

# Olika villkor – olika hälsa

En studie bland invandrare från Chile, Iran, Polen och Turkiet

**Gudrun Persson**

I denna artikel presenteras några resultat ur Socialstyrelsens rapport "Olika villkor – olika hälsa. En studie bland invandrare från Chile, Iran, Polen och Turkiet" (SoS-rapport 2000:3). Den baseras på en intervjuundersökning om levnadsförhållanden i dessa fyra grupper. Undersökningen genomfördes 1996 av Statistiska centralbyrån på uppdrag av Socialstyrelsen med Folkhälsoinstitutet, Invandrarverket och Inrikesdepartementet som medfinansierare. Det är den hittills största undersökningen på enskilda invandrargrupper som genomförts i Europa. Detta är den fjärde rapporten som Socialstyrelsen ger ut på denna undersökning (1-3).

Rapporten beskriver översiktligt hälsan i fyra invandrargrupper i Sverige, nämligen de som är födda i Chile, Iran, Polen och Turkiet och som kom till Sverige under 1980-talet. Invandrarnas upplevda hälsa jämförs med den infödda svenska befolkningens. Hur hälsan varierar med sociala och ekonomiska förhållanden och med levnadsvanor belyses. Skillnader i upplevd hälsa mellan de aktuella fyra invandrargrupperna speglas också. Frågan väcks huruvida skillnaderna beror på bakgrundsfaktorer från hemlandet eller på förhållanden i Sverige.

Rapporten har skrivits av Gudrun Persson, utredare vid Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen. Rapporten kommenteras av Solvig Ekblad sid 565.

## Undersökningens bakgrund

Socialstyrelsens tidigare arbete med folkhälso- och social rapportering har visat att kunskapsunderlaget för att beskriva hälsa och sociala förhållanden bland invandrare och enskilda invandrargrupper i Sverige är mycket begränsat. En viktig källa i denna typ av rapportering är Statistiska Centralbyråns årliga undersökning av levnadsförhållanden (ULF). Urvalets storlek gör det dock svårt att uttala sig om någon enskild invandrargrupp utifrån denna undersökning.

För att bättre kunna beskriva invandras sociala förhållanden och hälsa beslöt man att göra en särskild undersökning av invandras levnadsförhållanden (Invandrar-ULF).

"Invandrare" är ett samlingsbegrepp för människor vars gemensamma nämnare är att

ha invandrat till Sverige från något annat land. I Sverige finns inte mindre än ett hundratal etniska grupper och det talas ungefär lika många språk. Det finns stora skillnader i ursprung, livserfarenhet, livsvillkor och hälsotillstånd mellan olika grupper av invandrare. Dessa skillnader maskeras om man talar om invandrare som om det vore en enhetlig grupp.

## Population och metod

Fyra invandrargrupper studerades, födda i Chile, Iran, Polen och Turkiet. De valdes för att de är relativt stora i Sverige, har sinsemellan varierande kulturell och social bakgrund och kommer från olika delar av världen. De fyra hemländerna har olika geografiskt och kulturellt avstånd till Sverige, vilket kan påverka deras etableringsprocess i Sverige.

Förutom hälsan var frågor om integration och etablering i Sverige av särskilt intresse för undersökningen (2,4). Därför avgränsades urvalet till att omfatta personer som var i förvärvsarbetande ålder vid ankomsten till Sverige och som inte uppnått pensionsålder vid intervjutillfället. Urvalet omfattar 3 000 invandrare från Chile, Iran, Polen och Turkiet, som kom till Sverige under 1980-talet och som var 27-60 år vid intervjutillfället. Eftersom invandring från Iran var aktuell först under andra halvan av 1980-talet omfattar urvalet från detta land endast invandrare som kom till Sverige 1985-1990. Dessa var 27-55 år vid intervjun.

Undersökningen är en intervjuundersökning och genomfördes som besöksintervju. Fältarbetet genomfördes av Statistiska centralbyrån under tiden september 1996 – januari 1997. Intervjufrågorna utgjordes, med några tillägg, av de frågor som ingår i Statistiska centralbyråns undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) de år då den särskilda hälso-komponenten ingår i undersökningen. Intervjuerna genomfördes på svenska men vid närmare var tionde intervju var en tredje person närvarande som tolk.

Bortfallet uppgick till 32 procent, störst i den turkiska gruppen (35 procent) och minst i den chilenska (29 procent). Bortfallet består till ungefär lika delar av ej anträffade respektive vägrare.

### **Den aktuella rapporten**

Rapporten är ett led i en återkommande folkhälsorapportering och utgår från ett folkhälsoperspektiv. Särskilt skall sådana oönskade hälsoskillnader lyftas fram som har samband med sociala faktorer och livsvillkor i Sverige, som kan vara möjliga att påverka genom politiska åtgärder. Vissa faktorer som

har samband med ohälsa och som är knutna till invandrarskapet, uppmärksammas också. Deras konsekvenser kan vara möjliga att lindra med hjälp av sjukvård eller andra speciella insatser.

