

Migration och hälsa

Sammanfattning

I en alltmer globaliserad värld får fler möjlighet att bosätta sig i ett annat land än det de föddes i. Som ett resultat av detta ökar andelen utlandsfödda i de flesta höginkomstländer, så även i Sverige. Den 31 december år 2006 hade 17 procent av den svenska befolkningen utländsk bakgrund, dvs. var antingen född i något annat land än Sverige (13 procent) eller hade två utlandsfödda föräldrar (4 procent). Av dessa var 52 000 utlandsadopterade. Därtill kommer asylsökande och andra migranter som saknar uppehållstillstånd, som inte finns med i befolkningsstatistiken.

Många utlandsfödda har flyttat från länder där risken att smittas av vissa svåra och långvariga infektioner är betydligt större än i Sverige. De viktigaste av dessa smittämnen är hepatit B och C, tuberkulos och hiv.

Migranterna tar med sig sin livsstil till det nya landet, t ex kost-, tobaks- och alkoholvanor. Mötet med det nya landets kultur leder till att livsstilen förändras, men lång tid efter invandringen kan inflytande av ursprungslandets livsstil ofta spåras i invandrades sjukdomsmönster. Så har t.ex. män med ursprung i Medelhavsområdet en högre risk att drabbas av tobaksrelaterad sjuklighet, som lungcancer jämfört med genomsnittsbefolkningen i Sverige, men samtidigt har de en lägre risk att drabbas av alkoholrelaterad sjuklighet, som levercirrhos.

Många betydande folkhälsoproblem orsakas av miljöfaktorer i samspel med en medfödd sårbarhet, t.ex. allergiska sjukdomar och diabetes. Förekomsten av de genetiska faktorerna som orsakar denna sårbarhet skiljer sig mellan olika befolkningar i världen och fortsätter att påverka risken för dessa sjukdomar hos migranter även i det nya landet.

Flyktingen har ett annat utgångsläge än den som flyttar till ett annat land för att arbeta eller för att bilda familj. Personer som flyr från sitt hemland har nästan alltid levt en tid under stor stress innan de flyr. Själva flykten är ofta omgärdad av umbäranden och hot, och många familjer splittras under långa perioder. Efter ankomsten till det nya landet väntar en tid av ovisshet under asylprocessen innan det nya livet kan ta sin början. Detta leder sammantaget till att psykisk ohälsa är ett större problem hos nyanlända flyktingar än hos andra grupper av migranter,

Personer som lever i Sverige utan uppehållstillstånd, och utan att vara asylsökande, har en starkt begränsad tillgång till hälso- och sjukvård. Enskilda landsting och ideella organisationer har tagit initiativ för att förbättra denna tillgång, men intervjustudier visar att de otillfredsställda vårdbehoven i denna grupp är mycket stora.

Ibland kan skillnader i hälsa mellan sverige-födda och utlandsfödda förklaras av ett framgångsrikt svenskt folkhälsoarbete. Sverige har varit ledande i världen när det gäller vissa typer av folkhälsoinsatser. Det gäller särskilt inom områden som barnolycksfall, karies och barnaga. Nykomlingar i det svenska samhället kan behöva en särskilt anpassad introduktion i dessa framgångsrika svenska folkhälsoprogram.

Nykomlingar i det svenska samhället hamnar ofta i bostadsområden med låg status, hänvisas till tunga och lågavlönade arbeten och är ofta även fortsättningsvis socialt utsatta på grund av diskriminering. Detta är den viktigaste förklaringen till att invandrare i Sverige med utomeuropeiskt ursprung rapporterar att de har dålig eller mycket dålig hälsa tre till fyra gånger så ofta som sverigefödda. Att motverka dessa sociala processer är därför en särskilt viktig del av folkhälsoarbetet för denna del av befolkningen.

Invandringen till Sverige

Under åren 1850 till 1930 utvandrade 1,4 miljoner svenskar, eller ungefär 20 procent av den svenska befolkningen. De flesta utvandrade till Nordamerika. Under denna period dominerade återvändarna från Amerika också invandringen till Sverige.

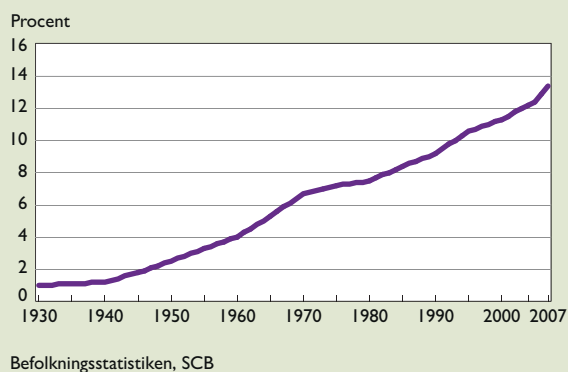
Under 1930- och 1940-talen vände utvecklingen, och andelen utlandsfödda i den svenska befolkningen har därefter ökat successivt (figur 1).

Under 1940-talet var det framför allt flyktingar från andra världskriget som sökte sig till Sverige. Under 1950- och 1960-talen fanns ett stort behov av arbetskraft inom den svenska industrin, vilket ledde till en invandring från våra nordiska grannländer. Så småningom kom invandrare även från Sydeuropa och Turkiet. Denna arbetskraftsinvandring kulminerade under de sista åren av 1960-talet. I början av 1970-talet minskade behovet av arbetskraft i den svenska industrin drastiskt och flyktingar och deras anhöriga har dominerat invandringen till Sverige sedan dess [1].

Under 1970- och 1980-talen kom många flyktingar från diktaturernas Latinamerika och den islamiska revolutionens Iran till Sverige. Under 1990-talet och de första åren av 2000-talet har flyktingar framför allt kommit från de sönderfallande f.d. kommunistiska staterna Jugoslavien och Sovjetunionen, och från inbördeskrigens Irak och Somalia.

Figur 1. Utlandsfödda

Andel (procent) utlandsfödda i den svenska befolkningen, perioden 1930–2007



Den 31 december år 2006 hade 17 procent av den svenska befolkningen utländsk bakgrund, dvs. var antingen född i något annat land än Sverige

(13 procent) eller hade två utlandsfödda föräldrar (4 procent). Av dessa var 52 000 utlandsadopterade. Därtill kommer också asylsökande och andra migranter som saknar uppehållstillstånd, som inte finns med i befolkningsstatistiken.

Flertalet som invandrat till Sverige under efterkrigstiden har varit barn eller unga vuxna i åldern 25–35 år. Efter 1975 har dock flyktinginvandringen inneburit en ökad andel invandrare i åldern 40–60 år. Andelen äldre bland de invandrade har alltid varit låg, men andelen utrikesfödda bland de äldre i den svenska befolkningen ökar. Ökningen av äldre invandrare kommer troligen att fortsätta i snabb takt under de närmaste decennierna, som en konsekvens av invandringen av unga vuxna från 1960-talet och framåt. Könsfördelningen bland invandrarna har varit ganska jämn genom åren. I åldersgruppen 20–35 år finns en viss överrepresentation av kvinnor, vilket framför allt beror på att fler utlandsfödda kvinnor än män flyttar till Sverige för att gifta sig med infödda svenskar [1].

Allt fler bosätter sig i en annan nation än den som de är födda i, för kortare eller längre perioder. Det är en del i en global utvecklingsprocess där världen knyts allt tätare samman genom ökad handel och förbättrade kommunikationer [2]. Denna utveckling påverkar folkhälsan i Sverige på många olika sätt. I detta avsnitt berörs enbart folkhälsan hos personer som migrerat till Sverige från andra länder, och deras barn. Hälsorisker som svenskar utsätts för när de reser utomlands, som exempelvis infektionssjukdomar, tas inte upp i detta kapitel men berörs i kapitlet om infektionssjukdomar. Detta kapitel tar inte heller upp hälsosituationen för de nationella minoriteter som sedan länge varit representerade i den svenska befolkningen och som har särskilda

rättigheter enligt svensk lag: samer, sverigefinnar, tornedalingar, romer och judar.

