

Olika villkor – olika hälsa

**Hälsan bland irakier
i åtta av Sveriges län 2008**

Susanne Sundell Lecerof



MALMÖ HÖGSKOLA
MALMÖ INSTITUTE FOR STUDIES
OF MIGRATION, DIVERSITY AND
WELFARE (MIM)



**LUNDS
UNIVERSITET**
Medicinska fakulteten



**UPPSALA
UNIVERSITET**

Innehåll

Förord	4
Inledning: Projektet IMHAd	4
Bakgrund	6
Den ojämlika hälsan	6
Begreppet hälsa	7
Det hälsofrämjande perspektivet	7
Folkhälsoenkäten i IMHAd	8
Definitioner	8
Utförande	9
Resultat	9
Demografi och ekonomisk situation	9
Allmänt om hälsa	10
Levnadsvanor	11
Tandhälsa	14
Psykisk hälsa	15
Sociala relationer och socialt stöd	16
Otillfredsställda vårdbehov och förtroende för hälso- och sjukvården	18
Diskussion	19
Slutsatser	20
Referenser	20

FÖRORD

Under perioden 2002-2005 finansierade Europeiska Socialfondens gemenskapsinitiativ Equal utvecklingspartnerskapet *RE-KOMP*, ett samarbete mellan Uppsala kommun, stadsdelsnämnden Rosengård i Malmö Stad och en rad andra organisationer. Temat för de sex delprojekten var *Hälsofrämjande introduktion. Internationella hälsokommunikatörer* i Malmö var ett av delprojekten.

Ur Equals fas III-medel beviljades resurser till *Hälsokommunikatörer i ett mångkulturellt samhälle, ett spridnings- och påverkansprojekt 2006-2007*. Ett mål var att etablera forskning för att ta reda på vad som kan påverka nyanlända invandrades hälsa. En studie genomfördes för att kartlägga *Hälsan hos irakier som folkbokförts i Malmö 2005-2007*, den så kallade *Tvärnsnittsstudien*, och för att ta reda på ifall hälsokommunikatörernas arbete hade påverkat dem, och i så fall i vilka avseenden. Målgruppens kunskaper om hälsa, om hälso- och sjukvårdssystemet och om hälsofrämjande livsföring undersöktes. Databasinsamling och databas gjordes under 2007. Analyser av data och produktion av en rapport har gjorts inom ramen för forskningsprojektet IMHAD, *Impact of Multicultural Health Advisors*.

En tvärnsnittsstudie ger en ögonblicksbild av det man studerar. Intresset för att undersöka effekterna av hälsokommunikatörernas arbete ledde till att ett antal organisationer beviljades finansiering från Europeiska flyktingfonden, ERF II 2002-2007 för att inleda en effektstudie – IMHAD. Studien beräknas pågå under cirka fyra år. FoUU Primärvård, Region Skåne åtog sig inledningsvis projektägarskapet. Lunds universitet, socialmedicin och global hälsa åtog sig att genomföra en *Baslinjestudie* tillsammans med Uppsala universitet, institutionen för folkhälsa och vårdvetenskap, och Malmö Institute for Studies of Migration, Diversity and Welfare, MIM, Malmö högskola.

Mål i den första ERF-ansökan nåddes och rapporterades i en andra ansökan till ERF III 2008-2013, som bifölls. Den longitudinella kohortstudien, som startade 2007 med *Baslinjestudien* kunde fortsätta.

Under IMHAD: s andra projektperiod 2009-2011 kommer även en kvalitativ studie att genomföras, som handlar om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, liksom ett forskningsbaserat metodutvecklingsarbete i samarbete med olika hälsokommunikatörsverksamheter i Sverige.

Resultaten av baslinjestudien, som presenteras här, kommer att vara intressanta att jämföra med resultaten från IMHAD: s uppföljande studie våren 2010. Vid tiden för denna databasinsamling kommer informanterna att ha varit i Sverige i ca två år. I uppföljningsstudien kommer det att bli möjligt att analysera hur hälsan förändras över tid och ifall hälsokommunikatörernas verksamhet har några effekter på informanterna. Analyserna kan också ge information om andra orsaker som kan ligga bakom en förändring i informanternas hälsosituation.

IMHAD: s rapporter kommer att publiceras under den gemensamma rubriken **Olika villkor – olika hälsa**. IMHAD kommer också att publicera en rad vetenskapliga artiklar som tillsammans kommer att ingå i en avhandling rörande migration och hälsa.

Denna rapport har skrivits av Susanne Sundell Lecerof under handledning av Per-Olof Östergren och Ragnar Westerling. Mahnaz Moghaddassi har varit behjälplig i den statistiska bearbetningen. Carin Björngren Cuadra, Katarina Carlzén och Achraf Daryani har bidragit med synpunkter och Katarina Löthberg har språkgranskat.

Det är vår förhoppning att föreliggande rapport tillsammans med övriga rapporter, seminarier och konferenser som IMHAD erbjuder ska bidra med kunskaper, som kan ligga till grund för att förbättra hälsa och välbefinnande bland migranter i Sverige och i övriga Europa. IMHAD stödjer idéerna i The Charter of Fundamental Rights of the European Union genom att dela erfarenheter på området med andra forskare i Europa.

Malmö i februari 2010

Björn Fryklund, professor
MIM, Malmö högskola

Katarina Löthberg, projektledare
MIM, Malmö högskola

HÄLSAN BLAND IRAKIER I ÅTTA AV SVERIGES LÄN 2008

Susanne Sundell Lecerof

Inledning: Projektet IMHAD

Hur ser hälsan bland nyanlända invandrare ut jämfört med den svenska befolkningens hälsa i genomsnitt?

Många vetenskapliga studier har visat att olika migrantgrupper har sämre hälsa jämfört med inrikes födda befolkningar i ett flertal europeiska länder. Många insatser för att främja hälsa och förebygga sjukdom riktas därför till olika migrantgrupper. Trots det finns det mycket få vetenskapliga studier som utvärderar effekterna på hälsa av olika insatser som görs på området. Projektet *Impact of Multicultural Health Advisors (IMHAD)* startade i september 2007 i syfte att utvärdera effekterna på folkhälsan av internationella hälsokommunikatörers och samhälls- och hälsokommunikatörers¹ arbete i Sverige. Detta sker genom en folkhälsoenkät som översatts till arabiska. Enkäten innehåller 111 frågor om bland annat självskattad hälsa, levnadsvanor, psykisk hälsa, och användning av och förtroende för hälso- och sjukvården. Den första av två planerade enkätundersökningar presenteras i denna rapport.

I projektet IMHAD pågår också en kvalitativ studie som handlar om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, och ett forskningsbaserat metodutvecklingsarbete i samarbete med de internationella hälsokommunikatörerna, samhälls- och hälsokommunikatörerna och deras huvudmän, samt en spridnings- och påverkansdel.

Dessutom kommer en rapport om hälsan hos irakiska invandrare, som kom till Malmö 2005-2007 att ges ut inom ramen för projektet. IMHAD:s arbete kommer att avrapporteras successivt i samband med olika seminarier som IMHAD ordnar eller medverkar/deltar i, samt i en serie separata rapporter som kommer att publiceras under den gemensamma rubriken **Olika villkor – olika hälsa**.

IMHAD är organiserat som ett partnerskap och ägs av Malmö högskola, Malmö Institute for Studies of Migration, Diversity and Welfare (MIM). Projektet leds av en styrgrupp bestående av Malmö högskola, MIM, Lunds universitet, Socialmedicin och global hälsa samt Uppsala universitet, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, samt en företrädare för partnerkommunerna (Botkyrka, Eskilstuna, Kinda, Malmö). De övriga parterna är Blekinge Tekniska Högskola, Landstinget Blekinge, Region Skåne, Västra Götalandsregionen, Regionförbundet Östsm samt Socialstyrelsen. Parterna har medfinansierat projektet som beviljats medel från Europeiska Flyktingfonden III.

¹ Internationella hälsokommunikatörer är en verksamhet som etablerades i Malmö 2001 och som sedan dess fått spridning fler av landets delar. Samhälls- och hälsokommunikatörer är en vidareutveckling av verksamheten och verkar sedan hösten 2008 i ett antal Skånekommuner. Du kan läsa mer om verksamheterna på sidan 6-7.

Bakgrund

Den ojämlika hälsan

Många studier har visat att migrantgrupper har sämre hälsa jämfört med den svenskfödda befolkningen. Ojämlikhet i hälsa mellan migranter och inrikes födda har också observerats i flera andra europeiska länder. Bland annat har sämre psykisk hälsa, med högre förekomst av depressioner, ångest, posttraumatisk stress och sömnsvårigheter, påvisats bland flyktinggrupper i flera europeiska länder (Fazel et al. 2005). Albin med kollegor (2005 och 2006) har påvisat att dödligheten är högre bland utrikes födda jämfört med inrikes födda i Sverige. Som exempel kan nämnas att sjuklighet och dödlighet i hjärt- och kärlsjukdom är högre bland flera migrantgrupper jämfört med till exempel de svenska, nederländska och brittiska befolkningarna (Albin et al. 2006, Stirbu et al. 2006, Wild et al. 2007, Gunarathne et al. 2008, Agyemang et al. 2009) i genomsnitt. Gadd et al (2005) har dessutom påvisat en ökande trend av hjärt- och kärlsjukdom bland flera migrantgrupper.

Orsakerna till detta kan variera mycket. Det finns genetiska komponenter som gör en del etniska grupper mer sårbara för till exempel diabetes typ 2, som är en viktig riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom; tillgängligheten till hälso- och sjukvården kan variera mycket mellan ursprungsländerna och Sverige/Europa beroende på ekonomi, infrastruktur och hälsosystem; fysisk och socioekonomisk utsatthet före, under och efter migrationsprocessen kan öka riskerna för ohälsa; och de yttre förändringarna i samband med migration samt individers och gruppers förmåga och möjlighet att anpassa sig till dessa varierar från fall till fall. För att man ska kunna genomföra en effektiv insats för att minska ojämlikheten i hälsa mellan migranter och svenskfödda, behöver man därför först förstå att orsakerna till varje hälsofråga eller diagnos är komplexa. Det är följaktligen svårt att komma till rätta med ojämlikheten genom att enbart påverka eller förändra en faktor.

