

# Sämre somatisk hälsa hos utlandsfödda



SERIE Mångkulturell vård

**De senare årens kraftiga flyktinginvandring, den ökande invandringen av anhöriga samt en tilltagande arbetskraftsmigration i enlighet med EES-avtalet gör att Sverige idag kan ses som ett mångkulturellt samhälle där antalet utlandsfödda kan beräknas utgöra ca 1 miljon år 2000.**

**Den somatiska hälsan varierar i olika etniska grupper men är inte så ofta beskriven. Tillgängliga data om utlandsfödda visar att både flyktingar och arbetskraftsinvandrare har en ökad risk för självrappporterad somatisk långvarig sjukdom i jämförelse med dem som är födda i Sverige.**

Den kraftigt ökade flyktinginvandringen sedan början av 1990-talet har på ett konkret sätt satt de etniska minoriteternas hälsa i förgrunden. Emellertid fokuserar primär- och sekundärvård samt förebyggande hälso- och sjukvård normalt på majoritetens behov. Kunskaper saknas i mycket stor utsträckning om det inflytande som etnicitet, migration och kulturella faktorer har på hälsa och vårdutnyttjande.

Trots att Sverige idag med 10,7 procent utlandsfödda är ett mångkulturellt samhälle med mer än 120 olika etniska grupper finns det få publicerade studier som beskriver och analyserar utlandsföddas hälsa i Sverige. Syftet med denna artikel är dels att göra en litteraturgenomgång, dels att analysera skillnader i förekomsten av självrappporterad soma-

tisk långvarig sjukdom bland utlandsfödda och svenskar.

## Oftare långtidssjukskrivna

Några regionala och lokala svenska studier har visat att invandrare har en sämre hälsa än majoritetsbefolkningen. En studie som Stockholms läns landsting genomförde 1984 visade att psykosomatiska besvär var vanliga bland grekiska, jugoslaviska och chilenska invandrare men inte bland polska och finska invandrare [1].

Förtidspension var fem till sex gånger vanligare bland sydeuropeiska kvinnor än bland svenska och chilenska kvinnor i Stockholms läns landsting 1988 [2]. Samma tendens, fastän inte lika uttalad, fanns bland männen.

Av sydeuropeiska och chilenska kvinnor i åldrarna 45–49 år var 25 procent långtidssjukskrivna medan motsvarande sjukskrivningsfrekvens för syrisk och iransk kvinnor var 38 procent och för svenska kvinnor under 10 procent [2].

I en studie från Socialstyrelsen 1995 fann man att hälften av alla långtidssjukskrivningar bland invandrare i Sverige kunde förklaras av arten av deras arbete. Den andra halvan av långtidssjukskrivningarna var förknippad med migrationen och främst då hos sydeuropeiska arbetskraftsinvandrare [3]. En svensk primärvårdsstudie har också visat på större svårigheter att rehabilitera långtidssjukskrivna greker än svenskar [4].

I en prospektiv studie från Lund 1988 av en lokalbefolknings vårdutnyttjande påvisades tydliga skillnader mellan utlandsfödda individer (28 procent av befolkningen) och svenskar i deras möte med och utnyttjande av vårdcentralens resurser [5].

De utlandsföddas läkarbesök tog längre tid än svenskarnas och de fick fler diagnoser per konsultation. En överrepresentation av muskuloskeletal sjukdomar diagnostiserades bland de utlandsfödda medan svenskarna oftare hade övre luftvägsinfektioner. En öpenvårdsstudie från Stockholm har även den visat att muskuloskeletal sjukdomar är överrepresenterade bland invandrare [6].

I Lundastudien fann man ingen signifikant skillnad mellan svenskar och utlandsfödda i antalet ålders- och könsstandardiserade besök till vårdcentralen [5]. En möjlig orsak till detta kan vara att det fanns en stor andel arbetare, ensamstående med barn och andra mer utsatta grupper bland svenskarna. Dessa grupper har redan tidigare visats ha en högre sjuklighet och sekundärt ett högre vårdutnyttjande än andra grupper i samhället.

## Utlandsfödda söker oftare akut

Svenskar hade ett lågt vårdutnyttjande av akutmottagning och ett högre vårdutnyttjande av privatläkare medan utlandsfödda visade en motsatt tendens [7]. Latinamerikanska flyktingar hade ett högre vårdutnyttjande av vårdcentral än andra etniska grupper. Latinamerikanska flyktingar och nordiska invandrare blev oftare remitterade av distriktsläkaren till somatisk specialistvård än andra grupper. Detta kan vara ett uttryck för en högre och mer komplicerad sjuklighet bland dessa grupper än bland svenskar och övriga utlandsfödda grupper.

