



Migration, arbetsmiljö och hälsa

Kunskapsöversikt

Rapport 2012:4

Kunskapsöversikt

Migration, arbetsmiljö och hälsa

Bo Johansson

Eva Vingård

Arbets- och miljömedicin,

Uppsala Universitet och Uppsala Akademiska Sjukhus

Rapport 2012:4

ISSN 1650-3171

Förord

Arbetsmiljöverket har fått i uppdrag av regeringen att informera och sprida kunskap om områden av betydelse för arbetsmiljön. Under kommande år publiceras därför ett flertal kunskapsöversikter där välrenommerade forskare sammanfattat kunskapsläget inom ett antal teman. Manuskripten har granskats av externa bedömare och behandlats vid respektive lärosäte.

Rapporterna finns kostnadsfritt tillgängliga på Arbetsmiljöverkets webbplats. Där finns även material från seminarieserien som Arbetsmiljöverket arrangerar i samband med rapporternas publicering.

Projektledare för kunskapsöversikterna vid Arbetsmiljöverket har varit Ulrika Thomsson Myrvang. Vi vill även tacka övriga kollegor vid Arbetsmiljöverket som varit behjälpliga i arbetet med rapporterna.

De åsikter som uttrycks i denna rapport är författarnas egna och speglar inte nödvändigtvis Arbetsmiljöverkets uppfattning.

Magnus Falk, fil.dr.

Jan Ottosson, professor

Innehåll

Sammanfattning	4
Inledning	6
Uppdraget.....	6
Definitioner och tillvägagångssätt.....	7
Migration och arbete – en global utblick	9
Internationella konventioner	11
Invandras säkerhet och hälsa på arbetsplatsen.....	15
Sverige	18
Migration och hälsa	18
Migration och arbete.....	22
Migration och arbetsmiljö	24
Arbetsolyckor, dödsfall och arbetssjukdom	30
Diskriminering.....	31
EU	33
Historik och nuläge.....	33
Direktiv och lagstiftning	34
Migration och hälsa	36
Migration och arbete.....	36
Odokumenterade invandrare.....	37
Arbetshälsa och arbetsmiljö	38
Översiktsstudier.....	39
Enskilda studier – några exempel	47
De nordiska länderna	49
Danmark	49
Migration och hälsa	49
Migration och arbete.....	50
Arbetsvillkor och arbetsmiljö.....	50
Arbetsolyckor och arbetssjukdomar	54
Norge	56
Arbetsvillkor och arbetsmiljö.....	56
Fysisk och kemisk arbetsmiljö.....	58
Mekanisk arbetsmiljö	59
Psykosocial arbetsmiljö	60
Arbetsolyckor.....	60
Finland	63
Nordamerikanska studier – några exempel	65
Sammanfattande diskussion	69
Referenser	73

Sammanfattning

I uppdraget att producera föreliggande kunskapsöversikt var följande fyra frågor formulerade:

- Har invandrare i arbetskraften sämre hälsostatus än infödda och hur förändras deras hälsostatus över tid?
- Vilken typ av ohälsa är belyst?
- Orsakas invandrades ohälsa främst av individens erfarenheter och kvalifikationer före migrationen eller av yrke, arbetsmiljöfaktorer och socioekonomiska villkor i det nya hemlandet?
- Vilka kunskapsluckor finns?

Det vetenskapliga underlaget för att besvara dessa frågor om migration och arbetsrelaterat hälsotillstånd är mycket magert. Enstaka studier från olika länder ger en mycket osäker bas att dra några slutsatser ifrån. Relevanta data saknas i de flesta länder och både kvantitativa och kvalitativa undersökningar är svåra att jämföra och generalisera från på grund av olika metoder, urval och definitioner. Ytterst få länder registrerar medborgarskap, etnicitet eller geografiskt ursprung i samband med arbetsmarknads- och/eller hälsodata. Dessutom har de länder som de anförda undersökningarna härstammar från olika välfärdsnivåer, arbetsmarknadsmodeller och socialförsäkringssystem. Svenska data är jämförelsevis bra, då de relevanta registren i högre utsträckning än andra länders register sammankopplar födelseland och/eller nationalitet till de undersökta områdena, men de innehåller likväl brister som kan försvåra att följa individer över tid. I brist på vetenskapliga studier har vi i denna översikt även tagit med rapporter och annan så kallad "grå litteratur". Även internationella konventioner som reglerar arbetsmigranternas rättigheter finns rapporterade.

Flera komplikationer finns inom forskningsfältet. En första komplikation är att begreppet "invandrare" är och hanteras mångtydigt i såväl den internationella som den svenska litteraturen. Det kan referera till personer födda utomlands eller differentiera desamma utifrån deras olika juridiska status (flykting, odokumenterad, m.m.) avseende deras vistelse i landet och kan även inkludera barn till dessa personer som är födda i det nya landet. Det avser ibland medborgarskap och exkluderar då de invandrade personer som erhållit medborgarskap i landet. Utöver detta är det med självklarhet så att oavsett hur begreppet definieras i en enskild studie eller rapport betecknar det en mycket heterogen grupp. Invandrades skiftande sociala, kulturella, utbildnings- och yrkesmässiga bakgrunder beaktas sällan och inte heller arten och längden av deras uppehåll i landet, vilket har haft inverkan på deras erfarenheter och exponering för såväl risker som hälsofrämjande åtgärder. Det sistnämnda är av stor vikt vid studier av arbetsmiljörelaterad riskexponering, då långa latenstider kan förväntas.

I många studier jämförs oftast en stor grupp sammanslagna minoriteter med majoritetsbefolkningen.

Den genomförda litteraturgenomgången ger dock skäl att anta att invandrades arbetsrelaterade hälsostatus skiljer sig från den infödda majoritetens i de flesta länder, så även i Sverige. Det råder emellertid ingen enstämmig uppfattning om vad som orsakar dessa hälsoskillnader. Diskussionen kan grovt delas in i två kategorier. Den ena lyfter fram faktorer relaterade till den invandrade arbetstagarens erfarenheter och

kvalifikationer och betonar medbringad hälsostatus och/eller de sociala och språkliga konsekvenserna av kulturellt avstånd mellan ursprungslandet och den nya livsmiljön. Den andra kategorin argumenterar betonar arbetsmarknadsfaktorer och socioekonomiska villkor i mottagarlandet som främsta förklaringsgrund till utlandsföddas sämre hälsa.

Flera svenska och internationella studier påvisar att arbetsmarknaden är såväl etniskt som könsmässigt segregerad och segmenterad. Detta framförs som de mest betydande orsakerna till de ojämlika riskerna mellan infödda och minoriteter. En samlad bedömning visar att invandrare;

- är överrepresenterade inom högrisksektorer och högriskyrken oavsett utbildning och andra kvalifikationer
- inom likvärdiga yrken utför de farligaste uppgifterna
- med identiska uppgifter som infödda även kan påverkas av ekonomiska, sociala och kulturella faktorer som gör dem mer exponerade för arbetsrelaterade risker
- oftare har otrygga anställningar och bristande kunskap om rådande arbetslagstiftning
- har låg facklig organisationsgrad.

Arbetsrelaterade olyckor och sjukdomar uppstår även utanför den officiella arbetsmarknaden, där det per definition är mycket svårt att få och implementera den kunskap som behövs för att kunna bedriva ett förebyggande arbetsmiljöarbete. Mycket talar för att den odokumenterade arbetskraften, som har en rättslös ställning på arbetsmarknaden och en begränsad tillgång till sjukvård, har de sämsta arbetsvillkoren och därmed också löper de största arbetsrelaterade hälsoriskerna.

Temporär och cirkulär migration för okvalificerat säsongarbete utan särskilda utbildningskrav, framför allt inom de gröna näringarna, ökar såväl i Europa som i Sverige. Europeiska kommissionen konstaterar att många av medlemsstaternas ekonomier står inför ett strukturellt behov av säsongarbete beroende på att arbetskraften inifrån EU förväntas bli mindre och mindre tillgänglig. Om den föreslagna stimulansen till denna typ av migration förverkligas kan det innebära en allvarlig utmaning för de rådande arbetsmarknadsmodellerna, inte minst i de nordiska länderna (och i synnerhet Sverige) som i högre grad än de flesta av de kontinentala präglas av vältäckande trygghetssystem, social dialog och hög facklig organisationsgrad.

Sammantaget kan konstateras att kunskapen inom skärningsfältet migration-hälsa-arbete är mycket begränsad. Den övergripande slutsatsen är att invandrare i Sverige har en sämre arbetsrelaterad hälsa än den infödda befolkningen, och de flesta studier hänför detta till deras generella arbetsvillkor och socioekonomiska livsvillkor. Mest utsatta tycks den nordiska invandrargruppen och därefter grupper med ursprung utanför OECD-länderna vara.

I ljuset av att var sjunde person på den svenska arbetsmarknaden är utlandsfödd är kunskapsluckorna inom fältet anmärkningsvärt stora. Vår rekommendation är därför att detta forskningsbehov formuleras och att ansvaret att initiera dessa ansträngningar delegeras till ansvarigt forskningsråd.

Inledning

Migration har alltid varit relaterad till arbetslivet, eftersom människor måste finna en försörjning var de än lever. Det senaste halvseklets migration skiljer sig emellertid från tidigare mönster i det, att den är mer omfattande och varierad samt att den sker på en globaliserad arbetsmarknad. De flesta infödda på den svenska arbetsmarknaden har idag arbetskamrater som är födda i ett annat land. Detta påverkar såväl de samhällen där migranter finner ett nytt hem som de samhällen de lämnar, såväl på makro- som mikronivå, det påverkar människor i deras omgivning och inte minst dem själva. Att leva som invandrare innebär delvis att leva under andra förutsättningar än majoritetsbefolkningen och detta ger sig mer eller mindre till känna inom olika livssfärer, bland annat inom arbetslivet. Den mest djupgående kunskapen om detta besitter givetvis de invandrade själva, men mycket av den kunskapen är dold för dem som har makt och möjlighet att tillvarata deras kompetens och erfarenhet samt påverka förhållanden till det bättre. Den samlade vetenskapliga kunskapen om invandrares livsvillkor är god inom vissa områden och mindre god inom andra. Till de senare hör hälso- och arbetsmiljöfrågor. Vilken inverkan har invandrarskap på dessa sammanlänkade frågor? Dessutom är det med nödvändighet så att migranten inte bara är invandrare. Han eller hon är framför allt ung eller gammal, far eller mor, son eller dotter, ingenjör, stenhuggare eller textilarbetare, konstnärligt begåvad, analfabet eller högutbildad, flerspråkig, frisk eller sjuk... Låt oss därtill minnas Kristina från Duvemåla, då hon bortom Atlanten drömmer om de småländska astrakanäpplena. Det är inte invandraren Kristinas vemod som Vilhelm Moberg skildrar, det är utvandrarens. Vad innebär utvandrarskapet för livet, arbetet och hälsan i det nya landet? Det nya hemmet är mötesplatsen för invandrarskapets möjligheter och svårigheter och utvandrarskapets förluster och eventuella vinster. Hur gestaltas detta möte i termer av arbete och hälsa?

Uppdraget

Denna kunskaps sammanställning har genomförts på uppdrag av Arbetsmiljöverket. Uppdraget består i att sammanställa och presentera en översikt över forskningen och kunskapsläget om migration, arbetsmiljö och hälsa, med särskild belysning av europeiska, skandinaviska och i synnerhet svenska förhållanden avseende följande frågor:

- Har invandrare i arbetskraften sämre hälsostatus än infödda och hur förändras deras hälsostatus över tid?
- Vilken typ av ohälsa är belyst?
- Orsakas invandrares ohälsa främst av individens erfarenheter och kvalifikationer före migrationen eller av yrke, arbetsmiljöfaktorer och socioekonomiska villkor i det nya hemlandet?
- Vilka kunskapsluckor finns?

Definitioner och tillvägagångssätt

Det är synnerligen viktigt att i vetenskapliga sammanhang tydligt påtala den heterogena sammansättningen av invandrarpopulationen i ett land, en region eller annat avgränsat område. Detta gäller givetvis även för migrerande arbetstagare. De är starkt differentierade när det gäller rättslig status, kvalifikationer och kunskaper, förmågor, språk, integration på arbetsmarknaden, personlighet och andra förutsättningar. En följd av detta är att generaliseringar utifrån det endimensionella begreppet "invandrare" blir ytterst oprecisa, kanske missvisande och, än värre, kan ge vetenskaplig legitimitet åt ett populistiskt språkbruk.

En svårighet med att studera invandrare och deras villkor är därför att definiera objektet. Minst fem olika definitioner av "invandrare" kan identifieras i litteraturen: ekonomiska migranter, flyktingar (asyl- eller konventionsflyktingar), studenter, odokumenterade invandrare (ofta benämnda papperslösa eller illegala) och fördrivna personer (Mladovsky, 2007). Därtill förekommer begrepp som naturaliserade invandrare (personer som erhållit medborgarskap i invandrarlandet), anknytningsinvandrare, "kärleksinvandrare" (personer som gift sig med en infödd), utlandsfödda, personer med annat etniskt ursprung och andra generationens invandrare.

Denna mångfald av definitioner avspeglar sig även i det statistiska underlaget i den mån invandrarstatus alls registreras. Olika definitioner försvårar demografiska jämförelser mellan länder och även inom länder över tid, då definitionerna förändras. En del av definitionerna är delvis överlappande, medan andra exkluderar en eller flera kategorier. Det är dessutom ovanligt att etniskt eller geografiskt ursprung registreras tillsammans med hälsodata. Några få undantag från regeln utgörs av USA, Canada, Australien, Storbritannien, Nederländerna och Sverige (Mladovsky, 2007).

Det har därför inte varit möjligt att filtrera fram en definition som täcker hela det refererade materialet. Istället står var källa för sin definition och får bedömas utifrån det.

Vi har valt att vidga begreppet "arbetsmiljö" till att omfatta arbetsvillkor i mer generell mening. Skälen för detta är att materialet annars skulle blivit alltför knapphändigt för att kunna presenteras som en solid kunskapsbas, samt att gränsen mellan arbetsmiljöfrågor och arbetsvillkor är vag.

Rapporten bygger på en systematisk litteratursökning i databaserna PubMed, Social Science Citation Index, Social Science Research Network och Google Scholar. Sökord har varit synonyma och närbesläktade begrepp till migration, invandrare och etnisk identitet, en rad begrepp för hälsa, ohälsa, olycksfall, sjukskrivning och förtidspension och likaså för arbete, arbetsvillkor, arbetsmiljö, anställning och arbetslöshet. Sökning har skett på engelska och svenska. Resultatet speglar den litteratur vi funnit inom området och baserar sig på vetenskapliga översiktsartiklar, teoretiska artiklar, empiriska studier och rapporter från främst 1990 och framåt. Då det vetenskapliga underlaget är mycket begränsat refereras även ett stort antal källor ur den så kallade "grå litteraturen", dvs. rapporter och annat material från myndigheter och organisationer verksamma inom det studerade fältet, allt ifrån FN, EU:s institutioner, arbetsmarknadens parter och nationella myndigheter. Dessa källor har hittats genom sökning på organisationers hemsidor och uppföljning av referenser från andra studier och rapporter. Målet har varit att fånga in så mycket av den befintliga kunskapen som möjligt.

Att fältet för denna kunskapsöversikt sträcker sig över såväl samhällsvetenskapliga som medicinska discipliner är en trolig förklaring till det disparata och sammantaget magra resultatet. Detta kan exemplifieras med att utfallet vid en

sökning på några av de för detta arbete mest centrala begreppen i den medicinska databasen PubMed och den samhälls-vetenskapliga Social Science Citation Index gav följande antal träffar:

Tabell 1. Sökningar i databaserna PubMed och Social Science Citation Index, antal träffar.

