
INSTITUTIONEN FÖR GLOBALA STUDIER



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Tillgänglighet till sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) för kvinnor i Sverige med erfarenhet av flykt

En kvalitativ studie utifrån yrkesverksammas syn på tillgänglighet

Klara Nilsson

Göteborgs Universitet

Examensarbete för kandidatexamen i Globala studier

Bachelor thesis in Global Studies

Vårterminen 2021

Författare: Klara Nilsson

Handledare: Johan Wedel

Ordantal: 15649

Abstract

This qualitative study aims at examining how professionals who work with sexual and reproductive health and rights (SRHR) for refugee women in Sweden view these women's accessibility to SRHR. For a person to achieve good health, SRHR must be included. SRHR are human rights in Sweden, and all people have an equal right to them. However, there are large gaps between the Universal Declaration of Human Rights and the reality, as many of the rights are violated. SRHR is such a right that is not always respected, and the accessibility to SRHR for refugees is something that tends to be overlooked by decision-makers around Europe. Refugee women are a vulnerable group at particular risk of being forgotten.

Inspiration from feminist theories is used to analyze the empirical material based on interviews. The results show that there are several barriers to good accessibility to SRHR for refugee women in Sweden, including structural discrimination, structural racism, patriarchal power structures, and a lack of transcultural perspective in health care. A transcultural perspective and cultural competence in health care, combined with an increased knowledge about SRHR and refugee women's rights, should be applied to overcome these barriers and to ensure good accessibility to SRHR for refugee women.

Keywords: Sexual and reproductive Health and rights, SRHR, Refugees, Feminist theory, Refugee health, Human rights

Stort tack

Jag vill ägna ett stort tack till samtliga informanter som ställt upp på denna undersökning. Trots pressade scheman till följd av pandemin, Covid-19, har samtliga informanter bidragit med mycket värdefulla insikter och kunskap. Er tid, ert deltagande och er sakkunskap inom SRHR har gjort denna uppsats möjlig, vilket jag är väldigt tacksam för.

Jag vill dessutom rikta ytterligare ett stort tack till min handledare, Johan Wedel, som bidragit med ett stort engagemang, genuint intresse och värdefull handledning i mitt uppsatsskrivande. Johan har likaså bidragit med kunskap, positivitet och råd, vilket gjort att uppsatsen varit möjlig att genomföra.

Innehållsförteckning

Förkortningar	6
1. Introduktion	7
1.1 BAKGRUND	7
1.1.1 Männsliga rättigheter.....	7
1.1.2 SRHR i Sverige	8
1.1.3 Sveriges nationella arbete med SRHR	9
1.2 DEFINITIONER	9
1.2.2 Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR).....	9
1.2.3 Tillgänglighet till SRHR	10
1.2.4 Kvinnor med erfarenhet av flykt	10
2. Problemformulering, syfte och frågeställningar.....	11
2.1 PROBLEMFÖRMULERING.....	11
2.2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	13
2.3 STUDIENS VETENSKAPLIGA OCH SAMHÄLLELIGA RELEVANS	13
3. Teori och jämförande forskning.....	14
3.1 TIDIGARE FORSKNING.....	14
3.2 TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	15
3.2.1 Feministisk teoribildning.....	15
3.2.2 Genus och ojämlikhet avseende genus	15
3.2.3 Strukturell diskriminering och strukturellt våld	16
<i>Intersektionell feminism</i>	17
3.2.4 Patriarkala maktstrukturer och kvinnors egenmakt.....	18
<i>Socioekonomisk status</i>	18
3.2.5 Kulturell kompetens och transkulturellt perspektiv	19
3.3 AVGRÄNSNING AVSEENDE TEORI.....	20
4. Metod, material och genomförande	21
4.1 ETISKA ÖVERVÄGANDEN	25
4.2 VALIDITET OCH RELIABILITET	26
4.3 AVGRÄNSNING AVSEENDE METOD.....	27

5. Resultat och analys	28
5.1 STRUKTURELL RASISM, STRUKTURELLT VÅLD OCH STEREOTYPA FÖRESTÄLLNINGAR	28
5.1.1 Behovet av kulturell kompetens och transkulturellt perspektiv	30
5.2 GENUSNORMER, OJÄMLIKHET AVSEENDE GENUS OCH PATRIARKALA MAKTSTRUKTURER	34
5.2.1 Socioekonomisk utsatthet, strukturell diskriminering och höga kostnader.....	37
5.3 BRISTANDE INFORMATION OCH KUNSKAP OM RÄTTIGHETER	40
5.3.1 Språkbarriärer och tillgänglighet.....	42
6. Slutsatser och avslutande diskussion	45
Referenslista	49
BILAGA 1	57
BILAGA 2.....	59

Förkortningar

AAAQ: *availability* (tillgång), *accessibility* (tillgänglighet), *acceptability* (godtagbarhet) och *quality* (kvalitet)

FN/ UN: Förenta Nationerna/ *United Nations*

GLK: Gutmacher-Lancet-kommissionen

ICPD: *International Conference on Population and Development*

RFSU: Riksförbundet För Sexuell Upplysning

SRH: Sexuell och reproduktiv hälsa

SRHR: Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

SOU: Statens Offentliga Utredningar

UNDP: *United Nations Development Programme*

UNFPA: *United Nations Population Fund*

UNHCR: *United Nations High Commissioner for Refugees*

WHO: *World Health Organization*

1. Introduktion

För att en människa ska kunna uppnå en god hälsa krävs att sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) inkluderas och att hälso- och sjukvårdens tjänster är tillgängliga (Folkhälsomyndigheten, 2020:7). Tillgängligheten till SRHR för flyktingar är något som tenderar att förbises, och det är extra viktigt att se till att marginaliserade grupper får sina SRHR uppnådda i Sverige. Kvinnor med erfarenhet av flykt är en sådan marginaliserad grupp, och de riskerar att möta hinder och barriärer för att nå en god tillgänglighet till SRHR. Kvinnor har generellt sämre tillgänglighet till hälso- och sjukvård, och är dessutom de mest utsatta flyktingarna (Choice, 2019; Folkhälsomyndigheten, 2020; Mohanty, 2007:260–261). Denna uppsats är en kvalitativ undersökning av tillgängligheten till SRHR för kvinnor i Sverige med erfarenhet av flykt. Undersökningen har gjorts genom semistrukturerade intervjuer med yrkesverksamma personer inom SRHR-området.

1.1 Bakgrund

Med uppskattningsvis 244 miljoner internationella migranter är migration och hälsa en prioritering för att nå en god global hälsa. Forskning kring migranternas hälsa är relevant på alla nivåer för att nå de globala utvecklings- och hälsomålen (Wickramage, Vearey, Zwi, Robinson & Knipper, 2018:1). En uppmaning från de globala utvecklingsmålen är att ingen ska lämnas bakom oavsett rättslig status, utan alla ska få tillgång till en rättvis hälso- och sjukvård. För att nå en god global hälsa krävs att migranternas hälsa tas hänsyn till och förbättras. För att lyckas med detta behöver både beslutsfattare i stater, civilsamhället och forskning bör fokusera på migranter och deras hälsa (ibid).

1.1.1 Mänskliga rättigheter

SRHR är en grundläggande mänsklig rättighet i Sverige. Mänskliga rättigheter är universella och ska gälla för alla människor. Alla har lika rätt till dem av anledningen att alla människor är lika mycket värda. Alla människor ska ha rätt att bestämma och ha makt över sin egen kropp. Alla människor ska dessutom ha rätt till hälso- och sjukvård och information om rättigheten (Freeman, 2017:68–69; United Nations, 1948; Regeringen, 2019). God hälsa är en primär förutsättning för människors möjlighet att nå välbefinnande. För att nå god hälsa krävs att sexuell och reproduktiv hälsa (SRH) inkluderas och att det finns tillgängligt för alla människor i ett samhälle. SRHR är inte bara viktigt för hälsa, utan även för utveckling i ett samhälle och kvinnors egenmakt (UNDP, 2021b; ICPD, 2019:5).

1.1.2 SRHR i Sverige

Sveriges biståndsmyndighet Sida skrev år 1994 sin första handlingsplan för SRH, vilket var den första officiella svenska definitionen av SRH. Senare samma år definierades begreppet SRH för första gången som en mänsklig rättighet på FN:s befolknings- och utvecklingskonferens i Kairo (*International Conference on Population and Development*). Konferensen resulterade i ett handlingsprogram (*Programme of Action*) som ratificerades av 179 nationer. Handlingsprogrammet innehöll 243 rekommendationer där individers sexualitet och reproduktion stod i centrum. Dessutom definierades reproduktiva rättigheter som en mänsklig rättighet under konferensen (UNFPA, 2019:5; Regeringskansliet, 2014:3, 27 & 70).

Kopplingarna mellan kvinnors mänskliga rättigheter, reproduktion och sexualitet definierades vidare på FN:s fjärde kvinnokonferens år 1995 i Peking (*Fourth World Conference on Women Beijing Declaration*). På konferensen deltog 189 länder och det togs fram en handlingsplan (*Beijing Platform of Action*) med åtgärder inom tolv kritiska områden där kvinnor diskrimineras (Regeringskansliet, 2019:50; RFSU, 2017). Både konferensen i Kairo och konferensen i Peking kom att bli startpunkten för ett nytt synsätt där framförallt kvinnan sattes i centrum. Vidare innebar det nya begrepp, ny politik och efterhand nya roller och former för det svenska hälsobiståndet (Regeringskansliet, 2019:18).

Världshälsoorganisationen (WHO) och Guttmacher-Lancet-kommissionen (GLK) har skrivit betydelsefulla definitioner av SRHR. WHO skrev en definition för SRHR år 2010, där det beskrivs att sexuell hälsa inte kan uppnås utan att respektera och skydda sexuella rättigheter som en mänsklig rättighet. År 2018 publicerade GLK en integrerad definition av SRHR. Det innebar att sexuell hälsa, reproduktiv hälsa, sexuella rättigheter och reproduktiva rättigheter ses som integrerade och beroende av varandra. GLK:s definition är baserad på konferensen i Kairo år 1994 och andra efterföljande globala avtal, principer och människorättsfördrag. Då Sverige tidigare har saknat en nationell strategi och en officiell definition av SRHR har det nationella arbetet i hög grad utgått från WHO:s och GLK:s definitioner (WHO, 2021; Folkhälsomyndigheten, 2020:10; Regeringskansliet, 2019:70). År 2020 kom Sveriges nationella strategi för SRHR, vilken utgår från GLK:s definition av SRHR, och sedan dess följs denna strategi i arbetet med SRHR i Sverige (Folkhälsomyndigheten, 2020).

1.1.3 Sveriges nationella arbete med SRHR

Folkhälsomyndigheten är ansvariga för Sveriges nationella arbete med SRHR, med fokus på den nationella samordningen, kunskapsbyggandet och utvecklingsarbetet inom området. Strategin för SRHR togs fram av Folkhälsomyndigheten på uppdrag av den svenska regeringen. Det övergripande målet för strategin är att det ska finnas en god, jämställd och jämlik SRH både fysiskt, psykiskt och socialt i hela svenska befolkningen. Dessutom är sexuella och reproduktiva rättigheter grundläggande för en god SRH (Folkhälsomyndigheten, 2020:3 & 7).

Från en studie som gjordes av Folkhälsomyndigheten år 2017 beskrivs vidare att SRHR är en fråga om jämställdhet och jämlikhet, och här beskrivs det att det finns könsskillnader mellan män och kvinnor att kunna uppnå god SRHR. Kvinnor löper högre risk att inte uppnå en god SRHR (Folkhälsomyndigheten, 2019:11–12). Vidare beskrivs att personer med erfarenhet av migration löper högre risk att inte uppnå god SRHR (ibid:41–42).

1.2 Definitioner

1.2.2 Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR)

SRHR är mänskliga rättigheter i Sverige, vilka inbegriper tillgänglighet till vård, kunskap och service. Sexuell hälsa handlar om personliga relationer och livskvalitet, om hälsovård och rådgivning. Sexuella rättigheter handlar om rätten för alla människor att bestämma över sin egen sexualitet och kropp. Reproduktiv hälsa är ett tillstånd av psykiskt, fysiskt och socialt välbefinnande kring det reproduktiva systemet och dess funktioner och inte endast frånvaro av sjukdom. Reproduktiva rättigheter innefattar den enskilda individens rätt att bestämma antalet barn och hur tätt dessa ska komma (Västra Götalandsregionen, 2021; Folkhälsomyndigheten, 2020).

SRHR omfattar hela befolkningen och genom hela människans liv. SRHR har betydelse för varje människans nära relationer och välbefinnande, och för människans självkänsla, oavsett kön, ålder, funktionsförmåga, könsidentitet eller könsuttryck och är en av hälsans bestämningsfaktorer (Folkhälsomyndigheten, 2020:7). I uppsatsen används Folkhälsomyndigheten definition av SRHR, vilken utgår från Guttmancher-Lancet-kommissionens definition av SRHR. Den lyder:

Sexuell och reproduktiv hälsa är ett tillstånd av fysiskt, känslomässigt, psykiskt och socialt välbefinnande i förhållande till samtliga aspekter av sexualitet och reproduktion, inte bara avsaknad av sjukdom, dysfunktion eller skada. Därför måste ett positivt synsätt på sexualitet och reproduktion beakta den roll som njutbara sexuella relationer, förtroende och kommunikation spelar för självkänslan och det allmänna välbefinnandet. Alla människor har rätt att själva fatta beslut om den egna kroppen och ha tillgång till tjänster som stödjer den rätten. För att uppnå sexuell och reproduktiv hälsa krävs erkännande av sexuella och reproduktiva rättigheter, som baseras på mänskliga rättigheter [...] (Folkhälsomyndigheten, 2020:10).

1.2.3 Tillgänglighet till SRHR

Rätten till hälsa är en del av de mänskliga rättigheterna och beskrivs i nationella och internationella lagar, konventioner och förhandlande texter. De mest grundläggande är FN:s allmänna deklaration om mänskliga rättigheter och konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (United Nations, 1948; United Nations 1966). FN:s kommitté för sociala, ekonomiska och kulturella rättigheter har gjort en tolkning av rätten till hälsa och vad det innebär i praktiken. Då formulerades AAAQ-konceptet som består av fyra begrepp: *availability* (tillgång), *accessibility* (tillgänglighet), *acceptability* (godtagbarhet) och *quality* (kvalitet). I denna uppsats används tillgänglighet (*accessibility*) till SRHR som begrepp, vilket är taget från FN:s AAAQ-koncept. Tillgänglighet till SRHR innebär att alla människor ska kunna uppnå god SRHR och hälso- och sjukvårdens tjänster ska vara ekonomiskt, fysiskt och informationsmässigt tillgängliga för alla människor i ett land utan diskriminering. I Sverige ansvarar staten för att garantera människor rätten till god hälsa, inklusive god SRHR. Sverige arbetar med AAAQ-konceptet för att förbättra SRHR för särskilda grupper såsom flyktingar (Folkhälsomyndigheten, 2018:28).

1.2.4 Kvinnor med erfarenhet av flykt

I denna uppsats används begreppet ”kvinnor med erfarenhet av flykt” (flyktingkvinnor), vilket refererar till de personer som identifierar sig som kvinnor, samt till FN:s konvention om flyktingar som också Sveriges definition och lag utgår ifrån. Den fastställer att en flykting är en person som till följd av religion, nationalitet, kön, politisk åsikt, tillhörighet av en särskild samhällsgrupp eller sexuell läggning, har tvingats att fly och inte kan återvända till sitt hemland (UNHCR, 2021).

Definitionen av ”kvinnor med erfarenhet av flykt” är i denna uppsats inte avgränsad till någon juridisk status, utan det kan handla om kvinnor som har uppehållstillstånd, är asylsökanden eller papperslösa. Att ha uppehållstillstånd innebär att en person har fått rätt att leva och bo i Sverige. Att vara asylsökande innebär att det är en person som tagit sig till Sverige och nu ansökt om skydd i landet, men ännu inte har fått sin ansökan avgjord. Begreppet papperslösa innebär att det är personer som befinner sig i Sverige utan tillstånd eller rättslig status (Migrationsinfo, 2020; Migrationsinfo, 2021; Migrationsverket, 2020).

Personer som har fått uppehållstillstånd i Sverige ska ha samma rätt till vård som svenska medborgare. Asylsökanden och papperslösa blir erbjudna kostnadsfri hälsoundersökning vid ankomst till Sverige, dessutom har de rätt till akut sjukvård, vård vid graviditet och abort, mödrahälsovård, preventivmedelsrådgivning och vård i samband med smittsam sjukdom. Denna vård kallas sammantaget för ”vård som inte kan anstå”, vilket är svensk lagstiftning och handlar om vård som inte kan vänta (Migrationsinfo, 2018; Migrationsinfo, 2021).