En svensk studie visade att latinamerikanska flyktingar hade den största risken för långvarig sjukdom, och närmast sydeuropeiska arbetskraftsinvandrare, medan inget säkert samband kunde konstateras för finländare då man justerade för ålder, kön, social klass och övriga bakgrundsvariabler [8].

Däremot var de sydeuropeiska arbetskraftsinvandrarna den enda utlandsfödda gruppen som hade en kraftigt ökad risk för nedsatt arbetsförmåga då hänsyn togs till ovan nämnda demografiska variabler.

I en studie från 1991–1992 av latinamerikaner i exil i Lund och chilener som repatrierat till sitt hemland hade omkring hälften av de latinamerikanska männen och kvinnorna i Lund svåra till mycket svåra långvariga sjukdomar medan prevalensen bland de repatrierade männen var ännu högre, 67 procent [9].

Mer än hälften av de latinamerikanska flyktingarna i Lund eller de repatrierade stod under regelbunden läkarbehandling, mot var fjärde arbets-

## Författare

JAN SUNDQUIST

docent, Stanford University Center for Research in Disease Prevention, Palo Alto, Kalifornien, USA

SVEN-ERIK JOHANSSON

avdelningsdirektör, statistiker, Statistiska centralbyrån, Välfärdsprogrammet, Stockholm.

kraftsinvandrare och var sjätte av de svenska kontrollerna. Tortyr, diskriminering, otrygghet i vardagslivet samt livsstilsfaktorer (t ex att inte motionera) var viktiga förklaringar till långvarig sjukdom i dessa grupper.

### Skattar egna hälsan lägre

Jugoslaver, chilenerare och turkar skattade sin hälsa som 6,5 respektive 3 gånger sämre än svenskarnas medan finländare och polacker skattade sin hälsa som 2 gånger sämre än svenskarnas, i en undersökning där det empiriska materialet bygger på Statistiska centralbyråns undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) [10].

Jugoslaver, turkar och ungrare hade vardera ca 2 gånger ökad risk för långvarig sjukdom i rörelseorganen, vanligen ryggvärk. Data aggregerades för en längre tidsperiod, 1986–1991, för att möjliggöra analyser på nationsnivå. Tidsperioden ligger omedelbart före den ekonomiska nedgången i Sverige med en ökad arbetslöshet och främlingsfientlighet.

Det finns få studier som analyserar sambandet mellan migration och specifika sjukdomar. Finska, polska och chilenska invandrare har sämre tandhälsa med högre kariesfrekvens än svenskar [11, 12]. Två studier från södra Sverige kunde inte påvisa någon skillnad mellan utlandsfödda arbetskraftsinvandrare från Västeuropa och svenskar vad avser förekomst av diabetes [13,14].

I en uppföljningsstudie av drygt 43 000 svenskar och utlandsfödda, intervjuade i ULF 1979–1985 och följda till december 1993, hade finska män en ökad total dödlighetsrisk på 1,5 jämfört med svenskar kontrollerat för ålder, bostadens upplåtelseform och utbildning [15].

Finska och östeuropeiska kvinnor hade 2 respektive 3 gånger ökad risk för död i hjärt- och kärlsjukdomar, högre än i sina hemländer, trots att man justerade för ålder, civilstånd, bostad och utbildning.

Under 1990-talet har den ekonomiska krisen i Sverige slagit särskilt hårt mot invandrare som kommit till Sverige efter 1980, och speciellt mot dem från utomeuropeiska länder [16]. Sämsta ekonomiska situationen har flyktingar från Latinamerika, Afrika och Asien. Deras förvärvsinkomster ligger 60 procent under svenskarnas [17].

### SYFTE, MATERIAL, METOD

Syftet med vår studie är att undersöka förekomsten av självrapporterad somatisk långvarig sjukdom i den svenska befolkningen baserat på ett urval data från Statistiska centralbyråns årliga ULF-undersökningar för åren 1990–1993 i åldersintervallet 25–74 år.

