

# Uppfattningar om hälsa och sjukdomar bland utlands- och svenskfödda personer med diabetes

-Inverkan på hälsa?

**Katarina Hjelm**

En intervjustudie av invandrare från olika världsdelar visade annorlunda uppfattningar om hälsa och sjukdom bland personer födda i Afrika och Asien. Övernaturliga väsens och onda andars inflytande diskuterades av vissa och olika naturmedel användes för att bibehålla hälsan. Frågor som uppstod var: Vad betyder detta för blodsockerbalansen och hälsan hos en person med diabetes? Har invandrare med diabetes en sämre hälsa än svenskfödda med samma sjukdom? Frågorna bildade utgångspunkt för avhandlingen "Migration, health and diabetes mellitus. Studies comparing foreign- and Swedish-born diabetic subjects living in Sweden" (Lund: Studentlitteratur, 1998).

Katarina Hjelm är leg sjuksköterska, vårdlärare och doktor i medicinsk vetenskap och arbetar som lektor vid institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete, Växjö universitet. Avhandlingsarbetet genomfördes vid institutionen för samhällsmedicinska vetenskaper, Lunds universitet.

## Invandrare och diabetes - vision och realitet inför 2000

Sverige har som många länder blivit mångkulturellt p g a en ökande internationell migration. Behovet av information om hur detta kan inverka på hälsan bland personer med

kroniska sjukdomar, som diabetes har därmed ökat. Nästan 11% av befolkningen idag är födda utomlands. Mer än 120 olika nationaliteter finns representerade, även om personer födda i europeiska länder överväger (1).

Diabetessjukdomen utgör ett internationellt folkhälsoproblem på väg att utvecklas till en världsomfattande epidemi. Världshälsoorganisationen (WHO) beräknar att antalet drabbade i världen kommer att uppgå till ca 300 miljoner människor år 2025, jämfört med 135 miljoner idag och 30 miljoner för tio år sedan. Bakgrunden är framförallt åldrande befolkningar och kollisionen mellan våra gener, som är avsedda för ett aktivt liv som jägare och samlare och det moderna levnads-sättet med överkonsumtion av energi i förhållande till inaktiv livsstil. I morgondagens Sverige kommer därför kontaktfrekvensen med invandrare och flyktingar som har diabetes att öka. Studier av sambandet mellan migration, diabetes, sociala faktorer som levnadsförhållanden och socioekonomiska förhållanden, och uppfattningar om hälsa och sjukdom saknas.

---

---

*Diabetessjukdomen utgör ett internationellt folkhälsoproblem på väg att utvecklas till en världsomfattande epidemi.*

---

---

## Sverige som invandrarland

Under efterkrigstiden och fram till slutet av 1970-talet var Sverige ett invandrarland som rekryterade friska arbetskraftsinvandrare till industrin från skandinaviska och sydeuropeiska länder. Under 1970-talet ökade den politiska oron i världen och asylansökande flyktingar från Latinamerika började komma. Samtidigt som konjunkturen sviktade och samhällsklimatet blev allt kärvare i Sverige under 1980-talets senare del ökade andelen icke europeiska flyktinginvandrare från länder i t ex Afrika, Asien och Mellersta Östern märkbart och ersatte den tidigare europeiska arbetskraftsinvandringen (2). Mönstrets bröts av en våg av flyktingar från kriget i forna Jugoslavien, främst mellan åren 1992 och 1994. 1990-talets omfattande konjunkturedgång med stigande arbetslöshet, även bland ursprungsbefolkningen, har medfört ett hårdnande klimat för invandrare. De största invandrargrupperna i Sverige utgörs idag av finländare och jugoslaver (1).

## Invandring, diabetes och hälsa

Oavsett om migrationen är frivilligt vald eller påtvingad kan den innebära möten mellan olika kulturellt färgade uppfattningar om hälsa och sjukdom, livsstilsförändringar, social degrading och uppkomst av stress som kan inverka negativt på hälsan. Invandraren påverkas såväl av hem- som värdlandets kultur, och en ackulturationsprocess startar som ställer krav på anpassning till ett nytt levnadssätt med åtföljande stress (3). Såväl etniskt ursprung och kulturell distans, som erfarenheterna av att vara arbetskrafts- eller flyktinginvandrare, och den sociala positionen i värdlandet inverkar (4-7).

