



King's Research Portal

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication record in King's Research Portal](#)

Citation for published version (APA):

Fredrik, L., Ekblad, S., & Johansson Blight, K. (2005, Jun). Integration och folkhälsa – en kunskapsöversikt (Commissioned report). *Integrationsverket*.

Citing this paper

Please note that where the full-text provided on King's Research Portal is the Author Accepted Manuscript or Post-Print version this may differ from the final Published version. If citing, it is advised that you check and use the publisher's definitive version for pagination, volume/issue, and date of publication details. And where the final published version is provided on the Research Portal, if citing you are again advised to check the publisher's website for any subsequent corrections.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the Research Portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognize and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the Research Portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the Research Portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact librarypure@kcl.ac.uk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Integration och folkhälsa – en kunskapsöversikt

**Fredrik Lindencrona, Solvig Ekblad & Karin Johansson
Blight**

Fredrik Lindencrona, Solvig Ekblad, Karin Johansson Blight: Integration och folkhälsa – en kunskapsöversikt

© Integrationsverket och författaren

ISSN 1652-1662

Ingår som expertbilaga till Rapport Integration 2005

Fler exemplar av denna rapport kan laddas ned som pdf från Integrationsverkets hemsida, www.integrationsverket.se

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| Förord..... | 5 |
| Författarnas förord | 7 |
| Sammanfattning..... | 9 |
| Bakgrund | 9 |
| Förslag på en hälsofrämjande integrationspolitik..... | 12 |
| Executive Summary | 14 |
| Background..... | 14 |
| Theory and methods..... | 14 |
| Results | 14 |
| Priorities for future research and policy..... | 14 |
| Kapitel 1. Inledning | 17 |
| Definitioner..... | 17 |
| En mångfaldens Sverige..... | 17 |
| Integrationspolitik | 18 |
| Hälsa och folkhälsa | 18 |
| Rapportens disposition | 22 |
| Kapitel 2. Teoretisk bakgrund | 23 |
| Modern folkhälsovetenskap | 23 |
| Integration och folkhälsa – ett sammanhållet ramverk | 26 |
| Ojämliga förutsättningar för hälsa mot bakgrund av migrationshistoria och status | 28 |
| Kapitel 3. Metod | 31 |
| Metodologiska överväganden..... | 31 |
| Två centrala studiematerial | 34 |
| Integration till svensk välfärd..... | 35 |
| Kapitel 4. Sjukdomsförekomst och levnadsvanor | 37 |
| Psykiatrisk problembild | 37 |
| Hjärt- och kärlsjukdom | 38 |
| Cancer | 38 |
| Rörelsehinder och värk | 39 |
| Barns sjukdomsförekomst..... | 39 |
| Äldres sjukdomsförekomst..... | 40 |
| Levnadsvanor..... | 41 |
| Barns levnadsvanor | 41 |
| Äldres levnadsvanor..... | 41 |
| Kapitel 5. Hanteringsförmåga | 43 |
| Känsla av sammanhang..... | 43 |
| Kontroll och egenmakt..... | 44 |
| Utveckling över tid | 45 |
| Barns särskilda omständigheter | 45 |
| Äldres särskilda omständigheter..... | 46 |
| Kapitel 6. Anknnytning..... | 47 |
| Familjerelationer och relationer i den närmsta kretsen..... | 47 |
| Utvecklingen över tid..... | 49 |
| Barns situation..... | 49 |
| Äldres situation..... | 49 |

| | |
|---|-----|
| Kapitel 7. Trygghet och materiella förutsättningar | 51 |
| Utvecklingen över tid..... | 53 |
| Barns situation | 54 |
| Äldres situation..... | 55 |
| Kapitel 8. Identitet/roller..... | 56 |
| Arbetets betydelse för hälsa | 56 |
| Betydelsen av nätverk i närområdet, för den enskilde och för samhället i stort..... | 59 |
| Utveckling över tid | 61 |
| Barns situation | 61 |
| Äldres situation..... | 62 |
| Kapitel 9. Mänskliga rättigheter och rättvisa | 63 |
| Kapitel 10. Existentiell och kulturell sfär | 66 |
| Barns situation | 68 |
| Äldres situation..... | 69 |
| Kapitel 11. Vårdmöten..... | 70 |
| Vårdmöten innefattar möten mellan många olika typer av kulturer samtidigt..... | 70 |
| Att känna sig hemma i vårdmiljön..... | 71 |
| En god vård för alla..... | 72 |
| Barn inom vård | 74 |
| Hemtjänst | 74 |
| Särskilt boende för äldre invandrare | 75 |
| Exempel på andra insatser för äldre personer födda utomlands... | 75 |
| Kapitel 12. Interventioner | 76 |
| Interventioner i stort och smått..... | 77 |
| Nationella program | 77 |
| Insatser inom området introduktion/integration och hälsa..... | 84 |
| Kvalificerad utvärdering, effektiv spridning och förstärkt kapacitet till nyupptäckt och anpassning – nycklar till förbättring?..... | 89 |
| Kapitel 13. Diskussion | 91 |
| Vad vet vi i dag – internationellt och i Sverige, i befolkningen i allmänhet och för personer som fötts utanför Sverige | 92 |
| Prioriterade utvecklingsområden för att understödja implementeringen av en hälsofrämjande integrationspolitik | 104 |
| Referenslista | 106 |
| Tabeller | 117 |

Förord

Integrationsverket har i uppdrag av regeringen att vartannat år lämna en rapport om tillståndet och utvecklingen inom olika samhällssektorer när det gäller situationen för invånare med utländsk bakgrund. I *Rapport Integration 2005* analyseras utvecklingen på arbetsmarknaden, inom utbildningsväsendet, barn och ungdomars uppväxtvillkor, folkhälsan samt utvecklingen av det segregerade boendet.

Ett antal forskare har fått i uppdrag av Integrationsverket att bidra med underlag som vi här publicerar som expertbilagor.

Samtliga forskare ansvarar själva för innehållet i sina bidrag och Integrationsverket tar inte ställning till innehållet.

En förteckning över expertbilagorna återfinns på Integrationsverkets hemsida, www.integrationsverket.se, se under publikationer.

Norrköping, mars 2006

Abdullahi Aress

Avdelningschef

Författarnas förord

Denna kunskapsöversikt, ett uppdrag från Integrationsverket, består av olika kapitel och är författade av Fredrik Lindencrona, Solvig Ekblad och Karin Johansson. Projektmedel har beviljats under 4,5 månad, heltid. Doktorand Fredrik Lindencrona, Karolinska Institutet har varit projektanställd under tre månader och har därför gjort större delen av arbetet och är förste författare. Doktorand Karin Johansson, Karolinska Institutet har varit anställd en månad, och är tredje författare. Forskargruppleddare för Migration och Hälsa, Solvig Ekblad vid Institutet för Psykosocial Medicin (IPM) och docent och adj. univ. lektor vid Karolinska Institutet har såväl haft rollen som handledare som skrivit olika delar i rapporten. Det har varit ett teamarbete under arbetets gång. Gunilla Andersson, koordinator/informatör har varit behjälplig med figurer.

Stockholm den 17 juni 2005

Sammanfattning

Bakgrund

Kunskapsöversikten är den första större översikten kring integration och folkhälsa med ett fokus på samhällsförutsättningar i ett svenskt sammanhang. Syftet har varit att skapa en karta över området integration och folkhälsa. I fokus står tillgången till viktiga resurser för hälsa och välbefinnande i olika grupper. Översikten ger den samlade bilden av att Sverige har lång väg kvar till en jämlik tillgång till väsentliga resurser för hälsa och välbefinnande för alla.

Teoretiska utgångspunkter

Inom forskningen, det internationella arbetet kring hälsa och i den nya svenska folkhälsopolitiken råder konsensus om att livsvillkor hänger samman med befolkningens hälsa. Arbetet för en förbättrad och jämlik folkhälsa är därför ett ansvar för många olika samhällssektorer. För att precisera hur livsförutsättningar kan relatera till hälsa har vi valt att fokusera på några möjliga hälsoområden: anknytning, trygghet, identitet/roller, mänskliga rättigheter och existentiell/meningsskapande (Silove 1999).

Metod

Det primära materialet har utgjorts av två populationsstudier i Sverige: »Födelselandets betydelse« (Statens folkhälsoinstitut 2002) som speglar utfallsvariabeln hälsa/sjukdom och »Integration till svensk välfärd« (Vogel & Hjerm 2002) som ger oss läget avseende ett antal möjliga förklarande välfärdsvariabler. Kunskapsöversiktens övriga omkring 180 referenser undersöker relationen mellan aspekter av de fem hälsoområdena och hälsoutfall. Genomgående har vår ambition varit att finna studier kring förhållanden i Sverige publicerade efter 2000. Men på grund av att antalet studier inom detta område i Sverige är begränsat har vi kompletterat med internationell forskning.

Sjukdomsutfall och hanteringsförmåga

Generellt kan sägas att ojämlikhet i hälsa utifrån födelseland verkar föreligga för många av de studerade sjukdomsgrupperna. Skiljelinjen för risk att insjukna går ibland vid Sveriges gränser, ibland vid Europas eller på andra sätt. Hanteringsförmåga som till exempel empowerment (egenmakt) har rönt stor uppmärksamhet i andra forskningssammanhang, men är lite utforskad inom området integration och folkhälsa. När Antonovskys teoretiska modell om känsla av sammanhang (1987) har studerats bland utlandsfödda i en svensk kontext finner man att låg känsla av sammanhang är relaterat till olika aspekter av psykisk ohälsa.

Sammantaget får vår samhällsorienterade utgångspunkt stöd. Samma slutsats dras i Socialstyrelsens studie av situationen för fyra olika grupper av utlandsfödda och en grupp med svenskfödda (2000). De menar att den största delen av hälsoskillnaderna kan förklaras av sociala variabler såsom otrygghet, ekonomi, sysselsättning och socialt stöd.

Förklarande faktorer

Anknytning: Migration innebär ofta en förlust av viktiga relationer vilket kan medföra ett svagt socialt stöd och ett litet nätverk i Sverige. En sårbar grupp är personer som kommer hit från krigsområden där det finns en betydande risk att förlora nära anhöriga. Den påfrestning som migration, i kraft av rollförändringar, längre separationer och så vidare, har på familjen är troligen betydande. Personliga kontakter med människor som växt upp i Sverige verkar ha en positiv relation till hälsa.

Trygghet och materiella förutsättningar: Det är vanligare bland personer som fötts utanför Sverige att leva i en socioekonomiskt utsatt situation än det är för personer födda i Sverige. Svensk forskning visar att nära en tredjedel av den totala sjukdomsburden i Sverige skulle kunna försvinna om alla fick samma socioekonomiska förhållanden som de grupper som har den bästa situationen i Sverige. Den begränsade kopplingen till och den osäkra ställningen på arbetsmarknaden för många utlandsfödda kan vara en viktig förklaring till situationen.

Identitet och roller: Migration är för många en påfrestande process som involverar rollförluster, rollförändringar och andra identitetsutmaningar. Kärnan av integration på ett mellanmänniskt plan är samhällets förmåga att ge förutsättningar för alla som lever i ett grannskap, i en stad eller arbetar i en organisation att få möjlighet att vara med utan att göra avkall på sig själv.

Mänskliga rättigheter: Asylprocess och etableringsprocess är en logisk helhet. I de mänskliga rättigheterna och i konventionen om barns bästa finns viktiga principer som skall leda arbetet kring asylprocessen och situationen kring den asylsökande under väntan på beslut. God hälsa är en resurs för ett gott liv, oavsett om personen kommer att stanna i Sverige eller ej. För att upprätthålla hälsan krävs en meningsfull situation under väntan och att hälsoproblem uppmärksammas och åtgärdas tidigt. Att vuxna asylsökande inte har samma rätt till sjukvård som andra i Sverige är därför både inhumant och oetiskt.

Existentiellt/Meningsskapande: Integration bör förstås utifrån ett tvådimensionellt perspektiv. Den ena dimensionen handlar om möjligheten att skapa nya relationer till grupper utanför den egna gruppen. Den andra dimensionen handlar om möjligheten till att bevara de egna traditionerna och olika kulturella mönster. Eftersom integration är en ömsesidig process där samhällets förmåga att kunna fungera för alla är helt central, behöver det göras mer för att utveckla majoritetsbefolkningens och olika samhällsinstitutioners förmåga till förändring, till förmån för ett integrerat samhälle.

Särskilda grupper – barn och äldre: I allmänhet kan man konstatera att barns förutsättningar är nära förknippade med föräldrarnas förutsättningar i Sverige. Det är troligt att föräldrar som är upptagna med en svår migrationsprocess ibland kan vara så utsatta att de kan ha svårt att orka vara goda föräldrar. Samtidigt är det viktigt att se på barnens egna påfrestningar och tillgång till stöd. Forskningen presenterar stöd för att vissa sjukdomar hos barn kan vara huvudsakligen genetiskt betingade medan andra är starkt relaterade till social utsatthet.

Äldre som kommer till Sverige i hög ålder har ofta ett begränsat kontaktnät och det är inte ovanligt att de har varit separerade från barnen och deras familjer under en längre tid. De äldre kan vara en viktig resurs för sammanhållningen i familjen, men behovet av att ge stöd åt den äldre kan ibland göra att barnen får mindre tid för annat såsom arbete, utbildning etc. Samtidigt måste de äldre förmå att klara av en flexibilitet i synen på olika

frågor eftersom deras barn och barnbarn kan sträva efter att ta till sig den nya kulturella sfären och samtidigt ha sin tillhörighet kvar i den tidigare kulturella sfären.

Interventioner

Utifrån ett integrationsperspektiv skall alla offentliga verksamheter klara av att ge rätt insats till varje person oavsett deras bakgrund. Enskilda och samordnade insatser inom många olika områden är nödvändiga för att påverka området integration och folkhälsa. Ett problem är att svenska offentliga verksamheter är starkt sektoriserade vilket kan göra det svårare att stödja processer mellan olika specialistförvaltningar. Efter att ha gått igenom det material som ligger till grund för vår kunskapsöversikt är vi övertygade om att stora hälsovinster för befolkningen kan göras genom att satsa på att utveckla preventions- och hälsofrämjande strategier i vardagliga sammanhang såsom familj, bostadsområde, arbete, skola, introduktionsverksamhet. En viktig förutsättning för en sådan utveckling är att verksamhetens flexibilitet, kreativitet och kunskapsnivå är hög. För att stödja en sådan utveckling måste man prioritera metoder och stöd för utvärdering, implementering och överföring av vunnit kunskap till nya sammanhang.

Metodologiska utmaningar

Att studera förutsättningar för folkhälsa ur ett samhällsperspektiv kräver ett multidisciplinärt kompetensområde. Vi hoppas att den översiktliga granskningen inom varje fält stimulerar andra forskare med specialistkompetens inom de olika fälten att göra närmare och mer detaljerade analyser av forskningen inom just deras område.

Indelning i födelseland är problematisk ur ett integrationsperspektiv eftersom det är lätt att använda födelselandet, och inte de villkor som föreligger i Sverige eller andra värdländer, som förklaring till ohälsa. Ur ett integrationsperspektiv skall inte en iakttagen skillnad i kulturell identitet medföra åtskillnad när det gäller tillgången till samhällsresurser av betydelse för hälsa. Vår utgångspunkt är att indikatorer som är dynamiska och föränderliga, inte statiska, bör utgöra primärt fokus för forskningen inom området.

Prioriteringar för fortsatt forskning

För att få en fördjupad förståelse av de identifierade sambanden behöver en bred metodarsenal utvecklas, som inkluderar såväl registerbaserad, enkätbaserad och kvalitativ forskning. Kvalitativa studier med personer som själva upplever utmaningarna skulle kunna ge mer kontextuella och sofistikerade beskrivningar av både fenomen och förlopp. Ett viktigt område är också att utveckla interventioner som kan påverka de identifierade determinanterna. Några prioriterade insatser bör lyftas fram:

1. Det är snart 10 år sedan den senaste befolkningsundersökningen genomfördes, som gav möjlighet till jämförelse av levnadsförutsättningar i olika grupper i Sverige (s.k. Invandrar-ULF). För att öka förståelsen för hälsodeterminanter i olika grupper av befolkningen utifrån födelseland eller andra väsentliga karaktäristika och deras relation till hälsa bör en sådan studie ha högsta prioritet.

2. Kartläggning av folkhälsoforskning i Sverige (FAS 2003) pekar på många brister kring forskningen i detta område. Forskningen som rör målområde 1, delaktighet och inflytande i samhället, och målområde 2, eko-

nomisk och social utsatthet, är liten med endast kring 3 procent vardera av studierna. Det finns överhuvudtaget för lite medel till forskning om intervention och politik. De områdena erhåller bara 16 procent av forskningsmedlen tillsammans. Studier kring strukturella insatser och processer för hälsofrämjande arbete i kommun och landsting saknas helt.

3. FAS utvärdering av IMER-området (Internationell migration och etniska relationer) liksom Integrationsverket (2005) pekar på behovet av mer forskning kring policy och praktik i integrationssammanhang, såsom samverkan och andra aspekter av organisering. En bättre förståelse för hur policy inom introduktion och andra politiska instrument implementeras i centrala, regionala och lokala sammanhang efterlyses också (Integrationsverket 2005). För att förstärka interventionsforsknings- och utvärderingsmöjligheterna är det angeläget att utveckla goda system för att samla utfallsdata för olika insatser. Kompetensen behöver utökas i att använda samhällsekonomiska eller hälsoekonomiska utvärderingsmodeller inom området.

Förslag på en hälsofrämjande integrationspolitik

Kunskapsöversiktens viktigaste slutsats är att ojämlikheten i folkhälsa för personer födda utanför Sverige relativt majoritetsbefolkningen, primärt handlar om att de förra utsätts för flera riskfaktorer för ohälsa i Sverige. Vid den senaste världskonferensen kring hälsofrämjande i Mexico City år 2000 undertecknade Sverige och många andra nationer den slutgiltiga deklarationen där länderna kom överens om att »främjandet av hälsa skall betraktas som en fundamental prioritering i lokal, regional, nationell och internationell policy och program« (WHO 2000a). För att förverkliga detta åtagande inom integrationsområdet föreslår vi fyra strategier för att förverkliga en hälsofrämjande integrationspolitik:

Det är nödvändigt med ett bättre system för resursfördelning till förmån för områden med en socioekonomiskt utsatt position. Här efterlyses både relevanta mätetal, som kan användas vid budgetfördelning inom en kommun, landsting eller stat och politisk handling så att områden med större behov får resurser i relation till behov.

Utveckla, genom samarbete mellan myndigheter och forskare, principer för hur en integrationskonsekvensanalys (IKA) skulle kunna se ut och tillämpas inom olika sektorer för att underlätta en strukturerad policyanalys.

Kunskapen om vad som främjar hälsa och integration måste ökas inom departement, myndigheter, kommuner, frivilligorganisationer och i andra relevanta sammanhang. Det kräver en samlad strategi för hela kedjan av forskning, utbildning och kunskapsspridning inom området. Forskningen måste stärkas, men forskare behöver också få medel för att bedriva undervisning och fortbildning samt vara engagerade som utvärderare och referenspersoner till olika myndigheter med beröring till detta område. För att utveckla kapaciteten är det angeläget att nya obligatoriska ämnen med skärningspunkterna transkulturell psykologi, etik och folkhälsa införs i utbildningar såväl på grund-, master- och forskarutbildningsnivå.

Resurserna för kvalificerad metod/strategiutveckling inom området behöver utvecklas och samordnas bättre. Vi föreslår att samordnande grupper med representation från de olika sektorerna skapas på nationell nivå. Forskare med kompetens inom området bör konsultera grupperna. Grupperna ansvarar gemensamt för utvecklingspengar som poolats från vardera sektors enskilda budget. Medlen skulle sedan användas för att stödja intres-

santa projekt som påverkar någon bestämningsfaktor för hälsa. En betydande granskning av projektets läropotential för andra, dess sannolikhet att skapa systempåverkan och dess sannolikhet att påverka den/de valda bestämningsfaktorerna skulle vara ett avgörande kriterie för beviljade medel. För att stärka spridningen skulle ett krav på ansökaren vara att ha identifierat en eller flera verksamheter/system t.ex. andra kommuner, intresserade av att utarbeta metoden i sitt sammanhang. Projekten som beviljades stöd skulle sedan få sedvanligt stöd förstärkt med mer utvärderingsresurser än brukligt och pengar för att den eller de som genomfört projektet senare skulle få tid att utbilda de andra verksamheterna/systemen i arbetsättet. Efter att metoden tillämpats i det nya sammanhanget skulle en ny utvärdering ske för att följa effekterna i ett nytt sammanhang.

Executive Summary

Background

The overview is the first larger overview covering the field of integration and public health in a Swedish context. Our primary purpose have been to map the field. In our focus is the access to resources for health for different groups in Sweden. The general picture is that Sweden has a long way to go before equality in access to resources for health is achieved.

Theory and methods

In many areas there is a consensus that living conditions are related to health in the population. To articulate some relationships between living conditions and health in closer detail we have focused on five important health areas: attachment, security, identity/roles, justice/human rights and existential/meaning (Silove 1999). Two Swedish population studies, one focusing on the outcome, and the second on possible explanatory variables, have been the primary material. Studies focusing on the relationship between living conditions and health in Sweden and elsewhere have been used to illustrate possible associations.

Results

Inequality in health by country of birth can be identified. This inequality can largely be explained in terms of differential access to resources and different exposures to risk. We find support for the five health areas in our theoretical model. Health promoting and preventive interventions addressing the social environment and the distribution of opportunities in society should be a focus for interventions in this field.

Priorities for future research and policy

Three different priorities can be made for the development of the research field: 1) conduct a new population study focusing on determinants of health in different groups in Sweden, 2) focus resources on research about central goals of Swedish public health policy, like participation and influence in society and economic and social security and 3) conduct more studies on the practice and policy of integration efforts at national, regional and local levels.

Based on the conclusions in this overview we agree with WHO in that »promotion of health should be considered a fundamental priority in local, regional, national and international policy and programs«. We propose four strategies to realise this within the Swedish integration policies and programs: a) developing measurements to identify the socio-economic disadvantage of an area and the political will to direct resources in accordance, b) use integration impact assessments on policies and programmes in all sectors, c) increase funding for research in this area, and encourage re-

searchers to be involved in education and as advisors to decision-makers at national, regional and local levels, d) pool resources for R&D from different sectors to initiatives where high-quality evaluation and good dissemination are central quality criteria for funding.

Kapitel 1. Inledning

Definitioner

Integration: »Integration är en ömsesidig process mellan individen och samhället, som understryker lika tillgång till makt, inflytande och politiska resurser, oavsett kulturell tillhörighet, och vilken innebär förändringar i samhället och inte, till skillnad från assimilering, i individers identiteter« (Sverige mot rasism 2002).

Hälsa: »Hälsa är ett personligt och socialt tillstånd av balans och välbefinnande i vilket människor känner sig starka, visa och värdefulla; där deras olika kapaciteter och rytmer värderas; där de kan bestämma och välja, uttrycka sig, och röra sig i frihet« (Professor Richard Mollica, Harvard University: översättning från engelska av Fredrik Lindencrona).

Folkhälsa: «Folkhälsa är vetenskapen och konsten att främja hälsa, motverka sjukdom och förlänga livet genom organiserade insatser i samhället« (WHO Health Promotion Glossary 1998: översättning från engelska av Karin Johansson Blight).

En mångfaldens Sverige

Sverige har sedan 1950-talet haft en omfattande invandring. Under senare delen av 1900-talet har invandringen spelat en roll för den svenska demografiska utvecklingen. Under 1950- och 1960-talen kom främst personer som invandrat från Europa – främst arbetskraftsinvandrare från de nordiska grannländerna, varav flest från Finland. Invandringen under 1980- och 1990-talen kom att mer och mer handla om flyktingar och anhöriga till flyktingar från länder utanför Europa och från Balkan. År 2004 bestod vår befolkning av kring 9 miljoner invånare, varav omkring 1,8 miljoner har utländsk bakgrund och drygt 1 miljon av dessa är födda utomlands. Utländsk bakgrund betecknar i vissa analyser utrikesfödd, i andra analyser inrikesfödd med två utrikesfödda föräldrar och i ytterligare en grupp av studier inrikesfödd med en förälder född inrikes och en född utrikes (Socialstyrelsen 2005). Bilden ser dock olika ut i olika delar av Sverige. I storstäderna är ungefär var femte född utomlands medan i glesbygds- och landsbygdskommuner är det bara en av cirka tjugo personer.

Den demografiska rapporten »Äldre födda utomlands« uppskattar att antalet utrikesfödda kommer att utgöra tio procent av befolkningen som är 65 år eller äldre inom en tioårsperiod (Socialstyrelsen 1999, s. 11). Ca 2,7 procent av landets äldre befolkning är född i Finland (Socialstyrelsen 2001) och är den största gruppen av äldre invandrare, av vilka majoriteten har finska som modersmål. År 1999 fick finska språket (liksom samiska, meänkieli, romani chib och jiddisch) status som minoritetsspråk och finländare (liksom samer, sverigefinnar, tornedalingar, romer och judar) status som nationell minoritet i Sverige. Drygt var tionde av de äldre invandrarna är födda utanför Europa, medan nästan hälften är födda i ett nordiskt grannland. Sverige har efter Italien, Grekland och Japan världens största äldsta befolkning, ca 17,2 procent av befolkningen. I och med att andelen utrikesfödda i lägre åldrar är större betyder det förmodligen att de äldre kommer att visa en större ökning, men det är svårt att förutsäga storleken.

Integrationspolitik

Riksrevisionen (RR) genomförde nyligen en granskning av regeringens styrning av integrationspolitiken som de kallar för »Från invandrapolitik till invandrapolitik« (Riksrevisionen 2005). I rapporten presenteras bakgrunden till integrationspolitiken i Sverige. Här beskrivs att 1997 antog riksdagen regeringens proposition om en integrationspolitik. Därmed ersattes den tidigare invandrapolitiken med en ny politisk linje som skulle genomsyra arbetet med integration inom alla politikområden. Den tidigare invandrapolitiken utgjordes av huvudmålen: jämlikhet, valfrihet och samverkan och riktade sig primärt till invandrare som grupp och lyfte fram invandrarskapet och den etnokulturella bakgrunden hos den som invandrat.

Integrationspolitiken syftar i stället till att skapa ett »samhälle för alla«, oavsett etnisk och kulturell bakgrund, genom att verka för: Lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter för alla oavsett etnisk och kulturell bakgrund. En samhällsgemenskap med samhällets mångfald som grund och en samhällsutveckling som kännetecknas av ömsesidig respekt för olikheter inom de gränser som följer av samhällets grundläggande demokratiska värderingar och som alla, oavsett bakgrund, ska vara delaktig i och medansvarig för.

I RR:s granskning konstateras att den nya politiken, som bygger på att utveckla generella åtgärder som fungerar för alla oavsett bakgrund, fått ett svagt genomslag. RR förklarar denna brist genom att kunskapen om de behov som behöver tillgodoses i ett samhälle präglad av etnisk och kulturell mångfald har väsentliga brister. RR lyfter fram tre centrala problem: Kraven från regeringen till myndigheterna ger ofta otydliga och ej verksamhetsanpassade riktlinjer om hur myndigheter ska arbeta för integration. Det finns brister i beslutsunderlaget för att förändra den generella politiken. Regeringen utövar svag kontroll över myndigheternas genomförande av integrationspolitiken.

En förutsättning för att uppnå dessa lika villkor är att samhället förmår att skapa en ömsesidig anpassning där olikheter i form av identitet och livsval accepteras och uppmuntras. Det är en betydande skillnad från ett assimilationsperspektiv som handlar om en ensidig anpassning av personer som invandrat, till en statisk majoritet. Utifrån ett integrationsperspektiv är det angeläget att alla i landet har samma rättigheter och möjligheter. Om de förutsättningarna inte kan ges ser vi som angeläget att fundera över vilka skyldigheter som kan läggas på en person.

Samtidigt är det viktigt att acceptera att jämlika villkor inte betyder att alla personer har samma behov. I stället blir frågan hur man kan nå fram till lika villkor med strategier som tar sin utgångspunkt i behoven hos varje person. Strategierna måste i sin tur bedömas utifrån den enskildes behov och inte utifrån stereotypa klassificeringar av grupper med förutbestämda indelningar som inte motsvarar hur personer som faller i olika klassificeringar definierar sig själva.

Hälsa och folkhälsa

Hälsa har sedan länge varit ett hett omdiskuterat begrepp. Enligt Socialstyrelsens folkhälsorapport 2005 saknas det ett entydigt hälsobegrepp. Synen på vad hälsa är kopplas samman med värderingar och kulturmönster och begreppet förändras med tiden. Ett gammalt talesätt säger att »hälsan tiger still« och på ett personligt plan blir vi kanske tydligast påmind om vår

hälsa genom dess motsats som kan ta sig uttryck i fysiska eller psykiska symtom som ibland kan förklaras av ett sjukdomstillstånd. Dahlberg, Drew och Nyström (2001) beskriver detta utifrån arbeten av den danska hermeneutiska filosofen Gadamer, enligt följande: "När vi har hälsa har vi en naturlig relation till vår subjektiva kropp och till idén om hälsa som sådan som vi tar för givet...när vi är sjuka, å andra sidan, erfar vi inte en lättillgänglig och naturlig tillgång till vår värld. Vår relation till världen är störd när vi är sjuka« (s. 53; översättning av Fredrik Lindencrona).

Det har sagts att det finns hundratals olika definitioner av hälsa och det gör det naturligtvis problematiskt att välja just en. I en studie av hälsa och hälsofrämjande som genomförts av Medin och Alexandersson (2000) lyfts två huvudinriktningar i synen på hälsa fram. Den ena kallas för biomedicinsk inriktning och den andra humanistisk inriktning. Den biomedicinska modellen utgår från hälsa som frånvaro av sjukdom och människan betraktas som ett biologiskt system av fungerande organ. När dessa organ fungerar normalt är personen vid hälsa. Men kritik har riktats mot detta, som man anser vara ett alltför förenklat perspektiv. I det föregående citatet ser vi att en människas hälsotillstånd i varje ögonblick låter sig beskrivas som en subjektiv upplevelse, som bara till en del kan mätas på ett objektivt sätt. Detta är det humanistiska synsättet där hela människan och människan som en del av ett sammanhang tas som utgångspunkt. Hälsa ses här som något mer, eller något annat, än frånvaro av sjukdom. De två begreppen hälsa och sjukdom kan ställas i relation till varandra på olika sätt. I det biomedicinska perspektivet kan de båda begreppen ses som ömsesidigt uteslutande, dvs. har man en sjukdom har man inte hälsa. En mer utvecklad uppfattning inom samma modell är att se hälsa och sjukdom som motpoler på en skala, dvs. den som har mer av sjukdom har mindre av hälsa. En vanligare utgångspunkt i det humanistiska perspektivet är att hälsa och sjukdom tillhör olika dimensioner; den som har en eller flera sjukdomar kan samtidigt ha hälsa och tvärtom. I ett salutogent perspektiv, som har Aaron Antonovsky som mest bekanta portalfigur, är utgångspunkten inte vad som orsakar sjukdom eller ohälsa utan det motsatta: Vad är hälsa och hur kan den främjas?

Vårt val av definition för denna kunskapssammanställning har gjorts baserat på ett antal överväganden. För det första vill vi ha en definition som är väl spridd och etablerad i internationella sammanhang. För det andra ser vi hälsa som företrädesvis en interaktion mellan en människa och dennes fysiska, psykiska, sociala, kulturella och existentiella miljö. Därigenom tar vi ett holistiskt perspektiv på hälsa. För det tredje anser vi att välja en definition som springer ur forskning kring minoriteters och utsatta gruppers hälsa och som har använts i många olika delar av världen. Utifrån dessa kriterier har vårt val fallit på den definition som introducerats av Richard Mollica, professor i psykiatri vid Harvard University och ansvarig för Harvard Program on Refugee Trauma. Han har utgått från Världshälsoorganisationens (WHO) definition från 1946 och inspirerats av forskning kring misshandlade kvinnor och andra utsatta grupper och uttrycker sig på följande vis:

«Hälsa är ett personligt och socialt tillstånd av balans och välbefinnande i vilket människor känner sig starka, visa och värdefulla; där deras olika kapaciteter och rytmer värderas; där de kan bestämma och välja, uttrycka sig, och röra sig i frihet» (översättning från engelska av Fredrik Lindencrona)

WHO har sedan tillkomsten 1946 arbetat utifrån en social förståelse för hälsa där tillgång till basala resurser utgör ett grundfundament för utvecklingen av hälsa och bekämpandet av ohälsa. Därigenom har man upprättat en uråldrig förståelse för hälsa som ibland stått i bakgrunden av det biomedicinska perspektivet där objektiva organförändringar är centrala mått på ohälsa. Redan bland kinesiska filosofer, flera årtusenden före den moderna världens tillkomst, diskuterades hur sociala förutsättningar var sammankopplade med hälsoskillnader (Krieger 2001).

I internationell forskning och policy har samhället som den bas där människors livsvillkor skapas, såväl individens som hela befolkningens, varit i stark utveckling under de senaste decennierna. Folkhälsovetenskapen har varit en ledande disciplin när det gäller samhällliga strategier för att utveckla personers och befolkningars hälsa. Mot denna bakgrund är det betydelsefullt att se hälsa som ett samspel mellan individ och samhälle och utvecklingen av folkhälsan som ett betydelsefullt ansvar för samhället.

En viktig princip för hälsoarbete är mänskliga rättigheter. I ingressen till WHO:s konstitution (1946) står att hälsa är en mänsklig rättighet. Enligt WHO är varje land i världen i dag del av åtminstone ett fördrag om hälsorelaterade rättigheter, inklusive rätten till hälsa och ett antal rättigheter om nödvändiga förutsättningar för hälsa (Braveman & Gruskin 2003). De senaste decennierna har utvecklingen av det hälsofrämjande arbetet varit ett fokus för internationell policyutveckling inom WHO och andra organ. Startskottet brukar räknas till konferensen i Ottawa, Kanada, där många länder, bl.a. Sverige undertecknade den s.k. Ottawadeklarationen (WHO 1986). I deklARATIONEN beskrivs grundförutsättningar för hälsa såsom fred, skydd, tak över huvudet, utbildning, föda, inkomster, ett balanserat ekosystem, hållbart utnyttjande av resurser, social rättvisa, respekt för mänskliga rättigheter och jämlikhet. Delegationerna vid konferensen enades också om fem strategier för att omsätta deklARATIONEN i en förbättrad hälsa. Fram till år 2005 har fem konferenser (Adelaide, Sundsvall, Jakarta, Mexico City, Bangkok) fortsatt att utveckla strategierna:

- Utveckla policy som främjar hälsa inom olika områden¹
- Utveckla stödjande miljöer för hälsa
- Utveckla närsamhällets handlingskraft
- Utveckla personliga förmågor för hälsa
- Reorientera hälsosystemen för att främja hälsa

Under de senaste åren har länken mellan mänskliga rättigheter och hälsa fått ökad uppmärksamhet i samband med det ökade tillkännagivandet av determinanter av ohälsa i relation till bland annat fattigdom (Braveman & Gruskin 2003). Den nära relationen mellan hälsa och mänskliga rättigheter innebär att lokal eller samhälllig policyutveckling, interventioner, förändringar m.m. bör skapas utifrån nya förenande aspekter. Dessa inkluderar alla oavsett etnisk, kulturell, religiös eller dylik bakgrund inom ramen för mänskliga rättigheter. WHO menar vidare att människorättsöverträdelser och brist på uppmärksammandet av mänskliga rättigheter kan ge grava effekter på hälsan (såsom tortyr, inhuman och förnedrande behandling). Dessutom kan hälsopolicy och program stärka eller överträda mänskliga rättigheter genom sin design och implementering (såsom frihet från diskriminering, individuell autonomi, rätt till delaktighet, privatliv och information). Slutligen kan sårbarheten för ohälsa reduceras genom insat-

¹ Översättning av Fredrik Lindencrona.

ser som ämnar att respektera, skydda och infria mänskliga rättigheter (såsom frihet från diskriminering utifrån ras, kön och genus, rätt till hälsa, föda och nutrition, utbildning och bostad) (ibid.).

Sverige har varit en aktiv part i utarbetandet av internationell hälsofrämjande policy. Sverige har också varit ett av de första länderna som har tagit utgångspunkten kring samhällets betydelse för hälsa som utgångspunkt för nationell policy på hälsoområdet. En längre period av omfattande utredningsarbete, i den nationella folkhälsokommittén, resulterade 2003 i en ny folkhälsopolicy. Den inbegriper elva områden som skall styra nationellt, regionalt och lokalt arbete med hälsofrågor (Faktaruta 1). Statens folkhälsoinstitut har en central roll som kunskapsförmedlare och pådrivare inom området. Sedan målen antogs i april 2003 har Statens folkhälsoinstitut fått i uppdrag att utveckla kriterier för mått och indikatorer för att mäta bestämningsfaktorer för folkhälsans utveckling. Utgångspunkten har varit att indikatorerna skall representera en aspekt av bestämningsfaktorn som är möjlig att påverka på politisk väg (Statens folkhälsoinstitut 2003).

Faktaruta 1. Sveriges folkhälsomål

Övergripande mål:

Skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen

Målområden:

1. Delaktighet och inflytande i samhället
2. Ekonomisk och social trygghet
3. Trygga och goda uppväxtvillkor
4. Ökad hälsa i arbetslivet
5. Sunda och säkra miljöer och produkter
6. En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård
7. Gott skydd mot smittspridning
8. Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa
9. Ökad fysisk aktivitet
10. Goda matvanor och säkra livsmedel
11. Minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och dopning samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande

Utifrån det mångfacetterade hälsobegreppet, som används som utgångspunkt för den svenska folkhälsopolitiken sedan 2003 och finns representerad i flera andra länders politik, uppfattas integration och folkhälsa vara breda och omfattande begrepp som berör i stort sett alla samhällets olika sfärer. Det är även utgångspunkten för denna kunskapssammanställning. Oavsett om man anlägger ett folkhälsoperspektiv på integration eller ett integrationsperspektiv på folkhälsoområdet kommer alla olika grupper lika villkor och förutsättningar för en god livssituation att utgöra ett centralt analytiskt perspektiv. På den korta tid vi har haft till förfogande för att sammanställa denna kunskapssammanställning har vi valt att ägna det huvudsakliga arbetet åt att försöka identifiera den bredd av forskning som man behöver spanna över för att kunna orientera sig inom området integration och folkhälsa. Ett särskilt fokus har lagts på de fundamentala förutsättningar för hälsa som representeras i målområdena 1-6.

Rapportens disposition

Kunskapsöversikten har genomförts av Fredrik Lindencrona, Solvig Ekblad och Karin Johansson Blight inom Forskargruppen Transkulturell psykologi/psykiatri vid Karolinska Institutet på uppdrag av Integrationsverket. Översikten är tänkt att utgöra en egen självständig rapport samt ett underlag till Integrationsverket vid framställningen av Rapport Integration 2005 som kommer att ha folkhälsa som ett av sina fokusområden.

Syftet med föreliggande rapport har varit att få en översikt över kunskapsområdet integration och folkhälsa som kan vara tillgänglig för framför allt personer inom olika yrkesområden som antingen behöver ett grepp om integrationsperspektiv på folkhälsa eller folkhälsoperspektiv på integrationsinsatser. Vårt mål har varit att försöka bidra med en karta över området integration och folkhälsa med utgångspunkt från ett teoretiskt perspektiv. Kartan kan hjälpa oss att beskriva nuvarande kunskapsläge, ge förslag på områden som behöver utvecklas ytterligare samt bidra till konstruktiva reflektioner av vikt kring en hälsofrämjande integrationspolitik.

Rapporten har organiserats med ett inledande block, där denna inledning, nästa kapitel som beskriver vårt teoretiska perspektiv och ett kapitel om den metodik och några nyckelstudier som vi tillämpat i översikten, ingår. Därefter följer ett beskrivande block som inleds med ett kapitel som behandlar sjukdomsförekomst och levnadsvanor i olika grupper i den svenska befolkningen. För att balansera bilden lyfts i nästa kapitel hanteringsförmåga fram och diskuteras ur ett integrationsperspektiv. Efter det beskrivande blocket har vi lagt in ett block som fokuserar på möjliga förklaringsmodeller. Blocket innehåller fem kapitel som behandlar förklaringsfaktorer hämtade ur vår teoretiska analysmodell. Varje kapitel presenterar forskning som lyfter fram hur en dimension av livsvillkoren för hela eller grupper av befolkningen är relaterade till hälsa och ohälsa. De fem kapitlen är tänkta att fungera som en sammanställning av forskning kring det specifika området och läsaren kan välja det kapitel som han/hon uppfattar som mest intressant utifrån sina behov. För att få en helhetsbild är det däremot angeläget att läsa varje kapitel. Efter detta block har vi lagt in ett kapitel som behandlar praktiska insatser inom hälso- och sjukvård och hur de relaterar till en befolkning med många olika behov och ett kapitel som analyserar interventioner inom fältet integration och folkhälsa. Särskild uppmärksamhet riktas till kvalitén i deras genomförande och organisering samt olika idéer för hur kvalificerade strategier skall kunna utvecklas och spridas. Rapporten avslutas med ett kapitel där innehållet i de tidigare kapitlen diskuteras, analyseras och förs samman för att ur detta ge en bild av hur fältet ser ut i dag, vilka kunskapsluckor som föreligger och vilka slutsatser man kan dra för en integrationspolitik som skall verka hälsofrämjande för hela befolkningen.

Kapitel 2. Teoretisk bakgrund

Denna kunskapssammanställning syftar till att rita upp en karta för hur man kan förstå kunskapsområdet integration och folkhälsa samt att ge inblickar kring vad internationell men främst svensk forskning har kunnat visa inom de olika fält som kan inbegripas i kunskapsområdet. I det förra kapitlet blev det tydligt att både folkhälsa och integration är breda och komplexa begrepp som relaterar både till varandra och till många av samhällets sfärer. I detta kapitel kommer det teoretiska ramverk presenteras som utvecklats för att identifiera hur integration och folkhälsa kan förstås som ett sammanhållet kunskapsfält.

Modern folkhälsovetenskap

Inom folkhälsovetenskapen har en lång rad modeller ställts upp för att förklara vad som påverkar hälsa/sjukdom i befolkningen. Modellerna kan traditionellt indelas i tre huvudtyper: *Primär prevention* handlar om att skapa sådana förutsättningar i befolkningen att färre insjuknar. *Sekundär prevention* handlar om tidig upptäckt av och adekvat behandling av uppkommen sjukdom. *Tertiär prevention* handlar om minskning av lidandet och funktionsbegränsningen, som kan vara en konsekvens av många sjukdomar eller vara associerad med kroniska tillstånd. Alla dessa insatser kan påverka ohälsobelastningen i befolkningen. I fokus för vår kunskapsöversikt står det primärpreventiva området.

Sedan urminnes tider har människor försökt att förstå varför ohälsa uppstår och hittat individuella eller befolkningsorienterade strategier för att minska ohälsan. Inom primärpreventivt arbete har helt avgörande insatser för folkhälsan gjorts under de senaste århundradena. Från mitten av 1900-talet och framåt har ett individinriktat fokus på det primärpreventiva arbetet dominerat, dvs. hälsopedagogik och livsstilsförändringar. Forskningen kring levnadsvanor såsom rökning, födointag, motion etc. har varit en viktig inspirationskälla. Strategierna har i allmänhet inriktats på att varje person måste förmås att ändra sitt riskfyllda beteende så att risken för ohälsa inte uppstår. En viktig strategi är utbildningsprogram som bygger på att hjälpa personer att välja rätt beteende. I figur 1 skisseras den modell som vi kommer att kalla hälso-beteendemodellen. Modellen utgör utgångspunkt för kapitel fyra om sjukdomsförekomst och levnadsvanor.

I likhet med den folkhälsopolicy som antogs av riksdagen under 2003 finns i dag en kritik mot den enkla hälso-beteendemodell som varit rådande under de senaste femtio åren. Huvudkritiken kan sammanfattas i ett antal punkter: 1) Om man bara intresserar sig för riskfaktorer och deras relation till sjukdomsutfall missar man att fördelningen av riskfaktorer i olika grupper i samhället är starkt socioekonomiskt skiktat. 2) Det är inte rimligt att ställa personer till svars för beteendeförändringar om situationen gör sådan förändring alltför svår. 3) Den socioekonomiska situationen är en sådan fundamental orsak till ohälsa att den inte upphör när ett riskbeteende (såsom rökning) minskar. 4) Den sociala positionen verkar bredare än genom en enskild sjukdom, men den kan påverka uppkomsten av många olika typer av sjukdomar (se till exempel Link & Phelan 1995; Cockerham 2005). Intressant nog är denna förståelse inte ny. Samhälleliga förutsättningar för en person eller grupp utgjorde en viktig dimension av folkhälsostrategierna långt före de senaste 50 årens fokus på hälsobeteenden och

livsstil. Analys och strategier för att bekämpa fattigdom, trångboddhet och påfrestningar från den fysiska arbetsmiljön i fabriker är några exempel från de senaste århundradena. Det gäller även tillgången till rent vatten genom kommunala pumpar som inleddes i Storbritannien redan i mitten av 1800-talet.