Trots den forskning som gjorts finns det ytterst få vetenskapligt robusta interventionsstudier på området nyanländas hälsa. Det finns med andra ord en svag evidensbas för tjänstemän och beslutsfattare att tillgå när riktade insatser ska planeras och genomföras. Vilka insatser påverkar migranters hälsa på kort och lång sikt? Det finns en rad ”goda exempel” på interventioner som fungerat väl, upplevts positiva och som givit goda erfarenheter. Kunskapen om dessa interventioner verkligen har någon effekt på målgruppernas hälsa eller inte är dock begränsad.

Ett sådant ”gott exempel” är internationella hälsokommunikatörer (IHK), ett koncept som fått stor spridning i Sverige. IHK är personer som har utländsk bakgrund och en svensk och/eller utländsk utbildning på hälso- och sjukvårdsområdet. De arbetar med att informera asylsökande och personer med nybeviljade uppehållstillstånd inom introduktionsprogrammen om hälsa och sjukdom, egenvård, och om det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, på sina modersmål. De träffar målgrupperna främst inom ramen för SFI (svenska för invandrare) och olika introduktionsverksamheter, men även på vård-, barnvårds- och familjecentraler. De kan också ge individuell rådgivning.

De internationella hälsokommunikatörernas verksamhet startade i Malmö 2001 inom ramen för storstadssatsningen, under namnet internationella hälsoinformatörer. Konceptet har därefter spritts till Blekinge, Östergötland och Stockholm och Dalarna. Det övergripande syftet för de Internationella hälsoinformatörernas arbete var från början dubbelt: att minska ojämlikheterna i hälsa mellan utrikes och inrikes födda, och att främja arbetsmarknadsintegration. Namnet ändrades senare till Internationella hälsokommunikatörer, eftersom man ansåg att hälso- och sjukvårdspersonalen också var en viktig målgrupp att samarbeta med för att skapa medvetenhet om att olika synsätt på till hälsa och vård kan skapa missförstånd, och på vilka sätt det sker. Syftet med hälsokommunikatörernas arbete har alltså successivt utvidgats, och organiseringen av

verksamheten har förändrats (se Dejin Karlsson et al. 2005, ABH Företags- och kommuninfo AB 2005, NTG Asyl och Integration 2008).

I Skåne har konceptet vidareutvecklats till samhälls- och hälsokommunikatörer (SHK). SHK har inte endast hälso- och sjukvårdsbakgrund utan även andra utbildningsbakgrunder, och informerar både om hälso- och samhällsfrågor på modersmålet.

IHK-verksamheten i Blekinge har lagts ner, medan verksamheten i Stockholm och Dalarna startas upp i skrivande stund. I Stockholms läns landsting fokuseras främst första linjens psykiatri.

IHK och SHK är än så länge koncept, som fått olika betydelser i olika län och olika länder. Det finns exempel på liknande insatser riktade till migrantgrupper (Reijneveld et al. 2003, Bader et al. 2006, Kousar et al. 2008, Pérez-Escamilla et al. 2008). I bland annat folkhälsosammanhang brukar dylika verksamheter benämnas ”*peer education*” (lika utbildar lika). Det råder delade meningar om strategin är effektiv eller inte (EPPI-Centre 1999), men klart är att det behöver finnas en samsyn mellan målgrupp och intervenerare om vad problemen är och hur de ska lösas. En målgruppsanalys måste genomföras för varje ny målgrupp man närmar sig, för att kunna avgöra vem och vad just den gruppen lyssnar till och litar på. Med andra ord är målgruppens delaktighet och inflytande ett centralt kriterium för en ”lyckad” intervention (Tones & Green 2004).

Begreppet hälsa

Begreppet hälsa är mångfacetterat. WHO:s klassiska definition från 1948 (citerat i Janlert 2000) lyder: ”Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte enbart frånvaro av sjukdom eller handikapp”. Denna definition har många gånger kritiserats (Kelman 1975, Jadad & O’Leary 2008), eftersom den är svår att omsätta i praktiken; den beskriver ett ”idealtillstånd” som är nästintill ouppnåeligt, och den omnämner inte andra dimensioner som har betydelse för människors upplevda hälsa, till exempel den andliga/existentiella dimensionen. Trots kritiken lyfter definitionen fram en viktig och central tanke i folkhälsoarbetet: hälsa handlar inte enbart om frånvaro av sjukdom eller handikapp. En central tanke som lyfts fram i modern folkhälsovetenskap är nämligen att hälsans determinanter, bestämningsfaktorer, spelar en avgörande roll för individers hälsa. Med hälsans determinanter avses sociala och ekonomiska faktorer i människans omgivning som kraftfullt påverkar folkhälsan, till exempel delaktighet och inflytande, sysselsättning, utbildning, boende och socialt stöd. Dessa determinanter avspeglas bland annat i de svenska nationella folkhälsomålen (www.fhi.se). En modernare definition av begreppet hälsa, som betonar betydelsen av hälsans determinanter och av att stärka grupper och individers egenmakt, finns i det så kallade Ottawamanifestet (WHO 1986), som betraktas som det banbrytande dokumentet för modernt hälsofrämjande arbete. Hälsa definieras där som ”en resurs för det vardagliga livet, inte ett självändamål. Det är ett positivt begrepp, som betonar sociala och personliga resurser, så väl som fysiska förmågor” (fritt översatt ur WHO 1998).

Det hälsofrämjande perspektivet

Klassiskt folkhälsoarbete har tidigare präglats av ett medicinskt synsätt på människan där man betonat riskfaktorer och – beteenden på individnivå. I samband med Ottawakonferensen lanserades en ”ny” folkhälsovetenskap där fokus för förebyggande och hälsofrämjande åtgärder ligger på de så kallade *sociala determinanterna*, de socioekonomiska och psykosociala faktorer i människans miljö som kraftfullt påverkar hennes hälsa. Betydelsen av system och strukturer som styr de sociala och ekonomiska levnadsvillkoren samt den fysiska miljöns utformning är alltså stor i den moderna folkhälsovetenskapen.

Konkret innebär ett hälsofrämjande arbetssätt att man fokuserar på hälsa snarare än sjukdomar, att man tar hänsyn till hela individen och inte bara de fysiska aspekterna av hälsan. Hälsofrämjande arbete innebär att stärka individers och grupper egna förmågor och möjligheter att ta kontroll över sitt liv och sin hälsa, bland annat genom att stärka inflytande och delaktighet. En viktig aspekt av det hälsofrämjande arbetet är att förändra strukturella faktorer som påverkar hälsa men som ligger utanför individens kontroll, istället för att skuldbelägga individen (Naidoo & Wills 2007).

Folkhälsoenkäten i IMHAD

Respondenterna i IMHAD:s enkät är nyanlända irakier, eftersom irakierna var den största gruppen nyanlända 2008, när det första enkätutskicket gjordes. Ambitionen har varit att få en riktig uppfattning om respondenternas hälsotillstånd så tidigt som möjligt i integrationsprocessen, och innan de kommit i kontakt med interventioner, som till exempel IHK. Ett fåtal respondenter har dock kommit i kontakt med IHK redan under asyltiden.

Ett urval om 1300 personer med födelseland Irak drogs av Statistiska Centralbyrån (SCB) på uppdrag av IMHAD ur registret över totalbefolkningen (RTB). Personerna var nyfolkbokförda under perioden 1:a december 2007 till 28:e februari 2008, i kommunerna i de åtta län där undersökningen genomfördes – Skåne, Kronoberg, Östergötland, Västra Götaland, Örebro, Sörmland, Stockholm och Uppsala. På grund av så kallad övertäckning i RTB bestod det slutliga urvalet av 1213 personer. Dessa personer fick i maj 2008 en postenkät med ett åtföljande informationsbrev, båda på arabiska och svenska. Efter två påminnelser med ny postenkät och informationsbrev på arabiska, och ett tack- och påminnelsekort på arabiska och svenska, var svarsfrekvensen 51 %, vilket betraktas som en tillfredsställande svarsfrekvens bland utrikes födda grupper i jämförelse med andra större folkhälsoenkäter.

Definitioner

Urval innebär de personer som inbjudits till att delta i en undersökning. Med *respondent* avses en person som har svarat på enkäten. *Bortfall* innebär personer som valt att inte svara på enkäten. Genom att göra en så kallad *bortfallsanalys*, det vill säga, redovisa (begränsad) information om bortfallet avseende till exempel ålder och kön, tas viss hänsyn till bortfallet.

I rapporten används termen *nyanlända* om respondenterna. Med nyanländ avses här personer som är nyfolkbokförda. Eventuell asylprövningstid som föregått beviljat uppehållstillstånd räknas inte med.

För att kunna göra bra statistiska analyser har respondenterna grupperats i *ålderskategorier* enligt följande: 18-24 år, 25-34 år, 35-44 år, 45-64 år och ≥ 65 år. Av samma skäl har många *variabler* (frågor) *dikotomiserats* (delats in i två grupper). Ett exempel på detta är frågan om *skolutbildning*, där svarsalternativen var ”ingen”, ”1-6 år”, ”7-9 år”, ”10-12 år”, ”akademisk utbildning”, och ”annan utbildning”. Dessa svarsalternativ har vi delat in i ”låg utbildning” (bestående av ”ingen”, ”1-6 år” och ”7-9 år”) och ”hög utbildning” (bestående av alla andra svarsalternativ).

Under en del frågor kan man ange fler än ett svarsalternativ, vilket förklarar varför summan av en del svar ibland utgör mer än 100 %.

Utförande

I denna rapport redovisas *frekvenser och andelar* och enkla *korstabeller* med det statistiska testet *Chi2*. Alla variabler har korsats med ålder, kön och utbildningsbakgrund. För att underlätta jämförelser med resultat från den nationella folkhälsoenkäten har resultaten *standardiserats* (justerats) för ålder och presenterats i diagramform.

Det är värt att påminna läsaren om att det som redovisas här är resultaten av en *baslinjeenkät*, det vill säga, den första av totalt två planerade enkätundersökningar.

Denna rapport är en *tvärsnittsstudie*, vilket innebär att vi kan få en ögonblicksbild av hälsan vid ett tillfälle. Detta innebär att vi kan finna statistiska samband i materialet, men att vi inte med säkerhet kan uttala oss om orsak och verkan. Däremot kan vi formulera *hypoteser*, antaganden, om detta som vi kan analysera i den uppföljande enkätundersökningen som äger rum i början av 2010.

