Hur mår Sveriges nationella minoriteter?

Kartläggning av hälsosituationen bland de nationella minoriteterna samt förslag till förebyggande och hälsofrämjande åtgärder

Statens folkhälsoinstitut

www.fhi.se

© STATENS FOLKHÄLSOINSTITUT
REDAKTÖR ISIS NYAMPAME

Innehållsförteckning

FÖRORD **7**

SAMMANFATTNING **8**

Finlandsföddas hälsosituation *9*

Hälsosituationen för boende i Tornedalen *9*

Den judiska minoritetens hälsosituation *10*

Romernas hälsosituation *10*

Samernas hälsosituation *11*

Förslag till åtgärder *11*

1. Inrätta regionala kunskapscentra för nationella minoriteters hälsa *12*

2. Utbilda hälsokommunikatörer inom samtliga minoriteter *12*

3. Utbilda myndighetspersonal om de nationella minoriteternas hälsa, levnadsvanor, livsvillkor och kultur *12*

4. Utred möjligheterna till kontinuerlig uppföljning av de nationella minoriteternas hälsosituation *12*

5. Beakta barn och ungdom samt äldre tillhörande de nationella minoriteterna i den ordinarie verksamheten *13*

6. Tillsätt en utredning om tvärsektoriellt arbete med nationella minoritetsfrågor *13*

Avslutande ord *13*

DEL A **14**

HUR MÅR SVERIGES NATIONELLA MINORITETER? **14**

Delredovisning I av regeringsuppdraget att kartlägga de nationella minoriteternas hälsosituation *14*

UPPDRAGET **15**

Syfte och frågeställningar *15*

De nationella minoriteterna *15*

Antalet personer som ingår i minoriteterna *16*

Rapportens upplägg *17*

PROJEKTETS ARBETSSÄTT OCH METODER **18**

Planeringsfasen *18*

Genomgång och sammanställning av tidigare kunskap *19*

Datainsamling och analys *19*
Enkät till finlandsfödda, boende i Tornedalen, och till svarande tillhörande den judiska minoriteten *20*
Samernas hälsosituation – nyttjande av tidigare kartläggningar *21*
Kvalitativa intervjuer kring romernas hälsosituation *21*

Studiens begränsningar *22*

TIDIGARE KUNSKAP OM HÄLSOSITUATIONEN BLAND NATIONELLA MINORITETER **23**

RESULTAT **29**

Hälsosituationen bland finlandsfödda, boende i Tornedalen samt svarande från den judiska minoriteten *29*
Beskrivning av materialet *30*
Definition av redovisade variabler *32*
Hälsa, levnadsvanor och livsvillkor *33*
Hälsa *34*
Levnadsvanor *39*
Livsvillkor *40*
Speciella frågor riktade till den judiska minoriteten *44*

Hälsosituationen bland romer *48*
Romernas syn på romers hälsa - Bakgrund *48*
Syfte och studiedesign *49*
Metod *50*
Resultat *53*
Diskussion *60*

Hälsosituationen bland samer *64*
Samernas hälsosituation i Sverige – sammanfattning ur en kunskapsöversikt *64*
Dödsorsaker *64*
Folksjukdomar *64*
Hälsofaktorer kopplade till livsstil och beteende *65*
Arbetsmiljö och hälsa i rennäringen *66*
Åtgärdsförslag *67*
Svenska samers psykiska hälsa – en sammanfattning *68*

DISKUSSION **71**

Förslag till fortsatt arbete *72*

BILAGA 1 ..... **73**

Hearing angående regeringens uppdrag att kartlägga de nationella minoriteternas hälsosituation *73*

BILAGA 2 81

Tillvägagångssätt och aktiviteter i projektet augusti 2008 till och med 2009 81

BILAGA 3 89

Synpunkter på kartläggningen från de nationella minoriteterna 89

DEL B 107

VAD KAN GÖRAS FÖR ATT FÖRBÄTTRA HÄLSOSITUATIONEN BLAND NATIONELLA MINORITETER? FÖRSLAG TILL ÅTGÄRDER 107

Delredovisning II av regeringsuppdraget att kartlägga de nationella minoriteternas hälsosituation samt ge förslag till förebyggande och hälsofrämjande insatser 107

INLEDNING 108

Vad görs av andra aktörer nationellt, regionalt och lokalt som är av relevans för detta regeringsuppdrag och förslagen till åtgärder? 108

Relevanta insatser för folkhälsoarbetet på myndighetsnivå 108

Relevanta folkhälsoinsatser på lokal och regional nivå 111

Samer 111
Sverigefinnar 111
Romer 111
Judar 112
Tornedalingar 113

FÖRSLAG TILL ÅTGÄRDER 114

1. Inrätta regionala kunskapscentra för nationella minoriteters hälsa 114
2. Utbilda hälsokommunikatörer inom samtliga minoriteter 115
3. Utbilda myndighetspersonal om de nationella minoriteternas hälsa, levnadsvanor, livsvillkor och kultur 116
4. Utred möjligheterna till kontinuerlig uppföljning av de nationella minoriteternas hälsosituation 117
5. Beakta barn och ungdom samt äldre tillhörande de nationella minoriteterna i den ordinarie verksamheten 118
6. Tillsätt en utredning om tvärsektoriellt arbete med nationella minoritetsfrågor 118

REFERENSER 120

BILAGA 1 127

Dokumentation från hearing 10-11feb 2010 127

Hur mår Sveriges nationella minoriteter? 127

BILAGA 2 FÖRSLAG TILL ÅTGÄRDER I TABELLFORM 146

BILAGA 3 149

Förslag till åtgärder från de nationella minoriteternas organisationer 149

BILAGA 4 159

Synpunkter på förslag till åtgärder från de nationella minoriteterna 159

Förord

Denna rapport utgör en redovisning av ett regeringsuppdrag kring de nationella minoriteternas hälsosituation i relation till majoritetsbefolkningen. Rapporten består av två delar; en A-del som beskriver regeringsuppdraget i sin helhet, en teoretisk referensram samt fördjupade kvantitativa och kvalitativa resultat som beskriver hälsa, livsvillkor och levnadsvanor bland de fem nationella minoriteterna. Därutöver ingår tre bilagor. Den första bilagan behandlar synpunkter på uppdraget från representanter för de berörda minoriteterna vid en hearing som hölls i ett inledande skede av uppdraget. Den andra bilagan beskriver de aktiviteter som har bedrivits under projektets gång. En tredje bilaga inkluderar de synpunkter på kartläggningen som framförts av de nationella minoriteternas respektive organisationer.

I rapportens B-del redovisas genomförda och pågående aktiviteter, projekt och insatser av relevans för folkhälsoområdet och för detta uppdrag. Därefter presenteras förslag på förebyggande och hälsofrämjande åtgärder med syfte att förbättra de nationella minoriteternas hälsosituation. I B-delen ingår fyra bilagor: en dokumentation från en hearing som hölls i ett avslutande skede av uppdraget; de förslag till åtgärder som lämnas i denna rapport, i tabellform; de förslag till åtgärder som lämnats in från de nationella minoriteternas organisationer, samt till sist synpunkter på rapporten från de nationella minoriteternas organisationer.

I referensgruppen har följande personer ingått:

Ulla Baruk Suna, f.d kanslichef vid Sametinget
Anders Blom, förbundsdirektör Svenska Samernas Riksförbund (SSR)
Per Sjölander, professor vid Södra Lapplands forskningsenhet
Lars Jacobsson, professor vid Umeå Universitet
Peter Sköld, professor vid Centrum för samisk forskning
Anders Hjern, professor vid Socialstyrelsen
Gunno Gunnmo, biträdande ordförande Delegationen för romska frågor
Helena Kivisaari, representant för Sverigefinska Riksförbundet (SFRF) och Sverigefinländarnas delegation
Simone Nadbornik, representant för Judiska Centralrådet
Maja Mella, verksamhetsledare för Svenska Tornedalingars Riksförbund (STR-T)
Maria Emmelin, docent vid Umeå universitet
Kaisa Syrjärnen Schaal, departementssekreterare vid Integrations– och jämställdhets-departementet

I arbetsgruppen har följande utredare vid Statens folkhälsoinstitut ingått: Mikael Eivergård, Ann- Sofie Karlsson, Stig Vinberg, Cecilia Wadman samt konsulten Gunnel Boström, som tillsammans med Ann-Sofie Karlsson har gjort analysen av hälsosituationen bland judar, sverigefinnar och tornedalingar. Isis Nyampame har varit projektansvarig.

Som stöd till projektet har från Statens Folkhälsoinstitut stabschefen Jan Cedervärn samt utredarna Karin Melinder, Stig Vinberg, Chatrine Höckertin samt Mikael Nordberg med-verkat. Bibliotekarien Agneta Brolund har bidragit med arbete kring kunskaps-sammanställningen.

Sarah Wamala
Generaldirektör

Sammanfattning

Föreliggande rapport utgör slutredovisning av regeringsuppdraget att kartlägga hälsosituationen bland de nationella minoriteterna sverigefinnar, tornedalingar, judar, romer och samer. I rapportens första del redovisas tidigare kunskap om de nationella minoriteternas hälsosituation samt arbetssätt, metoder och resultat från den genomförda kartläggningen. I rapportens andra del redovisas vad som genomförts/genomförs av olika aktörer när det gäller folkhälsorelaterade aktiviteter och insatser samt förslag på framtida förebyggande och hälsofrämjande åtgärder.

Arbetet med att kartlägga de nationella minoriteternas hälsosituation har genomförts i fyra faser; planering, genomgång och sammanställning av tidigare kunskap om hälsosituationen bland nationella minoriteter, datainsamling samt analys av resultat. Under *planeringsfasen* etablerades kontakter med företrädare för de fem minoriteterna, Socialstyrelsen, Delegationen för romska frågor och forskningsmiljöer med erfarenhet av de nationella minoriteternas situation (Södra Lapplands forskningsenhet, psykiatriska enheten och Centrum för samisk forskning vid Umeå universitet). Vid en första hearing angående regeringsuppdraget diskuterades uppdragets genomförande med representanter för de nationella minoriteterna. Av hearingen framkom att hälsa är en viktig fråga för alla minoriteter, men också kritik mot uppdragets utformning avseende använda undersökningsmetoder, tidplan och misstänksamhet mot registrering av personuppgifter.

En *kunskapssammanställning* har genomförts kring hälsosituationen bland de fem nationella minoriteterna. Sammanställningen fokuserar på huvudfynd kring tre hälsorelaterade teman – hälsa, levnadsvanor och livsvillkor – av relevans för kartläggningsarbetet. Av sammanställningen framgår att det finns en bristande kunskap hos majoritetsbefolkningen och myndigheterna om de nationella minoriteterna, deras kultur, rättigheter och minoriteternas hälsosituation. Det framgår också att det finns utmaningar för folkhälsoarbetet bland nationella minoriteter, riktade mot diskriminering, utanförskap, arbetslöshet – särskilt bland romer – samt brist på kunskap om nationella minoriteters hälsosituation och kultur hos såväl hälso- och sjukvårdspersonal som hos majoritetsbefolkningen. Av kunskapsöversikten framgår flera hälsoproblem bland minoriteterna, men också att de har olika behov av hälsoförbättrande insatser på olika nivåer i samhället. Ett resultat är också att det finns brist på data kring hälsa, levnadsvanor och livsvillkor bland individer och grupper som tillhör de nationella minoriteterna, vilket försvårar möjligheterna att vidta lämpliga åtgärder.

Den genomförda kartläggningen av hälsosituationen bland finlandsfödda, boende i Tornedalen och den judiska minoriteten baserades på den nationella folkhälsoenkäten, som genomförs årligen av Statens folkhälsoinstitut. För de finlandsfödda, de boende i Tornedalen och för majoritetsbefolkningen har nationella folkhälsoenkäten från åren 2004 samt 2006-2009 använts. För dessa fem år har data slagits samman till ett gemensamt dataset, i syfte att skapa ett tillräckligt stort material. Även för den judiska minoriteten har den nationella folkhälsoenkäten använts, och det i en separat datainsamling under 2009. Till denna lades också till ett antal frågor för att fånga särskilda förhållanden av relevans för den judiska minoriteten. Hälsosituationen bland romer har kartlagts med hjälp av kvalitativa intervjuer och fokusgruppsdiskussioner omfattande totalt 32 enskilda

intervjuer och 32 intervjuer i fokusgrupper. Dessutom genomfördes tio intervjuer med romska aktivister.

Finlandsföddas hälsosituation

När det gäller självskattad hälsa uppgav finlandsfödda kvinnor och män i mindre utsträckning att de hade en bra hälsa jämfört både med hela befolkningen men också i relation till relevant referensgrupp (boende, ej finlandsfödda, i finska förvaltningskommuner). Finlandsfödda män uppgav att de hade en mindre andel dagar med god kroppslig hälsa jämfört med befolkningen i stort. Finlandsfödda män uppgav också att de hade färre dagar med god psykisk hälsa jämfört med hela befolkningen. För de två sistnämna utfallen fanns inga signifikanta skillnader i relation till referensgruppen. Både män och kvinnor uppvisade högre andel med långvarig sjukdom och svår värk jämfört med hela befolkningen, och finlandsfödda män angav också i större utsträckning att de hade högt blodtryck jämfört med hela befolkningen. En mindre andel finlandsfödda kvinnor uppgav att de under de senaste tre månaderna besökt sjukvården jämfört med hela befolkningen. De uppgav vidare att de avstått från läkar- och tandläkarbesök i större utsträckning än hela befolkningen. En högre andel finlandsfödda män angav att de hade nedsatt psykiskt välbefinnande, medan situationen var den omvända för kvinnor. Finlandsfödda kvinnor uppgav i mindre utsträckning att de hade sömnsvårigheter och led av stress jämfört med befolkningen i stort. En högre andel män, men en lägre andel kvinnor, uppgav att de var stillasittande på fritiden jämfört med hela befolkningen. En högre andel kvinnor röker jämfört med befolkningen i stort. En högre andel män upplevde sig ekonomiskt utsatta jämfört med hela befolkningen, men däremot upplevde både män och kvinnor att de i mindre utsträckning kände sig otrygga och utsatta för hot och våld jämfört med befolkningen i stort. Både män och kvinnor upplevde lågt socialt deltagande jämfört med hela befolkningen. När det gäller förtroende för offentliga institutioner upplevde både män och kvinnor ett lågt förtroende för sjukvården, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan i större utsträckning än hela befolkningen.

Hälsosituationen för boende i Tornedalen

När det gäller centrala hälsoutfall så var det endast för psykisk hälsa bland män som det uppvisades signifikant skillnad gentemot hela befolkningen, där boende män i Tornedalen i större utsträckning uppgav fler dagar med en god psykisk hälsa. För självskattad hälsa och kroppslig hälsa noterades inga signifikanta skillnader gentemot hela befolkningen. Kvinnor uppvisade högre andel med långvarig sjukdom och svår värk jämfört med hela befolkningen, och män angav också i större utsträckning att de hade högt blodtryck jämfört med hela befolkningen. En mindre andel män och en högre andel kvinnor uppgav att de under de senaste tre månaderna besökt sjukvården jämfört med hela befolkningen. Såväl män som kvinnor uppgav i större utsträckning att de hade dålig tandhälsa jämfört med hela befolkningen. En högre andel kvinnor angav att de hade nedsatt psykiskt välbefinnande. Däremot upplevde en lägre andel, både män och kvinnor, svår trötthet och stress jämfört med befolkningen i stort. En lägre andel kvinnor led av sömnsvårigheter jämfört med befolkningen i stort. En högre andel män uppgav att de var stillasittande på fritiden jämfört med hela befolkningen. En lägre andel av både män och kvinnor röker jämfört med befolkningen i stort, men en högre andel snusar bland både män och kvinnor

jämfört med hela befolkningen. En högre andel män upplevde sig ekonomiskt utsatta jämfört med hela befolkningen, men däremot upplevde både män och kvinnor att de i mindre utsträckning kände sig otrygga. En lägre andel män och en högre andel kvinnor upplevde sig utsatt för diskriminering. Både män och kvinnor upplevde lågt socialt deltagande jämfört med hela befolkningen. När det gäller förtroende för offentliga institutioner upplevde både män och kvinnor ett lägre förtroende för sjukvården, landstings- och kommunpolitiker jämfört med hela befolkningen, men ett högre förtroende för fackföreningar jämfört med befolkningen i stort.

Den judiska minoritetens hälsosituation

När det gäller självskattad hälsa uppgav både män och kvinnor i större utsträckning att de hade en bra hälsa och god psykisk hälsa jämfört både med hela befolkningen men också i relation till relevant referensgrupp (boende i storstadskommunerna Stockholm, Göteborg och Malmö). För kroppslig hälsa uppgav en större andel kvinnor fler dagar med god kroppslig hälsa jämfört med hela befolkningen. Både män och kvinnor uppvisade lägre andel med långvarig sjukdom jämfört med hela befolkningen, och en lägre andel kvinnor uppgav svår värk jämfört med hela befolkningen. En mindre andel uppgav att de avstått från läkar- och tandläkarbesök jämfört med hela befolkningen, och de uppgav en bättre tandhälsa jämfört med hela befolkningen. En lägre andel av männen uppgav att de hade nedsatt psykiskt välbefinnande. En lägre andel av både män och kvinnor uppgav att de röker och männen uppgav även i mindre utsträckning att de snusar dagligen. En mindre andel av både män och kvinnor upplevde sig ekonomiskt utsatta jämfört med hela befolkningen, och både män och kvinnor upplevde att de i mindre utsträckning kände sig otrygga jämfört med befolkningen i stort. Däremot upplevde en högre andel män att de blivit utsatta för diskriminering jämfört med hela befolkningen. Både män och kvinnor uppgav i mindre utsträckning ett lågt socialt deltagande jämfört med hela befolkningen. När det gäller förtroende för offentliga institutioner upplevde kvinnor ett högre förtroende för sjukvården, och både män och kvinnor upplevde ett högre förtroende för både kommun- och landstingspolitiker jämfört med hela befolkningen. I resultatdelen finns även en separat del som specifikt behandlar frågor riktade till den judiska minoriteten.

Romernas hälsosituation

Romernas hälsosituation påverkas starkt av deras livssituation, som kännetecknas av hög arbetslöshet, känsla av utanförskap, maktlöshet och diskriminering. Dessa faktorer bidrar till ett levnadssätt som exponerar dem för ökade risker för ohälsa. Romerna uppger att det förekommer en hög alkoholkonsumtion bland framförallt män och ungdomar. De ser också spelberoende, tablett- och drogmissbruk som ett ökande problem. Romska kvinnor upplever mycket stress, som förknippas med en hög arbetsbelastning i hemmet. Hjärt- och kärlsjukdomar, fysisk inaktivitet och en kosthållning med hög andel fett är vanligare förekommande bland romer än befolkningen i stort, enligt dem själva. En bristande kunskap om den romska kulturen bland hälso- och sjukvårdspersonal bidrar till misstro bland romerna, vilket de anser leder till att romer avvaktar innan de söker hjälp. I den kvalitativa delstudien sammanfattas resultaten i fem teman. Det första *”Hälsa som bristvara”* illustrerar hur romer uppfattar hälsa som ett idealtillstånd som de hade svårt att uppnå. Det andra temat, *”Gamla vanor ifrågasatta”* visar på de unga romernas ifrågasättande av gamla levnadsvanor medan det tredje temat *”Sjukdom som grupphot”*

kännetecknar den rädsla som romer känner att deras egen tradition och kulturella arv kan medföra. Det fjärde temat *”Brist på respekt hotar tilliten”* visar hur romer upplever att sjukvårdpersonalens bemötande kännetecknas av bristande kulturell kompetens medan det femte och sista temat *”Utan utbildning och arbete händer inget”* utgör en stark uppmaning till samhället att ge stöd och möjlighet för romer att själva medverka i förbättringar av sin utbildnings- och arbetssituation.

Samernas hälsosituation

Resultat från Södra Lapplands forskningsenhet visar att samernas hälsosituation inte skiljer sig från majoritetsbefolkningen i någon större utsträckning. Dock finns vissa specifika hälsoproblem som bör uppmärksammas. Renskötande samer löper ökad risk för dödsolyckor och självmord. Renskötande samiska män har en lägre risk jämfört med icke-samiska män att dö av cancer, hjärt-kärlsjukdomar samt mag-tarmsjukdomar.

Samiska kvinnor har en förhöjd risk för mag- och ovariecancer, medan samiska män har en överrisk för magsäckscancer. De icke renskötande samiska kvinnorna har en liten överdödlighet i hjärt-kärlsjukdomar. När det gäller livsstil har vanor kring kost, motion, alkohol och tobak samt exponering för psykosociala riskfaktorer undersökts hos en grupp samer i Västerbotten. Resultaten visar att samernas kostmönster kvarstår, med ett högt intag av proteiner och fett och en låg konsumtion av kolhydrater, även om skillnaderna jämfört med den övriga befolkningen har minskat över tid. Tobaks- och motionsvanorna tycks vara ungefär lika när man jämför svenska samer och andra svenskar, och när man jämför renskötande samer och andra samer. De renskötande samerna exponeras för hög olycksfallsrisk, belastningsrelaterade faktorer, vibrationer, höga krav, liten kontroll och låg grad av socialt stöd. En annan studie vid psykiatriska enheten vid Umeå universitet fokuserar på den psykiska hälsan bland vuxna renskötande samer samt både renskötande och icke renskötande ungdomar. Några resultat så här långt är att de samiska männen rapporterar högre värden för ångest och depression jämfört med en relevant referensgrupp. Variabeln arbetsrelaterad stress var signifikant associerad med ångest och depression i samegruppen. För alkoholvanor visade resultaten att samegruppen i stort inte avviker från referensgruppen, som utgjordes av ett urval av majoritetsbefolkningen i motsvarande ålder. Däremot fanns inomgruppsskillnader: i samegruppen fanns fler som inte dricker alkohol över huvudtaget, men också en grupp som dricker ”sällan, men mycket”, till skillnad från i referensgruppen, där det fanns fler som drack ”mycket och ofta”. De samiska kvinnorna rapporterade mindre bruk av alkohol jämfört med andra kvinnor. Förtroendet för primärvård och psykiatrisk vård var lägre bland samerna.

Förslag till åtgärder

I uppdragets andra fas anordnades en ytterligare hearing riktad till representanter för de nationella minoriteterna, företrädare för nationella myndigheter, forskare samt andra intressenter. Syftet med hearingen var att diskutera kartläggningsresultaten samt att diskutera och ta fram underlag kring förebyggande och hälsofrämjande åtgärder utifrån kartläggningsresultaten. Ett väsentligt resultat från hearingen var att ett flertal deltagare uttryckte behov av handlingsinriktade insatser inom flera områden.

När det gäller de insatser som för närvarande genomförs på nationell, regional och lokal nivå med relevans för minoriteternas hälsosituation finns flera pågående initiativ på

myndighetsnivå med koppling till minoritetspolitiken. På regional och lokal nivå finns också exempel på olika aktiviteter och projekt, initierade av minoriteternas egna organisationer samt kommuner och landsting.

De förslag till åtgärder som redovisas i denna rapport har tagits fram utifrån fyra kriterier: tidigare kunskap om minoriteternas hälsosituation, resultat från genomförd kartläggning, vad som görs på annat håll av relevans för folkhälsoområdet samt de förslag som framkommit från organisationerna själva.

1. Inrätta regionala kunskapscentra för nationella minoriteters hälsa

Statens folkhälsoinstitut föreslår att regionala kunskapscentra inrättas. Deras huvuduppgift bör vara att öka kunskapen om de nationella minoriteternas hälsosituation. Dessa centra bör också stödja landstingen i deras arbete med planering och genomförande kring hälsorelaterade frågor som rör nationella minoriteter. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) är en viktig aktör som bör engageras för att underlätta detta arbete. Nationella hälsomyndigheter kan också vara behjälpliga med expertis. En utredning bör dock tillsättas kring hur sådana regionala kunskapscentra kan utformas.

2. Utbilda hälsokommunikatörer inom samtliga minoriteter

Statens folkhälsoinstitut föreslår att det inrättas tjänster som hälsokommunikatörer. Dessa bör organisatoriskt tillhöra respektive landsting/region och kan vara placerade vid de regionala kunskapscentra enligt förslag 1 ovan. Statens folkhälsoinstitut kan bidra med utbildning av hälsokommunikatörer i samverkan med dels respektive landsting/region, dels berörda aktörer, samtliga nationella minoriteter inkluderade.

3. Utbilda myndighetspersonal om de nationella minoriteternas hälsa, levnadsvanor, livsvillkor och kultur

Statens folkhälsoinstitut föreslår att ett utbildningsmaterial som belyser de nationella minoriteternas kultur, historia, levnadsvanor och livsvillkor utarbetas. Ansvaret för att ta fram utbildningsmaterialet bör ligga hos de nationella myndigheter som omfattas av regeringsuppdraget att förstärka minoritetspolitiken. Dessa myndigheter bör även ansvara för genomförandet av utbildningsinsatser baserade på det framtagna materialet. Utbildningsinsatserna bör vara riktade till myndigheternas respektive lokala och regionala målgrupper (till exempel lärare och annan skolpersonal, socialsekreterare, polis). Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) är en viktig aktör som bör engageras i detta arbete. Förslagets genomförande kan med fördel ske i samverkan med regeringsuppdraget till Statens folkhälsoinstitut om våldsutsatta kvinnor i de nationella minoriteterna (VERK 2008/332).

4. Utred möjligheterna till kontinuerlig uppföljning av de nationella minoriteternas hälsosituation

Statens folkhälsoinstitut föreslår att en arbetsgrupp med representanter från samtliga nationella minoriteter och relevanta nationella myndigheter ges i uppdrag att ta fram lämpliga metoder för att hämta in data kring de nationella minoriteternas hälsosituation.

5. Beakta barn och ungdom samt äldre tillhörande de nationella minoriteterna i den ordinarie verksamheten

Statens folkhälsoinstitut föreslår att samtliga myndigheter som omfattas av regeringsuppdraget att förstärka minoritetspolitiken i sina ordinarie verksamheter särskilt beaktar frågor som rör barn och unga samt äldre tillhörande de nationella minoriteterna.

6. Tillsätt en utredning om tvärsektoriellt arbete med nationella minoritetsfrågor

Statens folkhälsoinstitut föreslår att en lämplig myndighet ges i uppdrag att utreda hur arbetet med nationella minoritetsfrågor bäst kan bedrivas. Mer specifikt bör utredningen dels undersöka möjligheterna till en samlad strategi för arbete med nationella minoritetsfrågor, dels utveckla en modell för arbete med nationella minoritetsfrågor tvärsektoriellt. Utredningen kan med fördel samordnas med den i förslag 1 ovan föreslagna utredningen.

Avslutande ord

För att främja hälsa och förebygga ohälsa bland de nationella minoriteterna krävs samlade åtgärder och samverkan mellan aktörer på flera nivåer i samhället. Minoritetspolitiken omfattar flera politikområden, bland annat folkhälsopolitiken, och det är därför väsentligt att nationella minoriteters hälsosituation beaktas i samtliga berörda politikområden. Statens folkhälsoinstitut vill betona att de nationella minoriteterna utgör en heterogen grupp med sinsemellan specifika hälsobehov. Detta förhållande bör beaktas vid utformning och genomförande av folkhälsoinsatser riktade till nationella minoriteter. För ett lyckat folkhälsoarbete är samverkan mellan nationella minoriteter och berörda aktörer centralt.

DEL A

Hur mår Sveriges nationella minoriteter?

Delredovisning I av regeringsuppdraget att kartlägga de nationella minoriteternas hälsosituation

Uppdraget

Statens folkhälsoinstitut fick i juni 2008 i uppdrag av regeringen att kartlägga hälsosituationen bland de nationella minoriteterna. Kartläggningen skulle genomföras med utgångspunkt i den årligen återkommande nationella folkhälsoenkäten (Hälsa på lika villkor). Inom ramen för regeringsuppdraget skulle Statens folkhälsoinstitut också i ett nästa steg lämna förslag på hur det förebyggande och hälsofrämjande folkhälsoarbetet bland de nationella minoriteterna ska kunna bedrivas. Uppdraget skulle genomföras i samråd med företrädare för de nationella minoriteterna, Socialstyrelsen och Delegationen för romska frågor (Beslut III:5 S2008/5748/FH). Uppdraget ska slutredovisas i mars 2010 med delrapportering i december 2009.

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna rapport är att beskriva hälsosituationen bland nationella minoriteter i relation till majoritetsbefolkningen i Sverige. Mer konkret avser vi besvara följande frågor:

- Hur ser situationen ut bland de nationella minoriteterna när det gäller deras livssituation, levnadsvanor och hälsa?
- I vilken omfattning skiljer sig de nationella minoriteternas livssituation, levnadsvanor och hälsa från majoritetsbefolkningens?

De nationella minoriteterna

År 2000 erkändes samer, tornedalingar, romer, judar och sverigefinnar som nationella minoriteter. Detta skedde genom att den svenska regeringen ratificerade Europarådets konvention för skydd av nationella minoriteter och minoritetsspråkskonventionen (SOU 1997:193; SOU 1997:192; prop. 1998/99:143, s. 10–28; prop. 2008/09:158, s. 28). I samband med detta infördes år 2000 en minoritetspolitik i Sverige med följande tre mål: att ge skydd för de nationella minoriteterna, att stärka de nationella minoriteternas möjligheter till inflytande samt att stödja de historiska minoritetsspråken så att de hålls levande.

I ramkonventionen finns ingen bestämmelse som tydligt definierar begreppet ”nationell minoritet”. I artikel 5 framgår endast att nationella minoriteter har en identitet som baseras på religion, språk, traditioner och kulturarv. Sverige har utarbetat fyra kriterier som ska uppfyllas för att en grupp ska betraktas som en nationell minoritet (proposition 1998/99:143).

- Grupp med uttalad samhörighet som till antalet i förhållande till resten av befolkningen har en icke dominerande ställning i samhället. Gruppbestämningen kan inte enbart göras efter gruppens numerära antal utan här måste också vägas in och belysas gruppens struktur och sammanhållning.

- Religiös, språklig, traditionell och/eller kulturell tillhörighet. Endast ett av de uppräknade särdragen måste föreligga men de särdrag som gruppen uppvisar måste i något väsentligt avseende skilja den från majoriteten.

- Självidentifikation. Den enskilde såväl som gruppen ska ha en vilja och strävan att behålla sin identitet.

- Historiska eller långvariga band med Sverige. Regeringen anser inte att det är möjligt att dra någon absolut gräns i år mätt. Regeringens bedömning är att endast minoritetsgrupper vars minoritetskultur har funnits i Sverige före sekelskiftet uppfyller kravet på historiska eller långvariga band.

Ratificeringen av de ovan nämnda konventionerna innebär rättsliga förbindelser för regeringen som innebär ett åtagande att värna om de nationella minoriteternas rättigheter. Således är Sverige skyldig att avrapportera till Europarådet om vilka åtgärder som har vidtagits för att fullfölja ramkonventionernas bestämmelser. Ramkonventionerna är en del av de mänskliga rättigheterna.

Rätten till hälsa är en av de mänskliga rättigheter som värnas inom den svenska minoritetspolitiken. Minoritetspolitiken genomförs tvärsektoriellt och berör andra politiska områden, bland annat folkhälsopolitiken. Det övergripande folkhälsomålet är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Detta innebär att hälsa i vid mening ska främjas och upprätthållas medan sjukdomar och skador ska förebyggas med hänsyn till de utsatta grupperna i samhället.

I mars 2009 presenterade regeringen en ny minoritetspolitisk strategi i propositionen *Från erkännande till egenmakt* (prop. 2008/2009:158). Strategin innehåller åtgärder för att säkerställa en bättre efterlevnad av Europarådets minoritetspolitik, följa upp minoritetspolitiken mer effektivt, motverka diskriminering och utsatthet av nationella minoriteter, främja egenmakt och inflytande samt främja och bevara de nationella minoritetsspråken.

Nationella minoriteter har bott i Sverige i många år, och deras kultur är en del av det svenska kulturarvet. De nationella minoriteterna har även aktivt värnat om den egna gruppens kultur och språk (prop. 1998/99:143, s. 34; prop. 2008/09:158, s. 14). I samband med ratificeringen av ramkonventionerna erkändes också samiska, meänkieli, finska, romani chib och jiddisch som nationella minoritetsspråk.

Antalet personer som ingår i minoriteterna

Eftersom det inte förs någon statistik om etnicitet i Sverige är det svårt att uppskatta hur många människor som tillhör nationella minoriteter. Uppskattningsvis identifierar sig cirka en halv miljon personer som att de tillhör en nationell minoritet (prop. 2008/2009:158; prop. 2007/08:110).

Det finns olika uppfattningar om hur många samer som bor i Sverige i dag. Enligt Södra Lapplands forskningsenhet finns det cirka 36 000 samer i Sverige, varav ca 2 000 är ekonomiskt beroende av rennäringen (Hassler et.al, 2008). Officiella siffror från regeringen säger att det finns ca 20 000 samer i Sverige. Antalet tornedalingar uppskattas

vara cirka 50 000. Romerna uppskattas vara ungefär 50 000, och de delas i Sverige in i följande grupper (ungefärliga siffror): 2 500 svenska romer, 3 200 finska romer, 10 000 utomnordiska romer och 20 000 resande romer. Därutöver finns också ett okänt antal nyligen anlända romer, som kom till Sverige från Polen och andra länder i Östeuropa på 1960-talet och början av 1970-talet.

I dag lever cirka 25 000 judar i Sverige, om man inkluderar både de som har två föräldrar med judisk börd och de som har en mor eller en far av judisk börd. Cirka 450 000 första och andra generationens sverigefinnar finns i Sverige (prop. 1998/99:143, s. 22–23).

Rapportens upplägg

I följande kapitel redovisas de arbetssätt och de metoder som har använts i projektets första fas för att kartlägga de nationella minoriteternas hälsosituation. Därefter redovisas tidigare kunskap om minoriteternas livsvillkor, levnadsvanor och hälsa, följt av resultat från kartläggningen. Rapporten avslutas med en diskussion och förslag till fortsatt arbete. I bilaga 1 beskrivs mer detaljerat de synpunkter som kom fram vid en hearing med representanter för de nationella minoriteterna. I bilaga 2 redovisas de aktiviteter som genomförts i projektet. I bilaga 3 återges de synpunkter på kartläggningen som lagts fram av representanter för de nationella minoriteterna.

Projektets arbetssätt och metoder

Arbetet med att kartlägga de nationella minoriteternas hälsosituation har genomförts i fyra faser; planering, genomgång och sammanställning av tidigare kunskap om hälsosituationen bland nationella minoriteter, datainsamling samt analys av resultat. Dessa delmoment beskrivs mer ingående nedan.

Planeringsfasen

Under planeringsfasen har Statens folkhälsoinstitut etablerat kontakt med företrädare för de nationella minoriteterna och informerat dem om uppdraget. Kontakter med myndigheter som är viktiga för uppdraget (Socialstyrelsen, Delegationen för romska frågor) har knutits. Ett samarbete har etablerats med forskningsmiljöer som har erfarenhet av studier om de nationella minoriteternas situation, till exempel Södra Lapplands Forskningsenhet samt psykiatriska enheten och Centrum för samisk forskning vid Umeå universitet. Statens folkhälsoinstitut har också etablerat kontakter med nätverk som arbetar med nationella minoriteter i andra länder i Europa, Norden och Kanada.

Statens folkhälsoinstitut anordnade den 16 december 2008 en hearing angående regeringsuppdraget (se bilaga 1). Syftet med hearingen var att:

- informera berörda om regeringsuppdraget
- ge utrymme för de nationella minoriteternas representanter att lämna synpunkter på uppdraget
- diskutera uppdragets genomförande: ramar, metoder, begränsningar, möjligheter och etiska aspekter
- ta emot synpunkter från deltagarna
- åstadkomma ett erfarenhetsutbyte mellan deltagarna
- presentera exempel på liknande kartläggningar

Det framkom av hearingen att hälsa är en viktig fråga för alla minoriteter och att berörda organisationer arbetar med hälsofrågor på olika sätt. Följande övriga synpunkter framkom:

- Kritik riktades mot utformningen av uppdraget (brist på deltagande).
- Diskussion fördes om att överväga andra metoder för kartläggningen, bland annat intervjuer.
- Uppdraget har väckt oro, motstånd, skepsis och rädsla, särskilt bland romer, som också är berörda av händelserna i Italien där romer trakasserats och förföljts.
- Bland judar och romer är man misstänksam mot registrering av personuppgifter.
- Organisationerna ansåg att de ekonomiska resurser som avsatts till uppdraget är otillräckliga.
- Tidsplanen är orealistisk. Enligt företrädare för de nationella minoriteterna krävs det mer tid för att genomföra en kartläggning av detta slag.
- Några av de deltagande organisationerna vill själva utföra kartläggningen i samarbete med Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut har aktivt deltagit i seminarier och konferenser om nationella minoriteter både nationellt och internationellt. För utförligare detaljer, se bilaga 2. Dessa möten har fungerat som en plattform för erfarenhetsutbyte med andra myndigheter som arbetar med nationella minoritetsfrågor, till exempel Ungdomsstyrelsen och Sametinget. Uppdraget har väckt intresse hos medier, myndigheter, kommuner, landsting och länsstyrelser, som har kontaktat Statens folkhälsoinstitut med frågor kring uppdraget.

Genomgång och sammanställning av tidigare kunskap

En kunskapssammanställning har genomförts kring hälsosituationen bland de fem nationella minoriteterna judar, romer, samer, sverigefinnar och tornedalingar. Syftet var att samla kunskap inför den empiriska kartläggningen. Sammanställningen fokuserar på huvudfynd kring de hälsorelaterade faktorer som var relevanta inför kartläggningsarbetet. Litteratursökningen fokuserade på följande tre teman:

- Livsvillkor (arbete, arbetslöshet, socioekonomisk position i samhället, utbildning, bostad, diskriminering, kontakt med myndigheter, antisemitism och dess inverkan på hälsa bland judar, Förintelsens överlevande och deras hälsa).
- Levnadsvanor (kost, fysisk aktivitet, rökning, alkohol, drogmissbruk, suicid).
- Hälsosituationen (barn hälsa, kvinnohälsa, livslängden, sjukdomar, tillgång till hälsosjukvården, socialt nätverk, andra generationen hälsa bland födda i Finland; kulturell kompetens inom sjukvården).

De inkluderade studierna är baserade på både kvalitativa och kvantitativa data, med särskilt fokus på en longitudinell design. De databaser som vi har använts oss av är Pubmed, Medline, Academic Search Elite samt PsycINFO.

Datainsamling och analys

Efter samråd med företrädare för de nationella minoriteterna beslutades att kartläggningen skulle genomföras i samverkan med minoriteternas organisationer. I ett första steg handlade det om att förankra kartläggningen hos de nationella minoriteterna, och detta gjordes av organisationerna själva. Varje organisation hade önskemål om hur datainsamlingen skulle gå till, vilket gjorde att detta skedde på tre olika sätt och med olika metoder. I Sverige registreras inte enskilda personers etnicitet, och det är därför inte möjligt att identifiera en person tillhörande en viss nationell minoritet i den officiella statistiken. Detta är en begränsning som beskrivs utförligare nedan.

För att kartlägga hälsosituationen hos sverigefinnar, tornedalingar och den judiska minoriteten användes Statens folkhälsoinstituts nationella folkhälsoenkät, som varje år distribueras till 20 000 personer i Sverige. Utgångspunkter för urvalet av respondenter togs fram i samråd med Statistiska Centralbyrån, SCB. För att kartlägga samernas hälsosituation användes resultat från tidigare genomförda studier (se beskrivning på följande sidor), och för den romska gruppen användes kvalitativa intervjuer för att samla data till kartläggningen.

Enkät till finlandsfödda, boende i Tornedalen, och till svarande tillhörande den judiska minoriteten

För att beskriva sverigefinnars och tornedalingars hälsosituation har nationella folkhälsoenkäten för åren 2004 och 2006-2009 använts. Jämförelser görs här med hela befolkningen dvs. alla som deltagit i nationella folkhälsoenkäten under dessa fem år. Dessa utgörs av 208 285 personer: 95 166 män och 113 119 kvinnor.

Till sverigefinnar räknas i denna kartläggning personer som är födda i Finland. Med definitionen finlandsfödda kommer inte andra och tredje generationens sverigefinnar med i urvalet. För att få med dessa hade det krävts en annan form av datainsamling. Denna grupp benämns *finlandsfödda.* Antalet finlandsfödda som besvarat den nationella folkhälsoenkäten under de fem år (2004, 2006-2009) som data hämtats från var 4 387 personer: 1 661 män och 2 726 kvinnor. Sverigefinnarnas Riksförbund uttryckte önskemål om att data om sverigefinnarnas hälsosituation skulle hämtas från Statens folkhälsoinstituts årliga folkhälsoenkät.

Tornedalingar går inte att identifiera i enkäten. Vi har här valt att definiera gruppen tornedalingar som personer födda i Sverige och boende i kommunerna Kiruna, Pajala, Övertorneå, Haparanda och Gällivare. Denna definition gör att vi även inkluderar boende i dessa kommuner som inte definierar sig som tornedalingar, och samtidigt missar vi de tornedalingar som inte bor i dessa kommuner utan på andra håll i landet. Ett annat problem med begreppet ”tornedalingar” är att det främst i Malmfälten (Gällivare och Kiruna kommuner) bor människor som talar meänkieli men identifierar sig som kvän eller lantalainen. Vi benämner denna grupp *boende i Tornedalen,* istället för tornedalingar. Från de fem ovan nämnda kommunerna har data hämtats från tidigare genomförda kartläggningar med stöd av folkhälsoenkäten. Datamaterialet utgörs av 2 264 enkäter från boende i Tornedalen; 1 102 män och 1 162 kvinnor.

Ursprungligen var planen att även Svenska Tornedalingars Riksförbund (STR-T) skulle komplettera folkhälsoenkäten med tilläggsfrågor samt svara för förankring och genomförande av kartläggningen. Önskemålet var att enkäten skulle skickas till 1 500 personer i samarbete med kommunhandläggare hos berörda kommuner. Samarbetet med STR-T avbröts dock i september 2009 på grund av brist på ekonomiska resurser för genomförandet.

Judar har i denna kartläggning valts ut genom Judiska församlingens medlemsregister i Stockholm, Malmö och Göteborg. Dessa register innehåller cirka 5 000 medlemmar, som utgör ca 30 procent av den judiska minoriteten i Sverige. 1272 personer valdes slumpvis ut från de 5 000 för att ingå i urvalet. Dessa personer fick under hösten 2009 möjlighet att besvara den nationella folkhälsoenkäten och ytterligare ett antal tilläggsfrågor som handlade om frågor av särskild relevans för den judiska minoriteten, sociala förhållanden samt hälsa och sjukdom. Judiska Centralrådet (JCR) i samarbete med professor Lars Dencik, Roskilde universitet, ansvarade för framtagandet av tilläggsfrågor. 435 personer besvarade enkäten (34 procent): 203 män och 232 kvinnor. Detta urval kan inte anses vara ett slumpmässigt urval av judar i Sverige då samtliga respondenter är medlemmar i judiska församlingar. Det är inte säkerställt om de judar som besvarat enkäten kan sägas vara representativa för medlemmar i judiska församlingar i Sverige med tanke på det stora bortfallet.

Som ett komplement har även jämförelser av hälsoutfall gjorts mellan majoritetsbefolkning, enskild minoritet och en jämförelsegrupp av relevans för respektive nationell minoritet. För finlandsfödda har jämförelser gjorts med de finska förvaltningsområdena Botkyrka, Eskilstuna, Gällivare, Hallstahammar, Haninge, Haparanda, Huddinge, Håbo, Kiruna, Köping, Pajala, Sigtuna, Solna, Stockholm, Södertälje, Tierp, Upplands Väsby, Upplands-Bro, Uppsala, Älvkarleby, Österåker, Östhammar och Övertorneå exklusive finlandsfödda personer i dessa kommuner. För boende i Tornedalen har jämförelse gjorts med de övriga nio kommunerna i Norrbottens län (Arjeplog, Arvidsjaur, Boden, Jokkmokk, Kalix, Luleå, Piteå, Älvsbyn samt Överkalix), och för den judiska minoriteten har jämförelser gjorts med personer boende i storstadskommunerna Stockholm, Göteborg och Malmö.

Åldersskillnader är generellt sett den vanligaste förklaringen till hälsoskillnader. För att ta bort effekten av ålder åldersstandardiseras alla resultat. Det medför att de eventuella skillnader som finns mellan minoriteter och majoritetsbefolkningen inte beror på åldersskillnader. Däremot kan det finnas andra skillnader mellan minoriteterna och majoritetsbefolkningen som påverkar hälsan, till exempel sysselsättningsgrad och boendeort. För ett fåtal frågor har också jämförelser gjorts för att se om skillnader mellan minoriteterna och hela befolkningen kan förklaras av olika sysselsättning och boendeort, snarare än minoritetstillhörighet.

Samernas hälsosituation – nyttjande av tidigare kartläggningar

Sametinget och Svenska Samernas Riksförbund (SSR) har varit samarbetsparter inför kartläggningen av samernas situation. Efter diskussioner om genomförandet beslöts att samerna inte skulle medverka i uppdragets första kartläggningsfas, utan endast i projektets andra fas kring framtagande av förslag till åtgärder. Sametinget och SSR menade att Statens folkhälsoinstitut i stället skulle utnyttja resultat från tidigare genomförda studier. Hälsosituationen bland samer baseras i denna kartläggning på två källor; a) en sammanfattning ur rapporten *Samernas hälsosituation i Sverige – en kunskapsöversikt* (SáOU 2009:1, skriven av Sjölander, P; Edin-Liljegren, A samt Daerga, L vid Södra Lapplands Forskningsenhet); och b) en sammanfattande text kring samernas psykiska hälsa, skriven av professor Lars Jacobsson vid psykiatriska enheten vid Umeå universitet.

Kvalitativa intervjuer kring romernas hälsosituation

Eftersom romerna visade skepsis mot kartläggning med hjälp av enkäter beslutades att inhämta kunskap om deras hälsosituation genom fokusgruppdiskussioner och individuella intervjuer. Dessa genomfördes dels med ett urval av romska respondenter och även med romska aktivister. Datainsamlingen genomfördes efter utbildning i intervju- och fokusgruppsmetodik för romer. En socialantropolog anlitades för att genomföra intervjuer med romska aktivister. En mer utförlig metodbeskrivning ges i den resultatdel som omfattar romernas hälsosituation.

Studiens begränsningar

Den kartläggning som presenteras i denna rapport har ett antal metodologiska begränsningar, som delvis beskrivits ovan och som är viktiga att lyfta fram inför resultatredovisningen.

Det är inte är möjligt att studera grupper utifrån etnicitet i den officiella statistiken, vilket försvårar möjligheten att fånga alla de nationella minoriteter som vi varit intresserade av. Detta gäller särskilt grupperna tornedalingar och sverigefinnar, där vi endast utgått från den nationella folkhälsoenkäten. För gruppen sverigefinnar innebär detta att personer som är födda i Sverige och tillhörande sverigefinnar inte inkluderas i urvalet. Gruppen tornedalingar har inte heller fångats på ett adekvat sätt, vilket beskrivits ovan. En annan begränsning är att urvalen inte kan betraktas som slumpmässiga samt att bortfallet i olika delstudierna är relativt stort.

De enkätdata som ingår i kartläggningen avser olika tidsperioder. För finlandsfödda, boende i Tornedalen och majoritetsbefolkningen har enkäter insamlade under de fem åren 2004 samt 2006-2009 använts, medan enkätdata för representanter för den judiska minoriteten endast avser året 2009. En begränsning är också att inga nya data samlats in om samernas hälsosituation samt att romernas hälsosituation endast studerats med en kvalitativ ansats. Sammantaget påverkar ovanstående faktorer möjligheten att generalisera de resultat som framkommit till nationella minoriteter i stort och resultaten bör således tolkas med viss försiktighet.

Trots de begränsningar som beskrivits ovan så ger kartläggningen en första, samlad bild av hälsosituationen bland de nationella minoriteterna i Sverige. Resultaten från kartläggningen utgör ett värdefullt bidrag till arbetet med att lämna förslag till förebyggande och hälsofrämjande åtgärder, vilka presenteras i rapportens B-del.

Tidigare kunskap om hälsosituationen bland nationella minoriteter

Det finns en bristande kunskap hos majoritetsbefolkningen och hos myndigheterna om de nationella minoriteterna, deras kultur och deras rättigheter (ECRI, 2002; Elenius & Ekenberg, 2002, sid 8; Socialstyrelsen, 2008; Delegationen för romska frågor, 2009). Det finns även en brist på kunskap om minoriteternas hälsosituation (prop. 2007/08:110, sid. 44; Jacobsson, 2009; Sjölander, 2009; Sjölander, 2010).

Det finns utmaningar för folkhälsoarbetet bland nationella minoriteter, såsom diskriminering, utanförskap, arbetslöshet – särskilt bland romer – samt brist på kunskap om nationella minoriteters hälsosituation och kultur hos hälso- och sjukvårdspersonal och majoritetsbefolkning (Gene, 1989; Steve & Martin, 2000; van Patrick, 2000; Martin, 2005; Kelly, 2006; ER Campayo & Alda, 2007; Dragan, 2007; van Patrick, 2007; Jakobsson, 200; Sjölander, 2009; Sjölander, 2010).

Diskriminering, utanförskap och arbetslöshet har negativa konsekvenser på hälsan (Jarlert, 1991; Statens folkhälsoinstitut, 2006; Marmot, 2006; Wamala et al., 2007; FRA, 2009). Kultur, språk och identitet är avgörande för nationella minoriteter (prop. 2008/09:158), och därför bör hälso- och sjukvårdspersonal ha kunskap om nationella minoriteters kultur för att underlätta bemötandet och kunna undanröja missförstånd mellan vården och personer ur de nationella minoriteterna. Kultur har också en stor betydelse för individens syn på hälsa (MacLachlan, 1997; Purnell, 2002; Hanssen, 2007; Helman, 2007; Kline & Huff, 2007; Ahmadi, 2008).

I detta kapitel redovisas en sammanställning av forskning om de nationella minoriteternas livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. Sammanställningen gör inte anspråk på att vara heltäckande, utan avser att belysa resultat som anses relevanta för denna kartläggning.

Det råder brist på data utifrån etnicitet, vilket försvårar möjligheten att vidta lämpliga åtgärder för att främja de nationella minoriteternas livsvillkor. Detta är ett gemensamt problem inom den Europeiska unionen, och därför uppmuntras europeiska länder att samarbeta med företrädare för de nationella minoriteterna om lämpliga metoder för att inhämta relevanta data om målgruppernas hälsa och livsvillkor. Då är det väsentligt att ta hänsyn till respektive länders lagar och regler om personuppgifter (Simon, 2007; Europarådet, 2008).

Romerna utgör Europas största minoritet. Enligt Europaparlamentets uppskattningar finns det cirka 12 miljoner romer i nuvarande och blivande medlemsstater (Europaparlamentet, 2008).

Forskningsstudier i flera europeiska länder pekar på att romerna har sämre hälsa än majoritetsbefolkningen. Exempelvis är romernas livslängd i genomsnitt 15 år kortare än majoritetsbefolkningens i Spanien, Tjeckien, Slovakien, Ungern och England (Steve & Martin, 2000; van Patrick, 2000; Kovac, 2002). Dödligheten bland romer är hög i jämförelse med majoritetsbefolkningen i Serbien (Dragan et al., 2007).

Sjukdomspanoramat bland romer är relativt likartat i flera länder. Studier visar att hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, högt blodtryck, dålig tandhälsa, psykisk ohälsa, depression och astma är vanliga sjukdomar bland romer (Beckman et al., 1965; Gene, 1989; Steve & Martin, 2000; van Patrick, 2000; Arja & Bengt, 2001; Luba et al., 2001; Callén, 2005; Gooding et al., 2005; Martin et al., 2005; Csépe, 2007; Dragan et al., 2007) .