Hur mår svenskar med utländsk bakgrund?

SCB frågade i sina ULF-undersökningar år 2000–2005 ett representativt urval av den svenska befolkningen om deras hälsa. Personer med utländsk bakgrund rapporterade genomgående en sämre hälsa än personer med svensk bakgrund [3]. De intervjuade personer som var födda utanför Europa rapporterade den sämsta hälsan, och de som var födda utanför EU15¹-området hade den näst sämsta hälsan. De som var födda inom EU15-området hade en hälsa som låg nära befolkningen med svensk bakgrund.

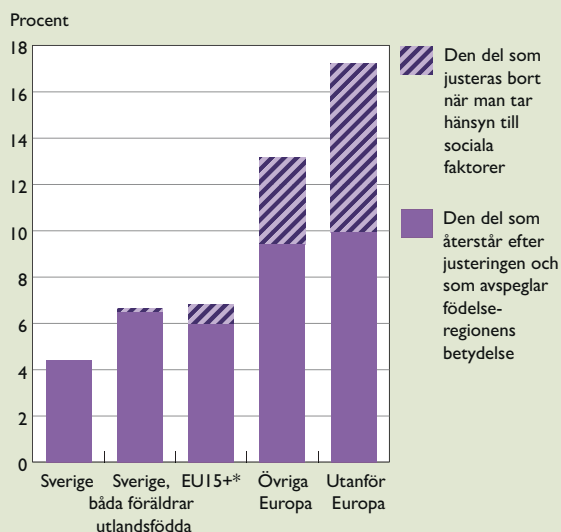
Dessa skillnader fanns för så gott som samtliga hälsorelaterade frågor. Skillnaderna var särskilt uttalade för självskattad ”dålig hälsa”, nedsatt arbetsförmåga och rörelsehinder, men även för ängslan och oro. Det var tre till fyra gånger vanligare att utlandsfödda intervjuade personer med ursprung utanför västvärlden skattade sin hälsa som ”dålig” eller ”mycket dålig”, jämfört med intervjuade personer med svensk bakgrund (figur 2). När analysen kompenserades för skillnader i sociala faktorer mellan grupperna, som hur vanligt det var att intervjuade personerna hade ett arbetyrke, hade sämre ekonomiska tillgångar och bodde i hyrd bostad, minskade skillnaderna i hälsa betydligt [3]. Detta tyder på att det i hög grad är de sociala livsvillkoren i Sverige som medför att personer med utländsk bakgrund rapporterar mer ohälsa. Andra viktiga orsaker till ett sämre hälsotillstånd är till exempel riskfaktorer som är

¹ EU bestod av 15 medlemsländer mellan 1995 och 2004

kopplade till flyktingskap och att vara nykomling i det svenska samhället. Det tar åtminstone tio år innan invandraren eller flyktingen får levnadsvillkor som motsvarar villkoren för resten av befolkningen i Sverige [4]. Om personer upplever att de diskrimineras bidrar sannolikt också det till sämre hälsa [5].

Figur 2. Hälsa efter födelseland

Andel (procent) i respektive grupp som uppger dålig eller mycket dålig hälsa, efter födelseland/-region, åren 2000-2005.



Predicerad andel baserad på logistisk regression justerad för sociala faktorer (socioekonomisk grupp, boendeform och innehav av kontantmarginal).

* Utöver EU15 ingår även Nordamerika, Australien och Nya Zeeland
Källa: ULF-undersökningarna, SCB och Socialstyrelsen [3]

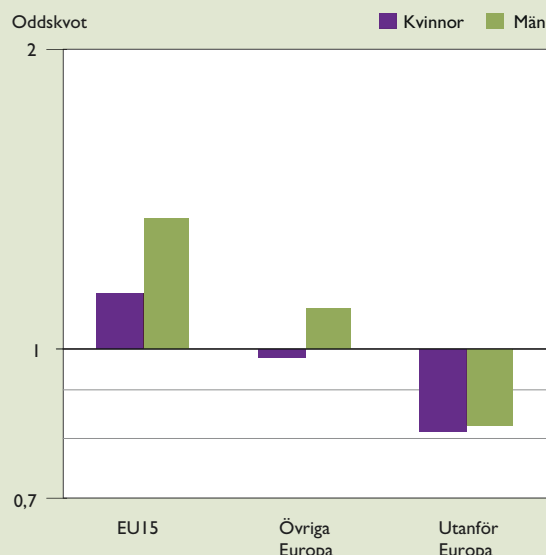
Utlandsfödda kvinnor rapporterar precis som sverigefödda kvinnor mer ohälsa än män med samma ursprung. Socialstyrelsens invandrarundersökning år 1996–1997 visade att hälsan hos kvinnor födda i Turkiet och Chile skilde sig mer från sverigefödda kvinnor än hälsan mellan män-

nen i motsvarande grupper [3]. I ULF-undersökningen år 2000–2005 var skillnaderna i ohälsa mellan sverigefödda och utlandsfödda lika stora för kvinnor och män. Det talar för att resultaten inte kan generaliseras för att gälla alla invandrargrupper [3].

När det gäller dödsrisker ser det annorlunda ut. Både män och kvinnor med ursprung utanför Europa tenderar att ha en lägre risk för tidig död än sverigefödda (Figur 3).

Figur 3. Dödsrisker för utlandsfödda

Över- och underrisker (oddskvoter) att avlida för utlandsfödda (efter födelse-region) under år 2001–2005. Enbart personer med någon form av registrerad inkomst i åldern 25–64 år. Obs. logaritmisk skala på y-axeln.



Jämförelsegrupp (oddsquot=1) är personer födda i Sverige. Justerad för ålder och kön.

Källa: Dödsorsaksregister, Socialstyrelsen; LISA, SCB.

När man analyserar dödsfall bland utlandsfödda i den folkbokförda befolkningen i Sverige är

det viktigt att tänka på att dödsfall som inträffar när personen vistas utanför Sverige inte alltid rapporteras till svenska myndigheter. Detta gäller särskilt när dödsfallet äger rum utanför Europa. Denna underrapportering leder till en systematisk underskattning av de verkliga dödstalen.

Analysen som särskilt försökt ta hänsyn till underskattningen av dödstalen talar dock för att personer som är födda utanför Europa har en något lägre risk för tidig död än sverigefödda har [6]. Det gäller särskilt för alkoholrelaterad dödlighet. EU15-gruppen, där majoriteten är födda i Finland, har däremot en påtagligt ökad risk att dö tidigt jämfört med sverigefödda. Detta beror bland annat på en ökad dödlighet i hjärtkärlsjukdomar, alkoholrelaterade sjukdomar och cancer.

Invandrarnas barn

Det är viktigt för hälsan att människor som kommer till Sverige integreras i samhället. Det visar jämförelser i hälsa mellan dem som invandrat till Sverige, och invandrarnas barn som är födda i Sverige. Analyser av ULF-undersökningen ger en ganska entydig bild av att både hälsosituationen och den sociala situationen är klart bättre för personer som fötts i Sverige jämfört med deras utlandsfödda föräldrar. Intervjuer med barn och ungdomar i åldern 10–18 år ger en liknande bild. Det finns små skillnader i självrapporterad hälsa, exempelvis psykosomatiska symtom, mellan barn och ungdomar med utländsk respektive svensk bakgrund, i de undersökningar som genomförts under år 2001–2005 [7].

När det gäller allvarliga psykosociala hälso- problem som självmord [8] och psykoser [9] är mönstret dock det omvända: invandrarnas barn löper större risker än invandrarna själva. De här problemen är minst lika omfattande, och för

narkotikamissbruk betydligt större, hos de barn som vuxit upp i Sverige än hos deras invandrade föräldrar. Att växa upp i Sverige har uppenbarligen både fördelar och nackdelar för hälsan för den som har utländskt ursprung.

