

Att studera hälsokonsekvenser av migration

Jayanti Chotai

Tyska, italienska och asiatiska invandrare i Storbritannien har visat sig vara mindre besvärade av psykiatriska besvär än den engelska befolkningen i gemen. Förklaringen är inte lätt att fånga men kan hänga ihop med en lång rad faktorer: invandrarna kan hälsomässigt sett rekryteras ur en elit; de kan vara bärare av andra sjukdomsbegrepp än den engelska majoritetsbefolkningen; läkarna kan registrera och remittera sjukdomsfall på olika sätt när det gäller olika befolkningar.

Jayanti Chotai, naturvetare och medicinare vid Umeå universitet, diskuterar här svårigheter och möjligheter när det gäller att studera effekterna för hälsa och sjukdom hos dem som migrerar.

Det är allmänt känt att emigranter får det svårare än majoritetsbefolkningen i flera avseenden. Det föreligger vanligen ett "kulturellt avstånd" mellan värdlandet och ursprungslandet, som kan orsaka flera problem. Konflikter kan uppstå hos emigranten på grund av skillnader i värderingar, attityder och sociala normer. Förändrade krav på beteende från det nya samhället orsakar osäkerhet. Vidare kan en känsla av otillräcklighet skapas hos emigranten när de tidigare vunna färdigheterna och meriterande inte erkänns i samma grad som i ursprungslandet. Sådana problem kan bli aktuella även om denna har flytt undan politisk och ekonomisk misär i hemlandet.

Alla dessa saker kan tänkas påverka såväl den somatiska som den sociala och psykiska hälsan hos emigranterna. Sålunda torde emigrantgrupper uppvisa ett annorlunda hälsoläge och sjukdomsprofil jämfört med både värdlandet och ursprungslandet.

En växande andel av den svenska befolkningen har en annan kultur än den inhemska befolkningen. Vi har invandrare från Finland, Grekland, Jugoslavien, Turkiet, Östeuropa, Latinamerika och Asien, för att nämna några. Dessutom finns det minoritetsgrupper som sedan länge bott i landet: samerna, de finsktalande i Tornedalen och zigenarna. I planeringen av 1980- och 1990-talens vård måste invandrarernas och andra svenska minoritetsgruppers situation beaktas i långt större utsträckning än vad som hittills varit fallet (Aurelius 1980).

Relativt lite tycks vara gjort genom sk epidemiologiska studier för att kartlägga emigranternas hälsoläge i Sverige. Emigrationen till och från Sverige är en del av den internationella migrationen och epidemiologiska studier av migration skulle därför kunna ge värdefulla insikter om hur upplevelsen av migrationen påverkar hälsotillståndet. Migrationsprocessen är mycket komplex, och varje migration är speciell och har sina särdrag. Mycket behöver göras för att förstå de grundläggande mekanismerna bakom denna process, som är betydelsefulla för hälsoläget i befolkningen. Av naturliga skäl behöver sådan forskning en tvärvetenskaplig ansats.

Vi börjar med att kortfattat ange de områden som tycks dyka upp när sådana studier kommer ifråga, varvid vi preciserar några viktiga begrepp. Sedan diskuteras en del svårigheter som man behöver vara medveten om inom sådan forskning. Några socialpsykiatriska problemställningar diskuteras därefter och slutligen sammanfattar vi de väsentligaste synpunkterna.

Några begrepp

Epidemiologi i vid mening kan definieras som studiet av hälsa och sjukdom i en befolkning. Syftet är

inte bara deskriptivt utan avsikten är också att utvärdera sambandet mellan sjukdom och dess etiologi samt att skapa en bas för sjukdomars kontroll och förebyggande, alltså intervention. Detta kräver att man tar hänsyn till en mängd olika variabler. (Tabell 1.) Vanliga typer av epidemiologiska studier är tvärsnitts-, fall-, kontroll- och kohortstudier.

Tabell 1. "Det epidemiologiska schemat" (Förkortad version av Gjestlands schema. Efter Inghe 1973.)