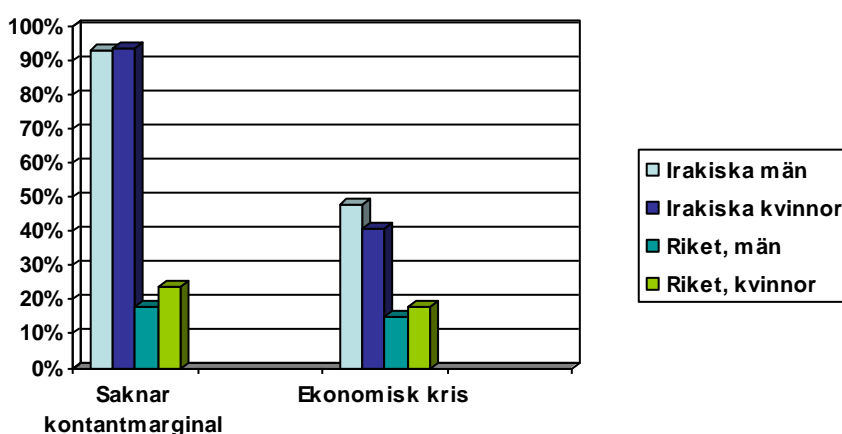
Resultat

I detta kapitel redovisas resultaten av IMHAD:s baslinjeenkät om folkhälsa bland nyanlända irakier i åtta av Sveriges län, jämfört med befolkningen i genomsnitt enligt 2008 års nationella folkhälsoenkät.

Demografi och ekonomisk situation

Socioekonomiska faktorer (såsom utbildning, sysselsättning och inkomst) har starka samband med människors hälsa. De socioekonomiska faktorernas effekt på hälsan är dels materiella (till exempel möjliggör högre inkomst val av och marginal för hälsosamma levnadsvanor såsom regelbunden träning på gym), och dels instrumentella (till exempel kan högre utbildning ge mer kunskaper om hälsa och förebyggande av sjukdom/skada). I två forskningsöversikter påvisas att utbildningsnivå konsekvent har avgörande betydelse för hälsa (Furnée et al 2006, Manrique et al. 2009).

Ekonomisk situation



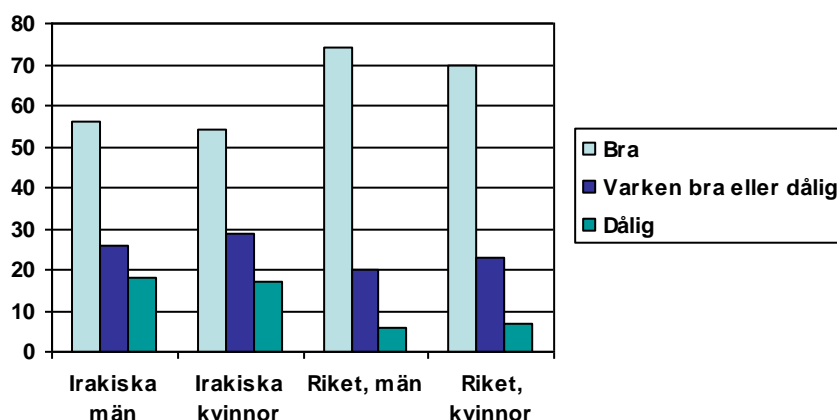
Figur 1. Andel av nyanlända irakier och av befolkningen i riket som saknar kontantmarginal (14 000 kronor inom en vecka) respektive flera gånger under det senaste året haft svårigheter att klara löpande utgifter. Åldersstandardiserat. (Källor: IMHAD 2008 och Statens folkhälsoinstitut 2008.)

Antalet respondenter i IMHAD:s enkätundersökning var 617, varav 54 % (n= 332) var kvinnor och 46 % (n= 285) var män. Medelåldern var relativt låg bland respondenterna, 37 år, och 77 % av alla respondenter var 18-44 år gamla. I hela urvalet var medelåldern ännu lägre. 39 % av respondenterna hade akademisk utbildning, 22 % gymnasieutbildning eller motsvarande, 25 % hade enbart grundskoleutbildning eller motsvarande, och 5 % hade ingen utbildning alls. De allra flesta angav studier som sin huvudsakliga sysselsättning (71 %), och 7 % var föräldralediga. 80 % av hushållen hade en total inkomst på 10 000 kronor i månaden eller mindre, vilket förklaras av att 79 % angav introduktionsersättning och 8 % ekonomiskt bistånd som sin huvudsakliga inkomstkälla. Drygt 70 % är gifta och 63 % har barn, men 55 % rapporterar att de lever i Sverige endast med delar av sin kärnfamilj.

Allmänt om hälsa

Studier har visat att frågan om självskattad hälsa har en god förmåga att prediktera (försäga) sjuklighet och förtida dödlighet (Chandola & Jenkinson 2000, Kaplan et al. 2007). Människors subjektiva bedömning av sitt hälsotillstånd beskriver väl deras mer objektiva hälsotillstånd. De flesta i IMHAD:s studie, 55 %, skattar sin hälsa som bra eller mycket bra, och 28 % skattar sitt allmänna hälsotillstånd som varken bra eller dåligt. Dock är det 16 %, dubbelt så många som i den nationella folkhälsoenkäten, som skattar sin hälsa som dålig eller mycket dålig. 27 % bedömer att deras allmänna hälsotillstånd jämfört med andra i samma ålder är sämre, 49 % att det är ungefär likadant, och 24 % att det är bättre. Inga statistiskt signifikanta skillnader i självskattad hälsa fanns mellan könen, olika åldersgrupper, eller mellan hög- och lågutbildade.

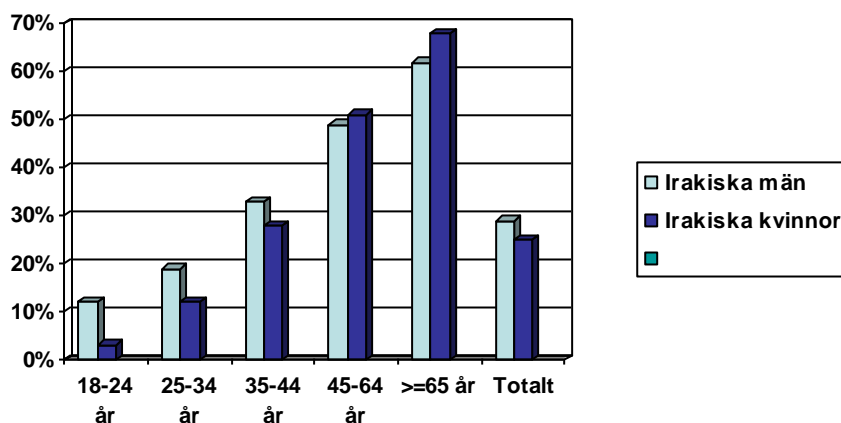
Självskattad hälsa



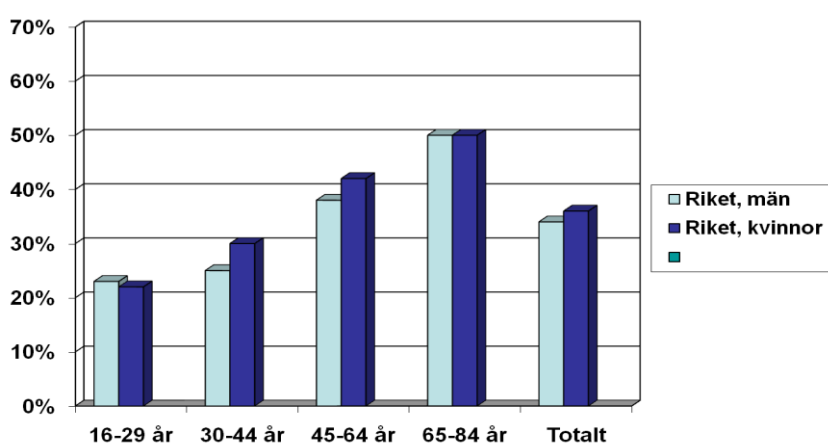
Figur 2. Självskattad hälsa bland nyanlända irakier, 18-88 år, och i Sveriges befolkning, 16-84 år. Åldersstandardiserat. (Källor: IMHAD 2008, Statens folkhälsoinstitut 2008.)

23 % av de nyanlända irakierna rapporterade att de hade någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, något funktionshinder eller annan svaghet. Det fanns inga statistiskt signifikanta skillnader mellan könen eller mellan hög- och lågutbildade, men ju äldre respondenterna var, desto vanligare var det att de svarade ”ja” på frågan. Jämfört med resultaten från den nationella folkhälsoenkäten var det färre nyanlända irakiska män och kvinnor som rapporterade långvarig sjukdom än män och kvinnor i Sverige i genomsnitt. Däremot var det fler irakiska män i åldern 35-44 år som var långvarigt sjuka än män i riket i åldern 30-44. Långvarig sjukdom var också vanligare bland nyanlända irakier 45-64 år och ≥ 65 år än i befolkningen i riket i samma ålderskategorier.

Långvarig sjukdom bland nyanlända irakier



Långvarig sjukdom i befolkningen i riket



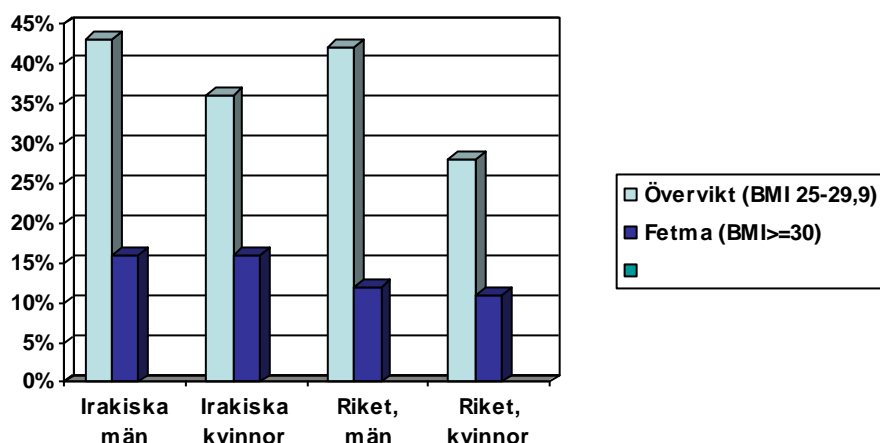
Figur 3a och 3b. Långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, något funktionshinder eller annan svaghet. Andel nyanlända irakier respektive andel av befolkningen i Sverige, fördelat på åldersgrupper. Åldersstandardiserat. (Källor: IMHAD 2008 och Statens folkhälsoinstitut 2008.)