2. Problemformulering, syfte och frågeställningar

2.1 Problemformulering

Konceptet kring mänskliga rättigheter utgår ifrån människors strävan att nå rättvisa, emellertid finns det stora klyftor mellan den allmänna förståelsen för och förklaringen om de mänskliga rättigheterna och verkligheten, då många av rättigheterna kränks (Freeman, 2017:5 & 61). SRHR är en sådan rättighet som inte alltid upprätthålls, och flyktingar i Europa är en utsatt grupp som löper högre risk, än befolkningen i mottagarländerna, att inte få sina sexuella och reproduktiva rättigheter tillgodosedda och upprätthållna (Svensson, 2019:95; Folkhälsomyndigheten, 2018:23). Många flyktingar lever med ovisshet kring sina rättigheter och huruvida de kan och får nyttja exempelvis sjukvården och löper därför högre risk att bli utsatta för ohälsa (Arvidsson, Jerneck, & Jönsson, 2011:155 & 163). Både män och kvinnor har hälsoproblematik i samband med SRHR, emellertid har kvinnor generellt ofta sämre tillgänglighet till hälso- och sjukvård. Det är dessutom särskilt viktigt att garantera en tillgänglighet till SRHR för kvinnor och möjligheten att ha makt och kontroll över sin kropp, på grund av att kvinnor genomgår graviditeter och föder barn (Sherif-Trask, 2014:178; Castaneda, 2010:9).

Migration har blivit allt vanligare under globaliseringen och kvinnor som befunnit sig i konfliktområden löper risk att inte nå en god tillgänglighet till SRHR (Sherif-Trask:2014:126; Mohanty, 2007:260–261; Bosmans, Claeys, Khammash, Nasser, & Temmerman, 2008:103). Dessutom är kvinnor de som drabbas hårdast av utsatthet och av att vara på flykt (Mohanty, 2007:260–261; Freeman, 2017:147). Sårbarheten för kvinnor med erfarenhet av flykt är påtaglig då det bland annat kan finnas språksvårigheter, socioekonomiska och sociokulturella faktorer och smärtsamma migrationsupplevelser som gjort kvinnorna socialt, fysiskt och psykiskt utsatta. Det finns en stor risk att de behandlas som en homogen grupp snarare än individer med enskilda behov. Sammantaget innebär detta att många kvinnor med erfarenhet av flykt har ett extra stort behov av SRHR-relaterad hälso- och sjukvård (Hach, 2013:53; Robinson & Sudbury, 2016:275; Castaneda, 2010:9).

Tillgängligheten till SRHR för flyktingar runt om i Europa är något som myndigheter, beslutsfattare och policys tenderar att förbise, vilket innebär att detta är en bristande faktor inom flyktingansvaret. Stater måste ta ett större ansvar gällande SRHR för flyktingar. För att kunna göra det krävs kvalitativa studier som visar på hur tillgängligheten till SRHR för flyktingar ser ut i varje land (Choice, 2019; Heslehurst et al., 2018:1–2).

Det finns ett behov av forskning kring hur tillgänglighet till SRHR ser ut för kvinnor i Sverige med erfarenhet av flykt. Folkhälsomyndigheten påpekar att SRHR är grundläggande för den allmänna hälsan och välbefinnandet, och att det krävs att människor ges likvärdiga förutsättningar och villkor för att nå detta. Tillgängligheten till SRHR i Sverige beskrivs som ojämnt fördelad, och det finns stora skillnader i vilka som uppnår god SRHR och vilka som inte gör detta (Folkhälsomyndigheten 2020:5–7). Särskilt fokus bör därför ligga på de personer som har sämre möjlighet att få sin hälsa och rättigheter tillgodosedda, samt de brister som finns. Både i Sverige och utomlands är kvinnor med erfarenhet av flykt, en grupp som riskerar att få sina rättigheter helt eller delvis försummade. Det är därför relevant att undersöka hur tillgänglighet till SRHR för kvinnor i Sverige med erfarenhet av flykt ser ut (ibid).

Folkhälsomyndigheten belyser särskilt att de mest utsatta grupperna, såsom kvinnor med erfarenhet av flykt, inte uppmärksammas tillräckligt i den forskning som finns kring ämnet. Dessutom anser Folkhälsomyndigheten att forskningen kring flyktingar och SRHR generellt är bristande (Folkhälsomyndigheten, 2018:13–14 & 23). Trots att tillgängligheten till SRHR i Sverige beskrivs som relativt god, krävs en större förståelse för hur tillgängligheten till SRHR

för kvinnor med erfarenhet av flykt ser ut och de eventuella hinder de möter (Folkhälsomyndigheten, 2020:6–7).

2.2 Syfte och frågeställningar

Uppsatsens syfte är att undersöka hur yrkesverksamma personer inom SRHR ser på och uppfattar tillgängligheten till SRHR för kvinnor i Sverige med erfarenhet av flykt, samt undersöka vilka brister som finns. Genom att undersöka de yrkesverksammas uppfattning om SRHR för denna utsatta grupp och vilka hinder och begränsningar kvinnorna möter för att kunna uppnå god SRHR, avser uppsatsen att öka förståelse för SRHR i allmänhet och för flyktingkvinnors tillgänglighet till SRHR i synnerhet. För att besvara syftet används följande frågeställningar:

- Hur ser yrkesverksamma som arbetar med SRHR på flyktingkvinnors tillgänglighet till SRHR i Sverige?
- Vilka socioekonomiska och sociokulturella hinder, barriärer och problem uppfattar yrkesverksamma som arbetar med SRHR att flyktingkvinnor i Sverige möter?

2.3 Studiens vetenskapliga och samhällsrelevans

De ämnen som denna studie ämnar redogöra för avseende SRHR och flyktingkvinnor är av relevans för samhällsvetenskapliga områden och för forskningsområdena globala studier och global hälsa. Det empiriska materialet kommer förstås med hjälp av samhällsvetenskapliga begrepp och hämta teoretisk inspiration från den feministiska teoribildning som återfinns i samhällsvetenskaplig forskning. Forskningstemat och forskningsfrågorna för studien är grundad i samhällsvetenskapliga idéer (Bryman, 2018:23 & 190; Arvidsson et al., 2011:65; Bergström & Boréus, 2012:17–18). Studien är kvalitativ vilket är relevant för en samhällsvetenskaplig undersökning och dessutom ofta att föredra inom feministisk forskning då det kan ge en djupgående förståelse för kvinnors utsatthet och belysa relevanta värderingar, idéer och föreställningar. Det empiriska materialet kommer således att insamlas via kvalitativa intervjuer, vilket är vanligt i samhällsvetenskaplig forskning (Bryman, 2018:66 & 69; Kvale, Brinkmann & Torhell, 2014:23–25). Resultatet från de kvalitativa intervjuerna analyseras med ett induktivt förhållningssätt, innebärande att det kommer dras generella och allmänna slutsatser utifrån det empiriska materialet. Det teoretiska, metodologiska och empiriska förhållningssättet är av relevans för samhällsvetenskaplig forskning (Thurén, 2019:45; Bryman, 2018).

3. Teori och jämförande forskning

3.1 Tidigare forskning

Sveriges nationella strategi för SRHR beskriver att personer med erfarenhet av migration och flykt löper större risk att inte uppnå god SRHR. Folkhälsomyndigheten har bidragit till forskningen om SRHR i Sverige, emellertid saknas forskning på tillgänglighet till SRHR för flyktingar i Sverige i stort. Forskning inom detta ämne är bristande och att mer fokus bör läggas på utsatta grupper. Flyktingkvinnor är en sådan grupp där det saknas forskning avseende deras tillgänglighet till SRHR i Sverige (Folkhälsomyndigheten, 2018:13–14 & 23; Folkhälsomyndigheten, 2020).

Tidigare forskning i Kanada visar på att kvinnor med erfarenhet av flykt upplevt barriärer i mötet med primärvården och SRHR-relaterad hälso- och sjukvård. Där identifierades att kvinnor med erfarenhet av flykt möter hinder i form av socioekonomisk utsatthet, låg social status och exkludering från vården, och att gravida asylsökanden och papperslösa löper en större risk för ohälsa. Studien belyser vikten av att studera migranters hälsa och specifikt risker och förbättringar i SRHR-relaterad hälso- och sjukvård för kvinnor med erfarenhet av migration och flykt (Gagnon, Carnevale, Mehta, Rousseau & Stewart, 2013:2–4).

Fortsättningsvis visar en tidigare forskningsstudie från Storbritannien likaså att kvinnor med erfarenhet av migration, specifikt asylsökande och flyktingar, är i risk när det kommer till sexuell och reproduktiv hälsa. Studien beskriver forskning kring migranters perinatala hälsa som högst relevant i studier kring global hälsa. Studiens resultat visar att kvinnor som var asylsökande och flyktingar hade anmärkningsvärt sämre perinatal hälsa än resterande befolkning. Anledningen till detta hade att göra med svårigheter i tillgängligheten till SRHR-relaterad hälso- och sjukvård såsom språkbarriärer, kulturella barriärer, strukturell diskriminering, fattigdom och social isolering (Heslehurst, Brown, Pemu, Coleman & Rankin, 2018:2–3 & 5).

En annan tidigare forskningsstudie från Storbritannien visar att tillgängligheten till SRHR-relaterad hälso- och sjukvård är bristfällig för flyktingkvinnor, vilket leder till negativa konsekvenser för kvinnornas fysiska och mentala hälsa. Dessutom beskrivs kvinnor med erfarenhet av flykt som en sårbar grupp som behöver få en bättre tillgång till vården. Även i

denna artikel beskrivs hinder såsom språkbarriärer, socioekonomisk utsatthet och strukturell diskriminering (Feldman, 2014:23–24 & 27).

3.2 Teoretiska utgångspunkter

3.2.1 Feministisk teoribildning

Denna undersökning fokuserar på kvinnor med erfarenhet av flykt och inspireras till stora delar av den feministiska teoribildningen. Feministisk samhällsvetenskaplig teoribildning har sitt ursprung i feminismen och dess kamp för lika rättigheter för kvinnor och män (Sköldberg, 2014:74–76). Begrepp från den feministiska teoribildningen kommer att användas som redskap för att analysera och tolka det empiriska materialet. Det handlar om begreppen genus, ojämlikhet avseende genus (eng. *gender inequality*), strukturell diskriminering och strukturellt våld, intersektionalitet samt patriarkala maktstrukturer. Dessutom används och relateras den feministiska tolkningsramen till begreppen socioekonomisk status, kulturell kompetens och transkulturellt perspektiv.

3.2.2 Genus och ojämlikhet avseende genus

Enligt den feministiska teoretikern Judith Butler är genus socialt och kulturellt konstruerade föreställningar kring kön, och inte biologiskt eller genetiskt. Genus som socialt konstruerad föreställning skapar normer kring vad som anses vara manligt och kvinnligt (Butler, 2007:14). Detta genussystem är något vi i samhället vuxit upp med och formats av, och det finns i strukturer och genomsyrar hela samhället (Toivanen, Gisselmann & Lindfors, 2012:17–18). Förväntningar och normer om femininitet och maskulinitet präglar sexualitet och relationer. Dessa normer framträder bland annat i könsmönster och i föreställningar kring hur sexuella handlingar ska gå till, vilket kan påverka individens handlingsutrymme och makt (Folkhälsomyndigheten, 2020:18). Ojämlikhet avseende genus (eng. *gender inequality*) innebär att kvinnor ofta möter större hinder än män i samhället (Butler, 2007:6). Genus och ojämlikhet avseende genus har en påverkan på människors hälsa och är därför relevant i detta arbete. Denna ojämlikhet kan innebära ett hot mot kvinnors hälsa, inklusive SRHR-frågor (De Los Reyes, 2017:14; Toivanen et al., 2012:13).

Migration är också en fråga som rör ojämlikhet avseende genus och är en genusbestämd (eng. *gendered*) process som påverkar kvinnor och män olika. Stereotypisering av genus i migrationsprocesser, såsom att kvinnor bör arbeta inom hushålls- och vårdarbete, begränsar

kvinnors autonomi och handlingsutrymme, vilket ökar deras sårbarhet för en systematisk kränkning av deras mänskliga rättigheter (UN Women, 2020).

3.2.3 Strukturell diskriminering och strukturellt våld

För att uppnå en jämlik och god SRHR krävs att människor ges likvärdiga förutsättningar och villkor. Samspelet mellan strukturella, individuella och biologiska faktorer avgör förutsättningarna för den sexuella och reproduktiva hälsan (Folkhälsomyndigheten, 2020:7). Strukturell diskriminering handlar om ojämlikhet som skapas av sociala strukturer där en grupp människor ställs under ett systematiskt hot, vilket kan hindra dem från att utöva förmågor, få rättigheter tillgodosedda eller att utvecklas (Young, 2007:201). Strukturell diskriminering har med rasism, etnicitet, genus, sexualitet och klass att göra. Kvinnor med erfarenhet av flykt är, vilket tidigare nämnts, en utsatt grupp, och strukturell diskriminering är något de riskerar att utsättas för på grund av en eller flera av ovan beskrivna faktorer (Liinason, 2017:166).

Strukturell rasism är ett begrepp som belyser rasistiska strukturer i samhället, vilket i sin tur är en del av den strukturella diskrimineringen. Rasismen är här sammanlänkad med ett system av strukturella ojämlikheter, där samhället delas upp efter människors utseende och/eller tillskriven eller upplevd etnisk, kulturell eller nationell tillhörighet. Den vanligaste rasismen i Sverige är en form av så kallad kulturellt präglad rasism, vilken innefattar stereotypa föreställningar om svenskars och invandras ”kulturer”. Dessa uppfattas och beskrivs som oförenliga och väsensskilda (SOU 2005:56). Strukturella förutsättningar framträder i förväntningar och normer, vilka påverkar möjligheten att tillgodogöra sig sina rättigheter. Det påverkar i sin tur agensen och handlingsutrymmet och det kan leda till ojämlikhet i hälsa. Dessa förutsättningar kan bland annat bero på personens kön, etniska tillhörighet och socioekonomi (Folkhälsomyndigheten, 2020:18; Heslehurst et al., 2018:1–2).

Ett annat relevant begrepp är strukturellt våld. Begreppet handlar om systematiskt våld som förekommer i många olika sociala sammanhang. Strukturellt våld är likaså förknippat med sociala strukturer, vilka skapar ojämlikhet i samhället och berör sådant som rasism, socioekonomisk utsatthet, ojämlikhet avseende genus och marginalisering. Marginalisering kan ske genom flera olika typer av ojämlikheter, det kan handla om strukturellt våld mot en svart kvinna som är utlandsfödd. Denna typ av förtryck är ofta indirekt och inte direkt synligt, och är därför extra viktigt att uppmärksamma (Farmer, 2004:307). Människor som har erfarenhet av flykt är ofta marginaliserade och riskerar att utsättas för strukturellt våld i det rådande globala

systemet och inom länder. Migranter, inklusive flyktingar, möter ofta strukturer i sitt nya hemland som sätter barriärer för att ta del av samhällsservice och komma in i samhället, och de löper en högre risk att bli exkluderade från exempelvis hälso- och sjukvården (Castaneda, 2010:6–7 & 14; Turan, Hatcher, Romito, Mangoene, Durojaiye, Odero & Camlin, 2016:153–154).

Det strukturella våldet är inbäddat i sociala strukturer och det är svårt att se vem som faktiskt ligger bakom, vilket minskar utsatta människors agens och självförverkligande. Sammantaget bidrar det till ojämlikhet och utsatthet för marginaliserade grupper i samhället, såsom flyktingkvinnor (Farmer, 2004:307–308; Castaneda, 2010:14).

Intersektionell feminism

Strukturell diskriminering och strukturellt våld kan påverka kvinnor och män olika. Begreppet intersektionalitet (eng. *intersectionality*) beskriver samverkande och inbördes beroende former av underordning och förtryck, vilka är baserade på sexualitet, kön, klass och etnicitet (SOU 2014:34). Intersektionell feminism förklarar och förstår det strukturella förtryck som drabbar kvinnor som klassförtryck, rasistiskt förtryck och könsdiskriminering sammantaget, ofta på samma gång genom att de olika formerna av förtryck påverkar varandra. Det är ett synliggörande av samhällets rådande maktförhållanden och innefattar att det finns olika nivåer av förtryck av kvinnor. Kvinnor med erfarenhet av flykt är ett exempel på kvinnor som ofta utsätts för förtryck både på grund av kön och etnicitet (cf. De Los Reyes, 2017:14–15). Det intersektionella perspektivet på förtryck tar fasta på hur olika former av förtryck interagerar (eng. *intersects*). Utan ett intersektionellt perspektiv och förhållningssätt på förtryck finns risken att underordnade kvinnogrupper marginaliseras och underordnas (SOU 2014:34).