För att förtydliga bristerna i hälso-beteendemodellen kan vi ta ett exempel där data hämtats ur rapporten (tabell 4.5, kapitel 4). I tabellen kan vi se att regelbunden motion är mer sällsynt bland många grupper av personer som är födda utanför Sverige. Som förklaring finns många olika teoretiska möjligheter. Med utgångspunkt i hälsobeteende-modellen skulle svaret antagligen sökas kring varför personer i vissa grupper oftare väljer beteenden som handlar om fysisk friskvård? Kanske blir en slutsats att det beror på kunskap om värdet av friskvård. Men det kan vara en alltför enkel slutsats. Vi menar att det är viktigt att försöka förstå personernas sammanhang bättre. Man kan fundera över vilka förutsättningar som krävs för fysisk aktivitet. Det är rimligt att tro att när det är behagligt och säkert att vara utomhus ökar sannolikheten för utomhusaktiviteter. Det finns stöd i tabell 7.7 och 7.8 för att fler utlandsfödda än svenskfödda är rädda för att gå ut. Fler har varit offer för våld och hotelser och fler bor i bostadsområden där skadegörelse har förekommit. Det är möjligt att en sådan omgivning inte uppmuntrar till fysisk aktivitet. Men varför bedriver man inte träning i en träningsanläggning om det inte är behagligt utomhus? Självklart kan det vara en möjlighet, men det förutsätter ekonomiska förutsättningar att betala för produkter som behövs eller för inträde till anläggningar. I tabell 7.4 ser vi att risken för att ha en inkomst under socialbidragsnormen är högre för både män och kvinnor som är födda utanför Sverige.

Vår klara uppfattning är att ett integrationsperspektiv på folkhälsa måste behandla dessa djupare liggande strukturella skillnader för att bli effektiv. Krieger (2001) menar att det socialepidemiologiska angreppssättet fokuserar på utforskandet av sociala determinanternas påverkan på utbredning av hälsa, sjukdom, och välbefinnande i befolkningen. Därmed ses de sociala determinanterna som viktiga i sig och inte endast som bakgrundsvariabler till biomedicinska fenomen. Den skolbildning som Krieger förespråkar är ännu i sin linda. Det är en skolbildning där varje nivå av biologisk, ekologisk och social organisation kan inordnas och bidra till förklaringar av befolkningens totala risk för, och graden av, social ojämlikhet i hälsa. Muntaner, Eaton och Diala (2000) tydliggör att det finns modeller som betraktar både makrodeterminanter såsom konjunktur, en grupps sociala betingelser etc., och gruppens eller personens hanteringsförmåga. Ett sådant exempel är t.ex. Brenner (1995) som betraktar makrodeterminanter som betydelsefulla för hur vanligt förekommande psykisk ohälsa är i ett land, medan vem som faktiskt faller offer för problemen bestäms av den sociala positionen för en specifik grupp.

Ytterligare ett stöd för denna utgångspunkt är att forskning under senare år har kunnat påvisa att den direkta effekten av socio-ekonomisk position kan vara viktigare för ohälsa än den indirekta påverkan via hälso-beteenden (Lantz, Lynch m.fl. 2001). I det samhällsperspektiv som är nödvändigt för att förstå länken mellan de två begreppen integration och folkhälsa utgör psykosociala dimensioner ett centralt fält. Ett psykosocialt perspektiv öppnar tydligt upp för en bättre förståelse för hur påfrestande levnadsomständigheter historiskt och i nutid kan leda direkt och indirekt till sjukdom. Mycket forskning har bedrivits under de senaste åren med utgångspunkt i denna förståelse. I nyare idéer inom denna skolbildning har en direktlänk

mellan stress och biologiska förändringar kunnat påvisas (McEwen 2004). Enligt Marmot (2004) uppkommer och påverkar ojämlikhet, ensamhet och vanmakt hälsan negativt genom neuroendokrina mekanismer och hälsopåverkande beteenden.

Forskning och praktik inom folkhälsovetenskap och kanske särskilt socialepidemiologi har bidragit starkt till de senaste årens förnyade strategier för att påverka befolkningens hälsa. Men enligt vår uppfattning är det viktigt att finna strategier för att omsätta dessa teoretiska landvinningar i praktisk handling. Det hälsofrämjande fältet, som är förankrat i en handlingsinriktad forsknings- och praktiktradition, är en god kandidat till att förvalta en sådan omformulering av teori till praktik. Medan folkhälsovetenskap traditionellt handlar om att identifiera prioriterade områden och fatta politiska beslut grundat på dessa analyser, finns en önskan inom det hälsofrämjande fältet att åstadkomma förändring som gynnar hälsa genom »empowerment« (egenmakt för dem som det berör). Empowerment är ett intressant, men i högsta grad komplicerat område. Praktiker och forskare måste hitta strategier för att hantera kunskaper om riskfaktorer och annat som rör personers liv. Detta utan att ge sig själva mandat att bestämma över andras liv med argument som handlar om att de har bättre kunskap om hur livet skall levas, än de som lever ohälsosamt. Det finns en risk för att forskare, politiker och tjänstemän ger sig rätt att sätta agendan för området vilket kan leda till en snäv problemdefinition som inte överensstämmer med befolkningens. Det är inte rimligt att tala om empowerment om det egentligen bara är en strategi för att ge personer egenmakt över problem som redan definierats åt dem.

Hälsofrämjande i relation till integration kan vägledas av hur begreppet »integration« definieras, dvs. som en »ömsesidig process mellan individen och samhället, som understryker lika tillgång till makt, inflytande och politiska resurser, oavsett kulturell tillhörighet, och vilken innebär förändringar i samhället och inte, till skillnad från assimilering, i individers identiteter« (Sverige mot rasism 2002).

Figur 1. Hälsa-beteendemodellen



Integration och folkhälsa – ett sammanhållet ramverk

Ett försök att komma närmare den typen av eko-social teorimodell som inkluderar olika nivåer av biologisk, ekologisk och social organisation och bidra till förklaringar av sociala ojämlikheter i hälsa, risk för ohälsa och sjukdom presenteras i figur 2. Modellen har utvecklats som en syntes av studier av hälsa hos individer och grupper som utsatts för krig och andra svåra traumatiska påfrestningar. Ursprungligen beskrevs de fem hälsosystemen i en studie av flyktingläger i Kenya 1998 (Ekblad & Silove 1998). Hälsosystemen har sedan utvecklats vidare av professor Silove (Silove 1999). Utgångspunkten är att överträdelser av de fem hälsosystemen, som presenteras i modellen, kan var och en leda till försämrad psykisk hälsa. Ofta går dock hälsosystem i varandra och flera hälsosystem blir påverkade av samma händelse eller livsomständighet (Silove 1999; Ekblad & Silove 1998). Vår analysmodell utgår från Siloves tankar om hälsosystem, men i stället för att se dem som bundna enbart vid miljön i ursprungslandet eller i andra länder har vi funnit att de är användbara för att studera exponering även i Sverige eller andra västliga värdländer för flyktingar (Lindencrona, Ekblad & Charry 2001; Johansson Blight & Lindencrona 2003).

Hälsosystemen beskrivs av Silove som system där jämvikten mellan personen och dennes miljö är rubbad på grund av betydande påfrestningar som krigserfarenheter, kränkningar av mänskliga rättigheter, tortyr och förföljelse. Den utgångspunkt i system där personer och miljö interagerar stämmer väl överens med det socio-ekologiska perspektiv som vi introducerat för att förstå de olika hälsosystemen på olika samhällsnivåer. Moos och flera andra som verkar utifrån den s.k. socio-ekologiska skolbildningen (Bronfenbrenner 1979; McLeroy, Bibeau, Steckler, & Glanz 1988; Stokols 1992; Moos 2002, 2003) har utvecklat ett teoretiskt perspektiv som handlar om hur personer och deras miljöer kan påverka varandra och utgöra nyckeln till hur människor utvecklas. De olika miljöerna utgör system som i sin tur är del av större system. För att beskriva de olika systemen och deras inbördes relationer kan man tänka sig att de interpersonella relationerna till barn och partner existerar inom sfären av en familj. Familjen är kanske del av en större familjestruktur med flera generationer och med styvsyskon,

stuvföräldrar och så vidare. Familjen är också del av bostadsområdet, eller andra gemenskaper såsom bekantskapskrets. Bekantskapskretsen är i sin tur del av större grupperingar i samhället. Dessa grupperingar är del av hela samhällsbygget. Genom att precisera risk/friskfaktorer som finns i olika miljöer kan påverkan på hälsa bättre identifieras och interventioner för att påverka psykisk hälsa lättare utvecklas.

De fem hälsosystemen

Den ursprungliga användningen av hälsosystemen var utarbetad i ett annat sammanhang än det svenska. I stället för att vara ganska omedelbart relaterad till traumatisering använder vi den som en generell beskrivning kring hälsa. När vi förhåller oss till begreppen ser vi också att inom de olika hälsosystemen finns både hot mot hälsan och i många fall identifierade faktorer som förefaller kunna förbättra hälsan genom påverkan på detta system. Förutsättningarna för hälsa, enligt de fem hälsosystemen, varierar i befolkningen. Att förutsättningarna för hälsa inte är likartade handlar ofta om särskiljande behandling inom olika samhällssfärer. Därför kan fältet mänskliga rättigheter och rättvisa betraktas genomsyra alla system.

Anknytning handlar om relationer och om emotionella bindningar till t.ex. en miljö eller ett land. Det kan gälla mellan barn och föräldrar/vårdnadshavare, men också mellan två vuxna i en familj eller bekantskapskrets. Både innan, under och efter migrationsprocessen är avslutad och personen har kommit till Sverige är separationer och förluster av nära personer och andra viktiga komponenter i livet vanliga. I kapitel 6 kommer företrädesvis forskning som behandlar sociala relationer och socialt stöd att belysas under rubriken anknytning.

Trygghet/Säkerhet beaktar stöd för och hot mot fysisk överlevnad eller integritet av en själv eller någon nära anhörig. I värdlandet kan detta t.ex. handla om rädslan att bli avvisad, men även ekonomisk stress och otrygghet i bostadsområdet och närsamhället. I kapitel 7 kommer ekonomiska förutsättningar och levnadsstandard att lyftas fram.

Identitet/roller handlar om erfarenheter som gjorts av personen och som bidrar till och utmanar en persons syn på sig själv samt upplevelsen av den egna identiteten. Erfarenheter innan flykt såsom t.ex. tortyr underminerar ofta identiteten, tilliten till andra och den egna kontrollen hos individen. I värdlandet handlar detta ofta om bristfällig kontroll över den egna situationen, tillgång till och förlust av betydelsefulla roller i samhället och hemmet, samt respekten för den enskilde och dennes resurser. I kapitel 8 kommer betydelsen av identitet/roller att belysas inom olika områden såsom delaktighet i arbetsliv och lokalsamhälle.

Mänskliga rättigheter/rättvisa berör erfarenheter av brott mot mänskliga rättigheter, såsom våld, förföljelse och tortyr. Erfarenheter av sådana brott är vanligt förekommande hos asylsökande, gömda och nyanlända flyktingar. Överträdelser kan också ske i värdlandet där till exempel diskriminering på grund av kön, etnicitet, språk, religion, funktionshinder eller inskränkt rätt till hälso- och sjukvård förekommer. Utöver de generella dimensionerna av ojämlikhet som presenteras under varje enskilt kapitel kommer kapitel 9 handla om grupper i Sverige som är utsatta för påfrestningar där risken för att bli offer för brott mot mänskliga rättigheter är betydande.

Existentiellt/meningsskapande har att göra med känslan av sammanhang. Det handlar om förlusten av tron på att det finns en mening med livet och mänskligheten, vilket kan orsakas av olika överträdelser av mänskliga

rättigheter. Världlandet kan bidra till att känslan av sammanhang går förlo-
rad genom att till exempel inte skapa mötesplatser för utövande av religion
och kultur eller genom att bibehålla personer i långtidsarbetslöshet (t.ex.
kvinnor, funktionshindrade och äldre). En annan dimension handlar om
den etnokulturella tillhörigheten hos en person/grupp. Personer som migre-
rar till ett nytt land bär med sig sin etnokulturella identitet och kan utsättas
för påfrestningar i det nya landet. Kapitel 10 lyfter fram denna aspekt i
närmare belysning.

Interventionsnivåer

Vi använder McLeroys (McLeroy m.fl. 1988) indelning trots att våra ut-
gångspunkter är lite olika. Enligt McLeroy används analysen för att *för-
ändra beteendet* hos individen (ibid.). Vår utgångspunkt är inriktad på hur
interventionerna kan *hjälpa människan att använda sina* resurser (via till
exempel normalisering och bemästringsstrategier) samt *minska känslan av
hot och stress genom att stärka individens hälsosystem*.

På »*Individnivå*« finns faktorer som sammanhör med personliga förut-
sättningar och risker för hälsa/ohälsa. På den »*Interpersonella nivå*« är
fokus på relationen mellan personer som till exempel familjemedlemmar,
vänner, grannar, arbetskollegor o.dyl. Den »*Organisatoriska nivå*« har
tyngdvikten på hur olika organisationer i vilken en person spenderar sin tid
kan påverka individen. »*Närsamhällesnivå*« gäller kvalitéer i närsamhäl-
let/kommunen. »*Policynivå*« handlar om nationella lagar, förordningar,
riktlinjer, lokala överenskommelser o.dyl. och dess direkta eller indirekta
återverkningar (via närsamhälle, organisation eller interpersonell nivå) på
individens situation. I de olika kapitlen kommer olika tonvikt att läggas på
olika nivåer. I kapitel 11 och 12 kommer forskning om vårdmöten och
exempel på bredare samhällsinterventioner och deras betydelse för hälsan
att identifieras.

Ojämlika förutsättningar för hälsa mot bakgrund av migrationshistoria och status

Modellen fokuserar på dimensioner som är relaterade till hälsan i det nya
världlandet och påverkar personer som lever i Sverige. Vår utgångspunkt är
att livsförutsättningar i Sverige är av stor betydelse för hälsoutvecklingen
hos personer som migrerat hit. Samtidigt får man inte bortse från att förut-
sättningarna för hälsa också hänger samman med livsupplevelser innan
migration. Det finns många flyktingar och anhöriga med erfarenheter så-
som krigsupplevelser eller andra svåra umbäranden som kan ge upphov till
en ökad risk för nedsatt psykisk hälsa. Ferrada-Noli beskriver att epidemi-
ologisk forskning som studerar självmord och invandring bland vuxna
visar att invandringsstatus är en riskfaktor för självmord. Personer som har
varit utsatta för traumatiserande erfarenheter såsom exponering av direkta
krigsupplevelser eller tortyr har en ännu högre risk (Ferrada-Noli 2001).

Att utreda effekten av exponeringar innan, under och efter migration är
komplicerat. Många olika dimensioner existerar under alla tre faserna och
för en och samma person hänger de samman och påverkar varandra. I sin
avhandling lyfter psykiatern Hans-Peter Söndergaard fram att belastningen
av faktorer i Sverige kanske är likartad mellan personer med och utan
traumatisering. Men effekten av påfrestningar i Sverige blir ofta starkare
när man redan har utsatts för traumatiska erfarenheter (2002).

Enligt en australiensisk studie kan traumatiska erfarenheter ge upphov till olika psykiatriska syndrom (Mormartin, Silove m.fl. 2004). I en studie av bosnier urskiljer de tre grupper: personer utan post-traumatiskt stressyndrom (PTSD) eller depression, personer med bara PTSD och personer med PTSD och depression. Erfarenheter av livshotande händelser utgjorde en riskfaktor för att få diagnosen PTSD medan livshot och traumatisk förlust utgjorde riskfaktorer för den kombinerade diagnosgruppen. Gruppen med både PTSD och depression var den som uppvisade störst problem i fråga om symptom och funktionsförmåga.

I en nyligen publicerad studie presenterar tre brittiska forskare en s.k. meta-studie där de har slagit samman totalt 20 studier kring förekomsten av olika typer av psykiatriska diagnoser hos totalt 6 743 flyktingar i sju mottagarländer i västvärlden. Flest studier handlar om PTSD (17 studier) och egentlig depression (14 studier), medan studier avseende psykosjukdom (2 studier) är betydligt färre. Mer än hälften av personerna befann sig i USA vid studietillfället och flyktingarna kom från Sydostasien, tidigare Jugoslavien, Mellanöstern och Centralamerika. Forskarna fann att variationen i förekomst av de tre diagnoserna skiljer sig markant beroende av etnisk grupp, åldersgrupp, värdland, och hur lång tid personen varit i exil. Hur studien genomförts är också av allra största betydelse för hur stor andel som uppfattas ha psykiatriska problem. I allmänhet ger studier med bättre kvalitet (t.ex. fler intervjuade, instrument med högre kvalitet) en lägre andel med psykiatriska problem. Antalet personer som intervjuats visade sig ofta vara den viktigaste faktorn till den uppskattade andelen. Deras sammantagna uppskattning av andelen flyktingar med PTSD är 8-10 procent, och andelen med egentlig depression 4-6 procent. Metodiken som forskarna har valt för att slå samman studierna har givit det kanske största datamaterial som skapats när det gäller förekomsten av PTSD och egentlig depression hos flyktingar. Men att slå samman studier på olika grupper, vid olika tidpunkter o.s.v. är problematiskt och siffrorna skall därför behandlas med försiktighet (Fazel, Wheeler m.fl. 2005)

Utvecklingen över tid

En fråga som belysts i olika sammanhang gäller hur kroniska psykiatriska symptom är över tid hos flyktingar efter att de mottagits i det nya värdlandet. I en befolkningsstudie från Oslo (Thapa & Hauff 2005) identifieras inget samband mellan vistelsetid i Norge och psykisk belastning. I andra studier finns stöd för att vissa grupper t.ex. från Vietnam i Australien och från olika sydostasiatiska länder i Kanada över tid uppvisar en psykisk hälsa som liknar majoritetsbefolkningens (Beiser & Hou 2001; Steel, Silove m.fl. 2005).

Det finns studier som visar att dessa symptom förvärras under de första åren i landet och sådana som pekar på en förbättring över tid. Till den första gruppen hör en studie från Norge (Lie 2002) där depression och post-traumatisk stressyndrom är oförändrade eller till och med förvärras över tid, vilket understryker risken för en kronisk sårbarhet hos personer som upplevt traumatiska erfarenheter innan flykten. I en studie av bosnier ett år efter ankomst till USA visar forskarna att utvecklingen avseende PTSD är gynnsam för de flesta. Av 34 personer hade 25 PTSD-diagnos vid ankomst och 15 efter ett år. Den generella symtombelastningen hade också minskat. Samtidigt fanns bevis på motsatsen eftersom åtta personer fick en försämrad utveckling. Ålder förefaller ha en betydelse för risken för att ha PTSD och äldre har allvarligare symptom (Weine, Vojvoda m.fl. 1998).

Forskningen kring migration och folkhälsa har under senare år börjat intressera sig mer för effekten av dimensioner i post-migrationsmiljön. Några studerade dimensioner gäller arbetslöshet (Beiser och Hou 2001; Lie 2002), socialt stöd (Hauff & Vaglum 1997), tillgång till sjukvård och annan samhällsservice (Steel, Silove m.fl. 1999). Men få studier har gjorts där flyktingar eller andra migranter jämförs med andra grupper avseende sociala hälsodeterminanter. Vogel och Hjerm konstaterar i sin genomgång av utlandsfödda att personer som kommit som flyktingar eller anhöriga till flyktingar från Mellersta Östern, Latinamerika och Afrika i regel har ett mer problematiskt läge avseende dessa välfärdsförutsättningar än arbetskraftsinvandrare och anhöriginvandrare från andra grupper. De konstaterar också att situationen kvarstår över tio år (Vogel & Hjerm 2002).

Faktorer i mottagarmiljön bidrar till utvecklingen av psykisk ohälsa och motståndskraft hos personer med eller utan symtom på PTSD (Steel, Silove m.fl. 1999; Lie 2002; Beiser & Hou 2001). En svensk befolkningsstudie som fokuserar på risken för långvarig begränsande sjukdom ger också stöd för post-migrationsmiljöns betydelse. Denna risk är större både hos kvinnor med flyktingbakgrund och bland arbetskraftsinvandrare till Sverige (Robertson, Iglesias m.fl. 2003). Riskfaktorer för denna typ av problem var arbetslöshet, låg utbildningsnivå, barnlöshet, känsla av otrygghet och ekonomisk utsatthet. Men, även när dessa variabler beaktades kvarstod överrisken för långvarig begränsande sjukdom både hos kvinnor som kommit som arbetskrafts- och flyktinginvandrare.

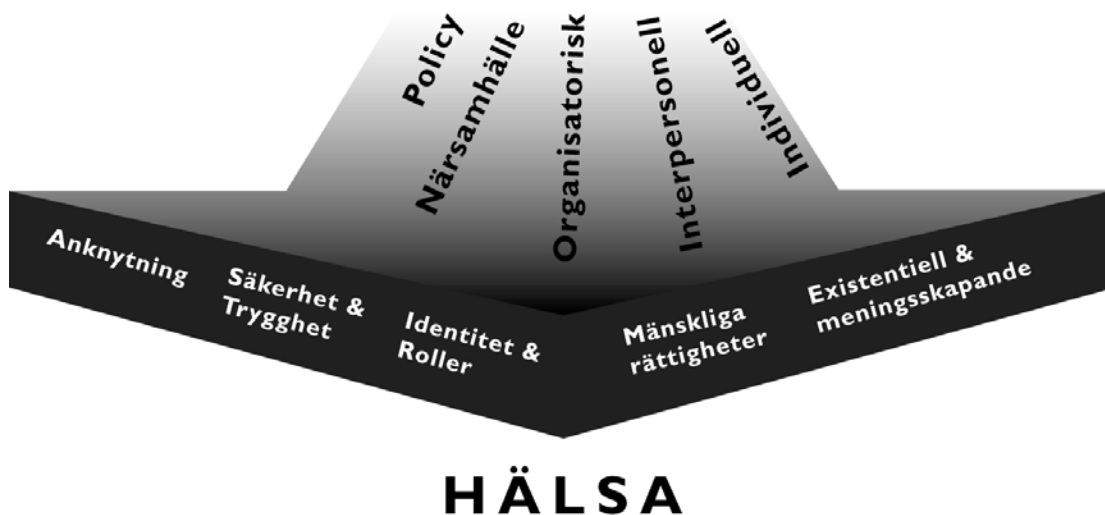
Kapitel 3. Metod

I kapitlet redovisas den metod som tillämpats för att ta fram föreliggande kunskapsöversikt. Några metodologiska avvägningar som vi har gjort kommer att diskuteras och några nyckelstudier kommer att presenteras lite mer ingående.

Metodologiska överväganden

När en kunskapsöversikt skall genomföras finns ett flertal metodologiska utmaningar. För det första handlar det om fältets avgränsning. För det andra handlar det om att välja vilka aspekter av studierna som är mest centrala (t.ex. forskningens frågeställningar, metod eller resultat). För det tredje handlar det om syftet, t.ex. att göra en översikt av vad som har gjorts inom ett område och något om vad det pekar mot, att framställa och identifiera bristerna och kunskapsluckorna eller att göra en fullständig systematisk kunskapsammansättning.

Figur 2. Integration och folkhälsa – ett sammanhållet ramverk



Lindencrona, Johansson Blight & Ekblad (2001). Utvecklad ur arbeten av Silove (1999) och Silove & Ekblad (1998) samt (McLeroy m.fl. 1988). Utformning av Gunilla Andersson och Fredrik Lindencrona.

Fokus för granskningen

Vårt syfte är att skapa en översikt över den forskning som bedrivits med bäring på integration och folkhälsa under 2000-talet med förhållanden i Sverige som primärt fokus. Utifrån vår teoretiska modell intresserar vi oss

huvudsakligen för hälsans bestämningsfaktorer såsom vi identifierar dem i vår teoretiska modell (figur 2). De specifika folksjukdomarna får mindre betydelse. Vi uppfattar att andra studier såsom Folkhälsorapporten 2005 och Sundquists m.fl. studie för Statens folkhälsoinstitut redan ger en bra bild av förekomsten av olika sjukdomar i olika grupper i befolkningen. Däremot anser vi att vårt bidrag primärt handlar om att föreslå ett antal olika förklaringsmodeller för att beskriva folkhälsan ur ett integrationsperspektiv. I allmänhet är behovet av fördjupade analyser i fortsatt forskning stort eftersom omfattningen av den forskning som specifikt riktar in sig på fältet folkhälsa och integration är begränsad i Sverige.

Målgruppen för föreliggande rapport är primärt personer som arbetar inom något av fälten folkhälsa eller integration. Eftersom båda fälten inbegriper en mängd olika discipliner och verksamhetsområden (t.ex. arbetsliv, skola, föreningsliv, hälso- och sjukvård) handlar vårt fokus om vilka frågeställningar som valts och vad man har funnit. Vi har försökt att identifiera relevanta studier som visar på bredden av frågeställningar och lagt den huvudsakliga vikten vid frågeställningar och resultat snarare än metodik. Någon systematisk kvalitetsbedömning av studierna utifrån evidenskriterier har därför inte bedömts som meningsfull i detta tidiga skede. Vår bedömning av kvaliteten i forskningen kommer däremot att diskuteras i vårt avslutande diskussionskapitel.

Fältets avgränsning

En kunskapsöversikt kring integration och folkhälsa är ett komplext uppdrag. Inget enskilt kunskapsområde har etablerats internationellt eller i Sverige med detta fokus. Snarare ligger frågorna i skärningslinjen mellan flera olika fält, delvis inom de två olika områdena integration och folkhälsa. Där kan vi finna forskning som berör integrationsfältet men där folkhälsa har varit i fokus och motsvarande forskning kring folkhälsa ur ett integrationsperspektiv.

Forskningen inom folkhälsovetenskap och integrationsområdet i Sverige är ännu i sin linda. Det beror till viss del på att finansieringen av forskning inom båda fälten har varit begränsad (FAS 2003; FAS 2004).

Att ett gemensamt fält inte har utarbetats kan troligen förstås mot bakgrund av skilda utgångspunkter i de olika fälten. Traditionellt har fälten olika disciplinära upphov och fokuserar i viss mån på olika samhällsnivåer. Integrationsområdet har sin primära hemvist inom sociologin och andra samhällsvetenskaper och lägger en huvudsaklig tonvikt vid relationen mellan grupper och andra samhällsstrukturer. Modern folkhälsovetenskap som fokuserar på sociala determinanter för hälsa ger emellertid ett underlag för att förstå hur samhällsförutsättningar relaterar till befolkningens hälsa. Med utgångspunkt i denna nygamla förståelse för folkhälsovetenskap ges bättre förutsättningar för att identifiera skärningspunkter mellan dessa två områden. Man kan tentativt skissera ett fält som gäller personers och grupper ojämliga förutsättningar i samhället och deras relation till ohälsa. Det gäller även den omvända situationen med personers eller grupper jämliga förutsättningar i samhället och deras relation till hälsa. Närliggande är också hur den geografiska och/eller socio-ekonomiska placering som en grupp har relativt andra grupper förhåller sig till gruppens hälsa. En tredje dimension handlar om samhällets strukturella organisering, t.ex. skillnader i ekonomi, utbildning eller andra resurser och deras effekt på den generella hälsan i befolkningen, i hela nationen, i ett län, en kommun eller ett bostadsområde. Alla dessa frågor är centrala inom modern folkhäl-

sovetenskap särskilt områdena socialmedicin/samhällsmedicin och samhällspsykologi (community psychology) som behandlar personers och grupper sociala och ekologiska levnadsförutsättningar och deras relation till olika aspekter av hälsa och välbefinnande. Dessa vetenskapliga fält utgör enligt vår uppfattning den teoretiska basen för området integration och folkhälsa. För att kunna finna en avgränsning av dessa stora områden har vi bedömt att den teoretiska bakgrunden i föregående kapitel varit av stor vikt för kunskapsöversikten. Med utgångspunkt i den teoretiska modellen har vi valt exempel på forskning under de olika områdena.

Syfte och val av metodik

Systematiken i kunskapssammanställningar har utvecklats under de senaste årtiondena genom olika tekniska och metodologiska landvinningar. Genom internet har större och större databaser med forskningslitteratur gjorts tillgängliga och lätta att nå med några enklare knapptryck. Samtidigt har metoderna för att genomföra en systematisk kunskapssammanställning utvecklats bl.a. genom förbättrade meta-analyser (t.ex. Cochrane Institute och Campbell Collaboration).

Eftersom integration och folkhälsa är två mycket stora och komplexa fält och att något tydligt avgränsat gemensamt fält inte har definierats skulle arbetet att genomföra en fullständig systematisk analys i detta läge vara mycket problematiskt. En förutsättning för att kunna använda sådana metoder är att frågorna och studierna har samma frågeställning och snarlika metoder och det kräver därför tydligt avgränsade frågeställningar. Vi har bedömt att det i detta läge är mer relevant att försöka göra en översikt över ämnesområdets bredd och att försöka bidra med en struktur över kunskapsområdet. En sådan övergripande beskrivning kan sedan tjäna som ett underlag för att välja ett eller flera avgränsade områden inom vilka framtida fördjupade analyser kan utföras. Ett väsentligt arbete har därför handlat om att utarbeta den teoretiska modell som presenteras i föregående kapitel och sedan söka oss fram till relevant forskning som kan belysa vart och ett av dessa hälsosystem. Vi menar att det har gett en bred och övergripande bild av vad som har gjorts inom området och något om vad det pekar mot. Vi har även kunnat ge en första bild av de viktigaste bristerna och kunskapsluckorna inom området. I diskussionen kommer man att kunna bedöma kunskapsläget inom de olika hälsosystemen samt identifiera behovet av nya studier.

Val av studier

Studier från populationsregister är en viktig kunskapskälla när kunskapsområdet integration och folkhälsa står i fokus. Registerdata kring hälsa och levnadsomständigheter finns dokumenterade i olika databaser och jämförelsen mellan personer födda i Sverige relativt personer födda i andra länder har sällan genomförts. Vi har haft en mycket stor nytta av de datamaterial som presenteras i två rapporter som publicerats efter 2000: »Integration till svensk välfärd« av Joachim Vogel, professor i sociologi, och Mikael Hjerm, docent i sociologi, och »Födelselandets betydelse« med Jan Sundquist, professor i allmänmedicin vid Karolinska Institutet, som huvudförfattare och olika delar skrivna av medarbetare i hans forskargrupp vid Karolinska Institutet. De två rapporterna, som framställts för Statistiska centralbyrån och Arbetslivsinstitutet i det första fallet och Statens folkhälsoinstitut i det andra fallet, bygger på de största datamaterial som finns att tillgå

i Sverige när det gäller levnadsomständigheter och sjukdomstillstånd (SCBs ULF-studier och Socialstyrelsens patientregister för slutenvård).

Vi bedömer de båda rapporterna som betydelsefulla beskrivningar av hur olika grupper av personer med utländsk bakgrund har det i Sverige med avseende på livsvillkor och sjukdomstillstånd. De två studierna kompletterar varandra väl när det gäller livsvillkor och hälso/sjukdomstillstånd, men de hanterar var sin aspekt av kunskapsområdet. Integration, i bemärkelsen jämlik tillgång till olika resurser, finns representerat framför allt i Vogel och Hjerms studie, medan folkhälsa, i bemärkelsen förekomst av folksjukdomar, framför allt finns representerad i studien av Sundquist och hans medarbetare.

När det gäller stödet för en koppling mellan de givna levnadsförutsättningarna och sjukdomstillstånd har andra studier använts. Sökningar på studier som förtydligar länken har företrädesvis skett på material som publicerats från och med år 2000 och funnits tillgängligt på databaserna PubMed, Medline eller PsycInfo och som kunnat nås genom Karolinska Institutets bibliotek. Referenshanteringsprogrammet EndNote (version 5 och 8) har använts för att hantera de inhämtade referenserna och upprätthålla en överblick över materialet.

Interventioner

Kapitlet om interventioner handlar om att identifiera och beskriva interventioner som genomförs i Sverige med bäring på folkhälsa och integration. För att identifiera sådana interventioner har vi valt en annan strategi för att inhämta material. En viktig väg var att inhämta den information som finns på Integrationsverkets s.k. introduktionsbank, där insatser (t.ex. projekt, policies) som gäller primärt nyanländas situation, har insamlats och finns beskrivna. En kompletterande väg utgjordes av rapportförfattarnas egna kontaktnät inom fältet. Vi skickade ut ett e-mail med förfrågan om tips på interventioner till representanter i den inter-organisatoriska arbetsgruppen »Hälsa och den första tiden i Sverige« där representanter finns från IPM, Integrationsverket, Migrationsverket, Riksförsäkringsverket, Socialstyrelsen, Myndigheten för Skolutveckling, Statens folkhälsoinstitut, Sveriges kommuner och landsting och Karolinska Institutet. Samma e-mail har också skickats till chefer och handläggare inom flera olika verksamheter i de fyra kommuner som ingått som interventionskommuner i forskningsprojektet Hälsofrämjande Introduktion som bedrivs av rapportförfattarna sedan 2001. Resultatet av denna förfrågan blev ganska begränsad med endast fyra insatser.

Två centrala studiematerial

Data från rapporten »Födelselandets betydelse« har primärt använts i kapitlet sjukdomsförekomst och levnadsvanor (kapitel 4), medan data från »Integration till svensk välfärd« har använts för att beskriva situationen (kapitel 6-10) när det gäller de fem hälsosystemen. Vi rekommenderar intresserade läsare att läsa dessa båda rapporter som finns att ladda ned i pdf-format hos utgivarna. Mot bakgrund av att materialet är lättillgängligt på annan plats kommer endast en kortare presentation av studierna att göras nedan.

Födelslandet betydelse

Data kring sjukdomsförekomst har hämtats ur databasen MigMed och MigCan (data avseende cancer) som båda finns vid Allmänmedicin Stockholm och bygger på Statistiska centralbyråns forskningsdatabas Louise. Databasen har sammankopplats med dödsorsaksregistret, slutenvårdsregistret, immigrationsregistret och cancerregistret (data avseende cancer).

Datamaterialet kring de olika sjukdomstyperna varierar beroende av vilka åldersgrupper som inkluderats och vilka år som använts som uppföljningsår. När det gäller hjärt- och kärlsjukdomar har befolkningen år 1996 i åldrarna 35-74 inkluderats. Uppföljningen har gällt perioden 1997-1998. Data kring cancer inbegriper 3 184 831 män och 3 293 583 kvinnor som fötts mellan 1882 och 1970 och som inte hade haft en diagnos av primär cancer före år 1991. Uppföljningstiden gällde från den 1 januari 1991 fram till diagnos i någon malign tumör, dödsfall eller uppföljningens avslut den 31 december 1999. I gruppen fanns 13,2 procent bland män respektive 13,3 procent bland kvinnor som var födda i andra länder än Sverige. Data kring psykiatrisk sjukdom har hämtats för befolkningen 25-64 år med uppföljning 1994-1998.

Data kring levnadsvanor har hämtats ur undersökningen av levnadsförhållanden för åren 1996-1999 som innehåller data från 13 471 personer i åldrarna 27-60 år. Till detta har data från Socialstyrelsens invandrarundersökning (s.k. invandrar-ULF) som genomfördes 1996 med totalt 1 980 personer i åldern 27-60 år, födda i Chile, Iran, Polen och Turkiet lagts.

Födelsland har använts som förklarande variabel i alla analyser. I många fall är antalet personer i registren som är från ett visst land inte tillräckligt många för att kunna göra statistiska analyser. I de fallen har födelseländer slagits samman i större regioner eller kontinenter. Stickprovsgrupper där mindre än 135 personer har intervjuats har uteslutits. På grund av att risken för många sjukdomstillstånd och levnadsvanor är beroende av ålder har ålder beaktats i alla analyser. Det är dessa ålderskontrollerade data som presenteras i våra tabeller. När det gäller levnadsvanor har flera olika logistiska regressionsmodeller beräknats där hänsyn tas till enskilda eller flera, mer komplexa faktorer.

En aspekt av kvalitén av ett registerdatamaterial handlar om det saknas uppgifter om personer i ett register (i detta fall inkomst av tjänst, tjänst eller studiemedel) som finns i befolkningsregistret. Denna typ av personer kan inte inkluderas i analyserna. En sådan felkälla kallas övertäckning och det rör sig om cirka 0,5 procent bland personer som är födda i Sverige och ca 5 procent bland personer födda utanför Sverige.

Integration till svensk välfärd

Rapporten »Integration till svensk välfärd« innehåller mycket information om välfärdspositionen för olika grupper av personer födda utanför Sverige, i Sverige och i Sverige med minst en förälder född utanför Sverige. Många olika indikatorer som kan relateras till de olika hälsosystemen beskrivs i rapporten. Data kommer från ULF-undersökningarna 1993-2000 (Undersökning av levnadsförutsättningar).

Uppgifterna i ULF inhämtas genom timplånga intervjuer med slumpmässiga urval av den svenska befolkningen 16-74 år. Bortfallet uppskattas till cirka 20 procent av de tillfrågade. Den totala gruppen personer som kunnat inkluderas när data från åren 1993-2000 samlats ihop (aggregerats)

utgörs av 38 284 personer födda i Sverige och 3 957 personer i andra länder.

Kapitel 4. Sjukdomsförekomst och levnadsvanor

I detta kapitel kommer data som gäller sjukdomsförekomst, levnadsvanor och hanteringsförmåga att presenteras. I avsnittet om sjukdomsförekomst hämtas data huvudsakligen ur »Födelselandets betydelse«, den studie kring skillnader i förekomst av sjukdom i tre centrala folksjukdomsgrupper som beställdes och gavs ut av Statens folkhälsoinstitut och genomfördes av forskare vid MigraMed, Allmänmedicin och Karolinska Institutet under ledning av professor Jan Sundquist. De folksjukdomar som belyses nedan är psykiatriska tillstånd, hjärt- och kärlsjukdom, och cancer. De data som redovisas har hämtats ur rapporten, om inte annat anges, medan layout av tabeller har gjorts speciellt för denna kunskapsöversikt. Ett avsnitt kring rörelsehinder och värk presenteras där data har hämtats från rapporten om integration av Vogel och Hjerm (2002). Alla tabeller finns i slutet av kunskapsöversikten.

Begrepp som återkommer i denna genomgång är *risk* och *relativ risk*. I Lundh & Malmquists ordbok över medicinska ord definieras *risk* som »sannolikheten för viss händelse av negativ karaktär«. En *riskfaktor* definieras som »en egenskap eller ett förhållande som orsakar (har kausalsamband med) att individen löper ökad risk att få en eller fler sjukdomar«. *Relativ risk* är helt enkelt »kvoten mellan två risktal« (2005).

Psykiatrisk problembild

I tabell 4.1 har olika indikatorer på psykiatrisk problematik presenterats, såsom att bli behandlad för schizofreni eller andra psykoser inneliggande på en psykiatrisk sjukhusavdelning, att få sjukhusvård för förstämningssyndrom eller för självmordsförsök. Att bli behandlad inneliggande för schizofreni eller andra psykoser är vanligare i många grupper av utlandsfödda än bland svenskfödda. Män från OECD-länder har en lägre risk än svenskfödda män, medan män födda i alla andra inkluderade kategorier av länder utom latinamerikanska länder har en överrisk. Bland afrikanska män är risken mer än dubbelt så stor att ha fått sådan vård. När det gäller kvinnor är bilden likartad. Kvinnor från sydeuropeiska, asiatiska och östeuropeiska länder har en högre risk än kvinnor som är födda i Sverige. En minst fördubblad risk föreligger för kvinnor från Finland, Polen och Afrika utom Nordafrika.

Sjukhusvård för förstämningssyndrom (depression och bipolär/manodepressiv sjukdom) visar inte ett lika enhetligt mönster. Kvinnor från Turkiet och asiatiska länder har en signifikant lägre risk för sjukhusvård för denna kategori av psykiatriska tillstånd än svenskfödda kvinnor, medan kvinnor från OECD-länder, Finland, sydeuropeiska länder, Polen, Iran och Afrika utom Nordafrika har en signifikant högre risk. Hos män kvarstår skillnaderna till förmån för män från asiatiska länder, medan män från Turkiet har en likvärdig risk för sjukhusvård för förstämningssyndrom som svenskfödda män. Även män födda i Finland och Polen har större risk för sjukhusvård för denna psykiatriska sjukdomstyp än svenskfödda. Män

från Irak och närliggande länder har också en ökad risk för denna sjukdomstyp.

Vård på psykiatrisk sjukhusavdelning för självmordsförsök är vanligare i många grupper av utlandsfödda än hos motsvarande personer som är födda i Sverige. Sådana överrisker kan iakttas för personer från OECD-länder, Finland, Polen, Iran och Irak m.fl. Män födda i något sydeuropeiskt land har en lägre risk för sådan vård.

Hjärt- och kärlsjukdom

När vi betraktar hjärt- och kärlsjukdomar (tabell 4.2) kan vi konstatera att män som är födda i Finland, Polen, Bosnien, Turkiet och östeuropeiska länder har högre risk för insjuknande, medan män från Iran, Latinamerika och Afrika utom Nordafrika har lägre risk. Män från OECD-länder, från Sydeuropa, Irak m.fl. och Asien har en risk likvärdig med svenskfödda. Generellt är mönstret bland män och kvinnor likartat, men vi ser skillnader när det gäller Sydeuropa, Irak m.fl., Iran och Asien. Bland personer från Sydeuropa och Irak har kvinnor en överrisk gentemot svenskfödda kvinnor, medan män har en likvärdig risk. Kvinnor från Iran har en likvärdig risk, medan männen från samma land har en signifikant lägre risk än jämförbara män. Kvinnor från Asien har en lägre risk än svenskfödda kvinnor, medan männen har en likvärdig risk som svenskfödda män.

Cancer

Av alla cancerformer har vi valt att inkludera de två vanligaste cancerformerna totalt för både män och kvinnor och två könsbundna cancerformer (tabell 4.3). När det gäller lungcancer hos kvinnor är skillnaderna mellan svenskfödda och personer som fötts i ett annat land ofta små. Det föreligger en signifikant lägre risk för insjuknande hos kvinnor som är födda i något asiatiskt land, medan kvinnor från OECD-länder och Finland har en signifikant överrisk. Män födda i OECD-länder, Finland, Sydeuropa, Polen, Bosnien, Turkiet och Östeuropa har en högre risk än svenskfödda män. Iranska män har en lägre risk, medan risken för lungcancer hos män födda i Latinamerika, i Irak, eller i något asiatiskt eller afrikanskt land är likvärdig med risken hos svenskfödda män.

Skillnader mellan personer födda i olika länder är mer begränsade när det gäller tjocktarmscancer för män. Endast hos personer som kommer från Polen, Latinamerika och Irak m.fl. kan signifikanta skillnader iakttas. Män födda i Polen har en överrisk medan män från Latinamerika och Irak m.fl. har en lägre risk för insjuknande i tjocktarmscancer än svenskfödda män. Den generella trenden för kvinnor är att svenskfödda kvinnor har en högre risk än de andra grupperna. Endast kvinnor från OECD-länder uppvisar en signifikant överrisk, medan kvinnor från Finland, Turkiet, Iran, Latinamerika och asiatiska länder har en signifikant lägre risk för tjocktarmscancer än svenskfödda kvinnor.

Prostatacancer är en sjukdom som uteslutande drabbar män. Utan undantag har svenskfödda män en signifikant överrisk för denna sjukdom. Bröstcancer drabbar flest kvinnor. Även här har svenskfödda en signifikant överrisk. Kvinnor från Bosnien, Turkiet, Iran, latinamerikanska länder, Irak

m.fl., asiatiska och afrikanska länder har en signifikant lägre risk än svenskfödda kvinnor.

Rörelsehinder och värk

I tabell 4.4 presenteras data kring rörelsehinder och värk. Tabellerna baserar sig på självrapporterade uppgifter om rörelsehinder och värk från ULF-undersökningar.

Rörelsehinder är ett problem som drabbar ungefär 5 procent av männen och 7 procent av kvinnorna som är födda i Sverige. I alla grupper av utlandsfödda är förekomsten högre än bland svenskfödda. Bland män är problemet särskilt vanligt bland personer födda i f.d. Jugoslavien, Polen, Mellersta Östern, Turkiet, Latinamerika, Afrika samt Sydeuropa. Bland kvinnor är problemet särskilt vanligt bland kvinnor från Iran och Mellersta Östern, och i något mindre utsträckning från Latinamerika och Turkiet.

Värk rapporteras i alla grupper av män av häften eller fler av de intervjuade. I grupperna av män födda i Turkiet, Iran och Latinamerika är andelen högst, över 70 procent. Kvinnor rapporterar oftare värk än män från samma område. Ungefär två av tre kvinnor födda i Sverige rapporterar värk, medan i flera grupper av kvinnor såsom de födda i Sydeuropa, f.d. Jugoslavien, Östeuropa, Polen, Mellersta Östern, Turkiet, Iran och Latinamerika är andelen över 75 procent.

I allmänhet är förändringarna över tid i Sverige begränsade avseende rörelsehinder. I gruppen från Polen ses att 27 procent av de som varit i Sverige mindre än tio år rapporterar rörelsehinder, medan motsvarande andel bland de som varit i Sverige mer än 10 år är 16 procent. Utvecklingen går åt motsatt håll bland personer som är födda i Turkiet. Här är andelen med rörelsehinder 0 procent bland de som varit i Sverige under tio år, medan andelen är 21 procent bland de som varit här längre. Andelen som rapporterar värk är ganska konstant över tid utom för grupperna från Sydeuropa och f.d. Jugoslavien som rapporterar mer värk vid längre vistelsetid i Sverige. Ungefär 60 procent av de som varit i Sverige under tio år rapporterar sådan värk i båda grupperna, medan de som varit i Sverige över tio år har en andel kring 80 procent som rapporterar sådana besvär.

Barns sjukdomsförekomst

Barns utsatthet

Barn med utländskt ursprung, särskilt för de vars föräldrar kommer från länder utanför Europa, bor oftare i hushåll med låga inkomster och i bostadsområden med låg status. Vartannat till vart tredje barn, vars föräldrar kommer från dessa länder eller från europeiska länder som står utanför EU, har en utsatt ekonomisk situation enligt EU:s definition (SOU 2004:41). En kunskapsöversikt om fattiga barns hälsa i det rika Europa av Janson, Sundelin och Starrin (2001) visar att »den väsentliga förklaringen till ojämlikhet i hälsa hos barn är en ojämn fördelning av risk- och skyddsfaktorer i befolkningen och en försämrad start i livet ökar risken för social utsatthet och sämre hälsa även i vuxenlivet« (sid. 2914). I Socialstyrelsens folkhälsoberättelse från 2005 finner man stöd för att den utsatta sociala situationen har ett samband med en högre risk för t.ex. psykoser, narkotikamissbruk

och övervikt. Samtidigt kan det, enligt Socialstyrelsen, vara så att för vissa sjukdomar har den sociala situationen en mindre uttalad betydelse. I rapporten poängteras att »arvsanslag spelar en betydande roll för vissa vanliga folkhälsoproblem, t.ex. diabetes, övervikt och allergiska sjukdomar« och att »denna variation bidrar troligen till att barn med ursprung i Skandinavien har hög risk för barn- och ungdomsdiabetes och att barn med ursprung i Chile har ökad risk för astma och fetma« (ibid.). Barn i Sverige med krigs- och tortyrerfarenheter är i riskzonen för att begå självmord (Wasserman & Narboni 2002). Andra riskfaktorer för suicid hos barn som immigrerat är språksvårigheter och social isolering (ibid.).