Invandrare i Sverige utgör inte någon homogen grupp men har i allmänhet en sämre

hälsa och levnadsförhållanden än svenskarna. Arbetslöshet, socialbidragsberoende och förtidspensionering är t ex vanligare och framförallt bland personer födda i icke europeiska länder (8). Ett fåtal tidigare studier av invandrare med diabetes har genomförts och berör endast icke europeiska invandrargrupper i icke skandinaviska länder, framförallt asiater i Storbritannien och afrokaribianer och latinamerikaner i USA. Resultaten indikerar en högre benägenhet att drabbas av typ 2 diabetes, sämre glykemisk kontroll och en högre förekomst av komplikationer relaterade till sjukdomen (9-15).

## Syfte och metod

Avhandlingens övergripande syfte var att studera migrationens inverkan på hälsan bland personer med känd diabetes mellitus. Utlands- och svenskfödda personer jämfördes beträffande objektivt mätbar hälsa (förekomsten av diabetes, glykemisk kontroll och komplikationer till sjukdomen) och subjektivt upplevd hälsa i relation till inflytandet av den sociala positionen i samhället, samt subjektiva uppfattningar om hälsa och sjukdom och dess inverkan på egenvården och vård sökandet.

I tre kvantitativa epidemiologiska studier testades antagandet om en sämre hälsa och inverkan av sociala faktorer bland utlandsfödda jämfört med svenskar, och i de två följande kvalitativa etnografiska studierna utforskades uppfattningar om hälsa och sjukdom. De studerade populationerna utgjordes huvudsakligen av europeiska arbetskraftsinvandrare med lång vistelsetid i Sverige. Studien beskrivs i *tabell 1*.

## Social position

Som indikator på social position används yrke eller utbildningsnivå (<9,9-12, >12 år) och

Tabell 1. Presentation av avhandlingens delstudier och deltagare.

Studie	Metod	Urval	Deltagare	Utlandsfödda vistelsetid i Sverige	Svenskfödda
<i>Objektiv hälsa</i>					
I	Journalgenomgång	Alla med känd diabetes i ett landsting, 20-64 år	97,4%	143: Skandinaver 17.5% Övriga Europa 60.1% Utom Europa 22.4% Vistelsetid 19 år (0.5-49 år)	1384
II	Standard. intervju Klinisk undersökn. Journalgenomgång	Alla med känd diabetes i sex primärvårdsdistr, ≥25 år	90.1%	113: Skandinaver 44% Övriga Europa 48% Utom Europa 8% Vistelsetid 32 år (0.4-47 år)	1564
<i>Subjektivt upplevd hälsa</i>					
III	Standard. intervju från ULF, Undersökningarna om levnadsförhållanden Statistiska Centralbyrån	Slumpmässigt urval ur den svenska befolkningen	85%	477: Skandinaver 77.7% Övriga Europa 19.3% Utom Europa 3% Vistelsetid ej känd	23 215
<i>Subjektiva uppfattningar om hälsa och sjukdom</i>					
IV	Enkätstudie	Läkare och sjuksköterskor i diabetesvård inom primärvård och sjukhusens med klin	69%	16: Skandinaver 50% Övriga Europa 12.5% Utom Europa 37.5% Vistelsetid 25 år (6.5-47 år)	133
V	Fokusgruppsintervjuer	Kvinnor 33-73 år, huvudsakligen lågutbild (<9 år) med känd diabetes		13: födda i forna Jugoslavien Vistelsetid <5 år = 5 ≥5 år = 8	15

bil- och bostadsägande. Även uppgifter om förvärvsarbete, boende- och familjeförhållanden fanns med i en studie. Yrke klassificerades enligt Statistiska Centralbyråns socioekonomiska indelning (16). Arbetare, lantbrukare och studenter klassificerades som tillhörande låg social position, tjänstemän på lägre och mellannivå som medelposition och högre tjänstemän, akademiker och egna företagare som hög social position.