Agens	Värd	Omgivning
Biologiska	Försvarsmekanismer	Närmiljö (ex arbets-, boende-,
Näringsfaktorer	Arv	miljö, trafik, natur, etc)
Kemiska	Personlighet	Social struktur
Fysikaliska	Seder och bruk	
Mekaniska	Ålder	
Sociala	Kön	
	Beteende	

Benämningen *stress* har använts i flera olika bemärkelser: a) som ett tillstånd av miljön, b) som hur miljön uppfattas av individen, c) som individens reaktion på miljön eller på dess uppfattning, och d) som ett begrepp som betecknar sambandet mellan miljöns krav och individens förmåga att kunna tillgodose dessa krav.

Ett vanligt sätt att utvärdera stress har varit att uppmäta "life events". Exempel härpå är Holmes & Rahe's Schedule of Recent Experience (1967). Men ofta kan även frånvaro av vissa förväntade händelser vara en stress medan förekomst av vissa andra händelser, som avlastar en från något tungt, kan utgöra en förminskning av stress; Kasl (1984).

Med *sociala nätverk* avses uppsättningen av inbördes sociala relationer som omger en individ. Man använder kunskapen om typer av sociala relationerna för att förstå de ingående individernas uppträdande. *Socialt stöd* avser hur mycket av ens sociala behov som är tillgodosett genom interaktioner med andra i omgivningen. Således behöver sociala nätverk inte alltid utgöra ett stöd. Berkman (1984).

De klassiska arbetena Cassel (1976) och Cobb (1976) pekade starkt på att socialt stöd kunde vara hälsosamt antingen direkt eller genom att utgöra en buffert mot effekterna av psykosocial och fysisk

stress. Berkman & Syme (1979) är en klassisk epidemiologisk studie av relationen mellan mortalitet och sociala nätverk. Senare bra översikt över området sociala nätverk och hälsa utgörs av Broadhead et al. (1983) samt Berkman (1984).

Studium av socialt stöd börjar bli lika viktigt som av "life events". Socialt stöd mäts huvudsakligen genom fyra tillvägagångssätt (Henderson 1984): 1) grova sociodemografiska variabler, 2) utvalda frågor angående civilstånd, bostad, etc, 3) relativa vikter till specifika komponenter i individens sociala nätverk, och 4) utveckling av speciella och ingående frågeformulär och tester.

Svårigheter knutna till migrationsstudier

Eftersom migrationsstudier involverar flera kulturer uppstår det naturligtvis nya problem jämfört med epidemiologiska studier i allmänhet. Å andra sidan ställs här vissa viktiga grundläggande frågeställningar inom stressforskning och inom forskning rörande sociala nätverk och socialt stöd på sin spets genom att nya och ovanliga situationer skapats. En hel del forskning behövs här för att belysa viktiga och angelägna problemställningar. Det är samtidigt viktigt att man är medveten om vilka svagheter, fallgropar och felkällor som föreligger, och man bör ange dessa i sina redogörelser. Chotai (1983). Nedan följer en diskussion om några sådana svårigheter. För en mera omfattande genomgång hänvisas till Kasl och Berkman (1983).

Flertalet studier hittills om migration och hälsa har inte avsett att huvudsakligen studera hur upplevelsen av migration påverkar hälsan. Målsättningen har istället varit att försöka identifiera eventuella miljöfaktorer i värdlandet av betydelse för uppkomsten av någon sjukdom, eller allmänt att studera växelverkan mellan "arv" och "miljö" för sjukdomen.

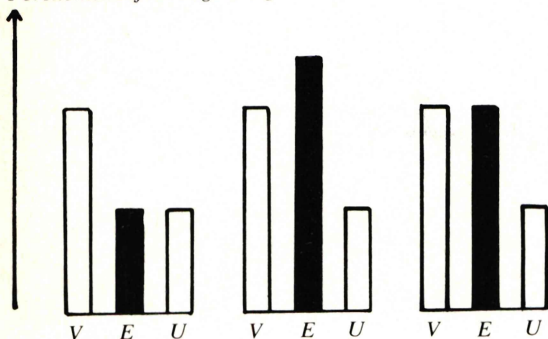
I epidemiologiska studier om migration och hälsa finns det tre befolkningar som jämförs med varandra: värdlandets, ursprungslandets och emigrantbefolkningen. Antag att man har något mått på förekomsten av en viss sjukdom och att man erhåller ett sådant för var och en av dessa tre befolkningar. Hur ska man då tolka dessa?

