

Invandrade kvinnors hälsa i Sverige

Om genus och etnicitet

Isis Nyampame

Dagens globaliserade värld innebär en stor rörlighet av människor mellan länder och ett intensifierat arbete med migrationsfrågor är därför en stor framtida utmaning för många länder. Sverige blir alltmer ett multikulturellt samhälle, och man beräknar att det finns fler än 150 etniska grupper i landet. Syftet med denna artikel är att utifrån litteraturstudier undersöka orsaker till ohälsa samt peka på möjliga lösningar som kan främja invandrade kvinnors hälsa. Resultaten visar att det finns ett stort antal vetenskapliga studier som styrker att invandrarkvinnor har sämre hälsa än de inrikes födda i Sverige. En slutsats är att det finns tydliga kopplingar mellan genus, etnicitet och ohälsa bland invandrade kvinnor i Sverige.

Isis Nyampame är fil. kand. i Statsvetenskap med inriktning mot juridik och Master in Health and Society. Hon har arbetat med migrationsfrågor i många år, både nationellt och internationellt. För närvarande arbetar hon vid Statens folkhälsoinstitut som utredare.

Kontakt: isis.nyampame@fhi.se

Inledning

Den globaliserade värld vi lever i präglas av människor som ständigt rör sig mellan länder. Sociala förändringar och konflikter tillsammans med förbättrade kommunikationer har bidragit till stora befolkningsomflyttningar. Enligt den Internationella organisationen för migration (IOM), finns det idag 191 miljoner migranter i världen (IOM 2005). Europa är tillflyktsort för ungefär 64 miljoner av dessa. Migrationens trender har genomgått stora

förändringar de senaste decennierna, framförallt har antalet kvinnor ökat kraftigt. Idag beräknas kvinnor utgöra nära hälften, 49,6 procent av hela antalet migranter.

Sverige, som tidigare har varit ett relativt etniskt homogent land, är nu ett mångkulturellt land, berikat med mer än 150 etniska grupper. Människor med ursprung i ett annat land utgör 12 procent av hela befolkningen (Baksi 1999; SCB 2003). Av Sveriges kvinnliga befolkning utgör 13 procent

utrikes födda och 4 procent är inrikes födda med båda föräldrarna utrikes födda (Integrationsverket 2006).

Det finns flera vetenskapliga undersökningar som visar att invandrade kvinnor generellt har sämre hälsa än infödda, svenska kvinnor. Till exempel är spädbarnsdödlighet avsevärt vanligare bland invandrade kvinnor från Afrika och från delar av mellanöstern än bland svenskfödda kvinnor (Essen et al 2002; Ny 2007). Den sämre hälsan bland invandrade kvinnor förklaras på olika sätt. Det finns undersökningar som pekar på ett starkt samband mellan kulturella vanor och traditioner som könsstympning och ohälsa bland invandrarkvinnor. Andra faktorer är språksvårigheter och konflikter som kan uppstå mellan vårdpersonal och invandrade kvinnor när de söker sjuk- och hälsovård. Brist på kunskap om hur den svenska sjukvården fungerar samt dåligt förtroende för det svenska sjukvårdssystemet pekas ut som faktorer som kan hindra invandrarkvinnor att söka läkarvård i tid vilket kan bidra till ohälsa.

Andelen invandrarkvinnor på arbetsmarknaden som drabbas av arbetsrelaterade sjukdomar är hög. Många blir långtidssjukskrivna, vilket inte sällan resulterar i ekonomiska problem och försämrade levnadsvillkor. I sin tur ökar detta risken för ett långvarigt bidragsberoende. Invandrade kvinnor i Sverige, visar flera studier, utgör generellt en svag grupp bland utsatta grupper i samhället (SOU 2006:37; SNIPH 2004). De har generellt dålig ekonomi och är diskriminerade på arbetsmarknaden (SOU 2006:37). De är segregerade när det

gäller boende och ibland är de marginaliserade när de uppsöker läkarvård (Wamala et al 2007).

Andra hälsoproblem som uppmärksammas gäller psykisk ohälsa, hög andel självmordsförsök, övervikt, bristande fysisk aktivitet, dålig reproduktiv hälsa och vissa former av cancer som drabbar vissa grupper av de invandrade kvinnorna (Robertson et al 2003).

