



GÖTEBORGS UNIVERSITET

KANDIDATUPPSATS I GLOBALA STUDIER

Hinder och begränsningar för flyktingkvinnor i Sverige att uppnå sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR)

En kvalitativ undersökning om flyktingkvinnors barriärer till SRHR-vård

Författare: Nadia Lazaroo
Handledare: Johan Wedel
Kandidat i Globala Studier
vid Göteborgs Universitet, 15 hp
Vårterminen 2020
Ordantal: 14 830

Abstract

Health is a universal human right which includes one's sexual and reproductive health and rights (SRHR). It is covered in the UN's Sustainable Development Goals as a vital part for women's health, yet for many women these rights are not followed through. This is highlighted as a result of gender inequality. Even in a high income and an industrialized country as Sweden, the healthcare is not equal. Refugee women struggle to obtain the same rights within SRHR as the rest of the citizens. Therefore, many refugee women rely on non-profit organizations to receive the healthcare they need.

The purpose of this study is to analyze the barriers refugee women have when seeking SRHR related care and treatment in Sweden. This has been done through a qualitative study by interviewing informants who work closely with refugee women's SRHR. Using social science theories, and in particular feminist theories, suitable concepts have helped analyzing the reasons for refugee women's situation and the barriers they face, through the informants' responses.

The result shows that internal and structural barriers discourage refugee women to seek help for SRHR related care and treatment. This includes self-shame, limited knowledge, financial difficulties and cultural misunderstandings. Moreover, the thesis indicates that the issue must be understood in a gendered and intersectional context as refugee women's engagement in healthcare is impacted negatively due to societies patriarchal structures and racism. To promote a better healthcare for this vulnerable group, caregivers need information and training about refugee women's complex situation. Furthermore, Sweden needs to inform the women about their rights as a lack of knowledge surrounding their rights in the state is high among refugee women.

Keywords: *Sexual and Reproductive Health and Rights, SRHR, refugee women, Sweden, healthcare, gender*

Förord

Jag vill tacka min handledare, Johan Wedel, för att ha hjälpt mig under hela kandidatuppsatsens gång. Johans engagemang, återkopplingar och uppmuntrande samtal varit till stor hjälp och gjort att jag kunnat genomföra denna uppsats. Direktiven jag fick är ovärderliga och något jag kommer att ha med mig under hela min akademiska framtid.

En stor tacksamhet går även ut till mina informanter som ställt upp på intervjuer. Trots att de varit extra upptagna i vårdarbetet till följd av pandemin Covid-19 har de ägnat tid åt att hjälpa mig med uppsatsen genom att bidra med sin expertis och möjliggjort hela uppsatsen.

Innehållsförteckning

Förkortningar	6
1. Introduktion	7
1.1 Bakgrund	7
1.1.1 Sveriges nationella arbete	7
1.2 Definitioner.....	8
1.2.1 Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR)	8
1.2.2 Flyktingar och dess rätt till vård.....	9
1.3 Disposition.....	10
2. Problemformulering, syfte och frågeställningar	11
2.1 Problemformulering avseende flyktingkvinnors brist på SRHR	11
2.1.1 Vikten av ideella organisationer.....	12
2.2 Syfte och frågeställningar	12
3. Tidigare forskning	13
4. Teori, analytiskt ramverk och jämförande forskning	15
4.1 Feministisk teoribildning.....	15
4.2 Genus och begreppet ' <i>gender inequality</i> '	15
4.2.1 Sexuellt våld och exploatering	16
4.3 Strukturellt våld och diskriminering	17
4.3.1 Intersektionell feminism	18
4.4 Patriarkala strukturer i samhället	19
4.4.1 Socioekonomisk status.....	20
4.4.2 Utbildning	20
4.4.3 Kvinnors roll i familjelivet.....	21
4.5 Reproduktion	21
4.6 Avgränsning avseende teori.....	22
5. Metod och material	23
5.1 Val av informanter	25
5.2 Metodens avgränsning.....	25
6. Resultat och analys	27
6.1 Strukturellt våld och flyktingkvinnors vård och hälsa	27
6.1.1 Strukturellt våld och smittskyddsfrågor.....	28
6.2 <i>Gender-based violence</i> (GBV)	30
6.2.1 Maktlöshet skam och stigma i samband med GBV	30

6.2.2 Normalisering av patriarkala strukturer och behovet av transkulturellt perspektiv	33
6.3 Maktutövning och exkludering från vård	35
6.3.1 Ojämslaldhet och exkludering av vård för utsatta EU-migranter	39
6.3.2 Flyktingkvinnors socioekonomiska utsatthet och misstro till staten	40
6.3.3 Flyktingkvinnors rättigheter avseende sjukvård	42
7. Avslutande diskussion och slutsats	43
Referenser	46
Bilagor	52

Förkortningar

EU – Europeiska Unionen

FN – Förenta Nationen

GBV – Gender-Based Violence

Hiv – Humant Immunbristvirus

ICPD – International Conference on Population and Development

PTSD – Posttraumatiskt Stressyndrom

SCB – Statistiska Centralbyrån

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (Idag: Sveriges Kommuner och Regioner)

SRHR – Sexuell och Reproductiv Hälsa och Rättigheter

STIs – Sexual Transmitted Infections

UNDP – United Nations Development Programme

UNHCR – The United Nations High Commissioner for Refugees

WHO – World Health Organization

1. Introduktion

1.1 Bakgrund

Ett viktigt arbete inom mänskliga rättigheter är individers sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter (SRHR). SRHR definierades som begrepp år 1994 i Kairo på FN:s (Förenta Nationen) befolknings- och utvecklingskonferens (*International Conference on Population and Development, ICPD*). På konferensen deltog 179 regeringar som fastställde att människors sexuella och reproduktiva hälsa är en mänsklig rättighet som är fundamental för utvecklingen, både globalt såväl som nationellt. Detta innefattar bland annat reproduktiv hälsovård såsom en säker mödravård och preventivmedel. ICPD anser att många länder sedan dess förbättrat SRHR genom reformer av dess allmänna sjukförsäkring. FN-organet menar att ett lands SRHR- och sjukförsäkringspolicys ska tillgodose befolkningen under hela livscykeln vilket Europeiska Unionens (EU) utvecklingspolicys stärker. Därför har stater en ansvarsskyldighet där regeringar behöver implementera omfattande strategier för SRHR för en jämlik vårdkvalité utan diskriminering (ICPD, 2019, s. 3,5; Regeringen, 2019).

1.1.1 Sveriges nationella arbete

I Sverige är Folkhälsomyndigheten ansvariga för den nationella samordningen, kunskapsuppbyggnad samt utvecklingen inom SRHR. I maj 2019 publicerade myndigheten en rapport angående ämnet för att både öka kunskapen samt etablera gynnsammare premisser för ett verksamt vårdarbete med SRHR (Folkhälsomyndigheten, 2019, s. 6). Den visar på att SRHR är en viktig fråga inom jämställdhet och jämlikhet då det finns stora könsskillnader mellan män och kvinnor. Resultaten från publikationen visar att kvinnor ofta missgynnas, särskilt när det kommer till reproduktiv hälsa, sexuellt våld och trakasserier (ibid, s. 11-12). Det sexuella våldet drabbar även migranter och socioekonomiskt utsatta i högre grad än andra grupper i samhället. Därmed är jämställdhets- och jämlikhetsaspekter fundamentala när det kommer till SRHR eftersom våldet påverkar individens hälsa (ibid, s. 41-42).

När det kommer till individer och samhället kan skillnader mellan kön förbindas till normer, förväntning och strukturer som i sin tur konstruerar ideal och mönster. Dessa har en inverkan på en persons hälsa i när det kommer till relationer, sexualliv, kommunikation samt familjeliv. Därmed är folkhälsofrågor om hur människors hälsa påverkas av negativa händelser såsom sexuellt våld och övergrepp grundläggande. Det är av vikt att undersöka skiljaktighet baserat på kön i samband med socioekonomisk ställning och sexuell identitet för att kunna nå en

förbättrad jämställd och jämlik hälsa bland befolkning. Det är även grundläggande att få bukt med ojämställda sexuella förutsättningar mellan könen (Folkhälsomyndigheten, 2019, s. 13).

Till följd av svensk lagstiftning anser Folkhälsomyndigheten att Sverige som nation kan åstadkomma en jämlik och jämställd SRHR. De anser också att det finns starkt stöd för SRHR på det politiska planet som kan ses genom Agenda 2030 och de globala hållbarhetsmålen som FN:s utvecklingsprogram (*United Nations Development Programme*, UNDP) tagit fram. SRHR återfinns i mål 3 (god hälsa och välbefinnande), mål 5 (jämställdhet och kvinnors egenmakt) och mål 10 (minskad ojämlikhet) (Folkhälsomyndigheten, 2019, s. 13, 16; UNDP Sverige, 2020).

Folkhälsomyndigheten (2019) menar att det behövs en integrerad definition av SRHR där de hänvisar till Guttmacher-Lancet-kommissionens rapport om ämnet. Enligt kommissionen behövs en mängd väsentliga åtgärder vidtas för att åstadkomma syftet som deras bestämning av SRHR innebär, vilket är en mer integrerad samt bredare definition. Ett exempel på detta är att befolkningen ska ha tillgång till tillförlitligt informationsunderlag samt rådgivning av SRHR. En annan viktig aspekt från Guttmacher-Lancet-kommissionens rapport är att synliggöra marginaliserade grupper för att möjliggöra jämlika rättigheter inom ämnet. Detta inkluderar människor med migrationsbakgrund (ibid, s. 237).

1.2 Definitioner

1.2.1 Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR)

För att förstå sig på problematiken är det bra att definiera vad SRHR faktiskt betyder. Då uppsatsen kommer att analysera Sveriges arbete med SRHR och Folkhälsomyndigheten ansvarar för detta nationellt används därför deras definition av SRHR som lyder: *”Sexuell och reproduktiv hälsa är ett tillstånd av fysiskt, känslomässigt, psykiskt och socialt välbefinnande i förhållande till alla aspekter av sexualitet och reproduktion, inte bara avsaknad av sjukdom, dysfunktion eller skada.”* (Folkhälsomyndigheten, 2019, s. 14).

Sexuell och reproduktiv hälsa utgår från mänskliga rättigheter som exempelvis innebär att alla ska få avgöra om och när en person vill vara sexuellt aktiv. Alla ska även ha rätten att själv välja sina sexualpartners samt ha både säkra och behagliga sexuella upplevelser. Äktenskap ska vara frivilligt och det är upp till individen när och med vem denne ska gifta sig med. Detta gäller även vid val av reproduktion. Alla ska därmed ha en personlig autonomi och egenmakt

samt en kroppslig integritet som ska respekteras. Slutligen har alla rätt till information, hjälp samt stöttning under hela livscykeln utan risk för diskriminering, våld eller andra försvårande omständigheter (Folkhälsomyndigheten, 2018).

För att detta ska uppnås behöver hälso- och sjukvården tillgodose åtkomlig och kvalitativ vård som inkluderar; Rådgivning kring sexuell och reproduktiv hälsa samt preventivmedel. Det ska finnas en säker och effektiv mödra-, förlossnings- och abortvård. Hiv (humant immunbristvirus) och andra sexuellt överförbara infektioner (*sexual transmitted infections*, STIs) samt sjukdomar i de reproduktiva organen ska förhindras, upptäckas och behandlas. En viktig aspekt är även att motverka, upptäcka och hantera sexuellt och genusbaserat våld (*gender-based violence*, GBV) (Folkhälsomyndigheten, 2018).

1.2.2 Flyktingar och dess rätt till vård

Global migration är en utmaning för sjukvårdssystemet samtidigt som vården ofta är fundamental för flyktingar (Sandblom & Mangrio, 2017, s. 285). Sveriges definition och lag om flyktingar (SFS 2005:716) följer FN-konventionen om flyktingars ställning (*The United Nations High Commissioner for Refugees*, UNHCR) från 1951. Där fastställdes att en flykting är någon som har en befogad rädsla för förföljelse till följd av nationalitet, etnicitet, religion, tillhörighet till en särskild samhällsgrupp, politisk åsikt, sexuella läggning eller kön där personen är medborgare inte kan eller vågar återvända till landet. Detta gäller även på grund av att landet inte kan eller vill skydda personen (SFS 2005:716; UNHCR, u.å). Uppsatsen kommer att utgå från flyktingar som är papperslösa och asylsökande samt utsatta EU-migranter då dessa flytt från sina hemländer till följd av ovanstående skäl.

Papperslösa flyktingar är de som antingen gömmer sig illegalt i Sverige, vilket ofta är en konsekvens av att ha fått avslag på deras asylansökan, men hänvisas även till de som vistas utan att ha sökt om tillstånd för att befinna sig i landet (Socialstyrelsen, 2019; Sandblom & Mangrio, 2017, s. 285). Avsaknaden av identitetshandlingar och papperslösas rädsla för att utvisas gör att de varken finns registrerade eller kontaktar myndigheter. Således är det svårt att veta hur många papperslösa det finns i Sverige men en grov uppskattning visar att siffran ligger mellan 10 000-35 000 (Migrationsinfo, 2018; Sandblom & Mangrio, 2017, s. 285).

Asylsökande flyktingar söker asyl i Sverige och antalet har ökat kraftigt under de senaste decennierna enligt Statistiska Centralbyrån (SCB). Flyktingkrisen i Syrien ledde till det högsta siffran år 2015 där drygt 160 000 ansökte om asyl. Därefter följde politiska beslut som inneburit

en minskning av asylsökande och under 2019 ansökte knappt 22 000 personer asyl. Många av de som söker asyl har flytt sitt hemland till följd av förföljelse, krig och fattigdom (SCB, 2020).

Alla landsting i Sverige är enligt hälso- och sjukvårdslag (SFS 2013:407) skyldiga att erbjuda papperslösa och asylsökande över 18 år ”vård som inte kan anstå”. Personer under 18 år ska ha tillgång till samma vård som folkbokförda barn. Begreppet innebär vård som inte kan vänta vilket dessutom ska inkludera mödravård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning. Denna vård ska vara subventionerad och gäller även vid köp av läkemedel. Vad ”vård som inte kan anstå” innefattar är kontextuellt och fastställs av vårdgivaren (Socialstyrelsen, 2019).

EU:s medborgare har rätt till fri rörlighet vilket Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) menar ha använts flitigast av bulgariska och rumänska medborgare (SKL, 2017, s. 2). De flesta utsatta EU-migranter är romer som flytt sina hemländer på grund av strukturell diskriminering samt antiziganism (Amnesty International, 2018, s. 6). SKL menar att dessa personer inte kommer hit för att söka jobb utan livnär sig genom att tigga, vilket ger dem ett tillstånd att vistas i Sverige i maximalt tre månader. Sedan riskerar personerna att bli utvisade och kan juridiskt sett ses som papperslösa eftersom de därefter inte har uppehållstillstånd i Sverige (SKL, 2017, s. 2; Migrationsinfo, 2018).

