

Personer inom minoriteter har vanligen sämre hälsa än majoriteten, vilket är ett globalt folkhälsoproblem. I denna avhandling studeras äldre finlandssvenskars upplevda och självskattade hälsa utifrån ett hälsofrämjande perspektiv. Studiegruppen består av finlandssvenskar i Finland och sådana som emigrerat till Sverige.

Avhandlingens centrala resultat visade att de äldre finlandssvenskarna skattade sin hälsa som god. Den egna personligheten, fysisk hälsa och funktionsförmåga, sociala relationer, samhället och en god ekonomi var viktiga för deras upplevda hälsa. De finlandssvenska invandrarna skattade sin hälsa som bättre jämfört med de finskspråkiga invandrarna i Sverige.

Att vara äldre innebär att man sätter sin egen hälsa i perspektiv samt att man kan uppleva hälsa genom förnöjsamhet och anpassning. Migration kan innebära en belastning för äldres hälsa. De äldre kan bidra med viktig kunskap om sin egen hälsa. De beskriver sin hälsa på ett mångfacetterat sätt. Beskrivningar av upplevd och självskattad hälsa kompletterar varandra och bidrar till en ökad förståelse av äldres hälsa. Avhandlingen visar också att äldre personer i minoriteter inte nödvändigtvis har sämre hälsa än majoriteten.

Utifrån ett globalt och nordiskt folkhälsoperspektiv är det viktigt att fokusera på resurser och friskfaktorer bland äldre i våra växande mångkulturella samhällen.



ÅLD RAND E, HÄLSA, MINORITET

– äldre finlandssvenskar i Finland och Sverige



Gunilla Kulla

Doktorsavhandling vid Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap,
Göteborg, Sverige, 2009



ÅLDRANDE, HÄLSA, MINORITET

- äldre finlandssvenskar i Finland och Sverige

*Äta lite, dricka vatten, roligt sällskap,
sömn om natten, käckt arbete, lägligt bo,
stillhet någon stund på dagen,
det är lagom för min hälsa och min ro*

Olof von Dahlin
(1708-1763)

Gunilla Kulla
Doktorsavhandling vid Nordiska högskolan för
folkhälsvetenskap,
Göteborg, Sverige, 2009



NHV - Nordiska högskolan
för folkhälsovetenskap

ÅLDRANDE, HÄLSA, MINORITET
- äldre finlandssvenskar i Finland och Sverige

© Gunilla Kulla
Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap
Box 12133
SE-402 42 Göteborg
Sverige
www.nhv.se

Tryckeri: Oy Arkmedia Ab, Vasa, Finland

ISBN 978-91-85721-69-6

ISSN 0283-1961

Pärmbild: ”Mannen vid havet”. Fotograf: Lars Johansson.

ABSTRAKT

Bakgrund: Minoritetsgrupper, inklusive invandrargrupper, tenderar att skatta sin hälsa sämre i jämförelse med majoriteten.

Syfte: Det övergripande syftet med föreliggande avhandling var att beskriva, analysera, jämföra och fördjupa förståelsen för äldre finlandssvenskars hälsa i form av upplevd och självskattad hälsa återspeglad ur ett livsloppsperspektiv. Upplevd hälsa studerades kvalitativt bland äldre finlandssvenskar i Finland och bland äldre finlandssvenskar i Sverige och som återflyttare till Finland (delstudierna I, IV). Självskattad hälsa studerades kvantitativt bland äldre finlandssvenskar i Finland (delstudie II), samt bland äldre finlandssvenskar i Sverige jämfört med äldre finskspråkiga i Sverige (delstudie III). Migration (III, IV) och åldrandet (I, II, IV) återspeglade sig i äldres hälsa.

Metod: Urvalen erhöles från Befolkningsregistret i Finland samt Statistiska Centralbyrån i Sverige. Studiegrupperna bestod av totalt n=982 personer. Data insamlades genom strukturerad muntlig och inbandad intervju, halvstrukturerad inbandad intervju, strukturerat intervjuformulär samt postad enkät. Data analyserades genom hermeneutisk ansats med kärnberättelser, tematisk kvalitativ innehållsanalys, kumulativ multipel regressionsanalys samt Chi²-test.

Resultat: Äldres upplevda hälsa tog sig uttryck genom personligheten, fysisk hälsa, sociala relationer och samhället. Över hälften skattade sin hälsa som god. Hälsa skattades som bättre ju mindre mediciner man behövde, ingen värk/smärta, bättre funktionsförmåga, bättre livslust och bättre ekonomi. Äldre finlandssvenskar i Sverige skattade sin hälsa som bättre jämfört med finskspråkiga i Sverige. Migration hade medfört svårigheter i samband med flyttningen till Sverige och arbetslivet i Sverige. Återflyttningen kunde försvåras av ohälsa och åldrandet. Åldrandet medförde en anpassning till att sätta egen hälsa och nuläge i perspektiv. Resultaten visade att äldre kan bidra med kunskaper om friskfaktorer.

Konklusion: Ur ett folkhälsovetenskapligt hälsofrämjande perspektiv är det av relevans att lyfta fram minoritetsgrupper ur ett resursperspektiv. Det är centralt att beakta att det kan förekomma skillnader i hälsa mellan minoriteter, inom minoriteter och inom etniska minoriteter. Sociala och kulturella skillnader kan inverka på hur äldre skattar sin hälsa. Äldre i minoritet kan vara mera sårbara på grund av ohälsa, migration och kön.

Nyckelord: hälsofrämjande, migration, minoriteter, självskattad hälsa, upplevd hälsa, åldrande, äldre personer.

ABSTRACT

AGEING, HEALTH, MINORITY - Older Finland-Swedes in Finland and Sweden

Background: Minority groups, including immigrants, generally tend to report lower self-rated health than the majority.

Aims: The overall object of the dissertation was to describe, analyze and compare the self-rated health of older Finland-Swedes, and deepen the understanding of their experience of health in a life-course perspective. The experience of health was qualitatively studied among older Finland-Swedes in Finland, Finland-Swedes in Sweden and after re-migration in Finland (parts I, IV). Self-rated health was quantitatively studied among older Finland-Swedes in Finland (part II), and among older Finland-Swedes in Sweden compared to older Finnish-speakers in Sweden (part III). Migration (parts III, IV) and ageing (parts I, II, IV) were reflected in the health of older persons.

Methods: The sample was obtained from the Population Register Centre of Finland and Statistics Sweden. The target groups consisted of 982 persons. The data was collected in structured oral and taped interviews, semi-structured taped interviews, structured interview forms, and postal enquiries. The data were analyzed through a hermeneutic approach with core narratives, thematic qualitative content analysis, cumulative multiple regression analysis, and chi-square test.

Results: The experiential health of older persons manifested itself in personality, physical health, social relations, and society. More than a half of the respondents rated their health as good. Better health was reported with less medicine, no pain/suffering, better functional capacity, more zest for life, and better financial position. Older Finland-Swedes in Sweden reported better health than the Finnish-speaking respondents in Sweden. Migration had caused difficulties in connection with the move to Sweden and with working life in Sweden. Ill-health and ageing could cause problems with remigration. Ageing involved an adjustment in setting own health and the present in perspective. The results showed that older persons could contribute knowledge about health factors.

Conclusions: From the perspective of public health science and health promotion, it is relevant to present minority groups from the vantage point of resources. It is essential to realize that there can be health differences between minorities, within minorities, and among ethnic minorities. Social and cultural variations can affect the way older persons evaluate their health. Older persons in minorities can be more vulnerable owing to ill-health, migration and gender.

Key words: health promotion, migration, minorities, self-rated health, experiential health, ageing, older persons.

Doctoral dissertation, Nordic School of Public Health, Box 12133, SE-402 42, Gothenburg, Sweden, 2009. (gunilla.kulla@pp.inet.fi)

ISBN 978-91-85721-69-6

ISSN 0283-1961

FÖRTECKNING ÖVER ARTIKLAR

Artiklarna/delstudierna refereras till i avhandlingen med romerska siffror.

ARTIKEL I

Kulla, G., Sarvimäki, A. & Fagerström, L. Health resources and health strategies among older Swedish-speaking Finns – a hermeneutic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2006, 20, 51 – 57.*

ARTIKEL II

Kulla, G., Fagerström, L., Vahlberg, T., Isoaho, R. & Sarvimäki, A. Self-rated health in older Finland-Swedes (insänd).

ARTIKEL III

Kulla, G., Ekman, S-L., Heikkilä, K. & Sarvimäki, A. Differences in self-rated health among older immigrants - a comparison between older Finland-Swedes and Finns in Sweden (insänd).

ARTIKEL IV

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

*Artiklarna har återgivits med copyright-innehavarnas tillåtelse.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING.....	1
2. BAKGRUND.....	3
2.1. Ojämlighet i hälsa bland minoriteter.....	3
2.2. Finländarnas migration till Sverige.....	7
2.3. Forskningens relevans	10
3. TEORETISK REFERENSRAM.....	12
3.1. Hälsöfrämjande som forskningsområde.....	12
3.2. Fokus på äldres hälsa som upplevd eller självskattad.....	15
3.3. Äldres hälsa i ett livsloppsperspektiv.....	16
3.4. Kulturgerontologi.....	18
3.5. Sammanfattning.....	20
4. SYFTE OCH SPECIFIKA SYFTEN.....	22
5. METOD.....	23
5.1. Datainsamlingsmetoderna.....	23
5.2. Dataanalysmetoderna.....	27
6. FORSKNINGSETISKA ASPEKTER.....	29
7. RESULTAT.....	30
7.1. Äldre finlandssvenskars upplevda hälsa.....	30
7.2. Äldre finlandssvenskars självskattade hälsa.....	31
7.3. Migration som både resurs och börda för äldre finlandssvenskars hälsa.....	32
7.4. Åldrandet medför anpassning till att sätta egen hälsa och nuläge i perspektiv.....	33
8. DISKUSSION.....	35
8.1. Hälsa bland äldre finlandssvenskar i ett livsloppsperspektiv.....	35
8.2. Metodologiska överväganden.....	39
8.3. Konklusioner samt implikationer för hälsofrämjande insatser.....	43
TACK TILL.....	46
LITTERATUR.....	47
ARTIKEL I - IV NHV-RAPPORTER	

TABELLER

Tabell 1. Studiegrupperna i avhandlingens fyra delstudier enligt boendeland.....	24
Tabell 2. Översikt över delstudierna.....	28

1. INLEDNING

En ökning av antalet äldre medför att enbart i Europa kommer enligt uppskattning andelen äldre att uppgå till 15 % av den regionala populationen vid år 2025 (WHO, 1998b). När befolkningens åldersstruktur ändras måste hela samhället anpassa sig till den allt äldre befolkningens behov (SHM, 2008). Det pågår en aktiv hälsoforskning kring äldres hälsa. Detta framgår bland annat i forskningsteman som tangerar "att åldras vid hälsa" (WHO, 1998 a,b) eller "att åldras aktivt" (WHO, 2002). Att åldras vid hälsa kan medföra bättre livskvalitet (WHO, 1998 a,b) och ett aktivt åldrande medför autonomi, självständighet och aktivt engagemang både fysiskt, kulturellt och socialt (WHO, 2002). Inom "folkhälsa och åldrande" stöds äldres maximala funktion och välbefinnande (Albert, 2004). Det kan konstateras, att intresset för det hälsofrämjande arbetet bland äldre har ökat inom samhällets olika sektorer, trots att resultaten ligger längre in i framtiden (SHM, 2008).

I gruppen äldre ingår de som lever i minoritetsgrupper i sitt hemland eller som lever som invandrare och åldras i ett nytt hemland. En både social och ekonomisk integration av minoriteterna kan bidra till en bättre hälsa och ett bättre nätverk i samhället. Misslyckas man med detta kan det öka social isolering och våld i samhället vilket ökar belastningen på hälsosektorn och den sociala sektorn (WHO 1998 a,b). Internationella studier pekar på att invandrare i olika åldersgrupper skattar sin hälsa sämre än vad majoritetsbefolkningen gör (Albin, 2006; Bernard, Lampley-Dallas & Smith, 1997; Carballo, Divino & Zeric, 1998; Carmel, 2001; Junghanss, 1998). Detta aktualiserar frågeställningar om hälsa bland äldre i minoritetsgrupper.

En ökad andel äldre lever i etniska minoritetsgrupper även i Sverige (Heikkilä, 2004). Studier gjorda bland invandrare i Sverige pekar på en sämre hälsa bland invandrarna. I en del av dessa studier ingår även finländska invandare (Albin, 2006; Sundquist & Johansson, 1998). En kraftig arbetskraftinvandring pågick under och efter andra världskriget till Sverige och man kan förvänta sig att en del av dessa utlandsfödda har pensionerats och åldrats i Sverige. Två stora grupper av dessa utgör finländare och turkar, som utgjorde de största arbetskraftinvandrargrupperna under 1960-talet. Finländarna har status som nationell minoritet i Sverige (Svanberg & Tydén, 1992). I gruppen finländare i Sverige ingår även finlandssvenskar, som har svenska som modersmål. Få studier har hittats om äldre finlandssvenskar i Sverige då det är frågan om deras hälsa (Kulla, 2001). I Finland har finlandssvenskarna som minoritetsgrupp uppvisat en bättre hälsa och lägre risk för förtida ohälsa jämfört med sina finskspråkiga landsmän (Hyypä 2001a, b; Hyypä, 2003). Utifrån detta verkar det som om minoritetsgrupper

även i Norden tenderar att vara utsatta för ojämlikhet i hälsa. Att minska ojämlikhet i hälsa utgör ett aktuellt tema inom folkhälsovetenskapen.

Grunderna för detta avhandlingsarbete vilar på den förförståelse för äldres hälsa som jag har byggt upp under åren. Forskningsområdet har förkovrats dels genom deltagande i två större forskningsprojekt relaterade till äldres hälsa, samt genom studier i folkhälsovetenskap, gerontologi och hälsovetenskaper. Syftet med denna avhandling är att öka kunskapen om minoriteters hälsa genom att fokusera på studiegruppen äldre finlandssvenskar (65+), boende i Finland eller i Sverige och som återflyttare från Sverige till Finland under 1990-1998. En grupp finskspråkiga invandrare har medtagits i jämförande syfte. Resultaten förväntas bidra till utvecklandet av hälsofrämjande insatser bland ökade antalet äldre i minoritetsgrupper i våra nordiska växande och mångkulturella samhällen.

2. BAKGRUND

Inledningsvis presenteras ojämlikhet i hälsa bland minoriteter internationellt, med betoning på studier från Sverige. Finlandssvenskarna som minoritetsgrupp får en tyngdpunkt.

2.1. Ojämlikhet i hälsa bland minoriteter

Ett centralt mål för att förbättra äldres hälsa och välfärd är att identifiera och tillgodose specialbehoven hos riskgrupper (SHM, 2008). Internationella forskningar pekar på att minoriteter mår sämre (Albin, 2006; Bernard, Lampley-Dallas & Smith, 1997; Carballo, Divino & Zeric, 1998; Carmel, 2001; Junghans, 1998; Marmot & Wilkinson, 1999). Minoriteter kan lättare hamna i fattigdomsfällor, vilket kan förorsaka hälsoproblem och kortare livslängd (Marmot & Wilkinson, 1999). I gruppen minoriteter ingår även invandrare.

Man har under senare tid inom gerontologiska studier börjat intressera sig för varför äldre i minoritet flyttar (Gustafson, 2001; Hazelrigg & Hardy, 1995). Det är främst i de stora invandrarländerna USA, Kanada, Australien som man aktivt bedrivit forskning under 1980-talet kring äldre migranter (Ronström, 1996). En grupp som studerats utgör de så kallade "Sunbelt migrants" som flyttat till Florida i USA. De flyttade endera till ett pensionärssamhälle eller till en minoritetsgrupp. Orsakerna till att emigrera var relaterade till hälsa (Stoller & Longino, 2001), funktionsförmåga och möjligheten till att erhålla vård (Silverstein & Zablotsky, 1996; Stoller, 1998). En sammanhållning bland finländare var allmän (Stoller, Miller & Guo, 2001). Åldrandet kunde inverka på migration och leda till oförutsedda förväntningar på vården (Blakemore, 1999). Andra orsaker var kopplade till det sociala nätverket (Landau & Litwin 2001; Stoller & Longino, 2001).

Jämförande studier under 1970 – 1990-talet mellan invandrarnas och svenskarnas hälsa har påvisat att finländarna har sämre självskattad hälsa, sämre hälsovanor i form av alkohol- och tobakskonsumtion, ökad risk för kronisk ohälsa (Heikkilä, 1994; Korkiasaari & Tarkiainen, 2000; Leiniö, 1995; Lundström, 1996; Pudaric, Sundquist & Johansson, 2000; Sundquist, 1995; Sundquist & Johansson, 1998), samt psykisk ohälsa (Johansson, 1997; Sundquist, 1994). Både första och andra generationens finländare i Sverige tillhör en riskgrupp då det gäller ohälsa (Johansson, 1997; Ronström, 2002). Skillnaderna mellan svenskfödda och till Sverige invandrade beror på många faktorer. Det kan vara skillnader i arbete, boende, levnadsvanor och sociala nätverk (Albin, 2006; Svanström, 2002) samt i ekonomi och den egna

bakgrunden (Albin, 2006). Dessutom inverkar den sociala och fysiska miljön, olikheter i resurser och tillgång till hälsovård (Albin, 2006). En dålig folkhälsa driver inte invandrarna att söka sig till nya förhållanden, utan sämre välbefinnande och sämre hälsa kan uppstå först i det nya landet (Hyypä 2007b; Marmot & Wilkinson, 1999). Migrationens negativa inflytande på hälsa är en viktig faktor att beakta då man studerar mortalitet och hälsa i en population (Albin, 2006).

Utgående från Meleis (1991) är det av betydelse om invandrarna har en korttids- eller långtidsplanering i det nya landet. Att leva i en "känsla av kortvarighet" innebär att stå mellan två kulturella mönster. Det kan innebära många roller, medföra besvikelser och ansträngningar att göra sig förstådd och accepterad. En del uppnår balans medan andra förblir i en konflikt, vilket kan resultera i såväl fysisk som psykisk utmattning. Detta kan återspegla sig i hälsa och de beslut man gör gällande egen hälsa. Enligt Ronström (1996, 2002) förväntas äldre invandrare i Sverige lida av ensamhet och isolering på grund av dålig hälsa, dålig ekonomi och dåliga levnadsförhållanden samt dålig integration i samhället. Detta bland annat på grund av dåliga språkkunskaper i svenska och svaga sociala nätverk.

Migration kan utgöra en påfrestning för hälsa (Emami & Ekman, 1998; Grönlund, 1995; Torres, 1999). Tendenserna till ohälsa bland minoriteter utgör ett aktuellt folkhälsoproblem både ur ett internationellt och ur ett nordiskt perspektiv. Detta återspeglar tendenser till ojämlikhet i hälsa bland minoritetsgrupper.

I tvillingstudier, där tvillingen som bodde i Finland och tvillingen som invandrat till Sverige jämfördes framkom det att tvillingen i Sverige skattade sin hälsa bättre än tvillingen i Finland. Båda tvillingarna skattade sin hälsa sämre jämfört med svenskarna (Westman, 2008). Utflyttarna tenderar att vara friskare än de som stannar i hemtrakterna (Hyypä, 2007b). Det verkar som om migration kan ha gynnat de finländska männens hälsa, medan det inverkat mera negativt på kvinnornas hälsa (Westman, 2008). Enligt Hedlund (2007) hade finlandssvenska migranter som emigrerat till Sverige som unga gynnsammare förutsättningar till sociala välfärdskomponenter i Sverige. Männerna var socialt sårbarare medan kvinnorna var mera gynnade både inom arbetslivet och inom det sociala livet. I ovannämnda studier (Hedlund, 2007; Westman, 2008) var det frågan om något yngre åldersgrupper än studiegrupperna i föreliggande avhandling. Man kan utgå ifrån att studiernas finländare hade en något högre utbildningsnivå och inte så fysiskt tunga arbeten som de finländare som flyttade till Sverige efter andra världskriget. Utifrån detta verkar det som om migration kan ha både negativ och positiv inverkan på hälsa.

Finlandssvenskarna som minoritet

För att få en förståelse för samhällsaspekter som kan tänkas vara relaterade till hälsa bland minoriteten finlandssvenskar presenteras de inledningsvis som en språklig och etnisk minoritet. Finlandssvenskarna omfattar 289.951 personer eller 5,4 procent av finländarna (Statistikcentralen, 2008). De inbegriper finländare som i juridisk bemärkelse har uppgett svenska som modersmål och tillhör den svenskspråkiga befolkningen i Finland (Liebkind & Sandlund, 2006; Lauren, 1983). Finlandssvenskarna utgör en mycket heterogen minoritet (Kepsu, 2006). De är överrepresenterade i medelklassen och deras socioekonomiska status i de högre klasserna har minskat kontinuerligt (Allardt & Starck, 1981; Roinila, 2000). Heterogeniteten gäller både boenderegioner, variation av andelen svenskspråkiga i regionerna, såsom skillnader i mentalt avstånd till Sverige. Demografiskt inverkar två huvudfaktorer på finlandssvenskarnas minoritetsposition. Det absoluta antalet på nationell nivå är det mest avgörande, men likaså finlandssvenskarnas regionala fördelning. Befolkningsminskningen kan på mindre orter ha förödande effekter för minoritetens livskraft och på framtida möjligheter att värna om sitt språk och sina rättigheter. Språkförhållandena i de olika regionerna spelar en stor roll för finlandssvenskarnas flyttningsmönster (Kepsu, 2006).