Personer som är utsatta för strukturell diskriminering och/ eller strukturellt våld, där flera olika typer av förtryck interagerar med varandra, är särskilt utsatta och maktlösa. Kvinnors agens, vilket innebär individens frihet, makt, val- och handlingsmöjligheter, är centralt då kvinnors självständighet ökar vid en fullständig personlig agens (Turan et al., 2016:153–154). Agens kan också definieras som en sociokulturell förmåga att agera och skapa social förändring, vilket är särskilt viktigt för marginaliserade individer och grupper. Agens är viktigt för att kunna utmana och förändra sociala strukturer som är orättvisa, för att kunna skapa mer jämlika samhällen. Det finns emellertid begränsningar i individuell agens och det finns barriärer för marginaliserade kvinnor. Möjligheten att utöva agens kan vara starkt begränsad av sociala strukturer (Campbell

& Mannell, 2016:1–2). Kvinnor med erfarenhet av flykt riskerar låg agens till följd av strukturell diskriminering och strukturellt våld, särskilt när olika typer av förtryck interagerar (cf. Turan et al., 2016:153–154).

3.2.4 Patriarkala maktstrukturer och kvinnors egenmakt

De patriarkala maktstrukturerna är strukturer som finns i våra vardagsliv och samhällen som skapar mer makt åt männen. Det är könsbundna maktförhållanden som män utövar över kvinnor (Pateman, 1988:255–256). Patriarkala maktstrukturer underordnar kvinnor och deras möjlighet till makt över sitt eget liv (Sköldberg, 2014:77–78). Det krävs egenmakt för att kvinnor ska kunna utöva sina mänskliga rättigheter, och för att kvinnor ska kunna bli verkligt självbestämmande krävs att ingen annan har auktoritet över en (Young, 2007:79; Amnesty International, 2018). Människors levnadsvanor och livsvillkor är avgörande för att ha kontroll, frihet och makt över sin sexualitet och reproduktion. Kvinnors hälsa och möjligheten till SRHR kan påverkas negativt av den patriarkala maktstrukturen (Folkhälsomyndigheten, 2020:17–18; Scott-Samuel, 2009:159).

Normer och principer, vilka gynnar det manliga könet över det kvinnliga, kan ha att göra med kvarlevande, kulturellt formade könsroller. Det kan handla om traditionella och kulturella könsroller såsom att kvinnans livsuppgift är att föda många barn och ta hand om hushållet, medan mannens uppgift är att försörja familjen (Wilk & Cligget, 2007:17–19; Valentine, 2017:4; Toivanen et al., 2012:7). När kvinnor målas upp och beskrivs som subjekt i hemmet, vilka ska ta hand om barn och hushållet, kan det leda till att kvinnan blir maktlös i samhället. Kvinnors egenmakt är viktig i ett rättighetssammanhang och att ha egna valmöjligheter när det kommer till hälsa är därför betydelsefullt. Frihet ger makt till individen, och att ha ett fritt val gällande sin hälsa ger också makt till kvinnan (Freeman, 2017:148; Sherif-Trask, 2014:32–33; Börjesson & Rehn, 2009:90–92).

Socioekonomisk status

Kvinnor har generellt sett en lägre socioekonomisk status i det svenska samhället i jämförelse med män, vilket kan relateras till att ojämlika strukturer i samhället värdesätter det manliga könet över det kvinnliga. Socioekonomiska status påverkar en individs position i de sociala strukturerna som är relaterade till personens livschanser. Dessutom påverkar den socioekonomiska situationen en persons möjlighet till handlingsutrymme och god hälsa (Toivanen et al., 2012:7 & 15). En persons socioekonomiska situation kan bestå av flera olika

komponenter, såsom ekonomi, utbildningsnivå, yrke och i viss grad ursprungsland. Faktorer som kan resultera i en ojämlik socioekonomisk position mellan kvinnor och män är bland annat att det finns löneskillnader mellan kvinnor och män som har samma jobb, utbildning och erfarenhet (Socialstyrelsen, 2016:12; Toivanen et al., 2012:15).

Många människor som är, eller har varit, på flykt lever i socioekonomisk utsatthet och riskerar att inte få sina rättigheter tillgodosedda i mottagarlandet. Många flyktingar har begränsad tillgång till viktiga faktorer som leder till en god socioekonomisk position såsom social trygghet, arbete, utbildning och hälso- och sjukvård. Dessutom har personer med erfarenhet av flykt ofta svårare att få arbetstillstånd och har sämre villkor på arbetsmarknaden. Särskilt utsatta är kvinnor, asylsökanden och papperslösa (Sida, 2021; UNHCR, 2021). Således gör språkbarriärer att många kvinnor med erfarenhet av flykt har svårt att komma in i samhället och att få jobb. Många har inte råd eller möjlighet att investera i utbildning i språket (Mojab, 1999:125–126). Ojämlik socioekonomisk position kan påverka risken för ohälsa. Personer med bristande socioekonomiska förutsättningar kan få negativ påverkan på hela sin livssituation och även den sexuella och reproduktiva hälsan (Folkhälsomyndigheten, 2020:13 & 19).

3.2.5 Kulturell kompetens och transkulturellt perspektiv

I Sverige idag har vi en mångfacetterad och mångfaldig befolkning, vilket ställer krav på att vårdsystemet kan erbjuda en kulturellt kompetent vård för att minska ojämlikhet i hälsa i befolkningen. För att kunna tillgodose de olika behoven hos patienter som kan tillhöra olika flykting- eller minoritetsgrupper förväntas att hälso- och sjukvårdspersonalen är kulturellt känsliga, flexibla och lyhörda (Wedel, 2020:55). Den svenska Vårdhandboken belyser vikten av att kunna erbjuda kulturell kompetens inom vården. Hälso- och sjukvårdspersonal bör vara kulturellt kompetenta, och sträva efter ett transkulturellt medvetet förhållningssätt, vilket innebär att sätta varje unika individs önskemål och behov i fokus. Individens förutsättningar för hälsa, reaktioner och upplevelser av ohälsa eller sjukdom undersöks inom studier av transkulturell omvårdnad. Dessutom studeras effekter av behandling och vård hos individer med olika kulturell bakgrund (Vårdhandboken, 2020). Att använda ett kulturellt kompetent och transkulturellt perspektiv inom hälso- och sjukvården är att tillämpa denna insikt i praktiken för att överbrygga skillnader och kunna bemöta patienter på ett professionellt och individanpassat sätt. Det är viktigt att använda kulturell kompetens i mötet med människor med olika uppfattningar, värderingar, idéer och livsvärldar (Wedel, 2020:55–56). Genom kulturell kompetens kan hälso- och sjukvården på ett bättre sätt tillgodose flyktingars behov av vård. Att

införa ett kulturellt kompetent förhållningssätt hos hälso- och sjukvårdspersonalen handlar ofta om en förståelse för både sociokulturella förhållanden och kulturella föreställningar, både hos vårdpersonal och klienter och kan innefatta någon form av utbildning för att öka förståelsen för flyktingars situation och tillhandahålla flexibla, och ibland skräddarsydda tjänster. Det kan i sin tur gynna flyktingars tillgänglighet till en god vård (Castaneda, 2010:13; Wedel 2020).

Detta förhållningssätt med fokus på kultur kan emellertid leda till att hälso- och sjukvården hanterar och förstår kulturbegreppet på ett essentiellt och förenklat sätt, som synonymt med nationalitet, etnicitet och språk (Wedel, 2020:56; Castaneda, 2010:14). Vidare kan det ibland tas för givet att vissa kulturella värderingar, övertygelser och metoder direkt kommer att bestämma eller påverka en individs beteende (ibid; Kleinman & Benson, 2006:1673–1674). Risken finns att det skapas stereotypa representationer av individer och grupper, där människor förstås och beskrivs åtskilt från fysiska, ekonomiska, politiska, sociala och historiska sammanhang. Särskilt när kvinnor på flykt betraktas som en homogen grupp utan att tillräcklig hänsyn tas till mångfalden inom gruppen, och olika sociopolitiska och socioekonomiska faktorer, riskerar kvinnorna att inte få sina behov tillgodosedda. Kultur tenderar då att bli något homogent, socialt konservativt och statiskt, samtidigt som konflikterna och komplexiteten inom en viss grupp osynliggörs. Utöver dessa risker att använda förenklade föreställningar kring kulturer och etniciteter, är det viktigt att notera att allt fler uppmärksammar att det finns ett stort behov av att förstå sociala, kulturella, ekonomiska och historiska faktorer för att identifiera hälsoskillnader och strukturella hinder och faktorer (Wedel, 2020:56; Castaneda, 2010:14).

3.3 Avgränsning avseende teori

Denna undersöknings teori och begreppsapparat hämtar inspiration från feministisk teori. Feministisk teori är en samhällsvetenskaplig teoribildning, vilken är bred och mycket varierad, och det finns många olika inriktningar (Sköldberg, 2014:74–76). För att avgränsa teorin har bara de delar och begrepp inom feministisk teoribildning som är relevanta för uppsatsens syfte och frågeställningar tagits med för att analysera det empiriska materialet (Bryman, 2017:23 & 463; Freeman, 2017:147–149).

Feminismen som övergripande term kopplar samman teori och ideologi, vilket har bidragit till att forskning som utgår från en feministisk teori ofta kritiserats för att vara ovetenskaplig och ideologiskt styrd. Det tydligt normativa ställningstagandet för rättvisa som feministisk teoribildning utgår ifrån, kan framstå som ovetenskapligt då vetenskap tidigare varit, och

fortfarande är, förknippat med ett objektivitetsideal. Den feministiska teoribildningens ontologiska, metodologiska och epistemologiska antaganden kritiserar likaså emellanåt. Emellertid menar feministiska teoretiker att inte bara feministisk forskning, utan all typ av forskning, formas utifrån forskarens position och teoretiska utgångspunkter. Vidare menar feministiska teoretiker att feministisk forskning rentav är mer objektiv än annan forskning då den synliggör och kritiserar sitt eget perspektiv, vilket innebär att det möjliggörs en kritik av utgångspunkterna (Hedenus, Björk & Shmulyar Green, 2015:35–36 & 80–83; Bryman, 2018:759).

Således kritiserar feministiska teorier i vissa fall för att utgå från västerländska, heterosexuella, vita kvinnor och för att bara fokusera på jämställdhet mellan könen, utan att problematisera kvinnors ställning utifrån ett intersektionellt perspektiv. Detta sägs ha snävat in feminismens teorier utifrån privilegierade kvinnor och gjort detta perspektiv till en norm. Detta är ett exkluderande sätt att förhålla sig till forskning inom feminismen och det tenderar att utelämna perspektiv som innefattar etnicitet, sexualitet och klass, vilket i sin tur är flera aspekter på olika typer av strukturellt förtryck (Mohanty, 2007:22–23; Nord, Bremer & Alm, 2016:9). För att genomföra denna studie på ett inkluderande sätt, med flera perspektiv och aspekter i åtanke, är intersektionalitet och intersektionellt inspirerad feminism en viktig del av teorin. Detta är särskilt viktigt för att förstå kvinnor med erfarenhet av flykt och de strukturella hinder och förtryck de kan möta.

4. Metod, material och genomförande

Denna undersökning har använt en kvalitativ metod där det använts kvalitativa intervjuer för att samla in data. Kvalitativa intervjuer kan ge oss beskrivningar kring den kvalitativa mänskliga världen, och ge oss kunskap i välgrundad samtalsverklighet och välgrundad kunskap (Kvale et al., 2014:69). Genom kvalitativ empiri kan det studeras särskilda kvaliteter och egenskaper hos det som studeras (Rienecker & Jørgensen, 2018:239). Kvalitativa intervjuer är ett bra tillvägagångssätt för att nå informanternas uppfattning i en viss fråga, därför valdes detta tillvägagångssätt för att nå en fördjupad inblick i informanternas uppfattningar och synsätt avseende flyktingkvinnors tillgänglighet till SRHR (Bryman, 2018:561–562; Kvale et al., 2014:18 & 69).

I denna undersökning genomfördes semistrukturerade intervjuer. De semistrukturerade, flexibla intervjuer som genomfördes anpassades efter viktiga frågor som dök upp under intervjuerna. Detta var viktigt för att kunna nå så nyanserade svar som möjligt och därigenom konstruera ny kunskap efter intervjuerna (Bryman, 2018:561–562; Kvale et al., 2014:18 & 69). Det är vanligt med intervjuer som metod när ens undersökning syftar till att få veta hur något fungerar i ett system eller större sammanhang och där olika informanter kan förklara och redogöra för olika delar av ett komplext system. Dessa intervjuer ämnar då tillföra förklaringar och information kring hur verkligheten är konstruerad. Semistrukturerade intervjuer är dessutom vanligt i feministisk forskning. Denna metod gör det möjligt att fokusera på kvinnor med erfarenhet av flykt som en särskild grupp, och förstå varför de befinner sig i en viss situation, med särskilt fokus på tillgänglighet till SRHR (cf. Bryman, 2018:260 & 587; Esaiasson, Gilljam, Oscarsson, Towns & Wängnerud, 2017:227–228).

Intervjuguiden utformades på så sätt att det först var några uppvärmningsfrågor och kontrollfrågor, gällande exempelvis informanternas namn, utbildning och profession för att kunna sätta mig in i informantens svar i sammanhanget och för att informanten skulle känna sig bekväm (Bryman, 2018:566; Esaiasson et al., 2017: 250 & 273). I skapandet av intervjuguiden är det viktigt att tänka på form och innehåll. Det är viktigt att formen är skapad så att det finns en dynamisk situation med ett levande samtal. Innehållet ska knyta an till undersökningens problemställning (Esaiasson et al., 2017:273–274). Intervjuguiden innehöll tre teman som knöt an till problemställningen; tema 1 gällde informantens arbete med SRHR, tema 2 gällde eventuella hinder och begränsningar i tillgängligheten till god SRHR för kvinnor med erfarenhet av flykt, och tema 3 gällde eventuella möjligheter och förbättringar av tillgängligheten till SRHR för kvinnor med erfarenhet av flykt. Jag utformade intervjuguiden så att frågorna skulle vara enkla att förstå och befriade från akademisk jargong. Jag höll intervjufrågorna korta och försökte istället nå långa och innehållsrika intervjusvar genom till exempel uppföljningsfrågor. Möjligheten till uppföljningsfrågor är en av fördelarna med samtalsintervjuer och kan innebära goda möjligheter för innehållsrika och oväntade intervjusvar (Esaiasson et al., 2017:260 & 273–274). Intervjuguiden hade en avslutande fråga där jag gav möjligheten till informanten att lägga till något denne missat säga under tidigare frågor (ibid:276). Under intervjuernas gång tog jag anteckningar för hands, delvis för att ha en försäkring vid eventuell problematik med ljudupptagningen av inspelningen, och delvis för att kunna skriva ned eventuella icke-verbala uttryck, såsom ansiktsuttryck eller kroppsspråk (Hallin & Helin, 2018:66–67).

Till följd av Covid-19 hölls intervjuerna över Zoom, vilket är ett digitalt mötesrum. I huvudsak fungerar en digital intervju lika bra som en intervju ansikte mot ansikte (Bryman, 2018:590). Fördelar med att hålla digitala intervjuer är bland annat att det blir lättare att få informanter att ställa upp då det inte kräver lika mycket tid eller planering. Eftersom några av informanterna i denna undersökning är hälso- och sjukvårdspersonal uttryckte flera att de i år är väldigt uppbokade (till följd av Covid-19) och att intervjuer över Zoom gjorde det möjligt för dem att delta trots pressade scheman (ibid:593).

Informanterna som intervjuas bör vara en förhållandevis homogen grupp, vilka har kunnsighet relaterade till forskningsfrågorna. Jag genomförde åtta semistrukturerade intervjuer med informanter från olika yrken inom SRHR-området, samtliga intervjuer varande mellan 45–75 minuter. Intervjuerna med informanterna genomfördes med fokus på hur yrkesverksam personal inom SRHR-området ser på och uppfattar flyktingkvinnors tillgänglighet till SRHR (cf. Esaiasson et al., 2017:267; Bryman, 2018:498).

I Sveriges strategi för SRHR beskrivs att aktörer från olika håll har ett ansvar att arbeta med allas möjlighet till en god och jämlik SRH. Några centrala aktörer för att stärka arbetet med SRHR är hälso- och sjukvården, regioner och civilsamhället. I denna undersökning valde jag därför att inkludera yrkesverksamma inom SRHR från dessa verksamheter. Jag valde att intervjua personer med olika bakgrund, utbildning, profession och från olika perspektiv för att få en djupare förståelse för hur tillgängligheten till SRHR uppfattas av yrkesverksamma inom SRHR (Bryman, 2018:498; Folkhälsomyndigheten, 2020:28–30).

Samtalsintervjuer utgår från människors vardagliga erfarenheter. Majoriteten av informanter i denna undersökning möter kvinnor med erfarenhet av flykt i sitt vardagliga arbete, och samtliga har en tydlig inblick i deras tillgänglighet till SRHR och lämpar sig därför som intervjupersoner. Vidare inom kvalitativa intervjuer ska forskaren eftersträva att förstå informanternas uppfattningar och syn på det fenomen som undersöks, vilket är fallet i denna undersökning (Esaiasson et al., 2017:262).