Det är väl känt att många faktorer påverkar hälsan. Förutom människors genetiska och biologiska förutsättningar har deras fysiska omgivning och sociala förutsättningar avgörande betydelse. Möjlighet till sjukvård och omsorg är viktiga faktorer inte minst för livskvaliteten. Människornas egen livsföring kan vara såväl främjande för hälsan som destruktiv - beroende på hur man äter, om man röker, om man motionerar etc. Bland de viktigaste bestämningsfaktorerna för hälsa/ohälsa är ålder, kön, civilstånd, social klass, socialt stöd/nätverk, utbildning, yrke, arbetsmiljö samt arbete/arbetslöshet och ekonomiska problem. Dessa faktorer är grundläggande i all folkhälsorapportering.

Det förutsätts i studien att dessa väl kända bestämningsfaktorer för hälsa är giltiga även i de aktuella invandrargrupperna. Det antas vidare att förhållanden i Sverige som kan bero på invandrarskapet eller migrationssituationen, såsom språksvårigheter, bristande socialt stöd, etableringssvårigheter, kulturkrockar, diskriminering eller arbetslöshet påverkar invandrarernas hälsa negativt. Svar söks på följande frågor:

- Hur ser hälsan/hälsosituationen ut bland invandrare från Chile, Iran, Polen och Turkiet?
- Finns skillnader i upplevd hälsa mellan den infödda svenska befolkningen och respektive invandrargrupp å ena sidan och mellan de aktuella invandrargrupperna å den andra och hur kan de i så fall förklaras?
- Går det att säga om det är bakgrundsfaktorer som kön, ålder, civilstånd och utbildning eller vissa sociala förhållanden eller invandrar-

specifika omständigheter som huvudsakligen förklarar hälsostatus respektive hälsoskillnader?

### Särskilda metodproblem

- Undersökningen är en *tvärsnittsundersökning* varför det inte går att avgöra om observerade samband är orsakssamband. Man vet inte heller sambandets riktning, dvs. vad som möjligtvis är orsak till vad. Tidsaspekten för exponeringen är ej heller möjlig att beakta. Det går således inte särskilja vilka samband som eventuellt är kopplade till exponering före migrationen eller till tiden i Sverige, vilket vore önskvärt.

- För det andra utgör *bortfallet* som varierade mellan 29 och 35 procent i de olika grupperna en risk för viss snedvridning av resultatet. Män har blivit intervjuade i mindre utsträckning än kvinnor jämfört med sin andel av urvalet.

- För det tredje är *åldersfördelningen* olika i de olika grupperna. Andelen unga är mycket större bland invandrargrupperna än bland svenskfödda, undantaget polska män där åldersfördelningen mer liknar svenskarnas. I den iranska gruppen är andelen unga dessutom större än i övriga invandrargrupper. För att kunna jämföra grupperna har siffrorna genomgående åldersstandardiserats med svenskarnas åldersfördelning som standard.

- Många metodologiska problem är förknippade med analyser av *självrapporterad* och *självskattad hälsa*. Självskattad hälsa anses dock vara ett väl utprövat mått, vilket har visats i en lång rad studier. Det har också visat sig vara en prediktor för dödlighet (5).

- För det femte innebär en intervjuundersökning till människor med olika språk och ursprung i olika kulturer stor risk för fel-tolkningar av resultat. Det kan därför ibland

vara svårt att veta om skillnader som påvisas mellan infödda svenskar och de aktuella invandrarna är verkliga skillnader eller beror på *språkproblem* och/eller *kulturskillnader*. Intervjufrågorna har delvis validerats på en grupp latinamerikanska invandrare (6) men är i övrigt inte validerade i undersökningar med de här aktuella invandrargrupperna.

- *Minoriteter* inom invandrargrupperna accentuerar språk och kulturskillnader. Mer än hälften av den turkiska invandrargruppen består av olika minoriteter. Cirka en tredjedel är kurder och en sjättedel assyrier. Även den iranska invandrargruppen består till en liten del av kurder.

### Olika förutsättningar

Generellt sett har invandrare och infödda svenskar olika förutsättningar i en rad avseenden. Det gäller såväl kulturell som socioekonomisk bakgrund. Skillnaderna är stora vad gäller utbildning, arbete och ekonomi. Det är även så att invandrare från samma land skiljer sig betydligt åt beroende på vilka som kommer vid ett visst tillfälle, vid vilken tidpunkt och av vilka orsaker de kommer. Det är bl.a. skillnader i ålders- och könsammansättning, utbildningsbakgrund och traumatiska upplevelser beroende på vilken situationen var i hemlandet vid utflyttningen.