Kepsu (2006) har specifikt studerat landskapen Österbotten, Åboland och Nyland. Den urbaniseringsprocess som inleddes i Finland på 1960-talet förändrade dramatiskt Svenskfinlands geografiska befolkningsstruktur. Eftersom flyttningsströmmarna rörde sig från finskspråkiga områden till svenskspråkiga, rubbades balansen mellan språkgrupperna i många kommuner. Andelen svenskspråkiga sjönk kraftigt i många traditionella svenskbygder. De svenskspråkiga har en tendens att flytta mindre inom landet jämfört med de finskspråkiga.

Finlandssvenskarna har en lång tradition som minoritet i Finland och etnisk minoritet i Norden (Allardt & Starck, 1981; Svanberg & Runblom, 1988; Liebkind & Sandlund, 2006). Begreppet etnisk grupp har ersatt begreppet ras. Etniska grupper ses som något som skapas i speciella historiska och sociala konstruktioner. Att tillhöra en etnisk grupp kommer att begränsas till rollsituationer som kommer till uttryck under fritid, under årets högtider och vid tillfälliga besök i ursprungslandet (Svanberg & Tydén, 1992). En gemensam kultur och gemensamma seder präglar etniska grupper. Den viktigaste gemensamma nämnaren är språket (Hyypä, 2007b). Även "finlandssvenskhet" kan få olika betydelser och distinktioner i olika sammanhang och vid olika jämförelser och kan självdefineras i olika sammanhang (Liebkind & Sandlund, 2006). Begreppen är mångfacetterade

då det kommer an på etnisk minoritet, etniska grupper och definitioner av "finlandssvenskhet". Inom denna avhandlings ram görs därför inte en utförlig utredning av dessa begrepp. "Finlandssvenskhet" i denna avhandling innebär att se finlandssvenskarna som en minoritetsgrupp, vilket innefattar att de utgör en etnisk minoritet i Norden, en minoritet i Finland, samt en minoritet inom minoriteten finländare i Sverige.

Finlandssvenskarna har visat sig ha en bättre skattad hälsa, lägre risk för insjuknande, lägre risk för förtidspensionering och en längre förväntad livslängd jämfört med finskspråkiga finländare (Hyypä & Mäki, 2001a,b; Hyypä & Mäki, 2003). Författarna har tolkat detta som att finlandssvenskarna har mera socialt kapital vilket gynnar deras hälsa jämfört med de finskspråkiga landsmännen. Socialt kapital är utgående från Hyypä (2007b, s. 82) detsamma som vi-anda (gemenskapsanda) som framstår som nätverk och ömsesidig tillit mellan människor. Socialt kapital är inte samarbete, social delaktighet, välfärd eller uppträdande som är följdverkningar, utan förekommer före dessa och är en latent egenskap. Begreppet socialt kapital innefattar mera än socialt nätverk. Det liknar närmast begreppet demokrati.

Det finns ingen entydig definition av begreppet socialt kapital (Hyypä, 2007b; Nummela, 2008).

Hyypäs hypotes (2007b) är att finlandssvenskarnas goda hälsosituation beror på deras aktiva deltagande i frivilliga organisationer, deras samhörighetskänsla och tillit till medmänniskor. Det sociala kapitalet i form av upplevd tillit har konstaterats minska risken att dö i förtid (Hyypä et al., 2007a). De har en välfungerande tredje sektor som upprätthåller socialt kapital. Tillhörigheten till ett mindre kollektiv förmår bättre stärka individens självkänsla. Individernas självkänsla har visat sig vara en av de hållbaraste parametrarna för god folkhälsa. Sammanhållningen och tilliten bland finlandssvenskarna innehar positiv inverkan på hälsa (Hyypä, 2007b). Sarvimäki (2003) lyfter fram social tillit som en central faktor till hälsa. Social tillit är inte det samma som subjektiv förtröstan, utan den är kopplad till samhällets eller samfundets normer, värden och nätverk. Den aktualiseras speciellt i situationer som präglas av osäkerhet och ifall man då kan lita på att få hjälp.

Social samvaro rekommenderas som hälsofrämjande insats (Hyypä & Mäki, 2003). En kultur kan innehålla ingredienserna för socialt kapital. Kultur kan jämföras med motion då det gäller hälsofrämjande (Hyypä, 2007b). Utifrån detta kan socialt kapital och social tillit ses som resurser för hälsa. I avhandlingen kommer begreppet socialt kapital som forskningsområde ej att djupare behandlas. Som det framgått i texten är det ett både stort och

kontroversiellt forskningsområde. I den här avhandlingen definieras begreppet socialt kapital utgående från Hyyppä, men därutöver tas ej begreppet upp. Man kan se att intresset för finlandssvenskarnas hälsa som forskningsområde har ökat under 2000-talet. Då det är frågan om gruppen äldre finlandssvenskars hälsa är studierna få (Grönlund, 1995; Kulla, 2001). Det verkar som om denna minoritetsgrupp i mindre omfattning är utsatt för ojämlikhet i hälsa. Därför kan finlandssvenskar utgöra en intressant studiegrupp med tanke på hälsa.

2.2. Finländarnas migration till Sverige

Inledningsvis definieras begreppet migration. Därefter presenteras finländarnas migrationstrend till Sverige i samband med andra världskriget och under 1900-talets senare hälft. Syftet är att belysa migrationstendensen bland finlandssvenskarna med bakgrund i finländarnas migration.

Migration härstammar från det latinska ordet "migratio" (flyttning) och "migrare" (flytta), vilket innebär en individs eller en grups förflyttning i rummet, varaktigt byte av boplatz eller vandring från en plats till en annan. Flyttning inom ett land kallas intern migration. Termerna emigration (utvandring) och immigration (invandring) avser flyttningar över nationsgränser dvs. sammanfattningsvis extern migration (Svanberg & Runblom, 1988) eller internationell migration (Svanberg & Tydén, 1992). Förekomst av utvandring från ett land är uttryck för rådande sociala och ekonomiska missförhållanden (Teir, 1971). En del tvingas migrera på grund av yttre orsaker medan andra migrerar frivilligt i syfte att erhålla möjligheter till bättre arbete eller för att kunna skapa en bättre framtid. Detta resulterar i olika former av migration (Svanberg & Runblom, 1988). Inom migrationsstudier används "push" och "pull"-teorierna (Lee, 1989). Den förstnämnda syftar på emigration av mer eller mindre tvång, medan den senare nämnda syftar på emigration som för med sig gynnsammare alternativ (Hedberg & Kepsu, 2003; Lee, 1989). Utifrån detta kan det konstateras att gruppen migranter innefattar personer med en varierande bakgrund, allt ifrån flyktingar och de som flyttar mer eller mindre av tvång, till personer som flyttar frivilligt.

Finländare har i århundraden emigrerat över Bottenviken till Sverige i sökandet efter arbete och ett bättre liv. Emigrationen består under 1900-talet av två stora emigrationsvågor. Den första skedde under och strax efter andra världskriget (Korkiasaari & Tarkiainen, 2000; Ronström, 1996). De människor som evakuerades bestod av flyktingar, handikappade, krigsinvalida, krigsbarn och familjer (Svanberg & Runblom, 1988). Av cirka

70.000 evakuerade finländska barn och handikappade stannade cirka 15.000 kvar som foster- eller adoptivbarn i Sverige. En del hade anpassningssvårigheter och glömde sitt finska modersmål, en del återflyttade senare till Sverige. Kvinnor och flyktingar fyllde industrierna. Eftersom en stor del återvände hem efter kriget resulterade det i arbetskraftbrist (Svanberg & Tydén, 1992).

Dåvarande Vasa län, Lapplands län, Uleåborgs län och Tornedalen hade den största utflyttningen. De områdena har ansiktet vänt mot Sverige. I början dominerade landsbygdsutflyttningen. Senare fick utflyttningen en ökad spridning i finskspråkiga regioner. Stockholm utgjorde inkörsporten för finländarna (Svanberg & Runblom, 1988). Emigrationen från Finland sprorrades förutom av efterkrigstidens födelseöverskott, av bostads- och arbetsbrist, av svårigheter att livnära sig på jord- och skogsbruk (Svanberg & Tydén, 1992).

Den andra emigrationsvågen skedde under 1950 – 1970-talet (Korkiasaari & Tarkiainen, 2000; Ronström, 1996). Alternativen för ungdomen var att stanna kvar på hemorten och ta över hemmanet, att söka sig till industrierna eller andra arbetsplatser i någon större stad vid västkusten eller i södra Finland, att flytta till Sverige, att studera vidare och flytta från hemorten (Svanberg & Tydén, 1992). Under denna period dominerade flyttningstrenden bland kvinnor medan utvandringstopparna består till stor del av ogifta män. En typisk emigrant hade folk-/grundskola eller motsvarande, saknade yrkesutbildning, tillhörde endera arbetarklassen eller hade en bondebakgrund. Därefter har andelen med längre och mera kvalificerad utbildning ökat relativt sett (Svanberg & Tydén, 1992). Finländare flyttade främst till kommuner med tillverkningsindustri och/eller lokaliserade till storstadsregionernas omedelbara närhet eller att de låg avståndsmässigt nära Finland (Svanberg & Runblom, 1988). De expansiva mellan- och sydsvenska orterna rekryterade finländska invandrare i tunga och smutsiga industrijobb eller inom servicesektorn (Svanberg & Tydén, 1992). De tyder på att de finländska emigranterna har bestått av både friska, arbetslösa och fattiga människor.

Till de övergripande externa faktorerna som påverkar migrationens omfattning hör den lagstiftning som de nordiska länderna genomförde 1954 och konjunkturväxlingar i de båda länderna (Svanberg & Tydén, 1992). Invandringen kan sägas ha fyllt det svenska samhällets behov på olika områden (Svanberg & Tydén, 1992). Under åren 1945 - 1999 flyttade cirka 530 000 finländare till Sverige medan cirka 300 000 återvände (Häggström, Borgegård & Rosengren, 1990; Korkiasaari & Tarkiainen, 2000). Under senare decennier har inflyttningen avtagit (Svanberg &

Runblom, 1988). I dagens läge flyttar cirka 3000 personer årligen till Sverige (SCB, 2007).

Finländarna i Sverige utgör den största invandrargruppen och är godtagna som en av Sveriges minoritetsgrupper (Korkiasaari & Tarkiainen, 2000). För närvarande bor det cirka 330.000 finländare i Sverige (SCB, 2007). Finlandssvenskarna utgör en minoritet inom minoriteten finländare i Sverige. Deras andel av det totala antalet finländare i Sverige utgör cirka 25% (Befolkningsregistret, 2002). Som en naturlig följd av detta kommer en del av dem att åldras i Sverige. Över 53.000 finländare i Sverige är i åldersgrupperna 65 år eller äldre och antalet förväntas fördubblas till 2015 (SCB, 2005). En del har inga planer på att återflytta till Finland (Heikkilä, 1994). Som orsaker till återflyttning uppges önskan om att barnen skall gå i finsk skola, hemlängtan, otrivsel, erbjudande om arbete i Finland eller att man föredrar att pensioneras i Finland (Svanberg & Tydén, 1992). De åldrande finländarnas stiger i antal och är därför i behov av vård på eget språk (Ekman 1993; Korkiasaari & Tarkiainen, 2000; Ronström, 1996; Heikkilä, 1996, 2004; Heikkilä & Ekman, 2000). Cirka 100 äldre personer återflyttar årligen till Finland (Befolkningsregistret, 2002). En del flyttar fram och tillbaka. Grönlund (1995) fann inga skillnader i subjektiv och objektiv hälsa bland återflyttarna, jämfört med i Finland bosatta äldre. Dock kan man förvänta sig ett ökat vårdbehov bland äldre återflyttade finländare på grund av att många utfört tunga industriarbeten under den arbetsföra perioden i Sverige.

Terminologin gällande finländarna i Sverige varierar. Man använder sig av termerna finnar, sverigefinnar, sverigefinländare (Korkiasaari & Tarkiainen, 2000; Ronström, 1996). Termerna innefattar både finsk- och svenskspråkiga finländare. I föreliggande avhandling ingår personer som behållit sitt finländska medborgarskap oberoende om de bor i Sverige eller Finland. Enligt Lauren (1983) rekommenderas inte den engelska termen "Swedish-speaking Finns", då den kan innefatta finländska medborgare med finska som modersmål, som i sin tur har lärt sig svenska. De engelska översättningarna som används för finlandssvenskar är "Finland-Swedes" samt för finskspråkiga finländare "Finnish-speaking Finns".

Finlandssvenska migranter

Under 1950 – 1970 talet flyttade cirka 60.000 – 65.000 finlandssvenskar till Sverige (Haavio-Mannila, 1986; Heikkilä, 1994; Korkiasaari & Tarkiainen, 2000; Ronström, 1996). Under flyttrörelsen på 1960-talet flyttade var sjätte svenskspråkig från Österbotten till Sverige (Hyypä, 2007b). Efter det har

finlandssvenskarna andel ökat (Häggström, Borgegård & Rosengren, 1990; Kepsu, 2006). Finlandssvenskarna har haft ett annat utgångsläge än de finskspråkiga, dels på grund av det svenska språket och en kulturell samhörighet med Sverige, och dels för att en del samtidigt har tagit sig fram hjälpligt med det finska språket. Finlandssvenskarnas dubbla kompetens kan ha fungerat som strategier att ta sig fram i det nya landet. En del fick bättre arbeten än de finskspråkiga och ibland bättre arbeten än svenskarna. Finlandssvenskarna har som regel högre utbildningsnivå än den genomsnittliga invandraren till Sverige. Deras barn, andra generationens finlandssvenskar i Sverige smälter sannolikt in i det svenska samhället. De har inte den finlandssvenska dialekten och bär helt svenska namn (Häggström, Borgegård & Rosengren, 1990). Roinila (2000) lyfter fram en intressant aspekt gällande orsaker till emigration bland finlandssvenskar. De har ansetts som mera rastlösa än finnarna, såsom rörligare människor och mera villiga att migrera. Detta förklaras dels av deras närhet till hav, båtindustri och handel med svenskarna. Deras benägenhet att återflytta har varit lägre (Sarvimäki, 2000). Det tyder på att ett flertal faktorer tenderar att gynna finlandssvenska invandrare i Sverige.

Studier relaterade till finlandssvenska invandrare har främst gjorts ur ett migrationsperspektiv (Roinila, 2000), där man belyser erfarenheter från flyttningen till Sverige och återflyttningen till Finland (Allardt & Starck, 1981; Allardt-Ljunggren, 1996; Borgegård & Rosengren, 1990; Grönlund, 1995; Herberts & Andberg, 1979; Herberts, Jokiahho & Remell, 1996; Häggström, Korkiasaari & Tarkiainen, 2000; Norrgård, 1980; Nyman-Kurkiala, 1999). Atingen utgör finlandssvenskarna studiegrupp eller också ingår de i studiegrupperna.

2.3. Forskningens relevans

I vårt mångkulturella samhälle finns allt fler äldre som åldras i minoritet. Studier påvisar att det förekommer ojämlikhet i hälsa bland minoriteter (Hyypä, 2007b; Marmot & Wilkinson, 1999). Internationella studier pekar på en lägre skattad hälsa bland invandrare (Albin, 2006; Bernard et al., 1997; Carmel, 2001). Resultaten från migrationsstudier påvisar att det kan förekomma skillnader mellan könen då det beror på om hälsan utvecklas till det bättre eller det sämre (Hedlund, 2007; Westman, 2008). Det är av betydelse att poängtera att migration kan medföra såväl sämre som bättre hälsa.

Majoriteten av finländarna flyttade efter andra världskriget till Sverige som arbetskraftinvandrare. För en del innebar det bättre utkomstmöjligheter och

ett rikare liv, medan det för en andra innebar tunga industriarbeten och risker för hälsan. En del flyttade mer eller mindre frivilligt till Sverige. Utgående från detta kan man konstatera att en del av de finlandssvenska migranterna åldras som pensionärer endera i Sverige eller Finland. En del av dem flyttar fram och tillbaka. Åldrandet och pensioneringen kan aktualisera frågor gällande den egna ålderdomen, förändringar i hälsa, planer på att flytta tillbaka till Finland, tillbaka till rötterna. De äldre förväntas ha en sämre hälsa och vara i behov av vård på grund av tunga industriarbeten i Sverige (Grönlund, 1995; Sarvimäki, 2000; Sarvimäki, Palo-Bengtsson, Kulla, Heikkilä & Ekman, 2006b). Vi vet lite om vad migration och åldrande i minoritetsgrupp innebär för äldres hälsa ur ett folkhälsoperspektiv. Migration kan tänkas medföra förändringar som i sin tur kan inverka på de äldres hälsa och på möjligheter att bevara och främja hälsa.

I föreliggande avhandling innefattar studiegrupperna personer som mer eller mindre frivilligt flyttat till ett land som i kulturell bemärkelse inte skiljer sig mycket från det egna hemlandet. Man kan utifrån detta utgå från att en finlandssvensk migrant har goda förutsättningar att leva och åldras i det nya landet. De behärskar landets språk. Närheten till Finland är en fördel. Därutöver tenderar finlandssvenskarna som minoritet i Finland att ha en bättre hälsa jämfört med de finskspråkiga. En bättre skattad hälsa, lägre risk för insjuknande och förtidspensionering och längre förväntad livslängd bland finlandssvenskarna gör det intressant att studera denna grupp. Studier gjorda bland äldre finlandssvenskar utifrån ett hälsoperspektiv är få (Grönlund, 1995; Kulla, 2001). Studiegruppen äldre finlandssvenskar som etnisk minoritet i Norden, dels som minoritet i Finland och som minoritet inom minoriteten av finländare i Sverige samt dels som återflyttare till Finland, kan ge nya perspektiv på äldres hälsa. Jämlikhet i hälsa inom minoritetsgrupper utgör ett aktuellt tema inom folkhälsovetenskap med tanke på hälsofrämjande insatser bland äldre.

3. TEORETISK REFERENSRAM

Föreliggande avhandling grundar sig på två teoretiska discipliner: folkhälsovetenskap och kulturgerontologi. Den övergripande vetenskapstraditionen utgörs av folkhälsovetenskap med en tvärvetenskaplig forskningstradition (Pellmer & Wramner, 2007). I denna avhandling ligger fokus på hälsofrämjande inom folkhälsovetenskapen (Porter, 2006; The Bangkok Charter, 2005; WHO, 1986). Folkhälsovetenskap ur ett åldrandeperspektiv fokuserar på hälsofrämjande under livets senare del (Albert, 2004). Kulturgerontologi utgör en deldisciplin inom gerontologi (Andersson, 2002). Gerontologi är en vetenskapstradition som undersöker åldrandet och de äldre. Den undersöker förändringar som en följd av åldrandet, vilka konsekvenser åldrandet har för individen, samt den sociala gemenskapen och samhället (SHM, 2008). Kulturgerontologin består av diverse inriktningar eller forskningstraditioner. I denna avhandling ses åldrandet i minoritetsgrupper utgöra det intresseområde som studeras inom kulturgerontologin (Sarvimäki, 2003).

3.1. Hälsofrämjande som forskningsområde

Grundstrukturen för ett hälsofrämjande arbetssätt utformades av Världshälsoorganisationen (WHO) genom definitionen stipulerad i Ottawa Charter (1986):

”Hälsofrämjande arbete är den process som ger människor möjligheten att öka kontrollen över sin hälsa och att förbättra den. Hälsa är inte ett mål utan en resurs och en del av livskvalitet”
(WHO, 1986, fri översättning)

I Ottawa Charter (1986) betonas hälsofrämjande ur ett mera individbetonat perspektiv. Hälsofrämjandet har vidareutvecklats under därpå följande konferenser, varav Bangkok-konferensen utgör den senaste (Porter, 2006; The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World, 2005). I Bangkok charter betonas som ett av tyngdpunktsområdena att möjliggöra en jämlik möjlighet till hälsa och välbefinnande för människor. Genom Bangkok Charter (2005), har tyngdpunkten på hälsofrämjandet, bekämpandet av ojämlikhet och ohälsa pålagts olika ledande nivåer i samhälle. Hälsa ses som en central determinant för både socioekonomisk och politisk utveckling. Hälsofrämjande innefattar både aktiviteter, implementering och utvärdering.

Det finns två olika utgångsperspektiv i studier och arbetssätt gällande människors hälsa. Utgår man från hälsa och friskfaktorer, ett salutogent perspektiv, ser man människan och hennes sammanhang (Kostenius & Lindqvist, 2006). Inom hälsofrämjande (promotion) fokuserar man på att öka hälsoresurserna. Hälsofrämjande innebär att holistisk främja hälsa, där både människan och hennes omgivning ingår (Koskinen-Ollonqvist, Aalto-Kallio, Mikkonen, Nykyri, Parviainen, Saikkonen & Tamminiemi, 2007; Savola & Koskinen-Ollonqvist, 2005). För att det skall vara möjligt att främja hälsa borde det finnas förutsättningar och möjligheter för människan att inverka på såväl fysisk som social omgivning. Människan ses som aktiv och deltagande men bär inte enbart som enskild människa ansvaret för sin hälsa (Savola & Koskinen-Ollonqvist, 2005; Vertio, 2003). Människans livslopp ses som en process som återspeglar sig i hälsa (Savola & Koskinen-Ollonqvist, 2005). Då det kommer an på hälsofrämjande specifikt bland äldre blir det centralt att inneha kunskap om gerontologisk vård (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 1996) och/eller gerontologiskt socialt arbete (SHM, 2008).

