

Olika villkor - olika hälsa

Hälsan bland irakier folkbokförda i Malmö 2005-2007

Achraf Daryani¹ Katarina Löthberg² Inna Feldman³ Ragnar Westerling⁴

¹Forskare, PhD vid Institutionen för folkhälso- och Vårdvetenskap, socialmedicin vid Uppsala universitet. E-post: achraf.daryani@pubcare.uu.se. ²Projektledare, Mim; Malmö högskolan. E-post: katarina.lothberg@mah.se. ³Statistiker, Fil.dr. Utvecklingsenhet, Landstinget i Uppsala län. E-post: inna.feldman@lul.se. ⁴Professor i socialmedicin vid Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, socialmedicin vid Uppsala universitet. E-post: ragnar.westerling@pubcare.uu.se.

En god bild av befolkningens hälsa, livsvillkor och levnadsvanor behövs för att anpassa utvecklingen av hälso- och sjukvård samt kommunal service till framtida behov hos befolkningen med utländska rötter. Föreliggande studie gjordes i september-december 2007 bland samtliga irakier som folkbokförts i Malmö under perioden januari 2005 till och med juni 2007. Ett syfte med denna studie har varit att dels ge en bild av livsvillkor, levnadsvanor och hälsoläget hos en grupp nyanlända irakier folkbokförda i Malmö, dels att beskriva hur undersökningsgruppens förhållanden skiljer sig från befolkningen i riket. Studien har visat att det finns stora olikheter i hälsa mellan undersökningsgruppen och befolkningen i riket, men också likheter i det hänseende att det är samma välkända faktorer som påverkar hälsan. Dessa faktorer är kön, ålder, utbildning, ekonomi, livsvillkor och levnadsvanor.

A good picture of the population's health, living conditions and lifestyles is needed to adapt the development of the healthcare municipal service for future needs among people with foreign roots. The present study was done in September- December 2007 among all Iraqis recorded in Malmo at the end of January 2005-to end of June 2007. One of the purposes with this public health study has been to give a picture of living conditions, lifestyles and health status of one group recently arrived Iraqis registered in Malmo. Another purpose was to describe how differences distinguish significant from the study group and native population in Sweden; however there are also similarities in regard to the same well known factors affecting health. These factors are, age, education, economy, living conditions and lifestyles.

Inledning

Både i europeisk och svensk forskning har man påvisat att immigranter, särskilt de med ursprung utanför västvärlden, jämfört med de infödda populationerna, har sämre generell självskattad hälsa, sämre psykisk hälsa och mer livsstilsrelaterad sjuklighet och dödlighet. Tidigare forskning har också påvisat att utrikes födda grupper kan ha svårigheter att använda hälso- och sjukvårdssystemet på ett adekvat sätt. Skillnader har i den socialmedicinska forskningen ofta förklarats av socioekonomiska faktorer såsom utbildning, sysselsättning och inkomst.

Det var därför rimligt att anta att en inte obetydande andel irakier, som Sverige då (2007) tog emot i mycket stor omfattning, kommer att ha en större risk för att få dålig hälsa på grund av otillräcklig eller inadekvat information om hälso- och sjukvården i Sverige, och därmed inte kunna utnyttja hälso- och sjukvårdens tjänster på ett adekvat sätt. Enligt antagandet riskerar de att komma in i en ond cirkel av dålig hälsa, svårigheter att tillägna sig introduktionen och svenskundervisningen (SFI) samt stå utanför arbetsmarknaden, vilket ytterligare försämrar deras hälsa och integration.

Denna artikel bygger på resultaten från en Tvärsnittsstudie som syftar till att fördjupa kunskapen om hälsoförhållandena i en grupp irakier som anlant till Malmö under perioden januari 2005 till och med juni 2007 och *utvalda delar* av folkhälsoenkäten - *Hälsa på lika villkor 2007*.

Ett syfte med denna studie har varit att dels ge en bild av livsvillkor, levnadsvanor och hälsoläget hos målgruppen, dels att beskriva hur undersökningsgruppens förhållanden skiljer sig från befolkningen i riket. Undersökningen ger också information om hur gruppen ser på hälsa, levnadsvanor, livsvillkor och kontakter med vården. Analyser utgår från att välkända bestämningsfaktorer för hälsan är giltiga även i den aktuella invandrargruppen. Resultaten jämförs med folkhälsoenkäten - *Hälsa på lika villkor 2007*. Undantag gäller resultat från hälsorelaterade livskvalitet där jämförelse gjordes med befolkningen i Uppsala län 2004. Analyserna är åldersstandardiserade.

Undersökningen genomfördes som en postenkät. För att förhindra bortfall till följd av språkproblem översattes enkäten till arabiska. Av populationens 1286 personer var det 632 personer, som besvarade frågorna i enkäten, vilket motsvarar 50,3 %. Medelåldern bland de svarande var 36 år.

