

Institutionen för Lärande, Informatik, Management och Etik (LIME)
Julia Carlsson
Läkarprogrammet KI
Examensarbete 30 hp
Höstterminen 2013

Självupplevd psykisk och reproduktiv hälsa samt självupplevt vårdbehov bland kvinnliga EU-migranter

*En kvalitativ studie på Crossroads och Bällsta boende i
Stockholm*

Författare: Julia Carlsson

Handledare: Solvig Ekblad



**Karolinska
Institutet**

Självupplevd psykisk och reproduktiv hälsa samt självupplevt vårdbehov bland kvinnliga EU-migranter - En kvalitativ studie på Crossroads och Bällsta boende i Stockholm

Bakgrund: Den ekonomiska krisen i Europa har lett till att EU-migranterna, det vill säga de personer som är medborgare eller har uppehållstillstånd i ett annat EU-land än det de för tillfället vistas i, på kort tid har blivit många. Verksamheten Crossroads och Bällsta boende riktar sig enbart till EU-migranter och deras specifika behov. EU-migranter utgör en riskgrupp för ohälsa och många saknar av olika anledningar det EU-sjukförsäkringskort som berättigar subventionerad sjukvård. Begränsad kunskap finns om kvinnliga EU-migranternas hälso- och vårdssituation. *Syfte:* Syftet var att kartlägga den självupplevda psykiska och reproduktiva hälsan och möjligheten till sjukvård för kvinnliga EU-migranter som besöker Crossroads eller Bällsta boende i Stockholm. *Material och Metoder:* Under hösten 2013 utfördes elva semistrukturerade intervjuer med kvinnor på Crossroads och Bällsta boende. Intervjuerna, som i de flesta fall genomfördes med tolk, spelades in, transkriberades och analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Fyra ytterligare intervjuer med informanter och nyckelpersoner genomfördes därefter för validering av resultaten. *Resultat:* Ur intervjuerna framkom det övergripande temat "Överlevnad till priset av ohälsa". Gynekologiska och reproduktiva problem var vanligt förekommande. De kvinnliga EU-migranterna upplevde att de inte kunde relatera till begreppet psykisk ohälsa men majoriteten kände stress över sin sociala och ekonomiska utsatthet. Ett vårdbehov fanns, men kunskaperna om det svenska sjukvårdssystemet var små och innehav av EU-sjukförsäkringskortet sällsynt. *Slutsats:* Hälsan bland de kvinnliga EU-migranterna åsidosätts då tillvaron kretsar kring överlevnad under minimala resurser.

Self perceived psychological and reproductive health and self perceived care needs amongst female EU-migrants – A qualitative study at Crossroads and Bällsta lodging in Stockholm

Introduction: The economic crisis in Europe has led to that the EU-migrants, people who have a citizenship or a residence permit in another EU-country than which they are currently staying in, have become many over a short period of time. Crossroads and Bällsta lodging seeks to address the EU-migrants and assist them in their specific needs. The EU-migrants constitute a risk group for poor health and of different reasons many of them lack the European health insurance card which grants health care at a subsidized price. Little is known about the health- and care situation amongst female EU-migrants. *Aims:* Our aim was to identify the self-perceived psychological and reproductive health and the access to health care amongst female EU-migrants at Crossroads and Bällsta lodging in Stockholm. *Material and Methods:* During the autumn 2013, eleven semi-structured interviews were conducted with women at Crossroads and Bällsta lodging. The interviews, most often conducted with an interpreter, were recorded, transcribed and analyzed with qualitative content analysis. Thereafter, four more interviews were conducted with informants and key persons in order to validate the results. *Results:* The interviews resulted in the overall theme "Survival at the price of poor health". Gynecological problems were common. The informants felt that they could not relate to the concept mental illness but the majority felt stressed about their social and economical vulnerability. A need of health care was identified, nevertheless, the knowledge about the Swedish health care system was scarce and the possession of the European health insurance card rare. *Conclusions:* Health amongst the female EU-migrants is omitted when survival under minimal resources is the sole focus.

Keywords: "transients and migrants", "reproductive health", "mental health"

Förkortningar

EES- Europeiska ekonomiska samarbetsrådet

EU – Europeiska unionen

EU-kortet – Europeiska sjukförsäkringskortet

SFI – Svenska för invandrare

WHO - Världshälsoorganisationen

Bakgrund

EU-migranter

Fri rörlighet inom EU

Inom den Europeiska unionen (EU) råder fri rörlighet (1). Detta innebär att EU-medborgare som innehar ett giltigt identitetskort eller ett giltigt pass har rätt att vistas, bo och arbeta i en annan medlemsstat i upp till tre månader (1). För en längre vistelse här i Sverige krävs det en ansökan om uppehållsrätt hos Migrationsverket samt en sjukförsäkring och ett arbete eller tillräckliga tillgångar för att inte vara till belastning för det sociala trygghetssystemet (1). Upphållsrätt kan också erhållas som studerande eller som arbetssökande med en verklig möjlighet att få anställning (1). Möjligheterna att få ett arbete bedöms bland annat efter utbildning, arbetslivserfarenhet och språkkunskaper (2). Efter fem på varandra följande år av laglig vistelse i det mottagande medlemslandet kan en status som varaktigt bosatt samt ett permanent uppehållstillstånd erhållas (1, 3).

Den fria rörligheten inom EU/Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) har gett upphov till begreppet EU-migranter. EU-migranter är ett samlingsbegrepp för personer som vistas i ett annat EU/EES-land än i vilket de har sitt medborgarskap eller uppehållstillstånd (2). Detta kan alltså vara både EU-medborgare och tredjelandsmedborgare (2). EU-medborgare är personer som är medborgare i en EU-medlemsstat och tredjelandsmedborgare är alla som inte är EU-medborgare (1, 2). Tredjelandsmedborgare som har uppehållstillstånd i ett land som ingår i Schengensamarbetet eller som har blivit beviljade ett Schengenvisum har rätt att röra sig fritt i upp till tre månader inom Schengenområdet (4, 5). För att tredjelandsmedborgare ska omfattas av reglerna för fri rörlighet fullt ut samt ha rätt att bosätta sig och vistas en längre tid än tre månader i ett annat EU-land än i vilket de har sitt uppehållstillstånd, krävs utöver uppehållstillståndet en status som varaktigt bosatt i det landet (3).

EU-migranterna i Sverige

En ökad rörlighet är resultatet av den ekonomiska krisen och arbetslösheten i Europa (2). En av Röda Korset genomförd kartläggning visar att antalet människor som är beroende av Röda Korsets matutdelningar inom EU har ökat med 75 % mellan 2009 och 2012 (6). Medelklassen blir fattigare, och de fattiga blir ännu mer fattiga (6). För första gången i modern tid tvingas många barn att leva under sämre förhållanden än sina föräldrar (6). Sammantaget har detta

medfört att människor flyttar på sig för att hitta arbete och försörjning (2). Av de EU-migranter som kommer till Sverige har 70 % yrkesutbildning och 15 % är akademiker (7). I Sverige möts EU-migranterna av en rad utestängande strukturer på arbetsmarknaden (2, 7). Då EU-migranterna inte har något svenskt personnummer och väldigt få har ett samordningsnummer sker handläggningen på arbetsförmedlingen manuellt (2, 7). Samordningsnumret ska fungera som ett personnummer i de fall där en skatteregistrering ska göras, men då personen inte ska folkbokföras (2). På grund av bristande kunskaper som har skapat en oklarhet mellan Skatteverket och övriga myndigheter lever idag många EU-migranter utan samordningsnummer (2). Den manuella handläggningen på arbetsförmedlingen medför att EU-migranterna inte blir sökbara för arbetsgivare i arbetsförmedlingens databaser (2, 7). Utöver detta har EU-migranterna svårt att utnyttja arbetsförmedlingens tjänst Platsbanken eftersom det då krävs kunskaper i svenska (2). Många arbetsgivare har också svenska kunskaper som ett anställningskrav (2). Trots detta har EU-migranter inte laglig rätt att läsa svenska för invandrare (SFI) (2, 7). För att folkbokföras och erhålla ett svenskt personnummer krävs att personen i fråga kan vistas i Sverige med uppehållsrätt under minst ett år (8). Detta blir motsägelsefullt då det för en så lång vistelse krävs ett arbete, men många arbetsgivare kräver i sin tur ett personnummer eller ett samordningsnummer för anställning (1, 2, 7). Utan arbete blir det svårt för EU-migranterna att hitta en bostad och många hamnar i hemlöshet (2, 7). Tak-över-huvud garantin som gäller för svenska hemlösa omfattar inte dessa personer (2, 7).

De EU-migranter som kommer till Sverige har beskrivits som en heterogen grupp människor (2, 7). Ungefär 80 % är män och 20 % är kvinnor, medelåldern ligger runt 38 år (2, 7). Vissa kommer ensamma till Sverige medan andra kommer i sällskap av make/maka och barn (7). Rumänien, Polen, Spanien, Slovakien och Bulgarien är i skrivande stund de vanligaste ursprungsländerna (2). Sedan ett par år tillbaka har tredjelandsmedborgare också börjat utgöra en stor del av EU-migranterna (7). Bland det totala antalet svenska hemlösa personer i Stockholm uppges 46 % ha en beroende- och missbruksproblematik och 45 % lida av psykisk ohälsa (9). Bland hemlösa personer som är födda utomlands är dock andelen som lider av dessa problem betydligt lägre (9). De flesta EU-migranterna har inte varit hemlösa i hemlandet och de uttrycker en vilja att arbeta, därför söker de sig till Sverige (2, 7). Verksamheten Crossroads öppnades den 1 mars 2011 för att möta de ökande och specifika behoven hos EU-migranter (7).

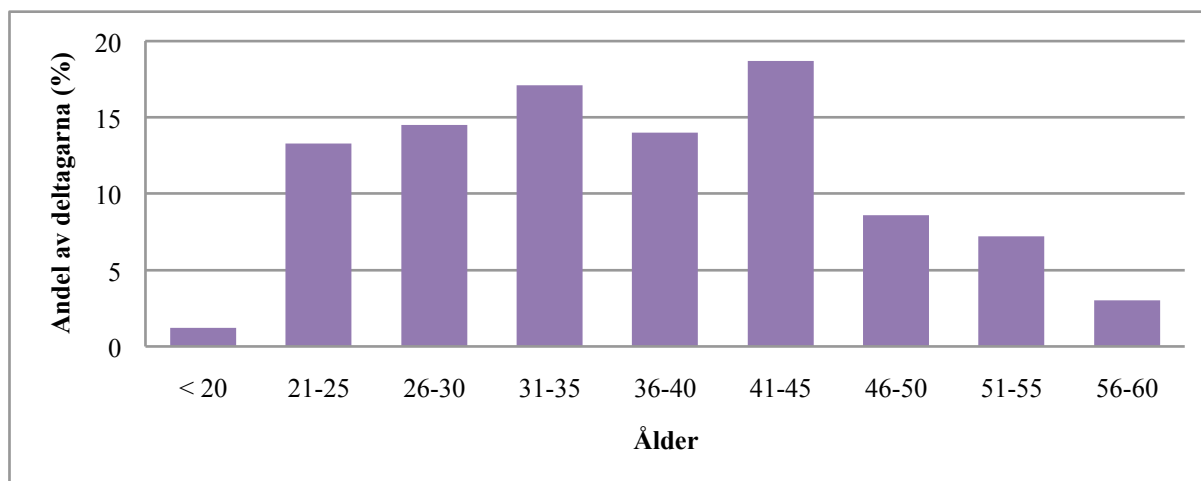
Crossroads – ett råd- och stödcenter

Crossroads som ligger på Kungsholmen i Stockholm är en öppen dagverksamhet som fungerar som ett råd- och stödcenter för EU-migranter i arbetslöshet och/eller hemlöshet (2). Dess syfte är att motverka fattigdom och social utestängning (10). På Crossroads får deltagarna möjlighet till dusch, tvätt, mat, värme och vila. Verksamheten erbjuder också en ombudsverksamhet, olika kurser, information kring EU-migranternas rättigheter och skyldigheter samt förmedling av kontakt till andra organisationer och myndigheter (2, 10). Verksamheten drivs och finansieras av Stockholms Stadsmission i samarbete med Arbetsförmedlingen, Europeiska Socialfonden, Frälsningsarmén och Stockholms Stad. Även Citykyrkan, Läkare i Världen, Ny Gemenskap, Röda Korset och S:ta Clara kyrka samarbetar med projektet (2).

Crossroads verksamhet

På Crossroads arbetar för närvarande en enhetschef, fem EU-vägledare och över 100 volontärer som sammanlagt talar en mängd olika språk (10). Volontärerna hjälper till med att översätta och tolka, komponera curriculum vitae (CV), söka jobb och mer därtill (10). EU-vägledarna har möjlighet att boka in möten för individuella handlingsplanssamtal som utgår från deltagarens specifika önskemål, de kan exempelvis förmedla kontakter med arbetsgivare, bostadsvårdare, vårdgivare och organisationer (10). Crossroads får också regelbundet besök av läkare, sjuksköterska, foterapeut, jurist, psykolog och frisör (10). Då Crossroads inte kan erbjuda sovplatser i sina lokaler har de ett samarbete med Bällsta boende som också står under Stockholms Stadsmissions regi (2). Bällsta boende hyr ut enkel- och dubbelrum till hemlösa EU-migranter som kan betala hyra (2). Boendet ger EU-migranterna en adress och fungerar även som referens för framtida boenden (2). Besökarna på Crossroads kallas deltagare och varje dag registreras samtliga deltagare med födelsedatum, kön, ursprungsland och uppehållstillståndsland. Alla är över 18 år (10) och figur 1 med uppgifter från Crossroads interna material visar att de flesta befinner sig i arbetsför ålder mellan 21-55 år. Mellan 55 till 160 personer besökte Crossroads varje dag under januari till augusti 2013. Sedan öppnandet 2011 har antalet besök successivt ökat, från 9 592 besök under 2011 till 19 650 besök endast under januari till augusti 2013. Totalt utgörs de 19 650 besöken under första halvan av 2013 av 843 unika gästbesök, det vill säga nybesök (Crossroads, Stockholm, 2013, internt material). Verksamhetens interna statistik visar att de vanligaste ursprungsländerna bland dessa besökare var Rumänien (24 %), Marocko (11 %) samt Nigeria (10 %). Sammanlagt

under det första halvåret av 2013 har 40 % av deltagarna varit EU-medborgare och 60 % tredjelandsmedborgare, motsvarande siffror för 2012 visade att 53 % var EU-medborgare och 47 % tredjelandsmedborgare. Utöver detta visar Crossroads statistik att cirka 90 % av deltagarna är män och 10 % är kvinnor.