Äldres sjukdomsförekomst

Kunskapen om äldres hälsa och livssituation i befolkningen i stort och bland utlandsfödda är begränsad (Berleen 2003). SCB:s ULF-undersökningar (Undersökning av levnadsförutsättningar) ger inte tillräckligt stort antal intervjuer för att säkra slutsatser ska kunna dras för äldre. Ett särskilt problem är att invandrare är en heterogen grupp, varför svårigheterna att dra slutsatser av de data som finns ökar ytterligare (ibid.).

Socialstyrelsen (2003) har givit Allmänmedicin i Stockholm i uppdrag att bearbeta materialet bakom folkhälsorapporten »Födelselandets betydelse« med avseende på äldre. De utomlands födda 65-84 år har delats upp i tolv grupper efter födelseland (OECD-länder, Finland, Sydeuropa, Polen, Bosnien, Turkiet, Iran, Syd- och Latinamerika, Irak och andra arabisktalande länder, Asien, Östeuropa och Afrika utom Nordafrika). De olika gruppernas första inläggningstillfälle för ett urval diagnoser i slutenvård har kartlagts under en uppföljningsperiod. Risken att läggas in på sjukhus har sedan beräknats för män och kvinnor i respektive grupp jämfört med män och kvinnor födda i Sverige. Resultatet visar att sjukdomar i cirkulationsorganen tillhör de allvarligaste sjukdomarna. De är en vanlig dödsorsak där män insjuknar oftare än kvinnor även om skillnaderna minskar bland de allra äldsta. Vidare framkommer data som visar att det är »allt vanligare att äldre, oberoende av kön bland de äldre födda utomlands läggs in på psykiatrisk klinik på grund av psykoser än att äldre födda i Sverige och OECD-länderna läggs in. När det gäller förstämningproblem är resultatet det motsatta« (Socialstyrelsen 2003, sid. 21).

Sonja Pudaric´ tar i sin avhandling »Elderly Immigrants, Socio-economic Status and Health« (2002) upp riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdomar, försämrad rörlighet och självskattad hälsa. Hon har i tre delstudier använt data från SCB:s ULF-undersökningar av levnadsförhållanden i Sverige och i hennes material ingår 13 929 personer i åldrarna 55-74 år som blev intervjuade något av åren 1986-1993. Frågorna rörde hälsa, ekonomiska resurser, sysselsättning, arbetsmiljö, utbildning och boende. Hennes resultat visade att personer födda i Finland, Sydeuropa och övriga länder löpte större risk att ha dålig hälsa i jämförelse med jämnåriga svenskfödda personer. Detta resultat kunde inte förklaras av ålder, kön eller utbildning.

Levnadsvanor

Individens levnadsvanor är en faktor som kan påverka risken för olika folksjukdomar. Några sådana exempel har inkluderats i Sundquists och hans medförfattares studie för Statens folkhälsoinstitut (2002). Resultaten bygger på självskattning och har hämtats ur Socialstyrelsens invandrarundersökning 1996. Resultaten presenteras i tabell 4.5. Rökning är en riskfaktor som kan påverka flera av de ovanstående sjukdomsgrupperna. Förekomsten av dagligrökare bland män är högre i alla grupper av utlandsfödda utom för personer från OECD-länder. Svenskfödda kvinnor röker oftare än svenskfödda män men i liknande utsträckning som kvinnor från OECD-länder, sydeuropeiska länder, Turkiet, Chile, östeuropeiska länder och övriga länder. Kvinnor från Finland, Polen och Iran röker oftare än svenskfödda kvinnor.

Övervikt är ett folkhälsoproblem med stor betydelse för bl.a. hjärt- och kärlsjukdom. Förekomsten av övervikt (BMI > 30) är ungefär 50 procent bland män och 32 procent bland kvinnor födda i Sverige. Likheter i förekomst mellan grupper födda i olika länder är uppenbar. Män födda i något sydeuropeiskt land är den enda grupp som avviker statistiskt med en högre andel överviktiga. Bland kvinnor är personer födda i något sydeuropeiskt land, i Turkiet, i Iran eller i något latinamerikanskt land signifikant oftare överviktiga än svenskfödda kvinnor.

Brist på motion är en betydelsefull riskfaktor för flera sjukdomar bl.a. eftersom den kan påverka risken för övervikt. Trots de små skillnaderna ifråga om övervikt bland män är andelen som motionerar regelbundet bland personer från Finland, Polen, Turkiet, Iran, latinamerikanska länder och från kategorin övriga länder lägre än bland svenskfödda män. För kvinnor är situationen likartad så när som på att kvinnor födda i Finland motionerar lika regelbundet som svenskfödda kvinnor. Kvinnor från sydeuropeiska och östeuropeiska länder tillkommer till de grupper där en mindre andel motionerar regelbundet än bland svenskfödda kvinnor.

Barns levnadsvanor

Socialstyrelsen finner i sin folkhälsorapport från 2005 att den svenska föräldragenerationen ofta fått utbildning i klassiska aspekter av folkhälsoarbete som har kommit att bli självklara delar av vardagen, såsom att lära sig tandborstning, att använda flytväst och bilbarnstolar. De som har kommit senare delar inte alltid den erfarenheten. Naturligtvis har många ändå lärt sig hur viktiga sådana aspekter är, men Socialstyrelsen kan konstatera att barn med utländskt ursprung mer sällan borstar tänderna och mer sällan har tillgång till barnsäker utrustning i bil. Det är rimligt att tänka sig att de som behöver få stöd och utbildning får möjlighet till det, men det är samtidigt viktigt att komma ihåg att det kanske inte alla gånger är fråga om bristande utbildning eftersom en del av dessa produkter är ganska dyra och det försvårar för personer att få tillgång till dem.

Äldres levnadsvanor

En sund livsstil och hälsa följer klassmönstren. Risken för ohälsa är störst bland ensamstående och utrikesfödda personer i åldern 80-84 år, som har de lägsta inkomsterna (Berleen 2003). Berleen lyfter fram att äldre invand-

rare är en utsatt grupp. Därför är det angeläget att underlätta deras möjligheter att förändra sina levnadsvanor, t.ex. när det gäller mat, promenader, att utemiljön görs tillgänglig och trygg för de äldre, att de känner att de behövs och har tillgång till ett socialt nätverk av anhöriga, grannar, vänner och ideella föreningar. Kultur i alla former har också en positiv inverkan på hälsan

I den andra delstudien i Sonja Pudarics avhandling om äldres levnadsvillkor (2002; 2003) studeras fem riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdomar: rökning, övervikt, fysisk inaktivitet, diabetes och högt blodtryck. Statistiskt signifikanta skillnader i livsstilsfaktorer förelåg mellan personer födda i Sverige och utanför Sverige. Hon fann att de som var svenskfödda och de som hade högre inkomst oftare rapporterade fysisk aktivitet, mindre cigarettbruk och hade lägre BMI (body mass index). Dock kunde hon inte finna något samband mellan födelseland och förekomst av diabetes och högt blodtryck. Låg socioekonomisk status hade starkt samband med alla fem riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdomar.

I en annan delstudie av Pudaric befanns att utlandsfödda personer, speciellt från Finland, Sydeuropa och övriga länder hade större risk för nedsatt förmåga att laga mat, handla och sköta hemmet (IADL, Instrumental Activities of Daily Living). Pudaric kommer fram till att en lyckat integrationsprocess för de äldre som är utrikesfödda handlar om att få någon slags inre balans och välbefinnande mellan invandrarnas tidigare liv och det nya som tillkommer i Sverige.

Kapitel 5. Hanteringsförmåga

Det förra kapitlet präglas av ett risktänkande. Faktorer som påverkar risken att utveckla ohälsa i många olika skepnader utgör den helt dominerande kunskapen vi har inom området integration och folkhälsa. Är detta verkligen detsamma som utveckling av hälsa? Naturligtvis kan det vara så att avsaknaden av en riskfaktor utgör grunden för att bibehålla hälsan, men vi vet avsevärt mycket mindre om bättre förhållanden i olika avseenden kan förbättra hälsan. På det övergripande samhällsplanet kan en tydlig koppling mellan förbättrade ekonomiska villkor och mer samhälleliga insatser och stödstrukturer vara en betydelsefull strategi för förbättring av en befolknings hälsa över tid. På individnivån kan man se att reduktion av olika stressfaktorer i en persons liv minskar risken för ohälsa. Men om vi skall kunna utveckla interventioner för att förbättra hälsan i befolkningen och kanske med särskilt fokus på de mest utsatta bör vi kanske ställa andra frågor. I detta avsnitt kommer det begränsade antal studier som försöker studera uppkomsten av hälsa och skyddsfaktorer mot ohälsa att lyftas fram.

Känsla av sammanhang

En av de viktigaste teoretikerna inom detta område under de senaste decennierna har varit Aaron Antonovsky. I studier av personer som överlevt koncentrationsläger under andra världskriget eller var utsatta för andra fasansfulla erfarenheter, som »borde« ha givit dem allvarliga psykiatriska symtom, fann han personer som inte uppvisade sådana symtom. När Antonovsky studerade de som hade klarat sig väl trots omständigheterna fann han att de upplevde en känsla av sammanhang i livet. Känslan av sammanhang (eng. sense of coherence) kan beskrivas som bestående av tre dimensioner: hanterbarhet (eng. manageability), meningsfullhet (e.g. meaningfulness) och förståelighet (eng. comprehensibility) (Antonovsky 1987).

Vad påverkar en persons känsla av sammanhang? Subjektiva upplevelser såsom förhållningssätt till sin livssituation är naturligtvis komplicerade att mäta. Upplevelsen skulle kunna variera mellan olika grupper beroende på att betydelsen av begreppet är helt olika. Några studier har genomförts för att undersöka om begreppet såsom det är beskrivet i frågeformulär visar sig fungera likartat i grupper med olika etnokulturell identitet. Studierna bland amerikansk urbefolkning (Bowman 1996), i den thailändska befolkningen (Cederblad, Pruksachatkunakorn m.fl. 2003), bland kinesiska studenter (Tang & Dixon 2002) och bland svarta kvinnor i USA (George 1999) visar att begreppet förstås och förefaller kunna fungera i flera olika kulturella grupper. Känsla av sammanhang har också studerats i en större svensk undersökning kring personer födda i Chile, Iran, Polen och Turkiet (den s.k. Invandrar-ULF). I alla grupper inklusive den svenskfödda var känsla av sammanhang relaterat till psykiskt välbefinnande. Relationen var särskilt stark i gruppen från Iran vars risk för psykisk ohälsa ökade med 12 gånger hos dem som hade en låg känsla av sammanhang (Socialstyrelsen 2000).

En viktig fråga gäller om känsla av sammanhang är ett stabilt personlighetsdrag som etablerats tidigt i livet och är relativt opåverkat av erfarenheter senare i livet, eller om det tvärtom är fråga om ett tillfälligt tillstånd starkt påverkat av yttre omständigheter i livet. Antonovsky och andra har förespråkat uppfattningen att känsla av sammanhang är ett personlighets-

drag som i huvudsak är stabilt, men kan utsättas för påfrestningar och förändras vid dramatiska förändringar (Frommberger, Stieglitz m.fl. 1999; Schnyder, Buchi m.fl. 2000). Några studier har studerat barndomserfarenheters betydelse i relation till vuxnerfarenheter, i fråga om känsla av sammanhang (Sagy & Antonovsky 2000; Krantz & Östergren 2004). Sagy och Antonovskys studie fokuserar enbart på barndomsupplevelser. Här identifierar de att barnens möjlighet till autonomi och delaktighet i beslutsfattande inom familjen utgör en stark förklarande faktor till en högre känsla av sammanhang hos 60-70 åringar. Familjens utbildningsnivå utgör en annan betydande förklaringsfaktor.

Andra forskare har lagt fram bevis för att känsla av sammanhang snarare varierar som en avspeglning av yttre förändringar i vuxen ålder (Nilsson, Holmgren m.fl. 2003; Smith, Breslin & Beaton 2003). I en studie av mass-evakuerade flyktingar från Kosovo har Roth och Ekblad (i tryck) funnit att hos en befolkning som utsatts för traumatiska erfarenheter och fortsatt lever under påfrestande omständigheter bryts bemästringsförmågan ned enligt samma mönster som för depression och traumarelaterad ohälsa. En studie av Ekblad och Shahnava (2004), där screeningintervjuer kring psykisk hälsa gjordes med vuxna asylsökande, visar att upplevelsen av låg känsla av sammanhang är en central faktor när det gäller att förutse risken för senare självmordstankar i denna grupp. Intervjuerna genomfördes kort efter ankomst till Sverige.

Krantz och Östergren har studerat barndomsupplevelser bland cirka 500 kvinnor i 40-50 årsåldern. Där framkommer att ha levt med båda föräldrarna, att vara det enda syskonet och/eller att vara utsatt för våld inte har något samband med känsla av sammanhang. I stället finner forskarna att traditionella riskfaktorer såsom arbeten med lågt inflytande och höga krav, socialt stöd, social förankring och klasstillhörighet är starkare relaterat till känsla av sammanhang. Nilsson, Holmgren m.fl. finner att personer med höga värden av känsla av sammanhang uppvisar mer stabilitet i upplevelsen än personer med låg känsla av sammanhang. Kvinnors upplevelser av känsla av sammanhang verkar vara mer föränderlig. Förändringar i känsla av sammanhang är vanligare hos personer som fått en försämrad hälsa eller försämrat socialt stöd. I en finsk studie som fokuserar på faktorer som bidrar till känsla av sammanhang hos män och kvinnor finner forskarna att kvalitét såväl i barn- och ungdom som i vuxenålder hänger samman med känsla av sammanhang (Volanen, Lahelma m.fl. 2004). Små skillnader kan iaktas mellan män och kvinnor, även om ensamhet förefaller vara relaterat till lägre känsla av sammanhang hos finska män. Det finns även här ett starkt samband mellan relationen till partner och känsla av sammanhang. Möjligheten att få socialt stöd och hur nöjd man är med detta stöd, tillgång på betalt arbete, kvalitén på arbetet och barndomserfarenheter visar alla ett betydande samband med känsla av sammanhang. Generella samhällsliga förändringar såsom lågkonjunktur och ekonomisk kris verkar kunna påverka känsla av sammanhang.

Kontroll och egenmakt

Upplevd kontroll över sin arbets- och/eller generella livssituation är en faktor som tillmätts stor betydelse inom ramen för arbetslivsforskningen (Karasek & Theorell 1990). I amerikanska studier har forskare funnit att upplevelse av kontroll kan vara en viktig dimension i att förklara skillnader

i ohälsa mellan olika socio-ekonomiska grupper (Lachman & Weaver 1998). Man kan föreställa sig att egenmakt (empowerment) är en viktig del av bemästringsförmågan som påverkas av migration. Trots den betydelse som kontroll över arbetsituationen och den mer generella livssituationen har visat sig ha för hälsan, saknas kunskap om hur detta ser ut för olika grupper i befolkningen i Sverige.

En dimension som emellertid anknyter till denna typ av hanteringsförmåga redovisas i tabell 5.1 som hämtats från Vogel och Hjerms studie kring integration och välfärd (Vogel & Hjern 2002) och finns i slutet av kunskapsöversikten. Den visar andelen personer som uppger att de kan överklaga olika myndighetsbeslut själva. I alla grupper ser vi att en mindre andel kvinnor än män uppger att de kan göra en sådan överklagan. Bland kvinnor och män som är födda i Sverige, Norden, centrala EU och bland män från Östeuropa är andelen kring 70 procent. I många andra grupper är andelen avsevärt mycket lägre. Bland kvinnor som är födda utanför Europa och i Sydeuropa och f.d. Jugoslavien är andelen kring eller under 50 procent. Män födda i länder utanför Europa ligger i allmänhet kring 60 procent. Överhuvudtaget utgör män och kvinnor från Sydeuropa och f.d. Jugoslavien de grupper där den minsta andelen (kring 40 procent) uppger att de kan överklaga själva.

Utveckling över tid

Den enda variabeln i Vogel och Hjerms studie som relaterar till hanteringsförmåga är förmågan att överklaga själv (tabell 5.1). Bland personer som levt i Sverige under mindre än tio år är skillnaderna betydande i förhållande till personer födda i Sverige eller i Norden. Möjligheten att överklaga själv är under denna period lägre i grupperna som är födda i Sydeuropa, f.d. Jugoslavien, Polen än i andra grupper. Över tid förändras denna bild så att personer från Polen nästan kommer ikapp personer födda i Sverige. Fortsatt finns andelen som upplever att de kan överklaga själv lägre bland personer från Sydeuropa, f.d. Jugoslavien, Turkiet och från något afrikanskt land.

Barns särskilda omständigheter

När det gäller barns hanteringsförmåga är det viktigt att komma ihåg att trots att barnet är en egen individ är barnet en del av ett sammanhang där familjen är av yttersta betydelse. Bala (2000) resonerar i förhållande till nuvarande kunskap om hälsoeffekterna av barn som blivit utsatta för organiserat våld att det skett ett fokusskifte. Från att tidigare varit mer inriktat på specifika händelser och dess konsekvenser så menar Bala att man nu inser att betydelsen av en händelse är relaterat till sammanhanget av en annan händelse. Stressorer har sitt ursprung i det föregående, nuvarande och i närliggande framtid. För personer som upplever påtvingad migration inkluderar detta bland annat osäkerhet inför asylansökan och hot mot familjemedlemmar i ursprungslandet. Barns möjligheter till att hantera stress är föränderlig över tid, barnets ålder och interaktionen inom familjen. Men även utom familjen är faktorerna av betydelse (Johansson Blight & Ekblad manuskript). Finska forskare har studerat barn i familjer som lever under ekonomisk utsatthet och summerar de faktorer som de finner bidrar till

barnets motståndskraft. Resultatet pekar på att barnets personliga resurser, föräldrar och familjestöd, och sociala miljö är alla av vikt för deras möjligheter att hantera påfrestningar (Solantaus, Leinonen & Punamaki 2004). Viss kunskap om barns livssituation i Sverige finns i dag men mer behövs. Framför allt behövs mer systematiserad kunskap om sammanhangets betydelse i Sverige för barn som invandrat. Det gäller särskilt för barn under asylperiod, barn som lever gömda och barn som kommit till Sverige som flykting eller av flyktingliknande skäl.

Äldres särskilda omständigheter

Berleen (2003) har i sin genomgång av hälsan hos äldre utrikesfödda argumenterat för att meningsfullhet, deltagande och sammanhang är en förutsättning för hälsa hos äldre. De tre begreppen är centrala för att hälsofrämjande insatser för äldre ska kunna ge goda resultat. Om inte dessa förutsättningar är uppfyllda hjälper det inte att insatser är välmenande eller välorganiserade.

Kapitel 6. Anknytning

Det är sannolikt att betydelsen av relationer, inom familj, till bekanta, i grannskapet, på jobbet o.s.v. för hälsa tillhör de mest undersökta aspekterna inom de folkhälsovetenskapliga och hälsofrämjande fälten. I samband med migration är det av största vikt att undersöka vad som händer när betydelsefulla kontakter lämnas bakom och när många personer har varit utsatta för hot mot, och förlust av, nära anhöriga.

Denna del inriktar sig på studier som fokuserar på familjerelationer och relationer i den närmaste kretsen. Två andra aspekter som studerats intensivt under senare år gäller värdet av sociala relationer utöver den personliga kretsen, t.ex. genom deltagande i föreningsliv och kring kontakter till personer i bostadsområdet. Denna typ av sociala relationer behandlas senare under avsnittet Identitet och Roller.

Även om inte alla relationer är gynnsamma för en person, måste ändå tillgången på goda relationer i olika sammanhang betraktas som i högsta grad gynnsam för en positiv hälsoutveckling (Berkman, Glass m.fl. 2000; Kawachi & Berkman 2001). Kawachi och Berkman lyfter fram en betydelsefull teoretisk diskussion kring sociala relationer och deras förhållande till hälsa. Sådana relationer kan ha en positiv effekt eftersom de kan ge tillgång till olika former av socialt stöd när en person utsätts för stress eller kris i livet. Denna teoretiska inriktning kallas för stress-buffertteorin och här har man funnit att sociala relationer påverkar flera aspekter av stressförloppet: hur svår en situation framstår och själva reaktionen på händelsen. Andra teorier menar att tillgången till sociala relationer utgör en skyddande faktor i sig, utan att någon typ av stress behöver aktivera det sociala stödet. En annan aspekt av det sociala stödet är att upplevelsen av påfrestningar inte bara gäller en individ utan en hel grupp. Begreppet gemensam bemästring (eng. communal mastery) har beskrivits och studerats i den amerikanska urbefolkningen. Åtminstone bland kvinnor förekommer ofta en starkare upplevelse av att »vi tillsammans skall hantera våra påfrestningar« än att det primärt är den enskilda personen som själv skall äga individuella bemästringsresurser. I sin studie fann forskarna att en upplevelse av hög gemensam bemästring var viktigare vid påfrestningar och stress än personlig bemästring när det gällde att påverka risken för depression och ilska (Hobfoll, Jackson m.fl. 2002).

Familjerelationer och relationer i den närmsta kretsen

Mehrdad Darvishpour har i sin avhandling vid Stockholms Universitet studerat andelen skilsmässor bland nio grupper av personer födda utanför Sverige (2003). Han visar att samtliga grupper skiljer sig mer än personer födda i Sverige. Personer födda i Chile och Iran har en mer än fyra gånger så hög skilsmässofrekvens jämfört med personer födda i Sverige, medan personer från Turkiet skiljer sig i mindre utsträckning. Skälen till den högre förekomsten av skilsmässa bland personer födda i Iran utgörs, enligt Darvishpour, av kulturella och socioekonomiska utmaningar respektive resultatet av maktförskjutningar mellan makar. Efter ankomsten till Sverige förefaller kvinnors status och inflytande förbättras medan männens ofta försämras. I många familjer som migrerat skiljer sig tidsperspektiven markant. Medan männen ibland lever i dåtid och kvinnorna i nuet så lever bar-

nen i framtiden. Så olika referenspunkter kan ofta skapa konflikter i familjen. Jämställdheten mellan makarna kan emellertid stabiliseras. En sådan möjlighet var större hos par med högre utbildning och bättre socioekonomisk status och med modernare värderingar. Darvishpour konstaterar att patriarkaliskt familjeliv och etnisk diskriminering försvårar en positiv utveckling där de traditionella mönstren bryts.

Resultat från studien Integration och Välfärd (Vogel & Hjerm 2002) (tabell 6.1-6.3 och som finns i slutet av kunskapsöversikten) visar att fler personer ur olika grupper av utlandsfödda uppger att de har mindre social kontakt än personer födda i Sverige. I alla grupper med personer som är födda utanför Sverige finns en mindre andel än bland personer födda i Sverige som har kontakt med anhöriga varje vecka. Bland män är det personer födda i något av de centrala EU-länderna. Bland kvinnor och män är det personer födda i något afrikanskt land som har minst tillgång till sådant umgänge. Att ha en nära vän är vanligare bland personer födda i Sverige både bland män och kvinnor. Bland män är det sällsyntare med en nära vän i gruppen som är född i Latinamerika än i någon annan grupp. I kvinnornas fall är det grupperna från Iran och Mellersta Östern som utmärker sig. Umgänget med grannar visar ett liknande mönster som för de två ovanstående indikatorerna. Både för män och kvinnor är andelarna som umgås med grannar högst för personer födda i Sverige och övriga Europa.

Lindström har studerat deltagandet i olika sociala aktiviteter i den närmaste kretsen för olika etniska grupper i Malmö under 1990-talets mitt (Lindstrom 2005). Bland aktiviteterna studerades deltagande i större sammankomster med släktingar och privat fest. Generellt kan sägas att för båda dessa sociala aktiviteter har personer som är födda i något arabisktalande land ett signifikant lägre deltagande. Även om ålder, utbildning, arbetslöshet och ekonomisk stress påverkar risken för ett lågt deltagande, kvarstår risken när dessa faktorer beaktas.

I en norsk studie av vietnamesiska båtflyktingar i Norge identifierar författarna att nätverk lättare etableras inom den vietnamesiska gruppen än med norrmän eller andra grupper i Norge (Hauff & Vaglum 1997). Forskarna kan urskilja att efter tre år i Norge hade endast något mer än hälften återkommande kontakt med andra vietnameser och endast en femtedel hade kontakt med personer födda i Norge. Det var vanligast att ha etablerat kontakt utanför den vietnamesiska gruppen bland kvinnor och personer som deltagit i någon form av utbildning i Norge. En ny studie från Oslos befolkningsstudie, där cirka 1 500 personer från låg- och mellaninkomstländer, deltog visar att besök av norrmän hemma utgör en skyddande faktor mot psykisk ohälsa hos män.

I litteraturgenomgången som gjorts av Kawachi och Berkman (2001) finner forskarna att det under vissa omständigheter finns betydande påfrestningar förknippade med de sociala relationerna i den närmare kretsen. Detta trots det överlag starka positiva sambandet mellan sociala relationer och hälsa. Forskningen har identifierat att könsskillnader och socioekonomiska skillnader påverkar tillgången på sociala relationer. Generellt verkar kvinnor ha djupare relationer och både ge och erhålla mer stöd vid påfrestningar (ibid). Här är kvinnor i en speciell position. Samtidigt som de får mer stöd på grund av att de ofta har djupare relationer utgör de nära relationerna också en riskfaktor. I studier där det positiva stödet ställs mot påfrestningarna faller ofta påfrestningarna ut som den mer betydelsefulla faktorn. Det kanske är särskilt påtagligt i förhållande till deras partners. Medan män ofta vinner på ett brett socialt nätverk visar forskningen att de

som är i mest behov av stöd oftast får minst. De får också bära en större belastning genom sitt engagemang i sociala nätverk. Ett mindre utvecklat socialt stöd har framförts som en anledning till att änklings uppvisar mer psykisk ohälsa än änkor (ibid.). I studier i den svarta befolkningen i USA har studier visat att unga kvinnor kan riskera ökad psykisk ohälsa genom deltagande i sociala nätverk. En förklaring som har framförts är att unga kvinnor i utbyte mot socialt stöd kan uppleva att de blir styrda till hur de skall vara och får ett begränsat utrymme att välja egna vägar.

En amerikansk studie har undersökt hur personer ur olika etniska grupper av befolkningen i USA söker stöd under två olika betingelser. De fann att beredvilligheten att söka stöd påverkar det erhållna stödet. Under ett kristillstånd (orkanen Andrews härjningar) förelåg inga skillnader i sökmönster, medan i en vardagligare situation blev skillnader mellan afro-amerikaner och personer ur den latinamerikanska gruppen betydande. Medan det för afro-amerikaner och vita upplevdes svårare att söka stöd, sökte personer från den latinamerikanska befolkningsgruppen stöd i större utsträckning. Deras möjligheter att få stöd var emellertid mindre (Kaniasty & Norris 2000).

Utvecklingen över tid

Utvecklingen av umgänget med grannar förbättras för många grupper över tid. De största förändringarna sker i grupperna som är födda i Norden, i Östeuropa, Mellersta Östern, Iran och i något latinamerikanskt land. I alla grupper utom från Norden sker denna utveckling från en mycket låg nivå. Det gör att även efter tio år kvarstår betydande skillnader för dessa grupper. När det gäller tillgång på nära vänner sker den största förändringen i förhållande till tid i Sverige hos personer födda i något afrikanskt land, f.d. Jugoslavien, Sydeuropa och Iran. I de flesta grupper är skillnaden i förhållande till personer födda i Sverige små efter tio år. Betydande skillnader kvarstår dock för personer från Mellersta Östern, Turkiet, Iran och från något latinamerikanskt land. Umgänge med nära anhöriga är betydligt mer ovanligt bland personer som är födda utanför Sverige under deras första tio år i Sverige. Över tid förbättras förutsättningarna betydligt för de flesta grupperna, men det finns fortsatt grupper som har fler som saknar regelbundet umgänge med nära anhöriga t.ex. personer födda i något afrikanskt land och från centrala EU.

Barns situation

Barn som tvingas migrera riskerar att ha utsatts för samma stressfaktorer som vuxna, såsom att ha varit med när nära släktingar mördats eller kidnappats (Silove 1999). Barn liksom vuxna har ofta varit med om förluster och separationer av betydelsefulla vuxna som barnet haft en nära anknytning till (Ekblad & Silove 1998). Många barn har dessutom tvingats vara beroende av många olika vuxna vilket kan bidra till känslor av att vara utbytbar (Silove 1999). Extra utsatta är ensam kommande barn (Ekblad & Silove 1998).

Äldres situation

Äldre som kommer från ett annat land har i regel ett mindre kontaktnät, framför allt p.g.a. språksvårigheter (Ekblad, Janson, Svensson 1996; Berle-

en 2003). En utmaning som lyfts fram mer utförligt under kapitlet om vårdmöten handlar om anhörigas ansvar för äldre och hur det kan utvecklas inom familjer där en äldre anhörig har kommit till Sverige.

Kapitel 7. Trygghet och materiella förutsättningar

Ett starkt samband mellan ekonomiska förutsättningar och hälsa har belysts återkommande internationellt och i Sverige (Lantz, Lynch m.fl. 2001; Ljung, Peterson m.fl. 2005; Olivius, Ostergren m.fl. 2004). I den nyligen publicerade studien av Ljung, Peterson m.fl. (2005) visas att om mortalitet och morbiditet i de 18 största sjukdomsgrupperna (mätt i DALYs²) skulle vara densamma som för den högst utbildade gruppen i Sverige skulle ohälsobördan för kvinnor minska med cirka 30 procent och för män med 37 procent. De största vinsterna skulle kunna göras avseende hjärtsjukdom, depression och neuroser hos män och kvinnor, för alkoholmissbruk och självförvårdade skador hos män, och för stroke och nack- och ryggsjukdomar hos kvinnor. Dessa data inkluderar endast personer registrerade i ett yrke. Personer utanför arbetsmarknaden är således inte med i beräkningarna. Detsamma gäller för studien av Kunst, Bos m.fl. (2004) som pekar mot att den ekonomiska krisen i flera europeiska länder under 1980-talets slut till 1990-talets inledning kan ha bidragit till ökade skillnader. Det finns de som påstår att ökade skillnader kan identifieras i vissa europeiska länder, medan situationen hittills i de nordiska länderna bedöms som stabil (Lahelma, Kivela m.fl. 2002; Kunst, Bos m.fl. 2004). Andra menar att situationen i Sverige under de senaste decennierna har skapat större klyftor, i alla fall för vissa grupper såsom invandrare, unga vuxna och ensamstående mödrar (Lundberg & Palme 2002). I studierna av Ljung och Kunst har inte personer utanför arbetsmarknaden tagits med. Båda författarna menar att om den gruppen tas med ökar sannolikt ojämlikheten i hälsa.

För personer födda utanför Sverige är läget avseende alla rapporterade ekonomiska variabler sämre än för den generella befolkningen. Dessutom har ofta skillnaderna ökat under 1990-talet (Välfärdskommissionen 2003). Den något motsägelsefulla informationen från de olika källorna ovan kan möjligen handla om att bland personer i arbete har skillnaderna i Sverige inte ökat i samma utsträckning som mellan de som står utanför och innanför den svenska arbetsmarknaden. När det gäller psykisk ohälsa finns starka belegg för att socioekonomisk status är av stor betydelse. Osäkerheten när det gäller depression betraktas dock som större än för andra typer av psykisk sjukdom (Lorant, Deliege m.fl. 2003). De har genomfört en s.k. metaanalys (en studie där forskning som studerar samma frågeställning betraktas tillsammans) för att försöka fastställa om samband mellan socioekonomisk status och depression kan beläggas. Många olika aspekter av socioekonomisk status, såsom utbildningsnivå, inkomstnivå och arbete har undersökts. Forskarnas slutliga bedömning är att tillräckligt stöd finns för att slå fast att socioekonomisk status påverkar uppkomst av depression och kanske än tydligare bidrar till hur långvarig en depression är.

Arbete är en faktor som kan påverka hälsan på många olika sätt. Goda arbeten med god arbetsmiljö är viktiga, dels på grund av den ekonomiska trygghet som lönen utgör, dels genom andra funktioner såsom känsla av meningsfullhet, av deltagande och delaktighet i samhället, struktur på tiden och tillskott av personliga relationer.

² DALY (Disability adjusted life year, funktionsjusterade levnadsår) är ett mått som används för att beskriva den sjukdomsbörda som en sjukdom vållar en befolkning.

För att tydliggöra de olika aspekterna av relationen mellan arbete och hälsa behandlas arbetets betydelse för ekonomi i detta kapitel, medan dess betydelse för delaktighet och identitetsskapande behandlas i nästa kapitel, identitet och roller.

I Vogel och Hjerms studie förtydligas diskussionen kring vikten av arbete för en person genom att diskutera både delaktighet och förankring på arbetsmarknaden. Delaktighet handlar om en person överhuvudtaget är del av arbetsmarknaden, medan förankring gäller på vilket sätt detta deltagande kan ske. Många studier under de senaste åren har kunnat påvisa att osäkerhet avseende arbete medför en betydande hälsorisk bland såväl arbetare som tjänstemän (Ferrie, Shipley m.fl. 2005). Vi har valt att redovisa tre intressanta indikatorer som särskilt hänger samman med otrygghet i anställning. Alla tabeller finns i slutet av kunskapsöversikten. I tabell 7.1 redovisas andelen i förvärvsarbete i olika grupper. I tabell 7.2 redovisas andelen i tidsbegränsade anställningar. I tabell 7.3 redovisas en relaterad indikator, dvs. andelen bland de sysselsatta under undersökningsperioden som varit arbetslösa någon gång under de senaste fem åren.

I studien av Vogel och Hjerm (2002) förtydligas också den ekonomiska utsattheten. De använder måttet disponibel inkomst under socialbidragsnormen och vi redovisar resultatet i tabell 7.4. Den ekonomiska utsattheten är större i alla grupper av personer som är födda utanför Sverige utom män och kvinnor födda i andra nordiska länder och kvinnor födda i Iran. Bland män är andelen personer med denna ekonomiska utsatthet omkring fem gånger så hög bland personer födda i f.d. Jugoslavien och Sydeuropa och tre-fyra gånger så hög bland män födda i Polen, Mellersta Östern eller något afrikanskt land. Bland kvinnor är frekvensen fem gånger så hög bland kvinnor från Turkiet och ungefär tre gånger så hög bland kvinnor födda i något afrikanskt land och från Mellersta Östern.

Levnadsstandard är ett annat mått på utsatthet som redovisas av Vogel och Hjerm (tabell 7.5). Alla grupper av utlandsfödda har en större andel med låg levnadsstandard än personer födda i Sverige. I många grupper är andelen med sådan levnadsstandard större än 60 procent. En aspekt av den materiella standarden gäller trångboddhet. Vogel och Hjerm redovisar trångboddhet enligt norm 3 (LNU-96). Andelen trångbodda är fyra eller nära fyra gånger så stor bland personer födda i ett sydeuropeiskt land, i f.d. Jugoslavien, i ett land i Mellersta Östern, i Turkiet. Latinamerika eller något afrikanskt land jämfört med svenskfödda (tabell 7.6).

Huruvida det utgör en hälsorisk att leva i ett land eller en region där inkomstskillnaderna är stora har varit under stark diskussion de senaste åren (Navarro 2004; Smith & Lynch 2004; Szreter & Woolcock 2004 m.fl.). Tre olika huvudmodeller har introducerats för att förstå hur ekonomiska resurser och hälsa relaterar till varandra på ett individuellt eller kollektivt plan. En modell utgörs av den s.k. materialistiska skolan (det instrumentella och materiella värdet av ekonomiska resurser). En vidareutveckling av den är den neo-materialistiska skolan (i vissa områden finns en större grupp med ekonomiska problem och fattigdom och för lite resurser investeras i publika infrastrukturer i dessa områden). Den tredje modellen gäller social jämförelse (personer tolkar sin sociala position och upplever att de är i underläge) (Raphael, Macdonald m.fl. 2005).

I det svenska sammanhanget har forskning bland annat vid Samhällsmedicinska institutionen vid Lunds universitet bedrivits med denna inriktning under de senaste åren. Flera olika studier har försökt belysa hur ekonomisk segregation i sig och via olika aspekter som hänger ihop med den

enskildes levnadssituation, kan hänga samman med olika hälsoutfall. Även i Sverige är inte utfallet entydigt. Några exempel gäller självrapporterad hälsa där områdets effekt förefaller vara liten (Lindstrom, Moghaddassi m.fl. 2004), medan det förefaller ha en större effekt på blodtryck (Merlo, Asplund m.fl. 2004) och intag av ångestdämpande medicinering (Johnell, Merlo m.fl. 2004). Många olika dimensioner i ett bostadsområde kan vara av intresse, men av dem har materiella förutsättningar och trygghet inte lyfts fram i de svenska studierna. Några intressanta kandidater för fortsatta studier skulle kunna vara exponering för faror som t.ex. våld och överfall eller skadegörelse i bostadsområdet.

Resultaten som redovisas i tabell 7.7 visar att för svenskfödda män och kvinnor ligger frekvensen av personer som rapporterar att de har varit utsatta för hot och våld på 6,5 respektive 6,0 procent. I alla grupper utom för personer födda i f.d. Jugoslavien för båda könen, från Sydeuropa för män och från Turkiet eller något latinamerikanskt land för kvinnor, är frekvensen högre. I tabell 7.8 visas att det är vanligare i alla grupper av utlandsfödda att leva i ett område där skadegörelse har förekommit än det är bland personer födda i Sverige. I många fall är frekvensen två eller fler gånger så hög.

Lindström (Lindstrom 2004) har studerat en annan aspekt av trygghet i en folkhälsostudie i Skåne. Han tittar där på generell tillit/förtroende (eng. trust) till andra i samhället och dess relation till deltagande i olika föreningar/aktiviteter i samhället. Sådant deltagande har ofta befunnits vara gynnsamt för hälsan. På grund av materialet kan inte närmare urskiljningar göras än personer födda utomlands i förhållande till personer som är födda i Sverige. Lindström finner att, oberoende av etnicitet, ålder och utbildningsnivå, har både män och kvinnor med lågt deltagande och låg tillit mer än fördubblad risk att rapportera dålig generell hälsa och dålig psykisk hälsa. Detta i förhållande till sådana som har hög tillit och högt deltagande. Många personer har högt deltagande och låg tillit, respektive lågt deltagande och hög tillit. Det visar att den tidigare teorin att högt deltagande i föreningar/aktiviteter omedelbart leder till en högre tillit till sina medmänniskor inte nödvändigtvis är sann. Intressant nog kan man också identifiera att högt deltagande och låg tillit är förknippat med en risk för självrapporterad psykisk ohälsa. Den risken är väsentligt högre än när både högt deltagande och hög tillit existerar. Men den är lägre än för den tidigare introducerade kategorin av personer som varken deltar eller har hög tillit. När personers födelseland studeras (i Sverige eller utanför) finns en högre risk bland såväl kvinnor som män att ha ett lågt deltagande och låg tillit.

Utvecklingen över tid

Trygghet och materiella resurser kan bl.a. handla om ekonomiska förutsättningar, levnadsstandard, trångboddhet och förankring på arbetsmarknaden. Utvecklingen över tid finns representerad i tabellerna 7.1-7.8 i slutet av kunskapsöversikten.

I gruppen som levt i Sverige mindre än tio år ser vi att andelen som har en disponibel inkomst under socialbidragsnormen är betydligt högre bland alla grupper av utlandsfödda. Undantagna är de från Norden och Iran som ligger över normen, och närmare personer födda i Sverige. Efter tio år i Sverige kan man se en betydande nedgång i andelen som har denna låga disponibla inkomst i de flesta grupperna. Trots en betydande nedgång finns

flera grupper där en markant större andel har en sådan låg inkomst även efter tio år (Sydeuropa, Polen, Iran och något afrikanskt land). Än mer problematiskt är att personer som kommer från Mellersta Östern har en negativ utvecklingstrend där tiden i Sverige snarare verkar öka andelen med denna låga inkomstnivå. Oavsett tid finns en större andel i varje grupp av utlandsfödda med låg levnadsstandard. Utvecklingen mellan grupperna följer dock olika mönster. Personer från Sydeuropa, Mellersta Östern, och något afrikanskt land är de grupper som har lägst levnadsstandard bland de som varit i Sverige under tio år. Bland de som varit i Sverige mer än tio år är andelen med låg levnadsstandard högst i grupperna från Mellersta Östern, Turkiet, något afrikanskt eller latinamerikanskt land och från Iran. Från en initialt dålig nivå är förbättringen över tid bäst för personer födda i något sydeuropeiskt land och från f.d. Jugoslavien. I grupperna från Mellersta Östern, Turkiet och Afrika är den initiala nivån dålig och dessutom är förbättringen över tid begränsad.

Trångboddhet är mer vanligt förekommande i alla utrikesfödda grupper än bland personer födda i Sverige oavsett tid i Sverige. Personer födda i europeiska länder utom de från Sydeuropa och f.d. Jugoslavien har ett bättre utgångsläge än de andra grupperna. Utvecklingen är positiv över de första tio åren med den största förbättringen bland personer födda i Sydeuropa och f.d. Jugoslavien. Under första tio åren i Sverige är det många personer som har en osäker position (om någon) på arbetsmarknaden. Bland sysselsatta är tidsbegränsade anställningar mycket vanligare i stort sett alla grupper av personer som är födda utanför Sverige. Uppgifter finns inte för alla grupper, men i den sydeuropeiska gruppen, gruppen från f.d. Jugoslavien och gruppen från Mellersta Östern är andelen med tidsbegränsad anställning över 40 procent. Bland de sysselsatta är det också vanligt att ha varit arbetslös någon gång under de senaste fem åren. Det är vanligare bland alla grupper av utlandsfödda än bland svenskfödda. I grupperna födda i Sydeuropa, f.d. Jugoslavien, Mellersta Östern och Latinamerika är andelarna över 50 procent.

Barns situation

Låg socioekonomisk status och utbildning samt arbetslöshet inom familjen ökar risken för självmord/självordsförsök hos barn (WHO 2000). En nyligen genomförd studie över barns hälsa i Europa framhåller vikten av den påverkan som relativ fattigdom har på barns hälsa. I denna studie lyfts även fram att den primära faktorn som bidrar till ojämlikheter i hälsa hos barn och ungdomar är ojämlik fördelning av risk och skyddsfaktorer i den totala populationen (Janson m.fl. 2001).

Kunskapen om risken för skador hos barn som själva eller vars föräldrar fötts utanför Sverige pekar på olika och motsägelsefulla uppgifter. En rapport från Stockholms läns landsting visar att barn i åldersgruppen 5-14 år med utlandsfödda föräldrar har en lägre frekvens olycksskador som krävt sjukhusvård än barn med föräldrar födda i Sverige. Barn som nyligen kommit till Sverige vårdas dessutom mer sällan på sjukhus p.g.a. olycksfall (Hjern 1998). En senare studie visar att barn med utrikesfödda mödrar vårdades mer sällan för fallskador, men oftare för skållningsskador än barn till svenskfödda mödrar. Trafikskadorna är även högre hos barn med utrikesfödda föräldrar (Hjern, Ringbäck-Weitof & Andersson 2001).

Äldres situation

Till skillnad från Sverige saknar många länder en fast pensionsålder och det sociala trygghetssystem som finns hos oss. Det finns erfarenheter av att åldrandet, speciellt hos kvinnor födda i utomeuropeiska länder börjar mycket tidigare än hos våra svenskfödda kvinnor. Många är ofta slitna av flera och i tiden nära graviditeter, undernäring och socioekonomiskt svåra umbäranden. En annan erfarenhet är att män födda i utomeuropeiska länder gifter sig med yngre kvinnor vilket leder till att dessa kvinnor i högre grad än männen får leva ensamma i ålderdomen. Flera rapporter visar att de äldre utrikesfödda har svaga livsvillkor. De är i regel beroende av anhöriga på grund av avsaknad av egen försörjning och bristande kunskaper i svenska språket (Ekblad, Janson & Svensson 1996).

Kapitel 8. Identitet/roller

Människor lever sina liv i olika sfärer där de ofta upprätthåller olika roller. Roller kan både vara krävande och ansträngande och fungera stödjande i relation till livskvalitet, välbefinnande och hälsa (Lee & Powers 2002; Janzen & Muhajarine 2003). Både rollförlust och omöjligheten att leva upp till den roll som man fortfarande har kvar t.ex. rollen som familjeförsörjare, är troligen starkt stresskapande och påverkar hälsan negativt. Identitet är ett mer djupgående begrepp som handlar om vem en person är. Många olika teorier om identitet existerar och vi kan inte diskutera dem här. En viktig aspekt av identitet är dess beroende av personens egen uppfattning av sig själv och omgivningens uppfattning. Det är uppenbart att identiteten är ett fenomen som handlar om ett växelspel mellan de båda delarna. Migration kan innebära avsevärda påfrestningar genom att värderingen av en person i ett tidigare sammanhang, både av personen själv och omgivningen, kan omkullkastas i en situation där andra värderingar gäller. Roller och identitet är begrepp som är starkt beroende av hur de sfärer fungerar där en person är eller vill vara aktiv.