Enkäten innehöll validerade frågor som används i både nationella och regionala folkhälsoenkäter. Frågorna handlar bl. a. om ekonomiska förhållanden, och sociala relationer, levnadsvanor, fysiskt och psykiskt välbefinnande och användning av och förtroende för hälso- och sjukvården.

Resultatet redovisas under rubrikerna livsvillkor, hälsa och livskvalitet, levnadsvanor och vårdkontakt.

Livsvillkor

För att utvecklingen av samhället ska

leda till förbättrade livsvillkor för befolkningen, och därmed också till förbättrad hälsa, är det viktigt att ha kunskap om människors arbetsliv, arbetsmiljö, vardagsliv och om deras ekonomiska, sociala och kulturella förutsättningar (1). Med livsvillkor avser man att förklara en individs levnadsförhållanden, bland annat ekonomisk trygghet. Att ha en kontantmarginal vid oförutsedda utgifter och möjlighet att klara löpande utgifter är ett mått på ekonomisk trygghet. Svenska och internationella studier visar att människors hälsa, både den fysiska och psykiska, förbättras med ökande inkomst men i avtagande grad ju högre inkomsten blir. I den utsträckning personer har ekonomiska tillgångar är även dessa positiva för hälsan. En ekonomiskt utsatt situation, som inte bara är tillfällig, är däremot negativ för hälsan (2).

Trygghet och sociala relationer är en del av det som i folkhälsoforskningen kallas socialt kapital. Begreppet knyter an till det nationella folkhälsomålet om ”delaktighet och inflytande i samhället”. Nätverk, deltagande i samhällslivet och social tillit utgör grunden i det sociala kapitalet, eftersom dessa förklarar samarbetet mellan människor till gemensam nytta. Även riskfaktorer för ohälsa samvarierar med det sociala kapitalet (2,3). Forskning har visat att det finns ett samband mellan lågt socialt kapital och förekomsten av rökning, fysisk inaktivitet och övervik (4,5). Av olika mått på ohälsa är dålig självskattad hälsa det som var starkast relaterat till det sociala kapitalet. Robert Putnam har i sin forskning om socialt kapital vi-

sat att socialt deltagande och tillit har samband med bland annat hälsa och skolframgångar (6).

Betydelsen av stöd från sociala nätverk har uppmärksammats mycket på senare år och bedöms vara en resurs då det gäller att hantera svåra livssituationer. Flera studier har visat att det sociala stödet har betydelse för såväl den psykiska som den fysiska hälsan. En viktig del av det sociala stödet är tillgång till både *praktiskt* och *emotionellt* stöd i svåra situationer. Ett bristfälligt socialt nätverk har i många studier visat sig vara förknippat med ökade hälsorisker (7). Det finns dock också studier som visat att sociala relationer inte nödvändigtvis har en hälsofrämjande effekt likartad för alla grupper i samhället, t ex att för kvinnor kan vissa typer av sociala relationer till och med öka den mentala ohälsan.

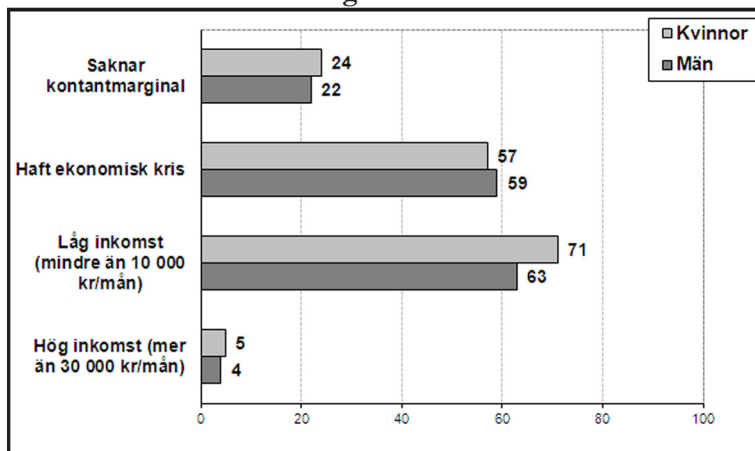
De variabler som används i undersökningen av livsvillkor är: bakgrundsvariabler, ekonomisk trygghet, sociala relationer och socialt deltagande.

En stor del av undersökningsgruppen var långutbildade (40 %), medan mer än hälften hade mellanlång eller kort utbildning. Det är värt att notera att 5 % var analfabeter.

Mer än hälften hade egna hyreskontrakt och en tredjedel hade andrahandskontrakt eller var inneboende. Bara 10 % var självförsörjande och resten hade introduktionsersättning eller socialbidrag.