Figur 1. Fördelning mellan åldersgrupper bland deltagare på Crossroads under mars 2011 till december 2012 (Crossroads, Stockholm, internt material).

Sjukvård för EU-migranter

EU-sjukförsäkringskortet

EU:s regelverk gäller inom EES-området, alltså EU:s 28 medlemsländer samt Island, Norge och Liechtenstein (11). Syftet med regelverket är bland annat att samordna medlemsländernas socialförsäkringssystem så att EU-medborgare ska kunna resa mellan medlemsstater utan att förlora sina vårdförmåner (11). För att som EU-migrant vara berättigad till vård i Sverige till subventionerade patientavgifter krävs det att personen i fråga omfattas av det statliga försäkringssystemet i någon av den Europeiska unionens medlemsstater eller har en egen sjukförsäkring (11-17). Personen måste också kunna uppvisa EU-sjukförsäkringskortet (EU-kortet) eller ett provisoriskt intyg som ett bevis på densamma (14, 15). I Sverige har alla som är folkbokförda rätt att ansöka om EU-kortet (14, 15, 18). Detta görs hos Försäkringskassan (19). På motsvarande sätt kan kortet beställas hem från ansvarig myndighet i övriga EU-länder (12, 14). EU-kortet ger rätt till nödvändig sjukvård vid tillfällig vistelse i ett annat EU-land på samma villkor som landets medborgare, men på bekostnad av det egna landets sjukförsäkring (11, 12, 15, 19). Vad som är nödvändig vård beslutas ytterst av den behandlande läkaren (11, 15). Bedömningen ska baseras på patientens hälsotillstånd och planerad vistelsetid i landet, ingen ska behöva avbryta sin vistelse för att åka hem och söka

vård (11, 15, 20). Vad som anses vara nödvändig vård kan alltså variera beroende på vistelsetiden, men kan innefatta bland annat akutvård, vård på grund av kronisk sjukdom, medicinska kontroller, mödrahälsovård, förlossningsvård, tandvård och läkemedel (11, 15, 20). Om avsikten med resan specifikt är att uppsöka vård anses vården inte vara nödvändig utan istället planerad och ytterligare tillstånd för att finansiera denna typ av vård krävs då från landets socialförsäkringsinstitution (11, 15, 21). Vem som omfattas av socialförsäkringslagarna och alltså har rätt till subventionerad sjukvård avgörs av det egna medlemslandets lagstiftning (15). Många EU-migranter saknar av den anledningen och av andra anledningar EU-kortet (2, 7). Dessa personer har fortfarande rätt till nödvändig vård här i Sverige, men blir fullt ersättningsskyldiga (2, 11). Då läkarbesök och akutbesök utan subventionering är kostsamt väljer vissa EU-migranter att avstå från sjukvård då de inte har de ekonomiska möjligheterna att betala för den (2).

Den 1 juli 2013 trädde en ny lag i kraft som ger tillståndslösa rätt till vård som inte kan anstå, mödrahälsovård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning (22). Med tillståndslösa menas utlännningar som vistas i Sverige utan stöd av myndighetsbeslut eller författning (22). Vilken vård som inte kan anstå avgör den behandlande läkaren (23). Socialstyrelsen har dock fått i uppdrag att redovisa hur begreppet kan tolkas, resultatet presenteras i slutet av februari 2014 (23). EU-migranter omfattas inte av denna lag då de vistas med uppehållsrätt i Sverige (1, 22). EU-migranter är således beroende av EU-kortet eller en anställning och en sjukförsäkring genom sitt arbete för att få subventionerad vård i Sverige (11, 12, 14, 15, 20).

Alternativa vårdmöjligheter för EU-migranter

Pelarbackens sjukvårdsmottagning för svenska hemlösa som drivs av Ersta sjukhus har under en tid och på eget initiativ även bedrivit en verksamhet för hemlösa EU-migranter (2). Denna verksamhet består av läkar- eller sjuksköterskebesök varje onsdag under två timmar i Crossroads lokaler. Då detta sker på eget initiativ från Pelarbacken är vården som kan ges begränsad. Läkaren kan erbjuda goda råd, recept och enklare läkemedel som antibiotika och värktabletter. Från januari till augusti 2013 har läkare och sjuksköterska haft 85 besök på sin mottagning (Crossroads, 2013, internt material). Läkare i Världen har länge drivit en klinik med medicinsk vård för tillståndslösa (24). Sedan den nya lagen trädde i kraft i juli 2013 upphörde kliniken med sin medicinska verksamhet. De har nu en rådgivande funktion och fungerar som stöd för de tillståndslösa som behöver komma i kontakt med andra vårdinstanser (24). Från och med den 14 januari 2014 började kliniken ta emot EU-migranter (25).

Hälsan hos EU-migranter

Lite kunskap finns om migranternas hälsa jämfört med befolkningen i det land de bor i (26). Den kunskap som finns visar att migranter ofta har, åtminstone initialt, en relativt god hälsa, den så kallade "healthy migrant effect". Mycket tyder dock på att migranterna är mer mottagbara för vissa tillstånd, som till exempel smittbara sjukdomar, arbetsskador och psykisk ohälsa. Dessa tillstånd kan ha sin grund i riskfaktorer som en lägre boendestandard, tillfälliga högriskarbeten och migrationsstress (26).

Arbetslöshet, hemlöshet och reproduktiv ohälsa

I sitt nya land hamnar många EU-migranter i arbetslöshet (2, 7). Bland migranterna inom Europa är tredjelandsmedborgare den grupp med högst andel arbetslöshet och den grupp där störst andel förlorat sina yrken på grund av den ekonomiska krisen (26). Detta speglas även i att antalet tredjelandsmedborgare som besöker Crossroads har ökat kraftigt det senaste året (Stockholm, Crossroads, internt material). Det är känt att arbetslöshet eller icke tillräckligt arbete har en negativ effekt på fysisk och psykisk hälsa (27, 28). Arbetslöshet har också visat sig leda till en ökad konsumtion av alkohol och tobak samt försämrade mat- och motionsvanor vilket in sin tur kan leda till ytterligare hälsoproblem (28). Arbetslösheten leder i sin tur till hemlöshet (2, 7). Som en konsekvens av social och ekonomisk utsatthet har personer i hemlöshet en större ohälsa och ett högre vårdbehov än befolkningen i övrigt (29, 30). Hemlösa personer är en sårbar grupp med en överrepresentation av både fysiska och mentala sjukdomstillstånd. De åkommor som tillhör de vanligare är infektioner, hudmanifestationer och kardiovaskulära sjukdomar samt luftvägssjukdomar som astma och kronisk bronkit (29, 30). Oro och depression är vanliga psykiska problem (30). Studier visar att kvinnliga migranter, jämfört med lokalbefolkningen, genomgår färre mammografier och färre screeningundersökningar för cervixcancer (26). Kvinnliga migranter i Europa har dessutom en högre risk för hälsoproblem vid graviditet och förlossning jämfört med befolkningen i det land de bor i (26, 31). Spädbarns- och perinataldödligheten samt andelen förtidigt födda barn är högre hos kvinnliga migranter jämfört med svenska kvinnor (26, 31). Orsaken tros vara låg användning av och sämre kvalitet på mödrahälsovården för kvinnliga migranter (26). Socioekonomiska skillnader, kommunikationsbrister inom vården och sociokulturella olikheter i graviditetsstrategier tros också påverka (31).

En översiktsartikel skriven för Världshälsoorganisationen (WHO) fastställer att skillnaden i hälsa mellan människor både inter- och intranationellt inom Europa har ökat sedan den ekonomiska krisen 2008 (27). Flera rapporter fastställer att migrationen inom EU ökar och att migranterna i sina nya länder ofta hamnar i arbetslöshet och hemlöshet (2, 7, 26), något som lämnar dessa personer i en utsatt position för ohälsa samtidigt som tillgången till vård ofta är begränsad (2, 28, 30). Stora kunskapsluckor finns emellertid kring migranternas hälsosituation i sina nya länder (26). Tack vare ett tidigare examensarbete i samma forskargrupp höstterminen 2012 av Sofi Tornhamre, Karolinska Institutet, belystes det dessutom specifikt att lite kunskap finns om hälsan hos de kvinnor som kommer som EU-migranter till Sverige (32).

Syfte och frågeställningar

Syftet med studien var att undersöka den självupplevda psykiska och reproduktiva hälsan samt den upplevda möjligheten till sjukvård för kvinnliga EU-migranter som besöker Crossroads och Bällsta boende i Stockholm.

Frågeställningarna var: Hur upplever kvinnliga EU-migranter sin psykiska och reproduktiva hälsa? Vad upplever kvinnliga EU-migranter att de har för möjligheter till sjukvård under sin vistelse i Sverige? Hur upplever kvinnliga EU-migranter sin hälso- och vårdsituation?

Material och metoder

Denna studie var en kvalitativ explorativ studie med semistrukturerade intervjuer. Kvalitativa metoder innebär en systematisk insamling av material via intervjuer och/eller observationer samt organisering och tolkning av detta material (33). Kvalitativ forskning tillåter utforskning av sociala fenomen så som individerna själva upplever dem och är lämpad för att studera erfarenheter, kommunikation, attityder, förväntningar och tankar (33). Då kvinnliga EU-migranternas upplevda hälsa, vårdbehov och vårdsituation var något som vi vill förstå snarare än att förklara passade sig en kvalitativ metod väl (33).

Informanter och intervjuer

Inklusionskriterier och rekrytering

Inklusionskriterier för att delta i studien var kvinnligt kön, medborgarskap eller uppehållstillstånd i ett annat EU/EES land än Sverige samt arbetsför ålder (18-65 år).

Kvinnorna skulle ha besökt antingen Crossroads eller Bällsta boende någon gång mellan 23 september till 25 oktober 2013. Författaren tillbringade två observationsveckor på Crossroads innan rekryteringen av informanter påbörjades. Detta gjordes för att skapa en förståelse för verksamheten samt för att deltagarna på Crossroads skulle känna igen författaren. Rekrytering till studien skedde därefter under fyra veckors tid. Författaren var under dessa veckor dagligen på Crossroads och tillfrågade de kvinnor som för dagen befann sig i verksamheten om de var intresserade av att delta i studien. Deltagare som var av olika ålder och olika nationalitet inkluderades i studien med avsikten att belysa forskningsfrågorna utifrån olika perspektiv och erfarenheter. Detta var genomförbart då författaren, genom registreringen i Crossroads entré och genom att fråga informanterna, kunde ta reda på var kvinnorna kom ifrån och ungefär hur gamla de var. Om det var nödvändigt att ha en tolk närvarande vid intervjun bestämde författaren och informanten tid för möte inom ett par dagar, annars genomfördes intervjun samma dag. Under en dag gjordes också ett besök vid Bällsta boende. Med hjälp av verksamhetschefen hade informanterna då på förhand informerats om författarens besök och tillfrågats om de var intresserade av deltagande i studien.

Intervjustruktur

Målet var att samtliga intervjuer skulle vara individuella. Individuella intervjuer valdes dels för att värna om informantens integritet och dels för att undvika att informanten påverkades av en tredje part. Intervjuerna hade en semistrukturerad form vilket innebar att samtalet följde en intervjuguide som gav utrymme för öppna svar. Denna struktur var att föredra då ämnet var relativt outforskat (34). Intervjuguiden (bilaga 1) skapades från en mall som tidigare har använts i samtal med utsatta grupper (32). Målet under intervjun var att få svar på frågorna, men samtidigt att låta informanten tala så fritt som möjligt. Alla frågor behövde inte ställas och kunde varieras med tanke på informantens berättelse och situation. Guiden kompletterades med både öppna och slutna följdfrågor. Intervjuerna transkriberades och analyserades efterhand som de utfördes, detta för att ha möjlighet att omformulera eller lägga till frågor om nyupptäckta teman för att bättre passa målgruppen (34). Innan materialinsamlingen påbörjades genomfördes en pilotintervju, där handledaren närvarade, med en kvinnlig EU-migrant på Crossroads. Detta genomfördes för att utvärdera intervjuteknik hos författaren och för att eventuellt revidera intervjuguiden. Informationen som framkom under pilotintervjun inkluderades inte i studiens resultat. Ingen revidering av intervjuguiden skedde efter pilotintervjun, men däremot reviderades intervjuguiden efter den sjunde intervjun. Fråga nio som kretsar kring psykisk ohälsa utvidgades till att också innehålla

exempel på psykisk ohälsa, de exempel som gavs var stress, nedstämdhet, depression och ångest. Revideringen skedde för att författaren upplevde det som att informanterna hade svårt att relatera till begreppet psykisk ohälsa.

Genomförande av intervjuer

Innan varje intervju fick deltagarna skriftlig (bilaga 2) och muntlig information om studien. Ett skriftligt eller muntligt samtycke krävdes sedan för att samtalet skulle fortsätta (bilaga 3). Informanten fick tid att ställa frågor både innan och efter intervjun. Informationsblad och samtyckesblankett hade översatts till rumänska, polska, spanska och engelska av translator från en oberoende tolkbyrå, Språkservice Sverige AB (som statliga myndigheter, till exempel Karolinska Institutet har upphandlat) och därefter tillbakaöversatts muntligen av tolkar från samma firma till svenska i samarbete med författaren. Informanterna fick välja vilket språk de ville att intervjun skulle utföras på. Om informanten önskade tolkning anlätades tolk från Språkservice Sverige AB. Målet var att i första hand anlita kvinnliga tolkar för kontakttolkning i tron om att detta kunde upplevas som mer bekvämt för informanterna då ämnen som gynekologisk ohälsa diskuterades. I andra hand anlätades kvinnliga tolkar för telefontolkning och i tredje hand anlätades manliga tolkar. Samtliga intervjuer utfördes av författaren i ett ostört rum på antingen Crossroads eller Bällsta boende.