Några studier lyfter fram hälsokonsekvenser av kusingifte och genetiska sjukdomar bland romer, samt behoven av att konsekvenserna uppmärksammas i högre grad inom hälso- och sjukvården (Beckman et al., 1965; Steve & Martin, 2000; Luba, 2001; Callén, 2005; Gooding, 2005).

För romska barn visar flera studier på dålig hälsa (Steve & Martin, 2000; van Patrick, 2000) och hög barndödlighet (Feder, 1989; Steve & Martin, 2000). Några faktorer som bidrar till dessa problem är att romska kvinnor ofta har dålig hälsa, föder många barn i tidiga åldrar, sällan använder preventivmedel, uppsöker mödravård för sent samt är belastade av hemarbetet (Gene, 1989; Arja & Bengt, 2001; Martin et al., 2005; van Patrice et al., 2007).

Forskningsstudier som rör romernas levnadsvanor visar hög andel rökare, drogmissbruk, osunda matvanor och hög alkoholkonsumtion bland män (Emil, 1998; Ekuklu, 2004; Kelly et al., 2006; Campayo & Alda, 2007; Csépe, 2007; Dragan et al., 2007; Kosa, 2007).

Romernas livsvillkor präglas också av problematiska förhållanden. Flera studier pekar på hög arbetslöshet, bristande läskunnighet, fattigdom, svåra socioekonomiska förhållanden samt en utbredd diskriminering mot romer (Gene, 1989; OSCE, 2000; Steve & Martin, 2000; van Patrick, 2000; Moris & Clements, 2001; Martin, 2005; Kelly, 2006; Campayo & Alda, 2007; Dragan, 2007; van Patrick, 2007; FRA, 2009). Ett annat problem är att kunskapen om romernas kultur är bristfällig bland hälso- och sjukvårdspersonal (Feder, 1989; Steve & Martin, 2000; van Patrick, 2000; Campayo & Alda, 2007; ERRC, 2006; ERRC 2007).

Ombudsmannen mot etnisk diskriminering i Sverige har visat i flera rapporter (DO, 2004; DO, 2008:2; DO, 2008:3) att romer utsätts för olika former av diskriminering, på arbetsmarknaden, på bostadsmarknaden, inom utbildningsväsendet och i samhället. Malmö stad har i samarbete med företrädare för romska organisationer genomfört en undersökning om romernas situation i Malmö. Resultatet pekar på att ett stort antal romska barn i skolpliktig ålder inte går i skolan, och att många av de romska barn som går i skolan inte slutför sin skolgång. Resultatet visar också att hög arbetslöshet och trångboddhet är alarmerande bland romerna i Malmö (Söderman & Ström, 2008). En annan pilotundersökning visar att romernas hälsosituation i Västerås präglas av hög andel ohälsa, hög arbetslöshet och problem med diskriminering (Löfgren, 2009).

Samer är en nationell minoritet och även Sveriges enda urbefolkning (prop.1998/99; 2008/09:158; Sjölander, 2010). Många studier visar att urbefolkningars hälsosituation generellt är sämre än majoritetsbefolkningens (Marrone, 2007; Gracey & King, 2009). I en kunskapsöversikt om urbefolkningens hälsa pekar resultaten på hög barndödlighet, hög mödradödlighet, överförbara sjukdomar, undernäring, låg medellivslängd i jämförelse med majoritetsbefolkningen, sjukdomar associerade till rökning, svåra sociala problem, hög konsumtion av alkohol, drogmissbruk, våld, skador, suicid, fetma, diabetes samt

hjärt- och kärlsjukdomar (Gracey & King, 2009). I Norden har flera studier pekat på att samerna har en god hälsa, som inte skiljer sig från majoritetsbefolkningens (Tynes & Haldorsen, 2007; Kvermo, 1999; Hassler, 2005; Sjölander, 2009; Kaiser, 2009; Omma, 2009; Sjölander, 2010). Vissa studier visar skillnader i hälsa mellan renskötande och icke renskötande samer, både i Sverige och i andra nordiska länder (Hemborg et al., 1990; Hassler et al., 2003; Hassler et al., 2008; Sjölander et al., 2009; Sjölander, 2010; Tynes & Haldorsen, 2007; Soininen & Pukkala, 2008).

Kunskapen om de svenska samernas hälsosituation är fortfarande begränsad (Jakobsson, 2009; Sjölander, 2009; Sjölander, 2010). Södra Lapplands forskningsenhet i Vilhelmina har bedrivit epidemiologiska studier om samernas hälsosituation. Dessa studier visar att samernas hälsa inte skiljer sig från majoritetsbefolkningens hälsa i livslängd, mortalitet eller risk att insjukna i olika former av cancer och andra åkommor (Hassler et al., 2005; Sjölander et al., 2009). Förklarande faktorer till de svenska samernas goda hälsa är livsstilen (mat och fysisk aktivitet särskilt bland renskötande samer) och förmodligen genetiska egenskaper (Hassler et al., 2001; Hassler et al., 2003; Sjölander et al., 2009; Sjölander et al., 2010).

Förenta Nationernas (FN) specialrapportör Paul Hunt uppmärksammade under ett besök i Sverige (2007) den psykosociala ohälsan bland renskötande samer samt andra hälsoproblem som alkohol, våld, drogmissbruk, arbetsskador och arbetsolycksfall. Hunt uppmanade den svenska regeringen att vidta åtgärder, bland annat att inrätta ett forskningscenter och utarbeta en nationell handlingsplan för att främja hälsan bland samer, med hänsyn till deras status som urbefolkning (Human Rights Council, 2007). Hassler et al. (2005) visade att renskötande samer löper hög risk att dö i olyckor relaterade till renskötsel. Edin et al. (2003) visade att renskötande samers hälsa skiljer sig från icke renskötande samers. Renskötande samer löper hög risk att drabbas av arbetsmiljörelaterade skador.

Jakobsson et al. (2009) visar att självmord bland renskötande samer är ett hälsoproblem som bör uppmärksammas. I en studie om depression och ångest bland renskötande samer i olika samebyar pekade resultaten på psykisk ohälsa. Värdena om depression och ångest bland renskötande samer var mycket högre än för referensgruppen. Det fanns ett samband mellan arbetsrelaterad belastning och depression och ångest, särskilt bland renskötande män (Kaiser et al., 2009). I en studie om alkoholkonsumtion bland renskötande samer i Sverige kunde man konstatera att renskötande samers beteende kring alkoholkonsumtion inte skiljer sig från majoritetsbefolkningens, men resultat visar att det finns riskbeteende hos vissa grupper, beroende på ålder, kön, utbildning och känslan av utanförskap (Kaiser et al., 2009). Studier om självmord bland samer i norra Norge och Finland pekar på en högre risk särskilt bland samiska män och i viss utsträckning bland samiska ungdomar (Silviken, 2009; Näjhä, 2009).

Barnombudsmannen har i sina rapporter visat att samiska barn uppger att de blir diskriminerade och trakasserade på grund av sin etniska tillhörighet (BO, 2007). En nylig studie i olika samebyar, om levnadsvillkor och välmående hos samiska ungdomar, visar att samiska ungdomar upplever sig diskriminerade bland annat av lärare och poliser på grund av sin etnicitet. Studien som också behandlar hälsofrågor visar att samiska ungdomar skattar sin hälsa som god, och när det gäller alkoholkonsumtion avviker inte samiska ungdomar från referensgruppen, svenska infödda, förutom att flickor har något

högre risk för hög konsumtion, vilket är ovanligt. Det rådde stor oro om framtiden kring renskötseln. Ungdomar uppgav att de var stolta över sin identitet (Omma, 2009).

I Norge har Kvermo (1999) i sina studier om norska ungdomars psykiska hälsa visat att etnicitet, identitet och region (bostadsort) är avgörande bland samiska ungdomar för deras psykiska hälsa och grad av integration i samhället. Samiska ungdomar som bodde i assimilerade områden rapporterade psykisk ohälsa (emotionella problem, neurotiska problem, internaliserade beteenden) än ungdomar som bodde i samiska områden. Kvermo (2009) visade i sin studie om psykisk hälsa bland samiska ungdomar att det finns ett samband mellan ångest och depression och självförvållande skärskador, självmordstankar och självmordsförsök, särskilt hos samiska flickor.

Det saknas studier kring judarnas hälsosituation i Sverige, men däremot finns studier om den judiska minoritetens historia och livssituation i Sverige. Internationellt finns en rad studier om judarnas hälsosituation. I detta avsnitt redovisas resultat som behandlar hälsan bland överlevande från förintelsen, andra generationens hälsosituation och antisemitism.

När det gäller hälsosituationen bland förintelseöverlevande visar en epidemiologisk studie bland överlevande sextio år efter de utsattes för förintelsen att de led av akut ångest, sömnbesvär och emotionella svårigheter (Sharon et al., 2009). Stressman et al. (2008) visade i sin studie att förintelseöverlevande som upplevde eller exponerades för förintelsen under sin ungdom rapporterade dålig hälsa, svårigheter att tillfredsställa sina dagliga behov, psykosocial ohälsa, fysisk inaktivitet och att de ofta använder antidepressiva mediciner. Brodaty et al. (2004) visar i sin studie att åldrandet utgör en risk att drabbas av psykisk ohälsa bland överlevande. I en studie som undersökte sambandet mellan dödlighet och exponering för förintelsen bland överlevande visade resultaten att det inte fanns någon skillnad i dödlighet mellan exponerade och icke-exponerade judar (Ayalon & Convisky, 2007).

I en annan studie om överlevande femtio år efter förintelsen pekar resultaten på motståndskraft hos överlevande som är nöjda med sitt liv, engagerade i samhället och omtänksamma mot sin omgivning (Suedfeld et al., 2005). Kaplan (2003) visade i sin studie om judiska barn under förintelsen att det fanns starka minnen baserade på barnens upplevelser som utgjorde ständiga minnen i vuxen ålder. Joffe et al. (2003) visade i sin studie om överlevandes psykiska hälsa i Australien att det var graden av upplevt trauma under förintelsen som var avgörande för överlevandes psykiska hälsa i vuxen ålder. Det fanns ett samband mellan hög grad av trauma och psykisk ohälsa.

Schwartz et al. (1994) undersökte det sociala arvet och genetiskt överförbara trauman bland andra generationens judar, och resultaten pekar på att icke genetiska faktorer bör tas hänsyn till. Levav et al. (2007) visade i sin studie om psykisk hälsa bland överlevande att upplevt trauma under förintelsen medförde långvarig sårbarhet i vuxen ålder. I samma studie pekar resultaten på en beskyddande faktor hos överlevande föräldrar gentemot sina barn. Schwartz et al.(2003) visade i sin studie om andra generationens barn till överlevande att föräldrar lyckades beskydda sina barn från deras egna traumatiska upplevelser. Yehuda et al. (2003; 2007) visade i sina studier om överlevande med PTSD och deras barn att föräldrar som drabbades av PTSD som följd av förintelsen i vissa fall hade barn som också drabbades av PTSD.

Enligt Brottsförebyggande rådet (BRÅ, 2007; 2008) har antisemitiska hatbrott i Sverige ökat de senaste åren. I en studie i judiska församlingar i Stockholm och Göteborg har medlemmar uppgett att de upplever att antisemitismen har ökat i Sverige och att det är vanligt att majoritetsbefolkningen har rasfördomar. Medlemmar ansåg också att det är viktigt att satsa på bland annat kampanjer mot antisemitism, judiska servicehus och annat stöd till de gamla, barn- och ungdomsverksamhet samt sociala aktiviteter för att hjälpa flyktingar (Dencik & Marosi, 2000).

I detta avsnitt redovisas hälsosituationen bland personer födda i Finland, barn till dessa (andra generationen) och äldre personer tillhörande denna grupp. Statens folkhälsoinstitut (2002) visade i sin rapport om hälsosituationen bland personer födda i Finland att fysisk och psykisk ohälsa i denna grupp var alarmerande och behövde åtgärdas. I en studie om finska äldres upplevelser av och önskemål om äldreomsorg i Sverige pekar resultat på äldres önskemål att få vårdas i sina hem, eller, om de placeras inom äldreboende, att placeras i bekanta miljöer och vårdas av personal med kulturkompetens (Heikkilä & Ekman, 2003).

I en studie om åldrandet bland sverigefinländare och finlandssvenskar pekar resultaten på skillnader i självskattad hälsa. Finlandssvenskar skattar sin hälsa som god och uppger att de går i pension sent, medan sverigefinnar skattar sin hälsa som mindre god och går i pension tidigt på grund av hälsoproblem (Kulla et al., 2010).

I en studie om invandrade ungdomars hälsa och välbefinnande i 10 skolor i Dalarna visade resultaten att ungdomar med föräldrar födda i mellanöstern och Turkiet hade haft lätt att anpassa sig till det svenska samhället och läste vidare på högskolan, medan andra generationens ungdomar med föräldrar födda i Finland upplevde sig diskriminerade och mobbade. Dessa barn uppgav i mycket större utsträckning att de hade använt cannabis och drack alkohol i större utsträckning än ungdomar med föräldrar födda i Turkiet och mellanöstern (Holmberg & Hellberg, 2008).

I en longitudinell studie om alkohol- och drogmissbruk bland första och andra generationens invandrare från Finland pekade resultaten på att båda generationerna löper hög risk att bli inlagda och behandlas för alkohol- och drogmissbruk (Leao et al., 2006). I en longitudinell studie om hjärt-kärlsjukdomar i första och andra generationens invandrare pekade resultaten på att invandrare från Finland löpte hög risk att insjukna i hjärt-kärlsjukdomar (Sundkvist & Li, 2006).

I en longitudinell studie som undersökte psykisk hälsa bland andra generationens invandrare visade resultaten att bland dem med en förälder född i Sverige samt dem med föräldrar födda i Finland löpte ungdomar högre risk att bli inlagda för psykisk ohälsa (emotionella besvär, psykosomatiska svårigheter och beteendesvårigheter) än referensgruppen infödda svenskar i samma åldrar (Leao et al., 2005).

I en longitudinell studie om suicid bland första och andra generationens invandrare visade resultaten att andra generationen, barn till föräldrar födda i Finland, löpte högre risk att begå självmord än första generationen, föräldrar till andra generationen, och risken var högre än i referensgruppen (Hjern & Allebeck, 2002).

I en studie om suicid i höginkomstbostadsområden och låginkomstbostadsområden i Stockholm pekar resultaten på suicidbenägenhet hos invandrare, särskilt de födda i

Finland och bosatta i låginkomstbostadsområden, medan suicidbenägenheten är lägre bland de som bor i välbeställda områden (Noli & Åsberg, 1997).

I en longitudinell studie om tandhälsa bland finska invandrarbarn mellan 5 och 8 års ålder visade resultaten att barnen hade en dålig tandhälsa, och att deras tandhälsa försämrades fram tills de hade fyllt 8 år (Ekman, 1990).

I en studie om sverigefinnars livsvillkor i Sverige som genomfördes av Svenska kyrkan (2002) visade resultaten att sverigefinnars integration i det svenska samhället skiljer sig mellan generationerna. Andra generationens sverigefinnar med en eller två föräldrar födda i Finland upplevde sig mer integrerade i samhället, medan föräldrar till dessa barn uppgav att de var assimilerade. Finska kvinnor uppgav att de var mer integrerade än finska män. Den finska kulturen, språket och identiteten uppgavs vara väsentliga för sverigefinnar.

När det gäller Tornedalingar så gick det inte att hitta några studier kring deras hälsosituation i vår sökning.

Sammanfattningsvis kan sägas att Sveriges olika nationella minoriteter har olika hälsobehov, vilket framgår av denna kunskapsöversikt. Gemensamt för alla minoriteter är dock att kunskapen skulle behöva öka om minoriteternas hälsosituation och kultur hos majoritetsbefolkningen och hos hälso- och sjukvårdspersonalen. Diskriminering, utanförskap och arbetslöshet, vidare, är samhälleliga problem som bör motverkas.

Resultat

I detta avsnitt presenteras de kvantitativa resultaten från kartläggning av hälsosituationen bland finlandsfödda, boende i Tornedalen samt svarande från den judiska minoriteten. Kvalitativa resultat presenteras därefter kring romernas hälsosituation, och till sist redovisas en sammanfattning av resultat från tidigare genomförda studier kring samernas hälsosituation.

Hälsosituationen bland finlandsfödda, boende i Tornedalen samt svarande från den judiska minoriteten

Hälsosituationen bland finlandsfödda, boende i Tornedalen och den judiska minoriteten baseras på den nationella folkhälsoenkäten, som genomförs årligen av Statens folkhälsoinstitut. För de finlandsfödda, de boende i Tornedalen och för majoritetsbefolkningen har nationella folkhälsoenkäten från åren 2004 och 2006-2009 använts. För dessa fem år har data slagits samman till ett gemensamt dataset, i syfte att skapa ett tillräckligt stort material. Även för den judiska minoriteten har den nationella folkhälsoenkäten använts, och det i en separat datainsamling under 2009. Till denna lades också till ett antal frågor för att fånga särskilda förhållanden av relevans för den judiska minoriteten.

Beskrivning av materialet

Av tabell 1 framgår hur de svarande fördelar sig efter kön och ålder.

Tabell 1. Procentuell andel (antal) finlandsfödda, boende i Tornedalen och svarande från judisk minoritet efter kön och ålder. Värdena för finlandsfödda, boende i Tornedalen och hela befolkningen har kalibrerats.

	16-29 år	30-44 år	45-64 år	65-84 år	Totalt
Finlandsfödda					
Män	2 (2)	19 (238)	51 (795)	28 (601)	41 (1661)
Kvinnor	2 (59)	15 (347)	45 (1246)	38 (1074)	59 (2726)
Boende i Tornedalen					
Män	15 (217)	16 (231)	45 (336)	24 (318)	53 (1102)
Kvinnor	21 (285)	23 (281)	34 (285)	22 (311)	47 (1162)
Judisk minoritet					
Män	12 (24)	13 (26)	44 (89)	32 (64)	47 (203)
Kvinnor	12 (28)	17 (39)	47 (108)	25 (57)	53 (232)
Hela befolkningen					
Män	21 (15 245)	27 (20 598)	34 (33 701)	18 (25 622)	50 (95 166)
Kvinnor	20 (19 638)	26 (25 998)	33 (38 789)	21 (28 694)	50 (113 119)

Finlandsfödda, boende i Tornedalen och svarande från den judiska minoriteten är i detta material äldre än befolkningen som helhet. Det är bara 2 procent av de finlandsfödda som är i åldern 16-29 år medan denna grupp är cirka 20 procent i hela befolkningen.

Tabell 2. Procentuell andel (antal) finlandsfödda, boende i Tornedalen och judisk minoritet efter kön och sysselsättning. Värdena för finlandsfödda, boende i Tornedalen och hela befolkningen har kalibrerats.

	Yrkes-arbetande	Ålderspen-sion	Arbetslös/ Arbets-marknads-åtgärd	Sjuk-/ aktivitets-ersättning	Studerande	Totalt
Finlandsfödda						
Män	50 (588)	29 (496)	7 (72)	13 (187)	1 (15)	39 (1 358)
Kvinnor	43 (923)	39 (908)	3 (81)	15 (327)	1 (30)	61 (2 269)
Boende i Tornedalen						
Män	53 (505)	24 (306)	9 (78)	7 (46)	6 (86)	51 (1 021)
Kvinnor	53 (485)	24 (305)	8 (80)	8 (52)	8 (157)	49 (1 079)
Judisk minoritet						
Män	54 (102)	34 (64)	2 (4)	3 (6)	6 (12)	47 (188)
Kvinnor	56 (122)	26 (57)	2 (4)	5 (10)	11 (23)	53 (216)
Hela befolkningen						
Män	60 (42 347)	19 (20 530)	5 (3 264)	5 (4 069)	11 (5 813)	50 (76 023)
Kvinnor	53 (45 827)	22 (23 111)	5 (4 168)	8 (7 229)	12 (8 978)	50 (89 313)

Finlandsfödda, boende i Tornedalen och svarande från den judiska minoriteten har en större andel ålderspensionärer och en mindre andel studerande än befolkningen som

helhet. Finlandsfödda och boende i Tornedalen har en större andel arbetslösa och svarande från den judiska minoriteten en mindre andel arbetslösa jämfört med befolkningen som helhet. Finlandsfödda har en större andel med sjuk-/aktivitetsersättning än befolkningen som helhet.

Tabell 3. Procentuell andel (antal) Finlandsfödda och boende i Tornedalen efter kön och utbildning. Värdena har kalibrerats.

	Kort	Mellanlång	Lång	Totalt
Finlandsfödda				
Män	73 (1 095)	19 (285)	8 (124)	43 (1 504)
Kvinnor	64 (1 519)	23 (516)	13 (356)	57 (2 391)
Boende i Tornedalen	61 (572)	29 (339)	9 (64)	52 (975)
Män	50 (571)	40 (331)	10 (138)	48 (1 040)
Kvinnor				
Hela befolkningen				
Män	50 (44 220)	34 (27 598)	16 (12 374)	50 (84 192)
Kvinnor	49 (49 169)	33 (32 215)	18 (18 915)	50 (100 299)

Finlandsfödda och boende i Tornedalen har kortare utbildning jämfört med befolkningen som helhet. Uppgift om utbildningsnivå för den judiska minoriteten saknas.

Definition av redovisade variabler

Bra hälsa har de som svarat att deras allmänna hälsotillstånd är bra eller mycket bra.
Dagar med god kroppslig respektive god psykisk hälsa: Andel dagar (av alla möjliga dagar) med god kroppslig respektive god psykisk hälsa[1].
Långvarig sjukdom med nedsatt funktionsförmåga. De som har en långsvarig sjukdom som i någon mån eller i hög grad är hindrande i arbete eller dagliga sysselsättningar.
Svår värk har de som rapporterat att de har svåra besvär av ryggsmärtor, ryggvärk, höftsmärtor, ischias eller värk i händer, armbågar, ben, knän eller värk i skuldror, nacke, axlar.
Vårdkontakter har de som de senaste 3 månaderna besökt sjukvården.
Avstått från läkarbesök har de som trots behov av vård avstått från att söka läkare.
Avstått från att köpa medicin har de som trots att de fått läkemedel utskrivet på recept avstått från att hämta ut medicinen på apoteket.
Dålig tandhälsa har de som svarat ganska eller mycket dålig på frågan: Hur tycker du att din tandhälsa är?
Till gruppen som **inte sökt tandläkare**, trots behov räknas de som svarat ja på frågan: Har du under de senaste tre månaderna ansett dig vara i behov av tandläkarvård men ändå avstått från att söka vård?
Psykiskt välbefinnande GHQ12 (General Health Questionnaire) är ett frågeinstrument som utgörs av 12 frågor som mäter psykiska reaktioner på påfrestningar snarare än psykisk ohälsa. Instrumentet är fokuserat på avbrott i den ”normala” funktionen snarare än ett livslångt karakteristikum. GHQ12 är utformat för att mäta två huvudsakliga problem: oförmåga att klara av sina ”normala” funktioner och uppkomsten av nya fenomen av ”distressing” karaktär. På var och en av de 12 frågorna ges 0 poäng för bra psykiskt välbefinnande eller 1 för dåligt psykiskt välbefinnande. Som mest kan den svarande få 12 poäng och som minst 0 poäng. Vi har här valt brytpunkten för psykiskt välbefinnande vid summan 3 poäng, vilket betyder att de som hade 0–2 poäng hade bra psykiskt välbefinnande och de som hade 3–12 poäng hade dåligt psykiskt välbefinnande.
Svår ängslan, oro eller ångest har de som rapporterat svåra besvär av ängslan, oro eller ångest.
Svår trötthet har de som rapporterat svåra besvär av trötthet.
Sömnsvårigheter har de som rapporterat svåra besvär med sömnen.
Mycket stressade är de som rapporterat att de är ganska eller väldigt mycket stressade.
Självmordstankar bygger på frågan: Har du någon gång kommit i den situationen att du allvarligt övervägt att ta ditt liv? Svarsalternativen var: Nej, Ja, en gång samt Ja, flera gånger. De som svarade att de övervägt eller försökt att ta sina liv en eller flera gånger bedömdes i analysen ha haft självmordstankar.
Stillasittande är de som på frågan: Hur mycket har du rört och ansträngt dig kroppsligt på fritiden under de senaste 12 månaderna? svarat stillasittande fritid dvs. ägnat sig mest åt läsning, TV, bio eller annan stillasittande sysselsättning på fritiden. Promenerat, cyklat eller rört sig på annat sätt mindre än 2 timmar i veckan.

[1] Om vi tänker oss en grupp omfattande 4 personer där individ A hade 0 dagar av nedsatt hälsa (kroppslig eller psykisk) den senaste 30-dagarsperioden, individ B hade 10 dagar, individ C hade 5 dagar och individ D hade 1 dag med nedsatt hälsa (kroppslig eller psykisk). Summan sjuka dagar i denna grupp blir 0+10+5+1=16 sjuka dagar. Maximalt skulle denna grupp om 4 individer kunna ha 4x30=120 friska dagar. Antalet dagar med god hälsa (kroppslig eller psykisk) blir 120-16=104 dagar och andelen dagar med god hälsa blir 104/112=87 procent.

Använt cannabis har de som det senaste året använt cannabis.
Riskabla spelvanor har definierats utifrån tre enkätfrågor som handlar om förhållningssättet till sitt spelande. Utifrån dessa tre frågor har sedan ett summaindex beräknats[2].
Riskabla alkoholvanor beräknas utifrån tre AUDIT-frågor som ger ett index: hur ofta och hur mycket vid ett vanligt tillfälle samt hur ofta som en större mängd druckits vid ett och samma tillfälle. Indexet kan anta värdet 0–12 och män som har 8–12 poäng och kvinnor som har 6–12 poäng klassas som riskkonsumenter.
Saknar kontantmarginal gör de som inte skulle kunna skaffa fram 15 000 kronor på en vecka om en oförutsedd situation skulle uppstå.
Ekonomisk kris har de varit i som vid ett eller flera tillfällen haft svårt att klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar m.m.
Otrygga är de som på frågan: Händer det att du avstår från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad? svarat ibland eller ofta.
Hot om våld har de utsatts för som svarat ja på frågan: Har du under de senaste 12 månaderna utsatts för hot eller hotelser om våld så att du blev rädd?
Utsatt för fysiskt våld har de blivit som svarat ja på frågan: Har du under de senaste 12 månaderna blivit utsatt för fysiskt våld?
Självupplevd diskriminering har de utsatts för som på frågan: Har du under de senaste tre månaderna blivit behandlad/bemött på ett sätt så att du känt dig kränkt? svarat ja, någon gång eller flera gånger och också uppgivit att kränkningen hade samband med något av: etnicitet, kön, sexuell läggning, ålder, funktionshinder, religion, hudfärg, utseende eller annat.
Saknar emotionellt stöd gör de som svarat nej på frågan: Har du någon du kan dela dina innersta känslor med och anförtro dig åt?
Saknar praktiskt stöd gör de som svarat nej, för det mesta inte eller aldrig på frågan: Kan du få hjälp av någon/några personer om du har praktiska problem eller är sjuk? T.ex. få råd, låna saker, hjälp med matinköp, reparationer etc.
Saknar tillit gör de som svarat nej på frågan: Tycker du att man i allmänhet kan lita på de flesta människor?
Lågt socialt deltagande har de som på frågan: Har du deltagit i någon av följande aktiviteter under de senaste 12 månaderna? svarat att de inte deltar i någon eller endast en av 13 aktiviteter[3].
Förtroende för offentliga myndigheter samlar frågor som rör i vilken utsträckning man känner ett lågt förtroende för sjukvård, skola, polis, socialtjänst, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, landstingspolitiker, kommunpolitiker samt fackföreningar.

Hälsa, levnadsvanor och livsvillkor

Resultaten i den följande redovisningen beskrivs utifrån huvudområdena hälsa, levnadsvanor och livsvillkor. Med statistiskt säkerställd avses här att de 95-procentiga konfidensintervallen inte överlappar varandra. I följande tabeller redovisas alla prevalenser, med 95-procentigt konfidensintervall. Konfidensintervallen för respektive minoritetsbefolkning jämförs med konfidensintervallen för hela befolkningen. När konfidensintervallen inte överlappar varandra anges skillnaden som statistiskt säkerställd med 95 procentig säkerhet.

[2] Nykvist K, Boström G. Syfte och bakgrund till enkätfrågorna i den nationella folkhälsoenkäten 2004. Statens folkhälsoinstitut, 2004 (s. 29–30). (Finns tillgänglig på www.fhi.se.)
[3] Aktiviteterna var: Studiekurs/kurs på din arbetsplats; Studiecirkel/kurs på din fritid; Fackföreningsmöte; Annat föreningsmöte; Teater/bio; Konstutställning; Religiös sammankomst; Sporttillställning; Skrivit insändare i tidning/tidskrift; Demonstration av något slag; Offentlig tillställning, till exempel nattklubb, danstillställning eller liknande; Större släktsammankomst; Privat fest hos någon.

Hälsa

I diagrammen ovan uppvisades skillnader i hälsa mellan finlandsfödda och befolkningen i stort samt mellan den judiska minoriteten och befolkningen i stort. I ett försök att utesluta att dessa skillnader beror på geografiska skillnader jämförs här samma hälsovariabler med relevanta regionala jämförelsegrupper. De finlandsfödda i vårt urval jämförs med boende i de finska förvaltningskommunerna som ej är finlandsfödda. Boende i Tornedalen jämförs med boende i övriga kommuner i Norrbottens län. De svarande från den judiska minoriteten tillhör församlingar i Stockholm, Göteborg och Malmö, och de jämförs med boende i dessa tre kommuner.

Tabell 4. Allmänt hälsotillstånd, kroppslig hälsa och psykisk hälsa bland de nationella minoriteterna i jämförelse med majoritetsbefolkningen och relevanta regionala jämförelsegrupper. Åldersstandardiserade andelar med 95 % konfidensintervall.

Region	Hela befolkningen	Finlandsfödda	Boende i finska förvaltn kommuner[3] exkl Finlandsfödda	Boende i Tornedalen	Boende i övriga Norrbotten	Boende i storstadskom-muner[2]	Judisk minoritet
Bra hälsa							
Män	72,3 (72,0-72,6)	**65,0** (62,7-67,3)*	71,9 (70,5-73,2)	69,7 (67,0-72,5)	68,8 (66,9-70,7)	71,7 (70,9-72,4)	**85,4** (80,5-90,3)*
Kvinnor	67,5 (67,3-67,8)	**61,7** (59,8-63,5)*	68,5 (67,2-69,7)	66,4 (63,7-69,2)	65,6 (63,9-67,3)	67,5 (66,8-68,1)	**81,5** (76,4-86,5)*
Dagar med god kroppslig hälsa							
Män	80,4 (80,2-80,7)	**77,4** (75,4-79,5)*	79,7 (78,5-80,9)	81,8 (79,5-84,1)	80,4 (78,7-82,0)	79,9 (79,2-80,6)	84,7 (79,8-89,7)
Kvinnor	74,9 (74,6-75,1)	73,8 (72,1-75,5)	75,5 (74,4-76,7)	75,6 (73,1-78,1)	74,0 (72,3-75,6)	74,6 (74,0-75,3)	**83,1** (78,3-88,0)*
Dagar med god psykisk hälsa							
Män	83,9 (83,7-84,2)	**81,7** (79,8-83,6)*	82,0 (80,9-83,2)	**86,7** (84,6-88,7)*	87,5 (86,1-88,8)	81,4 (80,8-82,1)	**89,3** (85,0-93,7)*
Kvinnor	77,6 (77,3-77,8)	79,2 (77,6-80,7)	76,3 (75,2-77,5)	78,0 (75,6-80,5)	81,1 (79,6-82,5)	75,2 (74,6-75,9)	**83,5** (78,7-88,4)*

* och fet stil anger statistiskt säkerställda skillnader mot hela befolkningen (boende i finska förvaltningskommuner, övriga Norrbotten och storstadskommuner jämförs ej).

[2] Storstadskommunerna är Stockholm kommun, Malmö kommun och Göteborgs kommun

[3] De finska förvaltningskommunerna är: Botkyrka, Eskilstuna, Gällivare, Hallstahammar, Haninge, Haparanda, Huddinge, Håbo, Kiruna, Köping, Pajala, Sigtuna, Solna, Stockholm, Södertälje, Tierp, Upplands Väsby, Upplands-Bro, Uppsala, Älvkarleby, Österåker, Östhammar och Övertorneå

En mindre andel finlandsfödda, både män och kvinnor, uppgav en bra hälsa i jämförelse med hela befolkningen och även i jämförelse med boende i finska förvaltningskommuner som ej är finlandsfödda. En mindre andel kvinnor i de finska förvaltningskommunerna uppgav en bra hälsa i jämförelse med hela befolkningen. En större andel svarande från den judiska minoriteten uppgav en bra hälsa, både i jämförelse med hela befolkningen och i relation till jämförelsegruppen boende i de tre storstadskommunerna. När endast yrkesarbetande jämfördes uppgav manliga finlandsfödda i mindre utsträckning en bra hälsa jämfört med hela befolkningen. Yrkesarbetande män och kvinnor från den judiska minoriteten uppgav en bra hälsa i större utsträckning än hela befolkningen.

Bland finlandsfödda män uppgav en mindre andel att de hade en god kroppslig hälsa i jämförelse med hela befolkningen. Kvinnor från den judiska minoriteten hade en större andel dagar med god kroppslig hälsa både i jämförelse med hela befolkningen och med jämförelsegruppen av boende i de tre storstadskommunerna. När endast yrkesarbetande jämfördes uppgav en större andel kvinnor från den judiska minoriteten en god kroppslig hälsa jämfört med yrkesarbetande i hela befolkningen.

Finlandsfödda män uppgav att de hade färre dagar med god psykisk hälsa i jämförelse med hela befolkningen. Män i Tornedalen hade en större andel med god psykisk hälsa i jämförelse med hela befolkningen. Svarande från den judiska minoriteten hade en större andel dagar med god psykisk hälsa både i jämförelse med hela befolkningen och i relation till jämförelsegruppen av boende i de tre storstadskommunerna. Inga signifikanta skillnader uppvisades mellan grupperna när det gäller yrkesarbetande.

En jämförelse gjordes också mellan gruppen finlandsfödda som bor i förvaltningskommunerna (780 personer) och finlandsfödda i stort, men där uppvisades inga skillnader mellan grupperna.

I följande avsnitt redovisas sju tabeller med prevalenser för hälsoutfall och hälsorelaterade variabler. Det handlar om aspekter av kroppslig hälsa; vårdkontakter och tandläkarbesök; psykisk hälsa och därtill relaterade variabler; levnadsvanor; ekonomisk utsatthet och trygghet; sociala relationer samt förtroende för offentliga institutioner. Konfidensintervallen (95-procentigt) för respektive minoritetsbefolkning jämförs med konfidensintervallen för hela befolkningen. När konfidensintervallen inte överlappar varandra anges skillnaden som statistiskt säkerställd med 95-procentig säkerhet. När det till exempel gäller långvarig sjukdom bland finlandsfödda män nedan, så ligger den ”sanna” prevalensen med 95 procents säkerhet mellan 27,1 och 31,6 procent, medan motsvarande siffra för män i hela befolkningen är mellan 26,5 och 27 procent. Konfidensintervallen överlappar inte varandra och vi kan därför med 95 procents säkerhet säga att skillnaden mellan de båda grupperna är statistiskt signifikant.

Tabell 5. Kroppslig hälsa bland minoritetsbefolkningarna och hela befolkningen. Åldersstandardiserade andelar med 95 % konfidensintervall.

	Hela befolkningen	Finlandsfödda	Boende i Tornedalen	Judisk minoritet
Långvarig sjukdom				
Män	26,7 (26,5-27,0)	**29,4** (27,1-31,6)*	29,1 (26,4-31,8)	**20,0** (14,5-25,5)*
Kvinnor	30,5 (30,2-30,7)	**35,3** (33,5-37,1)*	**35,3** (32,5-38,1)*	**21,9** (16,5-27,2)*
Svår värk				
Män	12,6 (12,4-12,8)	**18,9** (17,0-20,8)*	13,7 (11,7-15,7)	10,7 (6,4-14,9)
Kvinnor	19,2 (18,9-19,4)	**21,7** (20,2-23,3)*	**22,6** (20,2-25,0)*	**11,4** (7,3-15,5)*
Diabetes				
Män	6,6 (6,4-6,4)	7,5 (6,1-8,8)	6,9 (5,3-8,4)	5,4 (2,2-8,5)
Kvinnor	4,3 (4,2-4,4)	4,1 (3,3-4,9)	5,5 (4,1-6,8)	5,4 (2,4-8,5)
Högt blodtryck				
Män	18,6 (18,4-18,9)	**29,6** (27,3-31,8)*	**23,3** (20,8-25,9)*	18,7 (13,3-24,2)
Kvinnor	17,7 (17,4-17,9)	**21,1** (19,5-22,7)*	19,5 (17,2-21,9)	18,8 (13,7-23,9)

* Statistiskt säkerställd skillnad gentemot hela befolkningen, 95 %.

Långvarig sjukdom med nedsatt funktionsförmåga var vanligare bland Finlandsfödda kvinnor och män och bland kvinnor boende i Tornedalen än i hela befolkningen. Bland den judiska minoriteten var det mindre vanligt, både bland män och kvinnor, med långvarig sjukdom och nedsatt funktionsförmåga jämfört med hela befolkningen.

Svår värk i rörelseorganen var vanligare bland finlandsfödda kvinnor och män och bland kvinnor boende i Tornedalen än i hela befolkningen. En mindre andel kvinnor av judisk minoritet hade svår värk jämfört med hela befolkningen.

Inga statistiskt säkerställda skillnader mellan minoritetsgrupperna och hela befolkningen fanns i förekomst av diabetes.

Finlandsfödda män och kvinnor samt män boende i Tornedalen uppgav högt blodtryck i större utsträckning än befolkningen i stort. För den judiska minoriteten uppvisades inga signifikanta skillnader i detta avseende.

Tabell 6. Vårdkontakter och tandhälsa bland minoritetsbefolkningarna och hela befolkningen. Åldersstandardiserade andelar med 95 % konfidensintervall.

	Hela befolkningen	Finlandsfödda	Boende i Tornedalen	Judisk minoritet
Vårdkontakter				
Män	42,4 (42,0-42,7)	**48,8** (46,4-51,2)*	**36,6** (33,7-39,5)*	46,3 (39,4-53,1)
Kvinnor	53,1 (52,8-53,3)	**50,6** (48,7-52,5)*	**56,3** (53,4-59,2)*	59,0 (52,6-65,3)
Avstått från läkarbesök				
Män	15,6 (15,4-15,9)	16,5 (14,3-18,7)	12,1 (5,8-18,4)	**9,2** (5,2-13,2)*
Kvinnor	18,3 (18,1-18,6)	**20,7** (18,8-22,6)*	23,2 (15,1-31,2)	**12,4** (8,1-16,7)*
Avstått från att köpa medicin				
Män	5,7 (5,5-5,8)	6,3 (5,0-7,6)	**4,2** (3,0-5,4)*	4,7 (1,8-7,6)
Kvinnor	6,5 (6,4-6,7)	**8,3** (7,2-9,5)*	5,5 (4,1-6,8)	6,6 (3,3-9,8)
Dålig tandhälsa				
Män	11,4 (11,2-11,6)	**16,7** (14,9-18,5)*	**8,2** (6,6-9,9)*	**4,9** (1,9-7,8)*
Kvinnor	10,2 (10,1-10,4)	11,1 (9,9-12,3)	**6,6** (5,2-8,1)*	**6,8** (3,5-10,0)*
Avstått att söka tandläkare				
Män	17,6 (17,3-17,8)	19,1 (17,2-21,0)	**20,5** (18,1-22,9)*	**8,1** (4,4-11,9)*
Kvinnor	18,1 (17,9-18,3)	**19,9** (18,4-21,4)*	**13,4** (11,4-15,4)*	**10,3** (6,3-14,2)*

* Statistiskt säkerställd skillnad gentemot hela befolkningen, 95 %.

Vårdkontakter (sjukvårdsbesök under de senaste tre månaderna) var vanligare bland finlandsfödda män och mindre vanligt bland finlandsfödda kvinnor jämfört med hela befolkningen. För boende i Tornedalen var situationen den omvända, där en mindre andel män och en större andel kvinnor uppgav att de under de tre senaste månaderna uppsökt sjukvård jämfört med hela befolkningen.

En större andel finlandsfödda kvinnor och en mindre andel kvinnor och män från den judiska minoriteten hade avstått från läkarbesök trots att de haft behov jämfört med dem i hela befolkningen.

Fler finlandsfödda kvinnor uppgav att de avstått från att köpa ut receptbelagd medicin jämfört med befolkningen i stort, medan kvinnor boende i Tornedalen köpte ut sin receptbelagda medicin i större utsträckning än befolkningen i stort.

En större andel finlandsfödda män och en mindre andel av både kvinnor och män boende i Tornedalen samt från den Judiska minoriteten hade dålig tandhälsa jämfört med hela befolkningen.

En större andel finlandsfödda kvinnor och en större andel män boende i Tornedalen uppgav att de avstått från tandläkarbesök trots att de hade behov av det jämfört med hela befolkningen. För kvinnor boende i Tornedalen och både kvinnor och män från den judiska minoriteten hade en mindre andel svarande avstått från att söka tandläkare trots behov jämfört med hela befolkningen.

Tabell 7. Psykisk hälsa bland minoritetsbefolkningarna och hela befolkningen.
Åldersstandardiserade andelar med 95 % konfidensintervall.

	Hela befolkningen	Finlandsfödda	Boende i Tornedalen	Judisk minoritet
Nedsatt psykiskt välbefinnande				
Män	14,7 (14,5-14,9)	**18,5** (16,6-20,3)*	13,6 (11,6-15,6)	**9,1** (5,2-13,1)*
Kvinnor	21,2 (20,9-21,4)	**19,3** (17,8-20,8)*	**25,8** (23,2-28,3)*	19,3 (14,2-24,5)
Svår ängslan, oro eller ångest				
Män	3,9 (3,7-4,0)	**2,5** (1,7-3,2)*	**1,4** (0,7-2,2)*	1,5 (-0,2-3,2)
Kvinnor	6,4 (6,2-6,5)	7,2 (6,2-8,2)	5,7 (4,3-7,0)	5,9 (2,8-8,9)
Svår trötthet				
Män	5,5 (5,4-5,6)	6,0 (4,8-7,2)	**3,0** (2,0-4,1)*	6,8 (3,3-10,3)
Kvinnor	9,9 (9,7-10,1)	9,3 (8,2-10,4)	**7,0** (5,5-8,4)*	7,4 (4,0-10,7)
Sömnsvårigheter				
Män	4,8 (4,7-5,0)	5,7 (4,6-6,9)	3,8 (2,7-4,9)	3,7 (1,1-6,3)
Kvinnor	7,7 (7,5-7,9)	**6,4** (5,5-7,3)*	**5,6** (4,2-6,9)*	7,3 (3,9-10,6)
Mycket stressad				
Män	2,2 (2,1-2,3)	3,1 (2,3-4,0)	**0,9** (0,3-1,4)*	1,1 (-0,3-2,6)
Kvinnor	4,0 (3,9-4,1)	**2,1** (1,6-2,6)*	**1,5** (0,8-2,2)*	3,5 (1,1-5,8)
Självmordstankar				
Män	10,5 (10,3-10,7)	**14,1** (12,2-15,9)*	**7,1** (5,6-8,6)*	14,3 (9,5-19,1)
Kvinnor	15,0 (14,8-15,2)	13,4 (12,0-14,8)	13,9 (11,9-16,0)	12,5 (8,3-16,8)

* Statistiskt säkerställd skillnad gentemot hela befolkningen, 95 %.

Bland finlandsfödda män och kvinnor boende i Tornedalen uppgav en större andel att de hade ett nedsatt psykiskt välbefinnande jämfört med hela befolkningen. Finlandsfödda kvinnor och män av judisk minoritet uppgav i mindre utsträckning att de hade nedsatt psykiskt välbefinnande jämfört med hela befolkningen.

Finlandsfödda män och män boende i Tornedalen uppgav i mindre utsträckning att de hade svåra besvär av ängslan, oro eller ångest jämfört med män i hela befolkningen.

Både män och kvinnor boende i Tornedalen uppgav att de i mindre utsträckning än befolkningen i stort har problem med svår trötthet.

Finlandsfödda kvinnor och både män och kvinnor boende i Tornedalen uppgav att de i mindre utsträckning än hela befolkningen kände sig mycket stressade.

Finlandsfödda män uppgav i större utsträckning än befolkningen i stort att de någon gång haft självmordstankar. För män boende i Tornedalen var resultatet det omvända – där var det en mindre andel män som haft självmordstankar jämfört med befolkningen i stort.

Levnadsvanor

Tabell 8. Levnadsvanor bland minoritetsbefolkningarna och hela befolkningen. Åldersstandardiserade andelar med 95 % konfidensintervall.

	Hela befolkningen	Finlandsfödda	Boende i Tornedalen	Judisk minoritet
Stillasittande				
Män	14,3 (14,1-14,5)	**18,8** (16,9-20,7)*	**19,0** (16,6-21,3)*	12,7 (8,1-17,3)
Kvinnor	13,1 (12,9-13,3)	**10,7** (9,6-11,9)*	13,6 (11,6-15,5)	12,2 (8,0-16,4)
Röker dagligen				
Män	12,6 (12,4-12,8)	13,9 (12,3-15,6)	**9,6** (7,8-11,3)*	**5,8** (2,6-9,0)*
Kvinnor	15,5 (15,3-15,7)	**23,0** (21,4-24,6)*	**11,3** (9,5-13,1)*	**8,3** (4,7-11,9)*
Snusar dagligen				
Män	19,7 (19,5-20,0)	19,6 (17,7-21,5)	**31,4** (28,6-34,1)*	**10,4** (6,2-14,7)*
Kvinnor	3,6 (3,5-3,8)	**2,4** (1,8-3,0)*	**7,4** (5,9-8,9)*	2,7 (0,6-4,8)
Använt cannabis				
Män	2,6 (2,5-2,7)	**1,2** (0,6-1,7)*	**0,8** (0,3-1,3)*	**6,2** (2,8-9,5)*
Kvinnor	1,2 (1,1-1,2)	**0,2** (0,01-0,3)*	**2,1** (1,3-2,9)*	1,5 (-0,1-3,1)
Riskabla spelvanor				
Män	5,5 (5,4-5,7)	6,1 (4,9-7,3)	5,8 (4,4-7,2)	**2,8** (0,5-5,1)*
Kvinnor	2,0 (1,9-2,0)	**2,8** (2,2-3,5)*	**1,1** (0,5-1,7)*	3,0 (0,7-5,2)
Riskabla alkoholvanor				
Män	16,9 (16,7-17,1)	**20,0** (18,0-21,9)*	18,2 (15,9-20,5)	13,6 (8,9-18,3)
Kvinnor	9,9 (9,7-10,1)	8,8 (7,7-9,9)	**7,1** (5,6-8,5)*	**5,5** (2,5-8,4)*

* Statistiskt säkerställd skillnad gentemot hela befolkningen, 95 %.

Bland de finlandsfödda männen angav en större andel att de är stillasittande jämfört med befolkningen i stort, men för kvinnorna var situationen den omvända. Även män boende i Tornedalen uppgav en stillasittande fritid i större utsträckning än jämfört med män i hela befolkningen.

Finlandsfödda kvinnor röker dagligen i större utsträckning än hela befolkningen. Kvinnor och män boende i Tornedalen och kvinnor och män från den judiska minoriteten röker däremot i mindre utsträckning dagligen jämfört med hela befolkningen. Boende i Tornedalen, både kvinnor och män, snusar dagligen i större utsträckning än dem i hela befolkningen. En mindre andel finlandsfödda kvinnor och män ur den judiska minoriteten snusar dagligen jämfört med hela befolkningen.

Kvinnor boende i Tornedalen och män ur den Judiska minoriteten hade använt cannabis i större utsträckning än dem i hela befolkningen. Finlandsfödda män och kvinnor samt män boende i Tornedalen hade använt cannabis i mindre utsträckning jämfört med hela befolkningen.

Det var något vanligare att finlandsfödda kvinnor hade riskabla spelvanor jämfört med kvinnor i hela befolkningen. Kvinnor boende i Tornedalen och män ur den judiska minoriteten uppgav i mindre utsträckning än befolkningen i stort att de hade riskabla spelvanor. Riskabla alkoholvanor var vanligare bland finlandsfödda män jämfört med

hela befolkningen men mindre vanliga bland kvinnor boende i Tornedalen och kvinnor från den judiska minoriteten jämfört med kvinnor i hela befolkningen.

Livsvillkor

Tabell 9. Ekonomisk utsatthet och trygghet bland minoritetsbefolkningarna och hela befolkningen. Åldersstandardiserade andelar med 95 % konfidensintervall.

	Hela befolkningen	Finlandsfödda	Boende i Tornedalen	Judisk minoritet
Saknar kontantmarginal				
Män	18,8 (18,6-19,1)	**23,4** (21,4-25,5)*	**23,8** (21,3-26,3)*	**9,8** (5,7-13,8)*
Kvinnor	25,7 (25,4-25,9)	24,3 (22,7-25,9)	27,3 (24,7-29,9)	**10,5** (6,6-14,5)*
Varit i ekonomisk kris				
Män	16,1 (15,9-16,4)	**22,4** (20,4-24,4)*	**19,4** (17,1-21,7)*	**9,3** (5,3-13,3)*
Kvinnor	19,3 (19,0-19,5)	18,1 (16,7-19,6)	**14,2** (12,1-16,2)*	**13,6** (9,2-18,1)*
Otrygg[4]				
Män	9,9 (9,7-10,1)	**7,4** (6,0-8,8)*	**7,4** (5,8-8,9)*	**3,8** (1,1-6,4)*
Kvinnor	38,7 (38,4-39,0)	**33,8** (31,8-35,8)*	**24,3** (21,8-26,8)*	**30,6** (24,6-36,5)*
Utsatts för hot om våld				
Män	4,4 (4,3-4,5)	**1,6** (1,0-2,2)*	**2,2** (1,3-3,0)*	6,3 (2,9-9,7)
Kvinnor	4,8 (4,7-4,9)	**3,3** (2,6-4,0)*	5,3 (4,0-6,6)	5,6 (2,6-8,6)
Utsatts för fysiskt våld				
Män	4,1 (4,0-4,3)	**2,9** (2,1-3,7)*	3,9 (2,8-5,1)	2,8 (0,5-5,1)
Kvinnor	2,6 (2,5-2,7)	3,3 (2,6-4,0)	**5,9** (4,6-7,3)*	2,7 (0,6-4,8)
Utsatt för själv-upplevd iskriminering				
Män	5,4 (5,3-5,6)	6,3 (5,1-7,5)	**3,1** (2,1-4,2)*	**12,4** (7,9-17,0)*
Kvinnor	8,7 (8,5-8,8)	8,8 (7,7-9,8)	**11,1** (9,3-12,9)*	10,8 (6,8-14,9)

* Statistiskt säkerställd skillnad gentemot hela befolkningen, 95 %.

Finlandsfödda män och män boende i Tornedalen saknade i större utsträckning kontantmarginal jämfört med hela befolkningen, medan en mindre andel av både män och kvinnor från den judiska minoriteten uppgav att de saknade kontantmarginal jämfört med befolkningen i stort.

Finlandsfödda män och män boende i Tornedalen hade i större utsträckning varit i ekonomisk kris jämfört med hela befolkningen. Kvinnor och män ur den judiska minoriteten och kvinnor boende i Tornedalen hade i mindre utsträckning varit i ekonomisk kris jämfört med hela befolkningen.

En mindre andel svarande från samtliga minoriteter, och både män och kvinnor, uppgav att de avstått från att gå ut ensam av rädsla för överfall, rån eller annat ofredande jämfört med hela befolkningen.