Jag kom i kontakt med informanterna i civilsamhället genom att jag själv arbetar med SRHR-relaterade frågor i civilsamhället. Jag är engagerad i en organisation som behandlar frågor kring SRHR, och fick där tips om andra organisationer som arbetar med ämnet. Vidare genomförde jag praktik i tio veckor på en regional verksamhet som arbetar med SRHR i hälso- och

sjukvården, där fick jag kontakt med informanterna från olika verksamheter inom hälso- och sjukvården. Resterande informanter tog jag kontakt med via mejl efter att ha fått tips av min praktikplats var jag kunde hitta relevanta informanter.

Informanterna från civilsamhället var från olika organisationer. För att hålla informanterna anonyma är alla namn könsneutrala och fiktiva (se vidare bilaga 2). Den första organisationen arbetar med SRHR-frågor både nationellt och internationellt. Två av informanterna, Dana och Charlie, arbetar där i ett projekt med SRHR-frågor för asylsökanden. Den andra organisationen arbetar med vård för papperslösa, informanten Alexis arbetade här tidigare med SRHR-frågor. Den tredje organisationen arbetar med SRHR-frågor nationellt där informanten Elle arbetar.

Informanterna från regionen och hälso- och sjukvården var likaså från olika verksamheter. Det var en abortmottagning där informanten Kim arbetar. Vidare var det en mottagning som arbetar med vård för flyktingar där informanten Rio arbetar med SRHR-frågor. Den tredje verksamheten var en enhet på en region som arbetar med utvecklingsarbete inom SRHR, här arbetar informanterna Noa och Alexis. Noa arbetar dessutom på en SRHR-relaterad hälso- och sjukvårdsverksamhet. Alexis, vilket tidigare nämndes, har även erfarenheter från civilsamhället, dessutom arbetar Alexis på en förlossningsverksamhet. Slutligen var det en verksamhet som arbetar med gynekologi och kvinnlig könsstympning där informanten Zana arbetar. Zana har även erfarenhet från en civilsamhällesorganisation som arbetar med SRHR-frågor.

Efter intervjuerna användes sortering och tematisering för att strukturera och få en översikt över det empiriska insamlade materialet. Samtliga intervjuer transkriberades, vilket i sig kan ses som en analytisk del då tal skiftar till skrift, som innebär ett tolkningsarbete (Alvehus, 2013:85; Hallin & Helin, 2018:74). Efter att ha transkriberat intervjuerna till skrift lästes det empiriska materialet. Det empiriska materialet sorterades med hjälp av de teman och teoretiska anknytningar som synliggjordes i intervjuerna. Genom att använda en tematisering kunde olika nyckelord och begrepp plockas ut som var intressanta från intervjuerna. Sedan skapades teman eller kategorier, vilka kopplades till påståenden och begrepp som studeras i denna studie. Efter att ha granskat det empiriska materialet och teoretiska ansatser tog jag nytta av mina begrepp och teori för att guida mig i min analys av min empiriska data. Detta är en vanlig strategi för att analysera kvalitativt material (Alvehus, 2013:110–112; Esaiasson et al., 2017:279; Hallin & Helin, 2018:75).

Det empiriska materialet analyserades med ett induktivt förhållningssätt. Att använda induktion vid en kvalitativ undersökning är vanligt, och det innebär här att empirin analyserades och kopplades tillbaka till den feministiska teoribildningen och de begrepp som definierats i teoridelen (Bryman, 2018:47 & 483; Thurén, 2019:45; Bergström & Boréus, 2018:50). Undersökningen har vidare en hermeneutisk metodologi, vilket innebär en tolkningslära som bygger på inkännande och empati och innebär att jag förstått och tolkat texterna samt intervjuerna. En hermeneutikinsikt är viktig här för att verkligen få en förståelse för hur tillgängligheten till SRHR för flyktingkvinnor uppfattas från yrkesverksamma inom SRHR (Thurén, 2019:110; Bergström & Boréus, 2018:33). Den hermeneutiska tolkningen blir kontextuell och kunskapen som skapas är grundad i särskilda kontexter, vilket i detta fall handlar om yrkesverksamma inom SRHR och deras uppfattning av tillgänglighet till SRHR för flyktingkvinnor i Sverige (Danermark et al., 2018:243–244).

4.1 Etiska överväganden

Inom kvalitativ forskning, och specifikt feministisk forskning, som ofta berör etiskt känsliga områden, är det viktigt att skapa en hög grad av tillit och förtroende mellan intervjuaren och informanten (Bryman, 2018:588). Därför öppnades intervjuerna med etiska överväganden och medvetenhet genom att göra informanterna väl införstådda i vad deras medverkan skulle innebära i termer av konfidentialitet och anonymitet. Genom anonymiteten säkerställdes att informantens svar inte skulle få några negativa konsekvenser, exempelvis om de riktade kritik mot hälso- och sjukvården. Informanterna har anonymiserats med könsneutrala och fiktiva namn, ingen av namnen som nämns i uppsatsen är informantens riktiga. Dessutom spelades intervjun in för att sedan transkriberas, och informanterna fick veta att inspelningen bara skulle lyssnas på utav mig och sedan raderas (Bryman, 2018:34 & 580; Kvale et al., 2014:99–100; Vetenskapsrådet, 2017:27). Jag informerade informanterna om studiens syfte, frågade om samtycke till undersökningen och beskrev vad det empiriska materialet skulle användas till. Således informerade jag informanten att medverkan till intervjun var helt frivillig och att det gick bra att avsluta eller avböja sin medverkan både under och efter sin medverkan i intervjun. Jag gav mina kontaktuppgifter för att försäkra mig om att informanten kunde nå mig om så var fallet (Esaiasson et al., 2017:278; Hallin & Helin, 2018:48; Vetenskapsrådet, 2017:27).

Dessutom försäkrades etiska överväganden genom en pilotintervju eller provintervju, med en person inom hälso- och sjukvården. Detta gjorde jag för att säkerställa att intervjuguiden innehöll rimliga frågor. SRHR kan i vissa fall anses vara ett känsligt ämne att prata om, men

eftersom informanterna i denna undersökning alla är yrkesverksamma inom SRHR och dagligen arbetar med frågorna var det inte något som var svårt eller känsligt att prata om, tvärtom upplevdes intervjuerna lättsamma. Slutligen har jag anonymiserat de specifika organisationer, regioner och hälso- och sjukvårdsverksamheter informanterna har varit, eller är, verksamma inom för att skydda deras identitet och integritet ytterligare (Kvale et al., 2014:109–110; Esaiasson et al., 2017:277).

4.2 Validitet och reliabilitet

Två kvalitetskriterier för en intervjustudie är validitet och reliabilitet. Validitet innebär att man studerar det som studien avser att studera, och reliabilitet innebär att det studeras på rätt sätt. Det empiriska materialet måste spegla det fenomen som studien syftar till att öka kunskap inom, för att en intervjustudie ska anses vara valid. Dessutom ska de informanter som valts vara tillförlitliga talespersoner för fenomenet som ska studeras. För att säkerställa en hög validitet i denna studie spelades samtliga intervjuer in, och det utfördes endast en intervju per dag. Dessutom var informanterna som valdes till denna studie alla yrkesverksamma inom SRHR och möter kvinnor med erfarenhet av flykt i det vardagliga arbetet (Hallin & Helin, 2018:87–88).

För att uppnå reliabilitet behöver studien ha genomförts på rätt sätt. Faktorer som påverkar detta är bland annat att forskaren är opartisk och att de genomförda intervjuerna gjorts på ett likartat sätt (Hallin & Helin, 2018:87–88). Jag som intervjuare kan påverka informanter, oavsett om det är omedvetet eller medvetet. Det kan leda till att informanterna blir påverkade och ändrar svar, eller svarar som de tror att jag vill att de svarar. Jag hade detta i åtanke under varje intervju för att minska risken att påverka informanterna i en viss riktning. Vidare för att minska risken för partiskhet planerade jag min studie väl innan och hade en intervjuguide med ett semistrukturerat frågeschema. Emellertid, vilket tidigare nämnts, ställdes vissa efterföljande frågor (Hallin & Helin, 2018:14 & 87). Ett annat kriterium för att en intervjustudie ska ha hög reliabilitet är att den data som framkommit genom en intervjustudie ska kunna bli densamma även om det var en annan forskare som genomfört intervjuerna eller om studien genomfördes igen. Detta kriterium fyller inte denna studie eftersom mina intervjuer var semistrukturerade och jag ställde efterföljande frågor, vilket kan innebära att resultatet och intervjuerna från en liknande studie kan skilja sig från denna (ibid:88).

4.3 Avgränsning avseende metod

En alternativ metodologisk ansats hade varit att intervjua flyktingkvinnor. Jag valde emellertid inte att intervjua dessa kvinnor på grund av etiska överväganden, tidsbrist och eventuella språkliga barriärer där det dessutom hade behövts tolk, vilket hade tagit lång tid. Jag är medveten om att SRHR kan vara ett stigmatiserat ämne, och att flyktingkvinnor kan befinna sig i en ekonomisk och social sårbar situation och då möjligtvis påverkas negativt (Bryman, 2018:172; Kvale et al., 2014:104–105). Emellertid finns det möjligheter att nå en viss förståelse för flyktingkvinnor och deras tillgänglighet till SRHR genom att intervjua yrkesverksamma inom SRHR, även om det kan bli en begränsad förståelse. Mitt syfte i denna undersökning är dessutom att specifikt undersöka uppfattningar hos yrkesverksamma personer inom SRHR och deras uppfattningar avseende tillgängligheten till SRHR för flyktingkvinnor.

Till följd av Covid-19 hölls intervjuerna via det digitala mötesrummet Zoom. En begränsning med denna metod kan vara teknologiska problem (Bryman, 2018:593). Det fungerade mestadels bra och informanterna var vana vid att använda Zoom. Jag tydliggjorde hur vi skulle agera om teknologin krånglade för att minska risken att intervjun gick förlorad. En annan begränsning kan vara att informanten inte är fokuserad på intervjun då det kan finnas störmoment såsom andra pågående internetsidor eller samtal (Hallin & Helin, 2018:64). För att minska denna risk frågade jag informanterna om de kunde stänga ner andra störmoment, vilket samtliga tyckte var okej.

Vid kvalitativ empiri handlar det om särskilda resultat av det som studeras och med en begränsad kvalitativ empiri kan det vara svårt att komma fram till något generellt. Det handlar snarare om att man kommer fram till något specifikt för just den data man har undersökt och ger en inblick i ett visst fenomen eller förhållande. I denna undersökning består empirin utav åtta intervjuer, vilket kan ses som begränsad data och därmed kan jag inte dra generella slutsatser. Emellertid kan studien ge perspektiv och bidra till ett forskningsfält. Denna undersökning kan ge insiktsfulla inblickar och perspektiv i hur tillgängligheten till SRHR för kvinnor med erfarenhet av flykt ser ut och kan te sig, samt bidra till fortsatt forskning (Rienecker, 2018:239 & 247).

Kvalitativ forskning kan dessutom innebära en bristande transparens då det kan vara svårt att se vad forskaren utfört. För att vara transparent har jag redogjort för metod, resultat och

slutsatser samt bifogat den ursprungliga intervjuguiden (se bilaga 1) (Bryman, 2018:484–485). Likaså finns det begränsningar i studiens hermeneutiska ansats. Det finns problematik såsom att egna erfarenheter och föreställningar, samt förförståelse för de begrepp och referenser som används leder till en specifik tolkning av det empiriska materialet. Därför är det viktigt att belysa att jag som använder en hermeneutisk ansats tolkar det som sägs i intervjuerna i enlighet med mina referensramar. Därmed kan det finnas det flera sanningar kring ett och samma fenomen (Hallin & Helin, 2018:89; Danermark et al., 2018: 243).

5. Resultat och analys

5.1 Strukturell rasism, strukturellt våld och stereotypa föreställningar

Kvinnor med erfarenhet av flykt riskerar att utsättas för strukturell rasism och strukturellt våld, vilket är en del av en strukturell diskriminering i samhället (SOU 2005:56; Farmer, 2004:307). Flera av informanterna beskrev olika tillfällen där de ser rasistiska strukturer, både i civilsamhället, i samtal med tjänstemän i regioner och i möte med hälso- och sjukvården. Den vanligaste rasismen i Sverige handlar om en kulturellt präglad rasism, vilken flera informanter vittnar om. Det handlar om stereotypa föreställningar av invandrades kulturer, förutfattade meningar och föreställningar (ibid). Charlie, som arbetar som projektledare på en ideell organisation (se bilaga 2), beskriver hur de särskiljs:

Den här strukturella rasismen eller vardagsrasismen, eller den mer subtila stereotypiseringen är ett hinder. Det kan till exempel vara att jag pratar med en samordnare på en annan civilsamhällesorganisation som vill att vi kommer och träffar dem, och då kan denna person säga att ”jag tror att min grupp [med utlandsfödda personer] behöver prata om samtycke” för det vet man ju på något sätt att personer som kommer till Sverige behöver ju prata om samtycke. Det är en ganska tydlig rasistisk signal.

Noa, som har erfarenhet från utvecklingsarbete i en region och hälso- och sjukvården, beskriver ett annat exempel där bemötandet ser olika ut beroende på om personen är utrikes eller inrikes född:

Ett besök vi hade en gång med en utrikesfödd kvinna resulterade i att patienten behövde hjälp med att skriva en egenremiss till reproduktionsmedicin. Hon hade bekymmer med sin fertilitet, hon blev inte gravid som hon ville. Det är någonting som många har som föreställning, om familjebildning och reproduktiva rättigheter. Frågar man ens kring det? om det är en svart

kvinnor från Afrika som är traditionellt klädd, frågar man ens henne om reproduktiva rättigheter utifrån någon annan aspekt än barnbegränsning...? Medan om man har en patient som är en vit kvinna född i Sverige som är 35 år och inte har några barn, frågar man henne om reproduktiva rättigheter utifrån någon annan aspekt än barnbegränsning? Ja, det gör man absolut.

Dessa fall är tydliga exempel där det finns en underliggande strukturell rasism som är kulturellt präglad med stereotypa föreställningar kring migranters och invandrarers kulturer. Informanterna beskrev att det i dessa fall inte behöver handla om främlingsfientlighet, utan om strukturer som finns i våra vardagliga liv som inte alltid ifrågasätts och som kan vara omedvetna. Det kan resultera i strukturellt våld mot flyktingkvinnor, vilket skapar ojämlikhet i samhället och som har att göra med rasism och socioekonomisk utsatthet, vilket flera av informanterna också berättade. Det är ett förtryck som ofta är indirekt och osynligt (Farmer, 2004:307–308; Turan et al., 2016:153–154). Samtliga informanter pekade på strukturell rasism, strukturellt våld och dess konsekvenser och problematik. Dana, som arbetar med projektledning och ekonomi på en ideell organisation, beskriver att det är ett stort hinder i bemötandet, och att många av de som kommer till deras organisation vittnar om upplevd rasism, speciellt inom hälso- och sjukvården. Dana menar att detta leder till att många inte söker vård: ”Det finns en strukturell diskriminering och rasism, vilket är ett stort hinder. Det gör att många är rädda för att söka vård för att man är rädd hur man ska bli bemött. Man är också rädd för vad vårdpersonalen har för förutfattade meningar om en”.

Dessutom beskriver flera av informanterna att riskerna är, även om personen tar sig till ett vårdbesök, att förväntningar avseende stereotypa föreställningar kan innebära att patienterna är rädda för bemötandet och för vad vårdpersonal ska tro om dem. Denna typ av förtryck är svårare att få syn på och är därför särskilt viktig att uppmärksamma (cf. Farmer, 2004:307). Vårdbesöken kan därmed utebli eller bli bristfälliga, då förutfattade meningar från vårdpersonal kan leda till att flyktingkvinnorna är rädda för att vara uppriktiga under vårdbesöket. Zana, som både arbetar inom hälso- och sjukvården och civilsamhället, beskriver hur detta kan leda till situationer där förtroendet mellan patient och vårdgivare skadas och där vården blir bristfällig:

Jag vet till exempel att en kvinna en gång sa att hon hade samlagssmärta men att hon inte vågade säga det till en svensk läkare för att hon var rädd att läkaren skulle tro att hennes man gjorde illa henne, vilket inte var fallet alls. På grund av att det finns väldigt mycket fördomar. Det är ett stort hinder det där, hur kvinnorna ska uttrycka sig eller vad de ska

säga. Även om det inte är något våld inblandat så är man rädd att läkaren eller barnmorskan ska tro det.