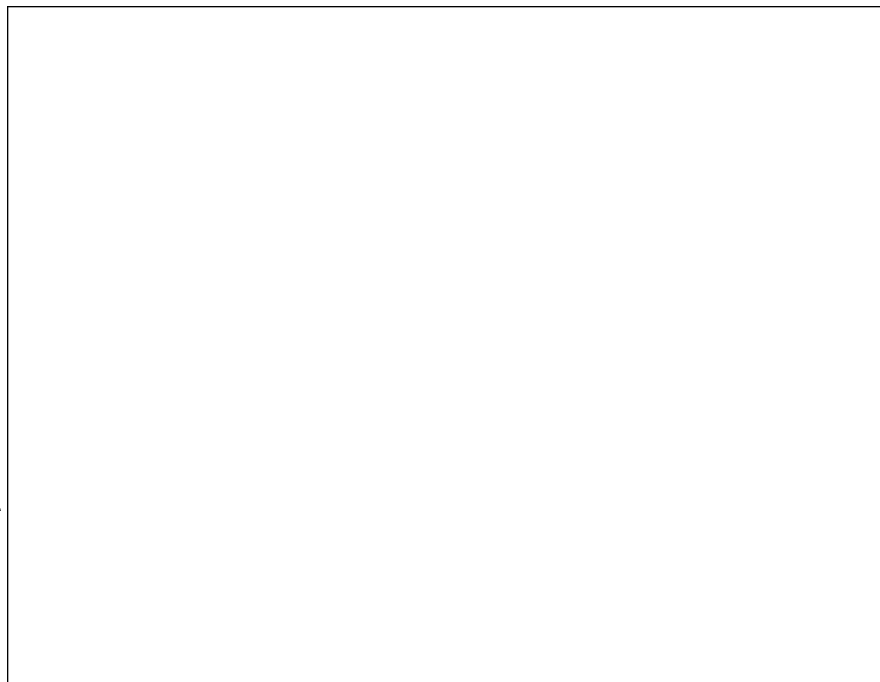


FOTO: UTVANDRARNASHUS, VÄXJÖ

Utvandrarsällskap på väg över Atlanten (utan årtal).

Flyktingfamilj från ex-Jugoslavien, Ystad juli 1992.

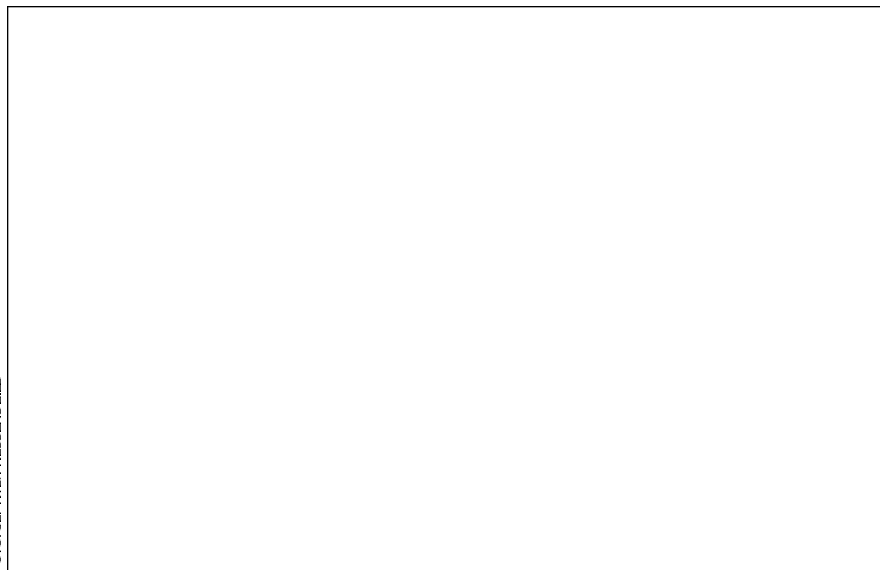


FOTO: ULF FRYDPRESSENS BILD

Datinsamlingen i ULF sker genom besöksintervjuer. Urvalet (obundet, slumpmässigt) består av ca 7 600 individer per år i åldrarna 16–84 år, draget från registret över totalbefolkningen (RTB) [18]. För att i denna studie kunna analysera mindre grupper i samhället har flera årgångar slagits samman, 1990–1993.

Svarande i urvalet var 18 482 individer i åldrarna 25–74 år, varav 2 037 var utlandsfödda (11,0 procent). Svarefrekvensen var i genomsnitt 79,3 procent. Bortfallsgruppen kan delas in i tre undergrupper: vägrare (2/3), ej anträffade (1/5) och för sjuka för att delta (1/10).

Ohälsan, baserad på dödligheten, har analyserats i bortfallsgruppen i tidigare ULF-årgångar och visar att vägrarna

har samma totala dödlighetsrisker som de svarande. De övriga två grupperna har större risker. Detta betyder att den totala sjukligheten underskattas eftersom sjuklighet och dödlighet är starkt korrelerade.

Beroende variabel var långvarig sjukdom, definierad som att man lider av »någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, något handikapp eller annan svaghet». På en följdfråga anges typ av långvarig sjukdom, som sedan kodas enligt ICD-10.

Långvarig sjukdom analyserades som beroende variabler enligt följande:

- Alla med en eller flera somatiska sjukdomar.
- De som har en långvarig sjukdom.

