur de ska fråga om exempelvis sexuell utsatthet och att komma ihåg att patienterna kan vara både offer och förövare.

Asylsökandes erfarenheter av hälso- och sjukvården

Det dröjer ofta längre än tre månader från det att de asylsökande har anlänt till Sverige innan de erbjuds vård. Saga Khaghani beskriver att målgruppen ofta berättar att de upplever kulturkrockar i möte med hälso- och sjukvårdspersonal. Dessa handlar om de kulturella skillnaderna som finns när det gäller hur man söker vård, hur samtal med vårdgivare går till och hur man får information om behandling. En krock kan handla om hur man beskriver sin smärta eller uttrycker sorg, där en del känner sig förbisedda och inte tagna på allvar. En annan liknande situation är när en patient får ett negativt och tungt besked och då visar sin sorg över detta. Istället för socialt stöd med nära och kära blir patienten hänvisad till ett tyst och ensamt sorgerum. Detta bemötande har lett till att de värjer sig för att söka vård igen. Saga Khaghani beskriver att den sexuella riskutsattheten också är tydlig i anslutning till hiv och STI-infektioner, då det är känt att migranter erhåller en form av stigma kring just hiv som är särskilt signifikant, nämligen rädslan för "ryktesspridning" och att bli avslöjad inom den egna gruppen. Det kan av den anledningen således vara känsligt för en del att använda tolk, då man inte alltid litar på tolkar från samma land.

RFSL Göteborg

Intervju med Lio Gustafsson och Victoria Hajina, kuratorer och samordnare av RFSL-Newcomers.

Bakgrund

RFSL, Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas, transpersoners, queeras och intersexpersoners rättigheter, är en ideell organisation som grundades 1950. RFSL:s målsättning är att samma rättigheter, möjligheter och skyldigheter ska gälla för hbtqi-personer som för alla andra i samhället. RFSL arbetar lokalt, nationellt och internationellt och är en ständigt växande organisation med cirka 7 000 medlemmar och 38 avdelningar spridda över Sverige.

RFSL Göteborg bildades 1971 och är en självständig avdelning till RFSL. Föreningen erbjuder bland annat en social mötesplats, där medlemmar kan delta i olika aktiviteter, såsom föreläsningar, öppet hus-kvällar och workshops. Inom ramen för föreningen erbjuds också hivprevention och psykosocialt stöd genom olika projekt och verksamheter som drivs av anställd personal. Utöver detta bedrivs även opinionsarbete i olika former. Läs mer på goteborg.rfsl.se.

Newcomers Göteborg

Vi har träffat Lio Gustafsson och Victoria Hajian som är socionomer och arbetar som kuratorer samt samordnar Newcomers Göteborg inom RFSL Göteborg. Newcomers Göteborg är en social plattform och ett nätverk inom RFSL Göteborg som riktar sig till hbtqi-flyktingar och hbtqi-migranter. De som besöker Newcomers Göteborg kan vara asylsökande, papperslösa, ha fått uppehållstillstånd, flyttat hit genom anknytning eller för att jobba, plugga eller av andra orsaker och vill finna ett sammanhang tillsammans med andra hbtqi-personer som flytt och flyttat till Göteborg. Newcomers Göteborg erbjuder en mötesplats där man kan lära känna andra hbtqi-personer och Göteborgs hbtqi-community, träna på svenska och kunna få stöd och råd. De flesta migranter som kommer till Newcomers Göteborg tillhör gruppen män som har sex med män (MSM). Efter en tid på RFSL Göteborg har många fått större tillgång till kunskap och en vokabulär som kan spegla deras identitet, vilket har lett till att fler kan komma ut som transpersoner. En annan förklaring till att många som kommer till Newcomers Göteborg är män, kan vara att män ofta har större möjligheter att fly än kvinnor.

Learning HIV Together

Learning HIV Together är ett projekt som syftar till att öka kunskapen om hiv, STI, säkrare sex, lust och njutning, särskilt hos målgruppen för Newcomers Göteborg. Många hbtqi-personer som besöker Newcomers Göteborg saknar basal kunskap om SRHR på grund av avsaknad av sexualkunskap i ursprungslandet. Den kunskap om SRHR de fått med sig från ursprungslandet är ofta heteronormativ på ett sätt som helt utesluter normbrytande levnadssätt, identiteter och kroppar. Samtidigt är informationen som finns i Sverige om SRHR ofta allt för generell vilket gör att deltagarna inte känner sig speglade - därför är det viktigt med riktade insatser.