De flesta i studien är flyktingar. En klar majoritet av dem som är födda i Chile eller Iran uppgav att de lämnat sitt land huvudsakligen av politiska eller religiösa skäl. De som är födda i Polen eller Turkiet anför mer sällan dessa orsaker. Familjeskäl är vanligare bland kvinnorna. Många uppger att de själva varit utsatta för våld eller har någon nära anhörig som blivit utsatt för våld i hemlandet. 60-70 procent av de män som kommit från Chile och Iran och 30-40 procent av männen från Polen

*Utbildningsnivån varierar mycket mellan de fyra invandrargrupperna. Flertalet är välutbildade även vid jämförelse med svenskar i motsvarande ålder*

och Turkiet uppger detta. Bland kvinnorna är andelarna något lägre.

Utbildningsnivån varierar mycket mellan de fyra invandrargrupperna. Flertalet är välutbildade även vid jämförelse med svenskar i motsvarande ålder. Det gäller i synnerhet dem från Polen och Iran där betydligt större andelar än svenskar har eftergymnasial utbildning. Utbildning på minst gymnasienivå har drygt 90 procent av invandrarna från dessa två länder mot cirka 80 procent bland svenskarna vilket även är samma nivå som bland dem från Chile. Utbildningsnivån bland invandrarna från Turkiet är däremot relativt låg. Omkring två femtedelar har utbildning på minst gymnasienivå. Här är också skillnaden mellan könen påfallande stor till kvinnornas nackdel.

Utbildningsnivån avspeglar sig i svensk-kunskaperna. Att kunna svenska är av stor betydelse för möjligheterna att ta sig fram i det svenska samhället. De bästa kunskaperna

i det svenska språket uppger invandrare från Polen följda av dem från Iran. I runda tal en tiondel av dem som kommer från dessa länder har problem med språket mot en fjärdedel av dem från Chile. Störst problem med språket har de som kommer från Turkiet där två femtedelar uppger detta. Männerna förefaller ha lättare med språket än kvinnorna, undantaget polska kvinnor, som ofta är gifta med svenska män.

Arbete har en nyckelroll för invandrarnas levnadsförhållanden och för deras integration i Sverige (2). Det finns anledning påpeka att undersökningen genomfördes vid en tidpunkt då arbetslösheten som följd av 90-talets ekonomiska kris var särskilt hög i Sverige. Flyktingar och invandrare var särskilt drabbade. Den genomsnittliga arbetslösheten i de fyra invandrargrupperna var 24 procent år 1996 mot 7 procent bland infödda svenskar i motsvarande ålder. Männerna hade förvärvsarbete i klart större utsträckning än kvinnorna utom i den polska gruppen. År 1998 hade situationen förbättrats något med motsvarande siffror 19 procent respektive 6 procent.

Ibland upplever sig de invandrare som tillfrågats vara *diskriminerade* (tabell 1). Främst förekommer detta i samband med det bemötande de får på arbets- och bostadsmarkna-

*Tabell 1. Upplevelse av att känna sig sämre bemött än svenskar i olika situationer. Procent. Källa: Inv-ULF 1996.*

Födelseland	Chile		Iran		Polen		Turkiet	
	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv
När man söker arbete	49	36	65	55	44	30	45	43
När man söker bostad	24	16	47	36	18	14	23	21
När man söker lån i bank	33	22	49	44	22	13	35	19
Av läkare på sjukhus	9	8	14	15	10	6	11	9
Av försäkringskassan	12	9	21	14	11	5	13	12
Av socialkontoret eller socialbyrån	25	25	51	22	18	15	27	16
Av polisen	30	16	47	22	16	6	24	9
När man besöker restaurang	15	7	31	21	6	1	23	8

---

---

*Nästan genomgående är det fler män än kvinnor som känner sig diskriminerade*

---

---

den. När det gäller andra kontakter med offentliga institutioner är det framförallt på socialkontoret, hos polisen och när man söker lån i bank som ganska många anser sig sämre behandlade än svenskar. Bemötandet från försäkringskassa, på sjukhus och av läkare tycks vara bättre. De som kommer från Iran upplever sig sämst behandlade jämfört med svenskar. Bland dem från Polen är det betydligt färre medan de som är födda i Chile och Turkiet ofta hamnar däremellan. Nästan