- De som har två till sex olika sjukdomar.
  - De som angav att de har sjukdomar som kan hänföras till gruppen muskuloskeletal sjukdomar, dvs de med ICD-10-kod 710–739.
  - De med sjukdomar som tillhör gruppen cirkulationsorganens sjukdomar med ICD-10-kod 390–459.
  - De med långvarig sjukdom på grund av skador, olyckor, självmordsförsök, ICD-10-kod 800–999.
  - Övriga somatiska sjukdomar.
- Oberoende variabler är dels kön, dels ålder i 10-årsklasser (25–34, 35–44, 45–54, 55–64 och 65–74 år).

Etnicitet definierades efter födelse-land. De utlandsfödda delades upp i fyra relativt grova grupper:

- Födda i Finland.
- Födda i väst, dvs västeuropéer (utom finländare och sydeuropéer) samt invandrare från USA, Kanada, Australien, Nya Zeeland och Japan.
- Sydeuropéer, dvs arbetskraftsinvandrare från Portugal, Spanien, Italien, Jugoslavien, och Grekland.
- Övriga nationaliteter, dvs de som är födda utom Europa – flyktingar framför allt från Asien, Afrika och Latinamerika samt östeuropéer. Till denna grupp räknades också Turkiet.
- I den femte gruppen ingick de som var födda i Sverige.

Civilstånd dikotomiserades i antingen gifta/sammanboende eller ensamstående.

Utbildning användes som en indikator för social klass och delades in i tre nivåer:

- Lågutbildade – de med högst grundskola (9 år).
- Mellannivån – de med mer än 9 års utbildning men med högst tvåårig avslutad gymnasieutbildning (10–11 år).
- Högutbildade – alla med mer än tvåårigt gymnasium (>11 år).

### Statistisk metod

Köns- och åldersstandardiserade prevalenser har beräknats med indirekt standardisering efter kön och ålder, med riket som standard.

Data analyserades med obetingad logistisk regression i huvudeffektsmodeller [19]. Resultaten redovisas som oddskvoter (OR) med 95 procents konfidensintervall (KI).

Modellanpassningen bedömdes som god om sannolikhetskvoten var ungefär lika med antalet frihetsgrader. Modellanpassningen i Tabell III var relativt god.

### RESULTAT

Den totala prevalensen för långvariga sjukdomar var 42 procent, något större för kvinnor (43,0 procent) än för

män (40,1 procent). Finländare och sydeuropéer hade de högsta ålders- och könsjusterade oddskvoterna för långvarig somatisk sjukdom (Tabell I). Cirka en fjärdedel av de intervjuade hade en långvarig sjukdom. Här fanns det inga köns- eller etniska skillnader.

Kvinnor hade högre oddskvoter för långvarig sjukdom, för två till sex långvariga sjukdomar, muskuloskeletal sjukdomar, endokrina sjukdomar och övriga somatiska sjukdomar. Män hade högre oddskvoter för cirkulations- och andningsorganens sjukdomar och skador.

Bland dem som hade två eller flera långvariga sjukdomar fanns stora skillnader mellan etniska grupper; sydeuropéerna hade en oddskvot på 2,35 (KI = 1,67–3,29) och finländare 1,93 (KI = 1,59–2,34) jämfört med svenskfödda som referensgrupp (OR = 1).

Den största enskilda diagnosgruppen var muskuloskeletal sjukdomar med en prevalens på 19 procent. Alla utlandsfödda grupper utom födda i västländer hade högre ålders- och könsjusterade oddskvoter för muskuloskeletal sjukdomar än svenskarna. Detta gällde särskilt sydeuropéerna (OR = 2,52; KI = 1,86–3,42), men även finländare och övriga utlandsfödda grupper hade relativt höga oddskvoter för diagnosgruppen. Finländarna var den enda utlandsfödda gruppen som dessutom hade signifikant högre oddskvot för cirkulationsorganens sjukdomar (Tabell I).

Risken för skador, olyckor och självmordsförsök var signifikant lägre för dem som tillhörde gruppen övriga nationer (Tabell II). Det fanns inga signifikanta skillnader mellan de olika nationsgrupperna beträffande andningsorganens sjukdomar och de endokrina sjukdomarna. Däremot hade gruppen övriga nationer en förhöjd oddskvot för »övriga somatiska sjukdomar» (OR = 1,30; KI = 1,05–1,62).

I den logistiska modellen som presenteras i Tabell III har oddskvoterna för långvarig somatisk sjukdom för de olika etniska grupperna jämförts med dem för infödda svenskar (referensgrupp, OR = 1), justerade för ålder, kön, civilstånd och utbildning. Trots justering för demografiska variabler och social klass (utbildning) har samtliga utlandsfödda grupper, utom västeuropéer, förhöjda oddskvoter för långvarig sjukdom.