Projektet anordnar sex workshops per år och mycket fokus läggs på säkrare sex, men också på lust och njutning. De anordnar kondomskola, quiz, poängpromenader och tävlingar med priser för att göra det hela lite mer spännande och roligt. Exempelvis har de en övning där deltagarna ska lära sig mer om hur sexleksaker kan användas, genom att duka upp ett bord med olika sexleksaker där deltagarna får gissa vad de kan användas till. Kuratorerna menar att dessa workshops med stor sannolikhet har påverkat deltagarnas självbild när kommer till identitet, praktik och relationer.

Målgruppen har även behov av kunskap om sexuella och reproduktiva rättigheter kring till exempel könsbekräftande vård och behandling, diskrimineringslagstiftningen, och möjligheter till assisterad befruktning, såväl som kunskap om sexuell och reproduktiv hälsa, däribland kunskap om hur hiv och STI överförs. Det finns till exempel felaktiga föreställningar om hur hiv överförs bland vissa av deltagarna, så som att hiv överförs via myggor eller att man kan se på någon att den har hiv. Det har även visat sig finnas föreställningar hos en del av deltagarna om att det existerar en mödomshinna som spricker vid penetrerande samlag. Information om slidkransen och anatomi är därför en viktig del att inkludera vid workshoptillfällena.

Ett annat viktigt återkommande diskussionsämne är dejting och relationer. Många har dejting-appar och beskriver att kontaktskapandet på apparna handlar om att parera föreställningar om vilka kroppar som är åtråvärda. Sexuella preferenser där användare skriver ut att de inte vill bli kontaktade av svarta, araber eller asiater är inte ovanligt. Samtal om hur detta kommer sig och om att sexuella preferenser kan vara rasistiska, diskuteras. Kuratorerna gör analysen att många deltagare förstår detta som en sexuell preferens och inte upplever det som problematiskt, kanske för att de kan ha internaliserat rasism till en viss grad.

Checkpoint Göteborg

Många vet inte att det är gratis att testa sig för hiv och STI i Sverige och många gånger får RFSL Göteborg ge det stöd som hälso- och sjukvården missar, menar kuratorerna.

Checkpoint Göteborg är en lågtröskelmottagning som erbjuder hiv och syfilistest anonymt och gratis till män som har sex med män och transpersoner. Checkpoint Göteborg har drop-in en gång i veckan samt erbjuder tidsbokning på dagtid. Mottagningen drivs av RFSL Göteborg och Positiva Gruppen Väst.

Besökare kan beskriva att de vill ha intyg med testresultat, något som Checkpoint Göteborg inte har möjlighet att ge ut. Att vilja ha ett intyg är en företeelse inom hela hbtqi-communityt, menar kuratorerna. Besökarna kan också vilja fotografera testen, men detta är inte heller tillåtet. Dessa tillfällen blir istället en möjlighet till konstruktiva samtal om att ett intyg inte säger något om ens status, eftersom det kan ändras, och att ett test exempelvis endast säger något om ens status för en viss tid sedan.

Deltagare berättar att de i samband med mottagandet i Sverige genomgått en hälsoundersökning, men inte fått information om var man kan testa sig för hiv och STI, var man kan få tillgång till preventivmedel eller fått frågor om sexuell utsatthet.

Kunskap

Målgruppen som besöker Newcomers Göteborg är heterogen vad gäller förkunskaper och erfarenheter, vilket gör det utmanande att möta alla behov då föreläsningar och workshops behöver vara på grundläggande nivå, men samtidigt ge mer kunskap till de som redan har basal kunskap. Däremot är gruppen rätt homogen när det kommer till sexualitet och identitet, då majoriteten som besöker Newcomers Göteborg är homosexuella och bisexuella män, även om en del kommit ut som transpersoner under tiden de besökt verksamheten.

