Nyanlända kvinnors upplevelse av att söka hälso- och sjukvård
- En allmän litteraturstudie utifrån ett intersektionellt perspektiv

Newly arrived women's experiences of healthcare seeking
- A literature review from an intersectional perspective

Författare: Linnéa Abrahamsson
Josefin Adeleng

Handledare: Maria Åling, Fil.Mag
Ann Hägg Martinell, Med.Dr

Examinator: Gunilla Björling, Professor
SAMMANFATTNING


Nyckelord: Hinder, intersektionalitet, kvinnor, nyanlända, tillgänglighet, upplevelser
ABSTRACT

Background: It is estimated that by the end of 2019, 79.5 million people were forcibly displaced in the world, approximately half of them are women and girls. Newly arrived women are less likely to seek healthcare compared to men in the same situation and non-immigrant women. There’s a need for more knowledge about newly arrived women’s experiences of healthcare seeking. Aim: The aim was to describe newly arrived women's experiences of healthcare seeking. Method: A general literature review was conducted with ten scientific articles with qualitative data. Data was analyzed and categorized through a content analysis where meaningful units were highlighted, condensed and coded into themes and subthemes in accordance with Polit and Beck’s nine-step model. Results: Two main themes and four sub themes were identified. The two main themes were accessibility and treatment. Results show that newly arrived women experience varying and sometimes similar obstacles to accessing adequate care. Conclusion: When newly arrived women seek care and the care isn’t individualized and the needs of the individual isn’t met it can lead to a negative experience and suffering. The need of the unique individual can be met to a greater extent when nurses providing person-centered care. With intersectionality as a point of view we can increase awareness and competence about how structural factors and system of power affect the individual. Proposals for further research: Results indicate that newly arrived women experience obstacles for healthcare seeking which indicate the need for further research from the individual’s perspective with the question of what would facilitate care seeking for the individual.

Keywords: Accessibility, experience, intersectionality, newly arrived, obstacles, women
**INNEHÅLLSFÖRTECKNING**

SAMMANFATTNING ................................................................................................................. i

ABSTRACT ..................................................................................................................................... ii

INTRODUKTION ........................................................................................................................... 1

BAKGRUND ...................................................................................................................................... 2

  Begreppen nyanländ och flykting .................................................................................................. 2
  Jämlig och jämställd vård och hälsa i ett globalt perspektiv ......................................................... 2
  Bemötande och kommunikation inom omvårdnad ..................................................................... 3
  Bemötande och kommunikation i mötet med nyanlända ........................................................... 4
  Sjuksköterskans profession och personcentrerad omvårdnad ................................................... 4

BÄRANDE BEGREPP ......................................................................................................................... 5

  Intersektionalitet ......................................................................................................................... 5

PROBLEMFORMULERING ............................................................................................................ 5

SYFTE ............................................................................................................................................... 6

METOD ............................................................................................................................................ 6

  Design ........................................................................................................................................... 6
  Urval ............................................................................................................................................... 7
  Datainsamling ............................................................................................................................... 7
  Dataanalys ..................................................................................................................................... 9
  Etiska aspekter ............................................................................................................................. 10

RESULTATREDOVISNING ............................................................................................................ 11

  Tillgänglighet .............................................................................................................................. 12
  Hinder för samtal ......................................................................................................................... 12
  Tillgång till resurser .................................................................................................................... 13
  Bemötande ................................................................................................................................... 14
  Förståelse för olika kulturer .......................................................................................................... 14
  Kontextuella förväntningar .......................................................................................................... 15

DISKUSSION .................................................................................................................................... 16

  Metoddiskussion ........................................................................................................................ 16
  Trovärdighet och giltighet ........................................................................................................... 17
  Överförbarhet och generaliserbarhet .......................................................................................... 18
  Resultatdiskussion ....................................................................................................................... 18
Vård som inte är tillgänglig och individanpassad ................................................................. 19
Kommunikationsproblem och tolkar som brister ................................................................. 19
Social orättvisa och praktiska hinder som leder till lidande ........................................... 20
SLUTSATSER .......................................................................................................................... 22
Kliniska implikationer ........................................................................................................... 22
Förslag på fortsatt forskning .............................................................................................. 22
REFERENSER ......................................................................................................................... 23
BILAGOR ................................................................................................................................. i
  Bilaga 1 ................................................................................................................................. i
  Bilaga 2 ................................................................................................................................. iii
INTRODUKTION

Krig, konflikter och klimatförändringar leder till ökad migration vilket ställer nya krav på sjukköterskans förmåga att ge personcentrerad vård samt att arbeta normkritiskt och vara medveten om hur intersektionalitet påverkar individens liv, mötet mellan individer och deras upplevelser. Detta kan anses viktigt både relaterat till den enskilda individens hälsa och välmående såväl som för samhället relaterat till hälsans betydelse för etableringsprocessen och de samhällsekonomiska effekter som en god etableringsprocess medför. Med intersektionalitet menar vi kunskap om hur olika maktstrukturer och maktordningar genomskär varandra och påverkar individen och dennes förutsättningar. Vi har under utbildningens gång såväl teoretiskt som under den verksamhetsförlagda utbildningen uppmärksammat på omotiverade skillnader när det kommer till tillgång till vård och möjligheter att söka vård för nyanlända kvinnor. Sjuksköterskor möter nyanlända kvinnor inom alla delar av sjukvården och behöver kunskap för att kunna ge den vård som kvinnorna är i behov av och har rätt till.
BAKGRUND

Begreppen nyanländ och flykting

Flykting definieras som en individ som relaterat till krig, konflikter eller förföljelse tvingas lämna landet där denne har medborgarskap. Flyktingar kan vara utsatta för förföljelse relaterat till politiska åsikter, ras, nationalitet, religion eller tillhörighet till en viss samhällsgrupp (UNHCR, 2019).

Jämlik och jämställd vård och hälsa i ett globalt perspektiv

I slutet på 2019 befann sig 79,5 miljoner människor på flykt i världen, hälften av dessa är kvinnor och flickor (UNHCR, 2020). Kvinnor är mer utsatta och står ofta inför större svårigheter än män under flykt, helt enkelt för att de är kvinnor och detta kvarstår under etablering i ett nytt land. För kvinnorna står ofta familjens behov i centrum och de sätter familjens behov framför sig själva. Nyanländas fysiska och psykiska hälsa kan påverkas negativt av traumatiserande händelser som individen upplevt innan, under och efter flykten. Trauma och olycksfall kan leda till posttraumatiske stresskänslor och känslor av ensamhet. Många nyanländerna upplever minoritetsstress i form av bland annat diskriminering samt känner oro för anhöriga och vänner som är kvar i hemlandet (Lebano et al., 2020, s. 3–4).

Det finns skillnader i hälsa mellan befolkningen vilket kan relateras till bland annat etnicitet, könstillhörighet och ålder (Gottvall et al., 2019, s. 506). Vidare behövs mer kunskap hos vårdpersonal för att kunna ge personcentrerad vård till individer med olika etnisk bakgrund.
(Small et al., 2014, s. 9). I hälsow- och sjukvårdslagen finns rätten till jämlik och jämställd vård reglerad och sjuksköterskan har en skyldighet att ge alla vård på lika villkor i enlighet med sjuksköterskans etiska kod (ICN) International Council of Nurses (Svensk sjuksköterskeförening [SWENURSE], 2017a, s. 4). I Sverige, Kanada, England, USA och Australien har nyanlända kvinnor en sämre upplevelse av mötet med mödravården än inrikes födda kvinnor. Förväntningarna på vården hos nyanlända kvinnor och inrikes födda kvinnor är likslagna, däremot skiljer sig upplevelsen av bemötande och tillgänglighet (Small et al., 2014, s. 9). Nyanlända kvinnor söker vård i lägre utsträckning än män i liknande situation och även i lägre utsträckning än inrikes födda kvinnor (Filler, Jameel & Gagliardi, 2020 s. 2).