Ekonomiska svårigheter mäts genom

Grafisk sammanfattning av ekonomiska förhållanden



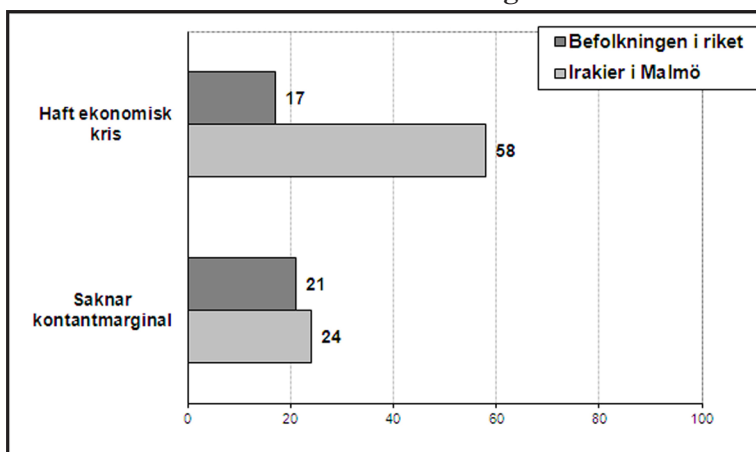
Figur 1. Ekonomiska förhållanden - Irakier i Malmö

bristande kontantmarginal, ekonomisk kris och låg inkomst. Drygt hälften av irakiska män och kvinnor har haft svårigheter att klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar med mera vid ett eller fler tillfällen senaste året och mer än 60 % har en inkomst som är mindre än 10 000 kronor/ månad. Var

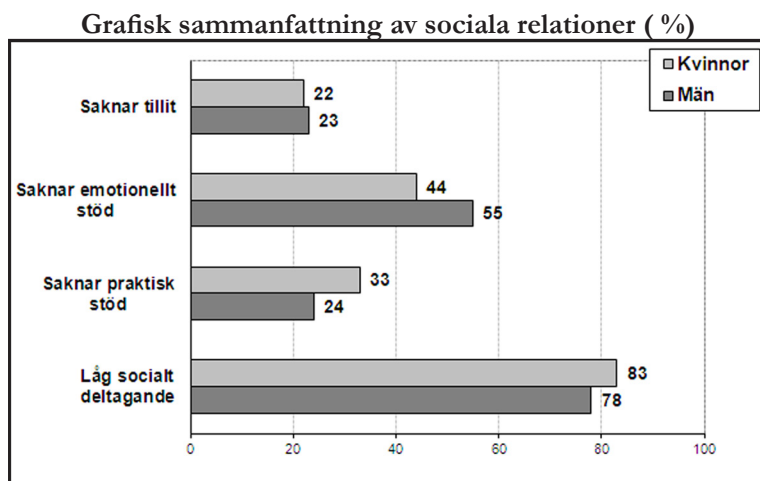
fjärde man och var femte kvinna har svårt att skaffa fram en kontantsumma på 14 000 på en vecka. Se figur 1.

En större andel irakier i Malmö haft ekonomisk kris (58 %) jämfört med befolkningen i riket (17 %). Se figur 2. Att vara gift eller sammanboende är

Grafisk sammanfattning av ekonomisk situation - Irakier i Malmö - Befolkningen i riket



Figur 2. Andel av irakier i Malmö och av befolkningen i riket som flera gånger under det senaste året haft svårigheter att klara löpande utgifter respektive saknar kontantmarginal (skaffa fram 14000 kronor inom en vecka). Jämförelser med resultat från 2007 års folkhälsoenkät - Hälsa på lika villkor (%).



Figur 3. Sociala relationer - Irakier i Malmö

ofta en skyddsfaktor mot ohälsa. Av alla som deltog i studien är de flesta gifta/sammanboende (56 %). Den högsta andelen ensamboende finns bland män. Var tredje man är ensamboende jämfört med drygt var tionde kvinna.

Det var vanligare bland kvinnor att sakna praktiskt stöd än bland män. 33 % av kvinnor och 24 % av män uppger att de inte har någon person att få hjälp vid praktiska problem. Se figur 3. Andelen män som saknade praktiskt stöd ökade med åldern. Bland män med kort utbildning samt kvinnor med lång utbildning var det vanligare att sakna praktiskt stöd än bland dem med mellanlång utbildning.

Det var vanligare bland män att sakna emotionellt stöd än bland kvinnor. 55 % av männen och 44 % av kvinnorna uppger att de inte har någon att dela sina innersta känslor med. Se figur 3. Bland män i 18-29 årsåldern var det vanligast att sakna emotionellt stöd. Bland kvinnor med kort utbildning

var det en mindre andel som saknade emotionellt stöd än bland dem med lång utbildning.

