

LAFA 1:2017 FOU

Thailändska kvinnors behov av och rätt till preventivmedels- rådgivning och hiv/STI-testning

Utmaningar för vården och preventionen



Kunskapscentrum för sexualitet och hälsa (KCSH, tidigare Lafa - enheten för sexualitet och hälsa), arbetar med frågor som rör förebyggande och hälsofrämjande arbete kring hiv, STI, oönskade graviditeter och sexuell hälsa inom Stockholms läns landsting.

KCSH har bland annat i uppdrag att leda utformandet av strategier inom SRHR-området (sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter) och att ge expertstöd i hälso- och sjukvårdsförvaltningens arbete med SRHR-relaterade frågor. KCSH samordnar även landstingets arbete med det omgivande samhället i frågor som rör förebyggande och hälsofrämjande arbete på SRHR-området och utbildar personer som i sin yrkesverksamhet kommer i kontakt med personer med risk för hiv, STI, oönskade graviditeter och sexuell ohälsa.

Webbadresser: www.kcsh.nu www.fragachans.nu

E-post: info@lafa.nu

Studien är gjord med ekonomiskt stöd från statsanslaget Insatser mot hiv, aids och andra smittsamma sjukdomar, som fördelas av Folkhälsomyndigheten för att nå målen i den Nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (Prop.2005/06:60).

ISBN 978-91-974820-7-3

EVA ÅKERMAN

OMSLAG: FIDELITY

Thailändska kvinnors behov av och rätt till preventivmedelsrådgivning och hiv/STI- testning

- Utmaningar för vården och preventionen

Eva Åkerman

Innehåll

Förord	6
Sammanfattning	7
Definitioner och förkortningar i rapporten	9
Introduktion	10
Thailändska personer i svenska vården – forskningsöversikt	11
Om pilotprojektet med utökad preventivmedelsrådgivning och hiv/STI-testning	12
Pilotprojektets syfte och innehåll	12
Uppföljning av pilotprojektet	13
Utgångspunkt och referensram för rapporten	13
Syfte	15
Metod	16
Lafas interna uppföljningar	16
Dialog med Lafa	16
Enkätundersökning	16
Urval och procedur för enkätundersökning	16
Arbetet med enkäten	17
Enkätfrågorna	17
Analys av data	18
Etiska överväganden	18
Resultat	19
Del 1. Resultat från enkätundersökningen	19
Sociodemografiska egenskaper	19
Hälsa, vårdnyttjande och vårdbehov	21
Kunskap om SRHR- relaterad vård och service	23
Preventivmedelsrådgivning	24
Preventivmedelsanvändning	25
Hivtestning i Thailand och Sverige	28
Kunskaper om hiv	30
Attityder till personer som lever med hiv	33
Huvudsakliga informationskällor om hiv	35
Behov av kunskap	36
Sammanfattning av huvudsakliga resultat del 1	37
Del 2. Resultat från pilotprojektet	39
Sammanfattning av huvudsakliga resultat del 2	41

Diskussion	42
Reflektioner över resultaten av pilotprojektet	42
Bristande kommunikation – hinder för tillgänglighet i vården	43
Eliminera språkbarriärer och öka tillgängligheten av information	44
Utmaningar för vården – hur nå dem som aldrig har hivtestat sig?	45
Öka tillgängligheten av preventivmedel - utmaningar för hälso- och sjukvården	45
Metoddiskussion	46
Rekommendationer	48
Insatser på samhällsnivå	48
Insatser från vårdgivare	48
För övriga arenor	49
Slutsatser	50
Författarens tack	51
Referenser	52
Bilaga 1. Resultat från enkätundersökning	54
Bilaga 2. Resultat från enkätundersökningen med fokus på pilotprojektet	59

Förord

Inom Stockholms läns landsting bor cirka 10 000 thailändare, varav ungefär 80 procent är kvinnor och majoriteten har kommit till Sverige på grund av anknytning till en partner. Eftersom majoriteten av kvinnorna är anhörig-
invandrare nås de inte av landstingets erbjudande om hälsoundersökning för asylsökande.

Thailand är ett land med relativt hög hivprevalens och är ett av de vanligaste födelseländerna för migranter som diagnostiseras med hiv i Sverige. Det har framkommit i tidigare studier att thailändska kvinnor uttrycker behov av vård och rådgivning kring fertilitet, hiv/STI-testning och preventivmedel men att de i liten utsträckning söker sådan vård. Kvinnorna uppger flera hinder för att få tillgång till hälso- och sjukvården såsom språksvårigheter, beroende av hjälp från partner och ofullständig kunskap om svenska hälso- och sjukvården. Svårigheter att tillgodogöra sig vården ledde till att kvinnorna avstod att söka vård i Sverige och delvis sökte vård när de var på besök i Thailand istället med undantag för gynekologisk cellprovtagning vilket de fått kallelse till i Sverige.

För att ge en god vård på lika villkor behöver vården ständigt anpassas så att den blir tillgänglig för alla. Som ett led i att stärka tillgängligheten till vård och information om sexuell och reproduktiv hälsa för thailändska kvinnor påbörjade därför Lafa-enheten för sexualitet och hälsa i Stockholms läns landsting ett pilotprojekt inom mödrahälsovården 2015.

För att följa upp pilotprojektet samt för att fördjupa kunskapen om thailändska kvinnors erfarenhet och behov av vård och information inom området sexuell och reproduktiv hälsa har forskaren Eva Åkerman, folkhälsovetare och doktorand vid Uppsala universitet, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, genomfört en enkätstudie som redovisas i denna rapport.

Studien är gjord på uppdrag av Lafa-enheten för sexualitet och hälsa i Stockholms läns landsting med stöd av det statliga hivanslaget.

Förhoppningen är att studien ska ge vägledning för att tillgodose thailändska kvinnors behov av vård inom området sexuell och reproduktiv hälsa och skapa förutsättningar för fortsatta preventiva insatser.

Gunilla Neves Ekman
Enhetschef

Karolina Höög
Projektansvarig handläggare/barnmorska

Lafa-enheten för sexualitet och hälsa, Stockholms läns landsting

Sammanfattning

Sedan år 2000 har allt fler personer från Thailand migrerat till Sverige. Idag är Thailand ett av de vanligaste födelseländerna bland personer i Sverige som är födda utanför Europa. Thailand är också ett av de vanligaste födelseländerna bland migranter som diagnostiseras med hiv i Sverige. Trots detta saknas etablerade rutiner och preventionsinsatser.

Syftet med denna rapport är att beskriva thailändska kvinnors erfarenheter och behov av vård och service inom området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR), samt deras kunskaper om och attityder till hiv. Ett ytterligare syfte med rapporten är att beskriva huruvida ett pilotprojekt riktat till thailändska kvinnor med erbjudande om återbesök för preventivmedelsrådgivning och hivtestning nådde ut till dem. Vidare är målet att rapporten ska kunna användas som underlag och vägledning för att möta och tillgodose thailändska kvinnors behov av SRHR-relaterad vård och service. Resultaten kan dessutom fungera som ett stöd för myndigheter och organisationer som arbetar med att utveckla informationsinsatser och hiv/STI-prevention riktade till thailändska kvinnor.

Pilotprojektet initierades av Lafa hösten 2015. Totalt deltog fem barnmorskemottagningar från Stockholms län i pilotprojektet. Idén med projektet var att alla thailändska kvinnor som besökte dessa mottagningar för en gynekologisk cellprovtagning skulle erbjudas ett återbesök för preventivmedelsrådgivning och hivtest. För att få svar på hur projektet föll ut har forskare vid Uppsala universitet genomfört en postenkät till thailändska kvinnor, samt tagit del av Lafas interna uppföljning av pilotprojektet. En enkät skickades ut till samtliga kvinnor födda i Thailand (ålder 23-60) som migrerat till Sverige år 2014-2016 och som bor i Stockholms län. Totalt sett svarade 266 kvinnor på enkäten, vilket gav en svarsfrekvens på 52,3 procent.

Resultaten från både enkätundersökningen och Lafas interna uppföljning av pilotprojektet visar att få thailändska kvinnor blev erbjudna ett återbesök. Därmed blev utfallet av pilotprojektet sämre än vad man förväntat sig. En trolig förklaring var att få thailändska kvinnor kommit till mottagningarna under projektiden. Även tidsbrist från barnmorskornas sida kan ha bidragit till att det var svårt att få in ett nytt arbetssätt. Dock visar enkätsvaren att närmare hälften av de nyanlända kvinnorna deltagit i en cellprovtagning under projektiden, vilket betyder att de varit på en barnmorskemottagning. En konklusion är att om flera mottagningar hade deltagit i pilotprojektet så hade troligen flera thailändska kvinnor nåtts.

Vidare tillförde enkätsvaren nya kunskaper om thailändska kvinnors erfarenheter och behov av vård och service inom området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Totalt sett har 62 procent av kvinnorna någon gång testat sig för hiv, varav nästan alla testat sig i Thailand. Hivtest i Sverige tenderar att nå dem som redan testat sig tidigare i Thailand. Andelen som hivtestat sig är färre bland gruppen yngre (23-29 år) och bland kvinnor som inte har barn, jämfört med äldre kvinnor och kvinnor som har barn.

Preventivmedelsanvändningen var högre bland gruppen yngre kvinnor och behoven av att få preventivmedelsrådgivning var också större där. Yngre kvinnor och kvinnor som inte har barn är därmed viktiga att uppmärksamma i det hälsofrämjande arbetet för att nå ut med erbjudande om hivtestning och preventivmedelsrådgivning. Thailändska kvinnors kunskaper och attityder till hiv skiljer sig inte nämnvärt från den svenska befolkningens. Däremot har thailändska kvinnor stort behov av information, allt från vilka rättigheter de har i Sverige till frågor som rör fertilitet och graviditet. Ett viktigt steg för att förbättra dessa kvinnors kunskap är att öka tillgängligheten av information. Mer information kan stärka kvinnors egenmakt och dessutom underlätta för thailändska kvinnor att navigera i vården och därmed nyttja den på ett mer adekvat sätt.

Definitioner och förkortningar i rapporten

Asylsökande	En person som är född i ett annat land och som tagit sig till Sverige och begärt skydd, men som ännu inte fått sin ansökan prövad av Migrationsverket och/eller migrationsdomstol
Flykting	Utlänning som har sökt asyl och fått tillstånd som flykting att bosätta sig i Sverige
HIV	Humant immunbristvirus
Migrant	En person som bor i ett annat land än födelselandet, vilket också kan ingå i begreppet ”utlandsfödd”
SCB	Statistiska centralbyrån
SFI	Svenska för invandrare
STI	Sexually transmitted infection (sexuellt överförbar infektion)
SRHR	Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter
N/n	Number (antal) individer i analysen

Introduktion

En allt större del av den svenska befolkningen består av människor med utländsk bakgrund. Av Sveriges befolkning är drygt 18 procent födda i ett annat land varav cirka hälften ursprungligen kommer från ett europeiskt land (1). Den största migrantgruppen kommer från Finland, därefter Syrien följt av Irak. Personer från Thailand är en grupp som ökat successivt sedan 1990-talet. Idag är Thailand det sjätte vanligaste födelselandet bland personer födda utanför Europa och som bor i Sverige. År 2016 fanns 39 877 personer folkbokförda i Sverige med födelseland Thailand (varav 10 065 var folkbokförda i Stockholms län). Nästan 80 procent av alla thailändare är kvinnor och majoriteten av dem lever med en svensk partner.

Thailand är också det vanligaste födelselandet bland migranter i Sverige som rapporteras med hivinfektion. Trots detta har få preventiva insatser gjorts mot målgruppen, och det finns inga systematiska rutiner för att nå thailändare med hivtest (2). Ett av delmålen inom den nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (prop. 2005/06:60) är att identifiera hivinfektion hos asylsökande och nyanlända anhöriginvandrare inom två månader (3). Alla landsting är skyldiga att erbjuda nyanlända asylsökande och flyktingar en gratis hälsoundersökning där det bland annat ingår ett hivtest (4). Eftersom majoriteten av de thailändska kvinnorna kommer till Sverige som anhöriginvandrare till en svensk partner erbjuds därför inte denna grupp hälsoundersökning. Detta trots att den nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar gäller både asylsökande och nyanlända anhöriginvandrare.

Kategoriseringen av de thailändska kvinnorna som anhöriginvandrare till en svensk partner innebär att de inte heller omfattas av lagen om etableringsinsatser (2010:197). Insatsen innebär att de nyanlända får en etablerad kontakt med arbetsförmedlingen och introduceras till SFI-undervisning inklusive samhällsorientering (2013:156) ¹. Samhällsorientering är en kurs på cirka 60 timmar och ges på respektive modersmål. Målen är att nyanlända utvecklar kunskap om de mänskliga rättigheterna och de grundläggande demokratiska värderingarna, om den enskildes rättigheter och skyldigheter i övrigt, om hur samhället är organiserat samt om praktiskt vardagsliv. I samhällsorienteringen ingår också information om hur den svenska hälso- och sjukvården fungerar och information om hur man vårdar sin egen hälsa (5). Sedan år 2013 är personer från Thailand berättigade att delta i samhällsorienteringen, trots detta

¹ Lag (2013:156) om samhällsorientering för vissa nyanlända invandrare. Samhällsorientering är en kurs som ges på modersmål eller annat språk som de nyanlända behärskar väl. Kursen omfattar cirka 60 timmar och det är varje kommun som ansvarar för att den erbjuds utifrån språk och behov. Utbildningen ska ge en grundläggande förståelse för det svenska samhället och en grund för fortsatt kunskapsinhämtande.

har den inte erbjudits på deras modersmål i den utsträckning som de har rätt till.

Thailändska personer i svenska vården – forskningsöversikt

Majoriteten av publicerade studier inom migration och vård, såväl svenska som internationella, har hittills handlat om flyktingars och asylsökandes syn på och användande av sjukvård. Studier om emigrerade thailändares erfarenheter av sjukvården är något mer begränsade. En nyligen publicerad studie, baserad på enkätsvar från 804 thailändska kvinnor i Sverige, visar att drygt fyra av tio saknade kunskaper om vart man kan vända sig för preventivmedelsrådgivning. Ännu fler saknade kunskap om vart man kan vända sig för testning av hiv/STI (6). Ungefär en av fyra uppgav att de varit i kontakt med vården för att testa sig för klamydia, hiv eller hepatit. Och drygt två av fem hade fått preventivmedelsrådgivning. Vårdkontakt var överlag vanligare bland kvinnor med rapporterad kunskap om vården än bland kvinnor med bristande kunskap. När det gäller deltagande i gynekologisk cellprovtagning var det närmare sju av tio som hade varit på en sådan. Samma studie visar att faktorer såsom socialt kapital, tillit och ålder hade betydelse för thailändska kvinnors kunskaper om och kontakt med vården. Kvinnor som levde med en partner hade bättre kunskaper om vården och hade i högre utsträckning varit i kontakt med vården jämfört med kvinnor som lever ensamma. Kvinnor med en homogen umgängeskrets (samma etniska bakgrund) hade sämre kunskap om vården än kvinnor som hade en mer heterogen umgängeskrets. Även äldre kvinnor (från 46 år) tenderade att ha sämre kunskap om vården.