Arbetets betydelse för hälsa

Utöver den direkta ekonomiska länken mellan arbete och hälsa har många andra hälsomässiga fördelar föreslagits. Några av dessa handlar om ett breddat socialt nätverk, utrymme för kreativitet och utveckling och en upplevelse av meningsfullhet (Akhavan, Bildt m.fl. 2004). I allmänhet pekar studier kring arbetslöshet hos personer födda utanför Sverige på att arbetslöshet är en stark riskfaktor för psykisk ohälsa på samma sätt som för personer födda i Sverige. Samtidigt råder brist på kunskap när det gäller kopplingen mellan arbete, migration och hälsa (Wren & Boyle 2001).

I en norsk befolkningsstudie i Oslo studerades drygt 1 500 personer som var födda i låg- och medelinkomstländer utanför Norge (Thapa & Hauff 2005). I studien befanns bristen på ett betalt arbete vara en betydelsefull negativ faktor för psykisk hälsa bland både kvinnor och män. Erfarenheter av att få en arbetsansökan utgjorde en annan riskfaktor för den psykiska hälsan. En studie av Bjurling (2004) visar att det är en lång och snårig väg till arbete för invandrade akademiker. Exempel på hinder som påverkar deras karriärmöjligheter är att de tilldelas en bostadsort där de inte kan få arbete och att de hänvisas till arbeten eller undervisning på för låg nivå. Andra hinder är att kommunernas introduktion upplevs som bristfällig, särskilt svenskundervisningen, vilket försvårar språkinläringen och därmed chanserna till arbete eller fortsatta studier.

I Sundquists och hans medförfattares studie för Statens folkhälsoinstitut (2002) har insjuknandefrekvensen i psykiatriska sjukdomar och hjärt- och kärlsjukdom studerats bland personer födda i olika länder med avseende på sysselsättning. I tabell 8.3 och övriga tabeller som finns i slutet av kunskapsöversikten, redovisas insjuknande i hjärt- och kärlsjukdom hos män/kvinnor som är födda i Sverige och utanför Sverige. Personer som är sysselsatta och är födda i Sverige är måttstocken som alla andra grupper jämförs med. Det är den gruppen som har minst risk för insjuknande i hjärt- och kärlsjukdom (när ålder har beaktats). Man kan se att flera grupper har en överrisk för insjuknande. För det första har män födda i Finland, Polen och något asiatiskt land en högre risk för insjuknande bland syssel-

satta. Med samma jämförelse har män från något latinamerikanskt land en lägre risk för insjuknande. Arbetslösa som är födda i Sverige, Finland, Irak och något östeuropeiskt land har en högre risk för att insjukna i hjärt- och kärlsjukdom. Bland kvinnor föreligger en ökad risk hos sysselsatta och arbetslösa kvinnor födda i Finland, medan risken hos arbetslösa kvinnor födda i Sverige är högre än för sysselsatta kvinnor födda i Sverige.

När frekvensen av insjuknande i psykiatrisk sjukdom studeras (tabell 8.4) förefaller denna sjukdomsgrupp vara starkare relaterad till sysselsättning än hjärt- och kärlsjukdom. Referensgrupp är fortfarande sysselsatta män/kvinnor födda i Sverige. När män födda i olika länder studeras finner vi att skillnaderna mellan sysselsatta är ganska små. De stora skillnaderna kan i stället identifieras mellan arbetslösa och sysselsatta personer. Risken för att insjukna i psykiatrisk sjukdom är större, i flera fall dubbelt (Iran, Latinamerika, Asien), tredubbelt (OECD, Afrika) eller fyr- eller fler än fyrdubbelt (Sverige, Polen, Finland) bland arbetslösa i jämförelse med sysselsatta män födda i Sverige. Hos kvinnor är mönstren likartade även om det bland sysselsatta kvinnor finns en större variation mellan födelseländer. Överrisken för insjuknande i psykiatrisk sjukdom hos arbetslösa är lika tydlig för kvinnor som för män och gäller nästan samtliga grupper. Bland de sysselsatta utgör män från Asien den enda grupp som har en lägre risk än män födda i Sverige för att uppvisa denna sjukdomsförekomst. I snart sagt alla grupper i denna studie visar arbetslöshet sig ha ett starkt samband med psykisk ohälsa. I några enstaka fall kan ingen skillnad i sjukdomsförekomst på grund av arbetslöshet identifieras. Amerikanska studier har identifierat att relationen mellan arbetslöshet och psykisk ohälsa kanske kan vara svagare i den afro-amerikanska befolkningsgruppen. Detta eftersom grupper som varit diskriminerade kanske kan tänkas utveckla en hanteringsstrategi för att inte fästa lika stor vikt vid arbete för den psykiska hälsan (Rodriguez, Allen m.fl. 1999).

Mycket av diskussionerna kring arbetslivet hos personer som är födda utanför Sverige riktar in sig på det första steget – att överhuvudtaget få ett arbete. Samtidigt kan man fundera på om alla arbeten är bra ur ett hälso-perspektiv. I en studie på Arbetslivsinstitutet har Hallsten och hans kollegor (Hallsten, Bellaagh m.fl. 2002) identifierat utbredningen av utbränning i Sverige. De finner att utbränning är nära två gånger så vanligt bland utlandsfödda i förvärvsarbete än hos personer födda i Sverige. Skillnaderna i den totala gruppen, som inkluderar arbetssökande och arbetslösa, är likartad men något större. Mycket talar för att merparten av arbetena på den svenska arbetsmarknaden är hälsomässigt mer fördelaktiga än arbetslöshet. Men arbetsmiljöns utformning för olika grupper skulle kunna vara en diskrimineringsfaktor och måste närmare belysas.

När förekomsten av olika stöd- och belastningsfaktorer i arbetsmiljön studeras med hänsyn till födelseland har andra datamaterial använts av Sundquist och hans kollegor. Eftersom antalet i olika grupper är för litet har vissa grupper exkluderats och andra slagits samman i förhållande till tidigare analyser. Resultaten från det senaste material som kunde inkluderas (Arbetskraftsundersökningarna 1997-99) presenteras i ett urval i tabell 8.5. När det gäller arbetets grad av påfrestning förefaller arbetet vara mer psykiskt än fysiskt påfrestande i dagens arbetsliv. Andelen som rapporterar psykiskt påfrestande arbeten är likartad mellan alla grupper utom för de som är födda i Östeuropa. En större andel från Finland och Sydeuropa rapporterar om ett fysiskt påfrestande arbete. I alla grupper av personer födda utanför Sverige och i särskilt hög utsträckning bland personer som är födda

i Sydeuropa finns en högre andel som rapporterar att de känner sig trötta och håglösa efter arbetet än i den svenskfödda gruppen.

Ett sätt att beskriva arbetssituationen i ett arbete är med hjälp av dimensionerna krav och kontroll. Ibland läggs även det sociala stödet på arbetsplatsen till denna beskrivning. De två modellerna har utvecklats av amerikanska och svenska arbetsmiljöforskare (Karasek & Theorell 1990). I flera studier har man funnit att den svåraste hälsomässiga belastningen förekommer när arbetssituationen ställer höga krav, men där beslutsutrymmet är lågt. Det är ett s.k. spänt arbete. Man kan jämföra situationen med ett löpande band som hela tiden går lite för fort. I en studie från 2003 presenterar Sundquist och hans medförfattare data från arbetslivsundersökningar under perioden 1994-1997 (Sundquist, Ostergren m.fl. 2003). Resultaten visar att både hög belastning och låg kontroll, var för sig och tillsammans, är relaterat till långvarig sjukdom. Den ökade risken för långvarig sjukdom när höga krav föreligger, och när ålder, kön, socioekonomisk position, migrationsstatus har beaktats, är i denna studie ungefär 37 procent relativt till låga krav. Låg kontroll visar i motsvarande analys en något svagare risk, cirka 14 procent. När de båda kombineras och förekomsten av spänt arbete studeras ökar risken i förhållande till när de båda riskfaktorerna behandlas var för sig. En nära fördubblad risk kan iaktas hos personer som har ett spänt arbete. Relationen mellan arbetssituation och långvarig ohälsa är oberoende av födelseland. Däremot visar socialt stöd på arbetsplatsen ett intressant mönster. Det finns ingen skillnad i risk utifrån migrationsstatus när gruppen med högt socialt stöd studeras. Men det förefaller avsevärt mer påfrestande för flyktinggruppen än för någon av de andra grupperna att sakna socialt stöd. Risken för att ha en långvarig sjukdom bland flyktingar med lågt socialt stöd på arbetet är nära dubbelt så hög som bland svenskfödda med högt socialt stöd.

Ur tabell 8.6 framgår att även i senare data (Arbetskraftsundersökningarna 1997-99) är förekomsten av spänt arbete något vanligare bland utlandsfödda än svenskfödda. Den största skillnaden i tabellen handlar emellertid om att utrikesfödda oftare arbetar i monotona, passiva arbeten där både kontroll och krav är låga. Vilka effekter detta har på hälsan hos olika grupper i Sverige behöver studeras närmare. Utrikesfödda är ofta överkvalificerade för dessa arbeten och lite forskning har studerat effekterna av en sådan matchning för hälsa i ett svenskt sammanhang.

En annan förklaring till det lägre arbetsmarknadsdeltagandet hos flera grupper av utrikesfödda skulle kunna vara att deras arbetsförmåga oftare var nedsatt på grund av ohälsa som är förvärvad tidigare eller förvärvad genom dåliga villkor i Sverige. Ur tabell 8.7. kan vi uppmärksamma att arbetsförmågan oftare är nedsatt hos alla grupper av män som är födda utanför Sverige utom hos män födda i något latinamerikanskt land eller i centrala EU. Skillnaden mot män födda i Sverige är störst för män födda i Polen och Turkiet. I de flesta grupper är arbetsförmågan oftare nedsatt hos kvinnor än hos män. Det gäller inte bland personer födda i Turkiet eller Polen. Bland kvinnor finns de största skillnaderna i arbetsförmåga mellan kvinnor födda i Sverige och kvinnor födda i Sydeuropa och f.d. Jugoslavien. Hur denna större förekomst av nedsatt arbetsförmåga uppstår och hur den utvecklas över tid i Sverige behöver belysas bättre.

Betydelsen av nätverk i närområdet, för den enskilde och för samhället i stort

Utöver den effekt som kan iakttas på personlig nivå av eget deltagande i samhällslivet har många studier under de senaste åren kretsat kring betydelsen av nätverk och andra samhällsstrukturer i ens närområde. I en teoretisk artikel av Macintyre, Ellaway m.fl. (2002) beskrivs två principiella mekanismer för hur en plats kan inverka på hälsan. Den ena utgörs av vilka som lever och verkar i området och kan kallas för sammansättningseffekter. Den andra handlar om miljöfaktorer som hänger ihop med platsen och kan kallas kontexteffekter. När det sociala samspelet på platsen studeras är det inte alltid meningsfullt eller möjligt att urskilja sammansättningseffekter från kontexteffekter.

Relationsmönstren i olika sammanhang, t.ex. i bostadsområdet och på arbetsplatsen kan på olika sätt vara betydelsefulla för hälsa. Men det finns även andra intressanta relationer som lyfts fram som betydelsefulla för hälsa. Vid sidan av de personliga relationerna kan tre typer av relationer med svagare länkar identifieras. Under de senaste åren har intresset varit stort för »svagare länkar« (eng. weak ties), d.v.s. graden av koppling mellan människor i ett område eller i en grupp bortom en persons egna direkta kontaktytor. Ofta har studierna på ett eller annat sätt förhållit sig till begreppet *socialt kapital*. När socialt kapital diskuteras är det av största vikt att identifiera dess mångfacetterade betydelse. Begreppet kan dels finnas hos personer, dels i ett område, och dels kan begreppet handla om tre kvalitativt olika typer av relationsinnehåll: sammanbindande (bonding social capital), överbryggande (bridging social capital) och länkande (linking social capital). Sammanbindande socialt kapital handlar om att stärka en befintlig grupp genom att skapa goda relationer inom gruppen. Överbryggande socialt kapital handlar om hur existerande grupper kan hitta sätt att leva tillsammans trots existerande olikheter. Länkande socialt kapital gäller en grups möjligheter att utöva påverkan på högre hierarkiska nivåer genom de kontakter som etablerats med de delar av samhället som har mer inflytande över väsentliga samhällsfrågor. Trots att man kan betrakta de tre begreppen som olika processer börjar viss forskning komma som påvisar deras inbördes relation (Szreter & Woolcock 2004). Ett annat exempel gäller överbryggande socialt kapital, som ofta handlar om att skapa ett gemensamt överbryggande normsystem som alla olikheter kan enas under. Överbryggande socialt kapital har större möjlighet att utvecklas när personer bor länge på en plats. Att bo länge i ett och samma område ökar också sannolikheten att bindande socialt kapital utvecklas i form av djupare relationer. Intressant nog har det visats att förekomsten av varje typ av socialt kapital har oberoende effekt på psykisk hälsa (Kawachi & Berkman 2001). Begreppet socialt kapital är omstritt. De välbekanta socialepidemiologerna Muntaner, Lynch och Smith för, i en artikel från 2001, fram skarp kritik mot begreppet på flera punkter. De menar att användningen av begreppet inom hälsoområdet är osofistikerat i förhållande till hur det förstås i dess ursprungliga sammanhang inom samhällsvetenskapen. Vidare menar de att bevisen för en länk till hälsa är otillräckliga. Ett huvudproblem för dessa forskare är att begreppet bygger på en, »romantiserad syn på närsamhällen utan social konflikt som föredrar en idealistisk psykologi framför en psy-

kologi som utgår från materiella resurser och social struktur»³ (Muntaner, Lynch & Davey Smith 2001).

Trots kritiken är det sannolikt att graden av tillit och socialt deltagande hos en person kan hänga samman med dennes hälsoförutsättningar. Deltagande i existerande formella eller informella nätverk, föreningar eller organisationer liksom att uttrycka sin åsikt i form av en insändare i tidningen, deltagande i fackföreningsmöte eller i demonstration är exempel på dimensioner av socialt deltagande. Lindström visar i sin studie kring etniska gruppers deltagande i samhället i Malmö att det föreligger skillnader mellan könen och mellan olika etniska grupper avseende dessa aspekter av socialt kapital (Lindstrom 2005). Bland män deltar personer från våra nordiska grannländer oftare i olika typer av möten utanför arbetslivet och alla grupper utom arabisktalande har högre deltagande i demonstrationer än personer födda i Sverige. Skillnaderna kvarstår när man beaktat relevanta socioekonomiska faktorer. Bland kvinnor deltar personer från arabisktalande länder mindre i studiecirkel på arbetet än alla andra grupper. Kvinnor från nordiska, polska och arabisktalande länder deltar vidare mer sällan i fackföreningsmöten och de två senare grupperna även mindre i alla typer av möten.

Data från ULF som sammanställts av Vogel och Hjerm (2002) visar att andelen som varit på möte i ett politiskt parti under det senaste året bland män är högre i alla grupper av personer som kommer från länder utanför Europa (tabell 8.1). Män från europeiska länder deltar däremot lika ofta eller mindre i politiska möten jämfört med män födda i Sverige. Hos kvinnor är detta breda mönster mindre uttalat. Kvinnor från Turkiet, Iran och latinamerikanska länder har ett högre deltagande än några andra grupper av kvinnor. Svenskfödda kvinnor och kvinnor födda i Mellanöstern deltar ungefär lika ofta i möten.

Att delta i politiska diskussioner är ett sätt att påverka sin situation och att bidra med sin uppfattning i olika frågor. Dessa aspekter är betydelsefulla utgångspunkter för en demokratisk dialog i samhället. Vi kan se i tabell 8.2 att jämfört med kvinnor födda i Sverige är alla andra grupper av kvinnor mindre intresserade av att delta i politiska diskussioner. I många grupper (Sydeuropa, f.d. Jugoslavien, Iran och Afrika) är andelen som inte deltar omkring 50 procent. Bland män är variationen något mindre. De som är mest villiga att delta är män födda i Polen. De övriga grupperna sprider ut sig mellan 20 procent (svenskfödda) och 43 procent (f.d. Jugoslavien).

Genom nya landvinningar i statistisk metodik kan man nu på ett bättre sätt identifiera effekter från bostadsområdet samtidigt som man tar hänsyn till en speciell persons egna riskfaktorer. En av de vanligaste handlar om andelen arbetslösa i ett bostadsområde. Den typ av fråga som ofta undersöks för att studera effekten av *sammansättning* handlar om det innebär en hälsomässig belastning för en person att bo i ett område med många arbetslösa oavsett den egna arbetslösheten. En internationell studie som inkluderar bostadsområden i länder med olika typer och omfattning av välfärdsinsatser (t.ex. USA, Nederländerna, England, Finland, Spanien och Italien), har visat att oberoende av nation och absolut nivå av arbetslöshet, ökar den generella dödligheten (dvs. all-cause mortality) i ett område med mellan 15-45 procent, beroende av om området har en hög eller låg grad av arbetslöshet (van Lenthe, Borrell m.fl. 2005).

³ Översättning av Fredrik Lindencrona.

Trots de senaste årens betydelsefulla forskning kring utsatta bostadsområdens/närsamhällets samband med ohälsa hos befolkningen är det möjligt att denna beskrivning är alltför ensidig. I ett amerikanskt sammanhang har flera forskare som refereras av Snowden (2005) visat på centrala sociala miljöeffekter. Snowden beskriver hur konstruktiva processer i det lokala sammanhanget kan mildra effekterna av utsatthet. Hon urskiljer att när många människor arbetar för att värna om sitt bostadsområde, och när olika stödstrukturer i det publika och civila samhället existerar, förbättras förutsättningarna för områdets befolkning avsevärt. Utvecklingen av sociala normer som främjar solidaritet och engagemang för människor i ens eget område, och områdets situation i stort, kan vara av största värde. I amerikanska studier visar sig kontakten med grannar och andra boende i området vara en buffertfaktor för upplevelsen av otrygghet vid skadegörelse och hög kriminalitet i bostadsområdet. Motsvarande effekt av deltagande i föreningsliv kunde inte påvisas (Ross & Jang 2000)

Utveckling över tid

Identitet och roller kan erhållas på många olika sätt. En viktig väg går genom förvärvsarbete. När det gäller deltagande i samhällslivet visar data avseende andel personer som varit på möte i ett politiskt parti under det senaste året en nedgång över tid i Sverige för vissa grupper och uppgång för andra. Gruppen från Sydeuropa och f.d. Jugoslavien och från något afrikanskt land får ett ökat deltagande över tid medan gruppen från Turkiet och Iran mer sällan deltar i sådant möte. Ett annat sätt att delta i samhällets utveckling är att diskutera politik med familj, vänner eller bekanta i olika sammanhang. I många grupper är andelen som inte deltar i sådana diskussioner lägre bland de som varit kort tid i Sverige. Över tid minskar andelen som inte deltar i sådana diskussioner i nästan alla grupper. Den största minskningen kan ses i grupperna från Polen, Östeuropa, Sydeuropa och f.d. Jugoslavien och från Latinamerika, medan benägenheten att delta i sådana diskussioner bland personer födda i Mellersta Östern, Turkiet, Iran eller afrikanska länder förändras i mindre utsträckning över tid.

Hur arbetsförmågan utvecklas för grupper som varit kortare eller längre tid i Sverige är i högsta grad intressant. Men det är viktigt att ta sådana jämförelser med försiktighet, särskilt som arbetsförmåga inte är ett statiskt begrepp utan snarast relaterar till en interaktion mellan en person och dennes möjlighet att delta i arbetslivet. Det är därmed i sin tur troligen kopplat till arbetslivets förmåga att inkludera personer med nedsatt arbetsförmåga vilket kan förändras över konjunkturen.

Barns situation

Barn står i relation till föräldrars identitets- och rollförändring och deras identitetsutveckling kan påverkas genom migrationsprocessen. Detta kan bland annat ske genom förlusten av landet och tillhörigheter eller genom oklara och främmande roller i det nya landet (i detta fall Sverige). Tidigare viktiga roller kan också ha mindre betydelse. Identitetsutvecklingen kan dock förändras på ett positivt sätt med ökad självkänsla och psykiskt välbefinnande som följd (Johansson Blight & Ekblad manuskript).

I Rapporten »Integration - var god dröj«, en utvärdering av kommunernas introduktionsverksamhet som genomfördes 2004, framkommer bl.a. att det förekommer stora skillnader när det gäller graden av individualisering i introduktionens planering och genomförande mellan barn och vuxna. Barn med uppehållstillstånd har skolplikt. Detta medför ett övergripande ansvar för den ordinarie skolverksamhet att sköta barnens introduktion. Samverkan, mellan skola och introduktion inom flyktingmottagandet, behövs för att synliggöra barnen och då särskilt de som är speciellt sårbara. Myndigheten för skolutveckling (2004) för fram kritik kring bristen på likvärdighet inom kommuner och skolor när det gäller sent anlända elevers skolsituation och man för fram flera förbättringsåtgärder, t.ex. nationella riktlinjer för ökad likvärdighet.

Äldres situation

WHO:s rapport om åldrande och hälsa (1999) pekar på tre viktiga hörnpelare för ett aktivt åldrande: deltagande, hälsa och trygghet. I detta sammanhang menas med deltagande vikten av att skapa möjligheter till arbete, sysselsättning och kulturella aktiviteter. Berleen (2003) konstaterar att deltagande i kommunalval och landstingsval är betydligt lägre bland äldre födda utanför Sverige än för de som är födda i Sverige. När kommunalvalet 2002 betraktas kan man se att 31 procent av männen och 39 procent av kvinnorna röstade. I åldersgruppen 65-69 år röstade 40 procent av männen och 44 procent av kvinnorna. I åldrarna 70 år röstade 35 procent av männen och 28 procent av kvinnorna. Den högsta röstandelen återfanns hos kvinnor i åldrarna 45-54 år. Inkomst har också en betydelse för röstbeteendet. Bland dem som var 65 år och äldre och tjänade mindre än 100 000 kr per år röstade ungefär 30 procent, medan bland dem som tjänade mer än 200 000 röstade 64 procent av männen och knappt 60 procent av kvinnorna.

Kapitel 9. Mänskliga rättigheter och rättvisa

Evidens av relevans för kopplingen mellan folkhälsa och mänskliga rättigheter finns samlat inom flera olika forskningsfält. Några relevanta forskningsområden inom folkhälsovetenskapen är de som studerar sociala determinanter av hälsa, ojämlikheter i hälsa, inkomstfördelning och hälsa samt studier om socialt utanförskap och marginalisering (t.ex. Marmot & Wilkinson 1999; Shaw, Dorling & Davey Smith 1999; Kawachi, 2000). Orsakssamband mellan diskriminering och hälsa studeras inom socialepidemiologin (t.ex. Krieger 2001). Inom det hälsofrämjande fältet finns också mänskliga rättigheter med där man bland annat menar att välbefinnande är beroende av social rättvisa. Buchanan menar att det finns fyra områden av social orättvisa: fattigdom, rasdiskriminering, bristen på tillgång till hälso- och sjukvård och tendensen att lägga skulden för sjukdom hos dem som är sjuka. I alla de fyra dimensionerna bör det hälsofrämjande fältet agera aktivt (Buchanan 2000). Mycket evidens finns samlat inom fältet om transkulturell psykologi och psykiatri, framför allt inom de områden som handlar om människor i efterkrigsmiljö, flykting- och asylsökande situationer (t.ex. genom forskare som Silove, Mollica, Sondergaard, Watters och Ekblad). Slutligen finns det ett fält specifikt inriktat på mänskliga rättigheter och hälsa (t.ex. Mann, Gruskin m.fl. 1999). Här har Världshälsoorganisationen varit aktiv i att samla nuvarande kunskap i en serie publikationer (Health and human rights series). I detta avsnitt belyses två olika aspekter av mänskliga rättigheter och hälsa för barn, vuxna och äldre i Sverige. Det ena handlar om mottagandesystemet av personer med flykting eller flyktingliknande skäl. Det andra om tillgången till hälso- och sjukvård. Andra områden av relevans för detta hälsosystem handlar om utbredningen av diskriminering på arbetsmarknaden, i hälso- och sjukvården och i samhället i övrigt. Dessa aspekter belyses i andra sammanhang i denna kunskaps-sammanställning.

Det har under en längre tid uppmärksammats att migranter, asylsökande, flyktingar och andra utsätts för hälsohot vid mottagandet i västerländska värdländer. Inom asyl- och flyktingmottagande har policyförändringar skett där värdländer istället för att, som tidigare, fokusera på vem som är i behov av skydd nu aktivt arbetar för att primärt skydda nationsgränser där man vill särskilja människor som kategoriseras som »ekonomiska migranter« från »äkta« (Fekete 2001; Silove 2004). Martin och Widgren (2002) lägger vikten vid skydd av nationsgränser genom kontrollerad migration och reducering av ekonomisk migration. De argumenterar för att »nära samarbete och integrerad policy kan hjälpa länder att skydda sina gränser utan att hindra den ekonomiska utveckling och internationella handel som möjliggör effektiv reglering av internationell migration«⁴ (s. 36). Det finns emellertid stöd för att gränskontroller riskerar att aktivt bidra till brott mot mänskliga rättigheter. En mer restriktiv gränskontroll menar UNHCR tvingar människor att använda smugglare för att kunna söka skydd (UNHCR 2001). Sivanadan (2001) menar man kan se en ny form av rasism s.k. »xeno-rasism«, där utgångspunkten inte är hudfärg eller ras. I stället handlar det om att de sätt som används för att sortera och segregera människor innan avvísning är snarlika den »gamla« formen av rasism (finns även liknelser med apartheid, Johansson Blight & Ekblad, manuskript). Fekete (2001) menar att denna form av rasism ger ett utrymme där rasism mot

⁴ Översättning av citat har gjorts av Karin Johansson Blight

asylsökande blir kulturellt acceptabelt. Tendenserna till xeno-rasism förstärks av media och dess sätt att porträttera asylsökande personer eller grupper som kriminella, falska eller på andra vis hotande. Det gäller bl.a. dehumaniserande benämningar av asylsökande människor i termer av miljökatastrofer såsom »svärmar«, »strömmar« eller »vågor« (Fekete 2001). Avskräckningspolicies som implementerats i västländer inkluderar förvar, nekande av socialt stöd, restriktioner i tillträde till arbete, restriktioner i tillgång till hälso- och sjukvård och i familjeåterförening (UNHCR 2001; Silove, Steel & Watters 2000). Stigmatisering och misstänkliggörande av asylsökande och flyktingar har också ökat genom användningen av tanken och uttrycket att människor är »illegala« och en sammanblandning av asylsökande med kriminella på grund av användningen av smugglare, kriget mot terrorismen och kriget mot trafficking (Fekete 2001). Aspekter som dessa bidrar till en generell porträttering av asylsökande som icke-kapabla, otillförlitliga och opålitliga. UNHCR har även uppmärksammat att förutom att verka för att bibehålla rätten att söka asyl finns ytterligare en utmaning. Det är att försäkra att nationer respekterar basala principer om mänskliga rättigheter.

De avskräckningspolicies och strategier som implementerats inom Europeiska unionen har fått skarp kritik av bland andra ECRE (European Council on Refugees and Exiles 2004). Avskräckningspolicies har även påvisats ha negativa effekter både på hälsa och på överträdelser av mänskliga rättigheter (Silove, Steel & Watters 2000; Physicians for human rights 2002; WHO 2003; Larsson 2005). EU och WHO föreslår gemensamt att det är angeläget att granska policies inom migrationsfältet för deras effekter på hälsa (EU 2004). I Storbritannien visades 2005 en film om hur tvångsomhändertagna asylsökande blev utsatta för våldsamma (psykiskt och fysiskt) och sexuella övergrepp (BBC 2005). I Sverige saknas kunskap om hälsoläget för personer i förvar. Vad som däremot framkommit är att det förekommer att barn som blivit traumatiserade nekas asyl trots att de har tydliga skyddsbehov (Bodegård 2004).

Resultaten från en studie av Ekblad och Shahnava (2004), där screeningintervjuer kring psykisk hälsa gjordes med vuxna som sökte asyl, visar att det är betydelsefullt att identifiera trauma och andra stressfaktorer som inträffat före såväl som efter migration. Intervjuerna genomfördes kort efter ankomst till Sverige. Många av de intervjuade hade varit utsatta för brott mot mänskliga rättigheter före ankomsten till Sverige och sådana exponeringar hade ett samband med självmordstankar. Det visar sig i studien att den asylsökandes psykiska ohälsa kan påverka dennes trovärdighet i asylprocessen. En annan aspekt är huruvida traumaöverlevande upplever att det räcker med att förövarna ställs inför rätta eller om andra faktorer är av betydelse. Basoglu m.fl (2005) finner i en studie bland olika etniska grupper i f.d. Jugoslavien att överlevanden från trauma sätter högst värde på tillgång till rehabilitering i en trygg atmosfär.

Världshälsoorganisationen menar att mänskliga rättigheter skall vara första prioritet när beslut fattas om hur pengar till hälso- och sjukvården skall spenderas (WHO "The Right to Health" 2002). Det finns flera indikationer på att detta inte är fallet när det gäller tillgång till hälso- och sjukvård i Sverige. Mest utsatta är troligtvis personer som lever gömda. Flera röster har hörts att tillämpningen av regelverket kring tillgång till hälso- och sjukvård är restriktiv och svårörelig med medicinsk-etiska regler (Gottlieb, Bergström m.fl. 2005; Bodin 2005). FARR (Flyktinggruppernas och Asylkommittéernas Riksråd) har på ett lättöverskådligt och lättillgäng-

ligt sätt sammanställt information om gällande lagar och regler om rätten till vård i Sverige (FARR 2004). Där står att alla, barn som vuxen, »som vistas i Sverige har rätt att vid behov få akut vård eller 'omedelbar vård' som det heter på lagspråk« (s. 12), och det är ansvarig läkare som ska bedöma från fall till fall vad som är omedelbar vård. Rätten till vård varierar beroende på vilken fas personer som vistas i Sverige befinner sig i, där asylsökande också har rätt till bland annat sjukvård/tandvård som inte kan anstå, mödrahälso- och förlossningsvård och hälsoundersökning /hälsosamtal. Dessutom begränsas tillgången till vård av patientavgifter. Läkare utan Gränser lyfter fram att höga kostnader är ett av skälen till att gömda flyktingar i hög utsträckning saknar tillgång till hälso- och sjukvård i Sverige (Ohlsson 2005). I en annan grupp utsatta patienter, hemlösa, har De Palma (2005) kunnat konstatera att insatser för tandhälsan är relaterad till socioekonomisk position. Hon finner att hemlösa, som ofta är beroende av social välfärd, får den minst kostsamma behandlingen vilket ofta innebär utdragning av tänder i stället för lagningar. Två grupper som möter många hot mot sina mänskliga rättigheter är personer med funktionshinder och personer med en annan sexuell läggning. Trots att den styrande politiken är inkluderande när det gäller hur verksamheter skall ges till gruppen finner Berglund och Andersson (2005) att praktiken fungerar utestängande för en grupp som tillhör de med mest behov av stöd.

Kapitel 10. Existentiell och kulturell sfär

Kultur är ett ytterst omfattande och brett område, men inte desto mindre av intresse för ämnesområdet integration och folkhälsa. Med kultur kan man mena oerhört många olika saker. Det kan gälla gemensamma förhållnings-sätt och förståelse för beteende och omvärld som delas av en grupp. Det kan också gälla representationer av idéer som beskriver människor eller samhället i form av konstnärliga uttryck. En förankring i ett trossammanhang, religiöst eller politiskt, förefaller kunna ge en existentiell tillhörighet som är gynnsam för den psykiska hälsan (Brune, Haasen m.fl. 2002). När man studerar relationen mellan integration och folkhälsa kan åtminstone tre olika perspektiv på kulturens betydelse vara av intresse.

Det första handlar om ansträngningarna som många som kommer till Sverige vill eller upplever att de måste vidta för att kunna etablera sig i det svenska samhället. Denna ansträngning kallas allmänt i forskningen för ackulturativ stress och har studerats i många internationella studier och i några fall i svenska studier. Enligt Berry och Kim introducerades begreppet redan på 1930-talet (Berry & Kim 1988)

Måten på ackulturativ stress gäller ofta om personer har tillägnat sig värdlandets språk och kan ta del av samhällets resurser genom dagstidningar eller annan typ av media. I två artiklar i avhandlingen av psykiatern Louise Bayard-Burfield behandlas frågan om ackulturation som en riskfaktor för psykisk ohälsa (Sundquist, Bayard-Burfield m.fl. 2000; Bayard-Burfield, Sundquist m.fl. 2001). I båda studierna jämförs personer födda i Iran, Chile, Turkiet och Polen. De påvisar att bland de nära 2 000 personer som studerats utgör en självskattad dålig svenska en riskfaktor för psykisk ohälsa och för psykosomatiska symtom (frågor om kapaciteten när det gäller svenska i fem olika sammanhang t.ex. läsa tidning/lyssna på radio, ha kontakt med myndigheter via telefon).

En annan aspekt med samma utgångspunkt gäller graden av deltagande i olika kulturella och existentiella aktiviteter utanför hemmet. I sin studie av socialt deltagande i Malmö finner Lindström att bland män som kommer från den stora gruppen arabisktalande länder använder sig en betydligt mindre grupp av teater, bio, konstutställning och sportevenemang än andra grupper i Malmö (Lindström 2005). Även om ålder, utbildning, arbetslöshet och ekonomisk stress påverkar risken för ett lågt deltagande, kvarstår den ökade risken när dessa faktorer beaktats.

I båda de ovanstående exemplen tas utgångspunkten i att ackulturation ensidigt handlar om att tillskansa sig förmågan att ta del av det nya samhället. Betydelsen av att samtidigt hålla kvar den tidigare kultursfären tas inte in. Den kanadensiska psykologen John Berry har introducerat ett schema som beskriver olika strategier för personer som bosätter sig i ett nytt land. Omständigheterna i den mottagande miljön (t.ex. för hela landet, en region, en kommun eller inom en kommun) såsom deras acceptans för yttringar av gruppens ursprungliga kultur påverkar vilka strategier som uppstår (Birman, Trickett & Buchanan. 2005). Fyra olika strategier har presenterats av Berry och hans kollegor: integration, separation, assimilering och marginalisering. De fyra typerna relaterar till de två frågorna: »Upplevs det som värdefullt att upprätthålla kulturell identitet och karaktäristik?» respektive »Upplevs det som värdefullt att upprätthålla relationer till andra grupper?«. Integrationsstrategin används när en grupp kan upprätthålla den kulturella identiteten och samtidigt finna nya sociala relationer till andra grupper. Marginalisering är ett uttryck för att varken grup-

pens kulturella identitet kan upprätthållas eller nya sociala kontakter kan tas. Separation är när gruppen upprätthåller den egna identiteten men få sociala kontakter till andra grupper tas. Slutligen utgör assimilering ett avståndstagande från den egna kulturella identiteten samtidigt som värdet av kontakt med andra grupper hålls högt. Den politiska filosofen Will Kymlicka (2002) menar att det är väldigt få grupper i samhället som väljer segregation eller marginalisering. I stort sett alla grupper med några få undantag, såsom Amishsamhällena i USA, strävar efter integration.

Tyvärr har den fullständiga modellen sällan undersökts empiriskt i relation till psykisk hälsa (Koch, Bjerregaard & Curtis 2004). I den studie som Koch, Bjerregaard och Curtis utfört, för att studera den teoretiska modellen bland grönländare som migrerat till Danmark, har måtten på de olika variablerna gällt om föräldrarna i studien uppskattar att barnen upprätthåller grönländska traditioner i Danmark, och om föräldrar och barn fortsätter att prata grönländska eller snarare pratar danska. De finner att för denna grupp är inte Berrys modell utslagsgivande när det gäller psykisk hälsa. I stället är sociodemografiska och socioekonomiska variabler bättre förklaringsmodeller för psykisk ohälsa i denna grupp.

Den engelska psykiatriprofessorn Bhugra har skrivit ett antal artiklar som bland annat identifierar hur kulturella skillnader mellan den tidigare och den nya miljön kan tänkas leda till psykisk ohälsa hos migranter inom och mellan länder (Bhugra 2003; Bhugra 2004a; Bhugra 2004b). Han lanserar en utgångspunkt där fokus tas i en uppdelning i kulturer som primärt individualistiska eller kollektivistiska. För att beskriva de två typerna lutar han sig mot Geert Hofstedes beskrivningar där nationella kulturer och samhällen delas in i sådana som premierar s.k. »jag-medvetenhet« (»I-consciousness) eller »vi-medvetenhet«. Jag-medvetenhet innefattar autonomi, känslomässigt oberoende, individuella initiativ, rätten till enskildhet, lyckomaximering etc. Vi-medvetenhet innefattar kollektiv identitet, känslomässigt beroende, gruppsolidaritet, åtaganden och krav, behovet av stabila och förutbestämda vänskapsband etc. I de två typerna ser samspelsmönster mellan människor olika ut och förväntningar på beteendet är olika. På personnivå använder sig Bhugra av två begrepp som introducerats av socialpsykologer för att beskriva egenskaper hos personer: *allocentrism*, som handlar om att definiera sig själv utifrån sina relationer till andra, och *idiocentrism*, som handlar om att definiera sig själv utifrån sin egen syn på sig själv (Triandis 2001; Triandis & Suh 2002). Bhugras utgångspunkt är att de personliga egenskaperna, det egna nätverket och det vidare samhället runt omkring oftast utvecklas i harmoni med varandra. Däremot innebär migration ett uppbrott med det etablerade nätverket och ofta en brist på överensstämmelse mellan de personliga egenskaperna, som utvecklats i ett visst sammanhang, och förväntningarna i det omgivande samhället. En persons etnokulturella identitet kan helt enkelt ifrågasättas och i värsta fall byggs detta på med olika diskriminerande attityder som ger ytterligare ogynnsamma förutsättningar. Ett djupgående yttre ifrågasättande av personens etnokulturella bas för identiteten kan leda till en upplevelse av att tidigare fungerande mönster plötsligt inte värderas alls eller till och med ses som negativa. Det kan leda till en identitetskris som kan ge upphov till allvarlig stress och kriser som kan ta sig uttryck i psykisk ohälsa.

I en brittisk studie kring schizofreni bland etniska minoriteter studeras om andelen personer med icke-vit bakgrund (i gruppen ingår uppskattningsvis huvudsakligen personer från Karibien eller från något afrikanskt land) i ett område har en effekt på hur många i gruppen som insjuknar i

schizofreni under en period i området (Boydell, van Os m.fl. 2001). I områden med högst andel etniska minoriteter (28-57 procent) var risken att insjukna betydligt lägre än i sådana där få personer (8-23 procent) med icke-vit bakgrund lever. Det gäller trots att den generella ekonomiska utsattheten i områden med en hög andel med icke-vit bakgrund var betydligt större. Forskarna tolkar sina data som att den utsatthet i form av diskriminering o.s.v. som många i de etniska minoriteterna stöter på drabbar olika hårt om man har tillgång till ett socialt nätverk ifrån samma etniska minoritet i området eller inte.

Barns situation

Studier har gjorts på yngre barn, förskole- och skolbarn, som av olika skäl kommit till Sverige tillsammans med sina föräldrar. En kunskapsöversikt (Cederblad, Höök och Berg, submitted) visar att så gott som i alla studier kunde 2-3 gånger fler beteendeproblem identifieras hos barn till utlandsfödda, alternativt barn som fötts i ett annat land, än hos barn i samma ålder födda av svenskfödda föräldrar. Vidare visar sammanställningen av tidigare studier att beteendeproblemen var kopplade till mängden av traumatiska erfarenheter innan ankomst till Sverige. Symtomnivån minskade också ju längre tid barnet hade varit bosatta i Sverige.

En första studie av Cederblad, Höök och Berg (submitted) har genomförts där man följt alla barn födda mellan den 1 maj 1995 och den 31 december 1996 på 20 BVC-mottagningar i södra Sverige, från födseln till 5,5 års ålder. Studien omfattade totalt 1 432 barn, varav 167 var andra generationens invandrare (12 procent). På basis av data konstruerades ett ackulturationsindex med poäng från 0 till 5: om en av föräldrarna var utrikesfödd, om båda föräldrarna var utrikesfödda, om modern hade bott mindre än fem år i Sverige vid barnets födsel, om familjen inte talade svenska i hemmet, om ursprungslandet var f.d. Jugoslavien eller låg utanför Europa. Resultat från en allsidig genomgång av beteendeproblem som rapporterades av föräldrar och BVC-sjuksköterskor visar att för barn med höga värden på ackulturationsindex rapporteras fler beteendeproblem både vid 3 och 5,5 års ålder.

I en studie av ungdomar (och deras familjer) som fötts i Ryssland eller närliggande ex-Sovjetstater som flytt till USA studeras ackulturationsmönstren i förhållande till om personerna bosätter sig i ett område där många med denna bakgrund samlas, dvs. det koncentrerade området där cirka 22 procent hade rysk bakgrund eller det utspridda området där 4 procent hade rysk bakgrund (Birman, Trickett m.fl. 2005). Studien inbegriper inget mått av psykisk hälsa/ohälsa, men är intressant då den kan påvisa att ackulturationsprocesserna ser olika ut för samma grupp i de olika områdena. Forskarna introducerar ett teoretiskt begrepp, ackulturativt tryck, som de menar kan känneteckna ett område. Studien visar att även om många av de inflyttade upplever att de blivit utsatta för olika typer av diskriminering är omfattning och allvarligheten betydligt högre i det koncentrerade området. De beskriver att i detta område blir omvärldens uppfattning av gruppen mer stereotyp. För att »lyckas« i olika viktiga områden såsom skolan pressas många till att välja en assimileringstrategi enligt Berrys modell. Samtidigt kan detta hårda ackulturativa tryck leda till att gruppen utvecklar en ensidig s.k. reaktiv identifikation med de ryska kulturmönstren. I det utspridda området kan en integrationsstrategi lättare utvecklas eftersom det

ryska mönstret tillåts och kan samexistera med att ett amerikanskt mönster utvecklas.

Studierna av Boydell och medarbetare (2001) och av Birmann med medarbetare (2005) pekar båda på betydelsen av det omgivande områdets »kultur« och tolerans. Boydells studie visar att när många personer av samma etniska grupp lever nära varandra minskar risken för psykisk ohälsa. Den amerikanska studien visar att i vissa miljöer kan mönster som tillåter både det ryska och det amerikanska samexistera. En intressant fråga är naturligtvis om personerna i den amerikanska studien faktiskt har en bättre psykisk hälsa. Man blir också intresserad av hur personerna i den brittiska studien förmår att skapa kontakt med andra delar av det brittiska samhället. Båda studierna illustrerar att balansen mellan värdet av sammanhållning i en grupp och värdet av att kunna skapa kontakter till andra grupper är central. Därmed är vi tillbaka i de tidigare resonemangen om värdet av sammanbindande, överbryggande och länkande socialt kapital.

Äldres situation

Amerikanska forskare från Kalifornien har studerat i vilken form ett ömsesidigt utbyte mellan yngre och äldre personer i en familjesituation kan ta sig uttryck i olika kulturer (Becker, Beyene m.fl. 2003). De jämför synen på familjen, de kulturella förväntningarna som utgår från den syn man har och hur de förväntningarna spelas ut i fyra olika kulturella grupper i USA: afrikanska amerikaner, latinamerikaner, filippinska amerikaner och kambodjanska amerikaner. En utgångspunkt för forskarna är att familjen utgör det primära sammanhanget för att definiera och tolka kultur. Samhällshändelser såsom slaveri, migration och krig har inneburit att sammanhållningen i många amerikanska familjer har utsatts för påfrestningar och i många fall saknas en lång och kontinuerlig historia över flera generationer.

De äldre upplevde tydligt att deras medverkan i olika roller i familjen påverkade deras självkänsla positivt. Ömsesidigt utbyte uppfattades som centralt eftersom det kunde hjälpa till att hålla familjen samman. Migration kan ibland medföra en sådan påfrestning på familjen att de äldre upplever att de inte längre har en tydlig roll och/eller att familjens band inte håller ihop. De äldre som har svag kontakt med familjen förlorar då inte bara kontakten till sina nära utan också roller som de ofta ser som värdefulla, d.v.s. kulturförmedlarens och traditionsbärandens. För att lyckas upprätthålla familjens relationer och sin egen roll i det systemet menar forskarna att det är angeläget att de äldre har förmåga till flexibilitet i sitt sätt att se på familjen och sin roll inom den.

Kapitel 11. Vårdmöten

Integration handlar om den ömsesidiga förståelsen för hälsa och ohälsa samt tillgång till viktiga samhällsinsatser. Interaktionen mellan olika delar av välfärdsystemet och olika grupper av befolkningen är av vikt för folkhälsan, men i detta sammanhang begränsar vi vår beskrivning till primärt hälso- och sjukvården. I möten i vårdmiljö eller i olika typer av verksamheter såsom introduktionen för flyktingar och andra invandrare tydliggörs ibland existentiella och kulturella aspekter av hälsa. Fokus för detta kapitel handlar om hur möten kring hälsa och sjukdom kan fungera för olika grupper av olika skäl, t.ex. olika förståelse för och kommunikation av sjukdom eller hälsa, hälso- och sjukvårdssystemens organisering och dess effekter när det gäller tillgången på sjukvård för olika grupper i samhället.

Den kliniska erfarenheten visar att missförstånd uppstår i sjukvården på grund av att läkare och annan vårdpersonal inte har »verktyg« att förstå symtomen i ett transkulturellt perspektiv. En utredning kring det transkulturella perspektivet i grundutbildningarna på Karolinska Institutet (Ekblad & Lindencrona 2005) visar bl.a. att bristen på kunskap under grundutbildningsprogrammen får konsekvenser för framtida arbete hos vårdpersonal som inte är mentalt och kunskapsmässigt förberedda att möta denna patientgrupp. Socialstyrelsens utredare lyckades inte rekrytera en enda anhörig född i Iran, Irak eller Somalia för intervjuer kring kulturella faktorerens betydelse för synen på psykisk sjukdom (Weddig & Runquist 2002). Därför behövs det nya metoder och arbetssätt för att nå och skapa tillit och samarbete med anhöriga med utländsk bakgrund. Erfarenheter från uppdragsutbildning (Ersta Sköndal högskola) i transkulturell psykosvård vid allmänpsykiatriska kliniken-sydväst, Stockholms läns landsting (där Solvig Ekblad var adj. examinator och två medarbetare ur vår forskargrupp: Shervin Shahanavaz och Susanne Mogstad var kursledare resp. lärare) visar att anhörigutbildningen, psykopedagogiska interventioner (PPI), är en effektiv metod och förhållningssätt vid svåra psykiska sjukdomar som schizofreni. PPI minskar bl.a. risken för återfall avsevärt. Behandlingsmodellen behöver dock modifieras utifrån transkulturella faktorer.