Genus, etnicitet, och intersektionalitet

Genus refererar till socialt konstruerade normer och värderingar som underordnar kvinnor i förhållande till män vad gäller maktutövande och fördelningen av resurser. Det gäller allt från inflytande över politiska beslut till förhållanden på arbetsmarknaden och position i familjen (Sen et al 2007; WHO 2007).

Begreppet ”eticitet” är mångtydigt. Det får olika betydelser beroende på i vilken kontext det används och vem som använder det. Det finns ingen entydig definition. Pripp (1994) framhåller att etnicitetsbegreppet har sitt ursprung i en ideologi som åtskiljer människor. Etnicitet skapar skillnader mellan människor och fördelar människor i olika kategorier. På så vis fungerar etnicitet särskiljande där de ”andra” är de avvikande medan ”vi” är normen. Etnicitetsbegreppet används således för att åtskilja svenskar från invandrare (Mulinari 2005; de los Reyes 2004). Etnicitet ingår därmed i de maktstrukturer som underordnar vissa grupper genom att ständigt reproduceras i vardagen (de los Reyes & Mulinari 2005).

Intersektionalitetsteoretiska perspektiv utvecklades först i USA av svarta feminister som ett verktyg i genusanalysen. När perspektivet introducerades i det genusteoretiska forskningsfältet visade det sig att det rymde mycket kritik mot feministrörelsen och dess teoretiska utgångspunkter (Schulz & Mullings 2006). Perspektivets förespråkare hävdade att genusunderordningen inte enbart kan förstås med hänvisning till genus utan att faktorer som klass, ras och etnicitet också måste inbegripas i analysen. I detta låg också en stark kritik mot att vita medelklasskvinnor ditills dominerat genusdiskursen. Den bild av universella kvinnliga värderingar som målades upp av vita feminister stämde inte med verkligheten. Tvärtom lever kvinnor under olika omständigheter världen runt (Schulz & Mullings 2006).

I det folkhälsopolitiska arbetet kan intersektionalitetsperspektivet användas för att analysera ojämlikheter i hälsa. Samma teoretiska utgångspunkter kan också nyttjas för att hitta adekvata lösningar och social rättvisa i förebyggande av sjukdomar och hälsofrämjande insatser (Schulz & Mullings 2006). Samtidigt noterar Mulinari (2005) och de los Reyes (2004) att etnicitetsdimensionen inte varit aktuell bland svenska genusforskare trots att Sverige är ett mångkulturellt samhälle. Mulinari och de los Reyes påstår att etnicitet används för att kategorisera invandrare som avvikande från svenska normer i samhället. De understyrker att intersektionalitetsperspektivet bör användas för att kunna förstå olika mekanismer, processer

och praxis som används dagligen och som skapar och reproducerar maktutövande som underordnar invandrare i det svenska samhället.

Syfte och metod

Det övergripande syftet med denna artikel är att undersöka orsaken till ohälsa bland invandrarkvinnor i det svenska samhället genom en litteraturstudie. Specifika syften är:

- Att identifiera, beskriva och diskutera vilka hälsoproblem som drabbar invandrarkvinnor i det svenska samhället och vilka faktorer som har inverkan på deras hälsa
- Med utgångspunkt i identifierade hälsoproblem peka på möjliga lösningar som kan främja hälsan bland invandrarkvinnor

Den metod som används är litteraturstudier. Olika databaser har nyttjats för att samla in och analysera information som används i artikeln. Jag har använt mig av Medline, Pubmed, John Hopkins University databas, Geneva Foundation for Medical Education and Research, Engender health, WHO och The Office of Population Research vid Princeton och Center for Reproductive Law Policy databaser.

Resultat

Sammantaget har 80 publikationer analyserats vilka består av vetenskapliga artiklar, avhandlingar och rapporter som ur olika perspektiv behandlar invandrarkvinnors hälsa i Sverige. Resultaten kategoriserades i fem olika teman som förklarar orsakerna till invandrade kvinnors ohälsa samt två teman om sjuklighet.