Transkribering

Intervjuerna spelades in med hjälp av diktafon (Panasonic RR-XS600). Om informanten inte ville att samtalet skulle spelas in tog författaren istället minnesanteckningar under intervjun. Efter varje enskild intervju transkriberade författaren materialet. Vid de intervjuer som gjordes med tolk transkriberades det tolken översatte. De intervjuer som gjordes på engelska transkriberades i sin helhet. Vid de intervjuer där minnesanteckningar togs skedde en transkribering utifrån dessa. Transkriberingarna från minnesanteckningarna blev därför inte ordagranna.

Analys och tillförlitlighet

För analys av de transkriberade intervjuerna användes kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim & Lundmans modell som är särskilt anpassad för studier inom området omvårdnad (35). För att få ett helhetsintryck lästes det transkriberade materialet i flera omgångar. I nästa steg delades texten upp i *meningsbärande enheter*, det vill säga ord,

meningar eller stycken som hörde samman genom att de hade liknande innehåll och sammanhang. Dessa enheter förkortades, *kondenserades*, till att bara innehålla huvudbudskapet. Därefter fick varje kondenserad enhet en kortfattad *kod*, vilken fungerade som en rubrik för varje meningsbärande enhet. Av dessa koder skapades sedan *underkategorier* vilka fördes samman till *kategorier*. Kategorierna var sinsemellan så olika, det vill säga uteslutande, att inga data kunde passa i två olika kategorier. Utifrån dessa kategorier och underkategorier kunde sedan ett *övergripande tema* för materialet tas fram. Temat förenade de olika kategorierna och kan ses som den röda tråden genom de transkriberade intervjuerna (35). I tabell 1 återfinns exempel på kvalitativ innehållsanalys av material från intervjuerna med de kvinnliga EU-migranterna på Crossroads.

Tabell 1. Exempel på kvalitativ innehållsanalys av material från intervjuer med kvinnliga EU-migranter på Crossroads under perioden 23 september och 25 oktober 2013.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Underkategori	Kategori	Tema
Sen brukar jag också ha problem med anemier. Jag blir väldigt trött när jag går. Det känns som att lungorna inte räcker till för att ge mig tillräckligt med luft.	Problem med anemier. En känsla av trötthet och att inte få luft.	Anemi	Kommunikation av ohälsa	Olika stora vårdbehov	Överlevnad till priset av ohälsa
För två månader sedan, i somras, hade jag problem som vi alla kvinnor har. Eftersom jag inte kunde gå till läkaren gick jag till apoteket och köpte Canesten. Jag gjorde behandlingen och det hjälpte mig lite.	Gynekologiska problem som har självmedicinerats utan tillfredställande resultat.	Gynekologiska problem	Gynekologisk ohälsa		
Jag tänker på mina barn och min bostad och det ger mig högt blodtryck.	Stress över barn och bostad påverkar hälsan.	Stress	Psykisk ohälsa somatiseras		

Tillförlitlighet (trustworthiness) i kvalitativa studier påverkas bland annat av dess trovärdighet (credibility) (35). Trovärdigheten påverkas av hur väl målgrupp, datainsamling och analysmetod passar studiens syfte (35). Till fördel är exempelvis om informanter med så olika bakgrund och erfarenheter som möjligt kan inkluderas. Viktigt är också att välja lämpliga meningsbärande enheter under analysen. Är enheterna för långa finns risken att de innehåller flera betydelser och är de för korta riskeras att materialet fragmenteras. Trovärdigheten påverkas även av hur väl kategorier och underkategorier täcker relevant data (35). För att öka trovärdigheten i denna studie var målet vid rekryteringen av kvinnliga informanter att skapa en så stor spridning som möjligt vad gällde ålder och nationalitet. När det kom till trovärdigheten i analysprocessen läste handledaren igenom samtliga transkriberingar och gav kommentarer. Innehållsanalysen utfördes därefter av författaren under kontinuerlig återkoppling till handledaren. Utöver detta samlades alla pågående studenter under handledarens ledning i ett seminarium den 5 december 2013 för diskussion kring analysprocessen. Kategorier och underkategorier togs fram i samråd med handledaren. Att söka konsensus bland kollegor är ett vedertaget sätt att öka kvalitativa studiers trovärdighet (35).

Ytterligare ett sätt att öka en kvalitativ studies tillförlitlighet är att validera resultaten genom att presentera dem för målgruppen (35). Under vecka 45 år 2013 utfördes därför ytterligare intervjuer som enbart användes som trovärdighetskontroll och ingick inte i det övriga material som analyserades i studien. Valideringen skedde dels med informanter från målgruppen men också med de EU-vägledare som dagligen möter de kvinnliga EU-migranterna. Handledaren satt med som observatör under de båda valideringstillfällena. Samtliga informanter som deltog i valideringen fick muntlig och/eller skriftlig information om studien (bilaga 4 och 5) och samtycke erhöles. Författaren presenterade de preliminära resultaten som underlag för diskussion och ställde därefter frågor utefter en intervjuguide (bilaga 6 och 7). Intervjuguiden utformades utefter de preliminära resultaten och med stöd av den intervjuguide som använts vid de individuella intervjuerna. Frågorna i intervjuguiden kompletterades genom att inledas med fraser om vad de preliminära resultaten visat. Tolk användes vid behov och författaren tog minnesanteckningar eller spelade in samtalen. Intervjuerna transkriberades och innehållet genomgick kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim & Lundmans modell (35).

Forskningsetiska överväganden

Det har tagits i beaktande att information som framkom under intervjuerna kan ha upplevts som känslig för informanterna. Det har således varit nödvändigt att informanternas identitet inte röjts samt att sekretessen bibehållits. Det gjordes vid intervjutillfällena tydligt att deltagandet i studien var fullständigt frivilligt och informanterna upplystes om att de när som helst under intervjun kunde avbryta utan närmare förklaring. Informanterna fick ingen ekonomisk kompensation för sitt deltagande. Genom deltagande i studien kunde informanterna inte direkt förbättra sin egen vårdssituation, men däremot hjälpa till att belysa hur den ser ut i målgruppen i stort. Resultatet kan på sikt leda till att vårdssituationen förbättras för de kvinnliga EU-migranterna. En vanlig erfarenhet av forskningsintervjuer är också att informanterna efteråt känner sig berikade, att det har upplevts som tillfredställande att få tala till en uppmärksam lyssnare (34). Vissa informanter kan även ha kommit till insikt i viktiga ämnen som rör livet (34). Fördelarna med studien anses således överväga riskerna. De signerade samtyckesblanketterna förvarades inlåsta hos handledaren och de inspelade intervjuerna förvarades på så sätt att ingen annan än författaren hade tillgång till dem. Samtyckesblanketterna och de inspelade intervjuerna kommer att förstöras då arbetet är avslutat och godkänt. Resultaten presenteras på gruppnivå och information som kan peka ut enskilda individer har tagits bort eller maskerats. Citat som används i arbetet används på så sätt att anonymitet fortfarande upprätthålls. De citat som är på engelska har översatts till svenska av författaren. Vid behov har justeringar skett i det svenska språket i citaten för att uppnå tydlighet.

En risk med intervjuer då intervjuare och intervjuperson är av olika etnicitet är att samtalet påverkas av förutfattade meningar och uttalade maktförhållanden (36). Författaren ansträngde sig således för att inneha en objektiv och uppmärksam ställning för att inte påverka informanterna i deras svar och för att försöka skapa en atmosfär av trygghet, tillit, empati och professionalitet (36). Viktigt var också att författaren under intervjuerna försökte vara medveten om sina egna föreställningar och attityder för att inte tvinga på informanterna sin egen kulturs förhållningssätt och värderingar (37). I slutet av intervjuerna ställdes frågan om hur informanten hade upplevt intervjun. Detta gjordes för att fånga upp eventuellt obehag eller missförstånd som kunde ha uppkommit. Många av intervjuerna genomfördes med professionell tolk. För att informanterna inte skulle känna att de på grund av tolkningen förlorade sin autonomi var det viktigt att tolken antog en neutral position under samtalet och

översatte så exakt som möjligt. Tolkar från en oberoende tolkbyrå användes och författaren var beredd att avbryta intervjun om samarbetet med tolken inte hade fungerat, detta hände dock aldrig. Informanterna kommer att erbjudas att ta del av arbetet då det är färdigt. Kopia av slutresultatet kommer att lämnas till Crossroads och till de informanter som så önskar. Sammanfattningen kommer att översättas/tillbakaöversättas till aktuella språk. Etiskt tillstånd för studien har erhållits i regionala etikprövningsnämnden i Stockholm 20120119. Diarienummer 2011/2043-31/5.

Resultat

Genomförande av intervjuer

Under studieperioden genomfördes totalt elva intervjuer. Intervjuerna avslutades vid mättnad, det vill säga då ytterligare intervjuer inte längre tillförde någon ny kunskap och då de centrala problem och erfarenheter som informanterna tog upp redan var kända för författaren (34). Den information som gavs till informanten innan intervjun gavs muntligen av författaren i ett fall då informanten talade arabiska och i ett annat då informanten inte var läskunnig. Muntligt samtycke togs vid ett av intervjutillfällena eftersom informanten inte var skrivkunnig, vid resterade tillfällen erhöles skriftligt samtycke. Alla intervjuer utom en, där informantens make närvarande, var individuella. Intervjuerna varade mellan 15 minuter och 1 timme 10 minuter, exklusive tid för information och frågor. Medeltiden för en intervju var 49,7 minuter och mediantiden var 50 minuter. Vid den intervjun som varade 15 min avbröt informanten på grund av tidsbrist då hon var tvungen att ge sig ut på gatan för att titta. Intervjun blev inte lika informativ då inte alla frågor hann besvaras, men intervjun togs ändå med i materialet i syftet att belysa den sociala och ekonomiska utsatta livssituationen i målgruppen. Tre intervjuer genomfördes på engelska. Vid de resterande åtta användes tolk. En intervju genomfördes med hjälp av telefontolkning och de övriga med kontakttolkning. En av tolkarna var man, övriga var kvinnor. Inget samband med tolk noterades i intervjulängden och inte heller noterades något samband med tolkens kön och hur informanterna valde att svara på frågorna. Vid fyra tillfällen uteblev informanter från avtalade möten. Med en av dessa informanter kunde en ombokning av intervjutillfället ske, övriga kvinnor exkluderades och ersattes med andra informanter. Nio intervjuer spelades in. Vid två av dessa intervjuer försvann inspelningarna av okänd teknisk anledning och författaren gjorde då istället anteckningar från minnet efter intervjuerna som sedan inkluderades i materialet. Vid två intervjuer önskade informanterna att samtalet inte skulle spelas in. Författaren tog istället

minnesanteckningar under intervjuerna och transkriberade utifrån dessa. Transkriberingarna från inspelningarna och minnesanteckningarna av de elva intervjuerna resulterade i totalt 69 sidor text, Times New Roman, 12 punkter, enkelt radavstånd.

Studiepopulationen

De elva kvinnliga informanterna representerade sammanlagt sex olika nationaliteter från länder i Sydamerika, Afrika och Europa. De var alla mellan 18-50 år gamla, en var mellan 18-29 år, två mellan 30-39 år och sex mellan 40-49 år. Samtliga hade varit i Sverige i mindre än ett år, vissa hade varit här i några veckor. Sju av informanterna levde tillsammans med en partner, en kvinna lämnade ingen information om civilstatus. Nio informanter hade barn varav några var minderåriga och bodde kvar i ett annat land. Åtta av informanterna uppgav att de i sina hemländer hade ordnade bostadsförhållanden, tre informanter gav inga uppgifter om detta. I Sverige bodde tre av dem i tält/bil medan resterande bodde i andrahandsuthyrningar eller som inneboende, ibland med flera personer som de kände i samma rum. Majoriteten av informanterna hade flyttat till Sverige för att söka jobb och skapa sig en bättre tillvaro. En kvinna hade flyttat på grund av privata problem i hemlandet, en annan av kärlek. I Sverige hade tre av informanterna arbetat sedan sin ankomst, då inom städning och reklamutdelning. En av informanterna tiggde på gatan för att försörja sig. Den kvalitativa innehållsanalysen genererade det övergripande temat *Överlevnad till priset av ohälsa* samt fyra kategorier och 14 underkategorier. Dessa redovisas i tabell 2, kategorierna beskrivs därefter var för sig.

Tabell 2. Tema, kategorier och underkategorier som framkom efter den kvalitativa innehållsanalysen av det transkriberade materialet av elva intervjuer med kvinnliga EU-migranter på Crossroads under perioden 23 september och 25 oktober.

Tema	Kategorier	Underkategorier
Överlevnad till priset av ohälsa	En förändrad livssituation	I Sverige finns mänskliga rättigheter
		Utsatthet i samhället
		Separationer från anhöriga
		Svenska språket ger autonomi
	Självupplevd hälsa	Psykosocial stress kring arbete och bostad
		Utveckling av copingstrategier
		Våld i nära relationer

		Medvetenhet kring hälsofrämjande faktorer
	Olika stora vårdbehov	Kommunikation av ohälsa
		Varierande besvär av gynekologisk ohälsa
		Psykisk ohälsa somatiseras
	Erfarenheter av svensk sjukvård	(O)Kunskap om vårdmöjligheter
		Få har tillgång till EU-kortet
		Möten med vården

En förändrad livssituation

För informanterna medförde migrationen till Sverige både positiva och negativa förändringar. Flytten innebar för vissa en separation från sina barn samt för många en ny position i samhället där brist på språkkunskaper blev ett handikapp och där existentiell social och ekonomisk utsatthet på olika sätt var ett faktum. Till de positiva förändringarna hörde en ökad jämlikhet och minskad diskriminering och främlingsfientlighet jämfört med hemlandet.