[4] Den som ibland eller ofta avstår från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad.

En mindre andel finlandsfödda män och kvinnor samt män boende i Tornedalen hade blivit utsatta för hot om våld jämfört med dem i hela befolkningen.
En mindre andel finlandsfödda män och en större andel kvinnor boende i Tornedalen uppgav att de hade utsatts för fysiskt våld jämfört med dem i hela befolkningen.

Kvinnor boende i Tornedalen och män ur den judiska minoriteten uppgav i större utsträckning att de hade upplevt sig vara diskriminerade jämfört med hela befolkningen, medan en mindre andel av männen boende i Tornedalen hade upplevt sig vara diskriminerade jämfört med dem i hela befolkningen.

Tabell 10. Sociala relationer bland minoritetsbefolkningarna och hela befolkningen. Åldersstandardiserade andelar med 95 % konfidensintervall.

	Hela befolkningen	Finlandsfödda	Boende i Tornedalen	Judisk minoritet
Saknar emotionellt stöd				
Män	13,9 (13,7-14,2)	15,6 (13,9-17,4)	15,6 (13,5-17,8)	**9,2** (5,2-13,2)*
Kvinnor	9,6 (9,5-9,8)	8,7 (7,7-9,8)	**11,7** (9,9-13,6)*	8,1 (4,5-11,6)
Saknar praktiskt stöd				
Män	6,2 (6,0-6,3)	**8,8** (7,4-10,2)*	6,5 (5,1-8,0)	3,6 (1,1-6,2)
Kvinnor	4,9 (4,8-5,1)	5,3 (4,5-6,2)	**0,7** (0,2-1,1)*	3,5 (1,1-5,8)
Saknar tillit				
Män	26,0 (25,7-26,3)	26,6 (24,4-28,8)	25,3 (22,7-27,9)	23,6 (17,7-29,4)
Kvinnor	26,6 (26,4-26,9)	25,5 (23,9-27,2)	**20,3** (17,9-22,6)*	24,3 (18,7-29,8)
Lågt socialt deltagande				
Män	21,3 (21,1-21,6)	**24,7** (22,6-26,8)*	**42,3** (39,3-45,3)*	**3,6** (1,0-6,1)*
Kvinnor	18,6 (18,3-18,8)	**20,6** (19,1-22,2)*	**24,3** (21,8-26,8)*	**5,1** (2,3-8,0)*

* Statistiskt säkerställd skillnad gentemot hela befolkningen, 95 %.

En större andel kvinnor boende i Tornedalen och en mindre andel män ur den judiska minoriteten uppgav att de saknade emotionellt stöd jämfört med dem i hela befolkningen.

En större andel finlandsfödda män och en mindre andel kvinnor boende i Tornedalen saknade praktiskt stöd jämfört med i hela befolkningen.

En mindre andel kvinnor boende i Tornedalen litade inte på andra människor (saknade tillit) jämfört med kvinnor i hela befolkningen.

Finlandsfödda och boende i Tornedalen, både kvinnor och män, uppgav i större utsträckning att de hade ett lågt socialt deltagande jämfört med hela befolkningen. Både män och kvinnor från den judiska minoriteten uppgav i mindre utsträckning ett lågt socialt deltagande jämfört med befolkningen i stort.

Tabell 11. Förtroende för offentliga institutioner bland minoritetsbefolkningarna och hela befolkningen. Åldersstandardiserade andelar med 95 % konfidensintervall.

	Hela befolkningen	Finlandsfödda	Boende i Tornedalen	Judisk minoritet
Lågt förtroende sjukvården				
Män	24,8 (24,5-25,1)	**32,0** (29,8-34,3)*	**39,6** (36,6-42,5)*	23,1 (17,3-28,9)
Kvinnor	26,1 (25,8-26,3)	**31,3** (29,5-33,1)*	**33,7** (31,0-36,5)*	**20,4** (15,1-25,6)*
Lågt förtroende skolan	35,9 (35,6-36,2)	**39,5** (37,1-41,9)*	**39,5** (36,5-42,5)*	36,3 (29,6-43,0)
Män	28,5 (28,3-28,8)	29,4 (27,6-31,2)	25,8 (23,2-28,4)	28,2 (22,3-34,2)
Kvinnor				
Lågt förtroende Polisen				
Män	36,5 (36,1-36,8)	**40,6** (38,2-43,0)*	36,3 (33,4-39,2)	37,7 (30,9-44,4)
Kvinnor	23,6 (23,3-23,8)	25,5 (23,8-27,2)	25,6 (23,1-28,2)	21,9 (16,5-27,3)
Lågt förtroende Socialtjänsten				
Män	41,6 (41,2-41,9)	43,0 (40,5-45,4)	**45,4** (42,4-48,5)*	37,6 (30,9-44,3)
Kvinnor	36,1 (35,8-36,4)	37,7 (35,8-39,6)	**32,8** (30,1-35,6)*	34,7 (28,4-40,9)
Lågt förtroende Arbetsförmedlingen				
Män	53,9 (53,6-54,2)	**58,8** (56,4-61,3)*	51,9 (48,8-54,9)	59,2 (52,4-66,1)
Kvinnor	48,7 (48,4-49,0)	**52,6** (50,7-54,6)*	**53,2** (50,3-56,2)*	46,3 (39,7-52,9)
Lågt förtroende Försäkringskassan				
Män	41,0 (40,7-41,3)	**45,0** (42,5-47,4)*	41,5 (38,6-44,5)	40,9 (34,1-47,7)
Kvinnor	36,5 (36,2-36,8)	**40,5** (38,6-42,4)*	37,0 (34,2-39,8)	35,1 (28,8-41,4)
Lågt förtroende landstingspolitiker[5]				
Män	58,9 (58,5-59,2)	**54,6** (52,2-57,1)*	**72,7** (70,0-75,4)*	**45,9** (39,0-52,8)*
Kvinnor	49,6 (49,3-49,9)	**56,6** (54,7-58,6)*	**58,7** (55,8-61,5)*	**38,5** (32,1-44,8)*
Lågt förtroende kommunpolitiker				
Män	56,6 (56,3-56,9)	55,4 (52,9-57,8)	**67,6** (64,7-70,4)*	**47,4** (40,4-54,3)*
Kvinnor	49,4 (49,1-49,7)	**56,2** (54,3-58,2)*	**53,6** (50,7-56,6)*	**37,7** (31,3-44,0)*
Lågt förtroende fackföreningar				
Män	51,4 (51,1-51,8)	50,0 (47,3-52,7)	**39,3** (36,3-42,2)*	56,6 (49,8-63,5)
Kvinnor	42,2 (41,9-42,6)	**47,4** (45,2-49,5)*	**35,4** (32,6-38,3)*	43,4 (36,9-49,9)

Både män och kvinnor, finlandsfödda samt boende i Tornedalen, uppgav i större utsträckning ett att de hade ett lågt förtroende för sjukvården jämfört med befolkningen i stort. En mindre andel kvinnor ur den judiska minoriteten uppgav att de hade ett lågt förtroende för sjukvården jämfört med hela befolkningen.

En större andel finlandsfödda män och män boende i Tornedalen uppgav att de hade ett lågt förtroende för skolan jämfört med befolkningen i stort.

[5] Politiker i ditt landsting/region

En större andel finlandsfödda män uppgav att de hade ett lågt förtroende för polisen jämfört med befolkningen i stort. När det gäller socialtjänsten uppgav en större andel män och en mindre andel kvinnor boende i Tornedalen ett lågt förtroende jämfört med befolkningen i stort.

En större andel finlandsfödda män och kvinnor samt män boende i Tornedalen uppgav att de hade ett lågt förtroende för Arbetsförmedlingen i jämförelse med befolkningen i stort.

Finlandsfödda män och kvinnor uppgav i större utsträckning att de hade ett lågt förtroende för Försäkringskassan jämfört med hela befolkningen.

Finlandsfödda kvinnor samt män och kvinnor boende i Tornedalen uppgav i större utsträckning att de hade ett lågt förtroende för landstingspolitiker jämfört med hela befolkningen. Finlandsfödda män samt både män och kvinnor ur den judiska minoriteten uppgav i mindre utsträckning ett lågt förtroende för landstingspolitiker jämfört med hela befolkningen.

Finlandsfödda kvinnor samt män och kvinnor boende i Tornedalen uppgav i större utsträckning att de hade ett lågt förtroende för kommunpolitiker jämfört med hela befolkningen. Både män och kvinnor ur den judiska minoriteten uppgav i lägre utsträckning att de hade ett lågt förtroende för kommunpolitiker jämför med befolkningen i stort.

En större andel finlandsfödda kvinnor hade ett lågt förtroende för fackföreningar jämfört med befolkningen i stort. Bland de boende i Tornedalen, både män och kvinnor, uppgav en mindre andel att de hade ett lågt förtroende för fackföreningarna jämfört med hela befolkningen.

Speciella frågor riktade till den judiska minoriteten

I frågeformuläret som skickades ut till ett urval av judiska församlingens medlemmar fanns under rubrikerna *om det judiska, om sociala förhållanden, om hälsa och sjukdom* 24 ytterligare frågor som ansågs vara av betydelse för den judiska minoritetens hälsosituation. Nedan redovisas resultaten av dessa frågor. Redovisningen kan ses som en beskrivning av de svarande från den judiska minoriteten som besvarat enkäten.

Tabell 2. Frågor om det judiska fördelat efter kön Andelar i procent.

Fråga	**Män**	**Kvinnor**	**Totalt**
Vilken generation av judisk minoritet i Sverige tillhör Du?			
1. Första generationen (är själv född utomlands)	32	21	26
2. Andra generationen (mor eller far född utomlands)	39	33	36
3. Tredje generationen eller mer(både mor och far födda i Sverige)	25	33	29
4. Ej relevant	5	13	9
Man kan ha olika känsla för "det judiska". Vilket av följande alternativ beskriver bäst hur Du känner det?			
1. Även om jag har judisk bakgrund, betraktar jag mig inte på något sätt som jude	1	1	1
2. Jag är medveten om att jag är jude, men tänker inte så ofta på det	7	12	10
3. Jag känner mig rätt judisk, men andra aspekter av mitt liv och min tillvaro spelar också stor roll	34	41	38
4. Jag är starkt medveten om att jag är jude, och det är mycket viktigt för mig	56	44	50
5. Inget av dessa alternativ, svårt att säga	1	1	1
Vet Din icke-judiska omgivning om att Du är jude/judinna?			
1. Ja, i stort sett alla	89	88	89
2. Ja, men endast några få av dem	10	12	11
3. Nej, i stort sett ingen av dem	1	0	0
Vad tycker Du om att icke-judisk minoritet i din omgivning identifierar Dig som jude/judinna?			
1. Jag känner mig otrygg och generad av det	1	1	1
2. Jag har inget emot det	38	48	43
3. Det känns naturligt – jag presenterar gärna mig själv som jude	52	38	44
4. Svårt att säga, osäker	9	13	11
Känner Du Dig mest som jude eller som svensk (alternativt annan nationalitet)			
1. Jag känner mig mer som svensk (alt annan nationalitet) än som jude	10	17	14
2. Jag känner mig lika mycket som svensk (alt. annan nationalitet), som jag känner mig som jude	54	51	52
3. Jag känner mig mer som jude än som svensk (alt. annan nationalitet)	32	25	29
4. Svårt att säga, osäker	4	6	5

Det var något vanligare att de svarande tillhörde andra generationen av judisk minoritet än första eller tredje. Hälften av de svarande är starkt medvetna om att de tillhör judisk minoritet och detta är viktigt för dem. Ungefär 9 av 10 i de svarandes icke-judiska omgivning känner till att de svarande tillhör judisk minoritet och nästan lika stor andel tycker att detta är bra. Hälften av de svarande känner sig lika mycket som svensk som de känner sig som tillhörande judisk minoritet.

Tabell 3. Frågor om det judiska fördelat efter kön. Andelar i procent.

Fråga	**Män**	**Kvinnor**	**Totalt**
Vilken judisk församling är du medlem i?			
1. Stockholm	68	70	69
2. Göteborg	20	22	21
3. Malmö	12	7	9
4. Annan	0,5	0	0,5
Är Du född jude eller har Du konverterat till judendom?			
1. Jag är född jude	95	84	89
2. Jag har konverterat till judendomen	5	16	11
Hur skulle Du vilja beskriva Dig i förhållande till judisk religionsutövning?			
1. Jag utöver inte alls religionen	12	9	10
2. Jag är judisk, bara så där i allmänhet	22	30	26
3. Jag är "liberalt" ("reform"/"masorti") judisk	28	28	28
4. Jag är "traditionell", men inte ortodox	36	32	34
5. Jag är ortodox	3	1	2
I vilken grad följde ni judiska seder och traditioner i Ditt barndomshem jämfört med vad Du själv gör idag?			
1. Vi följde i högre grad judiska seder och traditioner i mitt barndomshem än vad jag själv gör idag	26	32	29
2. Det är ingen större skillnad i det avseendet mellan mitt barndomshem och det jag själv gör idag	40	35	38
3. Jag följer i högre grad judiska seder och traditioner än vad vi gjorde i mitt barndomshem	24	16	20
4. Frågan är inte relevant för mig	9	17	13
Håller Du koscher hemma hos dig?			
1. Ja	15	13	14
2. Ja, delvis	22	29	26
3. Nej	63	58	60

De flesta svarande (70 procent) tillhör den judiska församlingen i Stockholm, och en av fem svarande tillhör den judiska församlingen i Göteborg. Nio av tio svarande tillhör den judiska minoriteten sedan födelsen. Flest svarande har angett att de är traditionella i sin religionsutövning, men nästan lika många svarande har angett att de är mer ”liberalt” judiska i religionsutövningen eller judisk i allmänhet. En majoritet av de svarande uppger att det inte är någon större skillnader mellan de judiska seder de växte upp med i sitt barndomshem och de seder som de i dag använder som vuxna. Runt en tredjedel av de svarande uppger också att de i dag inte tillfullo följer de judiska seder och traditioner som de växte upp med som barn. Drygt hälften av de svarande håller inte koscher i sitt hem.

Tabell 4. Sociala förhållanden fördelat efter kön.. Andelar i procent.

Fråga	Män	Kvinnor	Totalt
Är din nuvarande partner jude/judinna?			
1. Ja	59	50	55
2. Nej	41	50	45
När Du är tillsammans med andra människor, tycker Du att det känns bättre att vara med judisk minoritet än med icke-judisk minoritet?			
1. Det känns bättre att vara med judisk minoritet	28	26	27
2. Ingen skillnad	70	73	72
3. Det känns bättre att vara med icke-judisk minoritet	2	1	1
Hur många av Dina närmaste vänner är judisk minoritet?			
1. Alla eller nästan alla	18	13	15
2. Mer än hälften	25	22	23
3. Ungefär hälften	25	25	25
4. Mindre än hälften	19	23	21
5. Ingen, eller mycket få	13	18	16
Upplever Du att rasismen har ökat, minskat eller är ungefär oförändrad i Sverige under de senaste fem åren?			
1. Den har ökat	66	69	68
2. Den är oförändrad	33	29	31
3. Den har minskat	1	2	1
Om vi ser speciellt på antisemitism, upplever Du att den har ökat, minskat eller är ungefär oförändrad i Sverige under de senaste fem åren?			
1. Den har ökat	73	73	73
2. Den är oförändrad	26	26	26
3. Den har minskat	1	1	1
Har Du personligen varit utsatt för antisemitism här i Sverige under de senaste fem åren?			
1. Nej, aldrig	67	71	69
2. Ja, en enstaka gång	25	25	25
3. Ja, flera gånger	8	4	6

Hälften av kvinnorna och drygt hälften av männen har en partner som också tillhör den judiska minoriteten. Sju svarande av tio tycker inte att det är någon skillnad att vara tillsammans med någon som tillhör judisk minoritet jämfört med någon som tillhör icke-judisk minoritet. Två av tre svarande tycker att rasismen i Sverige har ökat under de senaste fem åren och ungefär lika många anser också att antisemitism ökat under samma period. Under de senaste fem åren anger 31 procent av de svarande att de varit utsatta för antisemitism en eller fler gånger.

Tabell 5. Hälsa och sjukdom fördelat efter kön. Andelar i procent.

Fråga	Män	Kvinnor	Totalt
Nedan nämns en rad vanliga tillstånd som det inte är ovanligt att människor lider av. Kryssa för de av dessa som eventuellt gäller för Dig?			
1. Hjärt-/kärlsjukdom	14	9	11
2. Högt blodtryck	26	23	24
3. Muskel/ledsmärtor	25	29	27
4. Allergi	20	22	21
5. Astma	6	10	8
6. Depression	8	11	10
7. Tvångstankar	2	2	2
8. Förföljelsetankar	1	1	1
9. Känsla av ensamhet/utanförskap	10	12	11
10. Överdriven misstänksamhet/Svårighet att känna tillit till andra människor	2	2	2
Har Du vetskap om några genetiska/ärftliga sjukdomar i din släkt?			
1. Ja	32	34	33
2. Nej	68	66	67
Har Du själv varit drabbad av någon sådan?			
1. Ja	21	19	20
2. Nej, vet ej	79	81	80
Känner Du till sjukdomar som just judisk minoritet i högre grad än andra riskerar att vara utsatta för?			
1. Ja	32	31	32
2. Nej	68	69	68
Det finns olika uppfattningar om hur koscher mat inverkar på människors hälsa. Vad är din uppfattning?			
1. Koscher mat är mer hälsosamt än vanlig mat	20	20	20
2. Vanlig mat är mer hälsosamt än koscher mat	2	2	2
3. Om man äter koscher eller vanlig mat har ingen större betydelse för hälsan	78	78	78
Förintelsen (Holocaust/Shoa) har berört många av judisk minoritet, även judisk minoritet som inte själva suttit i koncentrationsläger. Vilken relation har Du personligen till Förintelsen?			
1. Jag är själv överlevande från Förintelsen	3	3	3
2. Båda mina föräldrar var direkt drabbade av Förintelsen	16	16	16
3. En av mina föräldrar var direkt berörd av Förintelsen	14	11	12
4. Ingen av mina föräldrar men andra nära släktingar var direkt drabbade av Förintelsen	38	37	37
5. Varken jag eller någon av mina släktingar har varit direkt berörd av Förintelsen	30	34	32
När Du tänker på Ditt nuvarande hälsotillstånd, är det då något i det som Du menar direkt eller indirekt har med Förintelsen att göra?			
1. Ja	13	12	12
2. Nej	80	78	79
3. Vet ej	7	9	8

Fråga	Män	Kvinnor	Totalt
Om det skulle finnas en "Judisk hälsovårdsmottagning" med både medicinsk och psykologisk kompetens där Du bor, skulle Du då söka upp den för att få hjälp mot Dina hälsoproblem?			
1. Ja, det är jag ganska säker på	37	31	34
2. Tveksamt, det ser jag inga särskilda skäl för	58	63	60
3. Nej, det skulle jag nog undvika	5	6	6

Vanligast bland de tillstånd som uppräknas är muskel/ledsmärtor, högt blodtryck och allergi. De tabeller som här presenteras redovisar ostandardiserade andelar till skillnad från de åldersstandardiserade resultat som redovisats tidigare i denna rapport. Här är det av intresse att beskriva hur den judiska minoriteten som besvarat enkäten också svarat på dessa speciella frågor. I de åldersstandardiserade resultaten kan jämförelser mellan olika minoriteter och hela befolkningen göras oavsett ålder (åldersskillnaderna har tagits bort). Vissa av de tillstånd som räknas upp här återfinns också bland de frågor som ställts i nationella folkhälsoenkäten och där kan man se att vanliga tillstånd inte är mer förekommande bland svarande ur judisk minoritet jämfört med majoritetsbefolkningen.

En tredjedel av de svarande vet att det finns ärftliga sjukdomar i deras släkt och 20 procent har själva drabbats av någon ärftlig sjukdom. En tredjedel av de svarande känner till sjukdomar som i högre grad drabbar personer som tillhör den judiska minoriteten. Åtta av tio svarande uppger att de inte tror att det finns någon skillnad mellan koschermat och vanlig mat när det gäller påverkan på hälsan.

Endast en tredjedel av de svarande hade ingen släkting och hade heller inte själv varit direkt berörd av Förintelsen, och lika många angav att de hade någon nära anhörig som var direkt berörd av Förintelsen. 12 procent ansåg att något i deras nuvarande hälsotillstånd har direkt eller indirekt med Förintelsen att göra.

En tredjedel av de svarande är ganska säker på att de skulle besöka en "Judisk hälsovårdsmottagning om en sådan funnits, men 60 procent ställer sig samtidigt tveksamma till den frågan.

Hälsosituationen bland romer

Romernas syn på romers hälsa - Bakgrund

Inom ramen för uppdraget att kartlägga de nationella minoriteternas hälsa har Statens folkhälsoinstitut etablerat kontakt med företrädare för romska organisationer och därtill haft nära kontakt med delegationen för romska frågor. Delegationen är en kommitté utsedd av regeringen, vars huvuduppgift innefattar att undersöka romernas situation i Sverige. På delegationen arbetar en romsk utredningssekreterare som också är sakkunnig i romska frågor och har fungerat som stöd och rådgivare för Folkhälsoinstitutets arbete om romers hälsa.

Vid en första hearing i december 2008 framförde de romska företrädarna kritiska sypunkter på uppdragets utformning och planerade genomförande. De framhöll bland

annat att en kartläggning, baserad på den nationella folkhälsoenkäten, hade skapat oro bland den romska befolkningen. De betonade att det fanns en skepsis och misstro bland romer mot kartläggningar som kan förknippas med registrering och hänvisade till händelserna i Italien. De romska företrädarna var emellertid ense om hälsofrågornas betydelse och uttryckte en medvetenhet om att hälsosituationen bland romerna var bekymmersam. Vid denna hearing saknades dock representanter för ett flertal romska organisationer och för att bredda deltagandet anordnade Statens folkhälsoinstitut ytterligare ett möte i samverkan med Delegationen för romska frågor i februari 2009. Liksom vid det tidigare mötet var deltagandet lågt och det framkom att flera organisationer hade avstått från att delta för att de inte ville medverka till eller riskera att förknippas med något som kunde tolkas som registrering. Det stod därmed tämligen klart att motståndet mot den planerade kartläggningen var av sådan art och omfattning att den svårligen skulle kunna genomföras på det sätt som planerats.

Efter diskussion om alternativa arbetssätt enades Folkhälsoinstitutet och de romska företrädarna om att individuella intervjuer och fokusgrupper kunde vara lämpligare sätt för att få en bild av hälsosituationen inom den romska befolkningen. Vid fortsatta överläggningar framkom det även att det skulle innebära stora fördelar om personer med romsk tillhörighet kunde genomföra själva datainsamlingen. Detta skulle öka studiens trovärdighet och möjlighet att nå ut till olika romska grupper. Statens folkhälsoinstitut ställde sig bakom förslaget att använda mer participatoriska arbetsformer och avsatte extra resurser för utbildning i kvalitativ datainsamlingsmetodik för ett antal särskilt utvalda romska intervjuare.

Som en förberedelse för genomförandet av studien fick Delegationen för romska frågor samt ett flertal romska organisationer ta del av den nationella folkhälsoenkäten för att kunna ge synpunkter på de frågeområden som tas upp i denna, samt ge förslag på vilka frågor som är särskilt viktiga att ta upp bland romerna. Genomgången visade att några områden i enkäten kunde upplevas som kränkande eller vara tabu för romer att diskutera, såsom partnerrelaterat våld, spel och sexuell läggning. Av respekt för den romska kulturen enades man om att dessa frågor skulle tas upp med viss försiktighet.

Syfte och studiedesign

Valet av en kvalitativ ansats, baserad på intervjuer och fokusgruppsdiskussioner, innebar en omformulering av syftet med studien av romernas hälsosituation till att bli mer utforskande; det vill säga att belysa hur romerna själva ser på romers hälsa, levnadsvanor, sjukdomsförekomst och vilka möjligheter till förbättring de identifierar.

Den kvalitativa studiedesignen är inte baserad på ett statistiskt representativt urval och resultaten kan därför inte belysa omfattningen och förekomsten av vissa sjukdomar eller tillstånd. Resultaten kan således inte jämföras statistiskt med andra minoritetsbefolkningar eller med Sverige i stort. Istället ger denna studiedesign möjlighet att genom strategiskt utvalda informanter beskriva romernas egen bild av hälsa och sjukdom; dess orsaker, konsekvenser och möjlighet till förändring (Dahlgren, 2007).

Metod

Intervjuer

Syftet med att genomföra individuella intervjuer var att få en djupare förståelse för romers syn på hälsa och framförallt att få del av deras egna berättelser och erfarenheter av hälsa och sjukdom samt dess konsekvenser. I intervjusituationen utnyttjas samtalet, vilket utgör en grundläggande interaktion mellan människor, som gör det möjligt för en intervjuare sätta sig in i informantens erfarenheter i en speciell social kontext (Kvale, 1997, Dahlgren, 2007, Gillham, 2008).

Fokusgruppdiskussioner

Fokusgruppdiskussionerna hade till syfte att få del av de normer och värderingar som omgärdar hälsa och sjukdom bland romer som grupp. Metoden bygger på att man samlar 6-10 personer för att under ledning av en moderator samtala om ett begränsat antal teman. Detta gör det möjligt att utnyttja interaktionen mellan deltagarna för att förstå de olika föreställningar om hälsa och sjukdom som existerar. Moderatorns roll är att se till att alla deltagare får komma till tals, se till att diskussionen hålls fokuserad och att följa upp intressanta frågeställningar (Wibeck, 2000; Dahlgren, 2007).

Val av intervjuare

Urvalet av romska intervjuare kunde ske tack vare det samarbete som etablerats mellan Folkhälsoinstitutet, de olika romska organisationerna och Delegationen för romska frågor. Detta medförde att den misstänksamhet och bristande tillit gentemot myndigeter som av historiska skäl finns i den romska befolkningen i detta fall åtminstone delvis kunde överbryggas genom möten, samtal och ingående information om uppdragets syfte. Att anlita intervjuare ur de olika romska gruppen innebar även att intervjuarna hade mycket god kunskap om den kultur som skulle studeras, vilket är en viktig förutsättning för genomförandet av en kvalitativ studie (Creswell, 2007).

Kriterierna för urval av intervjuare var att de skulle representera de olika romska grupper som finns i Sverige idag, d v s svenska, finska, nyanlända, utomnordiska och resande romer samt att de skulle komma från olika geografiska områden. Det var också viktigt att se till att både kvinnor och män fanns representerade eftersom det var känt att detta kunde ha betydelse för möjligheten att genomföra både intervjuer och fokusgruppdiskussioner.

Totalt valdes åtta romska intervjuare ut; två från Stockholm (man och kvinna), två från Göteborg (man och kvinna), två från Trollhättan (man och kvinna) och två från Malmö (man och kvinna). De flesta av dessa hade arbetat aktivt med romska frågor inom romska organisationer, folkhögskolor eller inom kyrkan och hade ett stort förtroende och nätverk inom den egna gruppen. De representerade samtliga romska grupper utom den finska men hade trots det möjlighet att inkludera finska romer i södra Sverige bland informanterna. För intervjuer och fokusgrupper bland finska romer i Luleå anlitades en erfaren kvinnlig utredningssekreterare som behärskade finska språket och för intervjuer med romska aktivister anlitades en kvinnlig socialantropolog.

Utbildning i intervju- och fokusgruppsmetodik

I samarbete med enheten för Epidemiologi och Global hälsa vid Umeå universitet anordnade Folkhälsoinstitutet en tvådagars utbildning i kvalitativ datainsamlingsmetodik. Maria Emmelin, docent i epidemiologi och folkhälsovetenskap samt erfaren lärare i kvalitativ metod var ansvarig för kursen. Isis Nyampame, Folkhälsoinstitutets utredare, höll i organisationen av kursen och för anknytningen till regeringsuppdraget.

Syftet med kursen var att ge de romska intervjuarna grundläggande kunskap i kvalitativ metod med fokus på intervju- och fokusgruppsmetodik samt de etiska övervägningar som dessa metoder föranleder. Tyngdpunkten i utbildningen låg på den praktiska tillämpningen, där deltagarna själva fick formulera intervjufrågor och tematiska guider för fokusgruppsdiskussioner. De fick även genomföra en fokusgruppsdiskussion om ”vad hälsa är” för att träna på rollen som moderator och diskutera de svårigheter som kan uppkomma under den kvalitativa datainsamlingen.

De sista sessionerna av utbildningen ägnades åt att sammanfatta deltagarnas syn på vad som var avgörande för att kunna inhämta kunskap om romernas hälsosituation. Utifrån dessa erfarenheter utarbetade gruppen en frågeguide som skulle användas som utgångspunkt både för fokusgruppsdiskussionerna och intervjuerna. Att ha en gemensam intervjuguide bedömdes som särskilt viktigt eftersom flera intervjuare skulle vara involverade i datainsamlingen. Den skapade en trygghet för de relativt oerfarna intervjuarna eller moderatorerna, som på detta sätt fick en röd tråd att följa, även om det skulle komma att ske med stor flexibilitet. Tabell 1 illustrerar fokusgruppsguiden med specificering av de frågor på *gruppnivå* som bedömdes relevanta för fem identifierade huvudteman; hälsa, levnadsvanor, sjukdomar, kontakten med sjukvården samt förändringsbehov. För de individuella intervjuerna omformulerades frågorna med inriktning på informanternas *egna erfarenheter*.

Tabell 1: Frågeguiden

Hur ser romerna på romers hälsa och möjligheter till förbättring?				
Hälsa	**Levnads-vanor**	**Sjukdomar**	**Sjukvården**	**Förändrings-behov**
Hur skulle ni beskriva vad god hälsa är? Vad får romer att må bra?	Skulle ni kunna beskriva hur era/romernas levnadsvanor ser ur? -fysisk aktivitet -matvanor -alkohol -rökning -spel Idag jämfört med förr	Hur ser hälso-situationen ut bland romer idag? Allvarligaste sjukdomarna? Vad tror ni att detta beror på? Idag jämfört med förr	Hur ser hälso-situationen ut bland romer idag? Allvarligaste sjukdomarna? Vad tror ni att detta beror på? Idag jämfört med förr	Vad behövs för att förbättra romernas hälsosituation? Från samhällets sida Från romerna själva Från romska organisationer

Urval av informanter

För att kunna säga något om hälsan bland romer som grupp var det viktigt att få så stor variation i deltagarnas erfarenheter som möjligt (Dahlgren et al. 2007). De romska intervjuarna ombads att utnyttja sitt kontaktnät för att bjuda in kvinnor och män från sin egen romska grupp och att se till att få med personer tillhörande olika åldersgrupper (18-84) med varierande social bakgrund och erfarenheter att delta i intervjuer och fokusgrupper. Urvalet av nyckelpersoner (aktivister av olika slag) skedde i samarbete med delegationen för romska frågor.

Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes under september – oktober 2009. Intervjuarna började med fokusgrupperna för att med dessa som utgångspunkt genomföra de individuella intervjuerna. Antalet deltagare i fokusgruppsdiskussionerna varierade mellan 3-7 personer. Intervjuerna genomfördes på ett ställe som intervjuare och informant kommit överens om, vilket kunde vara hemma hos informanten eller i en lokal där informanten kände sig trygg att dela med sig av sina erfarenheter. Fokusgruppsdiskussionerna hölls oftast i en lokal som gjorts tillgänglig genom någon av de romska organisationerna. I samband med intervjuer eller fokusgruppsdiskussioner informerades informanterna om att deltagandet var helt frivilligt och att de när som helst kunde avbryta. Både intervjuerna och fokusgruppsdiskussionerna genomfördes på romanichib. De spelades in på band och intervjuarna översatte materialet till svenska i samband med transkriberingen. Detta arbete genomfördes löpande under datainsamlingsperioden för att intervjuarna skulle kunna få återkoppling från Folkhälsoinstitutets handläggare.

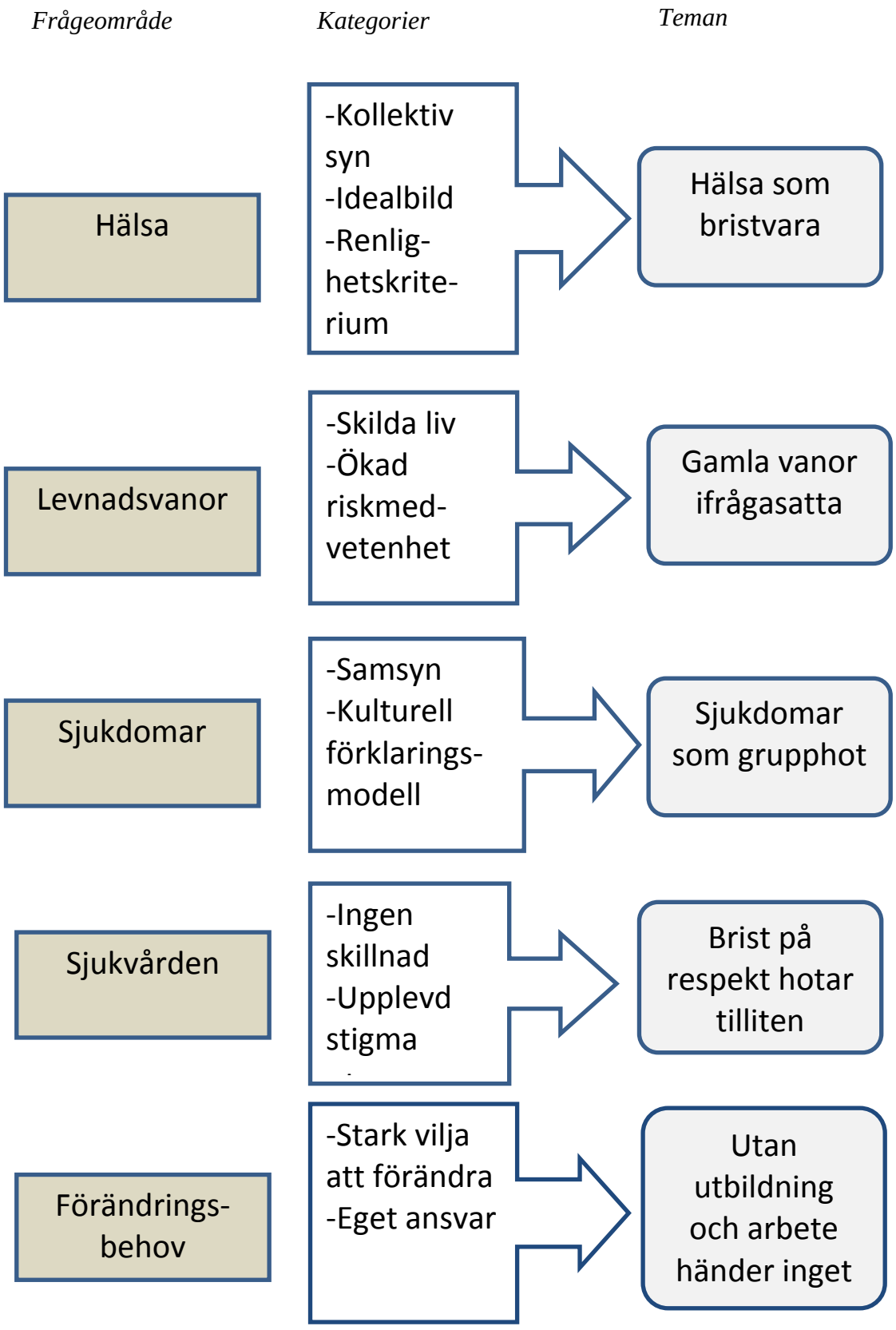
Analys

Den analysen baserades på information från fokusgruppsdiskussioner och individuella intervjuer med romska män och kvinnor samt romska aktivister. Analysarbetet har genomförts av Isis Nyampame med stöd av Maria Emmelin. Den byggde på principerna för innehållsanalys såsom den beskrivs av Graneheim et al (2004). Detta betyder att de utskrivna texterna lästes noggrant, och att en öppen kodning av meningsbärande enheter genomfördes för att kunna beskriva informanternas syn på romers hälsosituation, både på ett konkret (manifest) och ett mera abstrakt tolkande sätt (latent). Denna process innebar också ett ständigt jämförande av preliminära tolkningar och informanternas utsagor. Denna preliminära tolkning av materialet kommer att diskuteras med intervjuarna och delegationen för romska frågor som underlag för den slutliga analysen.

Resultat

Sammanlagt genomförde varje intervjuare 4 individuella intervjuer och 4 fokus-gruppdiskussioner, totalt 32 intervjuer och 32 fokusgrupper. 10 intervjuer genomfördes med romska aktivister. Detta innebär att cirka 300 romer deltagit i studien varav lite mer än hälften var kvinnor, Deras bakgrunder representerar den variation som finns i den romska gruppen, d v s en stor andel av informanterna var arbetslösa, beroende av ekonomiskt bistånd eller förtidspensionerade. Ett flertal av deltagarna var studerande och endast ett fåtal hade fast anställning. Åldern på deltagarna varierade mellan 18-75 år.

Vår preliminära analys resulterade i fem teman som vart och ett relaterade till de frågeområden som tagits upp i frågeguiden; hälsa, levnadsvanor, sjukdomar, sjukvården och möjliga förbättringar. Det första temat *”Hälsa som bristvara”* illustrerade hur romer verkade uppfatta hälsa som ett idealtillstånd som de hade svårt att uppnå. Det andra temat, *”gamla vanor ifrågasatta”* visade framför allt på de unga romernas ifrågasättande av gamla levnadsvanor medan *”Sjukdom som ett grupphot”* kännetecknade den rädsla som romer kände att deras egen tradition och kulturella arv kunde medföra. *”Brist på respekt hotar tilliten”* visade hur romer upplevde att sjukvårdpersonalens bemötande i stor utsträckning kännetecknades av bristande kulturell kompetens medan *”Utan utbildning och arbete händer inget”* utgjorde en uppmaning till samhället att ge stöd och möjlighet för romer att själva medverka i förbättringar av sin utbildnings- och arbetssituation. I figur 1 illustreras hur dessa teman utvecklats ur kategorier som fångade den mera konkreta tolkningen av materialet och hur dessa var knutna till de fem frågeområdena.



Figur 1. Sammanfattande modell av den preliminära analysen

Den fortsatta presentationen av resultaten är strukturerad med temana som rubriker och kategorierna som underrubriker. Illustrativa citat är med för att visa hur tolkningen grundar sig på det insamlade materialet.

Hälsa som bristvara

Tillsammans visar intervjuer och fokusgrupper att informanterna uppfattade hälsa som en grundförutsättning för ett gott liv. God hälsa innebar t ex att alla i familjen mådde bra, hade ett arbete som gjorde att de kunde försörja familjen, hade en bra bostad, inte blev diskriminerade i vardagslivet och hade det rent omkring sig. Hälsa innebar också att man kunde hjälpa sina barn att undvika droger och att bli accepterad av samhället. Familjen och släkten var central och det var tydligt att möjligheten att bevara den romska kulturen och främja gruppsamhörigheten var viktigt för att kunna uppleva god hälsa. Men det var också tydligt att detta tillstånd inte var självklart utan något många av informanterna saknade.

”Jag mår bra när jag kan tillgodose mina barns behov. Jag vill ha ett strukturerat liv och ha ett arbete. Jag har inte det nu och jag mår jättedåligt”

Kollektiv syn på hälsa

God hälsa framstod som en kollektiv erfarenhet där familjens välbefinnande stod i centrum. Informanterna betonade vikten av att familjen fick vara frisk och ha en god ekonomi.

”God hälsa är att få vara frisk och att mina barn och min familj är friska”

”God hälsa är när mina närmaste mår bra och har en stabil ekonomi”

Betydelsen av den sociala interaktionen inom gruppen framkom också tydligt.

”God hälsa är att man inte har bekymmer, att man besöker varandra och att man är frisk”

Den individuella hälsan var alltså starkt kopplad till gruppen, om en gruppmedlem mådde dåligt så mådde hela gruppen dåligt.

”När mina närmaste inte mår bra så mår jag också dåligt”

Hälsa som idealbild

Informanterna gav en idealbild av vad hälsa borde vara, den hälsa de upplevde sig sakna.

”God hälsa är om man lever utan stress, om man är aktiv och om man gör saker man tycker om”

”God hälsa är när man äter nyttig mat, är ute i luften och när man inte stressar”

”God hälsa är att ta hand om sig, att leva utan stress och att trivas med det man gör. Att leva sunt och hälsosamt”

Men informanterna lyfte framförallt fram de svårigheter som de ansåg förhindrade deras möjligheter till god hälsa, såsom dålig ekonomi, inget arbete, ingen ordentlig bostad och den oro och stress som detta medför.

”Man har dålig ekonomi, ingen bostad, ingen utbildning, inget jobb, ingen inkomst det är självklart att detta påverkar god hälsa”

De kvinnliga informanterna betonade att de romska kvinnorna var särskilt utsatta eftersom det är de som har huvudansvaret för hemmet, barnuppfostran och kontakterna med släktingar.

”God hälsa är att kunna slippa stressen. Stressen gör jättemycket. Jag tror att varje kvinna med romsk bakgrund känner en viss press på sig”

Den stress som är ett resultat av den diskriminering man känner som tillhörande den romska gruppen framträdde också tydligt.

”Stress är en stor faktor bland romer. Man känner sig utpekad som ”Zigenare” nästan hela tiden. Man kan inte gå i en affär utan att en anställd följer efter en eller så kallar dom på vakten”

Det faktum att informanterna ofta kände sig diskriminerade på bostadsmarknaden påverkade starkt deras syn på hälsa.

”Stress kommer när du inte kan få en bostad på grund av att man är rom, eller för falska klagomål, eller när socialen avslår ens ansökan och hela tiden kräver papper, eller när man söker jobb och får avslag eller säger att tyvärr, jobbet är redan tillsatt”

Renlighetskriterium

Hälsa var också starkt förknippat med renlighet. Att ha det snyggt och rent omkring sig ansågs viktigt för att kunna upprätthålla en god hälsa.

”Omgivningen är viktig. Det är viktigt att man trivs med sitt boende och att det är rent”

”Att leva i en bra och ren miljö är viktigt för mig”

Gamla vanor ifrågasatta

Informanterna uttryckte en stor medvetenhet om hur deras traditionella levnadssätt kunde påverka hälsan. Både de yngre och äldre informanterna talade om den traditionella mat-kulturen och fysisk inaktivitet som riskfaktorer för ohälsa.

Skilda liv

Informanterna berättelser vittnade om hur skilda liv kvinnor och män lever och hur detta påverkar både matvanor och fysisk aktivitet. De romska kvinnorna uppgav att de var ovana vid att se fysisk aktivitet som något speciellt och ansåg att traditionellt så innebar det dagliga hemarbetet att de fick tillräcklig motion.

”*Romerna är inte så pigga på att träna eller att utföra större fysiska aktiviteter. Jag som kvinna får min fysiska aktivitet genom att städa mitt hem och ta hand om mina barn, tvätta och stryka*”

Ökad riskmedvetenhet

Informanterna uttryckte en stark oro över de konsekvenser de dåliga levnadsvanor som de såg kopplade till romernas livssituation kunde medföra. De uppgav att osund mat, fysisk inaktivitet, hög alkoholkonsumtion, tablett- och drogmissbruk och spelberoende var vanligt förekommande bland romer i allmänhet.

”*Många romer är sjuka och det beror på att de inte rör på sig*”

”*Det finns mycket träning men vi bara sitter och tittar på tv och sätter oss i soffan igen*”

När informanterna berättade om romska matvanor talade de om en tradition av fet och kaloririk mat i stora portioner. De talade om måltidernas sammanhållande funktion men också om oregelbundna måltider och mycket snabbmat. Måltiderna påverkades både av traditionella vanor och den nuvarande mera komplicerade livssituationen. De talade också om bristande kunskap om hälsorisker framförallt bland den äldre generationen.

”*Romer vill ha mycket mat och använder mycket fett. Men det är kvinnornas fel för det är de som lagar mat*”

”*Vi äter mat som innehåller mycket fett men det är det som gör att vi vill inte sluta äta*”

Informanterna betonade att alkohol var ett allvarligt problem särskilt bland romska män och ungdomar. Traditionellt sett hade alkohol använts för att hålla sig varm i de kalla husvagnarna. Idag såg man den ökande alkoholkonsumtionen som en konsekvens av den diskriminering, utanförskap, känsla av maktlöshet och den höga arbetslösheten som råder bland romer. Det fanns dock en klar skillnad mellan olika romska grupper där konsumtionen av alkohol var minimal bland t ex romska muslimer.

”*Alkohol är ett problem bland romska män, men de upplever sällan det själva som ett problem*”

”*Ungdomar har börjat dricka mer tycker jag. När de samlas dricker de för att få en bra stämning, så var det inte förr. Man drack när det var fester och stora släktmöten*”

Informanterna berättade om rökning som en del av vardagen både för romska män och kvinnor. Rökningen användes som stressdämpning för att klara av de utmaningar och svårigheter som romer utsattes för.

”*Rökning är ett stort problem för romer. De flesta röker*”

”*Det med rökning är från individ till individ. Själv röker jag runt ett helt paket om dagen. Jag har försökt att sluta ett par gånger men sedan har jag börjat igen för jag har varit alltför stressad och hade nästan brutit ihop om jag inte hade haft mina cigaretter och min medicin mot ångest*”

När intervjuarna tog upp frågan om spelberoende visade det sig att informanterna såg detta som ett ökande problem bland romska män och ungdomar, främst pojkar. Eftersom spelberoende påverkar hela familjens situation och förhållanden efterlyste man särskilda insatser för att hjälpa de drabbade.

”*Många romer har blivit fattiga på grund av spelberoende. Att man spelar är vanligt bland romer”*

”*Många unga romska killar spelar bort mycket pengar. Det skulle vara bra om du kunde få hjälp av någon organisation och få bort beroendet”*

När det gällde tablett- och drogmissbruk uppgav informanterna att även detta var ett ökande problem framför allt bland ungdomar, både pojkar och flickor. Den förklaring som gavs var att detta orsakades av en allmänt dålig livssituation och hög arbetslöshet.

”*Förr om man hörde att någon tog tabletter eller droger var det som en katastrof. Nu är det så vanligt så man reagerar nästan inte*”

”*Det finns många som tar droger både män och kvinnor. Vissa har spelberoende vilket ofta leder till man förlorar allt, bostad, arbete och familj*”

Sjukdomar som grupphot

Den ökade riskmedvetenheten som beskrivits ovan var direkt relaterad till det sjukdomspanorama som det fanns stor enighet om bland informanterna. Deras berättelser innehöll målande beskrivningar av de stora hälsohot som den romska befolkningen stod inför.

Samsyn om sjukdomsbelastning

Intervjuer och fokusgrupper, vare sig de kom från Stockholm, Göteborg, Malmö, Uppsala, Örebro, Skellefteå eller Trollhättan beskrev samma typ av sjukdomar som vanliga bland de romska grupperna. Hjärtkärlsjukdomar inkluderande, högt blodtryck, diabetes och hjärtinfarkt sågs som vanligast men även magsår, migrän, depression och fetma angavs som stora hälsoproblem.

”Många romer lider av en rad sjukdomar som migrän, diabetes, hjärtinfarkt och fetma. Numera hör man att vissa former av cancer också förkommer bland oss”

”……, många av oss lider av depression också”

Kulturell förklaringsmodell

Informanterna beskrev en tydlig transiton i sjukdomsmönster över tid. De menade att romernas traditionella yrkesroller innebar mycket fysisk aktivitet och att detta hade förändrats drastiskt över tid och fått konsekvenser på hälsan.

”Förr var romer mycket aktiva, de fick slita mycket för att kunna få mat på bord. De levde länge också. Idag är ovanligt att en man lever så länge, i snitt brukar romer leva till 60-70 år”

”Romernas hälsa ser verkligen inte bra ut. Det enda man hör nu för tiden är att varenda dag åker en rom in på sjukhuset, antigen för hjärtinfarkt eller så hör man att någon fått diabetes”

Brist på respekt hotar tilliten

När det gällde kontakterna med sjukvården gick meningarna isär. De fanns många informanter som tyckte att de blev bemötta som vilken patient som helst medan andra beskrev hur de blivit bemötta med fördomar och respektlöshet. Oavsett hur man själv blivit bemött vittnade en övervägande andel av informanterna om bristande kunskap om den romska kulturen hos den svenska sjukvårdpersonalen vilket resulterade i missförstånd och i vissa fall konflikter mellan romska patienter och sjukvårdspersonal.

Ingen skillnad

Flera av informanterna berättade att de inte märkt någon skillnad i bemötandet från sjukvårdspersonal även om de påpekade att detta möjligen haft att göra med att de valt att inte avslöja sin identitet som rom.

”Jag har inte märkt någon skillnad men det kan vara så att man sällan vet att jag är rom, de tror att jag bara är från Bosnien”

”Jag har alltid blivit bra bemött av sjukvården och jag tror att alla andra romer också blir det. Jag får en massa information med mig när jag söker vård”.

Upplevd stigma

Den positiva bilden av sjukvården motsades dock av de informanter som berättade om hur de känt sig diskriminerade på grund av sitt romska ursprung. Det tydligaste exemplet var den brist på respekt för den romska kulturen som visades när de blev utkastade från sjukhusen därför att en stor släktgrupp samlats för att uppmuntra en sjuk medlem och dennes familj. Risken att bli diskriminerad medförde också att man avstod från att söka hjälp innan situation var riktigt allvarlig.

”I vår romska kultur, betyder respekt och tradition mycket. Vi samlas på sjukhuset för att visa vår respekt och solidaritet med den sjuke men vi har blivit utslängda bara för att vi var så många, de kallade på vaktarna för att slänga ut oss”

”Den svenska sjukvården behandlar oss mycket dåligt. De tycker inte om oss. När man kommer till sjukhuset så får man direkt såna kalla blickar att man inte känner sig välkommen där. De kan inte acceptera att ens släktingar vill komma och hälsa på och så där. Därför man är extra rädd att gå till doktorn om det blir något fel. Mn väntar alltid till sista sekunden, tills man inte klarar att vara hemma längre, först då söker man läkare”

Utan utbildning och arbete händer inget

Informanterna framhöll att romernas hälsosituation var mycket oroväckande och att det fanns ett stort behov av förändring. De såg situationen som starkt relaterad till romernas allmänna livssituation med brist på utbildning och arbete. De betonade behovet av ökad kunskap om den romska kulturen bland majoritetsbefolkningen för att öka förståelsen för eventuella olikheter.

”Att skapa utbildning och arbetsmöjligheter hos romer ska hjälpa oss att främja vår livssituation och hälsa”

Stark vilja till förändring

Informanterna underströk vikten att få samhällelig hälsoupplysning. De ville att denna skulle utformas i samarbete med representanter för de romska organisationerna och berörda myndigheter. Det ansåg att det var mycket viktigt att hälsoupplysningen gjordes tillgänglig på romanichib så att den kan förstås av alla romer. De förslog också att träningslokaler skulle göras tillgängliga för romska kvinnor och män så att de kunde börja motionera och laga hälsosam mat. Men framförallt önskade man att möjligheterna till utbildning och arbete skulle utökas och att samhället skulle behandla romer och majoritetsbefolkningen på lika villkor.

”Att översätta broschyrer som finns på olika myndigheter och på sjukhus till romanes”

”Vi behöver upplysning om hälsorisker och hur man kan ta itu med dem. Det borde anställas romsk a hälsokommunikatörer i varje stad där det bor många romer”

”Ge oss träningslokaler där våra romska kvinnor och män kan lära sig hur man tränar med instruktör. Det behövs också matlagningskurser så att man kan laga hälsosam mat”

”Att skapa utbildnings- och arbetsmöjligheter hos romer”

”…..Att samhället ser på oss på lika villkor”

Ökat eget ansvar

Informanterna beskrev också en ökad medvetenhet om det egna ansvaret för hälsan. De såg stora möjligheter för gruppen att själva förändra och förbättra sin livssituation om de bara gavs vissa grundläggande förutsättningar i form av utbildning och arbete.

