



JÄRVAVECKAN
RESEARCH

Den ojämlika hälsan

Delrapport: Svenskar med bakgrund i Asien

Om Järvaveckan

Järvaveckan är det övergripande namnet för tre verksamheter: **Järvaveckan Evenemang**, **Järvaveckan Research** och **Järvaveckan Dialog**. Bakom Järvaveckan står Stiftelsen The Global Village, en ideell, politiskt och religiöst obunden stiftelse.

Vårt syfte

Vårt syfte är att bidra till ett samhälle där mångfald är en erkänd styrka och där alla kan vara med och påverka samhällsutvecklingen. Den största likheten mellan oss människor är att vi är olika. Det är på den människosynen som målen om social hållbarhet och inkludering ytterst vilar.

Vår övertygelse

Vår övertygelse är att vägen dit måste inbegripa öppna samtal som bygger på kunskap om det svenska samhället och på respekt för varandra. Denna övertygelse ligger till grund för all vår verksamhet. Vi tror på öppenheten som vägen framåt.

Vår roll

Vår roll är att vara en kraft för brobyggande och ny kunskap som stimulerar människor att vidga perspektiven i samhällsfrågor och utveckla sin syn på sig själva och andra. Ett brobyggande som uppmuntrar samarbete i nästa led. I vår verksamhet gör vi det på tre sätt som tillsammans ska bidra till långsiktig förändring i Sverige:

- Vi organiserar mötesplatser för öppna samtal. **Möjliggörare** för människor att mötas över alla gränser.
- Vi initierar och sprider ny kunskap som ger nödvändiga insikter om det svenska samhället för upplysta samtal och offentlig debatt. **Experter** dit man vänder sig för att få nya insikter.
- Vi genomför egna aktiviteter som stödjer enskilda människor i sin utveckling genom att upptäcka nya verkligheter och därmed kunna bryta barriärer. Så är vi **förändringsagenter** som förverkligar förnyelse

Läs mer om oss på www.jarvaveckan.se

Om Järvaveckan Research

Järvaveckan Research fördjupar insikter och debatter genom faktarapporter som ger utrymme åt de röster och perspektiv som ofta förbises. Rapporterna har en vetenskaplig grund, där vi tar stöd av etablerade undersökningsföretag och offentlig statistik. Samarbeten med olika kunskapspartners, inklusive företag, stiftelser och myndigheter, är nyckeln till vår framgång. Detta säkerställer att våra rapporter är välgrundade, relevanta och aktuella. Det ger oss även möjlighet att sprida resultaten brett och därmed också påverka samhällsdebatten. Genom att utveckla och distribuera dessa rapporter vill vi bidra med nya perspektiv som ger inblick i livsvillkoren för boende i olika områden och befolkningsgrupper över hela Sverige.

Vår research är tänkt att bryta det utanförskap som uppstår när många har en bestämd uppfattning om områden och befolkningsgrupper utan att ha en bredare bild av verkliga förhållanden. Vår övergripande ambition är att bidra till en mer nyanserad och konstruktiv samhällsdebatt och inspirera till positiv förändring.

Förord

JÄRVAVECKAN RESEARCH har sedan 2017 tagit fram unika och viktiga rapporter om en rad viktiga samhällsfrågor. Vi presenterar nu två delrapporter med fokus på hälsa och sjukvård – en av vår tids mest angelägna frågor.

I den här delrapporten fokuserar vi på personer med asiatisk bakgrund, särskilt svenskssyrier, svenskirakier och svenskiranier, vilket ger unika insikter om hälsoläget hos dessa specifika grupper. Vi hoppas att rapporten blir en värdefull resurs för vidare studier av riskfaktorer och hälsofrämjande insatser, samt att den ger viktiga insikter till beslutsfattare, sjukvårdspersonal och andra som arbetar för en mer jämlik hälsa och sjukvård.

Att uppmärksamma ojämlikheter inom hälsa och sjukvård är ett första steg för att kunna motverka dem och skapa ett samhälle där alla har möjlighet till god hälsa. Vi vill rikta ett särskilt tack till Socialstyrelsen som har bidragit med statistik och expertis i tolkningen och beskrivningen av resultaten.

Vi på Järvaveckan Research hoppas att rapporten bidrar till en ökad förståelse för de utmaningar personer med asiatisk bakgrund i Sverige möter inom hälso- och sjukvården. Genom att lyfta fram dessa ojämlikheter kan vi tillsammans arbeta för ett mer rättvist och hälsosamt samhälle för alla.



Caroline Berg

Styrelseordförande och medgrundare
Järvaveckan

Ahmed Abdirahman

VD & grundare
Järvaveckan

Därför fokuserar vi på just dessa bakgrundsländer

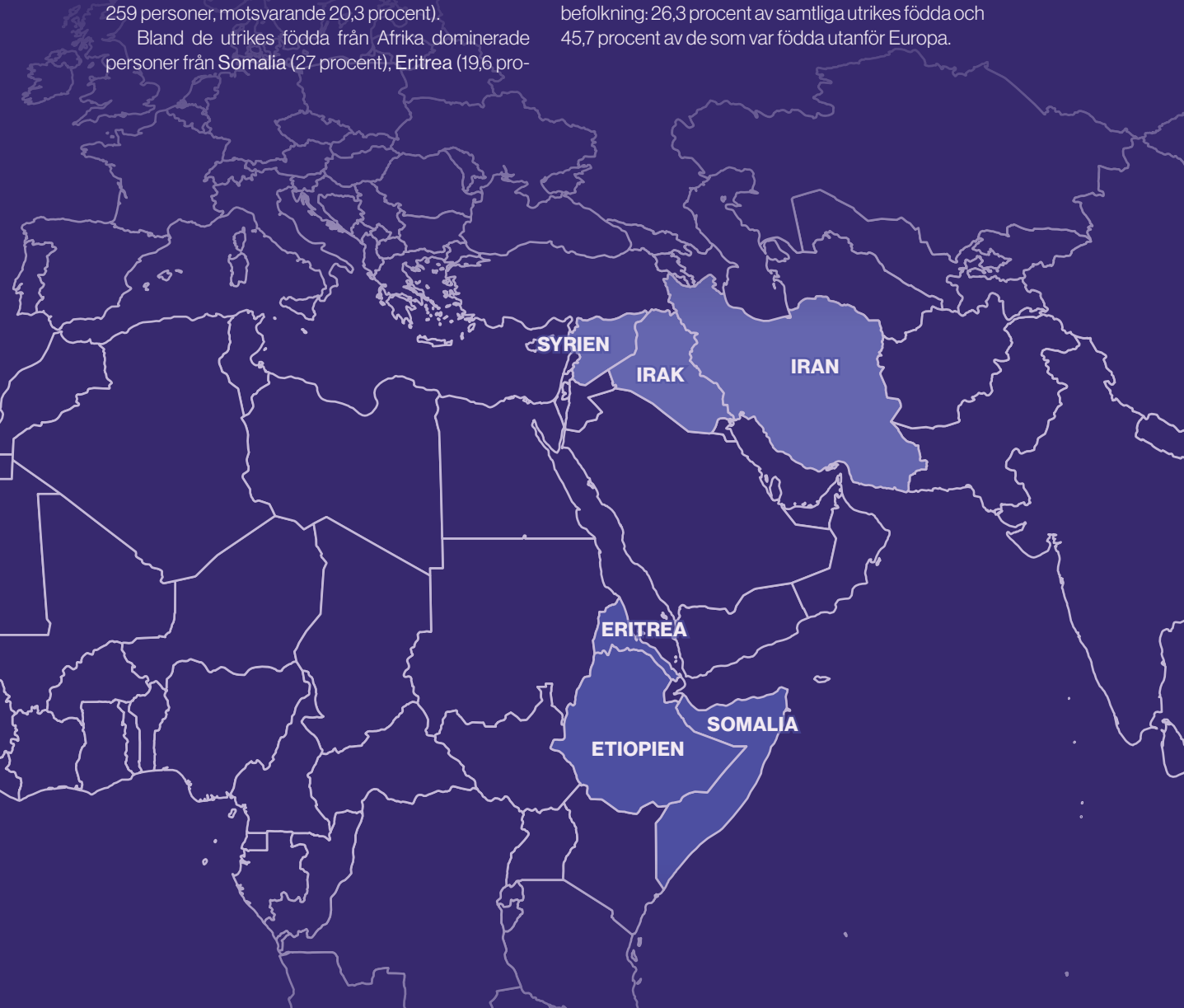
År 2023 hade Sverige en befolkning på 10 551 707 personer. Av dessa var 2 170 627 (20,6 procent) födda utomlands. En majoritet av de utrikes födda, 1 249 357 personer (57,6 procent av samtliga utrikes födda), kom från länder utanför Europa.

Bland de utrikes födda från länder utanför Europa var den största gruppen född i Asien (855 568 personer, motsvarande 68,5 procent av de utomeuropeiskt födda). Den näst största gruppen var född i Afrika (253 259 personer, motsvarande 20,3 procent).

Bland de utrikes födda från Afrika dominerade personer från **Somalia** (27 procent), **Eritrea** (19,6 pro-

cent) och **Etiopien** (9,2 procent), som tillsammans stod för 55,8 procent av alla utrikes födda afrikaner i Sverige. Bland de utrikes födda från Asien var de största grupperna från **Syrien** (23 procent), **Irak** (17 procent) och **Iran** (10,1 procent), som tillsammans utgjorde 50,4 procent.

Sammantaget utgjorde personer födda i dessa sex länder (Somalia, Eritrea, Etiopien, Syrien, Irak och Iran) en betydande andel av Sveriges utrikes födda befolkning: 26,3 procent av samtliga utrikes födda och 45,7 procent av de som var födda utanför Europa.



Antal personer per bakgrundsland år 2023.

Bakgrundsland	Utrikes födda	Födda i Sverige med två utrikes födda föräldrar	Födda i Sverige med en utrikes född förälder	Totala befolkningen
Syrien	197 201	60 022	6 676	263 899
Irak	145 586	80 239	10 880	236 705
Iran	86 838	30 589	15 762	133 189
Somalia	68 290	38 064	5 795	112 149
Eritrea	49 639	21 109	1 751	72 499
Etiopien	23 363	15 857	3 774	42 994
	570 917	245 880	44 638	861 435

Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska Centralbyrån (SCB)

Svensk- irakier

Under 1900-talet invandrade ungefär 33 000 personer från Irak till Sverige. Antalet ökade kraftigt under de första 20 åren av 2000-talet – mellan år 2000 och 2019 invandrade fler än 100 000 människor från Irak till Sverige.

Statistiken kommer ifrån en tidigare rapport av Järvaveckan Research som handlar om svenskirakiernas livsvillkor. Statistiken i rapporten är från SCB och daterat till 2018 och 2019. Läs rapporten på Järvaveckans hemsida: jarvaveckan.se

Ålder



Nästan **hälften** av alla svenskirakier var under 25 år gamla.

24% var 45 år eller äldre



Utbildning

Utbildningsnivån varierar:



26,9% hade max **för-gymnasial** utbildning (25 - 64 år)

32% hade **gymnasie-utbildning** som högsta utbildning (25 - 64 år)



38% hade **efter-gymnasial** utbildning (25 - 64 år)

Ekonomisk standard

Hög andel med **låg ekonomisk standard**¹



4 av 10 hushåll med barn hade låg ekonomisk standard

34% av hushållen hade en långvarig ekonomiskt utsatt situation



Inkomst

Lägre inkomstnivåer än **genomsnittet i Sverige**



Omkring **30%** procent av svenskirakierna hade en nettoinkomst om upp till **200 000** kronor.

7,7% hade en nettoinkomst över **400 000** kronor per år



Medelinkomsten var lägre för kvinnor än för män

Arbete



59% av alla svenskirakier i åldern 20-64 år förvärvsarbetade

Lägre grad av **självförsörjning** än **genomsnittet i Sverige**

50% var självförsörjande mellan åldrarna 25-64 år



74% av alla i samma ålder var självförsörjande

¹När ett hushålls årliga inkomst är lägre än 60 procent av medianvärdet för alla hushåll i Sverige räknas det som låg ekonomisk standard.

Svensk-iranier

Under 1900-talet invandrade nästan 37 000 personer från Iran till Sverige. Under de första 20 åren av 2000-talet var antalet ungefär detsamma – mellan år 2000 och 2019 invandrade 38 000 människor från Iran till Sverige..

Statistiken kommer ifrån en tidigare rapport av Järvaveckan Research som handlar om svenskiranierernas livsvillkor. Statistiken i rapporten är från SCB och daterat till 2018 och 2019. Läs rapporten på Järvaveckans hemsida: jarvaveckan.se

Ålder



Nästan **hälften** av alla utrikesfödda svenskiranier var 45 år eller äldre

13% av utrikesfödda svenskiranier är under 25 år gamla



75% av inrikesfödda svenskiranier är under 25 år gamla

Arbete



68% i åldern 20-64 år förvärvsarbetar

Utbildning

Hög utbildningsnivå



53,1% av Iranfödda har eftergymnasial utbildning

60,7% av inrikesfödda svenskiranier har eftergymnasial utbildning



Högre andel med eftergymnasial utbildning än hela Sveriges befolkning

Ekonomisk standard

Hög andel med låg ekonomisk standard²



25% hade låg ekonomisk standard

16% av hushållen hade en långvarig ekonomiskt utsatt situation



Inkomst

Lägre inkomstnivåer än genomsnittet i Sverige



22% hade en nettoinkomst på max 200 000 kronor per år

10 000 kronor per år lägre genomsnittlig inkomst än svenskar

- 10 K

² När ett hushålls årliga inkomst är lägre än 60 procent av medianvärdet för alla hushåll i Sverige räknas det som låg ekonomisk standard.

Svensk-syrier

Under 1900-talet invandrade nästan 11 000 personer från Syrien till Sverige. Under de första 20 åren av 2000-talet var antalet ungefär detsamma – mellan år 2000 och 2019 invandrade 38 000 människor från Iran till Sverige..

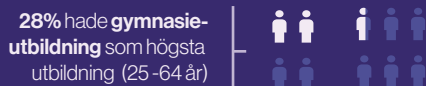
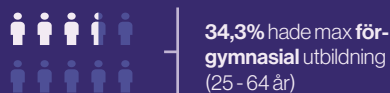
Statistiken kommer ifrån en tidigare rapport av Järvaveckan Research som handlar om svensksyriernas livsvillkor. Statistiken i rapporten är från SCB och daterat till 2018 och 2019. Läs rapporten på Järvaveckans hemsida: jarvaveckan.se

Ålder



Utbildning

Utbildningsnivån varierar:

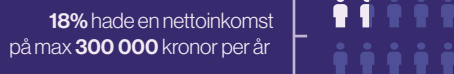


Ekonomisk standard

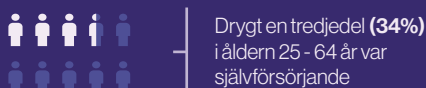


Inkomst

Lägre inkomstnivåer än genomsnittet i Sverige

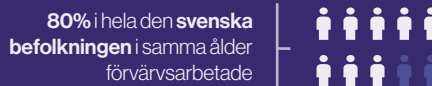


Låg grad av självförsörjning



Arbete

Låg förvärsaktivitet



Hög arbetslöshet



³ När ett hushålls årliga inkomst är lägre än 60 procent av medianvärdet för alla hushåll i Sverige räknas det som låg ekonomisk standard.



Foto: Järvaveckan/Avat-Andimeh

Innehåll

Om Järvaveckan.....	2
Om Järvaveckan Research.....	3
Förord.....	4
Sammanfattning.....	12
Introduktion.....	14
Metod och data.....	15
Dödlighet.....	16
Hjärt- och kärlsjukdomar.....	20
Diabetes.....	23
Cancer.....	25
Neuropsykiatriska diagnoser och psykisk ohälsa.....	32
Tandhälsa.....	41
Sammanfattning på Engelska.....	43
Sammanfattning på Arabiska.....	46
Sammanfattning på Persiska.....	49
Sammanfattning på Kurdiska.....	52
Bilagor.....	55

Sammanfattning

- Befolkningsgrupperna med bakgrund i Asien har generellt en lägre dödlighet än genomsnittet i Sverige. Däremot är spädbarnsdödligheten bland personer med bakgrund i Syrien och Irak betydligt högre än i den totala befolkningen.
- Färre personer med bakgrund i Asien dör i olycksfall än i riket som helhet, sett till antal per 100 000.
- Antal fall av hjärtinfarkt per 100 000 invånare är i regel högre bland befolkningsgrupperna med bakgrund i Asien. Antalet fall bland män med bakgrund i Syrien är mer än dubbelt så många jämfört med det totala antalet fall per 100 000 invånare i riket.
- En större andel personer med bakgrund i Irak och Syrien tar ut läkemedel relaterade till hjärt- och kärlsjukdomar jämfört med genomsnittet i Sverige.
- Uttag av diabetesläkemedel är vanligare bland befolkningsgrupperna med bakgrund i Asien.
- Antal insjuknade i cancer per 100 000 invånare är färre för personer med bakgrund i Asien, men bland personer med bakgrund i Irak och Syrien insjuknar fler personer i flera av de undersökta cancerformerna.
- Antalet fall av lungcancer är högre bland män med bakgrund i Irak eller Syrien. Dödligheten i lungcancer är högre bland svensksyriska män men lägre bland svenskiranska män jämfört med den totala gruppen män. Kvinnor med bakgrund i Asien har lägre dödlighet i lungcancer jämfört med den totala befolkningen.
- ADHD-diagnoser är betydligt mindre vanligt bland befolkningsgrupperna med bakgrund i Asien än generellt i riket.
- Befolkningsgruppen med bakgrund från Iran har det största antalet diagnoser kopplade till depression och ångest.
- Personer med bakgrund i Asien har lägre uttag av antidepressiva läkemedel än riket.
- Bland personer med bakgrund i Asien har omkring 50 procent genomfört en grundlig tandundersökning de senaste tre åren, jämfört med 64 procent av den totala befolkningen.

HEMSÖ



Foto: Järvevekan/Avat Andimeh

Introduktion

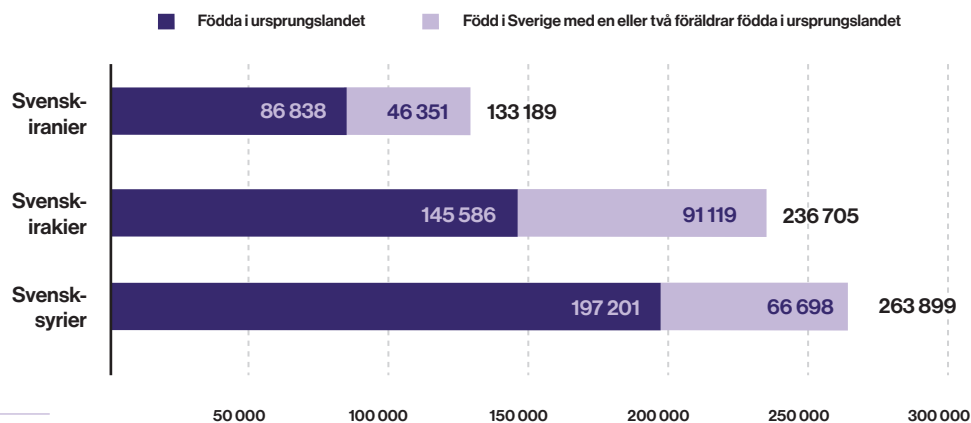
Hälsotillståndet inom befolkningen beror på en rad faktorer och uppstår i samspelet mellan samhälle och individ. Dessa faktorer, som också kan förstås som olika förutsättningar för hälsa, kan struktureras i form av individuella förhållanden så som ålder, kön, och arv, samt strukturella eller samhälleliga förutsättningar som exempelvis socioekonomiska, kulturella och miljömässiga förhållanden. Förutsättningarna kan även grupperas i tre olika kategorier: **livsvillkor**, **levnadsförhållanden**, och **levnadsvanor**, vilka alla påverkar individens möjlighet att leva ett liv med god hälsa. Risken att insjukna i flera av de sjukdomar som i hög grad drabbar Sveriges invånare idag påverkas av människors levnadsvanor – och möjligheten till hälsosamma levnadsvanor påverkas av individens livsvillkor och levnadsförhållanden.