EU-medborgare är berättigad vanliga patientavgifter vid uppsökande vård genom det Europeiska sjukförsäkringskortet. Om en person inte har det måste denne betala fullt pris och kan kräva ersättning i sitt hemland om personen har sjukförsäkring där. Dock saknar denna utsatta grupp ofta sjukförsäkring även i sitt hemland och behöver då betala fullt pris för vården i Sverige. Vidare menar SKL att utsatta EU-migranter inte omfattas av lagen om “vård som inte kan anstå” då den hänvisar till personer som befinner sig i Sverige utan tillstånd. Organisationen menar att, eftersom utsatta EU-migranter lagligt kan vistas i ett annat EU-land i tre månader, bör de inte ingå i denna kategori (SKL, 2017, s. 6-7).

1.3 Disposition

Uppsatsen är uppdelad i sju kapitel. Inledningen med bakgrund om SRHR som ämne samt definitioner följs upp av kapitel två som omfattar problemformulering, syfte och frågeställningar. Därefter kommer kapitel tre att redogöra för tidigare forskning. Kapitel fyra innehåller det teoretiska ramverket och valda begrepp som används i analysen. Sedan beskrivs metod och material i kapitel fem vilket redogör för vilket tillvägagångssätt som tillämpas i arbetet. Efter detta behandlar kapitel sex själva resultatet och analysen av intervjuerna samt de

teoretiska begreppen, vilket är en central del i uppsatsen. Därefter innehåller kapitel sju en avslutande diskussion och slutsats.

2. Problemformulering, syfte och frågeställningar

2.1 Problemformulering avseende flyktingkvinnors brist på SRHR

Trots en vilja för bättre vård, hälsa och förebyggande mot sjukdomar verkar inte alltid samhället för alla människors bästa. En särskild utsatt grupp som drabbas av en brist på SRHR är flyktingkvinnor som varit i konfliktområden (Bosmans, Nasser, Khammash, Claeys & Temmerman, 2008, s. 103). Brist på SRHR drabbar generellt kvinnor extra hårt och det har på senare år börjat växa fram en ökad medvetenhet om behovet av att förbättra kvinnors rättigheter inom SRHR i EU. Vidare betonar många internationella organisationer, såsom Världshälsoorganisationen (*World Health Organization*, WHO), migrerade kvinnors sårbarhet i området. Däremot finns det en brist i att den internationella politiken sammankopplar SRHR och flyktingar främst när det kommer till hjälpmedel i utvecklingsländers flyktingläger. Således har situationen för flyktingar i Europa blivit underforskad. Flyktingkvinnors SRHR-behov i Västeuropa är ofta högre än resterande befolkning och handlar inte enbart om hälsa. SRHR behövs också för integrationens skull (Janssens, Bosmans & Temmerman, 2005, s. 27-28).

Flyktingkvinnor i Europa tenderar därför att förbises av beslutsfattare och policys när det kommer till SRHR. Därmed finns en brist inom det europeiska flyktingansvaret. En fortsatt försummelse av dessa rättigheter resulterar i skadliga effekter på individernas hälsa och välbefinnande. Därför måste stater agera för ett bättre samhälle och högre säkerhet. I dagsläget är många flyktingars SRHR begränsade till följd av deras immigrationsstatus (Choice, 2019). Det finns en brist på studier om hur SRHR bör arbetas med när det kommer till flyktingar i EU och Sverige. Denna brist på fulländade och fastställda slutsatser anses vara en av aspekterna som kan styrka existensen av ett forskningsproblem (Rienecker & Stray Jørgensen, 2014, s. 100-104).

Många flyktingkvinnor är i stort behov av SRHR-relaterad vård till följd av tidigare erfarenheter som gjort kvinnorna psykiskt, fysiskt och socialt utsatta. Många har ett särskilt behov av hälsovård på grund av sexuellt våld samt exploaterande, könsstympning eller STIs som konsekvens av bristfällig tillgång till preventivmedel. Detta leder även ofta till en psykisk ohälsa hos flyktingkvinnor (Sudbury & Robinson, 2016, s. 275).

Ett problem med Folkhälsomyndighetens (2019) rapport om SRHR är att migranter eller personer med migrantbakgrund är en tämligen bred definition. Vidare nämns uttrycket enbart vid tre tillfällen (ibid, s. 29, 42, 237). Eftersom rapporten visar att kvinnor och migranter är i större grad utsatta för problematik inom SRHR (ibid, s. 42), så går det att argumentera att migrantkvinnor i sig bör vara en grupp att ta hänsyn till. Utöver det visar forskning att flyktingkvinnor är än mer i en utsatt position när det kommer till ämnet vilket styrker att de borde vara ännu en grupp att ta hänsyn till (Endler et al., 2020, s. 114). Då Folkhälsomyndigheten (2019) ansvarar för Sveriges nationella arbete med SRHR, men inte benämner flyktingar eller flyktingkvinnor i deras SRHR-rapport, är detta ett aktuellt ämne att forska om.

2.1.1 Vikten av ideella organisationer

Humanitära icke-statliga organisationer som bistår med hälsovård till icke-medborgare fungerar globalt som alternativa vårdgivare och är en reaktion på staters misslyckande att ta ansvar. Ideella organisationer som dessa har funnits i Sverige sedan 90-talet och arbetar med papperslösa samt illegala migranter. Till skillnad från akutkliniker, folkhälsovården och privata läkare, som uppsöks av den större allmänheten, existerar de icke-statliga enbart i syfte att erbjuda vård till de som staten anser vara icke-medborgare. Obehöriga migranter uppsöker ofta dessa istället för den reguljära vården av ekonomiska skäl eller okunskap, trots att de icke-statliga organisationerna endast kan erbjuda begränsad och kortsiktig vård. De föredrar även ideella organisationer då migranterna har en rädsla för att åka fast och bli utvisade om de uppsöker statlig vård. I många länder har detta gett upphov till två nivåer av hälso- och sjukvårdssystemet – ena nivån som allmänheten har tillgång till och är långvarig medan den andra är provisorisk och till för utsatta icke-medborgare (Sandblom & Mangrio, 2017, s. 285-286; Castañeda, 2010, s. 13). Eftersom flyktingar ofta inte har råd, vågar eller vet hur de ska gå tillväga för att söka reguljär vård är ideella organisationer essentiella i detta avseende och det behövs mer långsiktig forskning inom detta fält.

2.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med uppsatsen är att undersöka vilka barriärer och svårigheter som flyktingkvinnor med osäker eller otydlig migrantstatus konfronteras med i samband med SRHR i Sverige, samt hur dessa problem kan överbryggas och hanteras. Av särskild vikt är här att undersöka hur SRHR-vård är begränsad för flyktingkvinnor. Uppsatsen ämnar också öka förståelsen för hur arbetet

med SRHR kan förbättras i relation till flyktingkvinnor. Det empiriska materialet tolkas utifrån begrepp som bland annat kan återfinnas i den feministiska teoribildningen.

För att besvara syftet används frågeställningarna:

- Vilka begränsningar finns för flyktingkvinnor att söka SRHR-vård i Sverige?
- Vilka barriärer och svårigheter finns i Sveriges sjukvårdssystem avseende flyktingkvinnors möjligheter att uppnå SRHR?
- Hur kan flyktingkvinnors situation förbättras inom ramen av SRHR i Sverige?

3. Tidigare forskning

Inom den vetenskapliga litteraturen ökar intresset för migranternas hälsa och hur det påverkar överföring och förebyggande av sjukdomar samt hur det ska gynna deras hälsa. Detta ses från både individ- och befolkningsnivå och forskning görs på hur kostnaderna fördelas, bland annat på en nationell arena. Flyktingar och migranter ökar allt mer globalt till följd av exempelvis politiska konflikter och naturkatastrofer, således är behovet av tidsenlig och korrekt information av stor vikt. Ett akut behov, som regeringar behöver ta ställning till och bearbeta, är tillgång till vård och de ökande kostnaderna för flyktingar samt hur migranternas hälsovård ska organiseras (Loue & Sajatovic, 2012).

I Sverige saknas i stort forskning kring flyktingkvinnors tillgänglighet till SRHR-relaterad vård och hjälp. Tidigare forskning i Kanada visar att flyktingar ofta har varit med om övergrepp och trauman där kvinnor är extra utsatta för genusbaserat våld (*gender-based violence, GBV*). Detta bygger upp en stress som förvärras till följd av en osäker juridisk status, språkbarriärer, splittrad familj och okunnighet kring landets system och lagar. Även de ekonomiska aspekterna är problematiska då många flyktingar har låg inkomst. Akutvård ska ges till alla men vissa tjänster, såsom rådgivning, diagnostiska procedurer, psykoterapi, och vissa ambulanstjänster kräver förhandsgodkännande. Således blir tillgången till vården för utsatta migranter ett omfattande problem. Detta då denna grupp lider av större hälso- och sociala svårigheter som inte täcks av sjukvårdssystemet. Den nationella vårdguiden är begränsande och förvirrande vilket forskarna betonar som ett problem för allmänheten, inte minst nyanlända flyktingkvinnor (Merry, Gagnon, Kalim & Bouris, 2011, s. 286-288).

En annan studie gjord i Storbritannien visar även den på stora brister när det kommer till SRHR-arbetet. Flyktingkvinnor blir ofta bortprioriterade och policys gör det svårare för dessa att få tillgång till vård. Forskningen synliggjorde att den nuvarande tillgängligheten till vård har negativa konsekvenser på flyktingkvinnors mentala och fysiska hälsa. De flesta av kvinnorna lider av hälsoproblem under graviditeter där det rapporterades att många har underliggande problem såsom STIs och könsstympling. Ett stort problem för flyktingkvinnor är att de kommer i kontakt med mödravården senare än vårdguidens rekommendationer vilket vidare försvårar en graviditet. Återigen visar ekonomiska och språkliga barriärer vara problematiskt för denna grupp kvinnor vilket förvärrar både den fysiska och psykiska hälsan (Feldman, 2013, s. 212-215).

Studien påvisade även att kontinuerlig vård under och efter en graviditet är grundläggande för flyktingkvinnor på grund av hälso- och sociala svårigheter. Samtidigt var förtroendet till barnmorskor viktigt. Kontinuerlig vård är emellertid en svårighet som inte alltid är möjlig att överbrygga för denna grupp, vilket kan få allvarliga konsekvenser som exempelvis hepatit eller diabetes. Resultaten pekade därför på att den nationella vårdguiden brister genom en avsaknad av psykiska problem samt de underliggande hälsoproblem som flyktingkvinnor ofta lider av. Frånvaro av detta samt det sociala stödet som kvinnorna behöver visar sig vara väldigt skadligt för deras välbefinnande (Feldman, 2013, s. 212-215).

Endler et al. (2020) argumenterar för att utbildning är essentiellt för att sprida kunskap om hälsovård som en mänsklig rättighet. Det gäller inte minst för obstetriker och gynekologer som arbetar med flyktingkvinnor. Forskning visar att till följd av brist på kulturell kompetens hos läkare har många flyktingkvinnor haft negativa erfarenheter av sjukvård i detta avseende. För att kunna ge adekvat vård till denna grupp är det således grundläggande med en ökad medvetenhet om SRHR för flyktingkvinnor. Detta gäller globalt och det finns en avsaknad av standardiserade utvärderingar samt utbildningsmetoder i jämförelse med nationella utbildningsprogram. Det behövs bättre standardutbildning federalt i länder, både för att skapa en konsensus om minimumkraven för vård men även för att säkerställa en rättvis och kvalitetssäkrad vård för flyktingkvinnor (ibid, s. 117).

4. Teori, analytiskt ramverk och jämförande forskning

4.1 Feministisk teoribildning

Arbetet kommer att diskuteras från en teoribildning som i stora drag är feministisk. Det är vanligt att i uppsatser enbart använda vissa delar och begrepp av en teori. Specifika begrepp inom relevant teori kan därefter appliceras för att analysera ämnet (Rienecker & Stray Jørgensen, 2014, s. 208, 254). I detta arbete kommer de feministiska teorierna användas som ett hjälpmedel för att både förstå såväl som tolka uppsatsens empiri. För att vidare se till specifika begrepp kommer uppsatsens nyckelbegrepp innefatta genus, *gender inequality* (ojämlika genusrelationer), strukturellt våld och ojämlika maktförhållanden. Definitionen och användandet av dessa kommer att vara väsentliga för att tolka det empiriska materialet, föra analysen framåt samt kunna dra slutsatser.

4.2 Genus och begreppet '*gender inequality*'

Med genus menas de karaktäristiska drag hos män och kvinnor som är socialt konstruerade. En person föds som ett kön men lär sig sedan vissa beteenden som man eller kvinna. De förväntade sociala beteenden hos män i samhället kallas maskulinitet och hos kvinnor femininitet. Dess beteendemönster ger personen en genusidentitet och fastställer genusroller (WHO Europe, u.å; Kirch, 2008).

Genus har en stor betydelse för människors hälsa. Normer och relationer till andra är influerade av genus och kan påverka kvinnors hälsa, samt synen på hälsa, negativt. Detta kallas *gender inequality*, det vill säga ojämlikhet mellan genus. Kvinnor möter större hinder och har större barriärer att överbrygga när det kommer till hälsa. Det gäller både information om hälsa och att få hjälp inom vården till följd av kulturella normer. Detta kan härledas till mansdominerade samhällsstrukturer och ekonomisk beroendeställning. Det blir ytterligare problematiskt när det kommer till de reproduktiva behoven eftersom kvinnor ofta har begränsat inflytande i hemmet såväl som i samhället. Det finns även andra faktorer som korrelerar med genus och ojämlikhet, såsom marginalisering, diskrimination, socioekonomisk ställning, sexuell läggning och etnicitet. Kvinnor inom denna ram riskerar i större grad att utsättas för sexuellt våld och både fysisk samt psykisk ohälsa (Banda, Odimegwu, Ntoimo, & Muchiri, 2017, s. 407; WHO, u.å).

4.2.1 Sexuellt våld och exploatering

Historiskt har det funnits en stor allmän okunskap och förnekelse om mäns våld mot kvinnor trots att våld, och hotet om våld, varit utbrett globalt. Ändå ansågs våldtäkter och sexuell exploatering av kvinnor som något sällan förekommande. Feminismen har uppmärksammat att det är betydligt vanligare än vad som tidigare ansetts och att våldet existerar i alla samhällen mot kvinnor. Därmed har medvetenheten ökat globalt avseende problemet (Rutherford, 2011, s. 342). Mäns våld mot kvinnor innefattas i begreppet GBV (*gender-based violence*) och där ingår även det sexuella våldet. Begreppet GBV hänvisar till en skadlig handling som är mot en persons vilja och sker till följd av offrets kön. Offret är ofta beroende av den som utför handlingen och kvinnor är vanligtvis mer utsatt för GBV eftersom de ofta har en lägre samhällsstatus än män. Det strider mot mänskliga rättigheter och enligt FN har en tredjedel av kvinnor globalt varit utsatta av GBV (Hatters-Friedman, 2012). Begreppet faller in i kategorin *gender inequality* och är ett resultat av de patriarkala strukturerna eftersom män utövar makt över kvinnor som också leder till en ojämlik maktbalans mellan könen (Peate, 2019, s. 607; Scott-Samuel, 2009, s. 159).