Exempel som dessa beskriver hur stereotypa föreställningar, strukturell rasism och strukturellt våld, begränsar och sätter hinder för flyktingkvinnor att få ett viktigt och ärligt SRHR-relaterat hälso- och sjukvårdsbesök. Informanterna berättade att detta leder till uteblivna vårdbesök, eller vårdbesök som inte blir rätt utförda, vilket i sin tur leder till ojämlikhet i hälsa (Folkhälsomyndigheten, 2020:18; Heslehurst et al., 2018:1–2). Detta kan vara till följd av att kvinnor med erfarenhet av flykt möter strukturellt våld i form av både rasism och sexism samt att de har en låg socioekonomisk status. Ur ett intersektionellt perspektiv är detta exempel på olika typer av strukturellt våld som interagerar och förvärrar förtrycket ytterligare och gör att social exkludering blir ett faktum (cf. Castro & Farmer, 2005:55; De Los Reyes, 2017:14–15; SOU 2014:34). Det gör att kvinnorna inte kan tillgodogöra sig sina rättigheter, och tillgängligheten till en god SRHR begränsas i stor utsträckning. När kvinnorna exkluderas från hälso- och sjukvården kan det leda till många negativa konsekvenser och påverka hela livssituationen. Rasism, stereotypa föreställningar om personer från olika kulturella sammanhang och exkludering från vården kan leda till stora skillnader i hälsa (Heslehurst et al., 2018:1–2; Farmer, 2004:307–308; Folkhälsomyndigheten, 2020:18).

Sammantaget handlar både strukturell rasism och strukturellt våld om olika former av strukturell diskriminering. Flyktingkvinnorna drabbas av ett systematiskt hot, vilket kan innebära att de får svårare att få adekvat vård, ta vara på sina förmågor, utvecklas och att få sina rättigheter tillgodosedda. Tillgänglighet till SRHR, och därmed allmän hälsa, är rättigheter som riskerar att försummas genom strukturell diskriminering. När flyktingkvinnorna möter strukturell rasism och strukturellt våld innebär det dessutom att de får svårare att komma in i samhället med dess institutioner. Det minskar kvinnornas agens och handlingsutrymme, vilket gör att de får mindre makt i samhället och färre möjligheter att utmana orättvisa strukturer. Det bidrar till ännu mer utsatthet och ojämlikhet för flyktingkvinnor i samhället i stort (Young, 2007:201; Farmer, 2004:307–308; Castaneda, 2010:14). Detta kan beskrivas som en form av diskrimineringsspiral (cf. SOU 2005:56).

5.1.1 Behovet av kulturell kompetens och transkulturellt perspektiv

Ett hinder, vilket tidigare illustrerats, för flyktingkvinnor att nå en god tillgänglighet till SRHR är strukturell diskriminering, strukturell rasism och strukturellt våld i möte med hälso- och

sjukvården. Flyktingkvinnorna möter, enligt informanterna, strukturell diskriminering på grund av både kön, etnicitet och socioekonomisk status, vilket ur en intersektionellt perspektiv är tre olika typer av förtryck som interagerar och påverkar varandra (SOU 2014:34; De Los Reyes, 2017:14–15). Flera av informanterna berättade om barriärer där flyktingkvinnorna inte lyssnas på eller förstås, utan att vårdpersonal istället har förutfattade meningar kring hur kvinnorna fungerar och bör bli bemötta, ofta baserade på statistiska och stereotypa föreställningar om personens kultur. Flera informanter pratade om vikten att lyssna på patientens behov för att försöka överbrygga eventuella skillnader och minska diskriminering vid bemötande. Zana beskriver vikten av dialog och respekt i möten för att undvika strukturella hinder och stereotypisering:

Jag tror att vi måste förstå varandra bättre. Vi kan inte säga 'vi och dom' och 'dom och vi'. Vi kan inte säga 'så här funkar de och så här tror de'. Utan vi måste ge dom [flyktingkvinnorna] respekt. För börjar vi med att säga att deras sätt att tänka är fel och inte accepterat så sätter vi verkligen en barriär direkt. Man sätter en barriär och vägg mellan 'vi och dom'. Det är väldigt viktigt att ha en dialog om SRHR.

Zanas exempel beskriver hur förutfattade meningar sätter barriärer för tillgängligheten till en god vård inom SRHR för flyktingkvinnor. Dessutom beskriver exemplet hur viktigt det är med individanpassade vårdmöten och dialog. För att nå en större förståelse för varandra, och för att kunna bemöta kvinnor med erfarenhet av flykt, från olika delar av världen med olika kulturella bakgrunder, krävs tillämpandet av icke-statisk och icke-stereotypiserande kulturell kompetens och ett transkulturellt perspektiv (Vårdhandboken, 2020; Wedel, 2020:55–56; Castaneda, 2010:13). Flera av informanterna menade att en medvetenhet om kulturella föreställningar, kulturell kompetens och ett transkulturellt perspektiv är viktigt. Rio, som arbetar inom hälso- och sjukvården säger: ”Jag tror faktiskt att kompetens om olika kulturer är jätteviktigt [...]” Dessutom säger Alexis, som både arbetar med utvecklingsarbete i en region och som barnmorska inom hälso- och sjukvården: ”Inför mötet med människor som har erfarenhet av flykt kan det vara bra att ha med sig en viss kunskap in i det mötet kring till exempel riskfaktorer och kring vad jag behöver vara extra uppmärksam på.”

Ytterligare en informant nämner vikten av kulturell kompetens och transkulturellt perspektiv. Elle, som är verksamhetsansvarig på en civilsamhällesorganisation säger:

Utbildning i all dess former är ju jätte, jättebra [...]. Om man nu ska ha en utbildning tror jag man behöver fokusera mycket på bemötandefrågor. Det behövs utbildning inom vården, för att jag upplever också att det finns en del okunskap där kring de kulturella aspekterna och bemötandet, återigen.

För att minska riskerna för strukturell rasism och strukturellt våld mot flyktingkvinnorna kan en icke-essentialistisk, icke-statisk kulturell kompetens, där även vårdpersonalen blir medvetna om sina egna kulturella föreställningar och förutfattade meningar, bidra till att överbrygga skillnader. Det kan hjälpa vårdpersonalen att möta patienten på ett professionellt och individanpassat sätt. Dessutom kan ett transkulturellt perspektiv hjälpa vårdpersonalen att förstå flyktingkvinnornas syn på vård och deras förutsättningar och föreställningar kring den (Wedel, 2020:55–56; Carpenter-Song, Nordquest Schwallie & Longhofer, 2007:1362–1365).

Några av informanterna belyste också att tillämpningen av kulturell kompetens kan innebära risker då det kan innebära att hälso- och sjukvårdspersonal förstår kulturbegrepp på ett förenklat och essentiellt sätt. Noa beskriver:

Det är klart att man måste ha vissa kunskaper om att det kan vara på ett visst sätt [...], men samtidigt, vi ska ju möta individer [...]. Man kan ju inte tänka att man ska bemöta alla på samma sätt. Man får också passa sig för att sätta in folk i någon slags grupp [...] och därefter tillsätta egenskaper till alla sådana personer. Samtidigt som man behöver kunna många saker för att kunna bemöta på olika sätt.

I intervjuerna framkom att det är viktigt, vilket Noa beskrev ovan, att flyktingkvinnor inte ses som en homogen grupp, utan att det är ett individanpassat vårdbesök. Samtidigt ska den kulturella kompetensen bidra till att kunna tillgängliggöra flyktingkvinnors behov av vård och skapa större förståelse för vad en kvinna med erfarenhet av flykt kan ha för annan syn på god vård, önskemål och behov. Det är viktigt att vårdpersonalen är kulturellt flexibla, känsliga och lyhörda, även i förhållande till sociala och ekonomiska faktorer. Det får inte innebära att vissa kulturella övertygelser, värderingar eller metoder tas för givna inom en viss etnisk grupp, eller att det förutsätts att kulturella föreställningar kommer att påverka en individs beteende. En

kulturell kompetent vård kan innebära vård som är skräddarsydd (Wedel, 2020:55–56; Castaneda, 2010:13–14; Vårdhandboken, 2020).

Alexis belyser dessutom vikten av att vara särskilt informerad, flexibel och ha kunskap om, och förståelse för, socioekonomiska faktorer för att säkerställa en säker och god SRHR-relaterad vård för kvinnor med erfarenhet av flykt. Alexis berättar:

En [flyktingkvinna] jag pratade med en gång, hade en infektion efter förlossningen och behövde antibiotika. Och den personen fick för sig att om den tog antibiotika så kan den inte amma, och om vårdpersonalen hade varit tydligt med att säga, att du kan amma även om du äter denna medicin, så hade det inte behövt bli så som det blev. För det som hände var att personen trodde att den inte kunde amma samtidigt som den åt antibiotikan och om den inte kunde amma så hade den inte haft råd med mat till sitt spädbarn, så den valde bort medicinen som den fick utskriven för sin egen infektion, för att kunna amma sitt barn, för att barnet annars hade lidit av näringsbrist. Vi behöver vara tydliga i vår information, vi kan inte räkna med att alla förstår och vet allt.

I fall som dessa är det viktigt att vårdpersonalen är medveten om att alla människor inte har samma förståelse eller syn på medicin eller sjukdom och att de har olika föreställningar och socioekonomiska förutsättningar. Dessutom är det viktigt att vara extra tydlig i sin kommunikation för att minska risken för språkbarriärer och missförstånd. Medvetenheten om flyktingkvinnornas socioekonomiska utsatthet och särskilda behov är viktigt för att kunna säkerställa högkvalitativ SRHR-relaterad hälso- och sjukvård, vilket skulle kunna ske genom en holistisk och icke-essentialistisk kulturell kompetens (cf. Endler et al., 2020:117). Dessutom beskriver flera av informanterna att språkstöd och doula- och kulturtolkar, som ofta har ett holistiskt och trygghetsskapande perspektiv och en bredare förståelse för kulturella perspektiv och skillnader i patientmöten, är väldigt bra stöd inom SRHR-relaterad hälso- och sjukvård. Alexis beskriver: ”Just det där att kunna förmedla sig och kunna förmedla sig på ett tryggt sätt är väldigt viktigt, och det betyder mycket för oss som vårdpersonal, att patienten kan göra det. Att vi förstår vad de säger och att vi kan möta upp det har ju en jättestor betydelse också för patientsäkerheten.”

Generellt har många flyktingkvinnor negativa erfarenheter av vård till följd av att den kulturella kompetensen är bristande (Endler et al., 2020:117). Intervjuerna visar att det är av stor vikt att

ha ett transkulturellt perspektiv och en kulturell kompetens för att minska riskerna att flyktingkvinnorna inte söker vård, att vården blir bristfällig eller att flyktingkvinnorna inte kan eller vågar vara uppriktiga under ett vårdbesök. För att detta ska bli verklighet krävs utbildning och stöd till vårdpersonal inom ett transkulturellt perspektiv och icke-essentialistisk kulturell kompetens. Det krävs för att vårdpersonal ska kunna erbjuda en bättre och jämlikare vård gentemot kvinnor med erfarenhet av flykt och för att minska kvinnornas känsla av exkludering och rädsla att mötas av stereotypa föreställningar. Genom att minska riskerna för stereotypa föreställningar, minskar även riskerna avseende hälsoskillnader och låg tillgänglighet till SRHR. Sammantaget visar intervjuerna med informanterna att detta är av stor vikt för att kunna säkerställa att flyktingkvinnorna når en god tillgänglighet till SRHR, en god hälsa och ökad agens. Det innebär i sin tur en mer inkluderande vård och samhälle, samt att flyktingkvinnorna ges ökad makt i samhället (Wedel, 2020:55–56; Castaneda 2010:13–14; Endler et al., 2020:117).

5.2 Genus, ojämlikhet avseende genus och patriarkala maktstrukturer

Genus är socialt och kulturellt konstruerat och skapar föreställningar och normer kring kön och vad som anses vara manligt och kvinnligt. Genussystemet genomsyrar hela samhället och det är något som människor i alla samhällen har vuxit upp med och formats av. Till följd av ojämlikhet avseenden genus möter kvinnor ofta större hinder än män i samhället. När det kommer till migration är det likaså genusbestämt, och stereotypisering av kvinnor och män är vanligt (Butler, 2007:6 & 14; UN Women, 2020; Toivanen et al., 2012:17–18). Något som flera informanter belyste som problematiskt var normer kring genus och könsroller. De beskriver att kvinnans roll ofta är i hushållet och att ta hand om och föda barn. Elle beskriver:

Något ämne som kan vara känsligt är till exempel preventivmedel. När man pratar med kvinnorna är det svårt ibland att säga att det finns preventivmedel så att du inte blir gravid, för att bli gravid är någonting som många värdesätter väldigt högt. Och många av de här kvinnorna har också vuxit upp med tanken av att det är det en kvinna ska göra liksom. De kan känna att vi som kvinnor ska bära barn.

Även Rio, som arbetar inom hälso- och sjukvården, belyser hur de vårdsökande bär på olika föreställningar: ”Det finns stereotypa föreställningar kring genusnormer. Kvinnorna ska blöda mycket och man ska få många barn, det är jätteviktigt.” Till följd av normer och stereotypa föreställningar av att kvinnan ska få många barn, menar flera informanter att kvinnornas

inställning till preventivmedel kan vara negativ. Om en kvinna inte lever upp till de förväntade normer eller ideal som är knutna till ett visst kön, kan det skapas negativa känslor och känslor av misslyckande (Lamont et al., 2015:122–123).

Att en kvinna målas upp och beskrivs som ett subjekt i hemmet, där hon ska ta hand om barn och hushållet, kan leda till minskad makt i samhället och ojämlikhet avseende genus. Uppfattningen om könsroller och att män och kvinnor är olika och ska ha olika sysselsättning är djupt rotad i människor. Flyktingkvinnor beskrivs ofta av informanterna som att de får ta rollen där kvinnan ska ta hand om hushållet och få många barn, vilket begränsar deras handlingskraft och frihet. Detta gör således att kvinnorna, till följd av både egna föreställningar om att vara underordnade och av patriarkala maktstrukturer, att de får färre möjligheter att lära sig språket och utbilda sig inom sådant som SRHR eller ta del av annan utbildning. Det kan i sin tur leda till att färre kvinnor kommer ut på arbetsmarknaden och isoleras till hemmet. Männerna får då mer makt i samhället och den patriarkala maktstrukturen fortgår (Heslehurst et al., 2018:19; Sherif-Trask, 2014:32–33; Wilk & Cligget, 2007:18).

Flera informanter belyste vikten av att förstå att preventivmedel handlar om familjeplanering, och om kvinnans egen möjlighet att bestämma över sin kropp och sina val. Frihet till sin egen kropp kan ge makt till individen och innebära egna val gällande sin egen hälsa, vilket är betydelsefullt för alla människor (Börjesson & Rehn, 2009:90–92; Freeman, 2017:148; Amnesty International, 2018). Informanterna beskrev att det därför är viktigt att prata om kvinnans mänskliga rättigheter och möjligheter i Sverige relaterat till SRHR. Generellt är kvinnors mänskliga rättigheter mer hotade än mäns till följd av patriarkala maktstrukturer. Det kan handla om rätten till sin egen kropp, rätten till preventivmedel och rätten till abort (Freeman, 2017:148–149; Margolin, 2007:3). Kim, som arbetar som barnmorska på en abortmottagning, berättar: ”Det är ofta mannen som bestämmer. Då kan det handla om att en kvinna vill komma till Sverige och lära sig det nya språket till exempel, medan hennes man då tycker att nej nu ska du vara här och föda och ta hand om barn.” För att kvinnor ska kunna bli verkligt självbestämmande krävs att ingen annan har auktoritet över en, och det är avgörande för flyktingkvinnor att få ta del av rättigheter som dessa för att kunna ha kontroll och makt över sin egen reproduktion och sexualitet (Young, 2007:79; Amnesty International, 2018; Folkhälsomyndigheten, 2020:17–18; Scott-Samuel, 2009:159). Elle beskriver fortsättningsvis:

[...] Att använda preventivmedel [...] kan kännas väldigt svårt till en början, och först kan taggarna vara ganska utåt men sen så förstår de [flyktingkvinnorna] liksom att okej det här handlar om familjeplanering och om att du ska kunna bestämma över din egen kropp. Det innebär att du ska kunna leva ditt liv så som du vill leva och du kanske har fem barn redan. Alltså det handlar ju inte om att du inte ska ha några barn utan det handlar ju om att kunna bestämma att nu räcker det med barn och du ska kunna ta det valet själv.

Alla kvinnor ska ha möjlighet att bestämma över sin egen kropp, och stater är skyldiga att se till att människors sexuella och reproduktiva rättigheter uppfylls och skyddas. Dessutom är det av stor vikt att tillgodose tillgänglig information och service kring preventivmedel och SRHR för att kunna kontrollera sin fertilitet (Amnesty International, 2021; Folkhälsomyndigheten, 2020). Genom patriarkala maktstrukturer och normer kring genus och könsroller riskerar dock kvinnor med erfarenhet av flykt att inte nå denna goda tillgänglighet till information och service kring preventivmedel och SRHR. Sammantaget försämrar hinder som är kopplade till genusnormer SRHR för kvinnor med erfarenhet av flykt. Det kan resultera i ojämlikhet avseende genus, hälsa och socioekonomisk position, och den ojämlika maktodynamiken kan påverka kvinnornas psykiska och fysiska hälsa i stor utsträckning. Det kan även leda till en minskning av kvinnors agens då kontrollen över det egna livet är centralt för att nå en god agens (Amnesty International, 2021; Scott-Samuel, 2009:159–160; Sherif-Trask, 2014:12–13).