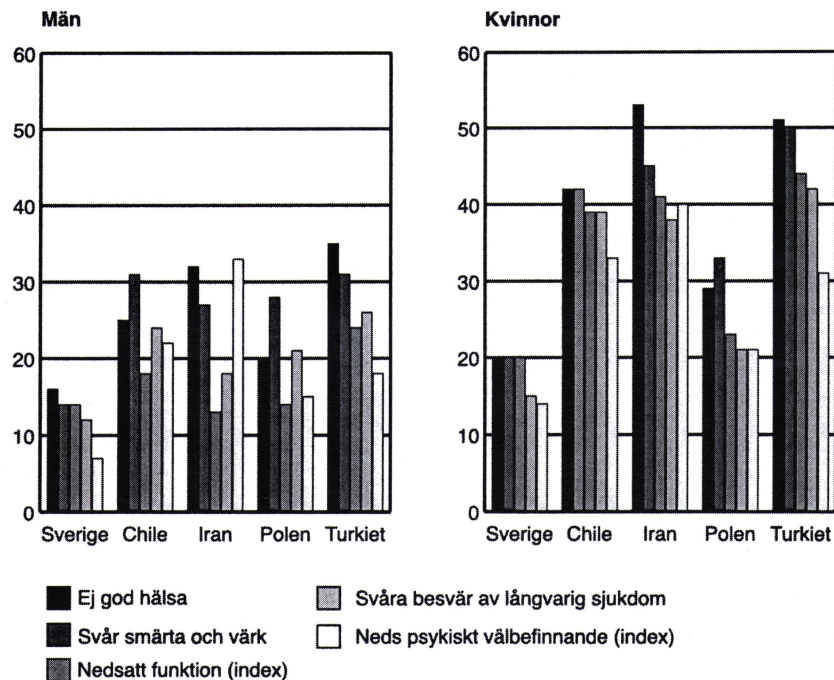
genomgående är det fler män än kvinnor som känner sig diskriminerade.

## Några resultat

### Hälsoutfall

I rapporten redovisas olika mått på ohälsa vilka i denna artikel sammanfattas i figur 1. Därutöver redovisas här förekomst av långvarig sjukdom som medför nedsatt arbetsförmåga samt aspekter av psykiska ohälsa. De mått på hälsa/ohälsa som används är:

- Egen bedömning av allmänt hälsotillstånd
- Förekomst av långvariga sjukdomar och besvär och konsekvenser av dem för bl.a. arbetsförmågan.



Figur 1. Olika typer av ohälsa bland män och kvinnor från Chile, Iran, Polen och Turkiet samt svenskfödda. 27-60 år. Åldersstandardiserade tal. Procent. Källa ULF 96 och Inv-ULF 96.

- Brister i det psykiska välbefinnandet såsom sömnbesvär, trötthet, ångslan, oro eller ångest samt nedsatt psykiskt välbefinnande (index).

- Smärta och värk såsom svår värk i rygg, nacke/axlar eller leder.

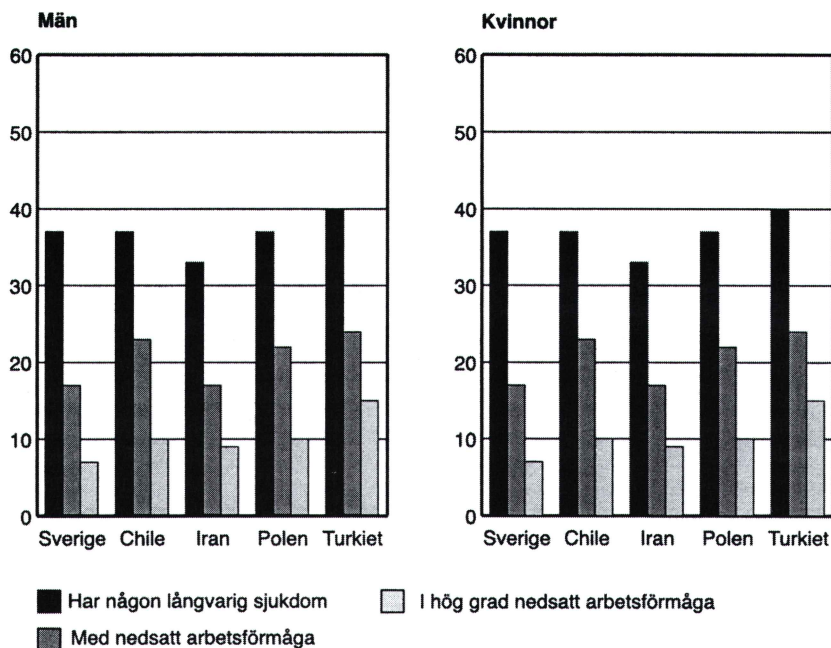
- Nedsatt funktionsförmåga såsom nedsatt rörelseförmåga, nedsatt syn eller nedsatt hörsel.

Studien bygger på självrapporterad hälsa och sjuklighet. Skillnaderna i ohälsa mätt med dessa mått är stora mellan infödda svenskar och de fyra studerade grupperna av invandrare, men också mellan invandrargrupperna. Svenskarna har i allmänhet bättre hälsa än invandrarna. Invandrare från Polen avviker i hälsöhänseende minst från infödda svenskar. De rapporterar sämre hälsa än svenskarna men

i de flesta avseenden bättre hälsa än de övriga tre grupperna. Det finns dock exempel på motsatsen. Sjukdomar i cirkulationsorganen är vanligare bland infödda svenskar än i invandrargrupperna, undantaget män från Polen och kvinnor från Iran. Infödda svenskar anger allergier i större omfattning än invandrarna från Iran, Polen och Turkiet.

Hälsoskillnaderna är påfallande mellan män och kvinnor. Kvinnor tycks ha mellan en och en halv och tre gånger större risk än män att drabbas av ohälsa. Det gäller samtliga nationaliteter (Figur 1).