I Sverige finns mänskliga rättigheter

Flertalet av informanterna upplevde att Sverige var ett jämställt land utan rasism och fördomar. Några av informanterna hade i sina tidigare länder blivit utsatta för diskriminering. De berättade om Sverige som ett organiserat land, med mänskliga rättigheter och bra överlevnadsvillkor. Många beskrev den bild de hade av Sverige innan de kom hit, att det var ett land där det går att få jobb och bostad och en möjlighet att skapa sig en tillvaro.

Om jag hittar ett varaktigt jobb så tänker jag stanna, för jag tycker att folk här är vänligare än i mitt hemland. En annan sak som jag tycker om här i Sverige är att det inte verkar vara någon fråga om etnicitet eller nationalitet här längre. (Intervju 4)

Utsatthet i samhället

Majoriteten av informanterna hade ett glest socialt nätverk. Många beskrev en ensamhet och att de inte hade några vänner i Sverige. Enstaka informanter uttryckte en önskan om att få kontakt med svenskar. Det fanns också en vilja bland informanterna att få mer hjälp och information från det svenska samhället.

Jag har inte många väninnor här, bara hon som vi bor hos. Nu börjar jag känna mer folk genom kyrkan. Men de verkar ha svårt att öppna sig och prata, men det respekterar jag. Om de vill bli vänner med mig och ta emot mig så gärna det, då blir jag glad. (Intervju 1)

Jag tycker att ni kunde hjälpa oss folk som kommer hit från andra länder så att vi kan uppnå vårt mål med bostad och jobb. Kanske hjälpa oss med våra papper, det här med att vi skulle kunna få uppehållstillstånd så fort som möjligt. Det är sådana saker. Ni skulle kunna ge oss mer tips och råd, mer information, hur man ska gå till väga. Det är bara det. (Intervju 8)

Informanterna befann sig på många sätt i en utsatt position. En del beskrev en fattigdom där de tvingades till att panta burkar eller tigga för att få pengar, andra berättade om hur de fick vinterkläder till sina barn från olika hjälporganisationer för att klara kylan. Någon beskrev hur hon hade blivit bestulen på identitetshandlingar och pengar. Utsattheten gav sig också till uttryck genom ett utnyttjande på arbetsmarknaden, exempelvis genom att inte få betalt för alla arbetade timmar. Problem i kommunikationen med de svenska myndigheterna resulterade också i besvär. Flera informanter vittnade om svårigheter att få ett samordningsnummer.

Jag tigger för att få pengar. Folk är inte så givmilda, vi får inte så mycket pengar, endast lite pengar till mat. (Intervju 10)

Det är små saker hela tiden. Myndigheterna knäcker dig, jag vet inte varför. Alla säger olika saker. Det är som att den vänstra handen inte vet vad den högra gör. (Intervju 5, översättning från engelska av författaren)

Separationer från anhöriga

Många av informanterna hade minderåriga barn i ett annat land, ofta i hemlandet och de bodde då där med mor/farföräldrar. En informant beskrev det som att hon ville hitta ett jobb här i Sverige och skapa sig en tillvaro innan hon tog hit sina barn. Det förekom också att maken lämnade familjen för att hitta arbete i det nya landet innan resten av familjen följde efter.

Jag har inte sett mina barn på väldigt länge. Vi pratar i telefonen. De gråter och säger att de vill komma hit, speciellt flickan. Om mina barn kommer hit kommer jag inte att känna stress.

Nu är jag stressad över jobb, och barn gillar inte stress. När allt är bra kan de komma hit. (Intervju 2, översättning från engelska av författaren)

Svenska språket ger autonomi

En önskan och vilja att lära sig det svenska språket var tydlig. Informanterna beskrev hur kunskaper i svenska leder till makt och autonomi. De ansåg att detta ökade chanserna att få ett jobb och minskade risken att bli utnyttjad på arbetsmarknaden. En kvinna uttryckte en önskan om att få tillgång till tolk i situationer då bemötande och kommunikation var viktigt, till exempel i vården. Informanterna försökte lära sig språket på olika sätt, genom läroböcker, språkkurser på Crossroads eller genom att lyssna och prata med svenskar.

Det har hänt mina vänner, jag vill lära mig språket för annars utnyttjas man. Det är därför jag vill lära mig svenska och sen få ett jobb så att jag får rätt betalt. (Intervju 3)

Första gången förstod jag inte vad de (sjukvårdspersonal) ville göra med mig, så att jag började gråta. Jag såg alla de där apparaterna runt omkring mig och jag blev rädd, jag började gråta. Det kom en tolk och jag fick veta vad som kommer att hända och då blev jag lugn, jag lugnade ned mig. (Intervju 11)

Självupplevd hälsa

Majoriteten av informanterna kände stress över sin bostads- och arbetssituation samt att den stressen påverkade deras hälsa negativt. Bland informanterna fanns en tydlig medvetenhet kring hälsofrämjande faktorer och olika copingstrategier hade hos många vuxit fram som ett verktyg för att bemästra tillvaron. En del kvinnor hade utsatts för våld i nära relationer.

Psykosocial stress över arbete och bostad

Arbetslöshet och en bristfällig bostad var det som definierades som de centrala problemen i tillvaron för majoriteten av informanterna. Många beskrev ett arbete som en essentiell komponent för överlevnad. Att inte kunna säkra en inkomst för att kunna försörja sina barn upplevdes som stressande. Några var nöjda med den bostadssituation de hade, men det stora flertalet beskrev den förändring det hade inneburit att flytta från relativt ordnade bostadsförhållanden till situationen i Sverige. Obekväma boendeförhållanden beskrevs leda

till dålig sömn och stress. I möten med medmänniskor styrde basbehov som bostad och arbete ofta diskussionerna.

Om jag skulle ha ett jobb, om jag skulle kunna tjäna lite pengar för att kunna skicka till mina barn hemma. Om jag skulle ha en bostad där jag kan lägga ner mitt huvud på kudden, det skulle vara bra. Det är inte bra att sova i bilen och det är inte bra att tvingas att komma hit till Crossroads för att ta en dusch. Det förstår ni, att det känns lite skamset. (Intervju 11)

Utveckling av copingstrategier

Flertalet av informanterna var troende. De bad och satte sin tilltro till att Gud skulle underlätta tillvaron. Många pratade om att det inte är bra att tänka för mycket på allt det negativa, utan att istället försöka tänka positivt och uppmuntra sig själv. En informant tyckte att det underlättade att få kontakt och prata med andra människor för att skingra tankar och funderingar. Någon annan pratade om tacksamhet, att det alltid finns andra människor som har det sämre ställt.

Och det är mycket viktigt hur man mår rent psykiskt för om man är deprimerad så förstörs man inifrån. Man ska lära sig att tänka positivt. (Intervju 4)

Våld i nära relationer

Några av informanterna berättade om våld i nära relationer, både i Sverige och i sina tidigare länder. Våldet kunde vara en av orsakerna till att de valt att lämna sina hem. De kvinnor som hade blivit utsatta för våld visade bilder eller papper från sjukvården som bevis på vad som hade hänt.

I mitt land hotade min man mig till livet. Han sade att han ville döda mig, och då skulle jag aldrig få se mina barn igen. Han slog mig i ansiktet och gjorde det här med mitt öga, ser du att det när något fel på det? Han gjorde det. Och han bröt mitt finger, det här fingret. Jag hade problem med det i flera månader. Jag har sparat alla papper från sjukhuset. Jag har dem. (Intervju 2, översättning från engelska av författaren)

Medvetenhet kring hälsofrämjande faktorer

Hälsan formulerades ofta av informanterna som ett tillstånd då människan är frisk och mår bra, kan arbeta och vara med sin familj. De flesta hade välformulerade idéer kring vad som

ger en god hälsa och vad som krävs för att bibehålla den. Centralt var att äta nyttig mat och mycket frukt, samt att röra på sig och sova ordentligt. Stress var något som skulle undvikas då det i förlängningen kunde ge andra sjukdomar. En av informanterna brukade besöka läkare för hälsokontroller.

För att ta hand om hälsan och förebygga sjukdomar så ska man inte dricka så mycket alkohol, inte röka för det är inte bra för hälsan. Äta mat i god tid och inte äta för mycket socker för det är ju inte bra. Äta nyttig mat. Att inte äta så mycket, att äta sånt som är bra för kroppen och träna. (Intervju 8)

Olika stora vårdbehov

Vårdbehoven bland informanterna varierade kraftigt. Från de som ansåg sig vara helt friska till någon som krävde ineliggande avancerad vård. Gynekologisk ohälsa förekom ofta, men inte alla besvärades av den. Få informanter kände att de kunde relatera till begreppet psykisk ohälsa när frågan ställdes, men många hade berättat tidigare eller berättade senare under intervjun om stress, smärta, trötthet och oro.

Kommunikation av ohälsa

Majoriteten av informanterna ansåg att deras fysiska hälsa, efter flytten till Sverige, hade påverkats positivt eller förblivit oförändrad. Flertalet av informanterna önskade dock kontakt med vården. Några av dem förmedlade smärta och symptom från rörelseorganet; rygg, knän, händer och fötter. Ett par hade känt trötthet och kopplade ihop det med återkommande anemier. En kvinna hade haft en antibiotikakrävande infektion. Kardiovaskulära åkommor sträckte sig från högt blodtryck, till kärlkramp och livshotande hjärtfel. Ett par av informanterna vittnade om en viktuppgång sedan ankomsten till Sverige och förknippade det bland annat med arbetslösheten. En del av informanterna upplevde att de hade en god hälsa.

Första dagen vi kom till Sverige mårde jag så dåligt, min man var tvungen att kalla på ambulansen. Jag hade förlorat medvetandet då och hade inte någon aning om vad som händer runt omkring mig, alltså jag var helt borta. (Intervju 11)

Jag mår alltid bra. Ibland mår jag dåligt, men inom ett par sekunder går det över. (Intervju 7, översättning från engelska av författaren)

Varierande besvär av gynekologisk ohälsa

Många av kvinnorna hade nuvarande gynekologiska problem. Dessa kunde variera från svampinfektioner till myom och abort. Vissa kände sig inte särskilt besvärade av de problem de hade, medan andra önskade få läkarkontakt. Någon informant berättade om svårigheter att hålla sig ren. Majoriteten av kvinnorna använde inga preventivmedel, några för att de inte längre kunde få barn på grund av sterilisering, ålder eller andra okända anledningar, andra för att de inte hade någon partner. Oklarheter kring var det vid behov går att få tag på preventivmedel förekom. En kvinna hade en önskan om att få hjälp med att skaffa barn. Abort- och missfallsfrekvensen bland informanterna var hög. Några kunde inte komma ihåg hur många aborter de hade gjort. De flesta aborterna eller missfallen hade inte skett här i Sverige. Flertalet informanter berättade även om allvarliga komplikationer som uppstått vid aborter, missfall, graviditeter och förlossningar. Ett par informanter hade fått barn som varit födda förtidigt.

Jag var gravid, det var därför jag åkte till sjukhuset. Jag var inte sjuk. Om du inte har jobb och du inte har någonting så kan du inte få barn. (Intervju 5, översättning från engelska av författaren)

Nu om jag får en pojkvän vet jag inte var jag ska få nya piller. (Intervju 2, översättning från engelska av författaren)

Psykisk ohälsa somatiseras

På frågan om psykisk ohälsa svarade de allra flesta informanterna att de inte upplevde sig ha psykiska problem. Majoriteten gav dock någon gång under intervjun uttryck för att de upplevde stress, oro eller trötthet. Någon berättade om panikattacker.

Jag har en bra hälsa, men jag har också "tänkandet". Tänkandet kan inte ge sjukdom, men det kan göra så att du får högt blodtryck, och jag kan inte sova om nätterna. (Intervju 2, översättning från engelska av författaren)

Jag har problem med panikattacker och det märks mer på nätterna. När det blir natt så blir jag lite rädd, men på dagarna är det lugnt. Det är väldigt svårt för mig. (Intervju 1)

Erfarenheter av svensk sjukvård

Få informanter hade kunskap om sina möjligheter och rättigheter till sjukvård och det var många som inte hade tillgång till EU-sjukförsäkringskortet. Ett antal informanter hade dock varit i kontakt med den svenska sjukvården, antingen på sjukhus/vårdcentral eller på Crossroads. De informanter som hade besökt vården var nöjda med det bemötande de hade fått.

(O)Kunskap om vårdmöjligheter

Få informanter visste vad de hade för rättigheter och möjligheter till vård här i Sverige. Några svarade att de inte hade hunnit ta reda på det för att de hade varit här så kort tid och andra svarade att de inte hade varit sjuka och därmed inte varit intresserade av att ta reda på mer om vårdmöjligheterna. Några av dem som inte visste vad de hade för möjligheter till vård sade att de skulle fråga personal på Crossroads eller bekanta för att få mer information om detta. De som hade kunskap om sina rättigheter till vård hade fått information genom internet eller från hemlandet.

Jag försökte få reda på lite om det där redan i mitt hemland och vad jag förstår så betalar deras (mitt hemlands) sjukförsäkring om det skulle uppstå något problem med hälsan här, att det är så inom EU. (Intervju 4)

Jag vet inte vad jag har för möjligheter att få vård eftersom jag precis har kommit hit. (Intervju 3)

Få har tillgång till EU-kortet

Av de 11 informanter som intervjuades hade fyra tillgång till EU-kortet, två lämnade inga uppgifter och fem hade inget kort. En informant berättade hur hon hade fått betala 2000 kr för ett besök vid akutmottagningen. Någon annan hur hon i ett annat EU-land hade fått avstå från en operation då hon inte hade någon sjukförsäkring från hemlandet och att hon här i Sverige inte heller hade kunnat genomgå den behandling hon behövde.