I detta samspel kan det uppstå ojämlikhet i hälsa. Strukturella olikheter i livsvillkor och levnadsförhållanden resulterar i systematiska hälsoskillnader mellan samhällsgrupper och befolkningsgrupper, och vissa grupper i ett samhälle löper högre risk att drabbas av ohälsa och sjukdom än andra. Här finns t.ex. grupper som Folkhälsomyndigheten benämner som utsatta grupper, vilket bland annat innefattar migranter, nationella minoriteter, och personer som står utanför arbetsmarknaden. När vi talar om hälsan i ett samhälle är det alltså av högsta vikt att belysa dessa ojämlikheter för att minska hälsoklyftor och verka för god hälsa på lika villkor.

I denna rapport beskrivs hälsotillståndet för olika befolkningsgrupper, med fokus på födelsebakgrund. Denna rapport handlar om grupper med bakgrund i Asien med särskilt fokus på **Irak**, **Iran** och **Syrien**. Utöver denna rapport finns det även en liknande rapport med fokus på Afrika och i synnerhet Somalia, Eritrea och Etiopien. Somalia, Eritrea och Etiopien utgör mer än hälften av alla utrikes födda från den afrikanska kontinenten i Sverige. Irak, Iran och Syrien utgör mer än hälften av alla utrikes födda personer i Sverige från den asiatiska kontinenten. Dessa sex länder (Somalia, Eritrea, Etiopien, Irak, Iran och Syrien) utgör mer än hälften av alla som är födda i länder utanför Europa och 26,3 procent⁴ av alla utrikes födda personer i Sverige.

I rapporten används begreppet "*utrikes bakgrund*", vilket omfattar personer födda utomlands samt personer födda i Sverige med *en eller båda* föräldrar födda utomlands. Gruppen "Sverige" består av individer födda i Sverige med båda föräldrarna födda i Sverige. Detta begrepp skiljer sig från den etablerade definitionen "utländsk bakgrund" som avser personer födda utomlands eller personer födda i Sverige med båda föräldrarna födda utomlands. Vi använder termer som Svensksomalier, Svensketiopier och Svenskeritreaner för att specificera personer med utrikes bakgrund från respektive land.

Figur 1. Befolkningsstatistik, år 2022 (SCB).



⁴Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska Centralbyrån (SCB)

Metod och data

Deskriptiv analys

Rapporten är framtagen för att beskriva hälsoläget bland personer med bakgrund i ett antal länder. Rapporten är deskriptiv vilket innebär att den är beskrivande på ett överskådligt sätt och presenterar inte några djupgående analyser för att förklara de olika mönster som statistiken visar. Fokus är att beskriva skillnader mellan grupper med olika bakgrundsländer. Analyserna har inte tagit hänsyn till exempelvis socioekonomi.

Datakällor

Statistiken över de olika indikatorerna är framtagen för olika tidsperioder. I de fall där det är ett litet antal behövs i regel fler år för att ge ett tillräckligt stort statistiskt underlag. Statistiken för vissa indikatorer baseras dock på ett litet antal personer, vilket ger en osäkerhet eftersom slumpen kan spela roll. Resultaten för dessa indikatorer bör därmed tolkas med försiktighet. Befolkningen som ingår i statistiken för respektive indikator presenteras i respektive avsnitt. Statistiken har tagits fram genom att kombinera information från olika register. Statistikmyndigheten SCB har hämtat information om dessa personer från sina register (Registret över totalbefolkningen, Registret för integrationsstudier, Registret över migration och asylsökande) för att definiera befolkningsunderlaget och lagt till information om bakgrundsländ. Därefter har Socialstyrelsen länkat denna befolkning med olika register som de tillhandahåller. Vilka register som har använts för respektive indikator anges i anslutning till varje figur.

Åldersstandardisering

De olika grupperna baserade på bakgrundsländerna i denna rapport har olika åldersfördelning. För att kunna jämföra exempelvis antal insjuknade och dödlighet mellan grupperna så har åldersstandardiserade mått beräknats. Åldersstandardisering är ett sätt att justera för skillnaden i åldersstrukturen mellan populationer. I den här rapporten har det gjorts genom att vårdbesök, insjuknande och dödlighet har räknats om så att siffrorna för de olika grupperna motsvarar vad de hade varit om åldersstrukturen i grupperna skulle ha

varit densamma som i Sveriges totalbefolkning 2022.

Tidsperiod

Den här undersökningen bygger på data från flera olika register för att ge en aktuell bild av hälsoläget i Sverige. Statistiken baseras på information från läkemedelsregistret och patientregistret för 2022, från cancer- och dödsorsaksregistret för 2018–2022 och från tandhälsoregistret 2020–2022, dvs. en tidsperiod nära i tid med syftet att ge en så bra nulägesbild som möjligt. För statistik över läkemedelsuttag, tandhälsa, slutenvård och/eller specialiserad öppenvård så bedöms det statistiska underlaget vara tillräckligt stort även när det baseras på endast ett år (2022). För statistik över insjuknande i cancer och dödlighet har en tidsperiod om fem år använts för att ge ett större statistiskt underlag, detta eftersom antalet fall under ett enda år har bedömts vara för litet för att ge pålitliga resultat. Statistik över spädbarnsdödlighet från medicinska födelseregistret och dödsorsaksregistret baseras på en tidsperiod på 10 år (2013–2022) för att kunna få tillräckligt många fall, och därmed ett större statistiskt underlag, för att kunna redovisa per bakgrundsländ. Detsamma gäller för indikatorerna dödligt våld (övergrepp av annan person) och dödlighet i olycksfall.

Med uttag av läkemedel menas här personer som minst en gång under år 2022 hämtat ut läkemedel av intresse. Det är inte likställt med antal patienter som kontinuerligt använder läkemedlet.

Information om personers bakgrundsländ och hälsa har hanterats av ett fåtal personer på Socialstyrelsen och i en sluten digital miljö, med strikt sekretess och helt anonymiserat. Statistiken presenteras enbart sammanslagen för hela grupper och hela riket för att minimera möjligheten att identifiera några personer.

Dödlighet

År 2022 avled 94 823 personer folkbokförda i Sverige⁵, och av dessa var en knapp majoritet män (47 558). Över tid har dödligheten i Sverige minskat för alla åldersgrupper, vilket innebär att medellivslängden har ökat. Ålder, kön och arv kan påverka individens hälsa, och beskrivs som hälsans bestämningsfaktorer som en person själv bär på⁶. Hälsan bestäms även av livsvillkor, levnadsförhållanden och levnadsvanor⁷. Sociala, och ekonomiska faktorer har stor betydelse för dödligheten⁸. Till exempel har personer med endast gymnasial utbildning högre dödlighet än de med eftergymnasial utbildning.

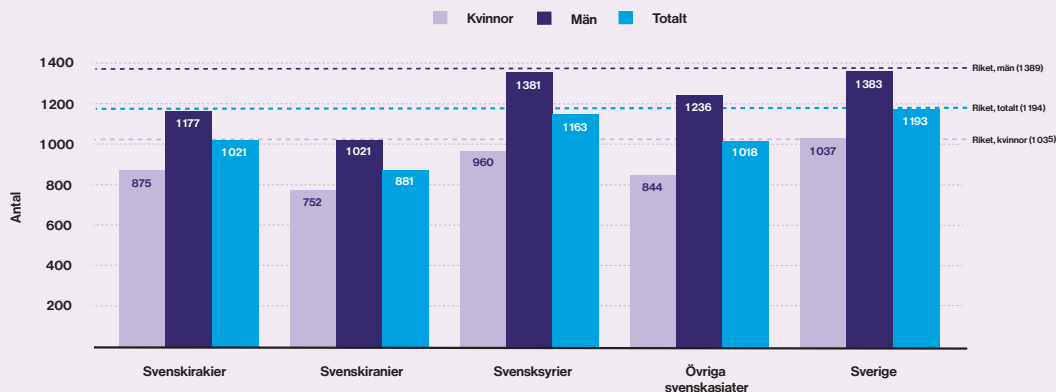
Det finns stora skillnader i dödlighet både inom och mellan grupper. I en rapport från SCB fastställs det bland annat att födelse-land har betydelse avseende dödlighet. I en annan rapport framtagen av Folkhälsomyndigheten konstateras det även att utrikes födda hade en högre dödlighet i covid-19 jämfört med inrikes födda¹⁰. Denna skillnad på gruppnivå är en anledning till att denna rapport tas fram för att beskriva skillnader i dödlighet inom en rad olika faktorer uppdelat på bakgrundsland.

Vid beräkning av antal döda har antalet döda per år beräknats för åren 2018–2022. Därefter har medelvärde per år beräknats som antalet dödsfall och antalet dödsfall per 100 000, åldersstandardi-

serat efter den totala befolkningen 2022.

Figur 2 nedan visar att dödligheten är högre bland män än bland kvinnor, oavsett bakgrundsland. Av de utvalda befolkningsgrupperna ligger samtliga lägre än antalet för befolkningen som helhet. Dödligheten inom dessa grupper är högst bland män med bakgrund i Syrien, följt av män med bakgrund i övriga Asien. Personer med bakgrund i Iran står för det minsta antalet dödsfall per 100 000, i synnerhet kvinnor.

Figur 2. Antal dödsfall per 100 000 invånare uppdelat efter bakgrundsland samt i riket som helhet, åldersstandardiserat efter den totala befolkningen 2022 och som medelvärde per år 2018–2022. Källa: Dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen), Registret över totalbefolkningen, Registret för integrationsstudier och Registret över migration och asylsökande (SCB).



⁵ Statistik om dödsorsaker - Socialstyrelsen

^{6,7} Hur hänger livsvillkor och hälsa ihop? – Folkhälsomyndigheten (folkhalsomyndigheten.se)

^{8,9} Yrke och dödlighet 2018–2022 Demografiska rapport 2023:3 - SCB

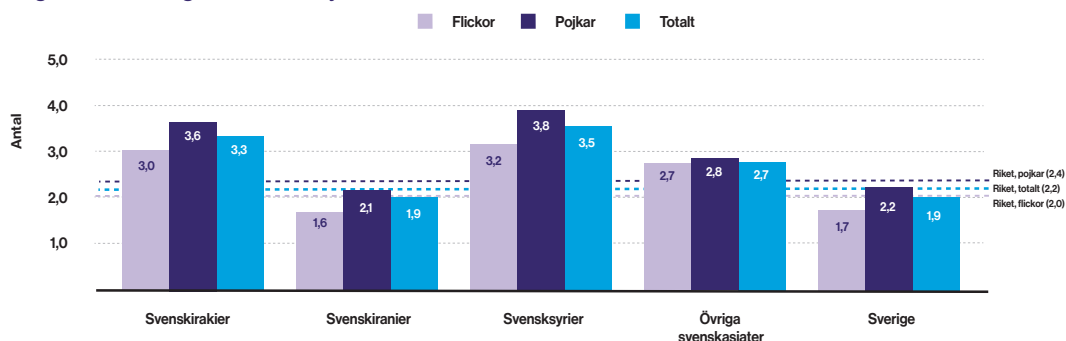
¹⁰ Utrikesfödda och covid-19 – Konstaterade fall, IVA-vård och avlidna bland utrikesfödda i Sverige 13 mars 2020–15 februari 2021 - Folkhälsomyndigheten

Spädbarnsdödlighet

Spädbarnsdödligheten beräknas som antalet döda under första levnadsåret delat med antalet födselar, omräknat till antal per 1000 födselar. Kvinnor folkbokförda i Sverige 2012–2022 och som fött barn 2013–2022 ingår i beräkningen. Med bakgrundsland

avses här moderns bakgrundsland. I riket var spädbarnsdödligheten under perioden 2,2 döda per 1000 födselar. Inom gruppen med bakgrund i Syrien är spädbarnsdödligheten mer än 50 procent högre än i den totala befolkningen. Samtidigt har gruppen med bakgrund i Iran en lägre dödlighet jämfört med riket.

Figur 3. Antal döda barn under 1 år per 1 000 födselar. Källa: Medicinska födelserregistret och Dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen), Registret över totalbefolkningen, Registret för integrationsstudier och Registret över migration och asylsökande (SCB).

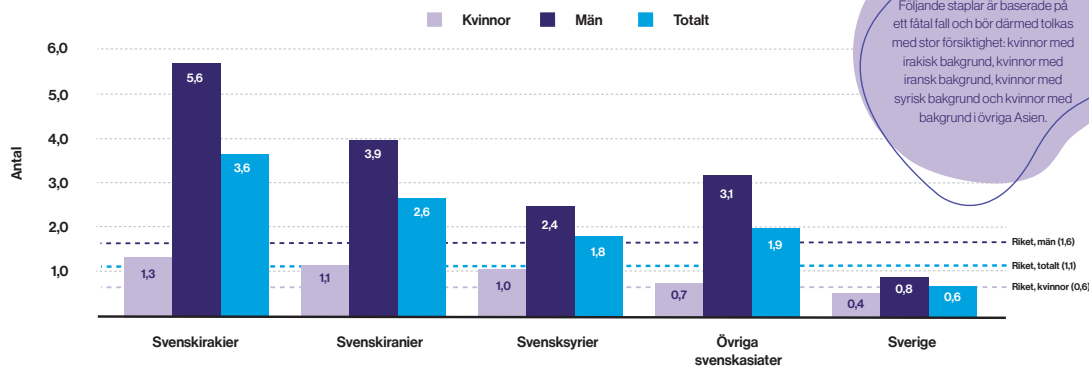


Dödligt våld

För dessa indikatorer har antalet döda per år för åren 2013–2022 beräknats efter underliggande dödsorsak. I fallet med dödligt våld är den underliggande dödsorsaken övergrepp av annan person och i olycksfall är dödsorsaken fastställd som olycksfall. Därefter har medelvärde per år beräknats som antalet dödsfall och antalet dödsfall per 100 000, åldersstandardiserat efter den totala befolkningen 2022. Män är kraftigt överrepresenterade gällande dödligt våld. Det dödliga våldet utmärker sig som mest bland

män med bakgrund i Irak, där döda i dödligt våld är sex personer per 100 000 invånare, motsvarande siffra för riket är två. Trots åldersstandardiseringen är det samtidigt viktigt att påpeka att siffrorna baseras på olika populationer där storleken varierar. Det betyder alltså att enskilda fall får större genomslag exempelvis bland irakier jämfört med riket i sin helhet. Dödligheten inom dödligt våld säger ingenting om hur dödstillfället gick till mer än att dödligt våld var inblandat. Det ska därmed enbart ses som statistik över dödsorsak.

Figur 4. Döda i dödligt våld, antal per 100 000 (åldersstandardiserat). Medelvärde per år under perioden 2013–2022. Källa: Dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen), Registret över totalbefolkningen, Registret för integrationsstudier och Registret över migration och asylsökande (SCB).



Olyckor

Antal döda i olycksfall är betydligt vanligare bland män jämfört med kvinnor, med undantag för män med bakgrund i Syrien, som dör av olycksfall i ungefär samma

utsträckning som kvinnor med bakgrund i Syrien. I motsats till det dödliga våldet är däremot antalet fall, oavsett kön, lägre bland befolkningsgrupperna med bakgrund i Asien jämfört med det nationella snittet.

Figur 5. Döda i olycksfall, antal per 100 000 (åldersstandardiserat). Medelvärde per år under perioden 2013-2022. Källa: Dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen), Registret över totalbefolkningen, Registret för integrationsstudier och Registret över migration och asylsökande (SCB).

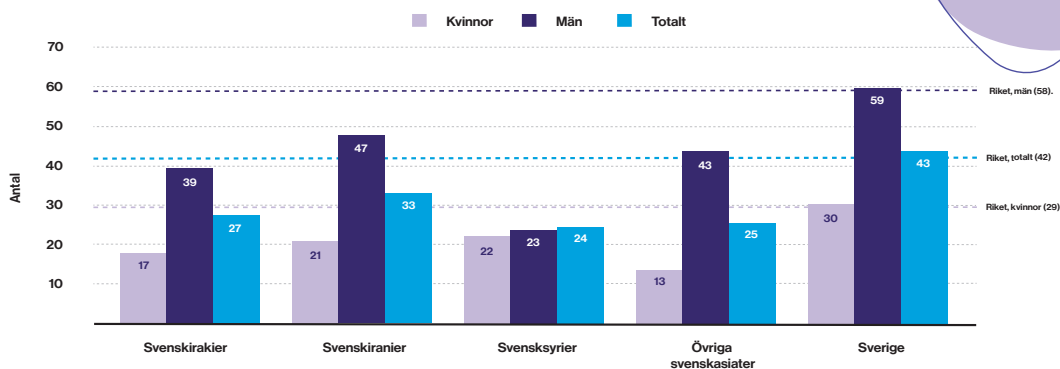




Foto: Järvaveckan/Avat Andimeh

GUTE GLASS
BOTLÄNSK GODHET

EKOLOGISK GLASS
SMÖR OCH CREAM

- 1 KULA 100% 70 SEK
- 2 KULOR 100% 85 SEK
- 3 KULOR 100% 95 SEK
- 4 KULOR 100% 110 SEK

GLASS BURGARE

- 2 KULOR GLASS OCH VALFRÖ
- SMÖR OCH CREAM
- BRUNING 100% 120 SEK

AVTÄLLNINGSGODIS

- 1 KULA 100% 70 SEK
- 2 KULOR 100% 85 SEK
- 3 KULOR 100% 95 SEK
- 4 KULOR 100% 110 SEK

Hjärt- och kärl- sjukdomar

Sjukdomar i cirkulations- och andningsorganen är idag den vanligaste dödsorsaken bland såväl män som kvinnor. Både globalt och i Sverige kan ungefär en tredjedel av alla dödsfall tillskrivas cirkulationsorganens sjukdomar. Till cirkulationsorganens sjukdomar räknas sjukdomar i hjärta och blodkärl, exempelvis hjärtinfarkt och stroke. Dödligheten i cirkulationsorganens sjukdomar har minskat över tid i Sverige. Men trots förbättringar är det fortfarande den största orsaken till sjukdomsburden i Sverige, samtidigt som denna typ av sjukdomar ofta är påverkbar genom hälsofrämjande insatser, prevention och behandling.

En **hjärtinfarkt** inträffar när blodflödet och därmed syretillförseln till hjärtmuskeln plötsligt hindras. I de flesta fall består en hjärtinfarkt av att en blodpropp har bildats som helt eller delvis täpper till hjärtats kranskärl. Eftersom blodet får svårt att passera leder det till syrebrist hos hjärtat, vilket kan vara livshotande. De första symptomen är ofta smärta i bröstet och avdomning i vänster arm. Av alla som drabbades av hjärtinfarkt i Sverige under 2022 avled ungefär en femtedel till följd av insjuknandet¹¹.

År 2022 fick cirka 22 400 personer i Sverige akut hjärtinfarkt och cirka 4 700 personer avled med hjärtinfarkt. Av de personer som har fått en akut hjärtinfarkt dör 22 procent inom 28 dagar. Männen står för cirka 64 procent av alla incidenta fall av akut hjärtinfarkt.

Stroke är ett samlingsnamn för sjukdomar som orsakas av en blodpropp eller en blödning i hjärnan. En stroke leder till syrebrist i hjärnan som gör att du plötsligt förlorar olika funktioner som tal, rörelser, känsel och syn. Det kan vara livshotande och kräver omedelbar vård på sjukhus. Av de som drabbades av stroke i Sverige 2022 avled ungefär 22 procent¹².