Som förutsättningar för hälsa ses samhällets och omgivningens hälsa, social rättvisa, jämlikhet samt beslutsfattande (Ottawa Charter, 1986; Vertio, 2003). Det blir centralt att främja och stärka de faktorer som utgör ett skydd för hälsa och motverkar effekterna av olika hälsorisker (Ottawa Charter, 1986). Hälsa ses som en resurs för vardagslivet, med sociala, andliga och fysiska dimensioner. För att det hälsofrämjande arbetet skall vara effektivt måste det finnas förespråkare för hälsa och även resurser som möjliggör för människor att uppnå sin hälsopotential samt samverka mellan olika sociala intressen. Hälsa ses som en fundamental mänsklig rättighet och en klok social investering (Svanström, 2002; WHO, 1986; WHO, 1988 a,b). I denna avhandling är tyngdpunkten lagd på hälsa och resursperspektivet. Avhandlingen innefattar även hälsostrategier, vilka utgör de metoder man använder sig av eller det man gör för att främja sin hälsa.

Det andra utgångsperspektivet utgår i hälsofrågor från riskfaktorer, ett patogent perspektiv, med kunskap om sjukdomar och dess orsaker i fokus. Man ser symtomen och den sjuka delen av människan och arbetssättet är botande och förebyggande (Kostenius-Lindqvist, 2006). Enligt WHO (2005) innefattar hälsofrämjande arbete att förebygga epidemier av kroniska sjukdomar. Trots att tyngdpunkten inom hälsofrämjande är mångfaldig kan båda perspektiven anses folkhälsovetenskapligt sett kompletterande.

Eftersom hälsofrämjandet inte har ett enhetligt paradigm, likaså ingen enhetlig teoretisk eller metodologisk grund, kan man närma sig det hälsofrämjade utifrån olika vetenskapstraditioner. Substansen i hälsofrämjandet varierar beroende på vetenskapstradition. Inom

socialvetenskaperna ligger fokus på att aktivera det sociala nätverket och förändra livsstil, medan man inom medicinen förebygger sjukdomar och ger föreskrifter för vård (Koskinen et al., 2007; Savola & Koskinen-Ollonqvist, 2005). Inom en god vård och omsorg för äldre betonas hälsofrämjande insatser (SHM, 2008; WHO, 1998 a,b; WHO, 2005), samt kunskap om gerontologisk vård (SHM, 2008). Gerontologisk vård innefattar värderingar, kunskap och metoder i vårdarbetet förenade med gerontologisk kunskap. Syftet med gerontologiskt vårdarbete är att främja och upprätthålla äldre klienters, deras familjers och närståendes hälsa och funktionsförmåga, att hjälpa och stöda i de förändringar och förluster som följer på åldrandet, att förebygga sjukdomar och ge vård och behandling som botar och lindrar samt främjar rehabilitering (SHM, 2008). Enligt Sarvimäki och Stenbock-Hult (1996) innebär gerontologiskt vårdarbete att hjälpa eller stöda den åldrande människan till att utgående från hennes egen funktionsförmåga uppnå hälsa. Gerontologiskt vårdarbete innefattar även att hjälpa och stöda till självhjälp, kompensering eller anpassning till åldrande eller död.

Inom gerontologiska insatser för äldre betonas även gerontologiskt socialt arbete, genom vilket man stärker äldres funktionsförmåga, välfärd, livsmiljö, sociala förhållanden och en fungerande social gemenskap. Äldres självbestämmande får en prioritet (SHM, 2008). Eftersom vetenskapstraditionen i föreliggande avhandling är folkhälsovetenskap, kommer inte gerontologisk vård och gerontologisk socialt arbete att vidare behandlas. Det kan på basen av aktuella dokument gällande kvalitetsrekommendationer vid vård och service för äldre (SHM, 2008) rekommenderas, att ett hälsofrämjande synsätt inbegriper en förståelse för gerontologisk vård och/eller gerontologiskt socialt arbete.

Utgångspunkten för det hälsofrämjande, dess substans och tyngdpunktsområden grundar sig på den rådande människo- och hälsobilden inom vetenskapstraditionen. Därmed kan tyngdpunkten för hälsofrämjande verksamhet vara inriktad på det hälsofrämjande (promotion), det hälsoskyddande (protection) eller på sjukdoms(prevention) (Savola & Koskinen-Ollonqvist, 2007). Denna avhandlings rådande människobild är att se äldre personer som resurser. Den rådande hälsobilden framgår ur kapitel 3.2.

3.2. Fokus på äldres hälsa som upplevd eller självskattad

Äldres hälsa står i ett folkhälsovetenskapligt perspektiv i fokus, då det kommer an på att utveckla hälsofrämjande arbete (SHM 2001, 2008). Hälsoforskning bland äldre ger olika resultat beroende på vilket hälsobegrepp som används i studierna. Hälsa kan studeras som frånvaro av sjukdom, som upplevd eller som självskattad. Det första begreppet pekar på en hälsosyn som är biomedicinsk och objektiv medan de följande begreppen är mera subjektiva (Jylhä, 1994a,b ; Sarvimäki, 2002).

Upplevd hälsa (experiential health), används i kvalitativa studier och innefattar upplevelser, mening och innebörd som är relaterade till den egna hälsan. Upplevd hälsa innefattar en holistisk syn på hälsa där personens hela hälsokapacitet och hälsoproblem ingår (Jylhä, 1994a,b; Jylhä, 1985; Sarvimäki, 2002). Upplevd hälsa erbjuder en ram för förståelse av varför människor skattar sin hälsa såsom de gör. Det blir centralt att analysera vad äldre säger och hur de tänker. Hälsa framstiger som konkret, kontextuell och mångdimensionell. Hälsa kan innefatta accepterande av sjukdom och är ofta kopplad till hur man klarar vardagen och hur man mår. Hälsa kan uppfattas på olika sätt (Sarvimäki, 2002). Upplevd hälsa kan ses som ett komplement till självskattad hälsa då man studerar äldres hälsa (Jylhä, 1994a; Sarvimäki, 2002). I denna avhandling definierades upplevd hälsa som erfarenheter och kunskap från det levda livet som återspeglar sig i hur man beskriver sin hälsa som äldre.

Självskattad hälsa (self-rated health) utgör ett etablerat och ofta använt mätinstrument inom såväl hälsoforskning som gerontologiska studier (Jylhä, 1994a; Leinonen, 2002). Självskattad hälsa mäts vanligen genom en femgradig skala från utmärkt hälsa – mycket dålig hälsa, med variationer i klassificeringen. Självskattad hälsa används därför ofta i kvantitativa studier. Trots detta innefattar självskattad hälsa känslor, upplevelser och insikter som kopplas till ens subjektiva hälsa (Jylhä, 1985; Blaxter, 1990; Sarvimäki, 2002). Relationen mellan objektiv och subjektiv självskattad hälsa är inte helt entydig (Sarvimäki, 2002). Självskattad hälsa är åldersanpassad. Äldre människor räknar med att sjukdomar och försämrad kapacitet hör till åldrandet och sänker sin aspirationsnivå så att de kan upprätthålla en hög tillfredsställelse (Sarvimäki, 2002). Som hälsoindikatorer i denna avhandling används både upplevd och självskattad hälsa.

Äldre personer tenderar att bedöma sin hälsa genom funktionsförmåga (Blaxter, 2004). Funktionsförmåga studeras genom test och frågeformulär (Jylhä, Jokela, Tolvanen, Heikkinen, Heikkinen, Koskinen, Leskinen, Lyyra & Pohjolainen, 1992; Heikkinen, Era, et al., 1993; Seitsamo, 2007, SHM,

2008). Enligt WHO (2001) utgör funktion ett paraplybegrepp som innefattar kroppsliga, fysiologiska funktioner, kroppsstrukturer (anatomiska delar), aktiviteter och deltagande. Funktionsförmåga ses i denna avhandling utgöra en central resurs för hälsa.

3.3. Äldres hälsa i ett livsloppsperspektiv

Livsloppet betonar samverkan mellan historiska händelser, beslut och möjligheter på individnivå, samt inverkan av upplevelser i tidig ålder och medelåldern samt hur detta avgör och återspeglar sig på den senare delen av livet (Elder, 1994; Kronenfeld, 2006; Quadagno, 2005). Åldrandet utgör en fortsättning på det tidigare levda livet. Livet som det ter sig nu och de föreställningar man har om framtiden avspeglar tidigare livsfaser och erfarenheter. Livsloppsperspektivet bygger utgående från Giele och Elder (1998) på följande fyra utgångspunkter.

1. *Tid och plats.* Människor som föds på en given plats kommer att ingå i ett historisk och sociokulturellt sammanhang. Detta kallas kohortprincipen, eftersom det betyder att grupper som är födda vid olika historiska tidpunkter kommer att ha olika livslopp och åldras på olika sätt.

2. *Sammanflätade liv.* Det sker en kontinuerlig interaktion mellan olika nivåer av socialt handlande. Hur de enskilda individernas liv gestaltas beror på samverkan mellan de kulturella, sociala, psykologiska och biologiska systemen och också på kontakten med andra människor som har sina erfarenheter.

3. *Målinriktat handlande.* De enskilda individerna kan ses som handlande varelser som överlever och utvecklas genom att tillgodose sina behov, anpassa sig till förändrade förhållanden och eftersträva mål. De mål man uppställer kan vara olika i olika faser av livet, men individerna kan också ha långsiktiga mål som ger hela livet en inriktning.

4. *Tvåvägsdynamik.* I sin strävan att uppnå mål står individerna och grupperna i kontinuerlig samverkan med omgivningen och reagerar på händelser och skeenden i tiden, samtidigt som de också påverkar sin omgivning. Tidpunkten för olika val kommer att påverka livsloppet. De äldres liv har påverkats av hur de reagerat på det som hänt i deras livsmiljö vid olika tidpunkter – ekonomisk nedgång, skilsmässa, barnbarnens födelse, livskamratens bortgång – och vilka val de fattat vid olika tidpunkter till följd av detta (Sarvimäki, Kulla, Palo-Bengtsson, Heikkilä och Ekman, 2006a). Att tillhöra en ålderskohort, ett sammanflätat liv, personliga mål, samverkan mellan omgivningen och personliga val kommer att ha betydelse för hälsa som äldre.

Sarvimäki et al. (2006a) beskriver och tolkar äldre finlandssvenska migranternas livslopp utifrån livsloppsperspektivet (Geile & Elder, 1998). 1. *Tid och plats*. Migranterna är födda i Finland före andra världskriget, en del före första världskriget. De har alla upplevt krigets, återuppbyggnadens och arbetslöshetens Finland. De som emigrerade till Sverige upplevde hur det var att komma till ett land som inte aktivt varit med i kriget, som präglades av ekonomisk tillväxt och välfärd. 2. *Sammanflätade liv*. De skiljer sig från varandra på många sätt, till exempel gällande familjekonstellationen, utbildning, arbetsliv både i Finland och Sverige och de olika människor de mött under livet. Detta har satt sin prägel på deras liv och bidragit till olikheter i livsloppet. 3. *Målinriktat handlande*. Valet att flytta till Sverige kan för många migranter ha styrts av målet att finna en utkomst, att uppnå bättre levnadsstandard, att förenas med släktingar eller uppleva något nytt i livet. Målet med återflyttningen kan ha varit att få åldras i sin hemtrakt, att återknyta kontakten med vänner eller släktingar eller att få vård på sitt modersmål. 4. *Tvåvägsdynamik*. Bland migranterna fattades beslutet att flytta till Sverige av många medan de var relativt unga, och det kunde vara en reaktion på arbets- och bostadsbrist på hemorten. Andra fattade beslut senare, under medelåldern, som en reaktion på att barnen flyttat. Ett fåtal fattade beslutet först som pensionärer. Det slutliga beslutet att flytta tillbaka till Finland aktualiseras vanligen i samband med pensioneringen och kommer att påverka hur och var man åldras (Sarvimäki et al., 2006a).

Åldrandet ses som en normal och dynamisk process, som en integrerad del av hela livsloppet (Ruth, 1994; Öberg, 2002). Åldrandet är en livslång process som vi alla är delaktiga i, en process som vi har en förförståelse för via vår egen kropp. Åldrandet kan gestaltas och upplevas på olika sätt (Kronenfeld, 2006; Nilsson, Ekman & Sarvimäki, 1998; Phillipson, 1998; Sarvimäki, 2002; Öberg, 1997). De äldre skapar själva det meningsfulla, genom sina känslor, tankar, egna sätt att upptäcka den värld de lever i (Gubrium & Holstein, 2000). Att se på åldrandet utifrån ett ”inifrånperspektiv” innebär att sätta fokus på den åldrande människan som meningsskapare, samt på fruktbarheten i att studera åldrandet i vardagssituationernas kulturella kontext (Ruth 1994). Man kan utgå ifrån att människor inte upplever mening i åldrandet som sådant, men i att vara sig själva i ålderdomen. Äldre människor upplever åldrandet i förhållande till andra, till exempel en äldre människa kan känna sig som sina 80 år, då hon är tillsammans med andra som får henne att känna sig gammal (Gubrium & Holstein, 2000).

Studier där man gjort någon form av kategorisering av äldres åldrandeprocess är bland annat Öberg (1997), som indelade äldre enligt olika sätt att åldras ur ett livsloppsperspektiv. Öberg kom fram till att de fanns personer som tillhörde kategorierna ”det lyckliga livet”, ”livet som ett hinderlopp”, ”livet

som meritförteckning” och så vidare. Backman (2001) indelade äldre enligt olika sätt att utöva självvård. I kategoriseringarna fanns bland annat ”den anpassade” och ”den envisa”.

3.4. Kulturgerontologi

Termen kulturgerontologi togs inom socialgerontologisk forskning i bruk under 1990-talet (Andersson, 2002; Gubrium & Holstein, 2000; Phillipson, 1998). Kulturgerontologi grundar sig på den humanistiska gerontologin som bedrevs i slutet av 1970-talet inom forskningstraditionen i USA (Cole, 2002). Phillipson (2002) betonar att kulturgerontologiska studier fokuserar på åldrandet som fenomen, vardagslivet och ett intresse för hur människor beskriver och upplever sin ålder. I Finland har bland annat Vakimo (2003) utvecklat kulturgerontologin. Kärnan och det förenande i kulturgerontologin som deldisciplin, är studier relaterade till fenomenet åldrandet och kulturen (Vakimo, 2003). Kulturgerontologi kan sägas studera den äldre människan som en kulturvarelse och den äldre människans liv i en kulturkontext. Genom kulturgerontologin strävar man till att närma sig upplevelser av åldrande och de kulturella processer som inverkar på att leva som äldre under olika tidsepoker (Sarvimäki, 2003). Inom kulturgerontologin förekommer olika forskningstraditioner (Vakimo, 2003). I denna avhandling har fokus lagts på den socialgerontologiska traditionen som grund för kulturgerontologin. Därför ges en kort presentation av socialgerontologin.

Socialgerontologin studerar sociala aspekter av åldrandet och äldre människors sociala liv (Gubrium & Holstein, 2000; Phillipson, 1998). Under 1980-talet förekom tre viktiga strömningar inom gerontologin, ett politiskt och ekonomiskt perspektiv, ett humanistiskt perspektiv samt ett biografiskt och ett narrativt perspektiv. Inom den kritiska gerontologin skapar man alternativa närmelsesätt att förstå åldrandeprocessen (Phillipson, 1998). Inom humanistisk gerontologi strävar man till att beskriva, tolka och förklara mänskliga fenomen relaterade till åldrandet. En central frågeställning utgör: vad innebär åldrande? (Cole, 2002; Vakimo, 2003). Åldrandet ses som en levd upplevelse, som en dialog mellan de äldre och samhället. Åldrandet ses som en rörelse mot frihet, autonomi, visdom och transcendens (Phillipson, 1998). Inom den biografiska och narrativa inriktningen används berättelser, där upplevelserna ges en röst och respondenterna ställer och upptäcker sina egna frågor. De äldre är aktiva respondenter som själva utvecklar fakta och teorier (Gubrium & Holstein, 2000; Phillipson, 1998). Forskare inom narrativ gerontologi betonar betydelsen av att låta de äldre berätta och göra sin röst hörd (Gubrium & Holstein, 2000).

Kultur

Begreppet ”kultur” har många definitioner (Vakimo, 2003). Kulturbegreppet kan ses som ett kollektivt och ett samhälleligt fenomen där det som människan gör, producerar eller uttrycker studeras (Vakimo, 2003). Sarvimäki (2003) ser kultur som en livsform, en verksamhet styrd av vissa regler. Enskilda verk, tal och fenomen blir av betydelse i denna kontext. Människan lär sig de regler som gäller inom en viss kultur.

Kultur betyder ett begreppssystem inom vilket mänskliga varelser lever tillsammans och bildar sitt levnadssätt. Sociala sammanhang och levnadsprocesser poängteras. Kulturtraditioner bestämmer delvis hur hälsosamma levnadsvanor man har (Hyypä, 2007b). Hyypä (2007b) lyfter fram en intressant aspekt gällande finlandssvenskarnas känsla av gemenskap, som en stolthet över att ha tillsammans i en vänkrets lyckats med något. Likaså lyfter Hyypä (2007b) fram en intressant kulturell aspekt genom att belysa upplevelse av värk som betingad av skillnader i kultur, beteende och levnadsvanor. Utifrån Hyypäs tolkning skulle avsaknad av smärta inte nödvändigtvis röra sig om enbart fysisk hälsa utan kunna ses som en kulturell aspekt.

Efterkrigstidens invandring skapade i Sverige särkulturer. Från och med 1960-talet har man strävat till att assimilera (integrera) invandrarna till den svenska kulturen (Hedberg & Kepsu, 2003; Kepsu, 2006; Nyman-Kurkiala, 1999; Svanberg & Tydén, 1992). Etniska, språkliga och religiösa minoriteter har erbjudits möjlighet att behålla och utveckla ett eget kultur- och samfundsliv. Målet har inte varit att utveckla etniska minoriteter i Sverige. De flesta invandrare kan förväntas ha skapat sig en ny tillvaro i Sverige och inte en etnisk särkultur. Numera innefattar kultur något som står för idéer, värderingar, regler och normer som människor inom en grupp överför från generation till generation (Svanberg & Tydén, 1992). Kulturella jämförelser av hälsa rekommenderas att göras med försiktighet (Jylhä, 1994). I denna avhandling ses kulturbegreppet på basen av det tidigare beskrivna utgöra en tolkningsram för att öka förståelsen för äldres hälsa i minoritetsgrupper. Därutöver kommer begreppet inte att operationaliseras.

Sårbarhetshypotesen

Enligt sårbarhetshypotesen (Dowd & Bengtsson, 1978), finns det socioekonomiska grupper som har ökad sårbarhet eller minskad motståndskraft och vissa människor i dessa grupper utvecklar sjukdom och död. De står vid sidan av samhället, har låg status och nedsatt förmåga att tackla sina problem. Resurssvaga människor är särskilt sårbara i samhället.

En äldre människa anses vara mera sårbar och fysiskt skörare (Norman, 1985; Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2004). Äldre invandrare och minoritetsgrupper kan vara utsatta för dubbel (Dowd & Bengtson, 1978), eller tredubbel sårbarhet (Norman, 1985). Sårbarhetshypotesen har använts i studier om äldre invandrare (Heikkilä 1994; Ronström 1996; Sarvimäki et al., 2006 a,b). Som äldre i en minoritetsgrupp kan man vara än mera utsatt (Dowd & Bengtsson, 1978; Sarvimäki et al. 2006a,b; Weeks & Cuellar, 1983). Grupper med låg sårbarhet är de gifta, de som tillhör en religiös sammanslutning och de som har ett gott socialt nätverk (Haglund & Svanström, 1983). Sårbarhetshypotesen ses i denna avhandling som en tolkningsram för att öka förståelsen för äldres hälsa i minoritetsgrupper.

3.5. Sammanfattning

I denna avhandling ses ett tvärvetenskapligt närmelsesätt som ett fruktbart alternativ till att utveckla kunskap inom det hälsofrämjande. Synen på den äldres hälsa återspeglar sig i en förståelse för livsloppets betydelse för upplevd och självskattad hälsa (Jylhä, 1994a,b; Sarvimäki, 2002). Inom hälsoforskning kan man utgå ifrån att se på hälsa och människan som resurs, utifrån ett salutogent perspektiv (Kostenius-Lindqvist, 2006). Likväl kan man inom åldrandeforskning utgå ifrån att se på äldre som resurs. Den rådande synen på människan som äldre återspeglar synen på åldrandet (Phillipson 1998, 2002; Ruth, 1994; Sarvimäki, 2002). I äldre människors röst finns resurser till ny kunskap (Gubrium & Holstein, 2000). Detta implicerar att se åldrandet som resurs.

Då man är äldre kan detta föra med sig att man är mera sårbar (Dowd & Bengtsson 1978; Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2004). Tillhör man utöver detta en minoritetsgrupp kan det öka sårbarheten (Markides, 1998). Detta kan i kombination leda till dubbel, flerdubbel eller till och med multipel sårbarhet (Dowd & Bengtsson, 1978). Inom det hälsofrämjande kan sårbarhetshypotesen bidra med ökad insikt om vad det innebär för hälsan hos

äldre som är i minoritet (Dowd & Bengtsson, 1978; Haglund & Svanström, 1983; Heikkilä, 2004).