Vårdmöten innefattar möten mellan många olika typer av kulturer samtidigt

Att överbrygga språkliga eller kulturellrelaterade hinder för kommunikation i vårdsammanhang är ett område som på sistone rönt uppmärksamhet. I andra länder etableras ibland egna sjukhus eller vårdmottagningar som riktar sig till delar av befolkningen. Det finns exempel på det även i svensk sjukvård, t.ex. för psykiatriska mottagningar för finsktalande. Den första invandarmottagningen i Sverige startades för finsktalande, grekisktalande och serbisktalande 1974, men stängdes efter några år. Det finns speciella vårdmottagningar för asylsökande. För gömda flyktingar och asylsökande finns mottagningar (frivillig basis) i Stockholm och Göteborg (Edergren, 2004).

Graden av variation i uttryck av ohälsa är ett omdiskuterat ämne. Mycket talar för att det förekommer olika kulturella uttrycksformer för psykisk påfrestning och kris. Det är samtidigt angeläget att inte exotisera

»den andre« och mena att allt är annorlunda. Vems glasögon är normen? Det är viktigt att göra reflektionen att de principer som finns uppställda för hur ett vårdmöte skall gå till, utifrån ett svenskt sjukvårdsperspektiv, inte följer en naturlag utan utgår från ett antal utgångspunkter som har bedömts som viktiga i denna kulturella miljö. Lill (2005) har skrivit en licentiatavhandling som syftar till reflektion kring etniska relationer i omsorgsarbetet. I avhandlingen finner Lill att etnicitet och etniska relationer är en pågående process där föreställningarna om varandras identiteter utgör kärnan. Omsorgspersonal använder, medvetet eller omedvetet, etnicitet som en markering för utestängningar och uteslutningar inom omsorgsarbetet.

I en studie som genomfördes av författarna till denna kunskapssammanställning på den psykiatriska öppenvårdsmottagningen i Fittja i sydvästra Stockholm intresserade vi oss bland annat för vilka svårigheter vårdpersonal möter i sin behandling vid mottagningen (Lindencrona, Ekblad & Charry, 2001). För att förstå de erfarenheterna kan man ha nytta av begreppen professionskultur- och organisationskultur. Professionskultur handlar om kulturella element som utvecklas inom ramen för ett yrke. Organisationskultur handlar om samma typ av element som utvecklas inom ramen för en verksamhet, en organisation eller en hel sektor såsom hälso- och sjukvård.

Att känna sig hemma i vårdmiljön

Möten mellan professionella och patienter i vårdmiljö är alltid ett möte över kulturgränserna. Hur hälsa och sjukdom förstås varierar mellan olika personer. Variationerna hänger ihop med existentiella frågor och tro, utbildning, uppfostran och socialisationsprocesser samt en lång rad andra dimensioner i en persons identitet och roller. Läkare har ofta blivit utbildade i att förstå hälsa som avvikelser från biologiskt normala processer, medan andra yrkesgrupper såsom beteendevetare och socionomer utgår från en upplevelsedimension där det subjektiva utgör en minst lika viktig aspekt. Mot bakgrund av sådana professionskulturella och organisationskulturella olikheter är det inte förvånande att personal i introduktionsverksamhet för flyktingar upplever att hälso- och sjukvårdens personal ofta har svårt att hantera olika uttryck för ohälsa hos personer som kommit som flyktingar till Sverige. Det är en erfarenhet som gjorts i intervjuer inom ramen för Fredrik Lindencronas pågående avhandlingsarbete »Strategier för en hälsofrämjande introduktion« (se mer i kapitel 12.)

Mötets komplexitet kan dessutom bli större om de två parterna har olika språk, t.ex. begrepp som inte finns i båda aktuella språken (ekvivalens) och olika förståelseramar utifrån tidigare erfarenheter. Alldeles oavsett i vilket land som uppväxtmiljön finns kommer existentiella frågor och tro, utbildning, uppfostran och socialisationsprocesser samt maktvillkor och en lång rad andra dimensioner i en persons identitet att se olika ut, och med stor sannolikhet påverka behandlingsrelationen. Utmaningarna i vårdmöten har rönt uppmärksamhet i forskningen under de senaste åren. En intressant beskrivning av svårigheterna kring möten mellan personer med olika förståelser för ohälsa som uppkommit som ett resultat av en påfrestande livssituation finns i den avhandling som Sofie Bäärnhielm lade fram under 2003. Bäärnhielm finner att behandlande läkare och patient många gånger har helt olika uppfattningar om vad som vållade problemen, och om det är frågan om fysiskt, psykiskt eller båda typerna av lidande. Hon diskuterar värdet av att båda förstår varandras förklaringsmodeller och hittar sätt att

kommunicera trots eller med stöd av dem. I en av Bäärnhelms artiklar uttrycker hon det ömsesidiga ansvaret genom att säga: It takes two to tango!

En kvalificerad vårdrelation, innefattande professionellt och humant bemötande, förutsätter förmågan hos den vårdgivande parten att skapa ett möte med den som söker vården. Med det ansvaret är det helt centralt att tillgodose att båda parter i relationen förstår vad som sägs. Det kan handla om svårigheter på grund av olika modersmål, men också till följd av en stressad vårdssituation, krisförlopp hos den som får vård eller en lång rad andra faktorer såsom varför man söker vård och vem som initierat kontakten (vår kliniska erfarenhet visar att det inte alltid är självklart att patienten är medveten om detta). Att uttrycka sig med ett språk i vardagssituationen är inte nödvändigtvis detsamma som att kunna föra ett samtal om ett så känsligt område som sjukdom och ohälsa. Det innebär att det är vårdgivarens skyldighet att använda tolk om det behövs för att den som söker vård och vårdgivaren skall kunna ha ett utbyte kring känsliga ämnen. Enligt hälso- och sjukvårdslagen skall alla ha rätt till att bli förstådda (dvs. det gäller både patientens och ansvarig behandlares behov).

En god vård för alla

En god folkhälsa förutsätter tillgång till hälso- och sjukvård för alla. Det är allvarligt att tillgången till hälso- och sjukvård är begränsad för vuxna asylsökande i tidigt skede av etableringsförloppet. Vuxna personer har allvarliga begränsningar i sitt tillträde och under 2004 beräknades drygt 60 procent av de asylsökande ha genomgått en hälsoundersökning som man har rätt till under asylperioden (Sveriges kommuner och landsting 2005). Rapporten tar dock inte upp något om typen av uppföljning och behandling vid behov som de undersökta hade. För andra grupper är inte den formella tillgången till sjukvård ett lika stort problem, i stället handlar utmaningarna om en reell möjlighet att få den hjälp som man behöver. Asylsökande och gömda barn skall ha samma rätt till sjukvård som alla andra bofasta barn i landet. I överenskommelsen mellan staten och landstingen får landstingen fr.o.m. januari 2005 ersättning för barnpsykiatrisk vård med föräldrar.

I dag saknas nationell statistik kring hur personer som fötts utanför Sverige upplever vårdkvalitén. Olika forskare och myndigheter har dock identifierat att Sverige är ett land med många olika bakgrunder i befolkningen och att det är viktigt att förstå vilka krav det ställer på hälso- och sjukvårdssystemen.

Det är alldeles säkert att utvecklingen av en god vård för alla är viktigt för folkhälsan i Sverige. Hur förändringen sker är en spännande fråga. Bravo Landström och Broström (2005) beskriver ett metodutvecklingsprojekt som bedrivits inom ramen för Stockholms Läns Landsting med målsättningen att utveckla primärpreventiva psykosociala arbetsmetoder i syfte att förebygga ohälsa i samband med migration. De konstaterar att primärvården kanske är den vårdnivå där ohälsa på grund av migration är vanligast. Utvecklingen av en adekvat vård förutsätter enligt vår uppfattning ett samarbete mellan hälso- och sjukvårdssystemen och personer som fötts utanför Sverige. I detta utvecklingsarbete skulle invandrarföreningar kunna spela en viktig roll. Bravo och Broström finner att visserligen är föreningarna en

viktig bas, men de lider ofta av resursbrist. En viktig förändring är att föreningarna måste få ett adekvat stöd för att medverka i dessa viktiga processer. Man konstaterar också att hälso- och sjukvården och flyktingmottagandet kan vara viktiga arenor för att utveckla alternativa arbets sätt när kraft och resurser ägnas åt att stödja utvecklingen av nya arbetsmodeller. Förutsättningen för en sådan utveckling är att alla tar gemensamt ansvar och att organisationsstruktu-erna är öppna för förändring.

Ett särskilt intresse har riktats till äldre personer som fötts utanför Sveriges gräns. Det är en aktuell fråga av flera skäl, inte minst för den grupp anhöriga föräldrar i hög ålder som kommer till ett nytt land. Eftersom de flesta som kommer som flyktingar eller arbetskraftsinvandrare är i yngre medelålder börjar snart de grupper som kom på 60-talet komma upp i ålder. Berleen (2003) som genomfört en genomgång av äldre anhörigas situation i Sverige har visat att de äldre ofta inte omfattas av insatser som gäller äldre invandrare. Många olika parter måste hitta relevanta insatser för denna grupp.

Att komma sent i livet till en helt ny miljö kan innebära stora påfrestningar. Liksom de äldre finska invandrarna som ingår i Heikkiläs (2004) avhandling, vill alla känna sig hemma i vårdsammanhang. De äldre i avhandlingen menar att det sker bäst om vårdpersonalen kom från samma etniska grupp som de äldre, pratade deras modersmål och att de skulle bli vårdade i en omsorgsmiljö som de känner till. En fallstudie av Forsell (2002) bekräftar att enligt de anhöriga så är möjligheten att få prata på sitt modersmål och det sociala livet mycket viktigt för de äldre utrikesfödda. Hur vård ska utformas i enlighet med etnokulturella dimensioner är därför en komplex fråga. Återigen kommer frågan upp om hur statisk och given en etnokulturell tillhörighet egentligen är.

En fråga som ligger nära den om hur vård kan utföras, så att alla får del av en god vård, handlar om vem som utför vården. Forsell (2002) har i sin fallstudie sett att anhöriga till svenskfödda och utrikesfödda skiljer sig åt. Anhöriga som är födda i Sverige och är vårdgivare till äldre omsorgsbehövande i det egna hemmet är vanligen en jämnårig make eller maka. Utrikesföddas anhöriga är vanligen yngre och ofta ensamma om att vårda sina gamla i hemmet. De egna idealen och traditionerna präglar hur man hjälper de äldre. I en del kulturer ses barnen som den största rikedom, en garanti för en trygg ålderdom. Om man blir uppfostrad på detta sätt känns det självklart att ta hand om sin förälder. Dock kan de professionella anhöriga få betala ett pris i form av att deras egen integritet hindras på grund av bundenheten, att de får ett stort ansvar, att inkomsten är låg och de isoleras.

Enligt Landesjö (2003) anläggs ofta ett kulturellt perspektiv för att förklara minoriteters sociala förhållanden, t.ex. att familj och anhöriga fördrar att en släkting anställs. Hon lyfter också fram att flera rapporter visar att etniska grupper är underrepresenterade bland hemtjänstens vårdtagare. Det kan naturligtvis vara en lösning och den ger flera fördelar såsom att de äldre får stöd av en bekant person som kanske också förstår vilka särskilda behov som kan finnas. För den som utför uppgiften kan det också vara ett sätt att lämna arbetslöshet, men frågan är om det är en permanent hållbar situation. Landesjö menar att »genom att anställa anhörigvårdare till låg kostnad skjuter kommunerna upp problemet med att det inte finns språk-kompetent personal i den sociala hemtjänsten« (s. 12). År 1999 fick som tidigare nämnts i kunskapsversikten finska språket (liksom samiska, meänkieli, romani chib och jiddisch) status som minoritetsspråk och finländare (liksom samer, sverigefinnar, tornedalingar, romer och judar) status som

nationell minoritet i Sverige. Människor som har dessa språk som modersmål har enligt lag viss rätt att få äldreomsorg på sitt språk.

Barn inom vård

Så länge vi inte ser skillnader ser vi inte heller likheter. För regering och myndigheter ger statistik verklighet (Ekblad & Raundalen, 2005). Detta blir speciellt problematiskt inom vård och omsorg där mötets karaktär förblir osynligt och oupptäckt både hos föräldrar och personal. Hultman (2002) har i en Masteruppsats om mötet mellan personal på BVC och föräldrar med etnisk bakgrund funnit att personalen tenderar att se mötet som jämlikt där båda parter har samma möjligheter att påverka samtalsutformning. Dock har föräldrarna själva ofta erfarenheter som motsäger detta. När konflikter uppstår förlitar sig ofta både personal och föräldrar på strategin att lägga ansvaret hos samtalsparten. För närvarande pågår ett forskningsprojekt kring behandlingsrelationer mellan vårdgivare och utrikesfödda föräldrar vars barn har cancer (Pergert personlig kommunikation).

Asylsökande barn omfattas av samma regelsystem och förmåner som bosatta barn, medan föräldrarna endast erbjuds omedelbar vård. Fr.o.m. den 1 januari 2005 gäller föräldrabehandling i de fall där asylsökande barn och gömda barn behöver vård. Tidigare har inte vården uppnått sitt syfte eftersom föräldrarna inte innefattats fullt ut i behandlingen. Landstingen ges nu ersättning, men detta restriktivt. Enligt en rapport från Sveriges kommuner och landsting (2005) ökade antalet slutenvårdsdagar i barnpsykiatri från cirka 0,79 dagar per barn 6-18 år under 2002, till 0,98 år 2003. Antalet slutenvårdsdagar är i stort sett oförändrat under 2004 och uppgår till 0,97 dagar per barn. Antalet slutenvårdsdagar per barn i barnpsykiatri var dock även under 2001 högt, ungefär 1 dag per barn och år i samma åldersgrupp, medan en markant minskning skedde under 2002.

Hemtjänst

Svenska Kommunförbundet genomförde under våren 2000 en enkätundersökning gällande särskilt boende, speciellt avsett för etniska minoritetsgrupper. Under våren 2002 gjordes en ny enkätundersökning med utökad information om äldreomsorg för etniska minoritetsgrupper. 252 av 289 kommuner besvarade enkäten, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 87 procent. Enkätsvaren visade att 47 procent av kommunerna i mars 2000 hade brukare inom äldreomsorgen med särskilda behov på grund av etnisk tillhörighet. Ytterligare 8 procent svarade att behovet kommer att finnas inom en snar framtid.

Fjorton kommuner angav i enkäten att de har hemtjänst som är speciellt avsedd eller anpassad för en etnisk minoritetsgrupp såsom t.ex. en hemtjänstgrupp som enbart arbetar gentemot en etnisk minoritetsgrupp. Utöver detta har 115 kommuner personal som talar brukarnas hemspråk. Även möjligheten att få speciell mat tillagad eller levererad är god bland de kommuner som har brukare med speciella behov. 87 procent av kommunerna kan erbjuda detta. Det skall dock tilläggas att flertalet kommuner har vissa restriktioner vad gäller kosten. Ett exempel på detta är att kommunen inte tillgodoser önskemål om specialsaktat kött (s. 3).

Särskilt boende för äldre invandrare

I den enkätundersökning som genomfördes år 2000 hade 14 kommuner ett eller flera särskilda boenden med inriktning mot någon etnisk minoritetsgrupp. Totalt redovisades 20 boenden, varav 13 var för finsktalande. Flera kommuner uppgav att de planerade att öppna boende för etniska minoritetsgrupper i framtiden. Våren 2002 hade 20 kommuner ett eller flera särskilda boenden speciellt avsedda eller anpassade för en etnisk minoritetsgrupp. Vanligast är fortfarande boende för gruppen finsktalande äldre. Samiskt äldreboende finns i Jokkmokk. Två boenden finns i landet för spansktalande äldre (Göteborg och Norrköping). I Rinkeby stadsdel i Stockholm, i Linköping och i Västerås finns boende med flerkulturell inriktning. Där finns personal anställd med bred språkkompetens och olika aktiviteter anordnas, bland annat matlag som tillagar maträtter ur olika kulturer.

I Stockholm driver judiska församlingen ett särskilt boende för äldre judar (62 platser). Där finns personal med kulturkompetens och boendet erbjuder koshermat och firar judiska högtider.

Exempel på andra insatser för äldre personer födda utomlands

Flera invandrarföreningar bedriver verksamheter, såsom dagcenter, där äldre får möjlighet att träffa personer med samma kulturella bakgrund och språk. Erfarenheterna visar att de föreningar som har språk och kulturkompetens snabbt rekryterar många äldre till sina verksamheter. Det tyder på att behovet av dessa dagcenter är stort och att de fyller en stor funktion för de äldre (Berleen 2003).

I sin översikt presenterar Berleen ett exempel på dagcenter, Bozorgan i Gottsunda. Föreningen Bozorgan startade 1996 ett dagcenter i Gottsunda med bidrag från socialdepartementet. Föreningen, som främst vänder sig till äldre iranier, har gått från 25 till 100 medlemmar som deltar i olika aktiviteter. Syftet med verksamheten är att främja hälsa, välbefinnande och anpassning till svenska förhållanden. Uppsala kommun driver verksamheten med projektanställd personal, men även frivilliginsatser görs. Hälsoutbildning ges av distriktssköterskor, arbetsterapeuter, biståndshandläggare, tandläkare, gynekologer och dietister. En utvärdering har visat att antalet läkarbesök för ett antal kvinnor som studerats minskat med betydligt mer än hälften. En frivilligjour är bemannad dygnet runt och denna har hittills bidragit till att rädda flera människors liv.

Suomikoti – Finskt Äldrecentrum i Stockholm invigdes 1995 och drivs av föreningen »Hem för finländska åldringar i Stockholm«. Här finns gruppboende för demensdrabbade, sjukhem för mer somatiskt sjuka samt ålderdomshemligheter och dagvård. Centrets matsal erbjuder finsk husmanskost och i biblioteket kan man läsa både dagstidningar och böcker på finska.

Dagcentret för äldre iranier i Husby, som grundades i slutet av 1995, drivs i samarbete med stadsdelsförvaltningen (Ekman, Emami & Heikkilä 1998). Där bedrivs bl.a. undervisning i svenska och persiska, poesiläsning, matlagning och bakning, bingolotto och gymnastik. Persisktalande yrkesverksamma personer inom vård och socialtjänst bjuds in för att ge information och rådgivning.

Kapitel 12. Interventioner

Förståelsen för olika hälsosystem är viktig, inte minst för att ge ett underlag för att förstå hur hälsa kan relatera till olika förutsättningar i människors liv. Långt mycket mer forskning är nödvändig för att fördjupa och bekräfta våra teoretiska och empiriska resonemang i denna översikt. Samtidigt kan vi inte vänta på att börja använda den inhämtade kunskapen som underlag för politiska beslut eller viktiga interventioner. I detta kapitel kommer tyngdpunkten att utgöras av forskningens roll i relation till utveckling av praktiska modeller/metoder inom fältet integration och folkhälsa.

I vår teoretiska modell, som presenteras i kapitel 2, identifieras fem s.k. interventionsnivåer med risk/friskfaktorer för hälsa och sjukdom: policy, närsamhälle, organisatorisk, interpersonell och individuell. De tre första nivåerna kan fungera både direkt och indirekt på hälsa, genom den påverkan de kan ha på lägre nivåer (vi kallar dem senare för systemnivåer eller strukturella nivåer). Även om interventionsnivåerna inte specifikt lyfts fram för att organisera texten i tidigare kapitel, finns forskning som berör de olika nivåerna representerad i kapitlen. I detta kapitel kommer deras funktion att vara särskilt framträdande eftersom de ger oss ett sätt att organisera de exempel på interventioner som vi kommer att presentera.

Vi ser interventioner som ett brett begrepp som innefattar insatser som bedrivs med avsikt att förändra/adressera någon eller några hälsorisker, alternativt att främja hälsoförutsättningar. Insatserna kan antingen ha det primära syftet att förändra hälsan hos enskilda personer (individcentrerade), att förändra system som kan ge upphov till sådan hälsa, eller både och. Individcentrerade insatser gäller primärt individnivån, medan de systemcentrerade insatserna handlar om att utveckla förutsättningar för hälsa på interpersonell, organisatorisk, närsamhälles eller policynivå enligt modellen som presenteras i kapitel 2. I likhet med tidigare kapitel i denna kunskapsöversikt ser vi folkhälsa som ett brett fält. Många olika förutsättningar är betydelsefulla, vilket gör att gränsdragningen av interventioner som skulle kunna klassificeras som hälsopåverkande är vid.

I förhållande till den övergripande policyinriktningen för integration betraktas den centrala utmaningen vara att samhällets olika verksamheter skall förmå att ge alla personer i Sverige de insatser som de behöver och inte särskilja personer födda utanför Sverige. Enligt vår uppfattning bör därför ett fokus handla om att göra verksamheter tillgängliga, acceptabla och av högsta kvalitet för alla oavsett ursprung. Enligt Riksrevisionens bedömning av regeringens styrning av departementens och de statliga myndigheternas arbete med integration är det mycket som saknas innan den snart tioåriga politiska inriktningen kan implementeras. Det gäller allt från invandringspolitik, där invandrare utgjorde en definierbar och urskiljbar grupp som skulle hjälpas, till integrationspolitik, där hela samhällets funktionssätt och indelning i ett vi-dom skulle upphöra (Riksrevisionen 2005). Inom integrationspolitiken medges ett undantag under de första åren i Sverige för insatser som skall ges utöver allmänna insatser och som syftar till att kompensera för de svårigheter som finns på grund av migrationen. Det är intressant nog under den perioden vi har funnit behov av flest insatser.

Interventioner i stort och smått

Varje dag bedrivs verksamhet i många olika organisationer i varje kommun i Sverige som på ett eller annat sätt är relaterat till integration och folkhälsa. Det kan handla om allt från ett möte mellan en distriktsköterska och ett barn med feber från Azerbajdzjan som söker asyl eller är gömd, till att riksdagsbeslut tas om att bidragen till invandrarföreningar skall minska, och alla fall däremellan. På samma sätt som politiska beslut kan främja hälsa kan sådana beslut lika väl också skada och utveckla ohälsa. Ett sådant exempel är skärpta asylregler (s.k. policies of deterrence) som utmanar i stort sätt alla de ovanstående hälsosystemen. Genom återkommande forskningsinsatser av kollegor i Australien har den australienska primärministern kommit till slutsatsen att deras system med förvaring (eng. detention) av asylsökande kan vara till skada. Därför har beslut fattats om att inga barnfamiljer skall hanteras på detta sätt.

I internationell litteratur ges en rad kriterier för vad som kan betraktas som hälsofrämjande strategier. Vi arbetar efter en modell som presenteras av WHO (2001). De lyfter fram fyra principer som definierande hälsofrämjande insatser:

- Strategierna är utformade så att de bidrar till ökad kontroll, delaktighet och påverkan från de som är programmets målgrupp
- Programmen betraktar hälsa som ett brett perspektiv
- Social rättvisa betonas
- Intersektoriella insatser utgör en viktig metod

Med tanke på den enorma spännvidd som finns i bestämningsfaktorer för hälsa och i nivåer i samhället, utgör interventioner som berör integration och folkhälsa ett gigantiskt fält. Vi har valt att presentera ett antal nationella program samt ett urval av interventioner som bedrivs på lokal/regional nivå. De interventioner som vi lyfter fram skall ses mer som ett axplock än en fullständig förteckning. Inte desto mindre kan de olika interventioner som vi har identifierat ge en del perspektiv på vilka intresseområden som bedöms angelägna inom hälsoområdet, hur interventioner genomförs och till vem, samt hur de utvärderas och sprids. Eftersom rapporteringen varierar kraftigt mellan de olika insatserna och tiden har varit begränsad har vi varit tvungna att förlita oss på rapporter och annat material från projekten själva. Det gör att redovisade resultat endast tas som exempel på vad man mäter och betraktar som resultat. En närmare analys av interventionernas resultat kräver en egen kvalificerad utvärdering.

Nationella program

Introduktion för nyanlända flyktingar och andra invandrare

När det gäller vägen till etablering för flyktingar i Sverige utgör »Introduktionen för nyanlända flyktingar och nyanlända invandrare« det sammanhållande nationella instrumentet. Introduktionen är ett löst sammanhållet program som riktar sig till flyktingar med uppehållstillstånd och deras anhöriga förutsatt att de anlänt till Sverige maximalt 24 månader efter den första familjemedlemmen. Ungefär 200 kommuner i Sverige er-

håller årligen medel från staten för att genomföra programmet. Integrationsverket som är ansvarig myndighet för programmet beskriver det som följer: »Samhällets insatser för flyktingar och andra invandrare under deras första tid i Sverige, ska ge möjligheter för var och en att försörja sig och bli delaktig i samhällslivet.« Målet beskrivs enligt följande: »Efter avslutad introduktion kan individen ta del av och bidra till det generella utbudet inom svenskt arbets- och samhällsliv.« Tänka mekanismer är kunskaper om det svenska samhället, om det svenska arbetslivet och i det svenska språket i relation till kompetens, livssituation och förutsättningar för egenförsörjning.

Utvärdering av introduktionen har genomförts av Integrationsverket vid ett antal tillfällen. I 2005-års granskning baseras resonemangen på en enkät till handläggare för cirka 2 800 deltagare, varav 1 300 omfattas av programmet och resultat från en enkät ställd direkt till cirka 2 000 av de personer som handläggarna har svarat för. Den senare enkäten handlar om självförsörjning och sysselsättning (Integrationsverket 2005).

Integrationsverket rekommenderar att introduktionen skall omfatta alla nyanlända oavsett om de omfattas av den styrande förordningen eller ej. I utvärderingen framkommer att så sällan är fallet. Till skillnad från tidigare utvärderingar av introduktionen har de som omfattas och de som inte omfattas jämförts med avseende på självförsörjning och sysselsättning. Man konstaterar att det är en mindre andel av de som omfattas av förordningen i förhållande till de som inte omfattas av förordningen som är etablerade på arbetsmarknaden efter 30 månader. I den första gruppen är andelen 18 procent medan motsvarande andel i den andra gruppen är 41 procent. Man kan diskutera introduktionens effektivitet då följande konstateras: »Att tillhöra gruppen som omfattas av förordningen ökar inte möjligheterna att få ett arbete, tvärtom. Även när vi kontrollerar för en mängd viktiga variabler, finns en signifikant skillnad mellan grupperna. En av orsakerna är att fler av dem som omfattas av förordningen studerar.« (Integrationsverket 2005, s. 62). I utvärderingen ställs hypotesen att det är en fördel att leva med en partner född i Sverige. Hypotesen bekräftas i statistiska analyser.

Det är svårt att göra jämförelser mellan grupperna som inkluderas eller inte inkluderas i förordningen eftersom deras förutsättningar sannolikt kan vara betydelsefulla för utgången, t.ex. tidigare erfarenheter av flykt, krig o.s.v.. I tidigare avsnitt i denna kunskapsöversikt kan vi se att förutsättningarna innan migration kan ge upphov till olika utmaningar när det gäller etablering, bl.a. genom att erfarenheter av traumatiska upplevelser är vanligare bland flyktingar. Samtidigt väcker resultaten i utvärderingen en lång rad frågor. En viktig fråga gäller om introduktionen verkligen är utformad för att möta de behov som är relevanta för att etablera sig i Sverige. Kan det ske med en förstärkt eller i alla fall bibehållen hälsa?

Mot bakgrund av forskning som presenterats i denna kunskapsöversikt skulle principiellt de mål som satts upp för introduktionen kunna vara i överensstämmelse med delar av de hälsosystem som är viktiga förutsättningar för integration och folkhälsa. Det kan handla om delaktighet på samhällslivets olika arenor eller att bidra till förståelse som kan ge en känsla av sammanhang i den nya situationen, t.ex. en upplevelse av kontroll över den egna livssituationen. Det är emellertid relaterat till att målen som finns formulerade uppfylls och att genomförandet av verksamheten är utvecklad för att främja hälsa. En annan viktig aspekt handlar om att ohälsa kan tendera att slå ut deltagare från introduktionsverksamhet. I en rapport från 2002 visar Riksrevisionsverket att upp emot 30 procent av alla delta-

gare inte klarar av att delta i introduktion av ohälsoskäl (Riksrevisionsverket 2002).

För att förstå mer hur en hälsofrämjande introduktion skulle kunna se ut har författarna av denna kunskapsöversikt arbetat med ett forskningsprojekt (Hälsofrämjande Introduktion) under 2001-2005. Där redovisas ett antal principer för hur insatser för flyktingar under de första åren efter uppehållstillstånd skulle behöva se ut för att bidra till att främja hälsan i gruppen. I vårt hälsofrämjande perspektiv utgår vi ifrån internationella principer för hälsofrämjande arbete som etablerats inom ramen för forskning och som beslutats av Sverige och ett hundratal andra stater vid sex världskonferenser för vilka WHO (Världshälsoorganisationen) stått som värd. Några av de mest betydelsefulla handlar om att varje sektor har ansvar för att de policies och program som utvecklas förmår att bidra till en förbättrad hälsa för de som är föremål för policies och program. En annan är att programmen måste utvecklas till arenor för hälsofrämjande, dvs. alla delar av verksamheten (organisatoriska processer, strukturer, kultur och resultat) måste granskas utifrån deras möjligheter att bidra till en förbättrad hälsa för målgruppen. En tredje handlar om att stärka närsamhällets kapacitet att stödja en positiv hälsoutveckling. Ansatsen i projektet är därför systemcenterad och berör primärt hur insatser för att främja hälsa för personer som just fått uppehållstillstånd skall utformas och tillskapas. Flera vetenskapliga artiklar kring de resultat som erhållits i projektet håller för närvarande på att skrivas vilket gör att erfarenheterna endast beskrivs kort nedan. En närmare beskrivning av några av våra teoretiska utgångspunkter kan hämtas ur temanumret av Socialmedicinsk Tidskrift som handlar om Hälsofrämjande Introduktion (nr 1 2003).

Några preliminära resultat från studierna kan dock presenteras i nuläget. I delprojektet »Strategier för en hälsofrämjande introduktion« som är Fredrik Lindencronas avhandlingsarbete med huvudhandledning av Solvig Ekblad, har syftet varit att förstå möjligheterna för introduktionen att utgöra en vardaglig arena för hälsofrämjande arbete. Genom intervjuer, med personal och verksamhetsledare inom olika organisationer verksamma inom introduktionen i några kommuner i Sverige, har vardagsepisoder som handlar om hälsa identifierats. De har analyserats för att förståelsen för hälsa som finns representerad hos de intervjuade skall kunna bli synlig. Resultatet pekar mot att en första reaktion på begreppet hälsa är att likställa det med sjukvård och behandlingsinsatser i vården. Samtidigt resonerar personalen på ett bredare sätt kring personliga (hos deltagare) och organisatoriska dimensioner kring hälsa i ett vidare perspektiv. I många av de berättelserna används emellertid inte begreppet hälsa i sig utan språkbruket handlar mer om deltagares förmåga till anknytning, till en positiv självbild och till att vara ett handlande subjekt som styr över sin egen situation. Många dimensioner i verksamhetens utformning kan bidra till att stärka dessa aspekter av hälsa. Det gäller delaktighet och inflytande, tydliga strukturer och inte minst förmågan i verksamheten att hitta rätt insats och meningsfulla insatser för varje person. Intressant var att ett fåtal berättelser inkluderade beskrivningar av stödjande faktorer utanför introduktionen, medan de hot som förelåg i miljön utanför introduktionen var desto fler, såsom dåliga bostadsförutsättningar m.m. I dagsläget understödjer inte riktlinjerna för introduktionsverksamhet en sådan syn på hälsofrämjande arbete eftersom hälsa endast omnämns i termer av sjukdom och rehabilitering.

Delaktighet och inflytande, tydliga strukturer och förmågan att hitta meningsfulla och riktiga insatser för varje person är dimensioner av introduktionens funktionssätt och med en stark koppling till dess hälsofrämjande potential. I en senare artikel studerades om olika former av organisering mellan de organisationer som arbetar med introduktionen kunde påverka deltagarnas möjlighet till delaktighet och inflytande. Det gällde även verksamhetens möjlighet att erbjuda en bred arsenal av insatser och sammanhängande insatser som utgör en fungerande process och tillgång till insatser för personer som är sjuka. Vi ville också studera resultatet av introduktionen med avseende på om personer hade blivit självförsörjande och/eller klarat svenskaprovet. Kommuner som både hade personal från olika organisationer som arbetade runt varje deltagare och som hade en styrgrupp med ledare/chefer för personalen, jämfördes med andra kommuner med en eller båda av dessa samverkansformer. På grund av att verksamhetens resultat sällan insamlades lokalt kunde bara begränsade analyser av utfall i form av resultat för deltagare genomföras. Resultaten förefaller peka mot att samverkansformerna, oberoende av storlek på mottagande, verkar ge vissa fördelar. Det gäller verksamhetens möjlighet att erbjuda en bred arsenal av insatser och sammanhängande insatser som utgör en fungerande process. Däremot är det inte relaterat till möjligheten för sjuka att delta i introduktion och inte heller möjligheten till delaktighet/inflytande hos deltagare. Samverkan verkar vara förknippat med bredden i insatser och organisationernas flexibilitet visavi deltagarna. Det är några funktionssätt i verksamheten som förefaller ha ett samband med resultaten. Oberoende av samverkan hänger delaktighet/inflytande över processen samman med ett bättre resultat för deltagare.

Vad de ovanstående studierna visar är att hälsofrämjande insatser måste utgöra en fundamental utgångspunkt för hur verksamheterna skall organiseras. De visar också att det inte föreligger någon konflikt mellan hälsa och andra principer för hur introduktionen skall organiseras. Tvärtom förstärker de varandra. En sådan central utgångspunkt handlar om möjligheten till delaktighet, inflytande, kontroll och att de insatser som levereras är i överensstämmelse med deltagarnas uppfattning av sina behov. Det är värt att starkt understryka betydelsen av dessa perspektiv eftersom deltagaren, enligt Integrationsverket och andra centrala myndigheter, är överens om att »individens själv ansvarar för sin introduktion«. För att ett sådant ansvar skall kunna åläggas deltagaren är det av största vikt att denne får möjlighet att påverka utformningen i enlighet med sina önskemål och att kommunen verkligen »ansvarar för att personen får det stöd som behövs för att introduktionen ska bli framgångsrik«.

Vår bedömning är att i dagsläget är den generella förståelsen för en hälsofrämjande introduktion, enligt beskrivningen ovan, begränsad. Fortfarande berörs hälsa specifikt endast i ett delmål av målen kring introduktionen och dess formulering lyder som följer: »Både vuxnas och barns hälsa och välbefinnande är uppmärksammade. Sjukvård och/eller rehabiliterande/habiliterande insatser har, vid behov, erbjudits«. Mot bakgrund av ovanstående diskussion är detta en begränsning av hälsofrågorna till en traditionell, behandlingsorienterad förståelse. (Överenskommelsen om utveckling av Introduktionen för nyanlända flyktingar och andra invandrare, Integrationsverket 2004).

Mot bakgrund av de lärdomar som gjorts genom den första fasen av Hälsofrämjande Introduktion, utvecklades två insatser som testats i fyra kommuner med olika förutsättningar runt om i Sverige (Lidingö, Lund,

Trollhättan och Örebro). Den första insatsen handlade om att skapa en process som stärker deltagarens medverkan och delaktighet i planeringen kring introduktionen. För att omsätta principerna i en praktisk intervention har vi inspirerats av en modell som kallas målforum och som använts för arbete mellan sjukgymnaster och patienter med kroniska reumatoida problem (Arnetz m.fl. 2004). Modellen har vidareutvecklats och dess utformning i introduktionssammanhang ägnats stor uppmärksamhet inom projektet. En viktig utgångspunkt var att komplexiteten under introduktionen är avsevärd. Därför behövs team med deltagare från flera olika organisationer som arbetar kring varje deltagare. Genom konsultation, först mellan deltagaren och olika handläggare, lärare eller arbetsförmedlare och sedan alla tillsammans bestäms de specifika målen för deltagarens introduktionsprocess och vilka insatser som skall göras för att nå dem. Eftersom de viktigaste organisationernas personal deltar kan beslut tas kring insatser och alla överväganden presenteras och beslutas av deltagarna i teamet. En integrerad del av processen är ett arbetsmaterial och en processbeskrivning som är utvecklad för att stärka deltagarens uppfattning om vad denne önskar. För att stödja processen har forskarna bidragit med processtöd till personalen från organisationerna kring teamarbete, och för att arbeta för delaktighet och relaterade frågor. Insatsen utvärderas genom att deltagarna har fått fylla i enkäter innan, under och efter deltagandet i processen. Resultaten jämförs med resultaten för deltagare i introduktionsverksamhet i tre kommuner som inte tillämpar denna planeringsmodell.

I en annan studie inom ramen för Hälsofrämjande Introduktion har introduktionsdeltagares förståelse för hälsa och hälsofrämjande dimensioner i deras liv belysts. Stora delar av livet som inte handlar direkt om förutsättningar under introduktionen bedömdes som betydelsefulla hälsofrämjande dimensioner.

Mot bakgrund av att ett heltäckande hälsofrämjande arbete under introduktionstiden också kan beröra levnadsvillkor utanför introduktionens domäner har en andra intervention genomförts i samma kommuner. Här har systemet vidgats och tagit med personer från olika organisationer (inkluderande både introduktionsverksamheter, politiker, hälso- och sjukvård och lokalt föreningsliv, invandrarorganisationer och enskilda flyktingar och arbetsmarknad). Personerna har deltagit i workshops enligt beprövad metodik för att identifiera viktiga dimensioner i ett sammanhållet hälsofrämjande introduktionsarbete. Genom workshoparna har ett gemensamt arbete initierats med betydelsefulla dimensioner för det gemensamma stödet kring flyktingar och andra invandrades etablering i kommunen. Resultatet innehöll också strategier för hur man kan omsätta principerna i praktisk verksamhet i kommunen. Genom workshoparnas utformning har grupper med deltagande från flera olika sektorer bildats och etablerat sitt arbete för förbättring. I centrum av denna process etablerades en lokal utvecklingsgrupp med chefer och handläggare från introduktionsverksamheterna och andra relevanta parter, såsom invandrarföreningar eller andra personer med erfarenhet av att flytta till Sverige. Gruppernas sammansättning har varierat mellan kommunerna. Gemensamt för varje grupp är uppdraget att driva på, systematisera och koordinera utvecklingsarbetet i förhållande till de etablerade principerna. För att stödja gruppernas arbete har möten anordnats mellan de olika grupperna från de fyra kommunerna i respektive kommun. Utgångspunkten har varit frågor av intresse för utvecklingen i den aktuella kommunen. Grupperna har också fått processtöd av forskarna för att etablera ett fungerande utvecklingssystem för kontinuerlig utveck-

ling. Erfarenheterna av denna process är god, men det behövs tid och engagemang samt inspiration och stöd för att hålla processen levande. Material till utvärdering av processen samlades in kontinuerligt under den tid forskarna haft resurser att ge processtöd. Utvärderingen av de fyra processerna planeras under förutsättning att medel kan erhållas. Vi bedömer att en analys av materialet skulle kunna ge en förståelse för svårigheter och möjligheter för processorienterat utvecklingsarbete i samverkan kring introduktion för flyktingar. Något som i stort saknas i dag. Det belyser vägar och utmaningar för att realisera de intentioner som finns i centrala policys i de lokala sammanhangen.

Organisatoriska insatser för att utveckla delaktighet, inflytande och kontroll för deltagare är av största vikt. Det understryks också av den senaste utvärderingen av introduktionen samt av den senaste analysen av det NKI (Nöjd-Kund-Index) som tillämpas som utvärderingsverktyg av introduktionen av ett antal kommuner i landet med Integrationsverkets stöd. Det är också en fråga som intresserar forskare i andra länder. Detta förutsätter ett genomgripande perspektiv i verksamheten. Enligt SISUS (2006) behöver ett samhälle för mångfald utformas för att passa alla oavsett bakgrund (såsom ålder, kön, etnisk bakgrund eller sexuell läggning) och funktionsförmåga. I ett sådant samhälle behöver alla ha en roll där var och en kan bidra med sin kunskap och erfarenhet.

I både NKI och den senaste enkätundersökningen om introduktionen lyfts olika exempel fram som visar att mer behöver göras. Några exempel:

- I handläggarenkäten uppges att 93 procent fått en introduktionsplan upprättad, men endast 11 procent av introduktionsplanerna hade översatts till personernas modersmål
- Inte fullt sex av tio handläggare menar att individen kan påverka innehållet i introduktionen i hög, eller ganska hög grad
- Mindre än hälften av individerna får en personlig utvärdering av sin introduktion
- Bedömningen av dimensionen planering i NKI är ganska positiv. Att tillförsäkra en hög kvalitet i planering är av största vikt eftersom det är den dimension som har störst betydelse för den totala kvalitets-bedömningen

En sammantagen slutsats är sannolikt att policy och organisering av verksamheter inom och utanför introduktionen är av betydelse för flyktingars förutsättningar för etablering. Förutsättningarna för etablering är samtidigt både beroende av hälsa och hälsopåverkande. Därför är satsningar som handlar om att utveckla en hälsofrämjande miljö i detta system ett område som måste förstås bättre och där insatser behöver prioriteras. Det är en utgångspunkt som också delas av Statens folkhälsoinstitut och forskningsrådet FAS i deras genomgång av "Svensk folkhälsoforskning« (FAS 2004). De finner att en marginell del av folkhälsoforskningen handlar om deras målområde delaktighet och inflytande i samhället (där integration är ett centralt område) och att utvärderingar av strukturella insatser för att främja hälsa i kommuner och/eller landsting helt saknas.

Uppfattningen delas också av Integrationsverket som i sin utvärdering av introduktionen skriver att: »det är olyckligt om det är den kommunala organisationen, i en viss given kommun, som är avgörande för en persons väg till egenförsörjning. Detta måste bevakas och behöver en fördjupad analys.« (Integrationsverket 2005).

Policyutveckling

De senaste årens utvecklingsarbete kring introduktionen har sannolikt fått en del stadga genom att en central överenskommelse har slutits mellan Arbetsmarknadsstyrelsen, Integrationsverket, Migrationsverket, Myndigheten för skolutveckling, Skolverket och Svenska Kommunförbundet med senaste revision under 2004. I överenskommelsen omnämns inte direkt begreppet hälsa i den förståelse som vi lanserar här. På central nivå har hittills inte heller Landstingsförbundet varit delaktig.

På grund av de brister som upplevts inom introduktionen när det gäller förutsättningarna för personer med ohälsa har bl.a. Integrationsverket initierat ett arbete med att ta fram en nationell samsyn kring hälsa och den första tiden i Sverige. Den omfattar alla nyanlända (inklusive asylsökande) under den etableringsperiod där myndigheterna menar att personer kan behöva stöd, vilket i normalfall uppskattas till 2-5 år. Sammanlagt 13 principer har tagits fram inom områdena: *Samhällets ansvar och insatser*, *Samverkan*, *Information* och *Samhällets insatser kontra individens ansvar och initiativ*. Den nationella samsynen har undertecknats av Integrationsverket, Svenska Kommunförbundet, Myndigheten för skolutveckling, Landstingsförbundet, Migrationsverket, Institutet för Psykosocial Medicin, Socialstyrelsen, Riksförsäkringsverket, Statens folkhälsoinstitut och Karolinska Institutet. För att påverka förutsättningarna för ett hälsofrämjande mottagande har strategier inom sju olika områden identifierats: förbättrad samverkan, förbättrad information, förbättrat nyttjande av hälsoundersökning för asylsökande och andra nyanlända, förbättrad hantering av frånvaro från planerade aktiviteter, förbättrad mottagning av funktionshindrade, förbättrad mottagning av barn och ungdomar och förbättrad utbildning/kompetensutveckling. Parterna undertecknade den nationella samsynen under senvåren 2004.

Mot bakgrund av den centrala överenskommelsen och i flera fall den nationella samsynen har implementering av policy i regionala och lokala sammanhang utarbetats. I juni 2005 finns 15 regionala överenskommelser och 64 lokala överenskommelser. Ambitionsnivå och inriktning varierar i de olika överenskommelserna och det gör även underskrivande parter. För att kunna förstå hur policier implementeras i praktisk organisering vore det av allra största vikt med en ordentlig utredning av de olika överenskommelsernas utformning och deras roll som stöd för regional och lokal utveckling av samverkan mellan de ingående parterna samt kvalitén i introduktionen. På grund av det gedigna arbete som lagts ned på denna policyutveckling, och möjligheten att lära av den i andra fält där samverkan behöver etableras, är det en viktig uppgift för framtida interventionsforskning inom fältet.

Två statliga utredningar har också lagts sedan millennieskiftet som direkt relaterar till introduktion: »Etablering i Sverige – möjligheter och ansvar för individ och samhälle« som genomfördes av Lars Rådth med stab (SOU 2003a) Den andra var: »Vidare vägar och vägen vidare – svenska som andra språk för samhälle och arbetsliv« som genomfördes av Kent Andersson med stab (SOU 2003b). De förslag som lagts berör många olika områden. I den första utredningen har förslag lagts när det gäller att fortsätta utvecklingen av asylperioden till en integrationsfrämjande period, där personerna erbjuds insatser som är värdefulla i Sverige och vid eventuellt återvändande. I förhållande till delaktighet och inflytande föreslås ett fokus på en planeringsperiod med central betoning på samverkan och delat ansvar för olika myndigheter. Perioden ska ha karaktären av ett flerparts-

samtal som leder fram till ett flerpartsavtal undertecknat av personal från bl.a. arbetsförmedling, relevant skolform och hälso- och sjukvård. Den viktigaste utgångspunkten skall vara individens egna livsval och förutsättningar. I utredningen föreslås en förkortad tid för riktade insatser till ett år efter uppehållstillstånd och därefter skall personerna kunna ta del av samma arbetsmarknads-, utbildnings-, hälso-, sjukvårds- och sociala system som övrig befolkning. För att få det att fungera krävs, enligt utredningen: »förändringar både när det gäller de intensiva såråtgärderna under den första tiden och en fortsatt anpassning till en mångkulturell, mångspråkig och mångkulturell befolkning inom viktiga politikområden« (SOU 2003:73, s.18).