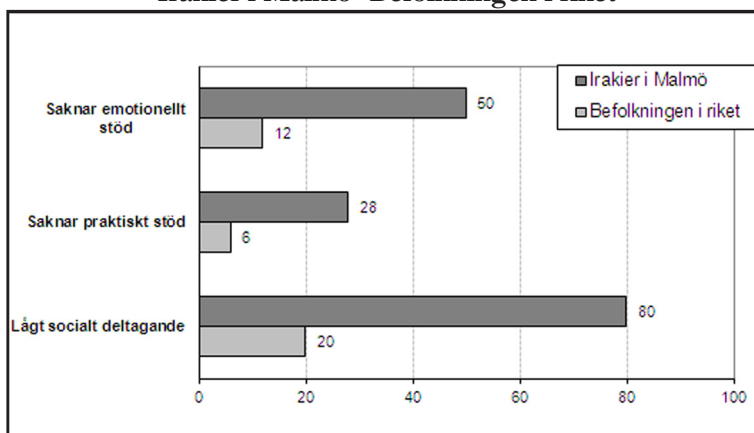
En större andel irakiska kvinnor och män i Malmö saknade emotionellt stöd jämfört med befolkningen i riket. Se figur 4

Det var en större andel kvinnor (83 %) än män (78 %) med lågt socialt deltagande. Se figur 3. Andelen med lågt socialt deltagande minskade med stigande ålder. Det finns tydliga skillnader i deltagande beroende på utbildningsnivå. Både män och kvinnor med lång utbildning är delaktiga i högre grad än personer med kort utbildning. Lågt socialt deltagande var nästan fyra gånger vanligare bland irakier i Malmö än bland befolkningen i riket. Se figur 4.

Hälsa och livskvalitet

Livskvalitet är den upplevda känslan av att leva ett gott liv. Det är en subjektiv upplevelse som skiljer sig från yttre mätbara betingelser. Till exempel är

Grafisk sammanfattning av sociala relationer - Irakier i Malmö- Befolkningen i riket



Figur 4. Andel av irakier i Malmö och av befolkningen i riket som saknar emotionellt stöd, saknar praktiskt stöd, respektive har lågt socialt deltagande. Jämförelser med resultat från 2007 års folkhälsoenkät - Hälsa på lika villkor (%).

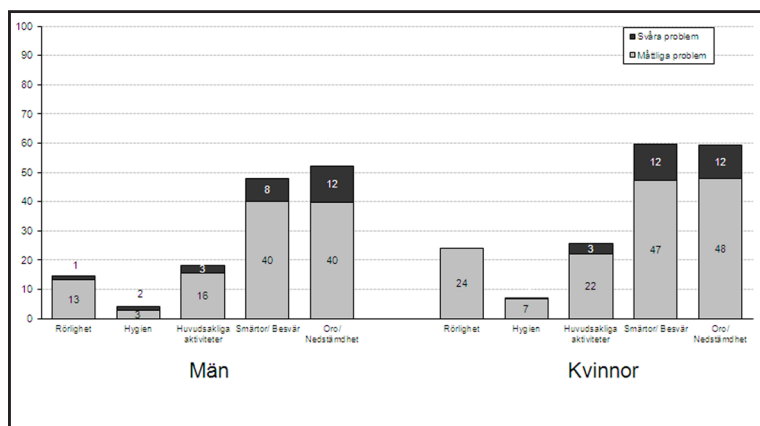
dålig hälsa per definition inte lika med dålig livskvalitet, men kan förstås starkt bidra till att minska den. Begreppet är viktigt inom medicinsk etik och hälsoekonomi. I ett större perspektiv anses ofta att livskvalitet uppstår genom till exempel omsorg om svaga grupper i samhället, miljöskydd, tillgång till meningsfulla fritidsaktiviteter, förbättring av boendeförhållanden, arbetsvillkor och hälsovård. Men det som verkligen innebär livskvalitet är att ha en god inställning till allt man gör i livet (8). Enligt WHO: s definition är livskvalitet ” en individs syn på sitt liv utifrån kulturen och de värderingar individen har och lever efter och i förhållande till individens mål, förväntningar och normer. Det är ett brett koncept; på ett komplex sätt påverkat av individens fysiska och psykiska hälsa, sociala umgänge, självständighet, personliga värderingar och dess relation till miljön” (9).

Enligt Klockars & Österman definie-

rar Åsberg hälsa som en del av livskvaliteten: ”Fysisk och psykisk hälsa är viktiga förutsättningar för en god livskvalitet” och ”Hälsan kan aldrig vara livsmålet, men det är ett viktigt medel för att nå det man vill med sitt liv” (10). Ökad livskvalitet är ett centralt mål inom hälso- och sjukvården. Då bot inte är möjligt är patientens livskvalitet av störst betydelse. Livskvalitet är betydelsefull och bör främjas på samma sätt som hälsa bör främjas, det handlar om livskvalitet som värde samt livskvalitet som mål (11).

De hälsovariabler som används i undersökningen av hälsa och livskvalitet är: allmänt hälsotillstånd, hälsorelaterad livskvalitet, långvarig sjukdom och psykiskt välbefinnande.

Studier har visat att frågan om självskattad hälsa har en god förmåga att förutsäga risken för sjuklighet och förtida dödlighet (12). Allmänt hälso-



Figur 5. Andel (%) av irakier i Malmö med måttliga respektive svåra problem per EQ-5D dimension, män respektive kvinnor, 18 – 80 år.

tillstånd, mätt på en femgradig skala, baserades på individens svar på frågan "Hur bedömer Du ditt allmänna hälsotillstånd"? De som svarat *mycket bra eller bra* redovisas här *ha bra hälsa* och de som svarat *dåligt eller mycket dåligt* redovisas *ha dålig hälsa*.