Kulturgerontologins bidrag som teoretiskt perspektiv innefattar förutom kunskap om åldrandet (Phillipson, 2002), kunskap om vad det innebär att åldras i en minoritetsgrupp (Sarvimäki, 2003), samt en förståelse för kulturen (Vakimo, 2003). Studier om åldrandet med fokus på gerontologisk vård och/eller gerontologiskt socialt arbete utgör ett aktuellt tema för personer som arbetar med hälsofrämjande insatser bland äldre och deras anhöriga (SHM, 2008).

På basen av detta kan man konstatera att tillhör man gruppen äldre i minoritet kan det innebära att man ingår i en riskgrupp med tanke på folkhälsa. Utifrån aktuell forskning och rekommendationer, samt krav på kunskapsutveckling inom det hälsofrämjande finns det ett behov av innovativa närmelsesätt att minska på ojämnlighet i hälsa bland äldre i minoritet. Detta motiverar till en mångfacetterad forskningsansats då det gäller att undersöka hälsa bland denna specifika grupp av äldre. Avhandlingens delstudier förväntas lyfta fram nya aspekter av äldres hälsa återspeglad ur ett livsloppsperspektiv. Detta förväntas bidra till kunskap inom hälsofrämjande bland äldre i minoritet, där resultaten kan tänkas gynna de äldre, samt olika personalgrupper som arbetar med hälsofrämjande insatser bland äldre.

4. SYFTE OCH SPECIFIKA SYFTEN

Avhandlingens övergripande syfte är att beskriva, analysera, jämföra och fördjupa förståelsen för hälsa återspeglad ur ett livsloppsperspektiv bland äldre finlandssvenskar i Finland och i Sverige. Avhandlingens övergripande vetenskapstradition är folkhälsovetenskap ur ett hälsofrämjande perspektiv. Kulturgerontologin utgör ett ytterligare teoretiskt perspektiv. Syftet med studierna som helhet är att studera äldres hälsa som upplevd och självskattad både ur ett åldrandeperspektiv eller ett migrationsperspektiv. Resultaten är tilltänkta att öka kunskapen om hälsofrämjande insatser bland äldre i minoritetsgrupper.

Avhandlingens specifika syften är att:

1. Beskriva och fördjupa förståelsen för hur äldre finlandssvenskar upplever sin hälsa.

Hur hälsa framgår ur livssammanhanget genom hälsoresurser och hälsostrategier bland äldre finlandssvenskar i Finland (delstudie I), samt hur hälsa upplevs bland äldre finlandssvenska invandrare i Sverige och som återflyttare till Finland (delstudie IV).

2. Beskriva, analysera eller jämföra hur äldre finlandssvenskar skattar sin hälsa.

Hur äldre finlandssvenskar i Finland skattar sin hälsa (delstudie II) samt hur äldre finlandssvenskar i jämförelse med finskspråkiga invandrare i Sverige skattar sin hälsa (delstudie III).

3. Beskriva, analysera och fördjupa förståelsen för hur migrationen återspeglar sig i hälsa bland äldre finlandssvenskar.

Hur migrationen återspeglar sig i självskattad (delstudie III) samt i upplevd hälsa (delstudie IV).

4. Beskriva, analysera eller jämföra och fördjupa förståelsen för hur åldrandet återspeglar sig i hälsa bland äldre finlandssvenskar.

Hur åldrandet som process återspeglar sig i upplevd och självskattad hälsa (delstudierna I, II, IV).

5. METOD

I föreliggande avhandling har både kvalitativa (delstudierna **I**, **IV**) och kvantitativa (delstudierna **II**, **III**) forskningsansatser använts. Syftet med de metodiska ansatserna har varit för det första att fördjupa förståelsen av hälsa genom att beskriva och tolka upplevelser av hälsa närmast kvalitativt och för det andra att beskriva och jämföra självskattad hälsa närmast kvantitativt.

5.1. Datainsamlingsmetoderna

Studiegrupperna

I avhandlingen ingår en del data från två större projekt. Forskningsprojektet ”Borta bra men hemma bäst” (2001 – 2004) utfördes i syfte att utveckla förebyggande hembesök i samarbete med Svenska yrkehögskolan, Vasa och projektkommunerna i Syd-Österbotten (Kristinestad, Kaskö och Närpes) (delstudierna **I** och **II**). Forskningsprojektet ”Att åldras mellan två kulturer” ingick i Finlands Akademis forskningsprogram ”Finskt i Sverige – Svenskt i Finland” åren 2000 – 2003. Forskningsprojektet förverkligades i samarbete mellan Äldreinstitutionen i Helsingfors och Karolinska Institutet i Stockholm. Syftet med projektet var att studera äldre finländska migranters hälsa, vård och identitet både i Sverige och i Finland. I projektet ingick två separata datainsamlingsskeden i respektive länder bland fyra studiegrupper av äldre med finska respektive svenska som modersmål. En del av studiegrupperna ingår i delstudierna **III** och **IV**.

Informanterna erhöles via Befolkningsregistret i Finland samt via Statistiska Centralbyrån i Sverige. Informanterna erhöles dels genom slumpmässiga urval samt ur ett totalurval av återflyttare till Finland under åren 1990 – 1998. I delstudierna ingick enbart informanter med finländskt medborgarskap. Studiegrupperna presenteras närmare i tabell 1:

Tabell 1. Studiegrupper i avhandlingens fyra delstudier enligt boendeland:

	Finland	Sverige
Finlandssvenskar Delstudie I, II	x	
FINLÄNDARE I SVERIGE Finlandssvenska och finskspråkiga invandrare Delstudie III		x
Finlandssvenska invandrare och återflyttare Delstudie IV	x	x

Informanternas ålder var i delstudierna **I, II** 75-år eller äldre, i delstudierna **III–IV** 65-år eller äldre. Alla informanterna var hemmaboende. Till delstudierna **I** och **II** valdes äldre i åldern 75 år eller äldre (tidigast 1926 födda) på basen av rådande rekommendationer för åldersgrupper vid förebyggande hembesök. Till delstudie **I** valdes en riskgrupp av äldre som hade erhållit högre riskpoäng för fortsatt hemmaboende och som hade flera hälsoproblem. Det var sannolikt att det naturliga åldrandet hos denna riskgrupp kändes av i både kropp och själ, vilket kunde tänkas återspegla sig i hälsa. Den höga medelåldern i urvalet (84 år) kan tänkas ha bidragit till att både hälsa och åldrande framsteg mera nyansrikt ur datamaterialet. Till delstudierna **III** och **IV** valdes 65-åringar eller äldre enligt kriteriet för allmän pensionsålder. Eftersom det var frågan om en något yngre åldersgrupp av äldre i delstudierna **III** och **IV** kan det tänkas ha gett variation i såväl upplevd och självskattad hälsa. Delstudiernas åldersgrupper innefattar 65 - 90-åringar (eller äldre).

Kontakt med de äldre togs skriftligt. I delstudierna **I** och **II** innehöll brevet förslag till datum och tid för intervjun. I delstudie **III** innehöll följebrevet en svarsblankett med ikryssningsalternativ för deltagande i intervju i delstudie **IV**. Informanterna ombads returnera svarsblanketten i frankerat kuvert. De personer som tackade ja till intervju kontaktades per telefon före intervjutillfället (delstudierna **I, IV**).

Datainsamlingsinstrumenten och variablerna

Datainsamlingsinstrumenten utarbetades av forskargrupperna på basen av standardiserade instrument, såsom SF-12[®]-hälsoenkäten (**I**, **II**) samt en enkät för äldre utarbetad av WHO (Heikkinen et al., 1993) (**III**). I delstudierna **I** och **II** beaktades därutöver finländska rekommendationer för utförande av förebyggande hembesök (Häkkinen, 2002). Instrumentet bestod av cirka 70 frågor med teman bland annat relaterade till hälsa, funktionsförmåga, boende, relationer, vård, livsåskådning, framtida förväntningar, ekonomi. Instrumentet i delstudie **III** bestod av cirka 70 temaområden med frågor relaterade till bland annat tiden före flyttningen till Sverige, flyttningen till Sverige, tiden i Sverige, vården i Sverige, återflyttningen till Finland/livet i Sverige som äldre, självskattad hälsa, fysisk funktionsförmåga, vården i Finland, attityder till vården i Sverige och Finland. Instrumentet i delstudie **IV** bestod av teman relaterade till bland annat barndomen, ungdomsperioden, vuxenlivet i Sverige, återflyttningen till Finland/livet i Sverige som äldre, hälsa, vård, relationer, livsåskådning, ekonomi.

Alla instrumenten blev pilottestade. Detta resulterade i mindre ändringar i instrumenten. I delstudierna **I** och **II** användes av vårdpersonal/forskare ifyllt strukturerat intervjuformulär. I delstudie **I** inbandades de strukturerade intervjuer ytterligare i syfte att fånga upp all väsentlig data. De inbandade intervjuerna var alla tekniskt användbara, medan några intervjuer inte uppfyllde kravet på ett tillräckligt rikt datamaterial (**I**).

I delstudie **III** användes postad strukturerad enkät som utsändes två gånger. Utifrån returnerade svar där man tackat ja att delta i intervju rekryterades informanterna för delstudie **IV**. I delstudie **IV** användes halvstrukturerad intervju som bandades av avhandlingens forskare. Det bandade datamaterialet var tekniskt användbart utöver en endast delvis användbar intervju.

I delstudie **I** användes datamaterial som kunde tänkas beskriva äldres hälsoresurser eller hälsostategier. Självskattad hälsa utgjorde beroende variabel såväl i delstudie **II** som **III**. I delstudie **II** indelades självskattad hälsa enligt femgradig skala (utmärkt, mycket god, god, svag, mycket svag). Som bakgrundsvariabler valdes kön, ålder, civilstånd, utbildning, boendeväraktighet. Variabler som på basen av resultaten i delstudie **I** ansågs vara relaterade med hälsa beaktades. Som förklarande variabler valdes fysiska, psykologiska och sociala hälsovariabler. *De fysiska hälsovariablerna* bestod av god rörlighet i armar/axlar/händer (ja-nej), god rörlighet i ben/knän/höfter (ja-nej), fysisk funktionsförmåga (klarar sig själv-klarar sig med besvär-behöver delvis hjälp-behöver hjälp med allt), trygg att röra sig utomhus (ja-nej), smärta/värk (ja-nej), medicinanvändning (0-15 mediciner),

problem med mediciner (ja-nej), användning av hjälpmedel (ja-nej), motion per vecka (sällan-2-3ggr-4-5ggr-dagligen), förändringar i minne (mycket bättre-något bättre-som tidigare-något försämrat-mycket för sämrat), normal hörsel (ja-nej), tandstatus (egna tänder-protos-både och).

De psykologiska hälsovariablerna bestod av förändringar i livslust under senare tid (en klar ökning-ökat lite-som förut-minskat lite-en klar minskning), ensamhet (ofta-ibland-sällan-aldrig), humör (ljust/glatt-ganska bra-inte sorgsen-ganska nedstämd-mycket nedstämd), nöjd med livet (ja-nej), livssituationen (utmärkt-mycket bra-dålig-mycket dålig), upplevelse av aktuell ålder (utmärkt-mycket god-god-dålig-mycket dålig), betydelsefull för andra (mycket betydelsefull-betydelsefull-både och-ganska betydelselös-betydelselös), lita på grannar (ja-nej), trygg inomhus (ja-nej), bostad anpassad för framtiden (ja-delvis-nej).

De sociala hälsovariablerna bestod av ekonomisk situation (mycket god/god-tillfredställande-ganska svag-mycket svag), att kunna hjälpa andra (ja-nej), behov av omsorg (ja-nej), möjlighet att be om hjälp (ja-nej), antal barn (0-10), betydelsefulla relationer (mycket viktigt-viktigt-ganska viktigt-ganska betydelselöst-betydelselöst), hur ofta kontakt (dagligen besök-varje vecka besök-besök mera sällan), hur ofta telefonkontakter (dagligen-per vecka-per månad-mera sällan), föreningsaktivitet (ja-nej), ensamboende (ja-nej), antal kontakter/besök (dagligen-per vecka-per månad-per år), önskan om flera kontakter/besök (ja-nej).

I delstudie **III** användes variablerna ålder, kön, utbildning, orsaker till migration, make/partners födelseland, socialt nätverk som bakgrundsvariabler för att beskriva samplet. Beroendevariablerna bestod av följande: självskattad hälsa (mycket bra-ganska bra-medelmåttigt-ganska dåligt-mycket dåligt), hälsoproblem såsom sjukdomar, besvär eller skador som inverkar på ert dagliga liv (ja-nej), pensioneringsålder (vilket år blev ni pensionerad), samt orsaker till pensionering (uppnådde allmän pensionsålder-hälsoskäl-brist på arbete-annan orsak). Den oberoende variabeln utgjordes av språkgrupperna finska eller svenska.

I delstudien **IV** användes datamaterial som tangerade hälsoindikatorn upplevd hälsa, samt data som beskrev åldrande och hälsa respektive migration och hälsa.

5.2. Dataanalysmetoderna

I delstudie **I** användes en hermeneutisk ansats influerad av Riceour och Ödman. Inom hermeneutiken betonas den kontextuella förståelsen (Ödman, 1992), vilket innebär att försöka se människan i sitt sammanhang som en del av historien, kulturen och traditionerna.

Riceour (1993) ser nödvändigheten av att se på texten i kontexten, för att sedan dekontextualisera den för att igen rekontextualisera. En hermeneutisk båge byggs upp mellan den naiva och slutliga förståelsen. En viktig strävan är att försöka se på vilket sätt texten öppnar upp förståelsen för kunskapsobjektet samt att försöka se sammanhang och relationer mellan begrepp, så att ny förståelse kan nås (Kristensson-Uggla, 1994; Ödman, 1979, 1992). Genom att läsa datamaterialet flera gånger för att se om något stiger fram som resurs eller strategi till hälsa, resulterade tolkningsprocessen efter flera tolkningskedan till huvudtypkategoriseringar av äldres hälsoresurser och hälsostراتيجier. Den hermeneutiska tolkningsprocessen sker inom en viss förståelsehorisont, vilket förutsätter en förförståelse. Förförståelsen av en del påverkar förståelsen av en annan del och av helheten (Ödman, 1979). I föreliggande avhandling har forskaren explicitgjort förförståelsen i avhandlingens inledning. Dessutom har den teoretiska referensramen haft en betydande influens då det kommer an på förförståelsen. Tolkningsprocessen resulterade i kärnberättelser med sex huvudtypkategorier (Helenius, 1990).

I delstudierna **II**, **III** användes statistiska metoder. Analysen i delstudie (**II**) utfördes genom univariat och kumulativ multipel regressionsanalys i syfte att få fram de variabler som uppvisade statistiskt signifikanta samband med självskattad hälsa. Pearson's χ^2 -test användes för att jämföra likheter och skillnader i variablerna självskattad hälsa, hälsoproblem, pensioneringsålder, orsaker till pensionering mellan språkgrupperna finlandssvenskar och finskspråkiga (**III**).

I delstudie **IV** användes kvalitativ tematisk innehållsanalys som analysmetod innefattande både manifesta och latent analyskedan för att beskriva och tolka upplevelser i hälsa utifrån ett åldrandeperspektiv och ett migrationsperspektiv. Tematisk innehållsanalys kan ses som ett redskap för att analysera ett omfattande kvalitativt intervjumaterial (Graneheim & Lundman, 2004).

En översikt över delstudierna framgår ur tabell 2:

Tabell 2. Översikt över delstudierna

	Syfte	Data- insamlings- metod	Sampl	Analys- och tolknings- metod
Delstudie I	att beskriva och fördjupa förståelsen för äldres hälsoresurser/ hälsostrategier	Intervju enkät + inbandad intervju	22, 75+ boende i Finland	Hermeneutisk ansats
Delstudie II	att beskriva självskattad hälsa och hitta förklarande variabler som har samband med självskattad hälsa	Intervju enkät	171, 75+ boende i Finland	Deskriptiv statistik, univariat och kumulativ multipel regressionsanalys
Delstudie III	att beskriva och jämföra likheter och skillnader mellan äldre svensk- och finskspråkiga invandrares självskattade hälsa	Postad enkät	169, 65+ finlandssvenskar i Sverige 642, 65+ finskspråkiga i Sverige Totalt: 811	Deskriptiv statistik, chi-två-test
Delstudie IV	att beskriva och öka förståelsen för äldre finlandssvenska migranternas upplevda hälsa utifrån ett åldrande- och migrationsperspektiv	Intervju	29, 65+ finlandssvenskar i Sverige och som återflyttare i Finland	Kvalitativ Innehållsanalys
			Totalt: n=982	

6. FORSKNINGSETISKA ASPEKTER

Delstudierna **I** och **II** godkändes av projektets styrgrupp. Delstudierna **III** och **IV** godkändes av Karolinska Institutets Forskningsetiska Kommitté Syd vid Huddinge sjukhus (Dnr 206/00). En separat ansökan om etiskt godkännande i Finland var inte nödvändigt då det var frågan om befolkningsundersökningar där namn och adresser erhålls från Befolkningsregistret. Eftersom forskningen utförts både i Finland och i Sverige har Helsingforsdeklarationens (2004) principer utgjort en etisk grund för forskningen i dess helhet. Särskilt har samtycke, konfidentialitet och frivillighet fått en prioritet.

Forskningsetik vid enkät- och intervju-undersökningar bland äldre har fått en framtoning (Kulla, 2003). Enligt personlagen (523/1999) utgör hälsotillstånd, etniskt ursprung och en samhällelig, politisk och religiös övertygelse känsliga teman. Detta ålägger forskarna ett särskilt krav på ett sunt intresse för dylika teman och överväganden ifall intresset är av relevans för folkhälsovetenskapen och för utvecklingen av kunskap om hälsofrämjande insatser bland äldre i minoritetsgrupper. Avhandlingsarbetet genomsyras av insikten om att det är frågan om en sårbar grupp. Dels är det frågan om äldre personer, forskningsteman tangerar känsliga teman, de äldre tillhör minoritetsgrupper, och det kan utgöra en belastning för hälsa att migrera som äldre.

Då det är frågan om äldre personer dominerar principen om en sårbar grupp framom rådande principer för att öka forskningens validitet. Det vore inte etiskt korrekt att be äldre personer validera ett omfattande intervjumaterial, genom att be dem läsa igenom materialet. Istället tillfrågades informanterna om forskaren fick lov att ringa upp ifall oklarheter yppade sig i det utskrivna intervjumaterialet. Till respekten för människan hör självbestämmanderätten. Då det var frågan om omfattande och delvis känsliga intervjuteman erbjöds informanterna alternativt ett eller två intervjutillfällen. De flesta intervjuer utfördes i hemmen. Detta förorsakade dem ingen ekonomisk belastning. Rättvis principen inbegriper en måttlig belastning. Detta blev aktuellt då flera intervjutillfällen blev långa och utdragna. Forskaren var mån om att fråga om det var lämpligt med pauser eller att fortsätta intervjun vid annat tillfälle. Respekten för individuella beslut, att skydda från skador och en medvetenhet om den äldres välbefinnande framsteg som centrala etiska principer. Eftersom det var frågan om känsliga teman, vilket belyses under flera intervjutillfällen med både skratt och gråt, ålägger det forskaren ett särskilt ansvar att beakta detta både under och efter avslutad intervju (Kulla, 2003).

7. RESULTAT

Inledningsvis presenteras en sammanfattning av resultaten. Upplevd hälsa framsteg genom hälsoresurser i form av ett positivt humör, livslust, aktiviteter, förnöjsamhet, envishet, tillit gentemot framtiden (I), samt genom inre styrka (personlighet, ärftlighet) och yttre källor (livshändelser, andra människor, det sociala klimatet) (IV). Hälsostrategierna framstod inte lika tydligt (I). Förklarande variabler som hade statistiskt signifikant samband med självskattad hälsa var: fysiska hälsovariabler (användning av mediciner, ingen värk/smärta, funktionsförmåga), psykisk hälsovariabel (livslust) och social hälsovariabel (ekonomisk situation) (II). Finlandssvenska invandrare i Sverige skattade sin hälsa som bättre, hade en högre pensioneringsålder, blev mera sällan pensionerade på grund av hälsoskäl, hade färre hälsoproblem, högre allmän utbildning, hade mera sällan kontakt med enbart finskspråkiga, i jämförelse med finskspråkiga invandare (III). Hälsa upplevdes som hos äldre generellt (IV), bland över hälften som god (II, III, IV). Migration innebar både fysisk och psykisk börda för hälsa på grund av ökad ohälsa, åldrandet i sig, migrationsprocessen och upplevelser av ett hårt samhälle (IV). Åldrandet medförde anpassning till att sätta egen hälsa och nuläge i perspektiv (I, II, IV).

Resultaten kommer att presenteras närmare utgående från avhandlingens specifika syften.