## Objektiv hälsa

### Diabetesförekomst

Resultaten från de epidemiologiska studierna visade inga skillnader i diabetesförekomst

mellan utlands- och svenskfödda personer, *tabell 2*. Den icke åldersstandardiserade prevalensen i olika grupper överensstämde med fynd från studier i respektive länder, och var bland personer födda i Finland 1.6%, Danmark 2.9%, Tyskland 2.4% och i forna Jugoslavien 1.6%.

### Kliniska karaktäristika

Utlandsfödda personer hade oftare fått diagnosen diabetes mellitus vid eller efter 30 års ålder (90.9 vs 70.4 i studie 1 respektive 98.2 vs 93.4% i studie 2) och behandlades i lägre utsträckning med insulin ensamt eller i kombination med tabletter jämfört med svensk-

Tabell 2. Åldersstandardiserad diabetesförekomst (95% CI) bland utlands- och svenskfödda personer i Sverige.

	TOTALT		Män		Kvinnor	
	Utlandsfödda	Svenskfödda	Utlandsfödda	Svenskfödda	Utlandsfödda	Svenskfödda
Studie 1	1.4% (1.2-1.7)	1.5% (1.4-1.6)	1.7% (1.3-2.0)	1.7% (1.6-1.99)	1.3% (0.9-1.5)	1.2% (1.1-1.4)
Studie 2	2.1% (1.7-2.5)	2.6% (2.5-2.7)	2.4% (1.9-3.1)	2.7% (2.6-2.9)	1.7% (1.1-2.2)	2.5% (2.3-2.6)
Studie 3	1.5%	2.1% <sup>1</sup>				

<sup>1</sup> Icke åldersstandardiserad prevalens

födda personer med sjukdomen (23.8 vs 53.1 respektive 18.6 vs 30.7%).

#### Glykemisk kontroll och diabeteskomplikationer

Inga huvudsakliga skillnader återfanns vad beträffar glykemisk kontroll ( $HbA_{1c}$   $7.0 \pm 0.14$  vs  $7.1 \pm 0.04$  respektive  $7.1 \pm 0.17$  vs  $7.0 \pm 0.04$ ) eller komplikationer relaterade till diabetes-sjukdomen. Vid studium av det multifaktoriella inflytande befanns låg social position medföra sämre blodsockerkontroll (Odds Ratio (OR) 1.4 (1.1-1.9)) till skillnad från födelslandet.

#### Levnadsförhållanden och socioekonomiska karaktäristika

I den första studien var fler av de utlandsfödda klassificerade som tillhörande låg social position än svenskfödda, 77 vs 59%, och det gällde framförallt de utlandsfödda kvinnorna (89.7 vs 62.7%). Högsta andelen i låg social position återfanns bland personer födda i Finland och forna Jugoslavien, 89 vs 88%. I den andra studien återfanns inga skillnader i levnadsförhållanden och socioekonomiska omständigheter, med undantag av fler förtids-pensionerade (17.4 vs 10.3%) och studerande (4.7 vs 0.8%) bland utlandsfödda. Se även under rubriken självrapporterad diabetes och subjektivt upplevd hälsa.

#### Vårdutnyttjande

Studier av vårdutnyttjandet gav inga entydiga resultat, med undantag av att merparten av personerna hade identifierats via primärvården, 59 vs 85%. Studie 1 visade att utlandsfödda personer kontrollerades mera sällan av specialist i invärtesmedicin (18 respektive 43%) och de som diagnostiserats vid eller efter 30 års ålder behandlades i lägre utsträckning med insulin (16.5 vs 33%) jämfört med svenskfödda. I studie 2 återfanns inte dessa skillnader, ej heller i utnyttjande av sjukhusvård, öppen vård eller hemsjukvård. Insulinbehandling visades vara relaterad till sjukdomens allvarlighetsgrad och inte till födelseland.