Sökord: immigration, migration, immigrant(s) migrant(s) +	PubMed,	SS Cit.index
health	19 166	1 528
health Sweden	468	45
occupational health	866	50
occupational health Sweden	24	3
health work(ing) environment	307	7
health work(ing) environment Sweden	10	1
health work(ing) condition(s)	19	1
health work(ing) condition(s) Sweden	11	0

Odokumenterad invandring är i allmänhet inte beaktad i statistiska redovisningar. Sådan invandring är långt ifrån försumbar, även om den varierar stort mellan olika länder. Därför bör det noteras att det är en begränsning för de flesta av de studier som bygger på statistiska uppgifter att de enbart baseras på dokumenterad invandring.

Det finns också anledning att uppmärksamma ett annat metodproblem vid övergripande beskrivningar av den utlandsfödda befolkningens anknytning till den svenska arbetsmarknaden. Den registerbaserade arbetsmarknadsstatistiken (RAMS), som ofta används i forskningssammanhang, är problematisk på grund av att sysselsättningen bland utrikes födda är underskattad. Många som har återvandrat finns fortfarande med i registren som bosatta i Sverige och som icke sysselsatta. I själva verket är det alltså en större andel av de utrikes födda i förvärvsarbetande ålder som faktiskt arbetar än vad statistiken visar. Detta blir extra tydligt på regional nivå, där till exempel universitetsstäder har många tillfälliga utländska studenter som fortsatt registreras som icke sysselsatta efter att de återvänt till sitt hemland. Ett annat exempel på statistikens bristande tillförlitlighet uppvisar Malmöregionen, där många invandrare arbetar i Köpenhamn, vilket i den svenska statistiken resulterar i icke-sysselsättning (Migrationsinfo).

Det svenska registermaterialet är jämförelsevis mycket bra, då de i högre utsträckning än andra nationella register kopplar födelseland och/eller nationalitet till hälso- och arbetsmarknadsdata, men de innehåller likväl brister som kan försvåra att följa individer över tid (Klinthäll, 2008).

Rapporten inleds med en övergripande beskrivning av migration och arbete samt de internationella konventioner som reglerar arbetsmigranternas rättigheter. Därefter sammanfattas kapitelvis kunskapsläget beträffande migration och hälsa samt migration och arbetsvillkor/arbetsmiljö för i tur och ordning Sverige, Europa (framför allt EU), övriga Norden och Nordamerika. Varje kapitel beskriver inledningsvis kortfattat migrationssituationen och därefter kunskapen om migranternas hälsa, arbetsvillkor och arbetsmiljöförhållanden. Under varje rubrik presenteras, där så är möjligt, först översiktsstudier, följt av ett urval av enskilda forskningsprojekt och sist kunskap från "grå" litteratur.

Migration och arbete – en global utblick

"Migrant workers are an asset to every country where they bring their labour. Let us give them the dignity they deserve as human beings, and the respect they deserve as workers."

Juan Somavia, Director General of ILO

Antalet människor bosatta utanför sitt födelseland har nästan tredubblats sedan 1960 från 76 miljoner till drygt 215 miljoner 2010. Migrationsökningen innebär att allt fler människors liv radikalt förändras och så även de länder de lämnar och deras nya hemländer. Denna utveckling har fört upp migrationsfrågor högt på den politiska agendan och orsakat en livlig offentlig debatt där migrationens ekonomiska och sociala konsekvenser står i fokus, medan dess folkhälsomässiga effekter, inklusive de arbetsrelaterade hälsoaspekterna, mycket sällan diskuteras. Samma prioriteringsordning präglar även migrationsforskningen, där de samhällsvetenskapliga disciplinerna sällan anknyter till de medicinska. Folkhälsovetenskapen har i ökande omfattning börjat uppmärksamma migranternas specifika förhållanden, men anknyter sällan till deras arbetslivsvillkor och arbetsförhållanden.

De senaste sekulernas globala migrationsmönster präglades först av en våg från gamla till nya världen under senare hälften av 1800-talet till en bit in på 1900-talet. Därefter dominerade syd-syd-migration, inte minst från Asien till Afrika, tills den från mitten av 1900-talet avlöstes av en dominerande migration från syd till nord, från utvecklingsländer till industriellt utvecklade ekonomier i framför allt Europa och Nordamerika.

Castles och Miller (Castles and Miller, 2003) beskriver karaktären av dagens migration då de pekar på att den präglas av globalisering, acceleration, differentiering, feminisering och politisering. Enligt dem har *globaliseringen* av politik, ekonomi, kommunikation, transport och kultur en avgörande inverkan på migrationsmönstren. Fastän dominerande vägar för migration kan skönjas, har den blivit ett globalt fenomen. Även länder som historiskt sett har varit nästan helt stängda, t.ex. Tibet, Libyen, Japan och Albanien, bidrar nu till det globala migrationsmönstret. De tidigare dominerande invandringsländerna - USA, Kanada, Australien, Nya Zeeland, Argentina - har fått sällskap av andra, t.ex. Ryssland som nu är världens näst största invandrarland, följt av Tyskland och Saudi-Arabien. De dominerande utvandrarsländerna var 2010 Mexico och Indien. Globaliseringen av kapital och arbete har också lett till att ett antal länder numerärt domineras av invandrare. Qatars befolkning består idag till 14 procent av infödda och Monaco bebos till 30 procent av monegasker. Man kan på goda grunder anta att status och villkor för de 86 respektive 70 procenten invandrare skiljer sig radikalt mellan dessa båda länder, vilket ger en fingervisning om den heterogena dimensionen av begreppet invandrare och av deras livsbetingelser.

Det ökade informationsflödet och de förbättrade kommunikationerna har också inneburit en *accelererande* hastighet av migrationen. Det visade sig till exempel då EU 2010 avskaffade visumkravet från Serbien, Makedonien och Montenegro vilket mycket snabbt resulterade i en migrationsvåg till bland annat Sverige från dessa länder.

Tidigare var migrationsströmmarna mer likartade, men idag står nästan alla länder inför *differentierade* typer av migration, då folk både invandrar och utvandrar

på olika villkor och av olika skäl. De kan ha legal status som flyktingar, migrerade arbetstagare, permanenta bosättare, tillfälliga studenter eller vara temporärt inom landet på väg till en annan destination, men de kan också lämna och leva i länder utan tillstånd. Många länder präglas även av betydande invandring och utvandring. Ryssland är ett illustrativt exempel, då det 2010 var världens näst största immigrationsland, samtidigt som det var det tredje största emigrationslandet. Detta mönster återfinns också i Sverige. 2009 invandrade drygt 100 000 individer, medan nästan 40 000 utvandrade. Även den cirkulära migrationen är ett ökande fenomen, dvs. att människor förflyttar sig mellan flera länder, inklusive sitt ursprungliga hemland, för kortare eller längre perioder. Detta har även uppmärksammats av den svenska regeringen som 2011 presenterade ett kommittébetänkande om cirkulär migration och utveckling som föreslår stimulans av denna typ av migration (Statens Offentliga Utredningar, 2011).

Den tidigare bilden av den typiske migranten som en man i produktiv ålder stämmer inte längre. Nästan hälften av alla migranter är *kvinnor* och allt fler av dem är inte medföljande familjemedlemmar, utan arbetsmigrerar ensamma för att söka försörjning för sig själva och den familj och släkt som är kvar i hemlandet.

Detta sammantaget innebär att migration är en integrerad och väsentlig del av den globala ekonomin och därigenom en högst *politiserad* företeelse. Migration och dess konsekvenser återfinns idag på agendan på alla nivåer, alltifrån FN, Världsbanken, Internationella valutafonden, EU och G20¹ till nationella parlament, lokala kommunalnämnder och förvaltningar. Den politiska hanteringen måste vara lika mångfacetterad som migrationen för att effektivt och rättssäkert behandla såväl migrations- som integrationsfrågor inom ramen för internationella konventioner, nationell lagstiftning och de generella välfärdssystemen. Denna hantering måste också beakta de inre spänningar som kan uppstå i förhållandet mellan minoriteter och majoritet på alla nivåer.

Långt ifrån alla invandrare är arbetskraftsinvandrare, men flertalet av dem arbetar. Det är inte möjligt att precisera det totala antalet migranter på den globala arbetsmarknaden. Statistiken är ofullständig eller obefintlig i många länder, och även då statistik finns kan den inte användas för internationella sammanslagningar eller jämförelser eftersom den bygger på olika definitioner av begreppet invandrare. Dessutom är uppgifter om odokumenterad migration i bästa fall osäkra gissningar. Lika ogörligt är det att ange hur stor del av världens befolkning som arbetar, eftersom oerhört många odokumenterade jobb finns inom den informella ekonomin. Med reservation för dessa svårigheter, uppskattar ILO att den globala arbetsstyrkan uppgår till tre miljarder människor och att ungefär 100 miljoner, dvs. tre procent, är bosatta och arbetar, legalt eller illegalt, i ett annat land än det egna. Av dessa uppskattas drygt 30 miljoner befinna sig i Europa (International Labour Organisation, 2004). Enligt FNs beräkningar är 120 miljoner av de då cirka 214 miljonerna migranterna världen över migrerande arbetstagare och deras familjer (United Nations, 2008). Sammantaget utgör de således en betydande global population, motsvarande Japans befolkning, och de spelar en väsentlig roll i den globala ekonomin, inte minst i västvärlden. För många av världens fattigaste länder utgör arbetsmigrationen en av deras viktigaste enskilda exportinkomster, då migranter sände 325 miljarder USD till sina närstående i utvecklingsländer 2010. Detta motsvarar nästan tre gånger det samlade internationella biståndet. Baksidan av detta mynt är en betydande "brain drain" från världens fattiga länder.

¹ Group of Twenty bestående av representanter för 19 stora ekonomier plus EU.

FNs "Global Commission on International Migration" räknar med att de senaste decenniernas ökning av den internationella arbetskraftens rörlighet kommer att fortsätta, inte minst på grund av de utvecklade ländernas demografiska profil. 2005 uppvisade de 1,4 inkommande på arbetsmarknaden för varje pensionerad person. 2015 kommer relationen att vara 0,9 till 1. Dessutom ökar medellivslängden i dessa länder kontinuerligt. Det blir därför för varje år allt färre som ska försörja en växande åldrande befolkning. Situationen i utvecklingsländerna är radikalt motsatt. Deras unga befolkning medför att för varje individ som lämnar arbetsmarknaden väntar 3,4 ungdomar på att ta den platsen (GCIM, 2005). Likaledes konstaterar EU:s statistikbyrå att Europas (EU27) befolkning i åldrarna 16-64 år kommer att krympa med 48 miljoner mellan 2006 och 2050, under förutsättning att dagens nettoinvandring på cirka 2 miljoner/år består, och att denna befolkningsutveckling kommer att följas av genomgripande samhällsförändringar i välfärdssystemet beträffande social trygghet, bostäder och arbete i alla de länder som berörs av en åldrande befolkning (Eurostat, 2008). Dessa siffror bygger på att antalet arbetstillfällen förblir oförändrat och måste därför betraktas med stora reservationer, men de pekar ändå på en utveckling som inte går att bortse från. Ett medel att möta denna utveckling är olika stimulanser att förlänga det yrkesverksamma livet. Hur väl det än lyckas måste dessa länder också uppmuntra och underlätta arbetskraftsinvandring, då gapet mellan arbetskraftsbehov och befintlig befolkning inte kan täckas på annat sätt.

Eftersom legala invandringprocesser och migrerande arbetstagares status är reglerad av såväl internationella konventioner som nationell lagstiftning, är det frestande att anta att det inte bör finnas några specifika problem beträffande deras allmänna arbetsvillkor och arbetsmiljöförhållanden, men så är inte fallet. I det globala perspektivet är en starkt bidragande orsak till detta, att även om dessa personer har en rättsligt tryggad status, hamnar de mycket ofta inom den informella ekonomin, vilken per definition är oreglerad (Johansson, 2009). En annan orsak är att lagar och regler inte efterlevs och upprätthålls av arbetsgivare och myndigheter på bekostnad av både den infödda befolkningen och de invandrade arbetstagarna. Få länder, inte heller Sverige, kan svära sig fria från diskriminering på etnisk grund i arbetslivet. En sådan diskriminering är direkt relaterad till legal, dokumenterad invandring, eftersom en person måste befinna sig legalt i landet för att bli diskriminerad i juridisk mening. En allmänt accepterad definition av diskriminering är "olika behandling i liknande fall". ILO-konventionen om diskriminering (International Labour Organization, 1958), ratificerad av 169 länder, däribland Sverige 1962, sätter en minimistandard. Nationella lagar om diskriminering skiljer sig dock mycket mellan länder och existerar inte alls i en del. Diskriminering mot invandrare på arbetsmarknaden kan ske på många sätt, till exempel genom otillåtet förnekande av anställning, otillbörligt låga löner, längre arbetstid, barnarbete, trakasserier, förnekande av rättigheter, t.ex. medlemskap i fackförening och bristande tillgång till grundläggande hälsovård. Diskriminering på arbetsmarknaden samverkar ofta med diskriminering på bostadsmarknaden och begränsad tillgång till offentlig service, däribland brister i lika tillgång till hälso- och sjukvård. Samspelet mellan dessa faktorer resulterar i dåliga allmänna levnadsvillkor som sannolikt kommer att påverka den utsattes fysiska, psykiska och sociala välbefinnande.

Internationella konventioner

Det råder internationell enighet om att en uppsättning grundläggande normer anger en minsta nivå av rättigheter för arbetskraft i den globala ekonomin, men dessa

allmänna normer omfattar oftast inte uttryckligen villkoren för migrerande arbetstagare. Varje nation har suveräna rättigheter att forma sin politik gentemot invandrare, men det saknas ett internationellt regelverk som styr gränsöverskridande rörlighet för personer. Regler för rörlighet av varor, tjänster och kapital är väl utvecklade, men de motsvaras ännu inte av motsvarande regler för människors rörlighet. Det finns dock ett flertal internationella avtal och konventioner som ett antal stater har ratificerat och därmed tagit på sig ett moraliskt ansvar att uppfylla. De viktigaste deklARATIONERNA om migranternas rättigheter, inklusive sysselsättnings- och hälsofrågor, finns inom FNs ram. Dessa kompletteras inom EU av lagar och direktiv (se sid. 36ff.). FN:s stadgar och deklARATIONER bygger alla på de grundsatser som uttrycks i stadgan för Förenta Nationerna från 1945. Respekt för allmänna mänskliga rättigheter är en av de mest grundläggande faktorerna för invandrades välbefinnande och är väsentlig för en gynnsam social och ekonomisk utveckling för individer och samhällen. Detta inbegriper också att alla invandrare får tillgång till grundläggande social- och hälsovårdstjänster.

Även arbetslivet omfattas av de mänskliga rättigheterna. De preciseras i artikel 7 i den internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (Office of the United Nations High Commissioner on Human Rights, 1966) enligt följande:

Konventionsstaterna erkänner rätten för var och en att åtnjuta rättvisa och gynnsamma arbetsvillkor, som i synnerhet ska tillgodose ersättning vilken som ett minimum ska ge alla arbetstagare skälig lön och lika ersättning för arbete av lika värde utan åtskillnad av något slag. I synnerhet ska kvinnor tillförsäkras arbetsvillkor som inte är sämre än männens och erhålla lika lön för lika arbete. De erkänner därtill rätten till en godtagbar tillvaro för dem själva och deras familjer enligt bestämmelserna i denna konvention samt trygga och sunda arbetsförhållanden och samma möjligheter för alla att bli befordrade i sitt arbete till en lämplig högre tjänst utan hänsyn till andra förhållanden än tjänstgöringstid och duglighet.

Rättigheterna avser också vila, fritid och skälig begränsning av arbetstiden, återkommande betald semester samt lön på allmänna helgdagar.

Samma konvention definierar också allas rätt till bästa möjliga hälsa med följande formuleringar:

Konventionsstaterna erkänner rätten för var och en att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa. De åtgärder som konventionsstaterna ska vidta för att till fullo tillgodose denna rätt ska innefatta sådana åtgärder som är nödvändiga för att:

- minska foster- och spädbarnsdödligheten och främja barnets sunda utveckling,
- förbättra alla aspekter av samhällets hälsovård och den företagshälsovården,
- förebygga, behandla och bekämpa alla epidemiska och endemiska sjukdomar, yrkessjukdomar och andra sjukdomar, samt
- skapa förutsättningar som tillförsäkrar alla läkarvård och sjukhusvård i händelse av sjukdom.