Orsaker till kvinnors ohälsa

Invandrade kvinnors sociala position i det svenska samhället

Individens sociala position i samhället är en central bestämningsfaktor för hälsa. Den belyser och kan förklara andra bestämningsfaktorer som utbildning, inkomst, sysselsättning, inflytande och deltagande i beslut som rör den egna hälsan (Törnell 2003). Det finns studier som visar att invandrade kvinnors sociala position i det svenska samhället generellt är låg. De är inte sällan marginaliserade och diskriminerade på arbetsmarknaden, bostadsmarknaden och inom sjukvården. De har ett relativt lågt inflytande och mindre möjligheter att delta i det svenska samhället. Många riskerar att bli bidragsberoende och de är överrepresenterade vad gäller förtidspensionering (Wamala et al 2007; SOU 2006: 37). Inte sällan beskrivs de som passiva, förtryckta, maktlösa, isolerade – i såväl medier som i den svenska feministiska diskursen (de los Reyes 2006; Mulinari et al 2006).

Kultur

Invandrade kvinnor i Sverige kommer från världens alla hörn. De har olika kulturella erfarenheter och bakgrund. Det finns undersökningar som pekar på att det finns ett starkt samband mellan kultur och ohälsa bland invandrade kvinnor. Essen, (2002) har i sina studier pekat på hur skadliga sedvänjor såsom kvinnlig könsstympning, tidiga äktenskap, tvång, sexuella övergrepp, våld av olika slag, hedersrelaterat våld, manlig hegemonitet och kvinnlig maktlöshet bidrar till ohälsa. Vissa kulturella värderingar

bidrar till att underminera integritet och begränsa kvinnornas ekonomiska och sociala möjligheter, vilket därmed får en negativ inverkan på hälsan. Invandrade kvinnors syn på olika sjukdomar och vissa behandlingar påverkas av sina kulturer (Sachs 1992).

Livsstil

Livsstil är en annan bestämningsfaktor för hälsa. Livsstil handlar om matvanor, fysiska aktiviteter, rökning, dryckesvanor och sociala nätverk. Flera studier har analyserat livsstilens inverkan på invandrades hälsa generellt och på kvinnor i synnerhet. På grund av brist på fysiska aktiviteter och fel kost löper invandrade kvinnor hög risk att insjukna i diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar och drabbas av övervikt (Dawson et al 2005). Hög konsumtion av alkohol samt rökning är vanligt bland vissa grupper (Wiking et al 2004).

Arbetsvillkor

Invandrade kvinnor löper hög risk att drabbas av arbetsrelaterade sjukdomar. De utför ofta tunga, slitsamma och monotona arbetsuppgifter med hög belastning. De exponeras i hög grad av en ohälsosam arbetsmiljö och muskuloskeletal smärta är vanliga (Baksi 1999). Det finns studier som visar att invandrarkvinnor löper hög risk att förtidspensioneras och många har svårt att komma tillbaka till arbetslivet, oavsett vilka rehabiliteringsinsatser de erbjuds (Baksi 1999). Andelen sjukfrånvarodagar är högre bland invandrarkvinnor än bland svenska kvinnor i samma arbetssektor.

Tillgång till hälso- och sjukvård

Att söka hälso- och sjukvård när man kommit till ett nytt land innebär olika utmaningar. Brist på kunskap angående det svenska sjukvårdssystemet samt språksvårigheter gör att invandrade kvinnor avstår från att söka vård. Konflikter som uppstår vid exempelvis läkarbesök minskar förtroendet för det svenska hälso- och sjukvårdssystemet (Essen 2002; Darj & Lindmark 2002). Det finns studier som redovisar att invandrade kvinnor och invandrare generellt uppges vara missnöjda, stigmatiserade och dåligt behandlade och bemötta. Andra invandrarkvinnor påstår att de känner sig diskriminerade vid läkarbesök, vilket gör att de avstår från att söka sjukvård (Wamala et al 2007; Essen 2002; Ny 2007). Svårigheter att få adekvat läkarvård förhindrar många invandrarkvinnor att söka den läkarvård som de behöver (SOU 2006:35).