Finländare har den högsta oddskvoten för somatisk långvarig sjukdom med 1,62 (KI = 1,38–1,91) i jämförelse med svenskar. Ensamstående har också en förhöjd oddskvot för långvarig sjukdom. Utbildning uppvisar en tydlig gradient – ju högre utbildning desto lägre oddskvot för långvarig sjukdom (Tabell III).

I Tabell III redovisas samtidigt de

köns- och åldersstandardiserade prevalenserna för långvarig sjukdom för civilstånd, utbildning och etnicitet. Finländare följda av sydeuropéer har de högsta prevalenserna för långvarig sjukdom, 52 respektive 50 procent. Fördelningen i de olika variablerna, antal svarande och skattad befolkning i undergrupperna framgår av Tabell III.

### DISKUSSION

Denna studie har visat att alla utlandsfödda, utom de som är födda i väst, har högre risk för långvarig sjukdom än svenskar, och att detta inte kan förklaras av ålder, kön, civilstånd eller social klass (utbildningsnivå).

Studien visar samtidigt att sjukdomsmönstret är olika i de olika etniska grupperna. Särskilt arbetskraftsinvandrarna från Sydeuropa har höga oddskvoter för två till sex långvariga somatiska sjukdomar samt muskuloskeletal sjukdomar. Finländare har samma mönster som sydeuropéerna men har även höga oddskvoter för cirkulationsorganens sjukdomar.

Det finns vissa begränsningar för denna typ av studie. Det är en tvärsnittsstudie som inte medger att man kan tala om kausala samband. En annan nackdel är att de breda grova etniska grupperna inom sig uppvisar stora etniska variationer. Antalet utlandsfödda individer, undantaget finländarna, var för litet för att kunna redovisas på nationsnivå.

En fördel med studien är det stora representativa urvalet av Sveriges befolkning och den relativt höga svarsfrekvensen. Andelen utlandsfödda i urvalet motsvarar väl deras andel i befolkningen.

En nackdel kan vara att en transkulturell anpassning av frågorna inte varit möjlig att göra. Tolk har använts vid behov. Frågor som ingår i ULF är internationellt välkända och används i stor utsträckning i andra länders levnadsnivåundersökningar. Denna typ av intervjuundersökningar har en lång tradition och frågorna har noggrant validerats under åren [20].

Förekomsten av en kraftigt förhöjd risk för mer än en långvarig sjukdom för de sydeuropeiska arbetskraftsinvandrarna 1990 till 1993 är illavarslande, men resultatet överensstämmer med andra studier som t ex har utnyttjat ULF 1986–1991 [10]. Där hade de jugoslaviska arbetskraftsinvandrarna samt turkiska invandrare hög risk för svår långvarig sjukdom (somatisk och psykisk sammantagen) jämfört med svenskar.

I vår undersökning räknas de turkiska invandrarna till gruppen övriga nationer. Dessutom är psykisk långvarig sjukdom exkluderad från långvarig sjukdom då vårt fokus ligger på somatisk sjukdom.

**ANNONS**

**ANNONS**

**Tabell I.** Oddsquoter med 95-procentiga konfidensintervall för självrapporterad långvarig somatisk sjukdom bland svenskar och utlandsfödda, 25–74 år, justerat för ålder (10-årsklasser), n = 18 482.

Variabel	Nivå	Alla sjukdomar	En sjukdom	Två–sex sjukdomar	Muskuloskeletal sjukdomar (ICD-10 710–739)	Cirkulationsorganens sjukdomar (ICD-10 390–459)
Kön	Kvinna	1 (referens)	1 (referens)	1 (referens)	1 (referens)	1 (referens)
	Man	0,94 (0,89–1,00)	1,02 (0,95–1,09)	0,88 (0,81–0,95)	0,73 (0,67–0,79)	1,14 (1,04–1,26)
Etnicitet	Svenskar	1 (referens)	1 (referens)	1 (referens)	1 (referens)	1 (referens)
	Finländare	1,71 (1,46–2,01)	1,16 (0,97–1,38)	1,93 (1,59–2,34)	1,96 (1,65–2,34)	1,75 (1,39–2,21)
	Födda i väst	1,21 (0,99–1,48)	1,07 (0,86–1,33)	1,22 (0,96–1,56)	1,24 (0,99–1,56)	0,96 (0,71–1,29)
	Sydeuropéer	1,50 (1,13–2,01)	0,85 (0,61–1,20)	2,35 (1,67–3,29)	2,52 (1,86–3,42)	1,25 (0,77–2,00)
	Övriga nationer	1,19 (1,02–1,32)	1,10 (0,93–1,31)	1,21 (0,97–1,52)	1,50 (1,24–1,81)	0,95 (0,69–1,30)
Prevalens	Procent	41,8	25,2	16,6	18,9	11,6

**Tabell II.** Oddsquoter med 95-procentiga konfidensintervall för självrapporterade långvariga sjukdomar på grund av skador, andningsorganens sjukdomar, endokrina sjukdomar samt övriga somatiska sjukdomar bland svenskar och utlandsfödda, 25–74 år, justerat för ålder (10-årsklasser), n = 18 482.