Både irakiska män och kvinnor i Malmö bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som bra/mycket bra i något mindre utsträckning än befolkningen i riket. Irakier upplever sin hälsa som dålig i högre grad än befolkningen i riket.

Med hjälp av det icke sjukdomsspecifika livskvalitetsinstrumentet EQ-5D kan en individ klassificera sin hälsa i fem olika dimensioner, *rörlighet*, *hygien*, *huvudsakliga aktiviteter*, *smärtor/besvär*, *oro/nedstämdhet*, i tre olika allvarlighetsgrader (inga, måttliga respektive svåra besvär).

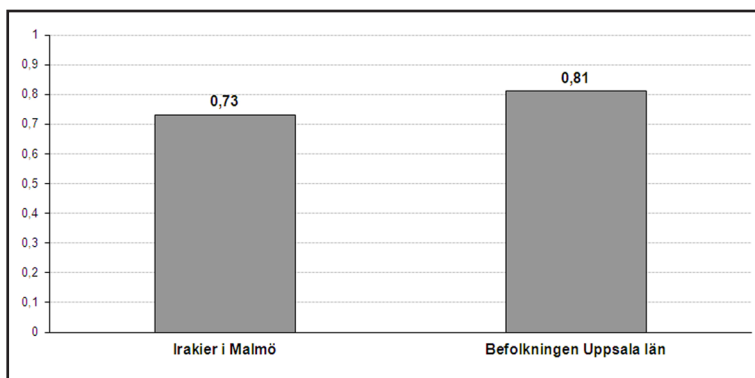
Dimensionerna för *smärtor/besvär* respektive *oro/nedstämdhet* är högst för både irakiska män och kvinnor. Se figur 5.

Medelvärden av livskvalitetsvikten (EQ-5D_{index}) är marginellt högre för irakiska män (0,75) än irakiska kvinnor (0,69) vilket betyder att män skattar sin livskvalitet något högre än kvinnor.

Medelvärden av livskvalitetsvikten (EQ-5D_{index}) är högre för befolkningen i Uppsala län än (0,81) irakier i Malmö (0,73), vilket betyder att befolkningen i Uppsala län skattar sin livskvalitet högre än irakier i Malmö (13). Se figur 6

Omkring 60 % av alla män och kvinnor rapporterade långvarig sjukdom. Den vanligaste långvariga sjukdomen i gruppen är allergiska besvär (24 %) och därefter depression (22 %). Drygt var femte har sjukdomar i rörelseapparat (21 %). Diabetes förekommer i ungefär samma omfattning (cirka 6 %) i gruppen som bland befolkningen i riket.

Irakier i Malmö rapporterar drygt 20 % enheter högre andel långvarig sjukdom än befolkningen i riket.



Figur 6. Livskvalitetsvikt EQ-5D index (medelvärde), irakier i Malmö och befolkningen i Uppsala län.

Många studier har visat att migranter, särskild flyktingpopulation, ofta har sämre psykisk hälsa än infödda europeiska populationer (14). I hälsoundersökningen har självskattat psykiskt välbefinnande mätts med ett index kallat GHQ12 (General Health Questionnaire) (15). GHQ12 är utformat för att mäta två huvudsakliga problem: oförmåga att klara av sina ”normala” funktioner och uppkomsten av nya fenomen av ”oroande” karaktär.

Vad gäller ett nedsatt psykiskt välbefinnande finns det en tydlig könsskillnad till kvinnors nackdel för åldersgruppen 30–80 år. Jämfört med befolkningen i riket finns det dubbelt så många med nedsatt psykiskt välbefinnande bland irakier i undersökningsgruppen i Malmö. Se tabell 1.

Levnadsvanor

Levnadsvanor skiljer sig rätt mycket åt och utvecklas olika i olika befolkningsgrupper i Sverige och i världen. Det finns också starka samband vad gäller hälsoskillnader mellan grupperna. Ett mönster som framträder i analyser av

levnadsvanorna i olika grupper är att vissa ohälsosamma levnadsvanor lutar åt att samlas hos personer som också är socialt utsatta. Att vara arbetslös, sakna kontantmarginal, vara lågutbildad, ha ett monotont arbete, sakna känsla av sammanhang innebär en ökad sannolikhet för att ha flera ohälsosamma levnadsvanor. Därmed har hälsorelaterade levnadsvanor ett starkt samband med människors livsvillkor och sociala position.