Rätten till en god tillgänglighet till SRHR är grundläggande för att säkerställa en god hälsa och jämställdhet mellan könen. För att nå god hälsa behöver utbildning inom SRHR tillgängliggöras för alla (Folkhälsomyndigheten, 2020; UNDP, 2020). Ett exempel på vikten av kunskap beskrivs av Elle. Hon menar att kunskap kring preventivmedel, genusnormer och SRHR tillsammans bidrar till positiv och användbar kunskap:

Även om dessa ämnen från början kan mötas av motstånd, så landar vi alltid i det positiva. För att det är ju positivt i slutändan att förstå till exempel att preventivmedel faktiskt är här för att ge kontroll över sin egen kropp. Eller att jag faktiskt får styra min egen familjeplanering till exempel. Så att allt det här som jag säger brukar landa i positiv kunskap. Det är ju kunskap, och kunskap främjar alltid.

Utbildning inom SRHR kan ändra genusnormer och könsroller i samhället och det hade kunnat ge kvinnor möjligheten att själva bestämma över sitt öde genom till exempel familjeplanering, vilket också kan ge flyktingkvinnor mer makt. Kunskap skapar makt och kan ändra

reproduktionen av patriarkala maktstrukturer (UNDP, 2020; Margolin, 2007:6; Foucault, 2002:108; Sköldberg, 2014:294). Rio beskriver detta på följande sätt:

Vissa vet inte var livmodern sitter, och vissa vet inte var en spiral sitter. Det var en kvinna som sa ”tack för det här. Nu har jag haft spiral i fyra år och nu vet jag äntligen var den sitter någonstans”. Så kunskapen är bristande i många fall. Så det känner jag, kunskap kring SRHR är väldigt viktigt. Det handlar ju om att stärka människor med kunskap så att man får kontroll över sin kropp.

Flera informanter menar att ökad utbildning för flyktingkvinnor har en påverkan på preventivmedelsanvändning och kvinnors agens. Det kan dessutom ge kvinnor större möjligheter att utmana rådande ojämlikhet och patriarkala maktstrukturer. Det kan ge kvinnor utrymme att omdefiniera vad som är möjligt för dem och åstadkomma en förändring. Genom utbildning kan flyktingkvinnornas sysselsättning öka och då kan synen på att kvinnor endast ska bära barn, eller underordnas männen, minska (cf. Leone & Coast, 2014:385–389).

För att öka flyktingkvinnornas möjlighet till kunskap och utbildning inom SRHR och generellt krävs att patriarkala maktstrukturer och genusnormer som är baserade på maktstrukturer mellan män och kvinnor förändras. Regeringen och samhällets institutioner, inklusive vårdsektorn, är centrala aktörer för att värna om rättvisa och om att kvinnor ska ha tillgänglighet till hälso- och sjukvård, kunskap om mänskliga rättigheter och jämställdhet mellan könen. Minskningen av den strukturella diskrimineringen kan endast ske genom ett kollektivt handlande, där både staten och dess institutioner, vården och civilsamhället tar ansvar för en förändring. Det krävs en strukturell och institutionell förändring, där flyktingkvinnornas rätt till välmående, frihet och SRHR garanteras (cf. Young, 2007:191 & 201; Magis & Shinn, 2012:31–33; Martinez & Blanco, 2014:103).

5.2.1 Socioekonomisk utsatthet, strukturell diskriminering och höga kostnader

I Sverige har kvinnor generellt en lägre socioekonomisk status. Dessutom är kvinnor med erfarenhet av flykt en socioekonomiskt utsatt grupp, och särskilt utsatta är asylsökanden och papperslösa. Vidare har de till följd av strukturer svårt att komma in i samhället och få jobb, vilket innebär att den socioekonomiska utsattheten fortgår (Toivanen et al., 2012:7 & 15). Flyktingkvinnornas socioekonomiska utsatthet är något som många av informanterna beskrev som en barriär och ett hinder för tillgängligheten till SRHR och SRHR-relaterad hälso- och

sjukvård. Att en person ska ha god tillgänglighet till SRHR-relaterad hälso- och sjukvård är grundläggande för att kunna nå en god hälsa (Folkhälsomyndigheten, 2020). Kostnaden för ett SRHR-relaterat besök hos sjukvården beskrivs som hög för flyktingkvinnor. Dana beskriver:

Om man har fått personnummer i Sverige så behöver man betala 100 kronor vid varje besök, och ska du ha specialistvård kostar det 300 kronor. För personer som har en lön kanske det inte är så mycket, men för personer som inte har arbete just nu är det en stor summa och det spelar stor roll. Det är dyrt. Om man är asylsökande kostar det kanske 50 kronor, men man behöver vara registrerad och gå igenom en lång process för det. Så kostnaden är ett problem för vuxna personer.

Fall som dessa beskriver den socioekonomiska utsatthet som många flyktingkvinnor lever med. Informanten belyser att det är många i denna utsatta grupp som inte har tillgång till någon lön eller arbete och därför blir ekonomiskt utsatta. Den socioekonomiska utsattheten kan dessutom leda till att flyktingkvinnor inte söker vård. Alexis beskriver: ”Vi ser att ett vårdbesök, även om det bara kostar 50 kronor, står och väger emot en säck potatis.”

Både Danas och Alexis beskrivningar belyser hur kvinnor med erfarenhet av flykt begränsas i möjligheten att uppnå en god tillgänglighet till SRHR till följd av socioekonomisk utsatthet. Det kan innebära en övergripande negativ livssituation och påverkar kvinnans möjlighet till social trygghet och oberoende. Flera informanter beskrev hur många flyktingkvinnor lever med mycket begränsade resurser till följd av en osäker socioekonomisk status, och/eller en osäker migrationsstatus där de inte kan arbeta och tjäna pengar. Att behöva välja mellan mat, som är direkt livsavgörande, och ett SRHR-relaterat hälso- och sjukvårdsbesök, kan innebära att valet blir mat och därmed prioriteras SRHR bort (UNDP, 2015b; Heslehurst et al., 2018:19–20). Att prioritera bort SRHR kan innebära en bristfällig hälsa då SRHR är grundläggande för att en människa ska kunna nå god hälsa. Flyktingkvinnor exkluderas därmed från SRHR-relaterad hälso- och sjukvård till följd av den socioekonomiska utsattheten (Heslehurst et al., 2018:8; Folkhälsomyndigheten, 2020).

Således beskriver flera av informanterna att flyktingkvinnor ofta berättar om andra faktorer än själva vårdbesöket som kan påverka deras tillgänglighet till god SRHR. Bland annat att det är dyrt att ta sig till hälso- och sjukvården, via till exempel kollektivtrafik, och att mensskydd och preventivmedel är dyrt. Flera av informanterna beskrev flyktingkvinnornas socioekonomiska

status som bristfällig, och menade att det leder till att många prioriterar bort SRHR och allt vad det innebär, vilket i sin tur leder till negativa konsekvenser för deras möjlighet att uppnå god SRHR. Alexis beskriver:

Blöjor, mensskydd, preventivmedel och allt det där har ju ekonomiska faktorer som gör att man kanske inte väljer det för att man inte har råd. Om du behöver ge ditt barn ersättning, om du har svårt att amma, så är det också en sådan grej. Till exempel en gång så pratade jag med en person [flyktingkvinna] som hade jättesvårt att ge sitt barn sin egen modersmjölk, och behövde en bröstpump, barnet var prematurfött och ammade inte. Och som inte fick tillgång till en bröstpump för att kostnaden var för hög.

Händelser som dessa tydliggör utsattheten och konsekvenserna av socioekonomiska svårigheter för kvinnor med erfarenhet av flykt. Kim beskriver också hur kostnaderna är besvärliga:

Om man tänker att en spiral, som vi kan sätta in, kostar 1000 kronor, är det väldigt dyrt. Många gånger så har de [flyktingkvinnorna] inte det. Det finns ju svenskfödda kvinnor som inte heller har 1000 kronor till en spiral. Så, gratis preventivmedel hade sparat mycket lidande för kvinnan. Det är kvinnosjukvård och kvinnliga rättigheter på högsta nivå.

I intervjuerna framkom att många flyktingkvinnor inte har råd med sådant som preventivmedel, bröstpump och mensskydd, vilket är exempel på hur en kvinnas agens, handlingsutrymme och makt över den egna kroppen begränsas. Det kan leda till olika osäkerheter för kvinnorna: osäkerhet om ens barn kan få mat, osäkerhet om man kan förhindra oönskade graviditeter och osäkerhet om man kan gå ut utan att blöda genom sina kläder. Alla människor har rätt att kunna bestämma över sin egen kropp och att kunna bestämma om man vill ha barn, genom att ha tillgång till preventivmedel. Faktumet att inte ha tillgång till mensskydd kan leda till att kvinnor exkluderas från samhället om de inte kan delta i dagliga aktiviteter. Att inte kunna mata sitt barn med sin egen bröstmjölk genom bröstpump kan även skapa en känsla av ledsamhet och psykisk ohälsa. Detta påverkar kvinnornas hela livssituation och även den sexuella och reproduktiva hälsan (Amnesty International, 2021; RFSU, 2018; Heslehurst et al., 2018:8).

Menstruation är något som bara kvinnor¹ har, och preventivmedel finns framförallt för kvinnor att använda. Människan ska kunna leva ett långt värdigt liv och kunna nyttja grundläggande

¹ samt personer som inte definierar sig som kvinna men som bär livmoder.

rättigheter inom ekonomi, politik och frihet. Kvinnornas möjligheter att få sina grundläggande mänskliga rättigheter, SRHR, blir begränsade av en bristande socioekonomisk status, vilket här exemplifieras genom dyra mensskydd, bröstpump och preventivmedel. Dessutom, vilket informanten Kim belyste, handlar det om sociopolitiska faktorer då det berör frågor om kvinnliga rättigheter och kvinnosjukvård (Amnesty International, 2021; RFSU, 2018; Magis & Shinn, 2012:15–16 & 32). I dessa fall blir kvinnor förtryckta på ett annat sätt än män, då det är kvinnor som behöver köpa mensskydd och i många fall preventivmedel, såsom spiraler. Utifrån ett intersektionellt perspektiv är det här olika typer av förtryck som interagerar, både utifrån kön, etnicitet och den socioekonomiska status som flyktingkvinnor ofta har. Det blir en systematisk kränkning av flyktingkvinnornas mänskliga rättigheter (De Los Reyes, 2017:14–15; SOU 2014:34).

Flyktingkvinnornas möjlighet att komma ut i samhället och på arbetsmarknaden för att öka sin socioekonomiska position och agens är av stort vikt för att deras röst ska höras. Det blir annars ett ojämnt samhälle där män har större inflytande. Kvinnans möjlighet till betalt arbete, utbildning och en egen ekonomi är viktig för kvinnans makt och kontroll över sitt eget liv (Sherif-Trask, 2014:xi; Wilk & Cligget, 2007:17 & 28; World Bank, 2018:1). Allt detta sammantaget påverkar i sin tur kvinnornas möjligheter till frihet, val- och handlingsmöjligheter, och kan resultera i att deras självständighet och personliga agens ökar inom flera områden (Turan et al., 2016:153–154). Kvinnans egenmakt är viktig för att få egna valmöjligheter inom sin SRHR och hälsa i allmänhet. Att kunna göra egna val när det kommer till vårdbesök, mensskydd, preventivmedel eller bröstpump skapar frihet till kvinnan och egenmakt, särskilt makt i frågan om den egna hälsa, inklusive SRHR (cf. Börjesson & Rehn, 2009:90–92).

5.3 Bristande information och kunskap om rättigheter

För att ha en god tillgänglighet till SRHR krävs att hälso- och sjukvårdens tjänster är fysiskt tillgängliga och att det finns information att ta del av (Folkhälsomyndigheten, 2020). Samtliga informanter hävdar att den fysiska tillgängligheten erbjuds, innebärande att det finns hälso- och sjukvård att söka. Däremot beskriver informanterna att det finns barriärer när det gäller att nå denna fysiska vård, främst då det finns brister kring information och kunskap. Sådana barriärer förklarar flera av informanterna är okunskap kring de rättigheter en flyktingkvinna har i Sverige, både från vårdpersonal och patienterna. Flera av informanterna beskriver vidare att

vårdssystemet i Sverige är krångligt att förstå sig på och att det är ännu svårare att förstå sig på vilka som ska få vård gratis och vad ”vård som inte kan anstå” innebär.

Alexis beskriver:

En utav barriärerna till en god SRHR för kvinnor med erfarenhet av flykt är kunskapsbristen hos hälso- och sjukvårdspersonalen. Och patienter som kanske inte är helt informerade om deras rättigheter i Sverige. Båda dessa två i en kombination gör att det uppstår hinder och risker. [...] Asylsökande och papperslösa har dessutom en särslagstiftning kring ’vård som inte kan anstå’ [...], och den skapar förvirring hos hälso- och sjukvårdspersonalen. Vad som egentligen gäller, är det bara akutsjukvård? Och i och med det så nekas patienter hälso- och sjukvård. [...] Okunskapen gör att man tror att man gör rätt fastän man gör fel.

Alexis exempel beskriver hur okunskapen och informationsbristen skapar hinder och barriärer till en god tillgänglighet till SRHR-relaterad hälso- och sjukvård då resultatet kan bli att flyktingkvinnor som har rätt till vård kan nekas att få den. Dessutom menar flera av informanterna att informationen kring SRHR-rättigheterna som flyktingkvinnor har i Sverige är bristfällig. Det gör att flera av flyktingkvinnorna inte vet om att det faktiskt går att söka vård för SRHR-relaterade ärenden. Charlie beskriver: ”Vårdpersonalens okunskap är en barriär, och det är också det faktum att personer som kommer hit som flyktingar eller som inflyttade inte vet om sina rättigheter. Så vårdpersonalen vet inte rättigheterna, och de som kommer och vill ha vård vet inte heller sina rättigheter.”

Det finns särskilt svårigheter för flyktingkvinnor att förstå både muntlig och skriftlig information kring både ”vård som inte kan anstå”, SRHR-relaterad hälso- och sjukvård samt sina egna rättigheter. Flera av informanterna beskrev att informationen är otillräcklig och det skapar förvirring hos både hälso- och sjukvårdspersonal och patienter. Det finns en stor osäkerhet kring vad som gäller om flyktingkvinnorna är asylsökande, papperslös eller har uppehållstillstånd. Det kan leda till känslor av isolering och exkludering för flyktingkvinnorna (Heslehurst et al., 2018:19).

När flyktingkvinnorna inte förstår lagstiftningen ”vård som inte kan anstå”, utan istället tror att vården kostar mycket pengar, kan det leda till att de blir stressade över kostnaderna och därför inte söker vård. Resultaten pekar på att, förutom utbildning i kulturell kompetens och transkulturellt perspektiv till hälso- och sjukvårdspersonalen, så hade utbildning och förståelse

i ”vård som inte kan anstå” och flyktingars rättigheter samt SRHR kunnat vara ett sätt att tillgängliggöra SRHR för flyktingkvinnor. Det hade ytterligare gett vårdpersonalen möjlighet att tillgodose flyktingkvinnors behov av vård och det hade kunnat innebära en mer inkluderande och tillgänglig SRHR-relaterad hälso- och sjukvård (Heslehurst et al., 2018:19). Dana beskriver: ”Vårdpersonal behöver ha mer koll på SRHR för att göra tillgängligheten bättre. Vårdpersonal behöver även kunskap om ’vård som inte kan anstå’ för att kunna göra tillgängligheten till vård inom SRHR lättare för flyktingar.”

Precis som Dana beskrivit ovan, menar flera av informanterna att utbildning är viktigt för att lära sig och ha möjlighet att sprida kunskap om mänskliga rättigheter relaterade till SRHR. Utbildning om lagstiftningen ”vård som inte kan anstå”, är viktig för att undvika att flyktingar nekas säker SRHR-relaterad hälso- och sjukvård. Utbildning kring SRHR är av stort vikt för att säkerställa en god tillgänglighet till SRHR för kvinnor med erfarenhet av flykt (cf. Endler et al., 2020:116–117; Folkhälsomyndigheten, 2020; UNDP, 2020). Zana beskriver att det dessutom behövs kunskap för flyktingkvinnorna:

Jag tror det behövs mer kunskap. De [flyktingkvinnorna] behöver förstå vad som är deras rättigheter och att det är okej att säga som det är. Det är ingen som kommer att utsätta dig för någonting, det är ingen som anmäler dig eller dömer dig. Utan de måste kunna säga som det är. Jag tror det behövs en stor insats till det.