De studerade områdena har olika vårdstruktur och i studie 2 studerades ett område som är väl känt för sitt intresse för diabetes och primärvårdsutveckling och som dessutom hade fler personer som kom från länder med kort kulturell distans (92% födda i europeiska länder, varav 44% i Skandinavien) och

---

*Lång vistelsetid, kort kulturell distans samt förhållandena vid ankomsten till värdlandet är av betydelse för hälsan och sjukvårdsutnyttjandet bland utlandsfödda personer*

---

lång vistelsetid i Sverige (32 år i genomsnitt och 93% > 10 år). Den studerade gruppen föreföll väl inlemmad i det svenska samhället. Lång vistelsetid, kort kulturell distans samt förhållandena vid ankomsten till värdlandet är av betydelse för hälsan och sjukvårdsutnyttjandet bland utlandsfödda personer.

### Självrapporterad diabetes och subjektivt upplevd hälsa

Att vara utlandsfödd utgjorde ej någon ökad risk för en högre förekomst av självrapporterad diabetes (OR 0.75 (0.51-1.10)), till skillnad från ett starkt samband med indikatorer på låg social position (utbildningsnivå, tillgång till bil och bostadsägande; OR 1.42 (1.02-1.94), 1.61 (1.29-1.98), 1.31 (1.07-1.59)) följt av manligt kön, stigande ålder,

avsaknad av regelbunden fysisk aktivitet och övervikt. Utlandsfödda rapporterade en sämre subjektivt upplevd hälsa men detta var dock starkare relaterat till låg social position än födelseland (OR 3.03 (1.70-5.38) vs 2.24 (0.71-7.10)). Det starkaste inflytande visades dock för brist på regelbunden fysisk aktivitet följt av hjärt-kärlsjukdom. Jämfört med svenskfödda personer med självrapporterad diabetes var utlandsfödda oftare klassificerade som tillhörande låg social position, fler rapporterade svaga sociala nätverk, mindre regelbunden fysisk aktivitet, och andelen rökare och överviktiga var fler, *tabell 3*.

### Subjektiva uppfattningar om hälsa och sjukdom

Subjektiva uppfattningar om hälsa och sjuk-

*Tabell 3. Kliniska karakteristika bland utlands- och svenskfödda personer med och utan självrapporterad diabetes.*

		Personer med självrapporterad diabetes		Personer utan självrapporterad diabetes	
		Utlandsfödda	Svenskfödda	Utlandsfödda	Svenskfödda
		N=31	N=446	N=2041	N=21174
		%	%	%	%
Subjektivt upplevd hälsa	Dålig	80	64	31	20
Socioekonomiska faktorer:					
Utbildning	Låg - medel	81	91	76	80
Boendeform	Hyrd lägenhet	57	44	54	34
Bilägande	Ingen tillg till bil	46	36	27	17
Livstidsfaktorer:					
Fysisk aktivitet	Ingen regelb. motion	35	23	19	12
Rökvanor	Aldrig rökt	30	48	36	47
	Tidigare rökt, slutat	32	31	23	24
	Röker 1-14g/dag	13	9	15	14
	Röker ≥ 14g/dag	25	12	25	15
BMI - Body Mass Index	Undervikt	0	3	7	7
	Normalvikt	23	39	53	57
	Övervikt	54	37	31	30
	Obesitas	23	21	9	6
Socialt nätverk	Svagt	57	34	38	21
Kronisk sjukdom	Cirkulat.sjukdom	33	43	10	11

dom är kulturellt bestämda, styr beteendet och kan tänkas inverka på egenvården, vård-sökandet och hälsan. Vårdpersonalens kunskaper om uppfattningarna inverkar också på vårdens utfall och således hälsan.

### Vårdpersonalens erfarenheter av invand- rares uppfattningar

Resultaten från personalenkäten visade att vårdpersonal med hög invandrarkontakt, huvudsakligen verksam vid sjukhusens invärtesmedicinska kliniker, upplevde skillnader i uppfattningar bland utlands- och svenskfödda personer med diabetes. Detta gällde främst personer som var muslimer, som kom från icke europeiska länder eller ifrån forna Jugoslavien. Utlandsfödda ansågs i jämförelse med svenskar:

- ha sämre kunskaper om kroppens funktioner och diabetes
- lägga större vikt vid bibehållandet av tidigare vanor och traditioner, framförallt beträffande kost och livsstil, samt sociala relationer:

“Patienterna ... vill fortsätta att leva enligt inlärd traditioner och använda samma ingredienser i matlagningen, att fira högtider tillsammans med sina släktingar och på samma sätt som före sjukdomsdebuten.”