Utlandsadopterade

Mycket talar för att de flesta barn som adopteras till Sverige från andra länder mår bra. Barn som adopteras från länder utanför Europa vårdas dock två till tre gånger så ofta på sjukhus under ungdomsåren pga. psykiatrisk sjuklighet som sverigefödda ungdomar. Risken är till och med något högre än för ungdomar med utländskt ursprung som vuxit upp med sina biologiska föräldrar – trots att utlandsadopterade lever i familjer som har bättre socioekonomiska livsvillkor än den genomsnittliga sverigefödda befolkningen, och mycket bättre än andra utlandsfödda. Den förhöjda risken för utlandsadopterade är särskilt uttalad för självmord och självmordshandlingar [10].

Att psykisk ohälsa är vanligare bland utlandsadopterade kan troligen till stor del förklaras av deras utsatta situation i ursprungslandet innan adoptionen, med upprepade separationer, undernäring och institutionsvistelser. Det kan dock inte uteslutas att påverkbara faktorer efter adoptionen, som diskriminering på grund av avvikande utseende och svårigheter att knyta an till de nya föräldrarna också kan bidra till denna sårbarhet [11].

Olika bakgrund och hälsa bland utlandsfödda

Invandrare har kommit till Sverige av många olika skäl, vid olika tidpunkter, från olika sociala situationer och från många länder. Befolkningen

med utländskt ursprung karaktäriseras därför av en stor mångfald (heterogenitet).

Det är troligt att arbetskraftsinvandrare hör till de friskare i den befolkning de flyttar från. Men för vissa grupper av flyktingar kan ett funktionshinder eller en kronisk sjukdom tvärtom vara en bidragande orsak till att man beviljats en fristad i Sverige. För att kunna beskriva hälsa och levnadsvillkor bland utlandsfödda på ett tillfredställande sätt behövs därför undersökningar som särskiljer de utlandsfödda med sådana bakgrunds- och selektionsfaktorer. I dag finns inga återkommande undersökningar i Sverige med ett tillräckligt stort antal invandrare för att tillåta detta. De följande avsnitten beskriver istället viktiga risk- och skyddsfaktorer för hälsa. Dessa faktorer bidrar till att hälsosituationen hos svenskar med utländsk bakgrund ofta skiljer sig från Sveriges övriga befolkning.

Risk- och skyddsfaktorer för hälsa hos svenskar med utländsk bakgrund kan delas in i tre kategorier:

- faktorer som har att göra med det samhälle och den befolkning som personen själv eller ens föräldrar flyttat från
- faktorer som har att göra med migrationen i sig och hur migration hanteras i Sverige
- faktorer som har att göra med tillvaron i det svenska samhället efter att personen fått uppehållstillstånd.

Faktorer som har att göra med det samhälle man flyttat från

Infektioner

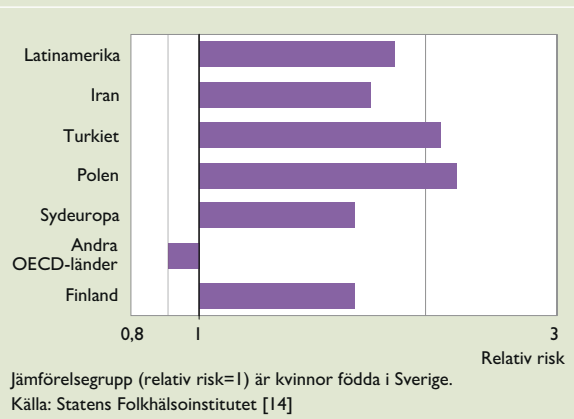
Många utlandsfödda har flyttat från länder där vissa typer av svåra infektioner är betydligt

vanligare än de är i Sverige. De viktigaste av dessa sjukdomar är hepatit B och C, tuberkulos och hiv. Fortsatta direkta och indirekta kontakter med ursprungslandet kan leda till att personen blir sjuk i någon av dessa infektionssjukdomar även efter det att den flyttat till Sverige.

Ett smittoämne vars betydelse blivit klarlagd först under de senaste två decennierna är *Helicobacter pylori*. Denna bakterie är i första hand känd för att orsaka magsår och magkatarr, men den är också en viktig riskfaktor för cancer i magsäcken [12]. Den som blir smittad blir det oftast under tidig barndom [13]. Det är en trolig förklaring till att bakterien, liksom cancer i magsäcken, är betydligt vanligare hos utlandsfödda än sverigefödda (figur 4) [14, 15]. I och med att bakterien framför allt smittar inom familjen är även de utlandsföddas barn en riskgrupp för sjukdomar som orsakas av *helicobacter* [15].

Figur 4. Magcancer bland utlandsfödda kvinnor

Över- och underrisker (relativ risk) att insjukna i magcancer under åren 1991–1998 bland utlandsfödda kvinnor, efter födelseland/-region. Obs. logaritmisk skala på y-axeln.



Livsstil

Invandraren anländer till det nya landet med levnadsvanor formade efter det samhälle personen flyttat ifrån. Dessa vanor påverkar också levnadsvanorna i det nya landet, och i viss utsträckning även levnadsvanorna hos invandrarnas barn.

Matvanor

Matvanor varierar mycket mellan olika samhällen, och detta leder i sin tur till skillnader i förekomst av många sjukdomar i mag-tarmkanalen, som cancer i tjocktarmen. Dessa skillnader kvarstår i viss mån även hos invandrare i Sverige [14]. En låg andel fiber i kosten ökar risken för att drabbas av inflammation i tarmfickor (divertiklar) i tjocktarmen, så kallad divertikulit. Det är därför troligt att ett högt fiberintag bland invandrare från Syd-europa och utomeuropeiska länder, en kostvana

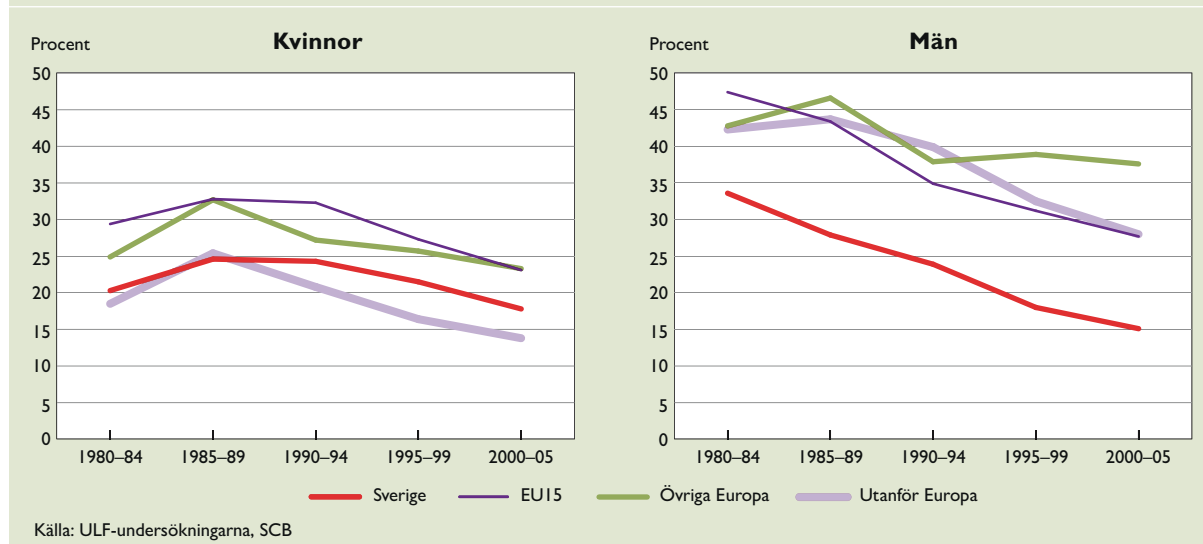
som de grundlagt i sitt ursprungsland, förklarar den låga risken för divertikulit i dessa grupper i Sverige [16].

Tobak

Andelen manliga rökare i Sverige är låg och utlandsfödda män röker mer än män födda i Sverige, enligt ULF-undersökningen (figur 5). Enligt samma undersökning använder sverigefödda män däremot betydligt oftare snus än utlandsfödda män. Kvinnor födda i andra europeiska länder än Sverige röker mer än sverigefödda kvinnor, medan kvinnor födda utanför Europa röker minst. Spädbarn med utlandsfödda föräldrar utsätts oftare för passiv rökning i hemmet [17, 18]. Det är framför allt fädernas rökning som leder till detta, eftersom mödrar från flertalet utomeuropeiska länder röker mer sällan än sverigefödda [19].