I en annan nyligen publicerad studie, har thailändska kvinnor i Stockholms län intervjuats om hur de gör när de söker vård och hur de tänker om hiv och prevention (7). Kvinnorna berättade att de i första hand vände sig till sin partner om de hade frågor om svensk vård eller var i behov av vård. Av kvinnornas utsagor framgår att deras partner många gånger haft en hjälparende roll för kvinnornas kontakt med vården i Sverige. Partner bokar läkartid, följer med på vårdbesök och ibland får de också agera tolk. Dock framgår också att kvinnorna avstätt eller väntat med att söka vård i väntan på partners hjälparende insats. Som en konsekvens av att inte kunna tillgodogöra sig vården i Sverige sökte kvinnorna vård i Thailand, när de ändå var där på semester. Bristande kunskaper i svenska språket, något som försvårade kommunikationen med vårdpersonalen, samt ofullständig kunskap om svenska hälso- och sjukvården uppgavs vara några av orsakerna till varför man sökte vård i Thailand. Flertalet av kvinnorna hade aldrig använt tolk när de var i kontakt med vården. Den vårdform som kvinnorna hade erfarenhet av i Sverige var främst vårdcentraler och akutmottagningar. Undantag var gynekologisk cellprovtagning och bröstcancerscreening som de flesta blivit kallade till och deltagit i. Få kvinnor sökte vård för åkommor som rör sexuell och

reproduktiv hälsa, trots att de uttryckte sådana behov. Ingen av kvinnorna, förutom de två kvinnor som varit gravida i Sverige, hade hivtestat sig i Sverige. Kvinnorna såg inte sig själva som riskutsatta för hiv eller i behov av att hivtesta sig. Kvinnorna var dock uttryckligen öppna för att ta del av hivtest och preventivmedelsrådgivning, och även andra insatser från vården.

Sammanfattningsvis visar studierna ovan att den svenska vården inte nått ut med hivtestning till personer med thailändsk bakgrund, trots att de tillhör en riskgrupp. Dock är det viktigt att uppmärksamma att man nått ut med erbjudandet om gynekologisk cellprovtagning, eftersom majoriteten av kvinnorna deltagit i en sådan.

Om pilotprojektet med utökad preventivmedelsrådgivning och hiv/STI-testning

Mot studiernas bakgrund och det faktum att personer från Thailand utgör en riskgrupp för hiv, startades ett pilotprojekt för att försöka nå ut med hiv/STI-test och preventivmedelsrådgivning till thailändska kvinnor. Pilotprojektet initierades av Lafa, enheten för sexualitet och hälsa, Stockholms läns landsting (SLL). En arena som identifierades som möjlig ingång att nå thailändska personer med hivprevention var mödrahälsovården, eftersom tidigare studier visat att de flesta thailändska kvinnorna deltagit i cellprovtagning som de blivit kallade till (6, 7).

Pilotprojektet startade år 2015 och inleddes med att man på Lafa förankrade projektidén hos samtliga samordningsbarnmorskor i SLL. Därefter tillfrågades ett antal barnmorskemottagningar från olika stadsdelar och kommuner om de var intresserade av att delta i pilotprojektet. Totalt visade fem barnmorskemottagningar intresse av att delta, vilka finns i Norrtälje, Nacka, Vasastan, Sollentuna och Södermalm. Baserat på statistiken från Statistiska centralbyrån (SCB) gjordes en uppskattning att det bor ett 10–20 tal nyanlända thailändska kvinnor i respektive pilotkommun och stadsdel. Med nyanländ avses kvinnor som varit folkbokförda i Sverige upp till tre år. I samband med att pilotprojektet startade översattes även fem utvalda sidor från 1177 Vårdguiden, rörande sexuell och reproduktiv hälsa, till thailändska. Även detta gjordes på Lafas initiativ.

Pilotprojektets syfte och innehåll

Pilotprojektets grundidé var att testa möjligheten att öka tillgängligheten av hivtestning och preventivmedelsrådgivning via mödrahälsovården, vilken är en redan etablerad verksamhet i landstinget. Konkret innebar projektet att kvinnor från Thailand som deltar i cellprovtagning på dessa pilotmottagningar skulle erbjudas ett återbesök vid ett senare tillfälle tillsammans med tolk. Vid återbesöket skulle kvinnorna erbjudas preventivmedelsrådgivning och

hivstestning (frivillig), och även möjlighet att ställa andra frågor som rör sexuell och reproduktive hälsa och rättigheter (SRHR).

Inom ramen för pilotprojektet har också olika informationsmaterial (informationsblad och affisch) tagits fram och översatts till thailändska. Syftet med informationsmaterialet var att upplysa kvinnorna om mödrahälsovårdens olika service och tjänster. Affischer sattes upp på de aktuella barnmorskemottagningarna. Informationsblad delades ut till kvinnorna vid besöket för cellprovtagning.

Uppföljning av pilotprojektet

För att undersöka i vilken omfattning pilotprojektet nådde ut till målgruppen utarbetades en enkät som skickades via post till samtliga nyanlända thailändska kvinnor (23–60 år) bosatta i Stockholms län. Enkätundersökningen genomfördes av Uppsala universitet på uppdrag av Lafa. Därtill gjorde Lafa en intern uppföljning genom webbenkät till samtliga barnmorskemottagningar som visat intresse av att delta i pilotprojektet.

Utgångspunkt och referensram för rapporten

Denna rapport har sin utgångspunkt i att *sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR)* är en del av de mänskliga rättigheterna. Begreppet sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter täcker hela människans livscykel. Det gäller alla människors samlevnad, relationer och livskvalitet. Det handlar om alla människors lika rätt att bestämma över sin egen kropp och sexualitet, lika tillgång till kunskap och rådgivning om sexualitet och reproduktion, skydd mot hiv och andra könssjukdomar, tillgång till hiv/STI-test och preventivmedel. Begreppet SRHR omfattar även säker abort i de länder där det är lagligt och tillgång till adekvat vård under graviditet och förlossning samt vård av nyfödda. Även frihet från sexuellt och annat könsrelaterat våld rymms i begreppet (8).

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen i Sverige (9). Därmed har hälso- och sjukvården en viktig roll för att tillgodose de sexuella och reproduktiva rättigheterna hos befolkningen. Fokus för diskussionsavsnittet kommer således utgå från en vård på lika villkor utifrån perspektivet SRHR.

Med begreppet *SRHR-relaterad vård och service* som används i denna rapport menas såväl tillgång som tillgänglighet till hiv/STI-testning, preventivmedelsrådgivning, men också kunskap om vart man ska vända sig för olika typer av service och vård ingår i begreppet SRHR.

Syfte

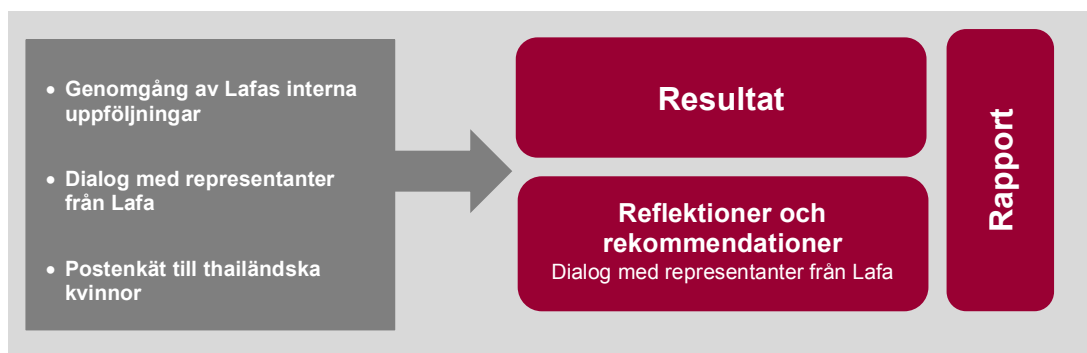
Enkätundersökningen hade två syften:

- att undersöka thailändska kvinnors vårdkontakter, erfarenheter och behov av SRHR- relaterad vård och service, behov av information kring hälsa och det svenska samhället samt kunskaper om och attityder till hiv
- att undersöka huruvida pilotprojektet inom mödrahälsovården med ökad preventivmedelsrådgivning och hivtestning nådde ut till thailändska kvinnor

Målet är att använda enkätundersökningens resultat som underlag och vägledning för att möta och tillgodose thailändska kvinnors behov av SRHR-relaterad vård. Därutöver kan resultaten fungera som ett stöd för myndigheter och organisationer som arbetar med att utveckla hiv/STI- prevention och policydokument.

Metod

För att kunna besvara studiens syfte och frågeställningar har data samlats in via en postenkät och även från Lafas interna uppföljning. Dialog har genomförts med berörda representanter på Lafa för att få större kunskap och förståelse för resultaten av pilotprojektet (Figur 1).



Figur 1 Illustration över datainsamlingsmetoderna och rapportens arbetsgång.

Lafas interna uppföljningar

Granskning har gjorts av Lafas egna interna uppföljningar som baseras på anteckningar och sammanfattning av en webbenkät som skickades till alla barnmorskor från deltagande pilotkommuner.

Dialog med Lafa

Dialoger och avstämningar genomfördes löpande med representanter från Lafa och ägde rum via fysiska möten, mejl och telefon. Representanter från Lafa har även fått möjlighet att reflektera över enkätundersökningens resultat och bidragit med input till diskussionsdelen.

Enkätundersökning

Urval och procedur för enkätundersökning

Under perioden augusti–december 2016 genomfördes en enkätundersökning bland nyanlända thailändska kvinnor i Stockholms län. Undersökningen genomfördes som en totalundersökning. Populationen, det vill säga målgruppen som man vill kunna dra slutsatser om utgjordes av 505 kvinnor (i åldern 23–60 år) födda i Thailand och som invandrat till Sverige år 2014–2016, folkbokförda i Stockholms län. Uppgifterna hämtades från SCB:s register över totalbefolkningen. Urval av ålder baseras på de åldersgrupper som omfattas av den gynekologiska cellprovtagning som Stockholms läns landsting årligen kallar till, eftersom Lafa kopplat sin intervention till denna provtagning.

Frågeblanketterna skickades ut med post av SCB. Det första utskicket genomfördes i augusti 2016. Sedan skickades två påminnelser till dem som inte

besvarat frågeblanketten, tillsammans med en ny enkät. Insamlingen avslutades i december 2016.

Datansamling, avprickning och dataregistrering utfördes av Uppsala universitet. Totalt svarade 266 individer på enkäten, vilket ger en svarsfrekvens på 52,3 procent. Av de 239 individerna som inte svarade på enkäten var det 13 individer som antingen returnerade en tom enkät, aktivt avböjde medverkan eller saknade adress. Resterande 226 hörde inte av sig eller skickade in frågeblanketten.

Arbetet med enkäten

Uppsala universitet utformade enkäten i samråd med Lafa. De flesta frågorna baserades på tidigare enkätundersökningar (6, 10-15), dock har vissa frågor anpassats och reviderats till denna undersökning. Övriga frågor med specifik koppling till projektet togs fram tillsammans med representanter från Lafa. För att säkerställa att frågorna fungerar så bra som möjligt och minska risken för mätfel skickades enkäten till SCB:s mättekniska laboratorium för granskning av enkätfrågorna. Som ett resultat av laboratoriets granskning reviderades flera av frågorna med avseende på ordval och svarsalternativ. Enkäten översattes till kvinnornas modersmål (thailändska). Översättningen genomfördes enligt riktlinjer för översättning av mätinstrument (16), vilket innebar översättning till modersmål och översättning tillbaka samt pilottestning.

Enkätfrågorna

De enkätfrågor som inkluderades i föreliggande rapport är följande:

- *Bakgrundsfrågor:* Ålder, civilstånd, högsta avslutade skolutbildning, främsta orsaken till uppehållstillstånd i Sverige, år då man fick uppehållstillstånd i Sverige, huvudsakliga sysselsättning i Sverige, vilka personer man bor med och om man har biologiska barn.
- *Hälsa:* Självskattad hälsa (11).
- *Vårdkontakt:* Om man någonsin använt sig av tolk vid vårdbesök i Sverige, vilka vårdenheter man besökt, om man avstått från att söka vård trots behov under de senaste tre månaderna samt orsaker till det (10), om man någonsin besökt 1177 Vårdguiden, om man vet vart man ska vända sig för att få preventivmedelsrådgivning, test av hiv/STI och behandling av hiv/STI, om man någonsin varit i kontakt med vården i Sverige för att få preventivmedelsrådgivning och om man någonsin gjort en gynekologisk cellprovtagning (6).

- *Preventivmedelsanvändning:* Om man använder någon preventivmedelsmetod, huvudsakliga preventivmedelsmetoder och i vilket land preventivmedlen är inköpta.
- *Hivtestning:* Om man någonsin testat sig för hiv (14) i Sverige respektive i Thailand, om man fått reda på resultatet och om man skulle vilja testa sig.
- *Kunskaper om hiv:* Består av ett antal påståenden att ta ställning till avseende hur man ska förebygga hiv, behandlingar av hiv (13), hur hiv överförs samt huvudsakliga källor för information om hiv (12).
- *Attityder:* Består av ett antal påståenden att ta ställning till om hur man skulle reagera om en arbetskamrat eller skolkamrat har hiv (12).
- *Kunskapsbehov:* Om man behöver mer kunskap om rättigheter, hur svensk vård fungerar, fertilitet, var man kan testa sig för hiv/STI, barnuppfostran i Sverige, hur man söker bostad i Sverige, olika utbildningsmöjligheter i Sverige, arbetsmarknaden i Sverige.
- *Frågor om kvinnors deltagande i pilotprojektet:* Om man under de senaste 12 månaderna deltagit i en gynekologisk cellprovtagning samt blivit erbjuden en ny tid för återbesök, i vilken av pilotkommunerna återbesöket gjordes, orsakerna till deltagande i återbesöket, om man blev erbjuden en tolk då, och upplevelse av återbesöket och om kommunikationen med barnmorskan (15).