Jag fick inte behandling, jag har bara fått recept och dokumentation på vilken behandling jag ska genomgå. Men de sade att jag måste köpa de här medicinerna, att jag måste ha en läkare, men jag har inte de här möjligheterna. (Intervju 11)

Möten med vården

Antalet informanter som hade besökt den svenska landstingsvården var färre än de som inte hade gjort det. De som hade besökt landstingsvården hade främst varit i kontakt med akutmottagningen, även om någon hade besökt primärvården. Ett exempel av sluten vård förekom. Av de informanter som inte hade varit i kontakt med landstingsvården hade ett antal besökt den sjukvårdspersonal som fanns på Crossroads och där fått sina akuta behov tillgodosedda, till exempel recept på antibiotika vid en halsinfektion. De informanter som hade varit i kontakt med vården var alla nöjda med det bemötande de hade fått. De hade fått den hjälp de behövde och upplevde att sjukvårdspersonalen var kompetent och vänlig.

Här på Crossroads har jag varit i kontakt med vården. Jag fick antingen något virus eller om det var influensa så jag var här hos läkaren. (Intervju 4)

Det bemötande jag fick på sjukhuset var mycket bra, jag kan inte beskriva. Mycket snäll, de har tagit hand om mig mycket bra. (Intervju 11)

Validering

De två valideringarna som genomfördes bekräftade de resultat som framkommit under de tidigare intervjuerna. Här följer en kort presentation av de båda valideringstillfällena för att belysa detta.

Målgruppen

Tre intervjuer genomfördes med informanter från målgruppen. Två kvinnor intervjuades individuellt och ytterligare två kvinnor deltog i en gruppintervju. Sammanlagt intervjuades fyra kvinnor varefter mättnad uppnåddes. Informanterna representerade tre olika nationaliteter. Ingen av kvinnorna hade intervjuats tidigare under studien. Två av intervjuerna genomfördes med tolk, den ena med kontakttolkning och den andra med telefontolkning, den tredje intervjun utfördes på engelska. Intervjuerna varade mellan 13 och 20 minuter. Av dessa tre intervjuer spelades två in och vid det tredje tillfället togs minnesanteckningar då informanten inte ville att samtalet skulle spelas in. Valideringen med målgruppen mynnade ut i samma tema som de elva individuella intervjuerna: *Överlevnad till priset av ohälsa*. Informanterna berättade om att flytten till Sverige hade skett för att söka arbete och försörjning. De pratade om de tuffa levnadsförhållandena i Sverige med fattigdom och ett

behov av stöd från olika hjälporganisationer. En informant hade minderåriga barn kvar i hemlandet. Informanterna talade också om den osäkra bostadssituationen och svårigheterna att få ett betalt arbete.

Det är annorlunda jämfört med var vi kommer ifrån, levnadskostnaden här är väldigt hög. Så pengarna vi kom med är slut. Vi försökte prata med mannen som vi hyrde ett boende av, att snälla låt oss vara. Men han sparkade ut oss och vi var på gatan i två dagar, jag och mina barn. (Intervju 12, översättning av författaren från engelska)

Ingen av informanterna kunde relatera till begreppet psykisk ohälsa, men samtliga pratade om hur stressen över existentiella sociala och ekonomiska utsatta förhållanden till exempel bostad och arbete påverkade deras hälsa negativt. Några hade skapat sig en copingstrategi för att orka med, det bästa var att fokusera på arbete och andra saker än den ekonomiska krisen.

Det finns kanske psykologiska problem när du inte bor bra. Bara situationen vi är i. Jag grät utanför, så det kan leda till psykologiskt trauma. (Intervju 12, översättning av författaren från engelska)

Återkommande var också att det fanns en okunskap bland informanterna om vilka deras möjligheter och rättigheter till vård var. Någon av informanterna hade besökt vården med sitt barn och var nöjd med det bemötande hon hade fått. En annan hade besökt de vårdresurser som fanns på Crossroads.

Jag vet inte var jag ska gå om jag skulle bli sjuk. Om jag skulle bli sjuk skulle jag först behöva hitta en landsman som kan svenska som kan följa med till sjukhuset. (Intervju 13)

Bland de deltagande informanterna under valideringen, precis som i de tidigare intervjuerna, fanns det både de som upplevde sig ha god hälsa och de som inte upplevde sig ha det. Likt tidigare berättade ett par av informanterna om hälsoproblem som anemier och infektioner. Gynekologiska problem som svårigheter vid graviditeter förekom också. Ett behov av läkarvård fanns.

Jag har gjort två kejsarsnitt och ett barn dog efter en månad. Barnet var så sjukt. Nu är det den sista graviditeten som jag kan klara av och därför måste jag ha kontakt med läkare. Sen kan jag inte få flera barn. (Intervju 14)

EU-vägledare

En fokusgruppintervju genomfördes med tre EU-vägledare från Crossroads. Bland EU-vägledarna var två kvinnor och en man. Den ena av dem har arbetat på Crossroads sedan dess öppnade i mars 2011, de övriga två anställdes under våren 2012. Denna intervju spelades in och varade 44 minuter. Även i denna validering framkom samma tema som vid de övriga intervjuerna: *Överlevnad till priset av ohälsa*. EU-vägledarna höll med om att hälsan för informanterna blev en icke-fråga, att det centrala i dessa personers liv var att hitta bostad och försörjning för att kunna ta hand om familjen. De var eniga om att stress kring arbete, boende och barn fanns och att den hade negativ inverkan på målgruppens hälsa. Målgruppen beskrevs som en utsatt grupp på olika sätt, bland annat genom ett utnyttjande på arbetsmarknaden, tiggeri och stölder.

Hälsa tror jag inte alls de tänker på. De tänker på jobb och hur får jag pengar för att kunna betala hyra och ge mig själv mat eller mitt barn mat. (EU-vägledare 1)

När det kom till vårdfrågor höll EU-vägledarna med om att det fanns en utbredd okunskap i målgruppen kring vilka rättigheter och möjligheter som finns till vård. De betonade att väldigt få hade tillgång till EU-kortet och att även med EU-kortet innebär vård en kostnad som inte alla hade råd med. EU-vägledarna var eniga över att det fanns ett vårdbehov hos de kvinnliga EU-migranterna. De stötte exempelvis på många kvinnor som önskade göra abort, dessa hänvisades då till läkaren på Crossroads och sedan vidare till Pelarbackens sjukvårdsmottagning för svenska hemlösa.

Kvinnor kommer till mig som har gjort abort eller som vill göra abort. Vi har haft en kvinna som ville göra abort i förra veckan var det väl? (EU-vägledare 2)

Det är väldigt sällan som man träffar någon som har det europeiska försäkringskort som gäller här i Sverige också. Och även då behöver man pengar. (EU-vägledare 3)

EU-vägledarna berättade också om att de hade stött på kvinnor ur målgruppen som hade utsatts eller utsätts för våld i nära relationer. De bekräftade även att många kvinnor berättade om olika psykiska symptom, men att många var starka individer, ”Överlevare”.

Jag menar det är många som pratar om panik, ångest, sådana saker. Dom måste ta hand om barn, männen, det är mycket som är deras ansvar. (EU-vägledare 2)

Ett ämne som EU-vägledarna tog upp, men som inte hade framkommit vid tidigare intervjuer var våldtäkter. EU-vägledarna hade stött på ett antal kvinnor som hade blivit våldtagna och de trodde att det fanns många fler som hade blivit sexuellt utnyttjade men inte berättat om det. De trodde även att mörkertalet var stort när det kom till kvinnor i målgruppen som utsätts för våld i nära relationer.

På tal om utanförskap kan vi säga också att vi har haft ett par kvinnor som har blivit våldtagna också. Som har pratat med oss. Våra deltagare. Och det är ganska många när man räknar att det inte finns så många kvinnor här. Men jag tror att det är mer. (EU-vägledare 2)

Diskussion

Denna studie var en första kartläggning över kvinnliga EU-migranternas hälso- och vårdssituation i Stockholm. Resultaten gav en bild av de kvinnliga EU-migranterna som en heterogen grupp människor med den gemensamma nämnaren att de alla hade sökt sig till Sverige i jakt på försörjning och en bättre tillvaro. Ett vårdbehov som till största delen var på vårdcentralsnivå fanns i gruppen, men de ekonomiska möjligheterna och kunskaperna om rättigheter och möjligheter till sjukvård var små. Gynekologiska och reproduktiva problem var vanligt förekommande även om inte alla besvärades av dem. Majoriteten av informanterna upplevde att de inte hade några psykiska besvär, men däremot berättade många om stress och oro över bostads- och arbetssituationen.

Resultatdiskussion

Psykisk hälsa bland de kvinnliga EU-migranterna på Crossroads och Bällsta boende

Psykisk ohälsa har visat sig vara överrepresenterat bland migranter, arbetslösa och hemlösa (26-29). De psykiska besvär som brukar vara mest framträdande bland migranter och arbetslösa är oro och depression (28, 38). En av anledningarna tros vara den förhöjda

stressnivån som dessa personer upplever (26, 29, 39). Stress kan uppstå då en situation uppfattas som oförutsägbar, okontrollerbar och/eller överbelastande (38). Långvarig stress har också bevisats kunna medföra negativa fysiologiska hälsoeffekter (39).

Trots att de kvinnliga EU-migranterna på Crossroads kunde placeras in i samtliga av ovanstående riskgrupper upplevde majoriteten att de inte led av psykiska besvär. Tidigare rapporter och studier om EU-migranter i Stockholm har också de konstaterat att förekomsten av psykisk ohälsa är låg (2, 7). En diskussion bör dock föras huruvida det är möjligt att målgruppen lider av psykiska problem som istället somatiseras. En hög stressnivå har visat sig vara en prediktor för att somatiska symptom kan ha en psykologisk co-morbiditet (40). Oro och depressionstillstånd förekommer ofta tillsammans med somatiska symptom och sociokulturella faktorer och stigma kan leda till att de kroppsliga symptomen framhävs istället för de psykiska (40, 41). Somatisering och stigma kring psykisk ohälsa har visats vara något mer vanligt bland latinamerikaner, asiater och afrikaner (41), eftersom antalet tredjelandsmedborgare utgör en stor del av EU-migranterna i Stockholm kan det finnas ett värde i att uppmärksamma detta (7). De vanligaste somatiska symptomen som har rapporterats hos världens befolkning är besvär från gastrointestinalkanalerna samt hudmanifestationer (41). Trötthet, smärta, huvudvärk och muskuloskeletala problem är också vanliga somatiska manifestationer av psykisk ohälsa (40). Migranter har rapporterats att ofta söka för så kallade "common-or-garden complaints" med vilket menas de mest vanliga problemen som också lokalbefolkningen söker för (26) och dit torde dessa besvär räknas. Just symptom från det muskuloskeletala systemet samt trötthet var dessutom två frekvent rapporterade besvär bland informanterna i denna studie. I ett examensarbete från Karolinska institutet höstterminen 2012 genomfördes en journalgranskning från de 94 patientbesök som gjordes hos läkare och sjuksköterska på Crossroads under 2011 varvid det konstaterades att hudsjukdomar var en av de tre vanligaste diagnoskategorierna (32). Hudmanifestationer är också vanligt förekommande bland personer som lever i hemlöshet (30). Det är också möjligt, på grund av den stigmatisering som i vissa kulturer finns kring psykisk ohälsa (41), att informanternas svar på frågan om psykisk ohälsa påverkades av hur frågan ställdes. Efter intervju sju omformulerades frågan om psykisk ohälsa till att också innehålla exempel, detta för att informanterna skulle få lättare att relatera till begreppet. Ingen förändring i informanternas svar märktes emellertid efter denna förändring i intervjuguiden. Informanterna rapporterade även fortsättningsvis att de inte upplevde sig lida av psykisk ohälsa. Olika copingstrategier och religiositet var vanligt bland informanterna, troligen på grund av den

höga stressnivå de upplevde att de hade. Även om området kring religiositet och depression är svårstuderat och något omdiskuterat har en majoritet av studierna kunnat bevisa att religiositet kan buffra mot tillstånd som stress och depression, särskilt hos kvinnor (38).

Reproduktiv hälsa bland de kvinnliga EU-migranterna på Crossroads och Bällsta boende

Kunskapen kring kvinnliga EU-migranternas reproduktiva hälsa är sparsam (26). Det som är känt är att kvinnliga migranter löper en högre risk att utveckla problem under graviditet och förlossning, att spädbarns- och perinataldödligheten är högre samt att andelen förtidigt födda barn bland kvinnliga migranter är högre jämfört med kvinnor i det land de bor i (26, 31). En studie genomförd under 2013 diskuterar den sexuella och reproduktiva hälsan hos tredjelandsmedborgare (42). På Crossroads utgörs 60 % av deltagarna av tredjelandsmedborgare och i denna studie var 45 % av kvinnorna tredjelandsmedborgare (Crossroads, Stockholm, internt material). Keynaert et al föreslår att kvinnliga tredjelandsmedborgare som kommer som migranter till EU har en sämre tillgång till preventivmedel, att de gör färre besök hos gynekologen samt mödrahälsovården, att de löper högre risk för oönskade graviditeter, att de gör fler aborter och har mer komplikationer vid graviditeter än kvinnor i lokalbefolkningen (42). Den kunskap som således finns på området stämmer väl överens med resultaten i denna studie. Den stora majoriteten av informanterna hade gjort abort eller fått missfall, det fanns en okunskap kring var det går att få preventivmedel, en del kvinnor hade fått förtidigt födda barn och många kvinnor hade erfarenheter av komplikationer och problem vid graviditeter samt förlossningar. De flesta informanter som hade genomgått abort eller fått missfall hade gjort så i ung ålder och i ett annat land än Sverige. Ungdomsarbetslösheten inom EU var 2012 22,7% och det fanns inga tecken på att trenden var på väg att vända (43). Denna arbetslöshet kan leda till en ökad migration bland ungdomar som i sin tur kan leda till att andelen unga kvinnor som önskar göra abort i Sverige kommer att öka. WHO rekommenderar att alla kvinnor ska ha tillgång till högkvalitativ och billig gynekologisk och reproduktiv vård (27). Avsaknad av EU-sjukförsäkringskortet innebär idag att kvinnliga EU-migranter kan behöva betala fullpris för sin mödrahälsovård och förlossningsvård (11).