År 2022 inträffade 26 800 strokefall fördelat på 25 100 personer. Under 2000-talet har både antalet personer som drabbats av stroke och som avlidit med stroke halverats om hänsyn tas till befolkningsökningen och förändringar i åldersstrukturen¹³.

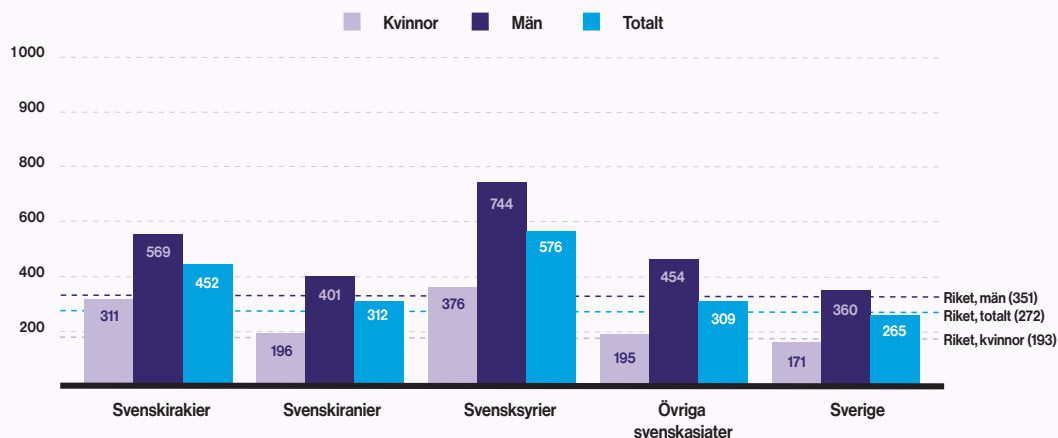
Insjuknande i hjärt- och kärlsjukdomar

Hjärtinfarkt är generellt vanligare hos män än kvinnor i samtliga grupper, och totalt sett är det nästan dubbelt så många män som kvinnor som drabbas. De som vårdats i störst utsträckning är utrikesfödda svensksyrier. För män med bakgrund i Syrien är antalet personer som vårdats för hjärtinfarkt (744 per 100 000 invånare) mer än dubbelt så stort som för män i hela befolkningen (351 per 100 000). Även här är män drabbade i högre utsträckning, och antalet vårdade för hjärtinfarkt för denna grupp är mer än dubbelt så stort som för män i hela befolkningen. Statistiken är baserad på personer som vårdats i slutenvård och/eller specialiserad öppenvård eller som hade hjärtinfarkt som dödsorsak.

¹¹ Statistik om hjärtinfarkter - Socialstyrelsen

¹² Statistik om stroke - Socialstyrelsen

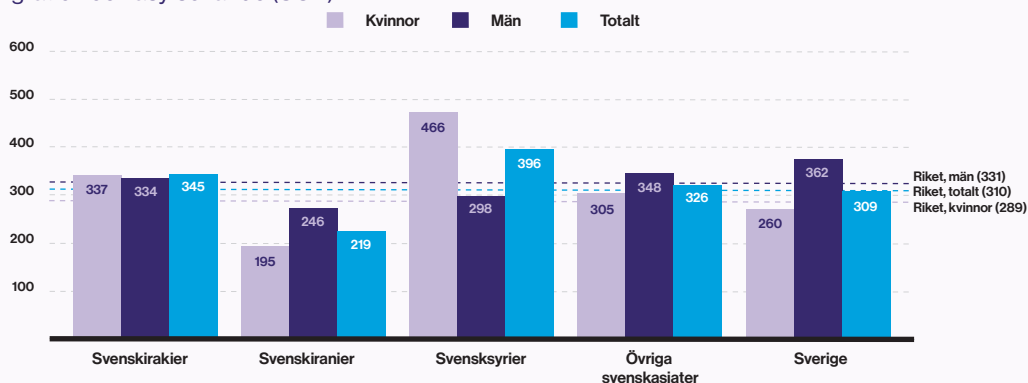
Figur 6. Antal personer som vårdats för hjärtinfarkt per 100 000 invånare (åldersstandardiserat, 2022). Källa: Patientregistret (Socialstyrelsen), Registret över totalbefolkningen, Registret för integrationsstudier och Registret över migration och asylsökande (SCB).



Även **stroke** är vanligare förekommande hos män jämfört med kvinnor, även om skillnaderna inte är lika tydliga som för hjärtinfarkt. Här sticker dock kvinnor med syrisk bakgrund ut, där antalet som vårdats för stroke är betydligt större än för männen i samma befolkningsgrupp. Förekomsten av stroke bland kvinnor

med syrisk bakgrund är högre (466 per 100 000) än rikstotalen för alla kvinnor (289 per 100 000). Även för gruppen med bakgrund i Irak drabbas kvinnor i något högre utsträckning än män i samma grupp.

Figur 7. Fall av stroke per 100 000 invånare (åldersstandardiserat, 2022). Källa: Patientregistret (Socialstyrelsen), Registret över totalbefolkningen, Registret för integrationsstudier och Registret över migration och asylsökande (SCB).



Läkemedel relaterade till hjärt- och kärlsjukdomar

En hälsosam aktiv livsstil minskar risken för hjärt- och kärlsjukdomar. Utöver levnadsvanor finns det även förebyggande läkemedel som ofta tas efter att man råkat ut för en stroke eller hjärtinfarkt. **Blodförtunnande** läkemedel minskar risken för uppkomst av blodproppar, och hjälper blodets eget system att lösa upp redan uppkomna blodproppar. Syftet med behandling av **blodfettssänkande** läkemedel är att minska risken för hjärt- och kärlsjukdomar.

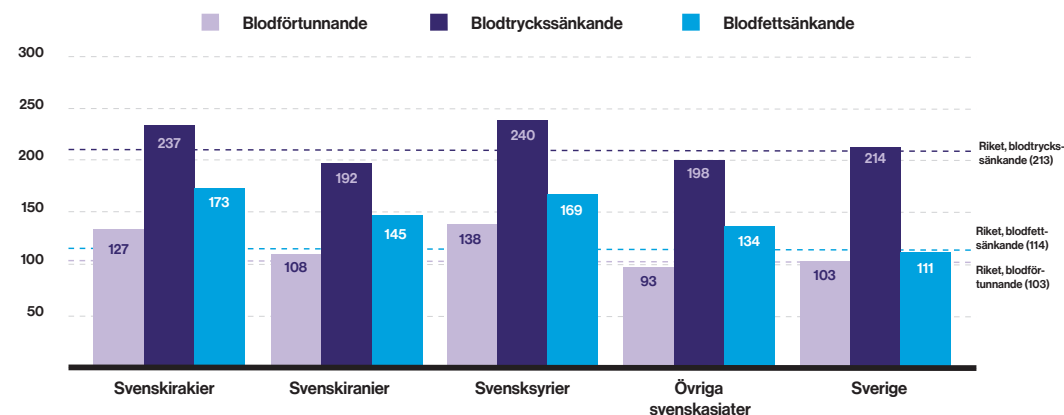
Högt blodtryck är ett tillstånd som också kallas för hypertoni och kan vara allvarligt om det inte kontrolleras och behandlas. Syftet med **blocktryckssänkande** läkemedelsbehandling av högt blodtryck är i första hand att minska risken för sjukdomar som stroke och hjärtinfarkt på längre sikt.

Vi har undersökt uttag av de tre ovan nämnda läkemedlen som är relaterade till hjärt- och kärlsjukdomar. Samtliga tre kategorier av läkemedel används både förebyggande och som behandling efter att en person har haft en stroke eller hjärtinfarkt¹⁴. Med uttag av läkemedel menas här personer som minst en gång under år 2022 hämtat ut läkemedel av intresse. Det är inte likställt med antal patienter som kontinuerligt använder läkemedlet. Av dessa är blodtryckssänkande det mest uttagna läkemedlet inom samtliga grupper. Figuren visar att personer med bakgrund i Syrien och Irak tar ut alla tre läkemedel i högre utsträckning än i riket. För de med bakgrund i Syrien används även blodförtunnande och blodfettssänkande i en något

större utsträckning än totalt i riket. Blodfettssänkande läkemedel tas ut av samtliga tre grupper i högre utsträckning än totalt sett i Sverige.

Tidigare figur visade att antal personer som vårdas för hjärtinfarkt per 100 000 invånare är högre bland svensksyrer, svenskiranier, svenskirakier och bland personer med bakgrund i övriga Asien jämfört med det totala antalet per 100 000 invånare i riket. Även gällande antal personer som vårdas för stroke utmärker sig flera befolkningsgrupper med bakgrund i Asien med högre antal än för riket totalt sett, enbart svenskiranerna har färre vårdade personer än den totala befolkningen. Mönstret med antal vårdade personer återspeglas till viss del bland uttag av läkemedel. Antal uttag av blodfettssänkande och blodförtunnande läkemedel är högre bland samtliga befolkningsgrupper med bakgrund i något asiatiskt land jämfört med totalen. Däremot är antalet uttag av blodtryckssänkande läkemedel mer i nivå med totalen; personer med bakgrund i Syrien har fler uttag än totalen, medan de med bakgrund i Iran har något färre uttag.

Figur 8. Uttag av läkemedel per 1000 invånare (åldersstandardiserat, 2022). Källa: Läkemedelsregistret (Socialstyrelsen), Registret över totalbefolkningen, Registret för integrationsstudier och Registret över migration och asylsökande (SCB).



¹⁴Stroke och TIA - Vårdgivare Skåne och Blodförtunnande läkemedel - Region Skåne

Diabetes

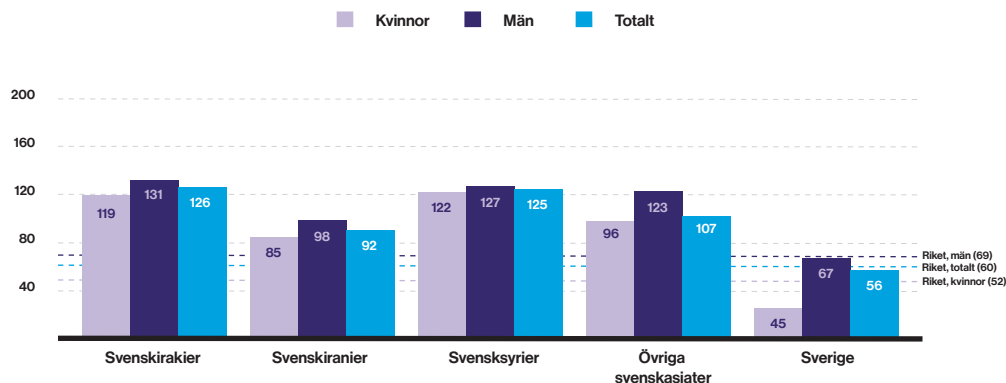
Insulin är ett hormon som behövs för att cellerna ska kunna ta upp socker från blodet. Vid typ 1-diabetes slutar kroppen att producera insulin, vilket leder till förhöjda blodsockernivåer. Typ 1-diabetes är för närvarande en obotlig sjukdom och alla fall av denna typ av diabetes behöver behandlas med insulin.

5 procent av Sveriges befolkning har idag diabetes. 90 procent av dessa är typ 2-diabetes, vilket gör det till den absolut vanligaste typen av diabetes i Sverige. Diabetes typ 2 kräver inte i samtliga fall insulinbehandling. I följande avsnitt visas uttag av läkemedel uppdelat på bakgrundsland. Statistiken inkluderar därmed både personer med typ 1 och typ 2 diabetes¹⁵.

En viss andel av diabetesläkemedlen används också av patienter med obesitas eller övervikt. Vi vet inte hur stor denna andel är eftersom vi inte har en variabel som visar ordinations-/förskrivningsorsak i läkemedelsregistret. En ny rapport från Socialstyrelsen har dock visat att denna typ av läkemedel främst hämtas ut av patienter som tidigare haft typ 2-diabetes¹⁶.

Figur 9 nedan visar att personer med bakgrund i samtliga tre utvalda länder i Asien, liksom övriga Asien, tar ut diabetesläkemedel i större utsträckning än den totala befolkningen per 1 000 invånare i riket. För grupperna med bakgrund i Irak och Syrien är skillnaden mot totalen störst, där över dubbelt så många personer per 1000 invånare har tagit ut läkemedlet. Uttaget är lägre för personer med bakgrund i Iran än de andra två länderna, men även där är antalet högre än riket. Läkemedlen är också vanligare bland män inom alla grupper, och störst skillnad mellan kvinnor och män finns i gruppen personer med bakgrund i övriga Asien.

Figur 9. Uttag av läkemedel för diabetes per 1 000 invånare (åldersstandardiserat, år 2022). Källa: Läkemedelsregistret (Socialstyrelsen), Registret över totalbefolkningen, Registret för integrationsstudier och Registret över migration och asylsökande (SCB).



¹⁵ Diabetes typ 2 - Svenska diabetesförbundet

¹⁶ Statistik över uttag av läkemedel med semaglutid - Socialstyrelsen



Foto: Järveveckan/Avet Andimeh

Cancer

Cancer är samlingsnamn för sjukdomar som uppstår på grund av onormal celledelning. Det innebär att celler uppstår där de inte ska finnas och detta utgör ibland en stor risk för den som blir drabbad att bli sjuk. Cancer har förmåga att spridas till andra organ, när sjuka celler sprids i kroppen. Enligt Cancerfonden kan minst 30 procent av all cancer förebyggas med hälsosamma levnadsvanor. Läs gärna mer om cancer i rapporten *Cancer i siffror*.

Vid beräkning av antal cancerfall har en cancerdiagnos per person och år räknats för åren 2018–2022, därefter har medelvärde per år beräknats som antalet cancerfall och antalet cancerfall per 100 000, åldersstandardiserat.

Figur 10 och **11** visar att män drabbas av cancer i högre utsträckning än kvinnor i alla befolkningsgrupper, både vad gäller insjuknande och dödsfall. Insjuknandet i samtliga undersökta grupper är lägre än i den totala befolkningen, och allra lägst är det bland gruppen med bakgrund i övriga Asien. Det är fler män än kvinnor som insjuknar i cancer i alla grupper, även om skillnaden inte är så stor förutom för personer med bakgrund i Syrien.

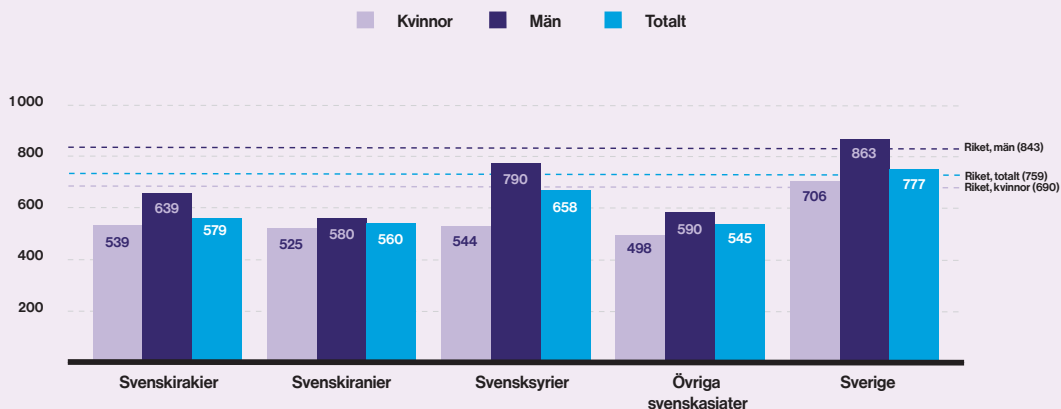
Dödligheten till följd av cancer är också högst bland män med bakgrund i Syrien. Det är även en markant skillnad mellan män och kvinnor i denna grupp – dödligheten i cancer är mer än dubbelt så hög för män som för kvinnor i gruppen. Även i övriga grupper är

skillnaden mellan män och kvinnor betydligt större än för insjuknande. Dödlighet i cancer är lägre för samtliga grupper än totalt sett för de med svensk bakgrund och för riket i sin helhet. Lägst dödlighet är det för personer med bakgrund i Iran, och allra lägst för kvinnor med bakgrund i samma land.

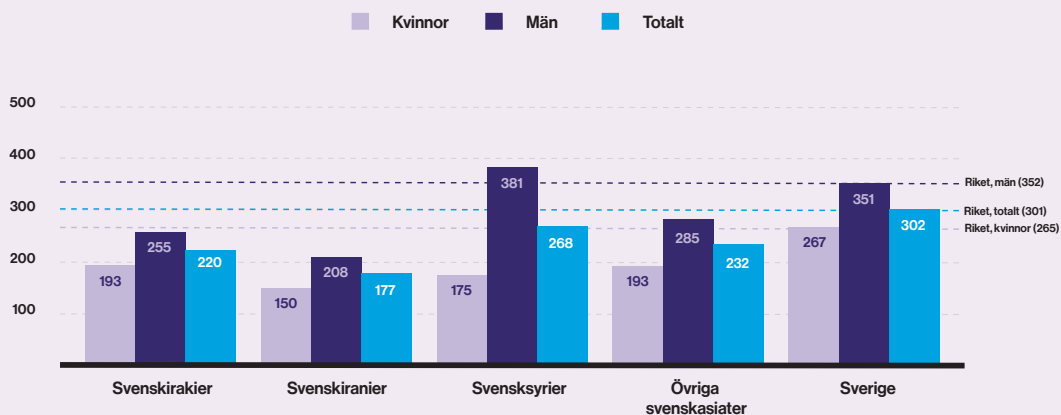
Nedan belyses två cancerformer och statistik kring insjuknande i dessa: lungcancer och kolorektalcancer. Dessa är utvalda eftersom de är två cancerformer där insjuknande till relativt stor del kan bero på livsstilsfaktorer och som därför delvis kan förebyggas (även om de likt alla cancerformer även har ärftliga orsaker).

¹⁷ *Cancer i siffror* - Socialstyrelsen och Cancerfonden

Figur 10. Antal insjuknade i cancer per 100 000 invånare (åldersstandardiserat, 2018–2022). Källa: Cancerregistret (Socialstyrelsen), Registret över totalbefolkningen, Registret för integrationsstudier och Registret över migration och asylsökande (SCB).



Figur 11. Antal avlidna i cancer per 100 000 invånare (åldersstandardiserat, 2018–2022). Källa: Dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen), Registret över totalbefolkningen, Registret för integrationsstudier och Registret över migration och asylsökande (SCB).



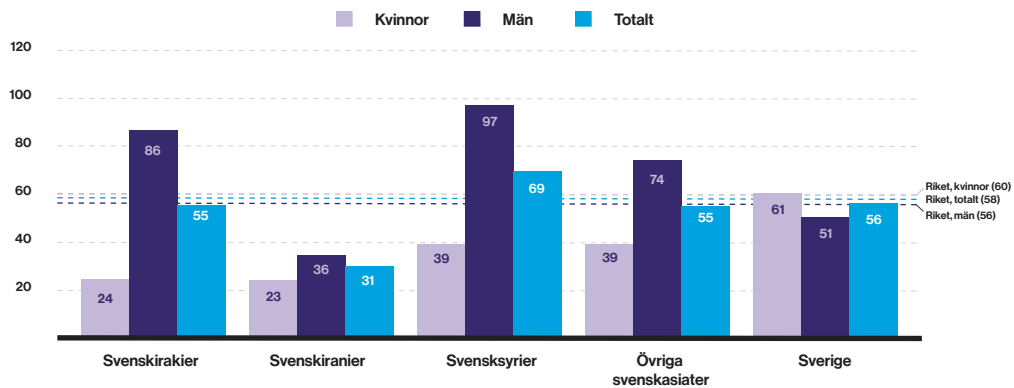
Lungcancer

Lungcancer är en av de vanligaste cancerformerna i Sverige, och sett till andelen dödsfall en av de dödligaste cancerformerna, där ungefär 75 procent av männen som drabbats dör på grund av sin cancer inom fem år. Bland kvinnor som diagnostiserats med lungcancer dör 68 procent av canceren inom fem år¹⁸. Nästan all lungcancer beror på rökning, och är därför en sjukdom som delvis kan förebyggas¹⁹.