Sjuklighet

Reproduktiv ohälsa bland invandrade kvinnor i Sverige

Invandrade kvinnor besväras i högre grad av olika former av reproduktiv ohälsa än svenskfödda kvinnor i motsvarande ålder. Spädbarnsdödligheten – som är mycket låg i Sverige – är avsevärt högre bland invandrade kvinnor, särskilt bland de med ursprung i Afrika och vissa delar av mellanöstern (Essen 2002; Ny 2007). Det finns skadliga sedvänjor hos invandrade kvinnors kulturer som påverkar deras reproduktiva hälsa såsom kvinnors könsstympning, polygami, genusrelaterat våld, sexuella övergrepp, tvång, tidigt äktenskap och hedersrelaterat

våld och andra former av våld.

Konflikter som kan uppstå i samband med att kvinnor söker läkarvård och sjukvård gör att det förekommer att invandrarkvinnor avstår från att söka mödravård eller att de söker vård för sent, vilket kan leda till komplikationer (Essen 2002; Ny et al 2007).

Psykisk ohälsa

Invandrarkvinnor löper högre risk att drabbas av psykisk ohälsa än svenskfödda kvinnor. De uppges i högre utsträckning att de lider av psykosomatiska symtom när de söker sjukvård (Robertson et al 2003). En studie som genomfördes av FHI bland olika invandrargrupper, visade att kvinnor från Afrika och Finland löpte högre risk att insjukna i schizofreni jämfört med svenskfödda kvinnor i samma ålder. Många kvinnor från Afrika och Asien uppges dessutom att de lider av ständig huvudvärk, oro, ångest och depression (SNIP 2004; Törnell 2003).

Diskussion

Genom denna litteraturstudie har jag försökt identifiera och kartlägga forskning om invandrade kvinnors hälsa i Sverige och deras hälsobehov. En slutsats av den litteratur som genomgått visar att genus och etnicitet spelar en stor roll i fråga om hälsa (Essen 2002). Det finns olika maktpraktiker i det svenska samhället som bidrar till en social underordning av kvinnor som har sitt ursprung framförallt i afrikanska länder och i mellanöstern (Essen 2002; Ny 2007). Denna underordning spelar enligt den forskning som här studerats en central roll för kvinnors ohälsa.

Följder av underordningen är brist på inflytande och ett generellt lågt deltagande i det svenska samhällslivet (Mulinari 2005; de los Reyes 2004). Invandrade kvinnor kommer från olika länder och har därför skilda sociala och kulturella bakgrunder. Vissa kulturella mönster har negativ inverkan på kvinnors hälsa.

Resultaten i denna uppsats styrks av motsvarande studier i andra länder. I en studie som genomfördes i Holland om spädbarnsdödlighet visade det sig att spädbarnsdödligheten var väsentligt högre bland migranter från Marocko och Turkiet i jämförelse med de som kom från Surinam och infödda holländare. Studien pekar på nära släktskap mellan makarna som en av orsakerna till den höga spädbarnsdödligheten (Schulpen et al 2005).

Diskriminering och marginalisering av kvinnor med icke-svensk bakgrund har av många upplevts som ett hinder för att söka läkarvård. Nancy Krieger har i en rad studier visat att det finns ett starkt samband mellan diskriminering och ohälsa. I en studie genomförd i Boston bland svarta, latinamerikaner och vit underklass i en underprivilegierad förort uppgav flera av de deltagande i studien att de blivit utsatta för och mått dåligt av sexuella trakasserier och flera uppgav sig ha blivit utnyttjade på jobbet och diskriminerade på grund av sitt ursprung (Krieger et al 2006). I en annan undersökning av Krieger (1996) där intresset riktades mot svarta kvinnors och mäns villkor kunde hon påvisa ett nära samband mellan diskriminering och högt blodtryck. Hon kunde också dra slutsatsen att diskrimine-

rade kvinnor och män som utmanade dem som diskriminerat dem och som generellt försökte bekämpa diskriminering fick sänkt blodtryck (Krieger 1996). Bhopal (2007) noterade i sin analys av diskriminering inom de europeiska sjukvårdssystemen att diskriminering ofta förekommer i möten mellan invandrare och sjukvårdspersonalen. Han framhåller också skillnaderna i medellivslängd mellan vita och svarta i USA. Svarta har i snitt en 7-8 år lägre livslängd än vita amerikaner. De drabbas också i högre grad av till exempel hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes.