Exploatering i form av att tvingas sälja sex är särskilt synligt och framträdande hos flyktingar. Till följd av ekonomisk utsatthet tvingas flyktingkvinnor sälja sin kropp redan vid en ung ålder, ofta till äldre män. Även om samhällen vill beteckna det som prostitution är transaktionen en form av sexuellt våld. Skam, stigma och hot sammankopplas till den sexuella exploateringen och leder ofta till grova trauman hos offren. Ökningen av exploaterandet av det sexuella våldet mot flyktingkvinnor härrör till många faktorer, såsom låg socioekonomisk status och globaliseringens konsekvenser. Detta är särskilt allvarligt då kvinnor och deras familjer hamnat i en allvarlig fattigdom och behövt ta till riskfyllda överlevnadsstrategier för att kunna förse familjen med de grundläggande behoven. Kvinnor kan tvingas sälja sin kropp till följd av dessa omständigheter. En brist på kunskap avseende rättigheter hos flyktingarna gör också att detta fortgår (Sherif-Trask, 2014, s. 118; Chandler, Fuller & Wang, 2010, s. 49).

Det sexuella våldet som förekommer genom människohandel växer i och med tillväxten av denna industri, där kvinnor är en majoritet. En övervägande majoritet av kvinnorna vet inte om att de måste sälja sex och tvingas in i prostitution när de lämnar sitt hemland. Globaliseringen har gjort det lättare att frakta kvinnor över nationella gränser och människohandelnätverken använder organiserade mekanismer för att förslava kvinnorna. Kvinnorna lovas hjälp till ett bättre liv i industriländer med jobb och ett stabilt liv. Först när de kommit fram får kvinnorna veta att det inte finns något jobb, vilket gör att kvinnors val är extremt begränsade.

Språkbarriärer, social isolation och okunskap gör att kvinnorna måste förlita sig på sina hallickar för överlevnad. Hallickarna är ofta väldigt våldsamma mot offren och våldtar, torterar samt hotar dem. Sexuellt våld och tvångsprostitution förvärrar således hälsan avsevärt både fysiskt och psykiskt. Det kan få långvariga psykiska effekter såsom mental ohälsa och STIs. Ofta råder det stigma kring detta vilket gör att kvinnorna inte får eller vågar söka vård (Sherif-Trask, 2014, s. 118-119; Al-Maharma et al., 2019, s. 607).

4.3 Strukturellt våld och diskriminering

Begreppet strukturellt våld syftar till ett våld som är systematiskt och som förekommer inom alla sociala sammanhang. Det är förknippat med sociala strukturer som skapar ojämlikheter i samhällen, såsom *gender inequality*, rasism, marginalisering och även fattigdom. Ofta kan marginalisering ske genom en blandning av olika typer av ojämlikheter, exempelvis kan strukturellt våld utövas mot en icke-västerländsk kvinna med en mörkare hudfärg. Detta förtryck är viktigt att uppmärksamma eftersom våldet är indirekt och därmed inte direkt synligt. Det strukturella våld grundar sig i ojämlikheter som skapats till följd av processer som innefattar historia, biologi och politisk ekonomi (Farmer, 2004, s. 307-308). Våldet ses som naturligt, diffust och är i grunden uppfattat som oavsiktligt, således utförs det inte av en särskild grupp eller institution (Flynn, Damant & Bernard, 2014, s. 30). För att beskriva det tydligare är det möjligt att använda Johan Galtung's exempel från boken *Violence, Peace and Peace Studies* från 1969 där han noterar: "*When one husband beats his wife, there is a clear case of personal violence, but when one million husbands keep one million wives in ignorance, there is structural violence*" (citerad i Sinha, Gupta, Singh & Srivastava, 2017, s. 134).

Trots att resurserna ofta finns att tillgodose behoven för de diskriminerade och utsatta, uppfylls de inte. Detta eftersom våldet är inbäddat i de sociala strukturerna som minskar människans självförverkligande vilket medför en ojämlikhet för de mindre privilegierade grupperna. Det finns även det "kulturella våldet", ett våld som kommer ur kulturella föreställningar, som är kopplat till det direkta och strukturella våldet. Detta grundar sig i samhällets sociala normer, föreställningar och traditioner, vilket kan ändra värdet på en handling från antingen dåligt till bra, alternativt dåligt till acceptabelt. Oavsett vilket så kan ett samhälle acceptera våld genom sin kulturella dimension. Det blir en del av det strukturella våldet eftersom våldet inte är synligt eller anses vara våldsamt, något det i själva verket är (Flynn et al., 2014, s. 30-31). Det är väldigt svårt att motstå och göra motstånd mot strukturellt våld då effekterna av motståndet, likt andra

form av förtryck, är begränsade och ofta mindre än vad som kan väntas. Konsekvensen blir en kränkning av mänskliga rättigheter. Denna utsatthet kan generellt leda till en ökning av smittsamma sjukdomar, såsom hiv och andra STIs för de diskriminerade. Strukturellt våld slår således särskilt hårt mot kvinnor och deras position i samhället (Farmer, 2004, s. 307-308; Sinha et al., 2017, s. 134-136).

4.3.1 Intersektionell feminism

Det strukturella våldet är en viktig aspekt inom intersektionell feminism eftersom denna teori ser till mångfalden avseende kvinnors utsatthet. Etnicitet, genus och social status är viktiga komponenter i detta analytiska problematiserande. Därmed förs genus in i samspelet med andra faktorer som inte ser till kvinnors enskilda karaktärsdrag utan till faktorer som utgör kvinnors sociala identitet. Intersektionell feminism ämnar, med hjälp av dessa faktorer, synliggöra samhällets rådande maktförhållanden. Makten kan synas på olika nivåer, där den strukturella makten leder till system av förtryck. Detta härleds till bland annat mansdominerade samhällssystem och rasism. Intersektionell feminism menar att strukturell makt och våld mot kvinnor är viktigt att betona samtidigt som det är viktigt att ha kvinnors bakgrund i åtanke (Damant et al., 2008, s. 129). Kvinnor som är minoriteter till följd av etnicitet, migration och samhällsstatus möter således större motgångar i samhället och exkluderas från myndigheter (Whittier, 2016, s. 803-804). Därmed är begrepp från den intersektionella feminismens av vikt i uppsatsen då den behandlar kvinnor som ofta är minoriteter och där deras utsatthet, exploatering och lidande måste förstås från flera olika sammanlänkade aspekter.

Det strukturella våldet ger därför kvinnor, särskilt om de är av en etnisk och social minoritet, en förminskad makt i samhället. Begreppet agens belyser vad individer har för val- och handlingsmöjligheter, frihet, autonomi och makt. Vid en fullvärdig agens har individen tillgång och makt att bestämma över sitt eget liv. Kvinnors agens är därmed en central del i feminism eftersom det vid fullständig personlig agens ökar kvinnors självständighet. Termen agens används bland annat för att påvisa hur samhällets sociala strukturer begränsar människor. Detta eftersom människors möjlighet att handla påverkas av dennes ställning i den sociala omgivningen till följd av rådande förväntningar, roller och normer. Därmed leder både strukturellt- och direkt våld till en brist på agens hos kvinnor som kan resultera i GBV, *gender inequality*, fattigdom och stigma. Reglering av både strukturell och personlig autonomi är således skadligt och påverkar utöver dessa faktorer även en kvinnas individuella begär och önsknings (Horowitz, 2014; Turan et al., 2016, s. 154; Visanich, 2018, s. 2)

Det transkulturella perspektivet blir av stor vikt då begreppet innebär att det ser till effekter till följd av kommunikation och dialoger mellan personer med olika bakgrund. Faktorer från ens sociala, kulturella och historiska bakgrund påverkar människors och samhällens normativa kulturella föreställningar. Därmed kan ett transkulturellt perspektiv ses som ett perspektiv som sammanlänkar det globala och lokala förställningar. Globaliseringen, migration och flyktingströmmar bildar nya kulturella interaktioner som kan skapa oförståelse och okunskap hos andra människor och påverka deras tillstånd och värderingar (Sinkinson, 2005, s. 143). Således är det viktigt med en transkulturell kompetens i samhällen eftersom det används för att analysera hur människor accepterar och värderar kulturella skillnader. Det kan även bidra till att upprätta respektfulla relationer och minskar risken för diskriminering på grund av personers kulturella och sociala bakgrund (McBride, Russo & Block, 2016, s. 710-717; Carpenter-Song, Nordquest-Schwallie & Longhofer, 2007, s. 1362-1364).

4.4 Patriarkala strukturer i samhället

Med begreppet patriarkat menas att män är privilegierade hierarkiskt över kvinnor i de sociala, politiska och ekonomiska aspekterna. Det har gett upphov till ojämlika maktförhållanden mellan könen vilket resulterat i att kvinnor inte medverkar i dessa aspekter, något som i sin tur leder till utsatthet (Peoples & Vaughan-Williams, 2015, s. 47; Martínez & Blanco, 2014, s. 103). Detta kan därmed synas i samhällets alla strukturer. Det är möjligt att se hur den offentliga politiken återspeglar mycket av de maskulina dragen i dagens samhällen vilket inkluderar aggressivitet, cynism, risktagande och hög konkurrenskraft. Detta blir en hegemonisk maskulinitet, som är både kulturellt och politiskt dominant, vilket reproduceras i genusrelationerna på en global skala. Eftersom de värderingar och ideologier som hegemonin förespråkar framförs av makthavare uppfattas de som naturliga och oundvikliga (Scott-Samuel, Crawshaw & Oakley, 2015, s. 1-3; Scott-Samuel, 2009, s. 159).

Vidare är det möjligt att urskilja de hierarkiska patriarkala strukturerna och maskulina hegemonin när det kommer till hälsa. Eftersom det i ett patriarkalt samhälle med hegemonisk maskulinitet skapas en genusbaserad socialisering leder det till en ojämställdhet i maktförhållandet mellan män och kvinnor. Konsekvenserna blir därefter en hälso- och social ojämställdhet mellan könen där den ojämlika maktdynamiken påverkar kvinnors fysiska och psykiska hälsa avsevärt mycket (Scott-Samuel, 2009, s. 159-160; Ostrach & Singer, 2012, s.

258-260). På grund av de patriarkala normerna i samhället begränsas kvinnors autonomi och orsakerna till deras försämring av hälsa tabubeläggs, något som försvårar deras möjligheter att få vård (Djamba & Kimuna, 2015, s. 6).

4.4.1 Socioekonomisk status

Kvinnor har en lägre socioekonomisk position jämfört med män på grund av samhällets strukturer, även i Sverige. Ett exempel på en faktor som leder till socioekonomiska ojämlikhet är att det finns en löneskillnad mellan en kvinna och en man som har samma utbildning, erfarenhet och jobb. Förutom kön bidrar inkomst, utbildning, etnicitet och klass till en persons socioekonomiska status. Vid en lägre status påverkas ens fysiska och mentala hälsa negativt vilket är en anledning till ojämlikhet i hälsa mellan könen. (Toivanen, Gisselmann & Lindfors, 2012, s. 15). Många flyktingkvinnor känner sig isolerade när de flytt till ett industriland på grund av krig och konflikter som ägt rum i deras hemländer. Detta har resulterat i att de lever med trauma och mental ohälsa som ofta går obehandlade. I Skandinavien har det visats att oron förvärras till följd av migrationsstress vid konflikter med Migrationsverket, arbetslöshet, nekat arbetstillstånd och separering från familj (Bramble, 2017, s. 620; Stenmark, Catani, Neuner, Elbert & Holen, 2013, s. 641-642), vilket förvärrar ens socioekonomiska status i samhället.

Således är migrantkvinnor, däribland flyktingkvinnor, extra utsatta. Många migrantkvinnor arbetar inom servicebranschen istället för kunskaps- och utbildningsbaserade yrken i industriländer. I många fall är kvinnor arbetslösa eller pressade till lågbetalda arbeten där det inte finns någon möjlighet för varken personlig eller professionell utveckling (Sherif-Trask, 2014, s. 29; Mojab, 1999, s. 123-127). För många migrantkvinnor gör språkbarriärer det svårt att komma in i samhället. Även om det finns utbildning för att lära sig språket har många migrantkvinnor inte möjlighet att investera tid och pengar på det. En avsaknad av ekonomiska resurser för dagvårdstjänster och transportkostnader gör det svårt att uppnå detta även om viljan finns. För migrantkvinnor som är gifta och har barn finns inte alltid heller möjligheten att prioritera sig själva (Mojab, 1999, s. 123-127).

4.4.2 Utbildning

Kvinnor som flytt från konfliktdrabbade länder tenderar välja mer traditionella genusroller när det kommer till utbildning. Även om de har möjlighet att utbilda sig kräver det, som ovan nämnt, mer beslutsamhet och självdisciplin än hos övrig befolkning. Detta gäller framförallt vuxna flyktingkvinnor som kommer till landet då obligatorisk skolgång inte gäller vid denna ålder och vidareutbildning inte alltid finns tillgängligt. Det krävs en stor mängd ansträngning

för att möjliggöra detta, synnerligen då flyktingkvinnor missgynnas av bristande språkkunskaper och utbildning till följd av konflikter i hemlandet. Detta underminerar kvinnornas självförtroende och motivation att fortsätta studera (Szczepanikova, Erel & Lutz, 2012, s. 484).

För unga kvinnor är utbildning en investering och belöning för framtiden eftersom det ger bättre jobb­möjligheter senare i livet, medan giftermål vid tidig ålder kan ge en omedelbar belöning. Detta eftersom de får en materiell säkerhet och uppskattning från kvinnans kulturella omgivning i ett samhälle där äktenskap och familj anses ytterst moraliskt eftersträvansvärt (Szczepanikova et al., 2012, s. 484-485).

4.4.3 Kvinnors roll i familjelivet

Beroende på kulturella föreställningar kan kvinnors roll i familjelivet se väldigt annorlunda ut. I denna uppsats hänvisas familj till personer som har nära kontakt med varandra och har en ekonomisk, känslomässig relation och/eller är biologiskt relaterade. Globalt har kvinnor en sorts moralisk ram som tänker bortom personliga val och nytta. Däremot ligger mycket fokus i västerländska länder på självständighet där människor får fatta egna beslut om sin livscykel som ofta ligger utanför familjeansvar och dess normativa roller. Således är personliga val för kvinnor en fundamental faktor och ansvaret inom familjen minskar (Sherif-Trask, 2014, s. 12).

Valet av familjesituation är emellertid något som icke-västerländska kvinnor ofta inte har friheten till att bestämma över själva. Kvinnors roll baseras inte på individuella begär utan på kulturens normativa regler där kvinnan i mycket liten utsträckning kan bestämma över sin livscykel och har starka familjeförpliktelser. Således är kvinnorna ständigt i ”överlevnadsläge” eftersom de inte har tillgång till några materiella resurser och mycket begränsad valfrihet. Att vara kvinna i många kulturella sammanhang innebär att män har den primära kontrollen över ens liv, först deras far och sedan deras make. Således kan kvinnor få svåra sociala konsekvenser till följd av att de är kontrollerade eftersom det minskar kvinnornas personliga agens (Sherif-Trask, 2014, s. 12-13; Mackinnon & Bullen, 2005, s. 39).