Jämlik och jämställd vård anses nära förknippad med mänskliga rättigheter, Förenta nationernas (FN:s) deklarationer om mänskliga rättigheter tar bland annat upp alla människors lika värde och rätt att i såväl fysiskt som psykiskt avseende åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och vård på lika villkor. I deklarationerna om de mänskliga rättigheterna återfinns även en konvention som slår fast att kvinnor och män ska ha samma rättigheter och där framhålls även jämställdhetens nödvändighet relaterat till kvinnan på såväl ett individuellt plan som hennes roll som aktiv samhällsmedborgare och människa (Förenta nationerna [FN], u.å.). Det finns en strävan efter att säkerställa och erbjuda vård med hög kvalité vilket inte kan uppnås om vården inte är jämlik och jämställd (Smirthwaite, Tengelin & Borrman, 2014, s. 12–13).

Bemötande och kommunikation inom omvårdnad


Bemötande handlar om hur samtalet genomförs, kroppsspråk och hur vi förhåller oss till individen. Bemötande kan relateras både till sjuksköterskans förmåga att se och möta individen och till hur individen uppfattar vården och dess kvalité (Fossum, 2019, s. 30–31). Känslan av att inte bli sedd eller lyssnad på kan leda till att individen inte får den vård som denne har rätt till samt leda till bristande compliance (Degni, Suominen, Essén, Ansari & Vehviläinen-Julkunen, 2012, s. 331). I vårdmötet finns en asymmetri där vårdpersonalen i kraft av sin kunskap och yrkesroll förfogar över resurser som är nödvändiga för individen,
vårdpersonal kan genom att lyssna in och försöka förstå individens livsvärld jämma ut maktförhållandet (Hemberg & Vilander, 2017, s. 823; Baggens och Sandén, 2014, s. 521).

**Bemötande och kommunikation i mötet med nyanlända**

Då det verbala uttrycket och kroppsspråket båda är kontextberoende blir det centralt att hitta vägar för god kommunikation i mötet med den nyanlända individen. Vid möten där individ och vårdgivare talar olika språk är det viktigt att en utbildad och professionell tolk närvarar personligen för att uppnå delaktighet och ett personcentrerat samtal. Det finns dock ändå risk att innebörden i vad som sägs inte alltid når fram. Samtal med tolk ställer även krav på sjuksköterskans kulturella kompetens då även den icke verbala kommunikationen kan skilja sig mellan kulturer vilket kan leda till missförstånd (Bäärnhielm, 2019, s. 316–317).

Att vårda nyanlända kan vara komplext då förväntningar på vården ofta utgår från individens tidigare erfarenheter av sjukvården dels i det nya landet och dels i tidigare kontext (Degrie, Gastman, Mahieu, Dierckx de Casterlé & Denier, 2017, s. 4). En positiv vårdupplevelse är beroende av individens uppfattning av att bli behandlad med respekt, kompetens och vänlighet. Detta skulle kunna exemplifieras utifrån en kvinnas upplevelse av bemötande då hon söker vård för sitt barn som har feber och blir avfärdad utan åtgärd. Om kvinnan ursprungligen kommer från ett land där malaria är vanligt förekommande kan kvinnan uppleva att hon inte tas på allvar och att vården inte är kompetent då feber kan vara en orsak till snabbt omhändertagande i malariadrabbade områden (Degrie et al., 2017 s. 14).

**Sjuksköterskans profession och personcentrerad omvårdnad**


I en globaliserad värld vårda sjuksköterskan individer med olika etnicitet och olika kulturell bakgrund vilket ställer krav på sjuksköterskan att ge personcentrerad vård utifrån förståelse för olika kulturer. Kulturellt kompetent vård innebär vård som ser individen bakom kulturen och sätter den unika individens behov och önskemål i centrum. Ett kulturellt kompetent
bemötandet syftar också till att motverka etnocentrism vilket innebär att majoritetskulturen sätts i centrum och andra bedöms och värderas utifrån den (Sutherland, 2002, s. 274). Det kan dock vara utmanande att ge vård som är kulturellt kompetent utan att reproduceras stereotyper och ge vård som utgår från kulturen istället för individen (Filler et al. 2020 s. 6). Genom att vårdpersonalen tillämpar ett personcentrerat förhållningssätt samt ett intersektionellt perspektiv förbättras bemötandet av individen oavsett kulturell bakgrund. Vården skall alltid utgå från individen och dennes enskilda behov och inte utgå från en föreställning om individens behov utifrån samhällets normer (van Herk, Smith & Andrew, 2011, s. 31).

**BÄRANDE BEGREPP**

**Intersektionalitet**

Könsmaktsordningen utgår från en skev maktfördelning mellan män och kvinnor och beskriver hur föreställningar om kön och normer kring kön begränsar kvinnors möjligheter att forma sina liv som individer. Kön ska alltid inkluderas i ett jämställdhetsperspektiv, men andra maktordningar har också en viktig roll. Ett intersektionellt perspektiv utifrån ett kritiskt förhållningssätt möjliggör tolkningar av flera maktstrukturer och maktordningar och hur de genomskär varandra, samverkar och skapar ojämlikhet (Rogers & Kelly, 2011, s. 399; van Herk et al. 2011, s. 31).

Intersektionalitetsbegreppet utgår bland annat från kön, sexualitet, etnicitet, ålder, klass och funktion vilket kan innebära att individen kan inneha privilegier på en plats i samhället, men inte på en annan. Begreppet synliggör fördelarna det kan innebära att följa normen och nackdelar som kommer med att bryta mot två eller flera normer samtidigt (Ambjörnsson, 2016, s. 177). Begreppet utgår även från att kategorierna uppräknade ovan är socialt konstruerade samt att maktrelationer inte är statiska utan skapas och omformas i samhället över tid och är kontextberoende. Intersektionalitet handlar om att se hur strukturerorna drabbar individen och att inte tillskriva individen egenskaper utifrån tillhörighet till en viss grupp eller utifrån föreställningar om kulturella skillnader (Lykke, 2003, s. 52). I ett vårdsammanhang kan ett intersektionellt perspektiv belysa hur flerdimensionella maktrelationer skapar asymmetrier i vårdrelationen, påverkar vårt agerande i mellanmänskliga möten och påverkar möjligheterna till god och jämförbar vård. Utan ett intersektionellt perspektiv i mötet med nyanlända finns risken att etnicitet får för stort fokus med följden att vårdpersonalen bemöter individen utifrån ett specifikt förhållningssätt och medicinska problem tolkas utifrån etniska eller kulturella föreställningar (van Herk et al. 2011, s. 31). Vårdpersonal måste reflektera och ifrågasätta strukturer samt ständigt arbeta med att utveckla sin intersektionella analys för att kunna ge jämförbar och jämsättad vård och därmed verka för social rättvisa (Holmgren, 2017, s. 173; van Herk et al. 2011, s. 32).

**PROBLEMFORMULERING**

Forskning visar att nyanlända kvinnor har större hälsoproblem och därmed ett större behov av vård än andra grupper, men söker vård i lägre utsträckning än män i liknande situation och
även i lägre utsträckning än inrikes födda kvinnor. Vården är ofta ojämlik när det kommer till vilken vård som erbjuds samt vilket bemötande individen får relaterat till bland annat etnisk bakgrund och kön. För att kunna ge en jämlik och jämställd vård behöver sjuksköterskor få ökad kunskap om nyanlända kvinnors upplevelse av att söka hälso- och sjukvård. Vi vill undersöka patientperspektivet för att bredda kunskapsområdet vilket kan bidra till att sjuksköterskor kan ge en mer personcenterad vård utifrån ett intersektionellt perspektiv.

