

Hälsorelaterad livskvalitet hos nyanlända från Syrien.

En enkätstudie med EQ-5D-5L som mått på hälsorelaterad livskvalitet.

Charlotta Arwidson

Folkhälsovetenskap AV, Vetenskapligt arbete
Huvudområde: Folkhälsovetenskap
Högskolepoäng: 15 hp
Termin/år: VT 2017
Handledare: Heidi Carlerby
Extern handledare: Petter Tinghög
Examinator: Katja Gillander Gådin
Kurskod: FH006H
Utbildningsprogram: Magisterutbildning i Hälsovetenskap, 60hp

Abstrakt

Bakgrund: Utrikes födda rapporterar en sämre hälsa än övriga befolkningen i Sverige. Forskning visar att flyktingar har andra förutsättningar och större ohälsa än övriga migranter. **Syfte:** Att undersöka och beskriva den hälsorelaterade livskvaliteten hos vuxna nyanlända syrier i Sverige. **Metod:** Studien hade en tvärsnittsdesign och data samlades in via postenkäter till 4000 slumpmässigt utvalda nyanlända från Syrien samt via nationella register. 1215 personer svarade på enkäten. Associationer mellan bakgrundsfaktorer och livskvalitetsvikter testades med multipel linjär regression. **Resultat:** Den rapporterade hälsorelaterade livskvaliteten var lägre hos nyanlända syrier jämfört med generella populations normer, främst på grund av en hög grad av depression eller oro. I studien hittades ett negativt samband mellan stigande ålder och hälsorelaterad livskvalitet, där framförallt kvinnor i ålderskategorin 50-64 år framstod som en riskgrupp. Att vara gift hade ett positivt samband för män, men kunde inte styrkas för kvinnor. Inga samband hittades mellan utbildningsnivå och hälsorelaterad livskvalitet. **Slutsats:** Nyanlända syriers självrapporterade hälsorelaterade livskvalitet visar att det är viktigt med riktade hälsofrämjande insatser för att utjämna ojämlikheter i hälsa samt att sambanden mellan hälsorelaterad livskvalitet och sociodemografiska faktorer bör studeras närmare, särskilt i relation till det unika i flyktingerfarenheten samt utifrån bakomliggande sociala normer och värderingar.

Nyckelord: EQ-5D-5L, flyktingar, hälsa, hälsostatus, Sverige, Syrien.

Abstract

Background: Foreign-born people report a poorer health compared to others living in Sweden. Previous research has shown that refugees have different pre-conditions and greater ill health than other migrants. **Aim:** To investigate and give an overview of the health related quality of life (HRQoL) in a population of recently resettled adult refugees from Syria, living in Sweden. **Methods:** The study had a cross-sectional design and data was collected through postal questionnaires to 4000 randomly selected recently resettled Syrians and through data from national registers. 1215 persons answered the questionnaire. Multiple linear regression was used to test for associations. **Result:** The reported HRQoL was poorer in the population of recently resettled Syrians compared to general population norms, mainly due to higher levels of depression or anxiety. There is a negative association between rising age and HRQoL. In particular women aged between 50 to 64 years appeared as a risk group. To be married had a positive association for men, but could not be confirmed for women. No associations could be shown between levels of education and HRQoL. **Conclusion:** The reported HRQoL of recently resettled Syrians in Sweden indicates the importance of targeted health promotion campaigns to reduce differences in health between Syrians and others. It also shows that more research is needed about associations between HRQoL and sociodemographic factors, especially based on the experience of being a refugee but also based on underlying social norms and values.

Keywords: EQ-5D-5L, refugees, health, health status, Sweden, Syria.

Innehåll

Bakgrund	1
Hälsa och hälsorelaterad livskvalitet	1
Hälsorelaterad livskvalitet enligt EQ-5D	3
Ojämlig hälsa samt hälsans bestämningsfaktorer.....	4
Hälsa och hälsorelaterad livskvalitet hos flyktingar-tidigare forskning	5
Hälsa hos flyktingar allmänt.....	5
Hälsorelaterad livskvalitet hos flyktingar.....	7
Syrien, hälsosituation innan och under konflikt	8
Definitioner -Nyanländ, asylsökande, flykting	10
Nyanländ	10
Asylsökande	11
Flykting	11
Syfte	11
Frågeställningar:	11
Metod	11
Studiedesign	11
Urval.....	12
Datainsamling.....	12
Mätinstrument	12
Variabler.....	12
Beroende variabel.....	12
Oberoende variabler	14
Dataanalys	14
Etiska övervägningar.....	15
Resultat	16
Svarsfrekvens och bortfallsanalys	16
Bakgrundsinformation och externt bortfall	16
Resultat för EQ-5D-5Ls deskriptiva system.....	18
Livskvalitetsvikter	20
Diskussion	22
Resultatdiskussion.....	22
EQ-5D-5Ls deskriptiva del i jämförelse.....	23
Förklarande faktorer.....	25
Metoddiskussion.....	27
Studiens betydelse	28
Förslag på vidare forskning.....	29

Slutsats	29
Referenser	31

BILAGA 1

Bakgrund

Det övergripande folkhälsopolitiska målet i Sverige är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen (Statens folkhälsoinstitut, 2010).

Befolkningsstatistik från år 2016 visar att cirka 18 % av Sveriges befolkning är utrikes födda (Statistiska centralbyrån [SCB], 2017a). Undersökningar visar också att utrikes födda i Sverige generellt sett skattar sin hälsa lägre än inrikes födda (SCB, 2013). Utrikes födda i Sverige är dock ingen homogen grupp utan är människor som av olika anledningar och med olika förutsättningar kommit till landet, vilket därför kan antas påverka hälsan på olika sätt. Människor som tvingats fly sitt land på grund av krig och konflikt eller på grund av risk för förföljelse, har ett annat utgångsläge och förutsättningar för hälsa än de människor som flyttar till ett annat land för att arbeta eller att bilda familj (Socialstyrelsen, 2009). Forskning visar att människor som flytt krig och konflikt har en större ohälsa än vad befolkning som inte upplevt krig eller konflikt har (Porter & Haslam, 2005). Under år 2016 beviljades runt 86 000 personer uppehållstillstånd i Sverige på flykting- eller flyktingliknandeskäl samt beviljades uppehållstillstånd som anhörig till en person med sådana skäl (Migrationsverket, 2017a).

Hälsa är en grundläggande förutsättning för att människor ska få en god etablering i samhället och i arbetslivet (Zdravkovic, Grahn & Björngren Cuadra, 2016). För att kunna möta hälsobehoven samt främja en positiv hälsoutveckling hos människor som flytt krig och förföljelse är det viktigt att undersöka och förstå omfattningen av hälsobehoven samt hitta riskgrupper. Ett sådant underlag ger beslutsfattare och hälso- och sjukvårdspersonal grund att kunna rikta folkhälsoinsatser samt att prioritera resurser i syfte att minska ojämlikheter i hälsa hos befolkningen.

Hälsa och hälsorelaterad livskvalitet

Hälsa är ett begrepp som kan definieras på olika sätt. Enligt Världshälsoorganisationens (WHO's) definition från 1946 är hälsa ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom och funktionsnedsättning (WHO, 2005). Den här definitionen anses dock vara för ospecifik och för svår att operationalisera när det till exempel finns behov av att mäta hälsa generellt hos en befolkning (Blaxter, 2010). WHO har senare vidareutvecklat definitionen av hälsa i bland annat Ottawa Charter från 1986 (WHO, 1986). Där beskrivs hälsa dels som en resurs i vardagslivet och inte ett mål i sig, och dels som ett positivt begrepp som betonar sociala och personliga resurser likväl som fysiska förmågor.

Att övervaka och kartlägga hälsotillståndet hos befolkningen är en av huvuduppgifterna för folkhälsoforskningen (Ravens-Sieberer, 2001) Tidigare har hälsan på befolkningsnivå främst presenterats i form av statistik för medellivslängd, dödstal och sjukdomsbörda, men under de senaste decennierna har det blivit allt mer erkänt att dessa mått inte ger en tillräcklig beskrivning av hur hälsostatusen i befolkningen ser ut (Bowling, 2005). Detta visar sig tydligast hos människor med kroniska sjukdomar, där fullständigt tillfrisknande från en sjukdom är osannolikt, men där utvecklandet av nya behandlingsmetoder och ny teknik gör att människor fortsatt kan leva ett tillfredsställande liv med sin kroniska sjukdom (Moons et al., 2006).

Sedan 70-talet har det vuxit fram ett begrepp som benämns ”hälsorelaterad livskvalitet”. Begreppet har blivit ett viktigt utfallsmått när det gäller att mäta och värdera kvaliteten och effekten av olika behandlingsmetoder och hälsointerventioner samt hälsan på befolkningsnivå (Muldoon et al. 1998). Det bör tilläggas att begreppen ”livskvalitet” samt ”hälsorelaterad livskvalitet” inte ska ses som synonymer utan där menar bland annat Bowling (2005) att hälsorelaterad livskvalitet ska ses som en dimension inom det bredare begreppet livskvalitet. Hälsa värderas normalt högt av människor, men det är samtidigt endast en av de faktorer som ger livskvalitet (Bowling, 2005). Det finns ännu ingen konsensus i forskarvärlden kring definition eller teoretiskt ramverk för begreppet livskvalitet eller hälsorelaterad livskvalitet (Bowling, 2005; Taillefer, 2002).

Den definition som kanske är den mest använda när det gäller livskvalitet är WHO:s definition från 1995. WHO definierar livskvalitet som, ”[...] individuals' perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns” (WHOQOL group, 1995). Det många forskare är eniga om är att hälsorelaterad livskvalitet som begrepp är multidimensionellt och forskning om hälsorelaterad livskvalitet söker oftast information om en människas funktionella status samt subjektiva välmående (Muldoon et al., 1998). Muldon et al. (1998) beskriver hälsorelaterad livskvalitet som: ” It moves beyond direct manifestations of illness [...], that is, the various effects that illnesses and treatments have on daily life and life satisfaction.” Utöver att hälsorelaterad livskvalitet ger en mer holistisk bild av hälsa har forskning visat att självskattad, subjektiv upplevelse av hälsa och livskvalitet har en god korrelation med objektiv sjuklighet och dödlighet (Lövdander et al., 2015; Crea et al., 2015). Hälsorelaterad livskvalitet har också visat sig vara en god prediktor för vårdkonsumtion och medicinanvändning samt har en god korrelation med psykisk hälsa (Laban et al., 2007).

Med flera av de mätinstrument som mäter hälsorelaterad livskvalitet kan man även omvandla utfallet till en så kallad livskvalitetsvikt (ett värde mellan 0 och 1). Dessa livskvalitetsvikter kan användas som ett direkt utfallsmått i klinisk forskning eller populationsstudier, men de kan också användas för att beräkna kvalitetsjusterade levnadsår (QALYS) i hälsoekonomiska analyser (Henriksson & Burström, 2006). Metoden ger ett sammanfattande hälsomått som kombinerar den kvantitativa hälsan (levnadsår) med kvaliteten av hälsan (hälsorelaterad livskvalitet) (Pullenayegum et al., 2010). Det finns en mängd mätmetoder och mätinstrument för hälsorelaterad livskvalitet (Garratt et al., 2002). En del instrument är så kallade sjukdoms- eller tillståndsspecifika, vilket innebär att frågorna och dimensionerna är anpassade efter olika sjukdomar eller tillstånd. Andra instrument är så kallade generiska, där frågorna eller dimensionerna är av mer allmän karaktär och giltiga över patientgrupper eller för hela befolkningar (Bowling, 2005). Några av de mest vältestade och väletablerade generiska skalorna för att mäta hälsorelaterad livskvalitet är The sickness impact profile (SIP), The short form-36 health survey questionnaire (SF-36) eller The Euroqol (EQ-5D).

Hälsorelaterad livskvalitet enligt EQ-5D

EQ-5D är ett generiskt mätinstrument för hälsorelaterad livskvalitet som utvecklades för att vara ett komplement till andra typer av mätmetoder samt till att vara enkelt och anpassat för självrapportering i exempelvis postenkäter (Rabin & de Charro, 2001; EuroQol group, 1990). Det innehåller ett deskriptivt system med fem frågor i fem olika dimensioner. Dimensionerna är rörlighet, egenvård, vardagliga aktiviteter, smärta/obehag samt depression/oro. Tidigare besvarades varje fråga på en tregradig allvarlighets skala (EQ-5D-3L), men för att minska den så kallade *ceiling effekten* (då mätinstrumentet inte kan särskilja på utfallsvärden över en viss nivå (Field, 2013)) utvecklades EQ-5D till att ha en femgradig allvarlighets skala (EQ-5D-5L). Svalternativen går från ”inga problem” till ”extrema problem/oförmögen” (Herdman et al., 2011). EQ-5D innehåller också en visuell analog skala (VAS) där respondenten skattar sin hälsa mellan 0 och 100, där 0 är värsta tänkbara hälsotillstånd och 100 är bästa tänkbara hälsotillstånd.