Ett sätt att öka kunskap kring SRHR generellt är genom att öka kunskapen hos vårdpersonalen, vilket kan leda till att flyktingkvinnorna själva får mer kunskap om deras rättigheter. Det kan i sin tur resultera i att fler vågar söka vård till följd av att de vet att de har rätt till det. Kunskapen hos vårdpersonalen är central för att de ska kunna tillgängliggöra SRHR för flyktingkvinnor. Det är avgörande att flyktingkvinnor får kunskap kring sina rättigheter, för att kunna nyttja dem. Det kan göra flyktingkvinnan mer självständig och det kan leda till bättre hälsa, en större agens och därmed en ökad makt i samhället (cf. Endler et al., 2020:117–118; Folkhälsomyndigheten, 2020; UNDP, 2020).

5.3.1 Språkbarriärer och tillgänglighet

Flera av informanterna menar således att om en flyktingkvinna vill boka ett SRHR-relaterat hälso- och sjukvårdsbesök är det i sig är svårt att ordna en besökstid och boka in sig, och både

språkbarriärer och oklarheter kring kvinnornas rättigheter försvårar detta ytterligare. Zana beskriver:

Tillgängligheten är begränsad här, speciellt för nyanlända kvinnor som inte förstår hela vårdsystemet. Det är krångligt och det gör tillgängligheten till vård mer svåråtkomlig, speciellt om man har svårt med språket och svårt att förstå hur det fungerar. [...] Allt detta gör att många struntar i att söka vård. Till och med vissa åker hem till sina hemländer och åtgärdar sina problem där istället, om det är möjligt.

Noa beskrev också ett exempel där tillgängligheten var svår:

Det var en patient som hänvisades till en hemsida, där skulle man först ladda ner, och sen fylla i digitalt, printa ut och skicka ett dokument för att boka en tid. Alltså, hur tillgängligt är det egentligen? Då måste man ha en dator, en skrivare, man måste begripa hela internet och ladda ner saker. Det är ju ökad tillgänglighet med digitalisering, absolut, för vissa! Men för andra blir det bara krångel och hinder. Alltså det är svårt för oss att förstå och navigera i vårdsystemet, som är födda och uppväxta i Sverige och talar språket. Förstå då hur svårt det är om du är uppväxt i ett annat land, är van vid andra vårdssystem och inte kan svenska språket. Att överhuvudtaget förstå vårdsystemet, vem du ska ringa och hur du ska boka en tid.

Noas exempel beskriver även socioekonomiska barriärer i samband med tillgängligheten för att kunna boka ett vårdbesök. Flyktingkvinnornas socioekonomiska utsatta situation påverkar deras möjligheter även att förstå sina rättigheter och möjligheten att söka vård. Som Noa illustrerade i exemplet ovan är mycket av vårdens information och tillgänglighet över internet, där det krävs dator och internetuppkoppling och kanske till och med en skrivare. Kvinnor med erfarenhet av flykt, vilka innehar en låg socioekonomisk status i samhället, har begränsade möjligheter till alla dessa saker. Att behöva en dator, skrivare och internet för att nå vården innebär ett exkluderande av flyktingkvinnors tillgänglighet till SRHR-relaterad hälso- och sjukvård och en bristande insikt i kvinnornas situation (Sida, 2021; UNHCR, 2021; Toivanen et al., 2012).

Således beskriver både Zana och Noa ovan att det kan vara svårt att förstå det vårdssystem som finns i Sverige, till följd av bland annat språkbarriärer. Många flyktingkvinnor har inte möjlighet eller råd att investera i utbildning i språket, och språkbarriärer gör att det är svårt att förstå sig på vårdsystemet (Heslehurst et al., 2018:19; Mojab, 1999:125–126). Forskning visar att det vara till följd av patriarkala maktstrukturer som kvinnor inte har lärt sig det svenska

språket, då männens utbildning ofta prioriteras framför kvinnans och hon får stanna hemma och ta hand om hushållet och barnen. Detta beskrev även Kim i ett tidigare exempel, att mannen kan ha starka åsikter huruvida kvinnan ska vara hemma och ta hand om hushållet och barnen istället för att studera. Det kan också ha ett göra med flyktingkvinnors socioekonomiska utsatthet, som gör att de inte har råd att investera i utbildning eller kan avsätta tid för språkstudier (cf. Heslehurst et al., 2018:19; Mojab, 1999:125–126). Samtliga informanter beskrev språkbarriärer som ett hinder till god tillgänglighet till SRHR. Kim beskriver: ”Kan man inte språket, så är det väldigt, väldigt svårt att nå en mottagning för att boka in en tid. Och ännu svårare om man då inte vet sina rättigheter.”

Flera av informanterna beskrev att det är många kvinnor med erfarenhet av flykt som känner sig exkluderade vården och samhället till följd av detta, och att de känner sig främmande i det nya landet och dess vårdssystem. Det kan också leda till att de inte söker vård och dessa svårigheter blir en tydlig barriär i möjligheten till en god tillgänglighet till SRHR för flyktingkvinnor. Detta är ett strukturellt problem och strukturell diskriminering, där flyktingkvinnor med låg socioekonomisk status, som inte alls eller fullt talar värdlandets språk, blir exkluderade från samhället och SRHR-relaterad hälso- och sjukvård (Heslehurst et al., 2018:8; Farmer, 2004; Gagnon et al., 2013:2–4). Denna strukturella diskriminering sker systematiskt och leder till ojämlika strukturer. Kvinnor med erfarenhet av flykt blir bortprioriterade och det saknas en förståelse för flyktingkvinnornas behov av vård och hur det hänger samman med deras rättigheter. Resultatet blir att de bortprioriteras i samhällets arbete med SRHR-frågor (cf. Heslehurst et al., 2018:1–2; Farmer, 2004:307–308).

Exkludering från vården, och rädslan att bli exkluderad, kan även, vilket informanten Zana tidigare illustrerade, leda till att flyktingkvinnor söker annan, alternativ vård. Alexis förklarar även att det kan, och ofta innebär, att flyktingkvinnor söker SRHR-relaterad vård senare än andra patienter. Alexis beskriver: ”Rädslan blir farlig för att den gör ju att människor avstår från att söka vård, och att de väntar längre med att söka vård, till dess att tillståndet är akut på riktigt.” Detta påverkar flyktingkvinnornas allmänna fysiska och psykiska hälsa, och om det är en gravid kvinna påverkar det dessutom möjligheten till en god mödrahälsovård. Flera studier visar på en oproportionerlig mödradödlighet och sjukdom vid graviditet där vissa etiska minoritetsgrupper är överrepresenterade. I Storbritannien har det rapporterats att svarta afrikanska kvinnor, inklusive flyktingar och asylsökanden, har sex gånger högre mödradödlighet än vita kvinnor. Sammantaget kan exkludering från vården och rädsla för

exkludering leda till att flera flyktingkvinnor söker vård senare, vilket i sin tur kan resultera i allvarliga, negativa konsekvenser (Feldman, 2014:793–794; Gagnon et al., 2013:2–4).

6. Slutsatser och avslutande diskussion

Efter att ha undersökt hur yrkesverksamma personer inom SRHR ser på och uppfattar tillgängligheten till SRHR för kvinnor i Sverige med erfarenhet av flykt, går det att dra en rad slutsatser. Samtliga informanter uppfattar och ser många hinder, barriärer och problem för flyktingkvinnor att kunna uppnå god tillgänglighet till SRHR. Informanterna har beskrivit både socioekonomiska och sociokulturella hinder och barriärer för kvinnornas möjlighet till god SRHR.

Flera av de hinder som framkom i intervjuerna kan förstås genom olika former av strukturell rasism och strukturellt våld mot flyktingkvinnorna, vilket på olika sätt existerar i mellanmänniska relationer, inom civilsamhället, och inom olika institutioner, särskilt inom hälso- och sjukvården. Det handlar framförallt om stereotypa föreställningar kring flyktingkvinnornas kulturer, vilket kan resultera i att kvinnorna inte vågar vara ärliga under ett vårdbesök eller inte söker vård alls till följd av att de är rädda för hur de ska bli bemötta. Det finns en avsaknad av transkulturellt perspektiv och kulturell kompetens, vilket innebär att många flyktingkvinnor inte känner sig lyssnade på eller sedda. Dessa hinder kan innebära att flyktingkvinnor inte kan tillgodogöra sig sina rättigheter och tillgängligheten till SRHR begränsas mycket. Kvinnorna blir exkluderade från hälso- och sjukvården, vilket kan leda till att de får svårare att komma in i samhället och att det blir stora skillnader i hälsa. Det påverkar i sin tur flyktingkvinnornas agens och handlingsutrymme i samhället.

Andra hinder flyktingkvinnor möter är ojämlikhet avseende genus och patriarkala maktstrukturer, vilket skapar barriärer till en god tillgänglighet till SRHR. I intervjuerna kom särskilt fram att det handlar om genusnormer där kvinnor möter större hinder än män i samhället. Många flyktingkvinnor kommer från samhällen där det finns normer kring kvinnans roll i hushållet, där hon förväntas få många barn och ta hand om hushållet. Det leder till att frågan kring preventivmedel är känslig och begränsar kvinnans möjlighet att få makt över sin egen kropp och sin egen fertilitet. Det påverkar även kvinnornas agens, egenmakt och självbestämmande. Kontrollen över det egna livet är centralt för att nå en god agens. Begränsad agens innebär mindre makt i samhället för flyktingkvinnor; de kan isoleras till hemmet, vilket

i sin tur begränsar deras möjligheter att komma ut på arbetsmarknaden och inkluderas i samhället.

Socioekonomisk utsatthet och strukturell diskriminering är hinder som påverkar flyktingkvinnors möjlighet att uppnå och inneha god tillgänglighet till SRHR. Flyktingkvinnorna har ofta en låg socioekonomisk status och begränsade ekonomiska resurser, vilket gör att både vårdbesök och produkter såsom mensskydd, preventivmedel och bröstpump är dyra och svåra att bekosta. Det leder till att SRHR bortprioriteras och hälsan blir försummad och ojämlig. Ur ett intersektionellt perspektiv visar studien på olika former av förtryck som interagerar då kvinnorna drabbas både utifrån kön, etnicitet och socioekonomisk status. Detta är en kränkning av deras mänskliga rättigheter och påverkar likaså deras möjlighet till egna val och egenmakt. Kvinnornas möjlighet till utbildning, betalt arbete och egen ekonomi är viktigt för kontroll och makt i deras eget liv och i samhället.

Flyktingkvinnornas informationsmässiga tillgänglighet till SRHR är också bristande. Det finns barriärer kring kunskap om SRHR, både från vårdpersonal och flyktingkvinnorna, särskilt gällande ”vård som inte kan anstå” och kring kvinnornas rättigheter i Sverige. Konsekvenserna av den bristande kunskapen hos vårdpersonal är att de kan neka vård för flyktingkvinnor, som de egentligen har rätt till, samt att det skapar förvirring i vårdmöten. Flyktingkvinnornas osäkerhet kring ”vård som inte kan anstå” kan leda till att de avstår vård och till känslor av isolering, likaså kan de bli stressade över kostnader och därför inte söka vård.

I intervjuerna med informanterna framkom också att språkbarriärer gör att flyktingkvinnor har svårt att boka ett vårdbesök och kan ha svårt att förstå sina egna rättigheter i Sverige. Socioekonomisk utsatthet kan också innebära att möjligheten till bokning av ett vårdbesök över internet kan vara begränsad. Till följd av dessa hinder kan flyktingkvinnorna känna sig exkluderade från samhället och hälso- och sjukvården. Denna exkludering kan i sin tur leda till att flyktingkvinnor söker annan alternativ vård, eller att de söker vård senare än andra patienter, vilket påverkar deras fysiska och psykiska hälsa och kan resultera i negativa konsekvenser. För att minska riskerna för strukturell rasism och strukturellt våld mot flyktingkvinnorna kan tillämpningen av icke-essentialistisk kulturell kompetens och ett transkulturellt perspektiv göra att hälso- och sjukvården får verktyg för att kunna överbrygga eventuella skillnader som skapar hinder. Detta kan skapa en större förståelse för flyktingkvinnornas behov, syn på vård och

medicin och göra vårdbesöken individanpassade. Det är emellertid viktigt att vara medveten om att det finns risker med detta tillvägagångssätt. Kulturell kompetens kan också innebära att hälso- och sjukvårdspersonalen förstår kulturbegrepp på ett essentiellt och förenklat sätt, där flyktingkvinnor behandlas utifrån sin ”kultur” eller ses som en homogen grupp.

Utöver de riskerna är det allt mer erkänt att en icke-essentialistisk kulturell kompetens som också betonar sådant som socioekonomiska faktorer och ett transkulturellt perspektiv kan skapa bättre förutsättningar för en mer inkluderande vård. Vidare kan det leda till att flyktingkvinnornas känslor av exkludering och rädsla att mötas av stereotypa föreställningar kan minska. Det kan i sin tur innebära att fler flyktingkvinnor faktiskt söker vård och vågar vara mer öppna och ärliga under vårdbesöket. Det kan resultera i en bättre tillgänglighet till SRHR, ett mer inkluderande bemötande från vård och samhälle, samt mer makt för flyktingkvinnorna.

Således finns ett behov av en ökad kunskap hos både vårdpersonal och flyktingkvinnor för att öka tillgängligheten till SRHR för flyktingkvinnor. Det handlar om utbildning inom både ”vård som inte kan anstå” och flyktingkvinnornas rättigheter i Sverige. En ökad kunskap kring detta hade för vårdpersonalen kunnat innebära en större förståelse för lagstiftningen, och det hade därmed ökat tillgängligheten för flyktingkvinnor. Dessutom hade utbildning inom mänskliga rättigheter och SRHR, samt kulturell kompetens, kunnat vara avgörande för att säkerställa en god tillgänglighet till SRHR för flyktingkvinnor.

För att flyktingkvinnor ska få möjlighet till utbildning och bättre förutsättningar behövs det en förståelse för hur patriarkala maktstrukturer, strukturell diskriminering och genusnormer tillsammans påverkar kvinnornas situation. Regeringen, samhällets institutioner och civilsamhället är centrala aktörer för att värna om ökad möjlighet för kvinnor i samhället, med särskilt fokus på rättvisa, kunskap om mänskliga rättigheter och tillgänglighet till hälso- och sjukvård, inklusive SRHR. Genom en ökad samhällelig kunskap om genusnormer, könsroller och flyktingkvinnorna och deras situation, kan kvinnorna själv få möjligheter att påverka sin hälsa, bli mer självständiga, och uppnå en högre agens och få mer makt, frihet och handlingsutrymme i samhället.

Fortsatt forskning bör betona SRHR och kvinnor med erfarenhet av flykt, eftersom det finns stora kunskapsluckor inom fältet. Som tidigare beskrivits, har denna studie begränsats till

uppfattningar förmedlade av yrkesverksamma inom SRHR och inte flyktingkvinnorna själva. Vidare studier bör undersöka och studera flyktingkvinnornas egna upplevelser och berättelser, med särskilt fokus på deras egna uppfattningar kring tillgänglighet till SRHR. Det kan ge en bredare förståelse för ämnet och kan tydliggöra problematiken kring ämnet utifrån ett inifrånperspektiv.

Referenslista

Alvehus, J. (2013). *Skriva uppsats med kvalitativ metod: En handbok*. Första upplagan. Stockholm: Liber.

Amnesty International. (2018). *Rapport från El Salvador – Kan vi hjälpa till att få ett slut på totalförbudet mot abort?* Hämtad 2021-04-09 från <https://www.amnesty.se/aktuellt/rapport-fran-el-salvador-kan-vi-hjalpa-till-att-fa-ett-slut-pa-totalforbudet-mot-abort/>

Amnesty International. (2021). *Sexuella och reproduktiva rättigheter*. Hämtad 2021-05-08 från <https://www.amnesty.se/vara-rattighetsfragor/kvinnors-rattigheter/srhr/>

Arvidsson, M., Jerneck, A., & Jönsson, K. (2011). *Politik och utveckling i en globaliserad värld. En introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Bergström, G., & Boréus, K. (2012). *Textens mening och makt: Metodbok i samhällsvetenskaplig text- och diskursanalys*. Tredje upplagan. Lund: Studentlitteratur AB.

Bosmans, M., Claeys P., Khammash U., Nasser D., & Temmerman M. (2008). Palestinian Women's Sexual and Reproductive Health Rights in a Longstanding Humanitarian Crisis. *Reproductive Health Matters*, 16(31), 103–111. doi: [10.1016/S0968-8080\(08\)31343-3](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(08)31343-3)

Bryman, Alan. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder (3e uppl.)*. Stockholm: Liber.

Butler, J. (2006). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. London: Routledge.

Börjesson, M., & Rehn, A. (2009). *Makt*. Stockholm: Liber.

