

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

Julia Carlsson¹ Solvig Ekblad²

¹Läkarlinjen termin 7, Karolinska Institutet, Stockholm. E-post: julia.carlsson@stud.ki.se. ²Leg psykolog, docent vid Karolinska Institutet, Institutionen för Lärande, Informatik, Management och Etik (LIME), Stockholm. E-post: solvig.ekblad@ki.se.

Den ekonomiska krisen i Europa har lett till att antalet EU-migranter i Sverige har ökat kraftigt. EU-migranter utgör en riskgrupp för ohälsa då många hamnar i hemlöshet och/eller arbetslöshet. Vårt syfte var att kartlägga den självupplevda psykiska och reproduktiva hälsan och möjligheten till sjukvård för kvinnliga EU-migranter i Stockholm. Elva semistrukturerade intervjuer utfördes och spelades in, transkriberades samt analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Temat "Överlevnad till priset av ohälsa" framkom. Gynekologiska problem var vanligt förekommande men inte alltid en orsak till lidande. Få informanter upplevde att de kunde relatera till begreppet psykisk ohälsa. Majoriteten kände stress över sin sociala och ekonomiska utsatthet. Ett vårdbehov fanns, men tillgodosågs inte fullt ut på grund av avsaknad av EU-sjukförsäkringskortet.

Due to the European economic crisis, EU migrants in Sweden have grown in number. EU migrants constitute a risk group for poor health due to unemployment and/or homelessness. Our aim was to identify the self-perceived psychological and reproductive health and the access to health care amongst female EU migrants in Stockholm. Eleven semi-structured interviews were conducted, recorded, transcribed and analysed using qualitative content analysis. The theme "Survival at the price of poor health" emerged. Gynaecological problems were common but not always a cause of suffering. Few could relate to the concept of mental illness. Many felt stressed about their social and economic vulnerability. A need for health care was identified but not fully met because of lack of the European health insurance card.

Introduktion

Den ekonomiska krisen i Europa har resulterat i att många människor utnyttjar den fria rörligheten inom EU och flyttar på sig i hopp om att hitta arbete och försörjning [1, 2]. Denna

migration har gett upphov till begreppet EU-migranter. EU-migranter definieras som personer som har uppehållstillstånd eller medborgarskap i ett annat EU/EES-land än vilket de för

tillfället befinner sig i [1]. EU-migranter kan alltså vara både EU-medborgare och tredjelandsmedborgare [1]. EU-medborgare är personer som är medborgare i en EU-medlemsstat och tredjelandsmedborgare är alla som har ett medborgarskap i ett land utanför EU [1].

De tre vanligaste ursprungsländerna för EU-migranter i skrivande stund är Rumänien, Polen och Spanien [1]. Tredjelandsmedborgare har på senare tid också börjat utgöra en stor del av EU-migranterna [3]. Av de EU-migranter som kommer till Sverige har 70 % en yrkesutbildning och 15 % är akademiker [3]. På grund av en rad utestängande strukturer på arbetsmarknaden hamnar många EU-migranter i arbetslöshet [1]. Arbetslösheten kan i sin tur leda till hemlöshet, något som blir särskilt problematiskt under vinterhalvåret då EU-migranter inte omfattas av den tak-över-huvud garanti som gäller för svenska hemlösa [1, 3]. Crossroads i Stockholm drivs av Stockholms Stadsmission i samarbete med bland andra Arbetsförmedlingen, Europeiska Socialfonden och Stockholms Stad och öppnades år 2011 för att möta EU-migranternas specifika behov [1]. Verksamheten fungerar som ett råd- och stödcenter där hemlösa och/eller arbetslösa EU-migranter kan få sina basbehov tillgodosedda, men även hjälp med att komponera CV, söka jobb och komma i kontakt med myndigheter [1, 4]. Då Crossroads inte kan erbjuda sovplatser öppnades Bällsta boende som för en avgift hyr ut enkel- och dubbelrum till hemlösa EU-migranter [1].