Analys av data

Insamlad data från enkäterna analyserades med hjälp av SPSS (Statistical package for Social Sciences version 22). Chi-Square test och Mann-Whitney U-test användes för att undersöka signifikanta skillnader mellan olika grupper med olika åldersnivåer, utbildning och om man hade barn eller inte. För samtliga statistiska tester användes en signifikansnivå på 95 procent, vilket innebär att p-värdet (ett mått på den statistiska signifikansen) måste vara 0,05 eller lägre för att skillnaden mellan grupperna skulle klassas som signifikant.

Etiska överväganden

Ansökan om etikprövning gjordes till den regionala etikprövningsnämnden i Uppsala och har godkänts (Dnr 2016/177).

Resultat

I detta avsnitt redovisas resultaten av enkätundersökningen bland nyanlända thailändska kvinnor i Stockholms län. Avsnittet består av två delar. Den första delen beskriver thailändska kvinnors sociodemografiska egenskaper, vårdkontakter, erfarenheter och behov av SRHR-relaterad vård, deras kunskaper om och attityder till hiv, samt behov av information i stort. En del av resultaten har jämförts med motsvarande studier, som exempelvis Hiv i Sverige² och enkätstudie bland nyanlända thailändska kvinnor i Skåne samt Sjuhäradsbygden (6). Eftersom studierna skiljer sig i urval och metod, bör tolkning av jämförelserna göras med försiktighet. Den andra delen av avsnittet beskriver huruvida ett pilotprojekt inom mödrahälsovården med ökad preventivmedelsrådgivning och hivtestning nådde ut till de thailändska kvinnorna samt deras erfarenheter av rådgivningen.

Del 1. Resultat från enkätundersökningen

Sociodemografiska egenskaper

Totalt svarade 266 thailändska kvinnor på enkäten. Tabell 1 visar kvinnornas sociodemografiska egenskaper. Genomsnittsalder var 38 år, med en åldersspridning från 23 till 57 år. De flesta deltagarna var mellan 35 och 44 år. Drygt fyra av tio av kvinnorna kom till Sverige år 2014, cirka en tredjedel kom år 2015 och resterande år 2016. Vanligaste orsaken till uppehållstillstånd var äktenskap med svensk medborgare. En stor majoritet av kvinnorna bor tillsammans med sin partner och/eller med barn. Att bo med föräldrar/syskon eller andra vuxna var mindre vanligt och endast ett fåtal individer bor ensamma.

Kvinnorna fick även svara på frågan om de har biologiska barn, för att få reda på om de varit gravida eller inte. Om man har varit gravid eller inte, kan ha betydelse för de variabler som undersöks i denna rapport, som exempelvis kontakt med vården. Drygt 63 procent av kvinnorna uppgav att de har biologiska barn. Av de kvinnor som har biologiska barn var det endast en tredjedel som nu bor med sitt/sina barn. Detta innebär att en stor majoritet som har barn inte bor med sina barn, en möjlig förklaring kan vara att kvinnornas barn bor kvar i Thailand.

² En rapport om allmänhetens kunskaper, attityder och beteenden i fråga om hiv har förändrats under perioden 1987–2011. Folkhälsomyndigheten, 2012.

Tabell 1 Kvinnornas sociodemografiska egenskaper

	Antal	%
Ålder (n=266)		
23-29	34	13
30-34	63	24
35-44	111	42
45-57	58	22
Medelvärde=38		
Minimum= 23 och maximum=57		
Invandringsår (n=262)		
Invandringsår 2014	110	42
Invandringsår 2015	84	32
Invandringsår 2016	68	26
Framsta orsak till uppehållstillstånd (n=256)		
Återförening med familj	21	8
Äktenskap med svensk medborgare	174	68
Äktenskap med person från annat land	11	4
Arbete i Sverige	20	8
Annan orsak	30	12
Högsta avslutade utbildning (n=261)		
0-6 år	45	18
7-9 år	47	18
10-12 år	52	20
Utbildning på universitet	97	37
Annan utbildning	20	7
Har du några barn? Avser biologiska barn. (n=265)		
Ja	168	63
Nej	97	37
Vilken/vilka bor du med? (n=261)		
Ingen	7	3
Make/maka/sambo/partner	229	88
Barn	52	20
Föräldrar/syskon	13	5
Andra vuxna	13	5

Vanligast var att kvinnorna hade en akademisk utbildning, därefter att de gått i skolan 10–12 år eller 7–9 år. Något färre hade gått i skolan i 1–6 år och väldigt få uppgav att de inte hade gått i skolan alls (Tabell 1). Kvinnorna i denna studie hade anmärkningsvärt hög utbildning jämfört med övriga thailändska kvinnor i landet, vilket är något man sett i en tidigare registerstudie, där kvinnor som bor på landsbygden tenderar att ha lägre utbildning jämfört med kvinnor i storstäderna (17).

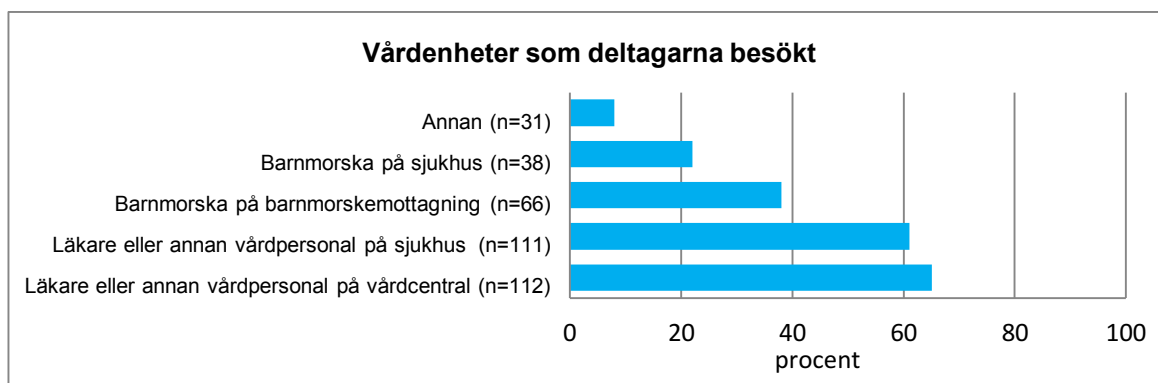
Den vanligaste huvudsakliga sysselsättningen som kvinnorna uppgav var arbete som anställd (41 procent), studier (38 procent) eller söker arbete (27 procent). Drygt en tredjedel av kvinnorna hade angett mer än ett alternativ, vanligt var att man kombinerade två eller tre sysselsättningar (Bilaga 1, tabell 1).

Hälsa, vårdnyttjande och vårdbehov

Drygt 70 procent av kvinnorna bedömde sin hälsa som god eller mycket god (Bilaga 1, tabell 2), vilket stämmer överens med resultaten för kvinnor såväl i hela Sverige som i Stockholms län (18). Endast ett fåtal av de thailändska kvinnorna bedömde sin hälsa som dålig eller mycket dålig.

Omkring 73 procent av kvinnorna hade någon gång varit i kontakt med hälso- och sjukvården i Sverige (Bilaga 1, tabell 3). Utav dessa hade endast en tredjedel använt sig av tolk. I figur 2 framgår vilken typ av hälso- och sjukvård kvinnorna besökt. Vanligast var att man besökt vårdcentral och/eller sjukhus för att träffa läkare eller annan vårdpersonal, därefter att man besökt barnmorska på barnmorskemottagning (Bilaga 1, tabell 5). Det är dock märkligt att inte fler uppgav att de besökt barnmorskemottagning, eftersom drygt 61 procent av kvinnorna svarade att de deltagit i en gynekologisk cellprovtagning som de blivit kallade till (Bilaga 1, tabell 4). Således kan detta tolkas som att kvinnorna inte visste att de var på en barnmorskemottagning när de deltog i cellprovtagningen. Deltagande i cellprovtagning är något lägre för kvinnorna i denna studie, jämfört med thailändska kvinnor i Skåne och Sjuhäradsbygden där drygt 69 procent rapporterade att de deltagit i cellprovtagning (6).

Inga skillnader observerades mellan kvinnor i olika utbildningsnivåer, åldersgrupper liksom om man har barn eller inte, vad gäller deltagande i gynekologisk cellprovtagning.



Figur 2 Vårdenheter som kvinnorna besökt en eller flera gånger.

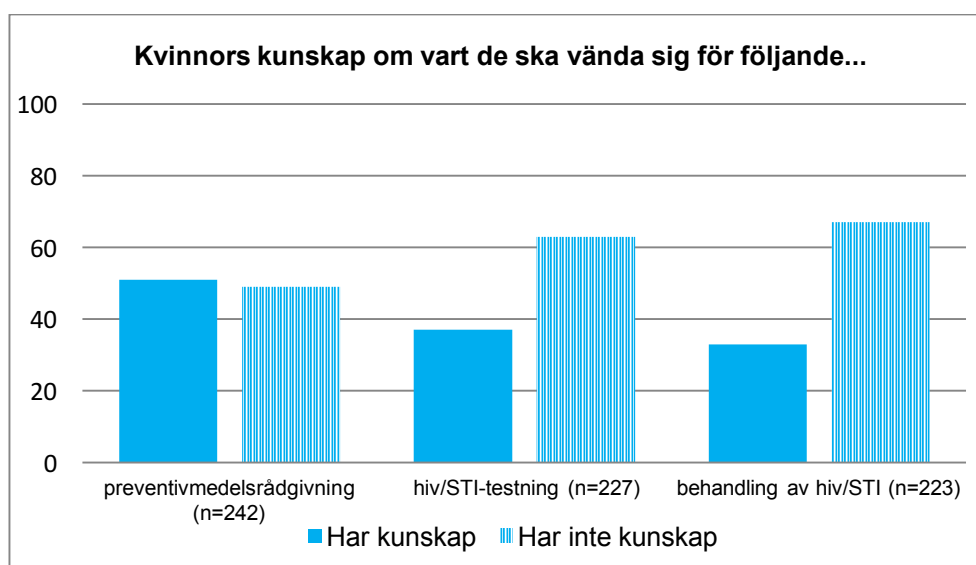
Forskning i både Sverige och andra europeiska länder visar att migranter ibland avstår från att söka vård och från att delta i hälsofrämjande insatser. Detta kan förklaras av bland annat socioekonomiska faktorer (19), upplevd diskriminering (20) samt lågt förtroende för hälso- och sjukvården (21). Men även kommunikationssvårigheter på grund av språkbarriärer och låga kunskaper om hälsosystemet har betydelse för huruvida migranter nyttjar vården (7, 22). De thailändska kvinnorna tillfrågades om de någonsin avstått från att söka vård trots behov, med en följdfråga där de fick ange orsaker till varför de avstod. Svaren kan således indikera eventuella behov av åtgärder inom hälso- och sjukvården. Ungefär en femtedel av de thailändska kvinnorna hade under de senaste 3 månaderna ansett sig vara i behov av vård men ändå avstått från att söka vård (Bilaga 1, tabell 3). Som framgår i figur 3 var vanligaste orsaken att besvären gick över (38 procent), därefter svårigheter med språket (26 procent) eller att man inte visste vart man skulle vända sig (24 procent).



Figur 3 Orsaker till varför kvinnorna avstod från att söka vård (n=54).

Kunskap om SRHR- relaterad vård och service

En grundläggande förutsättning för att kunna använda vård på ett adekvat sätt i det nya landet som man migrerat till är kunskap om landets hälso- och sjukvårdssystem och dess tillgänglighet. Ett sätt att undersöka tillgängligheten är att fråga om kvinnorna vet vart de ska vända sig för preventivmedelsrådgivning, hiv/STI-testning och behandling av hiv/STI. Majoriteten av kvinnorna uppgav att de inte har kunskap om vart man ska vända sig för hiv/STI-testning och behandling av hiv/STI (Figur 4). När det gäller preventivmedelsrådgivning var det närmare hälften som saknar kunskap om vart de ska vända sig. I tidigare studie bland thailändska kvinnor i Skåne och Sjuhäradsbygden var det två tredjedelar som visste vart de skulle vända sig för preventivmedelsrådgivning. Kunskapen om vart man ska vända sig för hiv/STI-testning var ungefär densamma som för kvinnorna i Stockholms län (6). Inga jämförbara studier har hittats gällande den vuxna svenska befolkningens kunskap om vart man ska vända sig för ovanstående frågor. I UngKAB09:s enkätundersökning till unga i åldern 15-29 år i Sverige, framgår att nio av tio ungdomar visste vart de skulle vända sig för att göra ett klamydiatest (23).



Figur 4 Andelen kvinnor som har kunskap eller inte kunskap om vart man ska vända sig för preventivmedelsrådgivning, hiv/STI-testning och behandling av hiv/STI.

Preventivmedelsrådgivning

I figur 5 redovisas thailändska kvinnors deltagande i preventivmedelsrådgivning i Sverige samt deras behov av rådgivning och användning av preventivmedel. Drygt 20 procent av kvinnorna uppgav att de varit i kontakt med vården för att få preventivmedelsrådgivning. Motsvarande siffra bland thailändska kvinnor i Skåne och Sjuhäradsbygden var drygt 40 procent (6). Majoriteten av kvinnorna i denna studie uppgav att de inte hade behov av preventivmedelsrådgivning, dels för att de redan använder preventivmedel och dels för att de helt enkelt inte såg något behov av att använda preventivmedel. Drygt 10 procent av kvinnorna skulle vilja komma i kontakt med vården för att få preventivmedelsrådgivning.

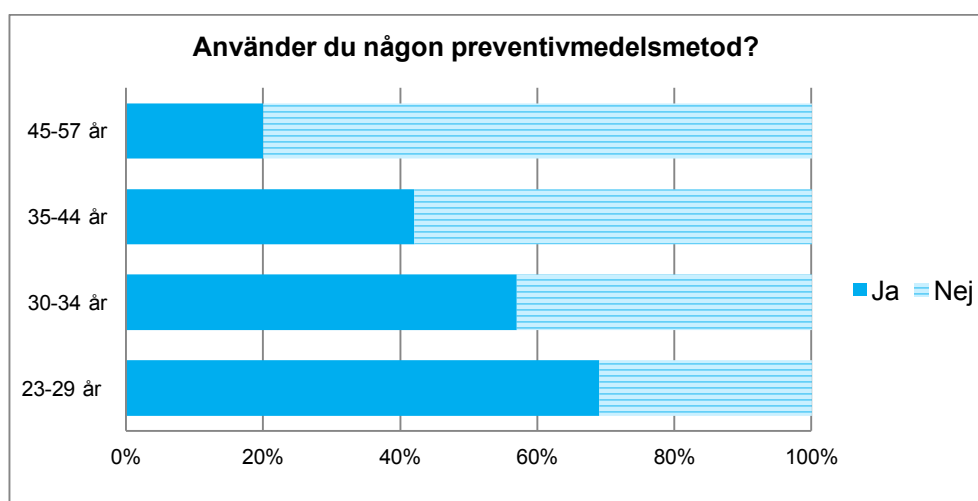
Behov av att komma i kontakt med vården var störst inom åldersgruppen 23–29 år, för att därefter minska successivt i de högre ålderskategorierna. Det var också vanligare att de i åldersgruppen 23–29 år varit i kontakt med vården för att få preventivmedelsrådgivning, jämfört med kvinnor i de andra åldersgrupperna (Bilaga 1, tabell 6).