Campbell, C., & Mannell, J. (2016). Conceptualising the agency of highly marginalized women: Intimate partner violence in extreme settings. *Global Public Health*, 11(1), 153-168. doi: [10.1080/17441692.2015.1030684](https://doi.org/10.1080/17441692.2015.1030684)

Carpenter-Song, E. A., Nordquest Schwallie, M., & Longhofer, J. (2007). Cultural Competence Reexamined: Critique and Directions for the Future. *Psychiatric Services*, 58(10), 1362-1365. doi: [10.1176/ps.2007.58.10.1362](https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.10.1362)

Castaneda, H. (2010). Im/migration and health: conceptual, methodological, and theoretical propositions for applied anthropology. *NAPA Bulletin*, 34(1), 6-27. doi:10.1111/j.1556-4797.2010.01049.x

Castro, A., & Farmer, P. (2005). Understanding and Addressing AIDS-Related Stigma: From Anthropological Theory to Clinical Practice in Haiti. *Public Health Matters*. 95(1). doi: 10.2105/AJPH.2003.028563

Choice. (2019). *8 Recommendations on Refugees SRHR in Europe*. Hämtad 2021-03-19 från <https://www.choiceforyouth.org/news/recommendations-on-refugee-srhr/?acceptCookies=5f8848286f816>

Danermark, B., Ekström, M., & Karlsson, J. (2018). *Att Förklara Samhället*. Lund: Studentlitteratur.

De Los Reyes, P. (2017). Working life inequalities: Do we need intersectionality? *Society, Health and Vulnerability*, 8(1), 14–18. doi: 10.1080/20021518.2017.1332858

Endler, M., Haidari, T., Chowdhury, S., Christilaw, J., El Kak, F., Galimberti, D., ... Danielsson, K. (2020). Sexual and reproductive health and rights of refugee migrant and women: gynecologists' and obstetricians' responsibilities. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 149(1), 113-119. doi: 10.1002/ijgo.13111

Esaiasson, P., Gilljam, M., Oscarsson, H., Towns, A., & Wängnerud, L. (2017). *Metodpraktikan: konsten att studera samhälle, individ och marknad*. Femte upplagan. Stockholm: Wolters Kluwer.

Farmer, P. (2004). An Anthropology of Structural Violence 1. *Current Anthropology*, 45(3), 305–325. doi: 10.1086/382250.

Feldman, R. (2014). When maternity doesn't matter: Dispersing pregnant women. *British Journal of Midwifery*. 22(1) 23–28. doi: 10.12968/bjom.2014.22.1.23

Folkhälsomyndigheten. (2018). *Hiv- och STI-prevention och sexuell och reproduktiv hälsa för migranter. En kartläggande litteraturöversikt*. Hämtad 2021-04-02 från

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/h/hiv--och-sti-prevention-och-sexuell-och-reproduktiv-halsa-for-migranter/>

Folkhälsomyndigheten. (2019). *Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i Sverige 2017*. Stockholm. Folkhälsomyndigheten.

Folkhälsomyndigheten. (2020). *Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR)*. Stockholm. Folkhälsomyndigheten.

Foucault, M. (2002). *Sexualitetens historia. Band 1. Viljan att veta*. Göteborg: Daidalos Förlag.

Freeman, M. (2017). *Human Rights*. Cambridge: Polity Press.

Gagnon, A., Carnevake, F., Mehta, P., Rousseau, H., & Stewart, D. (2013). Developing population interventions with migrant women for maternal-child health: a focused ethnography. *BMC Public Health*. 13(1) 471. doi: 10.1186/1471-2458-13-471

Hach, M. (2013). The sexual and reproductive health of immigration and refugee women. *Australian Nursing Journal*, 20(9), 53. URL: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.ub.gu.se/ehost/detail/detail?vid=0&sid=4a17cc1f-032d-48df-b676-57ab2dd51729%40pdc-v-sessmgr06&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=86279886&db=c8h>

Hallin, A., & Helin, J. (2018). *Intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Hedenus, A., Björk S., & Schmuljar Green, O. (2015). *Feministiskt tänkande och sociologi*. Lund: Studentlitteratur.

Heslehurst, N., Brown, H., Pemu, A., Coleman, H., & Rankin, J. (2018). Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees: a systematic review of systematic reviews. *BMC Medicine*. 16(1) 89. doi: 10.1186/s12916-018-1064-0

International Conference on Population and Development [ICPD]. (2019). *Sexual and Reproductive Health and Rights: An Essential Element of Universal Health Coverage*. New York: United Nations Population Fund [UNPFA].

- Kleinman, A., & Benson, P. (2006). Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix it. *PLoS Medicine* 3(10): 1673-1676. doi: 10.1371/journal.pmed.0030294
- Kvale, S., Brinkmann, S., & Torhell, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3e [reviderade] uppl). Lund: Studentlitteratur.
- Lamont, E., Bogart, L., Smith, K., Malebranche, D., Ellen, J., & Mark A. Schuster, M. (2015). "I Always Felt I Had to Prove My Manhood": Homosexuality, Masculinity, Gender Role Strain, and HIV Risk Among Young Black Men Who Have Sex With Men. *American Journal of Public Health*, 105(1), 122-131. doi: 10.2105/AJPH.2013.301866
- Leone, T., & Coast, E. (2014). *Gender and development*. I V. Desai & R. B. Potter (Red.) The companion to development studies. London: Oxford University Press.
- Liinason, M. (2017). Jämställdhet som assemblage. *Kjønnsforskning* 41(3), 165–186. doi: 10.18261/issn.1891-1781-2017-03-02
- Magis, K., & Shinn, C. (2012). Emergent principles of social sustainability. I Dillard, J., Dujon, V., & King, M. C. (Red.). *Understanding the social dimension of sustainability* (s.15–44). New York, NY: Routledge.
- Margolin, T. (2007). Abortion as a human right. *Women's Rights Law Reporter*, 29(23), 77–97. URL: https://heinonline-org.ezproxy.ub.gu.se/HOL/Page?public=true&handle=hein.journals/worts29&div=16&start_page=77&collection=journals&set_as_cursor=5&men_tab=srchresults#
- Martinez, A., & Blanco, M. (2014). Managing resources against gender-based violence. An intervention from feminism and transversality, through a case study of the Simone de Beauvoir association of León. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 161. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.12.017
- Migrationsinfo. (2018). *Tillgång till vård*. Hämtad 2021-04-06 från <https://www.migrationsinfo.se/valfard/halsa/tillgang-till-varld/>

Migrationsinfo. (2020). *Papperslösa*. Hämtad 2021-04-19 från <https://www.migrationsinfo.se/migration/sverige/papperslosa/>

Migrationsinfo. (2021). *Asylsökanden i Sverige*. Hämtad 2021-04-19 från <https://www.migrationsinfo.se/migration/sverige/asylsokande-i-sverige/>

Migrationsverket. (2020). *Olika skäl för uppehållstillstånd*. Hämtad 2021-04-19 från <https://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Migration-till-Sverige/Olika-skäl-for-uppehallstillstand.html>

Mohanty, C. T. (2007). *Feminism utan gränser. Avkoloniserad teori, praktiserad solidaritet*. Stockholm: Tankekraftförlag.

Mojab, S. (1999). De-skilling Immigrant Women. *Canadian Woman Studies*, 19(3), 123-128. URL: <https://search-proquest-com.ezproxy.ub.gu.se/docview/217455410?accountid=11162>

Nord, I., Bremer, S., & Alm, E. (2016). Cisnormativitet och feminism. *Tidskrift för genusvetenskap*, 37(4). URL: <https://ojs.ub.gu.se/index.php/tgv/article/view/3820/3134>

Pateman, C. (1988). The Sexual Contract. I P. Hallberg, M. Jansson & U. Mörkenstam (Red.), *Tretton texter i politisk teori* (s.255–270). Stockholm: Liber.

Regeringskansliet. (2014). *Från befolkningsfrågor till SRHR – Sveriges globala engagemang i sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter*. Stockholm: Regeringskansliet.

Regeringskansliet. (2019). *Sexuell och Reproduktiv Hälsa och Rättigheter - En Grundläggande Mänsklig Rättighet*. Hämtad 2021-04-03 från <https://www.regeringen.se/artiklar/2019/11/sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter--en-grundlaggande-mansklig-rattighet/>

RFSU. (2017). *Vad betyder SRHR?* Hämtad 2021-04-02 från <https://www.rfsu.se/vad-vi-gor/i-varlden/vad-betyder-srhr/>

RFSU. (2018). *Mänskliga rättigheter*. Hämtad 2021-05-05 från <https://www.rfsu.se/vad-vi-gor/i-varlden/tre-fokusomraden/sexualitet-och-rattigheter/mens/>

- Rienecker, L., & Jørgensen, P. (2018). *Att skriva en bra uppsats*. Stockholm: Liber.
- Robinson, A., & Sudbury, H. (2016). Barriers to Sexual and Reproductive Health Care for Refugee and Asylum-Seeking Women. *British Journal of Midwifery*, 24(4), 275–281. doi: 10.12968/bjom.2016.24.4.275
- Scott-Samuel, A. (2009). Patriarchy, masculinities and health inequalities. *Gaceta Sanitaria*, 23(2), 159–160. doi: 10.1016/j.gaceta.2008.11.007
- Sherif-Trask, B. (2014). *Women, work and globalization: Challenges and opportunities*. New York; London: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Sida. (2021). *Migration*. Hämtad 2021-04-22 från <https://www.sida.se/sida-i-varlden/migration>
- Sköldberg, K. (2014). *Maktens många ansikten. Teorier och makt under två och ett halvt tusen år*. Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2016). *Socioekonomiska faktorerers påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlösning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2005:56. *Det blågula glashuset – strukturell diskriminering i Sverige*. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer.
- SOU 2014:34. *Inte bara jämställdhet: Intersektionella perspektiv på hinder och möjligheter i arbetslivet*. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer.
- Svensson, P. (2019). Promoting sexual health literacy among migrants in Sweden. *European Journal of Public Health* 29(4), 95. doi: 10.1093/eurpub/ckz185.247
- Thurén, T. (2019). *Vetenskapsteori för nybörjare*. Tredje upplagan. Stockholm: Liber.
- Toivanen, S., Gisselmann, M., & Lindfors, P. (2012). *Kön, genus och hälsa: socioekonomiska skillnader i hälsa bland kvinnor och män*. Malmö: Kommission för ett socialt hållbart Malmö.

Turan, J., Hatcher, A., Romito, P., Mangone, E., Durojaiye, M., Odero, M., & Camlin, C. (2016). Intimate Partner Violence and Forced Migration During Pregnancy: Structural Constraints to Women's Agency. *Global Public Health, 11*(1–2), 153–168.

UNHCR. (2021). *What is a Refugee?* Hämtad 2021-04-15 från <https://www.unrefugees.org/refugee-facts/what-is-a-refugee/>

United Nations. (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=swd>

United Nations. (1966). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. <https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cescr.pdf>

United Nations Development Programme [UNDP]. (2021a). 2: *Ingen hunger*. Hämtad 2021-05-05 från <https://www.globalamalen.se/om-globala-malen/mal-2-ingen-hunger/>

United Nations Development Programme [UNDP]. (2021b). 3: *God hälsa och välbefinnande*. Hämtad 2021-04-03 från <https://www.globalamalen.se/om-globala-malen/mal-3-halsa-och-valbefinnande/>

United Nations Population Fund [UNFPA]. (2019). *Sexual and reproductive health and rights: An essential element of universal health coverage*. New York. United Nations Population Fund.

UN Women. (2020). *How migration is a gender equality issue*. Hämtad 2021-04-22 från <https://interactive.unwomen.org/multimedia/explainer/migration/en/index.html>

Valentine, C. (2017). The Prism of Gender. I Valentine, C., & Spade, J. (eds.) *The Kaleidoscope of Gender. Prisms, Patterns, and Possibilities* (s.3–10). Los Angeles: SAGE.

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Vårdhandboken. (2020). *Uppfattningar om hälsa och sjukdom*. Hämtad 2021-04-23 från <https://www.varldhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/bemotande-i-varld-och-omsorg/bemotande-i-varld-och-omsorg-transkulturellt-perspektiv/uppfattningar-om-halsa-och-sjukdom/>

Västra Götalandsregionen. (2021). *Om SRHR*. Hämtad 2021-04-19 från <https://www.srhr.se/kurssida/om-srhr>

Wedel, J. (2020). Facing the Challenges of Cultural Competency in Swedish Mental Healthcare. *Kritisk Etnografi* 3(2) 55–68. URL: <https://gup.ub.gu.se/publication/302868>

Wickramage, K., Vearey, J., Zwi, A., Robinson, C., & Knipper, M. (2018). Migration and health: a global research priority. *BMC Public Health*, 18(1). 987. doi: 10.1186/s12889-018-5932-5

Wilk, R. R., & Cligget, C. L. (2007). *Economies and cultures: Foundations of economic anthropology*. (2. ed.) Boulder, Colorado: Westview Press.

World Bank. (2018). *The cost of gender inequality. Unrealized potential: the high cost of gender inequality in earnings*. Hämtad 2021-05-08 från <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/29865/126579-Public-on-5-30-18-WorldBank-GenderInequality-Brief-v13.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

World Health Organization [WHO]. (2021). Sexual and reproductive health and research including the Special Programme HRP. Hämtad 2021-04-02 från <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>

Young, I. M. (2007). *Globala utmaningar – Krig, självbestämmande och global rättvisa*. Hägersten: Tankekraft Förlag.

Bilagor

Bilaga 1

Intervjuguide

Tema 1: Informantens arbete med SRHR.

- På vilket sätt arbetar du med SRHR?
- Möter du i dagsläget kvinnor med erfarenhet av flykt i ditt arbete med SRHR?
 - Om ja: på vilket sätt?
 - Om nej: har du i tidigare arbeten gjort det? och i så fall, på vilket sätt?

Tema 2: hinder för kvinnor med erfarenhet av flykt att ha god tillgänglighet till SRHR.

- Upplever du att det finns några risker eller hinder för kvinnor med erfarenhet av flykt att kunna nå en god tillgänglighet till SRHR i Sverige?
 - Om ja: vad kan det vara för typ av risker och/ eller hinder?
- Skulle du kunna ge exempel på något/ några tillfällen där du upplevt att det funnits risker och/ eller hinder för kvinnor med erfarenhet av flykt i samband med SRHR?
- I ditt arbete med SRHR och i mötet med kvinnor med erfarenhet av flykt, har du upplevt att det finns något speciellt som gjort någon (eller några) kvinna/ kvinnor upprörda eller ledsna?
 - Om ja: vad för något?
 - Skulle du kunna ge ett exempel på något tillfälle då detta varit tydligt?

Tema 3: Möjligheter och förbättringar för kvinnor med erfarenhet av flykt att nå god tillgänglighet till SRHR

- I ditt arbete med SRHR och i mötet med kvinnor med erfarenhet av flykt, har du upplevt att det finns något speciellt som gjort någon (eller några) kvinna/ kvinnor extra glada eller lättade över?
 - Om ja: vad för något?
 - Skulle du kunna ge mig ett exempel på något tillfälle då detta vara tydligt?

- Har du fått någon utbildning kring SRHR som riktar sig specifikt mot människor som har erfarenhet av flykt?
 - Om ja: har det varit nyttigt för att kunna vara en tillgängliggörare av SRHR för denna specifika grupp?
 - Om nej: känner du att det hade varit nyttigt för att kunna vara en tillgängliggörare av SRHR för denna specifika grupp?

- Ser du att det finns möjligheter att göra tillgängligheten till SRHR bättre för kvinnor med erfarenhet av flykt?
 - Om ja: vad tror du skulle behöva göras?
 - Har du några förslag, åtgärder eller verktyg som du tror behövs för att kunna tillgängliggöra SRHR mer för dessa kvinnor?

- Finns det något du vill tillägga eller belysa extra?

Bilaga 2

Informanter

Namn ²	Yrke	Arbetsplats	Erfarenhet från
Dana	Projektledare & ekonom	En civilsamhällesorganisation som arbetar med SRHR-relaterade ämnen för asylsökanden	Civilsamhället
Charlie	Projektledare	En civilsamhällesorganisation som arbetar med SRHR-relaterade ämnen för asylsökanden	Civilsamhället
Alexis	Utvecklingsledare och barnmorska	En enhet på en region, samt hälso- och sjukvården (förlossningsavdelning)	En enhet på en region, hälso- och sjukvården samt civilsamhället
Elle	Verksamhetsansvarig	En civilsamhällesorganisation som arbetar med STI-frågor och SRHR-relaterade frågor	Civilsamhället
Kim	Barnmorska	En abortmottagning	Hälso- och sjukvården
Rio	Teamledare och barnmorska	Hälso- och sjukvården (mottagning som arbetar specifikt med flyktingar och SRHR)	Hälso- och sjukvården
Noa	Utvecklingsledare, projektledare och barnmorska	En enhet på en region, samt hälso- och sjukvården	En enhet på en region samt hälso- och sjukvården
Zana	Undersköterska, informatör och doula och kulturtolk	Hälso- och sjukvården (mottagning för kvinnlig könsstympning) och en civilsamhällesorganisation	Hälso- och sjukvården samt civilsamhället

² För att säkerställa anonymitet är alla namn könsneutrala och fiktiva.