4.5 Reproduktion

Politik som behandlar reproduktion utesluter ofta migrantkvinnor. Detta grundar sig i studier om migration som åskådliggör hur reproduktion resulterar i konkreta konsekvenser inom ramen för medborgarskap och samhörighet. Migrantkvinnor blir ytterst påverkade av staters

befolkningspolitik och lagar om nationell tillhörighet, där gravida migrantkvinnor lider av oro för deras egna medborgarskap såväl som sitt barns (Castañeda, 2010, s. 16). I Sverige tillämpas härstamningsbaserat medborgarskapssystem, kallat *jus sanguinis*. Vid detta system bestämmer föräldrarnas nationalitet vilken statstillhörighet barnet får vid födelsen. Det betyder att barnet inte får svenskt medborgarskap om inte föräldrarna har det. Således räknas inte barnet som svenskt trots förväntningen om att denne kommer att växa upp i Sverige (Regeringen, 2013, s. 46-47). Vid härstamningsprincipen ökar ångesten för reproduktion hos migrantkvinnors och synen som landet har på nationell identitet (Castañeda, 2010, s. 16).

4.6 Avgränsning avseende teori

Feministiska teorier kritiseras emellanåt för dess särskilda epistemologiska, ontologiska och metodologiska antaganden. Samtidigt ses feminism vara brett eftersom det finns flera feministiska perspektiv som har diverse teoretiska grunder. Det finns även forskning som menar att förtryck, kontroll, makt och maskulina miljöer inte alltid är baserat på genus utan förekommer oberoende av kön i hierarkier. Vidare finns det viss kritik mot att forskning inom feministiska teorier inte är självkritiska och därmed inte fokuserar på att förbättra utvecklingen inom dem. Således måste forskare tillåtas vara missnöjda och prioritera grundläggande teoriutvecklingsforskning om feministisk teori för att se till att forskningen leder till både kvalitativa antaganden och evidensbaserade praxisriktlinjer. Bristen på vetenskaplig lärdom kan därmed hindra tillämpningen av feministisk teori i praktiken (Lay & Daley, 2007, s. 49-60).

Trots kritiken är feministiska teorier viktiga och användbara för att få en förståelse för kvinnor och minoriteters vikt i samhället. Patriarkala strukturer i samhället finns globalt vilket leder till förtryck, ojämlika maktförhållanden och avsaknad av kontroll i mansdominerade kulturer, vilket visar på vikten av feministiska teorier som synliggör dessa. Feministiska principer inom samhället är därmed essentiella när det kommer till frågor om sjukvård, ekonomi, fattigdom och mycket mer. Dessa analyser måste inkludera andra minoriteter som missgynnas till följd av etnicitet och socioekonomisk status. Teorier inom feminism kritiserar således även den normativa västerländska kunskapsproduktionen och vilka konsekvenser detta får för icke-vita i samhället och hur det underminerar denna grupp (Lay & Daley, 2007, s. 52-60; Sabzalian, 2018, s. 365).

5. Metod och material

Uppsatsen använder sig av en kvalitativ undersökning som metod och det empiriska materialet kommer att bestå av data från de kvalitativa intervjuerna. När det kommer till kvalitativa undersökningar är intervjuer ett effektivt sätt att samla in data. Vid värderingsforskning har därmed kvalitativa och djupgående samtalsintervjuer blivit en allmänt erkänd metod för att initialt undersöka ett fenomen (Yin, 2011, s. 129; Kaplowitz & Hoehn, 2001, s. 237). Vid enskilda samtalsintervjuer finns det rum för diskussion, således är det möjligt att som forskare fördjupa sig i frågorna för att förstå sig på en problematik. Detta eftersom intervjuguiden har utrymme för både öppna och direkta frågor vilket leder till detaljerade berättelser. Informanterna har även i stor omfattning chans att medverka till resultatet av utvärderingsprocessen (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006, s. 314-317).

Med kvalitativa semistrukturerade intervjuer är det möjligt att fokusera på en särskild grupp människor och hur samt varför denna grupp befinner sig i situationen de är i. (Yin, 2011, s. 4; DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006, s. 317). Därför är metoden relevant i uppsatsen då fokus ligger på flyktingkvinnor, en utsatt grupp som ofta glöms bort i vardagliga sammanhang. Informanterna som intervjuas ska vara en relativt homogen grupp som har både kunnsighet och kritiska likheter relaterade till forskningsfrågan (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006, s. 317). Fyra personer, som alla arbetar med flyktingkvinnors SRHR på olika sätt, intervjuades för studien. Informanterna är av olika kön men majoriteten är kvinnor. Samtalsintervjuerna är tänkta att beröra frågor huruvida Sveriges arbete med SRHR, med fokus på flyktingkvinnor, bearbetas praktiskt. Således är det en induktiv metod. Informantintervjuer ämnar tillföra information och förklaring om hur verkligheten är konstruerad i en specifik aspekt. En informantundersökning är vanligt när en studie syftar att få veta hur det faktiskt fungerar i ett system, där olika informanter kan bidra med diverse stycken av ett komplext fenomen (Esaiasson, Gilljam, Oscarsson & Wängnerud, 2012, s. 227-228).

Intervjumetoden bestod av semistrukturerade samtalsintervjuer. Intervjuerna tog inspiration från vad Folkhälsomyndighetens (2019) rapport *Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i Sverige 2017 - Resultat från befolkningsundersökningen SRHR2017* beskriver avseende SRHR-arbetet i Sverige. Detta för att lägga grunden till en intervjuguide och undersöka hur professionella som arbetar med SRHR anser att det fungerar i praktiken samt huruvida det omfattar hela eller delar av befolkningen. Intervjuerna var utformade utifrån Esaiassons et al.

(2012) intervjutekniker. Därför började de med tematiska frågor för att sedan leda in på uppföljningsfrågor. Efter det ställdes mer direkta frågor och intervjun avslutas med tolkande frågor (ibid, s. 265). Eftersom de intervjuade innehar olika professioner var huvudfrågorna detsamma medan underfrågorna varierade. Detta är vanligt vid informantintervjuer där Esaiasson et al. (2012) menar att då informanter bidrar med olika delar, som nämnt ovan, behövs således inte samma frågor ställas till samma personer utan det kan vara bra att svar från första intervjun resulterar i nya eller omformulerade frågor till nästkommande intervjuer. Intervjuguiden skilde sig åt beroende på informant, då de har olika expertisområden, men en grov skiss finns som bilaga. Det ska dock tilläggas att, beroende på svar, ställdes följdfrågor som ovan nämnt. Svaren från intervjuerna används som källor och informationen som framförs kan därefter analyseras med utgångspunkt i källkritiska principer (ibid, s. 228). För att kunna analysera materialet utifrån de teoretiska utgångspunkterna kommer de ovan nämnda begreppen från feministisk teoribildning att användas.

Med validitet menas att undersökningen mäter det som avses att mäta. För att en undersökning ska ha god resultatvaliditet behöver det finnas en frånvaro av systematiska eller oberäkneliga fel som ofta sker i dataprocessen och datainsamlingen på grund av slarvfel kopplade med intervjuerna (Esaiasson et al., 2012, s. 63). För att uppnå en så hög resultatvaliditet som möjligt gjordes enbart en intervju per dag och samtliga intervjuer spelades in. Således kunde informanterna prata fritt utan att det blev onödiga pauser samtidigt som det var lättare att lyssna och ställa följdfrågor. Validiteten kan därmed ses relativt hög då det som avses att mätas görs på ett tillförlitligt sätt. Däremot kan reliabiliteten ses vara låg eftersom det inte kan generaliseras och resultaten från en liknande studie kan skilja sig från denna (ibid, s. 57, 64).

Slutligen ska sägas att det empiriska materialet kommer att genomgående analyseras genom en hermeneutisk metod, det vill säga att jag tolkar och förstår intervjuerna samt texterna. Detta är en metod där fenomenets mening åskådliggörs och är vanligt vid kvalitativa undersökningar, exempelvis samtalsintervjuer. Inom hermeneutik finns det två fundamentala komponenter som är viktiga att ha i åtanke. Den ena är att en forskare alltid har en förförståelse för diverse teorier, referensramar och begrepp. Det kan komma från ens språk, ideologiska föreställningar samt erfarenheter. Det andra elementet är att det konstant finns ett växelspel mellan delar och helhet – därför måste ett faktum alltid sättas i ett större sammanhang för att dess mening ska synliggöras. Således blir tolkning kontextuell och kunskapen som återfås är grundad i specifika kontexter (Danermark, Ekström & Karlsson, 2018, s. 243-244).

5.1 Val av informanter

Valet av informanter att intervjua är av stor vikt då de måste ha god kunskap om ämnet för att kunna ta ställning till vilka barriärer och begränsningar som finns för flyktingkvinnor samt vilka förbättringar som kan göras inom tillgången till SRHR-relaterad hjälp i Sverige. Således är det också viktigt att det är professionella som arbetat i Sverige då regeringens humanitära arbete globalt kan skilja sig från det nationella arbetet. Eftersom det ofta kan vara svårt att få vård i den reguljära vården valdes informanter som arbetar på en ideell organisation som ger vård till utsatta personer. Av etiska skäl kommer organisationen inte att namnges. Den valda människorättsorganisationen finns representerad runt om i Sverige och ger medicinsk, psykosocial och juridisk hjälp till flyktingar, inkluderat utsatta EU-migranter. Eftersom SRHR innefattar både fysiska och psykiska frågor är detta en viktig faktor. Organisationen vittnar också om de brott mot mänskligheten de möter, vilket vidare är en viktig komponent i arbetet att förbättra tillgången till SRHR för hela befolkningen.

Personal på människorättsorganisationen arbetar på olika avdelningar. En av de som intervjuades är utbildad jurist och ansvarar för SRHR och smittskyddsfrågor, som i uppsatsen kallas informant 1. Ansvarig för den psykosociala mottagningen, som är utbildad socionom och vidareutbildad inom psykosocialt arbete, intervjuades också och kommer att benämnas som informant 2. Vidare intervjuades en läkarvolontär på verksamheten, som vanligen arbetar inom den reguljära sjukvården, och kallas informant 3. Därmed kan denna informant bidra med relevant information från både den reguljära vården samt från den ideella organisationen. För att få ytterligare perspektiv intervjuades en post PhD-forskare och utbildad gynekolog samt förlossningsläkare som fokuserar på forskning inom SRHR, bland annat att förbättra tillgången till säker abort. Denna informant benämns som informant 4.

5.2 Metodens avgränsning

Då uppsatsen enbart analyserar informantintervjuer från en ideell organisation och ett fåtal vårdgivare och forskare kan resultaten inte generaliseras. Därmed kan resultaten inte förväntas gälla en större population. De intervjuade har en mycket god inblick i flyktingkvinnors situation och möter dem dagligen i sitt arbete. Flyktingkvinnorna har dock inte själva intervjuats. Trots dessa begränsningar kan studien ge insiktsfulla perspektiv och inblickar i ämnet och bidra till fortsatt forskning.

Det har varit ett aktivt val att inte intervjua flyktingkvinnor som söker hjälp hos organisationen eftersom problematiken kring fenomenet gör det svårt från ett etiskt perspektiv. Ett problem är att många flyktingar, asylsökande och papperslösa lever i rädsla. Många har inte bott i Sverige länge, söker hjälp för åkommor som kan ses som känsliga och det finns ofta problem med språkkunskaper. Det skulle behövas en tolk för att förstå varandra väl vilket kan leda till komplikationer. Jag hade därför behövt inneha en mer professionell roll inom trauma och krissituationer för att kunna hantera dessa faktorer och det hade varit mer tidskrävande. Ett medvetet val att avgränsa intervjuerna till att fokusera på flyktingkvinnor har gjorts trots att SRHR kan omfatta en individ oavsett kön. Då faktorer såsom rätt till preventivmedel, en säker abort samt sexuellt våld innefattas inom området valde jag att fokusera på kvinnor som i större utsträckning utsätts för diskriminering.

Begreppet flykting kan ses relativt brett samtidigt som en utsatt EU-migrant inte nödvändigtvis uppfattas av alla aktörer som flyktingar. Eftersom SRHR-vård till papperslösa och asylsökande flyktingar ges under lagen om "vård som inte kan anstå" men inte till utsatta EU-migranter anses de ändå vara underprivilegerade i samhället. De flesta är romer som har flytt från sitt hemland till följd av strukturell diskriminering (Amnesty International, 2018, s. 6), vilket är inom definitionen för flykting. De är inte tillåtna att stanna i Sverige efter tre månader vilket blir problematiskt om de då juridiskt ses som EU-migrant eller papperslösa ifall de fortsätter vistas i landet (SKL, 2017, s. 2-7; Migrationsinfo, 2018). Däremot kan annan forskning ha andra definitioner av flykting och uppsatsen är kontextuell i sitt avseende.

Ett problem jag kan stöta på under samtalsintervjuerna är att distansen mellan mig som forskare och de informanterna som intervjuas kan minska validiteten. Esaiasson et al. (2012) förklarar det är ett centralt problem inom den empiriska samhällsvetenskapen eftersom det kan bli så kallat "översättningsproblem", i detta fall i processen som källorna bearbetas. Trots att de intervjuade har professionella yrkesroller kan även intervjuareffekter ske, det vill säga att jag som intervjuare kan omedvetet påverka eller anpassa samtalet. Det är exempelvis vanligt vid känsliga frågor att svar blir annorlunda när en intervjuare är närvarande (ibid, s. 57, 235). Risken finns alltid att detta sker men kan anses minskas genom att välja informantintervjuer och professionella som arbetar dagligen med det komplexa och tidvis känsliga fenomenet. Dessutom gjordes noggranna intervjuguider inför intervjuerna, för att minska min inverkan, samt att följdfrågorna som ställdes var öppna. En styrka som kvalitativ undersökning har är att oväntade och mer utförliga svar kan uppkomma vilket känns essentiellt inom detta ämne (ibid, s. 251-253).

Det ska även nämnas att till följd av pandemin Covid-19, som var påtagligt under uppsatsens gång, så utfördes alla intervjuer digitalt via internet genom videosamtal. En konsekvens av det är att det kan vara svårt att uppfatta vissa reaktioner från personer som enbart fås genom att sitta bredvid den intervjuade. Sådana reaktioner kan vara användbara för analysen. Även här uppskattas risken åtminstone minska genom att de görs med kunnig personal inom SRHR som är vana att diskutera ämnet online och offline.

6. Resultat och analys

I detta kapitel ämnas frågeställningarna besvaras med hjälp av informanternas svar och begreppen funna i teorin. Strukturellt våld och diskriminering kommer att synas genom hela analysen och tar sig i uttryck på olika sätt. För att inte behöva återupprepa informanternas yrke vid citering kommer de att numreras på följande vis:

- Informant 1: Ansvarig för SRHR och smittskyddsfrågor på den ideella organisationen
- Informant 2: Ansvarig för den psykosociala mottagningen på den ideella organisationen
- Informant 3: Volontär på den ideella organisationen och läkare inom den reguljära vården
- Informant 4: Forskare inom SRHR samt utbildad gynekolog och förlossningsläkare

6.1 Strukturellt våld och flyktingkvinnors vård och hälsa

Många flyktingkvinnor i Sverige är drabbade av strukturellt våld. Det strukturella våldet finns i alla samhällen och sker systematiskt. Det kan yttra sig på olika sätt och är ett våld som skapar ojämlikheter och marginalisering (Farmer, 2004, s. 307-308). Våldet är inbäddat i de sociala strukturerna vilket resulterar i att individers självförverkligande reduceras som i sin tur bidrar till än mer ojämlikhet för de missgynnade samhällsgrupperna (Flynn et al., 2014, s. 30-31). Kvinnor drabbas i högre grad än män av strukturellt våld till följd av ojämna maktförhållanden som leder en försämrad samhällsstatus (Sinha et al., 2017, s. 134). I Sverige såväl som i andra länder är flyktingkvinnor drabbade i än högre grad än många andra då etnicitet och den sociala statusen hos flyktingar leder till former av strukturellt våld. Flyktingkvinnor är därmed förtryckta i samhället till följd av flera faktorer, däribland genus, etnicitet och social status som i sin tur kan härleds till patriarkala strukturer och rasism (Damant et al., 2008, s. 129).