Låt oss exemplifiera vår diskussion med det fallet

då värdlandet har en högre förekomst av någon sjukdom än ursprungslandet. *Figurerna 1 a-c* är tre exempel på hur det erhållna resultatet kan se ut.

Figur 1 a-c. Tre exempel på hur det erhållna resultatet kan se ut då värdlandet har en högre förekomst av en sjukdom än ursprungslandet. (V = värdlandet, E = emigrantbefolkningen, U = ursprungslandet)

Förekomst/befolkningsmängd



Resultatet i figur 1 a kan förklaras med bland annat ett eller flera av följande resonemang:

- Sjukdomen har en (delvis) genetisk orsak.
- Tidiga uppväxtnmiljön i ursprungslandet har en skyddande effekt.
- Emigranterna utsätts av någon anledning inte för vissa av miljökomponenterna i värdlandet.
- Upplevelsen av migrationen hade inte någon skadlig verkan vad avser den aktuella sjukdomen.

För att förklara figur 1 b, skulle man kunna välja några av följande:

- Påfrestningen av migrationen ökar förekomsten av sjukdomen ifråga.
- Det finns någon sjukdomsframkallande miljöagens i värdlandet som saknas i ursprungslandet, samt migrationen har en skadlig verkan.
- Emigranterna är överkänsliga för någon miljöfaktor i värdlandet.

När det gäller figur 1 c kan man anföra följande:

- Full effekt av miljöfaktorerna i värdlandet, men ingen migrationseffekt.
- Ofullständig miljöeffekt på grund av otillräcklig miljöexponering i det nya landet, samt en viss migrationseffekt.

Ovanstående utgör några exempel på olika tolkningsmöjligheter av resultat erhållna ur epidemiolo-

giska studier. Det finns andra aspekter som behöver beaktas i sådana studier.

Selektion vid migration. Emigrantbefolkningen utgör ofta inte någon representativ del av befolkningen i ursprungslandet. Därför kan en jämförelse med den genomsnittliga sjukligheten i värdlandet respektive ursprungslandet vara missvisande. Eftersom selektionsmekanismerna som ger upphov till emigranterna är svåra att komma åt, kan det vara svårt att identifiera de delpopulationer som är jämförbara i dessa länder. Dessutom varierar selektionsfaktorerna med tiden och med förändringar i de nationella och internationella omständigheterna.

Internationella skillnader i hälsobeteende och sjukvårdens organisation kan orsaka problem vid "mätning" av hälsostatus. En del emigrantgrupper söker sjukvård aktivare än andra och uppvisar därmed till synes högre sjuklighet. Dessutom uttrycks sjuklighet i olika kulturer på olika sätt. Graden av upplevda sjukligheten och hur man handskas med sjukdomar påverkas vidare av emigrantgruppens sociala struktur. Kunskapen om värdlandets hälso- och sjukvårdssystem uppbyggnad varierar mellan olika emigrantbefolkningar.

Egenskaper hos värdlandet. Olika länder ställer olika krav på assimilation och kan vara mer eller mindre multikulturella. Fördomar om emigranterna, både positiva och negativa, kan finnas. Dessa förhållanden gör att migrationsstudier från olika länder inte nödvändigtvis är jämförbara med varandra.

Egenskaper hos emigranten och hans närmiljö. Det kulturella och sociala mönstret i emigrantgruppen påverkar förstås emigrantens hälsobeteende och hälsoläge. Av betydelse är även individens särskilda behov sett i relation till hans närmiljö. Till exempel är en kartläggning av individens typ av ambitioner i relation till de tillgängliga resurserna ofta viktigare än ett studium av den genomsnittliga ambitionstypen och den genomsnittliga resurstillgången för gruppen. Migrationsstudier om olika emigrantgrupper i ett land är därför inte nödvändigtvis jämförbara med varandra.

Hur ska man tolka tiden som förflytt sedan emigrationen? En grupp emigranter består vanligen av individer som varit olika länge i värdlandet. Den här

tidslängden kan vara svår att inkludera i analysen, eftersom den återspeglar flera olika aspekter: i) Exponeringstiden för miljön i värdlandet. ii) Omständigheterna när en individ emigrerade, eftersom selektionsmekanismerna kan variera med tiden. iii) Graden av adaptation och assimilation i värdlandet hos individen.