Maten och våra matvanor påverkar vår hälsa, och fungerar också som kulturbärare, mötesplats samt är en njutningskälla. Matvanor skiljer sig åt mellan människor med olika kulturell och social bakgrund, mellan könen, mellan ung och gammal och mellan människor i olika delar i Sverige och i världen. En kost med mycket fiber (frukt, grönsaker, rotfrukter, spannmålsprodukter) och mindre och nyttigare fett förknippas med minskad risk för sjukdomar som fetma, hjärt- och kärlsjukdom, diabetes, högt blodtryck, vissa cancersjukdomar och benskörhet. Även risken för karies och förstoppning

minskar om man äter hälsosamt.

Det är framför allt aktivitetsnivån på fritiden som visats ha betydelse för hur man mår med avseende på fysisk förmåga och allmän hälsa som social förmåga, emotionell och mental hälsa. De variabler som används i undersökningen av levnadsvanor är: matvanor, fysiskt aktivitet, rökvanor och riskkonsumtion av alkohol.

Irakiska kvinnor var mer måna om att undvika fet mat och att äta fiberrikt mat än irakiska män (80 % vs, 70 %). Att ägna sig åt måttligt ansträngande aktiviteter i 30 minuter eller mer varje dag är vanligare bland befolkningen i riket än bland irakier i Malmö.

En större andel kvinnor än män uppgav att de var stillasittande på fritiden. En stillasittande fritid innebär att man promenerar, cyklar eller rör sig mindre än 2 timmar i veckan. Se tabell 1.

En större andel irakiska kvinnor (73 %) än irakiska män (59 %) uppgav att de var stillasittande på fritiden. Irakier i Malmö är i högre grad *fysiskt inaktiva* på sin fritid jämfört med riket. Se tabell 1.

Daglig rökare

Andelen *dagligrökare* är betydligt högre bland irakiska män (31 %) än bland kvinnor (5 %). Män födda i Irak röker i högre omfattning än män i riket medan ett omvänt könsmonster finns bland kvinnorna. Se tabell 1.

Riskkonsument alkohol

Att vara *riskkonsument* d v s att dricka 30 gram 100 % alkohol eller mer per

dag för män och 20 gram eller mer per dag för kvinnor är betydligt vanligare bland befolkningen i riket än i den aktuella gruppen. Inga irakiska kvinnor och bara 4 % av irakiska männen kan betraktas som riskkonsumenter. Se tabell 1.

Vårdutnyttjande

Studier har visat skillnader i vårdkonsumtion mellan kön, åldersgrupper och socio-ekonomiska grupper. Både nationella och internationella forskning visar att migranter ibland inte söker vård, trots upplevt behov. Detta kan förklaras av bl.a. socioekonomiska faktorer (16), lågt förtroende för hälso- och sjukvården (17) och upplevd diskriminering(18). Dessutom har migranter svårigheter att få tillgång till vården i Sverige (19). Frågan om vårdutnyttjande är viktiga för att följa vårdkonsumtionen över tid samt att följa eventuella skillnader mellan olika befolkningsgrupper.

De frågeområden som används i undersökningen är: Vårdkontakt under de senaste 3 månaderna, kontakt med olika vårdproducenter de senaste tre månaderna, otillfredsställda vårdbehov, förtroende för hälso- och sjukvården, avstått från att söka läkare de senaste tre månaderna, orsak till att avstå läkarvård, förtroende för hälso- och sjukvården och förtroende för sjukhusvården.

Kvinnor söker vård i högre grad än män. Både irakiska män och kvinnor i Malmö söker vård i högre grad än befolkningen i riket.

Den vanligaste vårdkontakten, för såväl män som kvinnor, är läkarbesök. En rangordning av nyttjade vårdformer, efter andel av respondenternas kontakt med sjukvården, visar att läkarmottagning kommer främst med (53 %), var efter följer akutmottagningen (29 %), sjukgymnast (18 %), mödravårdcentralen (15 %), talat med läkare i telefon (15 %) och i botten hamnar besök hos distriktssköterska (13 %).

Under undersökningsperioden har 50 % av kvinnorna och 40 % av männen avstått från att söka vård flera gånger trots behov.

De vanligaste orsakerna till att inte söka vård har varit: för långa väntetider (40 %), språksvårigheter (30 %), svårt att komma fram på telefon (25 %), fick inte besökstid snabb (24 %) samt trodde inte läkarbesök skulle hjälpa (20 %). Förtroende är en viktig faktor i samspillet mellan aktörer. Inom hälso- och sjukvården kan ett förändrat förtroende påverka hur individen söker vård och därmed leda till effekter på individens hälsotillstånd. Förtroendet för 5 olika sjukvårdproducenter: vårdcentral, barnavårdcentralen mödravårdcentral, distriktssköterskemottagning och sjukhusvården undersöktes.

En något större andel respondenter uppger att de har stort förtroende för sjukhusvården jämfört med primärvården.

En rangordning av sjukvårdsproducenter efter andel respondenter med stort eller ganska stort förtroende visar att sjukhusvården kommer främst med

(52 %), följt av barnavårdcentralen (42 %), vårdcentralen (40 %), mödravårdcentralen (38 %) och i botten hamnar distriktssköterskemottagningen (30 %).