Sexuellt våld och våld i nära relationer

Kuratorerna berättar att många som besöker dem för enskilda stödsamtal berättar om utsatthet för sexuellt våld, men att det är få som vågar berätta om det för andra. Det är vanligast att ha blivit utsatt för sexuellt våld i ursprungslandet och förövarna är alltifrån någon främling på stan till någon äldre släkting. Kuratorerna berättar att många av övergreppen är överfallsvåldtäkter i det som brukar kallas för ”korrigerande syfte” eller i syfte att förnedra. Korrigerande våldtäkter sker mot homosexuella och bisexuella personer av alla kön med förklaringen att göra dem heterosexuella, och skulle i svensk mening kunna förstås som en våldtäkt med hatbrottsmotiv. De allra flesta besökarna har inte pratat om det sexuella traumat tidigare.

Det är inte heller ovanligt att personer i stödsamtal berättar att de är utsatta för kontroll av sin nuvarande partner eller av sina föräldrar och att de blir begränsade på olika sätt i sina liv. En del vill ha stöd i att fly från sina föräldrar och då är kuratorerna behjälpliga med att ordna en kontakt med socialtjänst.

Vård som inte kan anstå

Transpersoner utan uppehållstillstånd kan ha rätt till könsbekräftande vård i de fall hormonbehandlingen är pågående och om de har med rätt dokument från ursprungslandet. Det är dock svårt att få ut dokumentation från ursprungslandet. Kuratorerna har vid vissa tillfällen följt med personer till Lundströmmottagningen för att vara ett extra stöd. Man kan också ställa sig i kö under tiden som man är asylsökande.

Utmaningar

Kuratorerna berättar att det inte är ovanligt att mottagningar inom VGR som riktar sig till flyktingar hänvisar patienter som är hbtqi till RFSL Göteborg för fortsatt stöd. Kuratorerna menar att det är problematiskt att vården inte har beredskap att ta hand om patienterna eller remittera dem inom VGR, och upplever att RFSL Göteborg ofta får täcka upp där vården brister.

Kuratorerna berättar att psykiatriska akutmottagningen gav en papperslös suicidal person en lapp med adressen till RFSL Göteborg. Personen tog sig till RFSL Göteborg, men var i ett sådant skick att kuratorerna behövde ringa ambulans. Då personen vägrade följa med blev de tvungna att ringa polisen. Suicidbenägenhet utgör en fara för hälsa och liv och klassas som vård som inte kan anstå. Kuratorerna på RFSL Göteborg menar att vårdpersonal inom psykiatrisk vård har en kunskapsbrist vad gäller vård som inte kan anstå.

De önskar vidare att flyktingmottagningarna har bättre kunskap om hbtqi och för in frågor om det i hälsosamtalen. De menar också att många som flyr från länder där tilliten till staten är låg fortsätter ha låg tillit även i Sverige. Detta kan leda till att många inte vill berätta om sin könsidentitet eller sexuella läggning då de är oroliga för repressalier. Därför behöver vården ställa frågor, bekräfta patienten samt förmedla att frågor som rör könsidentitet och sexuell läggning är tillåtet att prata om. RFSL Göteborg får även till sig berättelser där tolk har uteblivit i besök med vården och att vårdbesöket ändå ägt rum.

Behov och kunskap om SRHR skulle behöva fokusera på följande fortbildningsområden:

- Lagliga rättigheter för migranternas tillgång till SRHR-vården
- Vård som inte kan anstå och jämlik vård
- Riktlinjer – vilka finns och vilka behövs
- Receptskrivning för personer som inte har ID
- Minoritetstress

Diskussion

Nedan följer analys av de förslag och tankar som framkom i intervjuerna med vårdpersonal och personal från den ideella sektorn.

Förlossningsstödet roll och betydelse

Tidigt föräldrastöd är ett bra exempel på en förening som spelar en viktig roll för sjukvården. Doulorna vi träffade vittnade om en stor utsatthet hos gravida och nyblivna föräldrar de mött. De berättade till exempel om en ung hemlös kvinna, utan partner och utan språkkunskap med stor rädsla, förtvivlan och högt blodtryck, som sedan födde prematurt.

Flera av de verksamheter som intervjuats beskriver att personer med migrationsbakgrund har svårare att orientera sig inom hälso- och sjukvårdssystemet och oftare behöver hjälp med detta. Ett exempel på detta är doula-verksamheten som fungerar som en länk mellan målgruppen och hälso- och sjukvården. Verksamheten är viktig av flera anledningar. Genom att ge stöd till den födande underlättar doulorna vårdpersonalens arbete i förlossningsrummet (15, 16). Det är tydligt att det finns ett behov av doulastöd hos utsatta gravida migranter, men än så länge finns inget liknande stöd integrerat inom ordinarie hälso- och sjukvård.