Med EQ-5D kan man generera ett enkelt index-värde (livskvalitetsvikt) för vart och ett av de hälsoprofiler som det deskriptiva systemet ger upphov till. Det finns flera olika landspecifika ”tariffer” där en hälsoprofil har tillskrivits ett värde mellan 0 till 1 (Dolan & Roberts, 2002). Dessa tariffer är i de flesta fall framtagna genom den så kallade time-trade-of metoden (TTO) där personer tillfrågats hur många år i ett specifikt hälsotillstånd de var villiga att avstå från till förmån för ett färre antal år med full hälsa (Henriksson & Burström, 2006). De är oftast

också så kallat preferensbaserade. Det betyder att ett stickprov ur befolkningen, i huvudsak friska personer, har värderat ett specifikt hälsotillstånd utifrån att hypotetiskt föreställa sig den förväntade livskvalitet de då skulle ha. Detta sätt att värdera livskvalitetsvikten förklaras med att hälsoekonomiska bedömningar och prioriteringar samt fördelning av resurser påverkar hela befolkningen som skattebetalare och potentiella patienter (Dolan & Roberts, 2002). EQ-5D-5L är ett mätinstrument som används i ett stort antal olika kulturella och språkliga kontext. Just nu finns EQ-5D-5L översatt till 120 olika språk, översatta enligt standardiserade metoder som innehåller fram-och tillbaka översättning samt kognitiv testning (EuroQol group, 2015). Valideringen och testningen inkluderar även validering i länder med arabisk talande befolkning (Aburuz et al., 2009).

I flera länder har forskare tagit fram och presenterat så kallad normativ data, eller referensvärden, på populationsnivå för hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ-5D-5L, samt dess samband med sociodemografisk karaktäristika. Bland annat finns normdata för EQ-5D-5L för länder som Australien (McCaffrey et al., 2016), Tyskland (Hinz et al., 2013), Polen (Golicki & Niewada, 2014), Spanien (Garcia-Gordillo, Adsuar & Olivares, 2016), Uruguay (Augustovski, 2016), Stor Britannien (Feng, Devlin & Herdman, 2015) och Japan (Shiroiwa et al., 2015). Normativ data från en representativ befolkningsgrupp möjliggör jämförelser och tolkningar mellan respondentgrupper och kan ge vägledning kring typiska eller atypiska resultat (Ravens-Sieberer, 2001). I Sverige har EQ-5D-3L varit inkluderad i exempelvis Stockholms Läns Landstings hälsoenkät sedan 1998, men ännu finns ingen normdata framtagen för Sverige (Burström, Johannesson & Rehnberg, 2007). Den vanligaste användningen av EQ-5D-5L är dock i specifika patientgrupper som hälsomått vid utvärdering av olika behandlingsmetoder samt för att mäta hälsoutfall i olika subgrupper hos patienterna (Burström et al., 2001; Krupic et al., 2012).

Ojämlig hälsa samt hälsans bestämningsfaktorer

Hälsan har generellt sett förbättrats för en stor del av världens befolkning under de senaste decennierna, bland annat mätt i en ökad medellivslängd och lägre sjukdomsborða (Commission on Social Determinants on Health [CSDH], 2008). Samtidigt ökar de systematiska skillnaderna i hälsa mellan befolkningsgrupper, där det som är avgörande för en bättre hälsa är individens sociala position. Marmot (2006) har förklarat skillnader i hälsa med att de följer en social gradient där det är troligare att exempelvis en person med högre utbildning eller högre inkomst också är den som har den bästa hälsan.

Även i Sverige finns stora hälsoklyftor (Folkhälsomyndigheten, 2016). Statistik visar att även om hälsoskillnader mellan könen minskar i Sverige, så kvarstår att män har kortare medellivslängd än kvinnor, medan kvinnor oftare skattar sin hälsa sämre än män. Andra hälsoskillnader ökar, som den mellan människor med olika utbildningsnivå. Det syns i ökande skillnader i medellivslängd samt sämre självrapporterad hälsa hos de med låg utbildning. Det finns också en tydlig hälsoskillnad mellan grupper i samhället som har höga samt låga hushållsinkomster (Hartman & Sjögren, 2017). En annan faktor som påverkar hälsan är utländsk bakgrund där utrikes födda skattar sin hälsa sämre än övriga i befolkningen (SCB, 2013). Jämförelser har också visat att det finns stora regionala skillnader i Sverige (Kommissionen för jämlik hälsa, 2016). Bland annat har människor i glesbygd i medeltal kortare livslängd än övrig befolkning samtidigt som de skattar sin psykiska hälsa bättre än till exempel människor i storstäder.

Kommissionen för jämlik hälsa i Sverige definierar ojämlik hälsa som ”systematiska skillnader i hälsa mellan samhällsgrupper med olika social position” (Kommissionen för jämlik hälsa, 2016, s.26). Hälsan är ett samspel mellan individ och samhälle och för att på ett adekvat sätt bemöta och utjämna skillnader i hälsa är det viktigt att hälsofrämjande arbete adresserar de sociala och samhällseliga bestämningsfaktorerna likväl som de individuella.

Hälsa och hälsorelaterad livskvalitet hos flyktingar-tidigare forskning

Hälsa hos flyktingar allmänt

Det finns forskning och statistik som tyder på att migranter och särskilt flyktingar har en sämre hälsa än övrig befolkning (SCB, 2013; Porter & Haslam, 2005). Studier har bland annat visat att flyktingar har högre risk för att dö i kardiovaskulära sjukdomar än övriga migranter (Hollander et al., 2012), att flyktingar har minskad medellivslängd, högre risk för infektionssjukdomar samt sämre tandhälsa än övrig befolkning (Hollifield et al., 2002). Det finns också stöd för att vissa cancerformer är vanligare hos utrikesfödda i Sverige än hos övriga befolkningen (Socialstyrelsen, 2009). I en svensk befolkningsenkät från 2011 rapporterade 30 % av de utrikes födda kvinnorna att de hade svår värk mot 20 % av de inrikes födda kvinnorna (SCB, 2013). Bland de utrikes födda männen rapporterade 20 % svår värk mot 12 % av de inrikes födda. Ett flertal studier rapporterar även om överrisker för psykisk ohälsa hos flyktingar, däribland psykiska störningar som schizofreni och psykoser (Hollander et al., 2016) samt psykisk ohälsa i form av post traumatiskt stressyndrom (PTSD) samt depression och ångest problematik (Fazel, Wheeler & Danesh, 2005). I en nyligen genomförd

studie i Sverige, på ett representativt urval av vuxna flyktingar från Syrien, rapporterade över en tredjedel att de hade symtom på PTSD samt depression och ångest (Tinghög et al., 2016).

Eriksson-Sjöo & Ekblad (2009) studerade nyanlända i Malmö och såg att förekomsten av sömnsvårigheter i gruppen var hög, nära 41 % uppfyllde diagnoskriterier för klinisk insomni, vilket liknar det som inrikes födda har som lider av utbrändhet/utmattningsdepression.

Sömnbristen bidrog bland annat till koncentrations- och inlärningssvårigheter menade de. I en annan studie av nyanlända i Skåne var den självrapporterade hälsan, hälsobesvär och användande av läkemedel någorlunda i linje med övrig befolkning, även om var femte person rapporterade hälsobesvär som hindrade ett aktivt jobbsökande (Zdravkovic, Grahn & Björkegren Cuadra, 2016). Studiepopulationen rapporterade dock oroande livsstilsfaktorer som övervikt, fysisk inaktivitet och rökning, vilket kan komma att påverka hälsan på långsikt menade forskarna.

När det gäller faktorer som påverkar hälsan för flyktingar visar forskning att förekomsten av ohälsa varierar med vilket land flyktingen kommer ifrån samt med vilket land personen efter flykten bosätter sig i (Bogic et al., 2015). Både den fysiska och psykiska hälsan påverkas också av risk- och skyddsfaktorer som ibland delas upp i tre kategorier (Porter & Haslam, 2005; Socialstyrelsen, 2010):

- Pre-migratoriska faktorer som bestäms av det samhälle personen tvingats lämna, samt uppväxt- och familjesituation, exempelvis genetiska faktorer, kost- och livsstilsval, individuell känslighet, trauman från krig och konflikt.
- Trans-migratoriska faktorer såsom exempelvis trauman från att på farliga flyktvägar lämnat sitt land, osäkerhet och långa väntetider under asylprocessen.
- Post-migratoriska faktorer i destinationslandet, såsom socioekonomisk position, statusförlust, förlust av socialt stöd, diskriminering med mera.

Studier visar också att hälsan hos flyktingar varierar med kön då det är vanligare att kvinnor rapporterar mer fysisk och psykisk ohälsa än män (Bogic et al., 2015; SCB, 2013; Porter & Haslam, 2005). Det finns också forskning som visar att äldre rapporterar sämre hälsa. I litteraturöversikten gjord av Porter och Haslam (2005) kunde de konstatera att flyktingar från länder där konflikten eller kriget var pågående, uppvisade en sämre psykisk hälsa.

När det gäller effekten av utbildningsnivå på hälsa, är forskningen motsägelsefull när det gäller flyktingpopulationer. Vissa studier visar sämre psykisk hälsa hos personer med lägre eller ingen utbildning (Bogic et al., 2015), medan andra studier visar att flyktingar med högre

utbildningsnivå mer ofta rapporterar sämre psykisk hälsa (Porter & Haslam, 2005). Andra faktorer som visat sig ha en viktig skyddande effekt mot olika former av ohälsa hos flyktingar är det sociala stödet, socialt nätverk, deltagande och närheten till sin familj (Kim et al., 2008; Lie, Sveaas & Eilertsen, 2004; Tinghög et al., 2016).

Hälsorelaterad livskvalitet hos flyktingar

När det gäller forskning om hälsorelaterad livskvalitet hos flyktingar på populationsnivå är tillgången på studier begränsad (Hollifield et al., 2002). I en litteraturöversikt från 2013 (Al Sayah et al.) sökte forskare identifiera studier med kulturellt anpassade generiska mätinstrument för hälsorelaterad livskvalitet översatta till arabiska. I resultatet redovisas inga studier där en flyktingpopulation studerats.

Bland de fåtal internationella studier som gjorts kring hälsorelaterad livskvalitet hos flyktingar finns bland annat en studie av irakiska flyktingar boende i Malaysia (Daher et al., 2011). Den hälsorelaterade livskvaliteten beskrivs hos studiepopulationen som ”måttlig” och resultaten visade att kön och civilstånd påverkade livskvaliteten, där män och gifta rapporterade högre livskvalitet. I studien sågs inget samband mellan hälsorelaterad livskvalitet och olika utbildningsbakgrund samt effekten av ålder varierade. Yngre uppgav sämre psykisk hälsa vilket påverkade livskvaliteten negativt, medan äldre fick en lägre livskvalitet på grund av en större fysisk sjuklighet.

I en studie av föräldrar och barn i en flyktinggrupp från Myanmar boende i Thailand, mättes hälsorelaterad livskvalitet med EQ-5D-5L. Vuxna flyktingar rapporterade en låg livskvalitet (medelvärde 0,7 för den totala populationen) (Muennig et al., 2015). Associationer med bakgrundsfaktorer såsom kön, ålder och civilstånd kunde inte styrkas. Forskarna såg dock ett tydligt samband mellan de som hade bevittnat krig på nära håll och lägre hälsorelaterad livskvalitet.

I en studie där forskarna jämförde skattningar av hälsorelaterad livskvalitet mellan flyktingar från Balkan bosatta i ett västeuropeiskt land samt landsmän som bodde kvar på Balkan efter kriget, konstateras att resultatet visar att traumatiska erfarenheter från krig fortsätter att ha stor påverkan på livskvaliteten även efter flera år (Matanov et al., 2013). Detta gällde både de som bodde kvar i landet och de som levde som flyktingar i annat land. De konstaterar också att utbildningsnivå inte verkar ha samma skyddande effekt för flyktinggruppen som för övriga som bodde kvar i hemlandet, vilket förklaras med migrationsrelaterade utmaningar som exempelvis behov av att lära sig ett nytt språk. Resultatet visar också att post migratoriska

stressfaktorer var negativt associerade med livskvalitet i större utsträckning hos flyktinggruppen (Matanov et al.)