- använda naturmedel och läkemedel i högre utsträckning

“De använder mer huskurer som t ex örter”  
...och “de vill ha läkemedel” ...men “har oftare ett högre motstånd mot insulin”.

Nära nittio procent (89%) upplevde problem i vården av de utlandsfödda i form av:

- a. kommunikationssvårigheter
  - tidsbrist vid konsultationen
  - brist på lätt tillgängliga tolkar
- b. kulturella skillnader (t ex livsstil, religion, kön, tidsuppfattning, auktoritetstro)
- c. psykosociala problem relaterade till migra-

tionserfarenheten och anpassningen i Sverige vilket ansågs inverka på graden av compliance. Illustrerande är följande citat:

“Språkbarriären gör det mycket svårare att ge information, att förstå frågor, oro och det uttalade, den gör det svårt att följa upp om patienten förstått informationen...Det är alltid svårt att arbeta med tolk. Det tar lång tid och fungerar dåligt...Icke europeiska patienter har så annorlunda kostvanor jämfört med våra och jag saknar kunskaper om olika kulturer och livsstilar”.

Genomgående mellan 12 och 13% av de tillfrågade angav att de inte visste något om utlandsfödda personers hälso- och sjukdomsuppfattningar trots en hög daglig kontakt med invandrare. Bristande kunskaper kan ge upphov till mytbildningar (17) och den återstående frågan var om faktiska skillnader existerar eller ej i hälso- och sjukdomsuppfattningar mellan utlands- och svenskfödda personer med diabetes?

Hälso- och sjukvårdsuppfattningar hos kvinnor födda i Sverige och Jugoslavien  
Resultaten från fokus-gruppsintervjuer med kvinnor visade på skillnader. Majoriteten av de jugoslaviskfödda kvinnorna (8 st) hade fått diagnos diabetes i Sverige och bör därför ha fått samma undervisning som svenska patienter. Trots det angav de jugoslaviskfödda kvinnorna färre konkreta exempel på hälso- och sjukdomsuppfattningar, fokuserade på sina migrationserfarenheter (*tabell 4*) och njöt av livet genom att göra avsteg från givna kostråd och bibehållandet av tidigare vanor och traditioner (*tabell 5*). Benägenheten att utföra självkontroller av blodsocker och fotvård var lägre liksom kunskapen om sjukdomen och kroppen. Ett mer passivt förhållningssätt uttrycktes där man förlitade sig på vårdpersonalens hjälp och diskuterade inflytandet av över-

Tabell 4. Orsaker till diabetes mellitus.

Huvudkategorier vid analys av data*	Kvinnor födda i forna Jugoslavien	Kvinnor födda i Sverige
Individrelaterade faktorer	Känslor av ångslan, oro, rädsla ångest och fruktan relaterade till svåra upplevelser i hemlandet och anpassning till livet i Sverige Genetiska faktorer - Arv	Genetiska faktorer - Arv Övervikt - fetma Infektioner
Faktorer relaterade till naturen Faktorer relaterade till individen och naturen		Läkemedel (Cortison) En kombination av bukspottkörtel- inflammation, vattendrivande läkemedel och övervikt
Övernaturliga faktorer	"Det har kommit av sig själv" Ödet** Onda andar** Straff från Gud eller gudar**	Ödet** Onda andar**
Faktorer relaterade till sociala sfären	Störda relationer till andra**	Störda relationer till andra**

\* Analyskategorier efter Helmans teori (27) om lekmannaföreställningar om orsaker till sjukdom.

\*\* Förklaringar angivna vid diskussion av en lista med möjliga förklaringar till diabetes.