Enligt de verksamma informanterna känner sig flyktingkvinnor i Sverige ofta främmande i värdlandet till följd av upplevd exkluderingen. Detta gör i sin tur att gruppen känner sig främmande i sjukvårdssystemet, vilket i sin tur gör att de använder andra alternativ för att få tillgång till SRHR-vård. Detta beläggs också av forskning av informant 4 som forskar inom SRHR. Informanten har undersökt flyktingkvinnors behov av telemedicin vid abort i Tyskland där det, precis som i Sverige, är lagligt. Telemedicin hänvisar till att ge den medicinska vården på distans genom kliniska tjänster, vilket flyktingkvinnor är överrepresenterade i att söka. Resultatet visade att det är just på grund av att kvinnorna känner sig främmande i landet som de använder telemedicin, där informanten menar att: *”Även om de har legal rätt känner flyktingkvinnor sig extremt främmande i vårdssystemet. De varken vågar eller förstår hur de söka hjälp. Kvinnorna vet inte vart de ska ta vägen”*. Därmed finns det en brist i både kunskap och en känsla av utanförskap. Generellt påverkar systematisk rasism och sexism flyktingkvinnor negativt vilket bland annat resulterar i att de känner sig exkluderade, isolerade och främmande i landet (Mojab, 1999, s. 124-127). Detta utanförskap påverkar även synen som flyktingkvinnor kan ha på reproduktion i de västerländska länder de befinner sig i. Eftersom Sverige tillämpar härstamningsbaserat medborgarskapssystem, har barnet inte rätt till svenskt medborgarskap om inte föräldrarna innehar det. Detta skapar ångest hos kvinnorna på grund av synen som staten har på nationell identitet och de känner sig utanför systemet (Regeringen, 2013, s. 46-47; cf. Castañeda, 2010, s. 16). Sammantaget leder det strukturella våldet till att flyktingkvinnor hamnar utanför sjukvårdssystemet och behöver hitta andra sätt att få hjälp med abort och SRHR-relaterad vård.

6.1.1 Strukturellt våld och smittskyddsfrågor

Flyktingar globalt lider av högre risk att smittas av sexuellt överförbara sjukdomar (*sexual transmitted infections, STIs*) av flera anledningar; en är flykten till det nya landet som ofta inkluderar en låg socioekonomisk status och osäkerhet. Det leder i sin tur till att de blir utsatta för sexuellt våld eller tvingas sälja sex vilket ökar risken för STIs. Vidare förvärras situationen på grund av brist på tillgång till förebyggande och utbildningsinsatser (Al-Maharma et al., 2019, s. 607). Dessutom är kvinnor en riskgrupp. Förutom de biologiska faktorerna återfinns risken även i sociala, ekonomiska och politiska faktorer. Ojämliga maktförhållanden, våld och fattigdom interagerar med de biologiska faktorerna vilket drabbar kvinnor mer än män. De hierarkiska strukturerna som ses i den patriarkala ordningen leder till ojämlik sexuell maktdynamik, en feminisering av fattigdom, genusbaserat våld (*gender-based violence, GBV*) och ojämlika genusrelationer vilket sammantaget påverkar smittorisken. Dessa faktorer

utmanar förebyggandet av hiv och andra STIs (Ostrach & Singer, 2012, s. 258-260). Flyktingkvinnor hamnar således i riskgruppen på flera plan vilket försvårar deras situation.

Flyktingkvinnor i Sverige har stora svårigheter när det kommer till att få en jämställd vård inom smittskyddsfrågor. De exkluderas ofta av Folkhälsomyndighetens nationella arbete med hiv och andra STIs, trots att Folkhälsomyndigheten (2018) menar att information och behandling av STI ska gälla för hela allmänheten. Informationen når inte ut till flyktingkvinnor i samma grad som resten av befolkningen. Det strukturella våldet har en stor inverkan på varför flyktingkvinnor blir exkluderade i det svenska samhället när det kommer till smittskyddsfrågor. Eftersom våldet och diskrimineringen sker systematiskt leder det till ojämlika strukturer i samhället (Farmer, 2004, s. 307-308), där flyktingkvinnor påverkas negativt. Dessa kvinnor bortprioriteras därmed i det svenska samhället och exkluderas ifrån samhällets arbete med smittskyddsfrågor. Detta gör att det finns en stor kunskapslucka hos gruppen. Okunskap kring STIs och preventivmedel är hög i denna grupp vilket informant 1, som är ansvarig för SRHR och smittskyddsfrågor på den undersökta organisationen, beskriver: ”*Många flyktingkvinnor vet inte att det finns tillgång till preventivmedel, eller varför det finns preventivmedel*”. och tillägger att många flyktingkvinnor inte ens vet vad STIs är eller vilka påföljder dessa får och vilka sjukdomar de orsakar. Utöver den direkta effekten av infektionen leder STIs till allvarliga konsekvenser inom den reproduktiva hälsan för kvinnor. Detta inkluderar infertilitet, att smittan riskeras överföras från mor till barn och sjukdomar som livmoderhalscancer (Al-Maharma et al., 2019, s. 607). Informant 1 menar vidare att flyktingkvinnor ofta inte får möjlighet att testa sig för STIs i Sverige och menar att snabbtest för hiv är särskilt viktigt för denna grupp då många haft oskyddat sex genomgående i sitt liv. Därmed är det tydligt att flyktingkvinnornas liv begränsas avseende STIs och det är vanligt att de varken får information, möjlighet att testa sig eller adekvat behandling i Sverige, trots att dessa insatser ska gälla hela befolkningen.

Sexism och andra strukturella faktorer som de ovan nämnda upprätthåller, bidrar till eller skapar situationer med marginalisering där kvinnors hiv- och STI-risker är kopplade till deras utsatthet, vilket är en särskilt komplex form av strukturellt våld. Därtill lider flyktingkvinnor av ett strukturellt förtryck till följd av lägre samhällsklass, utländsk härkomst, etnicitet och mörkare hudfärg, vilket påverkar deras självkänsla och valmöjligheter (Ostrach & Singer, 2012, s. 265). Dessutom kommer många flyktingar från låg- och medelinkomstländer där det saknas en medvetenhet om olika STIs och brist på utbildade vårdpersonal. Det finns ofta även ett utbrett stigma kring STIs (Al-Maharma et al., 2019, s. 607).

Brist på kunskap om smittskyddsfrågor och stigma kring STIs är negativt för alla i samhället. Okunskap kring säkert sex och prevention är därmed en stor barriär för flyktingkvinnor i Sverige. Därför behöver Sverige förbättra tillgången till information hos flyktingkvinnor för att de ska få kunskap och kunna våga och ges möjlighet att söka vård inom prevention och STIs. Informant 1 anser att idag är det frivilligorganisationer i Sverige som måste och har skyldighet att informera samt skicka vidare flyktingkvinnor till den reguljära vården eftersom dessa sjukdomar, oftast hiv, faller under smittskyddslagen. Informanten menar att det även är för att: *”De ska kunna fortsätta få vård och inte sprider sjukdomen till andra”*. Därmed är det tydligt att sjukvårdssystemet behöver lägga mer fokus på flyktingkvinnornas behov av STI-relaterad information och tillgång till prevention, vård och omsorg inom detta område.

6.2 Gender-based violence (GBV)

Till följd av att kvinnor har en lägre samhällsstatus än män i många samhällen drabbas kvinnor i större utsträckning av genusbaserat våld (*gender-based violence*, GBV). Termen synliggör en skadlig handling i strid mot en människans vilja som förekommer på grund av offrets kön (Hatters-Friedman, 2012). Därmed blir det synligt hur män utövar makt över kvinnor där konsekvensen blir ett ojämnt maktförhållande (Peate, 2019, s. 607; Scott-Samuel, 2009, s. 159). I stora regioner i världen, där flyktingar ofta kommer ifrån, är GBV tabubelagt i den vardagliga diskursen till följd av den påtagliga patriarkala kulturens normer som begränsar kvinnors självständighet (Djamba & Kimuna, 2015, s. 6). Flyktingkvinnor är därmed särskilt utsatta för GBV eftersom de tillhör en grupp som är mer beroende av andra och saknar makt i samhället. GBV kan ge fysiska åkommor såsom STIs eller oönskade graviditeter. De psykiska effekterna är bland annat posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), ångest och depression och GBV leder tidvis till självmord (Hatters-Friedman, 2012).

6.2.1 Maktlöshet skam och stigma i samband med GBV

Flyktingkvinnor i Sverige är i hög grad utsatta för GBV till följd av sexuellt våld, människohandel, tvångsprostitution och skadliga hedersnormer. Det finns många hinder och barriärer för kvinnorna att söka vård och hjälp. Skam och stigma är sammankopplade till våldet som utövas i samband med hedersnormer och till det faktum att kvinnorna lever i en mansdominerad vardag. Dessa faktorer gör att flyktingkvinnor inte kan prioritera sin psykiska hälsa. Detta betonas av informant 2, som ansvarar för den psykosociala mottagningen på den ideella organisationen, som menar att:

Flyktingkvinnor som varit med om sexuellt våld och GBV söker inte alltid till den psykosociala mottagningen i första skedet utan många får somatiska symptom och blir hänvisade till det psykosociala från den juridiska eller medicinska mottagningen, där de har uppvisat somatiska symptom. De söker till exempel först för att de har ont i magen, ont i huvudet eller svårt att sova vilket är typiska tecken på psykisk ohälsa men det är inte det kvinnorna lägger sin prioritet på. De vågar inte erkänna våldet för att det är stigmatiserat och skambelagt.

Informanten förklarar vidare att kvinnorna är oroliga för att deras partner ska få reda på att de sökt vård vilket gör att de håller sig ifrån vården på grund av rädsla. Det finns också en särskild problematik i att flyktingkvinnor inte söker vård på grund av rädsla för både det psykiska och fysiska våldet. Som tidigare nämnt är flyktingkvinnor mer beroende av andra, däribland deras makar och manliga anhöriga, och saknar därmed makt i samhället och möjlighet att fatta egna beslut, något som gör dem särskilt utsatta för GBV (Hatters-Friedman, 2012). Detta gör även kvinnorna mer isolerade vilket gör att de vid många tillfällen inte får eller ens söker statlig vård. Flyktingkvinnorna är oroliga att deras män ska få reda deras kontakt med vården och att de kan utesluta det som ett alternativ. Detta understryker informant 4 och menar att kvinnor som faktiskt söker hjälp för GBV måste göra det mitt i natten då deras partner inte märker frånvaron av dem. Isolationen gör att våldet fortgår och gör att kvinnorna får leva med skammen av att vara utsatt för det fysiska och psykiska våldet i ensamhet. Ett liv fyllt av sexuellt våld och stigma gör att det är svårt för flyktingkvinnor att ta sig ur sin isolering. Det är sällan kvinnorna polisanmäler våldet. Istället beskyller de sig själva samt är rädda för stigma och hämnd. I många sammanhang kan hämnden som drabbar dem av att rapportera sexuellt våld leda till att deras närstående hotar dem. Informant 4 berättar:

Jag träffade en asylsökande flyktingkvinna på vår våldtäktsmottagning som var nyanländ. Hon hade inte varit en flykting utan det man kallar 'displaced' i sitt eget land och led under en lång tid. Där hade hon blivit bortgift till en våldsam man som våldtog henne, men hon lyckades tillslut fly till Sverige. Väl i Sverige träffade hon en annan man på nätet och stämde träff med honom. När hon var hos mannen blev hon våldtagen igen och han hade också filmat händelsen. Han hotade med att sprida filmen till hennes umgängeskrets i Sverige om hon sökte vård eller polisanmälde händelsen, vilket var det mest fruktansvärda för kvinnan. Det var inte ens på tal om att polisanmäla i hennes sinne. Hon kom inte

loss från strukturen hur hon än gjorde, utan nu var hon där igen. Under samma våld och under samma begränsad frihet fastän hon var i Sverige. Vi var maktlösa i att hjälpa henne och det kändes fruktansvärt.

I detta fall är det tydligt hur skadliga GBV-mönster återupprepas och att vården har svårt att nå ut till och hjälpa flyktingkvinnor. Det sexuella våldet sker därmed kontinuerligt genom flyktingkvinnors liv både före, under och efter flykten. Utöver skammen och hoten är en anledning till att offren inte polisanmäler våldet för att det kan leda till ytterligare sexuell exploatering och effekterna av våldet kan ha resulterat i stora trauman (Chandler et al., 2010, s. 49). Flyktingkvinnor kan således ses ha en brist på makt och agens. De har en begränsad möjlighet att bestämma över sitt liv där deras autonomi, val och handlingar är beroende på männen som har makt över dem. Männens förväntningar och normer styr kvinnans livscykel och möjligheter vilket leder till en begränsad agens (Horowitz, 2014; Turan et al., 2016, s. 154).

Ökad makt och agens hos flyktingkvinnor som leder till förbättrad SRHR-vård vid GBV kräver ekonomiska medel hos den reguljära vården för att behandla offren och tydligare värna om flyktingkvinnors hälsa och skydd. Idag sker istället kontakten och integreringen till statens sjukvårdssystem via frivilligorganisationer vilket kräver tid och dubbelt arbete. Informant 4 menar att:

En vård som integreras in i existerande sjukvårdssystem skapas nu på eget initiativ via volontärbaser. Det krävs helt enkelt att vi budgeterar för dessa enheter. Det första steget är att erkänna att det finns barriärer för flyktingkvinnor. Även om de har den här rätten nu så är det inte säkert att de kommer att använda den rätten. Därför måste vi visa att vi vill se deras hälsa skyddas så måste vi söka upp, informera och skapa en anpassad vård för dem.

För att säkerställa flyktingkvinnors säkerhet och egenmakt är det därför viktigt att Sveriges sjukvård värnar om deras behov. Hälsa är en mänsklig rättighet och eftersom staten ska skydda alla som bor inom gränserna bör Sveriges regering vidta åtgärder för flyktingkvinnor (Sandblom & Mangrio, 2017, s. 286).

6.2.2 Normalisering av patriarkala strukturer och behovet av transkulturellt perspektiv

För många flyktingkvinnor blir GBV normaliserat och internaliserat eftersom det pågått hela deras liv. För en flyktingkvinna i Sverige leder detta till flera problem utöver själva våldet. Hon kan till exempel ha rätt till asyl på grund av det våld hon utsätts för men ser detta som ”naturligt” och inte som ett asylskäl. Informant 2 förklarar att:

Flyktingkvinnor har inte alltid berättat allt våld de varit med om i sin asylprocess vilket skulle ha varit bra för asylansökan. Delvis för att det är skambelagt och stigmatiserat men också för att kvinnorna tycker att det är det normala, så att det skulle vara ett skäl att söka asyl är inte alltid något de tänker på.