”Jag tycker att vi måste lära oss att hand om oss själva och vår hälsa och komma in i svenska systemet. Men då måste också samhället lära sig att respektera och acceptera oss för de vi är”

Diskussion

Resultatet från denna studie visar att romers syn på hälsa är starkt påverkad av att de som grupp känner sig diskriminerade och marginaliserade i det svenska samhället. Detta utanförskap identifierar de själva som grunden för det alarmerande hälsoläge som beskrivs i både intervjuer och fokusgrupper. I diskussionen relaterar vi resultaten från

studien till vad som observerats i liknande studier och rapporter för att kunna ge förslag till framkomliga vägar för att förbättra situationen.

Romernas syn på hälsa som en kollektiv egenskap speglar den starka sammanhållning som finns inom den egna gruppen. Individens hälsa är lika med gruppens hälsa. Lehti (2009) beskriver också, i sin studie om finska romska kvinnor, hur denna kollektiva syn på hälsa påverkar de intervjuade kvinnornas syn på hälsa och på deras förhållande till sjukvården. Lehti visar på ett sjukdomspanorama som liknar det som informanterna i denna studie beskriver med tyngdpunkt på så kallade levnadsvanerelaterade sjukdomar. Informanterna i denna studie förknippar hälsa med renlighet, något som även observerats av Lindblom (1988). Han beskriver hur rituella renhetsregler i den romska kulturen reglerar förehållanden mellan kvinnor och män, unga och gamla, romer och icke romer.

Men framför allt ger informanterna i denna studie en bild av hälsa som en bristvara, nästan ouppnåbar för romer som grupp. Som förklaringsmodell pekar de främst på den negativa inverkan som strukturella faktorer såsom, brist på utbildning, arbetslöshet, brist på bostad, diskriminering har på hälsa. Denna situation överensstämmer med uppgifter från Statens invandrarverks rapport (1991) om att växa upp och leva som rom i Sverige. Här visade man hur romer ofta fastnade i arbetslöshet och att ungdomars missbruk och brist på utbildning krävde omedelbara åtgärder. En rapport från Ombudsmannen mot etnisk diskriminering (2003) pekar i samma riktning genom att ge exempel på olika typer av diskriminering mot romer såväl på arbets- och bostadsmarknaden som inom skolsystemet. Siffror från Malmö stad (2008), med cirka 7000 romska invånare, visar på en extremt hög arbetslöshet. Endast 10% av de romer som var i arbetsför ålder hade någon form av arbete. Romska företrädare uppgav i denna rapport också att av 1000 romska barn med skolplikt deltog inte mer är ca 50% i någon skolundervisning. Dessa uppgifter är alarmerande och även om det inte finns några exakta uppgifter om läget i resten av landet så beskriver informanterna i denna studie dessa problem som centrala oavsett bostadsort.

Den andra förklaringsmodellen är mer individorienterad och relaterar till en ökad riskmedvetenhet om vad traditionella levnadsvanor och internaliserade attityder och normer till t ex mat och fysisk aktivitet innebär för hälsan. Informanterna beskriver en rädsla för vad de själva definierar som dåliga matvanor, oroande hög alkoholkonsumtion, fysisk inaktivitet, arbetsbelastning, spelberoende, och drogmissbruk har för konsekvenser. Denna situation uppmärksammades redan på sjuttiotalet då Takman (1976) beskrev olika sjukdomar som sågs bottna i ohälsosamma romska levnadsvanor. Samtidigt betonade han hur romernas livsvillkor i övrigt, kännetecknade av stor arbetslöshet och trångboddhet, troligen påverkade deras hälsotillstånd mest.

Denna studie visar även att levnadsvanerelaterade attityder och normer är under förändring och att den unga generationen är mera mottaglig för förändringar. Samtidigt befinner sig ungdomarna i ett dilemma när dessa förändringar inte går ihop med deras romska identitet vilket även beskrivs i en nyutkommen rapport från ungdomsstyrelsen (2009).

Att romska kvinnor och män lever skilda liv framkommer tydligt i denna studie. Kvinnor har huvudansvar för hemmet och får därmed ibland skulden för att de upprätthåller en traditionell matkultur med fet och kaloririk mat. Männen har traditionellt huvudansvar för försörjningen, något som är svårt att leva upp till med de arbetslöshetssiffror som

beskrivits här. Att kvinnor och ungdomar har en underordnad roll i den romska kulturen visar även Lindblom (1988) och Lethti (2009). Dock finner vi i vår studie en tydlig skillnad i hur ungdomar och den äldre generationen ser på de traditionella könsrollerna.
I vår studie finns en total samsyn kring sjukdomspanoramat. I alla studieorterna namngavs hjärtkärlsjukdomar såsom hjärtinfarkt och stroke som de största hoten följt av diabetes, depression och fetma. Romerna ser själva situationen som mycket oroande och talar om dagliga insjuknande i allvarliga sjukdomstillstånd som ett reellt hot mot gruppens överlevnad. I en aktuell rapport om romernas hälsosituation i Västerås (2009) uppskattade en majoritet av romerna sin hälsa som dålig och rapporten visade också att psykosocial ohälsa var ett utbrett problem bland både vuxna och ungdomar. Lehtis (2009) observation att de romska kvinnliga patienter som söker sjukvård till stor del uppvisar symptom på belastningsskador och depression tyder på att det finns en skillnad i sjukdomsförekomsten mellan män och kvinnor.

Denna studie visar att romernas syn på det svenska sjukvårdsystemet präglas av brist på tillit. De känner sig ofta misstänkligjorda och finner liten tolerans för gruppens förhållningssätt till en sjuk medlem. Det blir därför svårt att undvika missförstånd och konflikter i kontakten med sjukvården. Lehti (2009) visar på samma förhållanden i sin studie om kvinnliga finska romer där släktingars och vänners krav på att få närvara och att få omedelbar behandling kunde uppröra både sjukvårdpersonal och andra patienter. Av resultaten från vår studie framgår emellertid också att man kan bli behandlad ”som alla andra” genom att undvika att avslöja sin romska identitet, ett känt sätt att undkomma stigma som beskrivits av Goffman (1967).

När romerna själva ska ge förslag på möjliga förbättringar understryker de att utbildning och arbete är enda utvägen för att något skall hända. Samtidigt betonar de gruppens ansvar att genom sina organisationer medverka till en ökad kunskap om vilken roll t ex rökning, ohälsosamma matvanor och bristande fysisk aktivitet har för hälsa och sin roll att själva medverka till åtgärder som uppmuntrar hälsosamma aktiviteter. Det finns också ett tydligt engagemang för att se till att barn och ungdomar får möjlighet att slutföra sin skolgång vilket stöds av ett flertal aktuella rapporter (Malmö Stad, 2008; Ungdomsstyrelsen, 2009; Västerås länsstyrelse, 2009)

Denna studie hade till syfte att utgöra grund för förslag för att främja och förbättra romernas hälsosituation. Den ger inget sifferunderlag som visar på hur vanliga vissa sjukdomar är men tecknar en bild av ett allvarligt hälsoläge som måste tas på allvar och som kräver samlade insatser från olika instanser. Den preliminära analysen kommer att diskuteras med företrädare för delegationen för romska frågor och med företrädare för romska organisationer innan ett slutligt förslag till åtgärder formuleras. Med utgångspunkt från resultaten kan vi dock redan nu peka på några områden som framstår som centrala för regeringen att beakta.

- ✓ **Hälsa som bristvara**
  - Ta fram ytterligare underlag om romernas livsvillkor, bristande skolgång, arbetslöshet och bostadsbrist och hur detta påverkar deras hälsa
- ✓ **Gamla vanor ifrågasatta**
  - Rikta åtgärder mot olika åldersgrupper för att öka kunskapen om olika levnadsvanors inverkan på hälsa
- ✓ **Sjukdomar som grupphot**

- ta rädslan på allvar och ta reda på omfattningen av det upplevda sjukdomspanoramat

✓ **Brist på respekt hotar tilliten**
- Gör riktade åtgärder för att öka kunskapen om romernas kultur bland sjukvårdpersonal och andra som arbetar med romska frågor
- Översätt all information om hälsa och annan viktig samhälls information till romanichip

✓ **Utan utbildning och arbete händer inget**
- Rikta arbetsmarknads- och utbildningsinsatser direkt till romer i arbetsför ålder
- Frigör resurser för att skapa möjligheter att främja hälsa specifikt bland romer
- Etablera kontakt med romska organisationer för att tillsammans utveckla strategier och ta fram handlingsplaner som innefattar riklinjer om hur man kan arbeta hälsofrämjande bland romer

Listan på romska intervjuare

1. Emil Drivhall, romsk aktivist, lärarassistent, IRIS skola, Malmö
2. Janekta Petras, romsk aktivist, samhällsvägledare, Romskt Informations- och Kunskapscenter, Malmö
3. Lovisa Szoppe Szarek, studerande, Stockholm
4. Manuel Tan Marti, utredningssekreterare, romsk aktivist, Delegationen för romska frågor
5. Roberto Josef, pastor, Romska pingstförsamlingen, Göteborg
6. Sejran Menekeshe, lärare, romsk aktivist, ledamot i referensgruppen vid Delegationen för romska frågor, Trollhättan
7. Thereza Eriksson, lärare, romsk aktivist, Göteborg
8. Zana Shopa, studerande, Trollhättan

Intervjuer med romska aktivister

9. Maria Baltzer, socialantropolog, Stockholms universitet

Hälsosituationen bland samer

För att beskriva samernas hälsosituation har två underlag använts, vilka redovisas nedan; a) en sammanfattning ur rapporten *Samernas hälsosituation i Sverige – en kunskapsöversikt* skriven av Per Sjölander, Anette Edin-Liljegren samt Laila Daerga, vid Södra Lapplands Forskningsenhet och b) en sammanfattande text kring samernas psykiska hälsa, skriven av Lars Jacobsson vid psykiatriska enheten vid Umeå universitet.

Samernas hälsosituation i Sverige – sammanfattning ur en kunskapsöversikt

Dödsorsaker

Det svenska dödsorsaksregistret har utnyttjats för att undersöka livslängd och specifika dödsorsaker både i den renskötande samebefolkningen och i den övriga, icke-renskötande delen av samebefolkningen. Tre samepopulationer har undersökts: (1) drygt 2 000 medlemmar i renskötarfamiljer som identifierades i folk- och bostadsräkningen 1960 och som studerats under tidsperioden 1961 och 1985, (2) ca 42 000 vuxna samer, varav ca 7 500 renskötande samer, som identifierats i olika nationella register mellan 1960 och 1997, och som studerats mellan 1961 och 2000, och (3) ca 16 000 vuxna samer (4 500 renskötande samer) identifierade mellan 1960 och 1997, och studerade under tidsperioden 1985 och 2002.

Resultaten från den svenska samepopulationen stämmer väl överens med varandra, och med resultat från liknade studier som genomförts på norska och finska samepopulationer. Inga skillnader i livslängd har kunnat observeras mellan samerna och den övriga svenska befolkningen. Orsakerna till död skiljde sig inte heller åt i någon större utsträckning mellan samer och icke-samer. Dock finns några skillnader som är värda att notera. Renskötande samiska män löpte en lägre risk jämfört med icke-samiska män att dö av cancer, hjärt-kärlsjukdomar och mag-tarmsjukdomar, men en högre risk för dödsolyckor och självmord. Cancerdödligheten var också lite lägre hos andra, icke-renskötande samiska män. Däremot uppvisade dessa ingen överdödlighet i självmord och dödsolyckor. De icke-renskötande samiska kvinnorna hade total sett en liten överdödlighet och överdödlighet i hjärt-kärlsjukdomar, särskilt i hjärtinfarkt.

Dödsorsaksstudierna visar således att de renskötande samiska männen har relativt låg risk för att dö av cancer, hjärt-kärlsjukdomar och mag-tarmsjukdomar. Det finns emellertid ett par resultat som är oroande i dödsorsaksstudierna. Det ena är att självmord och dödsolyckor tycks öka över tid bland renskötande samemän. Det andra är att de icke-renskötande samekvinnornas relativt sett höga dödligheter, särskilt i hjärt-kärlsjukdomar.

Folksjukdomar

Kunskap om hur vanliga olika folksjukdomar är i den svenska samiska befolkningen är i stor utsträckning baserad på studier av nationella sjukvårds- och diagnosregister, och är begränsad till information om cancer och hjärt-kärlsjukdomar. Studierna har genomförts på renskötande samepopulationer som identifierats 1960 respektive 1980, och på en

population renskötande och andra samer som identifierats mellan 1960 och 1997. I undersökningarna har samepopulationerna följts under längre tidsperioder (15 till 43 år), under vilken man sammanställt samtliga cancer- eller hjärt-kärldiagnoser.

Cancer är den folksjukdom som är mest studerad i den samiska befolkningen. I Sverige har man observerat en signifikant lägre cancerförekomst bland samiska män, men inte bland samiska kvinnor. Förekomsten av prostatacancer var väsentligt lägre bland samerna än bland andra svenskar i samma geografiska region. Samiska kvinnor har observerats ha en förhöjd risk för mag- och ovariecancer, medan samiska män visat sig ha en överrisk för magsäckscancer. Någon förhöjd risk för särskilt strålningskänsliga cancerformer (leukemier och sköldkörtelcancer) har inte observerats bland samer vare sig i Sverige, Norge eller Finland. Cancerrisken tycks generellt vara lägre bland renskötande samer än bland andra samer. Den lägsta cancerförekomsten har observerats bland renskötande samiska män, och den högsta bland samiska kvinnor utanför rennäringen.

Det är bara små skillnader mellan samer och andra svenskar beträffande risken att drabbas av hjärt-kärlsjukdomar. I både svenska och norska studier har man funnit att de renskötande samerna är mindre drabbade av hjärt-kärlsjukdomar än andra samer. En annan genomgående observation är att den relativa risken att drabbas av hjärt-kärlsjukdomar förefaller vara högre för samiska kvinnor än för samiska män. Kvinnor i renskötarfamiljer och samiska män som inte är verksamma i rennäringen har observerats ha en liten överrisk för stroke. Kvinnor i renskötarfamiljer har också funnits ha en signifikant underrisk för att drabbas av hjärtinfarkt, medan renskötande män observerats ha en liten underrisk för stroke.

Det saknas uppgifter om hur vanligt det är att svenska samer insjuknar i diabetes, astma, allergier och psykiska sjukdomar. Informationen om hur vanliga dessa folksjukdomar är i norska och finska samepopulationer är också mycket knapphändig. Det finns dock ett antal intressanta studier som undersökt astma, allergi och psykiska problem bland samiska barn och ungdomar i norra Norge.

Hälsofaktorer kopplade till livsstil och beteende

Information om samernas kost, motions-, alkohol- och tobaksvanor, och deras exponering för psykosociala riskfaktorer har hittills i huvudsak undersökts på en grupp samer i Västerbotten. Den traditionella samiska kosten präglades av högt intag av proteiner och fett, framför allt från fisk och renkött, och av låg konsumtion av kolhydrater, fibrer och vissa vitaminer. Detta kostmönster kvarstår i viss mån bland dagens renskötande samer även om skillnaderna gentemot den västerländska dieten har minskat, vilket betyder att kött- och fiskkonsumtionen har minskat medan intaget av frukt, grönsaker och socker har ökat.

De renskötande samernas relativt höga intag av renkött och viltfångad fisk tros vara en bidragande orsak till deras låga risk för cancer och vissa hjärt-kärlsjukdomar. I studier på samer i Västerbotten har man funnit att dessa hade lägre blodplasmahalter av HDL-kolesterol och lägre systoliskt och diastoliskt blodtryck, men inga skillnader i BMI, totalt kolesterol och triglycerider jämfört med andra västerbottningar.

Tobaks- och motionsvanorna tycks vara ungefär de samma hos svenska samer och andra svenskar, och mellan renskötande samer och andra samer. En liten skillnad i motionsvanor och fysisk aktivitet har emellertid observerats mellan samiska män och kvinnor (männen högre fysisk aktivitet), vilket skulle kunna vara en bidragande orsak de könsskillnader som observerats bland samerna beträffande hjärt-kärlsjuklighet och vissa cancerformer.

Förutom bland de renskötande samerna, för vilka viss information finns, är den psykiska hälsosituationen i den svenska samepopulationen nästan helt okänd. Däremot vet vi att inkomstutvecklingen bland samerna varit likvärdig den i den övriga befolkning sedan 1970-talet, utom för renskötande män som har en väsentligt lägre inkomstnivå och haft en något sämre inkomstutveckling än andra norrländska män. Medan kvinnorna i renskötarfamiljer har den högsta formella utbildningsnivån, har de renskötande männen den lägsta. Andra samer, både kvinnor och män, tycks ha ungefär samma utbildningsnivå som andra norrlänningar.

Arbetsmiljö och hälsa i rennäringen

Renskötselarbetet är i dag förknippat med hög olycksrisk. De svenska renskötande samerna har uppvisat en ökande överdödlighet i arbetsrelaterade dödsolyckor över de senaste 40 åren. Preliminära resultat visar att fordonsolyckor i terräng var vanligast (särskilt skoterolyckor), och att kollisioner med stenar och stubbar var vanligt. Skador på huvudet, handleder/händer och mjukdelar var mest frekvent.

Förekomsten av belastningsbesvär är hög bland både män och kvinnor i rennäringen. Problem med ländrygg, nacke, axlar, armbågar och händer/handleder är frekventa. För männen är besvären förmodligen mest kopplade till fysiska riskfaktorer, som hög exponering för snöskoter- och motorcykelkörning, medan kvinnornas besvär sannolikt till stor del påverkas av psykosociala riskfaktorer, såsom bristfälligt socialt stöd, hög ansträngningsnivå, lite belöning och liten delaktighet i renskötselarbetet. Renskötare utsätts också nästan dagligen för vibrationer vid körning av skoter och motorcykel. En stor del av de renskötande männen har också uppvisat tydliga indikationer på vibrationsskador som domningar, fumlighet och ”vita fingrar”.

Män och kvinnor i renskötarhushåll upplevde rovdjurstrycket som ett av de största hoten mot rennäringen, vilket tillsammans med ökad konkurrens om betesmarken har påverkat den psykosociala och socioekonomiska situationen på ett negativt sätt. Den sociala, fysiska och mentala livskvaliteten upplevdes som lägre hos samer jämfört med icke-samer.

Arbetssituationen för många renskötande samer karakteriserades av höga krav, liten kontroll och låg grad av socialt stöd. De renskötande männen upplevde högre krav men också större möjligheter att påverka sin arbetssituation jämfört med både kvinnor i renskötarfamiljer och män i andra yrkesgrupper (bygg- industri- och transportsektorn). Kvinnor i renskötseln upplevde också högre krav än svenska kvinnor från tätorter i Norrland, men däremot inte jämfört med icke-samiska kvinnor som bor i samma område. En tendens till ökade krav och mindre beslutsutrymme kan observeras under tidsperioden 1990-2007 bland både män och kvinnor i renskötarfamiljer.

Arbetsorganisationen i samebyarna upplevdes i vissa avseenden som otillfredsställande. Nästan 70 % av renskötarna angav att arbetsbelastningen var ojämnt fördelad och att kommunikationen var bristfällig. Kvinnorna upplevde att de fick mindre uppskattning, hjälp och stöd från arbetskamrater i sitt arbete.

Renskötande män har en väsentligt lägre nettoinkomst än svenska män, och inkomstskillnaderna har ökat något under de senaste decennierna, troligen som en effekt av vikande lönsamhet i rennäringen. Kvinnor i rennäringen har i genomsnitt högre nettoinkomst jämfört med männen, och de har ofta ett vanligt' arbete vid sidan av sina uppgifter i renskötselarbetet. Skillnaden i nettoinkomst mellan kvinnor i renskötarfamiljer och andra svenska kvinnor är emellertid mycket liten.

Att bedriva modern renskötsel kräver ett kontinuerligt inflöde av pengar för att fortlöpande kunna betala driftskostnader och kostnader för dubbelt boende. Ett ökat ekonomiska ansvar i kombination med en splittrad arbetssituation är sannolikt väsentliga orsaker till att kvinnorna uppvisar relativt sett låg livskvalitet, litet socialt stöd, beslutsutrymme och intellektuell stimulans jämfört med männen i renskötarfamiljerna. Många kvinnor upplever mindre delaktighet i renskötselarbetet jämfört med männen, och mindre uppskattning, hjälp och belöning för det arbete de utför i renskötseln.

Renskötare upplever att man har små möjligheter att påverka nationella och regionala beslut, och regelverk som har stor betydelse för rennäringens villkor. Prisutvecklingen på renkött, fordon och bränsle, och minskat slaktuttag (minskat renantal p.g.a. höga rovdjursförluster) är viktiga anledningar till den vikande lönsamheten. Minskade renbetesarealer, som dessutom splittrats upp i mindre osammanhängande områden på grund av det extensiva skogsbruket och andra mark- och vattenexploateringar, gör att rennäringen har små möjligheter att öka sina intäkter.

Åtgärdsförslag

Den kunskapsöversikt som redovisas i denna rapport visar att kunskapen om de svenska samernas hälsosituation är bristfällig. Det finns ett stort behov av att undersöka en rad olika sjukdomstillstånd bland samerna, och hur dessa är kopplade till olika riskfaktorer samt hur de förändras över tid. För att åtgärda kunskapssituationen behöver Sverige etablera ett nationellt *"centrum för forskning om samernas hälsa"* som får i uppdrag att undersöka och följa upp de svenska samernas hälsosituation. De forskningsdatabaser som skapats vid framför allt Södra Lapplands Forskningsenhet skulle utgöra en utmärkt basresurs för ett sådant forskningscentrum.

Trots att hälsoläget i den samiska befolkningen inte tycks avvika i någon dramatisk utsträckning från hälsosituationen bland andra svenskar, har i vissa avseende specifika hälsoproblem identifierats, särskilt bland de renskötande samerna. Ett sätt att förbättra hälsosituationen i rennäringen är att utveckla en företagshälsovård. Ett annat alternativ är att tillsätta hälsokoordinatorer med uppdrag att på olika sätt underlätta kontakterna mellan de renskötande samerna och befintlig företagshälsovård och olika hälso- och sjukvårdsinstanser. Hälsokoordinatorerna skulle ansvara för ett begränsat geografiskt område, eller för ett begränsat antal samebyar, och för att dels hjälpa och lotsa renskötarna hälso- och sjukvårdssystemet och dels informera och utbilda bl.a. hälso- och sjukvårdspersonal om rennäringen, dess villkor och den samiska kulturen. Koordinatorerna skulle också kunna

initiera specifika undersökningar eller preventiva insatser, t.ex. specifika insatser mot psykisk ohälsa och självmord, eller belastningsskade- och olyckspreventiva insatser.

Svenska samers psykiska hälsa – en sammanfattning

När det gäller den psykiska hälsan hos de svenska samerna finns ännu inga vetenskapliga rapporter publicerade. Detta i sig är intressant eftersom det finns skäl att anta att särskilt de renskötande samernas utsatta situation skulle kunna innebära ökad stress och därmed följande psykiska problem. I Norge har det genomförts ett flertal större och mindre studier av den psykiska hälsan hos de norska samerna, särskilt bland barn och ungdomar vid universitetet i Tromsö och barn- och ungdomspsykiatriska polikliniken i Karasjokk, som etablerades efter en våg av självmord bland unga norska samer 1988. Inom ramen för två större projekt har den psykiska hälsan hos de svenska samerna studerats. Det internationella projektet SLiCA (Survery of Living Conditions in the Artic) genomförde 2004 intervjuer med 223 samer där ett antal frågor också handlade om den psykiska hälsan. Vid psykiatriska enheten vid Umeå universitet pågår sedan några år studier av den psykiska hälsan, framför allt hos de renskötande svenska samerna.

Datamaterialet från SLiCA projektet har ännu inte redovisats, men Lars-Marcus Kuhmunen Lilja presenterade våren 2006 ett examensarbete vid sociologiska institutionen, Stockholms universitet, ”Psykisk ohälsa hos samer; En jämförelse mellan olika samiska grupper” (Kuhmunen Lilja, 2006). I den svenska SLiCa studien tillfrågades 542 individer varav 223 deltog (bortfall 58,7 %). På grund av internt bortfall kunde 108 respondenters svar analyseras. Den psykiska ohälsan mättes med frågan; ”Hur ofta har Du den senaste månaden känt nedanstående ……” 1. Ängslan, 2. Känt dig nedstämd och dyster, 3. Känt dig så nere att ingenting kunnat muntra upp Dig. Svarsalternativen var; aldrig, mycket sällan, sällan, ibland, mycket ofta och alltid. Han finner då att kvinnorna i studien har signifikant högre värden för ängslan och nedstämdhet än männen i studien. Man fann inga signifikanta skillnader vad beträffar region, samiskspråkighet, att vara renskötare eller inte samt upplevelse av att vara diskriminerad. Det fanns dock en tendens att renskötare i södra Sapmi mår psykiskt sämre än renskötarna i norra Sapmi. Författaren är försiktig med att dra alltför långtgående slutsatser med tanke på de stora bortfallen och de relativt små grupper som till slut kunde analyseras.

Vid psykiatriska enheten vid Umeå universitet pågår flera studier av den psykiska hälsan hos vuxna renskötande samer och både renskötande och icke renskötande ungdomar. Datamaterialet består av intervjuer med enskilda och grupper av renskötande samer om deras livssituation. Det är uppenbart att renskötande samer lever i en mycket konfliktfylld situation med konflikter och spänningar inom samebyarna, mellan byarna och framför allt gentemot det omgivande storsamhället (Jacobsson, kommande).

En enkätundersökning har genomförts bland medlemmar i 41 samebyar över 18 år. 640 personer tillfrågades och 357 svarade (svarsfrekvens 55,6 %). En referensgrupp bestående av 1 000 personer från den norrländska glesbygden och 1 000 personer från Umeå, Luleå och Östersund respektive svarade på samma enkät med en svarsfrekvens på 72,1 %. Frågeformuläret innehöll bl a Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) med 14 frågor om depression och ångest, Alcohol Use Disorder Test (AUDIT) med 10 frågor om olika aspekter av alkoholvanor, frågor om självmord, arbetsbelastning, synen på

framtiden, förtroende för sjukvård och myndigheter samt frågor om samisk identitet och andra socio-demografiska bakgrundsfaktorer. Data från denna studie håller fortfarande på att bearbetas inom ramen för ett doktorandprojekt, men huvudresultaten är klara och har presenterats vid nationella och internationella konferenser.

Ångest och depression mätt med HAD-skalan visar att den samiska gruppen rapporterar signifikant högre värden både för depression och för ångest jämfört med referensgruppen (Kaiser, kommande). Särskilt intressant är att de samiska männen rapporterar de högsta värdena. I de flesta studier brukar kvinnor rapportera mera besvär än männen. Variabeln arbetsrelaterad stress var signifikant associerad med ångest och depression i samegruppen. HAD-skalan har använts i många nationella och internationella studier där befolkningsdata visar ungefär samma nivåer som referensgruppen i den svenska studien.
Beträffande alkoholvanor och riskbeteende visar studien att samegruppen i stort inte avviker från referensgruppen (Kaiser et.al, kommande). Däremot fanns intressanta inom-grupp-skillnader så att i samegruppen fanns fler som inte dricker alkohol över huvud taget, men också en grupp som dricker ”sällan, men mycket” till skillnad från referensgruppen där det fanns fler som drack mycket och ofta. De samiska kvinnorna rapporterade mindre bruk av alkohol än andra kvinnor.

När det gäller självmord finns en studie från forskningsenheten i Vilhelmina som indikerar ett något högre självmordstal bland samiska män jämfört med en demografiskt matchad kontrollgrupp av icke samer (Ahlm et.al, 2010). Skillnaden var dock inte signifikant. Detta material håller nu på att bearbetas ytterligare och redan nu kan sägas att det finns en gradient vad gäller självmordstal så att självmordstalet bland renskötande män än betydligt högre i de södra delarna av Sapmi jämfört med de norra. Metoden för självmordet är också klart avvikande från majoritetsbefolkningen så tillvida att våldsamma metoder dominerar (skott i huvudet eller bröstet svarade för 50 % av självmorden). Det är också en mycket större manlig dominans än i majoritets-befolkningen så att självmord bland män är ca 5 ggr vanligare än bland kvinnor.

En intressant del av denna studie handlar om förtroendet för hälso- och sjukvård bland renskötarna jämfört med referensgruppen (Daerge, 2008). Förtroendet för primärvård och psykiatrisk vård var signifikant lägre bland samerna. Lägst förtroende hade man i såväl samegruppen som majoritetsgruppen för socialtjänsten.

Resultaten från undersökningarna av den psykiska hälsan bland samiska ungdomar bearbetas för närvarande, men preliminära data talar för att ca hälften av ungdomarna som ingår i studien har upplevt diskriminering och särbehandling på grund av sin samiska härkomst (Omma, 2010). Majoriteten av ungdomarna mår dock bra, känner sig friska, sover bra och kan glädjas åt saker som händer i livet. Kvinnorna bekymrar sig i högre utsträckning än män över saker och ting, känner sig oftare ledsna eller nedstämda. Beträffande alkoholvanor har de samiska ungdomarna en lägre riskkonsumtion av alkohol än andra svenska ungdomar, men en procentuell större andel av kvinnorna rapporterar en högre riskkonsumtion än männen, vilket är ovanligt och värt att uppmärksamma.

Sammanfattningsvis kan sägas av det vi nu vet, att det inte finns indikationer på en ökad frekvens av allvarlig psykisk störning bland samerna jämfört med majoritetsbefolkningen, däremot finns indikationer på att renskötande samer upplever en högre psykisk belastning i form av ångest och depression jämfört med majoritetsbefolkningen och att detta är klart relaterat till upplevd belastning i arbetet. Det finns en specifik självmordsproblematik

bland de renskötande samerna så att självmordsrisken är betydligt högre i de södra delarna av Sapmi jämfört med i norr och med en dominans av våldsamma självmordsmetoder bland männen. Beträffande alkoholvanor avviker inte de renskötande samerna från majoritetsbefolkningen i stort, men det finns ett riskbeteende i form av berusningsdrickande, visserligen mindre ofta än hos majoritetsbefolkningen men ändå ett riskbeteende bland männen. Hos unga vuxna samer (18-28 år) finns inget som tyder på en sämre psykisk hälsa än bland ungdomar i majoritetsbefolkningen och snarast ett mindre riskbeteende vad gäller alkohol.

Diskussion

Denna kartläggning syftade till att belysa hälsosituationen hos de fem nationella minoriteterna judar, romer, samer, sverigefinnar samt tornedalingar. Ett andra syfte var att jämföra dessa resultat med majoritetsbefolkningens. Det visade sig tidigt att uppdraget var förenat med stora metodologiska utmaningar. Det fanns en stor skepsis mot uppdraget bland flera av de berörda minoriteterna, delvis baserat på tidigare historik och erfarenheter från myndigheters tidigare agerande. Detta aktualiserade betydelsen av att uppdraget skulle genomföras i samarbete med representanter för de nationella minoriteterna och också vikten av förankringsarbete och ett lyhört förhållningssätt. Flera av minoriteterna uttryckte på ett tidigt stadium att såväl tidsram som tillgängliga resurser för uppdragets genomförande var alldeles för lågt tilltaget.

Romer motsatte sig i ett tidigt skede att delta i en enkätstudie. För att tillmötesgå romernas önskemål och ändå förmå dem att delta i kartläggningen valdes i stället intervjuer som metod för datainsamling. Romska representanter ansvarade för datainsamlingen efter att ha fått en kort utbildning i intervjuteknik. Detta resulterade i ett fylligt material som beskriver hälsosituationen bland de romer som intervjuades, totalt 64 intervjuer. Den kvalitativa ansatsen när det gäller studier av romernas hälsa med omfattande individ- och fokusgruppsintervjuer ger en djupare bild av hälsosituationen i denna grupp och ett bra underlag för framtagande av olika hälsofrämjande insatser. Den valda metoden gör det inte möjligt att generalisera resultaten till den romska minoriteten i stort, men de resultat som framkommit bekräftar i många avseenden resultat från tidigare genomförda studier.

För judar, sverigefinnar och tornedalingar så genomfördes kartläggningen genom den nationella folkhälsoenkäten, som beskrivits i rapportens inledning. För att ha kunnat åstadkomma ett slumpmässigt urval med möjligheter att generalisera resultaten till respektive minoritetsgrupp i stort hade det behövts tillgång till register som identifierar minoriteter och dessa uppgifter finns inte tillgängliga. Detta gjorde att andra urvalsmetoder fick användas vilket har begränsat möjligheterna att uttala sig om respektive minoritetsgrupp mer generellt. Kartläggningen omfattar endast självrapporterad hälsa från respondenterna, förutom när det gäller samer, där resultaten utgörs av återgivning av tidigare genomförda studier kring samernas hälsosituation.

Trots nämnda begränsningar ger kartläggningens resultat en första bild av hälsosituationen bland finlandsfödda, boende i Tornedalen och representanter ur den judiska minoriteten som tillhör den judiska församlingen i Stockholm, Göteborg och Malmö. Det är också möjligt att jämföra resultat för dessa tre grupper med majoritetsbefolkningen och relevanta regionala jämförelsegrupper. En styrka i kartläggningens kvantitativa del är att validerade och reliabilitetstestade frågor i den nationella folkhälsoenkäten använts och att relativt många individer besvarat den enkät som använts – 4387 finlandsfödda, 2264 boende i Tornedalen samt 435 representanter för den judiska minoriteten. En styrka i studien är också den kvalitativa ansatsen när det gäller studier av romernas hälsa med omfattande individ- och fokusgruppsintervjuer. Det ger en djupare bild av hälsosituationen i denna grupp och ett bra underlag för

framtagande av olika hälsofrämjande insatser. Ett bra underlag är också resultaten för samerna, som baseras på relativt omfattande tidigare forskning kring hälsa, levnadsvanor och livsvillkor.

De resultat som framkommit i denna kartläggning visar på olika mönster och förhållandevis stora skillnader när hälsosituationen hos respektive minoritet jämförs mot majoritetsbefolkningen. Kartläggningen visar att det finns en tydlig potential till förbättringar när det gäller såväl strukturella som individinriktade bestämningsfaktorer för hälsa. Således är insatser inom folkhälsopolitikens samtliga målområden av relevans.

Förslag till fortsatt arbete

De resultat som framkommit i denna kartläggande delstudie kommer att utgöra underlag för fortsatta analyser. Med dessa resultat som grund kommer en hearing att anordnas den 10–11/2. De nationella minoriteter som har bidragit till kartläggningen blir inbjudna, och fokus kommer att vara att diskutera förslag till åtgärder för att förbättra hälsosituationen för de nationella minoriteterna. De förslag till åtgärder som tas fram under hearingen kommer, tillsammans med tidigare inskickat underlag kring åtgärdsförslag, att ligga till grund för de förslag som Statens folkhälsoinstitut lägger fram i en slutrapport till regeringen den 31 mars 2010.

Bilaga 1

Hearing angående regeringens uppdrag att kartlägga de nationella minoriteternas hälsosituation

Sammanfattning

Statens folkhälsoinstitut anordnade den 16 december 2008 en hearing om regeringens uppdrag till institutet att kartlägga nationella minoriteters hälsa. Hearingen riktade sig till företrädare för de nationella minoriteterna, myndigheter som ingår i uppdraget och representanter från forskningsmiljöer med relevans för uppdraget. Syftet med hearingen var att

- informera de berörda om regeringens uppdrag
- ge utrymme för de nationella minoriteternas representanter att lämna synpunkter på uppdraget
- diskutera uppdragets genomförande: ramar, metoder, begränsningar, möjligheter, etiska aspekterna emot synpunkter från deltagarna om uppdraget
- åstadkomma ett erfarenhetsutbyte mellan deltagarna
- presentera exempel på liknande kartläggningar.

Inför hearingen hade deltagarna fått följande material: det enkätformulär för den nationella folkhälsoenkät som Folkhälsoinstitutet årligen genomför, regeringsbeslutet om själva uppdraget och ett formulär med frågor till de deltagande organisationerna.

Tjugofem personer deltog i hearingen, och alla de fem nationella minoriteterna var representerade.

Under hearingen framkom att företrädarna för de nationella minoriteterna ser positivt på uppdraget, men de pekar samtidigt på behovet av att själva kunna medverka i kartläggningen. Organisationerna poängterar också att de resurserna som är avsatta för kartläggningen är otillräckliga för att kunna nå önskvärd representativitet. Organisationerna framhåller särskilt vikten av att de ges möjlighet till delaktighet under hela processen.

Inledande presentationer

Hearingen inleddes med en välkomsthälsning från Isis Nyampame, utredare vid Statens folkhälsoinstitut. Hon informerade om att syftet med hearingen var att föra en diskussion tillsammans med berörda aktörer om genomförande och utformning av kartläggningen.

Hearingen fortsatte därefter med ett pass med två inlägg från Statens folkhälsoinstitut respektive Integrations- och jämställdhetsdepartementet.

Kartläggning av de nationella minoriteternas hälsa – ett regeringsuppdrag

Jan Cedervärn, avdelningschef vid Statens folkhälsoinstitut, presenterade myndigheten och dess övergripande uppgifter att följa upp och samordna folkhälsopolitiken, vars huvudmål är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Därefter redogjorde han för ramarna för det aktuella uppdraget.

Enligt ett regeringsbeslut (2008-06-26) ska Statens folkhälsoinstitut kartlägga de nationella minoriteternas hälsa och lämna förslag på hur det förebyggande och hälsofrämjande arbetet inom dessa minoriteter ska bedrivas. Uppdraget grundar sig på att det saknas officiell statistik i Sverige över hälsoläget bland de nationella minoriteterna. Det har också framkommit kritik från Europarådet och FN rörande hur Sverige fullgör sina åtaganden kring de nationella minoriteterna. Sverige har därför rekommenderats att närmare undersöka de nationella minoriteternas förhållanden i det svenska samhället.

En viktig utgångspunkt för Folkhälsoinstitutet är att kartläggningen ska genomföras i samråd med företrädare för minoritetsgrupperna tillsammans med Socialstyrelsen och Delegationen för romska frågor. Kartläggningen ska utgå från den nationella folkhälso-enkäten för att möjliggöra jämförelser med majoritetsbefolkningen. Uppdraget ska redovisas till regeringen den 1 september 2009.

Folkhälsoinstitutet anser det som centralt och angeläget att utveckla samarbetsformer och gemensamt diskutera hur arbetet ska utformas och genomföras. Jan Cedervärn betonade vidare att kartläggningen är frivillig och att avsikten är att genomföra den på de nationella minoriteternas villkor.

Folkhälsoinstitutet har därför under hösten tagit kontakt med organisationer och företrädare för de fem nationella minoriteterna samt etablerat kontakter med forsknings-miljöer som arbetar med dessa frågor. Vidare har samverkan inletts med andra myndigheter som arbetar med minoritetsfrågorna. Arbetet pågår med att med utgångspunkt i befintlig forskning sammanställa kunskapen om hälsoförhållandena inom de nationella minoriteterna.

Statens folkhälsoinstitut planerar att genomföra kartläggningen i följande steg:

- Datainsamling
- Analys
- Förslag till åtgärder

- Rapport

I varje steg är det nödvändigt med nära samverkan med företrädare för de nationella minoriteterna.

Minoritetspolitik – en översikt

Kajsa Schaal Syränen, Integrations- och jämställdhetsdepartementet

Kajsa Schaal Syränen är sakkunnig i minoritetsfrågor och minoritetspolitik vid Integrations- och jämställdhetsdepartementet. Hon redogjorde kortfattat för den svenska minoritetspolitikens bakgrund, inriktning och huvudmål:

- att ge skydd för de nationella minoriteterna
- att stärka deras möjligheter till inflytande
- att stödja minoritetsspråken

Kajsa Schaal Syränen beskrev minoritetspolitiken som ett tvärpolitiskt fält som berör en rad olika områden, däribland folkhälsoområdet. Minoritetspolitiken har på många sätt haft stor betydelse. Framförallt har de nationella minoriteternas ställning och legitimitet generellt stärkts och möjligheterna att värna det egna språket har förbättrats. Kajsa Schaal Syränen betonade samtidigt att en rad problem kvarstod. Enligt rapporter från bland annat Diskrimineringsombudsmannen och Barnombudsmannen finns fortfarande både dold och öppen diskriminering av samiska barn och samer i allmänhet. En aktuell undersökning om romernas situation i Malmö visar att romer trakasseras på grund av sin etniska tillhörighet, att många lever i utanförskap och att flera barn inte fullgör sin skolgång.

Enligt Europarådets ramkonvention ska Sverige vidta åtgärder på ekonomiska, politiska, sociala och kulturella områdena i syfte att främja jämlikhet mellan de nationella minoriteterna och majoritetsbefolkningen. Kajsa Schaal Syränen framhöll att det idag saknas grundläggande kunskaper om de nationella minoriteternas hälsosituation. Det är dock känt att det finns hälsoproblem och att personer ur de nationella minoriteterna inte söker vård i samma utsträckning som personer ur majoritetsbefolkningen. Språksvårigheter och dåligt bemötande anses bidra till det.

Kartläggningen av nationella minoriteters hälsosituation är därför av yttersta värde för att belysa, synliggöra och komma åt hälsoproblem. Enkäter har tidigare använts med framgång i utredningar som rört de nationella minoriteterna och svarsfrekvenserna har då varit höga. En förutsättning för detta är dock att de nationella minoriteterna ges utrymme att vara delaktiga i hela processen. Kajsa Schaal Syränen avslutade med att uppmana organisationerna att ta tillvara tillfället för att påverka och förändra sin situation.

Minoriteternas presentationer

Därefter följde sju inlägg från organisationer som företräder nationella minoriteter: Svenska samers riksförbund, Svenska tornedalingars riksförbund, Sverigefinska förbundet, Judiska Centralrådet, Romernas riksförbund, Romska ungdomsförbundet och slutligen Resande romer i Europa.

Svenska Samernas Riksförbund (SSR)

Svenska Samernas Riksförbund, SSR, är en sammanslutning av 42 svenska samebyar och 20 sameföreningar, med uppgift att tillvarata och främja de svenska samernas ekonomiska, sociala, rättsliga, administrativa och kulturella intressen, med särskild hänsyn till renskötselns och dess näringars fortbestånd och sunda utveckling.

En same kan definieras utifrån olika kriterier, bland annat språket, samiskan, och röstlängden i sametinget. Statistik saknas om hur många samer det finns i Sverige.
Uppskattningsvis kan det röra sig om ungefär 20 000 samer, men det kan också vara det dubbla.

Vad gäller samers hälsa betonade Anders Blom att renskötare är mest drabbade. Renskötsel är ett farligt yrke, med ett högt antal olycksfall med dödlig utgång samt förslitningsskador. Det finns ingen samlad bild om samernas hälsoläge, men viss forskning visar följande:

- Positiva fynd om vissa cancersjukdomar, negativa om andra
- Negativa fynd om samiska kvinnors benägenhet till hjärt- kärlsjukdomar
- Viss förhöjd självmordsbenägenhet hos unga samiska män
- Den samiska befolkningen är utsatt för stor psykosocial påfrestning som ökar sjukdomsrisken.

Samer har låg sjukvårdskonsumtion. Ekonomiska skäl anges ibland: att renskötare inte har råd med sjukvård. Språkhinder anses också vara en orsak till att samerna avstår från sjukvård. Dåligt bemötande, såsom respektlöst beteende bland sjukvårdspersonal mot samer, och bristande tillit till sjukvårdssystemet är andra orsaker.

SSR har tidigare arbetat för att bedriva folkhälsofrågor i samarbete med de landsting där samer i huvudsak är bosatta. Tyngdpunkten i folkhälsoarbetet var tänkt att ligga på att öka tillgängligheten, öka kunskapen om samernas kultur hos sjukvårdspersonalen, inrätta ett folkhälsoråd, satsa på interventioner med mera. De berörda landstingen valde dock att avbryta arbetet med hänvisning till regeringens uppdrag till Statens folkhälsoinstitut.
SSR har lämnat sina förslag kring uppdraget vid ett tidigare möte med Folkhälsoinstitutet.

Svenska Tornedalingars Riksförbund (STR-T)

Svenska Tornedalingars Riksförbund bildades 1981, och för närvarande finns lokalavdelningar i Umeå, Pajala och Stockholm. Det finns uppskattningsvis mellan 50 000 och 60 000 svenska tornedalingar enligt STR-T. Att gränsen mellan Sverige och Finland drogs vid Torne älv för 200 år sedan har medfört ett stort trauma för befolkningen i området, främst på grund av den språkpolitik som Sverige drev gentemot denna grupp.

Christina Hedström angav att tornedalingars hälsa inte skiljer sig från majoritetsbefolkningens. STR-T ser dock positivt på uppdraget och ställer sig till förfogande. Men uppdraget har väckt oro bland medlemmar under ett årsmöte, då medlemmar uttrycktes skepsis, rädsla och ovilja att bli ”vägda och mätta”. Därför betonade Christina Hedström vikten av att ta hänsyn till dessa aspekter i kartläggningen, samt att STR-T vill vara delaktiga och samverka i hela processen.

Hög kolesterol uppgavs vara ett allvarligt hälsoproblem i Tornedalen, och förhoppningar finns på att kartläggningen kommer att visa på orsakerna till detta.

Sverigefinska Riksförbundet (SFRF)

Sverigefinska Riksförbundet är ett stort förbund som består av 135 lokala föreningar utspridda i hela riket från Trelleborg till Kiruna. Enligt Esko Melakali finns det uppskattningsvis 450 000 sverigefinländare bosatta i Sverige. SFRF har tidigare medverkat i utredningar som använde enkätmetod, och svarsfrekvensen har alltid varit hög. SFRF vill medverka i denna kartläggning.

Sverigefinnars hälsa har tidigare varit föremål för undersökningar. I en rapport från Statens folkhälsoinstitut om födelselandets betydelse för hälsan fanns indikationer om generellt hög fysisk och psykisk ohälsa. Sverigefinnarna var till exempel överrepresenterade i fråga om depression, självmord och schizofreni. Sedan resultaten publicerats kontaktades SFRF av Folkhälsoinstitutet, och en referensgrupp tillsattes av dåvarande general direktör Gunnar Ågren, för att tillsammans diskutera vad som skulle kunna göras för att främja hälsa och förebygga ohälsa bland sverigefinnarna.

Judiska Centralrådet

Det finns uppskattningsvis 17 000 judar i Sverige. Stockholms församling har 4 300 registrerade medlemmar och man räknar att det finns cirka 10 000 judar i Stockholm. I övrigt är den judiska befolkningen bosatt överallt i landet. Större församlingar finns bland annat i Malmö, Göteborg, Uppsala och Västerås. Enligt Simone Nadbomik anses hälsosituationen för judar inte avvika från majoritetsbefolkningens.

Det uppskattas i Sverige finnas ungefär 1 500 överlevande från förintelsen. Det rör sig om äldre människor, och många av dessa känner oro, ångest och rädsla. Därför har Judiska Centralrådet i samarbete med Stockholms läns landsting år 2000 öppnat en judisk vårdcentral för att ta emot dessa patienter som tidigare sökte akutvård. Det finns en annan grupp som kallas för ”second generation” som är i 50- årsåldern och är barn till de överlevande. Dessa är etablerade i samhället men drabbas inte sällan av psykiska problem på grund av vad deras föräldrar har upplevt.

Judiska Centralrådet menar att kartläggning av judars hälsa kan medföra problem därför att den rör känsliga frågor som kan väcka oro och osäkerhet bland medlemmarna. Allt som rör registrering av personliga uppgifter väcker för många judar misstro. En förutsättning för kartläggningen är därför att Judiska Centralrådet får utföra själva arbetet.

Romernas riksförbund

Kartläggningen har väckt rädsla och oro bland medlemmar i romska föreningar. Hillevi Furtenback betonade att romer är rädda för vilka konsekvenser en kartläggning skulle kunna medföra, inte minst med tanke på vad som har hänt romer tidigare i Sverige och vad som för närvarande sker i Italien.

Romernas riksförbund anser att uppdraget är fel formulerat och att det kränker romernas integritet. Hillevi Furtenback angav att för att kartläggningen ska kunna genomföras krävs dels att arbetet ska utföras av romska organisationer och dels att enkäternas anonymitet ska garanteras.

Romska Ungdomsförbundet (RUF)

RUF är den enda organisationen som organiserar romska barn och ungdomar. Organisationen finns i 19 län.

Erland Kardalas betonade att romer är en heterogen grupp och att kartläggningen har väckt skepsis och stor oro hos många romer. Han pekade också på hälsoproblem som drabbar romer. Fetma är vanlig, särskilt bland barn. Drogmissbruk är ett akut hälsoproblem bland romska ungdomar. Övergrepp och kvinnors underordning leder till hälsobesvär. En del hälsoproblem är kulturellt betingade.

Bristande tillit för myndigheter och för sjukvårdssystemet är hinder för att söka sjukvård vid behov. Sjukvårdspersonalens brist på kunskap om romska kulturer påverkar också den vård som ges. Erland Kardalas menade att kartläggningen är viktig men att organisationerna själva måste genomföra kartläggningen i sin helhet och rapportera till Statens folkhälsoinstitut.

International Roma Evangelical Mission (IREM)

Lars Dimitri beskrev romernas situation i det svenska samhället som mycket allvarlig. Flera romer utsätts fortfarande för diskriminering, och många hamnar i utanförskap. De romska barnens situation ser också kritisk ut då många inte ens går i skolan. Enligt Dimitri drabbas romer i allmänhet av olika hälsobesvär.

Kartläggningen har väckt oro bland medlemmar i de romska föreningarna. Kunskapen om hur den ska göras är bristfällig. Lars Dimitri menade att kartläggningen är viktig för att reda på hur romerna mår, men betonade att det krävs mer upplysning och samverkan av företrädare för nationella minoriteter för att kunna genomföra den.

Forskarnas presentationer

Efter organisationernas presentationer följde ett pass med inbjudna representanter från forskningsmiljöer med relevans för uppdraget. Här följer ett sammandrag av deras inlägg.

Möjligheter och begränsningar

Peter Sköld betonade vikten av hänsyn till de etiska aspekterna. Vad är tillåtet? Vad är acceptabelt? Vad är möjligt och vad är rätt att göra? Denna typ av frågor bör fungera som vägledning genom hela arbetsprocessen.

Det är också viktigt att redan i tidigt skede definiera och avgränsa vad man är ute efter. Det är nödvändigt att de nationella minoriteterna själva är delaktiga och utövar självstyre under hela processen. Eftersom resultaten från kartläggningen kommer att ha stor betydelse för nationella minoriteters framtid bör man överväga vilka metoder som kommer att ge pålitliga resultat. Hur når man representativitet? Kommer resultaten att spegla verkligheten vad gäller nationella minoriteters hälsa? Hur kommer resultaten att användas i folkhälsoarbetet? Peter Sköld betonade att ett helhetsperspektiv som utgångspunkt är ett villkor för en lyckad kartläggning.

Metoder och strategier

Carin Björngren Cuadra betonade de nationella minoriteternas delaktighet som en grundläggande princip i kartläggningen. Samverkan är avgörande och ger legitimitet år arbetet. Carin Björngren Cuadra menade vidare att det är viktigt att också överväga andra metoder än enkäter. Till exempel vore det betydelsefullt att komplettera enkätsvaren med djupintervjuer. Även möjligheten att översätta folkhälsoenkäten till de olika minoritetsspråken bör övervägas, liksom hur genusaspekter ska hanteras, till exempel när frågorna utformas. Enligt Carin Björngren Cuadra är det viktigt att arbetsprocessen sker på sådant vis att man bejakar de nationella minoriteternas värderingar och önskemål.

Om studier om nationella minoriteter: En fallstudie: Medborgare i norr 2008

Nils-Gustav Lundgren och Sofia Reinholdt presenterade en enkätstudie som genomförts i de fyra nordligaste länen där bland annat frågor kring etnicitet och hälsa beaktats. Enkäten distribuerades till 4 500 personer och innehöll bland annat frågor om eventuell anknytning till de nationella minoriteterna. Svarsfrekvensen var hög.