Tabell 5. Faktorer av betydelse för hälsan.

Kvinnor med diabetes mellitus	
födda i forna Jugoslavien	födda i Sverige
Faktorer relaterade till den sociala sfären Relationer till andra, framförallt familjen	Faktorer relaterade till den sociala sfären Relationer till andra, framförallt familjen
Faktorer relaterade till individen Frihet, trygghet Att göra avsteg från givna diétråd, att njuta av mat och att bibehålla tidigare vanor och traditioner	Faktorer relaterade till individen En hälsosam livsstil - att vara fysiskt aktiv - att äta en nyttig kost - en regelb. livsföring Att "sköta sin sjuk- dom" och skydda sig mot skador

naturliga krafter. Svenskfödda kvinnor uttryckte sig i medicinska termer, diskuterade betydelsen av en hälsosam livsstil, deltog aktivt i egenvården och lät självkontroller av blodsockret styra agerandet. Jugoslaviska

kvinnor uttryckte en högre tilltro till läkare men också ett högre användande av naturläkemedel parallellt med sedvanlig medicamentell behandling medan svenskar angav ett mer frekvent användande av alternativmedicinska behandlingsmetoder.

## Diskussion

De epidemiologiska studierna visade att låg social position hade ett starkare inflytande på hälsan än födelse-land bland personer med känd diabetes huvudsakligen födda i Europa och med arbetskraftsinvandrarbakgrund.

Diabetesförekomsten var jämförbar med tidigare fynd från europeiska befolkningsgrupper (18-22) men avsevärt lägre än bland icke europeiska migrantgrupper (9-13). Skillnaden torde vara relaterad till dominansen av europeer (78-97%) med lång vistelsetid (19 vs 32 år i genomsnitt). De höga prevalenstal (4-22%) som tidigare återfunnits i icke europeiska grupper, som asiater, afrokaribeaner

---

---

*Låg social position hade ett starkare inflytande på hälsan än födelseland bland personer med känd diabetes huvudsakligen födda i Europa och med arbetskraftsinvandrarbakgrund*

---

---

och indianer i USA, beror troligen på att dessa grupper har en hög genetisk sårbarhet för typ 2 diabetes som demaskeras av miljöfaktorer t ex förändringen från en traditionell aktiv livsstil mot en modern inaktiv västerländsk (23-24).

En högre förekomst av typ 2 diabetes indikerades bland utlands- jämfört med svenskfödda vilket kan ha inverkat på att inga skillnader återfanns i glykemisk kontroll och komplikationsförekomst.

Studierna av vårdutnyttjande visade ej entydiga resultat vilket kan bero på olikheter i invandrargruppernas sammansättning och anpassningsgrad, sjukdomens svårighetsgrad, vårdorganisation och policy för remitteringsförfarande och måste studeras vidare.

Resultaten från de epidemiologiska studierna härrör från olika områden i Sverige och omfattar även ett riksrepresentativt urval insamlat av Statistiska Centralbyrån med väl validerade instrument och är därmed representativa för huvuddelen av den svenska invandrapopulationen som huvudsakligen omfattar europeisk arbetskraftsinvandring. Hur det ser ut i icke europeiska flyktinggrupper är dock okänt och måste undersökas ytterligare. En selektionsbias, "the healthy migrants effect", kan ej uteslutas då invandrare i allmänhet och arbetskraftsinvandrare i synnerhet utgörs av en särskilt utvald grupp bestående av friska individer.

De explorativa studierna visade att uppfattningarna om hälsa och sjukdom skiljer sig

mellan de studerade grupperna och inverkar på egenvården och vårdsökandet. Kunskaper om hälso- och sjukdomsuppfattningar utgör sociala konstruktioner av verkligheten (17) och är beroende av förmågan att kommunicera med andra. Kommunikationssvårigheter angavs av personalen som ett stort problem i vården av invandrare vilket medför en begränsad förmåga att nå uppfattningarna och kan förklara den uttryckta kunskapsbristen. Resultaten visar på ett omedelbart behov av en vårdorganisation med lätt tillgängliga tolkar och tid för patienterna samt utbildning av personalen.