**SYFTE**
Syftet med litteraturöversikten var att beskriva nyanlända kvinnors upplevelse av att söka hälso- och sjukvård.

**METOD**

**Design**
Figur 1: Polit och Becks niostegsmodell översatt till svenska av författarna till föreliggande studie.

Urval

Datansamling


**Tabell I: Sökmatrix**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Databas och datum</th>
<th>Sökord</th>
<th>Avgränsningar</th>
<th>Antal träffar</th>
<th>Lästa abstracts</th>
<th>Lästa artiklar i fulltext</th>
<th>Granskade artiklar</th>
<th>Valda artiklar</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>CINAHL 2020.11.13</td>
<td>(newly arr* OR refugee* OR asylum sek*) AND (<em>“Health care accessibility” OR “health care access”) AND (attitud</em> OR Percep* OR experien* OR barrier*)</td>
<td>2011–2020 engelsk text peer reviewed</td>
<td>164</td>
<td>35</td>
<td>17</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>CINAHL 2020.11.13</td>
<td>(newly arr* OR refugee* OR asylum sek*) AND women* AND (attitud* OR Percep* OR experien* OR barrier*)</td>
<td>2011–2020 engelsk text peer reviewed</td>
<td>156</td>
<td>5</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>PubMed 2020.11.16</td>
<td>(newly arr* OR refugee* OR asylum sek*) AND (<em>“Health care accessibility” OR “health care access”) AND (attitud</em> OR Percep* OR experien* OR barrier*)</td>
<td>2011–2020 engelsk text peer reviewed</td>
<td>45</td>
<td>9</td>
<td>5</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>PubMed 2020.11.16</td>
<td>(newly arr* OR refugee* OR asylum sek*) AND (<em>Nurse-patient relations OR Professional-patient relation) AND (attitud</em> OR Percep* OR experien* OR barrier*)</td>
<td>2011–2020 engelsk text peer reviewed</td>
<td>166</td>
<td>10</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>CINAHL 2020.11.23</td>
<td>(newly arr* OR refugee* OR asylum sek*) AND women* AND (attitud* OR Percep* OR experien* OR barrier*)</td>
<td>2006–2020 engelsk text peer reviewed</td>
<td>565</td>
<td>12</td>
<td>5</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Manuell sökning 2020.11.23</td>
<td></td>
<td>2006–2020 engelsk text peer reviewed</td>
<td>20</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Dataanalys**

Tabell II: Exempel på analysprocessen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Meningsbärande enhet</th>
<th>Kondenserad text</th>
<th>Kod</th>
<th>Subtema</th>
<th>Tema</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>“They expressed that the lack of Somali women’s proficiency in Finnish language hindered the interactions and was conducive to misunderstandings between the women and the health care providers” (Degni et al., 2013, s. 359)</td>
<td>Kvinnor som ursprungligen kom från Somalia uttryckte hur bristande språkkunskaper i det finska språket hindrade interaktionen mellan kvinnan och vårdpersonalen och ledde till missförstånd.</td>
<td>Missnöje med kommunikation</td>
<td>Hinder för samtal</td>
<td>Tillgänglighet</td>
</tr>
<tr>
<td>“They felt that Canadian healthcare providers’ responses to their health concerns were slow, particularly compared to what they had experienced prior to the war in Syria.” (Guruge et al., 2018, s. 6).</td>
<td>Kvinnor upplevde att vårdpersonalen i Canada agerade långsamt och inte tog deras hälsovårdproblem på tillräckligt stort allvar jämfört med deras erfarenheter från Syrien.</td>
<td>Bristande individanpassning av vården</td>
<td>Kontextuella förväntningar</td>
<td>Bemötande</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Etiska aspekter

Helsingforsdeklarationen som antogs 1964 av World Medicine Association är ett internationellt etiskt styrdokument som riktar sig mot medicinsk forskning där människor är involverade. För att följa styrdokumentet får forskning endast bedrivas om den är godkänd av en etisk kommitté. Forskningen ska sätta individen före vetenskapen och därmed minimera påverkan på individen samt skydda individens identitet och integritet (World Medical
RESULTATREDOVISNING

Artiklarna presenteras i artikelmatrisen, se bilaga 2. En översikt av teman och subteman redovisade för varje artikel presenteras i tabell III.

Gemensamt för samtliga studier är att studiedeltagarna upplevde varierande och ibland likartade hinder för att få tillgång till adekvat vård. En del av studiedeltagarna framhåller visserligen att vården som erbjuds är bra, men att den inte upplövs anpassad för dem.

**Tabell III: Teman och subteman**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Huvudtema:</th>
<th>Tillgänglighet</th>
<th>Bemötande</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Subtema</td>
<td>Hinder för</td>
<td>Tillgång till</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>samtal</td>
<td>resurser</td>
</tr>
<tr>
<td>Anaman-Torgbor et al., (2013).</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Degni et al., (2013).</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Donnelly et al., (2011).</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Floyd &amp; Sakellariou</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Glavin &amp; Sæteren (2016).</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Guruge et al., (2018).</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Henry et al., (2019).</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Origlia Ikhilor et al., (2019).</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Parajuli et al., (2019).</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
<tr>
<td>Pavlish et al., (2010).</td>
<td>x</td>
<td>x</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tillgänglighet

Kvinnor i samtliga studier beskriver upplevda svårigheter när det kommer till tillgänglighet i samband med vårdökande (Anaman-Torgbor et al., 2017, s. 24–28; Degni et al., 2013, s. 335–360; Donnelly et al., 2011, s. 282–285; Floyd & Sakellariou, 2017, s. 5–7; Glavin & Sæteren, 2016, s. 3–5; Guruge et al., 2017, s. 4–7; Henry et al., 2019, s. 440–445; Origlia Ikhilor et al., 2019, s. 2203–2206; Parajuli et al., 2019, s. 15–17; Pavlish et al., 2010, s. 355–358). Hinder för samtal, bristande resurser och svårigheter att navigera i sjukvårdssystemet bidrog var för sig eller tillsammans till en negativ upplevelse av tillgänglighet (Donnelly et al., 2011, s. 282–285; Henry et al., 2019, s. 440–445). Den bristande tillgängligheten kunde till viss del kompenseras genom att individen bad äldre familjemedlemmar eller landsmän från sitt sociala nätverk om hjälp (Henry et al., 2019, s. 443). Genom att resurser och kunskaper delas mellan individer med liknande bakgrund och upplevelser ökar möjligheterna att kunna söka vård i en ny kontext (Guruge et al., 2017, s. 8).

Hinder för samtal

Flera kvinnor uppgav att de inte kunde planera inför besök hos vården relaterat till svårigheter att läsa, förstå och följa anvisningar och kallelser inför besöken. Språkbarriärer kunde även medföra att kvinnorna inte kunde vara delaktiga i sin vård i den utsträckning de önskade, vilket bland annat innebar att de inte fick möjlighet att ställa frågor i samband med undersökningar och behandlingar (Floyd & Sakellariou, 2017, s. 11; Origlia Ikhilor et al., 2019, s. 2204). Vid förebyggande vård i samband med screeningprogrammen för mammografi och cellprovtagning bidrog språkbarriärer till att kvinnorna gick med på undersökningar utan att ha förstått innebörden och kunnat ge informerat samtycke. Kvinnorna beskriver även att information om screening och vilken nytta det medförde ofta var otillräcklig vilket innebar att de uteblev från bokade besök (Anaman-Torgbor et al., 2017, s. 25–26; Parajuli et al., 2019, s. 16). Negativa upplevelser av kommunikation i samband med förlossning och postpartumperioden medförde att kvinnorna kände sig otrygga (Glavin & Sæteren, 2016, s. 4). Upplevelser av att vårdpersonalen endast tillhandahöll den absolut nödvändigaste informationen relaterat till upplevda eller förmodade språkbarriärer ledde till onödiga komplikationer och lidande (Pavlish et al., 2010, s. 358). En kvinna beskriver hur hon inte förstod vad som hände varken innan, under eller efter en abort relaterat till komplikationer.