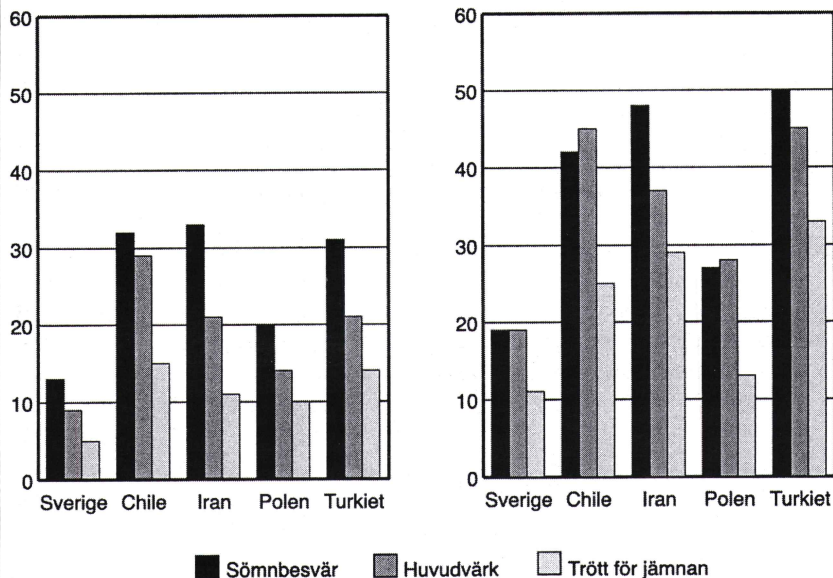
Kvinnorna från Chile, Iran och Turkiet uppger sig ha något slags ohälsa betydligt oftare än männen och betydligt oftare än svenska kvinnor i motsvarande ålder. Tydligast är det



Figur 2. Långvarig sjukdom och nedsatt arbetsförmåga därav. 27-60 år. Procent. Åldersstandardiserade tal. Källa ULF 96 och Inv-ULF 96.

## Män

## Kvinnor



Figur 3. Sömnbesvär, återkommande huvudvärk eller trötthet. Procent. 27-60 år. Åldersstandardiserade tal. Källa: ULF 96 och Inv-ULF 96.

avseende allmänt hälsotillstånd där över hälften av kvinnorna från Turkiet och Iran uppger dålig hälsa mot en femtedel av de svenska kvinnorna. Även långvarig sjukdom är vanligt förekommande, och i synnerhet sådana besvär som ofta är arbetsrelaterade som nedsatt arbetsförmåga, nedsatt rörelseförmåga och smärtor och värk i rygg, nacke, axlar och leder (Figur 2).

### Psykisk ohälsa

När det gäller psykisk ohälsa är könsmönstret i stort detsamma. Kvinnorna uppger sig i större omfattning än männen lida av trötthet, sömnbesvär och ångslan, oro eller ångest. Sömnbesvär är dock vanliga bland män från Chile, Iran och Turkiet och ångslan, oro eller ångest samt nedsatt psykiskt välbefinnande

är betydande framför allt bland män från Iran (Figur 3).

Rapporten "Olika Villkor – olika hälsa. En studie bland invandrare från Chile, Iran, Polen och Turkiet (SoS-rapport 2000:3)" innehåller mycket utöver vad som redovisas i denna artikel:

- Levnadsvanor som tobaksrökning, motionsvanor och alkoholvanor liksom förekomst av övervikt och fetma beskrivs. Ansamling av ohälsosamma levnadsvanor redovisas också.
- Betydelsen av svag förankring för ohälsa tas också upp. Med svag förankring avses en ansamling av minst två av problematiska levnadsomständigheter som svag ställning på arbetsmarknaden, svaga ekonomiska resurser samt svaga relationer till familjen.
- Besök i sjukvården, tandstatus och besök i tandvården beskrivs också. Frågan om sjukvård och tandvård på lika villkor tas upp.

## Bestämningsfaktorernas betydelse

Genomgående för samtliga bestämningsfaktorer är att en större andel bland dem med ogynnsamma förutsättningar har signifikant dålig hälsa än bland dem med goda förutsättningar. Detta är inte oväntat eftersom det också finns ett ömsesidigt beroende mellan flera av faktorerna. Dock går det inte att fastställa sambandets riktning, dvs. vad som orsakar vad av en påvisad överrisk.

I stort samma faktorer/determinanter har samband med hälsoutfallet såväl bland infödda svenskar som bland här aktuella invandrare, även om sambandet är olika starkt och nivån på hälsoutfallet olika. Det gäller såväl bakgrundsfaktorerna ålder, kön, civilstånd och utbildning som sociala faktorer som ekonomiska problem, sysselsättningsstatus, upplevelse av trygghet och socialt stöd. Dessa bakgrundsfaktorer och sociala faktorer förklarar då de samtidigt ingår i en regressionsanalys, mycket av skillnaderna i ohälsa mellan infödda svenskar och respektive invandrargrupp, dock inte allt. Detta tyder inte oväntat på att även etniska skillnader och kuturskillnader har betydelse. För de invandrade gruppernas hälsa visade sig också att upplevelse av diskriminering och upplevd förmåga att behärska svenska språket visade samband med hälsoutfallet.