Gruppdiskussion om det fortsatta arbetet

Hearingen avslutades med gruppdiskussioner kring det fortsatta arbetet med kartläggningen. Grupperna var blandade och innehåll både organisationsrepresentanter och forskningsföreträdare. Synpunkter från dessa samtal redovisas kort nedan.

Grupp 1 (rapportör: Per Sjölander)
Uppdraget är för begränsat i omfattning och resurser. För samernas del är det viktigare att systematisera den kunskap som finns och skapa konkreta insatser för att utveckla ett praktiskt folkhälsoarbete. Kartläggningen som den formuleras i uppdraget ger inte svar på rätt frågor.

Grupp 2 (rapportör: Hillevi Furtenbach)
Uppdraget är för begränsat i tid och resurser. Statens folkhälsoinstitut bör gå tillbaka till uppdragsgivaren och söka större handlingsutrymme. Andra metoder måste prövas. Stor hänsyn måste tas till integritets- och förtroendefrågor.

Grupp 3 (rapportör: Peter Sköld)
Det krävs olika strategier för varje grupp. Resurserna för uppdraget är för begränsade för att kunna göra detta på ett bra sätt. Fokus på folkhälsofrågor för dessa grupper är viktigt.

Grupp 4 (rapportör: Isis Nyampame)
Uppdraget är viktigt samtidigt som det väcker en viss rädsla och tvekan bland organisationernas medlemmar. Därför är det viktigt med samarbete, delaktighet och förtroende. Det betonades också att den romska gruppen inte kan betraktas som homogen.

Bilaga 2

Tillvägagångssätt och aktiviteter i projektet augusti 2008 till och med 2009

En tolkning av uppdraget gjordes och en projektplan togs fram. En intern arbetsgrupp skapades med utredare från avdelningen för analys och uppföljning vid Statens folkhälsoinstitut. I projektets referensgrupp ingår representanter för de nationella minoriteterna, relevanta forskningsmiljöer samt myndigheter som berörs av uppdraget.

Arbetet med uppdraget genomfördes i fyra faser:

- Planering
- Genomgång och sammanställning av tidigare kunskap
- Datainsamling
- Analys av data

Planeringsfasen

Ett missivbrev om uppdraget skickades till samtliga myndigheter och företrädare för de nationella minoriteterna och de forskningsmiljöer som berörs av uppdraget. Kontakter med myndigheter som ingår i uppdraget (Socialstyrelsen, Sametinget och Delegationen för Romska frågor) etablerades genom möten och besök. Ett samarbete med företrädare för nationella minoriteter inrättades i form av möten, träffar och besök. Arbetsformerna för uppdraget diskuterades med de berörda aktörerna.

Statens folkhälsoinstitut anordnade en hearing kring regeringsuppdraget den 16 december 2008. Syftet med hearingen var att:

- informera de berörda om regeringens uppdrag
- ge utrymme för de nationella minoriteternas representanter att lämna synpunkter på uppdraget
- diskutera uppdragets genomförande: ramar, metoder, begränsningar, möjligheter, etiska aspekter
- ta emot synpunkter från deltagarna om uppdraget
- åstadkomma ett erfarenhetsutbyte mellan deltagarna
- presentera exempel på liknande kartläggningar

Totalt deltog 27 personer i hearingen. Alla nationella minoriteter var representerade. Andra deltagare kom från myndigheter, forskningsmiljöer, kommunala verksamheter, medier och ideella organisationer som arbetar med minoritetsfrågor.

Det framkom vid hearingen att hälsa är en viktig fråga för alla minoriteter. Organisationerna arbetar med hälsofrågor på olika sätt. Under hearingen framkom följande:

- Kritik riktades mot utformningen av uppdraget (brist på deltagande).
- Diskussion fördes om att överväga andra metoder än enkäter, bland annat intervjuer, för kartläggningen.
- Uppdraget har väckt oro, motstånd, skepsis och rädsla, särskilt bland romer, som också är berörda av händelserna i Italien där romer trakasserats och förföljts.
- Bland judar och romer är man misstänksam mot registrering av personuppgifter.
- Organisationerna ansåg att de ekonomiska resurser som avsatts till uppdraget är otillräckliga.
- Tidsplanen är orealistisk. Enligt företrädare för de nationella minoriteterna krävs det mer tid för att genomföra en kartläggning av detta slag.
- Några av de deltagande organisationerna vill själva utföra kartläggningen i samarbete med Statens folkhälsoinstitut.

En dokumentation från hearingen togs fram och skickades till deltagarna.

Seminarier och konferenser om nationella minoriteter

För att höja kunskapen om vad som händer beträffande de nationella minoriteterna har Statens folkhälsoinstitut deltagit i följande konferenser om nationella minoriteter:

Sveriges Kommuner och Landsting

Kommunerna och de nationella minoriteterna (april 2008)
Konferensen handlade om hur kommuner arbetar med nationella minoriteters frågor och hur den svenska minoritetspolitiken har tillämpas hittills sedan den antogs.

Delegationen för romska frågor

Romer, en svensk minoritet (augusti 2008)
Syftet med konferensen var att belysa och informera om romers situation i Sverige. Konferensen riktade sig till alla myndigheter som har uppdrag om nationella minoriteter. På konferensen berättade romska aktivister om sina erfarenheter av att leva som rom i Sverige då och nu.

Norrbottens läns landsting

Romer och Judars situation ur ett historiskt perspektiv (november 2008)
Syftet med konferensen var att informera allmänheten om romers och judars situation i Sverige och hur Norrbottens läns landsting arbetar med minoriteternas frågor tillsammans med de nationella minoriteterna.

Northern Dimension Partnership in Public health and social well being (SIHLWA);Indigenous Mental Health and Parenting (IMHAP)

Ursprungsbefolkningars mentala hälsa (maj 2009, oktober 2009)

Region Skåne
Romernas situation i (December 2009)

Södermanlands, Västermanlands och Örebro län
Romernas situation och utvecklingsbehov (november 2009)

Kontakt med allmänheten om regeringsuppdraget
Uppdraget har väckt intresse bland medier, myndigheter, kommuner, landsting och länsstyrelser, som har kontaktat oss med frågor om uppdraget.

Återrapportering till uppdragsgivaren
Statens folkhälsoinstitut har återrapporterat till uppdragsgivaren, Socialdepartementet, om hur arbetet med uppdraget fortskrider. Institutet har vidare diskuterat de problem som framkommit samt de nationella minoriteternas synpunkter på kartläggningen. Återrapporteringen görs löpande.

Förarbete inför datainsamlingen
Genomförandet av kartläggningen utfördes av organisationerna i samverkan med Statens folkhälsoinstitut. Förankringen av kartläggningen hos de nationella minoriteterna genomfördes av organisationerna. Organisationerna hade möjlighet att komma med önskemål genom att lägga till frågor som ansågs vara väsentliga för varje organisation och som inte täcktes in av folkhälsoenkäten. I den kvalitativa intervjuguiden som användes i datainsamlingen bland romer hade de romska organisationerna möjlighet att påverka frågor och innehåll. Urvalet har gjorts i samarbete med Statens folkhälsoinstitut och Statistiska Centralbyrån, SCB. Hänsyn har tagits till kön, ålder och geografisk spridning.

Samarbete med Delegationen för romska frågor
Statens folkhälsoinstitut har arbetat i nära kontakt med Delegationen för romska frågor för att kunna närma sig företrädare för romska organisationer och för att förankra kartläggningen hos de romska organisationerna. Kartläggningen väckte motstånd och oro bland romer, vilket resulterade i att kunskap om romers hälsosituation i Sverige inhämtades genom fokusgruppdiskussioner och intervjuer i stället för genom enkäter.

Statens folkhälsoinstitut fick hjälp av Delegationen för romska frågor att välja romska intervjuare där särskild hänsyn togs till geografisk spridning samt de skillnader som finns mellan de romska grupperna.

Datainsamlingen

Nedan summerar vi hur datainsamlingen var planerad för respektive minoritetsgrupp.

Romer

Datainsamlingen genomfördes av åtta romska intervjuare under ledning av Isis Nyampame. Den föregicks av en 2 dagars utbildning i intervjuteknik för intervjuarna ledd av docent Maria Emmelin, Umeå universitet.

Sammanlagt genomförde de romska intervjuarna 32 fokusgruppsdiskussioner och 32 individuella intervjuer. Tio intervjuer med nyckelpersoner genomfördes av en anlitat socialantropolog vid namn Maria Beltzer.

Detta har gjorts:

- En skrivelse om romers hälsosituation har tagits fram av projektledaren och lämnats till Socialdepartementet. Skrivelsen belyser de svårigheter som har framkommit i kartläggningen bland romer och föreslår en arbetsmodell som skulle underlätta inhämtning av kunskap om romers hälsosituation. En professionell intervjuare är anlitad för att genomföra intervjuer med nyckelpersoner bland romer.
- Åtta romska intervjuare valdes i samarbete med Delegationen för romska frågor.
- En utbildning i intervjuteknik för romska intervjuare har anordnats av Statens folkhälsoinstitut i samarbete med Umeå universitet och institutionen för folkhälsa och global hälsa. Utbildningen ägde rum den 27–28 augusti 2009 i Stockholm.
- Manuel Tan Marti, utredningssekreterare vid Delegationen för romska frågor, anlitades som rådgivare samt för att genomföra individintervjuer och fokus-gruppsintervjuer med romer i stockholmsområdet, under perioden juli-augisti 2009.

Svårigheter

- I jämförelse med andra nationella minoriteter är romer en marginaliserad grupp som lever i samhällets utkant. De upplever sig diskriminerade av majoritets-befolkningen vad gäller möjligheter till arbete, utbildning, boende etc.
- Romernas förhållande till staten har präglats av misstro, och det har varit alltför svårt att skapa förtroende mellan romerna och staten. Detta har försvårat förankringen av kartläggningen bland romer.
- Romer är inte en homogen grupp utan snarare flera olika grupper – svenska romer, finska romer, nyanlända romer, resande romer och utomnordiska romer.
- Romer har en stark kultur som måste respekteras.
- Hälsa är en viktig fråga bland romer enligt de romska företrädarna. De uppgav bl.a. att övervikt och drogmissbruk är ett ökande problem bland romska barn och ungdomar.

Möjligheter

- Att främja deltagandet av företrädare för romska organisationer har underlättat förankring och samarbete kring kartläggningen.
- Samarbete med nyckelpersoner och företrädare för romska organisationer ger arbetet mer legitimitet.
- Att intervjuer genomförs med romer ökar arbetets trovärdighet.
- Samarbete med Delegationen för romska frågor har underlättat kontakter med företrädare för romska organisationer som också sitter som delegater i Delegationen.

Samer

Sametinget och Svenska Samernas Riksförbund (SSR) ska gå igenom folkhälsoenkäten och lämna förslag på tilläggsfrågor. Sametinget och SSR ansvarar för både genomförandet och förankringen av kartläggningen hos sina medlemmar. SSR och Sametinget föreslår ett urval på 3 000 personer utifrån röstlängden och ungdomars medlemsregister i Saminorra. De anser att enkäten ska följas upp med 100 intervjuer med samer i olika yrkesgrupper med hänsyn till geografisk spridning. Sametinget och SSR menar att denna metod ska ge ett tillförlitligt underlag för de åtgärder som ska vidtas senare. SSR och Sametinget bedömer att avsatta medel för genomförandet av kartläggningen är otillräckliga.

Detta har gjorts:

- Vid flera tillfällen har diskussioner förts med SSR och Sametinget om arbetsformer och hur kartläggningen ska kunna genomföras på ett bra sätt.
- Statens folkhälsoinstitut har återrapporterat till Socialdepartementet om SSR och Sametingets synpunkter på uppdraget. Statens folkhälsoinstitut anser att SSR och Sametinget bör ta ställning till hur uppdraget ska genomföras utifrån de förutsättningar som gäller.
- SSR och Sametinget återkommer med förslag på hur kartläggningen ska genomföras (i mitten på augusti 2009).

Svårigheter

- Samer är inte bara en nationell minoritet, de utgör också ursprungsbefolkning.
- Gruppstorleken och brist på statistik gör det svårt att uppskatta med en mer exakt siffra hur många samer som finns i Sverige. Det finns variationer inom gruppen. Samerna talar flera olika språk, bland annat sydsamiska, lulesamiska och nordsamiska. Samerna har en stor geografisk spridning, från Kiruna till Idre.
- Samerna tillhör flera yrkesgrupper: renskötande, ej renskötande, fjällsamer, slöjdsamer, skogssamer.
- Olika grupper har olika krav och behov.
- Samernas historia påverkar.
- Tidigare erfarenheter av staten kan försvåra samernas tillit och förtroende för staten.
- Samer upplever att de har varit undersökta under en lång tid och anser att vad som behövs är åtgärder till främjande och förebyggande folkhälsoarbete.
- Samer anser att avsatta medel till uppdraget är otillräckliga och att tidsplanen är orealistisk.
- Alla samer är inte anslutna till Sametinget eller till SSR, och en metodologisk fråga rör möjligheten att nå ut till de som ej är anslutna.

Möjligheter

- Samer är väl organiserade inom SSR och Sametinget.
- SSR och Sametinget ställer sig positiva till uppdraget om det skulle genomföras utifrån deras villkor (mer resurser och tid).
- Hälsa är en viktig fråga för samer.
- Det finns en mängd studier om samers hälsa som man kan utgå ifrån.
- SSR och Sametinget bedriver egna hälsoprojekt.

Judar

Judiska Centralrådet (JCR) ansvarar för bearbetningen av tilläggsfrågor i folkhälsoenkäten i samarbete med professor Lars Dencik. De sköter också genomförandet och förankringen av kartläggningen bland medlemmarna. JCR har föreslagit en urvalsstorlek på 4 500 personer utifrån medlemsregister från olika församlingar runt i landet (Stockholm, Göteborg, Malmö, Uppsala, Västerås). En webbaserad enkät önskas för att nå de som inte är anslutna till JCR. Kodning och analys av ifyllda enkäter görs i samarbete med Statens folkhälsoinstitut. Utifrån den budget som JCR presenterade till Statens folkhälsoinstitut konstaterades att portoavgifterna är för höga. Diskussioner förs om hur kostadnaderna kan minskas.

Detta har gjorts:

- Statens folkhälsoinstitut och JCR har etablerat ett samarbete och arbetar i nära kontakt.
- Efter diskussioner med JCR kommer urvalet att omfatta 1 200 personer.
- Urvalet görs i samarbete med Lars Dencik.
- Mellan 20 och 25 tilläggsfrågor har utarbetats av JCR i samarbete med Lars Dencik.
- Ett kontrakt om att utföra uppdraget har tagits fram med hjälp av chefjuristen och projektledaren vid Statens folkhälsoinstitut.
- Diskussioner pågår om Statens folkhälsoinstituts och JCR:s åtaganden i genomförandet av kartläggningen. Statens folkhälsoinstitut ska se över möjligheten att ordna en länk till en webbaserad enkät, i syfte att underlätta för de som inte är med i en judisk församling att svara på enkäten.
- Analysen av enkäter kommer att göras i samarbete med JCR.

Möjligheter

- Gruppen är välorganiserad.
- Hälsa är en viktig fråga som Judiska Centralrådet arbetar med på olika sätt.
- JC anser att kartläggningen är viktig för sina medlemmar.

Svårigheter

- Misstro mot staten som grundar sig i den judiska historien.
- Hur når man de som inte är anslutna till organisationen och församlingar?
- JC önskar göra sina egna analyser vilka Statens folkhälsoinstitut kan bekosta.

Sverigefinnar

Sverigefinska Riksförbundet vill att kunskap om deras hälsa inhämtas i samarbete med Statistiska centralbyrån. Riksförbundet har bearbetat folkhälsoenkäten och skulle vilja att frågor rörande diskriminering, användning av finska språket i kontakten med sjukvården och andra generationens hälsosituation finns med i datainsamlingen. Översättning av folkhälsoenkäten till finska betonades som en förutsättning för att underlätta för fler äldre finnar att besvara enkäten.

Möjligheter

- Sverigefinnar ställer sig positiva till uppdraget.
- Det finns studier om sverigefinnars hälsosituation.
- Uppgifter om sverigefinnars hälsosituation kan hämtas från Statistiska centralbyrån.

- Hälsa är en viktig fråga som bedrivs i olika projekt av SFRF.
- Sverigefinnar är välorganiserade genom SFRF.

Svårigheter

- Sverigefinnar har önskat veta hur andra och tredje generationens hälsa ser ut. Hur tar man fram uppgifter om andra och tredje generationens hälsosituation? Hur mycket kan detta kosta?
- Statens folkhälsoinstitut kommer inte att hinna få med alla önskemål från sverigefinnar på grund av begränsad tid.

Tornedalingar

Svenska Tornedalingars Riksförbund (STR-T) har sett över frågorna i folkhälsoenkäten, och organisationen ansvarar för förankring och genomförande av kartläggningen. Urvalsstorleken är 1 500 personer. Organisationen kommer att samarbeta med kommunhandläggare i berörda kommuner för att nå dem som inte är med i föreningen.

- Samarbete har etablerats mellan Statens folkhälsoinstitut och STR-T.
- STR-T har gått igenom folkhälsoenkäten och lämnat förslag på tilläggsfrågor.
- Urvalet är tänkt att omfatta 1 200 tornedalingar i de kommuner där de flesta bor.
- Ett samarbete har inletts mellan kommunhandläggare i de berörda kommunerna angående hur man nå de som inte är medlemmar i STR-T.
- Enkäter kommer att skickas ut i början av augusti 2009.

Möjligheter

- Tornedalingarna är väl organiserade genom STR-T.
- Möjligheten är god att samarbeta med de berörda kommunerna i förvaltningsområdena.
- Hälsa är en viktig fråga för gruppen.

Svårigheter

- Hur når man de som inte är anslutna till organisationen, såsom ungdomar?
- STR-T föreslår att detta görs i samarbete med kommunhandläggare i de berörda kommunerna.

Samarbete med Socialstyrelsen

Ett samarbete med Socialstyrelsen har inletts. Socialstyrelsen har fått ett liknande uppdrag om äldre i de nationella minoriteterna. Uppdraget handlar om att undersöka hur äldre i åldern 65 och äldre som tillhör de nationella minoriteterna upplever kommunaltjänster som erbjuds dem. Uppdraget ingår i den brukarundersökning som genomförs av Socialstyrelsen.

En samordningsgrupp kring nationella minoriteters frågor har utformats på Socialstyrelsen. Statens folkhälsoinstitut deltar i informationsträffar och erfarenhetsutbyte kring de nationella minoriteternas frågor.

Svårigheter och möjligheter i genomförandet av uppdraget

Avslutningsvis kan det konstateras att varje grupp är unik och har sin historia. Gruppens tidigare förhållande med staten har en avgörande betydelse för hur gruppen förhåller sig till uppdraget. Nationella minoriteter är inga homogena grupper. Detta ska tas hänsyn till i genomförandet av uppdraget.

Trots att alla organisationer som företräder de nationella minoriteterna ställer sig positiva till uppdraget har de lämnat synpunkter på hur uppdraget skulle ha kunnat utformas och genomföras bättre. Organisationer framhåller att de inte har varit inblandade i hela processen. Vissa grupper uppger att de har varit uteslutna i utformningen av uppdraget. Det har varit diskussioner om metoder och resurser. Många organisationer anser att det behövs mer tid och resurser för att kunna nå tillförlitliga resultat.

Bilaga 3

Synpunkter på kartläggningen från de nationella minoriteterna

Synpunkter på kartläggningen från Judiska Centralrådet

Kommentarer kring Folkhälsoinstitutets hälsorapport avseende de nationella minoriteterna i Sverige

1) Ang. hur undersökningsgrupperna har definierats:
Ingen av de tre undersökningspopulationerna har avgränsats på ett helt tillfredställande sätt.

Den operationaliserade definitionen av sverigefinnar som personer födda i Finland missar helt att ta in en stor grupp som är född i Sverige, men som genom påbrå kulturellt hör till gruppen sverigefinnar. Samtidigt kommer det med finlandsfödda som inte nödvändigtvis är sverigefinnar.

Den operationaliserade gruppen av tornedalingar inkluderar grupper som bor i de angivna kommunerna men som inte har mäenkieli som sitt språk eller på annat sätt definierar sig som tornedalingar.

Den judiska gruppen i undersökningen består å andra sidan uteslutande av judar som själva genom sitt medlemskap i en judisk församling valt att definiera sig som judar. Denna självdefinition är det enda hållbara kriteriet för att betrakta någon som jude - registrering efter etnicitet och ras hör inte hemma i en medborgarstat som Sverige. Därför är synpunkten på sidan 3 i utredningen att det urval som gjorts betr. judar" inte kan anses vara ett slumpmässigt urval av judar i Sverige" malplacerad. I själva verket förhåller det sig så, att endast betr. den judiska gruppen föreligger det en väldefinierad "urvalsram". Visserligen är det ett bortfall i den judiska gruppen (liksom säkerligen i de andra), men till skillnad från övriga minoriteter är det när det gäller den judiska gruppen möjligt, att beräkna bortfallet - och därigenom också kontrollera för om det föreligger någon systematisk skillnad mellan dem som svarat och dem som inte gjort det – därför att man har en aktuell och väldefinierad urvalsram. Bland de andra nationella minoriteterna famlar man i blindo när man ska besvara frågan, hur representativa deltagarna är. Det förhållandet att det också finns svenskar som själva definierar sig som judar men ändock valt att stå vid sidan av en församling ändrar inte detta förhållande. Dessa vet vi normalt inget om och vi vet heller inte var de finns och de kan av det skälet inte nås.

Det anförs också att det förhållandet att endast 1/3 av de tilltänkta judiska respondenterna besvarat det utsända frågeformuläret drar represantiviteten av de judiska enkätsvaren i fråga. Till det skall sägas, att så vitt vi hittills kunnat kontrollera är det inte fråga om något systematiskt bortfall. T v kan därför svaren från den judiska gruppen läggas till grund för ev åtgärder, medan det däremot är mer tveksamt om det samma kan sägas om svaren från sverigefinnar och tornedalingar då det urval dessa svar baserar sig på antingen inte inkluderar relevanta grupper bland dem, eller tvärtom inkluderar grupper som inte borde räknas med i resp. kategori.

2) Ang. jämförelserna mellan grupperna och mellan grupperna och den svenska befolkningen som helhet.

Utöver de felaktigheter när det gäller jämförelser mellan grupperna som följer av det som påpekats under punkt 1) ovan gäller att undersökningen inte ansträngt sig att indela materialet så att sociologiskt relevanta jämförelser skulle kunna göras. Som det nu är. är de jämförelser som görs stort sett sociologiskt sett irrelevanta, men därför inte oskyldiga. Vi har redan sett exempel på hur de har misstolkats i politiskt (antisemitiskt) syfte.

När det gäller den judiska gruppen vore det relevant att jämföra med den del av den svenska befolkningen som likt stort sett hela den judiska gruppen är urbant boende och högutbildad. Som det nu är kan vi intet veta om den judiska gruppen skiljer sig från andra skikt i befolkningen som har samma eller liknande social karakteristika som den judiska - men det är just det en undersökning som denna om de nationella minoriteternas relativa hälsosituation borde göra. Lika meningslöst är det omvänt att utan att ta hänsyn till utbildningsnivå, boendeförhållanden och liknande jämföra tornedalingar baserade i några Norrbottenkommuner med den svenska befolkningen som helhet. Utredningens syfte var ju att ta reda på vad det innebär hälsomässigt att tillhöra en viss nationell minoritet - inte vad har för konsekvenser för hälsan att man bor i t ex Norrbotten eller Stockholm. Om man vill, borde dock vara en ganska enkel sak att bearbeta det insamlade materialet så att sociologiskt relevanta jämförelser blir möjliga att göra.

3) Ang de framkomna resultaten.
Med den kännedom vi har om den judiska gruppens sammansättning är de resultat som framhävs i rapporten – att judar har bättre kroppslig hälsa, äter mer frukt och grönsaker, röker mindre, är mindre ekonomiskt utsatta men mer socialt aktiva än ett genomsnitt av befolkningen som helhet – föga överraskande. Det har med alla sannolikhet mer att göra med att judarna i Sverige generellt hör till de urbant baserade och välutbildade skiktet i samhället. På det kontot kan antagligen iakttagelsen att manliga judar i något högre grad än genomsnittsbefolkningen använt cannabis föras. Däremot knyter sig de resultat som pekar på att judar i högre grad än befolkningen som helhet rapporterar att man på grund av rädsla avstått från att gå ut ensam och upplevt sig utsatt för diskriminering antagligen mer direkt till just det faktum att man är jude.

För att kunna rekommendera relevanta åtgärder för att avhjälpa sådana hälso- och andra risker som följer av att man tillhör just den judiska minoriteten (eller för den delen en av de andra undersökta nationella minoritetsgrupperna) behövs det göras mer sofistikerade och nyanserade analyser baserande sig på att man konstanthåller sociala bakgrundsfaktorer som utbildning, boendeort osv. och därigenom isolerar de effekter som kan följa av den specifika grupptillhörigheten och utifrån det finner fram till vilka hälsopolitiska åtgärder som kan vara relevanta för resp. grupp.

_____

Lasse Dencik
För Judiska Centralrådet i Sverige
Professor

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

2010-02-04 Dnr Ju 2006:10/2010/6

Yttrande

Delegationen för romska frågor
JU 2006:10

Biträdande ordförande
Gunno Gunnmo
Telefon 08-405 56 71
Telefax 08-405 44 98
E-post gunno.gunnmo@justice.ministry.se
Mobil 076-775 81 21

Synpunkter på rapporten Hur mår Sveriges nationella minoriteter?

Som en av dem som ingår i den referensgrupp som är knuten till utredningen lämnar jag här synpunkter på rapporten inför konferensen den 10-11 februari i år.

Jag begränsar mina synpunkter till de frågor som angår den romska minoriteten. Mina synpunkter baseras på de erfarenheter jag kunnat inhämta inom ramen för arbetet i Delegationen för romska frågor.

Utgångspunkter för yttrandet
Min utgångspunkt för detta yttrande är att jag är väl införstådd med de svårigheter Folkhälsoinstitutet har stått inför i samband med genomförandet av regeringsuppdraget kring de nationella minoriteternas hälsa. Dessa svårigheter har inte minst gällt den romska minoriteten. Det finns möjligen skäl att påminna om att den misstro romer visat mot kartläggningen inte i första riktar sig mot Folkhälsoinstitutet eller mot att regeringen vill få kunskapen om de nationella minoriteternas hälsa. Det vi möter här är en djupt rotad och, vågar jag påstå, sakligt grundad och historiskt förankrad misstro mot majoritetssamhällets myndigheter och företrädare.

Mot den bakgrunden vill jag uttrycka uppskattning över folkhälsoinstitutets lyhördhet för sprängkraften i undersökningen och valet av undersökningsmetod. Utbildningen av romer för uppgiften att genomföra intervjuer blev ett konstruktivt sätt att hantera frågan.

Ett påpekande
Jag har fått ett påpekande av redaktionell natur som rör den redovisning som lämnas under rubriken Romernas riksförbund på sidan 23 i rapporten, andra styckets andra mening. Hillevi Furtenback som åberopas önskar att meningen ändras i den slutliga rapporten, enligt följande:
Hillevi Furtenback angav att för att kartläggningen ska kunna genomföras krävs dels att arbetet ska utföras av romska organisationer och dels att enkäternas anonymitet ska garanteras.

Resultatredovisningen
Jag har inga invändningar mot redovisningen eller de resonemang som förs kring denna. Jag har heller inte mött några reaktioner i den delen.
Det jag vill framföra är ett antal iakttagelser kring frågor som inte belysts men som har betydelse för bedömningen av behovet av åtgärder för att förbättra hälsan inom den romska minoriteten.

Generationsskillnader
Det finns anledning att anta att det finns skillnader mellan olika generationer när det gäller olika aspekter på begreppet hälsa. Med ett urval som gjorde det möjligt att skilja ut unga, medelålders och äldre skulle bilden bli mer nyansera och det skulle också bli möjligt att analysera tendenser i utvecklingen över tid.

Sviter från ett kringresande liv
Först på 1970-talet tilläts romer i mer betydande omfattning bli bofasta. Det kan därför antas att det bland romer finns de som besväras av sviter från ett kringresande liv. Det kan vara mera påtagliga effekter som köldskador eller reumatiska åkommor, men också konsekvenser av utebliven hälso- och sjukvård.
Livet som kringresande medförde också att möjligheten att äta balanserad kost försvårades något som kan ha betydelse för romers hälsa också idag.

Klädkulturens hälsoeffekter
I den grupp som benämns finska romer bär kvinnorna av tradition en kjol som är mycket tung. Detta innebär att många av dessa kvinnor redan i unga år får ryggbesvär och andra belastningsskador. Det är lätt att inse att ett hälsoproblem som är en direkt följd av att kvinnorna följer gruppens klädtradition är svårbemästrat. Det kan i sin tur inte tillåtas innebära att problemet inte uppmärksammas.

Renlighetskultur och hälsa
Det är viktigt för mig att påpeka att jag inte uttalar mig med stöd av egna fackkunskaper. Jag gör antaganden och reser frågor för att visa på ett möjligt behov av fördjupade studier. Med tanke på att sexualitet och underlivssjukdomar är mycket känsliga ämnen för många romer är det särskilt viktigt att sådana studier görs i nära samverkan med romer.

Så till sakfrågan och mitt antagande om ett möjligt samband mellan en stark renlighetskultur och oönskade hälsoeffekter. Bland många romer finns en stark renlighetskultur, som – antar jag – grundlades när man bodde under primitiva förhållanden i läger och som kringresande. När denna kultur tillämpas i ett modernt samhälle, särskilt i offentliga miljöer uppstår ett problem för i första hand kvinnor och unga romer.
Många romska kvinnor använder inte offentliga toaletter. Det gäller särskilt om toaletterna är gemensamma för män och kvinnor.
Det finns skäl att undersöka om detta förhållande, utöver obehaget att inte kunna besöka en toalett, leder till besvär som urinvägsinfektioner och katarrer. Om det dessutom finns ett motstånd mot att uppsöka läkare för olika underlivsbesvär kan det här dölja sig betydande hälsoproblem och lidande.

Som jag ser det bör också dessa frågor bli föremål för fördjupade studier.

Barnäktenskapens konsekvenser
FN:s konvention om barnets rättigheter sätter gränsen för barn från 0 till 18 år. Med den definitionen av barn konstaterar jag att barnäktenskap är en realitet att beakta bland romer. Kunskapen om vilka konsekvenser detta kan få för i första hand de unga flickornas hälsa är mycket begränsad och frågan är inte belyst i kartläggningen. Förhållandet att frågor om sexualitet är känsliga eller direkt tabubelagda i en del romska miljöer är en komplicerande faktor.
En slutsats jag tillåter mig dra av detta korta resonemang är att det finns ett behov av sexualundervisning och andra former av stöd riktad till unga romer, i alla avseenden anpassad till romsk kultur.

Kusingiften
Jag ska här inte fördjupa mig i sociala och historiska orsaker till den starka gruppsammanhållningen inom den nationella minoriteten romer. Men denna sammanhållning är en av flera möjliga anledningar till att giftermål mellan kusiner är förhållandevis vanligt förekommande. Jag kan självklart inte stödja mig på någon statistik som stöd för detta påstående. Jag tillåter mig helt enkelt att påstå att kusingiften är ett faktum.
Detta är som flera av frågor jag tagit upp känsliga för de berörda, men det oroar också romer att släktskap mellan föräldrar kan påverka barnens hälsa.

Tandhälsa
Jag har här tagit upp ett antal frågor kring romers hälsa, som i vissa fall har direkt koppling till inslag i romernas livsstil. En fråga där det är svårt att bedöma om det finns ett sådant samband är munhygien och tandhälsa. De uppgifter jag fått som gör att jag vill aktualisera behovet av dessa frågor uppmärksammas är att en stor andel av de äldre bland romerna har tandproteser.

Avslutande kommentarer

De frågor jag aktualiserat här är undantagslöst sådana som romer tagit upp med mig. Samtidigt som man betonat att frågorna är känsliga och därmed svårhanterliga har man betonat angelägenheten av lösningar, förändringar och stödåtgärder.

Det faktum att en fråga är känslig får inte leda till att ämnet undviks det ska i stället ses som en betoning av vikten av professionellt stöd från samhällets sida i nära samverkan med romerna.

Jag har också pekat på förhållanden som kan ha effekter på romers hälsa där de åtgärder som krävs sträcker sig längre än man normalt menar med hälso- och sjukvård.

Gunno Gunnmo

SÁMIID RIIKKASEARVI
Svenska Samernas Riksförbund · SSR

Isis Marie Aimee Nyampame
Statens folkhälsoinstitut
831 40 Östersund

Kommentarer till rapporten ”Hur mår Sveriges Nationella Minoriteter”

SSR har muntligen under den process som fortvarit sedan hösten 2008 framfört kritiska synpunkter gällande det aktuella uppdraget att kartlägga de nationella minoriteternas hälsosituation. Följande är en sammanfattning av våra synpunkter gällande såväl den process som genomförts, dess direktiv och de resultat som nu redovisas. Vi förväntar oss att dessa kommentarer integreras i rapporten.

Inledning

Sveriges samer är en av de svenska nationella minoriteterna, om detta råder det ingen tvekan. Samerna är dock också Sveriges enda urfolk, om detta borde det inte heller råda någon tvekan eftersom riksdag och regering redan 1977 (prop 1976/77:80) fastställde detta : *”Samerna utgör en ursprunglig befolkning i Sverige, som är lika gammal eller äldre än landets majoritetsbefolkning”* .
I statusen av att vara ett urfolk ligger folkrättsliga aspekter som är betydligt mer omfattande än vad t.ex. Europarådets konvention till skydd för nationella minoriteter föreskriver. Här kan t.ex. nämnas:

- FN:s konvention om de mänskliga rättigheterna
- Deklaration om urfolks rättigheter (har antagits i september 2007 av FN:s generalförsamling)
- ILO 169 – ej antagen i Sverige
- Europeiska konventionen om mänskliga rättigheter (ECHR)
- Internationella konventionen om utrotande av rasdiskriminering (CERD)
- Internationella konventionen om biologisk mångfald
- Internationella konventionen om civila och politiska rättigheter (CCPR)
- ILO 111 – antagen i Sverige

Från SSR finner vi det högst anmärkningsvärt att inte Sverige har tagit intryck av den internationella folkrättens krav och ägnat ett särskilt arbete runt samerna och deras hälsosituation. I detta ligger ingen som helst nedvärdering av de problem som finns bland andra minoritetsgrupper i Sverige, här finns ett flertal problem för

regeringen att uppmärksamma men då inom ramarna för det nationella minoritetsskapet.

SSR är inte ensam om att framföra dessa krav. FN:s specialrapportör Paul Hunt har 2007 framför till Svenska regeringen behovet av att ägna särskild uppmärksamhet gällande samernas hälsosituation med hänsyn till samernas status som urfolk.

Frågan kan också belysas utifrån den fondvägg som Norge utgör i folkhälsoarbetet för sina samer. I Norge finns det flera forskningsmiljöer som är destinerade till att arbeta med samiska hälsofrågor. Center for Helseforskning och SANKS bör här särskilt nämnas. Bland andra jämförelser kan nämnas:

- NOU 1995:6 ; Plan för helse- og socialtjenster till den samiska befolkningen i Norge (senare reviderad)

- Saminor 1; Under åren 2003 – 2004 genomfördes en hälso- och livsmiljöstudie av de norska samerna. Utredningen genomfördes på uppdrag av norska hälsoministeriet och utfördes av Centret för Helseforskning vid Tromsö universitet. I undersökning deltog 16 538 män ock kvinnor, både samer och icke samer från samma områden i Norge.

- Saminor 2; Centret för Helseforskning planerar nu för en uppföljningsstudie. Norska hälsoministeriet kommer att finansiera detta uppdrag med 12 miljoner NOK. Detta kan jämföras med de ca 700 000 kronor som Svenska staten avsatt för den nu genomförda undersökningen.

- SANKS avsätter årligen 2 miljoner norska kronor för riktad forskning inom området samernas psykiska ohälsa

Sammanfattningsvis finner vi det således ytterst anmärkningsvärt att svenska statens och dess folkhälsoansvariga myndigheter valt att negligera svenska samernas folkrättsliga ställning samt att man dessutom valt att inte hörsamma den internationella kritik som riktats mot Sverige gällande Sveriges hälsoarbete för samerna. Det är ett minimikrav att SSR:s kritik framgår tydligt i Stens Folkhälsoinstituts skrift.

Samernas hälsosituation

I samband med uppstarten av den nu avslutade projektet framförde SSR att den kunskap som redan då fanns om olika samiska hälsorisker var tillräcklig för att fördjupa arbetet med ett longitudinellt forskningsperspektiv samt att förena detta arbete med ett interventionsarbete som skulle skapa bättre folkhälsa och livskvalitet hos det samiska folket. Bland tankarna till interventionsarbete framfördes både idéer om inrättandet av ett kunskapscenter om samiska hälsofrågor samt inte minst pragmatiska åtgärder för att förbättra det praktiska hälsoarbetet.

Nu då arbetet närmar sig sin slutrapportering kan vi konstatera att våra tidigare farhågor besannats. Det har egentligen inte framkommit någon ny kunskap — möjligen kan man påstå att viss tidigare kunskap återigen blivit bekräftad. Detta

innebär att vi har förlorat mer än ett år i arbetet med att föra fram positionerna i det samiska folkhälsoarbetet?

Det faktum att en studie nu har genomförts, om än resultatet varit magert, kan komma att innebära att regeringen och berörda myndigheter nu anser att frågan är färdigutredd. Detta vore förödande för den fortsatta utvecklingen.

Behovet av ett kunskapscentrum för samiska hälsofrågor
Från samiskt håll anser vi att om frågan skall hanteras seriöst i fortsättningen så måste medel tillsättas som möjliggör ett långsiktigt kunskapsarbete under flera år. I detta sammanhang är naturligtvis de norska myndigheternas arbete en förebild. Centret måste få en finansiering som möjliggör rekrytering av kompetens samt ger förutsättningar för fleråriga satsningar. Bland arbetsuppgifterna återfinns:

- Initiera forsknings- och kunskapsprocesser inom området samisk hälsa
- Generera kunskap om samernas hälsa
- Sprida information och kunskap om samernas hälsa
- Att arbeta med långsiktiga strategier för förbättrad hälsostatus bland samerna
- Att ge svenska vårdgivare råd, kunskap och idéer om hur de förbättrar sitt hälsoarbete för det samiska folket

Det praktiska hälsoarbetet
Under 2007/2008 arbetade SSR, med stöd av representanter från bl.a. Umeå universitet, Södra Lapplands Forskningsenhet och Sametinget med ett arbete som syftade till att påbörja ett praktiskt folkhälsoarbete för samer inom svenska Sápmi. Arbetet var på väg att resultera i en överenskommelse med de nordliga landstingen och deras kommunförbund. Då folkhälsoinstitutet erhöll det nu aktuella uppdraget valde de berörda landstingen att avbryta den pågående projektformuleringen. Anledningen var att man inte ville föregripa de eventuella förslag som folkhälsoinstitutet skulle kunna komma fram till.

Den nu presenterade rapporten ger mycket lite vägledning om hur de hälsomässiga tillkortakommanden som presenteras i rapporten skall hanteras. Landstinget i Västerbotten har dock nu tagit sitt ansvar och avvaktar inte längre centrala direktiv utan påbörjar nu en utbildning av sin primärvårdspersonal i samiska hälsofrågor. Det hade varit på sin plats om rapporten också hade tagit upp aspekter på hur man skall arbeta vidare med att implementera ett samiskt folkhälsoarbete hos befintliga vårdgivare, men detta saknas.

Umeå 2010-02-07

Anders Blom
Förbundsdirektör

Sámediggi
Sámedigge
Saemiedigkie
Sametinget

Avdelningen för analys och uppföljning
Att: Isis Marie Aimee Nyampame
Statens folkhälsoinstitut
831 40 Östersund

Yttrande angående preliminär rapport *Hur mår Sveriges nationella minoriteter* från Statens folkhälsoinstitut

Ärende
Statens folkhälsoinstitut har begärt att få Sametingets synpunkter på den preliminära rapporten som beskriver hälsoläget för Sveriges minoriteter. Nedan följer Sametingets synpunkter.

Yttrande
Som vi tidigare sagt är vi positiva till regeringens initiativ att kartlägga språkminoriteternas hälsosituation. Däremot är vi kritiska till hur regeringen formulerade uppdraget till FHI. Uppdraget var illa berett, otillräckligt finansierat, skulle genomföras under kort tid och saknade ett tydligt långsiktigt perspektiv.

Beträffande samernas hälsosituation har FHI:s kartläggningsarbete inte inneburit att vi fått någon ny kunskap. Det man redovisar i delrapporten är en sammanfattning av den kunskapsöversikt som nyligen gjordes av Södra Lapplands Forskningsenhet på uppdrag av Sametingets styrelse. Dessutom presenteras i rapporten en del resultat från professor Lars Jacobssons studier av den psykiska hälsan bland renskötande samer. FHI har således inom ramen för kartläggningsuppdraget inte inhämtat någon ny kunskap om samernas hälsosituation utan endast sammanställt redan befintliga uppgifter. Detta är en besvikelse för Sametinget som hade hoppats på att kunskapsläget skulle förbättras genom kartläggningsarbetet.

Vilken kunskap har vi då om den samiska befolkningens hälsosituation? Jämfört med den kunskapen vi har om de andra nationella språkminoriteternas hälsoläge är kunskapen förhållandevis god om samernas hälsa. Genom den folkhälsoenkät och de intervjuer FHI har använt bland judar, romer, tornedalingar och sverigefinnar har man fått en översiktlig bild av vilka riskfaktorer dessa grupper utsätt för och av hur man upplever sin hälsa i olika avseenden. Sådan kunskap fanns i huvudsak redan för den samiska befolkningen. Dessutom finns det för samernas vidkommande, men tydligen inte för de andra minoritetsgrupperna, vetenskapliga studier av förekomsten av ett antal kliniskt verifierade sjukdomstillstånd. Med finansiellt stöd från Sametinget har Södra Lapplands Forskningsenhet till exempel genomfört en rad epidemiologiska studier i den samiska befolkningen där man hjälp av nationella diagnos- och dödsorsaksregister undersökt risken för att drabbas respektive att dö av bl.a. självmord och olika typer av hjärt-

kärlsjukdomar och cancer. Sådana studier är mycket viktiga som komplement till uppgifter baserade på självrapporterad ohälsa.

Jämför man kunskapslägen om samernas hälsa med den kunskap vi har om majoritetsbefolkningens hälsa så är skillnaderna avsevärda. Kunskapen om samernas hälsosituation är ofantligt mycket mer begränsad än vad den är beträffande majoritetsbefolkningens hälsa. Det finns således ett stort behov av att fortsätt att utreda förekomsten av sjukdom och hälsa i den samiska befolkningen, och hur hälsosituationen påverkas av olika psykologiska och socioekonomiska faktorer. Det är synnerligen betydelsefullt att ett fortsatt kartläggnings och uppföljningsarbete kommer till stånd och att det genomförs med långsiktighet och kontinuitet. För att säkerställa detta tror vi att det är nödvändigt att det etableras en forskningsorganisation som med särskilt avsedda medel får ett långsiktigt ansvar för ett sådant kartläggnings och uppföljningsarbete.

Trots att kunskapsläget fortfarande är bristfälligt vad gäller samernas och de andra nationella språkminoriteternas hälsosituation har ett antal hälsoproblem kunnat identifieras. För samernas vidkommande kan vi konstatera att den psykosociala hälsosituationen är dålig, särskilt i den renskötande delen av samebefolkningen (hur det förhåller sig i den del av samebefolkningen som inte är involverad i renskötsel vet vi fortfarande alltför lite om). De renskötande samerna har visats ha bl.a. hög självmordsförekomsten, hög förekomst av symptom på ångest och depression, låg livskvalitet, höga arbetskrav, hög risk för arbetsolyckor och belastningsskador. För Sametinget är det mycket viktigt att det skyndsamt sätts in åtgärder som kan förbättra hälsosituationen bland de renskötande samerna. Kunskapsbristerna får med andra ord inte tas som ursäkt för att skjuta upp implementeringen av relevanta åtgärder till dess ytterliga kunskap skaffats. Fortsatt kartläggning och uppföljning av hälsosituationen måste ske parallellt med att identifierad ohälsa åtgärdas. Om åtgärderna dröjer kommer det av den samiska befolkningen att ses som ett svek och misstron mot den svenska staten och dess myndigheter kommer att ytterligare förstärkas.

Avslutningsvis hoppas Sametinget att det svenska samhällets syn på rättvisa, där alla tros få samma förutsättning genom att alla behandlas på samma sätt, kommer att förändras. I denna tolkning av vad som är att betrakta som rättvist exkluderas ofta all form av särbehandling, antingen med motivet att floran av grupper som skulle kräva särbehandling blir allt för stor för att vara praktiskt hanterbar, eller att särbehandling ger en viss grupp fördelar som andra grupper saknar (alltså orättvist), eller att särbehandling är stigmatiserande genom att peka ut en specifik grupp som mer hjälpbehövande än andra. Enligt vår mening kan rättvisa endast uppnås genom särbehandling som undanröjer ekonomiska, kulturella och andra hinder som begränsar likvärdigt utnyttjande av samhällets gemensamma resurser. Det är i detta sammanhang värt att påminna om att samerna har en särställning bland de nationella språkminoriteterna genom sin status som urfolk. Den svenska regeringen har genom ratificering av ett antal internationella konventioner och deklarationer påtagit sig ett särskilt ansvar för att tillgodo se den samiska befolkningens behov av bl.a. den bästa möjliga hälsa, ett ansvar som regeringen blivit kritiserad för att inte i tillräcklig utsträckning ha infriat (se t.ex. FN:s specialrapportör Paul Hunts kritik från 2007).

Ann-Christin Samuelsson
Tf Kanslichef

Synpunkter på kartläggningen från Sverigefinska Riksförbundet

Det skulle varit bra om i hade förklarat lite mera vad är kalibreningsvikter och hur det tas fram. Har aldrig tidigare sett termen i andra statistiska undersökningar. När man tittar i tabell1 sidan 35 undrar man om resultaten blir ganska missgivande beträffande sverigefinnar när andra generationen uppgifter saknas. Då är väl det inte så konstigt att sverigefinnar har sämre hälsa eftersom de är äldre än majoritetsbefolkningen och äldre människor generellt har sämre hälsa än yngre.

Gäller samma också till exp i sida 54. angående andel utsatts för fysiskt våld, i alla fall i så fall att det gäller mäns våld mot kvinnor? Det drabbar väl oftare yngre kvinnor än äldre.

Undrar också om de speciella frågor som vi ville tex. ang hälsovård på modersmålet. När det gäller judar har man tagit upp detta s.61, har beaktats i kartläggningen.

Mvh

Helena Kivisaari
toimitsija/ombudsman
Ruotsinsuomalaisten Keskusliitto
Sverigefinska Riksförbundet
tel. 08-615 83 51, 070-743 14 61
helena@rskl.se
www.rskl.se

YTTRANDE
2009-09-14

Till
Statens folkhälsoinstitut
Forskarens väg 3
831 40 Östersund

Ang medverkan i kartläggning av de nationella minoriteternas hälsosituation

Svenska Tornedalingars Riksförbund-Tornionlaaksolaiset (STR-T) vill härmed meddela att organisationen inte antar uppdraget att medverka i kartläggningen av de nationella minoriteternas hälsosituation. Däremot välkomnar vi att Statens folkhälsoinstitut genomför en kartläggning. Med de tids- och kostnadsramar som angivits i uppdraget är STR-T av åsikten att kartläggningen inte blir professionellt genomförd vilket kan skada organisationens varumärke på lång sikt.

För STR-T
Dag som ovan

Tore Hjorth
Ordförande

Maja Mella
Verksamhetsledare

YTTRANDE
2010-02-05

Till
Iisis Marie Aimee Nyampame
Avdelningen för analys och uppföljning
Statens folkhälsoinstitut 831 40 Östersund
isismarieaimee.nyampame@fhi.se

Kommentarer till Rapporten ”Hur mår Sveriges nationella minoriteter?”

Härmed sänder Svenska Tornedalingars Riksförbund-Tornionlaaksolaiset (STR-T) följande skriftliga kommentarer till delrapport ”Hur mår Sveriges nationella minoriteter?”

Direkta faktafel i rapporten

Sid 6: Maja Mella är verksamhetsledare för Svenska Tornedalingars Riksförbund-Tornionlaaksolaiset, inte representant.
Sid 12: Samarbetet med STR-T avbröts inte 29 maj utan 14 september, enligt bifogad bilaga var skälet bristen på resurser samt tidsramen för genomförandet.

Kommentarer till rapporten och avsnitten kring tornedalingar

Grundproblemet i hela rapporten är val av metod för genomförande och analys av dessa. Rapporten visar stora brister i bland annat validitet och reliabilitet. Validiteten är ett mätinstruments förmåga att mäta det som man avser att mäta. Reliabilitet innebär hur väl mätinstrumentet ger tillförlitliga och stabila utslag, vilket i dagsläget är för tidigt att kommentera något kring.

När det gäller mängden enkäter så framkommer det att 2264 enkäter finns med från kommunerna Gällivare, Pajala, Kiruna, Övertorneå och Haparanda. Det är dock svårt att från rapporten tolka från vilka år detta gäller eftersom sverigefinnar och tornedalingar blandas i samma stycke på sidan 36. Ett bättre sätt att redovisa omfattningen svenskfödda från de valda kommunerna hade varit årsvis och kommunvis så att man kan se hur många som är med från varje år och från vilka kommuner dessa kommer. Med detta tillvägagångssätt missar man tyvärr ändå helt alla människor tillhörande minoriteten bosatta runt om i Sverige.

Kriteriet för tornedaling verkar alltså vara svenskfödd individ från ovannämnda kommuner. STR-T vill belysa att många tillhörande minoriteten kan ha exempelvis finskfödda föräldrar/förälder eller samiska föräldrar/förälder. Eftersom undersökningen genomförts i ett avgränsat geografiskt område med undermåliga variabler menar STR-T att det är ytterst allvarligt att dra slutsatser och offentliggöra dem som tornedalingars hälsosituation. Exempelvis på sid 37 anges ”att tornedalingar är äldre än befolkningen i sin helhet”, vilket belyser det faktum att utflyttade tornedalingar som oftast är unga inte medverkar i undersökningen. Även om materialet skulle vara tydligt kommun- och årsvis kvarstår problemen kring validitet och reliabilitet.

Termen tornedaling är inte heller självklar som kriterie för en studie av minoritetens hälsa : STR-T konstaterar att det är fel att använda enbart variabeln tornedaling för att få fram minoritetens hälsa, frågan är mer komplex än så. Rapporten nämner ingenstans att det främst i Malmfälten(Gällivare och Kiruna kommuner) finns människor som använder meänkieli som språk, men identifierar sig som kvän eller lantalainen och variabeln tornedaling ger i dessa kommuner inte ensamt ett tillförlitigt resultat.

Enkäten innehåller inga frågor om kunskapen kring språk eller identifiering med finsk kultur alt. kultur meänkielitalande brukar. Hur kan man veta att personerna som analyseras har anknytning till meänkieli och definierar sig som minoritet? Med befintliga enkäter som underlag kan det faktiskt vara fråga om majoritetsbefolkning bosatt i norra Sverige i glesbygd! På sid 65 i rapporten instämmer Folkhälsoinstitutet i att undersökningen är undermålig för tornedalingar med följande citat:

”Gruppen tornedalingar fångas inte på ett korrekt sätt då hela befolkningen som är svenskfödd i de fem kommunerna i Tornedalen har valts men det är ett slumpmässigt urval som går att göra statistiska beräkningar utifrån. Bland tornedalingarna finns svenskfödda som inte identifierar sig som tornedalingar och de tornedalingar som flyttat från kommunerna i Tornedalen finns inte med i urvalet. De skattningar av ohälsa som görs för tornedalingar är sannolikt underskattningar.”