Dessa rättigheter omfattar alla och bygger på "erkännandet av det inneboende värdet hos alla dem som tillhör människosläktet och av deras lika och obestridliga rättigheter..." (Office of the United Nations High Commissioner on Human Rights, 1966).

Dessutom är FNs internationella konvention om skydd av rättigheterna för alla migrerande arbetare och medlemmar av deras familjer (United Nations, 1990), som

trädde i kraft juli 2003, en detaljerad redogörelse av uppfattningar om rättigheterna för migrerande arbetstagare, oavsett om de är dokumenterade eller odokumenterade. Konventionen uppmanar alla stater att beakta "... den utsatthet som migrerande arbetstagare och deras familjer ofta befinner sig i på grund av, bland annat, bortavaron från sitt hemland och de svårigheter de kan möta till följd av deras närvaro i den stat där de är sysselsatta".

Sverige deltog aktivt i arbetet med att utforma konventionen, men i likhet med många andra stater anser den svenska regeringen inte att konventionen kom att uppfylla de önskade kraven och har därför inte ratificerat den. Ett grundläggande problem anges vara att den inte gör någon distinktion mellan personer som vistas och arbetar i ett land med tillstånd och de som gör det utan tillstånd. Detta har fått till följd att de minimistandarder som anges i vissa delar ger sämre skydd åt migrerande arbetstagares rättigheter än andra konventioner om mänskliga rättigheter. Detta gäller t.ex. beträffande fackliga rättigheter. Sverige uppfyller i allt väsentligt de krav som konventionen ställer men anser inte att konventionen på något avgörande sätt förbättrar migrerande arbetstagares och deras familjemedlemmars rättigheter. Konventionen godkändes dock av FNs generalförsamling den 18 december 1990 och den dagen firas nu årligen som Internationella invandrardagen.

Enligt denna konvention omfattas migrerande arbetstagare och deras familjer av följande universella, odelbara, sammanhängande och oberoende mänskliga rättigheter:

- Den mänskliga rättigheten till arbete och lön som bidrar till en tillfredsställande levnadsstandard.
- Frihet från diskriminering på grund av ras, nationellt eller etniskt ursprung, kön, religion eller annan status, i alla aspekter av arbete, även vid anställning, arbetsvillkor, och befordran och tillgång till bostäder, hälsovård och grundläggande tjänster.
- Jämlikhet inför lagen och lika skydd av lagen, särskilt i fråga om mänskliga rättigheter och arbetsrätt, oavsett den migrerades juridiska status.
- Lika lön för lika arbete.
- Frihet från tvångsarbete.
- Skydd mot godtycklig utvisning från den stat där verksamheten bedrivs.
- Rätt att återvända hem efter eget önskemål.
- En levnadsstandard tillräcklig för hälsa och välbefinnande för den migrerande arbetstagaren och hans eller hennes familj.
- Trygga arbetsförhållanden och en ren och säker arbetsmiljö.
- Rimlig begränsning av arbetstid, vila och fritid.
- Föreningsfrihet och att ansluta sig till en fackförening.
- Frihet från sexuella trakasserier på arbetsplatsen.
- Skydd under graviditet från arbete som visat sig vara skadligt.
- Skydd för barn från ekonomiskt utnyttjande och från arbeten som kan vara farliga för hans eller hennes välbefinnande och utveckling.
- Utbildning för barn till migrerande arbetstagare.
- Återförening för invandrare och deras familjer.

Bland de 44 stater som har ratificerat konventionen hittar vi mestadels utvecklingsländer såsom Algeriet, Honduras, Lesotho, Libyen, Nicaragua, Peru, Syrien och Östtimor. Även om alla dessa stater har åtagit sig att leva upp till konventionen finns det mycket stora skillnader mellan hur de formulerar och realiserar arbetstagares och invandrades rättigheter. Konventionen definierar makar och hemmavarande barn som familjemedlemmar och syftar till att "bidra till harmoniseringen av de attityder stater genom godtagande av grundläggande principer om behandling av migrerande arbetstagare och deras familjemedlemmar uppvisar." Den stipulerar att invandrare har samma rättigheter som infödda, om inte annat anges genom avtal eller nationell lagstiftning. Konventionen omfattar alla typer av invandrare, dokumenterade liksom papperslösa, och anger uttryckligen migrerande arbetstagares rätt till lika behandling, tillträde till fackföreningar och att omfattas av de sociala trygghetssystem som de bidrar till.

Eftersom det är stater och inte företag eller arbetsgivare som har undertecknat denna konvention, finns det ett nationellt ansvar för att upprätta och stärka den institutionella infrastrukturen som krävs för att följa upp detta åtagande. För detta krävs en ändamålsenlig lagstiftning och en tillfredsställande övervakning för att upprätthålla lagen.

Ytterligare internationella avtal är det handlingsprogram som beslöts vid den internationella konferensen om befolkning och utveckling i Kairo 1994 och handlingsplanen från den fjärde världskonferensen om kvinnors rättigheter i Peking 1995. Båda bekräftade vikten av att främja och skydda de mänskliga rättigheterna för migrerande arbetstagare och deras familjer, särskilt kvinnor. FN:s världskonferens år 2001 utfärdade Durbandeklarationen och ett handlingsprogram som uppmanar stater att tillåta invandrare att förenas med sina familjer och ålägger regeringarna att göra aktiva insatser för att minska diskrimineringen av invandrare på arbetsmarknaden.

ILO har utfärdat 19 konventioner som direkt syftar till arbetsmiljöfrågor. Dessa konventioner avser alla anställda, oavsett om de är invandrare eller inte. Ett antal andra ILO-konventioner och bestämmelser hänvisar också uttryckligen eller underförstått till migranternas rättigheter. Två exempel på sådana allmänna konventioner är rätten till föreningsfrihet och skydd av rätten att organisera sig (konvention nr 87, som ratificerats av 150 länder, däribland Sverige 1949) och för organisationsrätten och den kollektiva förhandlingsrätten (nr 98, som ratificerats av 160 länder, däribland Sverige 1950).

Bland de konventioner som uttryckligen behandlar migrerande arbetstagare är den mest omfattande *"Konventionen rörande migration för arbete"* (nr. 97, ratificerad av 49 länder, dock inte Sverige), och *"Konventionen för migrerade arbetstagare, tilläggsbestämmelser"* (nr. 143, ratificerad av 23 länder, dock inte Sverige). Konvention 97 definierar en migrerad arbetstagare som "en person som flyttar från ett land till ett annat i syfte att vara anställd på annat sätt än för egen räkning" (med detta avses att personen kommer att ha en anställning, dvs. inte vara egenföretagare författarnas anmärkning). En sådan person bör behandlas lika som andra arbetstagare i fråga om löner och andra arbetsvillkor. Konventionen rekommenderar också bilaterala avtal mellan stater om rekrytering, migrationspolitik och informationsutbyte. Konvention 143 rekommenderar politik för att minimera olaglig migration, bekämpa människohandel och människosmuggling, samt för att främja integreringen av bosatta invandrare.

Frågan om migranternas arbetshälsa och -säkerhet täcks av ILOs rekommendation 151, som i paragraferna 20-22 bland annat stipulerar att alla lämpliga åtgärder ska

vidtas för att förhindra speciella hälsorisker som migranter kan utsättas för. De ska erbjudas träning i säkerhet och yrkeshygien samt information om säkerhetsföreskrifter, förebyggande av olycksrisker, gällande kollektivavtal och förordningar om arbetarskydd. Denna träning och information ska ges på arbetstagarens modersmål, eller annat språk som han/hon förstår. Det åligger vidare arbetsgivaren att tillförsäkra sig om att arbetstagaren förstår instruktioner, varningstexter och symboler som är relaterade till säkerhet och hälsa på arbetsplatsen.

Invandrares säkerhet och hälsa på arbetsplatsen

Det makroekonomiska utfallet av migration, vilket kan såväl gynna som belasta både ursprungs- och mottagarländer, diskuteras mycket, men de dolda kostnader som bärs av migranterna själva uppmärksammas sällan. Några av kostnaderna är de hot mot liv och hälsa som orsakas av ogynnsamma villkor i arbetslivet som många migranter utsätts för.

En rapport från Världshälsoorganisationen slår fast att migranternas hälsa är en viktig och uppmärksammas fråga ur ett folkhälsoperspektiv, men att information om såväl deras hälsa som deras tillgång till hälsovård är mycket begränsad (World Health Organisation, 2007). Få länders hälsoinformationssystem sammanställer data på ett sätt som möjliggör analys av de hälsofrågor som är en följd av emigration och immigration. Trots folkhälsoperspektivets framflyttade positioner, samt det faktum att invandrade arbetstagares rätt till hälsa är väl etablerad i internationella konventioner, har den inte fått tillräcklig uppmärksamhet vare sig i praktiken eller inom forskningen. En ofta citerad översikt över den internationella forskningslitteraturen på temat invandrare-arbete-hälsa fann endast 48 artiklar publicerade mellan 1992 och 2005 (Ahonen et al., 2007). Av dessa beskrev 35 nordamerikanska förhållanden (USA 33, Canada 2). Endast tre belyste europeiska förhållanden, varav två var från Sverige. Författarna konstaterar att de allra flesta rapporterna belägger att invandrade arbetstagare är mycket utsatta för arbetsmiljörisker, skador och sjukdomar. En liknande, delvis överlappande, översikt som innefattar såväl äldre som nyare litteratur, främst från USA, samt rapporter från internationella och nationella organisationer och myndigheter kommer till samma slutsats (Schenker, 2010a).

Det råder en allmän uppfattning om att invandrare har en generellt sämre hälsostatus än den infödda befolkningen. Det finns flera rimliga förklaringar till detta. Många som väljer att flytta gör det på grund av dåliga levnadsförhållanden i hemlandet, vilket medfört att deras hälsa är skadad redan när de flyttar. En del länder använder detta argument som skäl för att neka invandrare grundläggande hälsovård. En ytterligare förklaring är att hälsan skadas av umbäranden de ådragit sig under flyttningen eller på grund av dåliga allmänna levnadsvillkoren i mottagarlandet. Det finns emellertid också studier som nyanserar och även talar emot denna uppfattning, till exempel en australiensk studie som visar att invandrares eventuella överrisk för arbetsrelaterade dödsfall avtar markant efter en tid i landet (Corvalan et al., 1994).

Två internationella konferenser om migranternas arbetshälsa som hölls under 2008, en i USA och en i Costa Rica, samt en metodologisk forskningsöversikt (Benach et al., 2010) ger följande budskap om kunskapsläget rörande migrerad arbetskraft (Schenker, 2010b):

- De löper överallt en ökad risk för arbetsrelaterade sjukdomar, skador och dödsfall.
- De flesta är fattiga.
- Deras tillgång till hälso- och sjukvård och sjukersättning är mycket bristfällig.

- De arbetar oftast inom högrisksektorer, men även *inom* dessa sektorer är sjukdomsfall och skador vanligare bland migrantarbetare än bland infödda.
- De och deras familjer är en sårbar grupp med ökad risk för stress, psykisk sjukdom och diskriminering, i synnerhet kvinnor, barn och nyanlända.
- Det finns alltför lite forskning.

Migrerande arbetstagare är sannolikt mer sårbara för sjukdomar på grund av deras allmänna levnads- och arbetsvillkor. Eftersom merparten av världens arbetskraftsinvandrare lever under knappa ekonomiska förhållanden, står inför språkbarriärer och saknar sociala nätverk har de mindre möjlighet att få information om allt från generella rättigheter till konkreta skyddsföreskrifter. I alltför många fall befinner de sig i en äventyrlig situation där de betraktas som en riklig och umbärlig arbetskraft. Då de blir sjuka eller svårt skadade, har de ofta bristande tillgång till adekvat medicinsk behandling, vilket leder till fler sammanhängande sjukdagar och längre rehabiliteringsperioder än infödda. Invandrade arbetstagares ofta svaga ställning på arbetsmarknaden förhindrar dem också från att kräva förbättringar, söka vård och rapportera olyckor (Ahonen and Benavides, 2006, Joshi et al., 2011). Eftersom de sällan är medvetna om sina rättigheter och dessutom kan frukta repressalier, är det också rimligt att anta att det finns ett större antal icke-rapporterade olyckor och sjukdomar bland migrerande arbetstagare än bland infödda.

ILO lyfter fram tre viktiga skäl till att arbetsmiljöfrågor är av särskilt intresse för migrerande arbetstagare (International Labour Organisation, 2004);

- den höga sysselsättningsgraden för migrerande arbetstagare i högrisksektorer,
- språkliga och kulturella hinder som kräver specifika kommunikations-, instruktions- och utbildningsmetoder för arbetsmiljöfrågor samt att
- invandrad arbetskraft ofta arbetar övertid och/eller har dålig hälsa och därmed blir mer benägna att drabbas av yrkessjukdomar och arbetsskador.

ILO uppskattar att mer än 2 miljoner människor årligen dör av arbetsrelaterade olyckor eller sjukdomar, vilket innebär att nästan 4 personer dör på eller av jobbet varje minut. Många studier visar på en högre förekomst av yrkessjukdomar, skador och dödsolyckor bland invandrare än bland infödda. Data från USA visar att trots att arbetsolyckor med dödlig utgång minskade med 25 procent mellan 1990 och 2005, hade de nästan fördubblats bland utlandsfödda spansktalande (Bureau of Labour Statistics, 2006). En delförklaring till detta är att invandrare är kraftigt överrepresenterade i de mest olycksdrabbade sektorerna. Andra studier från USA har också visat att spansktalande är mer drabbade än infödda amerikaner inom samma bransch (Dong and Platner, 2004) och att invandrarstatus är en riskfaktor i sig (Mulloy et al., 2007). Språk- och kultursvårigheter är säkerhetsrisker, och säkerhetsföreskrifter översätts inte alltid till andra språk. En studie om dödsolyckor bland mexikanska arbetare i USA bekräftar det ovanstående, men påvisar också att de flesta av olyckorna hade kunnat förhindras (Prichard, 2004).

De globalt mest riskfyllda arbetssektorerna är jordbruk, gruv- och byggnadsindustri. I många delar av världen, särskilt i utvecklingsländerna, sysselsätter dessa sektorer det största antalet migrerande arbetstagare, ofta med tillfällig eller säsongsmässig anställning, vilka är de minst skyddade av social-, hälso- och arbetsrättsliga bestämmelser. Hushållstjänster, petrokemisk industri och sjöfart är andra exempel på

arbeten med höga olycksrisker, dokumenterat dåliga arbetsvillkor och en överrepresentation av invandrare och/eller tillfälligt anställda.

Sverige

Svensk migrationshistoria kan ses ur åtminstone två olika kompletterande perspektiv. Dels kan det hävdas att landet har en lång erfarenhet av invandring (Svanberg and Tydén, 1992), åtminstone sedan 1300-talet då vi kan läsa i Magnus Erikssons stadslag från mitten av seklet att inte mer än hälften av huvudstadens ämbeten får besättas av tyskar. Denna invandring hade sin grund i dåtidens internationella handel, främst inom Hansaförbundet. Därefter har andra grupper med anknytning till handel, hantverk, jordbruk och industri sökt sig till Sverige. Vallonernas betydelse för det svenska bergsbruket är väl belagt och en tidig invandring av holländare, engelsmän och skottar byggde Göteborg, såväl fysiskt som ekonomiskt. En betydande invandring av så kallade svedjefinnar befolkade Dalarna och Värmland med löfte från Karl IX om sju års skattefrihet. De första turkiska muslimerna anlände till följd av Karl XII:s obetalda lån efter kostsamma äventyr på osmanskt territorium. En religionsfrihetsförklaring av Gustaf III tillät judar att bosätta sig i Stockholm, Göteborg, Norrköping och Marstrand, dock under förutsättning att de ägde tillräckliga medel. Till migrationshistorian hör naturligtvis även den omfattande utvandring till Nya Världen, främst USA, som pågick mellan 1850 och 1930, då nästan en och en halv miljon svenskar, 20 procent av befolkningen, lämnade landet. Att utifrån denna historiska erfarenhet hävda att Sverige sedan urminnes tider varit mångkulturellt är emellertid aningen överdrivet, då den invandrade befolkningen befann sig inom geografiskt avgränsade områden och socialt begränsade kretsar. Det andra perspektivet bejakar givetvis denna historieskrivning, men beskriver dagens demografiska profil som något historiskt nytt, då invandringen gör avtryck i hela samhällslivet såväl som i de flesta enskildas vardag. Från 1930-talet har Sverige omvandlats från ett jord- och skogsbruksbaserat, fattigt utvandrarland till ett välmående, högteknologiskt mångetniskt samhälle. En bidragande orsak var att vi kom att stå vid sidan av andra världskriget. Det gjorde Sverige till en tillflyktsort för flyktingar under kriget och innebar att vi hade en intakt produktionsapparat då ett sargat Europa skulle återuppbyggas, vilket ledde till en aktiv rekrytering av arbetsinvandrare. Ett av de samhällsområden där denna omvandling märktes tidigast var därför inom arbetslivet.