Figur 5. Dagligrökare efter födelse land

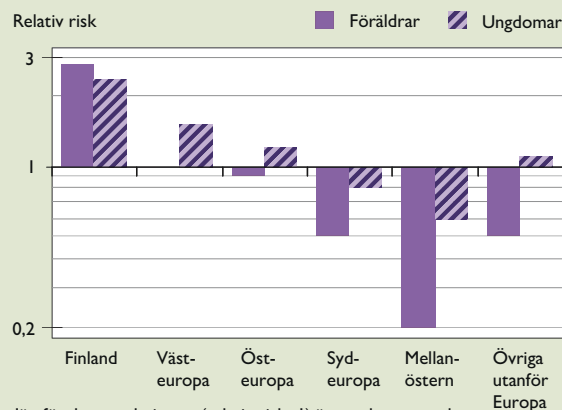
Andel (procent) dagligrökare efter födelse land/-region. Kvinnor och män i åldern 16–64 år, perioden 1980–2005. Åldersstandardiserat.



ULF-undersökningen visar att andelen rökare minskat successivt sedan 1980-talet. Det gäller både sverigefödda, och utlandsfödda med ursprung i Västeuropa och utanför Europa. Europeer utanför EU15 följer inte samma utveckling, vilket kan bero på den stora andelen rökare bland flyktingarna som invandrade från det forna Jugoslavien under 1990-talet.

Figur 6. Alkoholrelaterade sjukdomar efter utländskt ursprung

Över och underrisker (relativ risk) att vårdas på sjukhus 1991–2000 pga. alkoholrelaterade sjukdomar för ungdomar födda 1968–79 med två utlandsfödda föräldrar samt för vuxna födda utomlands (föräldragenerationen), efter de vuxnas födelse-/region. Obs. logaritmisk skala på y-axeln.



Jämförelsepopulationen (relativ risk=1) är ungdomar med två svenskfödda föräldrar respektive vuxna födda i Sverige (föräldragenerationen). Justerat för ålder och kön.

Källa: Hjern A, Allebeck P. [20]

Alkohol

Förekomsten av alkoholrelaterade sjukdomar hos den utlandsfödda befolkningen speglar attityder och vanor som grundlagts i ursprungslandet. Finländare vårdas oftare på sjukhus för alkoholmissbruk än sverigefödda, medan invandrare från

Mellanöstern vårdas mer sällan än sverigefödda (figur 6) [14, 20]. Vård för alkoholmissbruk bland barn till utlandsfödda visar ett mönster som ligger någonstans mellan deras föräldrars och det mönster som barn till sverigefödda har (figur 6), kanske som ett tecken på att de påverkats mer än sina föräldrar av alkoholvanorna i den svenska majoritetsbefolkningen. Skolbarn i högstadiet, vars föräldrar kommer från länder utanför Europa, dricker sig mer sällan berusade än andra skolbarn. Det visar skolundersökningar i Stockholm 1996, och Malmö och Värmland 2005 [21, 22].

Ackulturation, livsstil och hälsa

Invandrarers livsstil påverkas även av det nya samhället. Socialantropologin har myntat begreppet ackulturation, som betecknar den kulturpåverkan och kulturförändring som uppstår när samhällen med olika kulturtraditioner möts [23]. Ett sådant möte kan innebära att en etnisk minoritets livsstil och attityder förändras genom påverkan från den omgivande majoritetsbefolkningen.

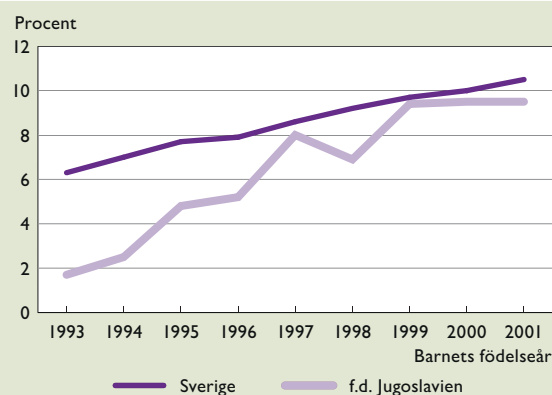
Förändrade matvanor är ett exempel på ackulturationens betydelse för folkhälsan. Studier av japaner i Stillahavsområdet under 1960- och 1970-talen visar hur japanernas ackulturation till nordamerikanska kostvanor ledde till en dramatisk förändring i sjuklighet. Studierna visade en ökad förekomst av hjärt- och kärlsjukdomar och tjocktarmscancer, och en minskad förekomst av cancer i magsäcken [24].

I Sverige har ändrade matvanor och en minskad fysisk aktivitet lett till en snabb utveckling av övervikt bland vissa invandrargrupper, till exempel bland gravida kvinnor som invandrat från forna Jugoslavien. Hos dem ökade andelen personer med fetma från två procent strax efter invandringen till närmare tio procent efter åtta års

vistelse i Sverige (figur 7). En ännu snabbare utveckling av fetma har beskrivits hos flyktingbarn från Chile efter ankomsten till Sverige [25].

Figur 7. Gravida med fetma

Andel (procent) gravida med fetma från forna Jugoslavien som invandrade till Sverige 1993–1994, efter barnets födelseår.



Baserat på uppgifter från inskrivning på mödravårdscentral.
Fetma (BMI \geq 30)
Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

Ungdomsdiabetes och astma

Många betydande folkhälsoproblem orsakas av miljöfaktorer i samspel med en genetisk sårbarhet som skiljer sig mellan olika befolkningsgrupper i världen. Därför kan risken att drabbas variera betydligt mellan olika befolkningsgrupper, även om de har en likartad livsstil.

Barn- och ungdomsdiabetes är ett exempel på en sjukdom som orsakas av ärftliga faktorer i samspel med livsstilsfaktorer. Risken att drabbas är störst om man föds i Finland eller på Sardinien, men jämfört med flertalet regioner i världen är risken hög även i Sverige [26]. Förekomsten av barn- och ungdomsdiabetes skiljer sig enligt

samma mönster bland barn födda i Sverige beroende på föräldrarnas födelseland. Det innebär att barn som föds i Sverige av sverigefödda föräldrar har fem gånger så hög risk att drabbas av barn- och ungdomsdiabetes som barn födda i Sverige av föräldrar födda i Latinamerika, och tre gånger så hög risk som de som föds av föräldrar födda i Mellanöstern eller Östeuropa [27].

Det finns stora skillnader mellan olika invandrargrupper i Sverige när det gäller förekomsten av allergiska sjukdomar. Allergier är särskilt vanliga hos befolkningen med chilenskt ursprung jämfört med den övriga befolkningen, medan de är betydligt ovanligare hos befolkningen med turkiskt ursprung. Det är troligt att förklaringen till dessa skillnader är ett liknande samspel mellan genetisk sårbarhet och livsstilsfaktorer som vid barn- och ungdomsdiabetes [28].

Flyktingskap, asylprocess och papperslösa

Sedan mitten av 1970-talet dominerar flyktingar och deras anhöriga invandringen till Sverige. Flyktingen har ett annat utgångsläge än den som flyttar till ett annat land för att arbeta eller för att bilda familj. Personer som flyr från sitt hemland har nästan alltid levt en tid under stor stress innan de lämnat landet. Själva flykten är ofta omgärdad av umbäranden och hot, och många familjer splittas under långa perioder. Efter ankomsten till det nya landet väntar en tid av ovisshet under asylprocessen innan det nya livet kan ta sin början.