Arbetslöshet och hemlöshet är två sociala determinanter som sedan länge är kända att ha en negativ inverkan på fysisk och psykisk hälsa [5-7]. Utöver detta har migranter rapporterats att vara mer mottagbara för till exempel smittbara sjukdomar, arbetsskador och psykisk ohälsa på grund av riskfaktorer som lägre boendestandard, tillfälliga högriskarbeten och migrationsstress [2]. Kvinnliga migranter i Europa har dessutom en högre risk för hälsoproblem vid graviditet och förlossning jämfört med den kvinnliga befolkningen i det land de bor i [2]. För att som EU-migrant vara berättigad subventionerad vård i Sverige krävs det att personen har anställning i Sverige under en längre tid, omfattas av det statliga försäkringssystemet i en EU-medlemsstat eller har en egen sjukförsäkring [8-10]. Personen måste också kunna uppvisa EU-sjukförsäkringskortet (EU-kortet) eller ett provisoriskt intyg som ett bevis på densamma [8, 9]. Många EU-migranter saknar idag EU-kortet och vissa väljer att avstå vård då de inte har de ekonomiska möjligheterna att betala för den [1]. Kunskapsluckorna kring EU-migranternas hälsosituation i sina nya länder är stora och lite information finns särskilt om de kvinnliga EU-migranterna. Syftet med denna studie, som är ett godkänt examensarbete i medicin vid Karolinska Institutet [11], var att undersöka den självupplevda psykiska och reproduktiva hälsan samt den självupplevda möjligheten till sjukvård för kvinnliga EU-migranter som besöker Crossroads och Bällsta boende i Stockholm.

Material och metod

Under perioden 23 september till 25 oktober 2013 genomfördes semistrukturerade intervjuer med kvinnliga EU-migranter i arbetsför ålder som besökte Crossroads eller Bällsta boende i Stockholm. Författaren rekryterade informanter på Crossroads genom direkt tillfrågning av de kvinnor som för dagen befann sig i verksamheten. På Bällsta boende tillfrågades kvinnorna av föreståndaren på boendet. Intervjuerna var individuella och utfördes vid behov med tolk från en oberoende tolkbyrå. Alla intervjuer genomfördes med utgångspunkt i en intervjuguide innehållande öppna frågor utifrån frågeställningarna. Om informanten samtyckte spelades samtalet in, annars togs minnesanteckningar som stöd för den transkribering som efterföljde

varje enskild intervju. Rekryteringen av informanter avslutades vid mättnad. Samtliga intervjuer genomgick därefter kvalitativ innehållsanalys enligt en modell speciellt anpassad till området omvårdnad, se tabell 1 [12]. Analysen utfördes av förste författaren i samarbete med handledaren, andre författaren. Underkategorier, kategorier och tema togs fram i samråd. För att öka studiens tillförlitlighet, validerades resultaten genom intervjuer med ytterligare informanter från målgruppen samt med nyckelpersoner, EU-väglare, som dagligen arbetar på Crossroads [12]. Inspelningarna och minnesanteckningarna från valideringstillfällena transkriberades och genomgick sedan kvalitativ innehållsanalys. Etiskt tillstånd har erhållits i regionala etikprövningsnämnden i Stockholm.

Tabell 1. Exempel på kvalitativ innehållsanalys av material från intervjuer med kvinnliga EU-migranter på Crossroads och Bällsta boende under perioden 23 september till 25 oktober 2013. *Meningsbärande enheter*, det vill säga meningar eller stycken som hör samman genom liknande innehåll, togs fram. Dessa enheter *kondenserades* till att bara innehålla huvudbudskapet. Varje kondenserad enhet fick en kortfattad *kod*, en rubrik. Av koderna skapades sedan *underkategorier* vilka fördes samman till *kategorier*. Kategorier och underkategorier genererade ett övergripande *tema* för materialet [12].

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		

Resultat

Sammanlagt genomfördes elva intervjuer. Medeltiden för en intervju var 49,7 minuter. Informanterna representerade sex olika nationaliteter och var mellan 18-50 år gamla, en var mellan 18-29 år, två mellan 30-39 år och sex mellan 40-49 år. Temat ”Överlevnad till priset av ohälsa” samt fyra kategorier och 14 underkategorier växte fram, dessa redovisas i tabell 2. I valideringen av resultatet deltog fyra kvinnliga informanter och tre EU-väglare. De valideringar som genomfördes bekräftade det resultat som framkommit.

En förändrad livssituation

Existentiell social och ekonomisk utsatthet på olika sätt var vanligt bland informanterna. Många kände sig ensamma och flera informanter vittnade om svårigheter att få ett samordningsnum-

mer och att kommunicera med myndigheter. Några kvinnor hade blivit utnyttjade på arbetsmarknaden, vissa var beroende av olika hjälporganisationer för att klara sin tillvaro och någon tiggade för uppehälle. Avsaknad av svenska kunskaper och få eller ingen möjlighet att införskaffa dem upplevdes som ett handikapp och förlust av autonomi.

”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)

Flytten till Sverige hade för några informanter inneburit en separation från minderåriga barn i hopp om att barnen i ett senare skede skulle kunna följa efter till Sverige. Ett antal kvinnor beskrev positiva förändringar med flyt-

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 och Bällsta boende under perioden 23 september till 25 oktober 2013.

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
		Väld 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

ten. I Sverige kunde främlingsfientligheten vara mindre jämfört med i hemlandet där vissa hade blivit utsatta för diskriminering.