Denna utveckling är väldokumenterad, men i betydligt mindre omfattning har dessa gruppers hälsotillstånd och hälsoutveckling blivit föremål för forskning. Då sammanför de inbördes förhållandena mellan de tre begreppen invandring, sysselsättning och hälsa till ett forskningsfält kan vi konstatera att belysningen är ytterst fragmentarisk.

Migration och hälsa

De politiska intentionerna att begränsa utanförskap och främja förlängning av det yrkesverksamma livet kräver kunskap om vad som utgör barriärer och vad som bidrar till utslagning av hälsoskäl, såväl arbetsrelaterade som andra (Arbetsmiljöpolitiska kunskapsrådet, 2009). Relationen mellan migration och arbetsrelaterat hälsotillstånd är inte systematiskt undersökt. Merparten av de genomförda studierna är inte generaliserbara, då de är tvärsnittsstudier av ett urval ur en eller flera invandrargrupper vid en bestämd tidpunkt. Andra är longitudinella studier som belyser utvecklingen för ett begränsat urval av de invandrargrupper som finns i landet. Den hittills samlade kunskapen visar dock att invandrares arbetsrelaterade

hälsostatus skiljer sig från den svenskfödda majoritetens och att den också varierar mot bakgrund av kön, migrationsorsak, ursprungsland, tid i det nya landet, ålder vid migration, utbildnings- och yrkesbakgrund och andra variabler.

Integrationsverket publicerade 2006 en kunskapsöversikt kring integration och folkhälsa, där fokus ligger på dokumentation av tillgången till viktiga resurser för hälsa och välbefinnande i ett antal olika invandrargrupper (Lindencrona et al., 2006). Översikten ger den samlade bilden av att Sverige har lång väg kvar till en jämlik tillgång till dessa resurser för alla. Rapporten visar, i likhet med andra refererade studier, att det är vanligare att personer som fötts utanför Sverige lever i en socioekonomiskt utsatt situation än personer födda i Sverige. Där hävdas också att svensk forskning visar att nära en tredjedel av den totala sjukdomsördan i Sverige skulle kunna försvinna om alla fick samma socioekonomiska förhållanden som de grupper som har den bästa situationen i Sverige. Den begränsade kopplingen till och den osäkra ställningen på arbetsmarknaden för många utlandsfödda kan vara en viktig förklaring till hälsoskillnaderna.

En av rapportens slutsatser är att den konstaterade sämre hälsan hos en del invandrargrupper inte kan förklaras av biologiska eller andra individuella bakgrundsfaktorer. Orsakerna bör snarare sökas i de levnadsbetingelser de har i Sverige, inte minst den generellt låga socioekonomiska position de befinner sig i, oberoende av tidigare utbildnings- och yrkeskvalifikationer. Författaren stöder det argumentet med påpekandet att ett av de starkaste sambanden inom folkhälsoforskningen är det mellan låg social status och ökad sjuklighet och förtida död (Marmot et al., 2008, Tinghög et al., 2007).

Socialstyrelsen publicerade år 2000 en av de första större hälsoundersökningarna bland differentierade invandrargrupper (Socialstyrelsen, 2000). Den bygger på intervjuer genomförda 1996 med cirka 3 000 personer födda i Polen, Chile, Iran och Turkiet som kom till Sverige på 1980-talet och var 20 till 44 år vid ankomsten. De hälsoaspekter som undersöktes var långvarig sjukdom, allergi och astma, psykiskt välbefinnande/psykisk ohälsa, smärta och värk samt funktionsnedsättningar. Utöver detta studerades respondenternas levnadsvanor och deras samband med hälsoutfallet.

Alla fyra grupperna uppgav sig ha sämre hälsa än den svenska kontrollgruppen, men grad och typ av besvär skiljde sig markant mellan grupperna och mellan könen, då kvinnor genomgående rapporterade större ohälsa än män. Samtliga uppgav även högre förekomst av långvarig sjukdom och då i synnerhet arbetsrelaterade besvär såsom nedsatt arbets- och rörelseförmåga och muskuloskeletal problem. De undersökta grupperna uppvisade också i varierande grad sämre psykiska hälsa än de svenskfödda och kvinnor i större omfattning än män. Däremot skiljde sig inte sambandet mellan dålig hälsa och faktorerna ålder, civilstånd, utbildning, socioekonomisk status, upplevelse av trygghet, socialt stöd och känsla av sammanhang mellan de studerade invandrargrupperna och den svenska gruppen. Specifika faktorer som upplevelse av diskriminering och dåliga svenskkunskaper accentuerade däremot invandrargruppenas utsatthet. Författaren konstaterar att dessa bakgrundsfaktorer förklarar det mesta av skillnaderna i hälsoutfall mellan invandrare och svenskar, men tillägger att även etniska och kulturella skillnader har betydelse. Det påpekas emellertid att de säkerställda sambanden inte med självklarhet kan tolkas som kausala.

De övergripande rönen visar att åldersfaktorn har ett genomgående samband med hälsa (förutom psykisk hälsa) för alla, men mest påtagligt i den turkiska gruppen. Att vara gift eller sammanboende är generellt en skyddsfaktor, i synnerhet

inom den chilenska gruppen, men även påtagligt för svenskar och polacker, medan låg utbildningsnivå är en riskfaktor bland framför allt svenskar, polacker och chilensare. Bland de socioekonomiska faktorerna visas ett tydligt samband mellan svag ekonomi och flera typer av ohälsa, allra mest den psykiska. Tydligast är risken för psykisk ohälsa för ekonomiskt svaga iranier, chilensare och polacker. Det konstaterade sambandet mellan arbetslöshet och ohälsa slår hårdast mot svenskar och därefter i fallande skala personer från Chile, Iran, Polen och Turkiet.

Dåliga kunskaper i svenska resulterade för iranier i en dubbelt så hög risk jämfört med svenskar för alla typer av studerad ohälsa och likaså för polska invandrare, dock med undantag för psykisk ohälsa.

Några av rapportens slutsatser är:

- Svenskarna har genomgående bättre hälsa än de fyra undersökta invandrargrupperna.
- Trots skillnader i hälsoutfallet finns det stora strukturella likheter mellan svenskar och invandrare, inte minst beträffande sambanden mellan hälsa och de socioekonomiska förhållandena.
- Svenskar och invandrare har olika förutsättningar i en rad avseenden, men detta gäller även mellan olika invandrargrupper och mellan individer inom samma invandrargrupp. Det innebär att en enskild studies resultat inte är generaliserbara till andra grupper, andra tider eller annan kontext.
- Ovanstående punkt implicerar att forskningen måste systematiseras genom att longitudinella studier och kontinuerliga tvärsnittsstudier sammanlänkas för att fördjupa kunskapen om invandrares hälsa i syfte att formulera och genomföra ett framgångsrikt folkhälsoarbete.

Statens folkhälsoinstitut presenterade 2002 rapporten *Födelselandets betydelse. En rapport om folkhälsan hos olika invandrargrupper i Sverige* (Statens folkhälsoinstitut, 2002). Studien bygger på tidigare studier och på data från nationella register (SCBs Louise-register, Socialstyrelsens slutenvårdsregister samt Undersökningen av levnadsförhållande, ULF). Dess fokus ligger på de största folksjukdomarna: cancer, hjärt- och kärlsjukdomar samt psykisk ohälsa. Därutöver belyses arbetsrelaterad hälsa och levnadsvanor. Studien delar in invandrapopulationer i tolv grupper med avseende på geografiskt ursprung och betonar att olika etniska grupper uppvisar stora skillnader i hälsostatus. Vissa grupper uppvisar en oroande hög grad av ohälsa, medan andra gruppers hälsostatus motsvarar eller i vissa fall är bättre än den svenska jämförelsegruppens. Lärdomen av detta är framför allt att gruppen "invandrare" måste differentieras utifrån geografiskt ursprung (och troligen även andra bakgrundsvariabler) vid undersökningar av hälsa.

I grova drag visar resultaten att arbetskraftsinvandrare från Finland och Sydeuropa oftast har sämre hälsa än arbetskraftsinvandrare från andra västländer. Flyktingar och anhöriginvandrare har generellt sämre hälsa och då i synnerhet de utomeuropeiska. Det innebär emellertid inte att alla invandrargrupper uppvisar sämre hälsoprofil. Vissa grupper löper en systematisk överrisk för alla de studerade sjukdomarna i förhållande till svenskfödda. Till dem hör finländare, polacker, turkar, bosnier och iranier. Vissa grupper uppvisar däremot lägre risk för några av de studerade sjukdomarna än de svenskfödda. Risken att drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar är signifikant lägre inom den latinamerikanska gruppen än för

svenskfödda. Likaså löper asiatiska och afrikanska män lägre risk än svenskar att drabbas av psykiska problem.

Rapporten konstaterar också att det förekommer diskriminering på arbetsmarknaden, men att vi ännu vet för litet om sambanden mellan diskriminering och ohälsa. Kost- och levnadsvanor har också en påvisbar betydelse. Vissa invandrargrupper röker mer och motionerar mindre än svenskfödda, vilket naturligtvis inverkar menligt på hälsan, medan å andra sidan vissa grupper konsumerar mindre alkohol och har sundare matvanor än infödda svenskar.

En litteraturstudie har analyserat 80 vetenskapliga publikationer som undersökt invandrade kvinnors hälsa i Sverige (Nyampame, 2008). Resultaten styrker att invandrarkvinnor har sämre hälsa än de inrikes födda kvinnorna i Sverige. Författaren analyserar orsakerna till deras sämre hälsa och kategoriserar dessa orsaker i fem olika temata, varav arbetsvillkor är ett. Det konstateras att invandrade kvinnor ofta utför slitsamma och monotona arbetsuppgifter och i hög grad exponeras för arbetsmiljöer där muskuloskeletala problem är vanliga, samt att de löper hög risk för sjukpensionering och långvarigt bidragsberoende. Artikelns slutsats är att det finns tydliga kopplingar mellan genus, etnicitet och ohälsa bland invandrade kvinnor i Sverige.

I en longitudinell registerstudie av nationella data (SCBs LOUISE-register och Socialstyrelsens slutenvårdsregister) om skillnader i hälsa mellan utlandsfödda och svenskfödda och mellan utlandsfödda med olika ursprung, visar de flesta invandrargrupper en högre grad av vård på sjukhus än infödda svenskar samt betydande skillnader sinsemellan. När resultaten kontrolleras för demografiska variabler (kön, ålder, civilstånd och föräldraskap) samt socioekonomiska faktorer (inkomst, utbildning och anknytning till arbetsmarknaden) är det endast de nordiska invandrarna som uppvisar högre nivåer av sjukhusvård än de svenskfödda (Klinthäll, 2008). Två slutsatser dras av detta: För det första, att den omfattande slutenvården på sjukhus bland invandrare jämfört med svenskar tycks förklaras av den socioekonomiska situationen i Sverige snarare än av faktorer innan invandringen och, för den andra, att det finns ett starkt samband mellan svag integration på arbetsmarknaden och hög sjuklighet i icke-nordiska invandrargrupper.

En grupp svenska och finska forskare har undersökt effekterna av migration till Sverige på förändringar i hjärta och kärl. Bland tvillingar där ena tvillingen invandrat till Sverige och den andra fanns kvar i Finland var kärllfunktion och därmed hjärtstatus bättre hos dem som invandrat. Ju tidigare en person invandrat ju bättre var kärllfunktionen. Då Sverige har en lägre förekomst av hjärt-kärlsjuklighet än Finland (Jartti et al., 2002, Jartti et al., 2009), kan utfallet antas vara ett resultat av att de invandrade tvillingarna har införlivat andra kost- och levnadsvanor än de som stannat kvar i Finland. Ett annat forskningsprojekt har undersökt hjärt- och kärlsjuklighet bland olika invandrargrupper i Sverige (Gadd et al., 2006). Svenska och östeuropeiska kvinnor hade en signifikant ökad risk för död i hjärt-kärlsjukdomar. En annan del av studien jämförde hjärt-kärlsjuklighet hos invandrare i Sverige i relation till deras respektive födelseländer (Sundquist and Johansson, 1997). Dödligheten i hjärtsjukdomar var lägre bland manliga invandrare från Norge, Finland, Ungern och Tyskland och bland kvinnor från Tyskland i jämförelse med deras hemländer. Sydeuropeiska män visade dock högre dödlighet i hjärtsjukdom än män i deras hemländer.

Även en intervjustudie från Karolinska Institutet fann att socioekonomiska förhållanden hade betydelse för självskattad hälsa hos iranska, turkiska och polska invandrare (Wiking et al., 2004). De slutsatser författarna drar är att invandring är

förknippad med dålig självrapporterad hälsa samt att även graden av kulturell anpassning och diskriminering bidrar till invandrades hälsostatus.

Ett flertal rapporter har undersökt bland annat sjukskrivning bland invandrare i förhållande till infödda svenskar. Riksförsäkringsverket fann i slutet av 1980-talet att sydeuropeiska kvinnor hade tre gånger så många sjukdagar som svenska kvinnor (RFV Analysenheten, 1990). Både den så kallade Storstadsutredningen (Stadsrådsberedningen, 1989) och en studie vid Volvo Torslanda-verken (Schierup and Paulson, 1994) vid samma tid bekräftar detta mönster, för såväl män som kvinnor. Förklaringen till detta synes vara, förutom inkomstnivå, ursprungsland och utbildningsnivå (Bengtsson and Scott, 2008, Helgertz, 2010).

År 2002–2006 genomfördes fyra olika delstudier med inriktning på hälsa och hälsoutveckling bland invandrare i Sverige (Albin, 2006). Studierna baserades på registerdata från SCB och Socialstyrelsens Epidemiologiska Centrum och omfattade samtliga utrikes födda personer, 16 år och äldre, som var bosatta i Sverige 1970, drygt 360 000 individer. Till varje utrikes född person fanns en matchad infödd svensk person. De fyra delstudierna beskrev och analyserade skillnaderna mellan utrikes födda och personer födda i Sverige vad gäller dödlighet, sjukdomsmönster, konsumtion av vård och regionala skillnader i dödlighet. Resultaten visade en högre dödlighet med regionala skillnader, annorlunda sjukdomsmönster och en tendens till lägre konsumtion av vård bland utrikes födda än bland svenskfödda personer under perioden 1970-1999. Flera faktorer, såsom ekonomisk situation, arbete, arbetsmiljö, arbetslöshet, sociala nätverk och situationen före migrationen kan ha påverkat de utrikes föddas sämre hälsoläge. Den fysiska och sociala miljön och eventuella ojämlikheter i sjukvårdsresurser och tillgång till vård spelar också en viktig roll.