De jugoslaviskfödda kvinnorna hade en lägre kunskapsnivå om diabetes än de svenskfödda trots att flertalet hade fått diagnosen diabetes i Sverige. Frågan är om samma information ges till alla patienter utan hänsynstagande till kulturell bakgrund och individuella behov? Vidare framkom i personalstudien att vården av invandrare från icke europeiska länder och forna Jugoslavien, eller som är muslimer är mera problematisk. Detta indikerar att stora skillnader i språk, kultur och migrationsbakgrund kan vara relaterade till större anpassningsproblem (3,25), vilket även kan ha en negativ inverkan på givna information.

Trots att båda de studerade patientgrupperna var av europeiskt ursprung återfanns stora skillnader. Uppfattningarna bland de jugoslaviskfödda kvinnorna var förvånansvärt lika fynd från studier av icke europeiska grupper som visat en mer fatalistisk syn på sjukdomsorsaker som något helt utanför den egna kontrollen och ofta relaterat till övernaturliga förklaringar (26). Viktigt blir härmed att inte göra grova generaliseringar mellan människor från olika delar av världen, t ex mellan västerlänningar och icke västerlänningar som angivits



i litteraturen (27), utan att istället söka efter individuella uppfattningar och individualiserad vård.

Tidigare studier har fokuserat på det etniska ursprungets inverkan på hälsan i icke europeiska grupper medan migrationsbakgrunden ej har diskuterats, i motsats till i de här presenterade studierna. Resultaten visade att hälsan bland utlandsfödda personer med diabetes mellitus påverkas av migrationsbakgrunden, vilket gäller framförallt arbetskraftsvandrare men sannolikt också flyktinginvandrare. Ackulturationsprocessen med tidpunkt för och förhållandena i värdlandet vid invandringen, den sociala positionen, liksom hälso- och sjukvårdsorganisationens möjlighet att möta individuella behov har betydelse. Slutligen inverkar också kulturellt färgade uppfattningar om hälsa och sjukdom.

## REFERENSER

2. Lund C, Ohlsson R: Från arbetskraftsimport till flyktinginvandring. Stockholm: SNS Förlag, 1994.
3. Berry JW. Acculturation and adaptation in a new society. *International Migration* 1990;30:69-86.
6. Cruickshank JK, Beevers DG. Ethnic factors in health and disease. Oxford: Butterworth and Heinemann, 1989.
9. King H, Rewers M. Global estimates for prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in adults. *Diabetes Care* 1993;16:157-77.
10. National Diabetes Data Group. Diabetes in America. 2<sup>nd</sup> edn. National Institutes of Kidney Diseases, NIH Publication No. 95-1468, 1995.
17. Berger P, Luckmann T. The social construction of reality. A treatise in the sociology of knowledge. London: Penguin Books, 1991.
24. Zimmet P. The pathogenesis and prevention of diabetes in adults. *Diabetes Care* 1995;18:1050-64.
25. Hull D. Migration, adaption and illness: A review. *Soc Sci Med* 1979;13:25-36.
26. Dechamp-Le Roux C, Valensi P, Assad N, Sislian P, Attali J. Croyances diabétiques sur l'étiologie de leur maladie. Influence de l'ethnie. *Diabète & Métabolisme* 1990;16:207-12.

För fullständig referenslista hänvisas till författaren.

## Socialmedicinsk tidskrifts temanummer

# Etnicitet, åldrande och hälsa

nr 7-8/96

### myter - vård - planering - forskning

I detta temanummer granskas det sunda förnuftets moderna myter om åldrande, etnicitet och hälsa. En växande forskning reviderar dessa myter på flera punkter. Sociologer och etnologer visar hur de gamla blandar svenska och utländska identiteter. Medicinen visar att de gamla invandrarnas fysiska hälsa liknar svenskars. Planerare visar att bland äldre invandrare söker sig flertalet till svenska vård- och omsorgsmiljöer.

**Socialmedicinsk tidskrift, Slåttervägen 38, 178 37 Ekerö. Fax 08-560 301 21**