Utredningen om svenskaundervisningen lyfter fram de problem som handlar om att endast drygt hälften av målgruppen påbörjar sfi-studier inom 3-3,5 läsår efter ankomst till landet. Kommunerna bör därför bli bättre på att motivera till deltagande i studier. Samhälls- och arbetslivsorientering, språk och kultur är nära förknippade vilket medför att undervisningen aktivt bör rikta sig till vuxna personer och gälla hur det är att leva och bo i Sverige. Mycket av undervisningen bör, enligt utredningen, läggas på lärande i en mängd olika sammanhang utanför klassrummet. Hälsan eller ohälsan hos deltagare påverkar deras möjligheter att tillgodogöra sig utbildningen och för att planera framåt. Ett underlag bör utarbetas för hur samtal kring utbildningsrelaterade hälsofrågor skall föras. Utredningen har uppfattat en stor brist på metoder att arbeta med personer som har t.ex. traumarelaterade symtom. Det finns behov av att ta fram principer för hur didaktik för denna grupp skall utformas.

Insatser inom området introduktion/integration och hälsa

Med utgångspunkt i vår breda definition av hälsa och folkhälsa är det troligt att många olika typer av interventioner kan bidra till hälsa. Att analysera alla de projekt som relaterar till hälsa eller till hälsodeterminanter inom integrationsområdet är ett uppdrag som skulle kunna ge många nya insikter för utvecklingen av området integration och folkhälsa. Tyvärr låter sig inte ett sådant projekt göras inom de ramar som finns för denna kunskapsöversikt. Om man bara tar den allra enklaste vägen att identifiera insatser såsom att gå via Integrationsverkets databas »Introduktionsbanken« kan man finna 83 beskrivna projekt. Sökningen gjordes i juni 2005 och antalet rapporterade projekt ökar stadigt. Det är oklart hur stor andel av de projekt som genomförts som representeras i Introduktionsbanken och man kan misstänka en slagsida åt nyare projekt. De tillgängliga insatserna har i introduktionsbanken delats in i tolv rubriker, enligt följande: Arbetsplatsförlagd introduktion (17), Hälsa (13), Praktik (27), Mentorskap (16), Yrkeskomplettering (11), Validering (10), Samverkan (25), Svenskinläring (31), Samhällskunskap (21), Introduktionsersättning (8), Introduktionsprogram (2) och Föräldraroll (8). De 83 insatserna arbetar i snitt med drygt två områden. De har en specificerad målgrupp. De vanligaste områdena handlar om anknytning till arbetslivet, arbetsplatsförlagd introduktion, praktik, yrkeskomplettering och validering, där 65 av 83 insatser hör hemma. Det näst vanligaste området är svenskinläring (31). Intressant är att på tredje plats kommer ett lite avvikande område, samverkan (25). Enligt vår uppfattning förtjänar visserligen samverkan ett betydande utrymme på grund

av dess förmodade betydelse för att klara av att leverera goda insatser inom alla de andra områdena, men det är angeläget att se samverkan som ett verksamhetsområde, inte ett slutmål. Olika målgrupper har identifierats och de olika projekten har definierat sig själva arbetandes med specificerade målgrupper enligt följande: barn & ungdomar (10), analfabeter (16), traumatiserade (7), äldre (6), högskoleutbildade (12), särskilt riktade till kvinnor (16) och till män (13).

För att försöka förstå mer i detalj hur de interventioner som klassificeras inom hälsoområdet ser ut har insatser som presenteras under sökordet hälsa granskats med följande utgångspunkt: deras syfte, primära målgrupp, eventuell annan målgrupp, målsättning, förväntat verksam mekanism, projektets/utvärderarens kritiska reflektioner, utvärdering & spridning och resultat. Vi har tagit med alla interventioner som presenterades på introduktionsbanken under sökordet hälsa i juni 2005. För att komplettera bilden har vi skickat ut en förfrågan om genomförda/pågående projekt med bäring på hälsa till personer på nationella myndigheter såväl som i lokala sammanhang. Den information som används i analysen är återgiven information från rapportgivarna, utvärderarna eller andra som sammanställt informationen. Vi kommer att sammanfatta granskningen under rubrikerna nedan och sedan diskutera något kring iakttagelser och lärdomar som kan göras med utgångspunkt i granskningen.

Projektstruktur och finansiering

I de allra flesta fallen har projektet haft kommunen som huvudman. Det finns en spännvidd mellan mindre projekt där finansiering har kunnat lösas genom kommunens egna resurser, kanske genom att avsätta tid av en tjänst, och stora paraplyprojekt som innefattar många olika insatser och en större målgrupp. I många fall har projekten organiserats med insatser från flera olika organisationer. Det finns exempel på samarbetsnätverk med upp till nio parter. Medverkan från landsting förekommer i några projekt. En större del av projekten har erhållit extern finansiering. De vanligaste bidragsgivarna är Integrationsverket, Europeiska Flyktingfonden och Svenska ESF-rådet (EQUAL). Projektens budget varierar starkt, mellan ett par tusen kronor till över 30 miljoner.

Syfte och mål

Syftet med projekten är nästan uteslutande att direkt påverka situationen för en grupp deltagare. På det sätt är de allra flesta projekt *individcentrerade* till skillnad från systemcentrerade. Några insatser har i sitt syfte inbegripit ord som modell- eller metodutveckling, kunskapsspridning, finna vägar eller liknande. Vi tolkar ett sådant syfte som att insatsen har ambitionen att systematisera ett arbetssätt och kan därför bli mindre person/verksamhetsbundet och lättare tillgängligt för andra inom och utanför den egna organisationen.

I de projekt som handlar om området hälsa, handlar syftet ofta om att hjälpa personer med konstaterad ohälsa eller risk för ohälsa. I de flesta fall står de psykologiska/psykiatriska konsekvenserna av traumatisering som fokus för hälsoinsatserna. Insatser som riktar in sig mot somatisk hälsa eller funktionsnedsättning är mer sällsynta. När de genomförs är inriktningen främst på gymnastik och egenvård. En typ av insatser handlar om att tillhandahålla specialistkompetens, t.ex. när det gäller behandling av de tillstånd som kan uppkomma som ett resultat av traumatiska erfarenheter.

En annan typ av insatser riktar sig mot att ge sådant stöd integrerat med t.ex. stöd för inträde på arbetsmarknaden eller språkinläring. I en tredje typ av insatser används aktiviteter som kan påverka hälsan som ett led i att ge förutsättningar för social gemenskap och tillgänglighet till resurser i det lokala sammanhanget (t.ex. kunna simma och gå till simhallen).

Målsättningarna varierar mellan projekten. I några insatser har individcentrerade mål definierats, såsom uppnått godkänd nivå på sfi C-nivå. I andra har systemcentrerade mål definierats, såsom att utveckla en nätverksbaserad modell för arbetsplatsförlagd utbildning. Många gånger anger de tillgängliga målformuleringarna mer en inriktning än mätbara indikatorer som går att använda för uppföljning av verksamheten (man kan lite skämtsamt kalla dem »måln« eftersom de är diffusa och i himlen). Det förefaller inte särskilt vanligt att varken måln eller mål används som ett kontinuerligt stöd för verksamhetens genomförande där de omformuleras relativt till de erfarenheter som görs. Exempel på detta arbetssätt finns dock i de mer komplexa insatserna där avstämningar görs med hjälp av delrapporter eller annat underlag.

Målgrupper

Den vanligaste målgruppen är vuxna flyktingar men det förekommer även insatser som riktar sig till barn och/eller ungdomar. Några insatser riktar sig till personer som invandrat oberoende av migrationsorsak och andra till personer som varit längre tid i Sverige än den första etableringstiden.

Den begränsade fokuseringen på samhällets olika aktörer och deras förmåga att ge adekvata insatser till alla oberoende av etnisk bakgrund är tydlig för insatserna inom hälsoområdet. I några av insatserna har det omgivande samhället varit föremål för insatser. Det finns t.ex. insatser som försöker stödja invandrarföreningar och/eller sjukvårdspersonal att utveckla sitt arbete med hälsofrågor. Det finns också insatser som stärker kontakten mellan personer i svenskaundervisning och personal på ett museum vilket påverkat tillkomsten av andra typer av utställningar som visar den mångfald som finns representerad i kommunen.

Mekanismer

De mekanismer som projekten arbetar genom för att nå målen är naturligtvis mycket varierande. Övergripande kan dock sägas att den individcentrerade som tidigare har kunnat ses går igen i detta område. Utbildnings- och behandlingsinsatser som riktar sig till målgruppen flyktingar eller andra grupper av personer som invandrat är vanligast. Lite tillspetsat skulle man kunna säga att merparten av mekanismerna handlar om att kompensera de brister (t.ex. ohälsa eller låg utbildningsnivå) som finns hos deltagarna, snarare än att förändra livsvillkoren i samhället runt dem. Det förekommer emellertid insatser som försöker att utveckla kompetensen hos personal att utveckla sitt arbete med personer med denna bakgrund. Man kan dela in insatserna i sådana som har en inriktning mot behandling av ohälsa, sådana som bygger på undervisning och träning i egenvård/friskvård och sådana som handlar om att utveckla resurser för att bättre klara av att hantera sin vardagliga miljö. Ofta utgör ömsesidigt stöd eller utvecklandet av en social gemenskap mellan personer med utländsk bakgrund ett inslag i insatserna. I många insatser är ett viktigt inslag att bättre försöka identifiera och kartlägga varje enskild persons behov av stödåtgärder. Ibland fångas även de personliga resurserna upp i sådant kartläggningsarbete. I flera insatser ut-

gör samverkan mellan verksamheter med olika kompetenser en organisering av insatserna. Förhoppningen verkar vara att det skall ge en bredare arsenal av insatser och en bättre förmåga att möta sammansatta behov. I några insatser tar man ett lite annorlunda angreppssätt och försöker utveckla de sammanhang i vilka personer ur målgruppen skall bli delaktiga (t.ex. arbetsplatser).

Trots att ett antal insatser syftar till utveckling av nya program, modeller etc. presenteras sällan några tydliga mekanismer för hur sådant lärande kan göras. Även här finns undantag.

I ett folkhälsointerventionsprojekt under temat »Tobaksprevention och invandrargrupper« (Haglund, 2005) i Göteborg konstateras att metoden att nå målgrupperna via invandrarföreningar var tidskrävande. Det tar tid att utveckla ett tillitsfullt samarbete där båda parter anser sig ha ömsesidig nytta av folkhälsoinsatser kring tobak. Det behövdes upprepade samtal och möten och som i många fall kom till stånd efter att förtroendeingivande personliga kontaktytor hade byggts upp.

Utvärderingen av Internationella Hälsoinformatörer (IHI) 2003-2004 av Dejin Karlsson, Hylén och Ali Khan (2005) visar att »människors integrering in i det svenska samhället är beroende av hur kommuner, regioner, och myndigheter kan samarbeta och vågar pröva nya modeller för att den enskilda personen i det nya landet ska uppnå självständighet, hälsa och livskvalitet« (s. 11). Internationella hälsoinformatörer med sin tidigare utbildning inom hälso- och sjukvård, sin språkliga och kulturella kompetens är en resurs inom folkhälsoarbetet i syfte att nå utlandsfödda personer och grupper med risk för ohälsa.

Kritiska reflektioner

Många gånger har mycket reflektioner gjorts och trots att endast en del av dem redovisas i skrift har omfattningen gjort att vi har behövt välja ut relevanta reflektioner att ta med i sammanställningen. Bland de reflektioner som genomförarna har beskrivit har vi prioriterat sådana som är allmängiltiga och som kan åstadkomma maximalt av lärande kring genomförandet av insatser i andra sammanhang.

En viktig insikt handlar om att en insats, stor eller liten, måste förstås som ett öppet system som påverkas av många olika faktorer. Hur insatsen organiseras verkar kunna ha en stor betydelse för utgången. Det är inte förvånande när insatserna är sociala system som präglas av dynamik, förändring och oförutsägbarhet. Att stöd till flyktingar för etablering är en komplex situation med många osäkerhetsfaktorer är en insikt som delas av många. Det aktualiserar tydligt att själva organiseringen av insatsen noggrant måste planeras och kontinuerligt anpassas. Det förekommer att externa bidragsgivare har pressat utförarna att sätta realistiska mål. I vissa fall har det lösts genom kontinuerlig diskussion och revidering av ursprungliga mål.

Insatsens organisering och kvalitén i samverkansrelationerna inom insatsen bedöms av flera vara av allra största vikt för kvalitén, men det finns utmaningar i att få ett sådant samarbete att fungera. Det gäller både mellan kollegor i den ordinarie verksamheten och personer som arbetar med insatsen och mellan olika samverkansparter inom ramen för insatsen. I några insatser lyfts det fram att det är viktigt att ge insatsen stabilitet genom att ha personer anställda på heltid. Behovet av flexibilitet och anpassning till deltagares behov och värdet av att revidera tänkta mekanismer mot bakgrund av lärande inom ramen för insatsen är en viktig lärdom i flera fall.

En del insatser har bidragit till att tidigare dolda utmaningar har blivit tydliggjorda. För att verkligen förstå vad själva insatsen kan bidra med är det angeläget att förstå det sammanhang inom vilken den existerar. För att förstå det bidrag som själva insatsen har haft är det angeläget att ha en tydlig uppfattning om dess utfall, dess processer etc. och att förstå vad som är möjligt att åstadkomma mot bakgrund av vad sammanhanget tillåter. Ett exempel gäller reflektioner kring rehabilitering i glesbygd där utvärderarna kan urskilja att insatsen bidrog till att ge en kvalificerad introduktion, men där bland annat bristen på arbete omöjliggjorde att etablering på arbetsmarknaden kunde komma till stånd.

Många av de insatser som varat kortare tid lyfter fram att de har svårt att se ett resultat kan uppmärksammas på den korta tid som funnits tillhands för insatsens genomförande. Det förekommer erfarenheter där insatser som bedöms ha haft ett gott resultat trots detta inte kan inrymmas i den ordinarie budgeten.

Utvärdering & spridning

Utvärdering av insatser är en nyckel till att förstå hur kvalitén kan förbättras i arbetet med integration och folkhälsa. Det är naturligtvis av största betydelse att få en god uppfattning om det man har testat faktiskt visar sig vara framgångsrikt. Det vanligaste i mindre insatser är att den som själv genomför insatsen skriver ned sina erfarenheter och ibland har tagit med deltagarnas upplevelser där de presenteras i en rapport eller ett internt PM. I andra fall har en högre kvalitet eftersträvat och externa utvärderare har anlåtats. Syftet med utvärderingen varierar också. I flera fall verkar utgångspunkten snarare handla om en redovisning som ställs till externa eller interna finansörer och får en granskande form. Andra gånger är lärandet det centrala. I de fallen görs ofta en mer utförlig analys som verkligen kan åskådliggöra processen, strukturerna och eventuella framgångsfaktorer som kan förklara resultaten. I några fall görs en halvvägsutvärdering för att på så sätt kunna förstå hur insatsen kan vidareutvecklas och möjliggöra eventuella anpassningar av insatsen. I något projekt har den externa utvärderaren deltagit i projektets styrgrupp vilket ger goda förutsättningar till förståelse för hur insatsen har utvecklats. En väg till en god spridning är en väl genomförd utvärdering. Genom en sådan kan andra förstå vad som gjorts, vad som bidrog till resultatet och vilka lärdomar som gjorts under resans gång.

När vi talar om spridning, inkluderar vi både intern och extern. Den interna spridningen handlar om att insatsen eller delar av den skall kunna användas i andra sammanhang i det lokala systemet. En central målsättning med såväl extern som intern spridning handlar om överföring av metoder eller andra erfarenheter till reguljär verksamhet, eller till sammanhang utanför det där insatsen utvecklats. Den vanligaste vägen till intern spridning är att ge information till intresserade parter. Under vissa omständigheter har insatsen fortsatt på samma sätt efter att det formella projektet har avslutats. Intern spridning sker ofta kontinuerligt genom informella samtal mellan kollegor. Olika vägar för intern spridning har tillämpats såsom via artiklar i interna tidningar.

Extern spridning sker ofta genom en-vägskommunikation genom deltagande i konferenser, via spridning av rapporter, studiebesök eller publika media såsom tidningar eller radio. I några fall erbjuder projektledaren ett mer utvecklat stöd för implementering i externa verksamheter. Här finns till exempel metodutvecklingsseminarier som en metod. I flera fall har

ingen information om intern eller extern spridning givits i de källor vi har haft tillgång till.

Resultat

Vi kommer inte att i detalj gå igenom resultaten här. För att ge insatsernas resultat rättvisa krävs en mer utförlig genomgång av insatserna än vad vi har utrymme eller tid för i denna översikt. Här kan vi dock studera resultaten mer generellt. Flera av insatserna visar att deltagarna är nöjda med insatsen. I andra insatser kan man konstatera att deltagarnas läge vid avslut är bra, så till vida att ett antal har fått arbete eller att flera har klarat sfi-nivåer. För att tydligt kunna identifiera om insatsen är bra skulle en bedömning av deltagarnas tillstånd innan och efter insatsen behöva jämföras. Eftersom en sådan utveckling kan ses utan att insatsen nämnvärt bidragit är det angeläget att jämföra med en motsvarande grupp som inte har deltagit i insatsen. Att ta reda på om insatsen har varit framgångsrik underlättas också om de instrument som används är tillförlitliga. Hur man mäter utfall är en komplex och viktig del av forskningens bidrag till utveckling inom området.

Mer trovärdiga resultat från utvärderingen av insatser kan bidra till att bedöma om insatsen varit framgångsrik. Det är en förutsättning för att bedöma vilka insatser som kan ge de bästa förutsättningarna att uppnå de mål som eftersträvas. Att studera effekterna av olika insatser handlar också om att välja vad man är intresserad av. Om målet är hälsa är det rimligt att följa upp hur många som fortsatt är sjuka, har förbättrat den självupplevda hälsan eller andra dimensioner av hälsoutfall. Med vår utgångspunkt i hälsosystemen som presenterats tidigare kan man tänka sig att även i sammanhang där hälsa inte är det primära målet, skulle det vara av största intresse att studera om insatsen bidragit till en förbättrad hälsa.

Kvalificerad utvärdering, effektiv spridning och förstärkt kapacitet till nyupptäckt och anpassning – nycklar till förbättring?

Tänk att någon får en ny idé för hur en undervisningstimme skall kunna användas för att bättre uppnå målet att nå kunskap i svenska språket. När man kan se att studenten snabbare når målet, har det betydelse för studenten själv, för skolan som blir mer effektiv och för läraren som får utveckla sitt arbete. Vi kan kalla dessa parter för det primära systemet. Men, för att vi ska tro på att insatsen är värdefull måste ett antal frågor redas ut. Det är det vi menar med utvärdering.

Utvärdering av insatser är en helt central utgångspunkt för att uppnå många olika syften. Det är vanligt att man följer upp läget vid avslutad insats. Det primära föremålet för en insats (t.ex. deltagare, samverkansrelationer, organisatoriska policys) kan bedömas efter programmet. En sådan uppföljning kan fylla en basal funktion för att mycket enkelt kvalitetssäkra en insats. En sådan enkel uppföljning kan emellertid inte ge särskilt mycket svar när det gäller att förstå om det var insatsen som skapade detta tillstånd. För att få en sådan kunskap är det viktigt att få en uppfattning om hur tillståndet var innan insatsen sattes igång. Om man kan se att det finns en positiv förändring är det möjligt att försöka förstå varför förändringen har kommit. Då kan frågan om insatsen har *påverkat* någonting bättre be-

svaras. På ett eller annat sätt vill man försöka identifiera betydelse av just den nya undervisningsmetodikerna. För att med större säkerhet kunna uttala sig om att det är just metodiken som kan förklara att eleverna lär sig mer måste man på ett eller annat sätt jämföra med ett annat likartat sammanhang där deltagarna och organisationen är likartade, men där just metodiken skiljer sig.

När utvärderingen har genomförts finns ett underlag för att tro att om man arbetar med den metod som testats så kommer fler att lära sig svenska snabbare. För att utveckla verksamheten i andra sammanhang måste insatsen spridas utanför det primära systemet. För att kunna spridas utanför det specifika sammanhanget i det primära systemet måste principer för metoden som används finnas eller kunna byggas upp i ett annat sammanhang, det sekundära systemet. Enklare program och principer för en metod kan kanske börja användas i ett nytt sammanhang helt identiskt med hur insatsen såg ut i det primära systemet. Men i de flesta fall är sammanhanget i det sekundära systemet annorlunda från det primära systemet och då är det nödvändigt att programmet förändras så att det går att genomföra i det nya sammanhanget. På det sättet är ofta överföring av insatser till viss del fråga om en nyupptäckt i det nya sammanhanget.

För att underlätta en sådan överföring är det viktigt att få en fördjupad förståelse för vad det är som är verkningsmekanismen. Är alla delar av genomförandet av undervisningsmetodikerna, i exemplet ovan, lika viktiga, eller handlar det huvudsakligen om att det är vissa delar som är de viktiga principerna? För att kunna besvara den typen av frågor behövs en förklaringsinriktad utvärdering (Lindqvist & Nylén 2002). Enligt Lindqvist och Nylén riktar en sådan insats in sig på att belysa sambanden mellan verksamhetens förutsättningar, genomförande och resultat. Här tas förutsättningar innan projektstart, processer som satts igång och resultatet i relation till syfte och mål som utgångspunkt för att förstå hur insatsen fungerat. Genom en sådan ansats kan processer, strukturer o.s.v. som utgör projektets kärna bättre förstås. Vi är helt överens med Lindqvist och Nylén i att det är helt centralt att förstå själva mekanismerna som skapar förändringen. Om deras effekter tydligt kan identifieras kan de sedan utgöra byggstenar som guidar ett projekts utveckling. Det medför att sannolikheten ökar att lärdomarna kan tillämpas i andra sammanhang. Om grundidéerna är klara och deras effektivitet belagd kan de överföras även om en ny typ av projektstruktur kanske måste byggas kring dem i det sekundära systemet.

Effektiv implementering av vunna erfarenheter är en komplicerad process. Ofta är insatser så komplexa att det sällan ger tillräckligt stöd för förändring att läsa en rapport eller att lyssna på en initierad och motiverad föredragshållare prata om sin insats. Som vi tidigare beskrivit kräver implementeringen i ett nytt sammanhang ett omfattande arbete som bland annat inbegriper en väsentlig aspekt av nyupptäckt, där specifika förutsättningar i det sekundära systemet måste beaktas. För att kunna skapa insatsen i det sekundära systemet behövs en närmare dialog mellan de som känner dessa specifika förutsättningar och de som har kunskap om väsentliga element/principer i själva insatsen. Med strukturen i dag finns en betydande risk att goda projekt faller ned till marken när ingen tydlig fortsatt implementeringsstrategi har utarbetats.

Kapitel 13. Diskussion

I kunskapsöversikten har vi strävat efter att rita upp en karta över området integration och folkhälsa med hjälp av svensk och internationell forskning. Vår utgångspunkt är att både folkhälsa och integration förutsätter ett samhälle där alla personer får plats och där alla människor lever under goda och värdiga villkor. Den forskning vi har presenterat i kunskapsöversikten ger tyvärr den samlade bilden att Sverige har lång väg kvar till ett sådant samhälle.

Landvinningar inom hälsoområdet under de senaste årtiondena har visat på att hur samhällen fungerar är av stor betydelse för befolkningens hälsa. Vidare har forskningen i hälsa lyft fram riskerna för både individers och befolkningens hälsa när stor social ojämlikhet råder. Den engelska forskaren Richard Wilkinson påvisade, i boken »Unhealthy societies«, redan för nästan tio år sedan att graden av social ojämlikhet i sig är en viktig riskfaktor för förekomsten av ohälsa i befolkningen (Wilkinson 1996). Inom forskningen och det internationella arbetet kring hälsa, som koordinerats av WHO, råder konsensus om att hälsa i befolkningen hänger samman med livsförutsättningar och därmed är en resurs som hänger samman med hur arbetet inom en lång rad olika sektorer genomförs. I Sverige har denna utgångspunkt lett till utvecklingen av en ny folkhälsopolitik som bygger på detta tänkande.

Mycket arbete läggs ned för att utveckla strategier och politik för att påverka folkhälsa internationellt och i Sverige. Men vi kan också se att förståelsen för hur de samhällseliga förutsättningarna leder fram till hälsa/ohälsa är ett område som behöver utvecklas. Vid den senaste världskonferensen kring hälsofrämjande i Mexico City år 2000 undertecknade Sverige och många andra nationer den slutgiltiga deklARATIONEN där länderna kom överens om att »främjandet av hälsa skall betraktas som en fundamental prioritering i lokal, regional, nationell och internationell policy och program«⁵ och att »ta den ledande rollen i att tillförsäkra aktiv medverkan för alla sektorer och det civila samhället i implementeringen av hälsofrämjande handling som stärker och utvidgar partnerskap för hälsa« (WHO 2000a).

För att stödja de åtaganden som Sverige har tagit på sig i Mexico City är det angeläget att öka förståelsen för de bidrag som kan göras för hälsa inom olika sektorer. Vår kunskapsöversikt kan bidra till att relevanta strategier vidtas för att ge en första grund till en sådan utveckling. Den är den första större sammanställningen som har lyft fram integration och folkhälsa med fokus på samhällsförutsättningar i ett svenskt sammanhang. Vår uppgift har varit komplex, men mycket spännande och vi ser det som en förmån att ha fått ägna tid åt att ta del av internationella och svenska forskarkollegors viktiga bidrag till kunskapsområdet. Vi menar att vårt kanske viktigaste bidrag är att identifiera och förtydliga en modell som inbegriper många olika fält som måste identifieras för kunskapsområdet integration och folkhälsa. Modellen behöver studeras empiriskt, men genom denna kunskapsöversikt kan vi se att många aspekter har stöd i svensk och internationell forskning. Kunskapen om de mer makroorienterade interventionsnivåerna är ganska liten i Sverige och det är helt nödvändigt att mer forskning görs inom detta fält. Vi uppfattar att modellen redan i detta läge skulle kunna fungera som ett underlag för en granskning i enlighet med en

⁵ Översättning av Fredrik Lindencrona.

utbyggd s.k. hälsokonsekvensanalys (HKA) där även integrationsperspektivet ingår. Hälsokonsekvensanalyser är en metod som förespråkats internationellt för att granska vilka konsekvenser som ett beslut kommer att ha för hälsan.

Att studera förutsättningar för folkhälsa ur ett samhällsperspektiv kräver ett multidisciplinärt kompetensområde. Därför redovisar vi resultat från en lång rad olika forskningsdiscipliner. Vi är medvetna om att en sådan bred kunskapsöversikt har sina brister och kan framstå som ytlig och sakna den analytiska stringensen i alla detaljer. Samtidigt hoppas vi att vårt försök att knyta ihop tidigare åtskilda discipliner bättre förmår att identifiera och beskriva de komplexa fenomen som vi avser att förstå. Vi hoppas att den översiktliga granskningen inom varje fält stimulerar andra med specialistkompetenser inom de olika fälten att göra närmare och mer detaljerade analyser av forskningen inom just deras område.

I den avslutande diskussionen kommer vi att presentera några av de viktigare fynden och resonera kring var de största kunskapsbristerna finns. Efter den genomgången kommer vi att lägga fram ett antal förslag till förbättringar och några områden som vi bedömer vara särskilt prioriterade för fortsatt forskning.

Vad vet vi i dag – internationellt och i Sverige, i befolkningen i allmänhet och för personer som fötts utanför Sverige

Några reflektioner kring de inkluderade studierna

Vi har funnit att de två rapporterna ger ett gott underlag för vårt syfte att täcka kunskapsområdet integration och folkhälsa. Förenklat skulle man kunna säga att rapporten »Födelselandets betydelse« speglar utfallsvariabeln hälsa/sjukdom, medan »Integration till välfärd« ger oss ett uppslag av möjliga förklarande variabler. Det vi finner behöver utvecklas i förhållande till de två rapporterna är relationen mellan den sociala situationen och hälsoutfallet. Genomgående har vår ambition varit att finna studier som påvisar denna relation bland personer med utländsk bakgrund i Sverige. Tyvärr finns det alltför lite forskning som studerat dessa relationer i ett sådant sammanhang. Det är naturligtvis ett metodologiskt problem som måste åtgärdas. I brist på sådan forskning har vi i andra hand sökt efter forskning som studerar denna relation för etniska minoriteter/migranter i internationella studier. I tredje hand har vi inkluderat studier som handlar om den identifierade länken i den allmänna befolkningen i Sverige och i fjärde hand i den allmänna befolkningen i internationella studier.

I denna studie är vi primärt intresserade av integration utifrån de sociala förutsättningarna i mottagarlandet och hur de utspelar sig beroende av om man lever i Sverige, men inte är född i Sverige, relativt om man är född i Sverige, alternativt född i Sverige av föräldrar födda i ett annat land. Vårt primära intresse handlar om ojämlika förutsättningar (tillgång till väsentliga resurser för hälsa och välbefinnande) för olika grupper i Sverige. Indelning i födelseland är problematisk ur ett integrationsperspektiv eftersom det är oerhört lätt att börja använda födelselandet och inte de villkor som föreligger i Sverige eller andra värdländer som förklaring till att ohälsa upplevs. Det är inte rimligt att anta att gruppen från ett specifikt land är

homogen och att resterande effekter, efter att faktorer i Sverige har beaktats, kan tillskrivas gruppens kulturella specificitet. En iakttagen skillnad i kulturell identitet skall inte ur ett integrationsperspektiv medföra åtskillnad när det gäller tillgången till samhällsresurser av betydelse för hälsa. Dessutom är vår utgångspunkt att förklarande variabler bör väljas som är dynamiska och förändringsbara, inte statiska och omöjliga att förändra.

Vad som förklarar skillnaderna är av största betydelse. Bedömningen av var vi skall lägga våra insatser för att förbättra den självupplevda hälsan blir ur detta perspektiv helt annorlunda. Mot bakgrund av analysen ser man att ett avgörande problem är att personer som är födda utanför Sverige utsätts för flera riskfaktorer för ohälsa i Sverige. Hälsans ojämlika fördelning gäller därmed i hög utsträckning den ojämlika fördelningen av riskfaktorer för ohälsa.

Ett talande exempel gäller data kring självskattad hälsa ur Sundquists och hans medförfattares rapportering till Statens folkhälsoinstitut. Om vi studerar självskattad hälsa och jämför personer i samma ålder med varandra framkommer ett mönster där män och kvinnor från de flesta länder rapporterar sämre hälsa än vad svenskfödda rapporterar. Det är lätt att tolka att denna iakttagna skillnad beror på ursprungsland. Detta antagande bygger på att landet i sig skulle kunna ha en kulturell påverkan där individens bedömning av den egna hälsan är kopplad till olika kulturella mönster, eller genom att personen har fått sämre hälsoförutsättningar i ursprungslandet. Emellertid vet vi att många andra faktorer såsom livsstilsfaktorer, psykosociala faktorer och socioekonomiska faktorer är betydelsefulla för hur hälsan utvecklar sig. När man jämför personer som skiljer sig avseende födelseland, men är lika i andra betydelsefulla sammanhang (t.ex. avseende att ha arbete) kan man se att hos män försvinner skillnaderna i självupplevd hälsa nästan helt (se tabell 4.5). Det är med andra ord sannolikt att huvuddelen av skillnaderna inte kan förklaras av födelseland. I stället kan förutsättningarna i Sverige vara en mer betydelsefull förklaring.

Här står vi inför ett delikat dilemma. Indelning i födelseland (som tillämpas av både Vogel & Hjerm och Sundquist och hans medförfattare) medför möjlighet att påvisa variationer och inte enhetlighet och tar avstånd från en ännu enklare indelning i svenskar som norm och alla övriga som avvikande. Samtidigt kan en sådan uppdelning företrädesvis ge information som kan åskådliggöra de skilda förutsättningar som råder för olika grupper av den svenska befolkningen. Utifrån ett mänskligt rättighetsperspektiv bör ojämlikheter i hälsa reduceras. Men utifrån samma perspektiv måste även personers livsval, som inte nödvändigtvis är hälsofrämjande, respekteras och ansträngningarna från det svenska samhället att hitta innovativa lösningar för att minska de existerande skillnaderna stärkas. För att åskådliggöra att bilden inte är enhetlig och underlätta för läsaren att jämföra med annan information från ursprungskällorna har vi valt att behålla den indelning i länder och regioner som använts i ursprungsmaterialen.

Sjukdomsförekomst, levnadsvanor och hanteringsförmåga

Vi har valt ett fokus i kunskapsöversikten som inte primärt handlar om sjukdomsutfall, men några övergripande linjer kan ändå vara värda att kommentera. För en närmare analys av sjukdomsförekomsten rekommenderar vi att den intresserade läsaren tar del av studien »Födelselandets betydelse« av Sundquist och medförfattare (Statens folkhälsoinstitut 2002). Generellt kan sägas att den sociala ojämlikheten verkar föreligga för

många av de studerade sjukdomsgrupperna. I de flesta fall förekommer en snedfördelning till nackdel för personer som fötts utanför Sverige. Men skiljelinjen går inte alltid på samma ställe. Sveriges gränser kan ibland vara en avgörande gränsdragning för risken att insjukna i olika ohälsotillstånd, medan de andra gånger går vid Europas gränser eller på andra sätt. Levnadsvanorna som valts ut av Sundquist och hans medförfattare representerar några välbekanta riskfaktorer för olika typer av ohälsa. I några fall ser vi en snedfördelning.

Hanteringsförmåga som rönt stor uppmärksamhet i andra forskningsområden under de senaste årtiondena är avsevärt mindre utforskad än sjukdom eller riskfaktorer. Det är anmärkningsvärt eftersom flera teoretiska modeller har utvecklats för grupper som varit utsatta för påfrestningar, vilket kan sägas gälla även för många som kommer till Sverige. Antonovskys teoretiska modell och hans mätverktyg har använts i några sammanhang för utlandsfödda i en svensk kontext. Den samstämmiga bilden är att låg känsla av av sammanhang är relaterat till olika aspekter av psykisk ohälsa. Trots att empowerment (egenmakt) är ett centralt område inom strategier för att främja hälsa har vi inte kunnat identifiera studier som intresserar sig för detta fenomen bland personer som fötts utanför Sverige. Hur sådana strategier utformas är ett område som behöver prioriteras i fortsatt forskning.

När det gäller barns situation presenteras stöd för att vissa sjukdomar kan vara huvudsakligen genetiskt betingade och andra starkt relaterade till social utsatthet. Barns förutsättningar är nära förknippade med föräldrarnas förutsättningar i Sverige. Det gäller både barn till personer födda i och utanför Sverige. Olycksfall bland barn är ett område som kräver en mer heltäckande belysning eftersom olika studier pekar åt lite olika riktning. Det är svårt att utläsa om det förekommer fler eller färre olyckor och skador hos barn som är födda utanför Sverige, eller hos barn till föräldrar födda utanför Sverige relativt barn födda till föräldrar som har vuxit upp i Sverige. Det är möjligt att kunskapen om hur olyckor och skador kan förebyggas behöver stärkas bland föräldrar som inte tidigare fått en sådan utbildning. Socialstyrelsen menar att användningen av olika riskförebyggande produkter som t.ex. bilbarnstol och flytväst är mindre bland personer som fötts utanför Sverige. De tolkar det som bristande kunskap om betydelsen av att använda sådana produkter och föreslår en genomtänkt introduktion i de traditionella svenska folkhälsoprogrammen. Ökad kunskap är en tänkbar strategi, men vi misstänker att ekonomiska och sociala förutsättningar kan finnas med i bilden. Det är möjligt att produkternas kostnad är för hög för att det ska vara möjligt att klara av med en svag ekonomi.

I gruppen äldre har det konstaterats att psykosjukdom ökar bland de äldre som är födda utomlands. Här är förekomsten större bland personer födda utanför Sverige. Förstämningssjukdomar är däremot vanligare bland äldre födda i Sverige. Svag socioekonomisk status har ett starkt samband med ett försämrat läge när det gäller riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdom bland äldre.

Sammantaget får vår samhällsorienterade utgångspunkt för att förklara folkhälsan stöd. Samma slutsats kan dras av den genomgång av situationen för fyra olika grupper med utlandsfödda och en grupp med svenskfödda som genomförts av Socialstyrelsen (2000). I deras genomgång inbegrips flera olika mått på hälsoutfall som alla understryker detsamma. De kommer till slutsatsen att de flesta skillnader i hälsa mellan olika invandrargrupper i

studien och mellan personer födda i Sverige kan förklaras av sociala variabler såsom otrygghet, ekonomi, sysselsättning och socialt stöd.

Ett viktigt fokus för forskningen inom området folkhälsa och integration är därför att identifiera strukturella faktorer i det svenska samhället som bidrar till hälsa, och hälsa i hela och delar av befolkningen. Förståelsen för hur de makrostrukturerna påverkar funktionssätten i olika viktiga livssfärer och personers levnadsvillkor och deras förutsättningar för hälsa måste bättre belysas. Social position, ekonomiska förutsättningar och makt i samhället måste studeras noggrant för att öka förståelsen för de hälso-skillnader som kan iakttas. Några betydelsefulla analysmodeller presenteras i de nedanstående hälsosystemen.

Anknytning

Det sociala stödet och andra aspekter av kvalitén i nära relationer är viktigt för hälsan. Migration betyder ofta en förlust av viktiga relationer och kan leda till känslor av ensamhet och isolering. En sårbar grupp är personer som kommer hit från krigsområden där risken för att ha förlorat nära anhöriga är betydande. Den påfrestning som migration, i kraft av rollförändringar, längre separationer och så vidare, har på familjen måste belysas mer. Det är tydligt att kontakten med anhöriga och med bredare bekant-skapskrets är mindre bland personer födda utanför Sverige än bland de som är födda i Sverige. Personliga kontakter med människor som växt upp i Sverige verkar vara relaterat positivt till hälsa.

Barnens situation behöver belysas mer. Vi behöver förstå bättre hur de påfrestningar som kan drabba familjen under migration påverkar barnen. Det är troligt att föräldrar som är upptagna med en uppslitande separation har svårt att orka vara goda föräldrar. Det är också viktigt att se på barnens egna relationer. Hur ser det ut med vänner i olika grupper?

Äldre som kommer till Sverige har ofta en svår situation. Deras kontaktnät är begränsat och det är inte ovanligt att de har varit separerade från barnen och deras familjer under en längre tid. De äldre kan vara en viktig resurs för sammanhållningen i familjen, men möjligheten att kunna ge stöd åt den äldre kan ibland göra att barnen får mindre tid för annat såsom arbete, utbildning etc.

En viktig fråga att studera vidare handlar om hur nöjda olika grupper i Sverige är med sitt sociala kontaktnät och tillgång till socialt stöd. Kanske har man andra sätt att upprätthålla stödet såsom internet eller andra medier? Det är troligt att det som är mest betydelsefullt för hälsan är att man är tillfreds med det sociala stödet snarare än hur stort nät man objektivt kan uppmäta. Det är angeläget att fundera över hur sociala och fysiska förutsättningar i boende, offentliga miljöer och så vidare kan utformas. Detta för att främja möjligheten till anknytning och relationsbyggande, dels mellan personer med samma och olika etniska bakgrund och mellan generationer. För att belysa denna aspekt av folkhälsa och integration bör starkare samarbete mellan kulturgeografi och stadsmiljöforskning och folkhälsofältet stimuleras.

Trygghet och materiella förutsättningar

Det är vanligare bland personer som fötts utanför Sverige att leva i en mer socioekonomiskt utsatt situation. Levnadsstandard i hemmet, ekonomisk utsatthet, trångboddhet och att leva i områden med skadegörelse, våld och hot är faktorer som skiljer sig mellan personer beroende på födelseland.

Från studier kring sjukdomsbörda kan vi se att nära en tredjedel av den totala sjukdomsbördan i Sverige skulle kunna försvinna om alla fick samma socioekonomiska situation som de grupper som har den bästa situationen i Sverige i dag.

En viktig förklaring för dessa utmaningar kan vara den begränsade kopplingen för många till arbetsmarknaden. Utöver att många inte alls får tillträde till arbetsmarknaden är det också en större andel i flera grupper av utlandsfödda som har tillfälliga och osäkra anställningsformer.

Identitet och roller

Migration är för många en påfrestande process som involverar rollförluster, rollförändringar och identitetsutmaningar. Möjligheten att finna en plats, ett sammanhang i det nya samhället är en väsentlig del av att återskapa sig själv i det nya samhället. Samhällets förmåga att låta alla som lever i ett grannskap, i en stad eller arbetar i en organisation få möjlighet att vara med utan att göra avkall på sig själv är kärnan av integration på ett mellanmässkligt plan.

Stadsdel, närsamhälle, bostadsområde och kommun är arenor på lite olika nivåer där förutsättningarna för utvecklandet av identitet och roller kan ske. Delaktighet och deltagande är möjliggörare för att stärka identitet och roller. Här kan begrepp som socialt kapital vara tänkbart för att förstå hur områden kan utvecklas från hälsobelastande till hälsofrämjande. Det gäller både i det lilla, i kontakten mellan grannar upp till det större perspektivet, möjligheter att skapa en fungerande stadsdel. När det gäller integration är den viktigaste aspekten att relationer mellan olika grupper kan utvecklas. Det förutsätter troligen en stabilitet i ett område och att det finns nätverk och föreningsliv där människor engagerar sig för att utveckla den plats där man bor. Det är därför hoppfullt att deltagande i politiska möten är vanligare i de flesta grupper av utlandsfödda än bland personer födda i Sverige. Tyvärr är inte deltagandet i kommunal, landstings- eller riksdagsval lika positivt. Det är möjligt att det politiska engagemanget huvudsakligen riktas till angelägenheter i det tidigare hemlandet än till frågor om utvecklingen av Sverige.

En annan, helt central del, för delaktighet och deltagande är integration på arbetsmarknaden. Inträdet på arbetsmarknaden är lågt för de allra flesta grupper av personer födda utanför Sverige. Den utestängning från arbetsmarknaden som kan konstateras har med allra största sannolikhet allvarliga konsekvenser för hälsan.

Behovet av deltagande och delaktighet i samhället, struktur på tiden och tillskott av personliga relationer är stort även bland barn, äldre och personer som på grund av sjukdom, tillfälligt eller permanent, inte kan arbeta i ett vanligt lönearbete. Det är viktigt att meningsfulla verksamheter utformas för dessa grupper. Att samlas kring intressen, politiska eller andra, är viktigt för känslan av delaktighet. Det är angeläget att både barn och vuxna oberoende av ursprung får möjlighet att träffa personer med samma intresse oavsett tidigare bakgrund. En bättre kunskap om hur sådana möten kan underlättas är av största värde. Mer kunskap efterlyses om hur skolor och äldreboenden fungerar för att främja hälsa bland personer oberoende av födelseland.

Mänskliga rättigheter och rättvisa

Det är angeläget att se att asylprocess och etableringsprocess är en logisk helhet. Under asyltiden är det angeläget att processen är transparent och rättssäker. Det är också viktigt att situationen under väntan blir meningsfull oavsett vilket beslutet blir i ärendet. I de mänskliga rättigheterna och i konventionen om barns bästa finns viktiga principer som måste leda arbetet kring asylprocess och situationen kring den asylsökande under väntan på beslut.

En viktig fråga när det gäller mänskliga rättigheter och hälsa är tillgång på sjukvård. Enligt WHO (2003) går mänskliga rättigheter före ekonomisk prioritet. Att vuxna gömda och asylsökande inte har rätt till sjukvård som andra i Sverige är ett stort problem. Förutsättningar för ett gott liv, oavsett om personen kommer att stanna i Sverige eller ej, kräver att hälsoproblem uppmärksammas och åtgärdas. En god hälsa är en resurs som är av största vikt för att etableringsprocessen skall kunna bli så effektiv och meningsfull som möjligt.

Mer systematiserad kunskap behövs om hur erfarenheter av brott mot mänskliga rättigheter och överträdelser mot barnkonventionen påverkar hälsa hos barn, vuxna och äldre i och utanför Sverige. Här kommer även frågan om diskrimineringserfarenheter och deras betydelse för hälsa in bland utsatta grupper (p.g.a. religion och trosuppfattning, funktionshinder eller sexuell läggning).

Existentiell och kulturell sfär

När den existentiella och kulturella sfären av människors liv studeras kan man se att det finns många aspekter kring integration som anknyter till hälsa. Ett integrerat samhälle bygger på utgångspunkten att samhället ska fungera för alla, trots deras olikheter. Här är det viktigt att se det stora värdet av ett tvådimensionellt perspektiv. Den ena dimensionen handlar om möjligheten att skapa nya relationer till grupper utanför den egna gruppen och den andra dimensionen handlar om möjligheten till att bevara de egna traditionerna och olika kulturella mönster. Ett ensidigt perspektiv som mer handlar om assimilering har ofta varit rådande, där det intressanta har gällt om personer som kommer hit tar del av det svenska samhället. Det är av största vikt att understryka att integration är en ömsesidig process där samhällets förmåga att kunna fungera för alla är helt central. Här behöver mer göras för att utveckla majoritets-befolkningens förmåga till förändring till förmån för ett integrerat samhälle.

Det är av största värde att finna former för att skapa utbyte och dialog mellan alla i samhället oavsett födelseland, socioekonomisk status, kön, funktionshinder, sexuell läggning och andra olikheter. En sådan dialog måste utgå från likheter och olikheter. I anknytning till en sådan process är det viktigt att olika grupper är med och formar till exempel olika kulturella aktiviteter så att inte vissa grupper upplever sig utestängda från denna gemensamma arena.