Även Socialstyrelsen konstaterar i sin *Folkhälsorapport 2009* (Socialstyrelsen, 2009) att personer med utländsk bakgrund genomgående rapporterade sämre hälsa än den svenskfödda befolkningen. Mest markant var detta för personer med utomeuropeiskt ursprung, som rapporterade att de hade dålig eller mycket dålig hälsa tre till fyra gånger så ofta som infödda svenskar. Rapporten konstaterar också att invandrare oftare är arbetslösa och i större utsträckning har arbeten med dålig fysisk och psykosocial arbetsmiljö än svenskfödda. Då analysen av utfallet komparerades för utbildning och hushållsinkomst minskade hälsoskillnaderna mellan invandrare och infödda svenskar betydligt och detta tolkas som att det i hög grad är de sociala livsvillkoren (inklusive arbetsvillkor) som förklarar den omfattande självuppskattade ohälsan hos personer med utländsk bakgrund.

Migration och arbete

Invandrades deltagande i arbetslivet är ett väl etablerat studiefält inom svensk migrationsforskning. Befintliga studier ger en fyllig bild av dess historiska utveckling från efterkrigstidens omfattande arbetskraftsinvandring över 70-talets tilltagande restriktivitet i tillståndsgivningen till de senaste decenniernas dominerande flykting- och i synnerhet anhöriginvandring och dessa olika kategoriers relationer till arbetsmarknaden (Ekberg and Gustafsson, 1995, Finansdepartementet, 2007, Hjerm, 2002b, Olli Segendorf and Teljosuo, 2011). Även offentlig statistik, såsom de månatliga Arbetskraftsundersökningarna från Statistiska Centralbyrån, ger löpande information om utlandsföddas numerära deltagande i arbetslivet.

Tiden från 1950 till 1972 dominerades av arbetskraftsinvandring från framför allt de nordiska länderna, i synnerhet Finland, och södra/sydöstra Europa; därefter fram till 90-talet av flykting- och en ökande andel anhöriginvandring, för att därefter helt

domineras av anhöriginvandring. Det innebär att de tidiga arbetskraftsinvandrarna har befunnit sig en betydligt längre tid på den svenska arbetsmarknaden än de senare komna flykting- och anhöriginvandrarna och att grupperna således har exponerats olika lång tid för såväl risker som hälsofrämjande insatser. Det innebär också att de anlänt under skilda konjunkturcykler och – i viss mån – under varierande välfärdsregimer. Denna beskrivning är dock inte utan undantag och modifieringar. Perioden 1960 till idag uppvisar såväl tidiga flyktingar (t.ex. balter komna på 40-talet, flyktingar efter Sovjetunionens invasion av Ungern 1956 och krossande av Pragvåren 1968, amerikanska Vietnamdesertörer, m.fl.) som en ständig rännil av arbetskraftsinvandrare trots de strikta restriktioner som infördes på 1970-talet till följd av bland annat påtryckningar från de fackliga organisationerna. Därtill har migrationen präglats av den fria rörlighet för nordiska medborgare som trädde i kraft med 1954 års utlänningslag och sedan 1995 i någon mån av Sveriges EU-inträde.

De tidigare arbetskraftsinvandrarna från Finland och södra Europa hade ofta högre sysselsättningsgrad på 1950- och 1960-talen än svenskar, i synnerhet kvinnorna. Merparten av dem var anställda inom krävande industrisektorer. En statlig utredning visar att finska, jugoslaviska och italienska kvinnors deltagande på arbetsmarknaden 1969 var mellan 65 och 80 procent, samtidigt som de svenska kvinnornas låg på 45 procent (Invandrarutredningen, 1974). Därtill arbetade mellan hälften och tre fjärdedelar av dem heltid, medan motsvarande siffra för svenska kvinnor var 28 procent. Fram till 1967 kunde arbetsgivare rekrytera utländsk arbetskraft direkt via Arbetsförmedlingens samarbete med myndigheter i andra länder. Därefter blev arbetssökande nödgade att söka arbetstillstånd före inresan till Sverige. Situationen på arbetsmarknaden ändrades drastiskt på 1970-talet, då de samhällsekonomiska förutsättningarna förändrades, inte minst till följd av oljekrisen 1973, och andelen förvärvsarbetande svenska kvinnor ökade markant bland annat till följd av socialpolitiska reformer. I slutet av 1970-talet upphörde i stort sett all utomnordisk arbetskraftsinvandring.

Sveriges anslutning till EES-avtalet 1994 och till EU 1995 ändrade i viss mån situationen och arbetskraftsinvandringen från EU har ökat i Sverige under 2000-talet och uppgick 2010 till cirka 7 000 personer, mestadels från Polen och Tyskland. Främsta orsaken är EU:s utvidgning som har inneburit att fler länder omfattas av den fria rörligheten för arbetstagare.

Pendeln har svängt tillbaka ytterligare under senare år, och sedan den 15 december 2008 har Sverige regler för arbetskraftsinvandring som innebär att arbetsgivare åter kan rekrytera arbetskraft från tredje land. Förstagångstillstånd av arbetsmarknadsskäl kan nu beviljas på högst två år med möjlighet till förlängning. Det är arbetsgivarens bedömning av om det finns ett behov av att rekrytera utländsk arbetskraft som ska vara utgångspunkt när ärenden om uppehålls- och arbetstillstånd handläggs. Redan före denna lagändring ökade emellertid arbetskraftsinvandringen från länder utanför EU/EES-området från 6 000 år 2005 till närmare 15 000 år 2008. Under 2010 beviljades ungefär 21 500 personer förstagångstillstånd av arbetsmarknadsskäl (www.ekonomifakta.se, 2011). Av dessa utgjorde hälften arbeten utan särskilda utbildningskrav (Andersson Joona and Wadensjö, 2010). Flest personer kom från Thailand följt av Indien och Kina. Av de som beviljades tillstånd hade 4 500 personer säsongsbetonade arbeten.

Det är väl belagt att invandrare från olika länder/regioner idag har olika svårigheter att finna tillträde till den svenska arbetsmarknaden. Störst problem har afrikaner och personer från arabiska språkområden, medan personer med bakgrund i västerländska demokratier möter avsevärt mindre svårigheter. Betydligt mindre

bekant är vad det geografiska ursprunget innebär för arbetsvillkor och hälsa hos dem som *har* ett arbete, oavsett ursprungsland/region, och om det finns skillnader mellan invandrargrupper och den svenska majoriteten och mellan olika invandrargrupper.

Immigranternas väg till arbete är ofta lång (Riksrevisionen, 2011, Svenskt näringsliv och SACO, 2010) och de uppvisar högre arbetslöshetsnivåer och får oftare aktivitets- eller sjukersättning (Beckman et al., 2006, Osterberg and Gustafsson, 2006) än infödda svenskar. Var sjunde person på den svenska arbetsmarknaden är född utomlands, totalt 670 300 personer. Av dessa är cirka 593 700 anställda, medan resten driver egen rörelse eller är medhjälpande hushållsmedlem. Deras sysselsättningsgrad i åldrarna 16-64 år var i mars 2011 61,9 procent och andelen arbetslösa uppgick till 12,1 procent, att jämföras med de svenskföddas 76,8 respektive 5,5 procent. Dessa siffror innefattar inte de så kallade andra generationens invandrare.

Det är påvisat att den svenska arbetsmarknaden är etniskt segregerad (Schierup and Paulson, 1994). För invandrares vidkommande har den också över tid blivit alltmer könssegregerad. De tidigt invandrade kvinnorna hade ofta tunga industriarbeten i mansdominerade sektorer, men flertalet av dem står nu utanför arbetsmarknaden. En hel del gör det på grund av ålder och många andra av hälsoskäl. Bilden har successivt förändrats till att invandrade kvinnor har lägre sysselsättningsgrad än svenska kvinnor och att de till stor del återfinns inom vård- och omsorg, städbranschen, hotell- och restaurangnäringen och handel. Deras arbetsvillkor kännetecknas av låg position i organisationshierarkin, fysiskt krävande arbetsuppgifter och små möjligheter till utveckling. Många utomnordiska kvinnors villkor präglas dessutom av tillfälliga anställningskontrakt, överkvalificering, påfrestande psykosocial arbetsmiljö och dålig löneutveckling (Akhavan et al., 2007).

Särskilt utsatta är de papperslösa invandrarna, då de har en rättslös ställning på arbetsmarknaden och en begränsad tillgång till sjukvård. Av naturliga skäl är det svårt att precisera deras antal i landet. De uppskattningar som gjorts varierar mellan 10 000 och upp till 50 000. Långt ifrån alla har arbete, och de som är sysselsatta har underbetalda arbeten inom restaurang-, städ- eller byggbranschen samt inom handel (Khosravi, 2010).

Av det svenska bidraget till en översiktrapport från Eurofound (se kapitlet "Migration inom och till EU"), *Employment and working conditions of migrant workers*, framgår att den svenska arbetsmarknaden är etniskt segregerad (Lundberg, 2007). Vissa verksamheter har en mycket hög andel invandrad arbetskraft, i synnerhet städbranschen. En studie från Arbetslivsinstitutet visar att 66 procent av alla städanställda i Stockholms län var invandrade (Abbasin, 2006). Andra branscher med hög andel invandrad arbetskraft är textil- och fordonsindustri, hotell- och restaurangnäringen, frisörer samt vård och omsorg. De invandrades arbetsmarknadssituation sammanfattas med att de är överrepresenterade inom låglöneyrken och att de i jämförelse med infödda svenskar oftare har a-typiska anställningskontrakt och korttidsanställningar samt att de har mindre möjlighet att finna arbete som matchar deras utbildningsnivå. En rapport från Integrationsverket (Hjerm, 2002b) har särskilt undersökt det sistnämnda och redovisar att av 6 500 tillfrågade högutbildade invandrare ansåg 80 procent att bristen på kontakter var det största problemet, och över hälften menade att ett utländskt namn försämrade deras chanser.

Migration och arbetsmiljö

Frågan om invandrade arbetares säkerhets- och hälsorisker i det svenska arbetslivet har aktualiserats, inte så mycket på grund av larmrapporter utan snarare av bristen på information. De flesta referenser nedan är ungefär tio år gamla och beskriver

förhållanden som är ännu äldre. Bristen på kunskap om sambanden mellan migration, arbetsmiljö och hälsa betonas också i flertalet av de nedan refererade studierna.

Den tidigaste funna svenska studie som riktar uppmärksamheten mot sambanden mellan arbetsmiljö/arbetsvillkor och hälsa för utlandsfödda genomfördes 1992 (Rosmond et al., 1998). Den omfattade 1 040 män i 48 års ålder. Av dessa var 182 utlandsfödda. Resultaten visar att de utlandsfödda oftare än svenskfödda arbetade skift, var missnöjda med arbetet och kollegor, hade mindre inflytande över sin arbetssituation och mer sällan försökte förändra den samma. Sammanfattningsvis konstaterar författarna att utlandsfödda är mer drabbade av psykiska, arbetsmässiga och socioekonomiska problem än svenskfödda och framstår därför som en sårbar grupp på den svenska arbetsmarknaden.

Studien banar också väg för en utvecklad metodologi för kommande studier genom att diskutera de svagheter den är behäftad med. Urvalet blev både begränsat och sannolikt även selektivt, då undersökningen förutsatte att respondenterna behärskade svenska. Att den bara undersökte hälsotillståndet hos sysselsatta, såväl svenskfödda som invandrare, kan även bidra till en snedvridning av resultatet, då det positiva i att vara anställd kan överskugga problem på arbetsplatsen, vilka därför kan bli underrapporterade. Dessutom tog studien inte hänsyn till bakgrundsvariabler som geografiskt ursprung, tid i landet och socioekonomisk situation.

Den tidigare refererade rapporten från Statens folkhälsoinstitut, *Födelselandets betydelse. En rapport om folkhälsan hos olika invandrargrupper i Sverige*, belyser även hälsofrågor ur ett arbetsmiljöperspektiv, till största delen baserat på SCBs arbetsmiljöundersökning 1989-1991 och 1997-1999 och inriktar sig främst på den psykosociala arbetsmiljön. Där redovisas gruppvisa resultat för personer från OECD-länderna, Finland, Sydeuropa, Östeuropa (förutom före detta Jugoslavien) och övriga i åldrarna 25 till 64 år. Samtliga grupper ansåg sig ha ett mer bundet, ofritt och enformigt arbete än den svenska gruppen. Fler ansåg sig även ha för lite inflytande över sin arbetssituation, medan andelen som var missnöjd med arbetet var lika stor i grupperna Sverige, OECD-länder, Finland och Östeuropa. Den mest markanta skillnaden mellan mätillfällena var för gruppen Östeuropa, vars andel som ansåg sig ha ett psykiskt påfrestande arbete steg med 50 procent. Övriga skillnader över tid var små men övervägande till det sämre.

Den registerbaserade tematiska översikten "Worklife and Health in Sweden 2000" belyser den invandrade arbetskraftens arbetsmiljösituation (Bäckman and Edling, 2001). Det påpekas dock att invandrare har högre arbetslöshet och stora svårigheter att komma in på arbetsmarknaden, vilket innebär att de som ingår i denna undersökning, dvs. invandrare med jobb, är en selekterad grupp. Dessutom kan det förväntas en större rörlighet mellan ströjobb och mellan arbetslöshet och arbete i denna grupp, vilket sammantaget innebär att vissa invandrare inte har exponerats under någon längre tid för arbetsmiljöproblem och inte rapporterar några arbetsmiljöproblem i sitt nuvarande arbete. Likväl kan de ha utsatts för sådana problem i tidigare jobb. Detta i sin tur kan innebära att vi underskattar effekterna av arbetsmiljön på hälsan i denna grupp.

Studien finner att invandrare med ursprung utanför OECD-området upplever en högre belastning i arbetet och har otryggare anställningsvillkor än svenskar och övriga invandrare. 25 procent av dem angav att de hade utmattningsproblem, vilket är 40 procent mer än bland svenskar, och de hade i högre grad tillfälliga anställningar.

En rapport från SCB och Arbetslivsinstitutet diskuterar arbetsmiljöns betydelse för delaktighet i samhället och pekar på sambanden mellan arbetsmiljö och

individens välfärd i stort (Hjerm, 2002a). Dålig arbetsmiljö samvarierar ofta med lägre inkomster och otrygga anställningsförhållanden och på det sociala planet med sämre boendemiljö, mindre berikande fritid samt även med sämre hälsa. Dessa samband är viktiga för alla, men för invandrare är de också väsentliga i integrationsprocessen. Rapporten undersöker därför arbetsmiljön som en välfärdsindikator för första och andra generationens invandrade arbetskraft. Resultaten redovisas utifrån näringsgren, kön, ålder, geografiskt ursprung, utbildningsnivå, familjetyp och antal år i Sverige (mer eller mindre än tio år). Beträffande den fysiska arbetsmiljön finner man att skillnaden mellan utlandsfödda och svenskar var obetydlig rörande tunga lyft och olämpliga arbetsställningar, medan den invandrade arbetskraften var betydligt mer utsatt för buller och övrig negativ fysisk belastning. Sammantaget tycks utlandsfödda ha en sämre fysisk arbetsmiljö än infödda svenska arbetstagare.

Vid undersökning av den psykosociala arbetsmiljön rapporterade invandrare nästan dubbelt så ofta att de ansåg sig ha ett jäktigt och enformigt arbete samt att de betydligt oftare har en rent instrumentell inställning till sitt arbete. En sannolik delförklaring till detta kan vara, förutom att de olika grupperna delvis återfinns inom olika delar av arbetsmarknaden, att en stor andel av de utlandsfödda är överkvalificerade för de uppgifter de utför.

Avseende ursprung visar studien att utlandsfödda från de nordiska länderna och från vad som kallas de centrala EU-länderna har en bättre fysisk och psykosocial arbetsmiljö än övriga. Slutligen redovisas även tidsfaktorns betydelse för upplevelsen av arbetsmiljön, dvs. skillnaderna mellan de utlandsfödda som varit mer respektive mindre än tio år i Sverige. Resultaten av detta var inte konklusiva.