“I did not understand what they then discussed among themselves. To this day, I have no explanation why all this had to be done [a termination of pregnancy with complications]. […] They could have treated me as a human” (Origlia Ikhilor et al., 2019, s. 2204).

En annan kvinna beskriver att hon talade flytande engelska, trots detta upplyste inte vårdpersonal henne om att hon var tvungen att fortsätta ta läkemedel hela graviditeten vilket ledde till att hon fick läggas in på sjukhus i ett senare skede (Pavlish et al., 2010, s. 358). Svårigheter att göra sig förstådd kunde leda till missförstånd vilket medförde att fel åtgärder sattes in eller att de helt uteblev (Origlia Ikhilor et al., 2019, s. 2205). Svårigheter att göra sig
förstådd innebär även att kvinnorna inte sökte vård om det inte var absolut nödvändigt (Guruge et al., 2018, s. 6; Parajuli et al., 2019, s. 16). Individanpassad information och kommunikation på ett språk som kvinnorna behärskar skulle få fler att söka vård vilket skulle minska onödigt lidande och isolering när det kommer till vårdssökande för psykisk ohälsa (Donnelly et al., 2011, s. 284).

För att öka tillgänglighet och delaktighet i vården är det nödvändigt att individen kan göra sig förstådd och också förstå vad som sägs vilket en tolk kan bidra med när det inte finns möjlighet att kommunicera på ett språk individen behärskar. Det framkommer att tillgänglighet till tolk varierar stort och att bristande tillgänglighet och/eller negativa upplevelser vid användning av tolk medför att kvinnorna i många fall använder sig av anhöriga, grannar eller vänner istället för auktoriserade tolkar (Floyd & Sakellariou, 2017, s. 10). En personlig relation till tolken kunde dock medföra ogyrnsmamma situationer, en kvinna beskriver hur hennes 15 åriga dotter tolkar vid en komplicerad förlossning och att kvinnan i efterhand oroar sig över hur det påverkar dotterns mentala hälsa och syn på förlossningar (Henry et al., 2019, s. 442–443). När familjemedlemmar eller bekanta tolkar vid ett vårdbesök kan det också medföra att kvinnan upplever att hon av integritetsskäl inte kan eller vill tala om sina problem i den utsträckning som krävs för att få adekvat hjälp (Floyd & Sakellariou, 2017, s. 10). Tolk kan vara till stor hjälp, men kan också upplevas hindrande genom att individen upplever att det är svårt att tala med vårdpersonalen om sina problem när ytterligare en person - tolken finns i rummet (Pavlish et al., 2010, s. 358). Tolkar av manligt kön kan medföra svårigheter att tala om hälsoproblem framförallt i samband med besök kopplade till sexuell och reproduktiv hälsa (Guruge et al., 2018, s. 6).

**Tillgång till resurser**

Bristande tillgång till resurser såsom socialt nätverk, ekonomiska medel och praktiska verktyg leder till svårigheter att söka vård (Degni et al., 2013, s. 335–360; Donnelly et al., 2011, s. 282–285; Floyd & Sakellariou, 2017, s. 5–7; Guruge et al., 2017, s. 4–7; Henry et al., 2019, s. 440–445; Origlia Ikhilor et al., 2019, s. 2203–2206; Pavlish et al., 2010, s. 355–358). Det framkommer att tillgång till internet kan vara en viktig resurs och en källa till kunskap samtidigt som svårigheter som använda datorer och bristande tillgång till internet istället medförde särre förutsättningar att själv kunna söka information och boka besök hos vård (Guruge et al., 2017, s. 5). Tillgång till resurser såsom utbildning och språkkunskaper varierade stort vilket kunde medföra att kvinnor som hade fått tillgång till utbildning eller kunde tala det nya språket hade en bättre upplevelse av tillgänglighet än de som inte kunde språket eller hade fått möjlighet att lära sig läsa och skriva. (Floyd & Sakellariou, 2017, s. 6; Guruge et al., 2017, s. 7; Henry et al., 2019, s. 443).

Otillräckliga ekonomiska medel medförde svårigheter att betala för vården och också svårigheter att betala för att ta sig till besöken hos hälso- och sjukvården (Guruge et al., 2018, s. 7). Att bo utanför stadskärnan i områden där tillgången till kollektiva färdermedel var bristfällig kunde innebära långa färdersträckor och många byten i kollektivtrafiken för att kunna ta sig till ett vårdbesök (Floyd & Sakaellariou, 2017, s. 6; Guruge et al., 2017, s. 7). En kvinna
berättar att hon hade ringt ambulans för att hon inte visste hur hon annars skulle få träffa en läkare samt var rädd för att gå vilse på vägen till vårdinrättningen (Floyd & Sakellariou, 2017, s. 6). Svårigheter att få tillgång till information om hur olika färdmedel fungerade och rädda för att inte hitta fram till vårdinrättningen gjorde att kvinnorna inte uppsökte vård. Goda sociala nätverk kunde kompensera för bristande tillgänglighet. Det kunde innebära att få hjälp att ta sig till vårdbesök som låg långt från hemmet, få stöd att förstå hur kollektivtrafiken fungerar eller få råd och stöd kring hälsoproblem när vården inte kunde förmedla detta (Guruge et al., 2018, s. 8; Henry et al., 2019, s. 443).

Merparten av kvinnorna beskrev upplevda svårigheter att förstå och navigera i sjukvårdssystemet (Donnelly et al., 2011, s. 284; Guruge et al., 2017, s. 5; Origlia Ikhilor et al., 2019, s. 2204; Pavlish et al., 2010, s. 356).

Kvinnorna beskrev att det var svårt att veta när, hur och vem man skulle vända sig till när behov uppstod och vem som var ansvarig för vården (Donnelly et al., 2011, s. 234; Guruge et al., 2018, s. 5; Origlia Ikhilor et al., 2019, s. 2204). Det framkommer svårigheter att få tillgång till information om vilken vård som är subventionerad och täcks av samhället eller egna hälsorättsåtgärder samt vilka betalningsalternativ som finns tillgängliga när individen själv ska betala för vården (Guruge et al., 2018, s. 5). Merparten av kvinnorna bosatta i länder med sjukvårdssystem där individen själv måste betala för vården uppger att de inte söker vård på grund av förmodade kostnader och ekonomiska hinder vilket kvinnorna i övriga länder inte uppger i lika hög grad, det tolkar författarna till föreliggande studie kan bero på skillnader i sjukvårdssystemen när det kommer till kostnader för vården (Pavlish et al., 2010, s. 357).