Flera studier visar att det inte är ovanligt att invandrare och då särskilt invandrarkvinnor avstår från att söka läkarvård. Uiters et al (2006) visar i en studie att nyttjandet av sjukvården också skiljer sig mellan olika etniska grupper. Så visade det sig till exempel att migranter från Marocko och Turkiet använde sig mindre av sjukvården än Suranemer. I en fransk studie

(Darziel et al 2000) kunde man visa att det fanns olika skäl till att migranter avstod att söka vård trots att hälsoförsäkringen är generell i Frankrike. Till de skäl som uppgavs för att inte söka vård hörde bland annat svag ekonomi, arbetslöshet, diskriminering och utanförskap.

Slutsatser

Resultatet av denna litteraturstudie visar en tydlig koppling mellan ohälsa, genus och etnicitet bland invandrade kvinnor i Sverige. Hälsofrämjande insatser på bred front bör vidtas för att förbättra hälsoläget för invandrade kvinnor. På ett grundläggande

plan innebär det att komma tillrätta med de olika former av etnisk diskriminering som förekommer inom såväl sjuk- och hälsovården som inom samhället i stort. Mer konkreta insatser för att komma till rätta med denna ojämlikhet i hälsa handlar till exempel om att underlätta tillgången till hälso- och sjukvård. Det kan röra sig om att översätta information, utbilda hälsokommunikatörer och att sjukvårdspersonal utbildas för att arbeta i ett mångkulturellt samhälle. Frågor kring etnicitet och hälsa bör till exempel vara självklara inslag i sjukvårdsutbildningar. Ett ytterligare steg i rätt riktning vore upprättande av folkhälsoplaner som särskilt fokuserar behov kopplade till människor med invandrarbakgrund, och som också föreslår insatser och handlingsplaner för deras genomförande.

Tack

Ett stort tack riktar jag till professor Anne Hammarström och senior lekturer Piroska Östlin för handledning och värdefulla synpunkter. För stöd och hjälp vill jag tacka också mina arbetskamrater fil. Dr. Mikael Eivergård och tek.dr. Stig Vinberg.”

Referenser

Detta är en förkortad referenslista. Den som önskar ta del den kompletta ombeds att kontakta författaren.

- Baksi, Kurdo (red.) (1999). *Invandrare och hälsa*. Stockholm: Svartvitts förlag.
- Bhopal, Raj (2007). Racism in health and health care in Europe: reality or mirage? *European Journal of Public Health*, Vol.17:3, ss. 238-241.
- Dalziel, Maureen, Armstrong, Danila, Hachmann, Monica, McLoughlin, Pat, Prates Lencanstre, Isabel, Halldin Jan, Aerny Nicole, Eliasson, Marja-Kirsti, Petre, Brigitte & Chtouris, Soti-

ris (2000). Projects Mégapoles: Promoting better health for socially disadvantaged groups across Europe. *European Journal of Public Health*, Vol. 10:3, ss. 228-230.