Social-psykiatriska problemställningar

Problemet med att komma åt faktorer som påverkar uppkomsten och förloppet av psykiska sjukdomar och ohälsa som sådant har gäckat forskare i årtal (Gottesman och Shields 1982, Pulver et al. 1981, Weissman et al. 1984, Wetterberg 1983, Ahnlund 1984). Att psykiatrisk forskning stöter på svårigheter utöver dem som förekommer i rent somatisk forskning är uppenbart (Blakemore 1981).

Problemet med att studera invandrarnas social-psykiatriska förhållanden stöter på ytterligare svårigheter. Olika invandrargrupper torde uppvisa olikheter i attityder mot sjukvård (Aurelius och Magnusson 1981) och i typen av sociala nätverk i hemlandet och även i invandrargruppen i Sverige. Det finns en hel del gjort i litteraturen om sociala nätverks betydelse för hälsan (Bergström och Tengvald 1985), och en koppling mellan detta och psykisk ohälsa för respektive invandrargrupp torde vara mycket viktigt. Det finns arbete som belyser de metodologiska aspekterna när man studerar sociala relationer, exempelvis Henderson, Byrne och Duncan-Jones (1981). En översikt över det sociala bandets betydelse i psykiatrisk epidemiologi ges av Henderson (1980). Man bör komma ihåg att individens mottaglighet för sjukdomar i allmänhet påverkas starkt av den sociala miljön, men relativt lite tycks vara gjort för att komma åt detta (Cassell 1976). Satsningen här har dock tilltagit på sistone. En sak som är viktig att påpeka, är att invandrarnas psykiska ohälsa bör jämföras inte bara med normalbefolkningen i Sverige, utan även med den i ursprungslandet.

England har erfarenheter av invandrare bland annat från Irland och Skottland, Tyskland, Italien, Asien och Västindien. En serie arbeten därifrån rapporterar social-psykiatriska förhållanden bland invandrarna. Cochrane (1977, 1980) samt Cochrane

och Stopes-Roe (1977) fann att invandrare från Asien, Tyskland och Italien hade mindre psykiatriska besvär än normalbefolkningen i England, medan det var tvärtom vad gäller invandrare från Irland och Skottland; hypotesen har framförts att när emigrationen är svår det huvudsakligen är de "stabila" individerna som emigrerar, medan vid lätta emigrationsmöjligheter torde även mera "instabila" individer emigrera, delvis på grund av bristande anpassning i hemlandet föranledd av "instabilitet". Brewin (1980) påpekar att en del av dessa skillnader skulle kunna bero på att distriktsläkare vidareremitterar "psykiatriska fall" olika mycket från olika invandrargrupper, detta p.g.a. olika kulturella beteenden. Bebbington et al. (1981) finner dock liknande mönster som i Cochrane's studier, och föreslår att dessa kan bero på kulturellt betingade olikheter bland olika invandrargrupper i deras sätt att handskas med social-psykiatriska problem. Jag vill tillägga att kulturella olikheter torde spela en stor roll; exempelvis är alkoholkonsumtionen hos asiater i England obetydlig jämfört med hos andra invandrare och briter. Ett försök till att mäta "kulturellt avstånd" baserat på sociala och psykiatriska variabler diskuteras av Babikar et al (1980).

Sammanfattande synpunkter

Varje migration är speciell och har sina särdrag. Alltså utgör inte olika studier om migration och hälsa någon "replication" av varandra utan vidare. Oftast har epidemiologiska studier om hälsa och migration avsett studera skillnader i olika länder vad avser kultur, kostvanor, levnadssätt, etc eller att allmänt studera växelverkan mellan "arv" och "miljö". Att studera hur upplevelsen av migration påverkar hälsan har vanligen inte varit huvudmål-sättningen. Det finns ett stort behov av epidemiologiska studier om hälsokonsekvenser av migration. Förutom att belysa migrationsprocessen som sådant kommer de att delvis kunna besvara frågor av typ: Vad är "stress" och hur mäter man den? Hur påverkas hälsan av "stress"? Hur ska sociala nätverk och socialt stöd egentligen mätas, och hur påverkar dessa hälsoläget? Studier om möte mellan olika kulturella mönster och olika personliga egenskaper ger insikt om hur dessa mönster och egenskaper fungerar som sådant!