### Att ha eller inte ha ett arbete

Betydelsen för hälsan av att sakna arbete, av att uppleva sig otrygg samt av att uppleva sig diskriminerad visas här med oddskvoter då dessa faktorer samtidigt med ett antal övriga faktorer ingår i en regressionsmodell (7). Såväl andelen arbetslösa som andelen som står utanför arbetsmarknaden är avsevärt större i invandrargrupperna än bland jämnåriga svenskar. Samtidigt som arbete genom

alla positiva värden som det skapar är att anse som en friskfaktor är arbete också en riskfaktor för hälsan. En studie från Riksförsäkringsverket har visat att sjukfrånvaron under år 1990 var betydligt högre bland invandrare från de här aktuella länderna än bland infödda svenskar. Kvinnorna hade 1,4 gånger fler sjukpenningdagar än männen (8). Analysen visade att hälften av denna högre sjukfrånvaro kunde förklaras av yrket.

Att inte ha ett arbete ökar risken för ohälsa i denna undersökning då övriga faktorer i konstanthållits (*figur 4*). Risken är mellan två och en halv och fyra och en halv gånger så stor för alla typer av ohälsa utom för psykisk ohälsa om man är svenskfödd och saknar arbete jämfört med om man har ett arbete. Överrisker med i runt tal dubbelt förhöjd risk har även invandrarna från Chile och Iran, utom i fråga om smärta och värk. Invandrarna från Polen och Turkiet har nästan dubbelt så stor risk att ha nedsatt funktionsförmåga om de saknar arbete. De från Turkiet har också drygt dubbel så stor risk för dålig hälsa över huvudtaget.

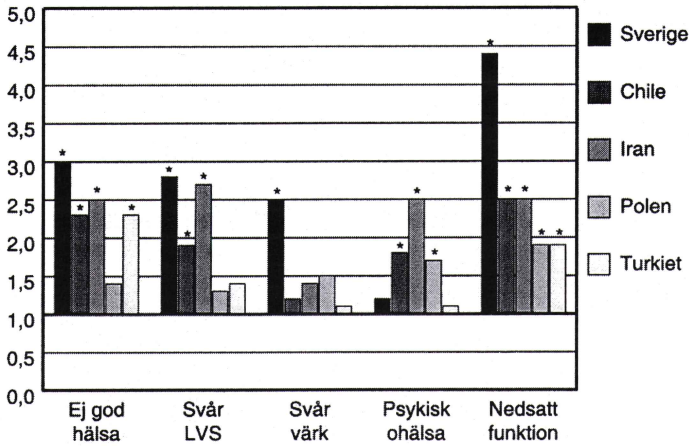
Infödda svenskar som saknar arbete löper större risk att ha ohälsa än de här aktuella invandrarna om de inte har arbete. En förklaring till detta kan vara att arbetslösa svenskar i större utsträckning har hälsoproblem men att flertalet "friska" svenskar har arbete medan även "friska" invandrare ofta saknar arbete.

Observera att sambandet arbete – hälsa även kan bero på hälsoselektion, vilket innebär att personer med dålig hälsa har svårare att få ett arbete och att människor med dålig hälsa slås ut från arbetsmarknaden och t.ex. långtids-sjukskrivs och eventuellt förtidspensioneras.

### Att känna oro och otrygghet

Om man känner sig i hög grad orolig eller





Figur 4. Risk för ohälsa bland dem som saknar arbete jämfört med dem som har arbete (OR=1) då faktorerna ålder, kön, civilstånd, svag ekonomi, upplevelse av otrygghet och bristande socialt stöd hållits konstanta.

otrygg har stor betydelse för hälsan. I denna undersökning har detta mätts genom frågor om man t.ex. är orolig för familjens ekonomi, för att bli arbetslös, är orolig för sin hälsa, för situationen i världen eller för inbrott. Problemen på arbetsmarknaden under 1990-talet med ökande arbetslöshet och förändringar av arbetslivet med ökande omfattning av visstidsanställningar och större krav på utbildning har skapat otrygghet för många (9). Många invandrare har upplevt traumatiska händelser före och i anslutning till migrationen, vilket kan bidra till en känsla av otrygghet. Det går dock inte att säga om eller i vilken utsträckning aktuell ohälsa också påverkar känslan av otrygghet.