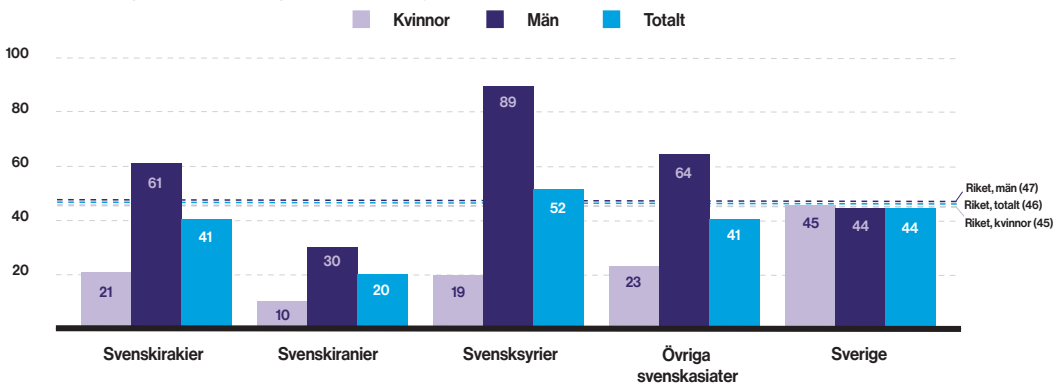
Såväl insjuknande som dödlighet i lungcancer är lägst bland personer med bakgrund i Iran. I samtliga grupper med bakgrund i Asien är insjuknande och dödlighet högre bland män än bland kvinnor. I hela

befolkningen är det fler kvinnor än män som insjuknar i lungcancer men bland grupperna med bakgrund i Asien är det tvärtom och skillnaderna är större mellan könen. När det gäller dödlighet är den mest drabbade gruppen är män med bakgrund i Syrien, där dödligheten är ungefär dubbelt så hög som i den totala befolkningen. Kvinnor med syrisk bakgrund är dock en av de minst drabbade grupperna med färre än hälften så många registrerade dödsfall som för den totala befolkningen, sett till antal per 100 000 invånare.

Figur 12. Antal insjuknade i lungcancer per 100 000 invånare (åldersstandardiserat, 2018–2022). Källa: Cancerregistret (Socialstyrelsen), Registret över totalbefolkningen, Registret för integrationsstudier och Registret över migration och asylsökande (SCB).



Figur 13. Antal avlidna i lungcancer per 100 000 invånare (åldersstandardiserat, 2018–2022). Källa: Dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen), Registret över totalbefolkningen, Registret för integrationsstudier och Registret över migration och asylsökande (SCB).



¹⁸ Statistik lungcancer – dödlighet & överlevnad - Cancerfonden

¹⁹ Lungcancer - 1177

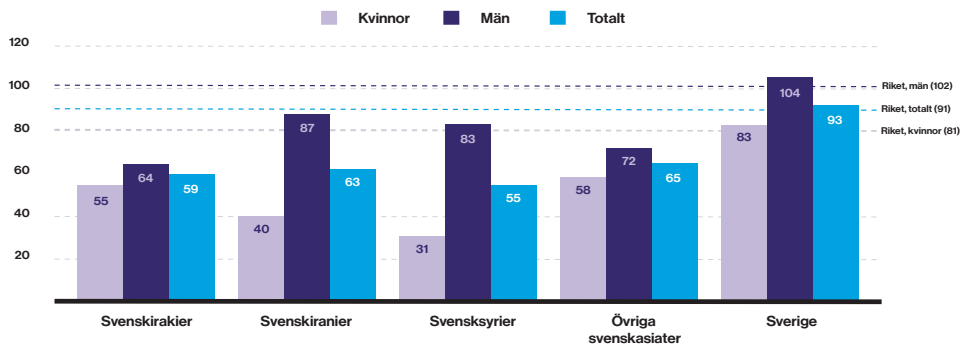
Kolorektalcancer

Kolorektalcancer är ett samlingsnamn för olika cancerformer i tjock- och ändtarmen. Risken för sjukdomen ökar med åldern, och kan delvis bero på ärftliga faktorer. Dock påverkas sjukdomsrisken också av kost- och levnadsvanor likt rökning, alkohol, ensidig kost, och för lite fysisk aktivitet²⁰.

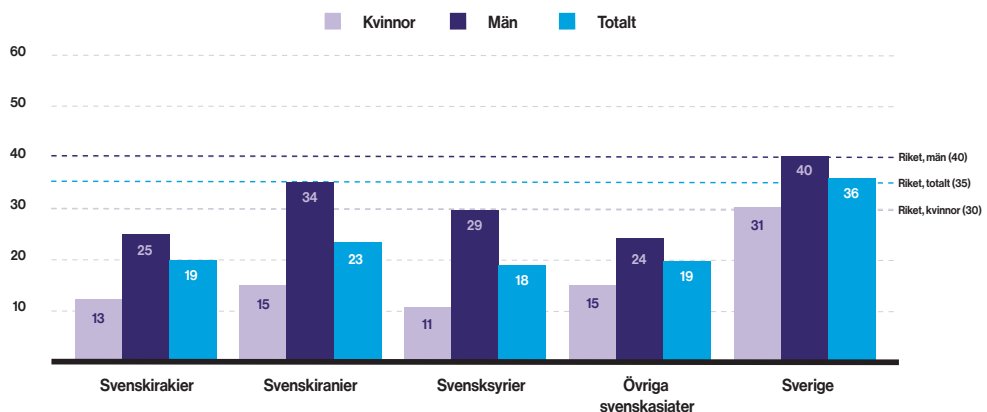
Figur 14 visar att kolorektalcancer är vanligare hos män oavsett bakgrund. Fördelningen mellan grupperna med utrikes bakgrund är relativt jämn, i synner-

het när det kommer till insjuknande. Det är vanligare att män med bakgrund i Iran avlider av sjukdomen än i övriga grupper med bakgrund i Asien, men antalet ligger fortfarande under det totala antalet. Skillnaden i insjuknande är särskilt stor mellan könen hos grupperna med bakgrund i Syrien och Iran, där män står för över dubbelt så många fall som kvinnor.

Figur 14. Antal insjuknade i kolorektalcancer per 100 000 invånare (åldersstandardiserat, 2018–2022). Källa: Cancerregistret (Socialstyrelsen), Registret över totalbefolkningen, Registret för integrationsstudier och Registret över migration och asylsökande (SCB).



Figur 15. Antal avlidna i kolorektalcancer per 100 000 invånare (åldersstandardiserat, 2018–2022). Källa: Dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen), Registret över totalbefolkningen, Registret för integrationsstudier och Registret över migration och asylsökande (SCB)..



²⁰ [Tjocktarmscancer och ändtarmscancer – Cancer.se](https://www.cancer.se/tjocktarmscancer-och-andtarmscancer)

Tabell 1. Antal insjuknade i olika cancerformer per 100 000 (åldersstandardiserat). Femårsmedelvärde år 2018-2022. Källa: Cancerregistret (Socialstyrelsen), Registret över totalbefolkningen, Registret för integrationsstudier och Registret över migration och asylsökande (SCB)..

Cancerform	Kön	Svensk-irakier	Svensk-iranier	Svensk-syrier	Övriga svensk-asiater	Sverige	Riket
Bröst	Kvinna	200,5	183,1	190,6	153,2	206,6	202,1
Prostata	Man	145,5	142,8	182,6	145,5	299,9	283,7
Malignt melanom	Kvinna	2,4*	4,2*	3,5*	6,3	75,1	66,6
Malignt melanom	Man	3,5*	0,6*	/	6,5	65,2	54,8
Malignt melanom	Totalt	2,9*	2,7*	1,9*	6,4	69,2	59,9

/ = inga fall. * = begränsat statistiskt underlag

Tabell 2. Antal döda i olika cancerformer per 100 000 invånare (åldersstandardiserat), femårsmedelvärde år 2018 - 2022. Källa: Dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen), Registret över totalbefolkningen, Registret för integrationsstudier och Registret över migration och asylsökande (SCB).

Cancerform	Kön	Svensk-irakier	Svensk-iranier	Svensk-syrier	Övriga svensk-asiater	Sverige	Riket
Bröst	Kvinna	40,1	28,1	32,1	22,9	32,6	32,4
Prostata	Man	34,4	30,0	35,2	34,2	70,3	68,4
Malignt melanom	Kvinna	2,6*	/	1,3*	0,2*	9,3	8,6
Malignt melanom	Man	3,2*	0,7*	/	0,4*	5,2	4,8
Malignt melanom	Totalt	3,0*	0,3*	0,8*	0,3*	7,1	6,6

/ = inga fall. * = begränsat statistiskt underlag

Andra cancerformer

Utöver ovanstående typer av cancer, med en tydlig koppling till levnadsvanor, hör nedanstående cancerformer till de vanligaste.

Prostatacancer är idag den vanligaste cancerformen i Sverige och nästan en tredjedel av all cancer bland män är prostatacancer. En av tio män får prostatacancer innan 75 års ålder. För de flesta går det inte att fastställa någon orsak, men många som insjuknar har en ärftligt ökad risk. Att regelbundet testa sig genom att lämna PSA-prov kan ha stor betydelse

för att upptäcka och behandla prostatacancer i tid²¹. Bland samtliga befolkningsgrupper med bakgrund i Asien är antalet döda i prostatacancer ungefär hälften så många som totalt sett per 100 000 invånare som totalen på 68.

Bröstcancer är, efter prostatacancer, den vanligaste cancersjukdomen i Sverige. Det finns olika typer av bröstcancer som är mer eller mindre allvarliga. Bröstcancer står för nästan en tredjedel av all kvinnlig cancer. Under 2021 fick 8 700 personer diagnosen, 8 619 kvinnor och 81 män. De flesta orsakerna till bröstcancer

²¹ PSA-prov för prostatacancer - Cancerfonden

går inte att påverka, men sådant som rökning, övervikt, alkoholkonsumtion och för lite fysisk aktivitet är alla faktorer som kan öka risken att drabbas²². Forskning har även visat att amning och antal barn tycks påverka risken; ju längre amningsperiod och ju fler barn, desto lägre risk.²³ För att upptäcka och behandla bröstcancer i tid kan deltagande i screening (mammografi) ha stor betydelse²⁴. Bland kvinnor med bakgrund i Asien diagnosticeras ungefär lika många med bröstcancer som kvinnor totalt sett. Gällande dödlighet så ligger Iran och Syrien på ungefär samma nivå som riket som helhet, medan kvinnor med bakgrund i Irak har mycket högre dödlighet.

Malignt melanom är den allvarligaste formen av hudcancer, och är en av cancerformerna med störst ökning i registrerade fall. Risken att insjukna ökar om man bränt sig många gånger i solen, och det är således något som till viss del kan förebyggas. Malignt melanom är mycket ovanligt bland barn och unga, men att skydda dessa från stark sol i ung ålder minskar risken att de utvecklar sjukdomen senare i livet²⁵. Både sett till antal fall och antal döda är befolkningsgrupperna med bakgrund i Asien tydligt underrepresenterade i statistiken för malignt melanom.

²² [Bröstcancer - 1177](#)

²³ Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease - The Lancet (2002)

²⁴ [Bakgrund och orsaker - Cancercentrum kunskapsbanken](#)

²⁵ [Malignt melanom - hudcancer - 1177](#)



Foto: Järvaveckan/Avat Andimeh

Neuropsykiatriska diagnoser och psykisk ohälsa

Patientregistret är den huvudsakliga källan i följande avsnitt. Registret innehåller patienter som vårdats i specialiserad öppen- och slutenvård. På grund av att patientregistret inte innehåller uppgifter från primärvården täcker registret inte alla patienter som vårdats för psykiska sjukdomar. Hur vården är organiserad i olika regioner kan också påverka siffrorna.

Sammanställningen visar antalet personer som fått en huvuddiagnos i olika hälsotillstånd inom slutenvård och/eller specialiserad öppenvård år 2022. En person kan ha flera av tillstånden under året. Till exempel kan samma person diagnostiseras med depression vid ett vårdtillfälle och ångestsyndrom vid ett annat vårdtillfälle.

Uppgifterna gällande avsiktlig självdestruktiv handling baseras endast på slutenvården. Samtliga siffror som visar antal per 100 000 invånare är åldersstandardiserade efter Sveriges totalbefolkning år 2022.

ADHD

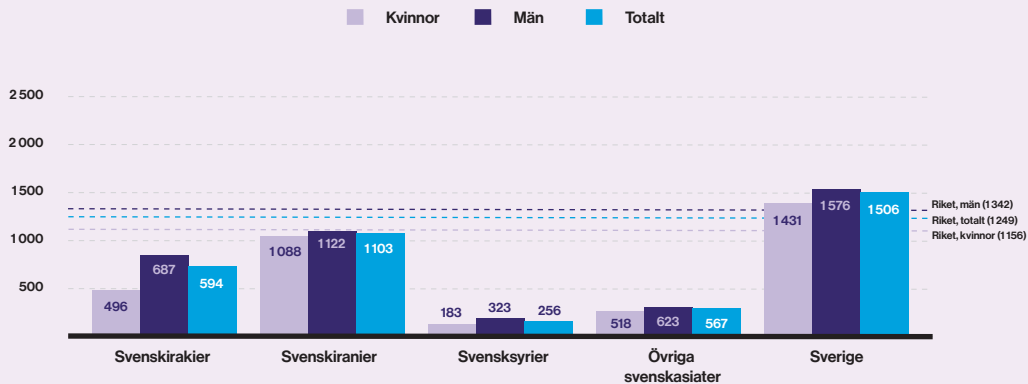
ADHD är en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning som påverkar koncentrationsförmågan och impulskontrollen. Förkortningen ADHD står för 'attention deficit' (uppmärksamhetsstörning) 'hyperactivity disorder' (hyperaktivitetsstörning), och är ett tillstånd som ofta förstärks i särskilda miljöer och situationer. Därtill är det vanligt att personer med ADHD-symptom även har andra typer av besvär, likt inläringssvårigheter eller en diagnos inom autismspektrumet. Om ADHD inte behandlas, är det vanligt att det leder till psykisk ohälsa och försämrat mående, till exempel i form av depression, ångest, eller en beroendeproblematik²⁶. Orsaken till ADHD kan variera, men ärftlighet är en starkt bidragande faktor. Dock spelar även mil-

jön roll, både i hur symptomen utvecklas och hur de märks.

Figur 16 visar antalet personer per 100 000 invånare inom olika befolkningsgrupper som under 2022 vårdades i specialiserad öppenvård och/eller slutenvård med ADHD som huvuddiagnos. Personer med bakgrund i Syrien var den grupp som vårdades i minst utsträckning för ADHD i specialistvård, där antalet per 100 000 är mindre än hälften så stort jämfört med personer med bakgrund i övriga Asien, och nästan fem gånger mindre än det totala antalet per 100 000 i Sverige. Det är färre kvinnor än män med bakgrund i Syrien som får diagnosen, vilket är återkommande för alla bakgrundsländer. Diagnosen ADHD är nästan lika vanlig bland personer med bakgrund i Iran som totalt sett i Sverige.

²⁶ ADHD - 1177

Figur 16. ADHD-diagnoser per 100 000 invånare (åldersstandardiserat, 2022). Källa: Patientregistret (Socialstyrelsen), Registret över totalbefolkningen, Registret för integrationsstudier och Registret över migration och asylsökande (SCB).



Fördelningen av uttag av ADHD-läkemedel stämmer generellt överens med statistiken för vårdade inom specialistvården med ADHD-diagnoser, vilket visar att uttagen för samtliga grupper är proportionerliga i förhållande till diagnosticeringen. Svenskiranierna är

den befolkningsgrupp som är närmast totalen i riket. Däremot hämtar svensksyrier, i synnerhet kvinnor, ut ADHD-läkemedel i mycket låg utsträckning.

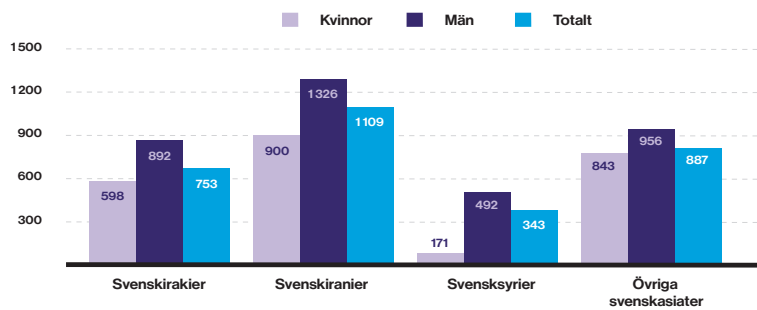
Tabell 3. Läkemedel vid ADHD, per 1 000 invånare (åldersstandardiserat, 2022). Källa: Läkemedelsregistret (Socialstyrelsen), Registret över totalbefolkningen, Registret för integrationsstudier och Registret över migration och asylsökande (SCB).

Kön	Svenskirakier	Svenskiranier	Svensksyrier	Övriga svensksiater	Sverige	Riket
Män	22,4	35,6	10,1	20,9	53,2	43,1
Kvinnor	16,5	31,1	5,7	16,7	45,5	36,8
Totalt	19,5	33,3	8,0	18,7	49,5	40,1

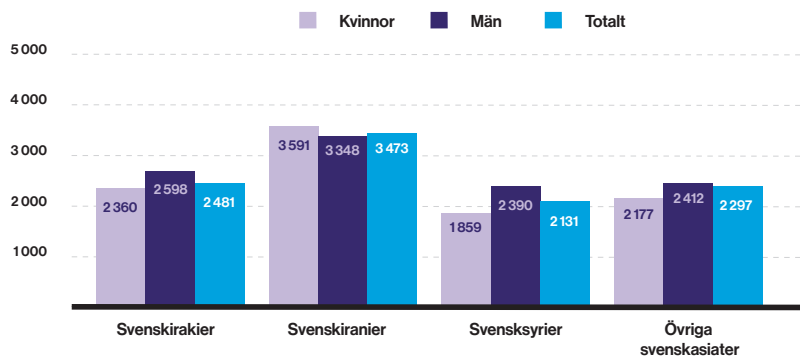
I **Figur 17** och **18** kan vi se en uppdelning av grupperna inom åldersspannet 10–34 år och hur antalet som vårdats i specialistvården för ADHD skiljer sig åt beroende på om personer är födda i ursprungslandet eller är födda i Sverige men med en eller två föräldrar födda

i ursprungslandet. ADHD-diagnoser är betydligt mindre förekommande bland de som är födda i annat land än Sverige.

Figur 17. ADHD-diagnoser per 100 000 invånare (åldersstandardiserat, 2022) mellan 10 och 34 år (**född i ursprungslandet**). Källa: Patientregistret (Socialstyrelsen), Registret över totalbefolkningen, Registret för integrationsstudier och Registret över migration och asylsökande (SCB).



Figur 18. ADHD-diagnoser per 100 000 invånare (åldersstandardiserat, 2022) mellan 10 och 34 år (**född i Sverige med en eller två föräldrar födda i ursprungslandet**). Källa: Patientregistret (Socialstyrelsen), Registret över totalbefolkningen, Registret för integrationsstudier och Registret över migration och asylsökande (SCB).