År 2000 genomförde fem landsting i samverkan en hälsoundersökning i enkätform i 58 mellansvenska kommuner med sammanlagt en dryg miljon invånare. Urvalet för enkätundersökningen var knappt 72 000 personer i åldrarna 18-79, varav 47 000 (65 %) besvarade enkäten. En delrapport behandlar hälsoaspekter ur ett etniskt perspektiv och belyser levnadsvanor och livsvillkor, inklusive den arbetsrelaterade hälsan (Wallin, Carlberg, 2003). Enkäten besvarades av 4 921 personer födda utanför Sverige (bortfall 44 %). Dessa grupperades utifrån födelseregion; Sverige (kontrollgrupp), Norden, övriga Europa och utanför Europa. De grupperades även i 15-års åldersintervaller, utifrån socioekonomiskt index i sex yrkeskategorier, samt efter om de invandrat före eller efter 1980. Resultaten visar följande hälsobesvär kopplade till den fysiska arbetsmiljön:

- Nästan varannan kvinnlig lägre tjänsteman oavsett etnicitet utför ett monotont och ensidigt arbete varje dag eller några dagar i veckan. Inslag av upprepade ensidiga rörelser i monterings- eller tillverkningsindustrin är vanligare bland män än bland kvinnor. Både bland män och bland kvinnor är detta vanligare ju längre bort från Sverige man är född. Tunga lyft varje dag eller några dagar i veckan är vanligast bland nordiska personer.
- Inslag av buller är vanligare bland män än bland kvinnor och vanligast bland övriga nordiska personer. Varannan man född i Norden utsätts för buller varje dag eller några dagar i veckan i sitt arbete. Nordiska personer utsätts dubbelt så ofta för kemiska preparat i sitt arbete än personer i de övriga tre grupperna.

Studien påvisar även utlandsföddas hälsobesvär som är relaterade till arbetsorganisation och/eller psykosocial miljö:

- Utomeuropeiska och nordiskfödda kvinnor har svårare att själva kunna bestämma arbetstakt än motsvarande män medan det omvända könsmönstret förekommer bland övriga européer. Män oavsett nationalitet har lättare att avbryta sitt arbete när de själva vill än kvinnor. Allra lättast har män födda i Norden. Bland kvinnor har de svenskfödda svårast att avbryta sitt arbete när de själva vill. Att själv kunna påverka hur arbetet skall utföras är svårare för personer födda utanför Norden än för dem som är födda i Norden.
- Stöd från chefen är vanligare ju närmare Sverige personerna är födda, med undantag för nordiska personer, som anser sig få minst uppskattning från chefen för genomfört arbete. Bland svenskfödda är det vanligare för män än för kvinnor att få uppskattning av chefen medan det omvända förhållandet gäller för utomeuropeiska personer.
- Att känna oro för att förlora sitt arbete är vanligare ju längre bort från Sverige personerna är födda. Män födda i övriga Norden och övriga Europa känner en större oro än kvinnor, medan det motsatta förhållandet gäller för svenskfödda.

Riksförsäkringsverket genomförde en studie i syfte att beskriva de sjukskrivnas egen syn på sin hälsa, orsaker till sjukskrivning, möjlighet till återgång i arbete och hur den egna livssituationen har påverkat sjukskrivningen (Eklund et al., 2002). Den bestod av en enkätundersökning av 3 160 individer i åldern 20–64 år som påbörjat en ny sjukskrivningsperiod om minst 15 dagar i slutet av januari 2002 och yrkesarbetade innan sjukskrivningen. En av slutsatserna var att arbetsmiljön är av betydelse för sjukskrivning.

En efterföljande studie på samma material är relevant i detta sammanhang då den analyserar bland annat de utlandsföddas erfarenheter från arbetsplatsen, arbetsmiljön, samt olika händelser i individernas arbetsliv och privatliv (Eklund, 2003). Resultaten visar att i genomsnitt hälften av den studerade populationen uppfattar att deras sjukskrivning beror på förhållanden i arbetet. I denna studie, där tillgång finns till en mängd olika förklaringsfaktorer, visar sig de individspecifika faktorerna kön, ålder, civilstånd, hemmaboende barn och födelseland inte ha någon betydelse för individens uppfattning om vad som orsakat deras sjukskrivning. I stället är det främst faktorer i arbetsmiljön som inverkar på uppfattningen om förhållanden i arbetet bidragit till sjukskrivning. Därigenom pekar resultaten på att det är viktigt att ha tillgång till ett flertal förklaringsfaktorer när olika förhållanden och samband ska studeras. I många studier finns endast ett fåtal tillgängliga, vilket kan medföra att faktorer såsom exempelvis kön och ålder får en signifikant effekt på det som undersöks, när det egentligen är något annat som bestämmer det faktiska orsakssambandet.

Samma material ligger också till grund för en studie från Försäkringskassan (före detta RFV) som fokuserar enbart på sjukskrivna utlandsfödda. (Ossowicki, 2005). Dess huvudsakliga resultat var att:

- Utrikesfödda hade i genomsnitt 31 procent högre sjukfrånvaro än inrikesfödda år 2002. Sjukskrivna födda utanför Norden bedömer både sin nuvarande och framtida hälsa som betydligt *sämre* jämfört med inrikesfödda sjukskrivna. Detta gäller även när det i den statistiska analysen tas hänsyn till kön, ålder, inkomst, sjukskrivningsdiagnos, sjukskrivningslängd och arbetsmiljöfaktorer. En slutsats är därmed att personer födda utanför Norden i genomsnitt har en *sämre* hälsosituation.

- När hänsyn tas till en rad olika faktorer i den statistiska analysen visar det sig att sjukskrivna födda utanför Norden i högre grad än andra har besvär i rörelseorganen vid sjukskrivning, vilket kan bero på yrkestillhörighet.
- Sjukskrivna födda utanför Norden rapporterar en sämre psykosocial arbetsmiljö. Det finns däremot inga skillnader när det gäller diagnosen psykiska besvär.
- Resultaten tyder på att utrikesfödda i större utsträckning är sjukskrivna på grund av arbetet. Många utrikesfödda sjukskrivna anser att de skulle behöva en förändrad arbetsituation för att kunna återgå i arbete. Av de sjukskrivna födda utanför Norden uppger 30 procent att ett byte av arbetsplats skulle ha en stor eller helt avgörande betydelse för att komma tillbaka i arbete.

De slutsatser utredaren drar av dessa resultat är att utlandsfödda har en sämre arbetsrelaterad hälsostatus än infödda svenskar, och att sjukskrivna födda utanför Norden i högre grad än andra exponerats för arbetsmiljörisker på sin arbetsplats. De gängse förklaringarna är att utlandsfödda har andra positioner på arbetsmarknaden och att de utsätts för diskriminering. Denna utredning visar emellertid också att många utrikesfödda sjukskrivna har små möjligheter att kunna byta arbetsplats, vilket indikerar ett inlåsningsproblem på arbetsmarknaden som kan resultera i sjukskrivning och permanenta ohälsa.

En artikel från 2003 analyserar sambanden mellan migrationsstatus, arbets-situation i termer av anspänning i arbetet och social stöd och långtidssjukdom (Sundquist et al., 2003). Tidigare studier har lett till skiftande resultat av huruvida kombinationen av höga arbetskrav och begränsat beslutsutrymme ökar sjukdoms- och dödsrisken i hjärt- och kärlåkommor men har inte relaterat dessa samband till migration. Andra studier har undersökt utlandsföddas risk för långtidssjukdom, men inte relaterat dem till de studerade gruppernas arbets-situation. Hypoteserna för denna studie är att både arbetskrafts- och flyktinginvandrare som upplever en anspänd arbets-situation kommer att uppvisa en högre risk för långtidssjukdom än svenskfödda i samma situation, och att samma förhållande gäller invandrare med låg grad av socialt stöd i arbetet.

Insamlingen av data från drygt 10 000 svenskar och över 1 000 utlandsfödda, alla i arbete, skedde genom intervjuer. Bakgrundsvariablerna utgjordes av kön, ålder, migrationsstatus (svenskfödd, arbetsinvandrare, flyktinginvandrare) och yrkes-position (i enlighet med SEI Socioekonomisk indelning, Statistiska Centralbyrån) i tre kategorier; facklärda/ej facklärda arbetare, lägre tjänstemän samt mellan/högre tjänstemän. Arbets-situationen bedömdes efter Karaseks krav-kontroll-modell, och socialt stöd uppskattades utifrån ett index baserat på ett antal frågor om arbets-relaterat socialt umgänge. Utfallsvariabeln var självrapporterad långtidssjukdom. Resultaten visar att anspänt arbete inte påverkade invandrare mer än svenskar, men däremot löpte flyktinginvandrare med lågt arbetsrelaterat socialt stöd större risk för långtidssjukdom än svenskar.

Arbetsmiljöverket har i samverkan med SCB publicerat de statistikbaserade rapporterna "Arbetsmiljöundersökningen" och "Arbetsorsakade besvär" vartannat år sedan 1989 resp. årligen sedan 1991. Dessa publikationer särredovisar inte utlands-födda, men uppgift om härkomst tycks ändå finnas bland bakgrundsvariablerna eller kan länkas från annat register. En stor mängd kondenserad fakta från "Arbetsmiljöundersökningen" 1999 och 2001 respektive "Arbetsorsakade besvär" 2000-2002 finns tillgänglig i ett faktablad från de berörda arbetsmarknadsmyndig-heterna (Arbetsmarknadsstyrelsen, 2003). Där framgår bland annat att män födda

utanför Europa upplever i högre grad än andra ett hot om uppsägning, utom-europeiskt födda kan i mindre grad än andra påverka sin arbetstid samt har betydligt sämre tillgång till företagshälsovård.

Även många nordiska män utsätts i hög grad för skadliga arbetsmiljöfaktorer som t.ex. buller och ergonomiska missförhållanden. Många utlandsfödda uppger också att det är svårt att föra fram kritiska synpunkter på arbetsförhållandena, detta trots att en lika stor andel utomeuropeiska män som svenska har uppdrag som skyddsombud eller på annat sätt ansvarar för arbetsmiljöarbete på arbetsplatsen.

Av dem som var sysselsatta 2000–2002 uppgav 26 procent att de det senaste året hade haft arbetsorsakade besvär av någon art. Högst andel med besvär, cirka 35 procent, hade kvinnor födda i Finland och Sydamerika samt män födda i Norden utom Finland samt, något lägre, män från Balkan. Den stora variationen i besvärsförekomst har många orsaker. En avgörande orsak, förutom att invandrargrupperna är koncentrerade till vissa sektorer, är gruppernas olika åldersfördelning. För de finlandsfödda kvinnorna innebär detta att åldern förklarar en stor del av deras höga besvärsförekomst, medan siffrorna för kvinnor från Sydamerika skulle stiga ytterligare om hänsyn togs till åldersfaktorn. De senare är också den enda kvinnogrupp vars besvärsförekomst är signifikant högre än de svenskföddas. Både för män från Finland och övriga Norden förklarar åldern en stor del av den höga besvärsförekomsten.

Ett av de mest uppmärksammade missförhållandena för invandrad arbetskraft i Sverige under de senaste åren är de uppdagade arbetsvillkoren för asiatiska bärplockare (Wingborg, 2011).

I en rapport från Swedwatch beskrivs hur ett antal av de senaste årens 5 000 säsongsarbetande arbetare från framför allt Thailand, Vietnam, Bangladesh och Kina har fått återvända skuldsatta efter att ha mötts av undermåligt boende, usla sanitära förhållanden, sexdagars arbetsvecka, långa arbetsdagar, underbetalning (ibland ingen alls) och ingen möjlighet att påverka sina villkor. Denna effekt av den globaliserade arbetsmarknaden har hittills varit osynlig i Sverige och avslöjar brister i den svenska lagstiftningen och praxis beträffande denna nya typ av arbetsmigration. Rapporten gör gällande att denna exploatering varit möjlig för att:

- Migrationsverket inte har undersökt om de företag som ansökt om arbetstillstånd för utländska bärplockare har varit seriösa. Migrationsverket har inte heller haft mandat från regeringen att undersöka företagets seriositet.
- Regelverket har stimulerat bärplockarföretag att använda sig av utländska bemanningsföretag. Det har skapat ett system med många led, vilket resulterat i en svag och osäker ställning för arbetarna.
- Regelverket har öppnat för att företag rekryterat utländska bärplockare med turistvisum. Dessa har haft en särskilt svag ställning. Oseriösa företag som använt arbetare med turistvisum har konkurrerat ut mer seriösa bärplockarföretag.
- Oseriösa bärplockarföretag och grossistföretag har exploaterat de utländska bärplockarna och låtit dem stå för alla risker.

Rapporten utmynnar i ett antal förslag till staten, branschen och berörda fackförbund beträffande kontroll av utländska bemanningsföretag, krav på bindande anställningsavtal på den anställdes språk, möjlighet till rättshjälp och fackligt medlemskap för säsonganställda samt kollektivavtal för denna typ av anställda.

LO uppmärksammade 2008 i en rapport invandrade arbetstagares arbetsvillkor och arbetsmiljö (Landsorganisationen i Sverige, 2008). Rapporten vilar på 2004 års kongressbeslut och avser att ge förslag till att minska problem med exploatering och illegal anställning i samband med arbetskraftens rörlighet, förbättra information om facklig verksamhet och gällande villkor på den svenska arbetsmarknaden samt hitta former för att biträda migranter. Rapporten föreslår bland annat att:

- Facket måste vara mer ute "på fältet" för att upptäcka utnyttjande av migranternas utsatta position.
- LOs förbund bör bistå migranter verksamma på svensk arbetsmarknad.
- Fackligt medlemskap möjliggörs för migranter som tillfälligt utför arbete i Sverige.
- LO verkar för en avkriminalisering av så kallade papperslösa samt möjlighet att utdöma skadestånd från arbetsgivaren.
- Genom en fadderverksamhet via LO-förbundens egna medlemmar, inte minst dem med utländsk bakgrund, ge migranter en bra introduktion på svensk arbetsmarknad.

En nyligen genomförd LO-studie (Jonsson et al., 2011) av utstationerade arbetare vid tre infrastrukturprojekt, Citytunneln i Malmö samt Norra länken och Citybanan i Stockholm, konstateras att cirka 45 procent utländska arbetstagare rekryterats, framför allt från Polen, via polska och irländska bemanningsföretag. Det juridiska ramverket för deras arbetsvillkor utgörs av EU:s utstationeringsdirektiv (96/71/EC), vilket genom den uppmärksammade Lavaldomen i Europadomstolen delvis kommit i konflikt med den svenska arbetsmarknadsmodellen. Studien belyser bland annat de utländska arbetstagarnas löner, arbetstid och skaderisk. Jämfört med svenska anställda är deras nettolön mellan 20 och 45 procent lägre. De arbetar i genomsnitt 200-210 timmar/månad utan övertidsersättning och olycksfallsfrekvensen vid de tre arbetsplatserna var 20,5, 17,9 respektive 31,4 per ettusen anställda, att jämföras med Arbetsmiljöverkets uppskattning av normalt 11-18 olyckor per ettusen anställda. Studien utmynnar i ett antal förslag, framför allt om förändrad svensk lagstiftning till stöd för den svenska arbetsmarknadsmodellen baserad på kollektivavtal. Studien belyser de sociala parternas roll för att värna utländska arbetstagares arbetsvillkor och arbetsmiljö.

Arbetsolyckor, dödsfall och arbetssjukdom

Varken Arbetsmiljöverkets eller Försäkringskassans statistik om anmälda resp. godkända arbetsskador särredovisar utlandsfödda. Arbetsmiljöverkets rapport för arbetsskador under 2009 kommenterar att personer med en utländsk arbetsgivare som tillfälligt utför arbete i Sverige har ökat under senare år. Dessa grupper omfattas inte av den svenska arbetsskadeförsäkringen, men kunskaperna om antalet dödsolyckor för denna grupp är ändå tämligen god. Åren 2007-2009 kom 16 dödsolyckor till Arbetsmiljöverkets kännedom bland personer verksamma i Sverige och anställda inom utländska företag. Merparten av dessa olyckor inträffade på byggarbetsplatser och på fartyg i svenska hamnar. Totalt omkom 183 personer i arbetet under dessa år (Arbetsmiljöverket, 2010).

I en översikt av arbetsliv och hälsa från 1996 redovisas emellertid att antalet arbetsolyckor bland invandrare var 20 procent högre än bland svenskar och anmälda

arbetssjukdomar 30 procent högre (Järvholm, 1996). Något underlag för förklaring av dessa skillnader finns inte.