De äldre utlandsfödda är en viktig grupp som har en roll som kulturförmedlare både när det gäller att hålla samman familjer som utsatts för påfrestningar genom migration och till andra i samhället. Samtidigt måste de förmå att klara av en flexibilitet i synen på olika frågor. Ibland är deras barn och barnbarn i en situation där de har tagit till sig den nya kulturella sfären och samtidigt har sin tillhörighet kvar i den tidigare kulturella sfä-

ren. En sådan situation är snarast utvecklande och berikande än ett hot mot endera av de olika sfärerna.

Vårdmöten

Utformningen av offentliga verksamheter innebär ur ett integrationsperspektiv att de skall klara av att ge rätt insats till varje person oavsett deras bakgrund. En viktig förutsättning för en sådan utveckling är att verksamhetens flexibilitet, kreativitet och kunskapsnivå är hög. Ett särskilt betydelsefullt inslag är att professionella i vård, omsorg och andra i den offentliga servicesektorn förstår att de kommer att möta många personer med olika förståelse för hälsa och sjukdom och andra viktiga frågor, samt att de klarar av att reflektera över sitt eget perspektiv. Ett sätt att stärka denna kapacitet är att utveckla samarbetet både mellan olika professioner, så att personer med behov av sammansatta åtgärder kan få sådant stöd, och mellan brukare och professionella, så att de två olika parterna förmår att hitta en insats som är rätt.

Det åligger alla myndigheter och verksamheter att göra sina verksamheter tillgängliga för alla. Ett sådant åtagande är det inte alla som tar. I stället förekommer många upplevelser att verksamheter fungerar utestängande för olika grupper i befolkningen. Vad vi har förstått är det sällsynt att kvalitetsmätningar och andra verksamhetsutvecklande insatser tar in det faktum att Sverige är ett land där många olika bakgrunder finns och att de olika förutsättningarna gör att vården kan upplevas på olika sätt. Det behövs ett tydligare stöd till verksamheter i många olika sektorer för att de verkligen ska lyckas skapa generella system som fungerar för alla.

Därför är det viktigt att de utbildningar, som kan erbjudas studenter som skall arbeta inom vård och service, har de kliniska verktygen för att arbeta med grundvärderingar som påverkar bemötandet av patienter. Den sistnämnda aspekten betonas och lyfts fram i olika dokument bl.a. skriften »Värdegrund för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting« (Blomgren, 2002). Integrationsverket diskuterar liknande frågor i det färskaste dokumentet »Gemensam värdegrund i mångfaldens demokrati« (Sahlberg, 2002). Man skriver att en öppen dialog kring den demokratiska värdegrundens värde måste föras överallt i samhället inklusive i sjukvården. Liknande resonemang kan föras kring patient- och anhörigutbildningar. Dessa utbildningar behöver förutom sakkunskaper kring psykiatriska besvär arbeta med den kulturellt betingade synen på psykisk sjukdom och behandling, stereotypa föreställningar kring den svenska sjukvården osv.

Interventioner

I vår genomgång av policyutveckling och program/projekt som utvecklats under de senaste åren inom fältet integration och folkhälsa kan vi göra ett antal iakttagelser som är relevanta för hur en förbättring av folkhälsan hos alla i befolkningen kan stärkas.

Ett samlat arbete för att förbättra de insatser som behövs för att påverka folkhälsan går genom ett mer fokuserat arbete som riktar sig mot centrala bestämningsfaktorer. Det krävs ett långsiktigt arbete som både verkar uppifrån och ned och nedifrån och upp. Så som det svenska samhället är organiserat är utformningen av nationell, regional och lokal politik en viktig förutsättning för att åstadkomma systempåverkan. Enligt vår uppfattning är svenska offentliga verksamheter starkt sektoriserade, med lite vana att

stödjande processer mellan olika specialistförvaltningar. Både folkhälsa och integration är frågor som inte stämmer överens med dessa strukturella förutsättningar. Enskilda och samordnade insatser inom många olika områden är nödvändiga för att påverka situationen till det bättre.

För att kunna åstadkomma framgång när det gäller folkhälsa och integration måste alla aktörer se sin egen roll i arbetet. De måste också kunna skapa samarbeten kring frågor som skär rätt över olika områden. På samma sätt som alla offentliga och andra verksamheter måste se sin roll och ansvara för sina bidrag till en förbättrad miljö, måste samma ansvar vila på verksamheterna när det gäller folkhälsa och integration. En viktig förutsättning för att kunna ta det ansvar som redan har definierats för verksamheterna är att relevant kunskap finns i verksamheterna på alla nivåer (politiker, verksamhetsledning och bland medarbetare). Enligt vår uppfattning är kunskapsnivån kring de sektorsövergripande frågorna folkhälsa och integration begränsad inom många olika fält.

Efter att ha gått igenom det material som ligger till grund för vår kunskapsöversikt är vi övertygade om att de största hälsovinster för befolkningen kan göras genom att satsa på att utveckla preventions- och hälsofrämjande strategier i vardagliga sammanhang. Förståelsen för hur hälsa främjas behöver utvecklas inom ramen för familj, bostadsområdet, arbetet, skolan, introduktionsverksamhet. Därmed säger vi inte att kvalificerad sjukvård är oviktig, snarare är det väsentligt att poängtera att vi måste lära oss att bättre skapa förutsättningar från början och därigenom minska belastningen i senare delar av kedjan. Vi ser ett viktigt område i att professionella från olika sektorerna lär av varandras specialistkompetenser för att tillsammans finna hur utvecklingen skall ske.

En viktig utveckling för interventioner inom fältet integration och folkhälsa är att försöka börja arbeta mer strategiskt med inriktning mot systemförändring än enbart med individinsatser. Länken mellan projekt och FoU-verksamhet är av största vikt för att åstadkomma långsiktigt hållbar metod- och kunskapsutveckling. Tidsaspekten i detta sammanhang är också viktig att belysa kritiskt. När vi arbetar med komplexa processer med personer i en stor omställning och trögrörliga system, måste man inse att förändring kan ta ganska lång tid. Det gäller att ge förutsättningar för att bygga upp ett förtroendefullt samarbete och att de som insatserna riktas till kan vara med i utformningen så att de känner sig som en viktig part och upplever nytta av de aktuella folkhälsoinsatserna. Många utvecklingsprojekt är kraftigt tidsbegränsade och inte anpassade för detta. Även om undantag finns bland de granskade interventionerna kan vi konstatera att få riktar sig mot hur verksamheterna är organiserade, vilka effekter som styrande policys får på förutsättningarna för hälsa eller andra genomgripande systempåverkande strategier. Utan sådana ansatser är det tveksamt hur interventionerna kan leda till bestående och kraftiga förändringar.

En annan väsentlig fråga handlar om implementering i det lokala sammanhanget och spridning externt. Projekt som handlar om att hitta ny metodik för att lösa komplexa problem är viktigt både för det sammanhang där det uppstår och för många andra som har samma utmaning. För att förstå vad projektet resulterat i och vad som varit den verkningsfulla mekanismen är kvalificerad utvärdering av största betydelse. När utvärdering och viktiga insatser identifierats måste goda spridningsstrategier tillämpas för att metoden skall kunna bli använd i ett annat sammanhang. Förmedlingen av komplexa processer, som det ofta är frågan om i dessa sammanhang, är en grannlaga pedagogisk uppgift. Här krävs också att någon följer

projektet för att se om det faktiskt fungerar även i det nya sammanhanget. Från vår granskning får vi uppfattningen att metoderna och stödet för utvärdering, implementering och överföring av kunskapen till ett nytt sammanhang måste utvecklas.

Överhuvudtaget ser vi klara brister när det gäller strategierna för utveckling inom fältet folkhälsa och integration. Om fokus för området ligger i bestämningsfaktorerna för hälsa måste utvecklingen inom området betraktas som en angelägenhet för flera olika sektorer inom den offentliga verksamheten, inklusive den frivilliga sektorn och näringslivet. Kunskapen om bestämningsfaktorer behöver höjas i många av dessa sektorer. Förutsättningarna för kvalificerat lärande och bättre metoder för kunskapsöverföring är centrala utgångspunkter för strategisk utveckling inom området.

Brister i forskningen

Det är tydligt att man med hjälp av de föreliggande resultaten kan identifiera skillnader mellan grupper kring en lång rad olika samhällsförutsättningar. Även om vi med hjälp av svenska och internationella studier kan identifiera att situationen avseende de olika hälsosystemen troligen är relaterad till hälsa, behövs i många fall ett mer specifikt empiriskt underlag. Mer forskning som kan belägga betydelsen av olika hälsodeterminanter är nödvändig och kan ge en bättre förståelse för vilka områden som bör prioriteras. För att kunna ge goda förutsättningar för en sådan analys är det angeläget att en förnyad undersökning om levnadsförutsättningar (ULF-studie) med fokus på hälsodeterminanter för olika grupper i Sverige genomförs. Den senaste större genomgången genomfördes för snart tio år sedan och adekvat forskning förutsätter ett uppdaterat material.

När det gäller barn och ungdomar med risk för utsatthet har professor Ingvar Lundberg vid Göteborgs universitet nyligen gjort en genomgång för forskningsrådet FAS. I det sammanhanget har utsatthet definierats tämligen avgränsat som olika former av övergrepp, försummelse och vanvård, emotionell kränkning och mobbning. Slutsatsen är att det behövs en djupare insikt i vad som utlöser övergrepp och vilka insatser som är lämpliga. Mer teoriutveckling och bättre samverkan mellan forskningsdiscipliner efterlyses också. Rapporten visar att det ofta saknas ett genus- och etniskt perspektiv i forskningen (Lundberg 2005).

Forskningsrådet FAS har tillsammans med Statens folkhälsoinstitut genomfört en kartläggning av folkhälsoforskning i Sverige (FAS 2003). Merparten av forskningspengarna faller inom kategorin etiologi (107 mnkr) och teori/metod (22 mnkr). Resultatet visar att forskningen som rör målområde 1, delaktighet och inflytande i samhället och 2, ekonomisk och social utsatthet är små fält. De motsvarar endast kring 3 procent vardera av studierna av de 1 280 artiklar som publicerats av svenska folkhälsoforskare i den största internationella databasen inom området, MEDLINE.

En bred metodarsenal som inkluderar såväl registerbaserad, enkätbaserad och kvalitativ forskning är nödvändig för att bättre förstå de olika bestämningsfaktorerna för folkhälsa i vår svenska befolkning, och hur deras ojämlika fördelning påverkar hälsan. Vi tror att en väg för att fördjupa kunskapen skulle vara att utarbeta en bättre växelverkan mellan kvalitativa och kvantitativa forskningsmetoder. Kvalitativa studier med personer som själva upplever utmaningarna skulle kunna ge mer kontextuella och sofistikerade beskrivningar av både fenomen och förlopp. De erfarenheterna kan senare valideras med nya kvantitativa studier.

Ett annat viktigt område som sällan får stöd är kvalificerad interventionsforskning. I rapporten av Statens folkhälsoinstitut visas att en mindre summa ges till intervention (14 mnkr) och hälsopolitik (12 mnkr) än till etiologi eller teori/metod. När projektmedel studeras visar sig etiologi utgöra nära 80 procent. Intervention och politik kommer endast upp till 16 procent tillsammans. Artiklar från svenska folkhälsoforskare, tillgängliga via MEDLINE är huvudsakligen inom området etiologi (79 procent), medan interventionsforskning endast utgör 3 procent. Studier kring strukturella insatser och processer för hälsofrämjande arbete i kommun och landsting saknas helt. En likartad slutsats drar FAS när de studerar det så kallade IMER-området (Internationell migration och etniska relationer). De pekar på behovet av att studera policy och praktik i integrationssammanhang och förekomsten av institutionell eller strukturellt betingad rasism samt området populism och främlingsfientlighet.

Tydligt är att kvalificerad forskning kring samverkan, och andra aspekter av organisering, behövs för att få en bättre förståelse för hur policy inom introduktion och andra politiska instrument implementeras i centrala, regionala och lokala sammanhang. Det är en slutsats som Integrationsverket understryker i sin senaste utvärdering av introduktionen (Integrationsverket 2005). Ett särskilt angeläget område är här att utveckla goda system för att samla utfallsdata för att identifiera effekten av olika program. Ett viktigt inslag skulle vara att utveckla kompetensen i samhällsekonomiska eller hälsoekonomiska utvärderingsmodeller som kan tillämpas inom området.

Hälsofrämjande integrationspolitik – en första skiss

Integrationspolitiken syftar till att skapa ett »samhälle för alla«, oavsett etnisk och kulturell bakgrund, genom att verka för, lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter för alla oavsett etnisk och kulturell bakgrund. Den syftar också till att skapa en samhällsgemenskap med samhällets mångfald som grund och en samhällsutveckling som kännetecknas av ömsesidig respekt för olikheter inom de gränser som följer av samhällets grundläggande demokratiska värderingar och som alla oavsett bakgrund ska vara delaktig i och medansvarig för. Detta är viktigt att lyfta fram eftersom policys kan främja hälsa, men lika väl skada och framkalla ohälsa.

Mot bakgrund av vår kunskapsöversikt kan den principiella riktigheten i ovanstående formuleringar bekräftas. Den teoretiska modell som vi presenterade tidigare i kunskapsöversikten bygger på tankegångar från modern folkhälsovetenskap där samhälleliga förutsättningar ses som av största värde för befolkningens hälsa. Ur ett hälsofrämjande perspektiv är ett integrerat samhälle en viktig förutsättning för en god hälsa för alla i befolkningen. En helt central utgångspunkt är emellertid att rättigheter, skyldigheter och möjligheter måste vara i balans. Man kan ställa sig frågan om vilka skyldigheter man har när inte rättigheter och möjligheter finns där. Det är i dag på många områden långt ifrån en likvärdighet i enlighet med intentionen ovan. Vi kan hålla med Riksrevisionen om att de offentliga verksamheternas funktionssätt sällan överensstämmer med dessa ideal (Riksrevisionen 2005). På grund av att sådana analyser sällan genomförs är det svårt att bedöma med någon säkerhet hur långt från idealen vi befinner oss inom olika områden. Gruppen är väldigt heterogen, vilket gör kunskapsläget än mer ovisst. Den generella bilden vi kan få från kunskapsöversikten visar att läget i flera olika hänseenden är ganska dystert och att vägen fram till visionen ovan är lång och komplicerad. I den sista delen av

kunskapsöversikten vill vi försöka föra fram ett antal idéer om hur en hälsofrämjande integrationspolitik skulle kunna utvecklas.

För att strategier eller interventioner skall definieras som hälsofrämjande finns ett antal riktlinjer som definierats av en arbetsgrupp av framstående forskare inom fältet (WHO 2001).

- Strategierna är utformade så att de bidrar till ökad kontroll, delaktighet och påverkan från de som är programmets målgrupp
- Programmen betraktar hälsa som ett brett perspektiv
- Social rättvisa betonas
- Inter-sektoriella insatser utgör en viktig metod

En integrationspolitik som utgår från de fyra riktlinjerna ovan bör alltså kunna fungera hälsofrämjande. Enligt den första principen är det angeläget att studera representation, inflytande och delaktighet i beslutsfattande för alla i Sverige. En hälsofrämjande integrationspolitik måste bygga på att alla i samhället kommer till tals och kan påverka hur samhället formas. Det kan gälla allt från deltagande i riksdagsval till ett gott samarbete med arbetsförmedlare på AF eller en situation i samhället där man får möjlighet att vara självförsörjande. En hälsofrämjande integrationspolitik handlar om mycket mer än lika rätt till sjukvård. Hälsa är beroende av sociala, ekonomiska, existentiella och kulturella förutsättningar och hänger nära samman med samhällets funktionssätt. Den sociala rättvisan är en basal utgångspunkt för ett hälsofrämjande arbete och en väsentlig aspekt av integrationspolitiken. Det är lätt att tolka rättvisa som att samma rutiner skall ges för alla, men två principer måste tillämpas d.v.s. lika fall skall behandlas lika utifrån kulturell bakgrund och samtidigt skall olika fall behandlas med strategier som passar för den enskilda personen. Det behövs en flexibilitet eftersom människor är olika och har olika behov. Här behövs lagtexter och föreskrifter ses över inom många olika områden. På grund av den komplexitet som ligger inom integrationsfältet är integration och hälsa som är en angelägenhet för många olika sektorer. Ett sådant arbete måste vara organiserat därefter och därför inbegripa de sektorer som behövs.

Förmågan att omsätta den integrationspolitiska visionen i praktisk handling på alla olika nivåer är en komplex utmaning. Det är viktigt att utarbeta fungerande strategier som går att tillämpa för att omsätta idealen i realitet. Inom det hälsofrämjande området har fem olika strategier utvecklats för att stödja ett sådant arbete (WHO 1986).

- Utveckla policy som främjar hälsa inom olika områden⁶
- Utveckla stödjande miljöer för hälsa
- Utveckla närsamhällets handlingskraft
- Utveckla personliga förmågor för hälsa
- Reorientera hälsosystemen för att främja hälsa

Det är intressant att tänka sig att en hälsofrämjande integrationspolitik skulle kunna arbeta med de fem strategierna som bas. Den första strategin handlar om att påverka policyutveckling inom olika fält för att främja hälsa. Ett instrument för att genomföra sådana insatser är så kallad hälsokonsekvensanalys (HKA). Genom att ta fram ett ramverk kan potentiella effekter av ett beslut utvärderas innan beslutet tas. För att omsätta en hälsofrämjande integrationspolitik borde antingen två separata analyser eller en integrerad analys av traditionell HKA och en ny form s.k. IKA (Integrationskonsekvensanalys) kunna genomföras på beslut som skall fattas inom olika sektorer.

⁶ Översättning av Fredrik Lindencrona.

Den andra strategin handlar om att de verksamheter, arbetsplatser, skolor, ålderdomshem eller andra miljöer som personer vistas i genom deras vardagliga liv kan verka positivt och negativt på deras hälsa. Det kan handla om fysisk, psykisk eller social exponering som utgör en kronisk exponering. När en miljö planeras kontinuerligt medan den är verksam är det angeläget att ha ett hälsoperspektiv med sig som ett av flera perspektiv såsom ekonomi etc. Integrationspolitiken utgår från att alla verksamheter skall vara tillgängliga och fungera för alla. På samma sätt som för den stödjande miljön för hälsa borde vardagliga miljöer utformas för att vara stödjande miljöer för integration. Det är viktigt att granska olika miljöer för deras eventuella strukturer och processer som upprätthåller institutionaliserad diskriminering och rasism.

Återkommande i vår kunskapsöversikt har olika arenor för hälsa och integration lyfts fram. Grannskapet, bostadsområdet, stadsdelen eller den miljö där personer bor, går i skola, arbetar och lever är viktiga arenor för att stödja en positiv hälsoutveckling. I strategin betonas värdet av att handlingskapaciteten ligger i händerna på de som bor och lever i området. Trots den stora påverkan utifrån är det viktigt att organisera nätverk, föreningsliv och annat så att det finns en stark kraft i det lokala sammanhanget. Här finns betydande vinster ur ett integrationsperspektiv, men det förutsätter att alla får vara med oavsett bakgrund. I ett segregerat samhälle är det av största betydelse att en förstärkt lokal handlingskraft inte går ut över ett engagemang mellan lokala sammanhang. Det är orimligt att tänka sig att redan resursstarka bostadsområden kontinuerligt premieras för att de vet hur man ska argumentera för mer resurser.

Utveckla personliga förmågor för hälsa är en strategi som handlar om att förstå hur hälsoval kan vara beroende av kunskap, ekonomi och andra förutsättningar. En viktig uppgift blir att försöka påverka de förutsättningarna så att personer kan fatta beslut för att stödja hälsa. I en hälsofrämjande integrationspolitik är det viktigt att utveckla alla människors förmåga till förståelse och respekt för andra människor i Sverige. Naturligtvis faller ett särskilt ansvar på verksamheter som har makt över andras liv. Goda utbildningsinsatser måste identifieras och tillämpas för att utveckla de förmågor som behövs för ett professionellt och gott bemötande för alla, i vårdssammanhang och utanför.

För att främja hälsa kan hälsosystemen behöva reorienteras. Problemet med processer inom vården är att de kan bidra till ohälsa. Det gäller inte bara klassiska problem med biverkningar utan inbegriper även mer proaktiva program för att göra vården till en stödjande miljö för hälsa. Med samma utgångspunkt kan man fundera över om program som har tillskapats för att stödja integration alla gånger klarar av att bidra till denna utveckling. En viktig fråga gäller att insatser som syftar till att stötta integration fortfarande tenderar att ha ett starkt individfokus. I värsta fall är det den person som är född utanför Sverige som ses som problemet som måste åtgärdas för att denne skall »passa in«. Mer insatser borde just handla om att göra de generella systemen och samhället i stort tillgängligt för alla d.v.s en nolltolerans för diskriminering.

Prioriterade utvecklingsområden för att understödja implementeringen av en hälsofrämjande integrationspolitik

- En viktig fråga handlar om att kommuner och landsting måste möta de ökade behov som kan finnas på platser där många har en socioekonomiskt utsatt position. Riktas mer resurser till »svagare områden« och är den omfördelningen i relation till behoven som finns? För att kunna göra sådana beräkningar är det angeläget att försöka finna relevanta mätetal som kan identifiera någon typ av index som kan användas vid budgetfördelning inom en kommun, landsting, stat eller andra sammanhang så att inte områden med större behov missgynnas.
- Utveckla, genom samarbete mellan myndigheter och forskare, principer för hur en IKA (Integrationskonsekvensanalys) skulle kunna se ut och tillämpas inom olika sektorer för att underlätta en strukturerad policyanalys.
- Förmågan till att genomföra det program som beskrivs ovan förutsätter att kunskapen om vad som främjar hälsa och integration utvecklas i department, myndigheter, kommuner och andra sammanhang. Som ett stöd till en sådan utveckling är forskare helt nödvändiga, dels för att bedriva ny forskning, dels i kraft av utbildare och dels som kritiskt reflekterande stöd i olika referens-grupper. För att utveckla kapaciteten är det angeläget att universitet och högskolor inför nya obligatoriska ämnen med skärningspunkterna transkulturell psykologi, etik och folkhälsa såväl på grundutbildning, master-och forskarnivå.
- Många olika parter behöver få en utökad kunskap såsom politiker, verksamhetschefer och medarbetare. Ett bättre system av regelbunden kunskapsförmedling mellan forskning, praktiker och beslutsfattare behöver utvecklas.
- För att understödja kvalificerad metod/strategiutveckling inom området behöver resurser satsas och samordnas bättre. Det vore av största vikt att samordnande grupper med representation från de olika sektorerna skapades på nationell, regional och lokal nivå. I grupperna behöver personer med kompetens kring hälsofrämjande strategier också finnas representerade. Forskare med kompetens inom området bör konsultera gruppen. En viktig uppgift vore att poola utvecklingspengar från den egna sektorn till en gemensam pott. Medlen skulle sedan användas för att stödja intressanta projekt som hade förutsättningar att utarbeta insatser som påverkade någon bestämningsfaktor avseende hälsa. En betydande granskning av projektets läropotential för andra, dess sannolikhet att skapa systempåverkan och dess sannolikhet att påverka den/de valda bestämningsfaktorerna skulle behöva genomföras. Vid ansökan skulle en förutsättning för att komma ifråga för projektmedel vara att ansökaren hade identifierat en eller flera verksamheter/system som vore intresserade av att utarbeta metoden i sitt sammanhang när projektet var avslutat, förutsatt ett positivt projektutfall. Projekten som beviljades stöd skulle sedan få sedvanligt stöd förstärkt med mer ut-

värderingsresurs än brukligt och pengar för att den eller de som genomfört projektet senare skulle få tid att utbilda de andra verksamheterna/systemen i arbetssättet. En ny utvärdering skulle ske för att följa effekterna i de nya sammanhangen.

Referenslista

- Akhavan, S., Bildt, C. O., Franzen, E. C. & Wamala, S. (2004). "Health in relation to unemployment and sick leave among immigrants in Sweden from a gender perspective." J Immigr Health **6**(3): 103-118.
- Antonovsky, A. (1987). Unraveling the Mystery of health: How People Manage Stress and Stay Well. London, Jossey-Bass.
- Arnetz, J., Almin, I., Bergström, K., Franzén, Y. & Nilsson, H. (2004). "Active Patient Involvement in the Establishment of Physical Therapy Goals: Effects on Treatment Outcome and Quality of Care." Advances in Physiotherapy(6): 50-69.
- Bala, J. (2000). The interplay of stressful and protective processes in refugee families. Health hazards of organized violence in children (II). L. V. Willigen. Utrecht, Pharos Institute.
- Basoglu, M., Livanou, M., Crnobaric, C., Franciskovic, T., Suljic, E., Duric, D. & Vranesic, M. (2005). "Psychiatric and cognitive effects of war in former yugoslavia: association of lack of redress for trauma and posttraumatic stress reactions." Jama **294**(5): 580-590.
- Bayard-Burfield, L., Sundquist, J. & Johansson, S. E. (2001). "Ethnicity, self reported psychiatric illness, and intake of psychotropic drugs in five ethnic groups in Sweden." J Epidemiol Community Health **55**(9): 657-664.
- Becker, G., Beyene, Y., Newsom, E. & Mayen, N. (2003). "Creating Continuity Through Mutual Assistance: Intergenerational Reciprocity in Four Ethnic Groups." J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci **58**(3): S151-159.
- Beiser, M. & Hou, F. (2001). "Language acquisition, unemployment and depressive disorder among Southeast Asian refugees: a 10-year study." Soc Sci Med **53**(10): 1321-1334.
- Berglund, E. & Andersson, G. (2005). Funktionshindrad introduktion? En inkluderande policy - en exkluderande praktik. Samhällsvetenskapliga institutionen. Örebro, Örebro Universitet.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I. & Seeman, T. E. (2000). "From social integration to health: Durkheim in the new millennium." Soc Sci Med **51**(6): 843-857.
- Berleen, G. (2003). Bättre hälsa hos äldre. Stockholm, Statens folkhälsoinstitut.
- Berry, J. & Kim, U. (1988). Acculturation and Mental Health. Health and Cross-Cultural Psychology. Towards Applications. P. R. Dasen, J. W. Berry & N. Sartorius. Newbury Park, Sage Publications. **Volume 10**.
- Bhugra, D. (2003). "Migration and depression." Acta Psychiatr Scand Suppl(418): 67-72.
- Bhugra, D. (2004a). "Migration and mental health." Acta Psychiatr Scand **109**(4): 243-258.
- Bhugra, D. (2004b). "Migration, distress and cultural identity." Br Med Bull **69**: 129-141.

- Birman, D., Trickett, E. & Buchanan, R. M. (2005). "A Tale of Two Cities: Replication of a Study on the Acculturation and Adaptation of Immigrant Adolescents From the Former Soviet Union in a Different Community Context." American Journal of Community Psychology **35**(1 - 2): 83-101.
- Bjurling, C. (2004). Komma till sin rätt. Om invandrade akademikers väg till kvalificerade arbeten: hinder och öppningar. Stockholm, Högskoleverket.
- Blomgren, G. (2002). Värdegrund för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting. Stockholm, HSN-staben, Stockholms Läns Landsting.
- Bodegård, G. (2004). "Asylsökande flyktingbarn utvecklar livshotande funktionsbortfall." Läkartidningen **101**: 1996-1997.
- Bodin, A. (2005). Sverige bryter ofta mot FN. Barnläkare går till attack mot Utlänningsnämnden. Dagens Nyheter. Stockholm.
- Bowman, B. J. (1996). "Cross-cultural validation of Antonovsky's Sense Of Coherence Scale." J Clin Psychol **52**(5): 547-549.
- Boydell, J., van Os, J., McKenzie, K., Allardyce, J., Goel, R., McCreadie, R. G. & Murray, R. M. (2001). "Incidence of schizophrenia in ethnic minorities in London: ecological study into interactions with environment." Bmj **323**(7325): 1336-1338.
- Braveman, P. & Gruskin, S. (2003). "Poverty, equity, human rights and health." Bulletin of the World Health Organization **81**(7): 539-545.
- Bravo Lindström, M. & Broström, E. (2005). Rapport om ett projekt. Folkhälsoarbete som stärker integrationsprocessen. Stockholm, Transkulturellt Centrum, Stockholms Läns Landsting.
- Brenner, M. H. (1995). Political economy and health. Society and health. B. C. I. Amick, S. Levine, A. R. Tarlov & D. Chapman Walsh. New York, Oxford University Press: 211-246.
- Bronfenbrenner, U. (1979). The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and design. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Brune, M., Haasen, C., Krausz, M., Yagdiran, O., Bustos, E. & Eisenman, D. (2002). "Belief systems as coping factors for traumatized refugees: a pilot study." Eur Psychiatry **17**(8): 451-458.
- Buchanan, D. R. (2000). An ethic for health promotion: Rethinking the sources of human well-being. Oxford, Oxford University Press.
- Björnhielm, S. (2003). Clinical Encounters With Different Illness Realities. Qualitative studies of illness meaning and restructuring of illness meaning among two cultural groups of female patients in a multicultural area of Stockholm. Division of Psychiatry, Neurotec Department. Stockholm, Karolinska Institutet.
- Cederblad, M., Höök, B. & Berg, R (Submitted) Behaviour and development of second-generation immigrant children during pre-school years. A longitudinal cohort study in Sweden.
- Cederblad, M., Pruksachatkunakorn, P., Boripunkul, T., Intraprasert, S. & Hook, B. (2003). "Sense of coherence in a Thai sample." Transcult Psychiatry **40**(4): 585-600.
- Cockerham, W. (2005). "Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure." Journal of Health & Social Behaviour **vol. 46**(no.1.): 51-67
- Dahlberg, K., Drew, N. & Nyström, M. (2001). Reflective Life-world Research. Lund, Studentlitteratur.
- Darvishpour, M. (2003). Invandrarkvinnor som bryter mönstret. Hur maktförskjutningen inom iranska familjer i Sverige påverkar relationen. Samhällsvetenskapliga fakulteten. Stockholm, Stockholms Universitet.

- De Palma, P. (2005). Oral health among adults homeless in Stockholm, Sweden. Odontologi. Stockholm, Karolinska Institutet.
- Dejin Karlsson, E., Hylén, A.-M. & Ali Khan, F. (2005). Utvärdering av Projektet Internationella Hälsoinformatörer (IHI) 2003-2004. Delrapport 3. Malmö, Malmö Högskola, Hälsa och samhälle samt Socialmedicinska enheten, Universitetssjukhuset MAS.
- ECRE (2004). Broken promises - forgotten principles. An ECRE evaluation of the development of EU minimum standards for refugee protection. Tampe-re 1999 - Brussels 2004., ECRE.
- Edergren, Å. (2004). Tillgång till sjukvård för gömda., Termin 3 Läkarutbild-ningen Karolinska Institutet.
- Ekblad, S., Janson, S., & Svensson, P-G. (1996) Möten i vården. Transkulturellt perspektiv på hälso- och sjukvården. Stockholm: Liber Utbildning AB.
- Ekblad, S. & Lindencrona, F. (2005). Inventering av ett transkulturellt perspektiv på utbildning. Steg 1. Solna, Karolinska Institutet.
- Ekblad, S. & Raundalen, M. (2005). "Asylsökande barn.myndigheter väntar och kräver "fakta på bordet"." Läkartidningen **102**(28-29).
- Ekblad, S. & Shahnnavaz, S. (2004). "Trauma, postmigrationsstress och suicidala tankar hos asylsökande." Suicidologi **9**(1): 19-22.
- Ekblad, S. & Silove, D. (1998). Proposal for the development of mental health and psychosocial services in refugee camps: 18 august 1998. Geneva, UNHCR.
- Ekman, S., Emami, A. & Heikkilä, K. (1998). "Äldre invandrare i vård och omsorg." Vård **1998**(2): 36-42.
- European Union (2004). The State of Mental Health in the European Union. Bruxelles, European Communities.
- FARR (2004). "Rätt till vård." FARR **4**: 12.
- FAS (2003). An Evaluation of Swedish International Migration and Ethnic Relations (IMER) Research 1995-2002. Stockholm, Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap.
- FAS (2004). International Evaluation of Swedish Public Health Research. Stockholm, Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap och Statens Folkhälsoinstitut.
- Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). "Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic re-view." Lancet **365**: 1309-1314.
- Fekete, L. (2001). "The emergence of xeno-racism." Race & Class **43**(2): 23-40.
- Ferrada-Noli, M. (2001). "Traumatisk stress och flyktingars suicidbeteende - epidemiologiska fynd." Läkartidningen **98**(44).
- Ferrie, J. E., Shipley, M. J., Newman, K., Stansfeld, S. A. & Marmot, M. (2005). "Self-reported job insecurity and health in the Whitehall II study: potential explanations of the relationship." Soc Sci Med **60**(7): 1593-1602.
- Forsell, E. (2002). Anhöriga till äldre invandrare med offentlig äldreomsorg - en fallstudie. Stockholm, Sköndalsinstitutet.
- Frommberger, U., Stieglitz, R. D., Straub, S., Nyberg, E., Schlickewei, W., Kuner, E. & Berger, M. (1999). "The concept of "sense of coherence" and the development of posttraumatic stress disorder in traffic accident vic-tims." J Psychosom Res **46**(4): 343-348.
- George, V. D. (1999). "African American women's health self-assessment: health status and the sense of coherence." J Natl Black Nurses Assoc **10**(1): 9-23.
- Gottlieb, P., Bergström, S., Silfverdal, S., Wesström, G., Silfverdal, L. & Lindmark, G. (2005). "Dags för Läkarförbundet att yttra sig om de apatiska flyktingbarnen." Läkartidningen **102**(32-33): 2236.

- Haglund, P. (2005). Huvudrapport till Statens folkhälsoinstitut med anledning av Nationella tobaksuppdraget och projektet: Tema: Tobaksprevention och invandrargrupper. Göteborg, Miljöförvaltningen Göteborgs stad.
- Hallsten, L., Bellaagh, K. & Gustafsson, K. (2002). Utbränning i Sverige - en populationsstudie. Stockholm, Arbetslivsinstitutet.
- Hauff, E. & Vaglum, P. (1997). "Establishing social contact in exile: a prospective community cohort study of Vietnamese refugees in Norway." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol **32**(7): 408-415.
- Heikkilä, K. (2004). The role of ethnicity in care of elderly Finnish immigrants. Karolinska Institutet, Department of Neurotec, Centre of Excellence in Elderly Care Research. Solna.
- Hjern, Ringbäck-Weitof & Andersson (2001). "Sociodemographic risk factors for home-type injuries in Swedish infants and toddlers." Acta Paediatrica **90**(1): 61-68.
- Hjern, A., Angel, B. & Jeppson, O. (1998). "Political violence, family stress and mental health of refugee children in exile." Scand J Soc Med **26**(1): 18-25.
- Hobfoll, S. E., Jackson, A., Hobfoll, I., Pierce, C. A. & Young, S. (2002). "The impact of communal-mastery versus self-mastery on emotional outcomes during stressful conditions: a prospective study of Native American women." Am J Community Psychol **30**(6): 853-871.
- Hultman, K. (2002). BVC i mångkulturell belysning - Hinder och möjligheter för förståelse. Institutet för Psykosocial Medicin. Solna, Karolinska Institutet.
- Integrationsverket (2004). Överenskommelse om utveckling av introduktionen för flyktingar och andra invandrare, Arbetsmarknadsstyrelsen, Integrationsverket, Migrationsverket, Myndigheten för Skolutveckling, Skolverket, Svenska Kommunförbundet.
- Integrationsverket (2004) Nationell samsyn om hälsa och den första tiden i Sverige. Norrköping: Integrationsverket.
- Integrationsverket (2005). Introduktion för nyanlända invandrare - enkätundersökning 2004. Norrköping, Integrationsverket.
- Janson, S., Sundelin, C. & Starrin, B. (2001). "Fattiga barns hälsa i det rika Europa." Läkartidningen (24): 2915-2917.
- Janzen, B. L. & Muhajarine, N. (2003). "Social role occupancy, gender, income adequacy, life stage and health: a longitudinal study of employed Canadian men and women." Social Science & Medicine **57**(8): 1491.
- Johansson Blight, K. & Ekblad, S. (manuskript) Introduction for Children of Refugee Background in Sweden. Health, Well-being.
- Johansson Blight, K. & Lindencrona, F. (2003). "Hälsofrämjande Introduktion - en teoretisk genomgång med praktiska implikationer." Socialmedicinsk Tidskrift **80**(1).
- Johnell, K., Merlo, J., Lynch, J. & Blennow, G. (2004). "Neighbourhood social participation and women's use of anxiolytic-hypnotic drugs: a multilevel analysis." J Epidemiol Community Health **58**(1): 59-64.
- Kaniasty, K. & Norris, F. H. (2000). "Help-Seeking Comfort and Receiving Social Support: The Role of Ethnicity and Context of Need." American Journal of Community Psychology **28**(4): 545-581.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). Healthy work. New York, Basic Books.
- Kawachi, I. (2000). Income inequality and health. Social epidemiology. L. Berkman & I. Kawachi. Oxford, Oxford University Press: 76-94
- Kawachi, I. & Berkman, L. F. (2001). "Social ties and mental health." J Urban Health **78**(3): 458-467.

- Koch, M. W., Bjerregaard, P. & Curtis, C. (2004). "Acculturation and mental health--empirical verification of J.W. Berry's model of acculturative stress." *Int J Circumpolar Health* **63 Suppl 2**: 371-376.
- Krantz, G. & Ostergren, P. O. (2004). "Does it make sense in a coherent way? Determinants of sense of coherence in Swedish women 40 to 50 years of age." *Int J Behav Med* **11**(1): 18-26.
- Krieger, N. (2001). "Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective." *Int J Epidemiol* **30**(4): 668-677.
- Kunst, A. E., Bos, V., Lahelma, E., Bartley, M., Lissau, I., Regidor, E., Mielck, A., Cardano, M., Dalstra, J. A., Geurts, J. J., Helmert, U., Lennartsson, C., Ramm, J., Spadea, T., Stronegger, W. J. & Mackenbach, J. P. (2004). "Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries." *Int J Epidemiol*.
- Kymlicka, W. (2002). *Contemporary political philosophy*. Oxford, Oxford University Press.
- Lachman, M. E. & Weaver, S. L. (1998). "The sense of control as a moderator of social class differences in health and well-being." *J Pers Soc Psychol* **74**(3): 763-773.
- Lahelma, E., Kivela, K., Roos, E., Tuominen, T., Dahl, E., Diderichsen, F., Elstad, J. I., Lissau, I., Lundberg, O., Rahkonen, O., Rasmussen, N. K. & Yngwe, M. A. (2002). "Analysing changes of health inequalities in the Nordic welfare states." *Soc Sci Med* **55**(4): 609-625.
- Lanesjö, E. (2003). "Nationellt nätverk ställer krav." *Äldre i Centrum*(2): 12-13.
- Lantz, P. M., Lynch, J. W., House, J. S., Lepkowski, J. M., Mero, R. P., Musick, M. A. & Williams, D. R. (2001). "Socioeconomic disparities in health change in a longitudinal study of US adults: the role of health-risk behaviors." *Soc Sci Med* **53**(1): 29-40.
- Larsson, N. (2005). Exploring the meaning of protection in a refugee context., Karolinska Institutet.
- Lee, C. & Powers, J. R. (2002). "Number of Social Roles, Health, and Well-Being in Three Generations of Australian Women." *International Journal of Behavioral Medicine* **9**(3): 195-215.
- Lie, B. (2002). "A 3-year follow-up study of psychosocial functioning and general symptoms in settled refugees." *Acta Psychiatr Scand* **106**(6): 415-425.
- Lill, L. (2002). Så görs etnicitet - äldreomsorgspersonal resonerar om etniska relationer. *Arbetslivsinstitutet Syd*. Malmö, Malmö Högskola.
- Lindencrona, F., Ekblad, S. & Charry, J. (2001). Kartläggning av levnadsomständigheter, behandlingskontakter och samverkansinsatser för nybesökspatienter på Fittja psykiatriska öppenvårdsmottagning 1998-1999. Stockholm, Institutet för Psykosocial Medicin sam Avd. för stressforskning, Karolinska Institutet.
- Lindqvist, R. & Nylén, U. (2002). Bassjukvårdsförsöket. Slutrapport från utvärdering av försöksverksamhet med lokal vård, omsorg och socialservice i fem Västerbottenskommuner. Umeå, UCER.
- Lindstrom, M. (2004). "Social capital, the miniaturisation of community and self-reported global and psychological health." *Soc Sci Med* **59**(3): 595-607.
- Lindstrom, M. (2005). "Ethnic differences in social participation and social capital in Malmo, Sweden: a population-based study." *Soc Sci Med* **60**(7): 1527-1546.

- Lindstrom, M., Moghaddassi, M. & Merlo, J. (2004). "Individual self-reported health, social participation and neighbourhood: a multilevel analysis in Malmo, Sweden." Preventive Medicine **39**(1).
- Link, B. G. & Phelan, J. (1995). "Social conditions as fundamental causes of disease." J Health Soc Behav Spec No: 80-94.
- Ljung, R., Peterson, S., Hallqvist, J., Heimerson, I. & Diderichsen, F. (2005). "Socioeconomic differences in the burden of disease in Sweden." Bull World Health Organ **83**(2): 92-99.
- Lorant, V., Deliege, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P. & Ansseau, M. (2003). "Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis." Am J Epidemiol **157**(2): 98-112.
- Lundberg, I. (2005). Utsatta flickor och pojkar - en översikt av aktuell svensk forskning. Stockholm, FAS.
- Lundberg, O. & Palme, J. (2002). "A balance sheet for welfare: Sweden in the 1990s." Scandinavian Journal of Public Health **30**(241-243).
- Lundh, B. & Malmquist, J. (2005). Medicinska ord. Det medicinska språket: begrepp, definitioner, termer. Lund, Studentlitteratur.
- Macintyre, S., Ellaway, A. & Cummins, S. (2002). "Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them?" Social Science & Medicine **55**(1): 125.
- Mann, J., Gruskin, S., Grodin, M. & Annas, G. (1999). Health and Human Rights. A reader. Great Britain, Routledge.
- Marmot, M. (2004). Status Syndrome: How your social standing directly influences your health and life expectancy. London, Bloomsbury publishing.
- Marmot, M. & Wilkinson, R. (1999). Social Determinants of Health. Oxford, Oxford University Press.
- Martin, P. & Widgren, J. (2002). "International Migration: facing the challenge." Population Bulletin **57**(1): 3-39.
- McEwen, B. S. (2004). "Protection and damage from acute and chronic stress: allostasis and allostatic overload and relevance to the pathophysiology of psychiatric disorders." Ann N Y Acad Sci **1032**: 1-7.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A. & Glanz, K. (1988). "An ecological perspective on health promotion programs." Health Educ Q **15**(4): 351-377.
- Medin, J. & Alexandersson, K. (2000). Begreppen hälsa och hälsofrämjande: en litteraturstudie. Lund, Studentlitteratur.
- Merlo, J., Asplund, K., Lynch, J., Rastam, L. & Dobson, A. (2004). "Population Effects on Individual Systolic Blood Pressure: A Multilevel Analysis of the World Health Organization MONICA Project." Am. J. Epidemiol. **159**(12): 1168-1179.
- Momartin, S., Silove, D., Manicavasagar, V. & Steel, Z. (2004). "Comorbidity of PTSD and depression: associations with trauma exposure, symptom severity and functional impairment in Bosnian refugees resettled in Australia." J Affect Disord **80**(2-3): 231-238.
- Moos, R. H. (2002). "The mystery of human context and coping: an unraveling of clues." American Journal of Community Psychology **30**(1): 67-88.
- Moos, R. H. (2003). "Social contexts: transcending their power and their fragility." American Journal of Community Psychology **31**(1-2): 1-13.
- Muntaner, C., Eaton, W. W. & Diala, C. C. (2000). "Social inequalities in mental health: a review of concepts and underlying assumptions." Health: an interdisciplinary journal **4**(1): 89-113.
- Muntaner, C., Lynch, J. & Smith, G. D. (2001). "Social capital, disorganized communities, and the third way: understanding the retreat from structural

- inequalities in epidemiology and public health." Int J Health Serv **31**(2): 213-237.
- Navarro, V. (2004). "Commentary: Is capital the solution or the problem?" Int J Epidemiol **33**(4): 672-674; discussion 700-674.
- Nilsson, B., Holmgren, L., Stegmayr, B. & Westman, G. (2003). "Sense of coherence--stability over time and relation to health, disease, and psychosocial changes in a general population: a longitudinal study." Scand J Public Health **31**(4): 297-304.
- Ohlsson, M. (2005). "Gömnda vågar inte söka vård." Läkartidningen **102**: 1551-1552.
- Olivius, G., Ostergren, P. O., Hanson, B. S. & Lyttkens, C. H. (2004). "Parental economic stress: evidence of an overlooked public health risk among Swedish families." Eur J Public Health **14**(4): 354-360.
- PfHR (2002). From persecution to prison: the health consequences of detention for asylum seekers. Boston and New York City, Physicians for Human Rights and the Bellevue/NYU Program for survivors of Torture.
- Pudaric, S. (2002). Elderly Immigrants, Socio-economic Status and Health. Medicinska fakulteten. Lund, Lunds Universitet.
- Pudaric, S., Sundquist, J. & Johansson, S.-E. (2000). "Major risk factors for cardiovascular disease in elderly immigrants in Sweden." Ethnicity & Health **5**(2): 137-150.
- Raphael, D., Macdonald, J., Colman, R., Labonte, R., Hayward, K. & Torgerson, R. (2005). "Researching income and income distribution as determinants of health in Canada: gaps between theoretical knowledge, research practice, and policy implementation." Health Policy **72**(2): 217-232.
- Riksrevisionen (2005). Från invandrapolitik till invandrapolitik. Stockholm, Riksrevisionen.
- Riksrevisionsverket (2002). RRV: 2002:15a. Att etablera sig i Sverige. En granskning av introduktionsverksamheten för flyktingar och deras anhöriga. Stockholm, Riksrevisionsverket.
- Robertson, E., Iglesias, E., Johansson, S. E. & Sundquist, J. (2003). "Migration status and limiting long-standing illness: a longitudinal study of women of childbearing age in Sweden." Eur J Public Health **13**(2): 99-104.
- Rodriguez, E., Allen, J. A., Frongillo, E. A., Jr. & Chandra, P. (1999). "Unemployment, depression, and health: a look at the African-American community." J Epidemiol Community Health **53**(6): 335-342.
- Ross, C. E. & Jang, S. J. (2000). "Neighborhood Disorder, Fear, and Mistrust: The Buffering Role of Social Ties with Neighbors." American Journal of Community Psychology **28**(4): 401-420.
- Roth, G., Ekblad, S. (i tryck) A longitudinal perspective on depression and sense of coherence – in a sample of massevacuated adults from Kosovo. Brief Report. Journal of Nervous and Mental Disease (accepted 29 August, 2005)
- Sagy, S. & Antonovsky, H. (2000). "The development of the sense of coherence: a retrospective study of early life experiences in the family." Int J Aging Hum Dev **51**(2): 155-166.
- Sahlberg, L. (2004). Gemensam värdegrund i mångfaldens demokrati. Norrköping, Integrationsverket.
- Schnyder, U., Buchi, S., Sensky, T. & Klaghofer, R. (2000). "Antonovsky's sense of coherence: trait or state?" Psychother Psychosom **69**(6): 296-302.
- Shaw, M., Dorling, D. & Davey Smith, G. (1999). Poverty, social exclusion and minorities. Social Determinants of Health. M. Marmot & R. Wilkinson. Oxford, Oxford University Press.