Traumatisk stress i hemlandet

En stor andel av de flyktingar som kommer till Sverige har innan flykten upplevt många skrämmande och kränkande situationer i samband med

krig eller politisk förföljelse. Sådana situationer kallar WHO för ”organiserat våld”. En fjärdedel av de latinamerikanska flyktingar som kom till Sverige på 1970- och 1980-talen uppgav att de utsatts för tortyr i hemlandet [14]. Av de kurdiska flyktingarna i Socialstyrelsens invandrarundersökning 1996 rapporterade så många som 40 procent att de utsatts för organiserat våld i det land de flytt från [29]. Dessa upplevelser leder ibland till att den drabbade utvecklar posttraumatiskt stresssyndrom. Ett sådant tillstånd kännetecknas av återkommande smärtsamma minnesbilder och störningar i hjärnans stresshanteringssystem. En annan vanlig följd av sådana upplevelser är depression [30].

De sammanlagda resultaten från många studier av psykiatrisk sjuklighet hos flyktingar i exil i västvärlden, visar att uppskattningsvis 8–10 procent av vuxna flyktingar och 7–17 procent av flyktingbarnen lider av posttraumatiskt stress-syndrom. Av vuxna flyktingar uppfyller 4–6 procent kriterierna för en depression och nästan lika många kriterier för ångestsyndrom [31]. Uppföljningsstudier av flyktingar visar att dessa psykiska besvär minskar med tiden, men 13–14 år efter flykten är deras psykiska besvär fortfarande vanligare än hos befolkningen i mottagandelandet [32, 33].

De posttraumatiska symtomen kan alltså orsaka lidande hos de drabbade under lång tid. Det är däremot mer oklart i hur stor utsträckning dessa symtom också påverkar flyktingarnas relationer och arbetsförmåga. En uppföljning av kambodjanska flyktingungdomar i USA visar t.ex. att det är fullt möjligt att lyckas väl med universitetsstudier och familjebildning trots långvariga och svåra symtom av posttraumatisk stress [34, 35].

Asylprocessen

Den som ansökt om asyl kallas asylsökande fram

till dess att personens ansökan behandlats färdigt av de svenska myndigheterna. Asylsökande vuxna har möjlighet att få subventionerad hälso- och sjukvård för vård ”som inte kan anstå”, dvs. vård där en måttlig fördröjning medför att patientens hälsa påverkas negativt [36]. Däremot har asylsökande barn, sedan år 1994, samma rättigheter till hälso- och sjukvård som andra barn i det svenska samhället.

Eftersom asylsökande saknar ett svenskt identitetsnummer, är möjligheten att beskriva deras hälsa i Sverige begränsad. Ett svenskt identitetsnummer skulle göra det möjligt att identifiera dem i nationella hälsodataregister.

De dominerande hälsoproblemen hos asylsökande vuxna är psykisk ohälsa och olika former av psykosomatiska besvär [36–40]. Detta understryks av danska studier som visar att det är tre gånger vanligare att asylsökande vårdas på sjukhus efter självmordsförsök, än att personer ur den övriga befolkningen gör det [41]. Stressen under asylprocessen är särskilt skadlig för flyktingar med svåra upplevelser av organiserat våld innan flykten [42].

En svensk studie av massevakuerade flyktingar från Kosovo, som hade tillfälligt uppehållstillstånd i Sverige, visade att ju längre tid flyktingarna varit i Sverige desto större var andelen som uppfyllde kriterierna för ett posttraumatiskt stresssyndrom. Studien visade också med hjälp av hormonanalyser från personernas saliv att kroppens stresshanteringssystem förändrades successivt [43]. Intervjustudier med flyktingar i Australien, som lever i ovisshet på grund av tillfälliga uppehållstillstånd, visar likartade höga nivåer av psykisk ohälsa. Ohälsan ökar också med tiden i ovisshet [44].

Även många barn visar tecken på betydande psykisk ohälsa under asyltiden [45]. Asylsökande

barn är kraftigt överrepresenterade bland de barn som vårdas i slutna barn- och ungdomspsykiatrisk vård [46]. Under åren 2002–2005 utvecklade hundratals asylsökande barn allvarliga och långvariga funktionsbortfall, s.k. uppgivenhetsyndrom [47]. Många av dessa barn krävde kraftfulla stödinsatser under lång tid, inklusive sondermatning och hjälp med toalettbestyr. Antalet barn som insjuknat på detta vis har minskat drastiskt efter förändringar i flyktingpolitiken under år 2005 och ett förbättrat stöd till familjer där asylsökande barn mår psykiskt dåligt. Med få undantag har också de barn som insjuknat tillfrisknat, ofta efter en lång rehabiliteringsperiod där de stegvis återfått funktionsförmågan [48].

Stöd från familj och vänner

Under den första tiden i det nya landet har flyktingen ett glest socialt nätverk. Delar av familjen befinner sig ofta i något annat land och man har ännu inte hunnit etablera nära sociala kontakter i exilen. Intervjustudier av flyktingfamiljer i Norge [49], Sverige [45] och Australien [50] visar att stöd från familj och vänner har stor betydelse för flyktingars psykiska hälsa under de första åren i det nya landet. De får oftast nya kontakter inom den egna flyktinggruppen. En amerikansk studie av flyktingar från Laos visar att flyktingpolitik kan spela en stor roll i detta sammanhang. Att bli hänvisad att bo på en ort, där det av geografiska skäl var svårt att etablera kontakter med medlemmar i den egna gruppen, var i denna studie en kraftfull riskfaktor för ohälsa [51].

Invandrare som står utanför sjukvården

Personer som lever i Sverige utan uppehållstillstånd och utan att vara asylsökande kallas ibland irreguljära immigranter eller papperslösa [52].

De flesta är asylsökande som fått avslag på sin ansökan om uppehållstillstånd eller arbetskraftsinvandrare utan arbetstillstånd [53]. Hur många papperslösa som bor i Sverige vid en viss tidpunkt är av naturliga skäl omöjligt att beräkna exakt, men uppskattades till omkring 20 000 år 2003–2004 [54].

Vuxna papperslösa har endast rätt till ”omedelbar” hälso- och sjukvård, vilket är ett mycket snävt akutbegrepp. De är också betalningsskyldiga för den vård de får [36]. Detta har väckt en livlig diskussion inom läkarkåren. I Stockholm, Göteborg och Malmö har det på ideell basis öppnats särskilda läkarmottagningar för papperslösa [55, 56]. År 2000 kom staten och landstingen överens om att barn i familjer som fått avslag på sin asylansökan skulle få samma rättigheter till hälso- och sjukvård som andra barn i Sverige. Barn i övriga grupper av papperslösa har emellertid lika begränsad tillgång till vård som de vuxna.

Enskilda landsting har på egen hand utvidgat rättigheterna till vård för papperslösa, men de får inte någon ersättning från staten. Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg införde år 2006, som första sjukhus i Sverige, en policy som ger papperslösa utökade rättigheter till vård. I mars 2008 följde landstinget i Skåne län efter och införde liknande regler inom såväl öppen som slutna vård [57].

Läkare utan gränser genomförde sommaren 2005 en intervjuundersökning med patienter som besökte organisationens mottagning för papperslösa [56]. Hälften rapporterade att de avstått från att söka vård för att de varit rädda för att bli angivna till polisen, eller för att de inte kände till någon vårdgivare som skulle ta emot dem.

Att leva i Sverige med utländsk bakgrund

En socialt utsatt situation

Invandrare är nykomlingar i det svenska samhället och utsätts dessutom i många sammanhang för diskriminering, vilket medför att de befinner sig i en utsatt social position oftare än andra. Invandrare är oftare än den övriga befolkningen i Sverige arbetslösa, har ofta arbeten med en dålig fysisk och psykosocial arbetsmiljö och bor ofta trångt i bostäder i områden med låg status. Det finns också stora skillnader mellan olika invandrargrupper. Utomeuropeiska invandrare har i regel sämre materiella livsvillkor än invandrare med ursprung i Europa. Invandrarnas barn har som vuxna i allmänhet bättre materiella livsvillkor än sina föräldrar [4].