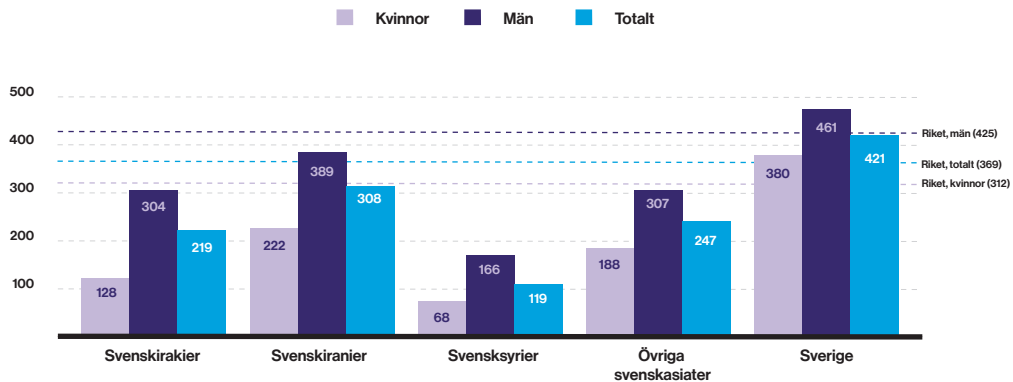
Autism

Autism är en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning likt ADHD, men är tydligare kopplad till hjärnans sätt att hantera information. Ofta tar sig tillståndet uttryck genom sådant som det sociala samspelet, kommunikation, att hantera förändring, samt särskilda fokus på några få intressen eller områden²⁷. Autism är ett spektrum och graden av svårigheter varierar därför. Autism förekommer inte sällan tillsammans med ADHD samt psykiska besvär likt ångest, och på samma vis som med ADHD kan autism vara delvis ärftligt.

Autismdiagnoser är vanligast för de personer som har svensk bakgrund (född i Sverige med båda föräldrar födda i Sverige), vilket är samma mönster som uppvisades för ADHD. När man jämför gruppen som är född i Sverige med föräldrar födda i Asien och personer födda i Asien, är diagnosen, likt för ADHD, vanligare hos personer födda i Sverige med en eller två föräldrar födda i Asien.

Även vad gäller autism vårdas färre personer med syrisk bakgrund jämfört med de andra grupperna. Figuren visar att antalet autismdiagnoser hos personer

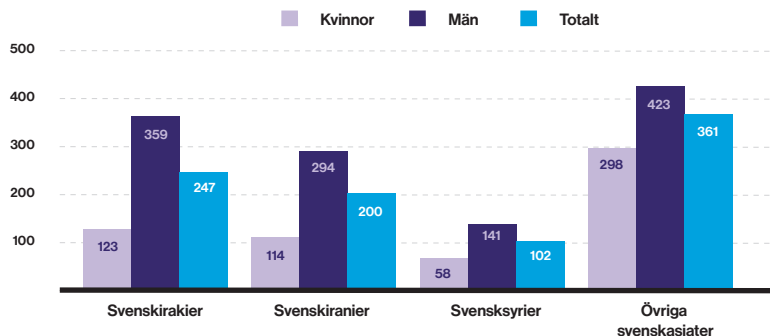
Figur 19. Autismdiagnoser per 100 000 invånare (åldersstandardiserat, 2022). Källa: Patientregistret (Socialstyrelsen), Registret över totalbefolkningen, Registret för integrationsstudier och Registret över migration och asylsökande (SCB).



med bakgrund i Irak ligger relativt nära övriga svenskasiater, medan personer med bakgrund i Iran ligger något högre. Skillnaden är särskilt tydlig mellan könen, där betydligt färre kvinnor diagnostiseras. Likt för ADHD är autism betydligt vanligare bland personer födda i Sverige med en eller två utrikes födda föräldrar

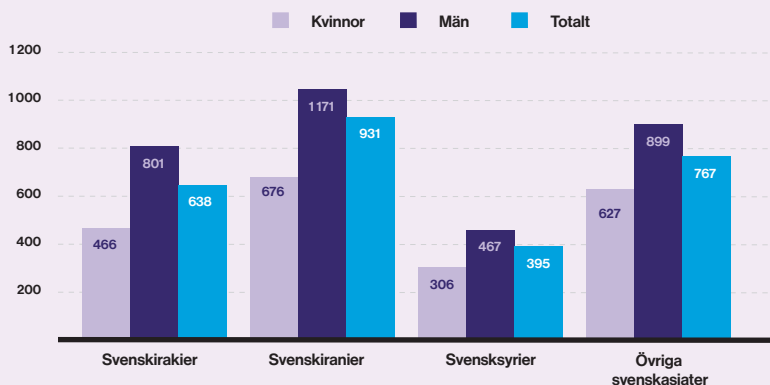
än vad det är för utrikes födda personer. Framför allt bland personer med bakgrund i Iran är skillnaden påtaglig: bland de som är födda i Sverige är det mer än fyra gånger så vanligt jämfört med de som är födda i Iran.

Figur 20. Autismdiagnoser per 100 000 invånare (åldersstandardiserat, 2022) mellan 10 och 34 år (född i ursprungslandet). Källa: Patientregistret (Socialstyrelsen), Registret över totalbefolkningen, Registret för integrationsstudier och Registret över migration och asylsökande (SCB).



²⁷ Autism - 1177

Figur 21. Autismdiagnoser per 100 000 invånare (åldersstandardiserat, 2022) mellan 10 och 34 år (**född i Sverige med en eller två föräldrar födda i ursprungslandet**). Källa: Patientregistret (Socialstyrelsen), Registret över totalbefolkningen, Registret för integrationsstudier och Registret över migration och asylsökande (SCB).

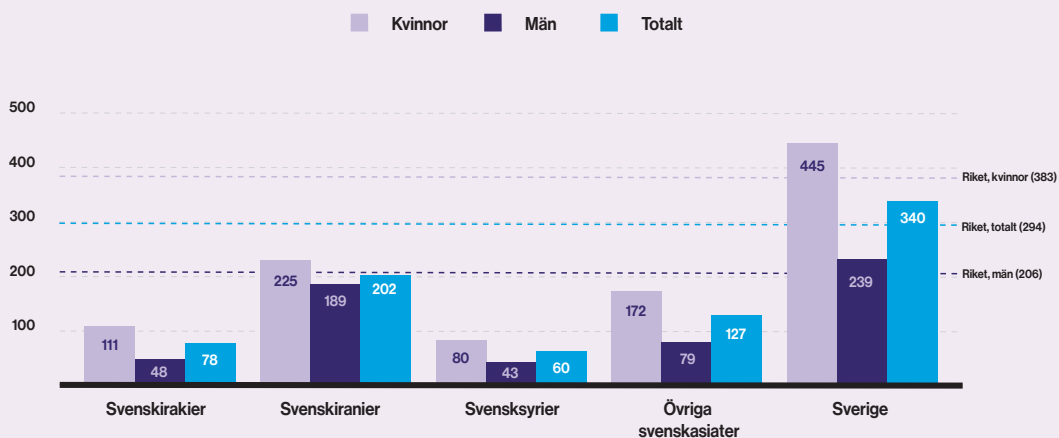


Bipolär sjukdom

Bipolär sjukdom är en allvarlig psykisk sjukdom där drabbade personer lever i perioder av depression och mani, där dalarna är mycket låga och topparna mycket höga. Perioderna kommer vanligtvis var för sig, men symptomen kan också förekomma samtidigt. Maniska episoder innebär ofta höga energinivåer, omdömeslöshet, samt svårigheter att kontrollera impulser, medan perioder av depression präglas av nedstämdhet och trötthet. Vid kraftiga besvär kan personer också uppleva psykotiska symptom²⁹.

I specialistvården är det vanligare att kvinnor vårdas för bipolär sjukdom, oavsett bakgrund. Antalet är särskilt stort bland kvinnor med bakgrund i Sverige, där antalet per 100 000 kvinnor är nästan dubbelt så högt som bland fokusgrupperna i Asien. Även för män är totalen i riket högre än för män med bakgrund i de utvalda länderna i Asien, även om män med bakgrund i Iran ligger något närmare det totala antalet för män i Sverige. Minst förekommande är diagnosen hos svensksyrier, där antalet är hälften så stort som hos individer med ursprung i övriga länder i Asien.

Figur 22. Antal personer som vårdats för bipolär sjukdom per 100 000 invånare (åldersstandardiserat, 2022). Källa: Patientregistret (Socialstyrelsen), Registret över totalbefolkningen, Registret för integrationsstudier och Registret över migration och asylsökande (SCB).



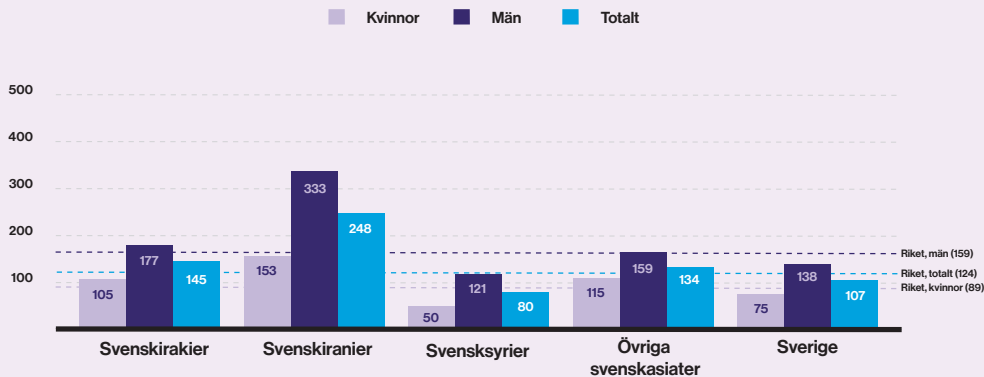
²⁸ [Bipolär sjukdom - 1177](#)

Schizofreni

Schizofreni är den vanligaste formen av psykosjukdom, och innebär ofta symptom som vanföreställningar, hallucinationer, känslomässig avtrubning, samt brist på energi. Ibland medför sjukdomen också kognitiva störningar som exempelvis koncentrations-svårigheter och bristande verbal förståelse. Orsaken till tillståndet är inte fastställt, men sannolikt beror det på en kombination av ärftliga och miljörelaterade faktorer. Det är ganska vanligt att personer med schizofreni upplever socialt utanförskap.²⁹

I kontrast till bipolär sjukdom är det vanligare att män vårdas inom specialistvården för schizofreni. Allra vanligast är sjukdomen hos män med bakgrund i Iran, där antalet per 100 000 invånare är över dubbelt så högt som för män med bakgrund i övriga Asien samt riket. Den minst representerade befolkningsgruppen bland registrerade schizofrenidiagnoser är personer med syriskt ursprung, i synnerhet kvinnor där diagnosen är hälften så vanlig som hos de med ursprung i övriga Asien.

Figur 23. Antal personer som vårdats för schizofreni per 100 000 invånare (åldersstandardiserat, 2022). Källa: Patientregistret (Socialstyrelsen), Registret över totalbefolkningen, Registret för integrationsstudier och Registret över migration och asylsökande (SCB).



Depression och ångest

Depression är en vanligt förekommande psykisk sjukdom som ofta tar sig i uttryck i nedstämdhet och orkeslöshet. Anledningen till att människor drabbas av depression är både ens ärftliga sårbarhet för tillståndet samt yttre faktorer likt stress eller sorg³⁰. Det finns inte någon tydlig gräns mellan allmän nedstämdhet och depression, vilket också innebär att många deprimerade inte får en diagnos. Även ångest är ett tillstånd som många upplever, och kan likt depression förekomma i olika grad. Ångest upplevs ofta som en stark rädsla eller oro som vanligtvis också känns i kroppen. Likt för depression är känsligheten för ångest något

man föds med, men det är också mycket vanligt att det utlöses av yttre faktorer³¹. Det är inte heller ovanligt att personer med depression drabbas av ångest, och vice versa.

Beroende på symtom, tidigare erfarenheter och preferenser för behandling kan depression och ångest behandlas på olika sätt³². Antidepressiva läkemedel är en av de behandlingsmetoder som förskrivs mot både depression och ångest.

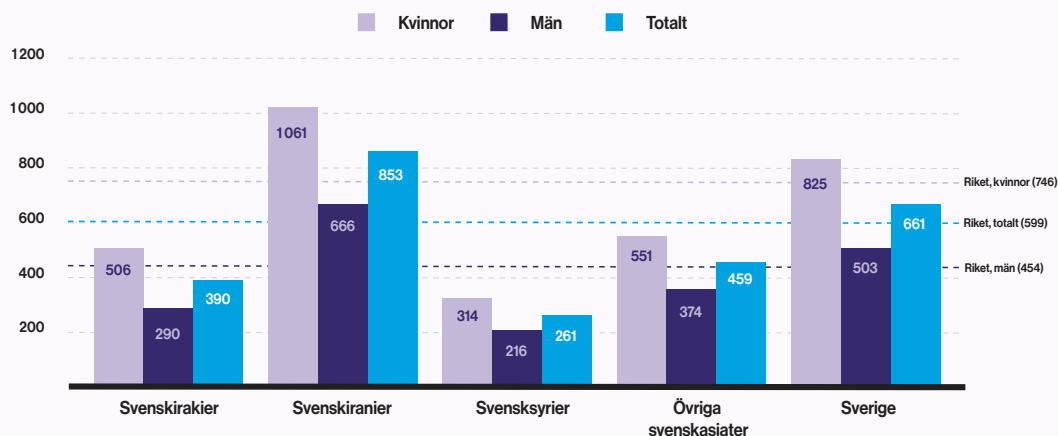
²⁹ Vad är schizofreni - Schizofreniförbundet (schizofreniforbundet.se)

³⁰ Depression - 1177

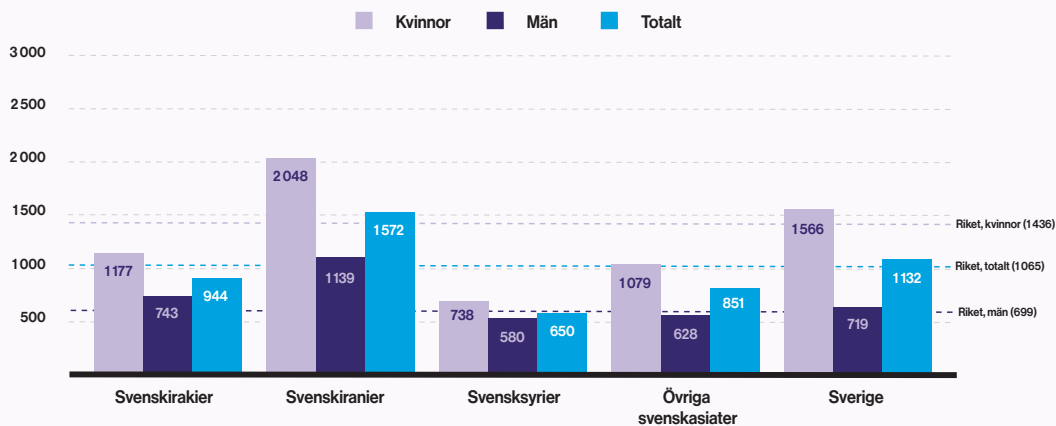
³¹ Ångest - 1177

³² Läkemedel vid depression - 1177

Figur 24. Antal personer som vårdats för depression per 100 000 invånare (åldersstandardiserat, 2022). Källa: Patientregistret (Socialstyrelsen), Registret över totalbefolkningen, Registret för integrationsstudier och Registret över migration och asylsökande (SCB).



Figur 25. Antal personer som vårdats för ångestsyndrom per 100 000 invånare (åldersstandardiserat, 2022). Källa: Patientregistret (Socialstyrelsen), Registret över totalbefolkningen, Registret för integrationsstudier och Registret över migration och asylsökande (SCB).



Figur 24 och 25 visar att fler kvinnor än män vårdas inom specialistvården för ångestsyndrom och depression inom samtliga grupper. Därtill är vårdade inom specialistvården för ångestsyndrom omkring dubbelt så vanligt jämfört med depression, oavsett bakgrund. Detta kan delvis bero på överlappade diagnoser där personer med depression också drabbas av ångest samt att en stor del av dessa patienter behandlas i primärvården, och därmed utgår från patientregistret som rapportens statistik bygger på. Allra vanligast är båda tillstånden hos kvinnor med iransk

bakgrund, där antalet är omkring dubbelt så högt som hos personer med bakgrund i övriga Asien. Likt statistiken för ADHD och autism är antalet vårdade för depression och ångest lägst hos personer med syrisk bakgrund, i synnerhet bland män.

Uthämtningen av antidepressiva läkemedel följer ett liknande mönster som diagnoserna när vi jämför antalet per bakgrundsland. Dock är kvinnor med bakgrund i Sverige den grupp som hämtar ut mest antidepressiva läkemedel.

Tabell 4. Antidepressiva läkemedel, per 1 000 invånare (åldersstandardiserat, 2022). Källa: Läkemedelsregistret (Socialstyrelsen), Registret över totalbefolkningen, Registret för integrationsstudier och Registret över migration och asylsökande (SCB).

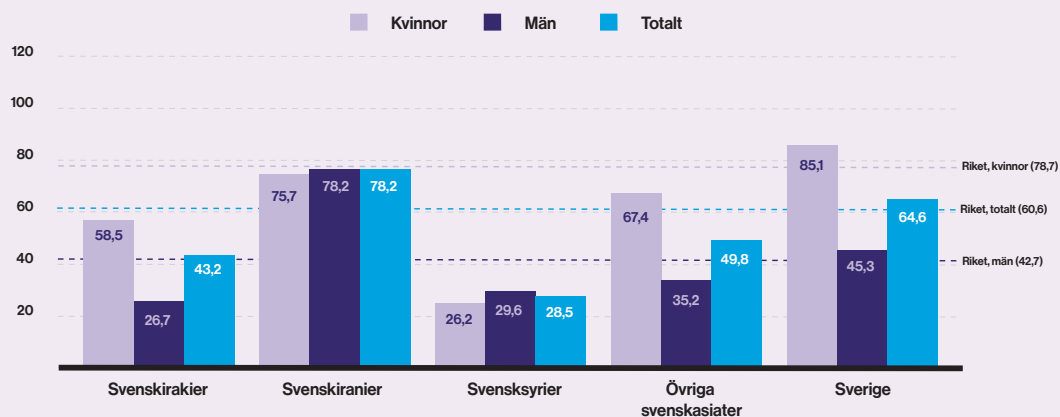
Kön	Svensk-irakier	Svensk-iranier	Svensk-syrier	Övriga svensk-asiater	Sverige	Riket
Män	31,3	56,1	25,9	30,0	64,1	53,0
Kvinnor	48,6	96,6	27,6	55,1	131,4	106,8
Totalt	39,6	76,1	26,7	41,4	96,8	79,0

Självdestruktiv handling

Självdestruktiv handling innebär ett medvetet självskadebeteende där personer gör sig själv illa fysiskt. Detta görs ofta i syfte att hantera känslomässiga eller mentala problem och svåra tankar, där den fysiska smärtan används för att blockera den psykiska. Beroende på underliggande problematik kan självskadebeteenden användas av personer som självbestraffning eller i lugnande syfte³³.

Det är betydligt vanligare att kvinnor slutenvårdas på grund av självdestruktiv handling. Undantaget är de med bakgrund i Iran och Syrien, där något fler män vårdas. Svenskiraniska män vårdas i nästan dubbelt så hög utsträckning som män totalt sett, medan svenskiraniska kvinnor vårdas i liknande utsträckning som totalt i riket. Omkring hälften så många svensksyrier vårdas för självdestruktiv handling jämfört med den totala befolkningen, sett till antal vårdade per 100 000 invånare.