Således upplyser flyktingkvinnan inte myndigheterna om detta och kan nekas asyl och behöva lämna landet, trots att hon har motiv för att få godkänt på en asylansökan. Enligt informanten kommer det ofta upp i samtal med psykologerna att flyktingkvinnor varit mer utsatta för våld och övergrepp än vad de uppgett i sin asylansökan. Därmed får de inte någon hjälp för problemet, vilket skapar ytterligare hinder och barriärer. Det gör att flyktingkvinnor inte får vård för våldet i Sverige eftersom de normaliserat övergreppen och därför inte berättat om det. Därför betonar informanterna att det är viktigt att använda sig av det transkulturella perspektivet vid bemötandet av flyktingkvinnor vilket innebär en förståelse för kulturella skillnader och en insikt om vikten av att undvika etnocentrism. Det innebär också en förståelse för att vårdgivarens kulturella föreställningar och värderingar påverkar åtgärder och insatser. Genom ett transkulturellt perspektiv får vårdgivaren hjälp att förstå kvinnornas föreställningar, förutsättningar och syn på vård (Carpenter-Song et al., 2007, s. 1362-1365). Detta är av vikt för att förstå sig på våldet som flyktingkvinnor utsatts för, då det kan skilja sig från våldet som sker i Sverige. Informant 2 berättar:

Många flyktingkvinnor har blivit utsatta under flykten till Sverige. Det kan också vara att kvinnan blivit utsatt av de som har den politiska eller militära makten i hemlandet de flyr ifrån och att de där har blivit utsatta för tortyr. Den tortyren omfattas emellanåt av gruppvåldtäkter.

Således är transkulturell kompetens avgörande för att kunna bidra med en vård som dessa kvinnor känner sig bekväm och säkra med eftersom tortyr kan bidra till stora emotionella trauman. Detta perspektiv är även essentiellt när det kommer till offer som varit med om våld som normaliserats till följd av patriarkala strukturer. Eftersom sexuellt våld ofta sker då

flyktingkvinnor utsätts för människohandel eller tvingas sälja sex är det transkulturella perspektivet viktigt, särskilt vid frågor som berör vårdbehov. Samma informant menar att:

Att vara kvinna betyder ofta att du är mer utsatt och att dessutom vara flyktingkvinna, då råkar du ofta väldigt illa ut. Jag stöter ofta på att dessa kvinnor säljer sex för att ha råd med mat och sovplats på härberge och att de även där blir väldigt utsatta. De är ofta redan väldigt traumatiserad och har varit utsatt för sexuellt våld och att på det behöva sälja sin kropp – det blir trauma på trauma för många av kvinnorna. Det är beklämmande att se hur trasiga de är och även hur de stänger ner sitt känsloliv för att ens orka vara i det de är i. De tänker: ”Det är lugnt, jag pratar och tänker inte på det, jag tänker på annat”.

Det blir således tydligt att det fysiska våldet har normaliserats till följd av kvinnornas erfarenheter och fortsatta exploatering. Eftersom de inte har någon stabil roll i samhället eller samhällsstatus blir det en överlevnadsstrategi att acceptera och normalisera det våld som männen utsätter flyktingkvinnorna för. De patriarkala och kulturella normerna reglerar därmed många flyktingkvinnors liv när det kommer till självbestämmande. Det försvårar kvinnors val att bestämma över sina egna liv där män kontrollerar dem. Det leder till utsatthet och gör att flyktingkvinnor i är särskilt utsatta för exploaterande som innefattar att sälja sex (Sherif-Trask, 2014, s. 12-13, 118). Det leder i sin tur till en ökad risk för STIs.

Utsatta kvinnliga EU-migranter, vilka på många sätt kan betraktas som flyktingkvinnor, inte minst på grund av deras brist på agens, är särskilt sårbara när det kommer till människohandel. Informant 1, ansvarig för SRHR på den ideella organisationen, beskriver att: *”Tiggeriförbud och andra anledningar som gör att utsatta EU-migrantkvinnor, särskilt romer, får in allt mindre pengar leder till att de blir indragna i människohandel, vilket de tvingas acceptera för att kunna försörja sig själva och sina familjer”*. Det sexuella våldet är ofta omfattande och kvinnor tvingas in i prostitution av deras hallickar. Offer för människohandel blir ofta avskilda från samhället och har inget val än att förlita sig på sina hallickar för överlevnad som i sin tur är våldsamma mot kvinnorna. Kvinnor som utsatts för sexuellt våld och människohandel har svårt att få adekvat sjukvård (Sherif-Trask, 2014, s. 12-13, 118-120). Därmed är det också svårt för kvinnorna att våga prata med vårdpersonal om våldet, vilket styrker behovet av transkulturellt perspektiv för att nå ut till dem.

Generellt är mäns våld mot kvinnor är ett stort socialt problem som existerar på grund av att dagens patriarkala strukturer bygger på ett historiskt ojämlikt maktförhållande mellan män och kvinnor. Kvinnor deltar till följd inte i samma utsträckning varken i de sociala, politiska eller ekonomiska aspekterna vilket ofta leder till en social utsatthet. Således behövs den nuvarande patriarkala ordningen avlegitimeras för att få bukt på problemet (Martínez & Blanco, 2014, s. 103). Detta uppmärksammas i de globala hållbarhetsmålen som belyser vikten av att vidta globala åtgärder i stärkandet av sjukvårdssystemets roll för att motverka GBV där fokus ligger på mäns våld mot kvinnor (Peate, 2019, s. 607). I Sverige bör vårdpersonal därmed integrera en GBV-bedömning i sin praxis med patienter. För att detta ska ske behövs utbildning om hur dessa samtal ska gå tillväga (ibid, s. 607). Kunskap och upplysning om ämnet i kontext till flyktingar är därmed essentiellt också för allmänheten.

Genom att det svenska sjukvårdssystemet utvecklar ett transkulturellt perspektiv i kontext till flyktingkvinnor kan vårdgivare förhindra att många kvinnor upplever diskriminering inom vården. Denna kompetens grundar sig i en effektiv kommunikation som tillgodoser en holistisk samt individualiserad vård där vårdgivaren accepterar och värderar skillnader som kan involvera kulturella föreställningar såväl som historiska, sociala och ekonomiska och politiska faktorer (Carpenter-Song et al., 2007, s. 1362-1364). Detta för att motverka barriärer inom sjukvården. Således behövs både utbildning och stöd till vårdpersonal då det skulle öka den holistiska förståelsen samtidigt som de kan bistå flyktingkvinnor psykiskt och fysiskt på ett lämpligare sätt. Det ger vårdgivare en större möjlighet att etablera respektfulla relationer med flyktingkvinnor för att minska kvinnornas känsla av isolering. Detta skulle leda till en mer integrerad vård för flyktingar samtidigt som vårdgivare får mer förståelse och kunskap om flyktingkvinnors behov (McBride et al., 2016, s. 710-717; Castañeda, 2010, s. 7).

6.3 Maktutövning och exkludering från vård

En stor barriär för flyktingkvinnors tillgång till SRHR-relaterad vård är en konsekvens av maktutövning av vårdgivare. Främlingsfientlighet och diskriminering möter många flyktingkvinnor som söker reguljär vård i Sverige. Informant 1 menar att detta kan variera och beror på vad vårdgivaren har för inställning till kvinnorna där informanten beskriver att: *”Vi ser från våra patienter att flyktingkvinnor inte får SRHR-vård på grund av främlingsfientlighet och diskriminering mot dem, trots att vårdgivarna vet om flyktingkvinnornas rättigheter. Det beror på vad vårdgivaren har för inställning till flyktingkvinnor”*. Vårdgivare kan således ses

utöva makt och maktmissbruk, vilket leder till en diskriminering av flyktingkvinnor som därmed bortprioriteras av den reguljära vården. Generellt är främlingsfientlighet en konsekvens av samhällets strukturer. Dessa skapar ojämlika maktförhållanden mellan icke-västerländska kvinnor, som har en lägre social status, och makthavare (Damant et al., 2008, s. 129). I detta fall kan det ibland ses tydligt i mötet mellan flyktingkvinnor och vårdgivare. Icke-västerländska kvinnor, migranter och ekonomiskt utsatta marginaliseras allmänt av myndigheter och det är således viktigt att utvidga och förbättra vården för dessa grupper (Whittier, 2016, s. 803-804). Eftersom flyktingkvinnor ofta kan beskrivas utifrån alla dessa kategorier är de i en särskilt utsatt position.

Maktutövningen sker även till följd av okunskap vilket är en vanlig anledning till att flyktingkvinnor inte får SRHR-relaterad vård och denna maktutövningen sker ofta systematiskt i Sverige. Även om lagen om ”vård som inte kan anstå” funnits sedan 2013 (SFS 2013:407) finns det en problematik kring den eftersom enskilda vårdgivare har rätten att bestämma huruvida flyktingen verkligen har rätt till vård och i vilken omfattning. Informant 1 framställer det på följande sätt:

Lagen om ”vård som inte kan anstå” följs inte alltid. Många som arbetar inom vården vet inte vad den innebär. Flyktingkvinnor som söker vård för att utföra en abort blir nekade vård redan hos receptionisten för att de inte kan betala för aborten, trots att det ingår i ”vård som inte kan anstå”. Det ska ju vara vårdbehovet som styr vem som har rätt och en läkare bör avgöra detta. De här personerna kommer då ofta till vår klinik och så måste vi upplysa personer inom den reguljära vården vad exempelvis en papperslös flykting är och vad de har för rättigheter, och det är hel fel att det faller på civilsamhället. Många vårdgivare inom den reguljära vården som ska ge vård enligt denna lag är inte upplysta om den vilket gör att många flyktingkvinnor som ska få vård, i verkligheten inte får det. Det trots att de enligt lag har rätt till det och behöver vården. Det är en stor okunskap angående lagen runtom i Sverige inom vården.

Kunskapsbrist hos både vårdgivare och flyktingkvinnor påverkar allvarligt flyktingkvinnorna och blir en av barriärerna inom SRHR för dessa kvinnor. Det saknas information och upplysning om flyktingkvinnors rättigheter inom SRHR bland vårdpersonal och så länge denna kunskapslucka kvarstår begränsas kvinnornas möjlighet att återfå makt, agens och en mer jämlik vård.

Vidare är lagen om "vård som inte kan anstå" begränsade för flyktingkvinnor vid SRHR-problem som kräver psykisk behandling. Många av kvinnorna som varit med om övergrepp och tortyr lider av svår psykisk ohälsa. Detta innefattas av Folkhälsomyndighetens (2018) beskrivning av rättigheter, där de menar att sexuell och reproduktiv hälsa inkluderar ett känslomässigt och psykiskt välbefinnande. Trots det blir lagen mycket snävt tillämpbar för flyktingkvinnors psykiska ohälsa och den innefattar endast vård vid suicidprevention. Informant 2, som är ansvarig för den psykosociala mottagningen på den undersökta organisationen, förklarar att:

När det kommer till psykisk ohälsa så handlar "vård som inte kan anstå" om suicidprevention, men det är den enda vård som den offentliga vården erbjuder. Flyktingkvinnor som har svåra SRHR-relaterade trauman och lider av PTSD [posttraumatiskt stressyndrom] behandlas dessutom inte om kvinnan inte är tillräckligt stabil för att orka göra det. Det är en rätt jobbig behandling och då behöver personen ha det tryggt och stabilt runtomkring sig för att genomgå den och det har kvinnorna oftast inte.

Flyktingkvinnor har därmed ingen eller mycket begränsad rätt till vård vid depression eller ångest, vilket informanten beskriver som de vanligaste symptomen för psykiska ohälsa bland svenska medborgare. I och med det kan flyktingkvinnor inte få denna vård om det inte går så långt att kvinnan riskerar begå självmord. Återigen är det tydligt att se hur systematiskt maktutövning, i detta fall statens lagar, påverkar flyktingkvinnor. De blir maktlösa i att förbättra sitt välmående och får leva med trauman i brist på lagstadgade rättigheter i Sverige.

Avsaknaden av personnummer, då många inte har permanent uppehållstillstånd, försämrar också kvalitén på vården för kvinnorna och ökar risken för felbehandling och maktmissbruk. Vidare hindrar ofta rädslan över att bli utvisade gruppen från att söka vård. Eftersom flyktingar enbart erbjuds akutvård måste de vänta tills att icke-akuta tillstånd ska bli kritiska nog och akuta för att behandlas (Sandblom & Mangrio, 2017, s. 285). När det kommer till psykisk ohälsa till följd av SRHR-relaterade trauman måste alltså flyktingkvinnor "vänta" på att bli suicidala för att få vård. Om exempelvis en flyktingkvinna blivit våldtagen och blir deprimerad av händelsen menar informant 2 att hon kan få hjälp om det blivit akuta fysiska skador, men ingen behandling finns för den psykiska ohälsan. Informanten förklarar att:

"Om en flyktingkvinna blivit våldtagen och deprimerad till följd av det kan hon få den akuta fysiska vården vid skador i samband med våldtäkten, men när det

gäller just den psykiska hälsan har flyktingkvinnor väldigt lite rättigheter. Om det inte är risk för suicid, anses det inte som akut”.

Generellt är krig och konflikter det mest allvarliga hotet mot en persons hälsa vilket ofta påverkar den mentala hälsan. Trots det får majoriteten av flyktingar inte någon psykoterapi och står inför mycket motstånd när det kommer till sjukvårdsbehandlingar. Flyktingar som tvingats fly från dessa situationer lider ofta av psykiska besvär, såsom PTSD, till följd av trauman från sexuellt våld och tortyr. Där kan gruppterapi hjälpa eftersom det minskar känslan av isolation då de får känna tillhörighet med andra som överlevt trauman och inte behöver känna skam eller stigma. För många flyktingkvinnor är skammen förknippad med migrationstrauma och den papperslösa statusen hindrar dem från att söka hjälp (Bramble, 2017, s. 620).

För att förbättra vården för flyktingkvinnors psykiska ohälsa i relation till SRHR behövs det därmed finnas möjlighet till behandling, vilket det inte finns i dagsläget. Det är också viktigt att vården erbjuder en långvarig kontakt. Informant 2 menar att det som är viktigt när en person som drabbats av psykisk ohälsa ingår i en behandling är att vårdpersonal gör en bedömning, sätter upp mål för behandlingen samt att den genomförs och avslutas. Detta måste också resultera i ökade möjligheter för kvinnorna att få stanna i Sverige utan risk för utvisning. Lagen behöver utvidgas och se till flyktingkvinnors komplexa situation, också för att de ska känna sig inkluderade i samhället. Samma informant argumenterar:

Det enda som skulle kunna underlätta för flyktingkvinnor att få tillgång till psykosocial hjälp för SRHR-relaterade trauman är att ändra på lagen. Framförallt gäller det migrationsstiftningen inom Sverige och vad flyktingkvinnor har rätt till för vård. Som papperslös räknas du som besökare i kommunen rent juridiskt och som besökare ska du tillgodose dina egna behov och därför faller de ur alla ramar och passar inte in någonstans.