7.1. Äldre finlandssvenskars upplevda hälsa

I delstudie I var syftet att beskriva och fördjupa förståelsen för upplevd hälsa genom hermeneutisk ansats bland äldre finlandssvenskar boende i Finland. Ur kärnberättelserna framsteg följande sex huvudtypkategorier: Den positiva, Den aktiva, Den sociala, Den anpassade, Den envisa och Den passiverade. Centrala hälsoresurser hos den positiva utgjorde ett positivt humör och livslust, hos den sociala i första hand sociala aktiviteter, hos den aktiva betonades fysiska aktiviteter, hos den anpassade förnöjsamhet, hos den envisa envishet och en stark vilja. Hos den passiva dominerade hälsoproblemen. Endast den positiva upplevde tillit gentemot framtiden i form av trygghet och säkerhet. Tillit gentemot framtiden tenderade att svikta då hälsoproblemen ökade. De närstående framstod som centrala inom varje huvudtypkategori. Inom den positiva, den sociala, den aktiva och den anpassade kategorin tenderade hälsoresurserna att dominera medan hälsoproblemen dominerade bland den envisa och den passiva kategorin. Hälsa bland den positiva, den

sociala och den aktiva kategorin tenderade att vara endera god eller ha förbättrats. Hälsa hos den anpassade varierade mellan för åldern god hälsa till dålig hälsa. Hos den envisa eller den passiva tenderade hälsa att vara dålig eller medelmåttig. Hälsostrategierna innefattar de metoder man använder sig av eller det man gör för att främja sin hälsa. De framstod genom en tillit till att fortsättningsvis förmå bo hemma, en uthärdlig känsla av ensamhet, att inneha ett positivt humör, att utöva sociala och fysiska aktiviteter, att inneha en starkt tro samt den egna personligheten.

I delstudie **IV** med samma syfte som i delstudie **I** framsteg ur den tematiska innehållsanalysen bland äldre finlandssvenska invandrare i Sverige eller som återvandrare till Finland följande: man upplevde att hälsa hade egna källor. Grunden för en god hälsa fanns i personlig styrka och släktskap. Ett personligt ansvar för hälsa, psykisk styrka, envishet och en god karaktär samt en positiv livssyn utgjorde styrkor som främjar god hälsa. Dålig hälsa ansågs ha samband med en svag karaktär. Släktskap kunde endera främja hälsa eller utgöra en risk för hälsa. Livshändelser, sociala relationer och samhället i sig kunde inverka på hälsa. Hälsoproblem kunde härröra sig från krigstidens barndomsupplevelser. De sociala relationerna kunde endera främja eller utgöra en risk för hälsa. Som äldre hade man lärt sig att undvika personer som förorsakar dåligt humör. Det sociala klimatet eller positiva händelser i samhället kunde främja hälsa. Negativ information från massmedia kunde inverka negativt på hälsa. Såväl det dåtida som det nutida samhället sågs som hårt vilket kunde skapa ohälsa bland befolkningen. God hälsa medförde att man kunde fortsätta som förut. Det fanns inga garantier för god hälsa. Man kände sig tacksam för god hälsa och funktionsförmåga. Livets mening var att ha god hälsa och det medförde möjligheter inför framtiden. Hälsa innebar en källa till tacksamhet. Ifall man hade varit sjuk som yngre upplevde man tacksamhet över hälsa som äldre. Man var tacksam och tillfreds över att kunna klara av det dagliga livet och vara rörlig (**IV**).

7.2. Äldre finlandssvenskars självskattade hälsa

I delstudie **II** med syfte att beskriva och analysera hur äldre finlandssvenskar i Finland skattade sin hälsa framkom det att över 60 % skattade sin hälsa som god. Det var inga skillnader i självskattad hälsa mellan män och kvinnor. I delstudie **III** var syftet att beskriva och jämföra skillnader och likheter mellan äldre finlandssvenska invandrares självskattade hälsa jämfört med äldre finskspråkiga invandrares. Det framgick att över hälften av äldre finlandssvenska invandrare skattade sin hälsa som god. I delstudie **II** framsteg ur den kumulativa multipla regressionsanalysen att bakgrundsvariabeln utbildning hade ett statistiskt signifikant samband med

självs kattad hälsa. I den slutgiltiga multivariata modellen hade följande förklarande variabler statistiskt signifikanta samband med självskattad hälsa: fysiska hälsovariabler (användningen av mediciner, ingen värk eller smärta, funktionsförmåga), psykisk hälsovariabel (livslust) samt social hälsovariabel (ekonomisk situation). Övriga sociala hälsovariabler uppvisade inga statistiskt signifikanta samband med självskattad hälsa (II). I delstudie III framgick genom Pearson's Chi²-test att över hälften av äldre finlandssvenska invandrare skattade sin hälsa som god medan över hälften av äldre finskspråkiga invandrare skattade sin hälsa som medelmåttig. Skillnaderna var statistiskt signifikanta. Äldre finlandssvenska invandrare skattade sin hälsa som bättre, de hade en högre pensioneringsålder och blev mera sällan pensionerade på grund av hälsoskäl. De uppgav även färre hälsoproblem som påverkade det dagliga livet. De uppvisade en högre allmän utbildningsnivå. Det var mindre vanligt att de hade en partner eller make/maka född i Finland. Det var mindre vanligt att deras sociala nätverk bestod endast av finländare. Detta kan tänkas ha återspeglat sig i en bättre självskattad hälsa på grund av en bättre aktuell hälsa, högre utbildning och bättre integration i det svenska samhället. Resultaten tyder på att det kan förekomma variationer i hur äldre dels inom invandrargrupper och dels inom minoritetsgrupper skattar sin hälsa, liksom inom etniska minoritetsgrupper.

7.3. Migration som både resurs och börda för äldre finlandssvenskars hälsa

I delstudie III var syftet att beskriva, analysera och jämföra hur migration återspeglade sig i självskattad hälsa bland finlandssvenskar i Sverige jämfört med finskspråkiga i Sverige. Ur resultaten med Pearson's Chi²-test framkom att statistiskt signifikant flera finlandssvenskar hade vidareutbildat sig i Sverige. Bland finlandssvenskarna uppgavs i första hand som huvudorsak till emigration viljan att pröva på något nytt, medan finskspråkiga i sin tur uppgav arbetslöshet eller risk för arbetslöshet som huvudorsak. Det var mindre vanligt bland finlandssvenskar att vara gift med eller ha en partner född i Finland. Skillnaderna mellan språkgrupperna var statistiskt signifikanta. Majoriteten i båda språkgrupperna uppgav att deras sociala nätverk bestod både av svenskar och finländare, men bland finskspråkiga var det allmännare att nätverket bestod främst av finskspråkiga. Skillnaderna var statistiskt signifikanta. På basen av resultaten kan det tänkas att migration i högre grad har erbjudit finlandssvenskarna jämfört med finskspråkiga, möjlighet till vidareutbildning, möjlighet att pröva på något nytt, möjlighet till äktenskap/partnerskap och sociala kontakter med svenskar eller annan nationalitet.

I delstudie **IV** var syftet att genom tematisk innehållsanalys beskriva och fördjupa förståelsen för hur migrationen återspeglade sig i hälsa bland äldre finlandssvenskar i Sverige eller som återflyttare till Finland. Flyttningen till Sverige och återflyttningen till Finland hade inneburit svårigheter och separation. Arbetslivet i Sverige kunde ha förorsakat hälsoproblem på grund av arbetsförhållanden med brist på adekvata hjälpmedel. Svårigheter i arbetslivet och att ha blivit uppsagd från sitt arbete hade inverkat på självkänslan. Återflyttning kunde försvåras av att man var äldre, av ohälsa, av att ha förlorat sin make/maka eller att ens make/maka inte ville återflytta. Efter återflyttning kunde ohälsa förhindra återbesök till Sverige, vilket man inte hade räknat med. Stoltheten och självkänslan hade bidragit till att man hade anpassat sig i Sverige. Migration kunde medföra belastningar för hälsa och särskilt vid återflyttning framstod förändringar i hälsa och kombinationen av ålder och försämrad hälsa som en belastning. Hälsa kunde dels försämrans i samband med återflyttning och dels utgjorde en nedgång i hälsa ett hinder för fortsatta planer, såsom upprätthållande av sociala kontakter med vänner i Sverige.

7.4. Åldrande medför anpassning till att sätta egen hälsa och nuläge i perspektiv

I delstudie **I** kan man i de olika huvudtypkategorierna skönja åldrandets inverkan på upplevd hälsa. Bland den anpassade framkom aspekter av åldrandet relaterade till att det var mera lönsamt att vara förnöjd. Vid försämringar i hälsa ville man inte längre göra så många besök eller ha så många sociala kontakter. Gällande ekonomisk situation gällde det att vara nöjd så länge man var två. Den positiva upplevde att åldern gick åt fel riktning då situationen var över förväntan. Den sociala upplevde att ingen hade tid för en gammal människa. Den aktiva upplevde att det mesta hade försämrats samt att många i samma ålder var vid dålig hälsa. Man saknade de bortgångna vännerna. Den envisa upplevde att nuläget var hanterbart men att framtiden var osäker. Den passiva upplevde att situationen blivit sämre sedan maken dött. Man kunde känna sig ensam ibland. Ifall man fick bibehålla sin nuvarande hälsa trodde man kunna klara sig.

I resultaten från delstudie **II** framsteg inte variabeln relaterad till åldrandet (åldersupplevelse) som statistiskt signifikant i förhållande till självskattad hälsa.

I delstudie **IV** vars syfte var att genom tematisk innehållsanalys beskriva och fördjupa förståelsen för hur åldrandet återspeglade sig i hälsa bland äldre finlandssvenska invandrare i Sverige eller som återvandrare till Finland. En

ökad ålder medförde anpassningar till förändringar i hälsa. De äldre jämförde sin hälsa dels utgående från tidigare ohälsa under livsloppet, dels utgående från andra jämnårigas situation. Då man kände sig väl upplevde man sig inte gammal. Man kände sig väl då man jämförde sig med andra som hade det sämre. Man kunde uppleva sig både sliten och frisk. Att åldras innebar att jämföra sin hälsa med andra i samma ålder. Det kunde medföra att man upplevde sig yngre och friskare än de jämnåriga. Åldrande innebar att bli skör, trött, sjuk, gammal och osäker samt att komma närmare döden. Det innebar en nedgång i känslor och problem att klara hetta. Det innebar en nedgång i kroppen, med problem i rygg och smärta i höfter. Det innebar en styvhet både i kropp och själ där man upplevde sig hård, torr, oplastisk och oflexibel. Det innebar en både fysisk och psykisk trötthet på grund av ett hårt liv. Då man kände sig sjuk kände man sig även gammal, trots att man var en yngre äldre person. Åldrande medförde tankar om att livet tar slut.

8. DISKUSSION

Syftet med föreliggande avhandling har varit att ur ett folkhälsovetenskapligt perspektiv med tyngdpunkt på hälsofrämjande (health promotion) beskriva, analysera, jämföra och fördjupa förståelsen för hur äldre finlandssvenskar i minoritet upplever och skattar sin hälsa. Avhandlingens delsyften har varit att dels belysa hur migration och dels hur åldrandet återspeglade sig i hälsa. Som ett övergripande teoretiskt perspektiv ses livsloppsperspektivet som återspeglar det levda livet och åldrandeprocessen i äldres hälsa. Studiegrupperna bestod av tre grupper äldre finlandssvenskar; en grupp boende i Finland, en grupp boende i Sverige och en grupp som återflyttat från Sverige till Finland under 1990-1998. Därutöver ingick en grupp äldre finskspråkiga i Sverige.

8.1. Hälsa bland äldre finlandssvenskar i ett livsloppsperspektiv

Människans livslopp ses som en process som återspeglar sig i hälsa (Savola & Koskinen-Ollonqvist, 2007) och åldrandeprocessen som en integrerad del av hela livsloppet (Ruth, 1994; Öberg, 2002). Livsloppet betonar samverkan mellan historiska händelser, beslut och möjligheter på individnivå samt inverkan av upplevelser i tidig ålder och medelåldern och hur det avgör och återspeglar sig på den senare delen av livet (Elder, 1994; Kronenfeld, 2006; Quadagno, 2005). Både inom hälsofrämjande och inom socialgerontologisk (kulturgerontologisk) forskning betonas att studera hälsa ur ett livsloppsperspektiv. Hälsofrämjande utifrån ett resurssynsätt innebär att fokusera på friskfaktorer (Kostenius-Lindquist, 2007; Ottawa Charter, 1986).

Utifrån resultaten från delstudie I kännetecknades var och en av de sex huvudtypkategorierna av äldre av specifika hälsoresurser. Hos den positiva var ett positivt humör och livslust de viktigaste hälsoresurserna. Hos den aktiva betonades fysiska aktiviteter. Hos den sociala i första hand sociala aktiviteter. Hos den anpassade förnöjsamhet. Hos den envisa envishet och stark vilja. Hos den passiverade dominerade hälsoproblemen. Resultaten tangerar till en del kategoriseringarna av äldre i tidigare studier (Backman, 2001; Öberg, 1997). Endast den positiva upplevde tillit gentemot framtiden i form av trygghet och säkerhet. Tillit gentemot framtiden tenderade att svikta då hälsoproblemen ökade. Tillitens betydelse för hälsa har betonats i tidigare studier (Hyypä et al., 2007a; Sarvimäki, 2003). De närstående framstod som centrala inom varje huvudtypkategori. Bland den positiva, den sociala, den aktiva och den anpassade tenderade hälsoresurserna att dominera medan

hälsoproblemen dominerade bland den envisa och den passiva. Hälsostrategierna framstod inte lika tydligt. De överlappade till en del hälsoresurserna (**I**).

De äldre upplevde också att deras hälsa hade egna källor. Grunden för en god hälsa fanns i personlig styrka, i ärftlighet, i livshändelser, i sociala relationer och i samhället. Personlig styrka innebar att ta ansvar för hälsa, psykisk styrka, envishet, en god karaktär och en positiv livssyn. Det sociala klimatet och positiva händelser i samhället kunde främja hälsa. Både det dåtida som det nutida samhället sågs som hårt, vilket kunde skapa ohälsa bland befolkningen.

De äldre upplevde tacksamhet för hälsa. De värdesatte god hälsa och funktionsförmåga. Äldre tenderar att bedöma sin hälsa genom funktionsförmåga (Blaxter, 2004; Seitsamo, 2007; SHM, 2008; WHO, 2001). God hälsa sågs till och med som meningen med livet då den medförde möjligheter inför framtiden. Enligt Ottawa Charter (1986) är hälsa inte ett mål utan en resurs. Ifall man hade varit sjuk som yngre upplevde man tacksamhet över hälsa. Man var tacksam och tillfreds över att kunna klara av det dagliga livet och vara rörlig (**IV**).

Ur delstudierna **I** och **IV** framsteg följande resurser eller friskfaktorer: positivt humör, livslust, fysiska och sociala aktiviteter, förnöjsamhet, envishet, stark vilja, de närstående (**I**). Personlig styrka innebar att ta ansvar för sin hälsa, inneha psykisk styrka, envishet, en god karaktär och en positiv livssyn (**IV**). Släktskapet, livshändelser, sociala relationer och samhället kunde inverka på hälsa. Det sociala klimatet och positiva händelser i samhället kunde främja hälsa. De äldre värdesatte hälsa och funktionsförmåga. Hälsa sattes i perspektiv till tidigare ohälsa och det levda livet (**IV**). I båda delstudierna betonades ett positivt humör, livssyn, livslust och envishet samt närstående relationer (**I, IV**).

Över hälften av deltagarna skattade sin hälsa som god (**II, III**). Detta stöds delvis av resultaten i tidigare studier som visar att mera än hälften av äldre skattar sin hälsa som god eller medelmåttig (Jylhä, 1994a). Självskattad hälsa har konstaterats ha samband med lägre risk för insjuknande, för sjuklighet och för tidig död (Jylhä, 1994a). Ju lägre medicinanvändning, bättre funktionsförmåga och avsaknad av värk/smärta, desto bättre självskattad hälsa. Ju bättre livslust och ekonomi, desto bättre självskattad hälsa (**II**). Den fysiska hälsan i form av funktionsförmåga har i tidigare studier påvisats utgöra en central determinant för hälsa (Blaxter, 2004; Heikkinen et al., 1993; Jylhä et al., 1992; Seitsamo, 2007; WHO, 2001). Enligt Hyyppä (2007b) är upplevelse av värk betingad av skillnader i kultur, beteende och

levnadsvanor. Detta kan tänkas gynna finlandssvenskarna (Hyypä, 2007b). Eftersom inga kulturella jämförelser har gjorts i delstudien kan man inte dra slutsatser gällande äldre finlandssvenskars värk/smärta. Hyypäs hypotes kan utgöra en intressant tolkningsram för studiegruppen. Resultaten från delstudie **III** visade att sociala och kulturella faktorer kan tänkas ha en betydelse för hur äldre finlandssvenskar skattar sin hälsa, men på basen av resultaten från denna studie kan inga konklusioner dras då det gäller socialt kapital. Begreppet socialt kapital kräver dels en operationalisering och dels avancerade statistiska metoder (Hyypä, 2007b). Det sociala kapitalet kan ses som en resurs för hälsa (Hyypä & Mäki, 2003; Nummela, 2008; Sarvimäki, 2002).

Utifrån resultaten kunde migration möjligen innebära både resurs (**III**) och börda för äldres hälsa (**IV**). I delstudie **III** skattade äldre finlandssvenska invandrare sin hälsa bättre än finskspråkiga invandrare i Sverige. Utöver detta uppvisade finlandssvenskarna en bättre aktuell hälsa, högre utbildning samt en högre pensioneringsålder. Detta är ett intressant resultat med tanke på att finländarna i Sverige invandrade till ett land med gynnsammare möjligheter än i hemlandet och som ur kulturell bemärkelse inte avviker mycket från hemlandet. Utifrån tidigare resultat kan ohälsa skapas i det nya landet (Albin, 2006; Marmot & Wilkinson, 1999), likaså kan hälsa främjas i det nya landet (Hedlund, 2007; Westman, 2008). Det kan vara så att migration och en bättre integration i det svenska samhället återspeglade sig i en bättre självskattad hälsa bland äldre finlandssvenskar i Sverige (**III**). Tidigare studier pekar på en bra assimilering av finlandssvenskarna till det svenska samhället och att de oftare har gynnats av ”push”-faktorerna (Kepsu & Hedlund, 2003; Kepsu, 2006; Nyman-Kurkiala, 1999). Resultaten tyder på att det kan förekomma variationer i hur äldre dels inom invandrargrupper och dels inom minoritetsgrupper skattar sin hälsa, liksom inom etniska minoritetsgrupper och även mellan könen (Hedlund, 2007; Westman, 2008).

Studiegruppen äldre finlandssvenska migranter kan tänkas utgöra en särgrupp av invandrare i Sverige. Trots att en del av dem kom till Sverige som flyktingar och krigsbarn kan man inte jämföra deras hälsa och livssituation med till exempel flyktinggrupper. De hade redan vid emigration kunskap om landets språk och en kulturell närhet till Sverige samt bland en del var utbildningsnivån högre. De kan sägas ha haft minst en dubbel kompetens, vilket ledde till att en del till och med klarade sig bättre i arbetslivet än svenskarna (Häggström et al., 1990). Då det kommer an på självskattad hälsa verkar det inte som om delstudiens finlandssvenska äldre invandrare skulle ha varit utsatta för dubbel (Dowd & Bengtson, 1978), eller tredubbel sårbarhet (Norman, 1985). Det kan tänkas att finlandssvenskarna i vår delstudie har haft bättre utgångsresurser redan vid emigration, vilket får stöd

av tidigare studier där något yngre studiegrupper studerats (Hedberg, 2006; Hedlund, 2007; Hyypä, 2007b; Nyman-Kurkiala, 1999). Migration hade även fört med sig psykiska och fysiska bördor för hälsa (IV). Både emigrationen, arbetslivet i Sverige och återflyttningen hade medfört svårigheter. Svårigheter i arbetslivet får stöd i Grönlunds (1995) studie om att äldre finländare kan förväntas ha problem med hälsan på grund av ett hårt arbetsliv. Migration kan utgöra en belastning för hälsa, vilket får understöd från tidigare studier (Emami & Ekman, 1998; Grönlund, 1995; Torres 1999). Sårbarhetshypotesen har använts i studier om äldre invandrare (Heikkilä 1994; Ronström 1999; Sarvimäki et al., 2006a,b). Det kan tänkas att äldre finlandssvenska invandrare är utsatta för dubbel eller flerdubbel sårbarhet då det gäller migration särskilt som äldre, med tanke på de förändringar som det för med sig i hälsa och äldres livssituation (Dowd & Bengtson, 1978; Norman, 1985). Som resurser eller friskfaktorer till att man anpassat sig i Sverige framträdde stoltheten och självkänslan (IV). Självkänslan utgör en hållbar parameter för folkhälsa (Hyypä, 2007b). Då det kommer an på migration och hälsa är resultaten inte lättolkade. Å ena sidan pekar de på att finlandssvenskarna kan ha gynnats av livet i Sverige, medan det å andra sidan framkom att migrationsprocessen hade varit svår.

Inom kulturgerontologin studeras den äldre människan i en kulturkontext (Sarvimäki, 2003) samt åldrandet inom en kultur (Vakimo, 2003). Phillipson (2002) betonar att kulturgerontologiska studier fokuserar på åldrandet som fenomen, på vardagslivet och intresset för hur människor beskriver och upplever sin ålder. En äldre människa anses vara mera sårbar och fysiskt skörare (Norman, 1985; Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2004). Som äldre i en minoritetsgrupp kan man vara än mera utsatt (Dowd & Bengtsson, 1978; Sarvimäki et al., 2006a, b; Weeks & Cuellar, 1983). Åldrandet tog sig uttryck genom anpassning (I, IV). Det kan vara en anpassning till en nedgång i kroppsfunktioner och sociala kontakter eller aktiviteter (I). Åldrandet medförde skörhet, trötthet, slitenhet, osäkerhet och styvhet. Vid ohälsa upplevde man sig gammal, medan man vid hälsa upplevde sig yngre (IV). Åldrandet medförde saknad av vänner och närstående samt ensamhet. Framtiden kunde vara osäker. Med nuvarande hälsa kunde man klara sig. (I). De äldre jämförde sin hälsa dels utgående från tidigare ohälsa under livsloppet (IV).