Figur 5 Kvinnors deltagande i preventivmedelsrådgivning och behov av preventivmedelsrådgivning (n=254).

Preventivmedelsanvändning

Omkring 45 procent av de thailändska kvinnorna rapporterade att de använder preventivmedel. Motsvarande siffra för svenska kvinnors preventivmedelsanvändning är cirka 70 procent enligt en studie som genomfördes år 2015 (24). Andelen thailändska kvinnor som använder preventivmedel är störst i åldersgruppen 23-29 år, därefter i åldersgruppen 30-34 år. Figur 6 visar tydligt att andelen kvinnor som använder preventivmedel sjunker drastiskt efter 35 års ålder (Bilaga 1, tabell 7). Majoriteten av kvinnorna över 35 år använder alltså inte något preventivmedel.



Figur 6 Preventivmedelsanvändning fördelad i olika ålderskategorier (n=242).

Som framgår i tabell 2 uppgav de flesta att de har införskaffat preventivmedel i Thailand, vilket också har framkommit i en tidigare intervjustudie med nyanlända thailändska kvinnor i Stockholms län (7). Det var vanligare bland äldre kvinnor (från 30 år) att ha köpt preventivmedel i Thailand jämfört med yngre kvinnor (23-29 år) (Bilaga 1, tabell 8).

Tabell 2 I vilket land är dina preventivmedel huvudsakligen inköpta?

n=94	Antal	%
Thailand	65	70
Sverige	26	27
Annat land	3	3

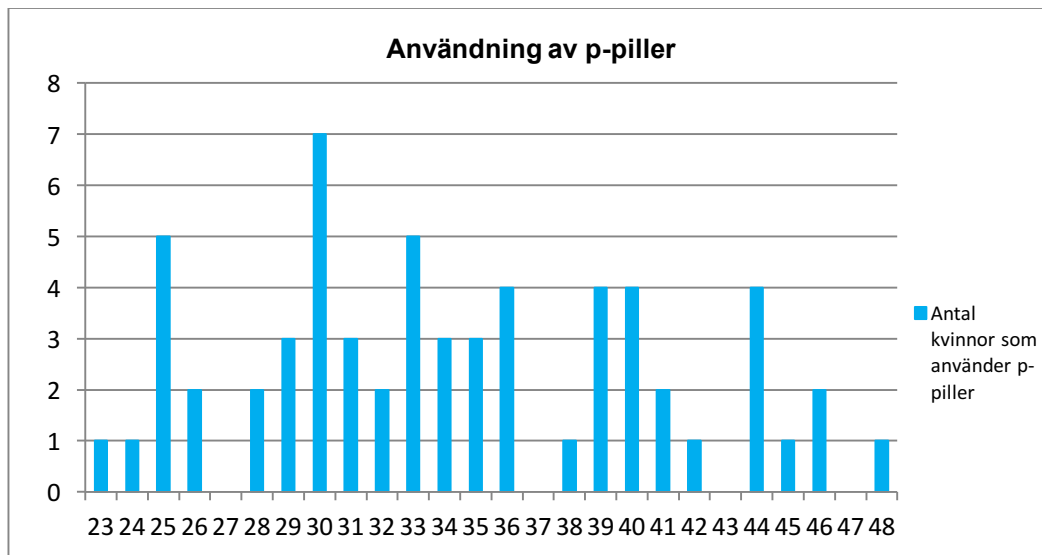
I figur 7 redovisas alla preventivmedelsmetoder som kvinnorna uppgav att de använder. Vanligaste preventivmedelsmetod som användes var p-piller, därefter kondom och sterilisering. Inga jämförbara studier har hittats gällande preventivmedelsanvändning hos andra migrantgrupper i Sverige. Vilken typ av preventivmedelsmetod man använde kan troligtvis förklaras av vilken kultur och tradition man bär med sig från hemlandet. Generellt har man sett att invandrarkvinnor (vissa grupper) använder p-piller i större utsträckning än svenskfödda kvinnor³.



Figur 7 Vilken typ av preventivmedelsmetod som används bland respondenterna (n=145).

³ Personlig kommunikation: Telefonsamtal. Helena Kopp, Kvinnoklinikens forskning, Karolinska Institutet, 2017-04-20.

Figur 8 redovisar p-pilleranvändare över samtliga åldrar. Drygt 44 procent som använder p-piller är över 35 år och resterande yngre än 35 år. Inga signifikanta skillnader observerades gällande åldersnivå bland dem som använder p-piller eller annan preventivmedelsmetod.



Figur 8 Antal kvinnor som använder p-piller (inklusive mini-piller) i samtliga åldrar (n=61).

Hivtestning i Thailand och Sverige

Personer som är i riskgrupp för hiv, eller som bär på hiv utan vetskap om det, är en viktig grupp att nå i arbetet med att öka tillgängligheten till hivtestning. Eftersom personer med födelseland Thailand tillhör de grupper med högst hivprevalens är det betydelsefullt att veta hur många som testat sig för hiv. Därför tillfrågades kvinnorna om de gjort ett hivtest, såväl i Thailand som i Sverige. Totalt sett har drygt 62 procent av kvinnorna någon gång testat sig för hiv och nästan alla har gjort sitt hivtest i Thailand (Tabell 3). De flesta uppgav att de fick svar på sitt hivtest. Som framgår i tabell 4 är andelen kvinnor som har hivtestat sig i Thailand störst i åldersgruppen 30–44 år. Hivtestning är lägst i den yngsta åldersgruppen 23–29 år, där runt fyra av tio uppgav att de har hivtestat sig. Andelen kvinnor som har hivtestat sig i Thailand är något fler bland gruppen kvinnor med barn jämfört med kvinnor som inte har barn (Bilaga 1, tabell 9). En möjlig förklaring är att gravida i Thailand blir erbjudna ett hivtest.

Tabell 3 Hivtestning i Thailand

	Antal	%
Har du någonsin testat dig för hiv i Thailand? (n=259)		
Jag vet inte	4	2
Nej	93	40
Ja	162	62
Fick du reda på resultatet på ditt hivtest? (n=141)		
Jag vet inte	2	2
Nej	4	4
Ja	133	94

Tabell 4 Skillnader i om man testat sig för hiv i Thailand mellan kvinnor i olika åldersgrupper

Ålder	Jag vet inte		Nej		Ja	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
23-29	2	6	17	53	13	41
30-34	1	2	20	32	42	67
35-44	0	0	34	31	75	69
45-57	1	2	22	40	32	58

n=259, p < 0.034

Andelen kvinnor som uppgav att de testat sig i Sverige är drygt 15 procent (Tabell 5). Bland dem som gjorde hivtestet hade nästan alla fått svar på resultatet av sitt test. Vid en djupare analys visade det sig att nästan alla som testat sig i Sverige också hade testat sig för hiv i Thailand (Bilaga 1, tabell 10). Det var endast två kvinnor som enbart hade testat sig i Sverige, men inte i Thailand. Resultaten tyder på att hivtestning i Sverige i princip når dem som redan har testat sig. Bland de kvinnor som uppgav att de skulle vilja göra en hivtestning i Sverige, så hade merparten också redan testat sig i Thailand. Inga signifikanta skillnader observerades mellan kvinnor i olika åldersgrupper, liksom kvinnor med eller utan barn.

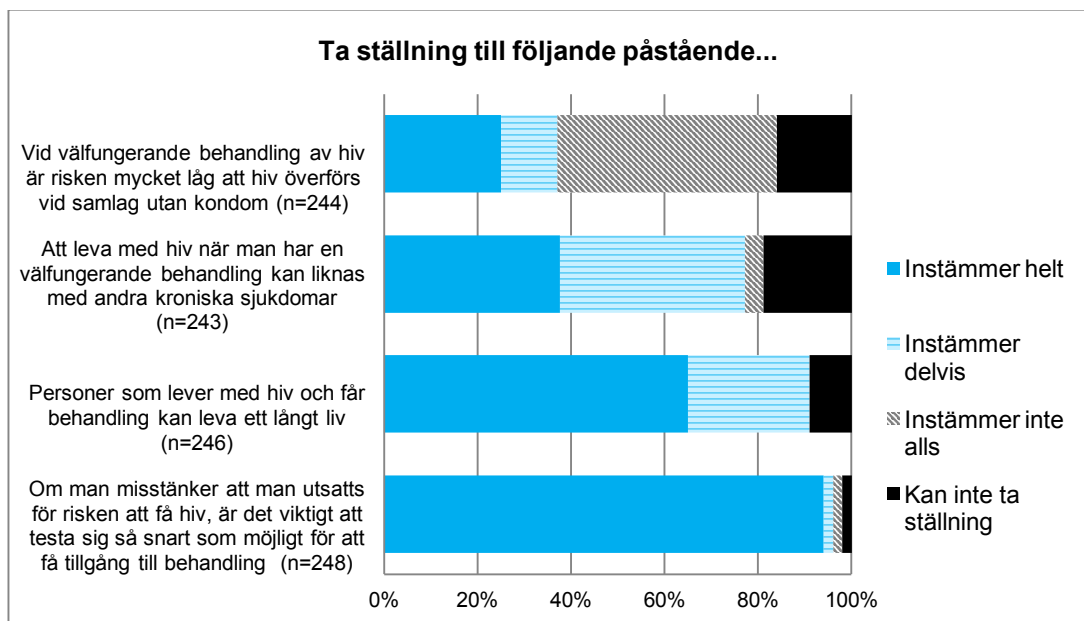
Vad gäller hivtestning bland svenska befolkningen generellt saknas jämförbara resultat. I senaste Hiv i Sverige rapporterades enbart andelen som hivtestat sig på eget initiativ under de senaste tre åren, vilket låg på 6 procent för kvinnor (12). Till denna siffra har man inte räknat in andelen kvinnor som testade sig för hiv i samband graviditet.

Tabell 5 Hivtestning i Sverige

	Antal	%
Har du någonsin testat dig för hiv i Sverige? (n=256)		
Jag vet inte	6	2
Nej, men jag skulle vilja testa mig	17	7
Nej	194	76
Ja	39	15
Fick du reda på resultatet på ditt hivtest? (n=37)		
Vet inte		
Nej	3	8
Ja	34	92

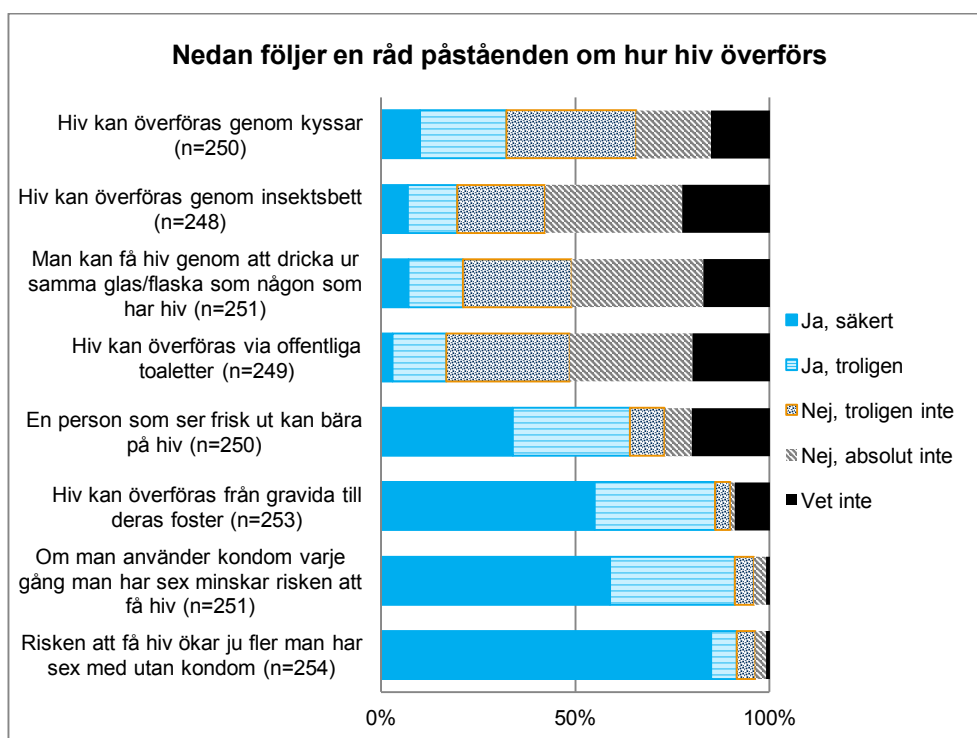
Kunskaper om hiv

En viktig del av hälsofrämjande insatser inom hivprevention är spridning av kunskaper om hiv och STI, som till exempel hur man undviker att få hiv, vikten av att testa sig och vad det finns för behandlingsmöjligheter. För att mäta målgruppens kunskaper om hiv fick de ta ställning till en rad påståenden om hur hiv överförs, hur man skyddar sig mot hiv och behandling av hiv. Figur 9 redovisar fyra olika påståenden gällande behandlingen av hiv. Drygt nio av tio instämde helt eller delvis i att personer som lever med hiv och får behandling kan leva ett långt liv. Nästan alla kvinnor (drygt 96 procent) instämde helt eller delvis i att vid misstanke om att man utsatt sig för risken att få hiv, är det viktigt att testa sig så snart som möjligt för att få tillgång till behandling. Sämst kunskap hade man om ”risken för hiv- överföring vid samlag utan kondom vid välfungerande behandling” då det bara var några fler än en tredjedel som instämde helt eller delvis i att risken var låg. Inga signifikanta skillnader kunde ses beträffandes yngre och äldre kvinnors kunskaper, och inte heller mellan kvinnor med olika utbildningsnivåer.



Figur 9 Kvinnornas allmänna kunskaper om behandling av hiv.