Levnadsvanor

Övervikt och fetma

Att övervikt och fetma är viktiga riskfaktorer för många så kallade välfärdssjukdomar (till exempel diabetes typ 2, hjärt- och kärlsjukdom), men även för andra allvarliga tillstånd, såsom vissa cancerformer, är väl underbyggt i epidemiologisk forskning (Bergström et al. 2001, Romero-Corral et al. 2006, Bogers et al. 2007, Neovius et al 2006). Tidigare forskning har visat att förekomsten av diabetes typ 2, som är en välkänd riskfaktor för hjärt- och kärlsjukdom, övervikt/fetma, och av modifierbara riskfaktorer, såsom brist på fysisk aktivitet och rökning, är vanligare i flera migrantgrupper jämfört med den svenskfödda befolkningen (Gadd et al. 2005, Lindström and Sundquist 2005, Wändell and Gåfvells 2006, Wändell et al. 2008). Samma mönster har observerats i andra europeiska studier (Landman and Cruickshank 2001, Misra and Ganda 2007). Övervikt och fetma kan mätas på olika sätt. Body mass index, BMI, är ett vanligt internationellt mått. BMI räknas ut genom att dividera vikten i kilogram med den kvadrerade längden i meter (kg/m^2). Normalvikt definieras då som 20-24,9, övervikt som 25-29,9 och fetma som ≥ 30 (WHO 2006).

Övervikt och fetma



Figur 4. Övervikt och fetma bland nyanlända irakier, 18-88 år, och i den svenska befolkningen, 16-84 år. Åldersstandardiserat. (Källor: IMHAD 2008 och Statens folkhälsoinstitut 2008.)

I IMHAD:s studie var männen mer överviktiga än kvinnorna, och övervikt och fetma ökade signifikant med stigande ålder. Det fanns dock inga statistiskt säkerställda skillnader i BMI mellan hög- och lågutbildade. Övervikt var vanligare hos irakiska kvinnor än bland kvinnor i Sverige i genomsnitt, och fetma var vanligare bland personer från Irak än i befolkningen i riket.

Kost och motion

Övervikt och fetma kan uppstå på grund av samspel mellan fysiska och miljömässiga faktorer. Benägenheten att lätt gå upp i vikt är ärftligt betingad, men påverkas starkt av tillgänglighet till energitäta livsmedel, vanor, sociala normer, marknadsföring och så vidare (WHO 2006). Därför är information och insatser kring till exempel hälsosam kost och regelbunden motion centrala delar av arbetet för att främja goda levnadsvanor och förebygga övervikt.

56 % av respondenterna i IMHAD:s enkät är inte alls eller bara lite måna om att undvika fet mat, och 44 % försöker inte alls eller är bara lite måna om att äta fiberrik mat. 40 % har inte fått, eller fått endast lite, information om hälsosam kost. Vi frågade dem som hade fått information om hälsosam kost vilken/vilka informationskällor de ansåg som de viktigaste. En av de viktigaste informationskällorna var media, till exempel TV, Internet, böcker, tidningar och broschyrer (51 %), därefter angavs skola/utbildning i hemlandet (23 %) och därefter hälso- och sjukvården i Sverige, till exempel läkare, sjuksköterska eller dietist (20 %).

Det var vanligare bland lågutbildade än bland högutbildade att inte försöka undvika fet mat. Det var också betydligt vanligare i de yngre ålderskategorierna (18-24 år, 25-34 år och 35-44 år) än i de äldre att inte försöka undvika fet mat. Det var något vanligare bland män än bland kvinnor att inte försöka undvika fet mat.

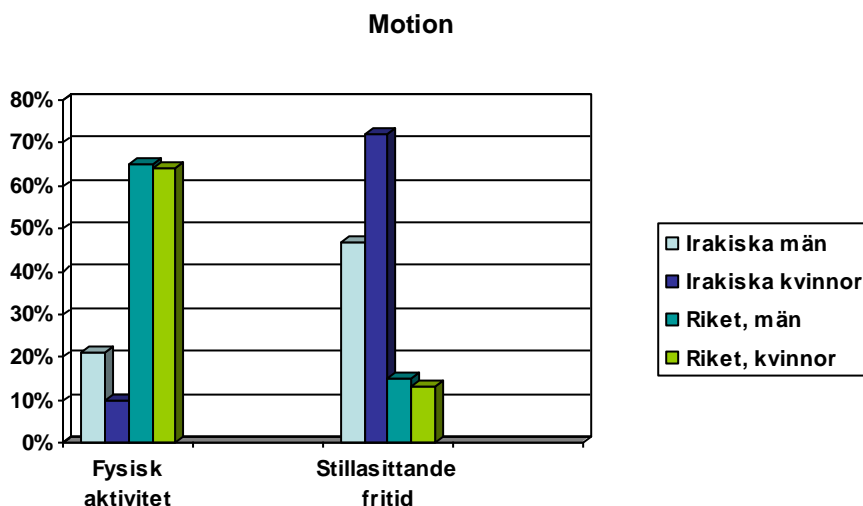
När det gällde att försöka äta fiberrik mat fanns det inga statistiskt signifikanta skillnader mellan könen eller mellan ålderskategorierna. Däremot var det vanligare bland lågutbildade än bland högutbildade att inte vara mån om att äta fiberrik mat.

Lågutbildade hade i lägre utsträckning än högutbildade fått information om hälsosam kost, men inga statistiskt signifikanta skillnader fanns mellan ålderskategorierna eller könen.

Regelbunden fysisk aktivitet skyddar människor från att gå upp i vikt och följaktligen från de sjukdomar som övervikt och fetma kan leda till, från muskuloskeletala besvär, minskar risken för vissa typer av cancer och ger bättre hjärt-lungkondition och psykiskt välbefinnande (WHO 2010a). American heart association med fler (WHO 2010b) rekommenderar minst 30 minuters fysisk aktivitet dagligen eller nästan dagligen, alternativt minst 20 minuters intensiv fysisk aktivitet minst 3 dagar/vecka.

För att undersöka fysisk aktivitet i vardagen ställde vi frågan: ”I genomsnitt, hur många gånger per vecka anstränger Du Dig minst 30 minuter så att Du blir andfädd och/eller svettig?” Vi beräknade också andelen som hade stillasittande fritid, det vill säga de som på fritiden motionerade eller idrottade en gång i veckan eller mindre.

Det var betydligt vanligare bland irakiska kvinnor än bland irakiska män att inte vara fysiskt aktiva i vardagen och att ha en stillasittande fritid. Högutbildade var något mer fysiskt aktiva än lågutbildade, men när det gällde stillasittande fritid fanns inga skillnader mellan utbildningsnivåerna. Mellan ålderskategorier fanns inga statistiskt signifikanta skillnader. De irakiska männen och kvinnorna var betydligt mindre fysiskt aktiva än den svenska befolkningen i genomsnitt. Det var också mycket vanligare med stillasittande fritid bland nyanlända irakier än i den svenska befolkningen.



Figur 5. Andel fysiskt aktiva minst 30 minuter dagligen eller nästan dagligen, samt andel med stillasittande fritid bland nyanlända irakier, 18-88 år, och i den svenska befolkningen, 16-84 år. Åldersstandardiserat. (Källor: IMHAD 2008 och Statens folkhälsoinstitut 2008.)

Dessa observationer överensstämde väl med att 66 % av de nyanlända irakierna rapporterade att de inte fått någon, eller endast lite, information om motion/idrott. Av de respondenter som fått information om motion/idrott angav 51 % att media, till exempel TV, internet, böcker, tidningar eller broschyrer, var en av de viktigaste informationskällorna. 31 % angav skola/utbildning i hemlandet som en av de viktigaste informationskällorna, och 16 % hälso- och sjukvården i Sverige (till exempel läkare, sjuksköterska, dietist). Kvinnor hade i lägre grad än män fått information om motion/idrott, likaså lågutbildade i lägre grad än högutbildade. Mellan ålderskategorierna fanns inga statistiskt signifikanta skillnader.

Behov av stöd för att ändra sina levnadsvanor

Av irakierna med övervikt eller fetma uppgav 44 % att de ville ha stöd för att gå ner i vikt, 39 % för att förbättra sina matvanor och 49 % för att öka sin fysiska aktivitet. Det var vanligare bland kvinnorna än bland männen att vilja ha stöd för viktminskning och för att ändra sina matvanor. Männen rapporterade istället i högre grad att de trodde att de kunde klara det själva. På frågan ”Skulle Du vilja ändra Ditt sätt att leva genom ökad fysisk aktivitet?” var det vanligare i åldergrupperna 35-44 år och 45-64 år att svara ”Ja, men jag behöver stöd”. I de yngre åldergrupperna var det istället vanligare att tro att man kunde klara det på egen hand.

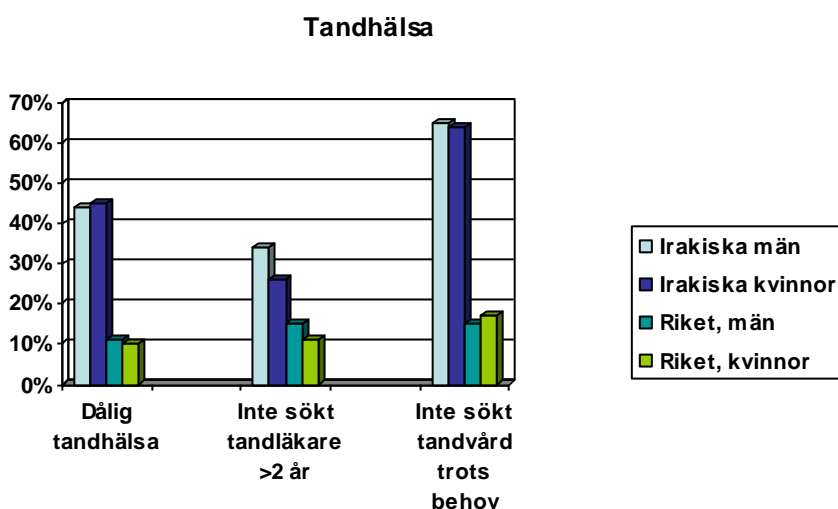
Rökning

Rökning är en annan viktig riskfaktor för en rad välfärdssjukdomar, däribland hjärt- och kärlsjukdomar.