Man kan i resultaten skönja att åldrandeprocessen och ohälsa framskridit så långt att det resulterat i ökad sårbarhet och skörhet (Norman, 1985; Sarvimäki, 2006a,b). Åldrandet medförde även välbefinnande, ro och förnöjsamhet. Åldrandet kunde upplevas som att det blev bättre (I). Man kände sig friskare då man jämförde sig med andra som hade det sämre (I, IV). Hälsa och åldrandet får betydelse i jämförelse med andra (Gubrium &

Holstein, 2000). Åldrandet upplevs olika (Kronenfeld, 2006; Nilsson et. al, 1998; Phillipson, 1998; Sarvimäki, 2002; Öberg, 1997).

8.2. Metodologiska överväganden

Forskningens styrkor och svagheter kommer att granskas utgående från för denna avhandling valda kvalitetskriterier för såväl kvantitativa (Eljertsson, 2003) som kvalitativa metoder (Larsson, 2005). Då det kommer an på bedömning av kvalitet för kvantitativ ansats poängteras validitet, reliabilitet och bortfall, medan man inom kvalitativ ansats betonar trovärdigheten.

Informanter, urval och bortfall

I delstudierna **I** och **II** valdes äldre i åldern 75 år på basen av rådande rekommendationer för åldersgrupper vid förebyggande hembesök. I delstudierna **III** och **IV** valdes 65-åringar eller äldre enligt kriteriet för allmän pensionsålder. I delstudie **I** valdes en riskgrupp av äldre som hade erhållit högre riskpoäng för fortsatt hemmaboende och hade flera hälsoproblem. Det var sannolikt att det naturliga åldrandet kändes av i både kropp och själ, vilket kunde återspegla sig i hälsa. Den höga medelåldern i urvalet kan tänkas ha bidragit till att både hälsa och åldrande framsteg mera nyansrikt ur datamaterialet. Styrkan i resultaten är en variationsrikedom i äldres upplevda hälsa som visar att äldre upplever sin hälsa och åldrande på olika sätt. Detta kan bidra till heuristisk kvalitet inom äldreforskning (Larsson, 2005).

Det föreligger en risk för positiv skevhet i de kvantitativa delstudierna (**II**, **III**). I delstudie **II** ledde urvalsförfarandet till att både äldre med sämre hälsoläge och bättre hälsoläge tillhörde bortfallet. Urvalsförfarandet möjliggjorde att endast finländare som hade behållit sitt finländska medborgarskap kunde tas med i delstudierna **III** och **IV**.

I intervjuformuläret som använts i delstudierna **I**, **II** utfördes smärre ändringar mellan de två datainsamlingsskedena. Detta beaktades i dataanalysen. Då vårdpersonal/forskare fyllde i intervjuformuläret kan det ha bidragit till ett lägre internt bortfall. Eftersom det vid postad enkätundersökning föreligger en större risk för internt bortfall, minskades riskerna för detta genom att respondenterna ombads att vid eventuella frågor kontakta projektets ansvariga forskare. En svaghet med den postade enkätundersökningen är det externa bortfallet samt att man inte kan ha garantier för att de äldre själva har fyllt i enkäten. Å andra sidan är styrkan att den var ekonomisk och man genom den kunde få in data som möjliggjorde

två datainsamlingar (**III**, **IV**). En utförligare bortfallsanalys har presenterats i delstudierna **II** och **III**.

Datainsamling

Forskargrupperna tog beslut om antal gånger man kontakter äldre för genomförande av studierna. I delstudierna **I** och **II** utsändes informationsbrevet med datum för besökstid en gång. I delstudierna **III** och **IV** utsändes den postade enkäten två gånger, istället för exempelvis tre gånger vilket är ett förekommande förfaringssätt vid postade enkätundersökningar. Kontakten med informanterna före intervju, samt intervjusituationens förlopp dokumenterades så snart som möjligt efter avslutad intervju (**IV**). Detta i syfte att öka trovärdigheten. Enkätmaterialiet samt de avidentifierade intervjubanden uppbevaras tio år i låsta skåp.

Styrkan vid konstruktion av enkäterna och intervjuformulären som användes i föreliggande avhandling är att de är baserade på standardiserade eller tidigare använda instrument. Detta kan ha bidragit till att öka reliabiliteten (**II**, **III**) samt trovärdigheten (**I**, **IV**).

I planeringen av intervjuerna för delstudie **IV** beaktades Kvaless (1997) rekommendationer för intervjustudier om ett antal kring 15 (+/- 10) i både Finland och Sverige. Antalet övervägdes i förhållande till tid och resurser. Ett beslut togs om att ej utsända datamaterialet för genomläsning åt en äldre person. Respondentvalidation undveks till förmån för etiska överväganden (Larsson, 2005). Forskargruppens etiska beslut att inte anstränga äldre personer med för långa intervjuer bidrog till flera intervjutillfällen. Styrkan i detta var även att det andra intervjutillfallet var mera öppet, vilket kan ha bidragit till ett mera nyansrikt datamaterial. De äldre migranterna hade ett stort intresse för att berätta om sitt liv och sin hälsa. Enligt Kvale (1997) är det svårt att avsluta en kvalitativ intervju. Det transkriberade datamaterialet blev omfattande, totalt cirka 1000 sidor. Kvale (1997) betonar i diskussionen om "tusensidorsfråga" att det blir centralt att förmå avgränsa datamaterialet utifrån delstudiens syfte (Kvale, 1997). Detta har beaktats i delstudie **IV**.

En mera systematisk uppföljning av orsakerna till att inte delta i de olika delstudierna kunde ha medräknats tillsammans med de postade förfrågningarna. Detta kunde ha ökat kvaliteten i bortfallsanalyserna. Här beaktades ytterligare principen om frivillighet. Det etiska har fått en framtoning på bekostnad av metodologiska val, vilket kan tänkas ha inverkat på möjligheten att öka validiteten (Larsson, 2005). Preliminära resultat har delgetts via konferenser, seminariedagar, tidningsartiklar, rapporter och bokkapitel. Informanters

önskan om att bli delgivna resultat har beaktats. Enligt Kvale (1997, 112) utgör detta en del av det vetenskapliga ansvaret.

Delstudierna (II, III) representerar tvärsnittsstudier. På grund av denna typ av studiedesign samt analys genom statistiska samband kan inga slutsatser dras utifrån resultaten gällande kausalitet (Eljertsson, 2003). Resultaten bör tolkas med försiktighet och kan inte ses som generaliserbara.

Kodning och transkribering

Statistiska dataprogram har använts (SPSS och SAS). Kodning och transkribering har utförts av personer med minst magisterexamen och med tidigare erfarenhet. För att erhålla ett datamaterial med god teknisk kvalitet testades ljudupptagningen i början av intervjuerna tillsammans med informanterna. Alla inbandade intervjuer var användbara (I,IV), endast en intervju var bara delvis användbar (IV). Informanterna hade gett lov till att bli kontaktade ifall oklarheter yppade sig, men det blev inte nödvändigt.

Analysmetod

Forskarens trovärdighet baserar sig på den kompetens och den erfarenhet som ligger som grund för tillämpning av metoderna. I denna avhandlings delstudier har analys och tolkningar i första hand utförts av första författaren (G.K.). Tolkningarna har validerats av minst två forskare. I delstudie I resulterade detta i att ett par av huvudtypkategorierna diskuterades innan man kom till samstämmighet om resultaten. Forskarens tidigare erfarenhet av fenomenologisk-hermeneutisk ansats och livsberättelser (Kulla, 2001), underlättade delvis tillämpandet av ett hermeneutiskt närmelsesätt med kärnberättelser. En svaghet i resultaten utgör hälsostراتيجierna som inte framträdde tydligt. Detta tyder på att egentligen är hälsoresurser och hälsostراتيجier en begreppsoklarhet och inte en metodfråga. Figur 1 ger antydningar om att begreppen går in i varandra (se figur 1 i delstudie I). Expertishjälp har använts för utförande av statistisk metod (delstudie III) (Kvale 1997, 112). I delstudie IV pågick en kontinuerlig dialog under dataanalys och tolkningsprocess. Detta har troligen bidragit till att öka resultatens trovärdighet och ingett möjligheter att validera att delarna i det empiriska materialet överensstämmer med tolkningen (Larsson, 2005). I delstudie I kan läsaren följa med hur resultaten stöds med citat. I delstudie IV är resultaten på grund av datamaterialets omfattning mera kondenserade. För att öka trovärdigheten och inte kondensera texten för mycket krävdes en

omfattande bearbetning av datamaterialet (Graneheim & Lundman, 2004; Kvale, 1997).

Kvalitetskriterier för forskningen som helhet

Fördelen med en kvantitativ-kvalitativ studiedesign har varit att forskningstemat kunde belysas mera nyansrikt vilket eventuellt har ökat harmonin i den interna logiken (Larsson, 2005). Av forskarrollens etiska aspekter utgående från Kvale (1997, 112) har i denna forskning det vetenskapliga ansvaret och relationen till undersökningspersonerna betonats. Detta har beaktats i planerings- och genomförandeskedena av de fyra delstudierna (Kvale, 1997). Perspektivmedvetenheten har belysts genom förförståelse av både personliga erfarenheter och av teoretisk bakgrund. Det har varit centralt att belysa de utgångspunkter som åskådliggör valt perspektiv. Samtidigt har det inneburit en medvetenhet om en öppenhet vid tolkning av det empiriska materialet för att få ut ett så rikt material som möjligt (Alvesson & Sköldberg, 1994). I föreliggande avhandling har folkhälsovetenskap inriktad på hälsofrämjande utgjort ett övergripande vetenskapligt perspektiv och livsloppsperspektivet ett övergripande teoretiskt perspektiv. Livsloppsperspektivet sammanför förståelsen för äldres hälsa och åldrandeprocessen. Som teori tangerar livsloppsperspektivet synen på människan i sitt sammanhang som en del av historien, kulturen och traditionerna (Ödman, 1992).

Inom kulturgerontologin framlyfts utgångspunkter relaterade till åldrandet i en kulturkontext. I denna avhandling har kulturgerontologins bidrag varit att öka kunskapen om hur åldrandet kan återspegla sig i minoriteten äldre finlandssvenskars hälsa. Här har åsyftats med minoriten finlandssvenskar även finlandssvenskar som migranter eller som etnisk minoritet i Norden. En ökad förståelse för kulturens eventuella inverkan på finlandssvenskarnas hälsa har gjorts utgående från Hyyppäs (2007b) tolkningar. Det val forskaren har gjort har gett riktning för de resultat som denna avhandling kan bidra till. Andra val av teoretiska utgångspunkter skulle sannolikt ha resulterat i delvis andra resultat. Enligt Vakimo (2003) krävs det en medvetenhet om begränsningar i hur långt man kan tolka kulturen och vilken delsanning man bidrar till. För att resultaten skall tänkas bidra till ett heuristiskt värde borde de gynna urtvecklingen av hälsofrämjande insatser och öppna upp ny förståelse för livsloppets återspeglning i äldres hälsa, samt hur åldrandet och migration kan inverka på hälsa bland äldre i minoritetsgrupper (Larsson, 2005; Thuren, 1991).

Tolkningarnas kvalitet

Forskarens begränsningar att tolka åldrandet som process är begränsat, eftersom de äldre har ett långt livslopp att bygga sina erfarenheter på. Forskarens egen tillhörighet till den finlandssvenska minoriteten kan ha varit en fördel. Styrkan har tagit sig uttryck i det varma mottagande som speciellt informanterna i Sverige erbjöd då det kom en person på besök ”hemifrån”. Det kan ha sporrat de äldre till att mera öppet berätta om sin hälsa, vilket kan tänkas ha bidragit till ett rikare datamaterial (**IV**). Kvalitet i resultaten innebär att man lyckats fånga det väsentliga med nyanserna i behåll. Läsare borde kunna följa resonemangen utan att viktiga led verkar att vara överhoppade och resonemanget följer en röd tråd (Larsson, 2005). I sista hand är detta en fråga som bedöms av läsaren.

Generaliserbarhet

De kvantitativa resultaten gällande finlandssvenskarnas självskattade hälsa (**II, III**) kan inte generaliseras. Detta på grund av både urvalsförfarandet och studiedesignen. Resultaten stöds dock av att de pekar i samma riktning som tidigare studier (Hyypä, 2001a,b; Hyypä, 2002). Syftet med kvalitativa resultat är inte att de skall vara generaliserbara.

8.3. Konklusioner samt implikationer för hälsofrämjande insatser

Resultaten i föreliggande avhandling har bidragit till ny kunskap om äldres hälsa i minoritetsgrupper ur ett folkhälsovetenskapligt och hälsofrämjande perspektiv. Resultaten förväntas utgöra ett teoritillskott inom hälsofrämjande forskning samt även bidra till att utveckla arbetsmetoderna inom hälsofrämjande bland äldre.

Som hälsoindikatorer användes upplevd hälsa (**I, IV**) och självskattad hälsa (**II, III**), vilka har ansetts utgöra komplement då man studerar äldres hälsa (Jylhä, 1994a,b; Sarvimäki, 2002). Resultaten belyser hur både positiva och negativa händelser under livsloppet relaterade till egen personlighet, migrationen och åldrandet återspeglade sig i äldre finlandssvenskars hälsa. De äldre beskrev och upplevde sin hälsa genom personligheten, fysisk hälsa, funktionsförmåga, sociala relationer och samhället. Det är värt att påpeka att äldre upplevde det samhälle man har levt i och det som man nu lever i som en viktig resurs för människors hälsa. Det levda livet och att vara äldre återspeglade sig i deras hälsa (Phillipson, 1998; Sarvimäki, 2002, Sarvimäki

et al., 2006a; Savola & Koskinen-Ollongvist, 2005). Hälsoresurser bland äldre framstår annorlunda än bland yngre.

Det är centralt att stöda äldres hälsoresurser och fokusera på friskfaktorer (Kostenius & Lindqvist, 2006; Svanström, 2002; WHO, 1986; WHO, 1988a,b). Resultaten påvisade ytterligare att i ett hälsofrämjande synsätt där äldres röst tillåts göra sig hörd kan man finna att äldre bidrar med kunskap om hälsa (Gubrium & Holstein, 2000). Då man tillåter äldre berätta och delge den kunskap de innehar återspeglar det både ett synsätt på människan och på åldrandet som resurs. Inom hälsofrämjande synsätt poängteras betydelsen av att ge människor möjligheten att öka kontrollen över sin hälsa och att förbättra den (WHO, 1996). Äldre behöver få vara delaktiga i beslut gällande sin egen hälsa (Sarvimäki, 2002; Vertio, 2003). Processerna kring detta kan antas vara hälsofrämjande.

Utgående från denna avhandling kan följande rekommenderas för hälsofrämjande insatser:

- Äldres upplevelser av hälsa kan ge kunskap för hälsofrämjande insatser. Utgående från de äldres svar framkom följande resurser eller friskfaktorer: positivt humör, livslust, fysiska och sociala aktiviteter, förnöjsamhet, envishet, stark vilja, samt de närstående (**I**). Därutöver betonades egen personlighet, släktskapet, livshändelser, andra människor och det sociala klimatet som betydelsefulla för hälsa (**IV**). Då det kom an på den egna personligheten betonades ett positivt humör, livssyn, livslust samt envishet (**I, IV**), likaså relationerna (**I, IV**).
- Hälsvariabler som har uppvisat signifikanta samband med självskattad hälsa kan ge relevant hälsoinformation med tanke på planering av hälsofrämjande insatser bland äldre samt vid bedömning av äldres hälsotillstånd. Utifrån resultaten kunde följande hälsvariabler utgöra resurser eller friskfaktorer bland äldre: ju mindre mediciner, ingen värk/smärta, bättre funktionsförmåga, bättre livslust, bättre ekonomisk situation, desto bättre självskattad hälsa (**II**).
- För att minska på ojämnlighet i hälsa borde minoriteters hälsa inte jämföras enbart i förhållande till majoritetens. Resultaten har påvisat att då man studerar hälsa mellan och inom minoriteter är grupperna inte homogena. Det kan förekomma variation i självskattad hälsa

inom minoritetsgrupper och invandrargrupper, även bland dem som har flyttat från samma ursprungsland. Likaså kan det mellan invandrargrupper från samma ursprungsland tänkas förekomma variationer i sociala och kulturella faktorer, vilket kan inverka på självskattad hälsa (III).

- Migration kan medföra både möjliga resurser som bördror för hälsa (III, IV). Detta borde få en särskild uppmärksamhet då det kommer an på migration bland äldre. Migrationens resurser borde lyftas fram. Samtidigt som ohälsa, åldrandet och migrationsprocessen kan tänkas öka risken för sårbarhet och försämrade sociala kontakter (IV).
- Avslutningsvis kan det konstateras att hälsofrämjande arbete bland äldre i minoritet innefattar en mångsidig kunskap om äldres hälsa, om åldrandeprocessen samt om sociala och kulturella faktorer betydelse för hälsa.

Fortsatt forskning kan rekommenderas då det kommer an på:

- En utgångspunkt på resursperspektivet och friskfaktorer även i fortsatta studier om minoriteter hälsa. Det är inom minoritetsgrupperna som människor kan ta kontroll över sin hälsa och förbättra den.
- Äldre med god hälsa och socialt kapital kan tänkas ha ett bättre skydd mot ohälsa. Kulturella skillnader kan ha betydelse för hälsa (Jylhä, 1994a; Hyypä, 2007b). Vad som är det specifikt kulturella kunde ytterligare utredas.
- Fortsatta studier om äldre finlandssvenskar kunde beröra upplevelser av livet i Sverige med tyngdpunkt på eventuella resurser i samband med migration och återflyttning. Finlandssvenskar som bytt till svenskt medborgarskap kunde utgöra en intressant studiegrupp.

TACK TILL

Denna forskningsresa mellan Finland och Sverige, som initierades under 1990-talet i och med studier vid dåvarande Nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg, närmar sig sitt slut. Denna resa berör såväl de institutioner där jag bedrivit mina studier och forskningsprojekt som många personer vilka deltagit i och möjliggjort att slutföra resan. Denna avhandling har förverkligats genom ett ousinligt och genuint stöd från många personer vid nuvarande Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Göteborg. I första hand vill jag tacka min huvudhandledare, professor Anneli Sarvimäki och min bihandledare professor Sirkka-Liisa Ekman vid Karolinska Institutet i Stockholm. Tack professor Raimo Isoaho, för ditt stöd under forskningens senare del. Tack docent Ina Borup och PhD-studentgranskare Anna Forsman för den interna granskningen. Tack till rektors sekreterare Tanja Johansson.

Tack till universitetslektor Kristiina Heikkilä vid Växjö Universitet och framlidna universitetslektor Liisa Palo-Bengtsson för de förebilder ni utgjorde för mig som kollegor då jag påbörjade min forskarutbildning inom forskningsprojektet ”Att åldras mellan två kulturer”. Projektnamnet beskriver symboliskt den process forskaren själv är en del av under ett avhandlingsarbete. Ett stort tack till forskningssekreterare Ilkka Syrén vid Äldreinstitutet i Helsingfors för de engelska språkredigeringarna. Tack till biostatistiker Tero Vahlberg vid Åbo Universitet och professor Lisbeth Fagerström vid Högskolan i Buskerud. Tack fotograf Lars Johansson för den fina pärmbilden! Tack till personalen vid Yrkeshögskolan Novia i Vasa för er fulla förståelse för min ibland frånvarande närvaro och konkreta frånvaro i form av tjänsteledigheter. Tack till enhetschef Gunilla Räihä. Till mina medstudenter, Sven-Tore, Anette, Lene och Greta – tack för ert stöd!

Utan Er, äldre personer i Finland och Sverige skulle kunskapsstoffet i denna avhandling vara substanslöst. Tack för att Ni så vänligt emottog mig i era hem och för det intressanta som jag fick ta del av i era intervjuer och svar, samt genom det enkätmaterial ni bemödade er att fylla i. Tack för att ni med inlevelse belyste för mig hur ert levda liv kunde tänkas återspegla sig i er hälsa. Er konst att åldras väckte en stor beundran hos mig! Till sist vill jag tacka mina föräldrar, som med omsorg och en orubblig tilltro har stött mig under forskningens gång.

Denna doktorsavhandling har färdigställts genom ekonomiskt stöd från Finlands Akademi, Stiftelsen för Otto A. Malms fond, Svenska Kulturfonden, Svenska Österbottens Förbund för Utbildning och Kultur, Kulturfonden för Sverige och Finland, Professor Jan-Magnus Janssons fond för geriatrik och forskning kring äldreomsorg, Svensk-Österbottiska Samfundet, La Carita stiftelsen, projektkommunerna i Sydösterbotten samt Västra Finlands län.

LITTERATUR

Albert, S.M. (2004). *Public Health and Aging. An Introduction to Maximizing Function and Well-Being* New York: Springer Publishing Company.

Albin, B. (2006). *Morbidity and mortality among foreign-born Swedes*. Department of Health Science. Division of Geriatric Medicine, Malmö University, Hospital Lund University, Sweden.

Allardt, E. & Starck, C. (1981). *Språkgräser och samhällsstruktur. Finlandssvenskarna i ett jämförande perspektiv*. Stockholm: Almqvist & Wiksell Förlag.