Folkhälsokommittén i VGR gjorde en utvärdering av doula-verksamheten och den visade bland annat att de utlandsfödda mammorna fick fysiskt, psykiskt och emotionellt stöd samt information och kunskap. För barnmorskorna innebar doula-insatsen en bättre kommunikation med den födande, bättre samspel i förlossningsrummet och bättre arbetsmiljö. Doulastödet innebar även en förbättring för sjukvården då möjligheterna att skapa en transkulturell vård ökas. Även andra effekter så som mindre användning av smärtstillande medel och minskning av eventuella komplikationer eller kejsarsnitt kunde ses. Utvärderingen lyfter även att det finns potential för att motverka eurocentriska attityder inom sjukvården, ge ökad vårdkvalitet och mer jämlik och trygg vård.

Psykosocialt stöd innan och under förlossning är ett utvecklingsområde inom hälso- och sjukvården, där det finns behov av att både kvalitetssäkra denna kompetens samt hitta vägar att systematisera tillgången till doula så fler gravida kan ta del av detta stöd.

Ensamkommande barn och unga

Kunskapsunderlaget kring unga migranternas sexuella och reproduktiva hälsa är bristfällig (17) - särskilt saknas kunskap om ensamkommande barn och unga (18-20). Studier visar att ensamkommande barn och unga har låg kunskap om SRHR. Bristande kunskap om till exempel preventivmedelsanvändning och kunskap om hur STI överförs visade sig innebära

en ökad risk för hiv/STI och oplanerade graviditeter (17, 18, 21) Det bekräftas också av verksamheter som till exempel Noaks Ark som möter målgruppen. De önskar se större satsningar på att nå och stötta ensamkommande barn. Det är dessutom en målgrupp som befinner sig i stor sexuell riskutsatthet såsom till exempel sex mot ersättning. Till exempel har UM svårt att nå denna målgrupp och lyfter behovet av mer kunskap på området. Det finns behov av mer forskning på gruppen ensamkommande barn och unga, deras behov av SRHR-relaterad vård och hur ungdomsmottagningen kan nå dem (5).

Hbtq-personer med migrationsbakgrund

RFSL blir ofta platsen dit migranter med hbtq-identitet hänvisas från olika vårdverksamheter då de har mycket kunskap om hbtq-migranternas särskilda behov. Ibland kommer personer till RFSL med stora vårdbehov som inte kunnat tas om hand om inom hälso- och sjukvården. Det kan också vara så att personernas vårdbehov kopplat till identitet och sexualitet av olika anledningar inte framkommit vid vårdbesöket. En av orsakerna till detta menar RFSL kan vara hbtq-migranternas tillitsbrist till hälso- och sjukvården. Denna förklaring kan vara rimlig då hbtq-personer generellt har lägre tillit till myndigheter (22). En annan förklaring kan vara att många tidigare levit i länder där myndigheter inte respekterat deras mänskliga rättigheter och har med sig dessa föreställningar till Sverige. RFSL menar vidare att hälso- och sjukvården behöver ha en beredskap och kunskap i att bemöta denna målgrupp. På Kunskapscentrum för sexuell hälsa ser vi även genom hbtq-diplomeringen behovet av kunskap hos personal när det gäller att möta patienter med särskild utsatthet som denna, där normer och föreställningar om både etnicitet och hbtq blir särskilt problematiska i mötet med patienter.

Självstigma och minoritetsstress

Personalen som intervjuades reflekterade över patienternas livssituationer och gav möjliga förklaringar till utsatthet och ohälsa. Vulvamottagningen reflekterade över att patienter de möter inte sällan har införlivat patriarkala uppfattningar och därför nedvärderar sig själva, sin lust och sina behov. Personer som internaliserat negativa samhällsnormer löper risk för än mer ohälsa. I intervjuerna beskrev personalen att de mötte patienter med en negativ självbild som de trodde berodde på erfarenheter och omgivningens bemötande. Ett så kallat självstigma kan påverka patienternas förmåga att ställa frågor och söka vård. Minoritetsstress är ett begrepp som beskriver hur minoritetsgrupper och normbrytare mår sämre på grund av omgivningens negativa särbehandling, så som diskriminering, mobbning och negativa kommentarer (23).