I en studie av flyktingar från Somalia äldre än 50 år, boende i Finland, mättes hälsorelaterad livskvalitet med EQ-5D-3L samt studiepopulationen matchades med en kontrollgrupp av inrikes födda finländare (Mölsä et al., 2014). Jämförelser visar att flyktingarna generellt rapporterade lägre livskvalitet. För de olika dimensionerna i EQ-5D rapporterade somalierna mer problem i dimensionen depression/oro (96,5 % mot 17,2 %) men för dimensionen smärta/obehag rapporterade finländarna mer problem (58,2 % mot 43,8 %) samt finländarna rapporterade även mer somatisk sjukdom än somalierna. Socioekonomiska variabler som arbetslöshet och låg inkomst påverkade flyktingar mer än inrikes födda finländare. Lägre hälsorelaterad livskvalitet för somalierna visade också på ett samband med traumatiska upplevelser från hemlandet (Mölsä et al., 2014).

En särskilt allvarlig form av traumatisk upplevelse är tortyr och där har studier visat att den negativa effekten på psykisk hälsa och hälsorelaterad livskvalitet riskerar att kvarstå även efter många år i destinationslandet (Carlsson, Olsen & Mortensen, 2006). Faktorer som förstärker de negativa sambanden för tortyröverlevare är bristande sociala relationer samt arbetslöshet.

I en studie från Sverige som undersökte äldre iranska flyktingars hälsorelaterade livskvalitet såg forskarna ett samband mellan en längre vistelse och lägre hälsorelaterad livskvalitet hos kvinnor (Koocheck et al., 2007). Generellt visade också resultatet på lägre skattningar av den hälsorelaterade livskvaliteten hos den iranska gruppen än hos inrikes födda. Skattningarna låg dock i paritet med en äldre grupp iranier bosatta i Iran, vilket tolkades vara ett möjligt tecken på att skattningar av hälsorelaterad livskvalitet påverkas av kulturella skillnader i uppfattningar om hälsa. Andra studier visar på tydliga samband mellan socialt stöd, känsla av sammanhang och hälsorelaterad livskvalitet hos flyktingar (Ghazinour, Richter & Eiseman, 2004).

Syrien, hälsosituation innan och under konflikt

Syrien är ett land som geografisk är placerat vid den östliga kusten av Medelhavet. Landet är numera svårt härjat av det pågående kriget som startade 2011, men innan krigsutbrottet bodde där cirka 22 miljoner människor med varierande bakgrund (Taleb et al., 2015). Nu har fem miljoner invånare flytt landet, främst till länder som Libanon, Jordanien och Turkiet, samt 6,3 miljoner människor är internflyktingar (på flykt inom egna landets gränser) (United Nations

High Commissioner for Refugees [UNHCR], 2017). I Sverige har cirka 120 000 personer från Syrien fått uppehållstillstånd sedan krigsutbrottet och under de första månaderna under 2017 (jan-april) inkom 889 nya asylansökningar från personer från Syrien (Migrationsverket, 2017a).

Syrien betraktades innan kriget som ett låg-medelinkomstland där livsvillkoren inom landet förbättrats betydligt under de senaste decennierna (Hassan et al., 2015). Medellivslängden var 75,9 år 2010 samt läs- och skrivkunnigheten var 90 % för män samt 78 % för kvinnor (Taleb et al., 2015). Syrien sågs ur ett hälsoperspektiv som ett land i epidemiologisk transition där sjukdomsburden av smittsamma sjukdomar togs över av kroniska sjukdomar och icke-smittsamma sjukdomar. Dödsstatistik från 2009 visar att 77 % av dödsfallen orsakades av icke-smittsamma sjukdomar såsom hjärt-kärlsjukdomar (Kherallah et al., 2012).

Det finns väldigt få forskningsstudier som beskriver hälsan och dess bestämningsfaktorer i Syrien från innan kriget och än mindre studier om hälsorelaterad livskvalitet. En av de enda forskningsstudier som går att finna är en befolkningsstudie från den näst största staden i Syrien, Aleppo (Asfar et al., 2007). Studien undersöker bland annat självskattad hälsa hos ett slumpmässigt urval av vuxna personer mellan 18-65 år. 2038 hushåll deltog i studien. 55,3 % av respondenterna svarade att de hade en mycket bra hälsa, 35,6 % att hälsan var normal samt 9,1 % att hälsan var extremt dålig. Kvinnor i åldersgrupper från 30-65 år skattade överlag sin hälsa sämre än män. Resultaten visade också att för kvinnliga respondenter var de viktigaste bestämningsfaktorerna för att skatta sin hälsa lågt bland annat att vara gift, lägre utbildningsnivå, arbetslöshet, brist på socialt stöd, kronisk sjukdom, låg fysisk aktivitet samt funktionsnedsättning. För män var de viktigaste bestämningsfaktorerna stigande ålder, låg utbildningsnivå, arbetslöshet, kronisk sjukdom, funktionsnedsättning, brist på socialt stöd, låg fysisk aktivitet samt rökning. En viktig skillnad mellan män och kvinnor var att vara gift var en prediktor för sämre hälsa hos kvinnor men inte för män (Asfar et al., 2007). Forskarna tolkade detta som en konsekvens av traditionella könsroller i Syrien, där gifta kvinnor bär ett stort ansvar för hemmet med mindre möjlighet till avkoppling än män. De menade att samma mönster gick att se för andra bestämningsfaktorer såsom exempelvis fysisk aktivitet, som hade en mycket starkare association till mäns självrapporterade hälsa än kvinnors, där fysisk aktivitet många gånger inte var tillgängligt för kvinnor och inte heller förväntades av dem på grund av sociala normer i Syrien. Forskarna menade att de kunde urskilja två typer av bestämningsfaktorer där den ena gruppen faktorer var just bestämda av normer och värderingar och andra bestämningsfaktorer såsom ålder och kroniska sjukdomar reflekterade

livsprocesser som inte skiljer sig lika mycket åt mellan länder och olika samhällen. En annan studie som byggde på samma datamaterial från Aleppo, undersökte förekomsten av diagnosticerad depression i stickprovet samt dess relation till kroniska sjukdomar och andra sociodemografiska variabler (Kilzieh et al., 2008). Resultatet visade att 4,6 % av respondenterna hade fått en klinisk diagnos av depression och att fler kvinnor än män rapporterade ha haft en depression. Depression visade sig också ha ett starkt samband med annan kronisk sjukdom. Samtidigt beskriver forskarna att förekomsten av depression kan vara underskattad då stigman samt brist på medvetenhet och kunskap om psykisk hälsa i Syrien kan ha påverkat resultaten.

När det gäller studier som undersöker hälsorelaterad livskvalitet hos syriska flyktingar utanför Syrien har endast en sådan hittats. I en region i Irak har syriska flyktingar med kurdisk bakgrund, ingått i en studie om livskvalitet (Aziz, Hutchinson & Maltby, 2014). Resultatet visar på lägre livskvalitet än för populationsnormer och det är särskilt den fysiska och psykiska ohälsan som drar ner skattningarna. Utöver det konstaterar forskarna att gruppen visar på tillfredställelse med sitt sociala liv, vilket är på nivå med populationsnormer och till och med lite över. Detta menar de måste förstås utifrån kontexten av en närliggande och pågående konflikt och att de flesta respondenterna hade flytt tillsammans med sin familj. I sådana situationer förstärks betydelsen och värdet av sociala relationer.

I Sverige har en studie genomförts på ett representativt stickprov av nyanlända från Syrien (Tinghög et al., 2016). Resultatet visade att en tredjedel av respondenterna rapporterade kliniska nivåer på depression och ångest samt symtom på PTSD. Studien visade även på ett samband mellan bristande socialt stöd, stigande ålder, kvinnligt kön, erfarenhet av tortyr samt betydande postmigratorisk stress och psykisk ohälsa.

Definitioner -Nyanländ, asylsökande, flykting

Nyanländ

En del av de begrepp som används i den här studien är relativt nya och har inte en helt tydlig innebörd och behöver därför förklaras lite närmare. Begreppet *nyanländ* eller *nyanländ flykting* har blivit allt vanligare att använda under senare år. Det är ett något motsägelsefullt begrepp då det betecknar en person som inte nödvändigtvis är nyanländ i landet, utan personen kan ha vistats i Sverige från några månader upp till några år i väntan på uppehållstillstånd innan personen ifråga blir betecknad som nyanländ. *Nyanländ* är en person som blivit beviljad uppehållstillstånd i Sverige på grund av flyktingskäl eller som är anhörig till en sådan, och som därefter blivit mottagen i en kommun (Migrationsverket, 2017b). En

person betraktas som nyanländ så länge hen omfattas av lagen om etableringsinsatser (2010:197), vilket oftast är runt två år.

Asylsökande

Det är lätt att sammanblanda begreppet *nyanländ* med begreppet *asylsökande* då en asylsökande de facto är ”mer” nyanländ i landet än vad en *nyanländ* är. Därför är det också viktigt att tydliggöra vad som menas med *asylsökande*. En asylsökande är en person som ansökt om skydd i Sverige, men som ännu inte fått sin sak prövad av Migrationsverket eller Migrationsdomstolen (Migrationsverket, 2017b).

Flykting

Begreppet *flykting* är också ett begrepp som kan ha olika innebörder. I en strikt juridisk bemärkelse och enligt Migrationsverket (2017b) så är en *flykting* en person som fått uppehållstillstånd i Sverige på flyktingskäl enligt Genève-konventionen (UNHCR, 2010). Men begreppet flykting används också i en mer allmän betydelse, i dagligt tal och inom media samt forskning, och betecknar då en person som flytt från krig eller konflikt. I den här uppsatsen används ordet *flykting* i en mer allmän betydelse.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka och analysera den självrapporterade hälsorelaterade livskvaliteten bland nyanlända vuxna från Syrien.

Frågeställningar:

- Hur ser den självrapporterade hälsorelaterade livskvaliteten ut beskrivet utifrån de fem dimensionerna i EQ-5D-5L och nedbrutet på kön och ålder?
- Hur ser livskvalitetsvikten ut, nedbrutet på kön och ålder?
- Hur påverkar utbildningsnivå, boendeort samt civilstånd den självrapporterad hälsorelaterad livskvaliteten?

Metod

Studiedesign

Den här studien är en tvärsnittsstudie och ingår i ett större forskningsprojekt om psykisk hälsa hos nyanlända och asylsökande på Röda Korsets Högskola (RKH) i Stockholm (Tinghög et al., 2016). En tvärsnittsstudie innebär att man samlar in data om flera ”fall” vid en specifik tidpunkt och man får därmed en slags ögonblicksbild kring ett specifikt fenomen (Bryman, 2012).

Urval

I samarbete med Statistiska Centralbyrån (SCB) gjordes ett slumpmässigt urval av 4000 personer, 18-64 år, från Syrien, ur den nationella databasen STATIV (SCB, 2017b). Ett av urvalskriterierna för urvalsramen var att individerna skulle alla ha blivit kommunmottagna mellan åren 2011-2013.

Datainsamling

Datainsamlingen pågick mellan februari 2016 till april 2016 och var en del av det större projektet på Röda Korsets högskola (Tinghög et al., 2016). I den postenkät som skickades ut ingick runt hundra frågor, inklusive frågorna som ligger till grund för föreliggande studie. Datainsamlingen initierades med att ett förbrev som informerade om enkäten skickades ut. Efter att enkäten skickats ut sändes även flera tack- och påminnelsekort ut för att om möjligt höja svarsfrekvensen. I försättsbrevet till enkäten informerades även om två telefonnummer, ett där en arabiskatalande person svarade på frågor om enkäten samt ett nummer där frågor besvarades på engelska och svenska. Under perioden mottogs cirka 70 samtal på dessa telefoner. För att ytterligare motivera personer till att svara på enkäten ringde en person som talade arabiska till en tredjedel av mottagarna av enkäten.

Utöver data insamlad via enkäter erhöles också viss registerdata på studiepopulation från SCB. Bland annat erhöles information om kön, ålder, civilstånd, boendeort och utbildningsnivå. SCB gav även viss information om hela urvalet (4000 individer), till exempel uppgifter om kön, ålder, utbildningsnivå och civilstånd, vilket möjliggjorde en bortfallsanalys utifrån dessa bakgrundsvariabler.

Mätinstrument

För studiens syfte bedömdes den generisk skala EQ-5D-5L vara ett lämpligt mätinstrument. I enkäten inkluderades de fem frågorna som ingår i EQ-5D-5Ls deskriptiva del. På grund av utrymmesskäl inkluderades inte EQ-5D-5Ls VAS-skala för självskattning av den hälsorelaterade livskvaliteten. Den arabiska översättningen av skalan tillhandahölls av EuroQol group via registrering på deras hemsida (www.euroqol.org).

Variabler

Beroende variabel

Den beroende variabeln är utfallet av svar i de fem dimensionerna rörlighet, egenvård, vardagliga aktiviteter, smärta/obehag samt depression/oro, fördelade på fem svarsalternativ per fråga, svarsalternativ som går från ”inga problem” till ”extrema problem” eller ”oförmögen” (svarsalternativet ”oförmögen” finns som värsta tänkbara alternativ i frågorna

om rörlighet, egenvård och vardagliga aktiviteter). Detta utfall karakteriseras som en ordinalvariabel.