Allardt-Ljunggren, B. (1996). *Finlandssvenskarna i Sverige*. I: Lainio, J (red): *Finnarnas historia i Sverige 3. Tiden efter 1945*. Finska Historiska Samfundet/Nordiska museet. Jyväskylä: Gummerus.

Alvesson, M. & Sköldberg, K. (1994). *Tolkning och reflexion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.

Andersson, L. (2002). *Cultural gerontology*. Westport: Auburn House.

Backman, K. (2001). *Kotona asuvien ikääntyvien itsestä huolenpito*. Department of Nursing and Health Administration, University of Oulu.

Befolkningsregistret (2002). Beställd statistik.

Bernard, M.A., Lampley-Dallas, V. & Smith, L.(1997). Common health problems among minority elders. *Journal of the American Dietetic Association*, 97 (7), 771-776.

Blakemore, K. (1999). International migration in later life: social care and policy implications. *Ageing and Society*, 19 (6), 761 – 774.

Blaxter, M. (1990). *Health and lifestyles*. London and New York: Tavistock/Routledge.

Blaxter, M. (2004). *Health*. Cambridge: Polity Press.

Carballo, M., Divino, J.J., & Zeric, D. (1998). Migration and health in the European Union. *Tropical Medicine and International Health*, 3 (12), 936-944.

Carmel, S. (2001). Subjective evaluation of health in older age: the role of immigration status and social environment. *International Journal of Aging & Human Development*, 53 (2), 91-105.

Cole, T.R. (2002). On the possibilities of spirituality and religious humanism in gerontology or reflections of one aging American cultural historian. In: Andersson, L. (ed.). *Cultural gerontology* (pp. 25-44). Westport: Auburn House,

Dowd, J. & Bengtsson, V. (1978). Aging in minority population: An examination of the double jeopardy hypothesis. *Journal of Gerontology* 33, 427 - 436.

Ekman, S-L. (1993). *Monolingual and bilingual communication between patients with dementia diseases and their caregivers*. Umeå University Medical Dissertations. From the Department of Advanced Nursing, Umeå University and the Department of Geriatric Medicine, the Karolinska Institutet, Stockholm.

Emami, A. & Ekman S-L. (1998). Living in a foreign country in old age. Life in Sweden as experienced by elderly Iranian immigrants. *Health Care in Later Life*, (3) 3: 183-198.

Elder, G.H. (1994). Time, human agency and social change: Perspectives on the life course. *Social Psychology Quarterly*, 57, 4-15.

Eljertsson, G. (2003). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Giele, J. Z. & Elder, G. H. Jr. (1998). Life course research. Development of a field. In: Giele, J.Z. & Elder, G.H. Jr. (eds.). *Methods of Life Course Research. Qualitative and Quantitative Approaches*. (pp. 5 – 27). Thousand Oaks: Sage Publications.

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

Grönlund, R. (1995). *Takaisin kotiin - Ruotsista ja muista Pohjoismaista Suomeen palaavat eläkeläiset*. Turku: Sosiaalipoliittikan laitos, Turun yliopisto.

Gubrium, J.F. & Holstein, J.A. (2000). Introduction. Aging and everyday life. In: J.F. Gubrium & J.A. Holstein (Eds.), *Aging and everyday life* (pp. 1-11). Oxford: Blackwell Publishing.

Gustafson, P. (2001). Retirement migration and transnational lifestyles. *Ageing & Society*, 21, 371 – 394.

Haavio-Mannila, E. (1986). *Äldre finländska invandrare i Sverige*. Socialstyrelsen redovisar. 1986:5. Stockholm: Socialstyrelsen.

Haglund B. & Svanström L. (1983). *Samhällsmedicin – en introduktion*. Studentlitteratur: Lund.

Hazelrigg, L.E. & Hardy, M.A. (1995). Older Adult Migration to the Sunbelt. *Research on Aging*, 17 (2), 209 - 234.

Hedberg, C. & Kepsu, K. (2003). Migration as a mode of cultural expression? The case of the Finland-Swedish minority's migration to Sweden. *Geografiska Annaler*, 85 B (2), 67-84.

Hedlund, E. (2007). *International migration and coronary heart disease. Epidemiological studies of immigrants in Sweden*. Karolinska Institutet, Stockholm.

Heikkilä, K. (1994). *Mer än halva livet - en studie om äldre finländska invandrare i Stockholm*. Socialtjänsten, FoU-byrån, rapport nr 1994:2, Stockholm.

Heikkilä, K. (1996). På väg mot en mer nyanserad bild av äldre finländska invandrarnas situation. *Socialmedicinsk tidskrift*, 7 - 8, 385 - 391.

Heikkilä, K. (2004). *The role of ethnicity in care of elderly Finnish immigrants*. Department of neurotec, Centre of excellence in elderly care research, Karolinska Institutet, Stockholm.

Heikkilä, K. & Ekman, S-L. (2000). Health care experiences and beliefs of elderly Finnish immigrants in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing*, 11 (4), 281 - 289.

Heikkinen, E., Era, P. et al. (1993). Socioeconomic and life-style factors as modulations of health and functioning with age. In: Schroots, J.J.E. (ed.). *Aging, health and competence. The next generation of longitudinal research* (pp. 65-86). Amsterdam: Elsevier.

Helenius, R. (1990). *Förstå och bättre veta. Om hermeneutiken i samhällsvetenskaperna*. Stockholm: Carlssons.

Herberts, K. & Andberg, K. (1979). "Man ville ju pröva på" - samtal med emigranter och återflyttare. Forskningsrapporter n:o 33. Åbo och Helsingfors: Svenska litteratursällskapet i Finland, nämnd för samhällsforskning.

Herberts, K. (red.), Jokiaho, N. & Remell, S. (1996). *Österbotten - resan hemifrån hem*. Svensk-Österbottniska Samfundet nr 55. Österbottnisk årsbok, Vasa.

Hyypä M.T & Mäki, J. (2001a). Individual-level relationships between social capital and self-rated health in bilingual community. *Preventive Medicine* 32, 148 - 155.

Hyypä M.T. & Mäki, J. (2001b). Why do Swedish-speaking Finns have longer active life? An area for social capital research. *Health Promotion International* 16 (1), 55 - 64.

Hyypä, M.T. & Mäki, J. (2003). Social participation and health in a community rich in stock of social capital, *Health Education Research* 18, 770 – 779.

Hyypä, M.T. (2007a). Sambandet mellan socialt kapital och kardiovaskulära sjukdomar. *Finska läkarsällskapets Handlingar*, 167 (I), 52 – 56.

Hyypä, M.T. (2007b). *Livskraft ur gemenskap – om socialt kapital och folkhälsa*. www.studentlitteratur.se.

Hägström, N., Borgegård, L-E. & Rosengren, A. (1990). *När finländarna kom. Migrationen Finland-Sverige efter andra världskriget*. Gävle: Statens institut för byggnadsforskning.

Häkkinen, H. (2002). *Ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille*. Kuntakyselyn tulokset sekä kotimaisia ja ulkomaisia käytäntöjä. Helsinki: Suomen kuntaliitto. Preventive home visits for older people. Helsinki: The Association of Finnish Regional and Local Authorities.

Johansson, L-M. (1997). *Migration, mental health and suicide: An epidemiological, psychiatric and cross-cultural study*. Karolinska Institutet, Stockholm.

Junghanss, T. (1998). Editorial: how unhealthy is migrating? *Tropical Medicine International Health*, 3(12), 933-4.

Jylhä, M. (1985). *Self-perceived health of the elderly*. Ser A, vol 195, Tampere: Acta Universitatis Tamperensis. [English summary].

Jylhä, M., Jokela, J., Tolvanen, E., Heikkinen, E., Heikkinen R-L., Koskinen, S., Leskinen, E., Lyyra, A-L, & Pohjolainen, P. (1992). The Tampere Longitudinal Study on Ageing. Description of the study. Basic results on health and functional ability. *Scandinavian Journal Social Medicine suppl.*, 47.

Jylhä M. (1994a). Self-rated health revisited: exploring survey interview episodes with elderly respondents. *Social Science Medicine* 39, 983 – 990.

Jylhä, M. (1994b). Perceived Health in Old Age – Two Methodological Approaches. I: Öberg, P., Pohjolainen, P. & Ruoppila, I. *Experiencing ageing, Kokemuksellinen vanheneminen, Att uppleva åldrandet*. Svenska social- och kommunalhögskolan, Helsingfors universitet, Helsingfors.

Kepsu, K. (2006). Finlandssvenska flyttningsmönster och språkgränser. I: Junila, M. & Westin, C. *Mellan majoriteter och minoriteter. Om migration, makt och mening*. Helsingfors: Svenska litteratursällskapet i Finland.

Korkiasaari, J. & Tarkiainen, K. (2000). *Suomalaiset Ruotsissa*. Suomalaisen siirtolaisuuden historia 3. Turku: Siirtolaisuusinstituutti.

Kostenius, C. & Lindqvist, A-K. (2006). *Hälsövägledning*. www.studentlitteratur.se.

Koskinen-Ollonqvist, P., Aalto-Kallio, M., Mikkonen, N., Nykyri, P., Parviainen, H., Saikkonen, P. & Tamminiemi, K. (2007). *Rajoilla ja ytimessä. Terveiden edistämisen näyttäytyminen väitöskirjatutkimuksissa*. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja 2/2007. Helsinki: Centret för hälsofrämjande.

Kristensson-Uggla, B. (1994). *Kommunikation på bristningsgränsen - en studie i Paul Ricoeurs projekt*. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag, Symposion.

Kronenfeld, J.J. (2006). Changing conceptions of health and life course concepts. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 10(4), 501-517.

Kulla, G. (2001). *Den äldres livsgestaltning - en studie om återvandrade finlandssvenskar i ett transkulturellt, gerontologiskt vårdperspektiv*. Pro gradu avhandling. Institutionen för vårdvetenskap. Vasa: Åbo Akademi.

Kulla, G. (2003). Ikääntyvät ihmiset kysely- ja haastattelututkimuksissa. (Äldre i enkät- och intervju-undersökningar) I: Sarvimäki A. & Syrén I. (eds.). *Tutkimuseetiikka gerontologiassa. Research ethics in gerontology*. Seminarpresentations 13 – 14 October, 23 – 26.

Kvale, S. (1997). *Kvalitativ forskningsintervju*. Lund: Studentlitteratur.

Landau, R. & Litwin, H. (2001). Subjective well-being among the old-old: the role of health, personality and social support. *International Journal of Aging & Human Development*, 52 (4), 265 - 280.

Larsson, S. (2005). Om kvalitet i kvalitativa studier. *Nordisk pedagogik*, 1 (25), 16 - 35.

Lauren, C. (1983). *Canadian French and Finland Swedish: minority languages with outside standards, regionalisms and adstrata*. Quebec: International Center for Research on Bilingualism.

Lee, E. (1989). Theory of migration. In Jackson, J.A. (ed.). *Migration* (pp.282-297). Cambridge: Cambridge University Press.

Leiniö, T-L. (1995). *Invandrades hälsa och sociala förhållanden*. SoS-rapport 1995:5. Invandrarnas hälsa. Särtryck nr. 450. Institutet för Social forskning, Stockholms universitet.

Leinonen, R. (2002). *Self-rated health in old age. A follow-up study of changes and determinants*. Jyväskylä: University of Jyväskylä.

Liebkind, K. & Sandlund, T. (2006). *Räcker det med svenskan? Om finlandssvenskarnas anknytning till sina organisationer*. Helsingfors: Svenska Litteratursällskapet i Finland.

Lundström, S. (1996). Sverigefinländarnas hälsa och sociala villkor. I: Lainio, J. (red.). *Finnarnas historia i Sverige 3. Tiden efter 1945*. Finska Historiska Samfundet/Nordiska museet. Jyväskylä: Gummerus.

Markides, K.S. (1998). Challenges to Minority Aging Research in the Next Century. *Journal of Applied Gerontology*, 17 (2), 129 - 132.

- Marmot, M. & Wilkinson, R.G. (1999). *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Meleis, A. (1991). Between two cultures: Identity, roles and health. *Health Care for Women International*, 12, 365-377.
- Migrationsinstitutet (2001). Den i Finland födda populationen enligt län 1980-1996. Finska medborgare bosatta i Sverige 1980-1996.
- Nilsson, M., Ekman, S-L. & Sarvimäki, A. (1998). Ageing with joy or resigning to be old age: older peoples experiences of their quality of life. *Health Care in Later Life*, 3 (2), 94 - 110.
- Norman, A. (1985). *Triple jeopardy: Growing old in a second homeland*. Policy Studies in Ageing 3. London: Center for Policy on Ageing.
- Norrgård, D. (1980). *Finlandssvenska emigranter i Sverige*. En intervjuundersökning bilaga till svenska emigrationskommitténs betänkande 1980:24. Åbo.
- Nyman-Kurkiala, P. (1999). *Att flytta bort och hem igen*. Umeå: Boréa Bokförlag.
- Nummela, O. (2008). *Trust, Participation, and Health among Ageing People. A Cross-Sectional Cohort Study of Men and Women Born in 1926-30, 1936-40, and 1946-50 in the Lahti Region, Southern Finland*. Helsinki: Publications of the National Public Health Institute, A 26/2008.
- Pellmer, K. & Wramner, B. (2007). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber.
- Phillipson, C. (1998). *Reconstruction old age*. London: SAGE Publications.
- Phillipson, C. (2002). Ageism and globalization. Citizenship and social rights in transnational settings. In: Andersson, L. (ed.). *Cultural gerontology* (pp.45-58). Westport, CT. Auburn House.
- Porter, C. (2006). Ottawa to Bangkok: changing health promotion discourse. *Health Promotion International*, 22 (1), 72-79.
- Pudarcic, S., Sundquist, J. & Johansson, S.E. (2000). Major risk factors for cardiovascular disease in elderly migrants in Sweden. *Ethnicity & Health*, 5 (2), 137 - 50.

Quadango, J. (2005). *Aging and the life course: An introduction to social gerontology*, 3rd edn. New York: McGraw-Hill.

Ricoeur, P (1993). *Från text till handling. En antologi om hermeneutik*. Kristensson, B. & Kemp, P (red.). Stockholm/Lund: Symposion Bokförlag.

Roinila, M. (2000). *Finland-Swedes in Canada. Migration, settlement and ethnic relations*. Migrations Studies C 14. Turku: Institute of Migration.

Ronström, O. (1996). *Vem skall ta hand om de gamla invandrarna?* Rapport från forskningsprogrammet Åldrandets kultur. Fou-rapport nr. 1996:3. Stockholm: Stockholms socialtjänsts forsknings- och utvecklingsbyrå.

Ronström, O. (2002). The making of older immigrants in Sweden: identification, categorization and discrimination. In: Andersson, L. (ed.). *Cultural Gerontology* (pp.129-138). Westport: Auburn House.

Ruth, J-E. 1994. Det åldrande berättarjaget: försök till en narrativ gerontologi. *Gerontologia*, 8 (4), 205-214.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. (1996). *Vård. Ett uttryck för omsorg*. Stockholm: Liber.

Sarvimäki, A. (2000). Att åldras mellan två kulturer: Äldre finländska invandrades liv, hälsa och identitet i Sverige och Finland efter återflyttandet. I: Villstrand, N-E. & Kuvaja, C. *Svenskt i Finland – Finskt i Sverige. Projektpresentationer*. Åbo: Åbo Akademi.

Sarvimäki, A. (2002). Om åldrande, hälsa och livskvalitet. *Socialmedicinsk tidskrift*, 1 (79), 69-73.

Sarvimäki, A. (2003). Etnisyys ja kulttuurigerontologia – etnisyys elämänmuotona ja pelinä. *Gerontologia* 4, 207 – 209.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. (2004). Sårbarhet som utgångspunkt för etiken i äldreården. *Gerontologia*, 18, 153 - 158

Sarvimäki, A., Kulla, G., Palo-Bengtsson, L., Heikkilä, K. & Ekman, S-L. (2006a). Äldre finländska migranter berättar. I: Junila, M. & Westin, C. *Svenskt i Finland – Finskt i Sverige. Mellan majoriteter och minoriteter. Om migration, makt och mening* (pp. 47–74). Helsingfors: Svenska litteratursällskapet i Finland.

Sarvimäki, A., Palo-Bengtsson, L., Kulla, G., Heikkilä, K. & Ekman, S-L. (2006b). Så blev livet. Reflektioner kring migration. I: Junila, M. & Westin, C. *Svenskt i Finland – Finskt i Sverige. Mellan majoriteter och minoriteter. Om migration, makt och mening* (pp. 442 – 470). Helsingfors: Svenska litteratursällskapet i Finland.

Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. (2005). *Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä*. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja-sarja 3/2005.

Seitsamo, J. (2007). *Retirement Transition and Well-being – A 16-year Longitudinal Study*. People and Work Research Reports 76. Department of Social Policy, University of Helsinki. Health and Work Ability Centre of Expertise. Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki.

Silverstein, M. & Zablotsky, D. (1996). Health and social precursors of later life retirement community migration. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 51 (3), 150 - 156.

Social- och hälsovårdsministeriet (2001). *Statsrådets princip om folkhälsoprogrammet 2015*. Helsingfors.

Social- och hälsovårdsministeriet (2008). *Kvalitetsrekommendationer i tjänster och service bland äldre*. 2008:4. Helsingfors.

Statistikcentralen i Finland (2008). Antalet finlandssvenskar 31.12.2008. Beställd statistisk.

Statistiska Centralbyrån (2005). En specialbeställning per e-post 30.11.07.

Statistiska Centralbyrån (2007). En specialbeställning per e-post 5.1.09

Stoller, E.P. (1998). Informal exchanges with non-kin among retired sunbelt migrants-a case study of a Finnish American retirement community. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 53 (5), 287 - 98.

Stoller, E.P. & Longino, C.F. Jr. (2001). “Going home” or “leaving home”? The impact of person and place ties on anticipated counterstream migration. *The Gerontologist*, 41 (1), 96 - 102.

Stoller, E.P, Miller, B. & Guo, S. (2001). Shared ethnicity and relationship multiplexity within the informal networks of retired European American sunbelt migrants. A case study. *Research on Aging*, 23 (3), 304 - 325.

Sundquist, J. (1994). Refugees, labour migrants and psychological distress. A population-based study of 338 Latin-American refugees, 161 south European and 396 Finnish labour migrants, and 996 Swedish age-, sex- and education-matched controls. *Social Psychiatry & Psychiatric epidemiology*, 29 (1), 20 - 4.

Sundquist, J. (1995). Living conditions and health. A population-based study of labour migrants and Latin American refugees in Sweden and those who were repatriated. *Scandinavian Journal Primary Health Care*, 13 (2), 128 - 34.

Sundquist, J. & Johansson, SE. (1998). Somatic health is poorer among foreign-born than native Swedes. *Läkartidningen*, 95 (10), 1000 - 2, 1005 - 6.

Svanberg, I. & Runblom, H. (1988). *Det mångkulturella Sverige. En handbok om etniska grupper och minoriteter*. Stockholm: Gidlunds Bokförlag.

Svanberg, I. & Tydén, M. (1992). *Tusen år av invandring. En svensk kulturhistoria*. Stockholm: Gidlunds Bokförlag.

Svanström, L. (2002). *En introduktion till folkhälsovetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Teir, H (1971). *Nya åtgärder för emigranterna och emigrationsforskningen*. I boken: Emigrationen och dess bakgrund. Svenska kulturfondens skrifter V. Ekenäs: Aktiebolags förlag.

The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. The 6th Global Conference on Health Promotion, Bangkok, Thailand, August, 11th 2005.

Thurén, T. (1991). *Vetenskapsteori för nybörjare*. Stockholm: Liber.

Torres, S. (1999). A culturally relevant theoretical framework for the study of successful aging. *Ageing & Society*, 19, 33-51.

Vakimo, S. (2003). Kulttuurista gerontologiassa – kulttuurigerontologisen identiteetin pohdintaa. *Gerontologia* 4, 196 – 201.

Weeks, J. & Cuellar, J. (1983). Isolation of older people: the influence of immigration and length of residence. *Research on Aging*, 5, 369 - 88.

Vertio, H. (2003). *Terveysten edistäminen*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö.

Tammi.

Westman, J. Martelin, T., Härkänen, T., Koskinen, S. & Sundquist, K. (2008). Migration and self-rated health: a comparison between Finns living in Sweden and Finns living in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36 (7), 698-705.

WHO (1986) *Ottawa Charter*. World Health Organization.

WHO (1998a). Health 21 – The health for all policy for the WHO European Region – 21 targets for the 21 st century. Regional committee for Europe. Forty-eight session, Copenhagen 14 – 18.9. *Healthy aging*, 27 – 29.

WHO (1998b). *The World Health Report 1998. Life in the 21st century – A vision for all*. Geneva: World Health Organisation.

WHO (2001). *International classification of functioning, disability and health*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2002). *Active Ageing. A Policy Framework*. World Health Organization.

WHO (2005). *Preparing Health Care Workforce for the 21st Century. The Challenge of Chronic Conditions*. WHO-rapport.

World Medical Association Declaration of Helsinki (2004). *Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*, France.

Ödman, P-J. (1979). *Tolkning, förståelse, vetande. Hermeneutik i teori och praktik*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Ödman, P-J. (1992). Interpreting the past. *Qualitative Studies in Education*, 5 (2), 167-184.

Öberg, P. (2002). Livslopp i förändring. I: Andersson, L. (red.). *Socialgerontologi*. Lund: Studentlitteratur, 44 – 63.