Diskussion

Olika villkor - olika hälsa

Även om resultaten skall tolkas med viss försiktighet framkommer vissa mönster: Irakier i Malmö har sämre livsvillkor och psykisk hälsa och söker vård i högre grad än befolkningen i riket. Arbetslöshet, låg inkomst och bristande praktiskt och emotionellt stöd och dessas kopplingar till hälsa och sjukdom är några viktiga ojämlikhetsfaktorer.

Med den kunskap som studien ger om irakiers hälsoläge och med utgångspunkt i hälsans *bestämningsfaktorer*, alla kända frisk- och riskfaktorer för hälsa och ohälsa, är det viktigt att beakta de faktorer som antingen kan påverkas, eller förklara skillnader i hälsoläge mellan undersökningsgruppen och befolkningen i riket.

Hälsans bestämningsfaktorer samspejar på olika nivåer i samhället. En del av dem är påverkbara genom politiska beslut i t.ex. sysselsättnings- och utbildningspolitik. Andra handlar om individens eget ansvar, som till exempel mat - eller motionsvanor samt tobak och alkoholkonsumtion, som i stor utsträckning styrs av individens sociala förhållanden och sociala nätverk.

Effekten av riskförhållanden, t ex låg inkomst, har ett direkt samband med riskfaktorer, till exempel fetma, och förstärks av riskbeteenden till exempel

dålig kost eller brist på motion. Ut-satta grupper, till exempel arbetslösa eller etniska minoritetsgrupper, är mer sårbara för såväl riskförhållanden som riskbeteenden, med medföljande häl-soproblem. Arbetslöshet medföljs ofta av dålig ekonomi och marginalisering. Detta leder i sin tur till att dessa perso-ner är mer benägna att dras åt riskbete-enden, vilket ökar risken för utveckling av en mängd olika sjukdomar, som le-der till ojämlikhet i hälsa.

Det är viktigt att uppmärksamma att politiska och organisatoriska beslut om livsvillkor och andra förutsättningar för att ta eget ansvar, är faktorer som till stor del ligger på samhälls- och strukturnivå, då det idag så starkt beto-nas den enskilda människans individu-ella ansvar för sin hälsa.

Gener, livsstil och tillgång till sjuk-vårdstjänster är viktiga för hälsan, men andra faktorer på strukturell nivå kan spela ännu större roll. De sociala vari-ablerna i hälsans bestämningsfaktorer kan vara lika viktiga som sjukvården. Skillnader i hälsoliv mellan sociala grupper inom en region och mel-lan regionerna kan inte förklaras med skillnader i tillgången och organisе-ningen av sjukvårdstjänster. Snarare är det människors livsvillkor, så som ut-bildning, arbete och ekonomi, än lev-nadssätt som kan förklara skillnader i sjuklighet. Därför är insatser för att möjliggöra god utbildning och tillgång till arbete samt tryggad försörjning för utsatta grupper, av största betydelse för hälsoutvecklingen. Att utjämna skillnader i livsvillkor mellan irakier i Malmö och infödda svenskar samt

mellan män och kvinnor är nödvändigt för att minska den ojämlikhet i hälsa, som tydligt framträder i denna studie. Undersökningen visar att de hälso-problem, som i framtiden kommer att kräva stora nationella insatser – psy-kisk ohälsa, sjukdomar kopplade till rökning samt överviktsrelaterad ohälsa – finns i den undersökta populationen. Flera faktorer som påverkar eller har samband med ohälsa kräver samarbete inte bara mellan olika yrkeskategorier inom sjukvården utan även samarbete mellan olika aktörer i samhället, som kommunernas socialförvaltning, ar-betsförmedling, näringslivet etc.

Då framtida insatser för att förebygga ohälsa diskuteras och planeras är det inte oväsentligt att beakta att medel-åldern bland utrikes födda är lägre än bland inrikes födda. Medelåldern bland de irakier som var bosatta i Malmö och som svarande på enkäten var 36 år. Malmö har en mycket fördelaktig åldersfördelning i sin befolkning tack vare den relativt höga andelen utrikes födda medan exempelvis kommuner i sydöstra Skåne har en ålderspyramid med flest invånare i åldersgrupperna 60 till 80 år och mycket låga antal i åldersgrupperna 20-40 år. Förhållan-dena för övriga storstads- respektive glesbygdskommuner är likartade (20). I storstadskommunerna är ca 63 % av befolkningen i arbetsför ålder, 20-64 år, medan i glesbygdskommunerna är andelen ca 53 %.

Undersökningens begränsningar

Eftersom hälsa/ohälsa och livsvillkor har mätts vid samma tillfälle i denna undersökning, så går det inte att säga

något om orsakssamband eller dess riktning utan enbart att ett samband existerar. Det framgår inte av datamaterialet och analyserna om till exempel de som är arbetslösa drabbas av ohälsa på grund av detta eller att ohälsan var orsak till arbetslösheten. Vidare går det inte heller att koppla respondenternas

hälsosituation till tidigare exponering för hälsans bestämningsfaktorer i ursprungslandet eller till vistelsetiden i Sverige.