Figur 26. Fall av avsiktig självdestruktiv handling (endast slutenvård) per 100 000 invånare (åldersstandardiserat, 2022). Källa: Patientregistret (Socialstyrelsen), Registret över totalbefolkningen, Registret för integrationsstudier och Registret över migration och asylsökande (SCB).



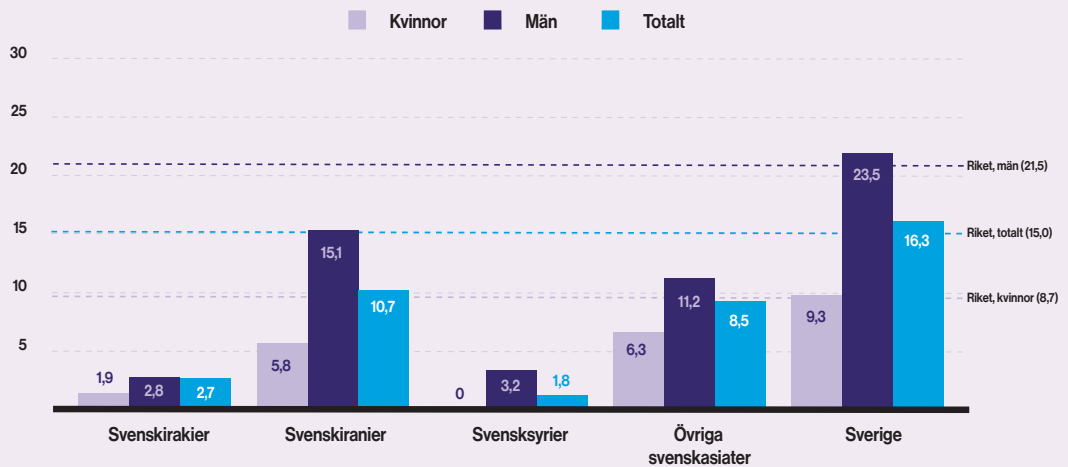
³³ Att skada sig själv - 1177.

Själv mord

Varje år tar runt 1 200 personer sina liv och för ytterligare omkring 300 personer som dör finns det även misstanke om suicid, men avsikten har inte kunnat fastställas. Antalet har minskat i Sverige under de senaste decennierna i de flesta åldersgrupper, undantaget är bland unga människor. Tidigare data från Socialstyrelsens register har visat att risken för suicid är fem gånger vanligare bland människor som också är ekonomiskt utsatta³⁴.

Det är betydligt vanligare att män tar sitt liv jämfört med kvinnor, oavsett bakgrund. På så sätt skiljer det sig från självdestruktiv handling. Sett till det totala antalet per 100 000 så är det dubbelt så vanligt att män tar sina liv jämfört med kvinnor. Samtliga tre utvalda bakgrundsländer har färre självmord än den totala befolkningen, sett till antal per 100 000 invånare, men det är vanligare bland personer med bakgrund i Iran än bland de med bakgrund i Irak och Syrien.

Figur 27. Antal självmordsfall per 100 000 invånare (åldersstandardiserat, 2018–2022). Källa: Dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen), Registret över totalbefolkningen, Registret för integrationsstudier och Registret över migration och asylsökande (SCB).



³⁴ [Suicid och suicidprevention - Socialstyrelsen](#)

Tandhälsa

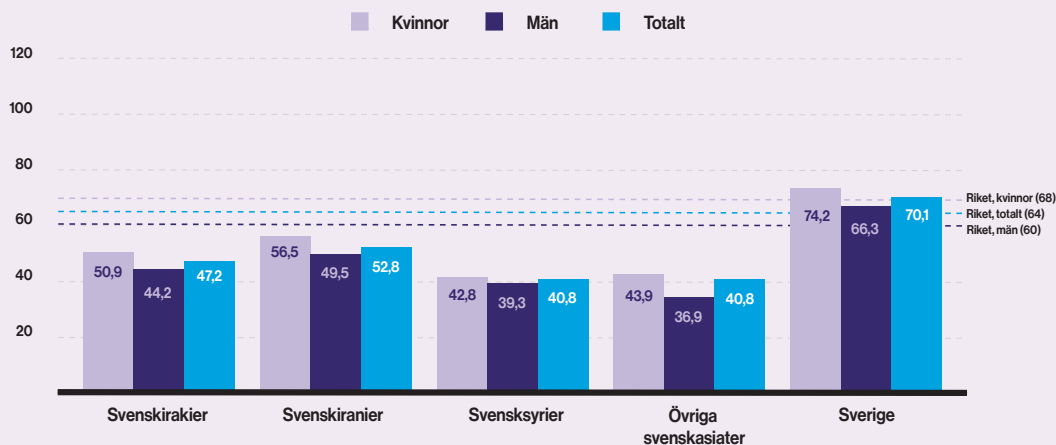
Basundersökning

Statistiken för basundersökningar inkluderar personer folkbokförda i Sverige 2019-12-31 – 2022-12-31, och 24 år och äldre, och visar andelen personer som genomfört minst en basundersökning de senaste tre åren (2020–2022). En basundersökning kan utföras av en tandläkare eller en tandhygienist. Undersökningen ska visa om det finns några hål i tänderna, tandköttsinflammation, tandlossning eller andra tecken på sjukdom eller problem i munnen. Röntgenbilder tas på tänderna och patienten får information om hur

tänderna ska skötas på bästa sätt för att förebygga problem. Andelarna är ålderstandardiserade efter den totala befolkningen år 2022.

Med undantag för personer med bakgrund i Iran så har samtliga befolkningsgrupper med bakgrund i Asien en andel lägre än 50 procent som genomfört en basundersökning de senaste tre åren. Andelen i den totala befolkningen är 64 procent. För samtliga bakgrundsländer är det en mindre andel män än kvinnor som genomfört en basundersökning.

Figur 28. Andel av befolkningen som genomfört basundersökning. Källa: Tandhälsoregistret (Socialstyrelsen), Registret över totalbefolkningen, Registret för integrationsstudier och Registret över migration och asylsökande (SCB).



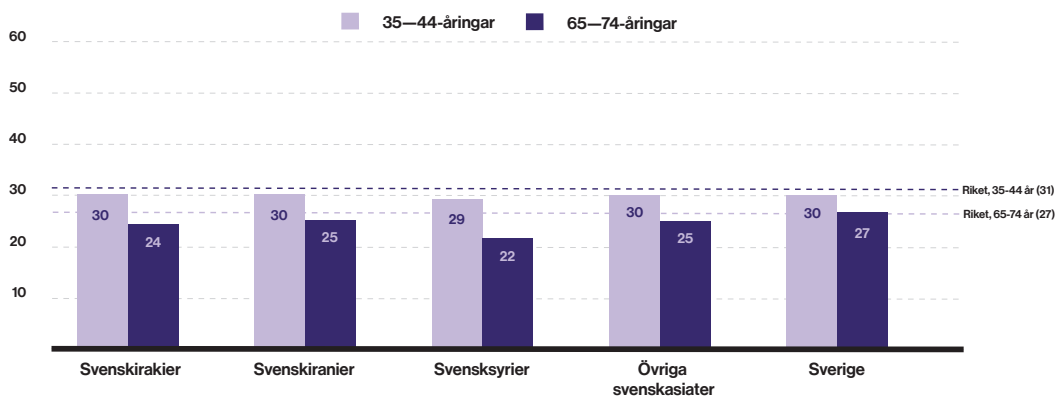
Kvarvarande och intakta tänder

Vidare studeras antalet kvarvarande och intakta tänder. Statistiken inkluderar personer folkbokförda i Sverige 2021-12-31 – 2022-12-31, och som besökte tandvården 2022. Personerna var 35–44 respektive 65–74 år vid besökstillfället. En kvarvarande tand är en tand som har en naturlig rot, är delvis frambruten eller har synlig tandrot. Hit räknas också visdomständer. Beroende på om visdomständerna är frambrutna eller har synlig tandrot kan en person ha upp till 32 kvarvarande tänder. När antalet kvarvarande tänder minskar kan tuggfunktionen påverkas negativt. Generellt anses ett bett med tio främsta tänderna i varje käke (dvs. totalt 20 tänder) kunna ge tillfredställande tuggfunktion. En intakt tand är en kvarvarande tand som inte har konstaterade dentinskadorna som kräver

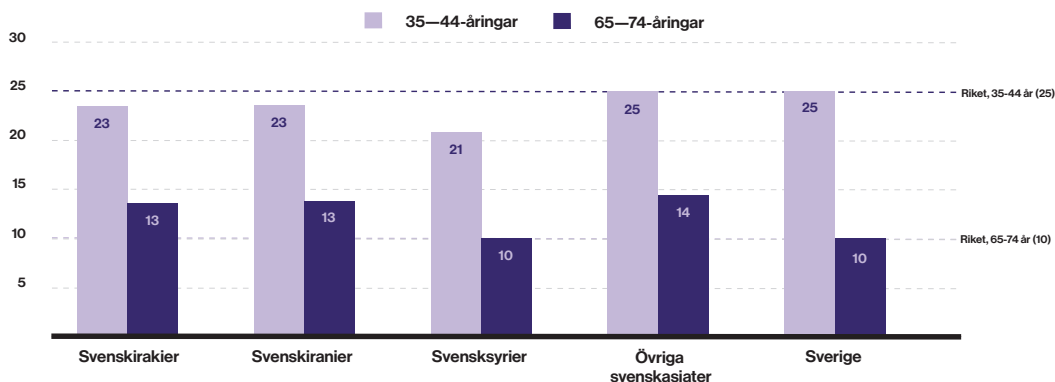
behandling. Den får inte ha någon fyllning och inte heller protetiska ersättningar.

I de flesta befolkningsgrupper är medianen av antalet kvarvarande tänder lägre än i den totala befolkningen, för både 35–44-åringar och 65–74-åringar. Personer med bakgrund i Syrien har den lägsta medianen av kvarvarande tänder, både bland 35–44-åringar och 65–74-åringar: 29 respektive 22 kvarvarande tänder. Även gällande antalet intakta tänder har samma befolkningsgrupp den lägsta medianen: 21 bland 35–44-åringar och 10 bland 65–74-åringar. Däremot uppvisas ett motsatt mönster när intakta tänder studeras i stället för kvarvarande bland 65–74-åringar: grupperna med bakgrund i Asien har högre eller samma median som den totala befolkningen.

Figur 29. Median av antalet kvarvarande tänder bland personer som besökte tandvården 2022. Källa: Tandhälsoregistret (Socialstyrelsen), Registret över totalbefolkningen, Registret för integrationsstudier och Registret över migration och asylsökande (SCB).



Figur 30. Median av antalet intakta tänder bland personer som besökte tandvården 2022. Källa: Tandhälsoregistret (Socialstyrelsen), Registret över totalbefolkningen, Registret för integrationsstudier och Registret över migration och asylsökande (SCB).



Sammanfattning på Engelska

What is Järvaveckan Research?

Today, Sweden is one of the most thoroughly surveyed countries in the world, with a comprehensive census system, detailed public statistics and regular opinion polls. Still, some social groups, particularly people from non-European backgrounds and those living in deprived neighbourhoods, are systematically under-represented in our population surveys. It is also unusual for public statistics to be broken down into details other than the categories of non-native and foreign background. These groups now constitute a significant part of the Swedish population and are often at the centre of political debate, but their voices are largely missing from the decision-making processes that govern our society.

Järvaveckan Research aims to shed light on this 'blind spot' in Swedish statistics and public opinion by conducting targeted surveys and reports. By comparing the results with a cross-section of the Swedish population as a reference, we provide unique insights into the opinions, attitudes, living conditions and lifestyles that characterise Sweden.

The aim is to increase the representativeness of Swedish population surveys and public statistics to reduce the distance between decision-makers and citizens. By giving a stronger voice to under-represented groups and making the needs of all Swedes visible, we strive to identify and find solutions to many of the challenges posed by segregation in Sweden.

- **Improved representativeness:** By including more voices, especially from groups that are often overlooked today, we will get a more complete picture of the opinions and living conditions of the Swedish people. This is important to ensure that the decisions taken at national, regional and local levels are based on a fair and inclusive basis.

- **Strengthening the legitimacy of political decisions:** When more voices are heard, especially from groups that have traditionally been hard to reach or ignored, the legitimacy of political decisions increases. Decisions based on a broader and more inclusive understanding of the needs and views of the population are more likely to be gain wide support and thus be

more sustainable in the long term.

- **Contribution to the public debate:** The results from Järvaveckan Research provide a valuable basis for the public debate. By highlighting the perspectives that are often missing from today's debate, we can contribute to a more nuanced and informed discussion on important societal issues such as integration, democracy, health, equality, security, labour market and media habits, etc. This may in turn lead to more people engaging in societal issues and feeling part of the democratic process.

- **Development of new methods:** By testing and developing new methods to reach and engage hard-to-reach groups, we can create tools that other players in research and social analysis can also benefit from and be inspired by. This can lead to improved data collection and analysis methods for population surveys and public statistics.

- **Long-term social impacts:** In the long term, we expect that the insights created by Järvaveckan Research will help narrow the gaps in Swedish society. By better understanding the factors affecting people in deprived neighbourhoods and people with a foreign background, especially non-European backgrounds, we can identify effective strategies to reduce segregation, increase security and promote more inclusive societal development.

Why is the focus on these six background countries?

Järvaveckan Research has prepared two unique reports focusing on health and healthcare that compare differences based on the respondents' background country. The reports focus on the three largest population groups from Africa and Asia, respectively. People from Somalia, Eritrea and Ethiopia make up more than half of all non-native people from the African continent in Sweden. Iraq, Iran and Syria account for more than half of all non-native people from the Asian continent in Sweden. These six countries account for more than half of all people born in countries outside Europe and 26.3 per cent of all non-native people in Sweden.

The reports clearly show that large differences in

health exist between the different population groups and the cross-section of the Swedish population, i.e. the general public. Shedding light on these inequalities is important to be able to combat them and create a more equal society where everyone has the opportunity to live a healthy life.

Järvaveckan Research hopes that the reports contribute to increased awareness of the challenges that Swedes with a background from Africa and Asia face in terms of health and healthcare. By highlighting inequalities, we can create a more equal and healthy society for all, regardless of background.

The importance of including background country in health statistics

The health status of a population is influenced by a complex interaction of individual, environmental and societal factors, such as heritage, age, gender, socio-economic status and cultural conditions. These factors can lead to significant differences in health between different groups in society. Including background country as a dimension in health statistics is important because it provides a more nuanced understanding of how health varies between different population groups and what particular challenges these groups encounter.

For people with a foreign background, especially those born outside Europe, living conditions and lifestyles can differ significantly from those of the general population. This can affect their access to healthcare, health habits and ultimately their overall health status. For instance, socio-economic conditions, language skills, cultural norms and previous experiences from the home country can play a significant role in how individuals from these groups navigate and interact with the healthcare system in Sweden. In addition, discrimination and racism can have a serious and negative impact on their experience of healthcare and willingness to seek and receive the proper help.

By focusing specifically on population groups with a background in specific regions such as Asia and Africa, where countries such as Somalia, Eritrea, Ethiopia, Syria, Iraq and Iran make up a significant proportion of the non-native population in Sweden, we are able to highlight inequalities in health and identify the specific needs of these groups. This is not only a matter of identifying inequalities, but also the starting point for understanding the underlying causes and

creating the conditions for more equal health.

Understanding how background country affects health is important for developing effective public health strategies and targeted interventions that can reduce inequalities in health. By integrating this dimension into the statistics, we can provide a more accurate picture of the state of health in Sweden and ensure that healthcare meets the needs of all parts of the population. It is about providing decision-makers, health professionals and other stakeholders with the knowledge needed to improve the health of the most vulnerable groups and promote equal healthcare for all.

Järvaveckan Research presents this report as a basis for further research on inequalities in health based on country of origin. The report presents differences in health statistics but does not include in-depth analyses or links between health outcomes and factors such as educational background or income. Further research is needed to explore these relationships and what underlies the results.

Summary of the interim report: Swedes with an Asian background in (Somalia, Eritrea, Ethiopia)

1. Population groups with an Asian background generally have a lower mortality rate than the Swedish average. In contrast, the infant mortality rate among people with a background in Syria and Iraq is significantly higher than in the total population.
2. Fewer people with an Asian background are involved in accidents than in the country as a whole, in terms of numbers per 100,000.
3. The number of heart attack cases per 100,000 inhabitants is generally higher among population groups with an Asian background. The number of cases among men with a Syrian background is more than twice as many compared to the total number of cases per 100,000 inhabitants across the country.
4. A larger proportion of people with a background in Iraq and Syria are prescribed medicines to treat cardiovascular diseases compared to the average in Sweden.
5. Prescriptions of diabetes medication are

more common among population groups with an Asian background.

6. The number of people diagnosed with cancer per 100,000 inhabitants is lower for people with an Asian background but among people with a background in Iraq and Syria, more people develop several of the types of cancer examined.

7. The number of lung cancer cases is higher among men with a background in Iraq or Syria. Mortality from lung cancer is higher among Swedish-Syrian men but lower among Swedish-Iranian men compared to the total group of men. Women of Asian background have lower lung cancer mortality compared to the overall population.”

8. ADHD diagnoses are significantly less common among population groups with an Asian background than in the country in general.

9. The population group with an Iranian background has the largest number of diagnoses linked to depression and anxiety.

10. People with an Asian background have fewer prescriptions of antidepressants than the rest of the country.

11. Among people with an Asian background, about 50 percent have undergone a thorough dental examination in the last three years, compared to 64 percent of the overall population.

Sammanfattning på Arabiska

ما هو Järvaveckan Research؟

تعد السويد اليوم واحدة من أكثر دول العالم التي تم رسمها بعناية، فهي لديها نظام شامل لتسجيل السكان وإحصاءات عامة مفصلة واستطلاعات رأي منتظمة. وعلى الرغم من ذلك، فإن بعض الفئات المجتمعية، وخاصة الأشخاص من ذوي الخلفيات غير الأوروبية وأولئك الذين يعيشون في المناطق الضعيفة والمعرضة للخطر، ممثلة تمثيلاً ناقصاً بشكل منهجي في مسوحاتنا السكانية. هذا ومن غير المعتاد أيضاً أن تقسم الإحصاءات العامة بمزيد من التفصيل أكثر من تقسيمها إلى فئات الأشخاص المولودين في الخارج والخلفية الأجنبية. تشكل هذه المجموعات اليوم جزءاً مهماً من السكان السويديين وغالباً ما تتم مناقشة هذه المجموعات في النقاش السياسي، لكن أصواتهم غالباً ما تكون غائبة عن أساس صنع القرار الذي يحكم مجتمعنا.

يهدف Järvaveckan Research إلى تسليط الضوء على هذه "النقطة المخفية" في الإحصاءات السويدية والرأي العام من خلال إجراء استطلاعات وتقارير موجهة. من خلال مقارنة النتائج مع مقطع عرضي من السكان السويديين كمرجع، نحن نساهم برؤى فريدة فيما يتعلق بالأراء والمواقف والأحوال المعيشية والظروف المعيشية والعادات الحياتية التي تميز السويد.

والهدف من ذلك هو زيادة الطابع التمثيلي للدراسات الاستقصائية السكانية السويدية والإحصاءات العامة، وبالتالي تقليص المسافة بين صانعي القرار والمواطنين. من خلال إعطاء صوت أقوى للمجموعات الممثلة تمثيلاً ناقصاً وإبراز احتياجات جميع السويديين، نحن نسعى جاهدين لتحديد وإيجاد حلول للكثير من التحديات التي ينطوي عليها العزل العنصري في السويد.