Tillgänglig vård

För att göra vården mer lättillgänglig har många vårdverksamheter på olika sätt anpassat sitt arbete efter migranternas särskilda behov. Exempelvis beskriver Flyktingbarnmottagningen sig som ”vårdunderlättare” genom att på olika sätt underlätta tillgången till vård. Om en ungdom exempelvis behöver preventivmedel kan de följa med till ungdomsmottagningen. Vulvamottagningen har en undersköterska som är en företroendebyggare och BMM

Bergsjön har en reception där besökare kan knacka på dörren. Angereds Närsjukhus har hälsoguiden som ska nå ut till befolkningen och överbrygga både kunskaps- och förtroendebrist hos målgruppen.

Den SRHR-relaterade vården behöver i högre grad bli tillgänglig och utformas genom delaktighet med målgruppen (24). Långt ifrån alla verksamheter har dock möjlighet att resurs- och kompetensmässigt finnas till på det viset som patienterna behöver, eftersom behoven ofta kan vara stora och komplexa för en målgrupp som hälso- och sjukvården har svårt att hitta vägar till. Exempelvis har asylsökande fler registrerade besök inom akutsjukvården och färre besök inom primärvården jämfört med folkbokförda vilket skulle kunna vara en konsekvens av att de inte vet var det finns tillgänglig vård.

Något som återkom i intervjuerna var beskrivningar om att tillgången till vård bromsades av olika anledningar. Deltagare på RFSL Newcomers berättar exempelvis att de möter personer som inte fått information om var de kan testa sig för hiv/STI och att de inte fått information om var de kan få preventivmedel. Detta visar även Folkhälsomyndighetens rapport från 2020. Personalen på RFSL Newcomers berättar också att besökare sällan får frågor om sexuell utsatthet av vårdpersonal.

Verksamheterna har en geografiskt ojämn spridning vilket kan leda till ökad risk för ojämlig tillgång till SRHR-relaterad vård för migranter i regionen.

En del vårdpersonal som intervjuades menade att hinder för vård kunde förstås som kulturkrockar, medan en del representanter för målgruppen inom ideella verksamheter fick till sig berättelser där hindren snarare handlade om diskriminering och upplevelser av rasistiskt bemötande från vårdpersonalen. Rasistiska föreställningar är ett strukturellt problem i vårt samhälle och hälso- och sjukvården undantas inte från detta. Oavsett beskrivning av problemet så är det tydligt att det finns flera hinder vad gäller tillgång till vård, vilket vi inom hälso- och sjukvården rimligtvis bör ta ett ansvar för.

Kunskapsbehov och nätverkande

Förutom att personal från flera av verksamheterna antingen beskriver att de behöver mer resurser eller saknar långsiktig planering och finansiering, så önskar de att det fanns mer nätverkande över professions- och verksamhetsgränserna.

Vårdpersonalen önskade också mer kunskap om vissa sexologiska frågeställningar, till exempel könsstympning.

En större kunskapshöjande insats med fokus på ett inkluderande och icke-diskriminerande bemötande ser framför allt de ideella verksamheterna som ett stort behov.

Förslag på utvecklingsområden

Utifrån det som framkommit i intervjuerna och tidigare forskning har ett antal förslag på utvecklingsområden i arbetet med migranter och SRHR i Västra Götalandsregionen formulerats.

Informationsmaterial på flera språk

All personal tillfrågades om ett informationsmaterial på flera språk hade varit hjälpsamt i vårdmötet för både vårdgivare och patient, vilket alla ställde sig positiva till. En viktig synpunkt som framkom var att materialet gärna också får ha ett digitalt format. Information som personalen lyfte borde ingå i ett sådant material var till exempel information om vägar in i vården samt information om olika medicinska besvär och tillstånd kopplade till SRHR.

Nå målgruppen

Generellt sett upplevde personalen både inom ideell sektor och inom hälso- och sjukvården att personer med migrationsbakgrund var svåra att nå ut till. Detta upplevde särskilt de verksamheter som inte enbart riktar sig till migranter. Till exempel upplevde UM att många fler ungdomar skulle behöva informeras om vad de kan få hjälp med och hur de kan komma i kontakt med verksamheten. Personalen trodde själva att de inte nådde de allra mest utsatta ungdomarna och föreslog därför ett närmare samarbete med SRHR-bussen.