”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. Ni skulle kunna ge oss mer tips och råd, mer information, hur man ska gå till väga.” (Intervju 8)

Självupplevd hälsa

Majoriteten av informanterna kände stress över sin bostads- och arbets-situation. Stressen upplevdes kunna leda till framtida hälsobesvär. I Sverige bodde tre av informanterna i tält/bil medan resterande bodde i andrahandsuthyrningar eller som inneboende, ibland med flera personer som de kände i samma rum. Informanterna hade en tydlig medvetenhet kring hälsa och hälsofrämjande faktorer. Olika copingstrategier hade hos många vuxit fram som ett verktyg för att bemästra tillvaron, det var viktigt att tänka positivt. En del kvinnor hade utsatts för våld i nära relationer.

”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)

Olika stora vårdbehov

Vårdbehoven bland informanterna varierade kraftigt. En del kände sig helt friska, medan flera andra önskade få kontakt med vården. Smärta från rörelseorganet, högt blodtryck, kärilkramp och allvarliga hjärtproblem var något som förekom. Ett par informanter hade känt trötthet och kopplade ihop det med återkommande anemier. Fler-talet av kvinnorna hade gynekologiska problem som till exempel svampinfektion, myom och önskan om abort. Vissa kände sig inte besvärade av de problem de hade, medan andra ville ha vård. Oklarheter kring var det 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, men de flesta ingreppen hade inte skett här i Sverige. Några informanter kunde inte komma ihåg hur många aborter de hade gjort. Svåra komplikationer som uppstått vid aborter, missfall, graviditeter och förlossningar nämndes upprepade gånger.

”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)

Få informanter kände att de kunde relatera till begreppet psykisk ohälsa, men många berättade om stress, trötthet och oro.

”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)

Erfarenheter av svensk sjukvård

Få informanter hade kunskap om sina möjligheter och rättigheter till vård. Vissa svarade att de inte hade hunnit ta reda på det, andra att de inte hade haft behovet. Fyra kvinnor hade tillgång till EU-kortet, två lämnade inga uppgifter och fem hade inget kort. Några informanter hade besökt sjukhus/vårdcentral eller den sjukvårdspersonal som varje onsdag under två timmar befinner sig på Crossroads. Ett antal informanter berättade om hur de hade fått avstå sjukvård av ekonomiska skäl. De informanter som hade besökt vården var nöjda med det bemötande de hade fått.

Diskussion

Denna studie är en första kartläggning över kvinnliga EU-migranternas hälso- och vårdssituation i Stockholm. Ett vårdbehov 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 besvarades av dem. Majoriteten av informanterna upplevde att de inte hade några psykiska besvär, men däremot upplevde många en stress över sin bostads- och arbets-situation.

Trots att de kvinnliga EU-migranterna kunde placeras in i flertalet riskgrupper för psykisk ohälsa upplevde majoriteten att de inte hade några psykiska besvär. Tidigare rapporter om EU-migranter i Stockholm har också konstaterat att förekomsten av psykisk ohälsa är låg [1, 13]. Kunskapen kring kvinnliga migranternas reproduktiva

hälsa är sparsam [2]. De resultat som framkommit i denna studie finner dock stöd i litteraturen [2, 5, 14]. Våra resultat signalerar om ett tydligt behov av abortvård bland unga kvinnor inom EU. Detta bör uppmärksammas då en hög ungdomsarbetslöshet i Europa kan misstänkas leda till en ökad migration bland unga kvinnor och således även växande krav på abortvården i Sverige. WHO rekommenderar att alla kvinnor ska ha tillgång till högkvalitativ och billig reproduktiv vård [5]. Avsaknad av EU-kortet innebär att kvinnliga EU-migranter idag måste betala fullt pris för denna typ av vård [8, 9].

Tidigare studier talar för att kvinnliga migranter och hemlösa kvinnor är sårbara grupper för sexuellt utnyttjande [14, 15]. Ämnet kom upp under valideringen av resultatet med EU-vägledarna, men hade inte framkommit tidigare. Inga frågor ställdes under intervjuerna om sexuellt utnyttjande och således är det möjligt att detta problem inte har uppmärksamats. Fler studier som särskilt inriktar sig på kvinnliga EU-migranternas sexuella hälsa och sexuellt utnyttjande behövs. Det har också föreslagits att kvinnliga migranter utsätts för våld i nära relationer i högre utsträckning än svenskfödda kvinnor [16]. Informanter i denna studie berättade om våld i nära relationer, forskning särskilt inriktad på området behövs dock för att kartlägga detta ytterligare.