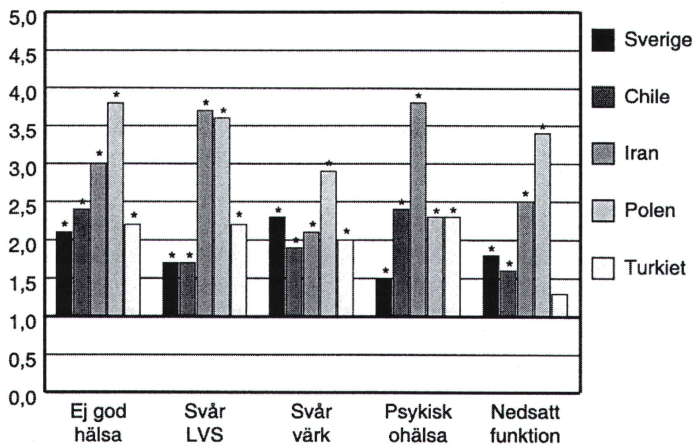
Att känna oro och otrygghet är den variabel som i denna studie tydligast av alla faktorer/determinanter har ett samband med ohälsa då man samtidigt kontrollerar för de övriga variabler som ingår i regressionsmodellen (figur 5). Detta innebär en signifikant förhöjd risk

för ohälsa om man är otrygg jämfört med om man är trygg för alla grupper inklusive den svenska. Det gäller för alla hälsoproblem som mäts här, utom nedsatt funktionsförmåga, bland de invandrare som kommer från Chile, Iran och Turkiet. Mest förhöjd är dock risken bland dem från Polen (mellan 2,1 och 3,5 gånger) för samtliga här aktuella typer av ohälsa. För invandrare från Iran innebär otrygghet tre gånger så stor risk att ha långvarig sjukdom med svåra besvär och att ha psykisk ohälsa. Värdet på oddskvoterna för otrygghet minskade i flera fall då de invandarspecifika variablerna "svenskknusaper" och "diskriminering" fördes in i modellen. Detta tyder på att om man talar svenska då-

---

*Att känna oro och otrygghet är den variabel som i denna studie tydligast av alla faktorer/determinanter har ett samband med ohälsa*

---



Figur 5. Risk för ohälsa bland dem som otrygga jämfört med dem som är trygga ( $OR=1$ ) då faktorerna ålder, kön, civilstånd, saknar arbete, svag ekonomi och bristande socialt stöd hållits konstanta.

ligt och om man upplever sig diskriminerad så bidrar detta till en känsla av otrygghet

### Upplevelse av diskriminering

Upplevelse av diskriminering har också betydelse för hälsoutfallet i de fyra invandrargrupperna.

Att känna sig diskriminerad betyder här att man upplever att man blir sämre behandlad än svenskar i olika sammanhang såsom då man söker arbete, då man söker bostad, i bostadsområdet eller vid kontakter med sjukvård, försäkringskassa, socialvård, polisen eller banken. Diskriminerade anses här de vara som uppger att de upplever sig sämre bemötta än svenskar i minst två av angivna sammanhang.

Att uppleva sig diskriminerad ökar risken att ha psykisk ohälsa mellan två och två och en halv gånger i samtliga här aktuella invandrargrupper jämfört med om man inte upplever sig diskriminerad (figur 6). Detta gäller

då man samtidigt kontrollerat för ålder, kön, civilstånd, utbildning, känsla av att vara otrygg, svag ekonomi, sakna arbete, bristande socialt stöd och dåliga svenskkunskaper. Bland invandrarna från Turkiet och Polen ökar även risken att ej ha god hälsa om man upplever att man samtidigt är diskriminerad jämfört med om så inte är fallet. Bland dem från Turkiet ökar motsvarande risk dessutom för att ha svåra besvär av långvarig sjukdom jämfört med om man ej känner sig diskriminerad

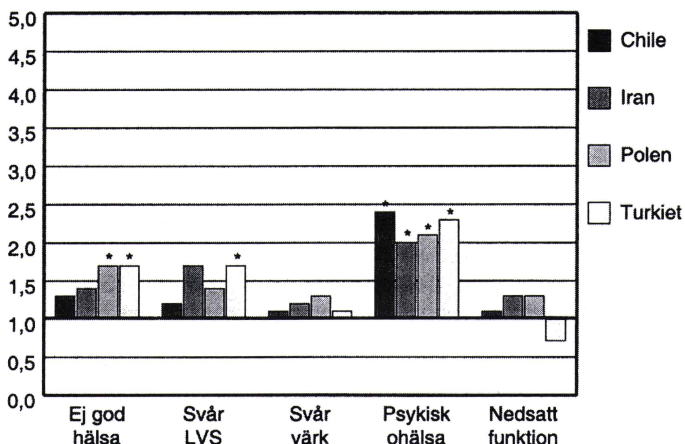
### Några slutsatser

- Invandrare i denna studie har sämre självrapporterad hälsa än svenskar. Invandrarna från Polen avviker i hälsohänseende minst

---

*Att uppleva sig diskriminerad ökar risken att ha psykisk ohälsa mellan två och två och en halv gånger i samtliga här aktuella invandrargrupper*

---



Figur 6. Risk för ohälsa bland dem som upplever sig diskriminerade jämfört med dem som inte gör det (OR=1) då faktorerna ålder, kön, civilstånd, saknar arbete, svag ekonomi, upplevelse av otrygghet, bristande socialt stöd, dåliga svenskkunskaper hållits konstanta.

från infödda svenskar. Kvinnorna i samtliga grupper har sämre hälsa än männen.