- Silove, D. (1999). "The Psychosocial Effects of Torture, mass Human Rights Violations and Refugee Trauma - Toward an Integrated Conceptual Framework." Journal of Nervous and Mental Disease **187**(4): 200-207.
- Silove, D. (2004). The Global Challenge of Asylum. Broken Spirits. The treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees, War and Torture Victims. J. Wilson & B. Drozdek. New York, Brunner-Routledge.
- Silove, D. & Ekblad, S. (2002). "How well do refugees adapt after resettlement in Western countries?" Acta Psychiatr Scand **106**(6): 401-402.
- Silove, D., Steel, Z., McGorry, P. & Drobny, J. (1999). "Problems Tamil asylum seekers encounter in accessing health and welfare services in Australia." Soc Sci Med **49**(7): 951-956.
- Silove, D., Steel, Z. & Watters, C. (2000). "Policies of deterrence and the mental health of asylum seekers." JAMA **284**(5): 604-611.
- SISUS (2006) Statens Institut för Särskilt Utbildningsstöd. Hemsida: www.sisus.se.
- Smith, G. D. & Lynch, J. (2004). "Commentary: Social capital, social epidemiology and disease aetiology." Int J Epidemiol **33**(4): 691-700; discussion 705-699.
- Smith, P. M., Breslin, F. C. & Beaton, D. E. (2003). "Questioning the stability of sense of coherence--the impact of socio-economic status and working conditions in the Canadian population." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol **38**(9): 475-484.
- Snowden, L. R. (2005). "Racial, Cultural and Ethnic Disparities in Health and Mental Health: Toward Theory and Research at Community Levels." American Journal of Community Psychology **35**(1 - 2): 1-8.
- Socialstyrelsen (1999). Äldre födda utomlands. En demografisk beskrivning. Stockholm, Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2000) Olika villkor - olika hälsa. En studie bland invandrare från Chile, Iran, Polen och Turkiet. Stockholm, Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2000). Anhöriga till äldre invandrare. En fallstudie av anhöriga till äldre utomeuropeiska invandrare utan offentlig äldreomsorg. Anhörig 300. Stockholm, Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2001). Äldreomsorg för finsktalande i Sverige. Stockholm, Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2003). Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2003. Stockholm, Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2005). Folkhälsorapport 2005. Stockholm, Socialstyrelsen.
- Solantaus, T., Leinonen, J. & Punamaki, R. L. (2004). "Children's mental health in times of economic recession: replication and extension of the family economic stress model in Finland." Dev Psychol **40**(3): 412-429.
- SOU (2003a) Etablering i Sverige – möjligheter och ansvar för individ och samhälle. SOU 2003:75.
- SOU (2003b) Vidare vägar och vägen vidare - svenska som andraspråk för samhälls- och arbetsliv. SOU 2003:77.
- SOU (2004). Ekonomiskt utsatta barn. SOU 2004:41. Stockholm, Socialdepartementet.
- Statens Folkhälsoinstitut. (2002) Födelselandets betydelse - En rapport om hälsan hos olika invandrargrupper i Sverige. Rapport 2002:29. Stockholm (www.fhi.se).
- Statens Folkhälsoinstitut (2003) Valfärd, jämlikhet och folkhälsa - vetenskapligt underlag för begrepp, mått och indikatorer. Stockholm, Statens folkhälsoinstitut

- Steel, Z., Silove, D., Bird, K., McGorry, P. & Mohan, P. (1999). "Pathways from war trauma to posttraumatic stress symptoms among Tamil asylum seekers, refugees, and immigrants." *J Trauma Stress* **12**(3): 421-435.
- Steel, Z., Silove, D., Chey, T., Bauman, A. & Phan, T. (2005). "Mental disorders, disability and health service use amongst Vietnamese refugees and the host Australian population." *Acta Psychiatr Scand* **111**(4): 300-309.
- Stokols, D. (1992). "Establishing and Maintaining Healthy Environments." *American Psychologist* **47**(1): 6-22
- Sundquist, J., Bayard-Burfield, L., Johansson, L. M. & Johansson, S. E. (2000). "Impact of ethnicity, violence and acculturation on displaced migrants: psychological distress and psychosomatic complaints among refugees in Sweden." *J Nerv Ment Dis* **188**(6): 357-365.
- Sundquist, J., Ostergren, P. O., Sundquist, K. & Johansson, S. E. (2003). "Psychosocial working conditions and self-reported long-term illness: a population-based study of Swedish-born and foreign-born employed persons." *Ethn Health* **8**(4): 307-317.
- Svenska kommunförbundet (2000). Etniskt äldreboende och seniorbostäder - En kartläggning. Stockholm, Svenska Kommunförbundet.
- Sverige Mot Rasism (2002). Integration.
- Sveriges kommuner och landsting (2005). Sjukvård åt asylsökande, omfattning och kostnader 2004. Stockholm, Sveriges kommuner och landsting.
- Szreter, S. & Woolcock, M. (2004). "Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health." *Int J Epidemiol* **33**(4): 650-667.
- Söndergaard, H. P. (2002). Post-traumatic stress disorder and life events among recently resettled refugees. Department of Public Health Sciences, Division of Psychosocial Factors and Health. Solna, Karolinska Institutet.
- Tang, S. T. & Dixon, J. (2002). "Instrument translation and evaluation of equivalence and psychometric properties: the Chinese Sense of Coherence Scale." *J Nurs Meas* **10**(1): 59-76.
- Thapa, S. B. & Hauff, E. (2005). "Gender differences in factors associated with psychological distress among immigrants from low- and middle-income countries Findings from the Oslo Health Study." *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* **40**(1): 78-84.
- Triandis, H. C. (2001). "Individualism-collectivism and personality." *J Pers* **69**(6): 907-924.
- Triandis, H. C. & Suh, E. M. (2002). "Cultural influences on personality." *Annu Rev Psychol* **53**: 133-160.
- UNHCR (2001). The State of the World's Refugees 2000. Geneva & Oxford, UNHCR and Oxford University Press.
- van Lenthe, F. J., Borrell, L. N., Costa, G., Diez Roux, A. V., Kauppinen, T. M., Marinacci, C., Martikainen, P., Regidor, E., Stafford, M. & Valkonen, T. (2005). "Neighbourhood Unemployment and All Cause Mortality: A Comparison of Six Countries." *J Epidemiol Community Health* **59**(3): 231-237
- Wasserman, D. & Narboni, V. (2002). Guidelines for suicide prevention in schools. Stockholm, National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-health, Institute of Psychosocial Medicine and Stockholm City Council.
- Weddig & Runquist (2002). Anhöriga till psykisk sjuka personer från Iran, Irak och Somalia. Stockholm, Socialstyrelsen.
- Weine, S. M., Vojvoda, D., Becker, D. F., McGlashan, T. H., Hodzic, E., Laub, D., Hyman, L., Sawyer, M. & Lazrove, S. (1998). "PTSD symptoms in

Bosnian refugees 1 year after resettlement in the United States." Am J Psychiatry **155**(4): 562-564.

WHO (1946) Constitution of the World Health Organization.

WHO (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion, World Health Organization.

WHO (1998). Health Promotion Glossary. Geneva, World Health Organization.

- WHO (1999) Ageing and Health. A Global Challenge for the 21st Century. Document produced by the WHO Kobe Centre for Research. WHO/WCK/SYM/99.1
- WHO. (2000a). "Fifth Global Conference on Health Promotion. Health Promotion: Bridging the Equity Gap. Mexico City June 5th." Retrieved October 18, 2004, from www.who.int/hpr/ncp/docs/mexico_ministerial_statement.pdf.
- WHO (2000b). Preventing suicide. A resource for teachers and other school staff. Mental and behavioural disorders. Geneva, Department of mental health, World Health Organization.
- WHO (2001). Evaluation in health promotion: principles and perspectives. Copenhagen, World Health Organization.
- WHO (2002). The right to health. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2003). International Migration, Health & Human rights. Health and Human rights Publication Series. Issue 4. Geneva, World Health Organization.
- Wilkinson, R. (1996). Unhealthy Societies - the Afflictions of Inequality. London, Routledge.
- Vogel, J. & Hjerm, M. (2002). Integration till svensk välfärd? Om invandrarnas välfärd på 90-talet. In Swedish. (Integration into Swedish welfare? Immigrants' welfare in the 1990s.). Örebro, Statistics Sweden.
- Volanen, S. M., Lahelma, E., Silventoinen, K. & Suominen, S. (2004). "Factors contributing to sense of coherence among men and women." Eur J Public Health **14**(3): 322-330.
- Wren, K. & Boyle, P. (2001). Migration and work-related health in Europe. A literature review. Stockholm, National Institute for Working Life.
- Välfärdskommissionen (2003). "3. Individual Resources II: Developments in the Welfare of Particular Groups." Scandinavian Journal of Public Health **31**(Supplement).

Tabeller kring sjukdomsförekomst och levnadsvanor

I kapitlet refereras till tabellerna 4.1-4.5 som presenteras nedan. Tabellerna har alla hämtats ur rapporten Födelselandets betydelse av Sundquist m.fl (2002). Länder/regioner är desamma som används av Sundquist m.fl. För en diskussion om indelningen hänvisas till den ursprungliga rapporten samt till den kritiska reflektionen över den studien i kapitel 3 i denna kunskapsöversikt.

Följande symboler används i tabellerna:

Kön:

M = Man

K = Kvinna

Angivelser för relativ risk

+ = en signifikant **högre** risk än för jämförelsegruppen (män resp. kvinnor födda i Sverige) som är mellan 0,1% och 99,9%.

++ = en signifikant **högre** risk än för jämförelsegruppen (män resp. kvinnor födda i Sverige) som är mellan 100% och 199,9%.

+++ = en signifikant **högre** risk än för jämförelsegruppen (män resp. kvinnor födda i Sverige) som är mellan 200% och 299,9%.

O.S.V.

0 = ingen signifikant skillnad i risk kan identifieras

- = en signifikant **lägre** risk än för jämförelsegruppen (män resp. kvinnor födda i Sverige) som är mellan 0,1% och 99,9%.

i.u. = ingen uppgift finns för gruppen

Tabell 4.1. Psykiatriska tillstånd (incidenser, åldersjusterade relativa risker, befolkningen 25-64 år med uppföljning 1994-1998)

| | OECD | FINLAND | SYDEUROPA | POLEN | BOSNIEN | TURKIET | IRAN | LATINAMERIKA | IRAK M.FL. | ASIEN | ÖST-EUROPA | AFRIKA UTOM NORD |
|--|------|---------|-----------|-------|---------|---------|------|--------------|------------|-------|------------|------------------|
| Sjukhusvård för Schizofreni | | | | | | | | | | | | |
| M | - | + | + | + | i.u. | + | + | 0 | + | + | + | ++ |
| K | 0 | ++ | + | ++ | i.u. | 0 | 0 | 0 | 0 | + | + | ++ |
| Sjukhusvård för förstämningssyndrom (d.v.s. depression och bipolär sjukdom/manodepression) | | | | | | | | | | | | |
| M | 0 | + | 0 | + | i.u. | 0 | + | 0 | + | - | 0 | 0 |
| K | + | + | + | + | i.u. | - | + | 0 | 0 | - | 0 | + |
| Sjukhusvård för självmordsförsök | | | | | | | | | | | | |
| M | + | ++ | - | + | i.u. | 0 | + | 0 | + | 0 | 0 | i.u. |
| K | + | + | + | ++ | i.u. | 0 | ++ | + | 0 | + | + | i.u. |

Tabell 4.2. HJÄRT- OCH KÄRLSJKDOMAR (incidenser, åldersjusterade relativa risker, befolkningen 35-74 år med uppföljning 1997-1998)

| | OECD | FINLAND | SYDEUROPA | POLEN | BOSNIEN | TURKIET | IRAN | LATIN-AMERIKA | IRAK M.FL.. | ASIEN | ÖST-EUROPA | AFRIKA UTOM NA |
|---|------|---------|-----------|-------|---------|---------|------|---------------|-------------|-------|------------|----------------|
| M | 0 | + | 0 | + | + | + | - | - | 0 | 0 | + | - |
| K | 0 | + | + | + | + | + | 0 | - | + | - | 0 | - |

Tabell 4.3. CANCERFORMER (incidenser, åldersjusterade relativa risker, utlandsfödda i förhållande till födda 1882-1970 och bosatt i Sverige 1990, med uppföljning 1991-1998)

| | OECD | FINLAND | SYDEUROPA | POLEN | BOSNIEN | TURKIET | IRAN | LATIN -AMERIKA | IRAK M.FL. | ASIEN | ÖST- EUROPA | AFRIKA UTOM NA |
|-------------------------|------|---------|-----------|-------|---------|---------|------|-------------------|---------------|-------|----------------|-------------------|
| Lungcancer (ICD 7; 162) | | | | | | | | | | | | |
| M | + | + | + | + | + | + | - | 0 | 0 | 0 | + | 0 |
| K | + | + | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | - | 0 | 0 |
| Tjocktarm (ICD 7; 153) | | | | | | | | | | | | |
| M | 0 | 0 | 0 | + | 0 | 0 | 0 | - | - | 0 | 0 | 0 |
| K | + | - | 0 | 0 | 0 | - | - | - | 0 | - | 0 | 0 |
| Prostata (ICD 7; 177) | | | | | | | | | | | | |
| M | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Bröst (ICD 7; 170) | | | | | | | | | | | | |
| K | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | - | - | - | - | 0 | - |

Tabell 4.4. Andel personer med muskeloskeltala besvär och svårigheter i grupper med olika födelseländer (%)

| | S V E | NORDEN | CENTR. EU | SYD- EUROPA | FD.JUGO- SLAVIEN | ÖST- EUROPA | POLEN | MELLERSTA ÖSTERN | TUR- KIET | IRAN | LATIN- AMERIKA | AFRIKA |
|---|-------------|--------|--------------|----------------|---------------------|----------------|-------|---------------------|--------------|------|-------------------|--------|
| Andel personer med rörelsehinder | | | | | | | | | | | | |
| M | 4,5 | 6,7 | 6,3 | 11 | 14 | 8,3 | 17 | 13 | 13 | 9 | 12 | 12 |
| K | 6,7 | 8,2 | 8,3 | 18 | 18 | 16 | 18 | 27 | 21 | 27 | 21 | 12 |
| < 10 år | | 5,3 | 6,4 | 15 | 15 | 11 | 27 | 19 | 0 | 19 | 15 | 13 |
| > 10 år | | 6,8 | 6,8 | 13 | 16 | 11 | 16 | 19 | 21 | 15 | 17 | 13 |
| Andel personer med värk | | | | | | | | | | | | |
| M | 54 | 63 | 57 | 58 | 57 | 62 | 65 | 68 | 70 | 72 | 72 | 50 |
| K | 66 | 71 | 71 | 78 | 77 | 75 | 78 | 79 | 73 | 79 | 77 | 73 |
| < 10 år | | 69 | 63 | 62 | 63 | 62 | 68 | 75 | 73 | 77 | 74 | 62 |
| > 10 år | | 67 | 64 | 79 | 80 | 73 | 76 | 77 | 72 | 79 | 78 | 65 |

Tabell 4.5. Självskattad hälsa och hälsorelaterade levnadsvanor (%)

| | SVE | OECD | FIN- LAND | SYD- EUROPA | POL EN | BOSNIEN | TURKIET | IRAN | CHILE | IRAK | ASIEN | ÖST- EUROPA | ÖVRIGA |
|--|-----|------|--------------|----------------|-----------|---------|---------|------|-------|------|-------|----------------|--------|
| Självskattad hälsa (justerat för ålder) | | | | | | | | | | | | | |
| M | 83 | 0 | - | - | - | i.u. | - | - | - | i.u. | i.u. | 0 | - |
| K | 80 | 0 | - | - | - | i.u. | - | - | - | i.u. | i.u. | 0 | - |
| Självskattad hälsa (justerat för ålder, livsstilsfaktorer, psykosociala faktorer och socioekonomiska faktorer) | | | | | | | | | | | | | |
| M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | i.u. | 0 | 0 | 0 | i.u. | i.u. | 0 | - |
| K | 0 | 0 | 0 | - | - | i.u. | - | - | - | i.u. | i.u. | 0 | - |
| Dagligrökare | | | | | | | | | | | | | |
| M | 18 | 0 | + | + | + | i.u. | + | + | + | i.u. | i.u. | + | + |
| K | 25 | 0 | + | 0 | + | i.u. | 0 | + | 0 | i.u. | i.u. | 0 | 0 |
| Övervikt | | | | | | | | | | | | | |
| M | 52 | 0 | 0 | + | 0 | i.u. | 0 | 0 | 0 | i.u. | i.u. | 0 | 0 |
| K | 32 | 0 | 0 | + | 0 | i.u. | + | + | + | i.u. | i.u. | 0 | 0 |
| Regelbunden motion | | | | | | | | | | | | | |
| M | 54 | 0 | - | 0 | - | i.u. | - | - | - | i.u. | i.u. | 0 | - |
| K | 59 | 0 | 0 | - | - | i.u. | - | - | - | i.u. | i.u. | - | - |
| Bra socialt nätverk | | | | | | | | | | | | | |
| M | 52 | 0 | 0 | 0 | + | i.u. | + | 0 | - | i.u. | i.u. | - | - |
| K | 64 | 0 | - | 0 | + | i.u. | 0 | - | - | i.u. | i.u. | - | - |
| Rädd att gå ut | | | | | | | | | | | | | |
| M | 3 | + | 0 | + | + | i.u. | + | + | + | i.u. | i.u. | 0 | + |
| K | 15 | 0 | + | + | + | i.u. | + | + | + | i.u. | i.u. | 0 | + |

Tabell kring hanteringsförmåga

I kapitlet refereras en tabell 5.1. som presenteras nedan. Materialet är hämtat ur Integration till svensk välfärd av Vogel, Hjerm och Johansson (2002). Data kommer från ULF-undersökningarna 1993-2000 (slumpmässiga urval av den svenska befolkningen 16-74 år). Bortfallet uppskattas till cirka 20% av de tillfrågade. Den totala gruppen personer som kunnat inkluderas när data från åren 1993-2000 samlats ihop (aggregerats) utgörs av 38 284 personer födda i Sverige och 3957 personer i andra länder. Stickprovsgrupper där mindre än 135 personer har intervjuats har uteslutits.

Modellerna för kön är kontrollerade för familjesituation, ålder och utbildning. Modellerna för år i Sverige är kontrollerade för familjesituation, kön, ålder och utbildning. För en diskussion om indelningen i länder/regioner hänvisas till den ursprungliga rapporten samt till den kritiska reflektionen över den studien i kapitel 3 i denna kunskapsöversikt.

Följande symboler används i tabellerna:

Kön:

M = Man

K = Kvinna

Vistelseid:

< 10 år = Personer som vistats i Sverige **mindre** än tio år vid undersökningstillfället

> 10 år = Personer som vistats i Sverige **mer** än tio år vid undersökningstillfället

Tabell 5.1. Andelen personer som uppger att de kan överklaga myndighetsbeslut själva (%).

| | NORDEN | CENTRALA EU | SYDEUROPA | FD. JUGO- SLAVIEN | ÖST- EUROPA | POLEN | MELLERSTA ÖSTERN | TUR- KIET | IRAN | LATIN- AMERIKA | AFRIKA |
|---------|--------|----------------|-----------|----------------------|----------------|-------|---------------------|--------------|------|-------------------|--------|
| S | | | | | | | | | | | |
| V | | | | | | | | | | | |
| E | | | | | | | | | | | |
| M | 72 | 75 | 44 | 42 | 71 | 69 | 61 | 61 | 63 | 61 | 61 |
| K | 68 | 66 | 42 | 39 | 54 | 51 | 51 | 55 | 54 | 55 | 47 |
| < 10 år | 67 | 56 | 33 | 33 | 45 | 36 | 46 | 52 | 53 | 43 | 47 |
| > 10 år | 72 | 75 | 53 | 53 | 72 | 66 | 61 | 54 | 62 | 61 | 54 |

Tabeller kring anknytning

I kapitlet refereras tabell 6.1 – 6.3 som presenteras nedan. Materialet är hämtat ur Integration till svensk välfärd av Vogel, Hjerm och Johansson (2002). Data kommer från ULF-undersökningarna 1993-2000 (slumpmässiga urval av den svenska befolkningen 16-74 år). Bortfallet uppskattas till cirka 20% av de tillfrågade. Den totala gruppen personer som kunnat inkluderas när data från åren 1993-2000 samlats ihop (aggregerats) utgörs av 38 284 personer födda i Sverige och 3957 personer i andra länder. Stickprovsgrupper där mindre än 135 personer har intervjuats har uteslutits. Modellerna för kön är kontrollerade för familjesituation, ålder och utbildning. Modellerna för år i Sverige är kontrollerade för familjesituation, kön, ålder och utbildning. För en diskussion om indelningen i länder/regioner hänvisas till den ursprungliga rapporten samt till den kritiska reflektionen över den studien i kapitel 3 i denna kunskapsöversikt.

Följande symboler används i tabellerna:

Kön:

M = Man

K = Kvinna

Vistelseid:

< 10 år = Personer som vistats i Sverige **mindre** än tio år vid undersökningstillfället

> 10 år = Personer som vistats i Sverige **mer** än tio år vid undersökningstillfället

Tabell 6.1. Andelen personer som uppger att de umgås med nära anhörig varje vecka (%)

| | S NORDEN | V CENTR. EU | SYD- EUROPA | FD. JUGO- SLAVIEN | ÖST- EUROPA | POLEN | MELLERSTA ÖSTERN | TUR- KIET | IRAN | LATIN- AMERIKA | AFRIKA |
|---------|-------------|-------------------|----------------|-------------------------|----------------|-------|---------------------|--------------|------|-------------------|--------|
| M | 45 | 28 | 47 | 49 | 45 | 51 | 46 | 57 | 40 | 47 | 38 |
| K | 49 | 50 | 48 | 48 | 43 | 41 | 40 | 44 | 45 | 45 | 16 |
| < 10 år | 18 | 8 | 47 | 49 | 24 | 30 | 38 | 25 | 41 | 27 | 23 |
| > 10 år | 50 | 44 | 56 | 58 | 50 | 49 | 60 | 64 | 53 | 58 | 45 |

Tabell 6.2. Andelen personer som uppger att de saknar en nära vän (%)

| | S | NORDEN | CENTR. EU | SYD-EUROPA | FD. JUGO-SLAVIEN | ÖST-EUROPA | POLEN | MELLERSTA ÖSTERN | TURKIET | IRAN | LATIN-AMERIKA | AFRIKA |
|---------|----|--------|-----------|------------|------------------|------------|-------|------------------|---------|------|---------------|--------|
| M | 22 | 25 | 25 | 24 | 27 | 23 | 18 | 30 | 22 | 29 | 38 | 31 |
| K | 10 | 14 | 11 | 18 | 18 | 18 | 20 | 38 | 29 | 37 | 23 | 30 |
| < 10 år | 26 | 24 | 24 | 29 | 29 | 30 | 29 | 37 | 25 | 38 | 36 | 38 |
| > 10 år | 19 | 17 | 17 | 14 | 12 | 19 | 20 | 27 | 28 | 24 | 29 | 17 |

Tabell 6.3. Andelen personer som uppger att de inte umgås med grannar (%)

| | S | NORDEN | CENTR. EU | SYD-EUROPA | FD. JUGO-SLAVIEN | ÖST-EUROPA | POLEN | MELLERSTA ÖSTERN | TURKIET | IRAN | LATIN-AMERIKA | AFRIKA |
|---------|----|--------|-----------|------------|------------------|------------|-------|------------------|---------|------|---------------|--------|
| M | 39 | 42 | 44 | 50 | 46 | 53 | 53 | 63 | 53 | 69 | 61 | 63 |
| K | 39 | 45 | 40 | 44 | 41 | 54 | 53 | 52 | 27 | 74 | 60 | 54 |
| < 10 år | 54 | 54 | 41 | 44 | 42 | 61 | 56 | 65 | 42 | 76 | 69 | 66 |
| > 10 år | 40 | 40 | 39 | 48 | 44 | 49 | 51 | 52 | 48 | 63 | 54 | 54 |

Tabeller kring trygghet och materiella förutsättningar

I kapitlet refereras tabell 7.1 – 7.8 som presenteras nedan. Materialet är hämtat ur Integration till svensk välfärd av Vogel, Hjerm och Johansson (2002). Data kommer från ULF-undersökningarna 1993-2000 (slumpmässiga urval av den svenska befolkningen 16-74 år). Bortfallet uppskattas till cirka 20% av de tillfrågade. Den totala gruppen personer som kunnat inkluderas när data från åren 1993-2000 samlats ihop (aggregerats) utgörs av 38 284 personer födda i Sverige och 3957 personer i andra länder. Stickprovsgrupper där mindre än 135 personer har intervjuats har uteslutits. Modellerna för kön är kontrollerade för familjesituation, ålder och utbildning. Modellerna för år i Sverige är kontrollerade för familjesituation, kön, ålder och utbildning. För en diskussion om indelningen av länder/regioner hänvisas till den ursprungliga rapporten samt till den kritiska reflektionen över den studien i kapitel 3 i denna kunskapsöversikt.

Följande symboler används i tabellerna:

Kön:

M = Man

K = Kvinna

Vistelseid:

- 10 = Personer som vistats i Sverige **mindre** än tio år vid undersökningstillfället

+10 = Personer som vistats i Sverige **mer** än tio år vid undersökningstillfället

Uppgifter i tabellen:

i.u. = ingen uppgift

Tabell 7.1. Andelen förvärvsarbete i grupper med olika födelseländer (%).

| | NORDEN | CENTR. EU | SYD-EUROPA | FD. JUGO-SLAVIEN | ÖST-EUROPA | POLEN | MELLERSTA ÖSTERN | TUR-KIET | IRAN | LATIN-AMERIKA | AFRIKA |
|--------|--------|-----------|------------|------------------|------------|-------|------------------|----------|------|---------------|--------|
| S | 67 | 77 | 44 | 37 | 55 | i.u. | 42 | i.u. | i.u. | 59 | i.u. |
| V | 66 | 58 | 32 | 27 | 50 | i.u. | 21 | i.u. | i.u. | 47 | i.u. |
| E | 67 | 57 | 24 | 23 | 37 | i.u. | 23 | i.u. | i.u. | 42 | i.u. |
| M 76 | 70 | 70 | 61 | 58 | 60 | i.u. | 45 | i.u. | i.u. | 58 | i.u. |
| K | | | | | | | | | | | |
| <10 år | | | | | | | | | | | |
| >10 år | | | | | | | | | | | |

Tabell 7.2. Andelen i tidsbegränsade anställningar bland sysselsatta i grupper med olika födelseländer (%).

| | NORDEN | CENTR. EU | SYD-EUROPA | FD. JUGO-SLAVIEN | ÖST-EUROPA | POLEN | MELLERSTA ÖSTERN | TUR-KIET | IRAN | LATIN-AMERIKA | AFRIKA |
|--------|--------|-----------|------------|------------------|------------|-------|------------------|----------|------|---------------|--------|
| S | 10 | 12 | 21 | 24 | 9,5 | i.u. | 31 | i.u. | i.u. | 34 | i.u. |
| V | 14 | 19 | 37 | 36 | 24 | i.u. | 50 | i.u. | i.u. | 43 | i.u. |
| E | 14 | 30 | 42 | 42 | 22 | i.u. | 52 | i.u. | i.u. | 28 | i.u. |
| M 8,6 | 9,7 | 11 | 13 | 9,5 | 11 | i.u. | 27 | i.u. | i.u. | 21 | i.u. |
| K | | | | | | | | | | | |
| <10 år | | | | | | | | | | | |
| >10 år | | | | | | | | | | | |

Tabell 7.3. Andelen som varit arbetslös någon gång under senaste fem åren bland sysselsatta i grupper med olika födelseländer (%)

| | S | NORDEN | CENTR | SYD- EUROPA | FD. JUGO- SLAVIEN | ÖST- EUROPA | POLEN | MELLERSTA ÖSTERN | TUR- KIET | IRAN | LATIN- AMERIKA | AFRIKA |
|--------|----|--------|-------|----------------|----------------------|----------------|-------|---------------------|--------------|------|-------------------|--------|
| M | 17 | 30 | 20 | 44 | 48 | 28 | i.u. | 40 | i.u. | i.u. | 30 | i.u. |
| K | 18 | 26 | 25 | 42 | 42 | 32 | i.u. | 39 | i.u. | i.u. | 39 | i.u. |
| <10 år | | 34 | 23 | 65 | 69 | 36 | i.u. | 49 | i.u. | i.u. | 50 | i.u. |
| >10 år | | 17 | 18 | 26 | 22 | 24 | i.u. | 34 | i.u. | i.u. | 29 | i.u. |

Tabell 7.4. Andelen med disponibel inkomst under socialbidragsnormen i grupper med olika födelseländer (%).

| | S | NORDEN | CENTR | SYD- EUROPA | FD. JUGO- SLAVIEN | ÖST- EUROPA | POLEN | MELLERSTA ÖSTERN | TUR- KIET | IRAN | LATIN- AMERIKA | AFRIKA |
|--------|-----|--------|-------|----------------|----------------------|----------------|-------|---------------------|--------------|------|-------------------|--------|
| M | 5,6 | 7,8 | 9,4 | 27 | 28 | 17 | 20 | 19 | 18 | 13 | 15 | 21 |
| K | 9,4 | 8,8 | 14 | 22 | 22 | 16 | 20 | 30 | 48 | 8 | 14 | 30 |
| <10 år | | 14 | 26 | 33 | 34 | 22 | 39 | 24 | 30 | 11 | 21 | 35 |
| >10 år | | 7,5 | 8,3 | 15 | 13 | 13 | 14 | 29 | 37 | 15 | 12 | 17 |

Tabell 7.5. Andelen med låg levnadsstandard i grupper med olika födelseländer (%).

Index för låg levnadsstandard som redovisats av Vogel, Hjerm och Johansson (2002) används. Låg levnadsstandard innebär att man har högst tre av följande resurser (bil, semesterresa senaste året, ej trångbodd enligt norm 3 (se nedan), tillgång till daglig tidning, tillgång till diskmaskin och tillgång till frys).

| | S | NORDEN | CENTR | SYD- EUROPA | FD. JUGO- SLAVIEN | ÖST- EUROPA | POLEN | MELLERSTA ÖSTERN | TUR- KIET | IRAN | LATIN- AMERIKA | AFRIKA |
|--------|----|--------|-------|----------------|----------------------|----------------|-------|---------------------|--------------|------|-------------------|--------|
| M | 18 | 27 | 30 | 68 | 76 | 37 | 29 | 73 | 67 | 60 | 59 | 71 |
| K | 21 | 26 | 32 | 73 | 75 | 35 | 37 | 75 | 70 | 70 | 59 | 79 |
| <10 år | 32 | 47 | 47 | 87 | 88 | 57 | 55 | 83 | 82 | 72 | 63 | 86 |
| >10 år | 25 | 25 | 26 | 41 | 39 | 26 | 26 | 61 | 66 | 51 | 57 | 62 |

Tabell 7.6. Andelen som bor trångbott enligt norm 3 i grupper med olika födelseländer (%).

Trångboddhet indikeras enligt den s.k. norm 3 (lanserad av 1974 års boendestudie). Om det inte finns ett (sov)rum per person, kök och vardagsrum oräknade, undantaget gifta/sambo som kan dela rum, bor personen trångbott.

| | S | NORDEN | CENTR | SYD- EUROPA | FD. JUGO- SLAVIEN | ÖST- EUROPA | POLEN | MELLERSTA ÖSTERN | TUR- KIET | IRAN | LATIN- AMERIKA | AFRIKA |
|--------|----|--------|-------|----------------|----------------------|----------------|-------|---------------------|--------------|------|-------------------|--------|
| M | 11 | 19 | 22 | 44 | 47 | 23 | 17 | 45 | 47 | 30 | 40 | 31 |
| K | 11 | 15 | 13 | 45 | 46 | 18 | 20 | 52 | 57 | 30 | 32 | 42 |
| <10 år | 25 | 25 | 25 | 56 | 58 | 30 | 30 | 50 | 49 | 36 | 36 | 45 |
| >10 år | 15 | 15 | 15 | 24 | 22 | 17 | 19 | 47 | 53 | 29 | 41 | 31 |

Tabell 7.7. Andelen som uppger att de varit offer för våld och hotelser i grupper med olika födelseländer (%).

| | S | NORDEN | CENTR | SYD- EUROPA | FD. JUGO- SLAVIEN | ÖST- EUROPA | POLEN | MELLERSTA ÖSTERN | TUR- KIET | IRAN | LATIN- AMERIKA | AFRIKA |
|---|--------|--------|-------|----------------|-------------------------|----------------|-------|---------------------|--------------|------|-------------------|--------|
| V | 6,5 | 8,1 | 9,1 | 4,5 | 3,8 | 7,8 | 7,1 | 9,4 | 8,1 | 9,3 | 7,7 | 14 |
| E | 6,0 | 6,9 | 11 | 6,1 | 5,0 | 7,8 | 6,9 | 8,4 | 4,6 | 14 | 3,9 | 10 |
| M | <10 år | 6,3 | 5,5 | 3,5 | 3,4 | 7,4 | 5,9 | 8,5 | 0,0 | 11,2 | 6,3 | 14 |
| K | >10 år | 7,6 | 10,9 | 7,6 | 6,6 | 7,5 | 6,9 | 9,5 | 9,0 | 9,5 | 5,7 | 13 |

Tabell 7.8. Andelen som uppger att de har upplevt skadegörelse i bostadsområdet i grupper med olika födelseländer (%).

| | S | NORDEN | CENTR | SYD- EUROPA | FD. JUGO- SLAVIEN | ÖST- EUROPA | POLEN | MELLERSTA ÖSTERN | TUR- KIET | IRAN | LATIN- AMERIKA | AFRIKA |
|---|--------|--------|-------|----------------|-------------------------|----------------|-------|---------------------|--------------|------|-------------------|--------|
| V | 10 | 13 | 20 | 22 | 23 | 23 | 21 | 27 | 26 | 22 | 14 | 22 |
| E | 12 | 16 | 19 | 21 | 20 | 23 | 23 | 30 | 42 | 27 | 28 | 29 |
| M | <10 år | 21 | 29 | 22 | 23 | 24 | 28 | 31 | 32 | 33 | 26 | 24 |
| K | >10 år | 16 | 18 | 20 | 20 | 24 | 22 | 26 | 36 | 13 | 22 | 29 |

Tabeller kring identitet och roller

I kapitlet refereras tabell 8.1 – 8.7 som presenteras nedan. Materialet till alla tabeller i kapitlet utom tabell 8.1-8.2 samt 8.7 är hämtat ur rapporten Födelselandets betydelse av Sundquist m.fl (2002). Länder/regioner är desamma som används av Sundquist m.fl. För en diskussion om indelningen hänvisas till den ursprungliga rapporten samt till den kritiska reflektionen över den studien diskussionsdelen av denna kunskapsöversikt. Följande symboler används i tabellerna 8.3-8.6.

Kön:

M = Man, K = Kvinna

Angivelser för relativ risk

I tabell 8.3-8.4 utgör sysselsatta män/kvinnor födda i Sverige referensgrupp och markeras med **fet** stil.

+ = en signifikant **högre** risk än för jämförelsegruppen (män resp. kvinnor födda i Sverige) som är mellan 0,1% och 99,9%.

++ = en signifikant **högre** risk än för jämförelsegruppen (män resp. kvinnor födda i Sverige) som är mellan 100% och 199,9%.

+++ = en signifikant **högre** risk än för jämförelsegruppen (män resp. kvinnor födda i Sverige) som är mellan 200% och 299,9%.

o.s.v.

0 = ingen signifikant skillnad i risk kan identifieras

- = en signifikant **lägre** risk än för jämförelsegruppen (män resp. kvinnor födda i Sverige) som är mellan 0,1% och 99,9%.

Tabell 8.1-8.2 samt 8.7. är hämtad ur Integration till svensk välfärd av Vogel, Hjerm och Johansson (2002). Data kommer från ULF-undersökningarna 1993-2000 (slumpmässiga urval av den svenska befolkningen 16-74 år). Bortfallet uppskattas till cirka 20% av de tillfrågade. Den totala gruppen personer som kunnat inkluderas när data från åren 1993-2000 samlats ihop (aggregerats) utgörs av 38 284 personer födda i Sverige och 3957 personer i andra länder. Stäckprovsgrupper där mindre än 135 personer har intervjuats har uteslutits. Modellerna för kön är ko ntrollerade för familjesituation, ålder och utbildning. Modellerna för år i Sverige är kontrollerade för familjesituation, kön, ålder och utbildning. För en diskussion om indelningen av länder/regioner hänvisas till den ursprungliga rapporten samt till den kritiska reflektionen över den studien i kapitel 3 i denna kunskapsöversikt.

Följande symboler används i tabellerna:

Kön:

M = Man

K = Kvinna

Vistelsestid:

- 10 = Personer som vistats i Sverige **mindre** än tio år vid undersökningstillfället
- +10 = Personer som vistats i Sverige **mer** än tio år vid undersökningstillfället

Uppgifter i tabellen: i.u. = ingen uppgift

Tabell 8.1. Andel som deltagit i möte med politiskt parti under det senaste året i grupper med olika födelseländer (%)

| | NORDEN | CENTR | SYD- EUROPA | FD. JUGO- SLAVIEN | ÖST- EUROPA | POLEN | MELLERSTA ÖSTERN | TUR- KIET | IRAN | LATIN- AMERIKA | AFRIKA |
|--------|--------|-------|----------------|----------------------|----------------|-------|---------------------|--------------|------|-------------------|--------|
| M | 4,9 | 2,9 | 1,5 | 3,8 | 4,7 | 3,1 | 4,0 | 13 | 14 | 9,9 | 11 |
| K | 4,2 | 3,5 | 3,1 | 2,3 | 3,2 | 2,1 | 2,1 | 4,5 | 5,4 | 4,8 | 2,3 |
| <10 år | 2,6 | 0 | 1,7 | 1,8 | 1,3 | 3,0 | 3,0 | 12 | 11 | 8,1 | 5,5 |
| >10 år | 3,7 | 3,2 | 5,5 | 6,5 | 3,9 | 3,1 | 6,4 | 6,6 | 7,5 | 4,4 | 9,8 |

Tabell 8.2. Andel av de med minst en förälder född utanför Sverige som själva uppger att de inte deltar i politiska diskussioner (%)

| | NORDEN | CENTR. | SYD- EUROPA | FD. JUGO- SLAVIEN | ÖST- EUROPA | POLEN | MELLERSTA ÖSTERN | TUR- KIET | IRAN | LATIN- AMERIKA | AFRIKA |
|--------|--------|--------|----------------|----------------------|----------------|-------|---------------------|--------------|------|-------------------|--------|
| S | 26 | 26 | 38 | 43 | 21 | 15 | 35 | 24 | 38 | 34 | 30 |
| V | 26 | 36 | 49 | 52 | 35 | 37 | 46 | 44 | 47 | 43 | 55 |
| E | 26 | 35 | 53 | 54 | 39 | 46 | 45 | 38 | 41 | 50 | 42 |
| M | 20 | 26 | 38 | 43 | 21 | 15 | 35 | 24 | 38 | 34 | 30 |
| K | 25 | 36 | 49 | 52 | 35 | 37 | 46 | 44 | 47 | 43 | 55 |
| <10 år | 26 | 35 | 53 | 54 | 39 | 46 | 45 | 38 | 41 | 50 | 42 |
| >10 år | 26 | 17 | 34 | 36 | 24 | 23 | 35 | 33 | 41 | 32 | 40 |

Tabell 8.3. Insjuknade i hjärt- och kärlsjukdom bland arbetslösa och sysselsatta, män och kvinnor, i olika grupper kategoriserade efter födelseled

| | S | OECD | FINLAND | SYD- EUROPA | POLEN | BOSNIEN | TUR- KIET | IRAN | LATIN- AMERIKA | IRAK | ASIEN | ÖST- EUROPA | AFRIKA |
|----------------|---|------|---------|----------------|-------|---------|--------------|------|-------------------|------|-------|----------------|--------|
| Män | | | | | | | | | | | | | |
| S 106 | 0 | + | 0 | 0 | + | 0 | 0 | 0 | - | 0 | + | 0 | 0 |
| A 123 | 0 | + | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | - | + | 0 | + | 0 |
| (+) | | | | | | | | | | | | | |
| Kvinnor | | | | | | | | | | | | | |
| S 53 | 0 | + | 0 | 0 | 0 | i.u. | i.u. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | i.u. |
| A 56 | 0 | + | 0 | 0 | 0 | i.u. | i.u. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | i.u. |
| (+) | | | | | | | | | | | | | |

Tabell 8.4. Insjuknade i psykiatriska sjukdom bland arbetslösa och sysselsatta, män och kvinnor, i olika grupper kategoriserade efter födelseled

| | SVE | OECD | FINLAND | SYD- EUROPA | POLEN | BOSNIEN | TUR- KIET | IRAN | LATIN- AMERIKA | IRAK | ASIEN | ÖST- EUROPA | AFRIKA |
|----------------|-----|-------|---------|----------------|-------|---------|--------------|------|-------------------|------|-------|----------------|--------|
| Män | | | | | | | | | | | | | |
| S 22 | 0 | + | + | 0 | + | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | - | 0 | 0 |
| A 97 | +++ | +++++ | + | + | ++++ | 0 | 0 | ++ | ++ | + | ++ | ++ | +++ |
| (+++++) | | | | | | | | | | | | | |
| Kvinnor | | | | | | | | | | | | | |
| S 52 | + | + | + | + | + | 0 | 0 | ++ | + | 0 | + | + | 0 |
| A 73 | +++ | ++++ | + | + | 0 | + | 0 | + | ++ | + | ++ | ++ | ++++ |
| (+++) | | | | | | | | | | | | | |

Tabell 8.5. Krav och kontroll i arbetssituationen bland sysselsatta födda i eller utanför Sverige (%)

| | UTLANDSFÖDDA | | SVENSKFÖDDA | |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Lågt besluts- utrymme | Högt besluts- utrymme | Lågt besluts- utrymme | Högt besluts- utrymme |
| Låga krav | 36 | 30 | 23 | 35 |
| Höga krav | 32 | 34 | 29 | 32 |

Tabell 8.6. Ohälsfaktorer som relaterar till arbetsmiljö bland sysselsatta i olika grupper kategoriserade efter födelseland.

| Psyiskt påfrestande arbete (%) | | FINLAND | | SYDEUROPA | | ÖSTEUROPA | | ÖVRIGA | |
|------------------------------------|------|---------|----|-----------|----|-----------|----|--------|----|
| SVERIGE | OECD | | | | | | | | |
| 49 | 44 | | 44 | | 49 | | 63 | | 43 |
| Fysiskt påfrestande arbete (%) | | FINLAND | | SYDEUROPA | | ÖSTEUROPA | | ÖVRIGA | |
| 24 | 27 | | 32 | | 35 | | 28 | | 27 |
| Trött och håglös efter arbetet (%) | | FINLAND | | SYDEUROPA | | ÖSTEUROPA | | ÖVRIGA | |
| 19 | 23 | | 24 | | 31 | | 27 | | 27 |

Tabell 8.7. Andel personer som rapporterar nedsatt arbetsförmåga i grupper med olika födelseländer (%).

| | NORDEN | | SYD- EUROPA | | FD. JUGO- SLAVIEN | | ÖST- EUROPA | | POLEN | | MELLERSTA ÖSTERN | | TUR- KIET | | IRAN | | LATIN- AMERIKA | | AFRIKA | |
|--------|--------|----|----------------|----|----------------------|----|----------------|----|-------|----|---------------------|----|--------------|----|------|----|-------------------|----|--------|----|
| | S | V | EU | EU | EU | EU | EU | EU | EU | EU | EU | EU | EU | EU | EU | EU | EU | EU | EU | EU |
| M | 17 | 27 | 17 | 25 | 25 | 23 | 23 | 36 | 29 | 36 | 27 | 19 | 21 | | | | | | | |
| K | 20 | 28 | 25 | 40 | 40 | 32 | 32 | 35 | 32 | 25 | 38 | 34 | 26 | | | | | | | |
| <10 år | 17 | 17 | 16 | 23 | 24 | 21 | 20 | 20 | 32 | 8 | 37 | 21 | 23 | | | | | | | |
| >10 år | 25 | 19 | 19 | 39 | 46 | 28 | 38 | 32 | 32 | 38 | 28 | 33 | 27 | | | | | | | |