Bland kvinnorna uppgav endast 4 % att de rökte dagligen, bland männen var det 38 % som uppgav att de rökte dagligen. Det var framför allt männen i åldersgrupperna 35-44 år och 45-64 år som rökte. Inga statistiskt signifikanta skillnader kunde observeras mellan hög- och lågutbildade. Andelen irakiska män som röker är signifikant högre än andelen män och kvinnor som röker i Sverige, även om man räknar med användning av snus (27 % respektive 17 %). Andelen irakiska kvinnor röker minst av alla fyra grupper. 59 % av de irakiska dagligrökarna uppgav att de vill ha hjälp med att sluta röka.

Tandhälsa

Få studier har gjorts om migrantgruppers tandhälsa i Sverige, men de som har gjorts visar att en del migranters tandhälsa är sämre eller mycket sämre än den inrikes födda befolkningens (Socialstyrelsen 2009). Samma observation har gjorts i bland annat Tyskland (Bissar et al. 2007). Insatser som riktats till migranter för att förebygga karies och främja munhälsa indikerar goda resultat (Reinhardt et al. 2009). Sverige har traditionellt haft ett gott folkhälsoarbete på området med bland annat aktivt kariespreventivt arbete i skolorna. Utöver de socioekonomiska skillnaderna som finns, kan detta förklara en del av att migranter kan ha sämre tandhälsa jämfört med de inrikes födda i Sverige. Ojämlighet i tandhälsa har dock ökat den senaste tioårsperioden (Socialstyrelsen 2009).



Figur 6. Andelar nyanlända irakiska män och kvinnor samt män och kvinnor i befolkningen i riket som skattar sin tandhälsa som dålig eller mycket dålig, som inte besökt tandläkare de senaste 2 åren, och som inte besökt tandläkare trots behov. Åldersstandardiserat. (Källor: IMHAD 2008 och Statens folkhälsoinstitut 2008.)

Den självskattade tandhälsan bland nyanlända irakier är relativt dålig, visar IMHAD:s enkät. 44 % av respondenterna skattar sin tandhälsa som ganska dålig eller mycket dålig. Detta kan ställas i kontrast mot att 10 % (åldersstandardiserad siffra) av befolkningen i Sverige har skattat sin tandhälsa som dålig eller mycket dålig i nationella folkhälsoenkäten (Statens folkhälsoinstitut 2008). När vi jämförde könen, åldersgrupperna och utbildningsnivåerna avseende självskattad tandhälsa bland nyanlända irakier fann vi inga statistiskt signifikanta skillnader.

20 % angav, oavsett ålder, kön eller utbildningsbakgrund, att de ofta under det senaste halvåret mått dåligt eller skämts på grund av sina tänder eller sin mun. 34 % av männen och 26 % av kvinnorna hade inte besökt tandläkare eller tandhygienist de senaste två åren, men mellan ålderskategorier och utbildningsnivåer fanns här inga statistiskt signifikanta skillnader. I den svenska befolkningen är det i genomsnitt 15 % av männen och 11 % av kvinnorna som inte besökt tandläkare de senaste två åren. 64 % av de nyanlända irakierna rapporterade att de en eller

flera gånger under den senaste tremånadersperioden ansett sig vara i behov av tandläkarvård, men inte sökt vård. Inga statistiskt signifikanta skillnader kunde ses mellan könen, ålderskategorierna, eller låg- och högutbildade. I nationella folkhälsoenkäten var det 15 % av männen och 17 % av kvinnorna som inte sökt tandläkare trots behov. Av de nyanlända irakier som en eller flera gånger under den senaste tremånadersperioden avstått från att söka tandläkarvård, angav 54 % ekonomiska skäl som skäl, 25 % språksvårigheter, och 15 % att de inte visste vart de skulle vända sig. Bland de respondenter i riksbefolkningen som i nationella folkhälsoenkäten uppgivit att de avstått från att söka tandläkare trots behov, var ekonomiska skäl också vanligast (64 %), följt av att man drar sig för att gå (18 %) och att man inte hade tid (14 %).

Ganska dålig eller mycket dålig tandhälsa, att inte ha besökt på tandläkare/tandhygienist de senaste två åren, och att inte ha besökt tandläkare trots behov var alltså mycket vanligare bland nyanlända irakier än i befolkningen i genomsnitt.

Trots detta uppgav 62 % av alla nyanlända irakier som svarat på IMHAD:s enkät att de inte fått någon information, eller bara fått lite information, om tandhälsa. Det var vanligare bland kvinnor än bland män att inte ha fått information om tandhälsa, men mellan åldersgrupperna och utbildningsnivåerna fanns inga statistiskt signifikanta skillnader. Av dem som fått ganska mycket eller mycket information om tandhälsa, uppgav 44 % media (till exempel TV, Internet, böcker, tidningar, broschyrer) som en av de viktigaste informationskällorna. Andra viktiga informationskällor som angavs var tandvården i Sverige (29 %), tandvården i hemlandet (25 %) och skola/utbildning i hemlandet (20 %).

Psykisk hälsa

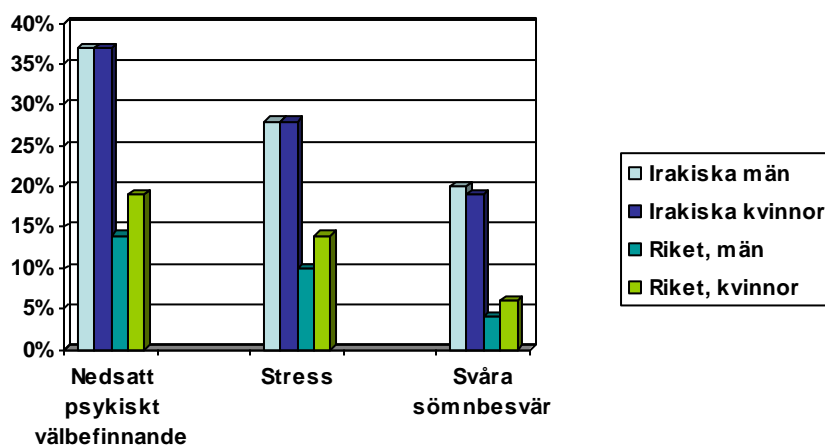
Många tidigare studier har visat att migranter, särskilt flyktingpopulationer, ofta har sämre psykisk hälsa än infödda europeiska populationer (Fazel 2005). Bland annat har det påvisats att flyktingar har högre förekomst av ångest, depression och stress (Lindert et al. 2009, Bhugra 2004). Resultaten av vår folkhälsoundersökning bland nyanlända irakier bekräftar tidigare studiers resultat.

GHQ-12 är ett instrument som mäter psykiskt välbefinnande. Frågebatteriet identifierar inte någon särskild diagnos, men har god internationell validitet i att skilja ut de personer som sannolikt har en psykiatrisk diagnos (Goldberg et al 1997).

I vår enkät använde vi samma gränsvärde för att definiera vilka som har nedsatt psykiskt välbefinnande och vilka som inte har det, som i Nationella folkhälsoenkäten. Vi fann att mer än dubbelt så många, 37 %, hade nedsatt psykiskt välbefinnande bland de nyanlända irakierna jämfört med den svenska befolkningen i genomsnitt, 16 %. Inga statistiskt signifikanta skillnader fanns mellan könen eller mellan låg- och högutbildade. Däremot var det vanligare bland respondenterna att ha nedsatt psykiskt välbefinnande ju äldre de var.

Stress är en faktor som i många fall kan förklara den ökade psykiska ohälsan bland migranter. Migranter kan ha utsatts för stressorer såväl före som under och efter migrationen, vilket påverkar deras psykiska hälsa (Lindencrona et al 2008). I vår enkät definierade vi andelen svårt stressade som de 29% som svarat ”Ja, ofta” på frågan ”Känner Du Dig stressad i Din vardag?” Med ökande ålder var det vanligare att ofta känna sig stressad, men från 65 år och uppåt blev det mindre vanligt igen, särskilt bland män. Inga statistiskt signifikanta skillnader kunde observeras mellan könen eller utbildningsnivåerna.

Psykisk ohälsa



Figur 7. Andel av nyanlända irakier och av befolkningen i riket som rapporterar nedsatt psykiskt välbefinnande, uppger sig ofta känna sig stressade/känner sig mycket stressade för närvarande, respektive har svåra sömnbesvär. Åldersstandardiserat. (Källor: IMHAD 2008 och Statens folkhälsoinstitut 2008.)

19,5 % har svåra sömnproblem. I denna undersökning utgörs dessa av den andel av respondenterna som angivit att de varit mycket besvärade av sömnbesvär eller sömnproblem under de senaste 14 dagarna. Det fanns statistiskt signifikanta skillnader mellan ålderskategorier, men inte mellan kön och utbildningsnivå. Minst andel med svåra sömnproblem fanns bland 25-34-åriga män, 12 %, och störst bland 45-64-åriga kvinnor, 33 %. I Nationella folkhälsoenkäten är frågan om sömnproblem något annorlunda ställd: ”Har du något/några av följande besvär eller symtom? /.../ sömnsvårigheter? Svartalternativen där var ”Nej”, ”Ja, lätta besvär”, och ”Ja, svåra besvär”. Vi har här valt att redovisa enbart dem som rapporterat svåra besvär.