STR-T vill kommentera att det även finns finskfödda norrbottningar i kommunerna i norr som definierar sig som minoritet.
STR-T ställer sig också frågande till följande uttalande i rapporten på sid 65: ”De skattningar av ohälsa som görs för tornedalingar är sannolikt underskattningar.” På vilka faktagrunder byggs denna slutsats?

TR-T samtycker till slutsatsen sid 65: ”I denna rapport har genomgående jämförelse gjorts med hela befolkningen. För tornedalingar skulle det kanske ha varit bättre att jämföra med befolkningen i Norrbotten då vi vet att hälsan är sämre i Norrbotten än i hela riket.”

En mer relevant jämförande variabel hade varit antingen norrlänningar eller glesbygdbor som speglar skillnaderna mellan stad och land där annan jämförande forskning finns att tillgå. Genom enkäten får man en bild av hur människor i Sverige har det i mindre kommuner kontra i större kommuner. Kopplingen enbart till minoriteter är enligt STR-Ts mening inte möjlig att göra av en enkät utan frågor med minoritetsinnehåll. Enkäten ger inte heller svar på om svaren för de svenskfödda i Norrbotten är från en större centralort eller mindre by, något som också kan påverka resultatet. Ett annat faktum som vi redan kort ovan varit inne på är att meänkielitalande finns runtom i hela landet. STR-Ts medlemmar vid lokalavdelningarna i Stockholm och Umeå hamnar utanför studien och givetvis alla andra tillhörande minoriteten som flyttat söderut till andra orter. Utflyttning från norra Norrbotten är ett välkänt problem och gäller alla oavsett om man är minoritet eller tillhör majoritetsbefolkningen. Det geografiska området Tornedalen har också drabbats väldigt hårt under vissa perioder då den kraftiga urbaniseringen drog bort en stor del av de yngre arbetsföra människorna till andra delar av landet.

Vad som är ytterst allvarligt med ovanstående fakta på bordet är att Statens Folhälsoinstitut ändå publicerar bl a följande slutsats om minoritetsgruppen:

”Kroppsliga hälsan är sämre hos sverigefinnarna än bland tornedalingar och judar. Sverigefinnar och tornedalingar har oftare sämre och judar har bättre kroppslig hälsa än hela befolkningen. Stillasittande är vanligare bland manliga sverigefinnar och tornedalingar än bland män i hela befolkningen. Sverigefinnar röker dagligen i större utsträckningen och tornedalingar och judar röker mindre än dem i hela befolkningen. Det senaste året har kvinnliga tornedalingar och manliga judar använt cannabis i större utsträckning jämfört med dem i befolkningen. Manliga sverigefinnar hade varit berusade oftare än män i hela befolkningen. Sverigefinnar och tornedalingar hade varit mer ekonomiskt utsatta och judar hade varit mindre ekonomiskt utsatta än dem i hela befolkningen. En mindre andel sverigefinnar, tornedalingar och judar hade avstått från att gå ut ensam av rädsla för överfall, rån eller annat ofredande jämfört med hela befolkningen. En större andel kvinnliga tornedalingar hade blivit utsatta för fysiskt våld jämfört med kvinnor i hela befolkningen. Kvinnliga tornedalingar och manliga judar hade i större utsträckning än dem i hela befolkningen blivit utsatta för självupplevd diskriminering. Kvinnliga tornedalingar saknar i större utsträckning emotionellt stöd och manliga sverigefinnar saknar i större utsträckning praktiskt stöd jämför med dem i befolkningen. Lågt socialt deltagande är vanligare bland sverigefinnar och tornedalingar och mindre vanlige bland judar än bland dem i befolkningen.”

STR-T vill belysa att vad gäller tolkning av data så visar kriterierna på sid 67-71 också en avsaknad av positiva variabler

STR-T instämmer i i följande slutcitat på sid 95:

”Avslutningsvis kan det konstateras att varje grupp är unik och har sin historia. Gruppens tidigare förhållande med staten har en avgörande betydelse för hur

gruppen förhåller sig till uppdraget. Nationella minoriteter är inga homogena grupper. Detta ska tas hänsyn till i genomförandet av uppdraget. Trots att alla organisationer som företräder de nationella minoriteterna ställer sig positiva till uppdraget har de lämnat synpunkter på hur uppdraget skulle ha kunnat utformas och genomföras bättre. Organisationer framhåller att de inte har varit inblandade i hela processen. Vissa grupper uppger att de har varit uteslutna i utformningen av uppdraget. Det har varit diskussioner om metoder och resurser. Många organisationer anser att det behövs mer tid och resurser för att kunna nå tillförlitliga resultat."

STR-Ts slutsats kring rapporten

- **STR-T kräver att avsnittet om tornedalingar helt tas bort från rapporten**. De slutsatser som dras baseras på fel variabler – vilket vi försökt att belysa.

- **STR-T kräver ett svar på vad syftet är med en komparativ analys** mellan tre minoritetsgrupper och majoritetsbefolkningen? Skulle det inte vara bättre med en studie över ett antal år var för sig för minoriteterna? **Den här typen av analyser stärker fördomar i samhället och är inte i linje med den nuvarande nationella minoritetspolitiken**.

- **Samrådsprocessen i uppdraget** kring kartläggningen av minoriteters hälsa **har inte fungerat.**

- **STR-T menar att en enkät om minoritetens hälsa behöver ha kompletterande frågor om identitet, språk, kultur och identifiering med minoriteten**. Vi menar att detta kan göras utan att det för den skull betraktas som etnisk registrering. Enkäten besvaras alltid givetvis anonymt och frivilligt.

- **STR-T** anser att kartläggningen av de nationella minoriteternas hälsa kan genomföras av myndigheter även fortsättningsvis, men **kräver att erfarna minoritetsforskare finns knutna till studierna** som kan bistå och säkerställa minoritetsdelen i en liknande hälsoenkät.

- **STR-T kräver också att minoritetsorganisationerna själva får större möjlighet att påverka studiens karaktär, genomförande och omfattning** tillsammans med minoritetsforskare i fältet och den myndighet som utpekas som operativ för genomförandet.

- **STR-T kräver också avslutningsvis att liknade studier ska genomföras över tid, löpande samt med tillräckliga personella och ekonomiska resurser.** Den största motiveringen till detta är att det aldrig tidigare genomförts studier kring minoritetens hälsa.

För STR-T
Dag som ovan

Tore Hjorth
Ordförande

Maja Mella
Verksamhetsledare

DEL B

Vad kan göras för att förbättra hälso-situationen bland nationella minoriteter? Förslag till åtgärder

Delredovisning II av regeringsuppdraget att kartlägga de nationella minoriteternas hälsosituation samt ge förslag till förebyggande och hälsofrämjande insatser

Inledning

Föreliggande rapportdel behandlar förslag till åtgärder för att främja hälsa och förebygga ohälsa bland de nationella minoriteterna.

Den första delen beskriver insatser som för närvarande genomförs av olika aktörer på nationell, regional och lokal nivå när det gäller folkhälsoarbete riktat till nationella minoriteter.

Den andra delen behandlar förslag till åtgärder. Förslagen baseras på existerande kunskap om nationella minoriteters hälsosituation, resultat från kartläggningen, pågående folkhälsoinsatser från både Statens folkhälsoinstitut och andra aktörers sida samt organisationernas egna åtgärdsförslag. Dessa förslag kom bland annat fram vid en hearing anordnad av Statens folkhälsoinstitut i samarbete med andra berörda myndigheter och företrädare för de nationella minoriteterna (se bilaga 1). Hearingen syftade till att ge företrädare för de nationella minoriteterna tillfälle att tillsammans med Statens folkhälsoinstitut och andra berörda myndigheter diskutera möjliga åtgärdsförslag utifrån kartläggningsresultaten.

Vad görs av andra aktörer nationellt, regionalt och lokalt som är av relevans för detta regeringsuppdrag och förslagen till åtgärder?

I detta avsnitt beskrivs tillämpningen av minoritetspolitiken och de insatser som för närvarande genomförs på nationell, regional och lokal nivå med relevans för folkhälsoarbetet bland de nationella minoriteterna. Beskrivningen gör inte anspråk på att vara heltäckande utan lyfter i stället fram goda exempel och beskriver de utmaningar som uppkommer då minoritetspolitiken genomförs med ett folkhälsoperspektiv.

Relevanta insatser för folkhälsoarbetet på myndighetsnivå

År 2000 erkändes samer, tornedalingar, romer, judar och sverigefinnar som nationella minoriteter. Detta skedde genom att den svenska regeringen ratificerade dels Europarådets konvention för skydd av nationella minoriteter, dels minoritetsspråkskonventionen (SOU 1997:193; SOU 1997:192; prop. 1998/99:143, s. 10–28; prop. 2008/09:158, s. 28). I samband med detta införde Sverige år 2000 en minoritetspolitik med följande tre mål: att skydda de nationella minoriteterna; att stärka de nationella minoriteternas möjligheter till inflytande; att stödja de historiska minoritetsspråken så att de hålls levande. Sverige rapporterar till Europarådet om vilka åtgärder som har vidtagits inom ramen för skyddet av de nationella minoriteterna och vilka åtgärder som vidtagits när det gäller revitalisering och bevarandet av de nationella minoriteternas språk. Det förra görs vart femte år, det senare vart tredje år. Minoritetspolitiken är sektorsövergripande och omfattar även andra politikområden, bland annat folkhälsopolitiken.

Flera myndigheter ansvarar för minoritetspolitikens tillämpande. När det gäller språkvård har *Institutet för folkminnen* genomfört olika uppdrag för att dokumentera minoriteternas historia. Statens kulturråd bidrar på olika sätt med att bevara och utveckla de nationella minoriteternas kultur. Ombudsmannen mot etnisk diskriminering (DO) har som huvuduppgift att motverka och förebygga diskriminering på grund av funktionsnedsättning, kön, ålder, etnicitet, trosuppfattning eller sexuell läggning. DO har medverkat aktivt för att motverka diskriminering bland nationella minoriteter och tar emot anmälningar från bland annat dessa grupper. DO har gett ut en rad rapporter om diskriminering av nationella minoriteter i Sverige. Resultaten visar att det förekommer diskriminering bland annat på arbetsmarknaden, på bostadsmarknaden och i utbildningsväsendet (DO, 2002; DO, 2004; DO, 2008:2; DO 2008:3).

I samband med införandet av minoritetspolitiken har en rad åtgärder vidtagits. Lagen (1999:1175) om rätt att använda samiska hos förvaltningsmyndigheter och domstolar och lagen (1999:1176) om rätt att använda meänkieli och finska vid kontakter med myndigheter trädde bägge i kraft år 2000 och avser de förvaltningsområden där de flesta nationella minoriteter är bosatta. En utvärdering av hur dessa lagar utnyttjades gjordes några år efter ikraftträdandena. Resultaten från utvärderingen pekar på låg användning av dessa språk, till följd av myndigheternas brist på kunskap och resurser. Utvärderingen visar på stor kunskapsbrist om nationella minoriteters rättigheter (Elenius, 2002). Mellan åren 2004 och 2007 initierade regeringen en rad utredningar i syfte att få ökad kunskap om de nationella minoriteternas språkliga förutsättningar (Ju 2004:01; dir. 2004:6; dir. 2005:23; SOU 2005:40; SOU 2006:19; IJ2007/155/D; IJ2007/215/D; IJ2008/438/DISK; Ds 2008:26; IJ2008/818/DISK; IJ2008/608/DISK; IJ2007/3231/DISK). Vidare har organisationer som företräder nationella minoriteter rätt att ansöka om statliga bidrag enligt förordningen (2005:765) om statsbidrag för nationella minoriteter. Länsstyrelsen i Norrbottens län har uppdraget att fördela statsbidrag i de olika förvaltningsområdena.

År 2006 tillsattes Delegationen för romska frågor. Dess huvuduppgift är att utreda romernas livssituation i Sverige. Delegationen arbetar med flera olika aktörer, framför allt representanter för romska organisationer, för att undersöka och upplysa om romernas situation i samhället.

Inom ramen för genomförandet av minoritetspolitiken har ett flertal myndigheter inom sina respektive verksamhetsområden fått olika uppdrag som syftar till att främja de nationella minoriteternas livssituation. Inom utbildningsområdet har flera insatser genomförts efter det att *Skolverket* kartlagt de behov som barn tillhörande nationella minoriteter har i skolan (Skolverket, 1999, 2007). Skolverket konstaterade att modersmålundervisningen fortfarande inte ger dessa barn tillräcklig möjlighet att lära sig sitt modersmål. Regeringen uppmanade därför berörda myndigheter att möjliggöra och underlätta modersmålsundervisning. Regeringen ansåg vidare att fler insatser bör vidtas när det gäller att skapa möjligheter för modersmålsundervisning för barn tillhörande nationella minoriteter, t.ex. genom distansundervisning, lärarutbildningar och andra högskoleutbildningar på de nationella minoritetsspråken, och läromedel tillgängliga på de nationella minoritetsspråken (prop. 2008/09:158).

Centrum för multietnisk forskning vid Uppsala universitet (numera Hugo Valentin-centrum, efter samgående med ”Programmet för studier kring Förintelsen och folkmord”, Uppsala universitet) fick i uppdrag att kartlägga utbildningsbehov hos och utbildningsinsatser för minoritetskvinnor. Resultaten visar att utbildningsbehovet hos de nationella minoriteterna varierar och att studieförbund och folkhögskolor till viss del erbjuder kurser specifikt riktade till de nationella minoriteterna (NAMIS, 2010).

Ungdomsstyrelsen har fått ett regeringsuppdrag om att stödja jämställhetsarbetet bland de nationella minoriteterna genom att fördela bidrag till organisationer som arbetar med jämställdhet bland nationella minoriteter. En del av de organisationer som beviljas bidrag arbetar med hälsofrågor.

Statens folkhälsoinstitut fick under år 2008 två uppdrag kring nationella minoriteter. Ett uppdrag gällde att kartlägga hälsosituationen bland de nationella minoriteterna samt att lämna förslag till hälsofrämjande åtgärder. Ett annat uppdrag handlade om att undersöka hur våldutsatta kvinnor som tillhör nationella minoriteter bemöts och stöds av offentliga myndigheter.

Sametinget fick ett regeringsuppdrag om att genomföra särskilda insatser för att stärka samiska kvinnors delaktighet i samhällslivet.
I mars 2009 presenterade regeringen en ny minoritetspolitisk strategi i propositionen *Från erkännande till egenmakt* (prop. 2008/2009:158). Strategin innehåller åtgärder för att säkerställa en bättre efterlevnad av Europarådets minoritetspolitik, följa upp minoritetspolitiken mer effektivt, motverka diskriminering och utsatthet av nationella minoriteter, främja egenmakt och inflytande samt främja och bevara de nationella minoritetsspråken. Propositionen ledde till en ny lag om nationella minoriteter, lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk, som trädde i kraft den 1 januari 2010. Lagen innehåller bestämmelser om nationella minoriteter, nationella minoritetsspråk, förvaltningsområden och rätten att använda minoritetsspråk hos förvaltningsmyndigheter och domstolar samt vissa bestämmelser om uppföljning av tillämpning av lagen. Den nya lagen stärker de nationella minoriteternas inflytande. De nationella minoriteterna ska nu ges möjlighet till samråd på lokal nivå i frågor som rör dem. Vidare stärks nationella minoriteters rättigheter utanför förvaltningsområdena, vilket innebär en förändring i socialtjänstlagen. För förändringarnas genomförande höjdes anslaget för minoritetspolitiken till 80 miljoner kronor. Länsstyrelserna i Stockholms län och Norrbottens län samt Sametinget ansvarar för att samordna genomförandet (prop. 2008/09:159).

Relevanta folkhälsoinsatser på lokal och regional nivå

Samer

Aktiviteter pågår för närvarande i Västerbottens läns landsting. Den 23 februari 2010 genomfördes en informationsdag i Vilhelmina för primärvården angående samernas hälsa. Där deltog representanter för landstingsledningen, och det diskuterades hur man kan gå vidare. Ytterligare informationstillfällen för framför allt primärvårdspersonal i Sápmi är inplanerade. Information på samiska kommer att bli tillgänglig på landstingets hemsida och på hemsidorna för några av vårdcentralerna i Sápmi. Det förs även diskussioner kring ett specifikt självmordsförebyggande projekt riktat till renskötande samer. Jämtlands läns landsting genomförde den 9 mars 2010 ett samrådsmöte med representanter för samerna om vad landstinget skulle kunna göra för att främja hälsa och förebygga ohälsa.

Sverigefinnar

Enligt Sverigefinnarnas riksförbund (SFRF) arbetar organisationen aktivt med hälsofrågor. En rad projekt och aktiviteter pågår eller har genomförts under de senaste 20 åren. Varje år anordnas en konferens om äldres hälsa, där mellan 300 och 500 förbundsmedlemmar deltar. Likaså anordnas varje år en kvinnoträff/kvinnokonferens där kvinnors fysiska och psykiska hälsa diskuteras. Dessutom anordnar riksförbundet tillsammans med medlemsföreningarna hälsoprojekt i samverkan Korpen och ABF. Förbundet har för närvarande pågående projekt för ungdomar inom områdena alkohol, narkotika, droger och tobak (ANDT). Projekten genomförs i samarbete med sverigefinska skolor och finansieras av Socialstyrelsen. Förbundet har haft svårt att erhålla finansiering för att bedriva kamratstödjande verksamhet för före detta missbrukare. Förbundet uppger vidare att det behövs mer resurser från kommuner och landsting för att stödja deras folkhälsoarbete.

Romer

Hälsa är en viktig fråga för romska organisationer och andra aktörer som arbetar med hälsofrämjande insatser riktade till romer. Enligt romerna själva pekar kartläggningsresultaten på fysisk och psykisk ohälsa bland romerna. Fysisk inaktivitet, dåliga matvanor, fetma, hjärt- och kärlsjukdomar, depression, drogmissbruk (särskilt bland män och ungdomar), hög arbetslöshet, diskriminering, hög alkoholkonsumtion och en känsla av utanförskap är alla vanligt förekommande hälsorelaterade problem i den romska gruppen. Det pågår en rad projekt för att främja romers livsvillkor och livssituation i Sverige. En del av dem bedrivs av romska organisationer. Nedan ges goda exempel på projekt.

- Romska ungdomsförbundet (RUF) genomför ett flertal hälsofrämjande projekt riktade till romska ungdomar. Förbundet har exempelvis erhållit stöd från Statens folkhälsoinstitut för ett projekt syftande till att motverka spelberoende bland romska ungdomar.

- COPE-metoden i Staffanstorps kommun. Ett projekt som syftar till att förebygga drogmissbruk bland romska ungdomar påbörjades i Staffanstorps kommun. I projektet utbildas romska föräldrar i att vara goda förebilder för sina barn och i att hantera den problematik som uppkommer om man har drogmissbrukande barn.

- Uppsala kommun har i samarbete med Institutionen för hälsovetenskap vid Uppsala universitet genomfört ett antal projekt som syftar till att främja romska kvinnors hälsa. Akademiska sjukhuset i Uppsala har initierat möten med romer för att diskutera bemötandefrågor inom hälso- och sjukvården ur ett romskt kulturperspektiv.

- I Malmö stad har ett romskt informations- och kulturcentrum inrättats. Centrumets huvuduppgift är att ge information om romsk kulturhistoria och romers levnadsförhållanden, att ge stöd till de kommunala verksamheter som har uppdrag enligt minoritetslagstiftningen, att fungera som kunskapsbank kring det romska och det svenska samhället.

- Västmanlands, Södermanlands och Örebro län har byggt upp ett gemensamt nätverk som syftar till erfarenhetsutbyte vad gäller främjandet av romers hälsosituation och livssituation i respektive län.

- I Helsingborg pågår projekt som syftar till att främja romers hälsa och livssituation.

Judar

Judiska församlingar har bedrivit hälsoprojekt på flera håll i landet. En del av dem pågår för närvarande. Hos Judiska församlingen i Stockholm finns flera goda exempel på projekt som är värda att framhålla.

- År 2000 etablerades en judisk hälso- och sjukvårdsmottagning bestående av ett sjukvårdsteam med psykiater/allmänläkare, sjukgymnast och sjuksköterska. Mottagningen upphörde dock hösten 2009 på grund av att vårdavtalet mellan Judiska centralrådet och Stockholms läns landsting inte förnyades. En profilmottagning för Förintelsens överlevande har varit i drift.

- Tre olika dagverksamhetsprojekt med inslag av hälsoinsatser riktade till äldre, bland annat i form av gymnastik, yoga och träningspass, har bedrivits sedan år 1985. För närvarande pågår två dagverksamheter för de äldre: ett på Judiska hemmet, öppet en gång i veckan med 20–30 besökande per tillfälle; ett på Café 84 och främst riktat till Förintelsens överlevande, öppet en gång i veckan med 15–35 besökande per tillfälle.

- Ett förebyggande hälsoarbete bestående av hembesök av kurator eller psykolog eller av mer hemtjänstliknande besök har pågått sedan år 2005, och tack vare externa medel har verksamheten expanderat genom åren.

- Kuratorsverksamhet pågår för närvarande, men i liten skala till följd av resursbrist.

- I ett pågående projekt levereras koshermat till äldre boende i Storstockholmsområdet.

- Verksamhet för att utveckla och stärka sociala nätverk och därmed främja hälsa och livskvalitet pågår, t.ex. anordnas utflykter, firas de judiska högtiderna och organiseras föreläsningar och seminarier.

I Göteborgs judiska församling har en kuratorstjänst inrättats. Och i Malmö judiska församling finns hemstöd i liten skala för de mest utsatta av Förintelsens överlevande.

Tornedalingar

Sedan slutet av 1980-talet utdelar STR-T årligen tre kulturstipendiater i kategorin ungdom, vuxen samt pruuma-ja-freistaama. Syftet är att synliggöra insatser värdefulla för den tornedalska kulturen och minoritetsspråket meänkieli. Via bokförlaget Kaamos Nordkalottförlags försorg har det öppnats möjlighet för författare att utge alster på minoritetsspråket meänkieli.

Under 2010 har ett projekt startats med syfte att fördjupa och bredda erfarenheterna från Tohtia-Duostta-Våga:s första fas och att permanenta ett forum för minoritetskvinnor i samverkan med andra minoritetsorganisationer. Utvecklingen av projektet möjliggör att ett forum för minoritetskvinnor kan permanentas på lång sikt, vilket också var det övergripande syftet med samverkansprojektet mellan SSR och STR-T. Ambitionen var att genomföra en konferens under en treårsperiod, vilket har vidareutvecklats till att år 2010 genomföra en hälso- och jämställdhetsmässa i samverkan mellan STR-T, SSR och Sverigefinska FHSK. Aktiviteten har ett nyhetsvärde, då det aldrig tidigare genomförts. Hälsa bland minoriteter är inte en prioriterad fråga inom landstingen. Minoriteternas åsikt är att det är viktigt att vi själva tar tag i frågan och över påtryckning.

Preliminär plats för genomförandet av hälso- och jämställdhetsmässan är Sverigefinska Folkhögskolan i Haparanda. Med urvalet av plats når man även minoritetskvinnor bosatta i Finland och breddar därmed nätverket ytterligare till att bli internationellt och gränsöverskridande. Man har även för avsikt att bjuda in ryska samekvinnor, då de har ett intresse av psykosociala frågor. Med detta ser man att samarbetet mellan samer och tornedalingar har breddats även till att omfatta sverigefinnar.

Källa: Maja Mella, verksamhetsledare för Svenska Tornedalingars Riksförbund (STR-T)

Förslag till åtgärder

I nedanstående text beskrivs förslag till åtgärder för att förebygga ohälsa och främja hälsa bland de nationella minoriteterna. Förslagen till åtgärder baseras på fyra utgångspunkter; tidigare framtagen kunskap om minoriteternas hälsa; resultat från den i A-delen genomförda kartläggningen av hälsan hos nationella minoriteter, en sammanställning av aktiviteter och insatser som görs av andra aktörer nationellt, regionalt och lokalt av relevans för folkhälsoområdet samt de förslag till åtgärder som lämnats av de nationella minoriteternas organisationer. Förslagen till åtgärder presenteras som rubriker och följs av en kortare text som motiverar varje förslag. Förslag 2 till 5 kan med fördel anknytas till och eventuellt integreras i de regionala kunskapscentra som föreslås i förslag 1. För varje förslag har en kostnadsbedömning gjorts. Med ”kostnad” avses här enbart de medel som bör tillskjutas för att förslaget ska kunna genomföras – inte sådant som ryms i den ordinarie verksamheten.

En sammanfattning av förslagen till åtgärder, tillsammans med förväntad nytta och koppling till relevanta målområden för folkhälsa, presenteras i tabellform i bilaga 2. Förslagen i sin helhet, som de framförts av minoritetsgrupperna, redovisas i bilaga 3.

1. Inrätta regionala kunskapscentra för nationella minoriteters hälsa

Ett av samernas åtgärdsförslag är att inrätta ett nationellt kunskapscentrum för samernas hälsa. Centrumets huvuduppgifter bör enligt dem vara att öka kunskapen om samernas hälsosituation; att undersöka och följa upp samernas hälsosituation med utgångspunkt från de forskningsdatabaser som skapats vid Södra Lapplands Forskningsenhet; att etablera och utveckla företagshälsovård för renskötande samer, samt att tillsätta hälsokoordinatörer.

Ett liknande centrum har etablerats i Norge som ett resultat av en utredning som kartlade hälsosituationen bland Norges samiska befolkning (NOU 1995:6). Utredningen förordar förebyggande och hälsofrämjande insatser, bland annat rekrytering av samisktalande personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten; kompetensutveckling om den samiska kulturen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten; utveckling av fasta rutiner för användningen av samisk tolk i kommuner och landsting; uppmärksammande av samiska barn och ungdomars uppväxtvillkor samt beaktande av de äldres språkliga och kulturella förutsättningar inom äldreomsorgen.

En kartläggning av svenska samers hälsosituation visar att deras hälsa inte skiljer sig nämnvärt från majoritetsbefolkningens (Sjölander et al, 2009). Inom den samiska gruppen finns däremot skillnader mellan renskötande och icke renskötande samer. Generellt sett har renskötare sämre hälsa. Orsaken är renskötarnas arbetsförhållanden, som kännetecknas av arbetsrelaterade olyckor, psykiskt påfrestande arbeten, ständiga marktvister och ekonomiska belastningar

som negativt påverkar den psykiska hälsan (Hassler et al, 2005; Edin et al, 2003; Jakobsson et al, 2009). Även övriga nationella minoriteter har till viss del samma behov som samerna pekar på, vilket har visat sig i den kartläggning som genomförts i projektet. Samtidigt har det också framkommit att respektive minoritet har specifika behov när det gäller hälsa, levnadsvanor och livsvillkor. Vår bedömning är att regionala kunskapscentra, med resurser och möjligheter att tillgodose dessa specifika behov hos respektive nationell minoritet, kan vara en bra modell för att samla kunskap kring de nationella minoriteternas hälsosituation och livsvillkor. Dessa regionala centra kan ha olika inriktning och innehåll.

Statens folkhälsoinstitut föreslår att regionala kunskapscentra inrättas. Deras huvuduppgift bör vara att öka kunskapen om de nationella minoriteternas hälsosituation. Dessa centra bör också stödja landstingen i deras arbete med planering och genomförande kring hälsorelaterade frågor som rör nationella minoriteter. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) är en viktig aktör som bör engageras för att underlätta detta arbete. Nationella hälsomyndigheter kan också vara behjälpliga med expertis. En utredning bör dock tillsättas kring hur sådana regionala kunskapscentra kan utformas.

Kostnad: 34 miljoner kr per år.

Kostnadsberäkningen för dessa regionala kunskapscentra utgår ifrån den utformning som samerna föreslagit för det av dem förordade kunskapscentrumet för samers hälsa. Beräkningen baseras på följande antaganden. 5 kunskapscentra. På varje centrum inrättas 7 tjänster (läkare, sjuksköterska, psykolog, socionom, sjukgymnast, informatör, sekreterare), varav merparten heltidstjänster. Därutöver knyts en forskare till varje centrum. Genomsnittlig kostnad per tjänst, inklusive lokalhyra och kontorsomkostnader, antas vara 600 000 kr per år, vilket ger en total personalkostnad om 4,8 miljoner kr per år och centrum. Kostnader för resor, seminarier och möten tillkommer, uppskattningsvis 2,0 miljoner kr per år och centrum. Årlig total kostnad per centrum blir därmed 6,8 miljoner kr. Beträffande kostnaden för den föreslagna utredningen, se kostnadsberäkningen för förslag 6 nedan.

2. Utbilda hälsokommunikatörer inom samtliga minoriteter

Det framgår av kartläggningsresultaten att det finns brist på hälsoupplysning hos de nationella minoriteterna. Men det framgår också att det finns brist på kunskap om de nationella minoriteternas hälsosituation och kultur, såväl hos majoritetsbefolkningen och myndigheterna som hos personal inom hälso- och sjukvården (se del A i denna rapport; FHI 2010b; Schwartz, 2010; Sjölander, 2010; Elenius & Ekenberg, 2002; Socialstyrelsen, 2008). Kultur har stor betydelse för individens syn på hälsa, och kulturkompetens hos personalen är av stor vikt för ett gott bemötande inom hälso- och sjukvården (MacLachlan, 1997; Purnell, 2002; Hanssen, 2007; Helman, 2007; Kline & Huff, 2007; Ahmadi, 2008). Av de inkomna förslagen från de nationella minoriteterna om att främja hälsa och förebygga ohälsa framgår ett behov av hälsokommunikatörer. För att underlätta ett gott bemötande och undanröja missförstånd mellan de nationella minoriteterna och sjukvården krävs förbättrad kunskap om de nationella minoriteterna hos hälso- och sjukvårdens personal. Tillgång till hälsoupplysning, särskilt på minoritetsspråken, efterfrågas av de nationella minoriteterna (se del A i denna

rapport). Hälsokommunikatörer introducerades i svensk sjukvård som en förebyggande och hälsofrämjande insats. För närvarande finns sådana i bland annat Skåne, Blekinge, Östergötland, Stockholm och Uppsala. Det finns exempel både från Sverige och andra länder på hur hälsokommunikatörer arbetat aktivt med hälsofrämjande och ohälsoförebyggande insatser (Campayo & Alda, 2007; Daryani, 2009; Jarasova et al, 2009). Hälsokommunikatörerna bör också fungera som brobyggare mellan majoritetsbefolkning, myndigheter och nationella minoriteter. De bör rekryteras från sin respektive nationella minoritet och deras uppgift bör vara att tillhandahålla utbildning och hälsoupplysning i sina respektive befolkningsgrupper.

Statens folkhälsoinstitut föreslår att det inrättas tjänster som hälsokommunikatörer. Dessa bör organisatoriskt tillhöra respektive landsting/region och kan vara placerade vid de regionala kunskapscentra enligt förslag 1 ovan. Statens folkhälsoinstitut kan bidra med utbildning av hälsokommunikatörer i samverkan med dels respektive landsting/region, dels berörda aktörer, samtliga nationella minoriteter inkluderade.

Kostnad: 12,6 miljoner kr per år.

Kostnadsberäkningen baseras på följande antaganden. 1 heltidstjänst som hälsokommunikatör vid varje landsting/region (inklusive Gotlands kommun), dvs. 21 heltidstjänster. Total kostnad per tjänst antas vara 600 000 kr per år.

3. Utbilda myndighetspersonal om de nationella minoriteternas hälsa, levnadsvanor, livsvillkor och kultur

Av kartläggningen framgår att de nationella minoriteterna upplever att myndigheters personal saknar tillräckliga kunskaper om de nationella minoriteternas hälsosituation och kultur, vilket medför bristande bemötande inom särskilt hälso- och sjukvården (se del A i denna rapport; FHI, 2010b; Schwartz, 2010). Utbildning i levnadsvanor, livsvillkor och kultur för hälso- och sjukvårdens personal och andra tjänstemän – poliser, lärare, socialsekreterare med flera – är viktigt för att säkerställa ett gott bemötande och undvika missförstånd (MacLachlan, 1997; Purnell, 2002; Hanssen, 2007; Helman, 2007; Kline & Huff, 2007; Ahmadi, 2008). Personal inom alla myndigheter som arbetar med frågor centrala för de nationella minoriteterna bör utifrån ovanstående utbildas i syfte att få en ökad kompetens. Detta bör genomföras inom ramen för Integrations- och jämställdhetsdepartementets uppdrag om förstärkning av minoritetspolitiken (se Integrations- och jämställdhetsdepartementet, 2010), och med koppling till Socialstyrelsens pågående arbete med utbildningsmaterial riktat till personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Samverkan bör ske med företrädare för de nationella minoriteterna, länsstyrelserna i Stockholms och Norrbottens län samt Sametinget, vilka tillsammans är ansvariga för samordningen av den nationella minoritetspolitiken. Genom att höja myndighetspersonalens kompetens kring minoriteternas livsvillkor och deras potential, ökar också möjligheterna till aktivt stöd och egenmakt.

Statens folkhälsoinstitut föreslår att ett utbildningsmaterial som belyser de nationella minoriteternas kultur, historia, levnadsvanor och livsvillkor utarbetas. Ansvaret för att ta fram utbildningsmaterialet bör ligga hos de nationella myndigheter som omfattas av regeringsuppdraget att förstärka minoritetspolitiken. Dessa myndigheter bör även ansvara för genomförandet av utbildningsinsatser baserade på det framtagna materialet. Utbildningsinsatserna bör vara riktade till myndigheternas respektive lokala och regionala målgrupper (till exempel lärare och annan skolpersonal, socialsekreterare, polis). Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) är en viktig aktör som bör engageras i detta arbete. Förslagets genomförande kan med fördel ske i samverkan med regeringsuppdraget till Statens folkhälsoinstitut om våldsutsatta kvinnor i de nationella minoriteterna (VERK 2008/332).

Kostnad: ingen.

Förslagets genomförande bör rymmas i de nationella myndigheternas regeringsuppdrag att förstärka minoritetspolitiken.

4. Utred möjligheterna till kontinuerlig uppföljning av de nationella minoriteternas hälsosituation

Av kartläggningen framgår att hälsosituationen i vissa delar skiljer sig mellan de olika nationella minoriteterna, men fullständig kunskap om hälsosituationen saknas. Detta gäller samtliga minoriteter. När det t.ex. gäller andra och tredje generationens barn till finlandsfödda (se del A i denna rapport), framgår av studier som behandlar hälsan hos andra generationens barn till finlandsfödda att diskriminering och mobbning upplevs oftare hos dessa barn. Alkoholproblem, drogmissbruk, psykisk ohälsa, självsmordstankar, tandohälsa är vanligt förekommande hälsorelaterade problem bland andra generationens barn till finlandsfödda (Ekman, 1990; Noli & Åsberg, 1997; Hjern & Allebeck, 2002; Leao et al, 2005; Leao et al, 2006; Sundkvist & Li, 2006; Holmberg & Hellberg, 2008). Med hänsyn till de datainsamlingsproblem som uppstod i samband med kartläggningens genomförande, bedömer Statens folkhälsoinstitut att det behövs fördjupad kunskap när det gäller möjligheten att undersöka hälsosituationen hos nationella minoriteter.

Statens folkhälsoinstitut föreslår att en arbetsgrupp med representanter från samtliga nationella minoriteter och relevanta nationella myndigheter ges i uppdrag att ta fram lämpliga metoder för att hämta in data kring de nationella minoriteternas hälsosituation.

Kostnad: 200 000 kr.

Kostnaden avser resor, lokaler och andra ickepersonella kostnader för arbetsgruppen.

5. Beakta barn och ungdom samt äldre tillhörande de nationella minoriteterna i den ordinarie verksamheten

Barn och ungdom har rätt till bästa uppnåeliga hälsa, dvs. rätt till bästa möjliga fysiska, psykiska och sociala välbefinnande (prop 2007/08:110). Värdet av en bra start i livet är något som Statens folkhälsoinstitut nyligen framhållit (Statens folkhälsoinstitut, 2010). Studier om livssituationen för barn tillhörande nationella minoriteter visar dock att de ofta är utsatta för diskriminering och mobbning på grund av sin etniska identitet (BO, 2005, 2007; DO, 2002, 2004; Skolverket, 1999, 2007). Andra studier visar att en del av barnen inte fullföljer sin skolgång (del A i denna rapport; Malmö stad, 2008; Skolverket, 1999, 2007). Eftersom utbildning är viktigt för barns hälsa, är detta förhållande av stor betydelse (CSDH, 2008). Vidare saknas hälsokunskap om andra och tredje generationens barn i den sverigefinska gruppen (se del A i denna rapport).

Samtidigt ökar andelen äldre i samhället. Trenden är densamma bland de nationella minoriteterna. Enligt kartläggningen är andelen äldre i åldersgruppen 65–84 år till och med högre i minoritetsgrupperna än i den svenska befolkningen som helhet. Åldrandet medför olika påfrestningar, bland annat att man glömmer sitt inlärda språk. Det leder till ett behov av äldreomsorgspersonal som talar modersmålet (Svenska Kommunförbundet, 2004; Kulla et al, 2010).

Barn och unga samt äldre tillhörande de nationella minoriteterna utgör prioriterade målgrupper som berörda myndigheter bör beakta i sin ordinarie verksamhet. Med ”berörda myndigheter” avses här alla de myndigheter som handlägger barn- eller äldrefrågor. Lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk (2009:724) betonar också att barn till nationella minoriteter särskilt bör beaktas.

Statens folkhälsoinstitut föreslår att samtliga myndigheter som omfattas av regeringsuppdraget att förstärka minoritetspolitiken i sina ordinarie verksamheter särskilt beaktar frågor som rör barn och unga samt äldre tillhörande de nationella minoriteterna.

Kostnad: ingen.

Förslagets genomförande ryms i myndigheternas ordinarie verksamhet.

6. Tillsätt en utredning om tvärsektoriellt arbete med nationella minoritetsfrågor

Arbetet med nationella minoritetsfrågor är utspritt mellan skilda aktörer på olika nivåer (nationell, regional, lokal). Det saknas en övergripande modell för arbete med nationella minoritetsfrågor. Detta påverkar hur arbetet bedrivs. Statens folkhälsoinstitut ser ett behov av samlade åtgärder och samverkan mellan olika aktörer för att främja hälsosituation och livsvillkor bland nationella minoriteter. Att de har olika behov och dessutom är bosatta i olika delar av landet försvårar deras tillgänglighet till offentlig service och samordningen av arbetet med nationella minoritetsfrågor. Det behövs följaktligen adekvat, anpassad service. I förslag 1 föreslår Statens folkhälsoinstitut inrättandet av regionala kunskapscentra för nationella minoriteters hälsa. Hur förslaget ska genomföras bör, som nämnts

tidigare, utredas närmare. För att effektivisera arbetet och underlätta samverkan mellan olika aktörer är det nödvändigt att de nationella minoriteterna är delaktiga i hela processen (Harris, 2010; prop. 2007/08:110; prop. 2008/09:158; Mela & Mäntyranta, 2008; Lindholm & Moritz, 2010; Garett, 1999). Statens folkhälsoinstitut anser att nationella minoriteter via sina organisationer bör informeras, konsulteras, involveras, stödjas och samrådas med i frågor som rör dem.

Statens folkhälsoinstitut föreslår att en lämplig myndighet ges i uppdrag att utreda hur arbetet med nationella minoritetsfrågor bäst kan bedrivas. Mer specifikt bör utredningen dels undersöka möjligheterna till en samlad strategi för arbete med nationella minoritetsfrågor, dels utveckla en modell för arbete med nationella minoritetsfrågor tvärsektoriellt. Utredningen kan med fördel samordnas med den i förslag 1 ovan föreslagna utredningen.

Kostnad: 1,4 miljoner kr.

Kostnadsberäkningen baseras på följande antaganden. Två årsarbeten åtgår. Kostnaden per årsarbete antas vara 600 000 kr. Kostnader för resor, seminarier och möten tillkommer, uppskattningsvis 200 000 kr totalt. Kostnaderna för den utredning som föreslogs i förslag 1 ovan har inkluderats här.

Referenser

Ahmadi, F. (2008). Kultur och hälsa. Lund: Studentlitteratur.

Auerbach, J., & B., K. K. (2001). *Income, socioeconomic status, and health - Exploring the relationships*. Washington: National Policy Association.

Ayalon, L., & Convisky, E. K. (2007). Late life mortality in older jews exposed to Nazi regime. *The American Geriatrics Society, 55*, 1380 - 1386.

Barnombudsmannen. (2007). *Rätten till delaktighet och inflytande för samiska barn och ungdomar*. Stockholm: Barnombudsmannen.

Barnombudsmannen, B. (2005). *" De vill att jag ska vara osynlig " - Romska barn och ungdomar berättar om sin vardag* (nr. BR2005:07). Stockholm: Barnombudsmannen, BO.

Bobak, M., Dejmek, J., Solansky, I., & Sram, J., R. (2005). Unfavourable birth outcomes of the Roma women in the Czech Republic and the potential explanations : a population -based study. *Biomedicalcentral Public Health, 5*(106).

Bogdanovic, D., Nikic, D., Petrovic, B., Kocic, B., Jovica, J., Nikolic, M., et al. (2007). Mortality of Roma Population in Serbia, 2002 - 2005. *Croat Medical Journal*(48), 720-726.

Brodaty, H., Joffe, C., Luscombe, G., & Thompson, C. (2004). Vulnerability to post-traumatic stress disorder and psychological morbidty in aged holocaust survivors. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 19*, 968 -979.

Campayo Garcia, J., & Alda, M. (2007). Illness behaviour and cultural characteristics of the gypsy population in Spain. *Actas Esp Psiquiatr, 1*(35), 59-66.

Centralrådet, J. (2002). *Verksamhetsberättelse för Judiska Församlingens Hälso -och Sjukvårdsmottagning för seniorer*. Stockholm: Judiska Centralrådet.

Chenowethm, L., Jeon. Y., H., Goff, M., & Burke, C. (2006). Cultural competency and nursing care: A Australian perspective. *International Nursing Review, 53*, 34-40.

Committee of Ministers. (2008). *Resolution CM/ResCMN (2008)4 on the implementation of the Framework Convention for Protection of National Minorities by Sweden*. Strasbourg: Council of Europe.

Creswell, W. J. (2007). *Qualitative inquiry & research design - Choosing among five approaches*. London: Sage Publications.

Dahlgren, L., Emmelin, M., & Winkvist, A. (2007). *Qualitative Methodology for International Public Health*. Umeå: Umeå University.

Daryani, A. (2010). *Olika villkor - olika hälsa: Hälsan bland irakier folkbokförda i Malmö 2005-2007*. Malmö: Malmö högskola

Dencik, L., & Marosi, K. (2000). *Judiskt liv i Sverige: Levnadsvanor och attyder bland medlemmarna i de judiska församlingarna i Göteborg och Stockholm*. Stockholm: Judiska Centralrådet.

Ekman, A. (1990). Dental caries and related factors - a longitudinal study of Finnish immigrant children in the north of Sweden. *Swedish Dental Journal, 14*, 93-99.

Ekuklu, G., Deveci, S., Eskiocak, M., Berberoglu, U., & Saltik, A. (2004). Alcoholism prevalence and some related factors in Edirne. *Yonsei Medical Journal, 45*(2), 207 -214.

Ekulu, G., Berberoglu, U., Esklocak, M., & Saltik, A. (2003). Utilization of primary health care services by turkish gypsies and members of the general population at Muradiye health unit district in Edirne, Turkey. *Yonsei Medical Journal, 44*(3), 414-423.

Elenius, L., & Ekenberg, S. (2002). *Minoritetsspråk och myndighetskontakt: Flerspråkighet bland användare av samiska, meänkieli och finska i Norrbottens län efter minoritetsspråkslagarnas tillkomst 2000*. Luleå: Centrum för utbildning och forskning inom samhällsvetenskap (CUFS).

Engvall, U. (2002). *Hemmet finns där väggarna möts: Sverigefinländarnas liv i samhälle och kyrka* (Mitt i församlingen nr. 2002:17). Uppsala: Svenska kyrkan.

ERRC -Centre Européen pour les Droits des Roms. (2007). *L' inclusion sociale dans les services sociaux - Le cas des roms et des gens du voyage*. Budapest: ERRC, Centre Européen pour les Droits des Roms.

Erving, G. (1990). *Stigma*. London: Penguin Books.

European Commission Against Racism and Intolerance (ECRI). (2003). *Second report on Sweden: Adopted on 28 June 2002*. Strasbourg: ECRI.

European Roma Rights Centre (ERRC). (2007). *The Glass Box: Exclusion of Roma from employment*. Budapest: European Roma Rights Centre, ERRC.

European Union Agency for Fundemental Rights (FRA). (2009). *European union minorities and discrimination survey: The Roma* (Data in focus report nr. 1). Luxemburg: Office for official publications of the European Communities

Feder, G. (1989). Traveller gypsies and primary care. *Journal of the Royal College of General Practitioners, 39*, 425-429.

Feder, G., Vaclavik, T., & Streetly, A. (1993). Traveller Gypsies and childhood immunization: a study in east London. *British Journal of General Practice, 43*, 281-284.

Ferrada - Noli, M., & Åsberg, M. (1997). Psychiatric health, ethnicity and socioeconomic factors among suicides in Stockholm. *Psychological Reports, 81*, 323-332.

Frykman, J. (2006). *Diskriminering - ett hot mot folkhälsan: Slutrapport från projektet Diskriminering och hälsa* (R nr. 2006:22). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Gadd, M., Johansson, S. E., Sundquist, J., & Wändell, P. (2006). Are there differences in all cause and coronary heart disease mortality between immigrants in Sweden and in their country of birth? A follow up study of total populations. *Biomedicalcentral Public Health, 6*(102).

Garett, J. M. (199). *Health futures - A handbook for health professionals*. Geneva: World Health Organisation.

Gillham, B. (2008). *Forskningsintervjun: Tekniker och genomförande* Lund: Studentlitteratur.

Gooding, R., Colomer, J., King, R., Angelicheva, D., Marns, L., Parman, Y., et al. (2005). A novel Gypsy founder mutation, p. Arg 1109X in the CMT4C gene, causes variable peripheral neuropathy phenotypes. *Journal of Medical Genetics, 42*(e69).

Gracey, M., & King, M. (2009). Indigenous health: Determinants and disease patterns. *The Lancet, 374*, 65-75.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today, 24*, 105-112.

Green, K. S., & Johnson, L. R. (2010). *Assessment is essential* New York: McGraw Hill.

Gröndahl, S., & Huss, L. (2010). *Kunskap för egenmakt - minoritetskvinnor och folkbildning*. Uppsala: Hugo Valentin - centrum.

Hajioff, S., & McKee, M. (2000). The health of the Roma People: a review of published literature. *Journal of Epidemiology and Community Health, 54*, 864-869.

Hammarström, A., & Janlert, U. (2002). Early unemployment can contribute to adult health problems: results from a longitudinal study of school leavers. *Journal of Epidemiology and Community Health, 56*, 624-630.

Hansen, I. (2005). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*. Lund: Studentlitteratur.

Harris, J. M. (2010). *Evaluating public health and community health programs* San Francisco: Jossey- Bass.

Hassler, S. (2005). *The health conditions in the Sami popuation of Sweden 1961 -2002 - Causes of death and incidences of cancer and cardiovascular diseases.* Doctoral thesis, Umeå University, Umeå.

Hassler, S., Själander, P., Barnekow Bergkvist, M., & Kadesjö, A. (2001). Cancer risk in reindeer breeding Saami population of Sweden, 1961-1997. *European Journal of Epidemiology, 17*, 969-976.

Hassler, S., & Sjölander, P. (2003). Samer har lägre risk att insjukna i cancer: Vad har livsstilen och arvet för betydelse? *Medikament*(3), 38-41.

Heikkilä, K., Sarvimäki, A., & Ekman, L.-S. (2007). Culturally congruent care for older people: Finnish care in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 21*, 354 -361.

Heikkilä, K. A., & Ekman, S. L. (2003). Elderly care for ethnic minorities - wishes and expectations among elderly Finns in Sweden. *Journal of Ethnicity and Health, 8*(2), 135- 146.

Helman, G. C. (2007). *Culture, health and illness*. Oxford: Oxford University Press.

Hemborg, A., Jonsson, Ö., & Kroik, L. (1990). *Arbetsmiljöstudie och hälsoundersökning renskötande samer i 12 samebyar*.

Hjern, A., & Allebeck, P. (2002). Suicide in first and second generation immigrants in Sweden - A comparative study. *Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37*, 423-429.

Hjern, A., & Allebeck, P. (2003). Alcohol-related disorders in first and second generation immigrants in Sweden: A national cohort study. *Journal of Addiction, 99*(2), 229-236.

Holmberg, I. L., & Hellberg, D. (2008). Characteristics of relevance for health in Turkish and Middle Eastern adolescent immigrants compared to Finnish immigrants and Ethnic Swedish teenagers. *The Turkish Journal of Pediatrics, 50*, 418-425.

Huff, M. R., & Kline, V. M. (2007). *Health promotion in multicultural populations - A handbook for practiotioners and students* London: Sage publications.

Human Rights Council. (2007). *Implementation of General Assembly resolution 60/251 of March 2006 entitled "Human Rights Council": Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health: Mission to Swden* (nr. A/HCR/4/28/Add.2 28 February 2007). Geneve: Human Rights Council.

Isaksson, D. (2009). *Romer: En bortglömd minoritet: Ett kort faktamaterial om romsk kultur, historia och situation i Sverige och Europa i dag*. Stockholm: Global Reporting.

Iverstan Lindbrom, I. (1988). *Zigenare: En skrift om möten med zigenare i socialtjäntsen*. Stockholm: Statens invandrarverk.

Janlert, U. (1991). Arbetslöshet. I F. Diderichsen, P. Östlin, G. Dahlgren & C. Hogstedt (Red.), *Klass och ohälsa : En antologi om orsaker till den ojämlika ohälsan*. Stockholm: Tiden.

Jarosova, D., Dusova, B., & Vrublova, Y. (2009). The education of Romany health and social assistants in the Czech Republic. *International Nursing Review, 56*, 264-268.

Joffe, C., Brodaty, H., Luscombe, G., & Ehrlich, F. (2003). The Sydney holocaust study: Posttraumatic Stress Disorder and other psychosocialmorbidity in aged community sample. *Journal of Traumatic Stress, 16*(1), 39 -47.

Kaiser, N., Nordström, A., Liljegren, E. D., & Renberg, S. E. (Under tryckning). Risky drinking and drinking patterns among the reindeer herding Sami population in Sweden. .

Kaiser, N., Renberg, S. E., Sjölander, P., Liljegren, E. D., & Jacobsson, L. (Under tryckning). Depression and anxiety in the reindeer -herding Sami population of Sweden. .

Kalaydjieva, L., Greshman, D., & Calafell, F. (2001). Genetic studies of the roma (gypsies): a review. *Biomedicalcentral Public Health, 2*, 5.

Kaplan, S. (2003). *Barn under förintelsen - då och nu*. Stockholm: Natur & Kultur.

Kelly, A. J., Amirkhanian, A. Y., Kabakchieva, E., Csepe, P., W.D., S., Antonova, D., et al. (2004). Gender roles and HIV sexual risks vulnerability of Roma (Gypsies) men and women in Bulgaria and Hungary: an ethnographic study. *AIDS Care*, 231-246.

Kelly, A. J., Amirkhanian, A. Y., Kabakchieva, E., Vassileva, S., Vassilev, B., McAuliffe, L. T., et al. (2006). Prevention of HIV and sexually transmitted diseasesin high risk social networks of young Roma (gypsy) men in Bulgaria: Randomised controlled trial. *BMJ, 333*, 1098-1101.