Kvinnorna fick även ta ställning till åtta olika påståenden om hur hiv överförs (Figur 10). Drygt nio av tio uppgav att det är säkert eller troligt att hiv kan överföras från gravida till foster. Nästan alla (omkring 98 procent) uppgav att det är säkert eller troligt att risken att få hiv ökar ju fler man har sex med utan kondom. Drygt åtta av tio uppgav att det är säkert eller troligt att kondom användning varje gång man har sex minskar risken för hiv-överföring. När det gäller påståendet om hiv kan överföras genom kyssar så var det en tredjedel som svarade säkert eller troligen. I senaste Hiv i Sverigeundersökningen bland den svenska befolkningen låg motsvarande siffra på cirka 15 procent, vilket innebär något bättre kunskap än hos de thailändska kvinnorna. Omkring en femtedel av de thailändska kvinnorna uppgav att det är säkert eller troligt att hiv överförs om man dricker ur samma glas/flaska som någon som har hiv. Motsvarande resultat från Hiv i Sverige låg under 10 procent. Andelen som uppgav säkert eller troligen på påståendet att hiv kan överföras via offentliga toaletter var något högre bland de thailändska kvinnorna (ungefär 27 procent) än bland de svarande i Hiv i Sverige (ungefär 13 procent). När det gäller uppfattningen om hiv kan överföras via insektsbett så var det något färre bland de thailändska kvinnorna som uppgav säkert eller troligen (drygt 20 procent) jämfört med de svarande i Hiv i Sverige (drygt 26 procent). Ungefär två tredjedelar av kvinnorna uppgav att det är säkert eller troligt att en person som ser frisk ut kan bära på hiv.



Figur 10 Kvinnornas kunskaper om överföring av hiv.

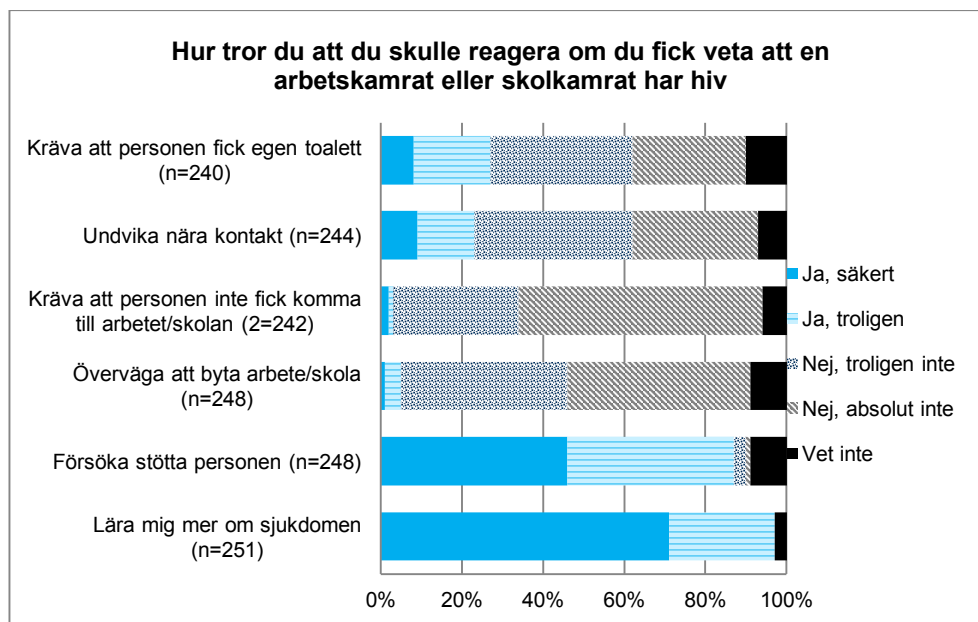
Inga signifikanta skillnader kunde observeras mellan yngre och äldre kvinnors kunskaper. Däremot fanns skillnad mellan kvinnor med olika utbildningsnivåer. Kvinnor med universitetsutbildning hade i regel högre kunskap än kvinnor med lägre utbildning. Dessa skillnader gäller för följande tre påståenden: hiv kan överföras genom kyssar, hiv kan överföras via offentliga toaletter och man kan få hiv genom att dricka ur samma glas/flaska som någon som har hiv (Bilaga 1, tabell 11–13).

Sammanfattningsvis, trots att kvinnorna har relativt goda kunskaper om hur man kan undvika att få hiv, och kunskaper om behandling av hiv, så råder det fortfarande en osäkerhet kring hur hiv kan överföras. Generellt är kunskaperna om hivöverföring något lägre bland de thailändska kvinnorna i denna studie jämfört med deltagarna i senaste undersökningen i Hiv i Sverige (12).

Attityder till personer som lever med hiv

En viktig del i arbetet med hivprevention är att minska stigma och diskriminering av personer som lever med hiv. De thailändska kvinnorna i studien fick därför ta ställning till totalt sex olika påståenden om hur de tror att de skulle reagera om de fick veta att till exempel en arbetskamrat eller skolkamrat har hiv (Figur 11). Drygt 87 procent uppgav att de säkert eller troligen skulle försöka stötta personen, vilket inte skiljer sig anmärkningsvärt från de svarande i Hiv i Sverige (cirka 85 procent). Nästan alla kvinnor (ungefär 97 procent) skulle säkert eller troligen lära sig mer om sjukdomen, jämfört med 85 procent bland de svarande i Hiv i Sverige. Andelen thailändska kvinnor som uppgav att de säkert eller troligen skulle kräva att personen fick en egen toalett var drygt 27 procent, motsvarande resultat i Hiv i Sverige var 8 procent.

Ungefär 23 procent av kvinnorna uppgav att de säkert eller troligen skulle undvika närlinjekontakt med en arbetskamrat eller skolkamrat som bär på hiv, jämfört med 19 procent bland de svarande i Hiv i Sverige. Endast några fåtal (ungefär 5 procent) uppgav att de säkert eller troligen skulle överväga att byta arbete/skola och ännu färre uppgav att de skulle kräva att personen inte fick komma till arbetet/skolan, vilket liknar resultat från Hiv i Sverige.



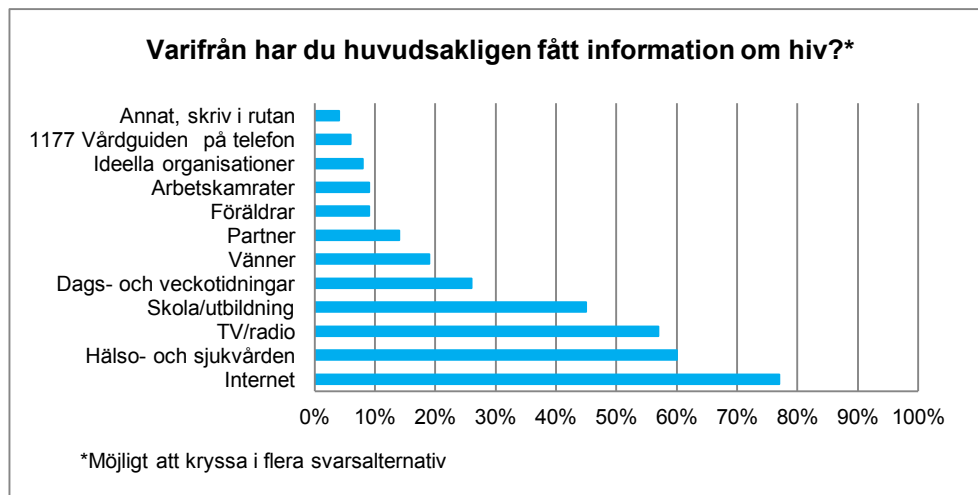
Figur 11 Kvinnornas attityder till personer som lever med hiv.

Inga större skillnader kunde ses beträffande yngre eller äldre kvinnors attityder. Däremot visar analysen att andelen kvinnor med universitetsutbildning hade något mer accepterande attityd för två av de sex påståendena. Kvinnor med universitetsutbildning var mer benägna att lära sig mer om hiv jämfört med kvinnor med 0–6 års utbildning. När det gäller påståendet om man skulle byta arbete/skola så hade kvinnor med utbildningsnivå 10–12 år minst tolerans. Drygt 70 procent av dem uppgav att de troligen eller absolut inte skulle byta arbete/skola, jämfört med kvinnor som hade akademisk utbildning där drygt 91 procent inte skulle byta arbete/skola. Även kvinnor med 0–9 års utbildning var mer toleranta än dem med utbildningsnivå 10–12 år (Tabell 1, tabell 14–15).

Sammantaget föreligger inga stora skillnader mellan de thailändska kvinnorna och de svarande i Hiv i Sverige vad gäller tolerans och attityder till personer som lever med hiv. Dock med ett undantag, andelen thailändska kvinnor som ansåg att personer som bär på hiv ska ha en egen toalett, är något fler än de svarande i Hiv i Sverige. Kunskapsläget är också något sämre bland de thailändska kvinnorna än bland de svarande i Hiv i Sverige, när det gäller uppfattningen om att hiv överförs via offentliga toaletter.

Huvudsakliga informationskällor om hiv

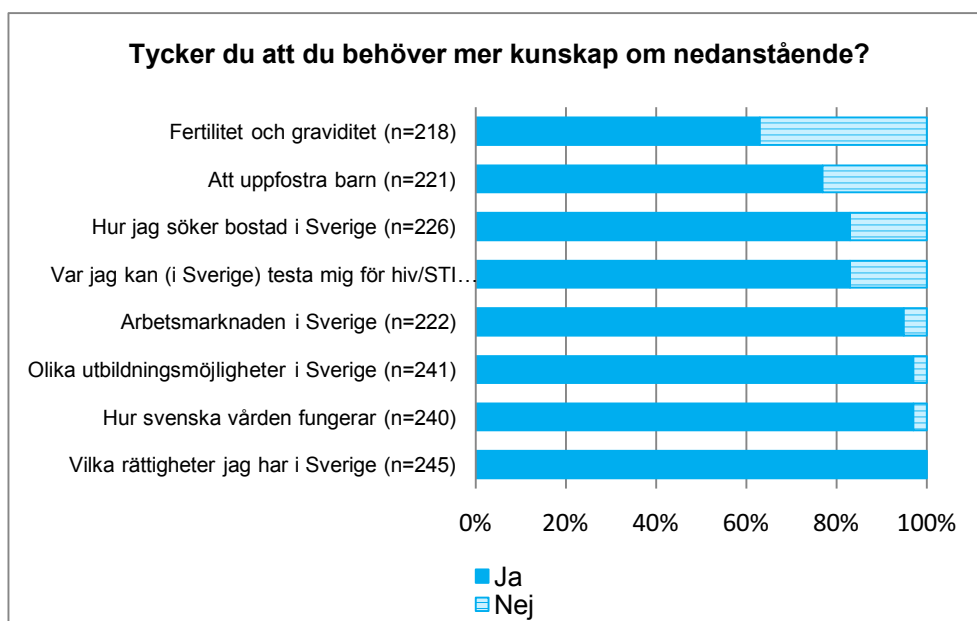
Ökad kunskap om migranternas informationskällor om hiv kan underlätta för organisationer och personal som arbetar med utveckling av målgruppsanpassade preventions- och informationsinsatser. De thailändska kvinnorna fick svara på varifrån de huvudsakligen fått information om hiv med möjlighet att kryssa för flera svarsalternativ. I enkäten fanns det totalt 11 informationskällor som alternativ. Som framgår i figur 12 angav de flesta kvinnorna att de fått information om hiv från internet, vilket också är den främsta informationskällan bland den svenska allmänheten, det vill säga de svarande från undersökningen Hiv i Sverige (12). Näst vanligaste informationskälla bland kvinnorna var hälso- och sjukvården och TV/radio. Eftersom det i enkäten inte var specificerat vilket land informationen hämtats från (förutom 1177 Vårdguiden) bör resultaten tolkas med varsamhet. Det faktum att kvinnornas genomsnittsalder var relativt hög (38 år) som nyanlända i Sverige, är chansen stor att de hunnit få och tagit del av information om hiv i Thailand. Trots detta, så ger figuren ändå en översiktlig bild över thailändska kvinnors vanligaste informationskällor om hiv, vilket kan vara viktigt att ta hänsyn till vid utveckling av informationsinsatser till denna grupp.



Figur 12 Kvinnornas huvudsakliga informationskällor om hiv (n=251).

Behov av kunskap

Enkäten avslutades med ett antal frågor om vad kvinnorna skulle vilja ha mer kunskap om. Här inkluderades andra områden än SRHR, allt från utbildningsmöjligheter i Sverige till barnuppfostran. Eftersom det hittills varit relativt begränsad hivprevktion och andra informationsinsatser till thailändska personer i Sverige är det särskilt intressant att inventera gruppens kunskapsbehov utifrån ett bredare perspektiv. Ökad kunskap om thailändska kvinnors kunskapsbehov ger också bättre förutsättningar för personal och organisationer att anpassa informationsinsatser till målgruppen. Som redovisas i figur 13 har thailändska kvinnor stort behov av kunskap inom flera olika områden. Det största kunskapsbehovet handlar om vilka rättigheter thailändska kvinnor har i Sverige. Därefter ville kvinnorna veta hur svenska vården fungerar och om olika utbildningsmöjligheter i Sverige. Intressant är att relativt många (drygt 83 procent) skulle vilja ha kunskap om var de kan testa sig för hiv/STI, trots att endast 7 procent tidigare rapporterat att de ville testa sig för hiv i Sverige. Figuren i sin helhet illustrerar inte bara kunskapsbehov hos de thailändska kvinnorna, utan visar också på en bristande tillgänglighet till information bland thailändska kvinnor i Stockholms län.



Figur 13 Kvinnors behov av kunskap inom olika områden.

Sammanfattning av huvudsakliga resultat del 1

Majoriteten bedömde sin självskattade hälsa som bra eller mycket bra.

Ungefär tre fjärdedelar har någon gång varit i kontakt med hälso- och sjukvården i Sverige, en tredjedel av dessa använde sig då av tolk.

Var femte har ansett sig vara i behov av vård under de senaste tre månaderna men ändå avstått från att söka vård. Vanligaste orsaken var att besvären gick över, därefter svårigheter med språket eller att man inte visste vart man skulle vända sig.

Drygt två tredjedelar har deltagit i en gynekologisk cellprovtagning i Sverige.

Majoriteten saknar kunskap om vart de ska vända sig för att få preventivmedelsrådgivning, göra ett hiv/STI-test eller få behandling för hiv/STI.

Drygt en femtedel har varit i kontakt med vården för att få preventivmedelsrådgivning och det var vanligast bland kvinnor i den yngre åldersgruppen (23–29 år) än i de äldre åldersgrupperna.

Cirka en av tio skulle vilja få preventivmedelsrådgivning. Behovet var vanligast bland den yngre åldersgruppen (23–29 år).

Majoriteten hade inget behov av preventivmedelsrådgivning, dels för att man redan använder preventivmedel (14 procent), dels för att man inte ansåg sig ha något behov av att använda preventivmedel (54 procent).

Cirka två av fem använder preventivmedel. Andelen som använder preventivmedel är högre bland yngre kvinnor (23–29 år). P-piller var den vanligaste preventivmedelsmetod som användes bland kvinnorna oavsett ålder.

Totalt sett har drygt sex av tio testat sig för hiv och nästan alla gjorde sitt hivtest i Thailand.