Genom att kombinera svaren på de olika svarsnivåerna inom varje dimension och för varje respondent, bildades också fem-siffriga koder som betecknar så kallade hälsoprofiler. Dessa fem-siffriga koder kan anta sifferkombinationer emellan 11111, som här betecknar det ideala tillståndet full hälsa, till 55555 som betecknar allra sämsta tänkbara hälsa. Siffrorna motsvarar svarsnivån inom de olika dimensionerna. Bakom exempelvis sifferkoden 21345 finns svaren; jag har lite problem med att röra mig, jag har inga problem med att tvätta och klä mig själv, jag har måttliga problem med att göra mina vardagliga aktiviteter, jag har allvarlig smärta och obehag samt jag är extremt orolig och deprimerad. På så sätt är 3125 olika hälsoprofiler möjliga. Hälsoprofilerna omvandlades sedan till ett enkelt indexvärde, även kallat livskvalitetsvikt, via en ”index-kalkylator” som finns tillgänglig på EuroQol groups hemsida (EuroQol group, 2015). Då det ännu inte finns livskvalitetsvikter eller tariffer för EQ-5D-5L baserade på en svensk befolknings preferenser eller erfarenheter, omvandlades hälsoprofilerna i föreliggande studie till ett enkelt indexvärde utifrån den brittiska tariffen (Burström, Johannesson & Diderichen, 2001). Den brittiska tariffen bedömdes ge flest möjligheter till jämförelser med andra studier då flera andra publicerade studier på befolkningsnivå använt sig av just den tariffen för EQ-5D-5L (Hinz et al. 2013; Feng et al., 2015; McCaffrey et al., 2016). Det är också den vanligast använda tariffen i Sverige (Burström, 2001; Heinz, 2013).

De genererade livskvalitetsvikterna kan anta värden från 1, som står för full hälsa, till -0,594 som betecknar ett hälsotillstånd värre än döden, då ett värde 0 betecknar död. Att tillskriva ett hälsotillstånd ett värde värre en död har diskuterats och betraktas av somliga forskare som kontroversiellt (Burström et al., 2001). I enlighet med andra studier så valdes därför i föreliggande studie att omvandla alla negativa livskvalitetsvikter till värdet 0, vilket innebär att 25 livskvalitetsvikter i datamaterialet, som fått ett värde lägre än 0, gavs värdet 0 (utgör runt 2 % av datamaterialet) (Burström et al., 2001; Eriksson & Nordlund, 2002). Denna förändring i datamaterialet påverkade de redovisade medelvärdena marginellt (se vidare under resultatavsnittet).

Det numeriska indexvärdet (livskvalitetsvikten) behandlades som en kontinuerlig variabel (Ejlertsson, 2015).

Oberoende variabler

Oberoende variabler i studien är registerdata om kön, ålder, utbildningsnivå, civilstånd samt boendeort. För den statistiska analysen och för att kunna beskriva fördelningen på ett rimligt sätt, kategoriserades variabeln ålder i grupperna ”18-29 år”, ”30-39 år”, ”40-49 år”, ”50-64 år”. Utgångspunkten var att dela in i grupper om 10 år. Frekvenserna var dock för små för att ha statistisk relevans i den lägsta och högsta åldersgrupperna (18-19 år och 60-64 år) och delades därför ihop med närmsta åldersgrupp.

Utbildningsnivån kategoriserades enligt svensk utbildningsnomenklatur (SUN) till fyra olika nivåer, ”förgymnasial (0-9 år)”, ”gymnasial (10-12 år)”, ”eftergymnasial <3 år”, ”eftergymnasial (≥3år)” (SCB, 2017c). Kategoriseringen av boendeort till ”storstäder och storstadsnära kommuner”, ”större städer och kommuner nära större stad” samt ”mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner” följde Sveriges kommuner och landstings (SKLs) kodnyckel för kommungruppsindelning (SKL, 2017). ”Storstäder och storstadsnära kommuner” är kommuner med mer än 200 000 invånare samt med mer än 200 000 invånare i den största tätorten. ”Större städer och kommuner nära större stad” är kommuner med minst 50 000 invånare samt med minst 40 000 invånare i den största tätorten. I kategorin ”mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner” ingår övriga kommuner.

För de statistiska analyserna och för att frekvenserna i grupperna ”skild” samt ”änka/änkling” var små, kategoriserades civilstånd i de två kategorierna ”gift” samt ”ogift/skild/änka/änkling” för den statistiska analysen. Genom kategoriindelning gjordes alla oberoende variabler till kategoriska variabler (även ålder som annars varit en kontinuerlig variabel).

Dataanalys

All statistisk analys genomfördes i datorprogrammet IBM SPSS statistics 24. Deskriptiv statistik har tagits fram för att beskriva sociodemografisk data för undersökningspopulationen samt för att ge en övergripande resultatsammanfattning. Utfallet och fördelningen av svar i det deskriptiva systemet av EQ-5D-5L presenteras som andelar av populationen nedbrutet på kön och ålder. Utfallet i livskvalitetsvikter presenteras som medelvärde och standardavvikelse (SD), men då utfallet av livskvalitetsvikter inte är en normalfördelad kurva utan har en negativ snedfördelning, med ett kluster av utfall på högsta värdet 1 (full hälsa) presenteras även kvartilgränser (i tabellen uttryckt som 25:e, 50:e och 75:e percentilen, där 50:e percentilen sammanfaller med medianen) som ett kompletterande spridningsmått (EuroQol group, 2015; Golicki & Niewada, 2015; Ejlertsson, 2015).

Skillnader mellan grupper i den beroende variabeln på ordinal skalnivå testades för statistisk signifikans med ett Pearson's chi-två (χ^2) test (icke-parametriskt test) på en 5 % signifikansnivå ($p < 0,05$). En förutsättning för att kunna göra ett χ^2 test är att ingen frekvens får vara för liten (Ejlertsson, 2015). Då några av frekvenserna för utfallet i de fem dimensionerna med fem allvarlighetsgrader var små och till och med 0, testades skillnaderna med en dikotomiserad utfallsvariabel, där utfallet kategoriserades som "Inga problem" samt "problem" (i kategorin "problem" ingick svarsalternativ 2-5).

Relationen mellan utfallet i livskvalitetsvikter och de oberoende variablerna undersöktes genom att göra en explorativ multipel linjär regression. Ett av antagandena bakom den statistiska modellen linjär regression är att den beroende variabeln bör ha en normalfördelad kurva, annars förloras en del av precisionen i estimaten (Field, 2013). Som tidigare nämnts är den beroende variabeln på kontinuerlig skalnivå kraftigt negativt snedfördelad i föreliggande studie. Det finns olika sätt att hantera detta, där transformering (logaritmering) av variabeln, förespråkas av en del forskare. Det finns dock studier som, trots snedfördelad kurva, rekommenderar den linjära regressionen vid analyser av livskvalitetsvikter, dock med tillägget att analysen görs med "robusta standardfel" (Pullenayegum et al., 2010). Ett flertal studier använder sig också av multipel linjär regression vid analys av livskvalitetsvikter framtagna via dimensionerna i EQ-5D (Burström et al., 2001; Augustovski et al., 2016; Zyoud et al., 2016). Utifrån detta resonemang ansågs det accepterat att använda den multipla linjära regressionen även för föreliggande studies datamaterial. Dock med tillägget att använda robusta standardfel (estimation) i testet.

I den multipla regressionsanalysen användes en av kategorigrupperna inom varje oberoende variabel som referensvärde. Referenskategori valdes utifrån vad tidigare studier visat predicera en högre livskvalitetsvikt, alltså den kategori som antogs predicera lägst livskvalitet valdes som referens (det framgår i tabell 5 vilka kategorier för de olika variablerna som användes som referens) (Ejlertsson, 2015). I analysen justerades det för alla bakgrundsvariabler samtidigt för att få en samlad bild av deras oberoende effekt på livskvalitetsvikten. Analysen gjordes både för den totala populationen samt för kvinnor och män separat.

Etiska övervägningar

För forskning som avser människan och hennes existens finns lagar och riktlinjer som reglerar forskarens arbete (Codex, 2016a). Det krävs också att forskaren tar ett eget etiskt ansvar och säkerställer att forskningen är av god kvalitet och moraliskt försvarbar. Enligt lagen om

etikprövning av forskning som avser människan (2003:460) ska deltagare informeras om syfte och plan för forskningen samt samtycka till att delta i forskningen. Det är också viktigt att följa regler om konfidentialitet och skydda personuppgifter från obehöriga samt att alltid göra sitt yttersta för att minimera risker för deltagandet (Codex, 2016b).

För den här studien har en ansökan om etisk prövning skickats in och godkänts av Etikprövningsnämnden i Stockholm (dnr 2015/1463-1431). För att säkerställa deltagarnas informerade samtycke både till att svara på enkäten samt användandet av registerdata skickades ett försättsbrev på arabiska tillsammans med enkäten. I brevet informerades om syftet med enkäten, vilken data som skulle inhämtas från nationella register, att deltagandet var helt frivilligt och kunde avbrytas när som helst utan att ange orsak samt att insamlade uppgifter skulle skyddas från obehöriga och behandlas konfidentiellt. Det fanns också två telefonnummer i brevet till vilken presumtiva deltagare kunde ringa och ställa frågor på arabiska, engelska och svenska samt få kontakt med forskningsansvarig. Genom att skicka in enkäten gav deltagarna sitt samtycke till att delta samt till att registerdata fick användas.

Utifrån studiepopulationens bakgrund som flyktingar och därmed möjligen extra sårbara var det speciellt viktigt att minimera risker för deltagandet. Riskerna med att delta bedömdes dock vara små samt att fördelarna med en studie av detta slag övervägde potentiella risker.

Resultat

Svarsfrekvens och internt bortfall

Enkäten besvarades av 1215 personer, vilket utgjorde en svarsfrekvens på 30,4 %. Det interna bortfallet, alltså obesvarade frågor i de fem dimensionerna, var lågt, med störst bortfall i dimensionen om egenvård, där 2,6 % av svaren saknades. På grund av saknade svar genererades hälsoprofiler för 1163 respondenter, som sedan omvandlades till livskvalitetsvikter.

Bakgrundsinformation och bortfallsanalys

Den sociodemografiska bakgrunden hos respondenterna presenteras i tabell 1. Av de svarande var ungefär en tredjedel kvinnor. Respondenterna var en förhållandevis ung population och en majoritet (56 %) var mellan åldrarna 18-39 år.

Tabell 1. Sociodemografisk karaktäristiska för respondenterna.

	Totalt (n=1215)		Kvinnor (n=452)		Män (n=763)	
	%	n	%	n	%	n
Medelålder		38,6 år		38,1 år		39,0 år
Åldersgrupper						
18-29	23,3	283	27	122	21,1	161
30-39	32,9	400	31,6	143	33,7	257
40-49	24,3	295	22,6	102	25,3	193
50-64	19,5	237	18,8	85	19,9	152
Civilstånd						
Gifta	63,5	771	73,5	332	57,5	439
Ogifta	31,8	386	18,8	85	39,4	301
Skild	3,4	41	4,4	20	2,8	21
Änka/änkling	1,4	17	3,3	15	0,3	2
Utbildningsnivå						
Förgymnasial (0-9 år)	40,3	490	39,2	177	41,1	313
Gymnasial (10-12 år)	20,9	254	18,8	85	22,1	169
Eftergymnasial <3 år	19,3	234	23,2	105	16,9	129
Eftergymnasial (≥3år)	19,5	237	18,8	85	19,9	152
Bostadsort						
Storstäder och storstadsnära kommuner	27,7	337	24,1	109	29,9	228
Större städer och kommuner nära större stad	47,0	571	50,0	226	45,2	345
Mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner	25,3	307	25,9	117	24,9	190

En majoritet av respondenterna var gifta (63,5 %) där andelen gifta kvinnor var något högre (73,5 %) än för män. Av respondenterna hade nästan sextio procent gått tio eller fler år i skolan. Skillnaderna mellan män och kvinnor vad det gäller utbildningsnivå var relativt marginella. När det gäller boendeort fanns 170 kommuner i Sverige representerade åtminstone en gång i datamaterialet. Nästan hälften av respondenterna kom från städer och

kommuner som kategoriserades som större städer och kommuner nära större städer, vilket innebar kommuner med minst 50 000 invånare. För övrigt var respondenterna jämt fördelade mellan storstads- och landsbygdskommuner.