Studier talar för att kvinnliga migranter och hemlösa kvinnor är sårbara grupper för sexuellt utnyttjande (29, 42). Detta var inget som framkom under de elva individuella intervjuerna under denna studie och inte heller under valideringen med målgruppen. Däremot togs ämnet upp vid valideringen med EU-väglädarna. Inga frågor ställdes under intervjuerna om sexuellt

utnyttjande och det är således möjligt att detta problem inte har uppmärksamats. Fler studier som särskilt inriktar sig på kvinnliga EU-migranternas sexuella hälsa och sexuellt utnyttjande behövs.

Hur de kvinnliga EU-migranterna på Crossroads och Bällsta boende upplever sin hälsosituation

Hälsoskillnader människor emellan uppkommer bland annat av var vi föds, växer upp, utbildas och lever samt hur vi arbetar, hur mycket vi kan påverka vår livssituation och vilka ekonomiska tillgångar vi har (27). Att vara socialt och ekonomiskt utsatt, migrant, arbetslös och/eller hemlös beskrivs alla som situationer som har en negativ inverkan på hälsan (26-30, 44). Hälsan hos migranter tros påverkas av till exempel sämre boendeförhållanden, ett lägre samhällsdeltagande och ett mindre socialt nätverk jämfört med den övriga befolkningen (44). Tidigare studier som har undersökt just EU-migranter i Stockholm har fastställt att behoven av sjukvårdsinsatser inom gruppen varierar (2, 32), att majoriteten inte lider av allvarliga och svåra sjukdomar, men att det också finns de som gör det (2). Tornhamres studie och Socialstyrelsens rapport visar att EU-migranterna mestadels har vårdbehov på vårdcentralsnivå där de vanligaste åkommorna är sjukdomar i det muskuloskeletala systemet, infektionssjukdomar, hudsjukdomar, sjukdomar i cirkulationsorganen, sjukdomar i andningsorganen samt stressrelaterade tillstånd (2, 32). Även i en studie publicerad i Lancet rapporteras migranterna söka för de vanliga sjukdomarna som också lokalbefolkningen söker för (26). Detta stämmer väl överens med resultaten från denna studie där just symptom från rörelseorganen, cirkulationsorganen och infektioner togs upp. Många upplevde sig ha god hälsa, även om det fanns de med allvarliga sjukdomstillstånd. Arbetskadorna är något som har beskrivits i tidigare studier om migranternas hälsa, men som inte tydligt framkommit i denna studie (26). Det är möjligt att vissa av de symptom som informanterna förmedlade var arbetsrelaterade, detta var emellertid svårt för författaren att avgöra.

Tornhamre beskriver i sin studie hur det fanns en medvetenhet bland EU-migranterna på Crossroads kring hälsofrämjande faktorer och hur Sverige som ett mer tolerant samhälle med mindre diskriminering hade positiv inverkan på informanterna (32). Något som däremot beskrevs ha en negativ inverkan på hälsan var den osäkra bostads- och arbetssituationen (32). Samtliga dessa aspekter togs upp och bekräftades även under de elva intervjuerna i denna studie. Bostad och arbete har länge setts som två betydelsefulla faktorer för hälsan och psykosocial stress över sin bostads- och arbetssituation kan leda till icke-önskvärda psykiska

och fysiska hälsoeffekter (44). Arbete ger exempelvis möjlighet till självförverkligande, självförsörjning och ett socialt nätverk, vilka alla påverkar människan i positiv bemärkelse (44).

Något som inte har tagits upp i Socialstyrelsens rapport och Tornhamres studie kring EU-migranterna i Stockholm, men som däremot framkom i denna studie, var de kvinnor som utsätts eller har utsatts för våld i nära relationer. I en studie gjord i Nederländerna som undersökte våld i partnerrelationer bland kvinnor över 18 år som besökte vårdcentralen var 41 % av deltagarna kvinnliga migranter (45). Denna studie fastslog att 30 % av de kvinnor som deltagit i studien hade blivit utsatta för våld av en partner samt att kvinnliga migranter hade blivit utsatta för våld i nära relationer 1,5 gånger mer ofta än kvinnor som ursprungligen kom från Nederländerna (45). Även om siffrorna förstås inte är direkt överförbara till de kvinnliga EU-migranterna i Stockholm bör våld i nära relationer bland migranterna uppmärksammas då det dessutom var något som både informanterna och EU-väglarna vittnade om.

Hur de kvinnliga EU-migranterna på Crossroads och Bällsta boende upplever sin vårdssituation

Det framkom i Tornhamres studie från 2012 att många EU-migranter saknade social- och sjukförsäkring vilket innebar stora kostnader vid kontakten med sjukvården, de som var fattiga hade inte råd att betala (32). Likaså har Socialstyrelsen i en rapport fastställt att många EU-migranter lever utan EU-sjukförsäkringskort och att det finns de som tvingas att avstå från sjukvård på grund av för höga kostnader (2). Detta var återkommande också i denna studie. Det fanns dock de EU-migranter som hade tillgång till EU-kortet och således fick sina behov tillgodosedda, något även Tornhamre konstaterade (32). Överlag verkar denna studie samt Tornhamres studie och Socialstyrelsens rapport vara överens om att det bland EU-migranterna i Stockholm finns ett vårdbehov som inte tillgodoses på grund av en avsaknad av EU-kortet och således för höga vårdkostnader för individerna (2, 32)

I denna studie framkom en okunskap bland de kvinnliga EU-migranterna om vilka deras rättigheter och möjligheter till sjukvård var. På motsvarande sätt konstaterade Tornhamre i sin studie att denna okunskap fanns bland EU-migranterna (32). Rechel et al förespråkar vikten av att ge information till migranter på deras modersmål kring hur sjukvårdssystemet fungerar (26). Författarna argumenterar även för hur tolkar bör bli mer lättillgängliga inom vården och hur vårdpersonal bör utbildas i hur det samarbetet ska ske (26). Vikten av detta var något som

även belystes i våra resultat då en informant vittnade om den rädsla och oförståelse hon hade upplevt då hon hade vaknat upp på sjukhuset efter en medvetslöshetsepisod utan möjlighet att initialt kunna kommunicera på grund av språkförbistringar.

I tidigare studier har det rapporterats att hemlösa personer har upplevt att de fått ett dåligt bemötande då de sökt vård (44). Detta var dock inget som de kvinnliga EU-migranterna vittnade om. De som hade varit i kontakt med vården var nöjda med det bemötande de hade fått, något även Tornhamre kom fram till i sin studie (32). Rechel et al har föreslagit att vårdpersonal bör utbildas i syftet att öka sin kulturella kompetens för att förbättra omhändertagandet av migranter inom sjukvården i Europa (26). Med tanke på att migrationen inom Europa ökar (26) och således även de kulturella skillnaderna inom vården, bör det sannolikt finnas ett värde i att följa råden kring utbildning i kulturell kompetens hos sjukvårdspersonalen för att bibehålla det goda bemötandet av migranter inom svensk sjukvård.

I en artikel publicerad i Lancet tar WHO upp hur hälsa är en mänsklig rättighet och att det är essentiellt med högkvalitativ vård för samtliga människor (27). De kvinnliga EU-migranter som saknar EU-kortet har rätt till vård men till ett icke-subventionerat pris (11-13, 15). Resultatet blir att vissa måste avstå från sjukvård. Än så länge finns det få organisationer dit dessa personer då kan vända sig för medicinska råd. Således går det att diskutera huruvida de kvinnliga EU-migranterna hindras i sin mänskliga rättighet till hälsa och välmående.

Metoddiskussion

Studiens svagheter

En svaghet med studien var att författaren var ovan som intervjuare. Författaren försökte dock under intervjuerna att ha en objektiv och lyssnande inställning för att undvika att påverka informanternas svar. Målet var att skapa en trygg miljö där informanten kunde tala fritt och ledande frågor användes i så liten utsträckning som möjligt. Påverkan av författarens etnicitet, ålder och ställning försökte minimeras genom ett neutralt, empatiskt och professionellt förhållningssätt. Olika etnisk bakgrund kan ha både fördelar och nackdelar i en intervjusituation (46). En fördel kan vara att intervjuaren uppmärksammar sådant som informanten upplever som självklart, medan en nackdel kan vara det ökade sociala avståndet mellan intervjuare och informant vad gäller språk, historia, traditioner och sedvänjor (46). Det

finns en risk att informanten under intervjuerna gav det svar som hon trodde att författaren ville höra. En annan möjlighet är att informanten kände sig uppmärksammad genom intervjusituationen och att det påverkade förhållandet mellan informanten och författaren till det positiva. Då informanterna tillfrågades i slutet av intervjuerna hur de hade upplevt samtalet svarade de alla att det hade varit en positiv upplevelse, att det hade varit skönt att prata med någon som lyssnade uppmärksamt. En kvinna svarade att det inte kändes som en intervju utan snarare som ett samtal mellan två väninnor. Författaren gick efter intervjuerna igenom sina frågor och sitt eget agerande för att ha en möjlighet att förbättra och förändra sin teknik och sina frågor inför kommande intervju. En e-dagbok med veckoreflektioner utbyttes med handledaren. Handledaren gav också feedback på hur frågor och bekräftelser till informanten kunde omformuleras för att öka objektiviteten, öppenheten och det empatiska förhållningssättet. Viss förändring, som har beskrivits tidigare i arbetet, skedde i hur frågorna ställdes, dock inte så stora att de förändrade informanternas svar nämnvärt. Optimalt skulle ha varit om flera intervjuer hade kunnat utföras med samma informant för att få en möjlighet att skapa en större tillit och också fördjupa sig i tidigare svar samt ställa nya frågor. På grund av tidsbrist var detta inte möjligt under denna studie och det var inte heller syftet med den. Att ta i beaktande var att studien utfördes under höst- och vinterhalvåret 2013. Eventuellt kan den kalla och mörka årstiden ha färgat resultaten genom en inverkan på informanternas psykiska och fysiska hälsa.

Under åtta av intervjuerna användes professionell tolk. Författaren tydliggjorde för tolkarna vikten av att översätta ordagrant allt det informanterna sade även om det innebar att de inte svarade på frågan. Om författaren uppfattade det som att informanten inte hade förstått frågan upprepades den med en omformulering och en förklaring. En intervju utfördes med telefontolkning vilket försvårade kommunikationen mellan författaren och informanten då det var en ovan situation för båda parter. Tolkning innebär alltid att viss fakta försvinner vid felöversättning samt att känslor och nyanser till stor del går förlorat. En förlust av dessa komponenter medför att endast en manifest tolkning av intervjumaterialet var möjlig. Tre intervjuer utfördes på engelska vilket varken var modersmål för författaren eller informanterna. Detta kan ha medfört språkförbistringar och således en viss feltolkning av frågor och svar.

Vid två intervjuer tog författaren minnesanteckningar då informanterna inte ville att samtalet skulle spelas in och vid ytterligare två intervjuer togs minnesanteckningar men då på grund av

en teknisk miss med inspelningsapparaten. Vid framtida studier bör två inspelningsapparater användas för att undvika att viktig information går förlorad på grund av tekniskt missöde. Då författaren överförde minnesanteckningarna till transkriberat material gjordes detta inte ordagrant, men endast det som författaren säkert kom ihåg eller hade skrivit ner togs med. Dessa transkriberingar blev således kortare och inte lika informativa som de från inspelningarna och få citat kunde användas från dessa intervjuer. En viss tolkning gjordes av författaren både vid antecknandet och vid transkriberingen och det finns således en risk att materialet kan ha förvrängts eller påverkats, något som skulle ha en negativ inverkan på studiens tillförlitlighet. Särskilt stor är risken för detta vid de två intervjuer där det uppstod problem med inspelningsapparaten och då minnesanteckningar togs i efterhand. Mättnad uppnåddes dock även utan dessa två intervjuer och det ansågs därför inte nödvändigt att göra om dem.

Studiens styrkor

En kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer var en design som lämpade sig väl för denna studie då kvinnliga EU-migranternas hälso- och vårdssituation var något som kunde förstås utifrån deltagarnas egna upplevelser och erfarenheter (33). Rekryteringen med direkt tillfrågning av de kvinnliga deltagare som för dagen befann sig på Crossroads passade bra då antalet kvinnor i verksamheten inte var särskilt många. De flesta deltagarna på Crossroads befinner sig mellan 41-45 år och de vanligaste ursprungsländerna är Rumänien, Marocko och Nigeria (Crossroads, Stockholm, internt material). Denna studie inkluderade informanter från samtliga dessa nationer samt ytterligare tre olika länder och de flesta kvinnorna befann sig mellan 40-49 år. Informanterna gav således en representativ bild av studiepopulationen. Andelen tredjelandsmedborgare som rekryterades var 45 %, vilket stämmer relativt väl överens med andelen tredjelandsmedborgare på Crossroads som är 60 % (Crossroads, Stockholm, internt material). Statistiken från Crossroads kan dock bli något missvisande för kvinnor då 90 % av deltagarna är män (Crossroads, Stockholm, internt material). Separat statistik för män och kvinnor vore önskvärt.

Att studien är den första på området samt att tillräckligt med kvalitativ data insamlades för att mättnad kunde uppnås är två styrkor med studien. Analysen av materialet utfördes av författaren själv men med stöd av handledaren. Vid ett tillfälle deltog fem studenter i ett seminarium där bland annat den kvalitativa innehållsanalysen av från studien avidentifierat transkriberat material diskuterades. Kategorier och underkategorier togs fram i samråd med

handledaren för att säkerställa de skulle täcka all relevant data. Ytterligare en styrka med studien var de två valideringar som genomfördes med målgruppen samt med EU-vägledarna. Dessa två valideringar bekräftade de resultat som framkommit vid de individuella intervjuerna vilket således ökade studiens trovärdighet (35).