- **تحسين التمثيل:** من خلال تضمين المزيد من الأصوات، خاصة من المجموعات التي غالباً ما يتم تجاهلها اليوم، سنحصل على صورة أكثر اكتمالاً لأراء الشعب السويدي وظروفه المعيشية. هذا أمر مهم لضمان استناد القرارات المتخذة على مستوى الدولة والإقليم والبلدية إلى أساس عادل وشامل.
- **تعزيز شرعية القرارات السياسية:** عندما يتم سماع المزيد من الأصوات، خاصة من المجموعات التي كان عادة من الصعب الوصول إليها أو تم تجاهلها، تزداد شرعية القرارات السياسية التي يتم اتخاذها. ومن الأرجح أن تحظى القرارات القائمة على فهم أوسع وأشمل لاحتياجات السكان وأرائهم بدعم واسع النطاق وبالتالي تكون أكثر استدامة على المدى الطويل.
- **المساهمة في النقاش المجتمعي:** تساهم نتائج Järvaveckan Research في أساس قيم النقاش العام. من خلال إبراز المنظورات التي كثيراً ما تكون مفقودة في نقاش اليوم، يمكننا أن نسهم في مناقشة أكثر دقة واستنارة بشأن القضايا الاجتماعية الهامة مثل الاندماج والديمقراطية والصحة والمساواة بين الجنسين والأمن وسوق العمل وعادات وسائل الإعلام، وما إلى ذلك. وهذا بدوره يمكن أن يؤدي إلى انخراط المزيد من الناس في القضايا الاجتماعية وشعورهم بالمشاركة في العملية الديمقراطية.
- **تطوير طرق جديدة:** من خلال اختبار وتطوير طرق جديدة للوصول إلى المجموعات التي يصعب الوصول إليها وإشراكها، يمكننا إنشاء أدوات يمكن للجهات الأخرى الفاعلة في البحث والتحليل الاجتماعي الاستفادة منها والحصول على الإلهام من خلالها. ويمكن أن يؤدي ذلك إلى تحسين أساليب جمع البيانات وتحليلها من أجل الدراسات الاستقصائية السكانية والإحصاءات العامة.
- **الأثر المجتمعية طويلة المدى:** نتوقع على المدى الطويل أن تساهم المعلومات والمعرفة المستمدة من Järvaveckan Research في تقليص الفجوات في المجتمع السويدي. من خلال خلق فهم أفضل للعوامل التي تؤثر على الناس في المناطق الضعيفة والمعرضة للخطر وعلى الأشخاص ذوي الخلفية الأجنبية، وخاصة الخلفية غير الأوروبية، يمكننا تحديد استراتيجيات فعالة للحد من العزل العنصري وزيادة الأمن وتعزيز تنمية مجتمعية أكثر شمولاً.

لماذا يتم التركيز على هذه البلدان الخلفية الستة؟

لقد أعدَّ Järvaveckan Research تقريرين فريدين يركزان على الرعاية الصحية والطبية التي تقارن الاختلافات بناءً على البلد الخلفية للمشاركين في الاستطلاع. وركز التقريران على أكبر ثلاث مجموعات سكانية من أفريقيا وآسيا. الأشخاص من الصومال وإريتريا وإثيوبيا يشكلون في السويد أكثر من نصف عدد جميع الأشخاص المولودين في الخارج من القارة الأفريقية. والأشخاص من العراق وإيران وسوريا يشكلون في السويد أكثر من نصف عدد جميع الأشخاص المولودين في الخارج من القارة الآسيوية. تشكل هذه البلدان الستة في السويد أكثر من نصف عدد جميع الأشخاص المولودين في بلدان خارج أوروبا و 26,3 في المائة من جميع الأشخاص المولودين في الخارج.

وبين التقريران بوضوح أن هناك اختلافات كبيرة في الصحة بين مختلف فئات السكان والقطاع العرضي للسكان السويديين، أي عامة الناس. إن تسليط الضوء على أوجه عدم المساواة هذه هو أمر مهم من أجل مكافحتها ومن أجل خلق مجتمع أكثر مساواة حيث نتاح للجميع فيه الفرصة ليعيشوا حياة صحية.

بأمل Järnaveckan Research أن تساهم التقارير في رفع مستوى المعرفة حول التحديات التي يواجهها السويديون ذوو الخلفيات من إفريقيا وآسيا عندما يتعلق الأمر بالرعاية الصحية والطبية. من خلال تسليط الضوء على عدم المساواة، يمكننا معاً خلق مجتمع أكثر مساواة وصحة للجميع، بغض النظر عن الخلفية.

أهمية إدراج اسم بلد الخلفية في الإحصاءات الصحية

تتأثر الحالة الصحية لدى السكان بتفاعل معقد بين العوامل الفردية والبيئية والمجتمعية مثل الوراثة والعمر والجنس والوضع الاجتماعي والاقتصادي والظروف الثقافية. هذه العوامل يمكن أن تؤدي إلى اختلافات كبيرة في الصحة بين الفئات المختلفة في المجتمع. إن إدراج بلد الخلفية كبعد في الإحصاءات الصحية أمر مهم لأنه يوفر فهماً أكثر دقة لكيفية اختلاف الحالة الصحية بين الفئات السكانية المختلفة وللتحديات المحددة التي قد تواجهها هذه الفئات.

بالنسبة للأشخاص ذوي الخلفية الأجنبية، وخاصة أولئك الذين ولدوا خارج أوروبا، هناك اختلافات كبيرة بينهم وبين بقية السكان بخصوص الأحوال المعيشية والظروف المعيشية والعادات الحياتية. يمكن أن يؤثر ذلك على حصولهم على الرعاية الصحية وعلى العادات الصحية، وبالتالي على حالتهم الصحية العامة. على سبيل المثال، يمكن أن تلعب الظروف الاجتماعية والاقتصادية والمهارات اللغوية والمعايير الثقافية والخبرات السابقة من البلد الأم دوراً مهماً في كيفية تعامل الأفراد من هذه المجموعات مع نظام الرعاية الصحية في السويد وتفاعلهم معه. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يكون للتمييز والعنصرية تأثير خطير وسلب على تجربتهم في الرعاية الصحية واستعدادهم لطلب المساعدة المناسبة وتلقيها.

من خلال التركيز بشكل خاص على المجموعات السكانية ذات الخلفيات من مناطق محددة مثل آسيا وإفريقيا، حيث تشكل دول مثل الصومال وإريتريا وإثيوبيا وسوريا والعراق وإيران جزءاً كبيراً من سكان السويد المولودين في الخارج، يمكننا تسليط الضوء على أوجه الاختلاف في المجال الصحي وتحديد الاحتياجات الخاصة لهذه المجموعات. وهذه ليست مسألة تحديد الاختلافات فحسب، بل هي أيضاً نقطة البداية لفهم الأسباب الكامنة وتهيئة الظروف لمزيد من المساواة في المجال الصحي.

إن فهم كيفية تأثير بلد الخلفية على الصحة أمر مهم لوضع استراتيجيات فعالة للصحة العامة وللتدخلات الموجهة والتي يمكنها أن تقلل من المفارقات وعدم المساواة في المجال الصحي. من خلال دمج هذا البعد في الإحصاءات، يمكننا تقديم صورة أكثر دقة للحالة الصحية في السويد والتأكد من أن الرعاية الصحية تلبي احتياجات جميع شرائح السكان. يتعلق الأمر بتزويد صانعي القرار والعاملين في الرعاية الصحية والجهات الفاعلة الأخرى بالمعرفة اللازمة لتحسين صحة الفئات الأكثر ضعفاً وتعزيز الرعاية الصحية لتكون ذات شروط متساوية للجميع.

يقدم Järnaveckan Research هذا التقرير كأساس لمزيد من البحث حول المفارقات وعدم المساواة في المجال الصحي على أساس بلد المنشأ. هذا ويعرض التقرير الاختلافات في الإحصاءات الصحية ولكنه لا يتضمن تحليلاً متعمقاً أو صلات بين الحصائل (النتائج) الصحية وعوامل مثل الخلفية التعليمية أو الدخل. هناك حاجة إلى مزيد من البحث لاستكشاف هذه الصلات وما يكمن وراء النتائج.

ملخص

تقرير أولي: سويديون من أصول آسيوية (سوريا، العراق، إيران)

1. المجموعات السكانية ذات الخلفية الآسيوية لديها عموماً معدل وفيات أقل من المتوسط في السويد. وفي المقابل، فإن معدل وفيات الرضع بين الأشخاص ذوي الأصول السورية والعراقية أعلى بكثير مما هو عليه لدى إجمالي السكان.
2. عدد الأشخاص ذوي الخلفية الآسيوية الذين يموتون بسبب الحوادث أقل مما هو عليه في المملكة ككل، من حيث الأعداد لكل 100 ألف.
3. عدد حالات النوبات القلبية لكل 100 ألف نسمة أعلى بشكل عام بين المجموعات السكانية ذات الخلفية الآسيوية. ويبلغ عدد الحالات بين الرجال ذوي الأصول السورية أكثر من الضعف مقارنة بإجمالي الحالات لكل 100 ألف نسمة في المملكة.
4. نتناول نسبة أكبر من الأشخاص ذوي الأصول العراقية والسورية الأديوية المتعلقة بأمراض القلب والأوعية الدموية مقارنة بالمتوسط في السويد.
5. يعد صرف دواء السكري أكثر شيوعاً بين المجموعات السكانية ذات الخلفية الآسيوية.
6. إن عدد الأشخاص الذين تم تشخيص إصابتهم بالسرطان لكل 100 ألف نسمة أقل لدى الأشخاص ذوي الخلفية الآسيوية، أما بالنسبة للأشخاص ذوي الخلفية العراقية والسورية، فيصاب عدد أكبر منهم بالعديد من أنواع السرطان التي تم فحصها.

7. عدد حالات سرطان الرئة أعلى بين الرجال الذين لديهم أصول عراقية أو سورية. معدل الوفيات الناجمة عن سرطان الرئة أعلى بين الرجال السويديين السوريين ولكنه أقل بين الرجال السويديين الإيرانيين مقارنة بالمجموعة الإجمالية للرجال. النساء ذوات الخلفية الآسيوية لديهن معدل وفيات أقل بسرطان الرئة مقارنة بإجمالي السكان. "
8. تعد تشخيصات اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه أقل شيوعًا وبشكل ملحوظ بين المجموعات السكانية ذات الخلفية الآسيوية مقارنة بما هو عليه الحال في المملكة بشكل عام.
9. عدد التشخيصات المرتبطة بالاكتئاب والقلق هو الأكبر لدى المجموعة السكانية ذات الخلفية الإيرانية.
10. الأشخاص ذوو الخلفية الآسيوية لديهم معدلات أقل فيما يتعلق بصرف أدوية مضادات الاكتئاب مقارنة بما هو عليه الحال في المملكة.
11. ومن بين الأشخاص ذوي الخلفية الآسيوية، أجرى حوالي 50% منهم فحصًا شاملاً للأسنان في السنوات الثلاث الماضية، بينما كانت نسبة من أجروا هذا الفحص 64% من إجمالي عدد السكان.

Sammanfattning på Persiska

«پژوهش Järvaveckan» چیست؟

امروزه، سوئد یکی از کشورهایی است که بطور کامل با سیستم جامع سرشماری، آمار عمومی دقیق و رأی گیری منظم مورد نظرسنجی قرار گرفته است. با این حال، برخی از گروه های اجتماعی، به ویژه افراد با پس زمینه های غیراروپایی و آنهایی که در محله های محروم زندگی میکنند، بطور نظام مند در نظرسنجی های جمعیتی ما کمتر حضور دارند. همچنین این امری غیرعادی است که آمارهای عمومی به جزییاتی غیر از دسته بندی های پس زمینه غیربومی و خارجی تقسیم شوند. این گروه ها اکنون بخش قابل توجهی از جمعیت سوئد را تشکیل میدهند و اغلب در کانون بحث های سیاسی قرار دارند، اما صدای آنها تا حد زیادی در فرایند های تصمیم گیری حاکم بر جامعه ما نادیده گرفته می شود.

«پژوهش Järvaveckan» قصد دارد با انجام دادن نظرسنجی ها و گزارش های هدفمند، این «نقطه کور» در آمار و افکار عمومی سوئد را روشن کند. با مقایسه نتایج با نمونه بارزی از جمعیت سوئد به عنوان مرجع، ما بیش از آنکه منحصربه فردی را در مورد نظرات، شرایط زندگی، سبک های زندگی و نگرش هایی که توصیف کننده سوئد هستند ارائه می کنیم.

هدف از این کار افزایش نمایانگری نظرسنجی های جمعیتی سوئد و آمارهای عمومی برای کاهش فاصله بین تصمیم گیرندگان و شهروندان است. با بخشیدن صدای قویتر به گروه هایی که نماینده کمتری دارند و قابل مشاهده ساختن نیازهای همه سوئدنی ها، تلاش می کنیم تا بسیاری از چالش های ناشی از جداسازی در سوئد را شناسایی و راهکارهایی برای آنها پیدا کنیم.

- **بهبود نمایانگری/نمایندگی:** با گنجاندن صداهای بیشتر، به ویژه از گروه هایی که امروزه اغلب نادیده گرفته می شوند، تصویر کاملتری از نظرات و شرایط زندگی مردم سوئد به دست خواهیم آورد. این امر برای اطمینان یافتن از اینکه تصمیمات اتخاذ شده در سطوح ملی، منطقه ای و محلی بر مبنای عادلانه و فراگیر است، اهمیت دارد.
- **تقویت مشروعیت تصمیمات سیاسی:** هنگامی که صداهای بیشتری شنیده می شود، به ویژه از سوی گروه هایی که بطور سنتی دسترسی به آنها سخت بوده است یا نادیده گرفته شده اند، مشروعیت تصمیمات سیاسی افزایش می یابد. تصمیمات مبتنی بر درک گسترده تر و فراگیرتر از نیازها و دیدگاه های جمعیت به احتمال زیاد از حمایت گسترده تری برخوردار می شوند و بنابراین در دراز مدت پایدارتر می شوند.
- **مشارکت در بحث عمومی:** نتایج «پژوهش Järvaveckan» مبنای ارزشمندی برای بحث عمومی فراهم می کند. با برجسته کردن دیدگاه هایی که اغلب در بحث امروز غایب هستند، می توانیم به بحث دقیقتر و آگاهانه تر در مورد موضوعات مهم اجتماعی مانند ادغام، دموکراسی، سلامت، برابری، امنیت، بازار کار و عادات های رسانه ای و مواردی از این دست کمک کنیم. این ممکن است به نوبه خود منجر به مشارکت بیشتر مردم در مسائل اجتماعی و احساس بخشی از روند دموکراتیک شود.
- **توسعه روش های جدید:** با آزمایش و توسعه روش های جدید برای دسترسی به گروه هایی که دسترسی به آنها سخت است و درگیر آنها می شویم، می توانیم ابزارهایی را ایجاد کنیم که سایر بازیگران در تحقیقات و تحلیل های اجتماعی نیز میتوانند از آنها بهره ببرند و از آنها الهام بگیرند. این خود میتواند منجر به بهبود روش های جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها برای نظرسنجی های جمعیت و آمار عمومی شود.
- **اثرات اجتماعی درازمدت:** در درازمدت، ما انتظار داریم که بیش از آنکه ایجاد شده از سوی «پژوهش Järvaveckan» به کاهش شکاف ها در جامعه سوئد کمک کند. با درک بهتر عوامل مؤثر بر مردم محله های محروم و افراد با پیشینه خارجی، به ویژه پیشینه غیراروپایی، میتوان راهبردهای مؤثری برای کاهش تبعیض/جدایی، افزایش امنیت و ارتقای توسعه اجتماعی فراگیرتر شناسایی کرد.

چرا تمرکز بر این شش کشور پس زمینه است؟

«پژوهش Järvaveckan» دو گزارش منحصربه فرد با تمرکز بر سلامت و مراقبت های بهداشتی تهیه کرده است که تفاوت ها را براساس کشور پس زمینه پاسخ دهندگان مقایسه می کند. این گزارش ها به ترتیب بر سه گروه بزرگ جمعیت از آفریقا و آسیا متمرکز هستند. مردم سومالی، اریتره و اتیوپی بیش از نیمی از افراد غیربومی قاره آفریقا در سوئد را تشکیل می دهند. عراق، ایران و سوریه بیش از نیمی از جمعیت غیربومی قاره آسیا در سوئد را تشکیل می دهند. این شش کشور بیش از نیمی از کل افراد متولد شده در کشورهای خارج از اروپا و 26,3 درصد از کل افراد غیربومی در سوئد را تشکیل می دهند.

گزارش ها به وضوح نشان می دهند که تفاوت های زیادی در سلامتی بین گروه های مختلف جمعیتی و نمونه بارز جمعیت سوئد، یعنی عموم مردم، وجود دارد. روشنایی افکندن بر این نابرابری ها برای مبارزه با آنها و ایجاد جامعه ای برابرتر که در آن همه فرصت زندگی سالم را داشته باشند، حائز اهمیت است.

«پژوهش Järvecken» امیدوار است که این گزارش‌ها به افزایش آگاهی از چالش‌هایی در زمینه سلامت و مراقبت‌های بهداشتی که سوئدی‌هایی با پس‌زمینه آفریقایی و آسیایی با آن مواجه هستند، کمک کند. با برجسته کردن نابرابری‌ها، می‌توانیم جامعه‌ای برابرتر و سالم‌تر برای همه، بدون در نظر گرفتن پس‌زمینه آنها ایجاد کنیم.

اهمیت گنجاندن کشور پس‌زمینه در آمار سلامت

وضعیت سلامت یک جمعیت، تحت تأثیر تعامل پیچیده عوامل فردی، محیطی و اجتماعی مانند میراث، سن، جنسیت، وضعیت اجتماعی-اقتصادی و شرایط فرهنگی است. این عوامل می‌تواند منجر به تفاوت‌های قابل توجهی در سلامت بین گروه‌های مختلف جامعه شود. گنجاندن کشور پس‌زمینه به عنوان یک بعد در آمار بهداشتی حائز اهمیت است زیرا درک دقیق‌تری از اینکه چگونه سلامت بین گروه‌های مختلف جمعیتی متفاوت است و همچنین چالش‌های خاصی که این گروه‌ها با آن روبرو هستند ارائه می‌دهد.

برای افرادی که دارای پس‌زمینه خارجی هستند، به ویژه کسانی که در خارج از اروپا متولد شده‌اند، شرایط زندگی و سبک زندگی می‌تواند بطور قابل توجهی با جمعیت عمومی متفاوت باشد. این امر می‌تواند بر دسترسی آنها به مراقبت‌های بهداشتی، عادت‌های بهداشتی و در نهایت وضعیت سلامت کلی آنها تأثیر بگذارد. مثلاً، شرایط اجتماعی-اقتصادی، مهارت‌های زبانی، هنجارهای فرهنگی و تجربیات قبلی از کشور خود می‌تواند نقش مهمی در نحوه هدایت و تعامل افراد این گروه‌ها با سیستم مراقبت‌های بهداشتی در سوئد داشته باشد. علاوه بر این، تبعیض و نژاد پرستی می‌تواند تأثیری جدی و منفی بر تجربه مراقبت‌های بهداشتی و تمایل آنها به جستجو و دریافت کمک مناسب داشته باشد.

با تمرکز ویژه بر گروه‌های جمعیتی با پس‌زمینه در مناطق خاصی مانند آسیا و آفریقا، که کشورهایمانند سومالی، اریتره، اتیوپی، سوریه، عراق و ایران بخش قابل توجهی از جمعیت غیر بومی سوئد را تشکیل می‌دهند، می‌توانیم نابرابری‌ها در سلامت را برجسته و نیازهای خاص این گروه‌ها را شناسایی کنیم. این موضوع نه تنها شناساگر نابرابری‌ها است، بلکه نقطه شروعی برای درک علل زمینه‌ای و ایجاد شرایط برای سلامتی برابرتر است.