Andelen som testat sig för hiv är lägre i den yngsta åldersgruppen (23–29 år). Andelen som testat sig för hiv är högre bland kvinnor som varit gravida.

Kvinnorna har relativt goda kunskaper om hur man kan undvika att få hiv och kunskaper om behandling av hiv, dock råder en osäkerhet om hur hiv kan överföras.

Överlag har en stor majoritet av kvinnorna en stöttande attityd och är toleranta mot personer som lever med hiv. Trots detta uppgav nästan en fjärdedel att de skulle undvika närkontakt med en arbets- eller skolkamrat som bär på hiv.

Huvudsakliga informationskällan om hiv är internet, därefter hälso- och sjukvården och TV/radio. Betydligt färre har uppgivit 1177 Vårdguiden, ideella organisationer, arbetskamrater, föräldrar, partner och vänner som informationskälla.

Sammantaget har kvinnorna stort behov av samhällsinformation såväl som hälsoinformation. Det största kunskapsbehovet handlar om vilka rättigheter de som thailändska kvinnor har i Sverige.

Del 2. Resultat från pilotprojektet

Pilotprojekt till thailändska kvinnor i Stockholms län

År 2015–2016 genomförde Lafa ett pilotprojekt inom mödrahälsovården för att öka tillgängligheten av SRHR- relaterad information och hivtestning till thailändska personer som migrerat till Sverige och som är bosatta i Stockholms län. I detta avsnitt beskrivs utfallet av pilotprojektet.

Lafas interna uppföljning av pilotprojektet

Totalt deltog fem barnmorskemottagningar i pilotprojektet från följande kommuner och stadsdelar: Nacka, Norrtälje, Sollentuna, Södermalm och Vasastan. Barnmorskemottagningarna i Norrtälje, Sollentuna och Vasastan startade upp insatsen i september 2015. Meningen var att även mottagningen på Södermalm skulle börja samtidigt men några av barnmorskorna på mottagningen kände sig till en början tveksamma till att delta. De upplevde att det kändes svårt att peka ut en speciell grupp kvinnor för att erbjuda STI-provtagning. Efter ytterligare information från Lafa startade de sedan insatsen i december 2015. Mottagningen i Nacka hade som mål att starta i februari 2016, men på grund av sjukfrånvaro och brist på barnmorskor sköt man fram starten till april. Inför uppstarten av projektet besökte en representant från Lafa var och en av mottagningarna och träffade alla barnmorskor. Information gavs om bakgrunden till projektet och syftet med insatsen. Även instruktioner om hur materialet skulle användas gavs. Allt material var upptryckt och delades ut och skriftliga instruktioner om hur materialet skulle användas bifogades.

Under årets gång har Lafa haft ett par uppföljningar och avstämningar med varje barnmorskemottagning över mejl. Den första stora avstämningen och uppföljningen gjordes i juni 2016 och efter det var tanken att projektet skulle löpa på som en del i verksamheten. Vid uppföljningen mejlades en enkät med fem frågor till samtliga barnmorskor som deltagit i projektet. Frågorna rörde antalet erbjudna återbesök och hivtest samt hur barnmorskorna själva har upplevt arbetet med att erbjuda återbesök till de nyanlända thailändska kvinnorna. Trots tre påminnelser har endast 8 av de 26 barnmorskorna svarat. Utifrån de svar som inkommit framkommer att de träffat mycket få nyanlända thailändska kvinnor. Alla mottagningar har uttryckt att det kommit få thailändska kvinnor rent generellt till mottagningarna. I Sollentuna har man reflekterat över att det just detta år kommit så få thailändska kvinnor. Upplevelsen är att det andra år brukar komma fler thailändska kvinnor. En annan upplevelse är att riktade insatser till en speciell grupp kvinnor kanske kan uppfattas som utpekande av målgruppen. Dessutom, inför uppstarten av projektet uttryckte flera barnmorskor att det visserligen är ett viktigt projekt men att det alltid är arbetsamt och tidskrävande med ytterligare ett moment att tänka på i en redan stressad verksamhet. Detta skulle kunna resultera i att inte

alla nyanlända thailändska kvinnor som kommit på cellprovtagning har erbjudits återbesök.

Vad säger enkätundersökningen om kvinnornas deltagande i pilotprojektet?

För att undersöka antalet kvinnor som nåddes av interventionen tillfrågades kvinnorna om de blivit erbjudna ett återbesök hos en barnmorska vid cellprovtagningsbesöket. Omkring 124 kvinnor uppgav att de under de senaste 12 månaderna (motsvarar projekttiden) deltagit i en gynekologisk cellprovtagning (Bilaga 2, tabell 1). Av dessa 124 svarade 25 kvinnor att de blivit erbjudna ett återbesök, varav 18 tackade ja och har vid enkätutskicket träffat en barnmorska (Bilaga 2, tabell 2). För att försöka ringa in de kvinnor som nåddes av projektet fick de även besvara i vilken kommun de besökte barnmorskan (slutna svarsalternativ med pilotkommuner samt övrig kommun som alternativ). Utav dessa 18 kvinnor var det endast två kvinnor som träffat en barnmorska från pilotkommunerna, vilket bekräftar att väldigt få nåddes av interventionen (Bilaga 2, tabell 3). Totalt 14 kvinnor hade kryssat för att de träffat en barnmorska i en annan kommun än pilotkommunerna. Med tanke på att endast två personer tycks ha deltagit i interventionen så är det inte möjligt att utifrån denna undersökning dra några slutsatser av interventionens betydelse för deltagarna. Dock, är det således intressant att andra kommuner än projektets pilotkommuner också erbjudit ett återbesök för dessa kvinnor. På frågan om varför man tackade ja till återbesöket var huvudsakliga skäl att man hade frågor om att bli gravid och önskan om att veta om man har någon sjukdom eller infektion, därnäst önskan om att få preventivmedelsrådgivning (Tabell 6). Ingen av kvinnorna tackade ja till återbesöket för att de trodde att de var tvungna.

Tabell 6 Varför tackade du ja till rådgivningen av barnmorskan*?

(n=17)	Antal
Jag trodde att alla var tvungna att tacka ja till rådgivningen	0
Jag ville ha preventivmedelsrådgivning och/eller preventivmedel	6
Jag hade frågor om att bli gravid	8
Jag ville veta om jag hade någon sjukdom eller infektion	8
Annat skäl, skriv i rutan	3

*Möjligt att kryssa i flera svarsalternativ.

Samtliga 18 deltagande kvinnor upplevde rådgivningen hos barnmorskan som bra eller mycket bra (Bilaga 2, tabell 4). På frågan om man blev erbjuden en tolk svarade 11 av 18 kvinnor att de blev erbjudna en tolk (Bilaga 2, tabell 5). Dock var det något färre (9 kvinnor) som rapporterade att tolken var med när de besökte barnmorskan. Samtliga kvinnor upplevde att det gick bra att prata med hjälp av tolk.

De flesta uppgav att de förstod varför de blev erbjudna en tid och att de förstod den information de fick av barnmorskan (Bilaga 2, tabell 6). Kvinnorna upplevde också att de kunde ställa vilka frågor de ville och att de fick svar på sina frågor.

Sammanfattning av huvudsakliga resultat del 2

Resultaten från både Lafas interna uppföljning och enkätundersökningen visar att få kvinnor nåddes av pilotprojektet. Enligt resultaten från enkätundersökningen rör det sig om två kvinnor som blivit erbjudna ett återbesök vid cellprovtagningsbesöket.

Resultaten från enkätundersökningen visar att barnmorskemottagningar i andra kommuner (utöver pilotkommunerna) också har erbjudit thailändska kvinnor ett återbesök för rådgivning vid cellprovtagningsbesöket.

Huvudsakliga skäl till varför kvinnorna tackade ja till ett återbesök var främst att de hade frågor om att bli gravida och ville veta om de hade någon sjukdom eller infektion.

Samtliga kvinnor som deltog i återbesöket upplevde rådgivningen hos barnmorskan som bra eller mycket bra.

Alla kvinnor som använde tolk vid besök hos barnmorska upplevde att det gick bra att prata med hjälp av tolk.

Diskussion

I detta avslutande avsnitt förs huvudsakligen diskussioner om hinder och möjligheter för ökad tillgänglighet av SRHR-vård och service till thailändska kvinnor. Vilka lärdomar kan dras av pilotprojektet och vad bör framtida preventionsinsatser fokusera på? Utgångspunkten för diskussionerna och de insatser som rekommenderas är allas rätt till en god hälsa och en vård på lika villkor, enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763).

Reflektioner över resultaten av pilotprojektet

Resultaten från både enkätundersökningen och Lafas interna uppföljning av pilotprojektet visar att få thailändska kvinnor blev erbjudna ett återbesök. Därmed blev utfallet av pilotprojektet sämre än vad man förväntat sig. Att så få blivit erbjudna ett återbesök kan förklaras av, enligt Lafas interna uppföljning, tidsbrist från barnmorskornas sida och därmed svårigheter att få in ett nytt arbetssätt. Vidare rapporteras att riktade insatser till en speciell grupp kvinnor kanske kan uppfattas som utpekande av målgruppen. En ytterligare förklaring kan vara att det inte var så många thailändska kvinnor som gjorde sitt cellprov på de barnmorskemottagningar som deltog i projektet. Det faktum att närmare hälften av de nyanlända kvinnorna deltagit i en cellprovtagning under projekttiden, visar på att de ändå besökt en barnmorskemottagning. Därmed en konklusion, att om flera mottagningar hade deltagit i pilotprojektet hade förmodligen flera thailändska kvinnor nåtts.

Dock är det intressant att resultaten från enkätundersökningen visar att barnmorskemottagningar från andra kommuner (än dem som ingick i pilotprojektet) också har erbjudit thailändska kvinnor ett återbesök. Således tolkar vi resultaten som att vissa barnmorskemottagningar faktiskt ser detta arbetssätt som en god idé att nå kvinnor med rådgivning kring preventivmedel och hiv/STI-testning. Att man redan arbetade på detta sätt var också något som bekräftades vid projektstarten när en representant från Lafa presenterade projektet för några enhetschefer för länets barnmorskemottagningar. Resultaten från enkätundersökningen visar också att alla kvinnor som deltog i återbesöket upplevde rådgivningen som bra eller mycket bra.

Precis som tidigare studie, visar resultaten från denna enkätstudie att majoriteten av nyanlända thailändska kvinnor deltar i en gynekologisk cellprovtagning som de blir kallade till. Därmed är mödrahälsovården fortfarande en arena med stor utvecklingspotential att nå thailändska kvinnor med service inom SRHR, såsom hiv/STI-testning och preventivmedelsrådgivning. Dock, med tanke på resultaten av pilotstudien bör vidare diskussioner föras om vad som krävs för att öka tillgängligheten av SRHR-relaterad service till thailändska kvinnor. En förutsättning för att alla

barnmorskemottagningar i Stockholms län ska kunna erbjuda ökad tillgänglighet är en översyn av vilka resurser som krävs för att möjliggöra detta. Dessutom kan det behövas ett övergripande beslut och en policy från landstingets sida för att möjliggöra för barnmorskemottagningar att arbeta mer systematiskt med ökad tillgänglighet. Det är också väsentligt att ta reda på vilka andra arenor som kan utveckla och organisera effektiva förebyggande insatser inom SRHR-området.

Bristande kommunikation – hinder för tillgänglighet i vården

Resultaten visar att en tredjedel av kvinnorna som varit i kontakt med vården har använt sig av tolk. Det saknas kunskap om hur tolkanvändningen ser ut bland andra migrantgrupper, vilket gör det svårt att bedöma om tolkanvändningen är låg eller hög bland thailändska kvinnor. Att det råder stor brist på tolkar i sjukvården har rapporterats de senaste åren. Tidigare intervjustudie med thailändska kvinnor visar att det inte är helt ovanligt att deras partner har en roll som tolk vid vårdbesök (6). När anhörig till patienten används som tolk kan problem med neutralitet uppstå (25). För thailändska kvinnor kan det innebära att de känner sig hämmade att ta upp frågor som rör sexualitet och samlevnad, eftersom det kan finnas kulturella skillnader i vad som är acceptabelt att prata öppet om med motsatt kön eller med sin partner. Vidare, eftersom thailändska kvinnors partner sällan har samma modersmål som kvinnorna själva, kan det innebära att partnern misstolkar kvinnornas vårdbehov och därmed får de inte sina behov tillgodosedda.

Kommunikationsproblem mellan patient och vårdpersonal kan leda till svårigheter för patienter att förklara sin sjukdomshistoria och förstå instruktioner från vårdpersonal. Och för vårdpersonal kan det innebära svårigheter att ställa rätt diagnos och även en underskattning av hälsoproblemens allvar. Därmed en uppenbar risk för försenade behandlingar och att patienter inte får den vård de behöver. Bristande kommunikation mellan patient och vårdpersonal är en fråga om patientsäkerhet, och kan få allvarliga konsekvenser som kan leda till dödfall. I en svensk studie har man kunnat koppla mödradödlighet och perinatal dödlighet bland utlandsfödda kvinnor på grund av bristande kommunikation som orsakade försenad diagnos och behandling (26, 27). Genomgång av journalerna visar att man inte hade använt sig av tolk, trots att kvinnan inte förstod svenska, och i några fall använt anhörig som tolk.

Enligt svensk lag har alla som är i behov av tolk rätt att få tolk vid myndighetskontakt (28). Dessutom visar resultaten från denna enkätstudie att den näst vanligaste orsaken till att inte söka vård trots behov var på grund av språksvårigheter. Således indikerar resultaten att språk är en barriär för dessa kvinnors kontakt med vården. Genom att eliminera språkbarriärer för dessa kvinnor kan vården bli mer tillgänglig för dem. Språkbarriär kan exempelvis

minskas genom att nyanlända thailändska kvinnor blir informerade om att de har rätt till tolk. En viktig framtida insats för att förbättra dessa kvinnors kunskap om svensk hälso- och sjukvård är att översätta 1177 Vårdguiden till thailändska. 1177 Vårdguiden finns idag översatt till minst 15 olika språk. Vidare framgår av resultaten att den huvudsakliga informationskällan för information om hiv var internet. Därmed finns anledning att tro att thailändska kvinnor skulle nås av 1177 Vårdguiden om den finns på thailändska.