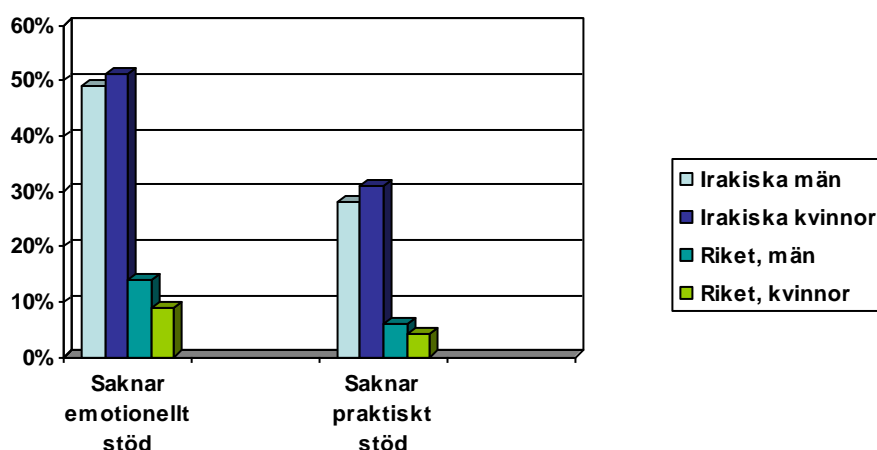
Sociala relationer och socialt stöd

En persons sociala nätverk, deltagande och tillit till andra kan vara viktiga skyddsfaktorer mot olika former av ohälsa. Den amerikanske statsvetaren Robert Putnam (2006) har i sin forskning om socialt kapital visat att socialt deltagande och tillit har samband med bland annat hälsa, kriminalitet och skolframgångar. Konceptet socialt kapital har kritiserats mycket, men i folkhälsoforskning finns det visst belägg för att socialt deltagande och tillit, gott socialt nätverk, och praktiskt och känslomässigt socialt stöd skyddar mot bland annat fysisk och psykisk ohälsa (Kim et al 2008, Almedom & Glandon 2008), och främjar goda hälsorelaterade beteenden (Lindström 2008). Detta är viktiga observationer när man planerar hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för nyanlända migranter, som på grund av uppbrott och nyetablering kan ha svagt socialt kapital i det nya landet.

Det sociala nätverket bland de nyanlända irakier som svarat på vår enkät är svagt. Det kan förklaras av att många kommit till Sverige ensamma eller med endast delar av sin kärnfamilj, och av det tar tid att etablera sig socialt i ett nytt land. Trots det var det påfallande många av de nyanlända irakierna som rapporterade svagt socialt stöd och lågt socialt deltagande.

Hälften av alla respondenter i enkäten rapporterade att de inte hade något känslomässigt stöd, det vill säga någon riktigt nära vän eller väninna som de kunde ta kontakt med och prata med om vad som helst (medlemmar i familjen eller hushållet är inte medräknade). 81 % rapporterade också svagt praktiskt socialt stöd, det vill säga 1-2 personer eller ingen som finns i deras omgivning och som de lätt kan be om saker, till exempel människor som de känner så väl att de kan be om hjälp med att ta in posten eller vattna blommorna. Bland 18-24-åringar var det vanligare än i de andra ålderskategorierna att ha känslomässigt stöd, och bland personer ≥ 65 år var det vanligare att inte ha det. I övrigt fanns inga statistiskt signifikanta skillnader mellan grupper avseende ålder, kön eller utbildning.

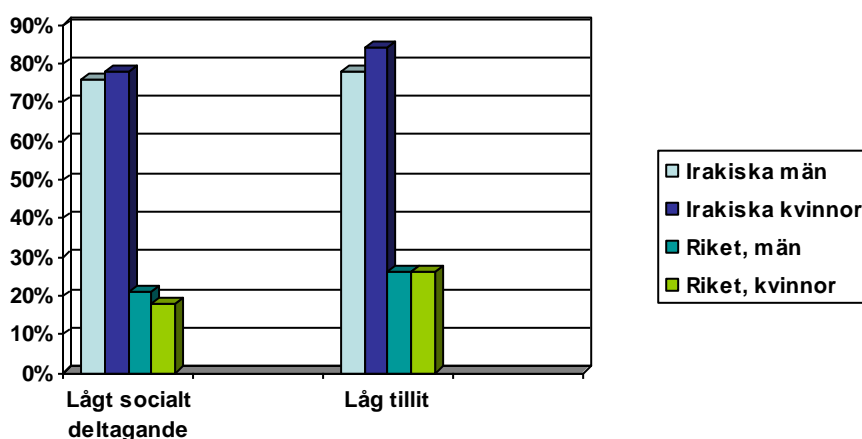
Socialt stöd



Figur 8a. Andel av nyanlända irakier och av befolkningen i riket som saknar emotionellt stöd respektive saknar praktiskt stöd. Åldersstandardiserat. (Källor: IMHAD 2008, Statens folkhälsoinstitut 2008.)

Det sociala deltagandet var också svagt; 77 % av respondenterna rapporterade att de inte deltagit i någon, eller att de deltagit i bara en social aktivitet under det senaste året. Inga statistiskt signifikanta skillnader mellan könen, ålderskategorierna eller utbildningsnivåerna kunde observeras. De flesta, 82 %, av de nyanlända irakierna uppgav också att de inte kunde lita på de flesta människor. Det var vanligare bland kvinnor än bland män att ha låg tillit till andra människor, men mellan ålderskategorier och utbildningsnivåer fanns inga statistiskt säkerställda skillnader. Så väl det sociala deltagandet som tilliten till andra människor var mycket lägre bland irakiska män och kvinnor än bland män och kvinnor i befolkningen.

Socialt deltagande och tillit



Figur 8b. Andel av nyanlända irakier och av befolkningen i Sverige som har lågt socialt deltagande respektive låg tillit till andra människor.

Åldersstandardiserat. (Källor: IMHAD 2008 och Statens folkhälsoinstitut 2008.)

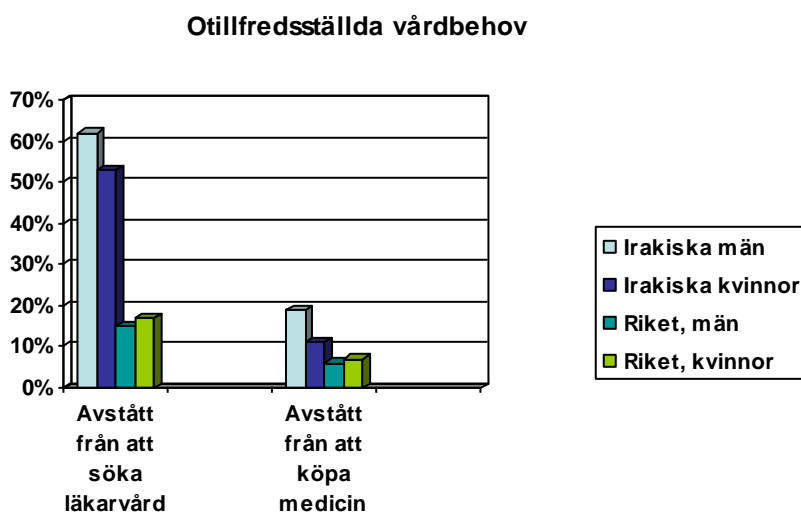
Relativt få bland nyanlända irakier hade kontakt med släktingar och anhöriga: 59 % var mer sällan än varje månad eller aldrig tillsammans med någon nära anhörig (föräldrar, syskon, eller barn över 18 år), och 35 % hade mer sällan än varje vecka eller aldrig telefon-, sms-, eller mailkontakt med någon nära anhörig. 29 % träffade och var tillsammans med andra vänner, bekanta eller släktingar mer sällan än varje månad, eller var aldrig det. Det var vanligare bland 25-34-åringarna och 35-44-åringarna, jämfört med de andra ålderskategorierna, att sällan eller aldrig vara tillsammans med nära anhörig. Män träffade och var tillsammans med andra vänner,

bekanta eller släktingar oftare än kvinnor. I övrigt fanns inga statistiskt signifikanta skillnader mellan grupper avseende ålder, kön eller utbildning.

Otillfredsställda vårdbehov och förtroende för hälso- och sjukvården

Det finns en hel del forskning, både i Sverige och i andra europeiska länder, som visar att migranter ibland inte söker vård, trots upplevt behov. Detta kan förklaras av bland annat socioekonomiska faktorer (Åhs & Westerling 2006), lågt förtroende för hälso- och sjukvården (Westin et al. 2004) men också av upplevd diskriminering (Wamala et al. 2007).

Kvalitativ forskning har beskrivit tillgänglighetsproblematik i hälso- och sjukvården i Sverige visavi migranter (Björngren Cuadra & Cattacin 2007) – begränsningar i tillgänglighet i betydelsen brister i den språkliga och kulturella tillgängligheten (MR-forum 2008).



Figur 9. Andelar av nyanlända irakier och av befolkningen i riket som under den senaste tremånadersperioden avstått från att söka läkarvård trots att man ansett sig ha behov av det, respektive avstått från att köpa medicin som man fått recept på. Åldersstandardiserat. (Källor: IMHAD 2008 och Statens folkhälsoinstitut 2008.)

IMHAD:s enkätundersökning visar att 10 % av respondenterna har legat på sjukhus eller sjukhem den senaste 12-månadersperioden. 13 % har kommit över gränsen för högkostnadsskyddet och fått frikort när det gäller läkemedelskostnader och/eller sjukvårdskostnader. Inga statistiskt signifikanta skillnader kunde uppmätas mellan ålderskategorierna, könen eller utbildningsnivåerna.

57 % av de nyanlända irakierna har under de senaste 3 månaderna ansett sig vara i behov av läkarvård men inte sökt läkare. Detta var vanligare bland högutbildade än bland lågutbildade, och något vanligare bland män än bland kvinnor. De vanligaste skälen bland irakierna för att ha låtit bli att söka läkare trots att ha ansett sig vara i behov av det var för långa väntetider (33 %), språksvårigheter (32 %), ekonomiska skäl (27 %), och att man inte visste vart man skulle vända sig (14 %). De flesta angav att de inte gjort någonting istället för att söka läkare (50 %), men att använda läkemedel hämtat från sitt eget land (22 %), att ta hjälp av en vän eller släkting (11 %), och att använda receptfria läkemedel (11 %) var också vanliga åtgärder. I befolkningen i riket var de vanligaste skälen för att avstå från läkarvård negativa erfarenheter (28 %), att man inte hade tid (24 %), för långa väntetider (20 %) och att besvären försvann (16 %) (Statens folkhälsoinstitut 2008).