I Socialstyrelsens rapport föreslogs att vårdbehoven bland EU-migranterna till största del kan tillgodoses på vårdcentralsnivå [1], något som även re-

sultaten från denna studie indikerade. Liksom Socialstyrelsen kunde visa 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 kunde informanter i denna studie vittna om samma sak [1]. Hälsa och möjligheten att upprätthålla den ses som en mänsklig rättighet [5]. Den lag som i juli 2013 gav tillståndslösa rätt till vård som inte kan anstå inkluderar inte EU-migranterna då de vistas med uppehållsrätt i Sverige [17]. Det finns få organisationer dit EU-migranter idag kan vända sig för medicinsk hjälp. EU-migranterna verkar ha fallit mellan stolarna och ytterligare socialmedicinsk belysning behövs huruvida de hindras i sin mänskliga rättighet till hälsa och välmående.

Referenser

1. Hemlöshet bland utrikesfödda personer utan permanent uppehållstillstånd i Sverige. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013. Artikel- nr: 2013-5-3.
2. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, et al. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet*. 2013;381(9873):1235-45.
3. Hemlös 2012: Stockholms stadsmissions årliga hemlöshetsrapport - Tema: EU-medborgare som lever i hemlöshet i Sverige. Stockholm: Stockholms stadsmission; 2012.
5. Marmot M, Allen J, Bell R, et al. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet*. 2012;380(9846):1011-29.
6. Sun S, Irestig R, Burstrom B, et al. 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.
7. Dooley D, Fielding J, Levi L. Health and unemployment. *Annu Rev Public Health*. 1996;17:449-65.
8. Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen. Luxemburg: Europaparlamentet och rådet; 2004.
9. Vårdförmåner i internationella förhållanden. Stockholm: Försäkringskassan; 2006.
10. Att flytta till Sverige – hinder för den fria rörligheten för EU-medborgare. Stockholm: Kommerskollegium; 2013.
11. Carlsson J. Självupplevd psykisk och reproduktiv hälsa samt självupplevt vårdbehov bland kvinnliga EU-migranter- En kvalitativ studie på Crossroads och Bällsta boende i Stockholm [Examensarbete]. Karolinska Institutet; 2013.
12. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105-12.
13. Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden 2011 – omfattning och karaktär. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. Artikel-nr 2011-12-8.
14. Keygnaert I, Guieu A, Ooms G, et al. Sexual and reproductive health of migrants: Does the EU care? *Health Policy*. 2014;114(2-3):215-25
15. John W, Law K. Addressing the health needs of the homeless. *Br J Community Nurs*. 2011;16(3):134-9.

16. Fernbrant C, Essen B, Ostergren PO, et al. Perceived threat of violence and exposure to physical violence against foreign-born women: a Swedish population-based study. *Womens Health Issues*. 2011;21(3):206-13.
17. Lag om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. (SFS 2013:407). Stockholm: Socialdepartementet; 2013.

Prenumerera på SMT

SMT erbjuder möjligheten att prenumerera på den tryckta upplagan av tidskriften, som utkommer 6 gånger per år och skickas direkt till dig per post. Genom att prenumerera på den tryckta tidskriften kan du tack vare tidskriftens behändiga format lätt ta den med dig och läsa. Att läsa den tryckta versionen kan också ge en mer ingående förståelse för området då det är lätt att bläddra mellan de olika artiklarna och temaredaktörens tanke med hur de olika artiklarna ordnats för att ge läsaren bästa möjliga insikt framgår tydligare. Det är inte bara individer som prenumererar på tidskriften, utan även arbetsplatser, institutioner och organisationer uppskattar den tryckta versionen och lägger ut den i fikarummet för att på så sätt sprida aktuell kunskap till medarbetarna. Vidare uppskattar även biblioteken den tryckta upplagan då den kan göras tillgänglig för studenter och lagras i deras arkiv.

Intäkterna från samtliga prenumerationer används för att täcka kostnaderna för det redaktionella arbetet med bland annat skapande och utgivning av nya temanummer.

Prenumerationerna löper per helår med start från årsskiftet och priserna är:

Helår inom Sverige	600 kr (SEK)
Helår student/doktorand inom Sverige	395 kr (SEK)
Helår inom Europa	750 kr (SEK)
Helår sjukhus/företag/bibliotek	900 kr (SEK)
Helår myndigheter/universitetsbibliotek/landsting/kommuner	1 500 kr (SEK)
Medlemmar i SSF	540 kr (SEK)

Önskar du prenumerera på den tryckta tidskriften – kontakta Redaktionen (redaktionen@socialmedicinsktidskrift.se) och uppge följande i e-postmeddelandet:

- Vilken typ av prenumeration som önskas
- Prenumerantens namn
- Leveransadress
- Eventuell Fakturaadress
- Önskat startdatum för prenumerationen
- E-postadress.