När det gäller bortfallsanalysen, där karaktären hos respondenterna jämförs med data från hela urvalet, visar jämförelsen att stickprovet var representativt vad det gäller kön. För hela urvalet var andelen kvinnor och män 36,5 % respektive 63,5 %. Något fler i stickprovet var gifta än i hela urvalet (63,5 % mot 52,9 %) samt personer från den yngsta ålderskategorin hade i högre utsträckning valt att inte svara. I urvalet var 30,8 % i ålderskategorin 18-29 år och för respondenterna var samma siffra 23,3 %. När det gäller utbildningsnivå hade något färre med ingen eller endast förgymnasial utbildning svarat på enkäten (37,3 % mot 42,4 % i hela urvalet) samt något fler med högre utbildning fanns bland respondenterna (eftergymnasial utbildning mer än 3 år 19,5 % mot 12,7 % i urvalet). Den sammanlagda bedömningen av stickprovets representativitet blev att ”studiepopulationen av nyanlända ändå är relativt representativ” (Tinghög et al., 2016).

Resultat för EQ-5D-5Ls deskriptiva system

Tabell 2 beskriver andelen av problem och allvarlighetsgrad för varje dimension, presenterat för varje åldersgrupp, kvinnor och män separerat samt för totalpopulationen. *Inga problem* i alla dimensionerna, alltså hälsoprofil 11111, rapporterades av 27,8 % i totalpopulationen. Skillnaden mellan kvinnor och män var inte statistiskt signifikant ($p=0,218$).

Dimensionen med högst andel rapporterade problem var depression/oro, där endast 38,1 % rapporterade att de inte hade några problem. Skillnaden mellan män och kvinnor för samma dimension var inte statistiskt signifikant ($p=0,277$). Dimensionen med näst högsta andelen rapporterade problem var smärta/obehag, där endast 45,2 % av respondenterna rapporterade inga problem alls. Skillnaden mellan kvinnor (37,8 %) och för män (49,6 %) var här statistiskt signifikant ($p<0,001$). Statistisk signifikanta skillnader mellan könen återfanns även i dimensionen rörlighet ($p=0,001$) där en tredjedel av kvinnorna mot en fjärdedel av männen hade angett någon form av begränsning.

Tabell 2. Hälsorelaterad livskvalitet uttryckt i andelar rapporterade problem i de olika EQ-5D-5L dimensionerna och med fem allvarlighetsgrader.

EQ-5D dimensioner		Totalt (n=1215)	Kvinnor (n= 452)	Män (n= 763)	Åldersgrupper			
					18-29 (n=283)	30-39 (n=400)	40-49 (n=295)	50-64 (n=237)
		%	%	%	%	%	%	%
Rörlighet	Inga problem	72,9	67,6	76,0	88,2	79,1	70,1	47,2
	Smärre problem	13,1	13,5	12,9	8,2	10,8	14,2	21,6
	Måttliga problem	9,6	12,6	7,8	1,8	6,7	11,8	21,2
	Allvarliga problem	4,2	6,3	3,0	1,4	3,4	3,8	9,5
	Oförmögen att gå	0,2	0,0	0,3	0,4	0,0	0,0	0,4
Egenvård	Inga problem	93,4	92,1	94,2	97,2	95,3	94,4	84,1
	Smärre problem	3,5	4,5	2,8	1,8	2,1	3,8	7,5
	Måttliga problem	1,7	1,8	1,6	1,1	1,3	0,7	4,4
	Allvarliga problem	1,3	1,6	1,1	0,0	1,3	1,0	3,1
	Oförmögen	0,2	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,9
Vardagliga aktiviteter	Inga problem	70,5	67,2	72,5	81,9	76,2	70,7	47,0
	Smärre problem	12,6	13,2	12,3	8,2	11,4	14,5	17,7
	Måttliga problem	11,3	13,6	9,8	7,1	7,0	10,3	24,6
	Allvarliga problem	4,1	4,5	3,9	1,8	4,4	2,8	8,2
	Oförmögen	1,5	1,6	1,5	1,1	1,0	1,7	2,6
Smärta/ Obehag	Ingen smärta	45,2	37,8	49,6	59,4	50,6	39,7	25,5
	Lite smärta	25,9	28,6	24,3	22,8	24,7	30,7	26,0
	Måttlig smärta	19,1	22,6	17,1	11,4	17,2	20,3	30,3
	Allvarlig smärta	6,7	8,3	5,8	3,6	5,1	6,9	13,0
	Extrem smärta	3,0	2,7	3,2	2,8	2,3	2,4	5,2
Oro/ depression	Ingen oro/depression	38,1	36,2	39,3	42,9	40,1	37,8	29,4
	Lite oro/depression	30,9	31,0	30,8	30,1	30,2	34,0	29,0
	Måttlig oro/depression	20,7	22,5	19,6	19,1	20,4	17,4	27,3
	Allvarlig oro/depression	6,7	6,7	6,8	5,0	7,0	6,9	8,2
	Extrem oro/depression	3,5	3,6	3,5	2,8	2,3	3,8	6,1

Som framgår av tabell 2 ökade andelen upplevda problem med stigande ålder och skillnaderna mellan ålderskategorierna var statistiskt signifikant för alla dimensioner ($p < 0,001$). Tydligast var detta för respondenter i ålderskategorin 50-64 år där mest problem rapporterades. Här fanns också en skillnad mot övriga åldersgrupper då mest problem rapporterades i

dimensionen smärta/obehag (74,4 %). Nästan var femte person i åldern 50-64 år rapporterade allvarlig eller extrem smärta eller obehag. Då utfallet för samma ålderskategori och dimension bryts ner på kön synliggörs att det är främst kvinnor (90,5 %) som angett att de har någon grad av smärta eller obehag. Samma siffra för män är 65,3 %.

Av de 3125 möjliga hälsoprofilerna i det deskriptiva systemet för EQ-5D-5L fanns 209 profiler med åtminstone en gång i urvalet.

Livskvalitetsvikter

Medelvärden i livskvalitetsvikter, uppdelat för ålder och kön, summeras och presenteras i tabell 3. Livskvalitetsvikten reflekterar preferensen och önskvärdheten av ett hälsotillstånd från ett samhällsligt perspektiv (i detta fall utifrån preferenser hos en brittisk allmän befolkning). Medelvärdet av livskvalitetsvikten för den totala populationen var 0,756 och sträcker sig mellan värdena 0-1 (0=död, 1= full hälsa). Om de negativa indexvärdena (=värre än död) hade inkluderats i materialet hade medelvärdet för det totala stickprovet varit 0,7536, vilket är en marginell skillnad jämfört med medelvärdet där de negativa värdena omvandlats till 0.

Tabell 3. Livskvalitetsvikter beskrivet i medelvärde, standardavvikelse samt percentiler uppdelat på ålderskategorier och kön.

EQ-5D-5L indexvärden		Ålder				Total
		18-29	30-39	40-49	50-64	
Total	N	277	380	283	223	1163
	Medelvärde	0,8146	0,7836	0,7525	0,6406	0,756
	SD	0,22064	0,23175	0,2393	0,27605	0,24731
	25:e percentilen	0,7355	0,7215	0,689	0,486	0,681
	50:e percentilen	0,879	0,837	0,768	0,696	0,768
	75:e percentilen	1	1	1	0,837	1
Kvinnor	N	118	137	99	82	436
	Medelvärde	0,8451	0,7832	0,7044	0,5521	0,7386
	SD	0,16181	0,21843	0,26054	0,2679	0,24727
	25:e percentilen	0,7465	0,702	0,653	0,3673	0,664
	50:e percentilen	0,879	0,795	0,767	0,62	0,768
	75:e percentilen	1	1	0,848	0,7425	1
Män	N	159	243	184	141	727
	Medelvärde	0,7919	0,7838	0,7784	0,6921	0,7664
	SD	0,25386	0,23937	0,22354	0,26842	0,24691
	25:e percentilen	0,725	0,725	0,7088	0,609	0,708
	50:e percentilen	0,879	0,848	0,773	0,76	0,819
	75:e percentilen	1	1	1	0,879	1

Som framgår av tabell 3 sjunker den hälsorelaterade livskvaliteten med stigande ålder både för män och kvinnor, men allra mest för kvinnor. Värt att notera är att både det högsta (0,8451) samt lägsta (0,5521) medelvärde för livskvalitetsvikt återfinns hos kvinnor i de olika åldersgrupperna 18-29 år respektive 50-64 år.

Tabell 4. Multipel linjär regressionsanalys av associationer mellan livskvalitetsvikter och sociodemografiska variabler.

Socio-demografiska-variabler	Kvinnor			Män			Totalt		
	β	SE	p	β	SE	p	β	SE	p
Intercept (konstant)	0,524	0,038		0,677	0,032		0,591	0,026	
Kön									
Kvinna							ref		
Man							0,046	0,015	0,001
Ålder									
18-29	0,301	0,036	<0,001	0,149	0,034	<0,001	0,218	0,025	<0,001
30-39	0,220	0,035	<0,001	0,116	0,029	<0,001	0,156	0,023	<0,001
40-49	0,137	0,040	0,001	0,092	0,028	0,001	0,11	0,023	<0,001
50-64	ref			ref			ref		
Utbildnings-nivå									
Förgymnasial (0-9 år)	ref			ref			ref		
Gymnasial (10-12 år)	0,034	0,029	0,242	0,006	0,025	0,796	0,013	0,020	0,513
Eftergymnasial <3 år	0,028	0,029	0,332	0,018	0,025	0,466	0,021	0,019	0,257
Eftergymnasial (≥3år)	0,045	0,031	0,151	-0,007	0,025	0,780	0,017	0,019	0,354
Boendeort									
Storstäder och storstadsnära kommuner	ref			ref			ref		
Större städer och kommuner nära större stad	0,037	0,032	0,247	0,016	0,027	0,558	0,029	0,017	0,100
Mindre städer/tätorter landsbygdskom.	0,027	0,028	0,333	0,027	0,022	0,218	0,027	0,021	0,201
Civilstånd									
Gifta	0,043	0,028	0,130	0,057	0,023	0,014	0,065	0,018	<0,001
Ogifta/skilda/Änka/änkling	ref			Ref			ref		

I tabell 4 summeras associationerna mellan de sociodemografiska variablerna, hos kvinnor och män separat samt för hela populationen, och livskvalitetsvikten. Den sammanlagda bilden för den totala studiepopulationen, visar att kön, ålder och civilstånd har en statistisk signifikant oberoende effekt på livskvalitetsvikten. Att vara kvinna, äldre samt att vara ogift predicerar en lägre livskvalitetsvikt. När man tittar på de separerade analyserna för kvinnor och män försvinner den oberoende positiva effekten av att vara gift för kvinnor och den kvarstår enbart för män. Förklaringen till detta hittas troligtvis i att stickprovet innehåller fler män än kvinnor och kön blir därför en störande faktor (confounder) i sambanden mellan civilstånd och livskvalitet, vilket synliggörs i de separerade analyserna. Att vara gift predicerar alltså endast högre hälsorelaterad livskvalitet för män.

Om man jämför storleken (effekten) på estimaten (β) framgår det att civilstånd för män har en viss oberoende effekt på livskvalitetsvikten, emedan ålder för både män och kvinnor har en något starkare oberoende effekt på livskvalitetsvikten. Variablerna utbildning och boendeort har ingen signifikant oberoende effekt på livskvalitetsvikten i någon av analyserna.

Diskussion

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie har varit att översiktligt beskriva den hälsorelaterade livskvaliteten med hjälp av EQ-5D-5L, hos nyanlända, vuxna personer från Syrien. Ett av de viktigaste fynden är att knappt tre av tio nyanlända syrier i studiepopulationen rapporterar att de hade ”full” hälsorelaterad livskvalitet samt att det allra vanligast var att ange olika grad av depression eller oro, vilket nästan två tredjedelar av studiepopulationen gjorde. Det här ligger i linje med tidigare forskning som visar på att flyktingar har ökade risker för psykisk ohälsa (Fazel, Wheeler & Danesh, 2005; Porter & Haslam, 2005). Anmärkningsvärt i föreliggande studie är den höga andelen av respondenter som anger någon grad av depression eller oro (62 %), men kan möjligtvis förklaras av att hälften av dessa angav ”lite” problem. Det är den lägsta graden av depression eller oro och kanske inte uppfyller mer kliniska kriterier för psykisk ohälsa. En faktor som tidigare forskning visat kan ha betydelse för en sämre hälsorelaterad livskvalitet samt hög grad av depression eller oro hos flyktingar, är att kriget som de lämnade fortfarande är pågående (Porter & Haslam, 2005). Detta är ju i allra högsta grad ett faktum för de nyanlända syrierna i föreliggande studie. Oro för familj, vänner och släktingar i hemlandet kan ha negativ effekt på hälsan (Zdravkovic, Grahn & Björngren-Cuadra, 2016). Resonemanget synliggör även vikten att sätta exempelvis mätningar av hälsorelaterad livskvalitet i relation till en kontext och ett samhälleligt sammanhang, att

resultatet kan dölja en utgångspunkt från något som står bortom en persons individuella sfär (Aziz, Hutchinson & Maltby, 2014).