13 % av respondenterna hade under de senaste 12 månaderna avstått från att köpa läkemedel som de fått recept på. Detta var vanligare bland män än bland kvinnor, men mellan låg- och

högutbildade och mellan ålderskategorierna fanns inga statistiskt signifikanta skillnader. De vanligaste skälen bland de irakiska respondenterna för att avstå från att köpa ut medicin som man fått recept på var ekonomiska skäl (46 %), att man inte trodde att medicinen skulle hjälpa (24 %), och att man var orolig för biverkningar (15 %). I befolkningen i riket var de vanligaste skälen för att inte köpa medicin man fått recept på att man hade medicin (26 %), att man blivit frisk (18 %), och annan orsak (21 %) (Statens folkhälsoinstitut 2008).

När det gällde frågorna om förtroende för hälso- och sjukvården i länet (vårdcentral, barnavårdscentral, mödravårdscentral, distriktssköterskemottagning och sjukhus) fann vi inga statistiskt signifikanta skillnader mellan könen, åldersgrupperna eller låg- och högutbildade, med ett undantag. Det var vanligare bland kvinnor än bland män att inte ha förtroende för barnavårdscentralen, och vanligare bland män än bland kvinnor att inte ha en uppfattning om barnavårdscentralen. Detta beror troligen på att kvinnorna i högre grad än män går till barnavårdscentralen med sina barn.

På frågan ”Känner Du att Din doktor sätter Dina medicinska behov i främsta rummet då Du söker vård?” svarade 37 % av respondenterna ja, 54 % nej och 8 % vet inte. 48 % trodde att deras doktor skulle remittera dem till en specialist om de behövde det, 48 % visste inte, och 4 % trodde det inte.

Inga statistiskt signifikanta skillnader kunde observeras mellan kön, ålderskategorier eller utbildningsnivåer.

64 % av IMHAD:s respondenter hade barn. Av dem uppgav 12 % att de en eller flera gånger under den senaste tremånadersperioden avstått från att söka läkare för sitt barn trots att de tyckt att det behövde träffa en läkare. De vanligaste skälen till detta uppgavs vara att man inte visste vart man skulle vända sig (29 %), språksvårigheter (21 %), och ekonomiska skäl (18 %).

Diskussion

Jämförelserna mellan folkhälsoenkäten bland nyanlända irakier i åtta av Sveriges län 2008 och samma års nationella folkhälsoenkät talar sitt tydliga språk. Det föreligger ojämlikhet i hälsa mellan irakierna och den svenska befolkningen på snart sagt alla områden. Orsakerna till detta kan som tidigare sagts variera; men forskning tyder på att socioekonomisk utsatthet och faktorer som har med migrationsprocessen att göra i stor utsträckning bidrar till att det finns ojämlikhet i hälsa. Tidigare forskning och denna rapport visar också att ojämlikhet i hälsa kan relateras till språkliga och kulturella barriärer inom hälso- och sjukvården.

Trauman och separationer, osäkerhet och ovisshet, samt förföljelse och diskriminering kan påverka hälsan negativt. Att därtill som nyanländ flykting stå inför en nyetablering i ett nytt och främmande land innebär stora påfrestningar för individen. Individens förmåga att hantera stress varierar, men fysiskt, psykosocialt och socioekonomiskt stödjande miljöer, socialt stöd och goda sociala nätverk är skyddsfaktorer mot dålig hälsa (Wilkinson & Marmot 2003), och vår studie visar att respondenterna i hög grad saknar detta.

Den socioekonomiska utsatthet, som många nyanlända migranter lever i påverkar hälsan både direkt och indirekt. Fattigdom och dåliga levnadsförhållanden har en direkt negativ inverkan på hälsan (Sachs 2005) till exempel genom osunda boendemiljöer, svårigheter att köpa mediciner eller tid för att kunna gå ut och motionera. Låg utbildning kan påverka hälsan indirekt till exempel genom att man inte känner till hälsokonsekvenserna av ett val man gör, eller genom att man har svårt för att förstå eller ta till sig komplex information om något hälsorelaterat ämne.

Eftersom levnadsförhållandena har så stor inverkan på människors hälsa, är det viktigt att förstå och beakta migranternas helhetssituation när man arbetar förebyggande.

Michael Marmot, som ledde WHO:s kommission för hälsans sociala determinanter, har i en omfattande rapport (WHO 2008) betonat den avgörande betydelsen av att förbättra livsvillkoren i den dagliga psykosociala, socioekonomiska och fysiska miljön för utsatta grupper för att deras hälsa ska ha förutsättningar att främjas. En annan förutsättning är att angripa ”orsakernas orsaker”, det vill säga de sociala determinanterna och skapa möjligheter för utsatta grupper att få mera makt över sina livsvillkor, och resurser för att förändra dem. Detta uppmanar till handling på flera nivåer i samhället, från privat- och frivilligsektorn till beslutsfattande nivå. Sådana strategier har tidigare visat sig vara effektiva i att främja utsatta gruppers hälsa (Wallerstein 2006). Marmots tredje och sista rekommendation för att råda bot på ojämlikhet i folkhälsa är att man ska mäta och förstå problemet och utvärdera effekterna av insatser.

Att öka tillgängligheten till hälsorelaterad information för olika invandrargrupper är ytterst sett en rättighetsfråga. Rätten till bästa möjliga hälsa oavsett kön, etnisk, kulturell och religiös bakgrund, är stadgad bland annat i FN:s Allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna och Konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (MR-forum 2008). Rätten till hälsa innebär konkret, förutom fysisk och juridisk tillgång till bland hälso- och sjukvård av god kvalitet, även rätten till information och att hälsosektorn ska ta kulturella och etiska hänsyn (Office of the High Commissioner for Human Rights 2000). Europarådet, som bland annat arbetar för att värna om de mänskliga rättigheterna och för att främja mångfald, har utfärdat rekommendationer till de europeiska medlemsstaterna om kultur- och mångfaldskänslig hälso- och sjukvård (Council of Europe 2006). Resultaten som redovisas i denna rapport tyder på att det finns brister i hur information om hälsa och om hälso- och sjukvården når ut till migranter.

Bristerna riskerar att upprätthålla de strukturer och mekanismer som försvårar en jämlik hälsa på lika villkor för hela befolkningen.

Slutsatser

Trots den låga medelåldern är nyanlända irakiernas hälsa sämre än den övriga befolkningens. Tidigare forskning belägger att denna ojämlikhet är betingad av sociala determinanter. Det finns också indikationer på att språkliga och kulturella barriärer försvårar migrantgruppers tillgång till information om hälsa och om hälso- och sjukvården, och därmed deras uppnående av bättre hälsa.

Många faktorer utgör viktiga förutsättningar för en god hälsa. Det behövs insatser som ger utsatta individer och grupper möjlighet till ökat deltagande och inflytande i samhällliga processer och beslut, i de sammanhang där de lever sitt vardagliga liv.

Det krävs också att man analyserar förhållandena kring och orsakerna till varje problem, för att man ska kunna anpassa varje insats till det lokala sammanhanget. Därtill är det viktigt att utvärdera effekterna av varje insats, för att identifiera framgångsfaktorer.

Koncepten internationella hälsokommunikatörer och samhälls- och hälsokommunikatörer har fått stor spridning men har tidigare inte utvärderats avseende effekter på målgruppens folkhälsa. IMHAD har nu kartlagt gruppen nyanlända irakiernas hälsa och genomför en uppföljande undersökning under 2010. Syftet är då att undersöka eventuella förändringar i hälsa och i vilken mån de i så fall de kan förklaras av de samhälls- och hälsokommunikativa insatserna.

Referenser

ABH Företags- och kommuninfo AB, 2005: Slutrapport RE-KOMP – Två städer i samverkan. Stockholm: Equal, Svenska ESF-Rådet.

Agyemang C, Vaartjes I, Bots ML, van Valkengoed IG, de Munter JS, de Bruin A, Berger-van Sijl M, Reitsma JB & Stronks K, 2009: Risk of death after first admission for cardiovascular diseases by country of birth in The Netherlands: a nationwide record-linked retrospective cohort study. *Heart*. May;95(9):747-53. Epub 2009 Jan 22.

Albin B, Hjelm K, Ekberg J & Elmståhl S, 2005: Mortality among 723,948 foreign- and native-born Swedes 1970-1999. *Eur J Public Health*. Oct;15(5):511-7.

Albin B, Hjelm K, Ekberg J & Elmståhl S, 2006: Higher mortality and different pattern of causes of death among foreign-born compared to native Swedes 1970-1999. *J Immigr Minor Health*. Apr;8(2):101-13.

Almedom, AM & Glandon, Douglas, 2008: Social Capital and Mental Health: An Updated Interdisciplinary Review of Primary Evidence. In: Kawachi, I; Subramanian, SV & Kim, D, editors, 2008: Social capital and health. New York: Springer.

Bader A, Musshausen D, Sahin F, Bezirkan H & Hochleitner M, 2006: The Mosque Campaign: a cardiovascular prevention program for female Turkish immigrants. *Wien Klin Wochenschr*. May;118(7-8):217-23.

Bergström A, Pisani P, Tenet V, Wolk A & Adami HO, 2001: Overweight as an avoidable cause of cancer in Europe. *Int J Cancer*. 2001 Feb 1;91(3):421-30. Erratum in: *Int J Cancer* Jun 15;92(6):927.

Bhugra D. Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand*. 2004 Apr;109(4):243-58. Review.

Bissar AR, Schulte AG, Muhjazi G & Koch MJ, 2007: Caries prevalence in 11- to 14-year old migrant children in Germany. *Int J Public Health*;52(2):103-8.

Björngren Cuadra, C & Cattacin, S, editors, 2007: Migration and health: Difference sensitivity from an organisational perspective. Malmö: Malmö University.

Bogers RP, Bemelmans WJ, Hoogenveen RT, Boshuizen HC, Woodward M, Knekt P, van Dam RM, Hu FB, Visscher TL, Menotti A, Thorpe RJ Jr, Jamrozik K, Calling S, Strand BH & Shipley MJ; for the BMI-CHD Collaboration Investigators, 2007: Association of overweight with increased risk of coronary heart disease partly independent of blood pressure and cholesterol levels: a meta-analysis of 21 cohort studies including more than 300 000 persons. *Arch Intern Med*. Sep 10;167(16):1720-8. Review.

Chandola T & Jenkinson C, 2000: Validating self-rated health in different ethnic groups. *Ethn Health*. May;5(2):151-9.

Council of Europe, 2006: Recommendation Rec (2006)18 of the Committee of ministers to member states on health services in a multicultural society.