Invandrades inkomst är starkt beroende av hur länge man varit bosatt i Sverige. Det tar åtminstone tio år innan invandraren får levnadsvillkor som är jämförbara med resten av befolkningen. Emellertid förbättrar utlandsfödda i allmänhet sina livsvillkor snabbare än andra grupper med en låg social position i det svenska samhället. Så var dock inte fallet under 1990-talets krisår, snarare tvärtom: de materiella livsbetingelserna försämrades mer för de utlandsfödda än för andra grupper. Arbetslösheten ökade betydligt mer bland de utlandsfödda än bland de sverigefödda. De flyktingar som kom under dessa krisår har också haft svårare att etablera sig på arbetsmarknaden än de som anlände tidigare [4].

Diskriminering och psykisk ohälsa

Diskriminering påverkar utlandsföddas livsvillkor. Diskriminering på arbetsmarknaden leder till lägre inkomster och arbetslöshet. Diskrimi-

nering på bostadsmarknaden, i kombination med relativ fattigdom, medför att den utlandsfödda befolkningen i allt högre grad koncentreras till bostadsområden med låg status. Samtidigt minskar andelen sverigefödda i samma områden [52].

Utlandsfödda med ursprung i Nordeuropa och andra västorienterade länder har ungefär samma möjligheter att bosätta sig i attraktiva bostadsområden som sverigefödda. För utlandsfödda med ursprung i icke västorienterade länder utanför Europa är denna möjlighet dock högst begränsad, även lång tid efter invandringen [58]. Utlandsfödda med utomeuropeiskt ursprung utsätts oftare för våld och hot om våld eftersom de oftare bor i bostadsområden med låg status [4].

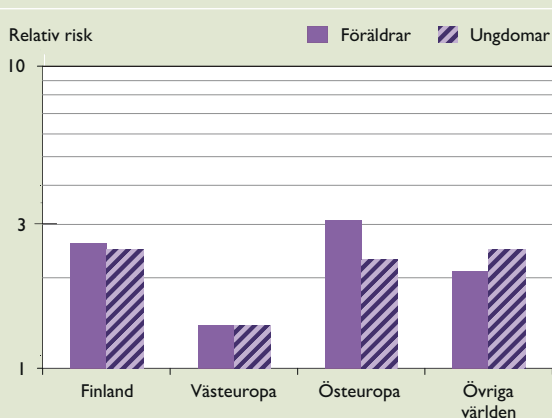
Diskriminering kan påverka hälsan indirekt genom att bidra till sämre livsvillkor. Dessutom kan upprepade erfarenheter av diskriminerande behandling ha en mer direkt påverkan på hälsan. Återkommande diskriminering kan ses som en form av kronisk stress där den diskriminerade ständigt är beredd att möta negativa reaktioner i omgivningen [59]. Invandrare som upplever sig diskriminerade rapporterar dubbelt så ofta psykisk ohälsa jämfört med andra invandrare, enligt Socialstyrelsens Invandrarundersökning 1996 [60, 61] och Folkhälsoinstitutets folkhälsoenkät 2006 [5]. Orsakssambandet är dock inte klarlagt i dessa tvärsnittundersökningar. Ett stort antal andra studier runt om i världen har dock visat att diskriminering på grund av hudfärg leder till sämre självrapporterad hälsa [62].

Studier har visat en ökad förekomst av psykosjukdomar hos invandrare i bland annat Storbritannien, Holland och Danmark [63]. Flera studier har pekat på att kronisk stress, p.g.a. upplevd diskriminering, kan vara en orsak till invandrades högre risk för psykoser [64, 65]. Även i Sverige

vårdas invandrare och barn till invandrare två till tre gånger så ofta som andra på sjukhus på grund av schizofreni och andra psykosjukdomar (figur 8). Denna stora risk kan till stor del förklaras av sociala faktorer som låga inkomster, ensamföräldraskap och att vara bosatt i bostadsområden med låg status. Diskriminering är sannolikt en viktig bakomliggande förklaring till detta [9]. Dessa faktorer ligger också bakom den ökade risken hos ungdomar med utländsk bakgrund att vårdas på sjukhus på grund av självmordsförsök eller självskadande beteende [66], och den ökade risken för ungdomar med utländsk bakgrund att skadas på grund av våld [67].

Figur 8. Schizofreni efter utländskt ursprung

Överrisker (relativ risk) att vårdas på sjukhus åren 1990–2001 på grund av schizofreni för ungdomar födda 1968–79 med två utlandsfödda föräldrar samt för vuxna födda utomlands (föräldragenerationen), efter de vuxnas födelseland/-region. Obs. logaritmisk skala på y-axeln.



Jämförelsepopulationen (relativ risk=1) är ungdomar med två sverigefödda föräldrar respektive vuxna födda i Sverige (föräldragenerationen). Justerat för ålder och kön.

Källa: Hjern A, Wicks S, Dalman C. [9]

Olycksfallsskador

Sociala faktorer spelar en betydande roll för den sjuklighet och dödlighet som orsakas av olycksfall. Totalt sett är dock dödligheten i olycksfall i Sverige ungefär densamma hos barn och ungdomar med utländskt ursprung, som för dem som har svenskt ursprung. Mönstren ser dock olika ut för olika typer av olyckor. Utlandsfödda barn och ungdomar skadas i mindre utsträckning i moped- och bilolyckor före 18 års ålder. De vårdas också betydligt mer sällan på sjukhus på grund av skador som brukar uppstå vid vistelser i naturen och i fritidshus, som t.ex. ormbett, skador i samband med båtfärder och förgiftningsolyckor med medel som används vid trädgårdsskötsel och jordbruk. Detta speglar skillnader i sociala uppväxtvillkor: en materiell brist kan ibland vara en skyddande faktor i dessa sammanhang. Brännskador som orsakas av hett vatten är dock vanligare hos barn med utomeuropeiskt ursprung under 3 års ålder [68]. Också druckningsolyckor i samband med utomhusbad har rapporterats vara vanligare hos skolbarn med utländskt ursprung. Det beror troligen på en lägre nivå av simkunnighet.

När svenskarna är avvikande

Ibland kan skillnader i hälsa mellan sverigefödda och utlandsfödda förklaras av ett framgångsrikt svenskt folkhälsoarbete. Sverige har varit ledande i världen när det gäller vissa typer av folkhälsoinsatser. Det gäller särskilt inom områden som barnolycksfall, karies och barnaga. Inom dessa områden har det svenska folkhälsoarbetet t.ex. inneburit att propagera för tandborstning och lördagsgodis, simkunnighet och bilbarnstolar. Sverige var också först i världen med att införa en lag mot barnaga, 1979. Nykomlingar i det svenska samhället delar av naturliga skäl inte denna kol-

lektiva erfarenhet och det är därför inte förvånande att barn med utländsk bakgrund oavsett föräldrarnas ursprung mer sällan kan simma, oftare har karies, oftare färdas i bil utan bilbarnstol och oftare får utstå aga [68].

Folkhälsoinsatser

Att rikta folkhälsoinsatser särskilt till utlandsfödda, eller grupper av utlandsfödda med en specifik bakgrund, medför en betydande risk för stigmatisering och en förstärkt känsla av diskriminering. Därför bör sådana insatser vara väl vetenskapligt underbyggda och dessutom vara efterfrågade i den aktuella minoritetsgruppen. Insatser mot infektionssjukdomar som tuberkulos, hepatit B och hiv är exempel på åtgärder som uppfyller dessa kriterier [69].

Få människor i det svenska samhället är så beroende av svensk lag och svenska myndigheter som asylsökande. Sverige är ett av de länder i Europa som begränsar rätten till vård för människor utan uppehållstillstånd [70]. Det är troligt att dessa regler framför allt påverkat folkhälsan för asylsökande och papperslösa som inte får behandling för sina sjukdomar och hjälp med sina funktionshinder. Det påverkar dock även resten av befolkningens hälsa, genom att smittsamma sjukdomar hos människor med begränsade rättigheter till sjukvård identifieras sent i sjukdomsförloppet och därigenom lättare sprids.