- Det är i huvudsak samma faktorer som har samband med hälsan bland infödda svenskar som bland de fyra invandrargrupper i Sverige som ingår i studien. Dessa faktorer är ålder, kön, civilstånd, utbildning, arbete, ekonomisk situation, trygghet i tillvaron och socialt stöd. De förklarar dock inte alla skillnader mellan invandrargrupperna och infödda svenskar.

- Faktorer som är knutna till invandrarskapet, såsom upplevelse av diskriminering och förmåga att tala och förstå svenska språket visar sig också ha samband med hälsoutfallet.

- Generellt sett har invandrare och infödda svenskar olika förutsättningar i en rad avseenden, vad gäller utbildning, arbete, ekonomi och att känna sig trygg. Detta är giltigt även sinsemellan invandrare från olika länder. Det är även så att invandrare från samma land skiljer sig betydligt åt beroende på vilka som

kommer vid ett visst tillfälle, vid vilken tidpunkt och av vilka orsaker de kommer.

- Det är viktigt att komma ihåg att dessa skillnader i ursprung och livsvillkor också är en del av de förutsättningar olika grupper av invandrare har för hälsa och integration i Sverige. Det innebär en stor utmaning att finna vägar för att förbättra dessa förutsättningar.

- De flesta studier som gjorts av invandrare i Europa utmärks av små studiepopulationer, blandade grupper av utlandsfödda, begränsade geografiska områden, få sociala faktorer samt brist på bra indikatorer på kulturell anpassning. Denna rapport, som baseras på ett jämförelsevis stort urval av invandrare från fyra olika länder som kom till Sverige under 1980-talet, kan bidra till att fördjupa kunskapen om framförallt relationen mellan sociala faktorer, levnadsförhållanden och i någon mån kulturell anpassning och hälsa i dessa grupper.

- Resultaten bör inte generaliseras till andra invandrargrupper. Slutsatserna skall ses mot bakgrund av den aktuella tidsperioden; invandrarpolitiken, situationen på arbetsmarknaden och bostadsmarknaden i Sverige under denna period..

- Med kännedom om de stora skillnader som finns mellan olika invandrargrupper bör varje invandrargrupp så långt som möjligt studeras för sig. Annars bör man söka finna grupper av invandrare med gemensamma nämnare såsom gemensamt språkområde, geografi, religion eller kulturellt avstånd till Sverige.

- För att öka kunskapen om invandrades sociala förhållanden och hälsostatus krävs ytterligare data och forskning. För att studera orsakssamband krävs longitudinella studier. Upprepade tvärsnittsstudier ger också viss vägledning. Språkliga och kulturella olikheter medför speciella svårigheter i undersökningar där invandrare ingår. Behovet av valideringsstudier av intervjufrågor till olika kulturer är angeläget. Sådana studier kan kombineras med hälsoundersökningar och insamling av biologiska markörer. Denna typ av valideringsstudier behövs även på den svenska populationen.

## REFERENSER

1. Levnadsförhållanden hos fyra invandrargrupper födda i Chile, Iran, Polen och Turkiet. *Invandres levnadsvillkor 1 (Invandrarprojektet - rapport 1998:1)*. Stockholm: Socialstyrelsen; 1998.
2. Social och ekonomisk förankring bland invandrare från Chile, Iran, Polen och Turkiet. *Invandres levnadsvillkor 2 (SoS-rapport 1999:9)*. Stockholm: Socialstyrelsen; 1999.
3. Fri trygg och vilsen. Invandrare från Chile, Iran, Polen och Turkiet om fördelar och nackdelar med att komma till Sverige. *Invandres levnadsvillkor 3 (SoS-rapport 1999:17)*. Stockholm: Socialstyrelsen; 1999.
4. Roselius M. Fyra invandrargruppers förankring i Sverige och dess samband med hälsan. *Socialmedicinsk tidskrift 2000;77(1):23-31*.
5. Self-rated Health. A useful concept in research, prevention and clinical medicine (*FRN. Report 96:9*). Stockholm: Forskningsrådsnämnden; 1996.
6. Sundquist J, Johansson SE. The influence of exile and repatriation on mental and physical health. A population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1996;31(1):21-8*.
7. Hosmer DW and Lemeshow S: Applied logistic regression. New York: John Wiley and Sons. 1989
8. Invandrarna i socialförsäkringen. Sjukskrivning, rehabilitering och förtidspensionering under 1990-talet. (*RFV redovisar 1996:11*). Stockholm: Riksförsäkringsverket; 1996.
9. Social rapport 1997 (*SoS-rapport 1997:14*). Stockholm: Socialstyrelsen; 1997.