Öberg, P. (1997). *Livet som berättelse – Om biografi och åldrande*. Uppsala universitet. Fakulteten för Sociologi, Uppsala.

Förteckning över NHV-rapporter

1983

- 1983:1 Hälsa för alla i Norden år 2000. Föredrag presenterade på en konferens vid Nordiska hälsovårdshögskolan 7–10 september 1982.
- 1983:2 Methods and Experience in Planning for Family Health – Report from a seminar. Harald Heijbel & Lennart Köhler (eds).
- 1983:3 Accident Prevention – Report from a seminar. Ragnar Berfenstam & Lennart Köhler (eds).
- 1983:4 Självmord i Stockholm – en epidemiologisk studie av 686 konsekutiva fall. Thomas Hjortsjö. Avhandling.

1984

- 1984:1 Långvarigt sjuka barn – sjukvårdens effekter på barn och familj. Andersson, Harwe, Hellberg & Syrén. (FoU-rapport/shstf:14). Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.
- 1984:2 Intersectoral Action for Health – Report from an International Workshop. Lennart Köhler & John Martin (eds).
- 1984:3 Barns hälsotillstånd i Norden. Gunborg Jakobsson & Lennart Köhler. Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.

1985

- 1985:1 Hälsa för äldre i Norden år 2000. Märten Lagergren (red).
- 1985:2 Socialt stöd åt handikappade barn i Norden. Mats Eriksson & Lennart Köhler. Distribueras av Allmänna Barnhuset, Box 26006, SE-100 41 Stockholm.
- 1985:3 Promotion of Mental Health. Per-Olof Brogren.
- 1985:4 Training Health Workers for Primary Health Care. John Martin (ed).
- 1985:5 Inequalities in Health and Health Care. Lennart Köhler & John Martin (eds).

1986

- 1986:1 Prevention i primärvården. Rapport från konferens. Harald Siem & Hans Wedel (red). Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.
- 1986:2 Management of Primary Health Care. John Martin (ed).
- 1986:3 Health Implications of Family Breakdown. Lennart Köhler, Bengt Lindström, Keith Barnard & Houda Itani.
- 1986:4 Epidemiologi i tandvården. Dorthe Holst & Jostein Rise (red). Distribueras av Tandläkarförlaget, Box 5843, SE-102 48 Stockholm.
- 1986:5 Training Course in Social Pediatrics. Part I. Lennart Köhler & Nick Spencer (eds).

Förteckning över NHV-rapporter

1987

- 1987:1 Children's Health and Well-being in the Nordic Countries. Lennart Köhler & Gunborg Jakobsson. Ingår i serien Clinics in Developmental Medicine, No 98 och distribueras av Blackwell Scientific Publications Ltd, Oxford. ISBN (UK) 0 632 01797X.
- 1987:2 Traffic and Children's Health. Lennart Köhler & Hugh Jackson (eds).
- 1987:3 Methods and Experience in Planning for Health. Essential Drugs. Frants Staugård (ed).
- 1987:4 Traditional midwives. Sandra Anderson & Frants Staugård.
- 1987:5 Nordiska hälsovårdshögskolan. En historik inför invigningen av lokalerna på Nya Varvet i Göteborg den 29 augusti 1987. Lennart Köhler (red).
- 1987:6 Equity and Intersectoral Action for Health. Keith Barnard, Anna Ritsatakis & Per-Gunnar Svensson.
- 1987:7 In the Right Direction. Health Promotion Learning Programmes. Keith Barnard (ed).

1988

- 1988:1 Infant Mortality – the Swedish Experience. Lennart Köhler.
- 1988:2 Familjen i välfärdsstaten. En undersökning av levnadsförhållanden och deras fördelning bland barnfamiljer i Finland och övriga nordiska länder. Gunborg Jakobsson. Avhandling.
- 1988:3 Aids i Norden. Birgit Westphal Christensen, Allan Krasnik, Jakob Bjørner & Bo Eriksson.
- 1988:4 Methods and Experience in Planning for Health – the Role of Health Systems Research. Frants Staugård (ed).
- 1988:5 Training Course in Social Pediatrics. Part II. Perinatal and neonatal period. Bengt Lindström & Nick Spencer (eds).
- 1988:6 Äldretandvård. Jostein Rise & Dorthe Holst (red). Distribueras av Tandläkarförlaget, Box 5843, SE-102 48 Stockholm.

1989

- 1989:1 Rights, Roles and Responsibilities. A view on Youth and Health from the Nordic countries. Keith Barnard.
- 1989:2 Folkhälsovetenskap. Ett nordiskt perspektiv. Lennart Köhler (red).
- 1989:3 Training Course in Social Pediatrics. Part III. Pre-School Period. Bengt Lindström & Nick Spencer (eds).

Förteckning över NHV-rapporter

- 1989:4 Traditional Medicine in Botswana. Traditional Medicinal Plants. Inga Hedberg & Frants Staugård.
- 1989:5 Forsknings- och utvecklingsverksamhet vid Nordiska hälsovårdshögskolan. Rapport till Nordiska Socialpolitiska kommittén.
- 1989:6 Omstridda mödrar. En studie av mödrar som förtecknats som förståndshandikappade. Evy Kollberg. Avhandling.
- 1989:7 Traditional Medicine in a transitional society. Botswana moving towards the year 2000. Frants Staugård.
- 1989:8 Rapport fra Den 2. Nordiske Konferanse om Helseopplysning. Bergen 4–7 juni 1989. Svein Hindal, Kjell Haug, Leif Edvard Aarø & Carl-Gunnar Eriksson.

1990

- 1990:1 Barn och barnfamiljer i Norden. En studie av välfärd, hälsa och livskvalitet. Lennart Köhler (red). Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.
- 1990:2 Barn och barnfamiljer i Norden. Teknisk del. Lennart Köhler (red).
- 1990:3 Methods and Experience in Planning for Health. The Role of Women in Health Development. Frants Staugård (ed).
- 1990:4 Coffee and Coronary Heart Disease, Special Emphasis on the Coffee – Blood Lipids Relationship. Dag S. Thelle & Gerrit van der Stegen (eds).

1991

- 1991:1 Barns hälsa i Sverige. Kunskapsunderlag till 1991 års Folkhälsorapport. Gunborg Jakobsson & Lennart Köhler. Distribueras av Fritzes, Box 16356, SE-103 27 Stockholm (Allmänna Förlaget).
- 1991:2 Health Policy Assessment – Proceedings of an International Workshop in Göteborg, Sweden, February 26 – March 1, 1990. Carl-Gunnar Eriksson (ed). Distributed by Almqvist & Wiksell International, Box 638, SE-101 28 Stockholm.
- 1991:3 Children's health in Sweden. Lennart Köhler & Gunborg Jakobsson. Distributed by Fritzes, Box 16356, SE-103 27 Stockholm (Allmänna Förlaget).
- 1991:4 Poliklinikker og dagkururgi. Virksomhedsbeskrivelse for ambulent helsetjeneste. Monrad Aas.
- 1991:5 Growth and Social Conditions. Height and weight of Stockholm schoolchildren in a public health context. Lars Cernerud. Avhandling.
- 1991:6 Aids in a caring society – practice and policy. Birgit Westphal Victor. Avhandling
- 1991:7 Resultat, kvalitet, valfrihet. Nordisk hälsopolitik på 90-talet. Mats Brommels (red). Distribueras av nomesko, Sejrøgade 11, DK-2100 København.

Förteckning över NHV-rapporter

1992

- 1992:1 Forskning om psykiatrisk vårdorganisation – ett nordiskt komparativt perspektiv. Mats Brommels, Lars-Olof Ljungberg & Claes-Göran Westin (red). sou 1992:4. Distribueras av Fritzes, Box 16356, SE-103 27 Stockholm (Allmänna förlaget).
- 1992:2 Hepatitis virus and human immunodeficiency virus infection in dental care: occupational risk versus patient care. Flemming Scheutz. Avhandling.
- 1992:3 Att leda vård – utveckling i nordiskt perspektiv. Inga-Maja Rydholm. Distribueras av shstf-material, Box 49023, SE-100 28 Stockholm.
- 1992:4 Aktion mot alkohol och narkotika 1989–1991. Utvärderingsrapport. Athena. Ulla Marklund.
- 1992:5 Abortion from cultural, social and individual aspects. A comparative study, Italy – Sweden. Marianne Bengtsson Agostino. Avhandling.

1993

- 1993:1 Kronisk syke og funksjonshemmede barn. Mot en bedre fremtid? Arvid Heiberg (red). Distribueras av Tano Forlag, Stortorget 10, NO-0155 Oslo.
- 1993:2 3 Nordiske Konference om Sundhedsfremme i Aalborg 13 – 16 september 1992. Carl-Gunnar Eriksson (red).
- 1993:3 Reumatikernas situation i Norden. Kartläggning och rapport från en konferens på Nordiska hälsovårdshögskolan 9 – 10 november 1992. Bjarne Jansson & Dag S. Thelle (red).
- 1993:4 Peace, Health and Development. A Nobel seminar held in Göteborg, Sweden, December 5, 1991. Jointly organized by the Nordic School of Public Health and the University of Göteborg with financial support from SAREC. Lennart Köhler & Lars-Åke Hansson (eds).
- 1993:5 Hälsopolitiska jämlikhetsmål. Diskussionsunderlag utarbetat av WHO's regionkontor för Europa i Köpenhamn. Göran Dahlgren & Margret Whitehead. Distribueras gratis.

1994

- 1994:1 Innovation in Primary Health Care of Elderly People in Denmark. – Two Action Research Projects. Lis Wagner. Avhandling.
- 1994:2 Psychological stress and coping in hospitalized chronically ill elderly. Mary Kalfoss. Avhandling.
- 1994:3 The Essence of Existence. On the Quality of Life of Children in the Nordic countries. Theory and Practice. Bengt Lindström. Avhandling.

Förteckning över NHV-rapporter

1995

- 1995:1 Psykiatrisk sykepleie i et folkehelseperspektiv. En studie av hvordan en holistisk-eksistensiell psykiatrisk sykepleiemodell bidrar til folkehelsearbeid. Jan Kåre Hummelvoll. Avhandling.
- 1995:2 Child Health in a Swedish City – Mortality and birth weight as indicators of health and social inequality. Håkan Elmén. Avhandling.
- 1995:3 Forebyggende arbeid for eldre – om screening, funn, kostnader og opplevd verdi. Grethe Johansen. Avhandling.
- 1995:4 Clinical Nursing Supervision in Health Care. Elisabeth Severinsson. Avhandling.
- 1995:5 Prioriteringsarbeite inom hälso- och sjukvården i Sverige och i andra länder. Stefan Holmström & Johan Calltorp. Spri 1995. Distribueras av Spris förlag, Box 70487, SE-107 26 Stockholm.

1996

- 1996:1 Socialt stöd, livskontroll och hälsa. Raili Peltonen. Socialpolitiska institutionen, Åbo Akademi, Åbo, 1996.
- 1996:2 Recurrent Pains – A Public Health Concern in School – Age Children. An Investigation of Headache, Stomach Pain and Back Pain. Gudrún Kristjánsdóttir. Avhandling.
- 1996:3 AIDS and the Grassroots. Frants Staugård, David Pitt & Claudia Cabrera (red).
- 1996:4 Postgraduate public health training in the Nordic countries. Proceedings of seminar held at The Nordic School of Public Health, Göteborg, January 11 – 12, 1996.

1997

- 1997:1 Victims of Crime in a Public Health Perspective – some typologies and tentative explanatory models (Brottsoffer i ett folkhälsoperspektiv – några typologier och förklaringsmodeller). Barbro Renck. Avhandling. (Utges både på engelska och svenska.)
- 1997:2 Kön och ohälsa. Rapport från seminarium på Nordiska hälsovårdshögskolan den 30 januari 1997. Gunilla Krantz (red).
- 1997:3 Edgar Borgenhammar – 65 år. Bengt Rosengren & Hans Wedel (red).

1998

- 1998:1 Protection and Promotion of Children's Health – experiences from the East and the West. Yimin Wang & Lennart Köhler (eds).
- 1998:2 EU and Public Health. Future effects on policy, teaching and research. Lennart Köhler & Keith Barnard (eds) 1998:3 Gender and Tuberculosis. Vinod K. Diwan, Anna Thorson, Anna Winkvist (eds)

Förteckning över NHV-rapporter

Report from the workshop at the Nordic School of Public Health, May 24-26, 1998.

1999

- 1999:1 Tipping the Balance Towards Primary Healthcare Network. Proceedings of the 10th Anniversary Conference, 13-16 November 1997. Editor: Chris Buttanshaw.
- 1999:2 Health and Human Rights. Report from the European Conference held in Strasbourg 15-16 mars 1999. Editor: Dr. med. Stefan Winter.
- 1999:3 Learning about health: The pupils' and the school health nurses' assessment of the health dialogue. Ina Borup. DrPH-avhandling.
- 1999:4 The value of screening as an approach to cervical cancer control. A study based on the Icelandic and Nordic experience through 1995. Kristjan Sigurdsson. DrPH-avhandling.

2000

- 2000:1 Konsekvenser av urininkontinens sett i et folkehelsevitenskapelig perspektiv. En studie om livskvalitet hos kvinner og helsepersonells holdninger. Anne G Vinsnes. DrPH-avhandling.
- 2000:2 A new public health in an old country. An EU-China conference in Wuhan, China, October 25-29, 1998. Proceedings from the conference. Lennart Köhler (ed)
- 2000:3 Med gemenskap som grund - psykisk hälsa och ohälsa hos äldre människor och psykiatrisjuksköterskans hälsofrämjande arbete. Birgitta Hedelin. DrPH-avhandling.
- 2000:4 ASPHER Peer Review 1999. Review Team: Jacques Bury, ASPHER, Franco Cavallo, Torino and Charles Normand, London.
- 2000:5 Det kan bli bättre. Rapport från en konferens om barns hälsa och välfärd i Norden. 11-12 november 1999. Lennart Köhler. (red)
- 2000:6 Det är bra men kan bli bättre. En studie av barns hälsa och välfärd i de fem nordiska länderna, från 1984 till 1996. Lennart Köhler, (red)
- 2000:7 Den svenska hälso- och sjukvårdens styrning och ledning – en delikat balansakt. Lilian Axelsson. DrPH-avhandling.
- 2000:8 Health and well-being of children in the five Nordic countries in 1984 and 1996. Leeni Berntsson. DrPH-avhandling.
- 2000:9 Health Impact Assessment: from theory to practice. Report on the Leo Kaprio Workshop, Göteborg, 28 - 30 October 1999.

2001

- 2001:1 The Changing Public-Private Mix in Nordic Healthcare - An Analysis John Øvretveit.

Förteckning över NHV-rapporter

- 2001:2 Hälsokonsekvensbedömningar – från teori till praktik. Rapport från ett internationellt arbetsmöte på Nordiska hälsovårdshögskolan den 28-31 oktober 1999. Björn Olsson, (red)
- 2001:3 Children with asthma and their families. Coping, adjustment and quality of life. Kjell Reichenberg. DrPH-avhandling.
- 2001:4 Studier av bruket av dextropropoxifen ur ett folkhälsoperspektiv. Påverkan av ett regelverk. Ulf Jonasson. DrPH-avhandling.
- 2001:5 Protection – Prevention – Promotion. The development and future of Child Health Services. Proceedings from a conference. Lennart Köhler, Gunnar Norvenius, Jan Johansson, Göran Wennergren (eds).
- 2001:6 Ett pionjärbete för ensamvargar
Enkät- och intervjuundersökning av nordiska folkhälsodoktorer examinerade vid Nordiska hälsovårdshögskolan under åren 1987 – 2000.
Lillemor Hallberg (red).

2002

- 2002:1 Attitudes to prioritisation in health services. The views of citizens, patients, health care politicians, personnel, and administrators. Per Rosén. DrPH-avhandling.
- 2002:2 Getting to cooperation: Conflict and conflict management in a Norwegian hospital. Morten Skjørshammer. DrPH-avhandling.
- 2002:3 Annual Research Report 2001. Lillemor Hallberg (ed).
- 2002:4 Health sector reforms: What about Hospitals? Pär Eriksson, Ingvar Karlberg, Vinod Diwan (ed).

2003

- 2003:1 Kvalitetsmåling i Sundhedsvæsenet.
Rapport fra Nordisk Ministerråds Arbejdsgruppe.
- 2003:3 NHV 50 år (Festboken)
- 2003:4 Pain, Coping and Well-Being in Children with Chronic Arthritis.
Christina Sällfors. DrPH-avhandling.
- 2003:5 A Grounded Theory of Dental Treatments and Oral Health Related Quality of Life.
Ulrika Trulsson. DrPH-avhandling.

2004

- 2004:1 Brimhealth: Baltic rim partnership for public health 1993-2003.
Susanna Bihari-Axelsson, Ina Borup, Eva Wimmerstedt (eds)
- 2004:2 Experienced quality of the intimate relationship in first-time parents – qualitative and quantitative studies. Tone Ahlborg. DrPH-avhandling.

Förteckning över NHV-rapporter

2005

- 2005:1 Kärlek och Hälsa – Par-behandling i ett folkhälsoperspektiv.
Ann-Marie Lundblad. DrPH-avhandling.
- 2005:2 1990 - 2000:A Decade of Health Sector Reform in Developing Countries
- Why, and What Did we Learn?
Erik Blas. DrPH-avhandling
- 2005:3 Socio-economic Status and Health in Women
Population-based studies with emphasis on lifestyle and cardiovascular disease
Claudia Cabrera. DrPH-avhandling

2006

- 2006:1 "Säker Vård -patientskador, rapportering och prevention"
Synnöve Ödegård. DrPH-avhandling
- 2006:2 Interprofessional Collaboration in Residential Childcare
Elisabeth Willumsen. DrPH-avhandling
- 2006:3 Inkomst-CTG: En vurdering av testens prediktive verdier, reliabilitet og
effekt. Betydning for jordmødre i deres daglige arbeide
Ellen Blix. DrPH-avhandling

2007

- 2007:1 Health reforms in Estonia - acceptability, satisfaction and impact
Kaja Põlluste. DrPH-avhandling
- 2007:2 Creating Integrated Health Care
Bengt Åhgren. DrPH-avhandling
- 2007:3 Alkoholbruk i tilknytning til arbeid – Ein kvalitativ studie i eit folkehelsevitskapeleg
perspektiv
Hildegunn Sagvaag. DrPH-avhandling
- 2007:4 Public Health Aspects of Pharmaceutical Prescription Patterns – Exemplified by
Treatments for Prevention of Cardiovascular Disease
Louise Silwer. DrPH-avhandling
- 2007:5 Å fremme den eldre sykehuspasientens helse I lys av et folkehelse og holistisk-
eksistensielt sykepleieperspektiv
Geir V Berg. DrPH-avhandling

2008

- 2008:1 Diabetes in children and adolescents from non-western immigrant families –
health education, support and collaboration
Lene Povlsen. DrPH-avhandling

Förteckning över NHV-rapporter

- 2008:2 Love that turns into terror: Intimate partner violence in Åland – nurses' encounters with battered women in the context of a government-initiated policy programme
Anette Häggblom. DrPH-avhandling
- 2008:3 Oral hälsa hos personer med kognitiva och/eller fysiska funktionsnedsättningar – ett dolt folkhälsoproblem? Ulrika Hallberg, Gunilla Klingberg
- 2008:4 School health nursing – Perceiving, recording and improving schoolchildren's health
Eva K Clausson. DrPH-avhandling
- 2008:5 Helbredsrelateret livskvalitet efter apopleksi. Validering og anvendelse af SSQOL-DK, et diagnosespecifikt instrument til måling af helbredsrelateret livskvalitet blandt danske apopleksipatienter
Ingrid Muus. DrPH-avhandling
- 2008:6 Social integration for people with mental health problems: experiences, perspectives and practical changes
Arild Granerud. DrPH-avhandling
- 2008:7 Between death as escape and the dream of life. Psychosocial dimensions of health in young men living with substance abuse and suicidal behaviour
Stian Biong. DrPH-avhandling
- 2009**
- 2009:1 Ut ur ensamheten. Hälsa och liv för kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp i barndomen och som deltagit i självhjälpsgrupp
Gullbritt Rahm. DrPH-avhandling
- 2009:2 Development of Interorganisational Integration – A Vocational Rehabilitation Project
Ulla Wihlman. DrPH-avhandling
- 2009:3 Hälsa- och sjukvårdens roll som informationskälla för hälsoläget i befolkningen och uppföljning av dess folkhälsoinriktade insatser
Sirikka Elo. DrPH-avhandling
- 2009:4 Folkesundhed i børnehøjde - indikatorer for børns sundhed og velbefindende i Grønland
Birgit Niclasen. DrPH-avhandling
- 2009:5 Folkhälsoforskning i fem nordiska länder - kartläggning och analys
Stefan Thorpenberg
- 2009:6 Ledarskap och medarbetarskap vid strukturella förändringar i hälso- och sjukvården. Nyckelaktörers och medarbetares upplevelser
Agnetta Kullén Engström. DrPH-avhandling
- 2009:7 Perspective of risk in childbirth, women's expressed wishes for mode of delivery and how they actually give birth
Tone Kringeland. DrPH-avhandling

Förteckning över NHV-rapporter

- 2009:8 Living with Juvenile Idiopathic Arthritis from childhood to adult life
An 18 year follow-up study from the perspective of young adults
Ingrid Landgraaf Østlie. DrPH-avhandling
- 2009:9 Åldrande, hälsa, minoritet - äldre finlandssvenskar i Finland och Sverige
Gunilla Kulla. DrPH-avhandling