Det finns här en problematik i att flyktingar ses som besökare i landet. Sveriges lagar när det kommer till flyktingars sjukvård baseras idag på att de själva bär ansvaret för deras otrygga situation (Sandblom & Mangrio, 2017, s. 286). Möjligheten att tillgodose sina egna behov när kvinnor blivit utsatta för SRHR-relaterat våld och trauma relaterad är därmed väldigt liten. Det leder i sin tur till en vidare försämring av hälsa där flyktingkvinnorna försätts i en ytterst maktlös situation.

6.3.1 Ojämställdhet och exkludering av vård för utsatta EU-migranter

Ojämställdheten när det kommer till lagen om ”vård som inte kan anstå” drabbar i synnerhet kvinnliga EU-migranter, vilka ofta är romer och kan betraktas som flyktingkvinnor. Detta eftersom de inte innefattas i lagen, vilket skapar en allvarlig exkludering i vårdsammanhang. Informant 1, ansvarig för SRHR på den ideella organisationen, berättar att:

När det kommer till utsatta flyktingar som kommer inom EU utan sjukförsäkringskort, såsom romer; de har mindre rättigheter än papperslösa och asylsökande. Dessa kvinnor har inte ens rätt till vård som inte kan anstå. Det är också olika beroende på vilket landsting som personerna bor i då det kan skilja en del. Bara den delen – att beroende på vart flyktingkvinnor bor i Sverige – har de olika rätt till vård, är en barriär.

Vården som dessa flyktingkvinnor får, eller inte får, kan alltså skilja sig beroende på vilket landsting de söker vård i, vilken blir en oförutsedd barriär. En utebliven SRHR-vård härleds från romernas hemländer i EU och fortsätter i Sverige. Informant 2, ansvarig för den psykosociala mottagningen på organisationen, tydliggör detta:

Många romer är så diskriminerade i sina hemländer att de inte blir registrerade vid födelse för de förnekas mödravård. Kvinnor måste muta någon för att få mödravård och om du inte kan betala för vården så föder de flesta hemma. Då blir barnet inte registrerade och finns inte rent juridiskt. Även om du föds i Rumänien eller Bulgarien så är du en icke-medborgare i ditt hemland. Då har du ingen sjukförsäkring varken där eller här och får inte rätt till SRHR-relaterad vård i Sverige.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) (2017, s. 6-7) anser att utsatta EU-migranter inte ska omfattas av lagen om ”vård som inte kan anstå” eftersom de anses ha möjlighet att kräva ersättning i sitt hemland om personen har sjukförsäkring. Detta är SKLs hållning trots att det finns en medvetenhet om att många EU-migranter inte har det, där de beskriver att: ”Det förekommer även att dessa personer saknar sjukförsäkring i sina hemländer och därmed omfattas de inte heller av förordning. Konsekvensen av detta är att dessa EU-medborgare måste betala hela kostnaden för den vård som de får här i Sverige” (SKL, 2017, s. 7). Vidare menar de att lagen är avsedd för personer som inte har tillstånd att stanna i Sverige, dvs icke-EU-migranter. Utsatta EU-migranter har rätt att stanna i tre månader och anses således inte omfattas av lagen (ibid, s. 6-7). Detta skapar en otydlighet om utsatta EU-migranter innefattas

av lagen eller inte, när de inte har ett EU-kort eller om de stannar längre än tre månader. I dessa fall kan de juridiskt ses som papperslösa. Den här problematiken belyses av informant 1 som menar att eftersom dessa EU-migranter redan är utsatta både i samhället och ekonomiskt, och det kostar pengar att få EU:s sjukförsäkringskort, fortsätter Sverige diskriminera dem genom otydlig lagstiftning. Detta förvärras av att de, oftast romer, redan är en utsatt grupp i samhället och när det kommer till SRHR där informant 2 menar att: *”På grund av människohandel tvingas EU-migrantkvinnor prostituera sig. De har inte alltid möjlighet att skydda sig varpå en del också blir gravida. De nekas då ofta abort eller vård om de saknar EU-kort, trots att mödravård skall vara fritt”*. Genom att utsatta EU-migranter omfattas av lagen om ”vård som inte kan anstå” skulle tillgången till SRHR-vård kunna förbättras.

6.3.2 Flyktingkvinnors socioekonomiska utsatthet och misstro till staten

De socioekonomiska barriärerna får ofta svåra konsekvenser för flyktingkvinnor. Eftersom många flyktingar har ekonomiska svårigheter är en omfattande SRHR-vård av största vikt för att de ska kunna ha ett välfungerande liv. Detta tydliggörs av informant 1 som berättade om följande fall:

Det var en papperslös flyktingkvinna här nyligen för tredje gången som varit i kontakt med oss och den reguljära vården på grund av en väldigt svår endometriosis [sjukdom vid menstruation]. Det är upp till läkaren att bedöma vad som räknas som ”vård som inte kan anstå”. Det kan tolkas vara gränsfall för den reguljära vården ha gett henne vård men samtidigt fakturerat henne 5000 kr och [gett henne] flera andra fakturor som då gått till Kronofogden. Endometriosis är en kvinnorelaterad sjukdom som kvinnor borde få hjälp för. I detta fall tycker jag att den reguljära vården gjorde fel, hur kan vårdgivare göra så mot en redan utsatt kvinna? Vårdenheten som hon sökte hjälp hos sa att hon måste bevisa att hon är en papperslös flykting, men hur ska en person bevisa att den är papperslös?

Fall som dessa leder till ytterligare osäkerheter för flyktingkvinnor. Att det händer vid upprepade tillfällen visar tydligt på den osäkra situation som papperslösa flyktingkvinnor drabbas av. Därmed anser informanten att attityden hos vårdgivare och godtyckligheten och otydligheten i tolkningen av lagen kan vara avgörande för dessa kvinnors ekonomiska situation. Informanten frågar sig: *”En flyktingkvinna som redan befinner sig i en utsatt position, vågar hon att söka vård som hon har rätt till eftersom hon måste kämpa för den?”*. I detta fall blir det godtyckliga handhavandet tydligt hos vårdgivare som kan bestämma huruvida sjukdomen ska

innefattas inom lagen om vård som inte kan anstå. Detta påverkar särskilt flyktingkvinnor som har en låg socioekonomisk status i samhället. Eftersom sjukvården rätt att skicka flera fakturor som kvinnorna inte har möjlighet att betala, skapas en ännu värre ekonomisk situation och därmed fler barriärer för att söka SRHR-relaterad hjälp.

På grund av denna godtycklighet skapas en misstro till vården och många flyktingkvinnor väljer att söka SRHR-vård hos frivilligorganisationer i stället för den reguljära statliga vården. Informant 3, som är läkare i den reguljära sjukvården såväl som volontär på den ideella organisationen, menar att behovet av skydd inte heller tillgodoses för flyktingkvinnor:

Det finns en utbredd misstro mot vårdcentraler och annat som har en mer formell koppling till stat. Flyktingkvinnor upplever att det är svårt att få det skydd de behöver. De har ofta provat att söka sig till vanlig vård, men haft svårt att få kontakt, eller svårt att ens boka in en tid. Generellt sett är flyktingmän mer synliga inom vården än kvinnor. Flyktingkvinnor tenderar att vara mer isolerade.

Det blir således tydligt att flyktingkvinnor i synnerlighet är exkluderade från vården. Den osäkra juridiska statusen för flyktingkvinnor och de socioekonomiska svårigheterna gör att de är i en mer utsatt position. Detta blir särskilt synligt när de söker vård (Sandblom & Mangrio, 2017, s. 285). På grund av kvinnornas låga inkomster påverkas den fysiska och psykiska hälsan negativt. Som nämnt i teoriavsnittet gör språkbarriärer det svårt för migrantkvinnor att komma in i, och bli en del av, samhället (Mojab, 1999, s. 125). Detta skapar också barriärer när kvinnorna söker SRHR-vård eftersom brist på tolkar gör det omöjligt att förklara vad de har problem med. Genus, etnicitet och klass måste alltså också ses i förhållande till de ekonomiska svårigheterna (ibid, s. 124-127).

Flyktingkvinnor kommer ofta från länder där det råder konflikter, korruption och missgynnande förhållanden för kvinnor och en tillitsbrist till staten. Detta kan "följa med" och leda till att det finns en skepticism till Sverige som stat. Eftersom kvinnorna inte kommer in i, och blir delaktiga i, samhället når inte vården ut till flyktingkvinnorna och det skapas kunskapsluckor. Det här resulterar i att vården inte når ut till flyktingkvinnorna. Informant 4, som forskar inom SRHR, menar att:

Vi är dåliga på att nå ut till flyktingkvinnor med information eftersom det finns språkbarriärer. Brist på information, rädsla, okunskap, rädsla för att bli ertappad och angiven är de största problemen. En stor brist på tillit finns hos

många flyktingkvinnor. Och informationen till flyktingkvinnorna måste anpassas språkligt och också till gruppen i sig, så att det är mindre paragrafer och mer informativt.

Rätt till information är ett arbete inom Sveriges arbete för SRHR enligt Folkhälsomyndigheten (2019), ändå tycks informationen ofta inte nå ut till flyktingkvinnor. En avsaknad av information råder hos vårdpersonal och i statens policys. Därmed kan själva informationen om deras rättigheter behöva ses över och förenklas så att allmänheten, och framförallt målgruppen, förstår innehållet.

6.3.3 Flyktingkvinnors rättigheter avseende sjukvård

Sjukvårdsorganisationer i Sverige anser att lagen om ”vård som inte kan anstå” inte är ett praktiskt begrepp då den anses utgöra en risk för patientsäkerhet och att den inte överensstämmer med medicinsk etik. Detta eftersom det blir ett etiskt dilemma för vårdgivare att bestämma vilken situation som bör betraktas som akut och vilken som kan avvaktas. Därmed uppstår en skillnad avseende vad som är lagligt önskvärt och etiskt önskvärt (Sandblom & Mangrio, 2017, s. 286). Då uppstår också en problematik i att vårdgivare kan avgöra vad som är akut och inte. Det förminskar flyktingkvinnors rättigheter genom att förminska deras behov av vård. Exempelvis berättar informant 3 att läkarkollegor ifrågasätter om kvinnors kroniska sjukdomar verkligen kan ses som akut. Vidare menar informanten att denna brist på kunskap om ”vård som inte kan anstå” är mer utbredd på vårdcentraler. I synnerlighet finns svårigheter att samarbeta med privata vårdaktörer som informanten menar *”medvetet väljer att tolka begreppet på snävast möjliga vis”*.

Barriärer kopplade till genus försämrar generellt vården för flyktingkvinnor och bristen på tolkningstjänster samt den upplevda diskriminering som sker av vårdgivare ger flyktingar negativa upplevelser av sjukvården (McBride et al., 2016, s. 710-717), vilket också förminskar kvinnornas rättigheter. Sveriges lag om ”vård som inte kan anstå” bestämmer tillgängligheten till sjukvård för flyktingkvinnor. Den vidmakthåller uppfattningen om att flyktingarna bär ansvaret för deras utsatta situation, vilket ger en falsk perception om att statens utbud av sjukvård av givmildhet och välgörenhet till flyktingarna (Sandblom & Mangrio, 2017, s. 286). Dock är hälsa en universell mänsklig rättighet, vilket bland annat kan ses i FN:s globala hållbarhetsmål där FN anser att: *”God hälsa är en grundläggande förutsättning för människors möjlighet att nå sin fulla potential”* (UNDP Sverige, 2020). Därför har staten ett medicinskt ansvar mot alla som befinner sig i landet. På så sätt grundar godkännandet eller likgiltigheten,

angående den bristfälliga vården som flyktingar tillhandahålls, på ett antagande att dessa personer inte är lika mänskliga (Sandblom & Mangrio, 2017, s. 286).

En förbättring av SRHR-vården i Sverige kräver förtydligande avseende vilka rättigheter flyktingkvinnor har och en möjlighet att kräva dessa utan juridiskt komplicerade processer. Informant 4 beskriver det på följande sätt:

Det behövs ett tydliggörande om vad flyktingkvinnor har för rättigheter och att det inte bara är tomma ord. Flyktingar kan ha rättigheter inom sjukvården, men att faktiskt kräva dem är en omöjlig process, framförallt om kvinnan skickas tillbaka där hon kommer ifrån. Personer i Sverige har en laglig rätt, men det behövs att den kan krävas och att personer har ett skydd som är pålitligt. Det är lättare sagt än gjort, för det är svårt att ändra uppfattningar om man har ett dålig förhållande till myndigheter och poliser sen tidigare. Så det är inte så att det ändras på en handvändning.

En ökad kunskap hos både flyktingkvinnor och vårdenheter bidrar till förbättringen för SRHR-vård för denna utsatta grupp. Det kan finnas en problematik i att både nå ut med informationen och att skapa tilltro hos flyktingkvinnor, men om Sverige ökar kunskapen hos vårdgivare ökar även möjligheten till en förändring. Ideella organisationers verksamhet är välfungerande och når ut till flyktingkvinnor, vilket stärker argumentet att den offentliga sjukvården behöver implementera specialanpassade kliniker. Detta ses från informant 4, forskare inom SRHR, som menar att: *”Frivillighetsorganisationer fungerar väldigt bra och den informationen sprids lätt bland flyktingkvinnor, vilket tyder på att det behövs specialanpassade mottagningar. Då behövs den offentliga sjukvården”*. Eftersom flyktingkvinnor idag har stora svårigheter nyttja SRHR-vården till följd av komplexiteten och otillräcklig tillgång till det allmänna sjukvårdssystemet, behöver förändringar i lagstiftningen och sjukvården göras för att förbättra flyktingkvinnors utsatta situation.

7. Avslutande diskussion och slutsats

Sammanfattningsvis går det att tyda flera hinder och begränsningar till SRHR-vård för flyktingkvinnor i Sverige. Det är möjligt att urskilja både interna och strukturella barriärer som gör det svårt för flyktingkvinnor att få rätt till adekvat vård. Skam och stigma kring flyktingkvinnornas vårdbehov och juridiska status gör att de inte deltar i folkhälsovårdens

insatser i samma utsträckning som andra medborgare. Flyktingkvinnor har ofta utsatts för trauman i hemlandet och många drabbas av fysiskt, sexuellt och psykiskt våld även i Sverige. Därmed minskas deras egenmakt och autonomi. Flyktingkvinnor isoleras och känslan av exkludering förstärks. Därtill leder strukturellt våld av olika former till att de inte välkomnas eller ens godkänns vård i dagens sjukvårdssystem. De patriarkala strukturerna, brist på ett holistiskt och transkulturellt perspektiv, och en godtycklighet i sjukvårdssystemet gör att flyktingkvinnors hälsa bortprioriteras där exempelvis abort och endometrios, som enbart drabbar kvinnor, inte behandlas.

Trots att lagen om ”vård som inte kan anstå” existerar, implementeras den inte alltid till flyktingkvinnors fördel på grund av okunskap och främlingsfientlighet. Vidare gör otydligheter kring lagen det svårt för både vårdgivare och vårdtagare att använda den i praktiken. Det finns dessutom en problematik i att enskilda vårdgivare har rätt att bestämma huruvida flyktingkvinnan är berättigad vård. Även om flyktingkvinnor emellanåt får fullgod SRHR-relaterad vård kan det leda stora ekonomiska skulder och räkningar på belopp de inte har någon möjlighet att betala. Detta trots att papperslösa och asylsökande har rätt till subventionerad vård. Således kan flyktingkvinnor avskräckas från att söka vården igen vid behov.