**Bemötande**

Upplevelser av att vårdpersonalen inte visste hur de skulle ge vård som tog hänsyn till individens unika behov samt kulturella och traditionella aspekter bidrog till att kvinnorna upplevde att vårdpersonalen bemötte dem på ett okänsligt sätt (Degni et al., 2013, s. 335–360; Glavin & Sæteren, 2016, s. 3–5; Guruge et al., 2017, s. 4–7; Origlia Ikhilor et al., 2019, s. 2203–2206; Parajuli, 2019, s. 15–17; Pavlish et al., 2010, 355–358). Några kvinnor invänder dock mot detta och berättar om positiva upplevelser av bemötande, att de upplevde sig lyssnade på och att vårdpersonalen stöttade dem på ett betryggande sätt (Degni et al., 2013, s. 359).

**Förståelse för olika kulturer**

Återkommande beskriver kvinnorna att vårdpersonal hade svårigheter att förstå deras livsvärld. Flera kvinnor beskrev att de undvek att ställa frågor vid vårdbesök då de var rädda för att bli stämplade som anomlunda och krångliga relaterat till kulturella skillnader (Donnelly et al., 2011, s. 284; Origlia Ikhilor et al., 2019, s. 2203–2204; Pavlish et al., 2010,
I samband med vårdbesök uppgavs ibland andra orsaker till besöket relaterat till att den egentliga orsaken upplevdes känslig eller kändes svår att tala om. Det framkommer en önskan om mer individuellt anpassad och flexibel vård utifrån kulturella värden (Pavlish et al., 2010, s. 358).

Några kvinnor, samtliga nyanlända från samma land beskriver fördelarna med bli erbjudna kostnadsfria preventivmedel i det nya landet. Att begränsa möjligheterna till graviditet och att diskutera preventivmedel hade varit otänkbart i ursprungslandet relaterat till traditioner och religiösa övertygelser (Degni et al., 2010, s. 11–12). Andra kvinnor i samma studie med liknande bakgrund beskriver istället att de ser det som en förlämplande mot deras kultur och deras religiösa övertygelse att bli erbjuden preventivmedel (Degni et al., 2013, s. 11). Delade erfarenheter till trots har kvinnorna olika uppfattningar och reagerar olika vilket visar vitken av att kunna ge vård utifrån den enskilda individen och inte utifrån föreställningar om dennes kultur (Degni et al., 2010, s. 11–12). Rädsla för stigmatisering och diskriminering gjorde att vårdökande sköts upp vilket medförde att sjukdom hann utvecklas och fick större konsekvenser än om vård sökts i ett tidigare skede. Att bli utsatt för diskriminering ledde till onödig lidande och en känsla av utanförkap (Donnelly et al., 2011, s. 282; Floyd & Sakellariou, 2017, s. 5; Pavlish et al., 2010, s. 357).

The doctor was an old man and when he see our ID he said, ”oh, from Sudan. Oh, Sudanese, they are the worst people....I felt really bad. I'm a human like them. I have everything; the only thing that I cannot understand is language (Floyd & Sakellariou, 2017, s. 5).

Upplevelser av sämre bemötande beskrivs när kvinnan bar traditionella kläder och flera kvinnor beskriver frustration när vårdpersonalen insisterade på att boka tolk trots att de talade språket flytande och kopplade det till att vårdpersonalen diskriminerade dem utifrån deras bakgrund (Pavlish et al., 2010, s. 357). En kvinna fick inte tillgång till tolk under ett samtal inför hennes barns operation, vårdpersonalen vände sig endast till socialarbetaren som närvarade under samtalen vilket fick kvinnan att känna att hon inte togs på allvar eller respekterades som barnets mor (Floyd & Sakellariou, 2017, s. 4).

Upplevelsen av diskriminering och av besöket i sig inom hälso- och sjukvården kunde medföra en negativ upplevelse som utgjorde ett hinder för vårdökande (Floyd & Sakellariou, 2017, s. 6–7; Glavin & Sæteren, 2016, s. 4–5).

**Kontextuella förväntringar**

Kvinnorna beskriver att de upplevde en kulturell skillnad i vården när det kom till värderingar och förväntringar vilket utgjorde en orsak till otålighet och att vården upplevdes otillfredsställande. Det exemplifieras bland annat genom beskrivningar av vitken av så få interventioner som möjligt under graviditet och barnafödande vilket kvinnorna inte upplevde respekterades av vårdgivarna i tillräckligt stor uträckning (Origlia Ikhlilor et al., 2019, s. 2205). Flera kvinnor beskriver upplevelser av att det tog lång tid att få hjälp i det nya landets sjukvårdssystem och att det var svårt att få träffa en specialistläkare (Guruge et al., 2018, s. 257).
Behandlingsmetoder och procedurer som fanns att tillgå motsvarade inte alltid vad kvinnorna var vana vid vilket heller inte förklarades på ett för kvinnorna tillfredsställande sätt. En del åkommor beskrivs som svåra att tala om, mental hälsa och sexuell hälsa var två områden som beskrivs stigmatiserade och särskilt svåra att tala om vilket ledde till ett tyst lidande (Donnelly et al., 2011, s. 283–285; Pavlish et al., 2010, s. 357).

I experience a lot of trauma and anxiety and fear but I haven’t gone to any specialist to treat that as a medical issue. It’s just a fear of unknown [consequences]. In my culture, when you hear [that someone has] a mental illness, people fear you. Nobody wants to come close to you because [they think], “Oh, she’s crazy.” That’s the word we use. “She’s crazy don’t go close to her, she will make you crazy,” or something like that … (Donnelly et al., 2011, s. 282).

Flera kvinnor beskriver att korta besök och att vårdpersonalen inte kom ihåg deras namn medförde att de inte upplevde sig tagna på allvar då de var vana vid att ha en personlig relation med vårdpersonalen (Degni et al., 2013, s. 13). Det framkommer att många söker vård endast när symptomb upptäcker vilket leder till att de uteblir från screening. Bristande erfarenhet av prevention och screening leder till att sjukdom beskrivs som ett tillstånd baserat på symptom där individen upplever att hon håller sig frisk genom att hålla sig borta från vården (Parajuli, 2019, s. 17; Pavlish, 2010, s. 355). Detta kan tolkas som att det finns ett behov inte bara av information om förfarandet kring screening och prevention utan också behov av att tydligt beskriva vilken nytta det kan medföra (Anaman-Torgbor et al., 2017, s. 26; Parajuli, 2019, s. 16). Ett mer holistiskt synsätt på hälsa som en del av individens dagliga liv och en tro på naturmedicin beskriver flera kvinnor som en viktig aspekt som vårdpersonalen i det för dem nya sjukvårdssystemet inte tog hänsyn till och i vissa fall inte respekterade (Guruge, 2019, s. 6).

**DISKUSSION**

**Metoddiskussion**

Syftet med denna allmänna litteraturstudie var att beskriva nyanlända kvinnors upplevelse av att söka hälso- och sjukvård. Syftet besvaras genom innehållsanalys av tio kvalitativa vetenskapliga artiklar vilket resulterade i två teman; tillgänglighet och bemötande som i sin tur delades upp i fyra subteman. Tillgänglighet delades upp i hinder för samtal och tillgång till resurser, bemötande delades upp i ytterligare två subteman förståelse för olika kulturer och kontextuella förväntningar. Resultatet har tolkats utifrån ett intersektionellt perspektiv med intersektionalt som bärande begrepp. Sammantaget beskriver kvinnorna varierande och ibland likartade hinder för att få tillgång till adekvat vård.


**Trovärdighet och giltighet**


bedömningar och tolkningar vilket kan ses som en styrka. Allt material som svarar an på föreliggande studies syfte har använts i analysen och en representativ del har redovisats i resultatet. Det material som inte hade relevans för föreliggande studies syfte har exkluderats vilket innebär att studiernas material har använts i olika stor grad i analysen. Datamättnad kan anses ha uppnåtts då inga nya teman eller subteman framkom efter att drygt hälften av artiklarna analyserats. Det systematiserade arbetssättet har bidragit till att minska risken för bias vilket kan anses förstärka analysprocessen (Polit & Beck, 2017, s. 161–162).