درک اینکه چگونه کشور پس‌زمینه بر سلامت تأثیر می‌گذارد، برای توسعه راهبردهای مؤثر بهداشت عمومی و مداخلات هدفمندی که می‌تواند نابرابری در سلامت را کاهش دهد، مهم است. با ادغام این بُعد در آمار، می‌توانیم تصویر دقیق‌تری از وضعیت سلامت در سوئد ارائه کنیم و اطمینان یابیم که مراقبت‌های بهداشتی نیازهای همه بخش‌های جمعیت را برآورده می‌کند. این درمورد ارائه دانش مورد نیاز از سوی تصمیم‌گیرندگان، متخصصان بهداشت و سایر ذی‌نفعان برای بهبود سلامت گروه‌های آسیب‌پذیر و ارتقای مراقبت‌های بهداشتی برابر برای همه است.

«پژوهش Järvecken» این گزارش را به عنوان مبنایی برای تحقیقات بیشتر درمورد نابرابری در سلامت بر اساس کشور مبدأ ارائه می‌کند. این گزارش تفاوت‌هایی را در آمارهای بهداشتی ارائه می‌کند، اما شامل تحلیل‌های عمیق یا پیوند بین نتایج سلامت و عواملی مانند سابقه تحصیلی یا درآمد نمی‌شود. تحقیقات بیشتری برای کشف این روابط و آنچه که اساس نتایج است مورد نیاز است.

خلاصه

گزارش موقت: سوئدی‌های آسیایی تبار (سوریه، عراق، ایران)

1. گروه‌های جمعیتی با تبار آسیایی عموماً نرخ مرگ و میر کمتری نسبت به نرخ میانگین سوئد دارند. در مقابل، نرخ مرگ و میر نوزادان در میان افراد دارای تبار سوریه‌ای و عراقی، به طور قابل توجه بالاتر از کل جمعیت است.
2. نسبت بهکل کشور، در هر 100,000 نفر، افراد کمتری از آسیایی تبارها دچار حوادث می‌شوند.
3. تعداد موارد حمله قلبی در هر 100,000 نفر از جمعیت، به طول کلی در میان گروه‌های جمعیتی آسیایی تبار بیشتر است. تعداد این موارد در میان مردان سوریه‌ای تبار، در مقایسه با تعداد کل موارد در هر 100,000 نفر از جمعیت سراسر کشور، بیش از دو برابر است.
4. در مقایسه با تعداد میانگین در سوئد، برای نسبت بزرگتری از ساکنین عراقی و سوریه‌ای تبار، داروهایی برای درمان بیماری‌های قلب و عروق تجویز می‌شود.
5. تجویز داروهای دیابت در میان گروه‌های جمعیتی آسیایی تبار رایج‌تر است.
6. در هر 100,000 نفر از ساکنین، تعداد افراد مبتلا به سرطان در میان آسیایی تبارها کمتر است، ولی در میان افراد دارای تبار عراقی و سوریه‌ای، افراد بیشتری به چندین نوع سرطان تحت معاینه مبتلا می‌شوند.

7. تعداد موارد سرطان ریه در میان مردان دارای تبار عراقی یا سوریه‌ای بیشتر است. تعداد مرگ و میر ناشی از سرطان ریه در میان مردان سوئدی-سوریه‌ای بالاتر است ولی در میان مردان سوئدی-ایرانی در مقایسه باکل گروه های مردان کمتر است. زنان آسیایی تبار، نسبت به کل جمعیت، مرگ و میر پایین تر ناشی از سرطان ریه دارند.
8. موارد ADHD در میان گروه‌های جمعیتی با تبار آسیایی نسبت به کل کشور به طور قابل توجه کمتر است.
9. گروه جمعیتی ایرانی تبار، بیشترین تعداد موارد مرتبط با افسردگی و اضطراب را دارد.
10. تعداد داروهای ضدافسردگی تجویز شده برای افراد آسیایی تبار، نسبت به بقیه کشور کمتر است.
11. در میان افراد با تبار آسیایی، کمتر از 50 درصد، در مقایسه با 64 درصد در کل جمعیت، در سه سال گذشته تحت معاینه کامل دندانپزشکی قرار گرفته‌اند.

Sammanfattning på Kurdiska

Järvaveckan Research Çi Ye?

Îro, Swêd bi pergala serjmartinê ya berfireh, statistikên civakî ya bi hûrgilî û bi rapirsiyên birêkûpêk ên raya giştî, yek ji welatên cihanê ye ku herî kûr hatiye lêkolinkirin. Dîsa jî, hin komên civakî bi taybetî kesên bi binekoka ne-ewropî û yên taxên bêpar dijin bi awayekî sistematîk di lêkolinên me yên serjimarê de kêmtêne temsîlkin. Her wiha jî bilî kategoriyên binekoka nexweçihî û biyanî ne asayî ye statistikên civakî bi hûrgilî werin lêkolinkirin. Ev komên mirovan niha beşeke girîng a gelheya Swêdê pêk tinin û bi gelek caran di navenda nîqaşên siyasî de ne, lê dengên wan bi piranî di pêvajoyên biryardanê yên ku civaka me birêve dibe de cih nagirin.

Järvaveckan Research armanc dike ku bi rapirsî û raporên kîp vê 'xala kor' a di statistîk û raya giştî ya Swêdê de ronî bike. Bi berhev dana encaman bi beşek ji nifûsa swêdî wekî referans, em li ser nerîn, helwest, şert û mercên jiyane û şewazên jiyane yên ku Swêdê karakterîze dikin de nêrinên bêhempa pêşkêş dikin.

Armanc ew e ku temsilkirina lêkolinên gelhê û statistikên giştî yên swêdî zêde bike da ku dûrahiya di navbera biryarder û welatiyan de kêmt bike. Bi dayîna dengêkî bihêztir ji komên ku kêmtêne nûntemsilkin û xuyankirina hewcedariyên hemî swêdiyan, em hewl didin ku gelek kêşeyên ku ji ber cudakirina li Swêdê derketine nas bikin û çareser bikin.

- **Têmsilkirina pêşketî:** Bi tevlêkirina bêtir dangan, bi taybetî ji komên ku îro gelek caran têne paşguh kirin, em ê wêneyeke bikêrtir li ser raman û şert û mercên jiyana gelê swêdî bistînin. Girîng e ji bo ku biryarder li ser asta neteweyî, herêmî û xweçihî têne girtin, li ser bingeheke adil û hemûkî bin.

- **Xurtkirina meşrûtiya biryarder siyasî:** Dema ku bêtir deng têne bihistin, bi taybetî ji komên ku ji berê de xwegihandina wan bi zehmet e an jî hatine paşguh kirin, meşrûtiya biryarder siyasî zêde dibe. Biryarder ku li ser bingeha têgihîştineke mezintir û hemûkî ya hewcedarî û nêrinên gelhê ne, bi ihtîmaleke bilindtir in ku piştgiriyê berfireh werbigirin û ji ber vê yekê di dema dirêj de domdartir bin.

- **Tevkariya ji bo nîqaşa giştî:** Encamên Järvaveckan Research bingeheke hêja ji bo nîqaşa giştî peyda dike. Bi ronikirina perspektîfên ku gelek caran di nîqaşa îroyîn de nîn in, em dikarin tevkarî nîqaşeke hûr û agahdartir li ser mijarên girîng ên civakê yên wekî entegrasyon, demokrasî, tenduristî, wekhevî, ewlehî, bazara kar û adetên medyayê û hwd. bin. Ev jî dibe sedem ku bêtir mirov bi pirsgerêkên civakî re mijûl bibin û xwe wekî beşek ji pêvajoya demokratîk his bikin.

- **Pêşxistina rêbazên nû:** Bi ceribandin û pêşxistina rêbazên nû ji bo gihîştin û tevlêkirina komên ku xwegihandina wan bi zehmet e, em dikarin amûran biafirînin ku pişkdarên din ên di lêkolîn û analîzên civakî de jî dikarin sûd û îlham jê wergerin. Ev dikare jî bo rapirsiyên gelhê û statistikên civakî bibe sedema berhevkirina dane û awayên analîzîrîne yên pêşketî.

- **Bandorên demdirêj ên civakî:** Di dema dirêj de, em hêvî dikin ku têgihîştinên ku ji hêla Järvaveckan Research ve hatine afirandin dê alîkariya kêmkirina dûrahiya di navbera komên civaka swêdî bike. Bi baştir têgihîştina faktorên ku bandorê li mirovên li taxên bêpar û mirovên bi binekokeke biyanî dikin, bi taybetî binekokên ne-ewropî, em dikarin stratejiyên bi bandor ji bo kêmkirina cudatiyê, zêdekirina ewlehiyê û pêşketineke civaka hemûkîrî destnîşan bikin.

Çima em bal dikîşînin li ser van şeş welatên binekokê?

Järvaveckan Research du raporên yekta yên ku balê dikîşînin ser tenduristî û lénihêrîne amade kirine ku cûdahiyên li gorî welatê binekoka bersivdaran didin ber hev. Rapor balê dikîşînin ser sê komên gelhê yên herî mezin ji Afrîka û Asyayê. Kesên ji Somali, Eritre û Etiyopyayê zêdetirî nivê hemî mirovên ne-xweçihî yên parzemîna Afrîkayê li Swêdê pêk tinin. Îraq, Îran û Sûriye zêdetirî nivê hemî mirovên ne-xweçihî yên parzemîna Asyayê li Swêdê ne. Ev şeş welat zêdetirî nivê hemû mirovên li welatên derveyî Ewropayê ji dayik bûne û jî sedî 26,3'ê hemû mirovên ne-xweçihî ên li Swêdê ne.

Rapor bi zelalî eşkere dikin ku cudahiyên mezin di warê tenduristiyê de di navbera komên gelhê yên cuda û beşa nifûsa Swêdê de, ango civaka giştî de, hene. Ronahîkirina van newekheviyan girîng e ji bo ku mirov bikaribe li dijî wan têbikoşe û civakek wekhevîr ava bike ku her kes tê de xwedî derfeta jiyaneke bi tenduristî be.

Järvaveckan Research hevî dike ku ev rapor di warê tenduristî û lênihêrînê de li ser kêşeyên ku swêdiyên bi binekoka Afrîka û Asyayê ne û bi rû dimînin, dibin alîkar. Bi bal kişandina ser newekheviyan, em dikarin civakeke wekhevîr û tenduristîr ji bo herkesî, binekoka wan çî be bila bibe, çêbikin.

Girîngiya tevliêkirina welatê binekokê di statistîkên tenduristiyê de

Rewşa tenduristiyê ya gelhekê ji hêla têkiliyêke tevlihev a faktorên şexsî, hawîrdor û civakê ve tê bandor kirin, wekî paşmake, temen, zayend, rewşa sosyo-aborî û şertên çandî. Ev faktor di navbera komên cûda yên civakê de dibin sedema cûdahiyên girîng ên tenduristiyê. Di statistîkên tenduristiyê de tevliêkirina welatê binekokê wekî pîvanekê girîng e ji ber ku ew têgihîştineke nuwaze peyda dike ka tenduristî di navbera komên gelhê yên cuda de çawa diguhere û ev kom bi kîjan dijwariyên taybetî re rû bi rû dimînin.

Ji bo mirovên bi binekokeke biyanî, bi taybetî yên ku li derveyî Ewrûpayê ji dayik bûne, şert û mercên jiyane û şewazên jiyane dikarin ji yên gelha giştî pir cûda bibin. Ev dibe ku bandorê li xwegihandina lênihêrîna tenduristî, tevgerên tenduristiyê û di dawiyê de jî rewşa tenduristîya wan a giştî bike. Wek mînak, şert û mercên sosyo-aborî, jêhatîniyên ziman rêzîkên çandî û ezmûnên berê yên ji welatê binekokê dikarin di tevgera kesên ji van koman û di têkiliya bi lênihêrîna tenduristî ya li Swêdê re roleke mezin bilîzin. Wekî din, cudatî û nijadperestî dikare bandoreke micid û neyînî li ser ezmûna lênihêrîna tenduristî û dilxwaziya wan a lêgerîn û wergirtina alîkariya kêrhatî bike.

Bi balkişandina bi taybetî li ser komên gelhê yên xwedî binekokeke li herêmên taybetî yên wekî Asya û Afrîka, ku welatên wekî Somalî, Erître, Etiyopya, Sûriye, Îraq û Îran rêjeyêke girîng a gelha ne-xwecihî li Swêdê pêk tînin, em dikarin newekheviyên di tenduristiyê de û destnîşankirina hewcedariyên taybetî yên van koman ronî bikin. Ev ne tenê mijara

destnîşankirina newekheviyan e, lê di heman demê de xala destpêkê ye ji bo têgihîştina sedemên bingehîn û afirandina şert û mercên ji bo tenduristîya wekhevîr.

Fêmkirina ka welatê binekokê çawa bandorê li tenduristiyê dike ji bo pêşxistina stratejiyên tenduristîya civakî û destwerdanên armanckirî yên ku dikarin newekheviyên di tenduristiyê de kêmkirin bikin girîng e. Bi entegrekirina vê pîvanê di statistîkan de, em dikarin wêneyek rasttir li ser rewşa tenduristiyê ya li Swêdê peyda bikin û piştrast bikin ku lênihêrîna tenduristî hewcedariyên hemî beşên gelhê bicîh tîne. Ew li ser peydakirina zanyariyên ku biryarder, pisporên tenduristiyê û beşdarên hewce ne ku ji bo baştirkirina tenduristîya komên herî xeternak û pêşvebirina lênihêrîna tenduristî ya wekhev ji bo hemîyan e.

Järvaveckan Research vê raporê wekî bingeheke ji bo lêkolînên din ên li ser newekheviyên tenduristiyê li gorî welatê jêderk pêşkêş dike. Rapor cûdahiyên di statistîkên tenduristiyê de destnîşan dike lê analîzên kûr an girêdanên di navbera encamên tenduristî û faktorên wekî paşxaneya perwerdehiyê an dahatê de nagire. Ji bo vekolîna van têkiliyan û sedema van encaman de lêkolîneke wêdetir hewce ye.

Kurte: Rapora demkî: Swêdiyên bi binekoka Asyayî (Sûriye, Îraq, Îran)

1. Komên gelhê yên bi binekoka Asyayî bi gelemperî xwedî rêjeyêke mirinê ya di bin rêjeya normal a Swêde ne. Berevajî vê, rêjeya mirinê ya zarokên sava di nav mirovên bi binekoka Sûrî û Îraqî bi awayekî eşkere ji tevahiya gelhê bilindtir e.

2. Li gorî hejmara serê 100,000 kesî, mirovên bi binekoka Asyayî jitevahiya welatê kêmîr tîr tîkildarî qeza dibin.

3. Hejmara bûyerên krîza dil serê 100,000 niştecihan bi gelemperî di nav komên gelhê yên xwedî binekoka Asyayî de zêdetir e. Hejmara bûyerên di nav mîrên bi binekoka Sûrî de ji hejmara giştî ya bûyeran a serê 100,000 niştecihên li seranserê welatê duqat zêdetir e.

4. Ji bo tedawiya nexweşiyên kardiyovaskuler (dil û rehan) li gorî rêjeya normal a Swêdê, derman ji beşeke mezintir a mirovên bi binekoka Îraq û Sûrî re tîne

reçete kirin.

5. Reçeteyên dermanên diyabetê di nav komên gelhê yên bi binekoka Asyayî de zêdetir in.

6. Hejmara kesên ku bi şêrpenceyê ketine ji bo kesên bi binekoka Asyayî ya serê 100,000 niştecihan kêmtir e, lê di nav mirovên bi binekoka Iraq û Sûri, zêdetir kes bi çend cureyên cuda yên pençeşêrê yên ku hatine vekolînkirin dikevin.

7. Hejmara bûyerên şêrpenceya pişan di nav mêrên bi binekoka Iraqî û Sûri de bilindtir e. Rêjeya mirina ji şêrpenceya pişan di nav mêrên Sûriyên Swêdî de bilindtir e lê ji mêrên Îranîyên Swêdî li gorî tevahiya komên mêrankêmtir e. Jinên ji binekoka Asyayî li gorî tevahiya gelhê xwedî rêjeyeke mirina şêrpenceya pişan a kêmtir in."

8. Teşîsên ADHD li gorî tevahiya welat di nav komên gelhê yên xwedî binekoka Asyayî de kêmtir pêk tên.

9. Koma gelhê ya bi binekoka Îranî xwedî hejmara herî mezin a teşîsên girêdayî depresyon û anksiyete ne.

10. Kesên bi binekoka Asyayî ji tevahiya din a welat kêmtir bi dermanên antidepresanan têne reçetekirin.

11. Li gorî sedî 64 a tevahiya gelhê, di nav mirovên bi binekoka Asyayî de nêzikî sedî 50 di sê salên dawîn de muayeneyeke diranan ya tam derbas kirine.

Bilagor

I de fall som statistiken är baserad på ett fåtal fall markeras siffran även med *. Detta för att tydligt visa att tolkningen av denna siffra bör göras med extra stor försiktighet.

Bilaga 1. Döda i akut hjärtinfarkt, antal (medelvärde per år 2018–2022). Källa: Dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen), Registret över totalbefolkningen, Registret för integrationsstudier och Registret över migration och asylsökande (SCB).

Kön	Svensk-irakier	Svensk-iranier	Svensk-syrier	Övriga svensk-asiater	Sverige	Riket
Män	5,8	4,6	6,6	9,0	1 349,0	1 608,6
Kvinnor	12,8	10,0	11,2	21,8	1 977,2	2 408,0
Totalt	18,6	14,6	17,8	30,8	3 326,2	4 016,6

Bilaga 2. Döda i akut hjärtinfarkt, antal per 100 000 (åldersstandardiserat, medelvärde per år 2018–2022). Källa: Dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen), Registret över totalbefolkningen, Registret för integrationsstudier och Registret över migration och asylsökande (SCB).

Kön	Svensk-irakier	Svensk-iranier	Svensk-syrier	Övriga svensk-asiater	Sverige	Riket
Män	36,0	34,4	62,0	32,7	36,1	36,2
Kvinnor	61,7	57,4	70,8	73,4	70,0	70,5
Totalt	49,1	46,1	67,3	49,8	51,6	51,8

Bilaga 3. Döda i stroke, antal (medelvärde per år 2018–2022). Källa: Dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen), Registret över totalbefolkningen, Registret för integrationsstudier och Registret över migration och asylsökande (SCB).

Kön	Svensk-irakier	Svensk-iranier	Svensk-syrier	Övriga svensk-asiater	Sverige	Riket
Män	6,0	5,2	4,6	12,0	1 544,2	1 807,2
Kvinnor	8,0	5,4	5,0	9,4	1 324,6	1 566,8
Totalt	14,0	10,6	9,6	21,4	2 868,8	3 374,0

Bilaga 4. Döda i stroke, antal per 100 000 (åldersstandardiserat, medelvärde per år 2018–2022). Källa: Dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen), Registret över totalbefolkningen, Registret för integrationsstudier och Registret över migration och asylsökande (SCB).

Kön	Svensk-irakier	Svensk-iranier	Svensk-syrier	Övriga svensk-asiater	Sverige	Riket
Män	38,4	38,2	49,4	45,0	39,7	39,7
Kvinnor	55,3	31,8	49,7	41,4	47,8	47,9
Totalt	45,5	36,7	48,9	43,5	43,7	43,7



JÄRVAVECKAN
RESEARCH

Talesperson:
Ahmed Abdirahman
Grundare och VD, Järvaveckan

E-post: info@jarvaveckan.se

Webbplats: <https://jarvaveckan.se>