Sammanfattning

Ett syfte med denna studie har varit att dels ge en bild av livsvillkor, levnads-

Tabell 1. En jämförelse mellan irakier i Malmö och befolkningen i riket (%)*

Hälsovariabler	Irakier i Malmö	Befolkningen i riket
Mycket bra/ bra hälsotillstånd	63	73
	61	67
Långvarig sjukdom	58	35
	58	37
Nedsatt psykiskt välbefinnande	36	14
	40	20
Fysiskt aktiv 30 min/dag	43	66
	27	62
Stillasittande fritid	59	14
	73	13
Daglig rökare	31	12
	5	16
Riskkonsument alkohol	4	17
	0	10
Ekonomisk kris	59	14
	57	20
Saknar kontant marginal	22	16
	24	25
Saknar emotionellt stöd ¹	55	14
	44	10
Saknar praktiskt stöd ²	24	6
	33	5
Lågt social deltagande ³	77	20
	82	18

*Jämförelser med resultat från folkhälsoenkäten - Hälsa på lika villkor 2007 (%)

Män Kvinnor

1. De som på frågan: Har Du någon riktigt nära vän som Du kan ta kontakt med och prata med om vad som helst? svarat nej redovisas här sakna emotionellt stöd.

2. De som på frågan: Hur många människor finns det i din omgivning som du lätt kan be om saker? svarat ingen redovisas här sakna praktiskt stöd.

3. De som på frågan: Hur ofta är du på möte eller annan aktivitet i någon förening (t.ex. fackförening, politisk organisation, idrottsförening, intresseförening, moskéer, kyrklig förening)? svarat: någon enstaka gång eller mer sällan eller aldrig har ansetts ha ett lågt socialt deltagande.

vanor och hälsoläget hos en grupp nyanlända irakier folkbokförda i Malmö, dels att beskriva hur undersökningsgruppens förhållanden skiljer sig från befolkningen i riket.

Tydliga skillnader i hälsoläget ses mellan den beskrivna målgruppen nyanlända irakier i Malmö och befolkningen i riket. När det gäller den undersökta gruppen ses ett allmänt sämre hälsotillstånd innefattande flertalet av de uppmätta hälsovariablerna (tabell 1).

Referenser

1. World Health Organization, 2008: Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization.
2. Sachs, J, 2006: The end of poverty. How we can make it happen in our lifetime. London: Penguin books.
3. Kim et al, 2008: Social Capital and Physical Health: A Systematic Review of the Literature. In: Kawachi, I; Subramanian, SV & Kim, D, editors, 2008: Social capital and health. New York: Springer.
4. Almedom, AM & Glandon, Douglas, 2008: Social Capital and Mental Health: An Updated Interdisciplinary Review of Primary Evidence. In: Kawachi, I; Subramanian, SV & Kim, D, editors, 2008: Social capital and health. New York: Springer.
5. <http://www.folkhalsoguiden.se/press>
6. Lindström, M, 2008: Social Capital and Health-Related Behaviors. In: Kawachi, I; Subramanian, SV & Kim, D, editors, 2008: Social capital and health. New York: Springer.
7. Wilkinson, Richard & Marmot, Michael, 2003: Social determinants of health_ the solid facts. Second edition. Copenhagen: World Health organization/ Europe
8. National encyclopaedia
9. WHO (1998) Development of the world health Organisation WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychological medicine, 28, 551-558.
10. Klockars, K & Österman, B (1995) Begrepp om hälsa, filosofiska och etiska perspektiv på livskvalitet, hälsa och vård. Stockholm: Liber
11. Brülde, B (2003) Teorier om livskvalitet. Lund: Studentlitteratur
12. Chandola T & Jenkinson C, 2000: validating self-rated health in different ethnic groups. Ethn Health. May; 5(2):151-9.
13. Hälsorelaterad livskvalitet i Uppsala län 2004- en befolkningsundersökning med EQ-5D
14. Fazel, M; Wheeler, J och Danesh, J, 2005: Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in Western countries: a systematic review. Lancet 365: 1309-14.
15. Goldberg et al, 1997: The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. Psychol Med. Jan;27(1):191-7. Gunarathne
16. Åhs, A & Westerling, R, 2006: Health care utilization among persons who are unemployed or outside the labour force. Health Policy 78:178-193.
17. Westin et al, 2004: A large proportion of Swedish citizens refrain from seeking medical care – lack of confidence in the medical services a plausible explanation? Health Policy. Jun;68(3):333-44. Wild

18. Wamala et al, 2007: Perceived discrimination, socioeconomic disadvantage and refraining from seeking medical treatment in Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health* 61: 409-415.
19. Björngren Cuadra, C & Cattacin, S, editors, 2007: *Migration and health: Difference sensitivity from an organisational perspective*. Malmö: Malmö University.
20. <https://www.h5.scb.se/kommunfakta/pyramider/>