Eliminera språkbarriärer och öka tillgängligheten av information

Ett viktigt fynd att uppmärksamma från resultaten är att thailändska kvinnors behov av information är stort. Informationsbehovet sträcker sig allt från vilka rättigheter thailändska kvinnor har i Sverige till frågor och funderingar om fertilitet och graviditet. De stora kunskapsbehoven hos gruppen speglar således en bristande tillgänglighet av information. Ett viktigt steg för att förbättra dessa kvinnors kunskap är att öka tillgängligheten till sådan information som kvinnorna efterfrågar. Ökad kunskap skulle dessutom stärka de thailändska kvinnornas egenmakt, i många situationer står de i en beroendeställning till sina svenska partner (7). En stor del av informationsbehovet skulle kunna tillgodoses i ämnet samhällsorientering, något som ges inom ramen för SFI-undervisningen (svenska för invandrare). Många thailändska kvinnor väljer att delta i en sådan undervisning under sin första tid i Sverige. Därmed behöver samhällsorientering för nyanlända ges på det thailändska språket i högre utsträckning än idag. Huruvida det erbjuds samhällsorientering på thailändska ser olika ut för respektive kommun. Det är kommunerna som ansvarar för att genomföra samhällsorienteringen och sprida information om undervisningen och motivera målgruppen att delta. I Stockholms län har Centrum för samhällsorientering ett gemensamt samordningskansli för flera kommuner i länet och har sedan år 2015 erbjudit kurser i samhällsorientering på thailändska. Stockholms läns landsting erbjuder också samhällsinformation som fokuserar på hälsoinformation och att hitta rätt i vården, men tyvärr finns inte detta på thailändska.

När det gäller thailändska kvinnors kunskaper och attityder till hiv så skiljer de sig inte märkvärdigt från den svenska befolkningen. De thailändska kvinnorna har generellt goda kunskaper om hiv och en stor majoritet har goda kunskaper om kondomens preventiva egenskaper som skydd mot hiv. Trots detta råder en viss osäkerhet om hur hiv överförs, vilket också speglar den svenska befolkningens kunskaper om hiv. Vidare saknar majoriteten av de thailändska kvinnorna kunskap om vart man ska vända sig för preventivmedelsrådgivning, hiv/STI-testning och behandling för hiv. Därmed är dessa kvinnors rätt till information och service inte tillgodosedd. Vid FN:s befolkningskonferens i Kairo fastställdes att ”rätten till bästa möjliga sexuella och reproduktiva hälsa är en mänsklig rättighet” och regeringar är skyldiga att säkerställa att alla kvinnor

och män får tillgång till information, upplysning och tjänster som krävs för att uppnå en god hälsa. Samhällsorientering bör därför också inkludera delmoment som leder till ökad kunskap om vart man vänder sig för att få preventivmedelsrådgivning, hiv/STI-test och behandling för hiv.

Utmaningar för vården – hur nå dem som aldrig har hivtestat sig?

Resultaten visar att andelen yngre och kvinnor som inte varit gravida har testat sig för hiv i lägre utsträckning jämfört med äldre och de kvinnor som varit gravida. En trolig förklaring till att äldre kvinnor och kvinnor som varit gravida testat sig i högre utsträckning, är att de via mödravården i Thailand blivit erbjudna att hivtesta sig under sin graviditet. Riktade insatser behövs för att nå gruppen yngre kvinnor med hivtestning eftersom de troligtvis inte varit i kontakt med mödrhälsovården på samma sätt som de gravida eller de som redan har barn. Dessutom visar resultaten att det också är den gruppen som har störst behov av att komma i kontakt med vården för att få preventivmedelsrådgivning.

I en tidigare enkätstudie som gjordes år 2012 och som besvarades av thailändska kvinnor i Skåne och Sjuhäradsbygden kunde konstateras att cirka en fjärdedel av de thailändska kvinnorna hade testat sig för hiv i Sverige. Motsvarande siffra för kvinnor i denna studie var något lägre, där omkring 15 procent uppger att de testat sig för hiv i Sverige. I denna studie har vi valt att fråga om kvinnorna också hivtestat sig i Thailand. Med denna fråga inräknat i resultaten kan vi dessutom se att de flesta kvinnor som hivtestat sig i Sverige också hade testat sig i Thailand. Det rör sig endast om två kvinnor som endast hade hivtestat sig i Sverige. Därmed kan vi konstatera att hivtestning i Sverige tenderar att nå dem som redan testat sig. Dessutom visar tidigare intervjustudie att thailändska kvinnor inte ser sig själva som riskutsatta för hiv då de lever med en fast partner och inte anser sig ha riskbeteende för att få hiv. Enligt den nationella strategin för hiv/STI ska en hivinfektion identifieras hos nyanlända inom sex månader efter ankomsten till Sverige. Detta mål är ännu inte uppfyllt. Det faktum att thailändska personer är en överrepresenterad grupp i hiv-epidemiologin gör att hälsoundersökning även bör erbjudas till denna grupp. På så vis nås kvinnor som aldrig testat sig, varken i Thailand eller i Sverige.

Öka tillgängligheten av preventivmedel - utmaningar för hälso- och sjukvården

Andelen thailändska kvinnor som deltar i preventivmedelsrådgivning är något lägre i denna studie jämfört med tidigare studie som genomfördes i Skåne och Sjuhäradsbygden bland thailändska kvinnor (6). Thailändska kvinnors deltagande i preventivmedelsrådgivning beror på en mängd olika faktorer. Resultaten från denna studie visar att majoriteten av kvinnorna inte ansåg sig ha behov av varken preventivmedelsrådgivning eller preventivmedel.

Dessutom visar resultaten att merparten av kvinnorna ville ha ökad kunskap om graviditet och fertilitet. Baserat på detta, är en trolig förklaring att dessa kvinnor planerar att bli gravida med sin partner i Sverige.

Att man inte deltar i preventivmedelsrådgivningen kan också bero på en osäkerhet av vart man ska vända sig och tidigare erfarenhet av att inte behöva rådgivning för att få preventivmedel (6, 7). Liksom i tidigare intervjustudie, bekräftar denna studie att majoriteten köpte sitt preventivmedel i Thailand. De intervjuade kvinnorna förklarade att det är lättare att köpa p-piller på ett apotek i Thailand, eftersom det är möjligt att göra det utan att träffa en läkare först och även utan recept. Att majoriteten trots allt fortsätter att köpa preventivmedel från Thailand indikerar en bristande tillgänglighet av preventivmedel från hälso- och sjukvården i Sverige. En konsekvens av att inte få preventivmedelsrådgivning i Sverige och fortsatt användning av preventivmedel från Thailand kan vara att man går miste om möjligheterna till en mer anpassad preventivmedelsmetod. För kvinnor över 35 år och som röker kan det t ex vara en hälsorisk att använda p-piller. Enligt Stockholms läns landstings riktlinjer för antikonception avråds kvinnor som är över 35 år och som röker från att använda p-piller (29). Nästan hälften av de thailändska kvinnorna som använde p-piller var över 35 år.

Vad som också framgår av resultaten är att det finns behov bland thailändska kvinnor att komma i kontakt med vården för att få preventivmedelsrådgivning, och behovet finns framför allt hos yngre kvinnor. Eftersom merparten av thailändska kvinnor kommer i kontakt med mödrahälsovården via cellprovtagningen, föreligger en stor utvecklingspotential hos mödrahälsovården för att upplysa dessa kvinnor om deras rättighet till preventivmedelsrådgivning.

Metoddiskussion

För vilka gäller resultaten, är det möjligt att generalisera resultaten till thailändska kvinnor i Sverige i allmänhet? Svaret är att det inte är möjligt. Dels fokuserar denna undersökning på specifikt nyanlända thailändska kvinnor med invandringsår 2014–2016, och dels är kvinnor yngre än 23 år och äldre än 60 år exkluderade. Ett annat skäl är att studiens målgrupp är thailändska kvinnor bosatta i Stockholms län, vilket innebär att det inte går att applicera resultaten på thailändska kvinnor bosatta på landsbygden eller mindre orter där tillgången till vårdcentraler och sjukhus kan vara mer begränsad. Dessutom är de thailändska kvinnorna i denna studie något högre utbildade än thailändska kvinnor generellt i Sverige (6, 17). I en registerstudie som omfattade alla thailändska kvinnor i Sverige konstaterades att thailändska kvinnor i storstäder tenderar att ha högre utbildning än kvinnor på landsbygden (17). Det är möjligt att spridningen av resultaten varit större om enkätstudien inkluderat thailändska kvinnor på landsbygden eller mindre orter. Spridningen hade

framför allt kunnat observeras för resultaten avseende kunskaper om och attityder till hiv.

Vidare kantades denna studie av andra metodologiska utmaningar, vilket avser främst uppföljning av pilotinterventionen. Eftersom väldigt få av kvinnorna uppgett att de blivit erbjudna ett återbesök för rådgivning från pilotkommunerna är det inte möjligt att dra några slutsatser. En rimlig förklaring kan vara att få barnmorskor erbjöd en ny tid. Intervjuer med deltagande barnmorskemottagningar skulle möjligtvis ge en förklaring till resultaten av pilotinterventionen.

Trots en del begränsningar med enkätundersökningen är bedömningen att det mesta av resultaten ändå kan ses som trovärdigt, eftersom resultaten baseras på en sammanvägning av data från tidigare enkätundersökning och intervjuer med nyanlända thailändska kvinnor. Resultaten kan i vilket fall generaliseras till liknande population i Stockholms län, det vill säga nyanlända thailändska kvinnor mellan 23 och 57 år.

Rekommendationer

I detta avsnitt ges några rekommendationer på hälsofrämjande insatser och vad olika instanser och aktörer behöver uppmärksamma för att öka tillgängligheten av SRHR-relaterad vård och service till thailändska kvinnor:

Insatser på samhällsnivå

För att uppnå en jämlik SRHR-vård och service, behövs strukturella insatser på samhällsnivå:

- Översätta 1177 Vårdguiden till thailändska, därmed kan alla thailändska kvinnor oavsett var de bor i Sverige få del av svensk hälso- och sjukvårdsinformation.
- Erbjudna hälsoundersökning även till thailändare och andra migrantgrupper som tidigare inte fått erbjudandet.
- Intensifiera samhällsorientering och där det finns även hälsokommunikation för nyanlända thailändare. Om det saknas utbildare som talar thailändska skulle insatsen kunna samordnas och erbjudas via webben för thailändare.
- Mödrahälsovården är fortfarande den arena inom vården som de flesta thailändska kvinnor kommer i kontakt med under sina första år i Sverige (via cellprovtagning). Därmed finns en stor utvecklingspotential när det gäller ökad tillgänglighet av SRHR-relaterad service, såsom hiv/STI-testning och preventivmedelsrådgivning för thailändska kvinnor.

Insatser från vårdgivare

Baserat på resultaten från enkätundersökningen ges följande rekommendationer till vårdgivare:

- Förbättra tillgängligheten till information om rättigheter och hur hälso- och sjukvården fungerar. Det näst vanligaste skälet till att de thailändska kvinnorna avstod från att söka vård var på grund av språksvårigheter.
- Informera om rätten till tolk. Endast en tredjedel av de kvinnor som varit i kontakt med vården hade använt sig av tolk.
- Att i högre utsträckning erbjuda hivtest till alla thailändare och andra migrantgrupper i alla delar av hälso- och sjukvården.

- Ökad information om vart man kan vända sig för hiv/STI-testning. En stor majoritet vill ha mer kunskap om detta. Yngre kvinnor och kvinnor som inte varit gravida har inte testat sig för hiv i samma utsträckning som äldre kvinnor och de som varit gravida.
- I samband med besök på barnmorskemottagning få kunskap om fertilitet och graviditet tillgodosedd. Majoriteten uppgav att de ville ha mer kunskap om fertilitet och graviditet.
- Att i högre utsträckning erbjuda preventivmedelsrådgivning till thailändska kvinnor. Yngre kvinnor hade ett större behov av preventivmedelsrådgivning och hade varit i kontakt med vården i större utsträckning än äldre kvinnor när det gäller att få preventivmedelsrådgivning.
- Fråga de thailändska kvinnorna vilken preventivmedelsmetod de använder och erbjuda rådgivning om behov finns. Majoriteten av kvinnorna som använder preventivmedel hade köpt sitt preventivmedel i Thailand.

För övriga arenor

Insatser från övriga arenor kan exempelvis vara SFI-anordnare eller frivilliga organisationer som anordnar informationsinsatser. Utifrån enkätundersökningens resultat behöver dessa arenor uppmärksamma följande:

- Det största kunskapsbehovet bland kvinnorna handlar om vilka rättigheter de har i Sverige.
- En stor majoritet vill ha kunskap om arbetsmarknaden och olika utbildningsmöjligheter i Sverige.
- Nästan två tredjedelar vill ha kunskap om att uppfostra barn i Sverige och något fler vill ha kunskap om hur man söker bostad i Sverige.
- Internet är den vanligaste informationskällan vad gäller information om hiv.

Slutsatser

Resultaten från enkätundersökningen visar att dessa kvinnors rätt till information och service inom SRHR inte är tillgodosedd. Sammantaget har majoriteten begränsade kunskaper om vårdsystemet i Sverige, och de har överlag stort informationsbehov. Få kände till vart man kan vända sig för preventivmedelsrådgivning och hivtestning, liksom för behandling av hiv. Att majoriteten av kvinnorna använder preventivmedel inköpta från Thailand visar på bristande tillgänglighet inom sjukvården. Trots stora kunskapsluckor om hälso- och sjukvårdssystemet, deltar majoriteten i cellprovtagning som de blir kallade till. Därmed är mödrahälsovården fortfarande en arena med stor utvecklingspotential att nå thailändska kvinnor med preventivmedelsrådgivning och STI/hiv-testning. Riktade preventionsinsatser behövs för att nå dem som inte hittat sig, varken i Thailand eller i Sverige. För att öka tillgängligheten av SRHR-relaterad vård och service behöver framtida insatser eliminera språkbarriärer. Genom ökad tillgänglighet till information kan thailändska kvinnor lättare hitta i vården och därmed få bättre förutsättningar för att nyttja vården på ett adekvat sätt.

Författarens tack

- Först och främst ett stort tack till alla kvinnor som besvarat enkäten och delat med sig av sina erfarenheter samt åsikter.
- Tack till alla nyckelpersoner som bidragit med sin språk- och kulturkompetens till enkäten.
- Ett särskilt tack till representanter från Lafa: Karolina Höög, Gunilla Neves Ekman, Lotta Hasselberg och Maja Österlund för gott samarbete och kloka synpunkter på rapporten.
- Tack till Ragnar Westerling, Maissa Al Adhami och Josefin Wångdahl vid institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala Universitet, för stöd och värdefulla synpunkter på rapporten.
- Slutligen, tack till Folkhälsomyndigheten och Stockholms läns landsting för finansiering av enkätundersökningen.