Den allra tidigaste funna studien inom området består av två delar, där den första jämför frekvensen av arbetsolyckor mellan svenska och invandrade anställda vid en bil- och lastbilsfabrik vid mitten av 1980-talet och den andra vilken typ av olyckor de olika grupperna drabbas av (Döös et al., 1994). Den första delen omfattar mer än 5 000 anställda som rapporterade 537 olyckor under en tvåårsperiod. Knappt 40 procent av de anställda var utländska medborgare och studien fokuserar på de fyra största grupperna, vilka utgjordes av finländare, jugoslaver, turkar och latinamerikaner. Studien bryts också ned på specifik verkstad och yrkesgrupp, kön, ålder och anställningstid. Den första delstudien visade att det inträffat 53 olyckor per 1 000 anställda under den studerade perioden. Mot bakgrund av tidigare utländska studier förväntades invandrare uppvisa en högre frekvens av olycksfall, men så var inte fallet, då de utländska medborgarna uppvisade en relativ olycksfallsfrekvens – såväl totalt som inom sju av åtta verkstäder samt inom sju av nio yrkesgrupper – som var lika stor eller lägre än de svenskföddas. Att resultatet skulle bero på underreportering av invandrades arbetsolyckor motsägs av sjukskrivningsstatistiken. Utländska medborgare under 25 år och de med kortare anställningstid än sex år visade emellertid högre relativ olycksfallsfrekvens än svenskar. Delstudie två, som undersökte typen av olyckor och hur de fördelas, visade inga signifikanta skillnader mellan de studerade grupperna.

I en enkätstudie bland 1 812 offentliganställda kvinnor i en kommun undersöktes ett antal hälsopåverkande arbetsrelaterade faktorer bland kvinnliga anställda med invandrarbakgrund (Akhavan et al., 2007). Resultaten visar att de invandrade kvinnornas villkor avvek negativt från de inrikesfödda på alla studerade punkter utom en. De var koncentrerade till ett fåtal yrken, då de mestadels var anställda som städare, hemtjänstassistenter och vårdbiträden, de var oftare tillfälligt anställda, gavs mindre möjligheter att diskutera sin lön, fick mindre arbetsrelaterad information, upplevde mer diskriminering och hade mindre möjligheter till kompetensutveckling. Däremot utnyttjade de friskvårdsmöjligheter som arbetsgivaren erbjöd mer än de svenskfödda kvinnorna.

Diskriminering

I ett flertal av de refererade rapporterna nämns diskriminering på etnisk grund som ett arbetsmiljöproblem. Som i alla andra arbetsmiljöfrågor vilar ansvaret på arbetsgivaren som i diskrimineringslagen (Arbetsmarknadsdepartementet, 2008) åläggs att vidtaga aktiva åtgärder för att förebygga sådan kränkande behandling och att stävja den då den förekommer. Det innebär att lika rättigheter och möjligheter ska erbjudas oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder, sexuell läggning eller ålder. Lagen förbjuder direkt och indirekt diskriminering av arbetstagare, inhyrd eller inlånad arbetskraft samt arbetssökande vad gäller löne- och anställningsvillkor, arbetsfördelning eller annat. En stor del av befintlig forskning har fokuserat på rekryteringsprocessen (Behtoui and Neergard, 2009) och har argumenterat för att diskriminering, i betydelsen arbetsgivarens preferenser, är en bidragande orsak till såväl utlandsföddas som andra generationens invandrades högre arbetslöshet, oberoende av konjunkturen. En statlig utredning (Arbetsmarknadsdepartementet, 2005) diskuterar även anställdas villkor och där återkommer beskrivningar av de flesta av de förhållanden som redovisats ovan, men med den skillnaden att orsakerna hänförs till bland annat strukturell diskriminering. Med detta avses att diskriminer-

ande normer och praktiker är integrerade i institutioner och andra samhällsstrukturer som förhindrar grupper eller enskilda att få samma rättigheter och möjligheter som andra. Denna diskriminering behöver således inte vara avsiktlig, men kan likväl få till följd att invandrare på arbetsmarknaden:

- Oftare än svenskfödda förlorar sina arbeten vid lågkonjunktur.
- Oftare än svenskfödda har tillfälliga anställningar.
- Har en, trots likvärdiga utbildningsmässiga meriter, högre arbetslöshet och okvalificerade arbeten.
- Oftare sorteras ut tidigt i rekryteringsprocessen.
- Har en högre andel av arbetsrelaterade hälsoproblem beroende på monotona och slitsamma arbetsuppgifter och blir utsatta för en sämre arbetsmiljö än svenskfödda.
- Har mindre möjlighet än svenskfödda att hitta arbeten som motsvarar deras utbildningsnivå och utbildningsinriktning.
- Har lägre löner än svenskfödda och erbjuds mindre ofta internutbildning och karriärutveckling.
- Mer sällan har chefspositioner än svenskfödda.
- Oftare än svenskfödda upplever diskriminering, trakasserier och hot.

Diskrimineringsmannen (DO) är den myndighet som övervakar och lagför diskriminering på bland annat arbetsmarknaden. Myndigheten bildades den 1 januari 2009 genom att de fyra dåvarande ombudsmännen mot diskriminering slogs ihop. Etnicitet är den vanligast förekommande grundvalen för anmälda diskrimineringsärenden. Under 2009 och 2010 uppgick de till 312 respektive 289. Merparten av dessa hänfördes till rekrytering och avslut av anställning. En mindre del avsåg händelser under pågående anställning (Sandesjö, 2011).

EU

Historik och nuläge

Den europeiska migrationshistorien förlorar sig i dunkel forntid. Imperiers uppgång och fall (Rom, Bysans, det moriska Spanien och det Osmanska riket för att nämna några), 400-talets folkvandringar, krig, svält och religiösa förföljelser har gång efter annan fram till nutid möblerat om kontinentens demografi. Tiden efter andra världskriget inleder Europas moderna migrationsera, inledningsvis präglad av stora arbetskraftsströmmar från syd till nord. Berlinmurens fall 1989 och de efterföljande politiska förändringarna i dåvarande Sovjetunionen och östra Europa inledde ytterligare en ny epok i den europeiska migrationen. Dessa skeenden ledde också till att det dåvarande EGs tolv medlemsstater utvidgades till 27 EU-länder 2007, vars invånare (såväl infödda som legalt invandrade) tillförsäkras fri rörlighet över gränserna, vilket också är en av hörnstenarna i den europeiska integrationen.

Migrationen inom EU har under de senaste decennierna varit mycket dynamisk. Södra Europa, framför allt Italien, Spanien och Portugal, har under 2000-talet sett en stor tillströmning av utomeuropeiska migranter, samtidigt som den då blomstrande ekonomin i Irland lockade många baltiska, central- och östeuropeiska arbetsinvandrare. EU-utvidgningen 2004 ledde t.ex. till en lika ovanad som tidigare oöverträffad tillströmning av arbetsinvandrare till Storbritannien och en lika plötsligt kraftigt ökad emigration från Lettland, Litauen och Polen. I det sistnämnda fallet emigrerade över en miljon personer, motsvarande 4 procent, av den arbetsföra befolkningen mellan 2004 och 2007 (Galgóczy et al., 2009).

Den totala migrationen till och inom EU ökade med drygt 20 procent under perioden 1995-2004 och det antogs då att denna ökning skulle fortsätta, eftersom de främsta orsakerna till migration sannolikt skulle kvarstå inom överskådlig tid. Bland dessa kan främst nämnas skillnader i inkomst- och välståndsnivå mellan länder och ett antaget växande arbetskraftsbehov i många EU-länder (Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD, 2007).

Eurostats siffror från 2008 visar emellertid att denna prognos slog fel, åtminstone temporärt, då migrationen avtog såväl till som inom EU. Av EU:s totala befolkning på ca 500 miljoner var ca 30 miljoner, eller 6,6 procent, invandrade. En tredjedel av dessa hade rötter i ett annat EU-land och de övriga två tredjedelarna utanför EU. Största delen av dem är i åldersgruppen 20-39 år och har således många yrkesverksamma år framför sig (European Commission, 2010). Dessa siffror är emellertid ungefärliga, eftersom en del länders migrationsstatistik är bristfällig och i vissa saknas dessa data helt. Aggregerade siffror för EU och OECD är därför uppskattade genom beräkning av skillnaden mellan befolkningsmängd och den naturliga tillväxten (födslar minus dödsfall) vid olika tidpunkter. Det är emellertid säkerställt att den europeiska befolkningstillväxten nu till största delen beror på immigration, vars nettotillskott för närvarande är i storleksordningen två miljoner individer per år. Den stagnerande migrationen av framför allt tredje-land-medborgare, i kombination med de låga europeiska födelsetalen och den stigande andelen äldre, oroar i allt högre grad beslutsfattare såväl i Bryssel som i de enskilda medlemsstaterna. Denna oro spädades på då Eurostat publicerade sin befolkningsprognos 2008 (Eurostat, 2008), där det förutspåddes att, förutsatt en fortsatt nettoinvandring på två miljoner per år och allt annat oförändrat, från och med 2015 och framöver kommer antalet dödsfall att vara större än antalet nyfödda, varvid den naturliga folkökningen upphör. Från det året

är positiv nettoinvandring det enda som kan öka befolkningen totalt i EU. Från 2035 förmår inte ens positiv nettoinvandring kompensera för den negativa naturliga förändringen, och då kommer EU:s befolkning att börja krympa. Antalet personer i arbetsför ålder (15-64 år) i EU-27 beräknas minska med 48 miljoner mellan 2006 och 2050 och försörjningsbördan för dem som har arbete kommer troligen att fördubblas, dvs. allt färre arbetande ska försörja allt fler som inte arbetar, framför allt äldre som lämnat arbetsmarknaden. En sådan utveckling kommer att innebära stora påfrestningar på de befintliga välfärdssystemen och kommer sannolikt även att ha omfattande återverkningar på de enskilda ländernas arbetsmarknader.

EU deklarerade i sin Lissabonstrategi 2000 att unionen skulle bli världens ledande kunskapsbaserade ekonomi till 2010. Stort fokus låg då på arbetsmarknadens omvandling till högteknologiska och högkvalificerade arbeten. Intentionen var att behålla välutbildade människor och även locka kompetens från andra kontinenter. Ett centralt begrepp för att beskriva arbetsmarknadens funktion blev "flexicurity", vilket avsåg en beredskap för snabba omställningar, utvecklande av goda arbeten och ett bibehållande av sociala trygghetssystem. Lissabonstrategins bokslut är allt annat än upplyftande (Magnusson, 2010). Den ekonomiska omvandlingen sköt aldrig fart och arbetsmarknaden kom att präglas mer av "flexibility" än "security". Därtill kom den finansiella krisen 2008-09, som drabbade redan utsatta grupper på arbetsmarknaden mycket hårt, i synnerhet ungdomar, kvinnor och invandrare. Det har också visat sig att den alltför ensidiga betoningen av behovet av kvalificerad arbetskraft var missriktad, varför EU-kommissionen har föreslagit en korrigerad färdriktning genom följande uttalande:

"EU:s ekonomier står inför ett strukturellt behov av säsongarbete beroende på att arbetskraften inifrån EU förväntas bli mindre och mindre tillgänglig. Vad gäller framtida kompetensbrist inom EU, kommer traditionella sektorer att fortsätta att spela en viktig roll och det strukturella behovet av lågutbildade och lågkvalificerade arbetstagare kommer sannolikt att fortsätta öka. Det bör också påpekas att det finns ett mer permanent behov av okvalificerad arbetskraft inom EU. Det förväntas att bli allt svårare att fylla dessa luckor med EU:s inhemska arbetstagare, främst till följd av att dessa arbetstagare anser säsongarbete oattraktivt" (European, 2010).

Detta innebär i klartext att EU kommer att uppmuntra såväl temporär som permanent invandring av lågkvalificerad arbetskraft från länder utanför Europa. Sveriges regering har följt dessa intentioner och arbetat fram förslag för att underlätta temporär och cirkulär migration (Statens Offentliga Utredningar, 2011).

Direktiv och lagstiftning

Den Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna samt den Europeiska sociala stadgan är grunddokument beträffande arbetsmässiga och medicinska rättigheter. Den senare (Europe, 1996) fastslår bland annat att alla EU-medborgare, oavsett vilket medlemsland de befinner sig i har rätt till:

- Skäliga arbetsvillkor.
- Säkra och hälsosamma arbetsförhållanden.
- Skälig ersättning som är tillräcklig för att bereda dem och deras familjer en godtagbar levnadsstandard.

Medlemsstaterna åtar sig också "...att eliminera de risker som är förenade med riskfyllda eller hälsofarliga arbeten och där det ännu inte varit möjligt att eliminera eller i tillräcklig mån minska dessa risker, sörja för en förkortning av arbetstiden eller ge utökad betald semester för arbetstagare som är sysselsatta i sådan verksamhet" (artikel 2:4) samt "...att utforma och genomföra en enhetlig nationell politik avseende säkerhet och hälsa på arbetsplatsen och arbetsmiljön och med jämna mellanrum göra en översyn av denna. Det främsta syftet med denna politik ska vara att förbättra säkerhet och hälsa på arbetsplatsen samt förebygga olycksfall och skador som uppstår till följd av, i samband med eller som inträffar under arbetet, särskilt genom att reducera de olycksrisker som finns inbyggda i arbetsmiljön" (artikel 3:1). De ska därtill "...främja fortgående utveckling av företagshälsovård med huvudsakligen förebyggande och rådgivande funktion för alla arbetstagare" (artikel 3:4).

Rätten till social och medicinsk hjälp stadgas i artikel 13:1 som tillförsäkrar "...personer som saknar och som inte genom egna ansträngningar eller på annat sätt inte kan skaffa sig tillräckliga medel för sin försörjning och som inte heller kan få sådana medel från ett socialförsäkringssystem får nödvändig hjälp samt, vid sjukdom, den vård deras tillstånd kräver".

En sammanställning av EU:s juridiska dokument (2007) rörande migranternas hälsa, utgiven av International Organization for Migration, finns tillgänglig på internet (Pace, 2007).

En stor mängd åtgärder på arbetsmiljöområdet har vidtagits på grundval av artiklar 151 och 153 i Lissabonfördraget, tredje delen om Europeiska unionens funktionssätt. Den beskriver vilka stödjande åtgärder unionen ska vidta för att komplettera medlemsstaternas verksamhet inom bland annat arbetsmiljöområdet. En del av dem har resulterat i EU-direktiv, vilka är rättsligt bindande och medlemsstaterna måste införliva dem med sin nationella lagstiftning.

Grunden till den europeiska lagstiftningen på arbetsmiljöområdet är EU:s ramdirektiv om arbetstagarnas säkerhet och hälsa i arbetet (direktiv 89/391/EEG) som antogs 1989. Direktivet innehåller minimikrav för säkerhet och hälsa i hela EU, men medlemsstaterna kan behålla eller införa strängare bestämmelser. En del bestämmelser i ramdirektivet innebar betydande förändringar 1989, bland annat följande:

- Begreppet "arbetsmiljö" fastställdes i enlighet med Internationella arbetsorganisationens (ILO) konvention 155, med en modern inställning som innebär att hänsyn tas både till teknisk säkerhet och allmänt förebyggande av ohälsa.
- Syftet med direktivet var att skapa ett lika gott skydd för säkerhet och hälsa för alla arbetstagare (de enda undantagen är hemarbetande och personer med vissa offentliga och militära befattningar).
- Direktivet tvingar arbetsgivarna att vidta lämpliga förebyggande åtgärder för att göra arbetet säkrare och hälsosammare.
- Genom direktivet infördes den centrala principen om riskvärdering, och dess huvudsakliga beståndsdelar definierades (till exempel identifiering av risker, arbetstgardeltagande, införande av lämpliga åtgärder för att eliminera faror vid källan, dokumentering och periodiskt återkommande förnyade bedömningar av risker på arbetsplatserna).