Tillförlitlighet, trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet

Graneheim och Lundman beskriver i sin artikel hur tillförlitlighet ”trustworthiness” kan uppnås i kvalitativa studier, likaså presenteras det enligt deras exempel under rubriken ”Analys och tillförlitlighet” i denna rapport (35). Denna studie uppnår en hög trovärdighet ”credibility” då studiedesignen väl passade sitt syfte, informanterna presenterade en bredd i vad gällde ålder och nationalitet, mängden data som insamlades var omfattande och uppnådde mättnad och handledaren assisterade under analysprocessen för att få passande meningsbärande enheter samt kategorier och underkategorier som täckte relevant data (35). Att en validering genomfördes samt att citat användes under resultatpresentationen ökade också studiens trovärdighet (35). En studies pålitlighet ”dependability” påverkas av om den data som undersöks ändras under studiens lopp eller om forskaren är inkonsekvent i sina beslut under analysprocessen (35). Då materialinsamlingen till denna studie endast pågick under en månads tid torde inte data ha hunnit ändras så mycket att det påverkat studiens pålitlighet. Att författaren var konsekvent i sina beslut under analysprocessen säkerställdes genom handledarens korrekturläsningar av det analyserade materialet. Överförbarheten ”transferability” i studien påverkas av hur noga resultaten presenteras och om citat används för att belysa dem (35). Detta för att läsaren ska kunna göra egna tolkningar av resultaten för att avgöra till vilket sammanhang de kan överföras (35). Presentationen av resultaten i denna studie möjliggör att läsaren kan göra sin egen tolkning och överföra och applicera resultaten till andra målgrupper som har likheter med de kvinnliga EU-migranterna.

Praktiska tillämpningar

Då denna studie är en första kartläggning av kvinnliga EU-migranternas självupplevda hälso- och vårdssituation är förhoppningen att den kan komma att användas i ett förändrings- och förbättringsarbete, dels på en politisk nivå och dels som information till studenter på läkarprogrammet, läkare och annan vårdpersonal som möter dessa personer inom sitt yrke. En förbättring av kvinnornas situation kan på sikt även leda till en förbättring i levnadsvillkoren för de barn som följer med dessa kvinnor till Sverige.

Fortsatt forskning

Det har framkommit att det finns ett behov av fortsatta studier kring kvinnliga EU-migranternas situation och framförallt då till vilken utsträckning de utsätts för våld och/eller sexuella övergrepp och hur de påverkas av detta samt vilken hjälp de kan få. Förebyggande forskning, om hur det genom utbildning kring våld och utsatthet går att stärka kvinnans autonomi, behövs också. Något som dessutom fortfarande är ett outforskat område och som utslöts i detta arbete är hur situationen är för de barn som kommer till Sverige som EU-migranter. Ytterligare studier behövs för att belysa deras hälsosituation. Dessa studier kan med fördel utformas som kvalitativa studier då forskningen skulle beröra områden som fortfarande är relativt outforskade och det bland annat är erfarenheter och attityder som ska studeras (33). Utöver detta skulle en retrospektiv studie genom granskning av journalmaterial från besök hos läkare och sjuksköterska på Crossroads efter 2011 kasta ytterligare ljus över vilka åkommor EU-migranterna söker för och vilket vårdbehov de har. I en sådan studie skulle även material från Läkare i Världens klinik för EU-migranter kunna inkluderas. Av värde skulle också vara att utföra en kvalitativ studie med intervjuer med den vårdpersonal som möter EU-migranter, för att utvärdera deras syn på målgruppen och vilka resurser och kunskaper som krävs för att möta den.

Slutsats

Resultaten av studien visade att kvinnliga EU-migranter var en heterogen grupp där vårdbehoven varierade från att vara obefintliga till att vara livsnödvändiga, de flesta hade dock vårdbehov som kunde tillgodoses på vårdcentralsnivå. Majoriteten av informanterna upplevde sig inte ha psykisk ohälsa, men däremot upplevde de alla en stress över sin bostads- och arbetssituation. Många informanter hade tidigare gjort abort eller fått missfall och nuvarande gynekologiska och reproduktiva problem var relativt vanliga även om inte alla svarade att de led av dem. Få informanter hade kunskaper om sina rättigheter och möjligheter till sjukvård och få innehade EU-sjukförsäkringskortet. De kvinnliga EU-migranterna hade alla en medvetenhet kring hälsofrämjande faktorer men i den situation de nu befann sig i blev hälsan en icke-fråga.

Tack

Jag vill rikta ett stort tack till de kvinnor som på Crossroads och Bällsta boende tog sig tid att delta i intervjuerna och så öppet dela med sig av sina erfarenheter. Tack också till enhetschef

Arto Moksunen på Crossroads samt till samtliga EU-vägledare, volontärer och annan personal för ert varma välkomnande, er hjälp och er uppmuntran under min tid på Crossroads. Slutligen vill jag tacka de studenter som deltog i seminariet den 5 december samt min handledare Solvig Ekblad för hennes outtröttliga engagemang, kunskaper och enorma stöd på alla plan under det här examensarbetet.

Referenser

1. Europaparlamentets och rådets direktiv 2004/38/EG av den 29 april 2004 om unionsmedborgares och deras familjemedlemmars rätt att fritt röra sig och uppehålla sig inom medlemsstaternas territorier och om ändring av förordning (EEG) nr 1612/68 och om upphävande av direktiven 64/221/EEG, 68/360/EEG, 72/194/EEG, 73/148/EEG, 75/34/EEG, 75/35/EEG, 90/364/EEG, 90/365/EEG och 93/96/EEG. Luxemburg: Europeiska unionens officiella tidning; 2004.
2. Hemlöshet : bland utrikesfödda personer utan permanent uppehållstillstånd i Sverige. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
3. Rådets direktiv 2003/109/EG av den 25 november 2003 om varaktigt bosatta tredjelandsmedborgares ställning. Luxemburg: Europeiska unionens officiella tidning; 2003.
4. Europaparlamentets och rådets förordning (EU) nr 265/2010 av den 25 mars 2010 om ändring av konventionen om tillämpning av Schengenavtalet och av förordning (EG) nr 562/2006 vad gäller rörlighet för personer med visering för längre vistelse. Luxemburg: Europeiska unionens officiella tidning; 2010.
5. Rådets förordning (EG) nr 539/2001 av den 15 mars 2001 om fastställande av förteckningen över tredje länder vars medborgare är skyldiga att inneha visering när de passerar de yttre gränserna och av förteckningen över de tredje länder vars medborgare är undantagna från detta krav. Luxemburg: Europeiska unionens officiella tidning; 2001.
6. Think differently - Humanitarian impacts of the economic crisis in Europe. Genève: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies; 2013.
7. Hemlös 2012 : Stockholms stadsmissions årliga hemlöshetsrapport : tredje årgången : tema: EU-medborgare som lever i hemlöshet i Sverige. Stockholm: Stockholms stadsmission; 2012.
8. Folkbokföringslag (1991:481). Stockholm: Finansdepartementet.
9. Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden 2011 – omfattning och karaktär. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
10. Stockholmcrossroads.se [Internet]. Stockholm; 2011 [cited 2013 sep 4]. Available from: <http://stockholmcrossroads.se/article/verksamhet/>.
11. Vårdförmåner i internationella förhållanden. Stockholm: Försäkringskassan; 2006.
12. Rådets förordning (EEG) nr 1408/71 av den 14 juni 1971 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjer flyttar inom gemenskapen Luxemburg: *Europeiska gemenskapernas officiella tidning*; 1971.
13. Rådets förordning (EEG) nr 574/72 av den 21 mars 1972 om tillämpningen av förordning (EEG) nr 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda eller deras familjer flyttar inom gemenskapen. Luxemburg: Europeiska gemenskapernas officiella tidning; 1972.

14. 2003/751/EG: Beslut nr 189 av den 18 juni 2003 om att ersätta de blanketter som behövs för att tillämpa rådets förordningar (EEG) nr 1408/71 och (EEG) nr 574/72 i fråga om tillgång till vård vid tillfällig vistelse i en annan medlemsstat än den behöriga medlemsstaten eller bosättningslandet med det europeiska sjukförsäkringskortet. Luxemburg: Europeiska unionens officiella tidning; 2003.
15. Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen Luxemburg: Europeiska unionens officiella tidning; 2004.
16. Europaparlamentets och rådets förordning (EU) nr 1231/2010 av den 24 november 2010 om utvidgning av förordning (EG) nr 883/2004 och förordning (EG) nr 987/2009 till att gälla de tredjelandsmedborgare som enbart på grund av sitt medborgarskap inte omfattas av dessa förordningar. Luxemburg: Europeiska unionens officiella tidning; 2010.
17. Rådets förordning (EG) nr 859/2003 av den 14 maj 2003 om utvidgning av bestämmelserna i förordning (EEG) nr 1408/71 och förordning (EEG) nr 574/72 till att gälla de medborgare i tredje land som enbart på grund av sitt medborgarskap inte omfattas av dessa bestämmelser. Luxemburg: Europeiska unionens officiella tidning; 2003.
18. Socialförsäkringsbalken (2010:110). Stockholm: Socialdepartementet; 2010.
19. Sjuk vid tillfällig vistelse utomlands. Försäkringskassan; 2013 [updated 2013 jan 16; cited 2013 oct 27]. Available from: http://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/a841b503-f6d0-4173-9dfe-ddae19e7e173/ul_4082_sjuk_vid_tillfallig_vistelse_utomlands.pdf?MOD=AJPERES.
20. Europaparlamentets och rådets förordning (EG) 987/2009 av den 16 september 2009 om tillämpningsbestämmelser till förordning (EG) nr 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen. Luxemburg. Europeiska unionens officiella tidning; 2009.
21. Lag (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet. Stockholm: Socialdepartementet; 2013.
22. Lag om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. (SFS 2013:407). Stockholm: Socialdepartementet; 2013.
23. Socialstyrelsen.se. Stockholm: Socialstyrelsen; [updated 2013 july 1; cited 2013 sep 7]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2013juli/fran1julifarpapperslosarattillhalso-ochsjukvardsomintekankvanta>.
24. Läkare i Världen - Kliniken. Stockholm; 2012 [cited 2013 nov 5]. Available from: http://lakareivarlden.org/?page_id=11.
25. Läkare i Världen öppnar klinik för EU-migranter och tredjelandsmedborgare i Stockholm. Stockholm: Läkare i Världen; 2014 [updated 2014 jan 14; cited 2014 jan 16]. Available from: <http://lakareivarlden.org/?p=1265>.
26. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. Lancet. 2013;381(9873):1235-45. doi: 10.016/S0140-6736(12)62086-8. Epub 2013 Mar 27.
27. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. Lancet. 2012;380(9846):1011-29.
28. Dooley D, Fielding J, Levi L. Health and unemployment. Annu Rev Public Health. 1996;17:449-65.
29. John W, Law K. Addressing the health needs of the homeless. Br J Community Nurs. 2011;16(3):134-9.

30. Sun S, Irestig R, Burstrom B, Beijer U, Burstrom K. Health-related quality of life (EQ-5D) among homeless persons compared to a general population sample in Stockholm County, 2006. *Scand J Public Health*. 2012;40(2):115-25.
31. Li XJ, Sundquist J, Sundquist K. Immigrants and Preterm Births: A Nationwide Epidemiological Study in Sweden. *Maternal and Child Health Journal*. 2013;17(6):1052-8.
32. Tornhamre S. "Vi är de främsta vårdarna av vår egen hälsa" En explorativ studie av vårdbehov samt självupplevd hälso- och vårdsituation bland EU-migranter i Stockholm. Examensarbete HT 2012, Karolinska Institutet, Stockholm.
33. Malterud K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *Lancet*. 2001;358(9279):397-400.
34. Kvale S, Brinkmann S, Torhell S-E. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur; 2009.
35. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105-12.
36. Sands RG BJ, Roer-Strier D. Crossing Cultural Barriers in Research Interviewing. *Qualitative Social Work*. 2007;6(3):353-72.
37. Papadopoulos I, Lees S. Developing culturally competent researchers. *Journal of Advanced Nursing*. 2002;37(3):258-64.
38. Kirchner T, Patino C. Stress and depression in Latin American immigrants: the mediating role of religiosity. *Eur Psychiatry*. 2010;25(8):479-84.
39. Keller A, Litzelman K, Wisk LE, Maddox T, Cheng ER, Creswell PD, et al. Does the perception that stress affects health matter? The association with health and mortality. *Health Psychol*. 2012;31(5):677-84.
40. Kroenke K. Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2003;12(1):34-43.
41. Bagayogo IP, Interian A, Escobar JI. Transcultural aspects of somatic symptoms in the context of depressive disorders. *Adv Psychosom Med*. 2013;33:64-74.
42. Keygnaert I, Guieu A, Ooms G, Vettenburg N, Temmerman M, Roelens K. Sexual and reproductive health of migrants: Does the EU care? *Health Policy*. 2013. Epub ahead of print.
43. Proposal for a Council Recommendation On Establishing a Youth Guarantee /* COM/2012/0729 final - 2012/0351 (NLE). Brussels: The Council of the European Union; 2012.
44. Burström B. *Hälsa och livsvillkor bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län*. Stockholm: Centrum för folkhälsa; 2007.
45. Prosman GJ, Jansen SJ, Lo Fo Wong SH, Lagro-Janssen AL. Prevalence of intimate partner violence among migrant and native women attending general practice and the association between intimate partner violence and depression. *Fam Pract*. 2011;28(3):267-71.
46. McAvoy L, Winter PL, Outley CW, McDonald D, Chavez DJ. Conducting research with communities of color. *Society & Natural Resources*. 2000;13(5):479-88.