**Överförbarhet och generaliserbarhet**


Att enbart använda kvalitativ forskning och därmed exkludera kvantitativ forskning medför en begränsning i studiens överförbarhet vilket baseras på färre antal studiedeltagare och att studien är mer beroende av sammanhanget vid kvalitativ forskning (Polit & Beck, 2017, s. 164). Valda studier kommer dock från olika delar av världen med varierande sjukvårdssystem, studierna har innefattat olika vårdkontexter, nyanlända kvinnor i varierande ålder samt med olika bakgrund vilket kan ses som en styrka och öka överförbarheten då liknande erfarenheter framkommer mellan studierna och de olika länderna vilket gör att resultatet också kan ses i en mer global kontext (Polit & Beck, 2017, s. 164). Genom att använda en erkänd arbetsmodell och vidare noggrant beskriva hur arbetsprocessens alla delar genomförts systematiskt samt redovisat detta i både text och tabellform kan en tillfredsställande trovärdighet, giltighet och stabilitet anses ha uppnåtts och studiens resultat kan anses vara reproducierbart och skulle bli likvärdigt om andra författare genomförde en ny studie i enlighet med metodbeskrivningen i föreliggande studie (Polit & Beck, 2017, s. 89).

**Resultatdiskussion**

upplevelse när individen söker vård vilket också styrks av Hankivsky (2012, s. 1717) som menar att ett intersektionellt perspektiv bidrar till att se hur dessa faktorer korrelerar med individens hälsa då det leder till att vårdökande skjuts upp, individen får ett sämre bemötande och därmed en sämre livskvalité.

**Vård som inte är tillgänglig och individanpassad**

Föreliggande studie visar att flera kvinnor är nöjda med kvalitén på vården, men att den inte upplevs anpassad för dem vilket också styrks av Mangrio och Sjögren Forss (2017, s. 11) som menar att många kvinnor upplever att de får god vård, men att den är svår att få tillgång till och inte upplevs individanpassad. Bilden nyanseras dock av kvinnor som varken är nöjda med kvalitén på vården eller anser den tillgänglig och individanpassad vilket också styrks av Wolf (2012, s. 30) menar att individanpassad vård är detsamma som personcentrerad vård och när vården inte är personcentrerad så upplevs den otillgänglig. van Herk (2011, s. 33) menar att intersektionalitetsbegreppet är viktigt för att förstå individers upplevelser av vård i relation till individens unika livsvärld. Skillnader i olika sjukvårdssystem gällande vilken vård som erbjuds och hur vården är upbyggd kunde medföra skilda förväntningar mellan individ och vårdpersonal. När dessa skillnader inte adresseras får individen inte en tillfredsställande förklaring till dessa och missnöje uppstår vilket också styrks av Small et al. (2014, s. 8) som menar att tydlig kommunikation och kontinuitet tillsammans med att se individen bidrar till en mer positiv upplevelse av att söka vård.

Föreliggande studie visar att tidigare upplevelser och normer kring vårdökande i ursprungslandet kunde påverka när och hur kvinnan sökte vård i det nya landet vilket också styrks av Degri et al. (2017, s. 4) som menar att nyanländas vårdökande och förväntningar på vården ofta utgår från individens tidigare erfarenheter av sjukvården i tidigare kontext. Vidare framkommer det i föreliggande studie att kvinnorna beskriver vårdökande som symtombaserat där de söker vård endast när symptom uppstår vilket innebär att de uteblir från screening. Det visar återigen att det inte enbart är faktorer i det nya landet som påverkar hur och i vilken omfattning kvinnorna söker vård, det kan även bero på att kvinnorna tidigare sökt vård i låg uträckning även i ursprungslandet vilket styrks av Leppälä et al. (2019, s. 10–11) som menar att många nyanlända kvinnors vårdökande i det nya landet återspeglar tidigare vårdökande i ursprungslandet. Det framkommer i föreliggande studie att kvinnorna upplevde att vårdpersonalens hade bristande förståelse för kvinnornas livsvärld vilket gjorde att de inte förståd varför kvinnorna inte kunde följa vissa behandlingsriktlinjer och att de istället upplevdes som icke följsamma. Denna studie visar att vården bör vara personcentrerad för att kunna anpassas och ske utifrån individen och dennes behov vilket exemplifieras av hur kvinnor med liknande bakgrund beskrev olika syn på användandet av preventivmedel vilket också styrks av van Herk et al. (2011, s. 33) som menar att trots liknande bakgrund finns det individuella skillnader och perspektiv i grupper då flera kategorier såsom ålder och relationsstatus genomskär, samverkar och gemensamt skapar individens identitet.

**Kommunikationsproblem och tolkar som brister**

Föreliggande studie visar, att när individen söker vård uppstår ofta svårigheter relaterat till
språkbarriärer, kommunikationsproblem, upplevelse av diskriminering samt brist på respekt för individens värderingar och förväntningar vilket tillsammans eller var för sig påverkar om individen upplever mötet med vården tillfredsställande och får hjälp med det faktiska problemet. Språkbarriärer kunde medföra svårigheter såväl i det fysiska mötet som svårigheter i att navigera i sjukvårdsystemet. Språkbarriärer och kommunikationssvårigheter ledde ofta till att kvinnorna inte kände sig delaktiga i vården genom att de inte fick tillräckligt med information och därmed inte kunde ta informerade beslut gällande sin vård vilket styrks av såväl Filler, Jameel & Gagliardi (2020, s. 6–8) och Small et al. (2014, s. 8) som menar att vårdpersonal brister i att förmedla olika behandlingsalternativ och att inkludera kvinnan i viktiga beslut kring hennes vård. Knapphändig information eller information som delgavs utan att få bekräftat att individen förstått relaterat till faktiska eller förmodade språkbarriärer ledde i flera fall till onödiga komplikationer vilket också styrks av Leppälä et al. (2019, s. 8) som menar att nyanlända kvinnor diskrimineras och inte tas på allvar. I föreliggande studie framkommer att svårigheter visade sig ha olika proportioner beroende på individens egna resurser vilket korrelerar med intersektionalitetsbegreppet och styrks av van Herk et al. (2011, s. 32) som menar att vårdpersonal måste reflektera och ifrågasätta strukturer samt ständig arbeta med att utveckla sin intersektionella analys för att kunna ge jämlig och jämställd vård.

Föreliggande studie visar att tolk kunde underlätta mötet med hälso- och sjukvården samtidigt som tillgänga till tolk varierade stort då tolk inte rutinmässigt tillhandahålls i alla länder vilket styrks av Ian, Nakamura-Florez & Lee (2016, s. 257) som menar att användandet av tolk i möten med vården kan bidra till individen känner sig trygg, bra bemött samt delaktig i sin vård. När professionella tolkar inte fanns att tillgå eller inte erbjöds tog kvinnan ibland hjälp av barn, anhöriga eller vänner vilket ofta blev problematiskt för kvinnan då hon av integritetsskäl inte ville eller kunde diskutera sitt hälsovårdstillsänd i lika stor utsträckning. Det framkom även rädska för att tolkarna skulle översätta på ett felaktigt sätt vilket också styrks av Leppälä et al. (2019, s. 10) som menar att kvinnor i flera fall saknar förtroende för tolkarna då de är rädda för att de översätter felaktigt. Detta nyanseras dock till viss del av att kvinnor även ansåg att det var svårt att diskutera sitt hälsovårdstillsänd med professionella tolkar närvarande framförallt när tolkarna var av manligt kön. Flera kvinnor kände sig inte bekväma med vårdpersonal och tolkar av manligt kön. Small et al. (2014, s. 9) beskriver dock att inrikes födda kvinnor sällan tillfrågas om de upplever att det är problematiskt att vårdas av män i utsatta situationer vilket innebär att det inte går att dra några slutsatser om dessa upplevelser skiljer sig åt mellan nyanlända och inrikes födda kvinnor. Intersektionalitetsbegreppet kan här bidra med en mer neutral analys då begreppet innebär att inte tillskriva individen egenskaper utifrån tillhörighet till en viss grupp eller utifrån föreställningar om kulturella skillnader (Lykke, 2003, s. 52).