Utåtriktat förebyggande SRHR-arbete med målgruppen

Flera verksamheter lyfte behovet av förebyggande arbete med målgruppen. Mycket tid av vårdbesöken går åt till att informera patienterna om deras rättigheter och ge kunskap om anatomi och andra sexologiska frågeställningar. Flera professionella menade att sådana samtal borde bli storskaliga i form av exempelvis informations- och gruppträffar för målgruppen och liknande insatser som samlar fler. Vulvamottagningen vill erbjuda gruppsamtal till patienterna just av denna anledning. De beskriver att patienter har behov av att få reflektera och lära sig tillsammans om gränser, samtycke, kropp och normer om sexualitet och kön. Önskvärt hade varit om hälsoguiderna som är anslutna till Angereds Närsjukhus skulle kunna hålla en sådan gruppverksamhet. UM i Angered har också en sådan idé och då med fokus på könsstympade personer. De vill också rikta sig till andra särskilt utsatta grupper så som migranter med hbtq-identitet.

Kompetenshöjande insatser

Något som återkom i samtliga intervjuer var behovet av fortbildning inom något SRHR-relaterat område. Nedan listas några av de områden som personalen ville ha kunskapshöjning inom.

- *Utbildning inom antidiskriminering och normmedvetet arbetssätt.* För att minska risk för exotifiering och stigmatisering är det viktigt att vårdpersonal vet varför och hur de frågar om exempelvis sexuell utsatthet och andra SRHR-relaterade frågor. ”Riva hinder” är ett nytt metodmaterial som kan stötta personal att arbeta med ”kulturell medvetenhet”.
- *Kunskap om hbtq-personers livsvillkor med koppling till etnicitet och migration* behöver öka hos hälso- och sjukvårdspersonal då många hbtq-personer med migrationserfarenhet är särskilt utsatta, undviker vård och har högre risk för ohälsa. Detta lyfter särskilt RFSL Newcomers som ett viktigt utvecklingsområde.
- *Kunskapshöjning för hälso- och sjukvården kring lagen och tillämpning av begreppet vård som inte kan anstå.* Personal inom frivilligsektorn berättade om personer de möter som inte fått vård de enligt lag har rätt till.
- *Mobiliserande och kunskapshöjande konferens på temat SRHR och migration.* Vi ställde frågan om en konferens vore önskvärt och samtlig personal önskade en sådan konferens. De fick önska vad konferensen i så fall skulle innehålla. Om dessa önskemål kan du läsa under respektive verksamhetspresentation.

Samverkan kring SRHR och migration

Flera verksamheter uttryckte behovet av större samarbete och samverkan med andra verksamheter som har liknande patientmålgrupp, uppdrag eller möter liknande utmaningar. En bättre samverkan skulle kunna underlätta remittering av patienter och öka helhetsförståelsen av patientens vårdbehov. Många menade också att kunskapsöverföring och erfarenhetsutbyte skulle vara hjälpsamt i arbetet.

Utvidgat och djupare samarbete med doula-verksamhet

Vi vill särskilt lyfta erfarenheterna inom doula-verksamhetens arbete som ett utvecklingsområde. Tidigare utvärdering samt doulornas berättelser om det stora behov de möter i sitt arbete ger tillsammans en viktig information om särskilt utsatta gravida migranters vårdbehov. Det är tydligt att doulorna fyller en viktig funktion både för de gravida och för hälso- och sjukvården. Den stora arbetsbördan som doulorna vittnar om och hur tiden och resurserna inte är tillräckliga får oss att fundera på om det nuvarande avtalet genom IOP är tillräckligt. En inspiration till framtida samarbete kan vara det samarbete som finns mellan hälso- och sjukvården i Västerås och doula-verksamheten, där kurser hålls av både kulturtolkar och barnmorskor tillsammans. De har ett tätt samarbete där barnmorskemottagningar i Västerås anmäler deltagare som inte kan svenska till kurserna.