Asylsökande vuxna och barn har många psykiatriska och psykosomatiska symtom. Att erbjuda meningsfulla aktiviteter och socialt stöd för asylsökande kan i viss mån förebygga dessa [71]. För barn innebär meningsfull aktivitet förskola och skola, medan den för vuxna utöver utbildning även innefattar möjligheter att förvärvsarbete.

Alla nyinvandrade flyktingar erbjuds ett in-

troduktionsprogram i den kommun där de bostätt sig. Programmet syftar i första hand till att introducera flyktingen på arbetsmarknaden, men innehåller också allmän information om det svenska samhället och språkutbildning i svenska. Introduktionen är också en användbar plattform för folkhälsoarbete – flyktingarna kan t.ex. få information om de framgångsrika svenska folkhälsoprogrammen för bland annat karies, olycksfall och aga. En annan metod som prövats i detta sammanhang är sekundärpreventiva metoder för att identifiera flyktingar med svår psykiatrisk problematik [72].

Analys av hälsoutvecklingen, som underlag för prioriteringar och utvärdering av tidigare genomförda insatser, är ett viktigt stöd för ett framgångsrikt folkhälsoarbete på nationell nivå. I dagsläget är Socialstyrelsens möjligheter att följa hälsoutvecklingen hos befolkningen med utländskt ursprung eller bakgrund sämre än för befolkningen i övrigt. Återkommande intervjuundersökningar, som ULF- och LNU-undersökningarna, innehåller alltför få intervjupersoner med utländskt ursprung för att kunna fånga heterogeniteten i denna del av den svenska befolkningen. Därför genomförde Socialstyrelsen år 1996 en särskild intervjuundersökning i fyra olika invandrargrupper [60]. Om det genomfördes liknande undersökningar regelbundet skulle det finnas ett bättre beslutsunderlag för folkhälsoinsatser för befolkningen med utländskt ursprung.

Social utsatthet och diskriminering är de främsta orsakerna till ohälsa hos befolkningen med utländsk bakgrund i Sverige. Att motverka dessa processer är en viktig del av folkhälsoarbetet för denna del av befolkningen.

Referenser

1. Nilsson Å. *Efterkrigstidens invandring och utvandring*. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2004. Demografiska rapporter 2004:5.
2. Global Commission on International Migration (GCIM). *Migration in an interconnected world: New directions for action* 2005. Report of the Global Commission on International Migration.
3. Socialstyrelsen. Självrapporterad hälsa hos personer med utländsk bakgrund – underlag till samlad redovisning av integrationspolitikens resultat. Stockholm: 2007.
4. Vogel J, Hjerm M, Johansson S-E. *Integration till svensk välfärd? Om invandrares välfärd på 90-talet*. Stockholm: Statistiska centralbyrån, Arbetslivsinstitutet; 2002. Levnadsförhållanden. Rapport nr 96.
5. Wamala S, Boström G, Nyqvist K. Perceived discrimination and psychological distress in Sweden. *British Journal of Psychiatry*. 2007 Jan;190:75–6.
6. Weitoft GR, Gullberg A, Hjern A, Rosen M. Mortality statistics in immigrant research: method for adjusting underestimation of mortality. *International Journal of Epidemiology*. 1999 Aug;28(4):756–63.
7. Östberg V, Alfvén G, Hjern A. Living conditions and psychosomatic complaints in Swedish school-children. *Acta Paediatrica*. 2006 Aug;95(8):929–34.
8. Hjern A, Allebeck P. Suicide in first- and second-generation immigrants in Sweden: a comparative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2002 Sep;37(9):423–9.
9. Hjern A, Wicks S, Dalman C. Social adversity contributes to high morbidity in psychoses in immigrants – a national cohort study in two generations of Swedish residents. *Psychological medicine*. 2004 Aug;34(6):1025–33.
10. Hjern A, Lindblad F, Vinnerljung B. Suicide, psychiatric illness, and social maladjustment in intercountry adoptees in Sweden: a cohort study. *Lancet*. 2002 Aug 10;360(9331):443–8.
11. Carlberg M, Nordin Jareno K, red. *Internationellt adopterade i Sverige: vad säger forskningen? En antologi*. Stockholm: Gothia; 2007. Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS).
12. Huang J, Sridhar S, Chen Y, Hunt R. Meta-analysis of the relationship between *Helicobacter pylori* seropositivity and gastric cancer. *Gastroenterology*. 1998;114:1169–79.
13. Granström M, Tindberg Y, Blennow M. Seroepidemiology of *Helicobacter pylori* infection in a cohort of children monitored from 6 months to 11 years of age. *Journal of Clinical Microbiology*. 1997 Feb;35(2):468–70.
14. Statens folkhälsoinstitut. Födelselandets betydelse – en rapport om hälsan hos olika invandrargrupper i Sverige 2002. Rapport 2002:29.
15. Tindberg Y, Bengtsson C, Granath F, Blennow M, Nyren O, Granström M. *Helicobacter pylori* infection in Swedish school children: lack of evidence of child-to-child transmission outside the family. *Gastroenterology*. 2001 Aug;121(2):310–6.
16. Hjern F, Johansson C, Mellgren A, Baxter NN, Hjern A. Diverticular disease and migration – the influence of acculturation to a Western lifestyle on diverticular disease. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*. 2006 Mar 15;23(6):797–805.
17. Barnhälsovården i Stockholms läns landsting. *Årsrapport 2006*. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2007.
18. Johansson A. *Passive smoking in children. The importance of parent's smoking and use of protective measures* [doktorsavhandling]. Linköping: University of Linköping, Department of Molecular and Clinical Medicine, Division of Pediatrics; 2004.

19. Wallby T, Hjern A. Infants' exposures to environmental tobacco smoke. Differences in smoking habits among mothers and fathers with divergent ethnic background. *Acta Pædiatrica*. in press. 2008; 97(11):1542–45.
20. Hjern A, Allebeck P. Alcohol-related disorders in first- and second-generation immigrants in Sweden: a national cohort study. *Addiction*. 2004 Feb;99(2):229–36.
21. Hjern A, Hagquist C. Drog, alkohol och tobaksvanor hos skolbarn med utländskt ursprung – en analys av Ung 2005. Manuskript; 2008.
22. Wallin E, Berg L, Ainetdin T, B.J.A. H, Tillgren P. *Hälsovanor hos skolbarn i Stockholms län 1996*. Sundbyberg: Stockholms läns landsting, Samhällsmedicinska divisionen, Socialmedicin Kronan; 1997. Teknisk rapport. SLL Grön Rapport 293.
23. Socialstyrelsen och CEIFO. *Mångfald, integration, rasism och andra ord*. Stockholm: 1999. SOS-Rapport 1999:6.
24. Kagan A, Harris B, Winkelstein WJ, Johnson K, Kato H, Syme S, et al. Epidemiologic studies of coronary heart disease and stroke in Japanese men living in Japan, Hawaii and California: demographic, physical, dietary and biochemical characteristics. *Journal of Chronic Diseases*. 1974;27:345–64.
25. Hjern A, Kocturk-Runefors T, Jeppson O, Tegelman R, Hojer B, Adlercreutz H. Health and nutrition in newly resettled refugee children from Chile and the Middle East. *Acta Pædiatrica Scandinavica*. 1991 Aug–Sep;80(8–9):859–67.
26. Karvonen M, Viik-Kajander M, Moltchanova E, Libman I, LaPorte R, Tuomilehto J. Incidence of childhood type 1 diabetes worldwide. Diabetes Mondiale (DiaMond) Project Group. *Diabetes Care*. 2000 Oct;23(10):1516–26.
27. Hjern A, Söderström U. Parental country of birth is a major determinant of childhood type 1 diabetes in Sweden. *Pediatric diabetes*. 2008 Feb;9(1):35–9.
28. Hjern A, Haglund B, Hedlin G. Ethnicity, childhood environment and atopic disorder. *Clinical and Experimental Allergy*. 2000 Apr;30(4):521–8.
29. Sundquist J, Bayard-Burfield L, Johansson LM, Johansson SE. Impact of ethnicity, violence and acculturation on displaced migrants: psychological distress and psychosomatic complaints among refugees in Sweden. *The Journal of nervous and mental disease*. 2000 Jun;188(6):357–65.
30. Socialstyrelsen. *Tortyr – en kunskapsöversikt*. Stockholm: 1988. Rapport 1988:40.
31. Fazel M, Wheller J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*. 2005;365:1309–14.
32. Hjern A, Angel B. Organized violence and mental health of refugee children in exile: a six-year follow-up. *Acta Pædiatrica*. 2000 Jun;89(6):722–7.
33. Steel Z, Silove D, Phan T, Bauman A. Long-term effect of psychological trauma on the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia: a population-based study. *Lancet*. 2002 Oct 5;360(9339):1056–62.
34. Sack W, Him C, Dickason D. Twelve-year follow-up study of Khmer youths who suffered massive war trauma as children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1999;38:1173–9.
35. Sack WH, Clarke G, Him C, Dickason D, Goff B, Lanham K, et al. A 6-year follow-up study of Cambodian refugee adolescents traumatized as children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1993 Mar;32(2):431–7.
36. Socialstyrelsen. *Hälso- och sjukvård för asylsökande och flyktingar*. Stockholm: 1995. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1995:4.