För att förbättra situationen måste problemet angripas från flera håll. Sverige som stat behöver lägga upp en budget som kan utöka kunskapen och vården för denna utsatta grupp genom att implementera ett transkulturellt perspektiv och en större medvetenhet om strukturellt och genusbaserat våld (*gender-based violence*, GBV). Vidare behövs informationen nå alla i allmänheten och särskilt flyktingkvinnor redan när de anländer till Sverige eller söker vård initialt.

I synnerhet behöver lagen om ”vård som inte kan anstå” förtydligas och förbättras när det gäller omfattningen. Genom en avsaknad av psykisk vård riskerar flyktingkvinnor, som utsatts för GBV och sexuellt våld, att fortsätta leva i en vardag som är en fara för deras liv. En kvinna ska inte behöva vara suicidal för att vara berättigad vård. Utsatta EU-migranter som riskerar människohandel i särskilt behov av SRHR-relaterad vård och måste därför omfattas av ”vård som inte kan anstå”. En gråzon i lagen kan ytterligare skada många kvinnor som redan är utsatta i samhället. Sverige bör värna om befolkningen i landet oavsett juridisk status.

Därmed behövs vidare forskning av flyktingkvinnors egna uppfattningar och upplevelser, behov, begränsningar och barriärer avseende SRHR-vård och hjälp. Det skulle tydliggöra problematikens omfattning och utgöra stöd för ytterligare åtgärder. En undersökning där

flyktingkvinnors egna röster tydligt hörs skulle åskådliggöra kvinnornas åsikter och bidra till att ge dem makt och ökad agens i samhället. Ingen kvinna ska behöva utstå människohandel, tvångsprostitution, GBV, oönskade graviditeter och kroniska sjukdomar i de reproduktiva organen. När det trots allt sker ska sjukvårdssystemet möjliggöra vård och behandling för att ge kvinnorna ett värdigt liv.

Referenser

- Al-Maharma, D., Safadi, R., Ahmad, M., Halasa, S., Nabolsi, M., & Dohrn, J. (2019). Knowledge, Attitudes and Practices of Syrian Refugee Mothers Towards Sexually Transmitted Infections. *International Journal of Women's Health*, 11, 607-615.
- Amnesty International. (2018). *A Cold Welcome*. London: Amnesty International Ltd.
- Banda, P., Odimegwu, C., Ntoimo, L., & Muchiri, E. (2017). Women at Risk: Gender Inequality and Maternal Health. *Women & Health*, 57(4), 405-429.
- Bosmans, M., Nasser D., Khammash U., Claeys P., & Temmerman M. (2008). Palestinian Women's Sexual and Reproductive Health Rights in a Longstanding Humanitarian Crisis. *Reproductive Health Matters*, 16(31), 103-111.
- Bramble, R. (2017). Psychoeducation Trauma Intervention for Refugee Women Survivors of Intimate Partner Violence. *European Psychiatry*, 41(SS), 620.
- Carpenter-Song, E. A., Nordquest Schwallie, M., & Longhofer, J. (2007). Cultural Competence Reexamined: Critique and Directions for the Future. *Psychiatric Services*, 58(10), 1362-1365.
- Castañeda, H. (2010). Im/migration and Health: Conceptual, Methodological, and Theoretical Propositions for Applied Anthropology. *NAPA Bulletin*, 34(1), 6-27.
- Chandler, R., Fuller, L., & Wang, L. (2010). *Women, War, and Violence: Personal Perspectives and Global Activism*. New York: Palgrave Macmillan.
- Choice. (2019). *8 Recommendations on Refugees SRHR in Europe*. Hämtad 2020-04-10 från <https://www.choiceforyouth.org/news/blog/recommendations-on-refugee-srhr/>
- Damant, D., Lapierre, S., Kouraga, A., Fortin, A., Hamelin-Brabant, L., Lavergne, C., & Lessard, G. (2008). Taking Child Abuse and Mothering into Account: Intersectional Feminism as an Alternative for the Study of Domestic Violence. *Affilia*, 23(2), 123-133.
- Danermark, B., Ekström, M., & Karlsson, J. (2018). *Att Förklara Samhället*. Lund: Studentlitteratur AB.
- DiCicco-Bloom, B., & Crabtree, B. (2006). The Qualitative Research Interview. *Medical Education*, 40(4), 314-321.

Djamba, Y. K., & Kimuna, S. R. (2015). *Gender-Based Violence: Perspectives from Africa, the Middle East, and India*. Cham: Springer.

Endler, M., Al Haidari, T., Chowdhury, S., Christilaw, J., El Kak, F., Galimberti, D., . . . Danielsson, K. (2020). Sexual and Reproductive Health and Rights of Refugee and Migrant Women: Gynecologists' and Obstetricians' Responsibilities. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 149(1), 113-119.

Esaiasson, P., Gilljam, M., Oscarsson, O., & Wängnerud, L. (2012). *Metodpraktikan - Konsten att Studera Samhälle, Individ och Marknad*. Stockholm: Nordstedts Juridik.

Farmer, P. (2004). An Anthropology of Structural Violence 1. *Current Anthropology*, 45(3), 305-325.

Feldman, R. (2013) When Maternity Doesn't Matter: Dispersing Pregnant Women Seeking Asylum. *Reproductive Health Matters*, 21(42), 212-217.

Flynn, C., Damant, D., & Bernard, J. (2014). Analyser la Violence Structurelle Faite aux Femmes à Partir d'une Perspective Féministe. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 26(2), 28-43.

Folkhälsomyndigheten. (2018). *Sexuell och Reproduktiv Hälsa och Rättigheter (SRHR)*. Hämtad 2020-04-01 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/sexuell-halsa-hivprevention/srhr/>

Folkhälsomyndigheten. (2019). *Sexuell och Reproduktiv Hälsa och Rättigheter i Sverige 2017*. Hämtad 2020-04-01 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter-i-sverige-2017/>

Hatters-Friedman S. (2012). Gender-Based Violence (s. 732-733), I: S. Loue & M. Sajatovic (Red.), *Encyclopedia of Immigrant Health*. New York: Springer.

Horowitz, B. (2014). Agency (s. 31-32). I: D. Coghlan & M. Brydon Miller (Red.), *The SAGE Encyclopedia of Action Research* (Vol. 1-2). London: SAGE Publications Ltd.

ICPD. (2019). *Sexual and Reproductive Health and Rights: An Essential Element of Universal Health Coverage*. New York: United Nations Population Fund.

Janssens, K. & Bosmans, M., & Temmerman, M. (2005). *Sexual and Reproductive Health and Rights of Refugee Women in Europe: Rights, Policies, Status and Needs - Literature review*. Gent: Ghent University.

Kaplowitz, M., & Hoehn, J. (2001). Do Focus Groups and Individual Interviews Reveal the Same Information for Natural Resource Valuation? *Ecological Economics*, 36(2), 237-247.

Kirch, W. (2008). Sex/Gender (s. 1294). I: W. Kirch (Red.), *Encyclopedia of Public Health*. Dordrecht: Springer.

Lay, K., & Daley, J. (2007). A Critique of Feminist Theory. *Advances in Social Work*, 8(1), 49-61.

Loue S., & Sajatovic M. (2012). *Encyclopedia of Immigrant Health*. New York: Springer.

Mackinnon, A., & Bullen, E. (2005). 'Out on the Borderlands': Time, Generation and Personal Agency in Women's Lives. *Theory and Research in Education*, 3(1), 31-46.

Martínez, A., & Blanco, M. (2014). Managing Resources Against Gender-based Violence. An Intervention from Feminism and Transversality, Through a Case Study of the Simone de Beauvoir Association of León. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 161(C), 102-109.

McBride, J., Russo, A., & Block, A. (2016). The Refugee Health Nurse Liaison: A Nurse Led Initiative to Improve Healthcare for Asylum Seekers and Refugees. *Contemporary Nurse*, 52(6), 710-721.

Merry, L. A., Gagnon, A. J., Kalim, N., & Bouris, S. S. (2011). Refugee Claimant Women and Barriers to Health and Social Services Post-Birth. *Canadian Journal of Public Health*, 102(4), 286-90.

Migrationsinfo. (2018). *Papperslösa*. Hämtad 2020-04-10 från <https://www.migrationsinfo.se/migration/sverige/papperslosa/>

Mojab, S. (1999). De-skilling Immigrant Women. *Canadian Woman Studies*, 19(3), 123-128.

Ostrach, B., & Singer, M. (2012). At Special Risk: Biopolitical Vulnerability and HIV/STI Syndemics Among Women. *Health Sociology Review*, 21(3), 258-271.

Peate, I. (2019). Gender-Based Violence. *British Journal of Nursing*, 28(10), 607.

Peoples, C., & Vaughan-Williams, N. (2015). *Critical Security Studies: An Introduction*. New York: Taylor & Francis.

Regeringen. (2013). *Det Svenska Medborgarskapet*. Stockholm: Elanders Sverige AB.

Regeringen. (2019). *Sexuell och Reproduktiv Hälsa och Rättigheter – En Grundläggande Mänsklig Rättighet*. Hämtad 2020-04-08 från <https://www.regeringen.se/artiklar/2019/11/sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter--en-grundlaggande-mansklig-rattighet/>

Rienecker, L., & Stray Jørgensen, P. (2014). *Att Skriva en Bra Uppsats*. Stockholm: Liber AB.

Rutherford, A. (2011). Sexual Violence Against Women: Putting Rape Research in Context. *Psychology of Women Quarterly*, 35(2), 342-347.

Sabzalian, L. (2018). Curricular Standpoints and Native Feminist Theories: Why Native Feminist Theories Should Matter to Curriculum Studies. *Curriculum Inquiry: Essays from the 2017 Curriculum Inquiry Writers' Retreat*, 48(3), 359-382.

Sandblom, M., & Mangrio, E. (2017). The Experience of Nurses Working Within a Voluntary Network: A Qualitative Study of Health Care for Undocumented Migrants. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(2), 285-292.

SCB. (2020). *Asylsökande i Sverige*. Hämtad 2020-04-10 från <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/asylsokande-i-sverige/>

Scott-Samuel, A. (2009). Patriarchy, Masculinities and Health Inequalities. *Gaceta Sanitaria*, 23(2), 159-160.

Scott-Samuel, A., Crawshaw, P., and Oakley, A. (2015). Men Behaving Badly: Patriarchy, Public Policy and Health Inequalities. *International Journal of Men's Health*, 14(3), 250-258.

SFS 2005:716. *Utlänningslag*. Stockholm: Justitiedepartementet L7.

SFS 2013:407. *Hälso- och Sjukvård till Vissa Utlänningar som Vistas i Sverige Utan Nödvändiga Tillstånd*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Sherif-Trask, B. (2014). *Women, Work and Globalization: Challenges and Opportunities*. New York: Taylor & Francis.

Sinha, P., Gupta, U., Singh, J., & Srivastava, A. (2017). Structural Violence on Women: An Impediment to Women Empowerment. *Indian Journal of Community Medicine*, 42(3), 134-137.

Sinkinson, S. (2005). Film Spectatorship Between Queer Theory and Feminism: Transcultural Readings. *International Journal of Education Through Art*, 1(2), 143-152.

SKL. (2017). *Några Juridiska Frågor Gällande Utsatta EU-medborgare*. Hämtad 2020-04-10 från

<https://skr.se/download/18.50c3b16915d977a1241d2c60/1502284642635/SKLs%20juridiska%20bed%C3%B6ring%20av%20regelverket%20f%C3%B6r%20fr%C3%A5gor%20som%20r%C3%B6r%20utsatta%20EU%20medborgare%20aug-17.pdf>

Socialstyrelsen. (2019). *Vilken Vård ska en Region Erbjudas Papperslösa och Asylsökande?* Hämtad 2020-04-10 från <https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/asylsokande-och-andra-flyktingar/halsovard-och-sjukvard-och-tandvard/erbjuden-varld/>

Stenmark, H., Catani, C., Neuner, F., Elbert, T., & Holen, A. (2013). Treating PTSD in Refugees and Asylum Seekers Within the General Health Care System. A Randomized Controlled Multicenter Study. *Behaviour Research and Therapy*, 51(10), 641-647.

Sudbury, H., & Robinson A. (2016). Barriers to Sexual and Reproductive Health Care for Refugee and Asylum-Seeking Women. *British Journal of Midwifery*, 24(4), 275-81.

Szczepanikova, A., Erel, U., & Lutz, H. (2012). Becoming more conservative? Contrasting gender practices of two generations of Chechen women in Europe. *European Journal of Women's Studies*, 19(4), 475-489.

Toivanen S., Gisselmann M., & Lindfors P. (2012). *Kön, Genus och Hälsa: Socioekonomiska Skillnader i Hälsa Bland Kvinnor och Män*. Malmö: Kommission för ett socialt hållbart Malmö.

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

UNDP Sverige. (2020). *3 God Hälsa och Välbefinnande*. Hämtad 2020-04-11 från <https://www.globalamalen.se/om-globala-malen/mal-3-halsa-och-valbefinnande/>

UNHCR. (u.å.). *What is a Refugee?* Hämtad 2020-04-09 från <https://www.unrefugees.org/refugee-facts/what-is-a-refugee/>

Visanich, V. (2018). Structure and Agency: Changes in Personal Agency in the Life Domain of Young Women in Malta. *SAGE Open*, 8(1), 1-10.

Whittier, N. (2016). Carceral and Intersectional Feminism in Congress: The Violence Against Women Act, Discourse, and Policy. *Gender & Society*, 30(5), 791-818.

WHO. (u.å.). *Gender*. Hämtad 2020-04-10 från <https://www.who.int/health-topics/gender>

WHO Europe. (u.å.). *Gender: Definitions*. Hämtad 2020-04-10 från <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/gender-definitions>

Yin, R. K. (2011). *Qualitative Research from Start to Finish*. New York: The Guilford Press.

Bilagor

Intervjuguide

Tema 1: Informantens utbildning och sysselsättning

- Vad har du för utbildning?
- Vad är ditt yrke?

Tema 2: Informantens arbete med SRHR

- Jobbar/forskar din ideella organisation/avdelning/du med SRHR?
 - (Om ja) Hur har du jobbat med SRHR i ditt yrke?
- Vilka personer träffar ni/du?

Tema 3: Informantens syn på tillgången till SRHR-relaterad hjälp för flyktingkvinnor i Sverige

- Ser du att det finns svårigheter eller utmaningar för flyktingkvinnor att få vård inom SRHR i Sverige?
 - (Om ja) Vilka är de?
- Kan du ge något exempel på när du märkt att barriärer för flyktingkvinnor varit tydliga i samband med SRHR?
 - Finns det något fall som berört dig extra mycket?
- Hur tycker du att deras situationer kan förbättras?
 - Hur kan detta hanteras, det vill säga vilka verktyg och åtgärder behövs för att implementera dem?
- Hur kommer det sig att detta inte finns idag tror du?
- Är det något du tänkt på eller vill tillägga?