TACK

Tack till all personal både inom Västra Götalandsregionen och frivilligsektorn för att ni ville dela med er av era reflektioner och kloka tankar. Utan er medverkan och att ni så generöst delade med er av era erfarenheter så hade det här arbetet inte varit möjligt. Vi hoppas att våra olika förutsättningar och erfarenheter kan berika varandra i arbetet att tillgängliggöra SRHR för migranter. Vi hoppas att denna rapport och de samtal vi haft är början på ett fortsatt samarbete!

Referenser

1. Socialdepartementet. Hälsa- och sjukvårdslag (2017:30). 2017.
2. Västra Götalandsregionen. 2019. Västra Götalandsregionens strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.
3. IOM. Glossary on Migration. Geneva; 2019.
4. Folkhälsomyndigheten. Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). En god, jämlik och jämställd sexuell och reproduktiv hälsa i hela befolkningen 2020.
5. Folkhälsomyndigheten. Migration, sexuell hälsa och hiv-och STI-prevention. En kartläggning av unga migranternas sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter i Sverige.2020.
6. Brännström J, Svedhem Johansson V, Marrone G, Wendahl S, Yilmaz A, Blaxhult A, et al. Deficiencies in the health care system contribute to a high rate of late HIV diagnosis in Sweden. *HIV Medicine*. 2016;17(6):425-35.
7. Nkulu Kalengayi FK, Hurtig AK, Ahlm C, Krantz I. Fear of deportation may limit legal immigrants' access to HIV/AIDS-related care: a survey of Swedish language school students in Northern Sweden. *Journal of immigrant and minority health*. 2012;14(1):39-47.
8. Tinghög P., Arwidsson C., Sigvardsdotter E., Malm A., Saboonchi F. Nyanlända och asylsökande i Sverige: En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor. Röda Korsets Högskola; 2016.
9. Reese Masterson A, Usta J, Gupta J, Ettinger AS. Assessment of reproductive health and violence against women among displaced Syrians in Lebanon. *BMC Women's Health*. 2014;14(1):25.
10. Collins CH, Zimmerman C, Howard LM. Refugee, asylum seeker, immigrant women and postnatal depression: rates and risk factors. *Archives of Women's Mental Health*. 2011;14(1):3-11.
11. Västra Götalandsregionen. Asylsökandes vårdkonsumtion i Västra Götaland 2011-2016. 2017.
12. SOCIALSTYRELSEN. Hälsa- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända. Slutrapport oktober 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
13. Hamed S, Thapar-Björkert S, Bradby H, Ahlberg BM. Racism in European Health Care: Structural Violence and Beyond. *Qual Health Res*. 2020;30(11):1662-73.
14. Folkhälsomyndigheten. Hiv-och STI-prevention riktad till migranter. 2014.

15. Folkhälsokommittén VG. Kulturtolkens erfarenheter av tvärkulturella interaktioner. De utrikesfödda muslimska kvinnornas identiteter och handlingsstrategier i projektet Doula & kulturtolk i Sverige. 2012.
16. Folkhälsokommittén VG. Utvärdering av projektet ”Utlandsfödda kvinnor som doulor och kulturtolkar”. 2009.
17. Pfarrwaller E SJ-C. Determinants of health in recently arrived young migrants and refugee: a review of the literature. *Italian Journal of Public Health*. 2012;9(3f):1-16.
18. Mason-Jones AJ, Nicholson P. Structural violence and marginalisation. The sexual and reproductive health experiences of separated young people on the move. A rapid review with relevance to the European humanitarian crisis. *Public Health*. 2018;158:156-62.
19. UNICEF. UNICEF Humanitarian Action for Children 2020 Overview. 2020.
20. Keygnaert I, Guieu A, Ooms G, Vettenburg N, Temmerman M, Roelens K. Sexual and reproductive health of migrants: does the EU care? *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*. 2014;114(2-3):215-25.
21. Ngum Chi Watts MC, Liamputtong P, Carolan M. Contraception knowledge and attitudes: truths and myths among African Australian teenage mothers in Greater Melbourne, Australia. *Journal of Clinical Nursing*. 2014;23(15-16):2131-41.
22. RFSL. Förtroende att stärka- om hbtq-personers förtroende för olika samhällsinstanser och vad som behöver förändras.; 2016.
23. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*. 2003;129.
24. Regeringskansliet. Nationell strategi mot hiv/ aids och andra vissa smittsamma sjukdomar. 2017.