Kosa, z., Széles, G., Kardos, L., Kosa, K., Nemeth, R., Orszagh, S., et al. (2007). A comparative health survey of the inhabitants of Roma settlements in Hungary. *American Journal of Public Health, 97*(5).

Kulla, E. G., Ekman, S. L., Heikkilä, K. A., & Sarvimäki, M. A. (2010). Differences in self - rated health among older immigrants - A comparison between older Finland-Swedes and Finns in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health, 38*, 25-31.

Kulla, G., Ekman, S. L., & Sarvimäki, A. (2010). Experimental health from an ageing and migration perspective: The case of older Finland- Swedes. *Journal of Immigrant Minority Health, 12*, 93-99.

Kvernmo, S., & Rosenvinge, H. J. (2009). Self-mutilation and suicidal behaviour in Sami and Norwegian adolescents: Prevelance and correlates. *International Journal of Circumpolar Health, 68*(3).

Kvernmo, S. E. (1999). *North norwegian adolescents in a multiethnic context: A study of emotional and behavioural problems, ethnic identity and acculturation attitudes in Sami, Kven and Norwegian adolescents.* Doctoral thesis, University of Tromso, Tromso.

Leao, S. T., Johansson, L. M., & Sundqvist, K. (2006). Hospitalization due to alcohol and drug abuse in first and second generation immigrants: A follow up study in Sweden. *Substance use & misuse, 41*, 283-296.

Leao, S. T., Sundqvist, J., Johansson, M. L., & Sundquist, K. (2005). Incidence of mental disorders in second-generation immigrants in Sweden: A four year cohort study. *Journal of Ethnicity and Health, 10*(3), 243 - 256.

Lehti, A. (2009). *Struggling for clarity: Cultural context, gender and a concept of depression in general practice.* Doktorsavhandling, Umeå University, Umeå.

Lethi, A., & Mattson, B. (2001). Health, attitude to care and pattern of attendance among gypsy women - a general practice perspective. *Family Practice, 18*(4), 445-448.

Levav, I., Levinson, D., Radomislensky, I., Shemesh, A. A., & Kohn, R. (2007). Psychopathology and other health dimensions among the offspring of holocaust survivors: Results from the Israel national health survey. *The Israel Journal of Psychiatry, 44*(2), 144 -151.

Lindholm, T., & Moritz, M. (2010). *Handbok i delaktighet - Från vision till verklighet.* Stockholm: Huddinge Kommun.

Löfgren, C. (2009). *Romers situation i Västerås: Slutrapport*. Länsstyrelsen i Västmanland

Maclachlan. (1997). *Culture and Health*. Chichester: John Wiley & Sons.

Marrone, S. (2007). Understanding barriers to health care: A review of disparities in health care services among indigenous population. *International Journal of Circumpolar Health, 66*(3).

McKee, M. (1997). Lack of understanding exemplifies wider disregards of the health of minorities in Europe. *British Medical Journal, 315*.

Mella, M., & Mäntyranta, I. (2008). *Förbättrad samråd inom språkligt förvaltningsområde - Dialogmodellen*.

Monti, G. (2001). *Judiska Församlingens hälsomottagning : Utvärdering Delrapport 2001*: Judiska Centralrådet.

NOU 1995:6. *Plan for helse - og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge*. Oslo: Statens Forvaltningstjeneste.

Näyhä, S. (2009). Suicide mortality in finnish lappland by small areas, with reference to temporal trends. *International Journal of Circumpolar Health, 68*(3), 224-234.

Ombudsmannen mot etnisk diskriminering. (2003). *Diskriminering av romer i Sverige: Rappport från DO:s projekt åren 2002 och 2003 om åtgärder för att förebygga och motverka etnisk diskriminering av romer*. Stockholm: Ombudsmannen mot etnisk diskriminering.

Ombudsmannen mot etnisk diskriminering. (2008). *Diskriminering av nationella minoriteter inom utbildningsväsendet*. Stockholm: Ombudsmannen mot etnisk diskriminering.

Ombudsmannen mot etnisk diskriminering. (2008). *Diskriminering av samer: Samers rättigheter ur ett diskrimineringsperspektiv*. Stockholm: Ombudsmannen mot etnisk diskriminering.

Ombudsmannen mot etnisk diskriminering. (2008). *Diskriminering på den svenska bostadsmarken: En rapport från DO:s särskilda arbete under åren 2006-2008 kring diskriminering på bostadsmarknaden* (DO:s rapportserie nr. 2008:3). Stockholm: Ombudsmannen mot etnisk diskriminering.

Omma, L. (Under tryckning). Att vara ung same i Sverige 2008: En undersökning av levnadsvillkor och mående hos unga samer. .

Organisation for Security and Co-operation in Europe. High Commissioner on National Minorities (OSCE). (2000). *Report on the situation of Roma and Sinti in the OSCE area*. The Hague: Organisation for Security and Co -operation in Europe. High Commissioner on National Minorities (OSCE).

Pahl, J., & Vaile, M. (1988). Health and health care among travellers. *Journal of Social Policy, 17*(2), 195 -213.

Palosuo, L. (2009). *En inventering av forskningen om romer i Sverige*. Uppsala: Centre for Multiethnic Research.

Parry, G., Van Cleemput, P., Peters, J., Walters, S., Thomas, K., & Cooper, C. (2007). Health status of Gypsies and Travellers in England. *Journal of Epidemiology and Community Health, 61*, 198-2004.

Patrick, S. (2007). *"Ethnic" statistics and data protection in the council of Europe*. Strassbourg: Institut National d' Etudes Démographique.

Peter, C., Jolan, B., Csaba, D., Judit, F., Monika, G., & Lajos, D. (2007). Oral cancer among roma people. *Magyar Onkologususok Tarsasaga (www.webio.hu), 2*(51).

Purnell, D. L. (2005). *Culturally compentent health care*. Philadelphia: F. A. Davis Company.

Purnell, L. (2002). The Purnell Model for cultural competence. *Journal of Transcultural Nursing, 13*(3), 193 -196.

Regeringens proposition 1998/99:143. *Nationella minoriteter i Sverige*. Stockholm: Regeringen.

Regeringens proposition 2007/08:110. *En förnyad folkhälsopolitik*. Stockholm: Regeringen.

Regeringens proposition 2008/09:158. *Från erkännande till egenmakt: Regeringens strategi för de nationella minoriteterna*. Stockholm: Regeringen.

Sagi-Schwartz, A., van Ijzendoorn, H. M., Grossmann, E. K., Joels, T., Grossmann, K., Scharf, M., et al. (2003). Attachment and traumatic stress in female holocaust child survivors and their daughters. *American Journal of Psychiatry, 160,* 1086 - 1092.

Schwartz, A. (2010). Mellan förhoppning och misstro. I C. Björngren Cuadra (Red.), *Omvårdnad i mångkulturella rum: Frågor om kultur, etik och reflektion* (ss. 213-230). Lund: Studentlitteratur.

Schwartz, S., Dohrenwend, P. B., & Levav, I. (1994). Nongenetic familial transmission of psychiatric disorder? Evidence from children of holocaust survivors? *Journal of Health and Social Behaviour 35,* 385-402.

Sharon, A., Levav, I., Brodsky, J., Shemesh, A. A., & Kohn, R. (2009). Psychiatric disorders and other health dimensions among Holocaust survivors 6 dacades later. *The British Journal of Psychiatry, 195*, 331-335.

Silviken, A. (2009). Prevalence of suicidal behaviour among indigenous sami in northen Norway. *International Journal of Circumpolar Health, 68*(3), 204-211.

Sjölander, P. (2010). Samernas hälsa och livssituation. I C. Björngren Cuadra (Red.), *Omvårdnad i mångkulturella rum: Frågor om kultur, etik och reflektion* (ss. 181-212). Lund: Studentlitteratur.

Skaric-Juric, T., Klaric, M. T., Narancic, S. N., Drmic, S., Salihovic, P. M., Lauc, B. L., et al. (2007). Trapped between tradition and transition: Anthropological and epidemiological cross - sectioanal study of Bayash in Croatia. *Craoatian Medical Journal, 48*, 708-719.

Skolverket. (1999). *Romer och den svenska skolan*. Stockholm: Skolverket.

Skolverket. (2005). *Att gestalta ett ursprung i barnomsorg och skola* (Referensmaterial nr. 03:793). Stockholm: Skolverket.

Skolverket. (2007). *Romer i skolan - en fördjupad studie*. Stockholm: Skolverket.

Smart, H., Titterton, M., & Clark, C. (2003). A litterature review of the health of Gypsy /Traveller families in Scotland: the challenges for health promotion. *Journal of Health Education, 103*, 156-165.

Soininen, L., & Pukkala, E. (2008). Mortality of the sami in northen Finland 1979 -2005. *International Journal of Circumpolar Health, 67*(1), 43 - 55.

SOU 1997:193. *Steg mot en minoritetspolitik: Europarådets konvention för skydd av nationella minoriteter*. Stockholm: Fritzes.

Statens folkhälsoinstitut (2010). *Svenska lärdomar av Marmotkommissionens rapport Closing the Gap.* Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Statens invandrarverk. (1991). *Att växa upp och leva som zigenare*. Stockholm: Statens invandrarverk.

Steinar, K. (1996). *InterViews*. London: Sage Publications.

Stressman, J., Cohen, A., Hammerman - Rozenberg, R., Bursztyn, M., Azoulay, D., Maaravi, Y., et al. (2008). Holocaust survivors in old age: the Jerusalem longitudinal study. *The American Geriatrics Society, 56*, 470-477.

Suedfeld, P., Soriano, E., D., M. L., Paterson, H., L.T., W., & Krell, R. (2005). Erikson's components of a healthy personality among holocaust survivors immediately and 40 years after the war. *International Journal of aging &human development, 60*(3), 229-248.

Sundquist, J. (2002). *Födelselandets betydelse, om hälsan hos olika invandrargrupper i Sverige* (Rapport nr. 2002:29). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Sundquist, J., & Li, X. (2006). Coronary heart disease risks in first and second generation immigrants in Sweden: a follow up study. *Journal of International Medicine, 259*, 418- 427.

Svenska Kommunförbundet. (2004). *Äldreomsorg till nationella minoriteter och personer med utländsk bakgrund.* Stockholm: Svenska Kommunförbundet.

Söderman, E., & Ström, B. (2008). *Romers situation i Malmö: En rapport om Malmös minoritetspolitik utifrån romernas perspektiv*. Malmö stad. Malmö stadskontor.

Takman, J. (1976). *The gypsies in Sweden*. Stockholm: Liber.

Tynes, T., & Haldorsen, T. (2007). Mortality in the sami population of North Norway, 1970-98. *Scandinavian Journal of Public Health, 35*, 306-312.

Ungdomsstyrelsen. (2009). *Unga romers situation: En intervjustudie*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.

Wamala, S., Merlo, J., Boström, G., Hogstedt, C., & Agren, G. (2007). Socioeconomic disadvantage and primary non -adherence with medication in Sweden. *International Journal for Quality in Health Care, 19*(3), 134-140.

Van Cleemput, P. (2000). Health care needs for travellers. *Archives of Disease in Childhood, 82*.

Van Cleemput, P., Garry, P., Thomas, K., Peters, J., & Cooper, C. (2007). Health-related beliefs and experiences of gypsies and travellers: A qualitative study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *61*, 205-210.

Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper*. Lund: Studentlitteratur.

Yehuda, R., Bierer, M. L., Schmeidler, J., Aferiat, H. D., Breslau, I., & Dolan, S. (2000). Low cortisol and risk for PTSD in adult offspring of holocaust survivors. *American Journal of Psychiatry*, *157*(8), 1252 -1259.

Yehuda, R., Teicher, H. M., Seckl, R. J., Grossman, A. R., Morris, A., & Bierer, M. L. (2007). Parental posttraumatic stress disorder as vulnerability factor for low cortisol trait in offspring of holocaust survivors. *64*(9), 1040 -1048.

Bilaga 1

Dokumentation från hearing 10-11feb 2010

Hur mår Sveriges nationella minoriteter?

Dokumentation från hearingen den 10-11 februari 2010 Quality Airport Hotel Arlanda, Arlandastad

”Hur mår Sveriges nationella minoriteter?”, 10 – 11 februari 2010

Om hearingen

Inom ramen för det fortsätta arbetet med regeringsuppdraget att kartlägga de nationella minoriteternas hälsosituation anordnade Statens folkhälsoinstitut en andra hearing med syfte att:

- Diskutera tillsammans med företrädare för nationella minoriteter om kartläggningens resultat

- Diskutera förslag till åtgärder när det gäller folkhälsoarbetet bland nationella minoriteter utifrån kartläggningens resultat

Förutom representanter för nationella minoriteter medverkade andra myndigheter och tjänstmän som arbetar med nationella minoriteter på nationell, regional och lokal nivå samt media.

På hearingen framförde företrädare för de nationella minoriteterna synpunkter på kartläggningens resultat och möjligheter till förbättringar i det fortsätta arbetet. Det diskuterades också förslag till åtgärder för hälsofrämjande och förebyggande insatser.

48 personer deltog i hearingen.

Onsdag 10 februari

Välkomsthälsning
Stf GD och stabschef, Jan Cedervärn, Statens folkhälsoinstitut

Jan Cedervärn hälsade alla välkomna, beskrev uppdraget och pekade på huvudfrågan om det behövs särskilt riktade folkhälsoinsatser för de nationella minoriteterna.

Hur mår Sveriges nationella minoriteter? Resultat från kartläggningen
Projektansvarig, Isis Nyampame, utredare, Statens folkhälsoinstitut

Isis Nyampame redovisade projektets upplägg, svårigheter med datainsamling och jämförelser mellan de studerade grupperna och majoritetsbefolkningen. Isis visade på olika resultat i den av FHI framtagna rapporten och pekade på fortsättningen av uppdraget; framtagande av förebyggande och främjande metoder, strategier för framtiden och att slutrapport ska lämnas mars 2010.

Bemötande av våldutsatta kvinnor som tillhör de nationella minoriteterna
Rosi Hoffer, utredare, Statens folkhälsoinstitut

Rosi Hoffer redovisade ett parallellt uppdrag som ligger på FHI och som syftar till att studera hur våldutsatta kvinnor inom nationella minoriteter blir bemötta av

svenska myndigheter. Rosi redovisade använda metoder, resultat och planer för projektets fortsättning som handlar om genomförande av workshop, utbildning av myndighetspersoner, framtagande av informationsmaterial och riktade insatser mot organisationer inom området jämställdhet.

Minoritetspolitiken ur ett folkhälsoperspektiv
Departementssekreterare, Kaisa Syrjärnen Schaal, Integrations- och jämställdhets-departementet

Kaisa Syrjärnen Schaal, Integrations- och jämställdhetsdepartementet, pekade på den nya lagen från 1 januari och på en aktuell proposition om erkännande och egenmakt. Dessa är ett stort steg framåt; tydligare regelverk, myndighetsansvar, uppföljning mm. Kaisa menade att tydliga mål behövs. Om det finns utsatthet bland nationella minoriteter måste detta motverkas. Konvention finns om effektiv jämlikhet mellan nationella minoriteter och övriga befolkningen. Regeringen förväntar sig av uppdraget ett tydligt underlag om de nationella minoriteternas situation och hälsa i relation till hela befolkningen som håller metodmässigt.

Kaisa menade att det finns en del ”luckor” i rapporten, men det är bra med både kvantitativa och kvalitativa metoder. Det är en brist att inte 2:a generationens Sverigefinnar är inkluderade och det är metodproblem kring mätning av Tornedalingar – dessa luckor måste dokumenteras. Trots dessa brister är det viktigt att gå vidare med analysen så att regeringen får ett adekvat underlag. Några reflektioner från Kaisa:

- Passar de verktyg som används för majoritetsbefolkningen de nationella minoriteterna?
- Finns pågående folkhälsoprojekt där konferensens tema kan lyftas in?
- Identifiera aktörer – myndigheter, landsting och starta dialog med dessa.
- Fortsätt upparbetad dialog med Romerna – grund för utbildningsinsatser?
- Samla aktörer för bred dialog – pilotprojekt hos något landsting?

Socialstyrelsen om nationella minoriteter

Annika Ökvist, Socialstyrelsen, pekade på att det finns en som samordnare för frågor kring nationella minoriteter på generell okunskap i samhället om minoritetsfrågorna och de konventioner och lagar som styr rättigheter. Okunskap finns också hos socialtjänsten och hälso- och sjukvården. En informationsskrift ska ges ut juni 2010 om de nationella minoriteterna och riktas till personal i de nämnda två verksamheterna. Sedan ska informationsinsatser genomföras, eventuellt i samarbete med FHI.

Welat Songur, Socialstyrelsen, är projektledare för ett större regeringsuppdrag omfattande tre delar avseende nationella minoriteters äldre och deras uppfattning om äldreomsorgen. Syftet är att via brukarundersökningar undersöka tillgång, kvalitet, tillgänglighet till vård och omsorg. Projektet har startats upp och intervjufrågor är testade i en pilotundersökning, 10 djupintervjuer/minoritetsgrupp

ska genomföras – rapport planeras hösten 2010 till regeringen. Frågorna handlar om hälsotillstånd, hur hjälp genomförs, möjligheter att påverka, social samvaro och aktiviteter.

Samernas hälsosituation
Professor Per Sjölander, Södra Lapplands Forskningsenhet

Per Sjölander, Södra Lapplands Forskningsenhet, menade att regeringsuppdraget är problematiskt.. Resultaten är inte jämförbara och heterogenitet och misstro är några problem. Per riktade denna kritik mot departementet och menade att det behövs en mer genomtänkt kartläggningsstrategi med mer resurser och längre tidsperspektiv.

Ingen direkt ny kunskap om samernas livsvillkor och hälsa framkommer, Av tidigare forskning finns kunskap om arbetsrelaterade olyckor, arbetskrav, hälsoutfall och livskvalitet. Men fortfarande är det mycket som vi inte vet, enligt Per. Han visade exempel på flera områden. Förslag på hur arbetet ska gå vidare:

- Skapa en permanent organisation som långsiktigt kan forska och undersöka samerna.
- Åtgärda problem som är kända t ex renskötande samers arbetsmiljö, problematik kring den samiska kulturens förutsättningar
- Arbeta fram en nationell folkhälsostrategi för nationella minoriteter
- Parallella processer behövs mellan kartläggningar och de åtgärder som genomförs med längre tidsperspektiv
- Förändrad syn på rättvisa och positiv särbehandling behövs

Professor Lars Jacobsson, Umeå Universitet

Lars Jacobsson, Umeå universitet, delade Pers redovisade syn om uppdraget. Han pekade på att deras forskargrupp blev kontaktad av samerna själva – en möjlig framgångsstrategi även för fortsatta insatser!

En stor studie av renskötare har genomförts, och där några doktorander är aktiva; 15 unga renskötande män har intervjuats, en enkät har besvarats av 350 renskötande samer med 1500 personer som jämförelsegrupp (svarsfrekvens mer än 70 procent). Några resultat:

- Högre nivåer ångest/depression och högre nivåer bland män – mycket relaterat till stress i arbetssituationen
- Alkohol – inga signifikanta skillnader mot majoritetsbefolkningen, men en mindre grupp dricker mycket, men sällan
- Självmord – förhöjd risk för samiska män och de som bor söderut

Enkät med svar från 500 unga vuxna samer (population, 800 individer) – både renskötare och övriga samer – visar på stark identitet, ansvar för bevarande av kulturen och upplevelse av viss press på grund av dessa förhållanden.

Centrum för Samisk forskning (CeSam)
Professor Peter Sköld

Peter Sköld, Centrum för Samisk forskning, instämde i synpunkter från Per och Lars. Peter tryckte på att samerna är ett urfolk – över världen skiljer sig dessa till det sämre när det gäller hälsa, men inte i Sverige. Är samerna ett utdöende folk? Nej, men risker och hot finns. Staten är viktig när det gäller att skapa förutsättningar, och det är ett positivt tecken att vi pratar om detta idag.

Peter menade att hälsa är komplext i en samisk kontext – verkligheten runt om spelar in, konflikter, hot, identitet, ekonomiska problem, möjligheter att ha livskraftig kultur.

Kunskapsnivån måste höjas i skolan och bland myndigheter. Forskningen är viktig och har ett ansvar att ta fram kunskap.

Skapa inte ännu en utredning som läggs till handlingarna och i bokhyllan.

Sametinget

Inger Oma, Sametinget, pekade på en av villkoren för att kunna ha en bra hälsa, dvs möjligheten att ha ett arbete/yrke, och berör i detta sammanhang just rennäringens villkor.

Idag finns många hot för en bestående nomadiserande rennäring med förflyttning av renhjordarna mellan olika årstidsbetesområden. Renbetesmarkerna skövlas dagligen genom olika exploateringar, som storskaligt skogsbruk, gruvor, vindkraftsparker som uppstår inom renskötselområden mm. Detta får konsekvenser och leder i sig till betesbrister för renhjordarna och till intern konkurrens om speciellt vinterbetesmöjligheter för resp samebyarnas renhjordar. Brist på renbete leder till viss utslagning av samer och renskötare.

Konkreta råd:

För samerna och renskötseln som sysselsättningsskapande och kulturbärande näring är det av största vikt att ha rätten kvar att bruka samiska traditionella marker.

Lagstiftning måste följas, tex Rennäringslagen, Rennäringsförordningen, Miljölagar vid prövning vid upplåtelser av marker som av tradition brukas av samer.

Renskötseln är ett av Sveriges farligaste yrken som finns, ett arbete i ständig förflyttning med stora olycksfallsrisker och mycket ensamarbete på stora domäner. Man måste arbeta fram tekniker som förebygger olycksfalls och förslitningsskador.

Anpassa sjukvården/hälsovården inom sametäta områden, tex mobila enheter.

Samer/renskötarna är småföretagare. Socialtjänstlagarna måste anpassas att kunna gälla för småföretagare.

”Låt oss behålla vårt land, våra yrken olch vår kultur”

Svenska Samernas Riksförbund
Anders Blom, förbundsdirektör

Anders Blom, Samernas Riksförbund, var kritisk till uppdraget redan från början – en handlingsfas behövs mer än kartläggningar. Hur mår Sveriges urfolk – hade varit en bättre fråga. Staten har inte bejakat detta om mänskliga rättigheter – Sverige får kritik från internationella aktörer.

Urfolksdimensionen måste lyftas upp – jämför med Norge där flera insatser genomförts; stor undersökning om samernas hälsa med 12 miljoner norska kronor i budget, 2 miljoner till undersökning av psykisk hälsa. Viktigt att FHI tittar på dessa norska initiativ då förslag läggs!

- Mer forskning om stressrelaterade faktorer och hälsa behövs p.g.a. skogsskövling, förlorade renar, ökade arbetskrav mm.
- Skapa ett forskningscentrum som arbetar långsiktigt. Risk att forskningen minskar om inte resurser tillförs.
- Satsa på praktiska insatser. Lanstingspersonal ska t ex utbildas när det gäller samernas situation.

Gunno Gunmo
Delegationen för romska frågor

Gunno berättade att FHI tillsammans med Delegationen för romska frågor och romska organisationer har hittat arbetsformer för att överbrygga svårigheter som uppstått under hela processen och att underlätta genomförandet av kartläggningen.

Delegationen anser att FHI har gjort ett fantastiskt arbete med att hitta en ny metod att inhämta kunskap om romernas hälsosituation genom att utbilda romer som i sin tur genomförde intervjuer. Utifrån de resultat som FHI presenterade om romernas hälsosituation kan man dock konstatera att det finns väsentliga hälsofrågor som tyvärr inte tas upp i rapporten. Dessa frågor är viktiga att belysa i det fortsätta arbetet, anser Gunno Gunmo. Samtidigt betonar han att avsaknad av dessa frågor speglar svårigheter och komplexitet av uppdraget bland romer. Det handlar om en balansgång mellan romernas värderingar och FHI:s respekt för vad romerna väljer att inte prata om, om känsliga frågor.

Följande frågor täcks inte in i rapporten:

- Tandhälsa (de flesta äldre romer har löständer)
- Problematiken med kusingifte
- Barnäktenskap (barn under 18 år)

- Generationsskillnader och konsekvenser för hälsan? (Hur tidigare levnadsvanor påverkar nuvarande hälsa bland romer? Att ha bott i läger, vilka konsekvenser detta har inneburit? Kringresande liv? Vilken inverkan har klädsel på romska kvinnor? Tunga kjolar?)

För att främja hälsa och förebygga ohälsa bland romer anser Delegationen för romska frågor att det är angeläget att regeringen vidtar särlösningar och överväger att införa särbehandling när särskilda skäl föreligger. Gunno betonade att romer utgör en heterogen grupp med olika behov och förutsättningar.

Gunno Gunmo informerade om att kartläggningens resultat om romernas hälsa skulle tas upp vid en konferens om romska kvinnor som anordnas av Delegationen för romska frågor.

Sverigefinnarnas riksförbund
Helena Kivisaari

Helena framförde besvikelse över att man inte har undersökt andra generationens Sverigefinnar och deras hälsa. Denna kunskap behövs för att undersöka hur det sociala arvet påverkar hälsan bland denna grupp. Helena betonade vikten av att Sverige bör ratificera punkt 2.1 C i artikel 13 i ramkonventionen om ekonomiska och sociala förhållanden vilket skulle underlätta för nationella minoriteter att nyttja dessa rättigheter. Helena framhöll att det bör göras ändringar av hälso- och sjukvårdslagen för att underlätta tillänglighet för nationella minoriteter genom att rekrytera personal med kunskaper i minoritetsspråk. Helena påpekade vikten av att anordna utbildning till landstingspolitiker och tjänstemän om de nationella minoriteterna, speciellt i de områden där det finns grupper av minoriteter. Mer samarbete med landstingen bör främjas. Helena underströk vikten av att ta tillvara det arbete som SFRF bedriver inom folkhälsoarbetet. Helena ansåg att det också är viktigt att hälsoinformation finns tillgängligt på finska.

Svenska tornedalingas riksförbund
Christina Hedström

Svenska Tornedalingars Riksförbund (STR-T), genom Christina, framförde kritik mot redovisningen av tornedalingarnas hälsa i rapporten. STR-T menade att den bild som ges av tornedalingarnas hälsa är missvisande och likaså de jämförelser som görs innehåller en del brister och förstärker fördomar om tornedalingar i samhället. Christina betonade att det bor många andra minoriteter i Tornedalen, vilket gör det nästan omöjligt för Statens folkhälsoinstitut att dra slutsatser om tornedalingars hälsa. Tornedalingar är de som har anknytning till meankeli och denna fråga framgår inte i folkhälsoenkäten. STR-T betonade att kartläggningen borde ha genomförts av organisationen. STR-T krävde att avsnittet om hälsosituationen bland tornedalingar i rapporten tas bort. STR-T ansåg att fördjupade analyser som tar hänsyn till identitet, utanförskap, boende och kultur bör göras. Det behövs mer tid och större resurser, möjligen metoder som intervjuer istället för enkät.

Judiska centralrådet
Simone Nadbormik och professor Lars Dencik

Lars började med att betona att resultatet från kartläggningen när det gäller judarnas hälsosituation inte är giltigt för hela gruppen judar, det vill säga endast de som tillhör de olika församlingarna i Stockholm, Göteborg och Malmö svarade på enkäten. Problem som finns inom den judiska gruppen är hälsan hos förintelsens överlevande och där kan det behövas ett resande sjukvårdsteam. Första generationen upplever ett utanförskap. Idag finns en stor invandring av ryska judar. Detta är en grupp som behöver prioriteras inom den judiska gruppen.

Judiska Centralrådet anser att jämförelser mellan de olika nationella minoritetsgrupperna medför brister med hänsyn till att urvalet för populationerna är olika. 90 procent av de judiska personerna i enkäten bor i storstäder och tillhör de socioekonomiska övre mellanskikten. Dessa borde ha jämförts med personer som tillhör samma socioekonomiska grupp. Undersökningen har en väl definierad ram, alltså medlemmar i församlingarna och det kan man göra en bortfallsanalys på. Denna kritik borde bifogas i rapporten anser Lars.

Lars påpekade att upplevd antisemitism är ett allvarligt problem i den judiska gruppen. Detta bidrar till ohälsa så som huvudvärk, sömnproblem, trötthet och därför behövs psykosociala insatser. Brist på resurser har varit ett stort problem.

Vad kostar hälsofrämjande och förebyggande insatser?
Håkan Brodin, docent, Statens folkhälsoinstitut

Håkan berättade att kostnadsanalys i folkhälsoområdet är avgörande för att nå goda resultat. Håkan betonade att för att ett förslag ska kunna ge nytta måste det vara genomförbart och leda till önskade resultat. Det är viktigt att satsa på ungdomar och det preventiva arbetet.

Ojämlikhet i hälsa
Att främja hälsa och förebygga ohälsa bland utsatta grupper
Gunnar Ågren, f.d. generaldirektör, Statens folkhälsoinstitut

Gunnar inleder sitt anförande med en rad faktorer som krävs för att människor ska åtnjuta en god hälsa. Bland de faktorer som är avgörande för en god hälsa är god inkomst, en hög utbildning, rika föräldrar, bra bostad och mera. Hälsa är en grundläggande rättighet och en känslig indikator på social situation. Gunnar betonade att det finns olika skäl till att ojämlikhet i hälsa framkommer och kvarstå. Att inte kunna påverka sin livssituation, bristande tillgänglighet till sjukvård, dåliga sociala förhållanden och utsatthet för olika påfrestningar bidrar till ojämlikhet i hälsa bland olika grupper i samhället. För att främja hälsa och förebygga ohälsa bland utsatta grupper i samhället bör man undersöka de mekanismer i samhället som påverkar människors hälsa. När det gäller nationella minoriteters hälsa betonade Gunnar att det behövs analyser av samband mellan strukturella faktorer och hälsa bland nationella minoriteter.

Paneldiskussion

Deltagare: Gunno Gunnmo, Maria Emmelin, Christina Hedström, Anders Blom, Jan Cedervärn, Kaisa Syrjärnen Schaal, Lars Dencik, Helena Kivisarii. Moderator Peter Sköld.

Peter Sköld inledde med en gemensam fråga till panelen, där de ombads ge svar på vad de bedömde vara de viktigaste, särskilda åtgärderna att prioritera när det gäller de nationella minoriteternas hälsa, i ett ettårsperspektiv och i ett 25-årsperspektiv.

Gunno; I båda perspektiven satsningar på unga romer. Se till så att skolplikt verkligen följs i alla kommuner i landet. Det är vägen till självrespekt och den enskilt viktigaste frågan.

Maria E; Viktigt att alla känner till den bild som sammanfattar romernas hälsosituation från rapporten (sid.77) Utbildning och rätten till arbete är det absolut viktigaste.

Kristina; Språket. Varför ha engelska som obligatoriskt men inte modersmål. Det ger dålig självkänsla.

Anders Blom; Om urfolks rättigheter. Inför en ny och modern lagstiftning.

Jan C; Om behovet av att i det långa perspektivet kunna bygga upp ett uppföljningssystem, så att vi över tid kan följa hur problemen utvecklas. Handlar mkt om strukturella frågor. Det behövs ett kulturkompetent samhälle.

Kajsa; svarar från ett minoritetsperspektiv. De som är ansvariga för detta politikområde, som handlar om folkhälsa, måste gå ut till kommuner, landsting, etc. En tydlig markering krävs att de är ansvariga.

Lars D; Dels handlar det om att den övriga befolkningen, t ex i svenska skolor, får ökad kunskap. Det andra, mer forskningsinriktat, handlar om hur trauman förs över från en generation till en annan. Vad kan göras för att bryta såna kedjor?

Peter S; Forskningen har en viktig uppgift. Ofta när jag är ute o berättar om samisk kultur så möts jag av synpunkter om att ”detta hade jag ingen aning om”. Titta i gamla undervisningsböcker om romer, samer, etc i skolan – det finns nästan ingenting!

Helena; Landstinget har ett ansvar. Det behövs fördjupad forskning om gruppen, särskilt den psykiska hälsan måste uppmärksammas.

Frågor/synpunkter till panelen

- Utbildning är A och O. Men om man fördjupar sig i romska frågor så är det många frågor man måste jobba med parallellt. Det måste till mer delaktighet, mer egenmakt. Man måste jobba på bredden med många frågor samtidigt.

- Riktade insatser har i allmänhet en begränsad effekt. I landsbygdsprogram, som t ex samer är hänvisade till, det är ju bara i korta perioder. Det känns nästan som ett meningslöst arbete?

- Jag vänder mig mot att enskilda projekt ersätter en långsiktig finansiering, men man kan ju få lärdomar av detta. Sen när man jämför olika saker så är det ju mer kostnadseffektivt att förebygga än att gå in i efterhand, t ex när det gäller fetma.

- Om projektifiering. Som statstjänare har man anledning att rikta självkritik, då vi skickar ut pengar till landsting o kommuner med förhoppning att det ska ha effekt även på sikt. Vi är inte tillräckligt systematiska och uthålliga.

- Det finns väldigt lite fasta medel tillgängliga, därför blir det mycket projekt. Däremot när det gäller långsiktig kunskapsuppbyggnad så måste vi se till att det finns longitudinella studier o då är det alltid samma jakt på pengar. Om vi ska prata om ett hållbart sätt att åstadkomma bättre hälsa, då måste det till långsiktiga medel.

- Det är ett inbyggt problem att ”vi gör inget om det inte finns en extra pengapåse”. Men egentligen så ingår det redan nu att ge samma service till alla. Det ska inte behövas extra pengar för det. Nationella minoriteter är skattebetalare som alla andra och om det kostar mer så ska det få kosta.

- När det gäller projekt så är det sällan så att man i ansökningshandlingar skriver in om hänsyn till nationella minoriteters behov. Vi har sökt pengar flera ggr men ej fått några.

- I Judiska Församlingen i Stockholm har vi utgått från en idé som testas via en tidsbegränsad projektplan. En årlig projektansökan speglar projektets för- och nackdelar i samband med äskanden om ekonomiskt bidrag.

- Minoritetspolitiken har gällt i tio år och gäller i dag. Det handlar om en viljeyttring och kommunerna har ett ansvar till dialog gentemot nationella minoriteter.

- Socialstyrelsen har riktlinjer när det gäller förebyggande arbete i skolan. Finns något särskilt hälsoövervakande system för samiska el judiska skolor? En annan fråga – finns det romska friskolor? Ja, folkhögskola. När det gäller sameskola så är det så att studievägledare, skolhälsovård, et c, kanske inte finns på små skolor där de borde finnas.

- Den ”vanliga” skolan har inte en bra beredskap att möta de nationella minoriteternas behov.

- All hälsa och ohälsa är relaterat till det samhälle man lever i. Det betyder att det är vissa saker, som t ex boende, skola, etc som är relevant för alla. Skolan är relevant för alla! Man behöver känna sig delaktig och det gör inte de nationella minoriteterna.

- Är det möjligt att vi i denna grupp fortsätter att träffas för att utarbeta en plan kring hur vi ska samarbeta, hur få alla ansvariga för alla samhällssektorer att göra något? Vi vet vad vi ska göra men hur ska vi få alla andra att hänga med?

- Ett av de stora problemen som vi har i den svenska myndighetsstrukturen är att vi inte får diskutera det kommunala självstyret. Regeringen driver frågor men det är inget som kommuner driver och så länge vi inte kan lyfta dessa frågor så kommer vi inte att komma någon vart! En annan aspekt på den frågan är att vi har en svensk grundlag, men det blir inga konsekvenser av att inte följa lagen. Vi diskuterar bara på ett idémässigt plan så länge vi inte vågar lyfta frågan om det kommunala självstyret!

- Relationen mellan kultur och hälsa är ju hälsofrämjande, och självklart relevant i relation till nationella minoriteter.

- Dubbelintegration – viktigt med samhörighet i den egna kulturen och samtidigt integrerad i majoritetssamhället. I Danmark är det motsatta – med en dubbelsegregering.

- Om kulturens betydelse. Resultat som kommit fram i Lars studie skulle ha varit mkt sämre om det inte varit för den egna kulturen.

- Hela reformen handlar om rätten till kultur o det måste genomsyra. Det finns särskilda revitaliseringspengar som ska gå till språk och kultursatsningar.

- Tornedalsteatern viktig! Har gjort oerhört mycket!

- Det finns ett oerhört stort behov av ett ekonomiskt basstöd för att man ska kunna organisera sig. Majoritetsbefolkningen har också bestämt att det ska ske på ett visst sätt. I dag finns Delegationen för romska frågor, men om ½ år så finns vi inte längre.

- Om skolan. Om hälsofrämjande insatser i judiska skolan. Finns inget sånt i dag, men det finns önskan om en rad insatser där.

- I Umeå. Där ser vi tre viktiga fundament; Universitet för att få en arena för forskning. Umeå utsedd till europeisk kulturhuvudstad. Det finns

därutöver också ett tredje fundament, som handlar om folkrätt. Detta sammantaget kan skapa en viktig helhet.

Kvällen avslutades med en gemensam middag och därefter underhölls deltagarna av Hans Caldaras med sitt band.

Torsdag 11 februari

Erfarenheter från fältet

Staffanstorps kommun om sitt arbete att förebygga droger bland romska ungdomar
Patrik Runesson, analysstrateg, Ingrid Blomgren, Goran Bogdanov, Micika Petrov

Patrik har erfarenheter sedan 26 år med att arbeta med ungdomar och utsatta personer i Staffanstorp kommun. Kommunen har blivit utnämnd till till ” safe community” av WHO. Kommunen månar om mångfald och har satsat på arbetet att främja hälsa bland alla invånare. År 2006 påbörjades även en föräldrautbildning för romer, de fick pengar från Socialstyrelsen. Det här var ett pilotprojekt i Staffanstorp som har gett resultat. Goran och Micika som är certifierade COPE instruktörer berättade om hur COPE har förankrats bland romer. Man kan notera att förhållanden mellan romska föräldrar och deras barn har förbättrats. Tillit till myndigheter, särskilt skolan har ökat.

Romskt information – och kunskapscenter
Mujo Halilovic, verksamhetsansvarig, Janekta Petra, samhällsvägledare, Marian Wydow, brobyggare

Mujo redogjorde för Romskt kunskapscenter (RIKC) och deras verksamhet. RIKC huvuduppgift är att öka romernas delaktighet i samhället. Det arbete som bedrivs på centret utförs i samarbete med romer och andra viktiga aktörer i samhället bland annat polisen, Malmö stad, Malmö högskola. Mujo berättade att romernas situation i Malmö är allvarlig och därför behövs insatser på olika områden för att kunna främja romernas levnadsvanor i Malmö. Mujo poängterade att de flesta romer bor i Malmö.
Janekta som arbetar som samhällsvägledare berättade om sitt dagliga arbete som handlar om att ge stöd och vägledning romer som är i behov. Centret fungerar som ett medborgarkontor men man anordnar möten och temakvällar med syftet att öka kunskap om romernas kultur och rättigheter som nationella minoritet.
RIKS har etablerat kontakt med romska skolor, arbetar aktivt med media, olika institutioner, föreningar, myndigheter. Marian Wydow arbetar som brobyggare inom Malmö stad och berättade att romer är en bortglömd målgrupp särskilt när det gäller hälsofrämjande och förebyggande insatser. Marian betonade vikten av att uppmärksamma romer precis som andra målgrupper, särskilt inom det pågående arbetet i Malmö om hälsokommunikatör.

Nationella minoriteter inom sjukvården
Erfarenheter från arbete med romska barn, Stefan Kling, skolläkare

Stefan inledde sin presentation med statistik (uppgifter) som beskriver romernas livssituation hämtade från en ny rapport från Malmö stad. Enligt rapporten visade det sig att av 1000 barn i skolpliktig ålder uppgav romska företrädare att mellan 400-600 inte är i skolan överhuvudtaget. Genom sitt arbete som skolläkare har Stefan haft många kontakter med romska familjer. I hans arbete noterade han att romer lever under svåra sociala förhållanden som påverkar deras hälsa. Föräldrars situation påverkar barnens hälsa och välbefinnande. Ett exempel är de romer som bodde i ett kategoriområde (Mosippan). Stefan berättade att det finns brister inom hälso- och sjukvårdssystemet som kan bidra till ohälsa. När det saknas ett uppföljningssystem om hur barnfamiljer som inte kallas till hälsoundersökningar mår är det uppenbart att detta påverkar hälsan både hos barn och hos föräldrarna. Stefan framhöll att det behövs olika insatser att främja romernas hälsa, bland annat utbildning för romer om det svenska sjukvårdsystemet och en utbildning för sjukvårdpersonal om romska kulturen. Romer bör uppmuntras att delta i läkarundersökningar. Det är viktigt att främja samarbete mellan romer och olika myndigheter. Skolans och hälsovården bör uppmuntra möte med familjer. Romernas levnadsstandard (bostäder) bör förbättras. Det krävs ett långsiktigt arbete att främja hälsa och förebygga ohälsa bland romer. Stefan avslutade sin presentation med ett citat från DeMarinis (1998) om mötet mellan personal och patient: ”*Bör vara ett möte mellan två människor med olika kulturell bakgrund, inte ett möte mellan två kulturer*”

FHI:s arbete med alkohol – och narkotikaprevention
Monika K.Nordvik, utredare, Statens folkhälsoinstitut

Monika berättade om FHI:s arbete med alkohol och narkotikaprevention som utgör en av institutets huvuduppgift som ett nationellt kunskapscentrum för effektiva metoder och strategier. Monika redogjorde för det pågående arbetet med metodbanken som är ett projekt som ska resultera i en elektronisk databas innehållande information om en mängd drogförebyggande metoder. Databasen ska vara ett stöd till det förebyggande arbetet som genomförs regionalt och lokalt. Monika uppmuntrade alla som arbetar med liknande frågor att ta kontakt med henne för eventuellt samarbete.

Spelpreventions presentation
Jessika Svensson, utredare, Statens folkhälsoinstitut

Jessika redogjorde för sitt arbete med spelprevention. Jessika berättade om att Institutet bedriver en nationell stödlinje för spelare och anhöriga, tar fram kunskap om spelande och spelproblem, utvecklar metoder för förebyggande arbete och även behandling för spelproblem. Institutet ger även bidrag till kamratstödjande verksamhet.

Ett samarbete med romska organisationer som har visat intresse att arbeta med förebyggande insatser bland de romska grupperna inleddes 2006. Samarbetena har

mycket byggt på ett kunskapsutbyte och där romerna själva definierat vad de upplevt som problem och vilka insatser de tänkt skulle fungera i gruppen. FHI har kunnat bistå med hjälp med ansökan, upplägg kring utvärdering och mer allmänna kunskaper om förebyggande arbete, spel och evidensbaserade metoder.

Samarbetet med romska grupper har alltså hittills inte bara handlat om att förebygga och utvärdera om spelproblemen minskar i gruppen utan det har handlat om att bygga nätverk och förtroende mellan Spelprevention och romska föreningar, romer och andra samhällsaktörer, utbyta kunskap och idéer om hur det förebyggande arbetet ska utvecklas. Detta är en förutsättning för att gå vidare med det förebyggande arbetet.

Arbete och hälsa
Stig Vinberg, utredare, Statens folkhälsoinstitut

Stig berättade om hur arbete är avgörande för hälsa genom att redovisa forskningsfynd som beskriver sambandet mellan arbete och hälsa. Stig betonade att arbetsplatsen är en viktig arena för folkhälsoarbetet. Stig framhöll att det behövs olika insatser för att främja hälsa på en arbetsplats, bland annat stödjande chefer, att medarbetare har inflytande, att mer resurser frigörs som möjliggör och underlättar inträde till arbetsmarknaden för de som stå utanför systemet.

Forskning och nationella minoriteter
Leena Huss, professor, Hugo Valentin – centrum, Uppsala universitet

Lena började sin presentation med att berätta om bakgrunden till den aktuella minoritetspolitiken som har sitt ursprung i Sveriges ratificering av två konventioner år 2000:

- Europarådets stadga för landsdelsspråk eller minoritetsspråk
- Europarådets ramkonvention för skydd av nationella minoriteter

Ratificering av konventionerna är rättsligt bindande, vilket innebär att Sverige förbinder sig att fullfölja konventionernas bestämmelser till fullo. Minoritetspolitiken som infördes år 2000 reformerades i år och betonar en försoningsprocess mellan majoritetsbefolkningen och nationella minoriteter, minoriteternas egenmakt och inflytande som ska förstärkas och månas om och möjligheten till språklig revitalisering. Regeringen anser att det behövs speciella åtgärder inom nationella minoriteternas område på grund av de övergrepp och kränkningar mot enskilda individer på 1900 talet i form av rasbiologiforskning, tvångsregistrering av etnicitet, tvångssteriliseringar, tvångsförflyttningar och omhändertaganden. Lena menade att gamla minnen och gamla bilder dröjer kvar i samhället, både hos minoriteterna och hos majoriteten. Därför är det så viktigt att lyfta fram minoritetsfrågorna, att från samhällets sida bidra till upprättelse och försoning. Lena anser att forskning kan bidra med att lyfta fram minoriteterna och deras speciella situation. Men vem ska forska om minoriteter? Forskare med minoritetsbakgrund eller blandade forskargrupper men också resurspersoner ur minoritetsgrupper inkluderas i referensgrupper till forskningsprojekt.

Avslutande grupparbete kring förslag till åtgärder
Det sista passet i hearingen ägnades åt att först gruppvis och sedan i helgrupp diskutera utifrån följande uppgift;

Utifrån det resultat som nu ligger till grund i kartläggningen, vilka åtgärder ser ni då bör föreslås för att förbättra hälsan bland de nationella minoriteterna? Tänk på att förslagen som formuleras bör vara konkreta, tydliga och politiskt genomförbara. Tre grupper bildas, och nedan redovisas de förslag som formulerades i respektive grupp.

Grupp med representanter för romer
- Inrätta tjänster med romska samhällskommunikatörer. Det har kopplingar till alla samhällssektorer och det måste institutionaliseras.
- Anställ romska elevassistenter, för att få fler romska barn till skolan.
- Utveckla rollen som romsk anhörigvårdare och utveckla en strategi för hur arbetet ska gå till med detta.
- Utbilda kuratorer, polis, skolpersonal, hälso- och sjukvårdspersonal, mm, i romska frågor – det krävs en gigantisk utbildningsinsats.
- Inrätta ett statligt stöd som möjliggör aktiviteter, kurser, utbildningar och liknande.
- Initiera en försoningsprocess, där regeringen ber om ursäkt för det som gjorts mot romer.
- Ta fram en broschyr riktad till romska barn.

Övriga synpunkter/romerna
- Hänsyn måsta tas till olika romska grupper och hur man ska arbeta med dessa utifrån olika behov.
- Långsiktighet, kontinuitet och uppföljning är centrala ord.
- Erkännande och delaktighet och dess betydelse för hälsa är viktigt som kompetensutveckling.
- För att det ska lyckas måste ledningen bära och drivas av frågorna. Frågorna måste också in i ordinarie arbete i verksamhetsplaneringen och ej drivas av enskild eldsjäl.
- För att alla ska orka krävs nätverksbyggande. Det ger möjligheter att diskutera vad som fungerat, hur vi går vidare, et c.
- I dag finns pengar att söka för kulturinsatser men inte för hälso- och sjukvård samt tandvård.

Grupp med representanter för samer, sverigefinnar och judar
- Ta fram en språkknapp för t ex sjukvårdspersonal att bära på arbetskläderna, för att tala om vilket minoritetsspråk man talar.
- Investera i kompetensutveckling kring nationella minoriteter för politiker och tjänstemän.
- Ta fram en broschyr som sprids.
- Gör särskilda insatser för sårbara grupper inom ramen för respektive nationell minoritet.

- Etablera ett statligt stöd för frågor som rör nationella minoriteter och som ger kontinuitet.
- När det gäller det samiska så är yrke och sysselsättning det centrala. Det handlar om att få behålla sina individuella områden med land och vatten, vilket är förutsättningar för rennäring.
- Se över socialtjänstlagen. Det går inte i dag att få någon ekonomisk hjälp om man t ex äger 10 renar men har hamnat i en svår situation.
- Inventera kultur- och språkkompetensen bland läkare.
- Inrätta hälso- och samhällskommunikatörer/rådgivare.
- Ska förutsättningar för samverkan mellan landsting och olika organisationer med utgångspunkt i den nya lagen.

Myndigheterna
Ta fram ett omfattande utbildnings- och informationspaket om de nationella minoriteterna, som bör innehålla;

- En broschyr som riktar sig till socialtjänst och sjukvård med information om de nationella minoriteterna
- Uppdaterad och aktuell hemsida (www.minoritet.nu)
- Nya läromedel/huvudböcker, från grundskola till universitet inkl läkarutbildningen
- Utbilda hälsokommunikatörer
- Information bör också utformas till de nationella minoriteterna
- Utbilda fler personer i dubbelspråkighet och med dubbel kulturkompetens
- Skapa förutsättningar för bättre samverkan mellan myndigheter i dessa frågor

Övriga synpunkter/myndigheterna
I slutrapporten måste skrivas att majoritetssamhället har en skyldighet att föra fram detta.

Avslutningsord
Chatrine Höckertin från Statens folkhälsoinstitut, avdelningen för Analys och Uppföljning, höll ett kort tal för att avsluta konferensen. Hon pekade på att detta är ett centralt och viktigt arbete som nu pågår och att kartläggningen har visat att det finns ett stort behov av åtgärder när det gäller att förbättra hälsan hos de nationella minoriteterna. Det är också en angelägen uppgift utifrån det övergripande målet för folkhälsopolitiken, som handlar om att åstadkomma en jämlikhet hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Chatrine pekade på att minoritetspolitiken är sektorsövergripande, vilket betyder att frågorna har koppling till en rad andra politikområden. Det betyder också att det pågår andra aktiviteter och åtgärder i syfte att möta de nationella minoriteternas behov. Folkhälsoområdet är ett av flera viktiga områden, så tillsammans har vi ett stort ansvar att bidra med pusselbitar till en bättre helhet. Chatrine uttryckte att det har visat sig vara ett mycket stort engagemang i detta regeringsuppdrag, som också har varit förenat med många metodologiska utmaningar. Hon tackade alla som

deltagit i dessa två dagar och även de som inte var på plats men som ändå hade lämnat värdefulla synpunkter på kartläggningen och förslag till åtgärder.