Variabel	Nivå	Skador (ICD-10 >799)	Andningsorganens sjukdomar (ICD-10 460–519)	Endokrina sjukdomar (ICD-10 240–279)	Övriga somatiska sjukdomar
Kön	Kvinna	1 (referens)	1 (referens)	1 (referens)	1 (referens)
	Man	1,26 (1,10–1,44)	1,18 (1,03–1,36)	0,60 (0,53–0,70)	0,91 (0,84–1,00)
Etnicitet	Svenskar	1 (referens)	1 (referens)	1 (referens)	1 (referens)
	Finländare	1,22 (0,87–1,71)	1,24 (0,88–1,75)	1,13 (0,80–1,62)	1,07 (0,86–1,34)
	Födda i väst	1,41 (0,87–2,07)	1,38 (0,93–2,04)	1,18 (0,79–1,75)	1,16 (0,89–1,50)
	Sydeuropéer	1,22 (0,68–2,20)	0,90 (0,44–1,83)	1,36 (0,71–2,60)	1,33 (0,90–1,96)
	Övriga nationer	0,43 (0,26–0,72)	0,88 (0,60–1,29)	1,06 (0,70–1,60)	1,30 (1,05–1,62)
Prevalens	Procent	4,8	4,8	4,7	14,0

**Tabell III.** Oddsquoter med 95-procentiga konfidensintervall för den beroende variabeln »förekomst av självrapporterad långvarig sjukdom» samt prevalens, fördelningen (procent) i de oberoende variablerna antal svarande (n) och skattad befolkning (N), 25–74 år, n = 18 482. Prevalensen för civilstånd, utbildning och nationalitet är köns- och åldersstandardiserad. Källa: ULF 1990–1993.

Variabel	Nivå	Oddsquot	Konfidensintervall	Prevalens	Procent	n	N (skattat)
Kön	Kvinna	1	referens	43,0	50,0	9 291	2 604 000
	Man	0,94	0,89–1,00	40,1	50,0	9 191	2 599 000
Ålder	25–34	0,28	0,26–0,32	26,9	23,2	4 330	1 207 000
	35–44	0,33	0,30–0,37	29,6	22,9	4 391	1 191 000
	45–54	0,49	0,44–0,54	39,0	22,3	4 101	1 163 000
	55–64	1	referens	58,3	15,6	2 878	811 000
	54–74	1,51	1,36–1,69	68,6	16,0	2 782	831 000
Civilstånd	Gift/Sambo	1	referens	41,0	72,7	13 701	3 783 000
	Ensamstående	1,14	1,06–1,22	44,1	27,3	4 781	1 420 000
Utbildning	Grundskola	1	referens	46,9	28,8	4 842	1 362 000
	2-årigt gymnasium	0,86	0,80–0,93	42,6	45,2	8 396	2 347 000
	>2-årigt gymnasium	0,63	0,58–0,69	35,7	25,9	5 244	1 494 000
Etnicitet	Svenskar	1	referens	41,0	88,9	16 445	4 622 000
	Finländare	1,62	1,38–1,91	52,2	3,6	669	189 000
	Födda i väst	1,21	0,99–1,48	44,6	2,4	436	125 000
	Sydeuropéer	1,49	1,11–1,99	50,0	1,1	201	57 000
	Övriga nationer	1,24	1,05–1,56	46,1	4,0	731	210 000

### Tänkbara orsaker till resultaten

Hur skall man då förklara den ökade förekomsten av långvarig somatisk sjukdom hos sydeuropeiska arbetskraftsinvandrare? Vi vet ingenting om sjukligheten i respektive hemland och kan därför inte utifrån denna studie dra slutsatsen att det är migrationen och ogynnsamma levnadsvillkor i Sverige som orsakar sjukligheten eller möjligen förvärrar den.

Samtidigt vet vi att de sydeuropeiska invandrarna kom till Sverige från slutet av 1940-talet till 1970-talets början, då

arbetskraftsinvandringen ströps på grund av lågkonjunkturen. Det har dock fortsatt att komma anhöriga till redan invandrade sydeuropéer under 1980- och 1990-talen.

Gruppen är positivt selekterad på så sätt att svenska företag rekryterade ett friskt urval av arbetare, dvs det fanns en s k »healthy migrant effect». Denna grupps hälsa kan ha försämrats under vistelsetiden i Sverige.