I en av de enda hittade studierna av syrier i Syrien innan krigsutbrottet, skattade över hälften av respondenterna sin hälsa som mycket bra (55 %) och en tredjedel skattade sin hälsa som normal (Asfar et al., 2007). I ljuset av detta resultat ges viss indikation på att det är sannolikt att flyktingskapet har påverkat hälsan negativt för syrierna. Samma studie från Syrien bekräftar även mönstret att syriska kvinnor skattar sin hälsa sämre än syriska män, vilket även var ett viktigt fynd i föreliggande studie.

EQ-5D-5Ls deskriptiva del i jämförelse

Vinsten med att använda en välanvänd standardiserad generisk skala är att den möjliggör jämförelser mellan olika studiepopulationer. Även om det finns vissa metodologiska problem med att göra jämförelser (Hollifield, 2002) är det ett användbart redskap för att placera ett resultat i en kontext samt för att ge indikationer på hur resultatet ska tolkas. I brist på studier av liknande studiepopulationer jämförs föreliggande studie främst med framtagna populationsnormer för EQ-5D-5L. Det kanske framförallt ger en indikation på vilken effekt flyktingsituationen har på den hälsorelaterade livskvaliteten.

I Sverige finns flera befolkningsstudier som använt sig av EQ-5D-3L (Eriksson & Nordlund, 2002; Burström, Johannesson & Rehnberg, 2007). Emellertid har jämförelser mellan 3L- och 5L-versionen av EQ-5D visat att 5L-versionen har en bättre känslighet i befolkningsstudier, vilket innebär att respondenter rapporterar fler fast mildare problem (Craig et al., 2014). Här görs därför enbart jämförelser med studier som använt sig av 5L-versionen.

I existerande studier med populationsnormer för EQ-5D-5L finns en stor spridning kring hur stor del av populationen som rapporterade full hälsa (11111). I en studie från Polen rapporterade till exempel 38,5 % av ett representativt urval av befolkningen att de inte hade några problem i de olika dimensionerna (Golicki & Niewada, 2014). I Storbritannien rapporterade 47,6 % full hälsorelaterad livskvalitet (Feng et al., 2015), i Spanien var samma siffra 62,5 % (Garcia-Godillo, Adsuar & Olivares, 2015) samt i Uruguay rapporterade 44 % full hälsorelaterad livskvalitet (Augustovski et al., 2016). Dessa siffror indikerar att andelen personer i föreliggande studie som rapporterat full hälsorelaterad livskvalitet (27,8 %) generellt sett var lägre än för populationsnormer. I jämförelser med somliga länder betydligt lägre och i andra fall mer moderat lägre.

Vid en jämförelse av andelar av svar mellan enskilda dimensioner kan konstateras att för de ovan nämnda befolkningsstudierna rapporteras alla ha mest andel svar i dimensionen smärta/obehag, där variationen mellan respondenter som indikerat någon grad av problem går mellan 52,2 % i Polen (Golicki & Niewada, 2014) och 28,3 % i Spanien (Garcia-Godillo, Adsuar & Olivares, 2015). Dimensionen depression/oro är den dimension som i de nämnda populationsstudierna har näst mest andelar rapporterade problem, med 43,5 % av respondenterna i Polen som rapporterar någon grad av depression/oro samt samma siffra för Spanien, var 16,4 %.

Med utgångspunkt från dessa siffror kan konstateras att föreliggande studies resultat skiljer sig genom att ha flest andel rapporterade problem inom dimensionen för depression eller oro samt att skillnaden mellan populationsnormer är tydligast där (61,9 %) än för de andra dimensionerna. Det finns ett undantag till detta och det är för ålderskategorin 50-64 år som även i föreliggande studie rapporterar mer smärta än depression eller oro. När det gäller smärta eller obehag så befinner sig resultatet från denna studie i underkant men med mycket mindre marginal mot de lägsta siffrorna i mer generella populationer (Golicki & Niewada, 2014; Craig et al., 2014). För andelar svar i dimensionerna rörlighet, egenvård och vardagliga aktiviteter rör sig variationerna för denna studies inom spektrumet för variationer i populationsnormer mellan länder. Dessa jämförelser ger alltså tydligast stöd för att de nyanlända syrierna i föreliggande studie rapporterar mer depression eller oro än andra mer generella befolkningsgrupper, vilket som tidigare nämnts även bekräftas av annan forskning. Undantaget är kvinnor i ålderskategorin 50-64 år. En viss indikation finns på att de nyanlända syrierna generellt rapporterade mer smärta eller obehag, men här behövs fördjupande studier för att tydligare klarlägga sambandet med flyktingerfarenheten. Att smärta och obehag skulle kunna påverkas av en persons migrationsbakgrund bekräftas av en studie från SCB (2013) där utrikes födda överlag rapportera mer smärta än övrig befolkning samt bekräftas av mer kliniska studier som undersökt smärtupplevelser hos olika patientgrupper (Krupic et al., 2012).

En annan observation är att de stora variationerna inom framtagna populationsnormer för EQ-5D-5L talar för att det finns kulturella och sociala skillnader i hur man uttrycker och upplever hälsa mellan länder och samhällen, vilket även andra studier om hälsa och hälsorelaterad livskvalitet bekräftar (Koocheck et al., 2007; Asfar et al., 2007). Det går inte heller att utesluta att själva mätinstrumentet, EQ-5D i det här fallet, inte helt är anpassat för tvärkulturella studier samt mäter delvis olika saker beroende på nationell bakgrund (Leung et

al., 2007). Det påverkar möjligen även utfallet i denna studie och skulle behöva undersökas kvalitativt för att tydligare kunna avgöra hur effekten av just sociala normer påverkar utfallet även för flyktinggrupper. Särskilt olika uttryckssätt för och upplevelse av smärta har beskrivits variera mellan olika kulturer (Krupic et al., 2012).

Vad det gäller jämförelser mellan medelvärden av livskvalitetsvikter så finns två funna studier som omvandlat hälsoprofilen med hjälp av UK-tariffen. I ett representativt urval av befolkningen i södra Australien är medelvärdet av livskvalitetsvikten för totala populationen 0,91 (McCaffrey et al., 2016). I en ung flyktinggrupp från Myanmar var medelvärdet för livskvalitetsvikten 0,7 för hela populationen. Medelvärdet i denna studie var 0,756 vilket indikerar en lägre hälsorelaterad livskvalitet än för en generell befolkning och i linje med uppmätt värde för annan flyktinggrupp.

Jag vill återigen poängtera att jämförelser kan vara ett tvetydigt instrument och vill därför framhålla att det kanske viktigaste bidraget från denna studie är att själv skapa ett riktmärke och en utgångspunkt för framtida studier av nyanlända från Syrien i Sverige. Genom att presentera referensvärden kring hälsorelaterad livskvalitet möjliggörs jämförelser och tolkningar både för framtida kliniska studier men även för longitudinella studier som mäter förändring över tid för gruppen nyanlända från Syrien.

Förklarande faktorer

Den tydligaste förklarande faktorn till en lägre hälsorelaterad livskvalitet som framträdde hos de nyanlända var stigande ålder. Denna association bekräftas av många andra studier på området (Daher et al., 2011; Porter & Haslam, 2005; Asfar et al., 2007) och förklaras bland annat som naturliga mänskliga livsprocesser där ökad fysisk sjuklighet och begränsat oberoende ger en lägre hälsorelaterad livskvalitet med stigande ålder (Daher et al., 2011; Asfar et al., 2007 ; Kilzieh et al., 2008; Halaweh et al., 2015).

Livskvalitetsvikten för åldersgruppen 50-64 år är i studien 0,6406 (0,5521 för kvinnor samt 0,6921 för män). Det är betydligt lägre än för en likande åldersgrupp i det Australiensiska referensmaterialet, där livskvalitetsvikten för åldersgruppen 55-64 år är 0,89 (0,88 kvinnor och 0,9 för män) (McCaffrey et al., 2016). För åldersgruppen 75+ är livskvalitetsvikten 0,83. Att vara nyanländ syrier och äldre verkar alltså förstärka den negativa effekten på den hälsorelaterade livskvaliteten som går utöver den naturliga livsprocessen, särskilt för kvinnor. Datamaterialet ger ingen tydlig förklaring till detta utan äldres särskilda sårbarhet i en flyktingsituation skulle behöva studeras närmare och framförallt hur äldre kvinnor påverkas.

Utöver att den hälsorelaterade livskvaliteten för äldre skulle behöva studeras tillsammans med samsjuklighet i andra kroniska sjukdomar (Daher et al., 2011; Mölsä et al., 2014; Halaweh et al., 2015; Kilzieh et al., 2008) finns studier som indikerar att traumatiska upplevelser från hemlandet påverkar äldres hälsorelaterade livskvalitet under lång tid efter ankomst till destinationslandet (Matanov et al., 2013; Mölsä et al., 2014) samt att den hälsorelaterade livskvaliteten sjunker med år på flykt i destinationslandet (Koocheck et al., 2007).

Utöver stigande ålder fanns en association mellan att vara gift som man och högre hälsorelaterad livskvalitet. Samma relation fanns inte för kvinnor. Mycket litteratur och forskning stöder idén att sociala relationer och socialt stöd har en positiv effekt på hälsa överlag, men även på hälsorelaterad livskvalitet (Ghazinour et al., 2004; Kim et al., 2008; Tinghög et al., 2016). Att kvinnor inte alltid visar på samma mönster, stöds av resultat från en befolkningsstudie från Aleppo (Asfar et al., 2008). Där fann forskarna att gifta kvinnor till och med visade på sämre självskattad hälsa än ogifta kvinnor. Möjliga förklaringar sågs i de traditionella könsrollerna i Syrien som begränsade gifta kvinnors valmöjligheter och tid, mer än de ogiftas, vilket fick negativa effekter på självskattad hälsa. Möjligtvis kan traditionella normer och värderingar kring könsroller påverkat resultatet även i föreliggande studie, vilket då skulle förklara varför gifta kvinnor i studien inte visar på samma positiva effekt av att vara gifta som män. Naturligtvis kan det finnas även andra möjliga förklaringar, men utifrån detta datamaterial går det inte dra några slutsatser om det och mer fördjupande, kvalitativa studier behövs på området. Resultatet visar också att det är viktigt att förstå bestämningsfaktorer för hälsa utifrån den kontext som individen socialiserats in i.

Ett annat intressant fynd i studien är att utbildningsnivå inte verkar ha någon oberoende effekt på den hälsorelaterade livskvaliteten hos de nyanlända syrierna. I studier kring skillnader i hälsa utifrån mer allmänna befolkningsgrupper har utbildningsnivå visat sig ha ett tydligt samband med hälsa, ju högre utbildningsnivå desto bättre hälsa (Marmot, 2006; Folkhälsomyndigheten, 2016). Emellertid har forskning visat på motstridiga resultat när det gäller utbildningsnivå och hälsa för flyktingar. Resultatet från den här studien verkar bekräfta den forskning som funnit att utbildningsnivå inte har samma skyddande effekt på flyktingar som för icke-flyktingar (Matanov et al., 2013; Porter & Haslam, 2005). Matanov et al. beskriver att själva migrationserfarenheten, med behov av att lära nytt språk, otrygghet och andra stressande faktorer i det nya landet tar ut effekten av utbildningsnivå. Andra förklarar det med något som kallas *statusinkongruens* eller *statusförlust*, där den utbildning som en person har inte kan matchas med ett lämpligt jobb i det nya landet på grund av diskriminering

eller andra barriärer och därmed skapar ytterligare stress för personen (Janlert, 2017). Befolkningsstudien från Aleppo, Syrien, visar att låg utbildningsnivå hade ett samband med en lägre självskattad hälsa hos syrier innan krigsutbrottet (Asfar et al., 2007). Då hälsorelaterad livskvalitet korrelerar med andra mått på hälsa, pekar även detta resultat mot att det är själva migrationserfarenheten som påverkar den minskande effekten av utbildningsnivå på hälsa.

De bakgrundsfaktorer som testats i studien för samband med den hälsorelaterade livskvaliteten lyckas inte helt förklara variationerna i hälsorelaterad livskvalitet och inte heller förklara vad som ger gruppen generellt en låg självrapporterade hälsorelaterad livskvalitet. I framtida studier bör faktorer som erfarenhet av traumatiska upplevelser (Carlsson, Olsen & Mortensen, 2006; Ghazinour, Richter & Eiserman, 2004; Mölsä et al., 2014), grad av stressande faktorer i destinationslandet såsom arbetslöshet och låg inkomst (Carlsson, Olsen & Mortensen, 2006; Mölsä et al., 2014), svårigheter med att lära in nytt språk (Eriksson-Sjöo & Ekblad, 2009), fysisk sjuklighet (Kilzieh et al., 2008; Mölsä et al., 2014) samt livsstilsfaktorer (Asfar et al., 2007; Zdravkovic, Grahn & Björngren-Cuadra, 2016) testas för association med hälsorelaterad livskvalitet.