<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1062769&Site=COE&BackColorInternet=DBDCF2&BackColorIntranet=FDC864&BackColorLogged=FDC864>

Dejin Karlsson, E; Hylén, A-M och Ali Khan, F, 2005: Utvärdering av Projektet Internationella Hälsoinformatörer (IHI) 2003-2004. Delrapport 3. Malmö: Malmö Högskola och Region Skåne.

EPPI-Centre, 1999: A review of the effectiveness and appropriateness of peer-delivered health promotion interventions for young people.

http://eppi.ioe.ac.uk/EPPIWebContent/hp/reports/peer_health/peer-delivered_health_promotion.pdf

Fazel, M; Wheeler, J och Danesh, J, 2005: Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in Western countries: a systematic review. *Lancet* 365: 1309-14.

Furnée, CA; Groot, W & van den Brink, HM, 2006: The health effects of education: a meta-analysis. *European Journal of Public Health* 18(4):417-421.

Gadd, M; Johansson, S-E; Sundquist, J och Wändell, P, 2003: Morbidity in cardiovascular diseases in immigrants in Sweden. *Journal of Internal Medicine* 254: 236-243.

Gadd M, Sundquist J, Johansson SE & Wändell P, 2005: Do immigrants have an increased prevalence of unhealthy behaviours and risk factors for coronary heart disease? *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. Dec;12(6):535-41.

Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O & Rutter C, 1997: The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med*. Jan;27(1):191-7.

Gunarathne A, Patel JV, Potluri R, Gill PS, Hughes EA & Lip GY, 2008: Secular trends in the cardiovascular risk profile and mortality of stroke admissions in an inner city, multiethnic population in the United Kingdom (1997-2005). *J Hum Hypertens*. Jan;22(1):18-23.

Jadad, AR & O'Grady, Laura, 2008: How should health be defined? *BMJ* Dec; 337:1363-1364.

Janlert, U, 2000: *Folkhälsovetenskapligt lexikon*. Stockholm: Natur & Kultur.

Kaplan MS, Berthelot JM, Feeny D, McFarland BH, Khan S & Orpana H, 2007: The predictive validity of health-related quality of life measures: mortality in a longitudinal population-based study. *Qual Life Res*. Nov;16(9):1539-1546.

Kelman S, 1975: The social nature of the definition problem in health. *Int J Health Serv*. 5(4):625-642.

Kim, D; Subramanian, SV & Kawachi, I, 2008: Social Capital and Physical Health: A Systematic Review of the Literature. In: Kawachi, I; Subramanian, SV & Kim, D, editors, 2008: *Social capital and health*. New York: Springer.

Kousar R, Burns C & Lewandowski P, 2008: A culturally appropriate diet and lifestyle intervention can successfully treat the components of metabolic syndrome in female Pakistani immigrants residing in Melbourne, Australia. *Metabolism*. Nov;57(11):1502-8.

- Landman J & Cruickshank JK, 2001: A review of ethnicity, health and nutrition-related diseases in relation to migration in the United Kingdom. *Public Health Nutr.* Apr;4(2B):647-57. Review.
- Lindert J, Ehrenstein OS, Priebe S, Mielck A & Brähler E, 2009: Depression and anxiety in labor migrants and refugees--a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med.* Jul;69(2):246-57. Review.
- Lindencrona F, Ekblad S & Hauff E, 2008: Mental health of recently resettled refugees from the Middle East in Sweden: the impact of pre-resettlement trauma, resettlement stress and capacity to handle stress. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* Feb;43(2):121-31.
- Lindström, M, 2008: Social Capital and Health-Related Behaviors. In: Kawachi, I; Subramanian, SV & Kim, D, editors, 2008: *Social capital and health*. New York: Springer.
- Lindström M & Sundquist K, 2005: The impact of country of birth and time in Sweden on overweight and obesity: a population-based study. *Scand J Public Health.* 33(4):276-84.
- Misra A & Ganda OP, 2007: Migration and its impact on adiposity and type 2 diabetes. *Nutrition.* Sep;23(9):696-708. Review.
- Manrique, E; Sidorchuk, A; Hallqvist, J & Moradi, T, 2009: Socio-economic position and incidence of myocardial infarction: a meta-analysis. *Eur J Public Health.* 2009; 19(Suppl 1):160.
- Marmot, Michael, 2005: Social determinants of health inequalities. *Lancet* 365: 1099-1104.
- MR-forum, 2008: Rätten till hälsa. <http://www.mrforum.se/Default.aspx?documentId=148>
- Naidoo, J & Wills, 2007: *Folkhälsa och hälsofrämjande insatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Neovius M, Janson A & Rössner S, 2006: Prevalence of obesity in Sweden. *Obes Rev.* Feb;7(1):1-3. Review.
- NTG Asyl och Integration, 2008: *Hälsokommunikatörer i ett mångkulturellt samhälle – ett spridnings- och påverkansprojekt inom gemenskapsinitiativet Equal 2006-2007. Slutrapport*. Stockholm: Equal, Svenska ESF-Rådet.
- Office of the High Commissioner for Human Rights, 2000: CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art.12). Adopted at the Twenty-second Session of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, on 11 August 2000.
- Pérez-Escamilla R, Hromi-Fiedler A, Vega-López S, Bermúdez-Millán A & Segura-Pérez S, 2008: Impact of peer nutrition education on dietary behaviors and health outcomes among Latinos: a systematic literature review. *J Nutr Educ Behav.* Jul-Aug;40(4):208-25. Review.
- Portugal, R; Padilla, B; Ingleby, D; de Freitas, C, Lebas, J och Pereira Miguel, J, editors, 2007: *Good practices on health and migration in the EU*. Lisbon: Conference “Health and migration in the EU: Better health for all in an inclusive society”.

- Putnam, Robert D, 2006: Den ensamme bowlaren. Den amerikanska medborgarandans upplösning och förnyelse. Stockholm: SNS Förlag.
- Reijneveld SA, Westhoff MH & Hopman-Rock M, 2003: Promotion of health and physical activity improves the mental health of elderly immigrants: results of a group randomised controlled trial among Turkish immigrants in the Netherlands aged 45 and over. *J Epidemiol Community Health*. Jun;57(6):405-11.
- Reinhardt CH, Löpker N, Noack MJ, Rosen E & Klein K, 2009: Peer teaching pilot programme for caries prevention in underprivileged and migrant populations. *Int J Paediatr Dent*. 2009 Sep;19(5):354-9.
- Romero-Corral A, Montori VM, Somers VK, Korinek J, Thomas RJ, Allison TG, Mookadam F & Lopez-Jimenez F, 2006: Association of bodyweight with total mortality and with cardiovascular events in coronary artery disease: a systematic review of cohort studies. *Lancet*. Aug 19;368(9536):666-78. Review.
- Sachs, J, 2006: The end of poverty. How we can make it happen in our lifetime. London: Penguin books.
- Socialstyrelsen, 2009: Tandhälsa. I: Folkhälsorapport 2009. http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71/Documents/16_Tandhalsa.pdf
- Statens Folkhälsoinstitut, 2008: Hälsa på lika villkor. Resultat från Nationella folkhälsoenkäten – 2008. <http://www.fhi.se/Documents/Statistik-uppfoljning/Folkhalsoenkaten/Resultat-arkiv/Rapporter/Halsa-pa-lika-villkor-2008.pdf>
- Stirbu I, Kunst AE, Bos V & Mackenbach JP, 2006: Differences in avoidable mortality between migrants and the native Dutch in The Netherlands. *BMC Public Health*. Mar 27;6:78.
- Tones, K och Green, J, 2004: Health Promotion – Planning and Strategies. London: SAGE Publications.
- Wallerstein, N, 2006: What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Health Evidence Network report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>
- Wamala, S; Merlo, J; Boström, G och Hogstedt, C, 2007: Perceived discrimination, socioeconomic disadvantage and refraining from seeking medical treatment in Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health* 61: 409-415.
- Westin M, Ahs A, Bränd Persson K & Westerling R, 2004: A large proportion of Swedish citizens refrain from seeking medical care – lack of confidence in the medical services a plausible explanation? *Health Policy*. Jun;68(3):333-44.
- Wild SH, Fischbacher C, Brock A, Griffiths C & Bhopal R, 2007: Mortality from all causes and circulatory disease by country of birth in England and Wales 2001-2003. *J Public Health (Oxf)*. 2007 Jun;29(2):191-8.

Wilkinson, Richard & Marmot, Michael, 2003: Social determinants of health – The solid facts. Second edition. Copenhagen: World Health Organization/Europe.

World Health Organization, 1986: The Ottawa Charter of Health Promotion.
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

World Health Organization, 1998: Health Promotion Glossary. Geneva: World Health Organization. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf

World Health Organization, 2006: Obesity and overweight. Fact sheet no 311.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>

World Health Organization, 2008: Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization, 2010a: Benefits of physical activity.
http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_benefits/en/index.html

World Health Organization, 2010b: Recommended amount of physical activity.
http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/index.html

Wändell, PE & Gåfväls, C, 2006: High prevalence of diabetes among immigrants from non-European countries in Sweden. Primary Care diabetes I: 13-16.

Wändell PE, Johansson SE, Gåfväls C, Hellénus ML, de Faire U & Sundquist J, 2008: Estimation of diabetes prevalence among immigrants from the Middle East in Sweden by using three different data sources. Diabetes Metab. Sep;34(4 Pt 1):328-33.

Åhs, A & Westerling, R, 2006: Health care utilization among persons who are unemployed or outside the labour force. Health Policy 78:178-193.



IMHAD II

Impact of Multicultural Health Advisors

*A research project funded by
The European Refugee Fund 2009-2011*



Kontakt:
Katarina Löthberg, projektledare
katarina.lothberg@mah.se
0705-53 30 61

Susanne Sundell Lecerof, projektkoordinator och
forskarstuderande
Lunds universitet, Socialmedicin och global hälsa
susanne.sundell_lecerof@med.lu.se
040-391408

Partners:
Malmö högskola, MIM
Lunds universitet, Socialmedicin och global hälsa
Uppsala universitet, Folkhälso- och vårdvetenskap
Blekinge Tekniska Högskola
Landstinget Blekinge
Regionförbundet Östsam

Botkyrka kommun
Eskilstuna kommun
Kinda kommun
Malmö Stad
Region Skåne
Medsökande; Socialstyrelsen