Social orättvisa och praktiska hinder som leder till lidande
I föreliggande studie framkommer att hinder för vårdökningska ofta är av praktisk karaktär med svårigheter att navigera i sjukvårdsystemet, svårigheter att transportera sig med kommunala färdmedel och bristande ekonomiska resurser vilket styrks av både Lebano et al. (2020, s. 6) och Mangrio & Sjögren Forss (2017, s. 12) som menar att detta leder till missade besök hos

Social orättvisa och praktiska hinder som leder till lidande
I föreliggande studie framkommer att hinder för vårdökningska ofta är av praktisk karaktär med svårigheter att navigera i sjukvårdsystemet, svårigheter att transportera sig med kommunala färdmedel och bristande ekonomiska resurser vilket styrks av både Lebano et al. (2020, s. 6) och Mangrio & Sjögren Forss (2017, s. 12) som menar att detta leder till missade besök hos

Social orättvisa och praktiska hinder som leder till lidande
I föreliggande studie framkommer att hinder för vårdökningska ofta är av praktisk karaktär med svårigheter att navigera i sjukvårdsystemet, svårigheter att transportera sig med kommunala färdmedel och bristande ekonomiska resurser vilket styrks av både Lebano et al. (2020, s. 6) och Mangrio & Sjögren Forss (2017, s. 12) som menar att detta leder till missade besök hos
vården och oro hos kvinnor. Sjukvårdssystem som inte erbjuder avgiftsfri eller subventionerad vård skapar oro hos nyanlända kvinnor när de inte har möjlighet att kunna betala för sin egen eller familjens vård vilket beskrivs både av de kvinnor som har faktiska behov av vård, men även av de som oroar sig över att behöva vård i framtiden vilket styrks av Mangrio & Sjögren Forss (2017, s. 12) som menar att när individen inte kan betala för sin vård leder detta till oro, ångest och lidande för individen. Denna studie visar att kvinnor i länder med ett sjukvårdssystem som erbjuder subventionerad eller avgiftsfri vård inte lika tydligt beskriver den ekonomiska oron som ett hinder för att söka sjukvård. I föreliggande studie framkommer att kvinnor som inte haft tillgång till utbildning och därmed inte kunde läsa, skriva eller tala det nya språket beskrev sämre upplevelser av att söka vård än kvinnor som hade fått tillgång till utbildning även om inte heller de talade det nya språket. Kvinnor som talade det nya språket hade mer positiva upplevelser av bemötande och kvalitén på vården samt tillträde till vård i större utsträckning även om också de upplevde att de inte blev behandlade som enskilda individer utan att bemötandet speglades av en tro om deras person utifrån deras status som nyanlända vilket styrks av såväl Small et al. (2020, s. 9) som Mangrio & Sjögren Forss (2017, s. 14) som menar att individer diskrimineras utifrån bristande språkunskaper och individens kulturella bakgrund vilket också korrelerar med intersektionalitetsbegreppet.

I föreliggande studie framkommer att språk och svårigheter kopplat till språkunskaper är faktorer som påverkar nyanlända kvinnors hälsa. Vidare beskriver många kvinnor att de tar hand om hem, barn och äldre släktingar i större utsträckning än mannen vilket minskar möjligheterna till språkundervisning och leder till att de lättare hamnar utanför samhället och får svårare att etablera sig på arbetsmarknaden vilket styrks av Watkins, Razee & Richters (2012, s. 132), som menar att män får större möjligheter att etablera sig i det nya landet då de inte har ansvar för hem och barn i samma utsträckning. Genom att lägga till ett intersektionellt perspektiv framkommer hur flera maktförhållanden verkar tillsammans och påverkar kvinnans möjligheter till god hälsa genom utbildning, arbetsliv och möjligheter att forma sitt liv som en enskild individ vilket också styrks av Rogers & Kelly (2011, s. 399) som menar att ett intersektionellt perspektiv kan identifiera social orättvisa vilket skapar möjligheter att agera. Social orättvisa och maktstrukturer påverkar individen på olika sätt både inom och mellan grupper (Rogers & Kelly, 2011, s. 399). Maktförhållanden existerar både på mikro och makronivå, både i mellanmänskliga möten och utifrån hur samhället är konstruerat vilket påverkar individens hälsa, tillgång till utbildning och tillgång till hälsos- och sjukvård (Rogers & Kelly, 2011, s. 399).

Föreliggande studie visar att forskning kring nyanlända kvinnors upplevelse av att söka hälso- och sjukvård är begränsad vilket också styrks av Rogers & Kelly (2011, s. 399) som menar att social orättvisa avgör vilken forskning som bedrivs och vem som får fördelar utifrån detta och vem som missgynnas. De skriver vidare att den forskning som bedrivs är socialt konstruerad utifrån den kontext där den bedrivs vilket innebär att inget forskningsresultat kan tolkas som en absolut sanning (Rogers & Kelly, 2011, s. 399).
SLUTSATSER

Att söka hälso- och sjukvård som nyanländ kvinna kan leda till lidande då vården inte upplevs personcentrerad vilket medför en negativ upplevelse där individens behov inte tillgodoses. Bristande bemötande och bristande förståelse för olika kulturer leder till att nyanlända kvinnor upplever utanförskap och diskriminering i mötet med vården där upplevelsen av mötet i sig kan bli ett hinder för framtida vårdsökande. Hinder kopplat till kommunikation, olika förväntningar på vården som erbjuds och svårigheter av praktisk karaktär bidrar var för sig eller tillsammans till en bristande upplevelse av tillgänglighet. Sammanfattningsvis ser författarna till föreliggande studie att sårbara sociala situationer tillsammans med flera samverkande maktordningar och strukturell ojämlikhet ökar individens lidande något som sjuksköterskan behöver ta i beaktande vid omvårdnad vilket också går i linje med sjuksköterskans skyldighet att ge vård utifrån ett normkritiskt förhållningssätt samt uppmärksamma sårbara och utsatta grupper i behov av stöd.

Kliniska implikationer

I föreliggande studie framkommer att brister i bemötande i många fall handlar om att vårdpersonal har en föreställning om individen och dennes behov utifrån normativa föreställningar om dennes bakgrund vilket inte tar hänsyn till skillnader inom gruppen. Författarna till föreliggande studie anser att vi behöver öka sjuksköterskors självreflektion, medvetenhet och kompetens för att inte bidra till skapandet och bibehållandet av ojämlikheter. Sjuksköterskan behöver också problematisera och reflektera kring sin egen position i vårdmötet då sjuksköterskans identitet inte är värdeneutral utan formas av de maktrelationer och den kontext vi befinner oss i. Vidare finns ett behov av utbildning kring intersektionalitet i vården för att kunna ge individens personcentrerad vård i en globaliserad värld.