- Darj, Elisabeth & Lindmark, Gunilla (2002). Mödrahälsovården utnyttjas inte av alla gravida kvinnor: Språksvårigheter och rädsla för undersökning vanliga orsaker. *Läkartidningen*, Vol. 99:1-2, ss. 41-44.
- Dawson, Amanda, Sundqvist, Jan, Johansson, Sven-Erik (2005). The influence of ethnicity and length of time since immigration on physical activity. *Ethnicity and Health*, Vol.10:4, ss. 293-309.
- de los Reyes, Paulina (2004). Det problematiska systemskapet. Om ”svenskhet” och ”invandrar-skap” inom svensk genushistorisk forskning. I: Carlsson Wetterberg, Christina & Jansdotter, Anna, (red.). *Genushistoria. En historiografisk exposé*. Lund: Studentlitteratur, ss. 189-207.
- Essen, Birgitta, Bödker, Birgit, Sjöberg, N-O, Gudmundson, Saemundur, Östergren, P-O & Langhoff-Roos, Jens (2002). Is there an association between female circumcision and perinatal death? *Bulletin of World Health Organisation*, Vol. 80:8, aug. 2002.
- Integrationsverket (2006). *Fickfakta: Statistik om integration*. Norrköping: Integrationsverket.
- Krieger, Nancy (1996). Racial discrimination and blood pressure: the CARDIA study of young black and white adults. *American Journal of Public health*, Vol. 86:10, ss. 1370-1378.
- Krieger, Nancy (2006). Social hazard on the job: workplace abuse, sexual harassment and racial discrimination. A study of black, latino and white low-income women and men workers in United States. *International Journal of Health Services*, Vol. 36:1, ss. 51-85.
- Mulinari, Diana (2004). *Medicinsk praktik i det postkoloniala Sverige. Några feministiska reflektioner*. I: Hovelius, Birgitta & Johansson, Eva E. (red.). *Kropp och genus i medicinen*. Lund: Studentlitteratur, ss. 399-467.
- Ny, Pernilla, Plantin, Lars, Karlsson, Elisabeth D. & Dykes, Anna-Karin (2007). Middle East mothers in Sweden, their experiences of maternal health service and their partners involvement. *Reproductive Health Journal*, Vol. 4:9. (doi:10.1186/1742-4755-4-9).
- Pripp, Oscar (2001). *Företagande i minoritet: Om etnicitet, strategier och resurser bland assyrier och syriärer i Södertälje*. Botkyrka: Mångkulturellt Centrum.
- de los Reyes, Paulina & Mulinari, Diana (2005). *Intersektionalitet: kritiska reflektioner över (o)jämlighetens landskap*. Stockholm: Liber.

- Robertson, Eva, Malmström, M, Sundquist, J, & Johansson, S-E (2003). Impact of country of birth on hospital admission for women of childbearing age in Sweden: A five year follow up study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 57:11, ss. 877-882.
- Sachs, Lisbeth (1999). *Vårdens etnografi*. Stockholm: Liber.
- Sen, Gita, Östlin, Piroška & Asha, George (2007). Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender inequity in health: Why it exists and how we can change it. Final Report of the Women and Gender Equity Knowledge Network to the WHO Commission on Social Determinants of Health.
- Schulpen, WJ, Tom et al (2005). Infant mortality, ethnicity and genetically determined disorders in the Netherlands. *European Journal of Public Health*, Vol.16: 3, ss. 290- 293.
- SOU 2006:78. Hälsa, vård och strukturell diskriminering. Stockholm: Fritzes.
- SOU 2006: 35. Om välfärdens gränser och det villkorade medborgarskapet. Stockholm: Fritzes.
- Swedish National Institute of Public Health (2004). The relevance of birth place: The health of various immigrant groups in Sweden. Stockholm: Folkhälsoinstitutet. (Rapport 2004:2)
- Statistiska Centralbyrån (2003). *Befolkningsstatistik 2002, del3: Folkmängden, kön, ålder, födelseland och medborgarskap*. Örebro: Statistiska Centralbyrån.
- Törnell, Brita (2003). Migration, etnicitet och hälsa. Begrepp och indikatorer. I: Hogstedt, Christer (red.). *Välfärd, Jämlikhet och Folkhälsa*. Vetenskaplig underlag för begrepp, mått, indikatorer. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut. (Rapport 2003.:12).
- Uiters, Ellen, Deville, Walter L.J.M., Foets, Marleen & Groenwegen, Peter P. (2006). Use of health care services by ethnic minorities in the Netherlands: do patterns differ? *European Journal of Public Health*, Vol.16:4, ss. 388-393.
- Wamala, Sarah, Merlo, Juan, Boström, Gunnel & Hogstedt, Christer (2007). Perceived discrimination, socio economic disadvantage and refraining from seeking medical treatment in Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2007:61, ss. 409-415.

Summary in English

Assessing the impact of gender and ethnicity on the health of immigrant women in Sweden

Migration is shaping the global era and it is one of the challenging problems faced by host countries. Sweden, a country which has been a relatively homogenous society, is becoming multicultural with more than 150 ethnic groups. This article explores and investigates through a literature review the health of immigrant women in Swedish society. The article discusses and highlights factors influencing and causing ill health among immigrant women. Results indicate that there is a strong correlation between ethnicity, gender and ill health among immigrant women in Sweden.

Key words: migration, ethnicity, gender, immigrant women, social position, culture, working conditions, health behaviour, access to health care