Andra undersökningar har visat att latinamerikanska flyktingar som kom hit på 1970-talet skattar sin hälsa sämre

än de som kom på 1980-talet [8]. En studie från Glasgow visade att ju längre vistelsetiden var desto sämre var hälsan vad gäller luftvägsinfektioner, hjärtproblem och högre kroppsmasseindex [21]. Detta innebär att latinamerikaner i Lund och asiater i Glasgow lever i ett socialt och kulturellt segment av samhället med negativ inverkan på deras hälsa.

### Har oftare tyngre arbeten

Kvinnor från Sydeuropa och män från västasiatiska länder arbetar i större

utsträckning inom yrken som är förenade med en hög sjukskrivningsrisk [22]. Under 1990 arbetade 35 procent av jugoslaviska invandrarkvinnor inom industrin mot 6 procent av svenska kvinnor, vilket skulle kunna vara en bidragande orsak till att det finns en ökad risk för somatisk långvarig sjukdom hos denna grupp. I denna studies slutmodell togs emellertid hänsyn till utbildning och civilstånd men oddskvoten för långvarig sjukdom var oförändrad, 1,49.

Detta kan innebära att även faktorer som migrationsstress och ackulturativ stress, dvs den stress som anpassningen till majoritetskulturen orsakar, bidrar till ogynnsam hälsa. Den kraftigt förhöjda oddskvoten för muskuloskeletala sjukdomar bland de sydeuropeiska arbetskraftsinvandrarerna skulle kunna förklaras av hårt industri- eller städarbete, men även av ovan nämnda stressfaktorer. Det ökade trycket mot invandrare under 1990-talet med en mer invandrarfientlig attityd, bostadsegregering och diskriminering t ex i arbetet kan möjligen också ha bidragit. Utomeuropeiska flyktingar torde drabbas mest.

Finländarna visade samma mönster som sydeuropeerna men hade dessutom höga risker för somatisk långvarig sjukdom i cirkulationsorganens sjukdomar, vilket stämmer överens med andra studier [23].

Den finska (dvs nordiska) invandringen har varit helt fri sedan 1954 och kulminerade i början på 1980-talet. Den helt fria invandringen gör att man inte kan tala om en »healthy migrant effect», utan här kan även de som är sjuka utvandra. Man måste inte heller nödvändigtvis ha ett arbete att flytta till.

Födda i väst utgör en grupp av arbetskraftsinvandrarare som har ett med svenskarna liknande levnadssätt i förhållande till de övriga grupperna. Den gruppen har också ungefär samma förekomst av långvariga sjukdomar som svenskarna.

### **Svårt komma in på arbetsmarknaden**

De utomeuropeiska och östeuropeiska invandrarna utgörs främst av flyktingar och deras anhöriga. De hade en förhöjd oddskvot för långvarig sjukdom med hänsyn tagen till bakgrundsvariabler. Detta är den mest heterogena gruppen där risken är stor för att de med god hälsa, t ex en del östeuropeiska grupper, utjämnar oddskvoten för gruppen utomeuropeiska flyktingar, som har en betydligt ogynnsammare ställning på arbetsmarknaden än övriga. Gruppen utomeuropeiska flyktingar är kanske den som mest påverkas av den svåra ekonomiska situationen i Sverige.

Sammanfattningsvis visar denna

studie och de flesta andra refererade studierna att utlandsfödda, vare sig de kommit som flyktingar eller som arbetskraftsinvandrarare, har ökad risk för långvarig somatisk sjukdom i jämförelse med infödda svenskar.

Vissa grupper är mer utsatta än andra, t ex de sydeuropeiska arbetskraftsinvandrarerna, finländarna och troligen de utomeuropeiska flyktingarna från Afrika, Asiens och Latinamerikas fattigare länder.

Arbetskraftsinvandrarernas hälsa har försämrats under åren på grund av hårt arbete i svensk industri, medan mekanismerna för en sämre somatisk hälsa bland flyktingar kan vara traumat i sig. Båda grupperna påverkas naturligtvis även av ackulturativ stress.