Bilaga 2 *Förslag till åtgärder i tabellform*

FÖRSLAG TILL ÅTGÄRDER FÖR ATT FRÄMJA HÄLSAN BLAND SVERIGES NATIONELLA MINORITETER

Förslag till åtgärd **Generella insatser**	**Ansvarig för genomförande**	**Målgrupper**	**Förväntad nytta** **och relevanta målområden** **/bestämningsfaktorer**	**Relevanta referenser**
1. Inrätta regionala kunskapscentra för nationella minoriteters hälsa Utveckla kunskapen om nationella minoriteters hälsosituation. Stöd landstingen i hälsoarbete som rör nationella minoriteter. Tillsätt en utredning kring utformningen av dessa centra.	Landstingen i samarbete med Sveriges kommuner och landsting (SKL).	Nationella minoriteterna utifrån respektive grupps behov. Relevanta myndigheter / organisationer samt majoritetsbefolk-ningen.	Ökad kunskap bland myndigheter, andra organisationer och allmänhet om nationella minoriteters hälsosituation och kultur. Kontinuitet i förebyggande och hälsofrämjande insatser samt uppföljning. Målområde 1-11.	Norska modellen SANKS
2. Utbilda hälsokommunikatörer inom samtliga minoriteter Deras uppgift bör vara att; • Tillhandahålla utbildning och hälsoupplysning för respektive nationell minoritet. • Fungera som brobyggare mellan den egna minoriteten, majoritets-befolkningen, hälso- och sjukvården samt myndigheter när det gäller hälsa och kultur.	Respektive landsting /region i samverkan med de nationella minoriteternas organisationer. Statens folkhälsoinstitut.	Samtliga nationella minoriteter. Myndigheter. Hälso- och sjukvården. Majoritetsbefolk-ningen.	Ökad kunskap om de nationella minoriteternas hälsosituation. Bättre bemötande från hälso- och sjukvården. Förbättrade levnadsvanor bland de nationella minoriteterna. Framförallt målområdena 1, 4, 6, 9, 10 samt 11.	Hiner et.al. (2009), Hawkins & Catalano (2004), WHO(2006), Purnell (2002) Hälsokommunikatörprojekt i Malmö 2005–2007 Daryani (2009), Schwartz (2010)
3. Utbilda myndighetspersonal om de nationella minoriteternas hälsa, levnadsvanor, livsvillkor och kultur	De nationella myndigheter som omfattas av	Berörda myndigheter och andra	Ökad kunskap om och förbättrade attityder till de nationella minoriteternas situation. Det ska i	Purnell (2002)

Utarbeta ett utbildningsmaterial och genomför utbildningsinsatser för relevanta regionala och lokala aktörer (t ex lärare, socialsekreterare, polis).	regeringsuppdraget att förstärka minoritetspolitiken. SKL (Sveriges Kommuner och Landsting). Integrations- och jämställdhetsdepartementet. Företrädare för de nationella minoriteterna. Länsstyrelserna i Stockholms och Norrbottens län. Sametinget. Kommuner och landsting.	organisationer på lokal, regional och nationell nivå.	sin tur leda till en ökad delaktighet och ökat inflytande för de nationella minoriteterna. Berör främst målområde 1.	
4. Utred möjligheterna till kontinuerlig uppföljning av de nationella minoriteternas hälsosituation Ge en arbetsgrupp med representanter från samtliga nationella minoriteter och relevanta nationella myndigheter i uppdrag att ta fram lämpliga metoder för att hämta in data kring de nationella minoriteternas hälsosituation.	Relevanta myndigheter i samarbete med representanter för de nationella minoriteterna.	Statliga myndigheter. Hälso- och sjukvården. Lokala och regionala organisationer. Nationella minoriteter.	Ökad kunskap om nationella minoriteters hälsosituation över tid för att kunna vidta lämpliga åtgärder. Målområde 1-11.	
5. Beakta barn och ungdom samt äldre tillhörande de nationella minoriteterna i den ordinarie verksamheten Samtliga 11 myndigheter som fått regeringsuppdraget att förstärka minoritetspolitiken bör särskilt beakta frågor som rör barn och unga samt äldre tillhörande de nationella minoriteterna i sin ordinarie	Berörda myndigheter.	Barn och unga samt äldre inom de nationella minoriteterna.	Förstärkning av minoritetspolitiken. Ökad delaktighet och ökat inflytande bland barn och unga samt äldre tillhörande de nationella minoriteterna. Berör samtliga målområden, med tyngdpunkt på målområde 3.	http://ec.europa.eu/health/ageing/policy/index_en.htm http://ec.europa.eu/health/population_groups/children_young_people/index_en.htm http://ec.europa.eu/health/population_groups/elderly/index_e

verksamhet.				n.htm http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/european_health_strategy/c11579_en.htm EU:s folkhälsoportal http://www.euro.who.int/childhealthenv
6. Tillsätt en utredning om tvärsektoriellt arbete med nationella minoritetsfrågor Utredningen bör ha till uppgift att: • undersöka möjligheterna till en samlad strategi för arbete med nationella minoritetsfrågor; • utveckla en modell för arbete med nationella minoritetsfrågor tvärsektoriellt;	För uppgiften lämplig myndighet.	Relevanta myndigheter. Relevanta myndigheter / organisationer. Kommuner och landsting i samarbete med Sveriges kommuner och landsting (SKL). Nationella minoriteter.	Effektivisering av arbetet för och med nationella minoriteter. Underlättande av samordning och samverkan mellan berörda aktörer vad gäller arbetet med nationella minoritetsfrågor. Ökat inflytande och större delaktighet bland nationella minoriteter i frågor som rör dem. Målområde 1–11.	Harris (2010), prop. 2007/08:110, prop. 2008/09:158, Mela och Mäntyranta (2008), Lindholm och Moritz (2010), Garett (1999)

Ovan lagda förslag ovan utgår från bestämmelser i två regelverk;Lag (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk; Socialtjänstlagen (2001:453), kapitel 5, § 6

Bilaga 3

Förslag till åtgärder från de nationella minoriteternas organisationer

Judiska Centralrådet i Sverige

Till
Statens folkhälsoinstitut
831 40 ÖSTERSUND

Statens folkhälsoinstitut har i samverkan med Judiska Centralrådet i Sverige genomfört en hälsoenkät med en allmän nationell del samt en specifik judisk del.

Folkhälsoinstitutet har uppdragit åt Judiska Centralrådet att lämna förslag till åtgärder för att främja den judiska gruppens hälsosituation, avseende såväl det psykiska som fysiska hälsotillståndet. De förslag som lämnas bygger på erfarenhet och kunskap hos dem som arbetar med den judiska gruppen. Hälsoenkäten ger inte ännu, vid detta skede, ett väl underbyggt underlag för förslag till insatser. Para- medicinska insatser såsom psykolog, och kurator har en stor inverkan på en individs psykiska och även fysiska hälsostatus.

Bifogas en förteckning med förslag från Stockholms, Göteborgs och Malmös Judiska Församlingar med uppgift om målgrupp, art av insats, ändamål och kostnadskalkyl. Det är Judiska Centralrådets önskan att medel kan bifallas för ett minimum av treårsperiod då det kan ta till upp ett år innan en verksamhet kan anses vara igång.

Den totala kostnadskalkylen för det första verksamhetsåret beräknas till 4 .354.000 kronor.
Stockholms Judiska Församling äskar om 1.764.000 kr
Göteborgs Judiska Församling äskar om 1.800.000 kr
Malmö Judiska Församling äskar om 540.000 kr

Dessutom äskas om en övergripande handläggartjänst som ska samordna och utvärdera samtliga projekt, halvtidstjänst om 250.000 kr

Stockholms Judiska Församling äskar medel för:

- ett ambulerande vårdteam för Förintelsens överlevande, med psykiater, sjuksköterska och sjukgymnast.
- inrätta en psykologtjänst på 80 % för "second generation" (barn till Överlevande) samtalsgrupper, föreläsningar och seminarier med fokus på psykosocial hälsa och identitet samt för enskilda rådgivande och stödjande samtal utifrån identitet och hälsa
- inrätta en kuratorstjänst på 50 % för kurativa stödsamtal för samtliga åldersgrupper

Hillelskolan- den judiska skolan i Stockholm äskar medel för:

- information/utbildning för elever och föräldrar avseende kost, hälsa, fetma, anorexi m.m
- föräldrautbildning, föreläsningsserier om judisk identitet, hälsa och psykosocial arbetsmiljö
- stödpersoner för ryska flyktingbarn

Box 7427 • 103 91 Stockholm
Tel 08-587 858 00 • Fax 08-587 858 58 • kansli@jfst.se
Org.nr. 252002-8875 • PlusGiro 322 04-0

Göteborgs Judiska Församling äskar om medel för:

- sjuksköterska, kurator och psykolog på heltid till det Judiska Ålderdomshemmet samt även till församlingen. Nuvarande resurser anses vara otillräckliga på grund av målgruppernas utsatthet och traumatiska bakgrund.

Malmö Judiska Församling äskar medel för:

- upplysning, utbildning och samtalsgrupper för "second generation". En kuratorstjänst som också ska ha individuella stödsamtal med fokus på hälsa och identitet.

Stockholm den 3 februari 2010
Judiska Centralrådet

Thomas Bab
Förvaltningschef

Simone Nadbornik
Verksamhetschef för Sociala sektionen
Judiska Församlingen i Stockholm

Bilaga 1 Specifikation av äskanden

Förslag till hälsofrämjande insatser för judar i Sverige 2010

Församling:	Målgrupp	Insats	Ändamål	Kostnad				SUMMA
Stockholm				personal	lokalhyra	drift	adminis	1,764,000 kr
	Förintelsens överlevande	**Ambulerande mobilt vårdteam**	De överlevandes medelålder	**300.000 kr/år**	0	**100.000 kr**	**15.000 kr**	**415.000 kr**
		psykiater,sjuksköterska	mycket hög, c:a 85.	3 dagar/vecka				
		sjukgymnast med en	Behov av psykiska stöd	a´ 20 timmar/vecka		bil	tel,porto	
		"judisk vårdprofil"	insatser,hög ångestnivå			bensin	material m m	
			p.g.a svåra trauma minnen	psykiater 114 000		utrustning		
				sjukskot. 90.000		varav		
				sjukgymn: 90.000		30.000 kr/år		
	"Second generation" - de	Samtalsgrupper med psykolog	Ångest,identitet,psykisk	**450.000 kr**	**30.000 kr**	**30.000 kr**	**10.000 kr**	**520.000 kr**
	överlevandes "barn", nu	,seminarier, föreläsningar och	instabilitet. Familjebindningar	Psykolog 80 %	JF/+Glämsta	Föreläsare	utskick, porto	
	vuxna i 60 år uppåt	utbildning med focus på psykosocial	som behöver bearbetas.	20 % samtalsgrupp+60 %	2 ggr/mån	m m	material mm	
		hälsa och identitet.		enskilda stödinsatser				
	Individ-och familje	Insatser för att främja hälsan	Ungdomar, familjer, ensamstående	**243.000 kr/år**				**243.000 kr**
	(samtliga åldersgrupper)	genom kurativa stödinsatser	i behov av psykossociala insatser	Kurator 50 %				
	Hillelskolan-den judiska							
	skolan i Stockholm	**Information/utbildning om hälsa+**						**336.000 kr**
		identitet						
	Elever	Teaterprojekt	Arbeta kring tema om hälsa		15.000 kr/år			
	Elever	Dramapedagog	om elevernas psykosociala		60.000 kr/år			
	Elever	Kost och hälso föreläsningar	arbetsmiljö		20.000 kr/år			
		ang. ex fetma,anorexi m.m						
	Personal	Fortbildning för **personal** kring tema			30.000 kr/år			
		hälsa och psykosocial arbetsmiljö		Psykolog/kurator	75.000 kr/år			
	Personal	**Föräldra utbildning,** föreläsningsserie		elevfocus	40.000 kr/år			
		under tre år om judisk identitet och						
		hälsa och psykosocial arbetsmiljö						
	Elever	stödpersoner till barn i behov	särskilt utsatta barn/ungdomar	4 tim/vecka för 4 elever	96.000 kr/år			
		invandar barn, komplexa familjer		1-2 ggr/vecka				
	Koordinator	Handläggare för att samordna och		Handläggare 50 %	250.000 kr			**250.000 kr**
		utvärdera						

Göteborg								**1,8 milj/år**
	Skola/Ålderdomshem		Somatiska och psykosomatiska					
	De äldre /främst Förintelsens	**Sjuksköterska**	problem,trauma bearbetning	Sjuksköterska ,heltid	600.000 kr/år			
	överlevande	**Psykolog**		Psykolog	700.000 kr/år			
	De äldre/Personal	Dessa tjänster delas av Ålder-	Eleverna, särskilt de ryska flyktang	100%				
		domshemmet och judiska skolan	barnen är i stort					
			behov av såväl medicinska och					
			psykosociala stöd insatser. Den					
			befintliga skolhälsovården är hårt					
			belastad och kan inte möta behoven					
			på ett adekvat sätt.					
	De äldre,eleverna, övriga	**Kurator**	Främja den psykosociala	Kurator	500.000 kr/år			
	församlings medlemmar		hälsostatusen hos de enskilda,	100%				
			nuvarande resurser otillräckliga på					
			grund av målgruppens komplexitet					
			och utsatthet					

Malmö	**"Second generation"** - de	Samtalsgrupper	Ångest,identitet,psykisk	Kurator 100 %	**500.000 kr**	**30.000 kr**	**10.000 kr**	**540.000 kr**
	överlevandes "barn", nu	,seminarier, föreläsningar och	instabilitet. Familjebindningar	30 % samtalsgrupp+70 %	på JF	Föreläsare	utskick, porto	
	vuxna i 60 år uppåt	utbildning med focus på psykosocial	som behöver bearbetas	enskilda stödinsatser		m.m	material mm	
		hälsa och identitet						

Umeå 2010-03-31

SÁMIID RIIKKASEARVI
Svenska Samernas Riksförbund · SSR

Förslag till nationellt center för samisk hälsa

Bakgrund:

Samerna är Nordens enda urfolk. Majoriteten finns i Nordnorge, men 30 000 – 50 000 finns också i Sverige, beroende på hur man definierar en same. De svenska samerna har särbehandlats av staten och det svenska samhället i hundratals år. "Lapp ska vara lapp" har varit en central tanke i århundraden. Samiskheten knöts till renskötseln – för att få ha renar måste man tillhöra en sameby. Samebyn är tilldelad ett geografiskt område för sin renskötsel, som består av året-runt-marker uppe i fjällområdena och vinterbetesmarker i skogslandet ned till Östersjökusten. De renskötande samerna har utöver rätten att ha renar också jakt- och fiskerättigheter inom året-runt-markerna. Varje renägare är egenföretagare med egen ekonomi samtidigt som en hel del av ekonomin är gemensam för samebyn. Varje sameby har ett tak för hur många renar man får ha. Renskötseln är konfliktfylld och problematisk av flera skäl. Ekonomin är osäker, man är beroende av väder och av renbetesmarker som hela tiden krympt p g a utbyggnaden av det moderna samhället, skogsbruket, gruvdrift och på senare tid en snabbt ökande rovdjursstam. Allt detta innebär konflikter med det omgivande samhället, men också inom och mellan byarna eftersom det hela tiden råder brist på renbeten. Skillnaden mellan renskötarguppen och övriga samer när det gäller framför allt jakt och fiske skapar också konflikter inom samegruppen. Samerna har också i århundraden varit utsatta för diskriminering och fortfarande är det dess värre så att majoriteten av samerna och särskilt då de renskötande, har både en och flera gånger blivit kallad "lappjävel" och på annat sätt blivit utsatt för mycket påtaglig mobbning och särbehandling.

Allt detta gör att det finns goda skäl att anta att samerna och framför allt då renskötargruppen lever i en mycket konfliktfylld och stressande livssituation som rimligtvis också har konsekvenser ur hälsosynpunkt. Jämfört med andra urfolk har samerna i Sverige och Norge dock en god hälsosituation som i de flesta avseenden är fullt jämförbar med andra svenskar och norrmän. Det finns dock ett antal indikationer på att samerna har en ökad risk för såväl självmord bland männen som en betydligt förhöjd olycksfallsrisk, framför allt p g a motoriseringen av renskötseln. Det finns nu också studier som visar på en förhöjd nivå av ångest- och depressionssymtom hos de renskötande samerna jämfört med andra svenskar i andra geografiska område. Detta är tydligt relaterat till upplevelse av stress i arbetet. Det finns också tydliga indikationer på att situationen är mera ogynnsam ju längre söderut man kommer inom Sappmi, vilket tyder på att situationen är mera ansträngd ju längre söderut man kommer vad gäller konflikter med omgivande samhälle, brist på renbete och en mera påtaglig minoritetssituation jämfört med förhållandena i Norrbotten.

Det finns också mycket tydliga tecken till att samer i allmänhet söker hälso- och sjukvård i betydligt lägre omfattning än andra svenskar i samma område och att förtroendet för hälso- och sjukvård och socialtjänst är mycket lägre bland samerna. Det finns också ett riskbeteende vad gäller alkohol i form av berusningsdrickande vid helger och uppehåll i renskötseln. Dock finns inget som tyder på att riskbruket är högre bland renskötarna jämfört med andra svenskar i samma geografiska område. Dock är tendensen till berusningsdrickande oroande precis som det är i den övriga befolkningen.

SAMIID RIIKKASEARVI – Svenska Samernas Riksförbund, SSR
Magasingatan 7, 903 27 Umeå Sverige
TEL: +46(0)90-14 11 80 FAX: +46(0)90-12 45 64
INTERNET: www.sapmi.se E-POST: info@sapmi.se

Sammantaget finns alltså flera skäl att särskilt beakta samernas hälsosituation och söka strategier för att möta de speciella behov som finns bland samerna och särskilt renskötargruppen i detta avseende.

I Norge finns sedan flera år en uttalad politisk ambition att försöka möta samerna särskilda behov när det gäller hälso- och sjukvård och socialtjänst. I Karasjokk finns inrättat ett nationellt kompetenscenter för samisk hälsa med särskild inriktning mot psykisk hälsa (SANKS). Den består av en barn- och ungdomspsykiatrisk enhet i Karasjokk, en vuxenpsykiatrisk vårdenhet (öppen- och slutenvård) i Laxälv. Man har också inrättat samiska rådgivningstjänster i Oslo, Snåsa och Tysfjord för att möta behoven bland samer i södra och mellersta Norge. I Norge finns också ett resursnätverk för samiska hälsoarbetare som träffas årligen. Det är alltså samer som arbetar inom hälso- och sjukvårdssektorn som träffas regelbundet.

Under 2008/2009 pågick diskussioner med representanter för Samernas Riksförbund, forsknings-enheten i Vilhelmina och forskargruppen vid psykiatriska kliniken, Norrlands universitetssjukhus om möjligheterna att bygga upp någon form av resurs för att möta de speciella behov som samerna och då särskilt renskötargruppen har. Ett alternativ som också tidigare diskuterats har varit att bygga upp någon form utav företagshälsovård för rennäringen, men av flera skäl lades detta alternativ åt sidan. I stället diskuterades att upprätta någon form av center för samisk hälsa med den norska situationen som förebild.

Förslag till organisation för att möta de svenska samernas särskilda behov:

Förslaget bygger på att det finns särskilda behov som bäst skulle tillgodoses med en särskild enhet för samisk hälsa på svensk sida. Detta skulle kunna bestå av;

Ett nationellt kompetenscenter som skulle vara lokaliserat rimligtvis i Norrbotten där majoriteten av de svenska samerna finns. Det skulle ha som uppgift;

1. att utbilda och informera hälso- och sjukvården inom Sapmi, d v s det samiska kärnområdet i norra Sverige om samernas situation. I Norge har i flera år pågått sådana insatser för att höja personalens kunskaper om samernas, deras kultur och livsvillkor med särskild hänsyn till betydelsen ur hälsosynpunkt. 2.

2. Centret skulle också svara för rådgivning gentemot hälso- och sjukvården när det gäller samiska frågor.

3. En tredje uppgift skulle vara att arbeta med olika typer av utvecklingsprojekt riktade mot samerna. Det finns anledning att sätta upp särskilda program riktade mot den förhöjda självmordsrisken, mot ett riskfyllt alkoholbruk och för att förebygga yrkesskador av olika slag inom rennäringen.

4. Ytterligare en uppgift skulle vara att bistå i forskningsprojekt angående den samiska befolkningens hälsosituation. Detta skulle ske i samarbete med de forskningsenheter som finns, särskilt vid Umeå universitet, men också Lantbruksuniversitetet. Ett aktuellt exempel är den negativa inverkan på renskötargruppen när det gäller det stora rovdjurstrycket som uppstått under senare år. Det får konsekvenser på många plan, inte bara ekonomiskt utan också som ytterligare en stressfaktor.

5. Ordna med regelbundna hälsokontroller inom hela svenska Sapmi riktade till den samiska befolkningen och med fokus på deras speciella hälsorisker – här kunde det s k Västerbottens projektet stå som förebild.

6. Slutligen skulle centret också kunna vara rådgivande gentemot enskilda samer som upplever problem när det gäller behovet av stöd och vårdinsatser och där man inte upplever att man får tillräcklig hjälp inom det ordinarie hälso- och sjukvårdssystemet i Sverige.

SAMIID RIIKKASEARVI – Svenska Samernas Riksförbund, SSR
Magasingatan 7, 903 27 Umeå Sverige
TEL: +46(0)90-14 11 80 FAX: +46(0)90-12 45 64
INTERNET: www.sapmi.se E-POST: info@sapmi.se

Personalsammansättningen vid ett sådant nationellt center bör alltså bestå av förslagsvis; läkare, psykolog, socionom, sjukgymnast, sjuksköterska, informatör, forskare och sekreterare. Personalen bör ha en tydlig samisk identitet och vara väl hemmastadd i den samiska kulturen. Kompetenserna hos de olika befattningshavarna bör vara sådan att man kan tillgodose de olika problemområden som har identifierats.

Om centret är beläget i Norrbotten (förslagsvis Jokkmokk, Gällivare eller Kiruna), borde finnas personal också inom Västerbotten och Jämtland/Härjedalen, exempelvis lokaliserade i Vilhelmina/ Tärnaby och Östersund som skulle kunna fungera som informatörer och rådgivare.

Centret borde finansieras av staten, men ett nära samarbete med berörda norrlandslandsting är naturligtvis önskvärt. Ett sätt att samarbeta skulle kunna vara att bilda ett samiskt folkhälsoråd med representanter från berörda landsting, Sametinget och Samernas Riksförbund (SSR).

Slutligen borde man undersöka möjligheterna att upprätta avtal med den norska sidan och då i första hand SANKS i Karasjok om samarbete när det gäller vårdmöjligheter för personer på den svenska sidan som hellre skulle söka sig till en samisk vårdenhet än till vård på den svenska sidan p g a just den särskilda kompetens när det gäller samebefolkningens behov som finns på norsk sida. Det förekommer redan nu att enskilda personer har fått hjälp av SANKS i Karasjok dock utan att SANKS har fått ersättning från svensk sida för detta.

Svenska Samernas Riksförbund

Anders Blom
Förbundsdirektör

SAMIID RIIKKASEARVI – Svenska Samernas Riksförbund, SSR
Magasingatan 7, 903 27 Umeå Sverige
TEL: +46(0)90-14 11 80 FAX: +46(0)90-12 45 64
INTERNET: www.sapmi.se E-POST: info@sapmi.se

Sverigefinska Riksförbundet och Sverigefinländarnas delegation föreslår följande åtgärder för att gå vidare efter rapporten ”Hur mår Sveriges nationella minoriteter”

- Sverige ska underteckna punkt 2.1 c i artikel 13 Ekonomiska och sociala förhållanden i Europeisk stadga om landsdels- eller minoritetsspråk.

- Ändring av hälso- och sjukvårdslagen enligt förslag i DS 2008:26,

- socialtjänstlagen och i hälso- och sjukvårdslagen ska införas regel som betonar kommunernas skyldighet att rekrytera vårdpersonal med kunskap i minoritetsspråk (i socialtjänstlagen har ändringen redan införts).

- Longitudinell och fördjupad forskning om sverigefinnarnas hälsa. Den andra generationens hälsa skall också uppmärksammans.

- Referensgrupp där representanter för sverigefinnar, folkhälsoinstitutet, socialstyrelsen och SKL skall ingå i gruppen.

- Utbildning till landstingspolitiker och tjänstemän om sverigefinnarnas hälsa.

- Samverkan mellan representanter för sverigefinska organisationer och landstingpolitiker och tjänstemän enligt Lag (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk, femte (5) paragraf, samt framtagning av regionala hälso- och sjukvårdspolitiska program/riktlinjer för den sverigefinska minoritetens hälsa.

- Hälsofrämjande och förebyggande insatser inriktade för sverigefinnar, centrala och regionala/lokala projekt/projektmedel.

- Den befintliga finskspråkiga personalen skall inriktas att arbeta med sverigefinnar.

- Vårdcentral eller finskspråkiga läkartjänster, inom psykiatrin, öppenvårdsmottagningar för barn och ungdom samt vuxna, för äldre diagnostisering (minnessjukdomar), rehabilitering och geriatri på orter där det bor ett stort antal sverigefinnar.

- Riksomfattande hälso- och sjukvårdsupplysning på finska.

- Vidareutbildning för vårdpersonal som kan finska t ex när det gäller terminologi.

Svenska Tornedalingars Riksförbund -Tornionlaaksolaiset

Förslag till åtgärder:

- Skapa en permanent och långsiktig organisation som kan bedriva forskning kring hälsosituationen bland meänkielitalande. Förslagsvis skulle detta samarbete kunna ske i samarbete mellan STR-T, Tornedalens Folkhögskola, Umeå Universitet samt Luleå tekniska Universitet.

- Att STR-T tilldelas ansvar och resurser att genomföra en fördjupad kartläggning och analys i samarbete med FHI som belyser hälsosituationen bland meänkielitalande över tid.

- Att FHI ser över möjligheten att verka som samarbetspartner i tidigare nämnt utvecklingsprojekt Tohtia-Duostta-Våga.

- Att genomföra kunskapshöjande insatser kring nationella minoriteter i Sverige. Målgrupp; Skola och myndigheter

- En särskild praktisk utbildningssatsning ska riktas till Landstingsanställd personal så att dessa kan bemöta minoriteter och dess behov.

- En förändring av hälso- och sjukvårdslagen så att även den inbegrips av minoritetslagstiftning

Bilaga 4

Synpunkter på förslag till åtgärder från de nationella minoriteterna

Kommentarer utifrån den judiska nationella minoritetens perspektiv till Folkhälsoinstitutets rapport

Hur mår Sveriges nationella minoriteter?

Generellt sett utgör rapporten en katalog av delinformationer som inte riktigt sätts i samband med varandra. Därigenom ges heller ingen bild av hur de olika gruppernas samlade hälsosituation eventuellt hänger ihop med deras övriga – sinsemellan olikartade – levnadsomständigheter. Underlaget för beslut om åtgärder utifrån det material rapporten presenterar urholkas också av att urvalsmetoderna för att finna relevanta och representativa respondenter för Sveriges nationella minoriteter i väsentliga delar varit bristfälliga, för att inte säga direkt inadekvata. Bara dessa förhållanden gör att reliabiliteten av de jämförelser som i rapporten görs mellan de svaren från de resp. respondentgrupperna måste sättas ifråga. Saken blir inte stort bättre av att man i rapporten endast undantagsvis försökt att balansera jämförelserna genom att matcha grupperna på så centrala variabler som urbanisering, utbildning och inkomstnivå. För att få en rättvisande bild av vad t ex just den judiska tillhörigheten evt. betingar av särskilda hälsoproblem och hälsobehov – det är ju det en kartläggning av hälsoläget av den specifika gruppen skall syfta till – hade det varit relevant, ja faktiskt nödvändigt, att matcha svaren från respondenterna ur den judiska minoritetsgruppen mot svaren från dem i den allmänna hälsoundersökningen som lever i likadana sociala omständigheter. Utöver ålder, bör hänsyn här ha tagits till såväl bostadsort, utbildningsnivå som ekonomiska omständigheter. Detta görs endast i mycket begränsad och ur konklusionssynpunkt helt otillräcklig grad i den föreliggande rapporten.
Nedan ges mer specifika synpunkter på de delar rapporten omfattar:

1. Betr. Kartläggningen av hälsosituationen bland de nationella minoriteterna

I sammanfattningen på sida 8 under rubriken Den judiska minoritetens hälsosituation står det: ”både män och kvinnor upplevde att de i mindre utsträckning kände sig otrygga jämfört med befolkningen i stort. Däremot upplevde en högre andel män att de blivit utsatta för diskriminering jämfört med hela befolkningen. Både män och kvinnor upplevde lågt socialt deltagande jämfört med hela befolkningen.”

Två väsentliga anmärkningar kan riktas mot detta: dels är det avslutande påståendet direkt felaktigt – det omvända är sant, nämligen att – som det står på sida 40 i rapporten: ”Både män och kvinnor från den judiska minoriteten uppgav i mindre utsträckning ett lågt socialt deltagande jämfört med befolkningen i stort.” Dels är jämförelsen med “befolkningen i stort” inadekvat. Hänsyn tas här inte till de olikartade sociala omständigheter som den judiska gruppen i jämförelse med “befolkningen i sort” lever i. Den judiska gruppen är som helhet urbant baserad, har generellt sett en högre utbildningsnivå och andra ekonomiska levnadsvillkor än “befolkningen i stort”. Allt detta vet man från andra undersökningar influerar på graden av socialt deltagande – den relevanta jämförelsen att göra för att utröna huruvida den judiska gruppen, just för att den är judisk, har specifika hälsoomständigheter och behov, vore därför att systematiskt

matcha dem mot andra i Sverige som lever under motsvarande omständigheter vad gäller boende, utbildning och ekonomi. Detta är endast i begränsad omfattning och mycket rudimentärt gjort i den föreliggande undersökningen.

På sida 18 i rapporten redogörs för urvalet av respondenter ur undersökningspopulationerna. Om urvalet av respondeter ur den judiska gruppen sägs: "Detta urval kan inte anses vara ett slumpmässigt urval av judar i Sverige då samtliga respondenter är medlemmar i judiska församlingen. Det är också tveksamt om de judar som besvarat enkäten kan sägas vara representativa för medlemmar i judiska församlingar i Sverige med tanke på det stora bortfallet."

Eftersom ingen officiellt erkänd definition av vem som skall räknas in i gruppen "judar i Sverige" finns – och det är vi tacksamma för – kan det inte heller göras något i egentlig mening slumpmässigt urval ur denne imaginära grupp. Däremot finns det klara kriterier för medlemskap i de judiska församlingarna i Sverige, och den grupp respondenter som är utvald ur denna grupp är faktisk ett regelrätt slumpmässigt urval.
Huruvida de svarande är representativa för hela gruppen medlemmar i de judiska församlingarna är inte "tveksamt" – den relevanta reservationen att göra är att säga att det inte är säkerställt. De uppföljande undersökningar av bortfallets sammansättning i förhållande till respondenternas som vi gjort pekar inte på att det skulle föreligga någon systematisk missrepresentation bland respondenterna i förhållande till urvalspopulationen.

Tabell 3 på sida 29 i rapporten innehåller en uppställning efter utbildningsgrad för Finlandsfödda, för boende i Tornedalen och för hela befolkningen. Det är obegripligt för att inte säga utredningsmässigt oförsvarligt att inte motsvarande uppgifter inhämtats och redovisats för den judiska gruppen.

Tabell 4 på sida 32 i rapporten innehåller – som enda tabell i hela redovisningen! – en uppdelning av respondenterna efter boendeort. Det är ett undersökningsmässigt framsteg sett i förhållande till rapporten i övrigt. Av den kan man utläsa att "En större andel svarande från den judiska minoriteten uppgav en bra hälsa, både i jämförelse med hela befolkningen och i relation till jämförelsegruppen boende i de tre storstadskommuner" (s. 34) som de judiska respondenterna är hämtade ifrån. De judiska respondenterna uppger även i högre grad god psykisk hälsa än befolkningen i övrigt (och som det synes även andra storstadsbor, även om den beräkningen inte är redovisad). Även om detta ur den judiska nationella minoritetens synpunkt till förstone är glädjande upplysningar baserar sig resultaten dock inte på helt adekvata jämförelser: en matchning av respondenternas socio-ekonomiska förutsättningar särskilt avseende utbildningsgrad och ekonomiska levnadsvillkor har inte gjorts.

Men även med denna begränsning som förutsättning är det svårförståeligt varför man i den fortsatta resultatredovisningen i Tabellerna 5, 6, 7, 8, 9, 10 och 11 tappat bort eller glömt att skilja ut storstadsrespondenterna från kategorin "befolkningen som helhet" för att därigenom fasthålla en med den judiska gruppen åtminstone approximativt relevant jämförelsegrupp.
Inte minst hade detta varit relevant för att evt. kunna förklara det något konfunderande resultat som framkommer i Tabell 8 på sida 38, att "Kvinnor boende i Tornedalen och män ur den Judiska minoriteten hade använt cannabis i större utsträckning än dem i hela befolkningen." Utredningen drar klokt nog inga långtgående konklusioner av detta fynd,

men en liten metodisk reflektion om möjligheten av det uppstår ”spurious significanses” i ett så omfattande siffermaterial som detta hade nog varit på sin plats. Å andra sidan finns det ett intressant sammanträffande i resultaten när det gäller just de två här utpekade grupperna. Som framgår av tabell 9 på sida 39 förhåller det sig också så att ”kvinnor boende i Tornedalen och män ur den judiska minoriteten uppgav i större utsträckning att de hade upplevt sig vara diskriminerade jämfört med hela befolkningen” (sid. 40). Man förvånas över att utredarna inte reflekterat över om det kanske finns ett underliggande systematisk samband här? Kanske rör det sig om något slags fel eller begränsning i data? Vad föreställer de sig annars att kvinnor i Tornedalen och judiska män i storstadsregionerna kan ha gemensamt?

På sidorna 43 - 47 i rapporten redovisas svaren på de speciella frågor som vi ställt till respondenterna ur den judiska minoriteten. Dessa svar relateras med ett enda litet undantag – det gäller en enda kommentar som anger att förekomsten av olika ohälsotillstånd i den judiska gruppen enligt Tabell 15 på sida 47 inte avviker från vad som gäller från befolkningen i övrigt – inte till några som helst övriga delar av undersökningen. Vi ser därför ingen anledning till att detta interna material skall var en del av det gemensamma materialet. Svaren i denna del av undersökningen har framför allt internt intresse för judiska gruppen. Vi anmodar därför om att sidorna 43 - 47 i rapporten lyfts ut ur redovisningen.

2. Betr. Bilaga 1: Dokumentation från hearingen den 10-11 februari 2010
På sida 3 i detta referat från hearingen citeras Socialstyrelsens representant Annika Ökvist för påpekandet: ”Okunskap finns också hos socialtjänsten och hälso- och sjukvården. En informationsskrift ska ges ut juni 2010 om de nationella minoriteterna och riktas till personal i de nämnda två verksamheterna.”

Med bakgrund i våra inledande kommentarer om bristerna i den aktuella utredningen anser vi det angeläget att företrädare för Judiska Centralrådet ges tillfälle att läsa och kommentera manus till denna informationsskrift innan den utges. En annan företrädare för Socialstyrelsen, Welat Songur, som leder ett regeringsuppdrag avseende nationella minoriteters äldre och deras uppfattning om äldreomsorgen. Syftet är att via brukarundersökningar undersöka tillgång, kvalitet, tillgänglighet till vård och omsorg. Den judiska nationella minoriteten i Sverige omfattar åtskilliga äldre med särskild problematik emanerande från upplevelser under eller av Förintelsen och/eller med särskilda behov baserade på deras judiska kulturtillhörighet. Judiska Centralrådet önskar på ett tidigt stadium att bli hörd i det utredningsarbete Socialstyrelsen har aviserat på området.

På sidan 7 i detta dokument står det att ”kartläggningen när det gäller judarnas hälsosituation inte är homogent för hela gruppen judar”. Det bör stå ”giltigt” i stället för ”homogent”.

Vidare står det på samma sida: ”Problem som finns inom den judiska gruppen är hälsan hos förintelsens överlevande och där kan det behövas ett resande sjukvårdsteam.”
Rätteligen bör det stå: Ett problem som finns inom den judiska gruppen är hälsan hos förintelsens överlevande och där kan det behövas ett uppsökande sjukvårdsteam.”

Det efterföljande påståendet på samma sida, att ”Första generationen upplever ett utanförskap” är ett felreferat av vad som sades vid hearingen och saknar f ö också stöd i de resultat den gjorda undersökningen visat.

I referatet sammanfattas den judiska gruppens levnadsvillkor på ett alltför generaliserande sätt. Referatet anger at ”90 procent av de judiska personerna i enkäten bor i storstäder och tillhör de socio-ekonomiska övre mellanskikten.” I själva verket bor sannolikt en ännu större andel av judarna i Sverige i storstadsområden, och en betydande del av dem är högutbildade och kan socio-ekonomiskt räknas till antingen medelklassen eller de nya professionella mellanskikten – dock finns inom gruppen en icke obetydlig andel sämre ställda särskilt bland de äldre medlemmarna.

Huruvida, som det påstås, den antisemitism som medlemmar i den judiska gruppen uppgivit att de konfronteras med bidrar till ohälsa och olika symptom som huvudvärk etc. är inte säkerställt – men det kan förmodas att det kan förhålla sig så, och detta borde därför närmare undersökas.

Denna del av referatet avslutas med meningen: ”Brist på resurser har varit ett stort problem.” Som det står i referatet är detta lösryckt ur sammanhanget och missvisande. Den resursbrist som avses i det här sammanhanget är de resurser som ställts till förfogande för att kunna genomföra en reliabel och representativ undersökning av hälsosituationen och sambandet mellan den och levnadsvillkoren för den judiska – och f ö också de andra – nationella minoriteterna i Sverige.
På sidan 10 i referatet från paneldiskussionen står det: “I judiska församlingen har vi utgått från att i projektform testa om en idé är hållbar. Man får söka pengar varje år, och där finns en viss idé om att det finns en startpunkt och ett slut.” För att det skall vara tydligt vad som avses bör det stå: ”I Judiska Församlingen i Stockholm har vi utgått från en idé som testas via en tidsbegränsad projektplan. En årlig projektansökan speglar projektets för- och nackdelar i samband med äskanden om ekonomiskt bidrag.”

3. Betr. Bilaga 2: FÖRSLAG TILL ÅTGÄRDER FÖR ATT FRÄMJA HÄLSAN BLAND SVERIGES NATIONELLA MINORITETER

I detta förslag till åtgärder framställs endast generella rekommendationer där ingen hänsyn tas till de olika nationella minoriteternas särskilda villkor och specifika behov. Detta är desto mer anmärkningsvärt som de avslutande orden av sammanfattningen på sida 11 av den gjorda undersökningen lyder: ”Statens folkhälsoinstitut vill betona att de nationella minoriteterna utgör en heterogen grupp med sinsemellan specifika hälsobehov. Detta förhållande bör beaktas vid utformning och genomförande av folkhälsoinsatser riktade till nationella minoriteter.”

I översiktsschemat 1:a raden 4:de kolumnen anförs också under rubriken ”förväntad nytta”: ”Utvecklande av hälsofrämjande modeller utifrån nationella minoriteters specifika behov.” Om inte annat så visar den gjorda kartläggningen att de fem olika nationella minoritetsgrupperna inte meningsfullt kan behandlas över en kam. De särskilda hälsoinsatser som kan vara motiverade måste för att kunna bli relevanta utvecklas utifrån de olika nationella minoriteternas speciella och sinsemellan olikartade behov – desto märkligare då att intet försök är gjort att definiera eller anvisa sådana minoritetsspecifika

insatser. Den utredning som bör göras kring hur dessa kunskapscentran kan utformas bör inbegripa representanter från respektive nationell minoritetsgrupp för att säkerställa utformningen av kunskapscentran . Det bör ingå i kunskapscentran personer med god kunskap om varje enskild minoritetgrupps behov av förebyggande och specialiserad hälsovård.
Under punkt 4 i översiktsschemat föreslås att det skall tillsättas “en arbetsgrupp med representanter från Statistiska Centralbyrån (SCB), Socialstyrelsen, Arbetsmiljöverket samt Statens folkhälsoinstitut, i syfte att utveckla kvantitativa och kvalitativa metoder för inhämtning av data kring minoriteternas hälsosituation på regelbunden basis.” Det nämns inget om de nationella minoriteternas egen medverkan i detta arbete. Ur den judiska nationella minoritetens ståndpunkt är det dock angeläget att företrädare för vår egen grupp ges möjlighet att vara med och ges inflytande både i planerings- och analysfasen av en sådan datainsamling.

Under punkt 5 i översiktsschemat påpekas behovet av att ”de myndigheter som har ansvar för äldrefrågor integrerar ett minoritetsperspektiv i det ordinarie arbetet.” Då just omvårdnaden om våra äldre, med de specifika erfarenheter och behov de har, är ett särskilt angeläget område för den judiska nationella minoriteten i Sverige anser vi det väsentligt att redan på ett tidigt stadium och sedan kontinuerligt bli involverade i ett sådant arbete.

Stockholm den 12 april 2010

För Judiska Centralrådet

Lars Dencik
Professor

Simone Nadbornik
Judiska Församlingen i Stockholm

YTTRANDE
2010-04-12

Iisis Marie Aimee Nyampame
Avdelningen för analys och uppföljning
Statens folkhälsoinstitut
831 40 Östersund
isismarieaimee.nyampame@fhi.se

Kommentarer till slutrapport "Hur mår Sveriges nationella minoriteter?"samt synpunkter bil. 2 Förslag till åtgärder för att främja hälsan bland Sveriges nationella minoriteter

Härmed sänder Svenska Tornedalingars Riksförbund-Tornionlaaksolaiset (STR-T) följande skriftliga kommentarer.

Se DEL B (sid 121 i nuvarande pdf-fil)- stryk följande avsnitt:

"Deltagare från konferensen Tohtia-Duostta-Våga ingår ni i det elektroniska nätverket, framtagande av elektronisk programvara för nätverket kvarstår. Arbete med jämställdhetsplaner fortgår inom SSR och STR-T, där arbetet med jämställdhetsplan inom STR-T har utvecklats till en likabehandlingsplan. Avsikten är att temat makt kvarstår men breddas även till hälsa och entreprenörskap. Ett samarbete ska sökas med ambassadörer för kvinnors företagande avseende dialog och workshops i samband med hälso- och jämställdhetsmässan. Ung företagsamhet och Almi är också potentiella samverkanspartners."

Motivering: Ovanstående information tillför inte fakta till rapporten och kan därmed strykas.

I övrigt har STR-T har inga synpunkter att tillföra vad gäller slutrapport samt förslag till åtgärder.

För STR-T
Dag som ovan

Tore Hjorth
Ordförande

Maja Mella
Verksamhetsledare

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

2010-04-12 *Dnr Ju 2006:10/2010/6*

Yttrande

Delegationen för romska frågor
JU 2006:10

Biträdande ordförande
Gunno Gunnmo
Telefon 08-405 56 71
Telefax 08-405 44 98
E-post
gunno.gunnmo@justice.ministry.se
Mobil 076-775 81 21

Angående slutrapporten Hur mår Sveriges nationella minoriteter?

Med utgångspunkt i att jag ingått i den referensgrupp som är knuten till utredningen lämnar jag här några sammanfattande synpunkter på den slutrapporten som nu presenteras.

Inledande synpunkter

Jag har i ett tidigare yttrande 2010-02-04 kommenterat den rapport som då förelåg och vill därför inledningsvis kommentera den bearbetning och fördjupning som genomförts av den delen av rapporten.

Den mer omfattande redovisningen av tidigare kunskap om hälsosituationen bland nationella minoriteter liksom de fördjupade analyserna har gett rapporten en mer vetenskaplig tyngd och därmed ökad trovärdighet. Det finns nu i rapporten fakta och analyser som på ett trovärdigt sätt ger stöd åt de synpunkter som framförts av representanter för de nationella minoriteterna och de förslag som presenteras i slutrapporten.

Något om förslagen

Inledningsvis konstaterar jag att de fem förslag till åtgärder som förs fram i rapporten, om de genomförs, kan bli viktiga steg för att tillgodose de önskemål som fördes fram av de romska deltagarna vid hearingen den 10 – 11 februari i år.

I mitt tidigare yttrande aktualiserade jag ett antal frågor som i större eller mindre grad rör olika grupper inom den romska minoriteten. Jag konstaterar att dessa frågor kan fångas upp inom ramen för de regionala kunskapscentra som föreslås i förslag 1, liksom genom den kontinuerliga uppföljning som kan bli ett resultat av förslag 4.

Särskilt om förslag 3

Den utbildning som föreslås kan bli ändamålsenlig som en inledande åtgärd för att åstadkomma en ökad medvetenhet hos nu verksam personal i berörda nationella myndigheter. För att få mer långsiktig effekt och en djupare förankring av minoritetspolitikens olika perspektiv är det nödvändigt att förslaget utvidgas till grundutbildningarna för berörda yrken.

Särskilt om förslag 4

Jag utgår ifrån att det med förslaget avses att Statens folkhälsoinstitut ska ingå i arbetsgruppen och att aktuell kunskap från nationell och internationell forskning den vägen kan föras in i gruppens arbete.

Avslutningsvis

I den nu föreliggande rapporten liksom i andra undersökningar som rör den romska minoriteten är frågor om utbildning och arbete återkommande teman. Även om frågor om utbildning och arbete inte kan ses som förstahandsfrågor i Folkhälsoinstitutets uppdrag är det viktigt att påminna och påminnas om hur komplext begreppet hälsa är.

Gunno Gunnmo

Kommentarer från Sverigefinska Riksförbundet och Sverige-finländarnas delegation till Folkhälsoinstitutets "Kartläggning av hälsosituationen bland de nationella minoriteterna samt förslag till förebyggande och hälsofrämjande åtgärder"

Allmänt:

Kartläggningen visar samma tendenser som finns i flertalet av Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutets tidigare rapporter och bekräftar resultaten i dessa.
Enligt Sverigefinska Riksförbundet och Sverigefinländarnas delegation har samhället i första hand kommuner och landsting inte varit tillräckligt medvetna om sverigefinnarnas psykiska och fysiska hälsa eftersom de i form av konkreta åtgärder visat ett mycket svagt intresse för dessa frågor.

Eftersom sverigefinnarna är bosatta i hela landet bör Sveriges kommuner och landsting engageras i problematiken t.ex. i form av särskilda projekt i samarbete med sverigefinska organisationer.

Av särskilt betydelse i detta sammanhang är frågan om självmordsprevention eftersom mängden självmord och självmordsförsök både hos första och andra generationens sverigefinnar vida motsvarande frekvenser hos majoritetsbefolkningen. Nedan ovannämnda organisationernas synpunkter om sverigefinnarnas psykiska och fysiska hälsa i en skrivelse skickad till Socialminister Göran Hägglund.

Synpunkter på förslag till åtgärder:

1.Inrätta regionala kunskapscentra för nationella minoriteternas hälsa

Riksförbundet och delegationen ser positivt på inrättandet av regionala kunskapscentra och anser att tre centra skall inrättas: ett för Norra-Sverige, ett för Stockholmsområdet och Mälardalen och ett för södra och Västra Götaland. Eftersom sverigefinnarnas hälsosituation har varit och är fortfarande alarmerade vill vi kunskapscentra skall startas så fort som möjligt.

2. Utbilda hälsokommunikatörer inom samtliga nationella minoriteter

Det kan vara bra men vi vill prioritera förslag nr 3.

3. Att utbilda myndigheters personal om de nationella minoriteternas hälsa, levnadsvillkor och kultur

Riksförbundet och delegationen anser att först skall landstings och kommunalpolitiker utbildas för att åstadkomma behovsanpassad och nödvändig hälsovård för sverigefinnar. Vi hänvisar också till vårt förslag om samråd med landstingspolitiker enligt 5§ i lagen om nationella minoritetsspråk och nationella minoriteter.

4. Utred möjligheterna till kontinuerlig uppföljning av nationella minoriteternas hälsosituation

Riksförbundet och delegationen tillstyrker förslaget.

5. Statens folkhälsoinstitut och andra berörda myndigheter bör i sin ordinarie verksamhet särskilt beakta barn och ungdomar samt äldre tillhörande de nationella minoriteterna

Riksförbundet och delegationen vill starkt betona vikten av att andra generationens hälsa och sociala situation följs upp och att kommuner och landsting ägnar speciell uppmärksamhet i gruppen i sitt hälsofrämjande arbete. Detta gäller även äldre. Dessutom vill vi att berörda myndigheter uppmärksammar utsatta gruppernas hälsosituation och inrättar t ex gruppverksamhet/kamratstödjande verksamhet i samarbete med nationella minoritetsorganisationer.

Annat: Riksförbundet och delegationen vill betona vikten av att de ansvariga landstingen och kommunerna har ansvar ’även för nationella minoriteternas hälsa och att dessa skall vidta åtgärder för att förebygga hälsa men också för att ansvara för hälsovård för nationella minoriteterna. Det är viktigt att även SKL skall aktivt delta i att förslag till åtgärder kan genomföras.

Riksförbundet och delegationen föreslår vidare att forskningsmedel snarast ges till projekt för att fördjupa i forskning om självmordsförsök- och självmord bland sverigefinnar och att det initieras projekt om detta.

Helena Kivisaari
Sverigefinska Riksförbundet

Esko Melakari
Sverigefinländarnas delegation

Till
Socialdepartementet
Statsrådet Göran Hägglund
103 33 STOCKHOLM

Sverigefinnarnas oroande psykiska hälsa kräver konkreta och resoluta beslut av regeringen

Socialstyrelsen publicerade den 16 juni 2008 rapporten “Beskrivning av vårdutnyttjande i psykiatrin“. I rapporten konstateras beträffande den sverigefinska nationella minoritetens psykiska hälsa bl.a. följande:
“Av kvinnor födda i Finland har en hög andel besökt den psykiska öppenvården, speciellt i gruppen 15-24 år och 24-44 år. En granskning av dessa kvinnors huvuddiagnos visar att en stor del har vårdats för förstämningssyndrom.
Av män födda i Finland har en hög andel besökt den psykiatriska öppenvården. En stor del av dessa män har vårdats för missbruk.”

I ett antal tidigare utgivna rapporter har man kommit fram till liknande slutsatser. T.ex. av Folkhälsoinstitutets rapport “Födelselandets betydelse - en rapport om hälsa hos olika invandrargrupper” (2002) framgår att sverigefinländarnas “psykiska hälsa är signifikant sämre än hos den svenskfödda befolkningen”. I rapporten konstateras vidare att den “dåliga psykiska hälsan kan utläsas bland annat av sverigefinländarnas extremt höga självmordstal”. Av rapporten framgår vidare att medan antalet självmord för svenskfödda män var 38 självmord per 100 000 individer var motsvarande siffra för

finlandsfödda män 71. Motsvarande tal för finlandsfödda kvinnor var 27 mot 16 hos svenskfödda kvinnor.
Rapporten visar en lika mörk statistik beträffande vård på psykiatrisk avdelning, insjuknande i schizofreni och depression samt inläggning på grund av alkoholproblem.

I en debattartikel i Dagens Nyheter publicerad i samband med utgivningen av Folkhälsoinstitutets rapport den 28 oktober 2002 skrev Professor Jan Sundqvist, universitetslektor Sven-Erik Johansson och Folkhälsoinstitutets generaldirektör att det är möjligt att utjämna hälsoskillnaderna mellan olika etniska grupper men att det då krävs kraftfulla insatser från samhällets sida med extra resurser bl.a. till det förebyggande arbetet.

I tidningen Dagens medicin från den 1 november 2006 refererades en studie om "Mental hälsa hos första och andragenerationens immigranter i Sverige" av Teresa Saraiva Leäo, Kristina Sundqvist, Sven-Erik Johansson och Leena Maria Johansson. I artikeln konstaterades att finländare är den invandrargrupp som löper störst risk att drabbas av allvarlig psykisk sjukdom. Som grupp mår de sämre än flyktingar. Vidare skrevs att högst risk att drabbas av psykossjukdomar löper finländare, särskilt finländska kvinnor och att första generationen finländare löper 3.6 gånger större risk för båda könen när det gäller sjukdomsinläggning till följd av alkoholmissbruk.

Trots flera oroande rapporter om sverigefinnarnas psykiska hälsa har regeringen tills vidare avstått från åtgärder i fråga. Detta trots att Sverigefinländarnas delegation tillsammans med Sverigefinska riksförbundet otaliga gånger kontaktat beslutsfattare bl.a. regeringen, Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet, Landstingsförbundet och Alkoholkommittén samt sökt projektmedel bl.a. från Socialstyrelsen för konkreta insatser i frågan. En av anledningarna till att organisationer inte beviljats anslag är att dessa i första hand delas till kommuner vilka de facto inte känner till den allvarliga situationen beträffande sverigefinnarna psykiska hälsa.

Sverigefinländarnas delegation och Sverigefinska riksförbundet hemställer därför ;

- *att departementet med utgångspunkt från ovannämnda alarmrapporter snarast och resolut tar tag i problemet och gärna i samverkan med Sverigefinländarnas delegation och Sverigefinska riksförbundet gör en konkret satsning med syfte att förbättra sverigefinnarnas psykiska hälsa och*
- *att departementet tar initiativ till att snarast anordna ett möte mellan statsrådet och företrädare från ovannämnda organisationer.*

Helena Kivisaari
ombudsman
Sverigefinska riksförbundet

Esko Melakari
delegationssekreterare
Sverigefinländarnas delegation