Intervjuguide

Projekttitel: Självpupplevd psykisk och reproduktiv hälsa samt självupplevt vårdbehov bland kvinnliga EU-migranter - En kvalitativ studie på Crossroads och Bällsta boende i Stockholm

1. Vad betyder hälsa för dig?
2. När mår du bra? Ge exempel.
3. Hur mår du idag?
4. Berätta hur du mådde innan du kom till Sverige? Ge exempel.
5. Hur har migrationen påverkat dig när det gäller din hälsa?
 - a. Ge exempel.
 - b. Varför bestämde du dig för att resa till Sverige?
 - c. Beskriv situationer på vägen hit och efter ankomst.
 - d. Vad gör du för att förebygga din ohälsa idag? Ge exempel.
6. Har du besökt sjukvården efter ankomst till Sverige?
 - a. Av vilken anledning? Gynekologiska/Psykiska besvär?
 - b. Fick du den hjälp du behövde?
 - c. Vad fick du för bemötande?
 - d. Vilka frågor hade du önskat att vårdpersonal ställde till dig?
 - e. Var det något du saknade i vårdmötet?
7. Vad har du för möjligheter att söka/få sjukvård i Sverige? Vad känner du till om dina rättigheter till sjukvård?
8. Berätta hur en typisk dag ser ut för dig. Vad ska du göra efter intervjun?
9. Upplever du själv att du har psykiska problem? Ge exempel.
 - a. Har du haft psykiska problem förut?
 - b. Har någon i din släkt psykiska problem?
 - c. Har du fått/får du behandling för detta? Ge exempel på behandlingen.
10. Upplever du att du har gynekologiska problem?
 - a. Har du haft gynekologiska problem förut?
 - b. Upplever du att du kan få hjälp med dem här i Sverige?
11. Hur många barn har du?
 - a. Var föddes dina barn?

- b. Hur var förlossningen?
 - c. Bor du tillsammans med dina barn?
12. Hur många gånger har du varit gravid?
- a. Har du fått missfall?
 - b. Har du gjort abort?
 - c. Har något av dina barn gått bort? Om så, varför?
 - d. Har något/några av dina barn blivit omhändertagna? Om så, av vem?
13. Använder du preventivmedel?
14. Vad rekommenderar du till en kvinna i din situation för att förebygga ohälsa?
15. Om du träffar kvinnor i en liknande situation som du är i, vad brukar ni prata om? Ge exempel.
16. Övrigt? Är det något annat du vill tillägga/berätta om?
17. Utvärdering – Hur upplevde du intervjun?
18. Frågor att ställa till sist
- a. Hur gammal är du?
 - b. Vad har du för utbildning?
 - c. Vad jobbade du med i ditt hemland?
 - d. Har du jobbat här sen ankomsten?
 - e. När kom du till Sverige?

Informationsblad

Projekttitel: Självupplevd psykisk och reproduktiv hälsa samt självupplevt vårdbehov bland kvinnliga EU-migranter - En kvalitativ studie på Crossroads och Bällsta boende i Stockholm

Till dig som är kvinna och EU-migrant och besöker Crossroads eller Bällsta boende i Stockholm.

Bakgrund

Vi är en grupp forskare på Karolinska Institutet som kommer att handleda en läkarstudent som ska göra sitt examensarbete under höstterminen 2013. Syftet med studien är att studera kvinnliga EU-migranternas psykiska och fysiska hälsa, hur stort vårdbehovet är samt vilken tillgång det finns till sjukvård. Detta kommer vi att göra genom intervjuer med kvinnliga EU-migranter på Crossroads alternativt Bällsta boende. Du som kvinna och EU-migrant kommer i dessa intervjuer att få berätta om hur du upplever din hälsa, ditt behov av sjukvård samt dina möjligheter till att få vård här i Sverige.

Vad innebär det att delta?

Ditt val att delta (eller att inte delta) i studien kommer inte att påverka din vistelse på Crossroads alternativt Bällsta boende eller din vård. Att delta i studien innebär att du blir intervjuad på en plats som du föredrar på Crossroads eller Bällsta boende av en läkarstudent kring frågor som rör din hälsa och din erfarenhet av vården sen du kom till Sverige. En oberoende auktoriserad tolk kommer att finnas med vid behov. Intervjun spelas in på band.

Fördelar/Nackdelar

Intervjun tar cirka 30-60 min. Fördelen med att delta i studien är att du får en möjlighet att dela med dig av dina erfarenheter samt att ta du kan ta del av andras i och med publicering av materialet och med en sammanfattning på ditt modersmål.

Konfidentialitet

Intervjuerna kommer att aidentifieras och presenteras på gruppnivå så att det inte ska gå att känna igen deltagarna i studien. Inga namn eller känsliga persondata kommer att redovisas. Ansvarig för de insamlade samtyckesblanketterna och de inspelade intervjuerna är Karolinska Institutet (medicinskt universitet i Solna, Stockholm). Dessa kommer att behandlas så att inga obehöriga kan ta del av dem. Inspelningen av intervjun kommer att förstöras efter att examensarbetet är godkänt.

Om du uppger din e-postadress eller telefonnummer kommer vi att kontakta dig när studien är slutförd så att du kan få ta del av den. Du kommer också att få tillgång till den på Crossroads eller Bällsta boende om du inte vill uppge dina kontaktuppgifter.

Ersättning

Du kommer inte att få någon ersättning för att delta i studien.

Frivillighet

Att delta i projektet är helt frivilligt. Du kan när som helst under intervjun, utan förklaring, avbryta ditt deltagande i studien.

Stockholm den 13 september 2013

Ansvarig för studien är:

Solvig Ekblad, Docent
Institutionen LIME, enheten Cultural Medicine
Karolinska Institutet, Tel: 08-524 83614, E-post: solvig.ekblad@ki.se

Samtycke till deltagande i studien

Projekttitel: Självpupplevd psykisk och reproduktiv hälsa samt självupplevt vårdbehov bland kvinnliga EU-migranter - En kvalitativ studie på Crossroads och Bällsta boende i Stockholm

Jag har fått information om studien, fått tillfälle att ställa frågor och fått frågorna besvarade.

Jag är medveten om att mitt deltagande i studien är helt frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.

Jag samtycker till att ni använder mina svar för att kunna sammanställa resultaten av studien på gruppnivå. När examensarbetet är godkänt förstör ni listan med mina personuppgifter och inspelade band.

Sätt ett kryss i lämplig ruta nedan:

Ålder:

18-29 år

30-39 år

40-49 år

50-59 år

60- år

Härmed samtycker jag till att delta i studien.

Ort och datum:

.....

Deltagare, signatur

.....

Mobilnummer/e-post (frivilligt)

.....

Ansvarig för intervjuerna, signatur

.....

Julia Carlsson, Läkarestudent, termin 7, Karolinska Institutet

Informationsblad

Fokusgruppintervju – Kvinnliga EU-migranter

Projekttitel: Självupplevd psykisk och reproduktiv hälsa samt självupplevt vårdbehov bland kvinnliga EU-migranter - En kvalitativ studie på Crossroads och Bällsta boende i Stockholm

Till er som är kvinnor och EU-migranter och besöker Crossroads eller Bällsta boende i Stockholm.

Bakgrund

Vi är en grupp forskare på Karolinska Institutet som handleder en läkarstudent som gör sitt examensarbete under höstterminen 2013. Syftet med studien är att studera kvinnliga EU-migranterns fysiska och psykiska hälsa, hur stort vårdbehovet är samt vilken tillgång det finns till sjukvård. Detta har gjorts genom enskilda intervjuer med kvinnliga EU-migranter på Crossroads alternativt Bällsta boende. Gruppintervjuer kommer sedan att genomföras för att testa materialets styrka. Ni som är kvinnor och EU-migranter kommer i denna gruppintervju att få berätta om hur ni upplever er hälsa, ert behov av sjukvård samt era möjligheter till att få vård här i Sverige. Ni kommer även att få berätta om ni känner igen er eller inte i den information som presenteras.

Vad innebär det att delta?

Ert val att delta (eller att inte delta) i studien kommer inte att påverka er vistelse på Crossroads eller Bällsta boende eller er vård. Att delta i studien innebär att ni blir intervjuade tillsammans i en grupp på en plats på Crossroads av en läkarstudent kring frågor som rör er hälsa och er erfarenhet av vården sen ni kom till Sverige. En oberoende auktoriserad tolk kommer att finnas med vid behov. Intervjun spelas in på band.

Fördelar/Nackdelar

Intervjun tar cirka 30-60 min. Fördelen med att delta i studien är att ni får en möjlighet att dela med er av era erfarenheter samt att ta ni kan ta del av andras.

Konfidentialitet

Intervjun kommer att avidentifieras och presenteras på gruppnivå så att det inte ska gå att känna igen deltagarna i studien. Inga namn eller känsliga persondata kommer att redovisas. Ansvarig för de insamlade samtyckesblanketterna och de inspelade intervjusvaren är Karolinska Institutet (medicinskt universitet i Solna, Stockholm). Dessa kommer att behandlas så att inga obehöriga kan ta del av dem. Inspelningen av intervjun kommer att förstöras efter att examensarbetet är godkänt.

Ersättning

Ni kommer inte att få någon ersättning för att delta i studien.

Frivillighet

Att delta i projektet är helt frivilligt. Du kan när som helst under intervjun, utan förklaring, avbryta ditt deltagande i studien.

Stockholm den 1 november 2013

Ansvarig för studien är:

Solvig Ekblad, Docent
Institutionen LIME, enheten Cultural Medicine
Karolinska Institutet, Tel: 08-524 83614, E-post: solvig.ekblad@ki.se

Informationsblad

Fokusgruppintervju – EU-vägledare

Projekttitel: Självupplevd psykisk och reproduktiv hälsa samt självupplevt vårdbehov bland kvinnliga EU-migranter - En kvalitativ studie på Crossroads och Bällsta boende i Stockholm

Till dig som är EU-vägledare och som arbetar på Crossroads i Stockholm.

Bakgrund

Vi är en grupp forskare på Karolinska Institutet som kommer att handleda en läkarstudent som gör sitt examensarbete under höstterminen 2013. Syftet med studien är att studera kvinnliga EU-migranternas fysiska och psykiska hälsa, hur stort vårdbehovet är samt vilken tillgång det finns till sjukvård. Detta har gjorts genom enskilda intervjuer med kvinnliga EU-migranter på Crossroads och Bällsta boende. Gruppintervjuer kommer sedan att genomföras för att testa materialets styrka. Du som EU-vägledare och som arbetar på Crossroads kommer i denna gruppintervju att få berätta om dina erfarenheter av målgruppen samt om du känner igen dig i det material som presenteras.

Vad innebär det att delta?

Att delta i studien innebär att du blir intervjuad tillsammans i en grupp med andra EU-vägledare på en plats på Crossroads av en läkarstudent kring frågor som rör era möten och erfarenheter av kvinnliga EU-migranter. Intervjun spelas in på band.

Fördelar/Nackdelar

Intervjun tar cirka 30-60 min. Fördelen med att delta i studien är att du får en möjlighet att dela med dig av dina erfarenheter i ämnet.

Konfidentialitet

Intervjun kommer att avidentifieras och presenteras på gruppnivå så att det inte ska gå att känna igen deltagarna i studien. Inga namn eller känsliga persondata kommer att redovisas. Ansvarig för de insamlade samtyckesblanketterna och de inspelade intervju svaren är Karolinska Institutet (medicinskt universitet i Solna, Stockholm). Dessa kommer att behandlas så att inga obehöriga kan ta del av dem. Inspelningen av intervjun kommer att förstöras efter att examensarbetet är godkänt.

Ersättning

Du kommer inte att få någon ersättning för att delta i studien.

Frivillighet

Att delta i projektet är helt frivilligt. Du kan när som helst under intervjun, utan förklaring, avbryta ditt deltagande i studien.

Stockholm den 1 november 2013

Ansvarig för studien är:

Solvig Ekblad, Docent
Institutionen LIME, enheten Cultural Medicine
Karolinska Institutet, Tel: 08-524 83614, E-post: solvig.ekblad@ki.se

Intervjuguide

Fokusgruppintervju – Kvinnliga EU-migranter

Projekttitel: Självupplevd psykisk och reproduktiv hälsa samt självupplevt vårdbehov bland kvinnliga EU-migranter - En kvalitativ studie på Crossroads och Bällsta boende i Stockholm

Tillägg till svaren: Ge exempel, berätta vidare etc.

Berätta om tabellen med resultatet först

1. Vad betyder hälsa för er?
2. Vad påverkar er hälsa här i Sverige?
3. Vad upplever ni att ni har för möjligheter att själva påverka er hälsa?
4. Hur upplever ni att er kontakt med det svenska samhället är? Vad behövs för att förändra den här kontakten?
5. Vad har ni för kunskap om era rättigheter till vård här i Sverige?
6. Om ni har besökt vården här i Sverige, vad fick ni för bemötande?
7. Upplever ni att ni själva eller andra kvinnor som ni träffar här på Crossroads lider av stress, oro, nedstämdhet eller ångest?
8. Upplever ni att ni själva eller andra kvinnor som ni träffar här på Crossroads har gynekologiska problem?
9. Om ni träffar varandra här på Crossroads eller någon annanstans, vad brukar ni prata om?
10. Vad skulle ni ge varandra för rekommendationer för att förebygga ohälsa?
11. Övrigt. Frågor?
12. Hur upplevde ni den här intervjun?

Intervjuguide

Fokusgruppintervju – EU-vägledare

Projekttitel: Självupplevd psykisk och reproduktiv hälsa samt självupplevt vårdbehov bland kvinnliga EU-migranter - En kvalitativ studie på Crossroads och Bällsta boende i Stockholm

Tillägg till svaren: Ge exempel, berätta vidare etc.

Berätta om tabellen med resultatet först

1. Hur upplever ni att målgruppen ser på sin hälsa?
2. Hur upplever ni att målgruppen mår?
3. Vad tror ni påverkar hälsan hos dessa kvinnor?
4. Hur tror ni att de själva försöker påverka sin hälsa?
5. Vad tror ni de vet om sina rättigheter till vård?
6. Hur tror ni att målgruppens vårdbehov ser ut?
 - a. Psykisk ohälsa?
 - b. Gynekologisk ohälsa? Missfall. Abort.
7. Var hänvisar ni kvinnor som är i behov av vård?
8. Hur tror ni att målgruppen bemöts i vården?
9. Övrigt.
10. Hur upplevde ni den här intervjun?