### **Referenser**

- Statens offentliga utredningar. Invandrare i storstad. SOU 1989: 111.
- Kindlund H. Förtidsponsering och sjukfrånvaro 1990 bland invandrare och svenskar. I: Socialstyrelsen. Invandras hälsa och sociala förhållanden. Stockholm, Socialstyrelsen, 1995: 135-51. (Rapport 1995: 5).
- Löfvander M, Papastavrou D. Clinical factors, psycho-social stressors and sick-leave patterns in a group of Swedish and Greek patients. *Scand J Soc Med* 1990; 18: 133-8.
- Sundquist J, Rosén U, Johansson SE. Ethnicity as a risk indicator for musculoskeletal disease, long consultation times and care utilization. A prospective visitor study of 438 consecutive adult consultations of a primary health care centre. *Scandinavian Journal of Social Welfare* 1994; 3: 212-7.
- Tomson Y, Lichtenstein P. Invandrare söker vid vårdcentral i större omfattning än svenskar. *Läkartidningen* 1988; 85: 532-7.
- Sundquist J. Ethnicity as a risk factor for consultations in primary health care and out-patient care. *Scand J Prim Health Care* 1993; 11: 169-73.
- Sundquist J. Ethnicity, social class and health. A population-based study on the influence of social factors on self-reported illness in 223 Latin American refugees, 333 Finnish and 126 South European labour migrants and 841 Swedish controls. *Soc Sci Med* 1994; 40: 777-87.
- 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: 21-8.
- Leiniö TL. Invandrarernas hälsa. I: Persson G, Roselius M, red. Invandras hälsa och sociala förhållanden. Stockholm: Socialstyrelsen, 1995: 74-109. (SoS-rapport 1995: 5).
- Zimmerman M. Oral health in groups of refugees in Sweden. *Swed Dent J Suppl* 1994. Dissertation.
- Hjelm C, Isacson Å, Apelqvist J, Sundquist J, Nyberg P. Foreign- and Swedish-born diabetic patients – a population-based study of prevalence, glycaemic control and social position. *Scand J Soc Med* 1996; 24: 243-52.
- Hjelm K, Apelqvist J, Nyberg P, Sundquist J, Isacson Å. Health, health care utilization and living condition in foreign-born diabetic patients in southern Sweden. *J Int Med Res* 1997; 242: 131-41.
- Sundquist J, Johansson S-E. The influence

of country of birth on mortality from all causes and cardiovascular disease in Sweden 1979–1993. *Int J Epidemiol* 1997; 26: 279-87.

- Gustafsson B. Invandras försörjning. Sämre inkomster, större arbetslöshet – även efter 20 år. I: Statens Invandrarverk. Mångfald och ursprung. Rapport från ett multietniskt Sverige. Norrköping: Statens Invandrarverk 1997: 78-85.
- Statistics Sweden 1996. The Swedish Survey of Living Conditions. Design and Method. Stockholm: Statistics Sweden, 1997. (Appendix 16).
- Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. Boston: Wiley Interscience, 1989.
- Wärneryd B. Levnadsförhållanden. Återintervjustudie i undersökningen av levnadsförhållanden 1989 (ULF). Stockholm: Statistiska Centralbyrån, 1991. (Appendix 12).
- Williams R. Health and length of residence among South Asians in Glasgow: a study controlling for age. *J Public Health Med* 1993; 15: 52-60.
- Häll L. Hälsa och sjukdom. Många faktorer påverkar hur människor mår. I: Statens Invandrarverk. Mångfald och ursprung. Rapport från ett multietniskt Sverige. Norrköping: Statens Invandrarverk, 1997: 100-7.
- Alfredson L, Ahlbom A, Theorell T. Incidence of myocardial infarction among male Finnish immigrants in relation to length of stay in Sweden. *Int J Epidemiol* 1982; 11: 225-8.

*En fullständig referenslista kan erhållas från Sven-Erik Johansson, Vårldensprogrammet, Statistiska centralbyrån, 115 81 Stockholm.*

### **Summary**

#### **Somatic health poorer among foreign-born than among native Swedes.**

Jan Sundquist, Sven-Erik Johansson

*Läkartidningen* 1998; 95:1000-6

In a study based on data derived from the Swedish Survey of Living Conditions conducted from 1990 to 1993, differences in the prevalences of long-term somatic illnesses between native and foreign-born Swedes were analysed. Of the 18,242 randomly selected participants, aged 25–74 years. Eleven per cent were foreign-born, a figure consistent with the proportion of immigrants in the population as a whole. For the purpose of analysis, the foreign-born participants were divided into four subgroups: Finns, Southern Europeans, those from Western countries, and all others (i.e. from East Europe, Asia, Africa, and Latin America). As compared with native Swedes, and after adjustment for sex, age, marital status and level of education, the Finnish, Southern European and 'all other' subgroups were characterised by significantly higher prevalence rates for long-term somatic illness (odds ratios, 1.62, 1.49 and 1.24, respectively). The same three subgroups also manifested significantly higher age- and sex-adjusted prevalences of musculoskeletal diseases. Although the study design did not permit determination of whether susceptibility to poor somatic health was exacerbated by migration trauma or acculturative stress, the results suggest immigration to have an adverse effect on health.

*Correspondence:* Associate Professor Jan Sundquist, University Center for Research in Disease Prevention, 1000 Welch Road, Palo Alto, CA 94305-1825, USA.