37. Hjern A, Allebeck P. Health examinations and health services for asylum seekers in Sweden. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 1997 Sep;25(3):207–9.
38. Laban CJ, Gernaat HB, Komproe IH, Schreuders BA, De Jong JT. Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *The Journal of nervous and mental disease*. 2004 Dec;192(12):843–51.
39. Laban CJ, Gernaat HB, Komproe IH, van der Tweel I, De Jong JT. Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *The Journal of nervous and mental disease*. 2005 Dec;193(12):825–32.
40. Sinnerbrink I, Silove DM, Manicavasagar VL, Steel Z, Field A. Asylum seekers: general health status and problems with access to health care. *Medical Journal of Australia*. 1996 Dec 2–16;165(11–12):634–7.
41. Staehr MA, Munk-Andersen E. Selvmord og selvmordsadfærd blandt asylansøgere i Danmark i perioden 2001–2003. En retrospektiv undersøgelse. *Ugeskrift for Læger*. 2006 Apr 24;168(17):1650–3.
42. Silove D, Sinnerbrink I, Field A, Manicavasagar V, Steel Z. Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *British Journal of Psychiatry*. 1997 Apr;170:351–7.
43. Roth G, Ekblad S. A longitudinal perspective on depression and sense of coherence in a sample of mass-evacuated adults from Kosovo. *The Journal of nervous and mental disease*. 2006 May;194(5):378–81.
44. Steel Z, Silove D, Brooks R, Momartin S, Alzuhairi B, Susljik I. Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *British Journal of Psychiatry*. 2006 Jan;188:58–64.
45. Hjern A, Angel B, Jeppson O. Political violence, family stress and mental health of refugee children in exile. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 1998 Mar;26(1):18–25.
46. Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm: 2005.
47. Socialstyrelsen. Redovisning av regeringsuppdrag om barn med uppgivenhetssymtom. Stockholm: 2005.
48. Ascher H, Gustavsson T. Klargörande konferens om barn med uppgivenhetssymtom. *Läkartidningen*. 2008 Jan 9–15;105(1–2):31–3.
49. Hauff E, Vaglum P. Organised violence and the stress of exile. Predictors of mental health in a community cohort of Vietnamese refugees three years after resettlement. *British Journal of Psychiatry*. 1995 Mar;166(3):360–7.
50. Schweitzer R, Melville F, Steel Z, Lacherez P. Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2006;40:179–87.
51. Westermeyer J, Neider J, Callies A. Psychosocial adjustment of Hmong refugees during their first decade in the United States. A longitudinal study. *The Journal of nervous and mental disease*. 1989 Mar;177(3):132–9.
52. Socialstyrelsen. *Social Rapport 2006*. Stockholm: 2006.
53. Picum. *Book of solidarity. Providing assistance to undocumented migrants in Sweden, Denmark and Austria*. London: Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (Picum); 2005. Volume/03.
54. Malmberg M. Förstudie – Migranter utan legal status. Är detta en målgrupp som bör inkluderas och kan inkluderas i Röda Korsets verksamhet? Stockholm: Svenska Röda Korset; 2004.

55. Ascher H, Bjorkman A, Bodegard G, Gustafsson LH, Hjern A, Jeppsson O, et al. Hälso- och sjukvård för asylsökande: Nytt lagförslag strider mot mänskliga rättigheter och läkarets regler. *Läkartidningen*. 2005 Sep 19-25;102(38):2676, 9.
56. Läkare utan gränser. Gömda i Sverige. Utestängda från hälso- och sjukvård. Resultat från en studie av Läkare Utan Gränser. Stockholm: 2005.
57. Groplo G, Ahlberg B, red. *Hälsa, sjukvård och strukturell diskriminering*. Stockholm: Fritzes; 2006. Integrations- och jämställdhetsdepartementet. Rapport av Utredningen om makt, integration och strukturell diskriminering. SOU 2006:78.
58. Andersson R. Etnisk och socioekonomisk segregation i Sverige 1990–1998. I: Fritzell J, red. *Välfärdens förutsättningar*. Stockholm: Fritzes; 2000. s. 223–66. Forskarvolym från Kommittén Välfärdsbokslut. SOU 2000:37.
59. Krantz G. Bilaga 2. I: Frykman J, red. *Särbehandlad och kränkt – en rapport om sambanden mellan diskriminering och hälsa*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitutet; 2006. s. 63–70. R 2005:49.
60. Socialstyrelsen. Olika villkor – olika hälsa. En studie bland invandrare från Chile, Iran, Polen och Turkiet. Stockholm: 2000. Invandras levnadsvillkor 4. SoS-rapport 2000:3.
61. Taloyan M, Johansson LM, Johansson SE, Sundquist J, Kocturk TO. Poor self-reported health and sleeping difficulties among Kurdish immigrant men in Sweden. *Transcultural Psychiatry*. 2006 Sep;43(3):445–61.
62. Paradies Y. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *International Journal of Epidemiology*. 2006 Aug;35(4):888–901.
63. Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *The American journal of psychiatry*. 2005 Jan;162(1):12–24.
64. Janssen I, Hanssen M, Bak M, Bijl RV, de Graaf R, Vollebergh W, et al. Discrimination and delusional ideation. *British Journal of Psychiatry*. 2003 Jan;182:71–6.
65. Karlsen S, Nazroo JY, McKenzie K, Bhui K, Weich S. Racism, psychosis and common mental disorder among ethnic minority groups in England. *Psychological medicine*. 2005 Dec;35(12):1795–803.
66. Jablonska B, Lindberg L, Lindblad F, Hjern A. Ethnicity, socio-economic status and self-harm in Swedish youth: a national cohort study. *Psychological medicine*. e-publ, 2008 Mar.
67. Hjern A, Bremberg S. Social aetiology of violent deaths in Swedish children and youth. *Journal of epidemiology and community health*. 2002 Sep;56(9):688–92.
68. Hjern A. *Migration till segregation: en folkhälso-rapport om barn med utländskt ursprung i Stockholm*. Huddinge: Centrum för barn- & ungdomshälsa, Stockholms läns landsting; 1998.
69. Sangfelt P, Reichard O, Lidman K, von Sydow M, Forsgren M. Prevention of Hepatitis B by Immunization of the Newborn Infant – a Long-term Follow-up Study in Stockholm, Sweden. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*. 1995;27(1):3–7.
70. Norredam M, Mygind A, Krasnik A. Access to health care for asylum seekers in the European Union – a comparative study of country policies. *European Journal of Public Health*. 2006;16(3):285–9.
71. Hjern A, Jeppsson O. Mental health care for refugee children in exile. I: Ingleby D, red. *Forced Migration and Mental Health: Rethinking the Care of Refugees and Displaced Persons*. New York: Springer; 2005. s. 115–28. International and Cultural Psychology Series.
72. Ekblad S, (red). Tema: Hälsofrämjande introduktion av flyktingar och andra invandrare – teori, FoU och implikationer. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2003(1):8–81.