Metoddiskussion

Den här uppsatsen har både svagheter och styrkor. För det första ger studiens tvärsnittsdesign endast en ögonblicksbild och säger inget om förändringar över tid och orsakssamband (Bryman, 2012). En av de största styrkorna är dock att uppsatsen är baserad på data från ett slumpmässigt urval av en flyktingpopulation. Utifrån vad som blivit känt under arbetet med den här studien, finns relativt få studier, om någon, med ett liknande upplägg, vilket gör studiens kunskapsbidrag till unikt. Att data samlades in via en postenkät var både en styrka och en svaghet. Det var en styrka genom möjligheten att nå ut till fler samt att det var tids- och resurssparande. En postenkät ställer dock krav på läs-och skrivkunnighet och kan vara en kognitiv utmaning för respondenterna, vilket kan ha uteslutit en del av studiepopulationen (Taleb et al., 2015; Bryman, 2012). Det kan till exempel vara ett av skälen till att fler med högre utbildning svarade på enkäten.

Svarsfrekvensen av enkäten var också relativt låg och frågan är hur bortfallet kan ha påverkat resultaten med avseende på hälsorelaterad livskvalitet. För det första är det av flera skäl utmanande att nå och motivera utsatta grupper i samhället som flyktingar, till att delta i enkätundersökningar (Enticott et al., 2017). I en studiepopulation med människor som flytt auktoritära regimer, krig samt trauman och eventuellt tortyr är det möjligt att en enkät av detta

slag öppnar upp för frågor om tillit och säkerhet, särskilt då frågor ställs om potentiellt känsliga och stigmatiserande ämnen såsom hälsa och psykisk hälsa (Kilzieh et al., 2008). Hos människor där tilliten gentemot myndigheter och andra kan ha blivit extra skadad, exempelvis tortyröverlevare, kan det till exempel betyda att man i lägre grad svarade på enkäten. Det skulle i så fall ge en överskattning av den hälsorelaterade livskvaliteten i studien. Utöver det kan det finnas skäl att tro personer med störst problem med hälsan också är de som allra minst orkar svara på en enkät, vilket även det skulle leda till en överskattning av den hälsorelaterade livskvaliteten i studien. Å andra sidan hade fler av de yngre valt att inte svara på enkäten och utifrån bedömningen att yngre har en bättre hälsorelaterad livskvalitet än äldre skulle det i så fall leda till att den hälsorelaterade livskvaliteten underskattas i studien. Sammantaget går det inte utesluta att generaliserbarheten kring den hälsorelaterade livskvaliteten kan ha påverkats av bortfallet. Bedömningen är dock att de data som studien presenterar kan användas som riktmärke vid framtida studier av nyanlända syrier i Sverige.

Till sist, EQ-5D-5L är en generiska skala som har empiriskt testats vid många tillfällen, på olika språk och i olika kulturella grupper och det ger en hög validitet och reliabilitet åt mätningen av hälsorelaterad livskvalitet, vilket är en stor styrka (Rabin & de Charro, 2001). Det öppnar också upp för jämförelser mellan studiepopulationer, vilket skapar en förståelse och kontext kring resultaten. Samtidigt är det utmanande att skapa semantiskt, konceptuella och tekniskt likvärdiga mått i olika språkversioner då de konstruktioner som översätts kanske inte helt passar in i det nya språkliga och kulturella kontexten (Crea et al., 2015; Mölsä et al., 2014). Tidigare studier har också visat på vissa inkonsekvenser då EQ-5D använts tvärkulturellt (Leung et al., 2007). Det finns inte heller dokumenterat att EQ-5D skulle ha testats i en flyktingpopulation tidigare, vilket skulle kunna vara en svaghet och påverka giltigheten av resultaten (Hollifield et al., 2002). Därför blir det viktigt att påpeka att resultatet från föreliggande studie är tids- och kontextbundna och gäller enbart för den aktuella studiepopulation och är därför inte överförbara till andra flyktinggrupper med annan nationell bakgrund (Leung et al., 2007). En annan begränsning i studien är att den brittiska tariffen användes vid omvandling till livskvalitetsvikter. Den kanske är mer anpassad för en europeisk eller svensk befolkning och mindre lämpad för utomeuropeiska populationer (Krupic et al., 2012).

Studiens betydelse

Studien synliggör att vuxna nyanlända syrier har en låg hälsorelaterad livskvalitet generellt samt identifierar äldre kvinnor som en grupp som skattar den hälsorelaterade livskvaliteten

särskilt lågt. Resultaten indikerar att det är angeläget med riktade hälsofrämjande insatser mot nyanlända från Syrien, framförallt äldre kvinnor, för att öka förutsättningarna till god etablering i samhället och i arbetslivet samt för att minska de skillnader i hälsa som finns. Studien bidrar till ett underlag för politiker och beslutsfattare, vilket behövs för att fatta insatta beslut om fördelning och prioritering av resurser så att nödvändiga förutsättningar ges för en positiv hälsoutveckling för gruppen.

Studien bidrar också till att skapa en utgångspunkt för framtida studier om hälsorelaterad livskvalitet hos nyanlända syrier i Sverige. De presenterade livskvalitetsvikterna kan tjäna som referensvärde i både kliniska studier, i utvärdering av hälsofrämjande interventioner samt i uppföljande studier på populationsnivå.

Förslag på vidare forskning

Framtida forskning bör fortsätta studera hälsan i stort, liksom hälsorelaterad livskvalitet, för nyanlända flyktingar i Sverige för att bidra till att utjämna de skillnader som finns.

Föreliggande uppsats visar också på tydliga indikationer att äldre nyanlända kvinnor är en särskilt utsatt grupp och framtida forskning bör närmare undersöka deras behov. Vidare forskning bör även inkludera fler grupper, inte enbart syrier, samt fördjupa forskningen kring de skyddande faktorer som är avgörande för en positiv hälsoutveckling. Det är viktigt att framtida forskning görs longitudinellt och fördjupar kunskapen om riskfaktorer såsom socioekonomisk utsatthet i Sverige samt faktorer relaterade till flyktingskapet. Det är också viktigt att med kvalitativ forskning studera hur värderingar och sociala normer påverkar bestämningsfaktorer för hälsan hos nyanlända, så att hälsofrämjande interventioner har möjlighet att bli effektiva och bygga på utsatta gruppers förförståelse och sociala verklighet. Det är särskilt viktigt ur kvinnors perspektiv, där kvarvarande könsroller kan begränsa en gynnsam hälsoutveckling. På så sätt kan forskning bidra till att det hälsofrämjande arbetet ger utsatta grupper som nyanlända, mer makt över sina livsvillkor samt resurser så att de själva kan ta kontrollen över sin hälsa och sitt liv.

Slutsats

Vuxna nyanlända från Syrien rapporterar en lägre hälsorelaterad livskvalitet än vad framtagna populationsnormer för EQ-5D-5L visar. Detta gäller framförallt äldre syriska kvinnor. Studien visar att det främst beror på att studiepopulationen rapporterar en hög grad av depression eller oro samt i viss mån även anger mer smärta eller obehag än andra mer generella befolkningsgrupper.

En lägre hälsorelaterad livskvalitet visar på ett starkt samband med stigande ålder samt att skillnaderna mellan män och kvinnor ökar med stigande ålder. I ljuset av studien framstår äldre syriska kvinnor som en riskgrupp för dålig hälsa.

Andra bakgrundsvariabler som testats för samband med hälsorelaterad livskvalitet förklarar enbart i viss mån den hälsorelaterade livskvaliteten. Att vara gift predicerar till exempel en högre hälsorelaterad livskvalitet enbart för män, medan utbildningsnivå och boendeort inte visar på något samband med hälsorelaterad livskvalitet för studiepopulationen.

Resultaten visar på att det är angeläget att rikta hälsofrämjande insatser mot målgruppen för att gynna en positiv hälsoutveckling. Studien bidrar också till att ge ett riktmärke eller referensvärden för framtida studier om hälsorelaterad livskvalitet för nyanlända i Sverige samt visar på behovet av att fördjupa kunskapen om bestämningsfaktorer för hälsa samt hälsorelaterad livskvalitet för nyanlända i Sverige. Den synliggör också att mångfalden av människor som socialiserats in i olika samhällen skapar en större spridning och skilda uppfattningar kring hälsa och ohälsa. Att söka kunskap och förstå dessa skillnader kring ohälsa och hälsa är viktigt för att möjliggöra vård på lika villkor för hela befolkningen.

Referenser

- Aburuz, S., Bulatova, N., Twalbeh, M., & Gazawi, M. (2009). The validity and reliability of the Arabic version of the EQ-5D: a study from Jordan. *Annals of Saudi Medicine; Riyadh*, 29(4), 304-308.
- Al Sayah, F., Ishaque, S., Lau, D., & Johnsson, J. A. (2013). Health related quality of life in arabic speaking populations: A systematic review on cross-cultural adaptation and measurement properties. *Quality of Life Research*, 22, 213-229.
- Asfar, T., Ahmad, B., Rastam, S., Mulloli, T., Ward, K., & Maziak, W. (2007). Self-rated health and its determinants among adult in Syria: a model from the Middle East. *BMC Public Health*, 7, 117.
- Augustovski, F., Rey-Ares, L., Irazola, V., Ulises, G., Gianneo O, Fernández, G., Morales, M., Gibbons, L., & Ramos-Gon, J. M. (2016). An EQ-5D-5L value set based on Uruguayan population preferences. *Quality of Life Research*, 25, 323–333.
- Aziz, I., Hutchinson, C., & Maltby, J. (2014). Quality of life of Syrian refugees living in camps in the Kurdistan Region of Iraq. *PeerJ*, 2, 670.
- Blaxter, M. (2010). *Health*. Cambridge: Polity Press.
- Bogic, M., Njoku, A., & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 15, 29.
- Bowling, A. (2005). *Measuring health. A review of quality of life measurement scales*. New York: Open University Press.
- Bryman, A. (2012). *Samhällsvetenskapliga metoder* (2. uppl. ed.). Malmö: Liber ekonomi.
- Burström, K., Johannesson, M., & Diderichen, F. (2001). Swedish population health-related quality of life results using the EQ-5D. *Quality of Life Research*, 10, 621-635.
- Burström, K., Johannesson, M., & Rehnberg, C. (2007). Deteriorating health status in Stockholm 1998-2002: results from repeated population surveys using the EQ-5D. *Quality of Life Research*, 16(9), 1547-53.
- Burström, K., Sun, S., Gerdtham, U-G., Henriksson, M., Johannesson, M., Levin, L-Å., & Zethraeus, N. (2014). Swedish experience-based value sets for EQ-5D health states. *Quality of Life Research*, 23, 431-442.

- Carlsson, J. M., Olsen, D. R., & Mortensen, E. L. (2006). Mental health and health-related quality of life: a 10-year follow-up of tortured refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(10), 725-731.
- Codex (2016a). *Lagar och regler för forskning. Forskarens etik*. Hämtad maj 2, 2017, från <http://www.codex.vr.se/forskarensetik.shtml>.
- Codex (2016b). *Regler och riktlinjer för forskning. Personuppgifter*. Hämtad maj 2, 2017, från <http://www.codex.vr.se/manniska3.shtml>.
- Commission on Social Determinants on Health [CSDH]. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.
- Crea, T., Calvo, R., & Loughry, M. (2015). Refugee health and wellbeing: Differences between urban and cam-based environments in sub-Saharan Africa. *Journal of Refugee Studies*, 28(3), 319-330.
- Daher, A., Ibrahim, H., Daher, T., & Anbori, A. (2011). Health related quality of life among Iraqi immigrants settled in Malaysia. *BMC Public Health*, 11, 407.
- Dolan, P., & Roberts, J. (2002). Modelling valuations for EQ-5D health states - An alternative model using differences in valuations. *Medical Care*, 40(5), 442-446.
- Enticott, J., Shawyer, F., Vasi, S., Buck, K., Cheng, I-H., Russell, G., Kakuma, R., Minas, H., & Meadows, G. (2017). Systematic review of studies with a representative sample of refugees and asylum seekers living in the community for participation in mental health research. *BMC Medical Research Methodology*, 17, 37. DOI 10.1186/s12874-017-0312-x.
- Ejlertsson, G. (2015). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, E., & Nordlund, A. (2002). *Hälsa och hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ-5D och SF-36 i Östergötlands och Kalmar län: Resultat från befolkningsenkäterna. Rapport 2002:1*. Linköping: Folkhälsovetenskapligt centrum.
- EuroQol group. (2015). *EQ-5D-5L User Guide Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument*. Hämtad februari 12, 2017, från http://www.euroqol.org/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/Folders_Flyers/EQ-5D-5L_UserGuide_2015.pdf.

- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*, 365(9467), 1309–1314.
- Feng, Y., Devlin, N., & Herdman, M. (2015). Assessing the health of the general population in England: how do three. And five-level versions of EQ-5D compare? *Health and Quality of Life Outcomes*, 13, 171.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. London: Sage.
- Folkhälsomyndigheten. (2016). *Folkhälsan i Sverige 2016. Årlig rapportering*. Hämtad maj 15, 2017, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/23257/Folkhalsan-i-Sverige-2016-16005.pdf>.
- Garcica-Gordillo, A., Adsuar, J. C., & Olivares, P. R. (2015). Normative values of EQ-5D-5L: in a spanish representative population sample from Spanish health survey, 2011. *Quality of Life Research*, 25, 1313-1321.
- Garratt, A. N., Schmidt, L., Mackintosh, A., & Fitzpatrick, R. (2002). Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *British Medical Journal*, 324(7351), 1417-1419.
- Ghazinour, M., Richter, J., & Eiseman, M. (2004). Quality of life among Iranian refugees resettled in Sweden. *Journal of Immigrant Health*, 6(2), 71-81.
- Golicki, D., & Niewada, M. (2015). EQ-5D-5L Polish population norms. *Archives of Medical Science*, 13(1), 191-200.
- Halaweh, H., Wilen, C., Grimby-Ekman, A., & Sventesson, U. (2015). Physical activity and health-related quality of life among community dwelling elderly. *Journal of Clinical Medicine Research*, 7(11), 845-852.
- Hartman, L., & Sjögren, A. (2017). *Hur ojämlikt är Sverige. Sociala skillnader i dödsrisker: Utvecklingen över tid och skillnader mellan åldersgrupper och regioner*. Stockholm: Kommissionen för jämlik hälsa. Tillgänglig från <http://kommissionjamlikhalsa.se/wp-content/uploads/2017/03/4.-hur-ojaemlikt-aer-sverige-1.pdf>.
- Hassan, G., Kirmayer, L. J., Mekki-Berrada, A., Quosh, C., el Chammay, R., Deville-Stoetzel, J.B., Youssef, A., Jefe-Bahloul, H., Barkeel-Oteo, A., Coutts, A., Song, S., & Ventevogel, P. (2015). *Culture, Context and the Mental Health and Psychosocial Wellbeing of Syrians: A*

Review for Mental Health and Psychosocial Support staff working with Syrians Affected by Armed Conflict. Geneva: UNHCR.

Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M., Kind, P., Parkin, D., & Badia, X. (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of Life Research, 20*(10), 1727-1736.

Henriksson, M., & Burström, K. (2006). Kvalitetsjusterade levnadsår och EQ-5D. *Läkartidningen, 103*(21-22), 1734-1739.

Hinz, A., Kohlman, T., Stöbel-Richter, Y., Zenger, M., & Brähler, E. (2014). *Quality of Life Research, 23*, 443-447.

Hollander, A-C., Bruce, D., Ekberg, J., Burström, B., Borell, C., & Ekblad, S. (2012). Longitudinal study of mortality among refugees in Sweden. *International Journal of Epidemiology, 41*(4), 1153-1161.

Hollander, A-C., Dal, H., Lewis, G., Magnusson, C., Kirkbride, J. B., & Dalman, C., (2016). Refugee migration and risk of schizophrenia and non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. *BMJ, 352*, 1030.

Hollified, M., Warner, T., Lian, N., Krakow, B., Jenkins, J., Kesler, J., Stevenson, J., & Westermeyer, J. (2002). Measuring trauma and health status in refugees. A critical review. *JAMA, 288*(5), 611-621.

Janlert, U. (2016). *Arbete, arbetslöshet och ojämlik hälsa. -en kunskapsöversikt.* Stockholm: Kommissionen för jämlik hälsa.

Kherallah, M., Alahfez, T., Sahloul, Z., Eddin, K. D., & Jamil, G. (2012). Health care in Syria before and during the crisis. *Avicenna journal of medicine, 2*(3), 51-53.

Kim, D., Subramanian, S. V., & Kawashi, I. (2008). *Social capital and health.* New York: Springer.

Kilzieh, N., Rastam, S., Maziak, W., & Ward, K. (2008). Comorbidity of depression with chronic disease: A population-based study in Aleppo, Syria. *Psychiatry in Medicine, 38*(2) 169-184.

Kommissionen för jämlik hälsa. (2016). *De handlar om jämlik hälsa-Utgångspunkter för kommissionens vidare arbete. Delbetänkande från Kommissionen för jämlik hälsa. SOU 2016:55*. Stockholm: Elanders Sverige AB.

Koochek, A., Montazeri, A., Johansson, S-E., & Sundqvist, J. (2007). Health related quality of life and migration: A cross-sectional study on elderly Iranians in Sweden. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, 60.

Krupic, F., Eisler, T., Garellick, G., & Kärrholm, J. (2012). Influence of ethnicity and socioeconomic factors on outcome after total hip replacement. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 1(27), 139-146.

Laban, C., Hajo, B., Gernaat, I., Komproe, H., Joop, T., & De Jong, M. (2007). Prevalence and predictors of health service use among Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 837–844.

Leung, B., Luo, N., So, L., & Quan, H. (2007). Comparing three measures of health status (Perceived health with likert-type scale, EQ-5D, and number of chronic conditions) in Chinese and white Canadians. *Medical Care*, 45(7), 610-617.

Lie, B., Sveaas, N., & Eilertsen, D. E. (2004). Family activity and stress reaction in exile. *Community, Work and Family*, 7(3), 327-350.

Lövander, M., Rosenblad, A., Wiklund, T., Bennström, H., & Leppert, J. (2014). A case-control study of selfreported health, quality of life and general functioning among recent immigrants and age- and sex- matched swedish born controls. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42, 734-742.

Marmot, M. (2006). *Statussyndromet. Hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden*. Stockholm: Natur och Kultur.

Matanov, A., Giacco, D., Bogic, M., Adjukovic, D., Franciskovic, T., Galeazzi, M., Kucukalic, A., Lecic-Tosevski, D., Morina, N., Popovski, M., & Schützwohl, M. (2013). Subjective quality of life in war-affected populations. *BMC Public Health*, 13, 624.

Mc Caffrey, N., Kaambwa, B., Currow, D. C., & Ratcliffe, J. (2016). Health related quality of life measured using the EQ-5D-5L: South Australian population norms. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14, 133.

Migrationsverket (2017a). *Statistik*. Hämtad april 24, 2017, från <https://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik.html>.

Migrationsverket (2017b). *Vanliga begrepp när det gäller statliga ersättningar*. Hämtad januari 9, 2017, från <http://www.migrationsverket.se/Andra-aktorer/Kommuner/Statlig-ersattning/Vanliga-begrepp.html>.

Moons, P., Budts, W., & De Geest, S. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 891-901.

Muennig, P., Boulmier-Darden, P., Khouzam, N., Zhu, W., & Hancock, P. (2015). Predictors of Health Among Refugee Adults from Myanmar and the Development of Their Children. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17, 1385–1390.

Muldoon, M., Barger, S., Flory, J., & Manuck, S. (1998). What are quality of life measurement measuring?. *BMJ*, 316, 542-545.

Mölsä, M., Punamäki, R. L., Saarni, S., Tiilikainen, M., Kuittinen, S., & Honkasalo, M. L. (2014). Mental and somatic health and pre-and post-migration factors among older Somali refugees in Finland. *Transcultural Psychiatry*, 51(4), 499-525.

Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons - A meta-analysis. *Jama - Journal of the American Medical Association*, 294(5), 602-612.

Pullenayegum, E. M., Tarride, J. E., Xie, F., Goeree, M. A., Gerstein, H. C., & O'Reilly, D. (2010). Analysis of health utility data when some subjects attain the upper bound of 1: Are Tobit and CLAD models appropriate? *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 13(4), 487-494.

Rabin, R., & de Charro, F. (2001). EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Annals of Medicine*, 33(5), 337-343.

Ravens-sieberer, U. (2001). Measuring and monitoring quality of life in population surveys: still a challenge for public health. *Sozial –Und Präventivmedizin*, 46, 201-204.

Shiroiwa, T., Fukuda, T., Ikeda, S., Igarashi, A., Noto, S., Saito, S., & Shimozuma, K. (2015). Japanese population norms for preference-based measures: EQ-5D-3L, EQ-5D-5L and SF 6D. *Quality of Life Research*, 25, 707-719.

- Socialstyrelsen. (2009). *Social rapport 2009*. Hämtad april 24, 2017, från http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71/Documents/13_Migration.pdf.
- Statens folkhälsoinstitut. (2010). *Folkhälsopolitisk rapport 2010. Framtidens folkhälsa – allas ansvar*. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut.
- Statistiska centralbyrån. (2013). *Integration – en beskrivning av läget i Sverige. Integration: rapport 6*. Hämtad april 24, 2017, från http://www.scb.se/Statistik/_Publikationer/LE0105_2013A01_BR_BE57BR1301.pdf.
- Statistiska Centralbyrån. (2017a). *Befolkningsstatistik*. Hämtad april 24, 2017, från <http://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/>.
- Statistiska centralbyrån. (2017b). *STATIV-en longitudinell database för integrationsstudier*. Hämtad januari 10, 2017, från http://www.scb.se/sv/_Vara-tjanster/Bestalla-mikrodata/Vilka-mikrodata-finns/STATIV--en-longitudinell-databas-for-integrationsstudier/.
- Statistiska Centralbyrån. (2017c). *Svensk utbildningsnomenklatur (SUN)*. Hämtad februari 11, 2017, från <http://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/utbildning-och-forskning/befolkningens-utbildning/befolkningens-utbildning/produktrelaterat/Fordjupad-information/sun-svensk-utbildningsnomenklatur/>.
- Sveriges kommuner och landsting. (2017). *Kommungruppsindelning 2017*. Hämtad februari 11, 2017, från <https://skl.se/tjanster/kommunerlandsting/faktakommunerochlandsting/kommungruppsindelning.2051.html>.
- Taleb, Z. B., Bahelah, R., Fouad, F. M., Coutts, A., Wilcox, M., & Maziak, W. (2015). Syria: health in a country undergoing tragic transition. *International Journal of Public Health*, 60, S63-S72.
- Taillefer, M. C., Dupuis, G., Roberge, M. A., & Le may, S. (2002). Health related quality of life models: Systematic review of the literature. *Social Indicators Research*, 64, 293-323.
- Tinghög, P., Arwidson, C., Sigvardsdotter, E., Malm, A., & Saboonchi, F. (2016). *Nyanlända och asylsökande i Sverige. En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor. Röda Korsets högskola rapportserier 2016:1*. Solna: Williamssons offset tryck.

UNHCR. (2010). *Convention and protocol relating to the status of refugees*. Hämtad maj 11, 2027, från <http://www.unhcr.org/3b66c2aa10>.

UNHCR. (2017). *Syria emergency*. Hämtad maj 11, 2017, från <http://www.unhcr.org/syria-emergency.html>.

World health organization [WHO]. (2005). *Constitution of the World health organization*. Hämtad maj 5, 2017, från <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>.

WHO. (1986). *The Ottawa charter for health promotion*. Hämtad maj 11, 2017, från <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.

WHOQOL GROUP. (1995). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403-1409.

Zdravkovic, S., Grahn, M., & Björngren Cuadra, C. (2016). *Kartläggning av nyanländas hälsa. Delrapport från MILSA- forskningsbaserad stödplattform för migration och hälsa*. Malmö: Malmö högskola.

Zyoud, S. H., Daraghmeh, D. N., Mezyed, D. O., Khdeir, R. L., Sawafta, M. N., Ayaseh, N. A., & Al-Jabi, S. W. (2016). Factors affecting quality of life in patients on haemodialysis: a cross-sectional study from Palestine. *BMC Nephrology*, 17(44), 1-12.

BILAGA 1

EQ-5D-5L engelsk version

Below are some questions about your health.

Under each heading, please tick the ONE box that best describes your health TODAY.

MOBILITY

- I have no problems in walking about
- I have slight problems in walking about
- I have moderate problems in walking about
- I have severe problems in walking about
- I am unable to walk about

SELF-CARE

- I have no problems washing or dressing myself
- I have slight problems washing or dressing myself
- I have moderate problems washing or dressing myself
- I have severe problems washing or dressing myself
- I am unable to wash or dress myself

USUAL ACTIVITIES (*e.g. work, study, housework, family or leisure activities*)

- I have no problems doing my usual activities
- I have slight problems doing my usual activities
- I have moderate problems doing my usual activities
- I have severe problems doing my usual activities
- I am unable to do my usual activities

PAIN / DISCOMFORT

- I have no pain or discomfort
- I have slight pain or discomfort
- I have moderate pain or discomfort
- I have severe pain or discomfort
- I have extreme pain or discomfort

ANXIETY / DEPRESSION

- I am not anxious or depressed
- I am slightly anxious or depressed
- I am moderately anxious or depressed
- I am severely anxious or depressed
- I am extremely anxious or depressed

(www.euroqol.org)