Referenser

1. Statistiska centralbyrån. [cited 2017 6th of April] [Available from: http://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningens-sammansattning/Befolkningsstatistik/#c_li_26051]
2. Folkhälsomyndigheten. Hiv- och STI-prevention riktad till migranter. En kartläggning av det förebyggande arbetet i Sverige. Stockholm: Folkhälsomyndigheten 2014.
3. Prop. 2005/06:60. Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar. Stockholm: Socialdepartementet.
4. 2008:344 S. Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. Stockholm: Justitiedepartementet.
5. Länsstyrelserna. Samhällsorientering för nyanlända. Länsstyrelsernas gemensamma redovisning 2016. Meddelande nr 2016:06. Länsstyrelsen i Jönköpings län 2016.
6. Åkerman E, Östergren PO, Essén B, Fernbrant C, Westerling R. Knowledge and utilization of sexual and reproductive healthcare services among Thai immigrant women in Sweden. BMC Int Health Hum Rights. 2016;16(1):25.
7. Åkerman E, Essén B, Westerling R, Larsson E. Healthcare-seeking behaviour in relation to sexual and reproductive health among Thai-born women in Sweden: a qualitative study. Cult Health Sex. 2017;19(2):194-207.
8. Utrikesdepartementet. Sveriges internationella politik för Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Stockholm: Regeringskansliet, Utrikesdepartementet. 2006.
9. SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag Stockholm: Socialdepartementet.
10. Syfte och bakgrund till frågorna i Nationella folkhälsoenkäten - Hälsa på lika villkor. Stockholm: Folkhälsomyndigheten 2014.
11. Hälsa Stockholm 2014. En undersökning om hälsa och levnadsförhållanden i Stockholms län. Stockholms läns landsting, 2014.
12. Hiv i Sverige. Kunskaper, attityder och beteende hos allmänheten 1987-2011. Stockholm: Folkhälsomyndigheten 2014.
13. Attityder till och kunskapen om hiv. Nollmätning hösten 2015. Stockholm: Folkhälsomyndigheten 2015.
14. The Demographic and Health Surveys (DHS) Program. <http://dhsprogram.com>
15. Wängdahl J, Lytsy P, Mårtensson L, Westerling R. Health literacy and refugees' experiences of the health examination for asylum seekers - a Swedish cross-sectional study. BMC public health. 2015;15:1162.
16. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. J Clin Epidemiol. 1993;46(12):1417-32.
17. Stockholms universitet. Globala landsbygder [Available from: http://www.humangeo.su.se/polopoly_fs/1.137435.1370359022!/menu/standard/file/Globala-landbygder-Nyhetsbrev%20nr%203.pdf].
18. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsan i Sverige 2016. Årlig rapportering. Folkhälsomyndigheten 2016.

19. Åhs AM, Westerling R. Health care utilization among persons who are unemployed or outside the labour force. *Health policy*. 2006;78(2-3):178-93.
20. Wamala S, Merlo, J., Bostrom, G., Hogstedt, C. Perceived discrimination, socioeconomic disadvantage and refraining from seeking medical treatment in Sweden. *Journal of epidemiology and community health*. 2007;61(5):409-15.
21. Westin M, Åhs A, Brand Persson K, Westerling R. A large proportion of Swedish citizens refrain from seeking medical care--lack of confidence in the medical services a plausible explanation? *Health policy*. 2004;68(3):333-44.
22. Liu CH, Ingleby D, Meeuwesen L. Barriers to health care for chinese in the Netherlands. *Int J Family Med*. 2011;2011:635853.
23. UngKAB09. Kunskaper, attityder och sexuella handlingar bland ungdomar. Skriftserien 2011:1. Göteborgs universitet.
24. Kallner HK, Thunell L, Brynhildsen J, Lindeberg M, Danielsson KG. Use of Contraception and Attitudes towards Contraceptive Use in Swedish Women - A Nationwide Survey. *PLOS ONE*. 2015.
25. Fatahi N, Hellstrom M, Skott C, Mattsson B. General practitioners' views on consultations with interpreters: a triad situation with complex issues. *Scand J Prim Health Care*. 2008;26(1):40-5.
26. Esscher A, Binder-Finnema, P., Bodker, B., Hogberg, U., Mulic-Lutvica, A., Essén, B. Suboptimal care and maternal mortality among foreign-born women in Sweden: maternal death audit with application of the 'migration three delays' model. *BMC pregnancy and childbirth*. 2014;14:141.
27. Essén B, Bodker, B., Sjöberg, N. O., Langhoff-Roos, J., Greisen, G., Gudmundsson, S., Ostergren, P. O. Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services? *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2002;109(6):677-82.
28. 1986:223 S. Förvaltningslag. Stockholm Justitiedepartementet.
29. Riktlinjer Antikonception MHV i SLL. Riktlinje reviderad juni 2016. Stockholms läns landsting, Mödrahälsovårdsenheten.

Bilaga 1. Resultat från enkätundersökning

Tabell 1. Thailandska kvinnors huvudsakliga sysselsättning*. (n=260)	Antal	%
Arbetar som anställd	107	41
Egen företagare	12	5
Föräldraledig	6	2
Studerar	98	38
Praktiserar	11	4
Arbetsmarknadsåtgärd	10	4
Arbetsökande	71	27
Sköter eget hushåll	63	24
Annan sysselsättning	11	4

*Möjligt att kryssa i flera svarsalternativ

Tabell 2. Självskattning av allmänna hälsotillståndet. (n=265)	Antal	%
Mycket gott	45	17
Gott	140	53
Någorlunda	79	30
Dåligt	1	
Mycket dåligt	0	

Tabell 3. Kontakt med vården, tolkanvändning och om man avstått från att söka vård.	Antal	%
Har du någonsin använt dig av tolk när du besökt vården i Sverige? (n=262)		
Nej, har aldrig besökt vården i Sverige	71	27
Nej	130	50
Ja	61	23
Har du ansett dig vara i behov av vård men ändå avstått från att söka vård under de tre senaste månaderna? (n=233)		
Nej	192	81
Ja	46	19

Tabell 4. Har du någonsin deltagit i en gynekologisk cellprovtagning? (n=259)	Antal	%
Nej	102	39
Ja	157	61

Tabell 5. Har du besökt någon av följande i Sverige?	Antal	%
Läkare eller annan vårdpersonal på sjukhus (n=169)		
Ja, en eller flera gånger	111	66
Nej	58	34
Läkare eller annan vårdpersonal på vårdcentral (n=161)		
Ja, en eller flera gånger	112	70
Nej	49	30
Barnmorska på barnmorskemottagning (n=151)		
Ja, en eller flera gånger	66	44
Nej	85	56
Barnmorska på sjukhus (n=141)		
Ja, en eller flera gånger	38	30
Nej	87	70
Annan (n=38)		
Ja, en eller flera gånger	15	40
Nej	23	60

Tabell 6. Har du någonsin kontaktat vården i Sverige för att få preventivmedelsrådgivning? (n=254)

Åldersgrupper	23-29 år		30-34 år		35-44 år		45-57	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Jag minns inte	0	0	2	3	2	2	1	2
Nej, jag har inget behov av preventivmedelsrådgivning eftersom jag redan använder preventivmedel	2	6	10	16	19	18	5	10
Nej, jag har inget behov av att använda preventivmedel	11	32	29	46	58	54	38	76
Nej, men jag skulle vilja komma i kontakt med vården för att få preventivmedelsrådgivning	6	18	8	13	10	9	3	6
Ja	15	44	14	22	18	17	3	6
Total	34	100	63	100	107	100	50	100

p < 0.002

Tabell 7. Skillnader i användning av preventivmedel mellan olika åldersgrupper. (n=242)

Åldersgrupper	Använder inte preventivmedel		Använder preventivmedel	
	Antal	Fördelning (%)	Antal	Fördelning (%)
23-29	10	31	22	69
30-34	27	43	35	57
35-44	60	58	43	42
45-57	36	80	9	20

p < 0.000

Tabell 8. Skillnader mellan olika åldersgrupper när det gäller var man huvudsakligen köpt sitt preventivmedel. (n=94)

Åldersgrupper	Thailand		Sverige		Annat land	
	Antal	Fördelning %	Antal	Fördelning %	Antal	Fördelning %
23-29	7	37	12	63	0	0
30-34	24	73	8	24	1	3
35-44	27	77	6	17	2	6
45-57	7	100	0	0	0	0

p < 0.007

Tabell 9. Skillnader i om man testat sig för hiv i Thailand mellan kvinnor som har barn respektive inga barn (biologiska barn). (n=258)

Har du några barn? Avser endast om man har biologiska barn.	Jag vet inte		Nej		Ja	
	Antal	Fördelning %	Antal	Fördelning %	Antal	Fördelning %
Nej	3	3	41	43	51	54
Ja	1	1	52	32	110	68

p < 0.04

Tabell 10. Skillnader i om man testat sig för hiv i Thailand, mellan dem som testat sig för hiv och dem som inte testat sig för hiv i Sverige. (n=251)

Har du någonsin testat dig för hiv i Sverige?	Har du någonsin testat dig för hiv i Thailand?					
	Jag vet inte		Nej		Ja	
	Antal	Fördelning %	Antal	Fördelning %	Antal	Fördelning %
Ja	0	0	2	5	37	95
Nej	3	1	89	43	115	56
Jag vet inte	1	20	2	40	2	40

p < 0.000

Tabell 11. Skillnader i kunskap mellan kvinnor i olika utbildningsnivåer på frågan om hiv kan överföras genom kyssar. (n=227)

Utbildningsnivå	Påstående: Hiv kan överföras genom kyssar					
	Vet inte		Nej, troligen eller absolut inte		Ja, säkert eller troligen	
	Antal	Fördelning %	Antal	Fördelning %	Antal	Fördelning %
0-6 år	11	29	20	53	7	18
7-9 år	9	20	19	41	18	39
10-12 år	8	17	23	49	16	34
Utbildning på universitet/högskola	8	8	55	57	33	34

p=0.049

Tabell 12. Skillnader i kunskap mellan kvinnor i olika utbildningsnivåer på frågan om hiv kan överföras via offentliga toaletter. (n=225)

Utbildningsnivå	Påstående: Hiv kan överföras via offentliga toaletter					
	Vet inte		Nej, troligen eller absolut inte		Ja, säkert eller troligen	
	Antal	Fördelning %	Antal	Fördelning %	Antal	Fördelning %
0-6	12	32	20	54	5	14
7-9	8	17	29	63	9	20
10-12 år	13	28	24	52	9	20
Utbildning på universitet/högskola	10	10	74	77	12	13

p < 0.021

Tabell 13. Skillnader i kunskap mellan kvinnor i olika utbildningsnivåer på frågan om hiv kan överföras via glas/flaska. (n=227)

Utbildningsnivåer	Man kan få hiv genom att dricka ur samma glas/flaska som någon som har hiv					
	Vet inte		Nej, troligen eller absolut inte		Ja, säkert eller troligen	
	Antal	Fördelning %	Antal	Fördelning %	Antal	Fördelning %
0-6 år	13	34	21	55	4	11
7-9 år	7	15	28	61	11	24
10-12 år	10	21	24	51	13	28
Utbildning på universitet/högskola	6	6	71	74	19	20

p < 0.002

Tabell 14. Skillnader i attityd mellan kvinnor i olika utbildningsnivåer vad gäller övervägande om att byta arbete/skola om de fick reda på att en arbetskamrat/skolkamrat har hiv. (n=226)

Utbildningsnivåer	Överväga byta arbete/skola					
	Vet inte		Nej, troligen eller absolut inte		Ja, säkert eller troligen	
	Antal	Fördelning %	Antal	Fördelning %	Antal	Fördelning %
0-6 år	5	13	33	87	0	0
7-9 år	3	7	40	89	2	4
10-12 år	6	13	33	70	8	17
Utbildning på universitet/högskola	7	7	87	91	2	2

p < 0.003

Tabell 15. Skillnader i attityd mellan kvinnor i olika utbildningsnivåer vad gäller att lära sig mer om hiv om de fick reda på att en arbetskamrat/skolkamrat har hiv. (n=229)

Utbildningsnivå	Lära sig mer om sjukdomen			
	Vet inte		Ja, säkert eller troligen	
	Antal	Fördelning %	Antal	Fördelning %
0-6 år	5	13	33	87
7-9 år	1	2	45	98
10-12 år	1	2	48	98
Utbildning på universitet/högskola	2	2	94	98

p < 0.016

Bilaga 2. Resultat från enkätundersökningen med fokus på pilotprojektet

Tabell 1. Har du under de senaste 12 månaderna fått en kallelse till en gynekologisk cellprovtagning? (n=255)	Antal	%
Nej, jag har inte fått någon kallelse	54	21
Ja, och jag ska genomgå en undersökning	10	4
Ja, men jag gick inte på den	67	26
Ja, och genomgick en undersökning	124	49

Tabell 2. Blev du vid det tillfället erbjuden en ny tid för rådgivning hos en barnmorska? (n=133)	Antal	%
Nej	108	81
Ja, jag tackade ja och har en tid inbokad	5	4
Ja, men jag tackade nej	2	1
Ja, jag tackade ja och har träffat barnmorskan	18	14

Tabell 3. I vilken kommun eller stadsdel träffade du barnmorskan? (n=16)	Antal
Norrtälje	1
Södermalm	1
Annan kommun eller stadsdel	14

Tabell 4. Hur upplevde du rådgivningen hos barnmorskan? (n=18)	Antal
Bra	8
Mycket bra	10

Tabell 5. Om tolkanvändning hos barnmorskan	Antal
Blev du erbjuden en tolk inför din träff med barnmorskan? (n=18)	
Ja	11
Nej	7
Var en tolk med när du träffade barnmorskan? (n=16)	
Ja	9
Nej	7
Hur fungerade det att prata med hjälp av tolk? (n=9)	
Bra	9
Dåligt	
Jag minns inte	

Tabell 6. Frågor om kommunikation med barnmorska

	Ja, helt	Ja, delvis	Nej, inte alls	Minns inte
Förstod du varför du blev erbjuden en tid för rådgivning hos barnmorskan? (n=15)	12	3		
Förstod du informationen som du fick av barnmorskan? (n=17)	16	1		
Kunde du ställa de frågor som du hade? (n=16)	14	2	1	
Fick du svar på de frågor du ställde till barnmorskan? (n=17)	15	2		

För att fördjupa kunskapen om thailändska kvinnors erfarenhet och behov av vård och information inom området sexuell och reproduktiv hälsa har forskaren Eva Åkerman, folkhälsovetare och doktorand vid Uppsala universitet, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, genomfört en enkätstudie som redovisas i denna rapport.

Studien är gjord på uppdrag av Kunskapscentrum för sexualitet och hälsa (KCSH) i Stockholms läns landsting med stöd av det statliga hivanslaget. Förhoppningen är att studien ska ge vägledning för att tillgodose thailändska kvinnors behov av vård inom området sexuell och reproduktiv hälsa och skapa förutsättningar för fortsatta preventiva insatser.