Förslag på fortsatt forskning

REFERENSER

* Artiklar som inkluderats i resultatet


**Bedömning av studier med kvalitativ metodik**

**SBU:s granskningsmall för kvalitativa studier**

---

**Formulär:**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anmärkningar</th>
<th>Ja</th>
<th>Nej</th>
<th>Oklar</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Högsta kvalitet av medvetna hänsyn</td>
<td>Q</td>
<td>Q</td>
<td>Q</td>
</tr>
<tr>
<td>Högsta kvalitet av skilda kvalitativa studier</td>
<td>Q</td>
<td>Q</td>
<td>Q</td>
</tr>
<tr>
<td>Högsta kvalitet av de flesta studier</td>
<td>Q</td>
<td>Q</td>
<td>Q</td>
</tr>
<tr>
<td>Högsta kvalitet av de flesta avsiktliga studier</td>
<td>Q</td>
<td>Q</td>
<td>Q</td>
</tr>
</tbody>
</table>

---

**SAMBÄR**

---

**Anmärkning:**

---

**Bedömning av studier med kvalitativ metodik**

---

**BILAGOR**

---

**Bilaga 1**

---

**SBU:s granskningsmall för kvalitativa studier**

---
Frågor som används i samband med bedömning i CERQual
Bedömningarna görs enhilt för studier som ska ingå i synen.

6. Relevanta

- Studien är relevant
  - Ja
  - Nej
  - Oklart

- Studien har partiellt relevanta
  - Ja
  - Nej
  - Oklart

- Relvanans gräns rör ett bedöms
  - Ja
  - Nej
  - Oklart

Kommentarer:

7. Koherens

<table>
<thead>
<tr>
<th>Stödfrågor</th>
<th>Ja</th>
<th>Nej</th>
<th>Oklart</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hur är den koherens av dataanalysen?</td>
<td>✓</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hur konstnärliga data på ett lämpligt sätt?</td>
<td>✓</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Underbyggda och samtida data ersättelser?</td>
<td>✓</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Kommentarer:

8. Tillämpliga data

<table>
<thead>
<tr>
<th>Stödfrågor</th>
<th>Ja</th>
<th>Nej</th>
<th>Oklart</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Var anledde studieobjektets tillämpliga data? (t.ex. om måttade uppföljer)</td>
<td>✓</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hur har den datauppföljning varit sådan att den inte uppenbar</td>
<td>✓</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Kommentarer:

4. Analys

- Vilken metod användes för analys?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Stödfrågor för bedömning av brister i analysmatematik</th>
<th>Ja</th>
<th>Nej</th>
<th>Oklart</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hur uttrycker man att man har genomfört på ett lämpligt sätt?</td>
<td>✓</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hur innebär en effektiv avbildning av data?</td>
<td>✓</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vara relevanta relationer?</td>
<td>✓</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fins det allvarliga brister i analysen som kan påverka tillförlitligheten?</td>
<td>✓</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Kommentarer:

3. Forskaren

- Vilken bakgrund och kompetens hade forskaren?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Stödfrågor för bedömning av brister</th>
<th>Ja</th>
<th>Nej</th>
<th>Oklart</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hur karakteriseras relation till datainnehavarna?</td>
<td>✓</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hur innebär en kontrollerad på ett effektivt sätt?</td>
<td>✓</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vara relevanta relationer?</td>
<td>✓</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fins det allvarliga brister i analysen som kan påverka tillförlitligheten?</td>
<td>✓</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Kommentarer:

Gör en samtal bedömning av risken för att metodproblemat påverkar resultaten.
För in det på sidan 1.

Hämtad från: https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf
### Bilaga 2
#### Artikelmatris

<table>
<thead>
<tr>
<th>Författare/årtal/land</th>
<th>Titel</th>
<th>Syfte</th>
<th>Metod</th>
<th>Huvudfynd</th>
<th>Kvalitetsgranskning</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Författare/årtal/land</td>
<td>Titel</td>
<td>Syfte</td>
<td>Metod</td>
<td>Huvudflynd</td>
<td>Kvalitetsgranskning</td>
</tr>
<tr>
<td>----------------------</td>
<td>-------</td>
<td>-------</td>
<td>-------</td>
<td>------------</td>
<td>-------------------</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Floyd, A. & Sakellariou, D.  
Årtal: 2017  
Land: Canada | Healthcare access for refugee women with limited literacy: layers of disadvantage. | Syftet var att undersöka tillgång till häls- och sjukvård i Vancouver för nyanlända kvinnor som inte var läskunniga och inte talade engelska vid ankomsten till Canada. | Datasamling: Semistrukturerade intervjuer  
Analys: Tematisk innehållsanalys  
Antal deltagare: 8 | I studien framkommer svårigheter att söka vård relaterat till språkbarriärer, bristande läskunnighet och bristande tillgång till auktoriserad tolk. Det framkom även svårigheter att navigera i sjukvårdsystemet, praktiska svårigheter, rädsla, och skam. Vid besöken upplevdes diskriminering och bristande respekt för kulturella olikheter | Obetydliga eller mindre metodologiska brister |
| Glavin, K & Sæteren, B.  
Årtal: 2016  
Land: Norge | Cultural Diversity in Perinatal Care: Somali New Mothers’ Experiences with Health Care in Norway. | Syftet var att undersöka somaliska nyblivna mödrars upplevelse av det norska häls- och sjukvårdsystemet och deras upplevelser under sjukhusvistelse och perioden postpartum | Datasamling: Individuella semistrukturerade intervjuer  
Analys: Tematisk innehållsanalys  
Antal deltagare: 10 | I studien framkommer att språkbarriärer och kulturella skillnader påverkade kvinnornas upplevelse av vården. Kontextuella förväntningar, diskriminering och bristande kommunikation ledde till missförstånd och negativa upplevelser. | Obetydliga eller mindre metodologiska brister |
| Guruge, S., Sidani, S., Illesinghe, V., Younes, R., Bukhari, H., Altenberg, J., … Fredericks, S.  
Årtal: 2018  
Land: Canada | Healthcare needs and health service utilization by Syrian refugee women in Toronto. | Syftet var att undersöka behovet av häls- och sjukvård hos nyanlända kvinnor från Syrien och deras upplevelse av tillgång till vård och att söka vård samt vilka faktorer som påverkar detta | Datasamling: Fokusgruppsintervjuer  
Analys: Innehållsanalys  
Antal deltagare: 58 | I studien framkommer att hinder för vårdökande bland annat innefattade sociala faktorer som bristande kunskap om sjukvårdsystemet och olika samhällsfunktioner. Mötet med vården upplevdes svårt relaterat till olika kontextuella förväntningar och språkbarriärer. Subventionerad sjukvård sågs som en fördel och underlättade vårdsökandet. | Obetydliga eller måttliga metodologiska brister |
<table>
<thead>
<tr>
<th>Författare/årtal/land</th>
<th>Titel</th>
<th>Syfte</th>
<th>Metod</th>
<th>Huvudfynd</th>
<th>Kvalitetsgranskning</th>
</tr>
</thead>
</table>
Måttliga metodologiska brister |
Obetydliga eller mindre metodologiska brister |
<table>
<thead>
<tr>
<th>Författare/årtal/land</th>
<th>Titel</th>
<th>Syfte</th>
<th>Metod</th>
<th>Huvudfynd</th>
<th>Kvalitetsgranskning</th>
</tr>
</thead>
</table>
Analys: Tematisk innehållsanalys  
Antal deltagare: 57 | I studien framkommer att språkbarriärer, kontextuella förväntningar på behandlingar, bemötande och sjukvårdssystemet i sin helhet leder till missförstånd och en negativ upplevelse. Kvinnorna upplever även att vårdpersonalen brister i att ge vård utifrån individens kulturella behov. | Obetydliga eller mindre metodologiska brister |