- Den nya skyldigheten att vidta förebyggande åtgärder är en implicit betoning av vikten av att ge arbetsmiljöarbetet nya former och göra det till en del av de allmänna administrativa processerna i företagen.

Artikel 15 i direktivet stipulerar att "Särskilt utsatta riskgrupper ska skyddas mot de faror som speciellt berör dem." Mot bakgrund av forskning på området bör detta i många fall avse invandrade arbetstagare.

Ramdirektivet och andra förordningar rörande arbetsmiljö och -hälsa finns samlade på Europeiska Arbetsmiljöbyråns hemsida <http://osha.europa.eu/legislation>.

Migration och hälsa

Världshälsoorganisationen fastslår att migrerande arbetstagares hälsa har blivit en prioriterad fråga i den europeiska regionen till följd av EU:s utvidgning och arbetsmarknadens globalisering. Migrationens och globaliseringens inverkan på arbetstagarnas hälsa är en utmaning även i rika länder, eftersom nya anställningsformer och arbetsvillkor kan påverka såväl hjärta och kärl som den mentala hälsan hos den arbetande befolkningen och deras familjer (Europe, 2008).

Invandrades hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård är viktiga delar av den nationella hälsopolitiken, såväl ur ett integrations- som rättighetsperspektiv, men författaren till en policyrapport beställd av EU-kommissionen konstaterar att relativt litet är känt om dessa frågor och att långt ifrån alla medlemsländer ägnar dem tillräcklig uppmärksamhet (Mladovsky, 2007). Mätning av migranternas hälsa och uppskattning av möjliga orsaker till påvisade ojämlikheter i vården mellan invandrare och inhemsk befolkning ger upphov till en komplex bild där utfallet varierar i tid och rum och, där så är känt, mellan olika åldrar, kön, ursprungsländer och typ av migration (Fernandes and Pereira, 2009).

En översiktsstudie om invandrades självskattade hälsa i EU:s medlemsstater fann att de flesta invandrare och etniska minoritetsgrupper missgynnas jämfört med majoritetsbefolkningen, även efter kontroll för ålder, kön och socioekonomiska faktorer. Trots att endast begränsade jämförelser mellan länderna kunde göras visade de ett parallellt mönster av självupplevd hälsa bland liknande etniska minoritetsgrupper (Nielsen and Krasnik, 2010). Publikationer identifierades emellertid endast i fem av de 27 EU-länderna.

Trots att någon grad av mångfaldspolicy vore att vänta inom EU:s medlemsstater skiljer det mycket mellan olika länders ansatser att införliva invandrade arbetstagares behov i sina respektive välfärdssystem, inte minst inom hälso- och sjukvården. Förskjutningen mot överstatlighet, eller harmoniseringen, inom EU beträffande migrationsfrågor har inneburit en uppgradering av många länders diskrimineringslagstiftning, men migrationsforskare uttrycker också farhågor över att politikens fokus på tillväxt och flexibilitet på arbetsmarknaden kan få företräde framför det skydd som välfärdsstaten ska erbjuda ländernas invånare (Schierup et al., 2006).

Migration och arbete

En rapport om arbetsmigranter i EU:s medlemsstater från programmet för sysselsättning och social solidaritet – PROGRESS, administrerat av Generaldirektoratet för sysselsättning, socialpolitik och likabehandling – konstaterar inledningsvis att

invandrare från icke-EU-länder oftare har otryggare anställningar och sämre arbetsmiljö än anställda födda inom EU (International Labour Organization, 2010). Deras anställningsvillkor karaktäriseras ofta av:

- Tillfälliga kontrakt och längre arbetstider.
- Lägre inkomster.
- Riskfylld och ohälsosam arbetsmiljö.
- Svag facklig representation.

25 procent av anställningarna är temporära, att jämföras med 14 procent för EU-födda. Att siffrorna är högre för nyanlända invandrare (34 respektive 17 procent för anställda med mindre respektive mer än sju år i landet) indikerar dock att tillfälliga anställningar kan utgöra en etableringsfas till hjälp för att efter hand uppnå mer stadigvarande anställningsförhållanden.

Invandrades lägre inkomstnivå förklaras dels av en generell högre arbetslöshetsnivå än bland de infödda, och att invandrare är koncentrerade till låglönesektorer. Ytterligare en förklarande faktor är de nyanländas låga ålder. Invandrare besätter dessutom ofta de mest riskfyllda och hälsofarliga arbetena inom låglönesektorerna, t.ex. inom byggnads-, jordbruks- och gruvnäringar samt inom vård-, omsorgs- och hushållssektorerna. Detta anges även som en delförklaring till den låga fackliga representationen, då en del av dessa sektorer, framför allt inom tjänstesektorn, har en generellt låg organiseringsgrad.

Rapporten identifierar de hinder invandrare möter på EU:s arbetsmarknad utifrån såväl ett individuellt arbetstagarperspektiv som ett strukturellt samhällsperspektiv. Den arbetsökande invandraren begränsas ofta av bristande språkkunskaper, otillräckliga utbildnings- och yrkesmässiga kvalifikationer, begränsad kunskap om arbetsmarknaden och avsaknad av sociala och yrkesmässiga nätverk. Dessutom finns hinder av strukturell karaktär på den nationella arbetsmarknaden i form av svårigheter för myndigheter och arbetsgivare att värdera utbildnings- och yrkeskvalifikationer, strukturell och/eller direkt diskriminering, lagstiftning och föreskrifter, arbetsmarknadens funktion (t.ex. ökat utrymme för "flexicurity"), dåliga arbetsvillkor och -miljöer samt det konjunkturberoende tillståndet på arbetsmarknaden. Beträffande det sistnämnda är det väl belagt att invandrare är bland dem som drabbas hårdast i en ekonomisk recession.

Odokumenterade invandrare

Begreppet "illegal invandrare" förekommer i många sammanhang, men i denna text föredras benämningen "odokumenterad". Skälet är att det förstnämnda bygger på en sammanblandning av begreppen invandring och invandrare samt av status och person. En invandring kan vara illegal, då en person korsar en gräns utan giltigt tillstånd, men detta gör inte personen illegal. Däremot får personen illegal status.

Man kan skilja mellan två typer av odokumenterade invandrare. En typ är de som fått avslag på sin asylansökan och håller sig undan, så att beslut om utvisning inte kan verkställas, så kallade "gömda flyktingar". Den andra typen är de som inte sökt uppehållstillstånd eller asyl, men vistas i landet utan giltigt tillstånd. Det kan vara personer som hade lagligt tillstånd att vistas i landet tillfälligt och har stannat utöver beviljad tid, och det kan också vara personer som tagit sig in i landet utan myndigheternas kännedom.

Det ligger i sakens natur att odokumenterade invandrare inte finns i några register. De studier och uppgifter som finns om dem är antingen baserade på intervjuundersökningar eller på uppskattningar om deras antal. Det beräknades 2004 att mellan 4 och 7 miljoner odokumenterade invandrare arbetade inom den "informella sektorn" inom sexton av de största europeiska ekonomierna (Düvell, 2006). Senare studier tyder emellertid på att antalet är mindre och uppskattas till ungefär hälften, 3,8 miljoner, av de tidigare angivna maxtalen. Av dessa anges 1,8 till 3,3 miljoner uppehålla sig i EU15, till skillnad från tidigare angivna 3,1 till 5,3 miljoner (European Commission, 2009). Om detta beror på en faktisk minskning, olika mätmetoder eller andra bakomliggande orsaker går inte att bedöma.

De få studier som utförts avseende säkerhet och hälsa för odokumenterad arbetskraft visar, att de i regel har mycket dåliga arbetsvillkor. De löper allvarliga hälsorisker eftersom de ofta inte har tillgång till arbetsrelaterad hälsovård och saknar det rättsliga skydd som finns för anställda i farliga yrken. Ett bland många exempel är de 14 odokumenterade migrantarbetare (bekräftad siffra, enligt fackliga uppgifter uppgick de till 40) som miste sina liv under byggnationer inför de olympiska spelen i Aten 2004 (Essemyr, 2004).

Arbetshälsa och arbetsmiljö

EU har antagit en arbetsmiljöstrategi för 2007-2012 (European Commission, 2007) som syftar till att uppnå en hållbar minskning av arbetsrelaterade olyckor och sjukdomar. Ett konkret mål är att minska antalet arbetsolyckor med 25 procent inom EU 27 fram till 2012. Det skulle innebära en miljon färre olyckor. 82 procent av alla arbetsskador och 90 procent av alla dödsolyckor inträffar inom små och medelstora företag, och man konstaterar att vissa kategorier arbetstagare är mer utsatta än andra, bland dem invandrare. En delförklaring till detta anges vara att invandrare ofta är anställda inom högrisksektorer såsom byggnads- och anläggningsarbete, jordbruk, fiske, transport, hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Arbetsmiljöfrågor sorterar under generaldirektoratet för sysselsättning, socialpolitik och inkludering. Den Europeiska Arbetsmiljöbyrån i Bilbao, EU-OSHA, är den EU-institution som främst bär ansvaret för att sprida information om hälsa och säkerhet i det europeiska arbetslivet. Byråns styrelse är partssammansatt, vilket innebär att där ingår representanter från stat, arbetsgivare och fackförbund från alla medlemsstater. I varje medlemsstat finns också en kontaktorganisation som ansvarar för nationell spridning av byråns information. I Sverige är denna Arbetsmiljöverket. Byrån analyserar och sprider information om forskning, statistik och god praxis inom arbetsmiljöområdet till en rad olika målgrupper, bland annat till arbetsmarknadens parter samt försöker förutse och bidra till att förebygga nya risker. Implementering av åtgärder och inspektion åvilar däremot de enskilda medlemsstaterna. Byrån räknar migranter till en av de prioriterade grupperna och skriver på sin hemsida att:

Begreppet "migrant workers" täcker ett brett spektrum av människor med olika skäl till att migrera och med vitt skilda kvalifikationer. Inte alla dessa arbetstagare är "riskutsatta" beträffande säkerhet och hälsa på arbetsplatsen, men på grundval av insamlad information pekar EU-OSHA på tre arbetsmiljöområden för migrerande arbetstagare som är oroväckande:

- *den höga sysselsättningsgraden för migrerande arbetstagare i högrisksektorer,*
- *språkliga och kulturella hinder för kommunikation och utbildning i arbetsmiljöfrågor och att*

- *migrerande arbetstagare arbetar mycket övertid och/eller har dålig hälsa och är därmed mer benägna att drabbas av arbetsskador och sjukdomar.*

Byrån efterlyser mer forskning om risker i arbetet för arbetsinvandrare och konstaterar att det finns (i fallande omfattning [författarens anmärkning]) litteratur om migration, om invandrares hälsa och om deras arbetsvillkor, men det finns inte mycket som sammanför alla dessa frågor. Frågan kompliceras av de olika definitionerna av "migranter", brist på tillförlitlig statistik, samt av att en stor del av kunskaperna i ämnet härstammar från USA och Canada och inte med självklarhet kan överföras till EU-förhållanden.

Allt material från byrån om arbetsmiljörelaterad information om invandrare presenteras på http://osha.europa.eu/en/priority_groups/migrant_workers/index_html

Ytterligare en EU-institution med anknytning till arbetslivsfrågor är Eurofound, the European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (www.eurofound.europa.eu/), i Dublin. Stiftelsen ska stödja EU:s arbetsmarknads- och socialpolitik genom att identifiera strategier och metoder som fungerar och sprida resultaten. Dess roll är att tillhandahålla information, råd och sakkunskap utifrån sin komparativa forskning och analys till nyckelaktörer inom EU och till Europas medborgare. Eurofound är organiserat på samma sätt som Arbetsmiljöbyrån EU-OSHA, men har sedan Arbetslivsinstitutets nedläggning 2007 ingen kontaktorganisation i Sverige.

Beträffande migrerande arbetstagare konstaterar stiftelsen, att de i de flesta länder har högre arbetslöshet än den infödda befolkningen, är verksamma inom okvalificerade yrken, ofta under mindre fördelaktiga arbetsförhållanden, och mot bakgrund av utbildning och yrkeserfarenhet är de ofta överkvalificerade. Dessutom har de i stor omfattning osäkra anställningsförhållanden. Kvinnor och unga invandrare är särskilt utsatta. Även om det finns en ökad medvetenhet om den avgörande roll som migrerande arbetstagare spelar för den ekonomiska utvecklingen i medlemsstaterna, anser stiftelsen att större uppmärksamhet måste riktas mot kunskap om och förbättringar av deras anställnings- och arbetsvillkor.

Såväl Arbetsmiljöbyråns som stiftelsens rapporter och övrig information kan rekvireras kostnadsfritt eller laddas ner från respektive organisations hemsida.

Översiktsstudier

I en antologi från SALTSA-programmet (forskningprogram om europeiska arbetslivsfrågor vid Arbetslivsinstitutet, senare överflyttat till Uppsala universitet) diskuteras sambandet mellan arbete, social stratifiering och ojämlik hälsa i Europa, dock utan att specifikt behandla invandrad arbetskraft (Lundberg et al., 2007). Slutsatserna har ändå med största sannolikhet relevans för den kategorin, då de till övervägande del återfinns inom de grupperingar med låg socioekonomisk status som i samtliga av de åtta undersökta länderna (inkl. Sverige) uppvisar ett samband mellan såväl fysiskt som psykosocial påfrestande arbetsmiljö och dåligt hälsotillstånd.

Det har hittills publicerats fyra översiktsstudier som belyser framför allt europeisk forskning som från olika infallsvinklar sammanlänkar migration, hälsa, arbetsvillkor och arbetsmiljö. Sammantaget visar de att de forskningsrön som publicerats nästintill alla, förutom de icke-europeiska, härstammar från det tidigare EU15, och Norden. Storbritannien och Spanien är de enskilda länder som producerat flest artiklar. I det senare fallet behandlar en stor andel av dem odokumenterade

invandrades situation. Med enstaka undantag finns ännu inget publicerat från Central- och Östeuropa.

Inom ramen för SALTSA-programmet vid Arbetslivsinstitutet publicerades 2000-2001 två forskningsöversikter om migration och arbetsrelaterad hälsa i ett europeiskt perspektiv, båda av probleminventerande karaktär. Den tidigaste av dem har ett metodologiskt och konceptuellt fokus (Schærström, 2000), medan den andra är en litteraturöversikt och lyfter fram resultat av empiriska studier (Wren and Boyle, 2001). De studier som både Schærström och Wren & Boyle refererar till är av naturliga skäl minst tio år gamla. Därför redovisas här enbart de generella slutsatser om forskningsområdets karaktär som de belyser. De svenska studier de refererar diskuterades i det föregående kapitlet.

Båda rapporterna konstaterar att förekomsten av forskning om invandrades arbetsrelaterade hälsa är ytterst sparsam och att framtida forskning har stora metodologiska svårigheter att övervinna.

Schærström anger inledningsvis tre skäl till att beakta arbetsvillkor och arbetsmiljö ur ett migrationsperspektiv. För det första innebär mötet mellan människor med olika kulturella bakgrunder på en arbetsplats en förändring i den sociala arbetsmiljön, samtidigt som det utgör en utmaning för företagshälsovård och arbetsmiljöarbetet. För det andra är det möjligt att risker kan uppstå till följd av informations- och kommunikationsproblem och att migranter inte alltid är medvetna om rättigheter och skyldigheter på arbetsplatsen. Slutligen är det också möjligt att arbetsplatsen och arbetsrutiner måste anpassas efter den invandrade arbetskraftens specifika karaktär och förutsättningar.

Begränsningarna i den forskning han funnit ligger främst i att:

- Metoderna är ofta endimensionella, minoriteter jämförs nästan enbart med majoritetsbefolkningen. En jämförelse mellan minoriteter skulle kunna röja mer av migrationsituationens dynamik.
- Studier tar sällan hänsyn till migrationens mångfacetterade karaktär, utan betraktar studieobjekten som antingen migranter eller icke. Invandrades skiftande sociala, kulturella, utbildnings- och yrkesmässiga bakgrunder beaktas sällan och inte heller arten och längden av deras uppehåll i landet, vilket har haft inverkan på deras erfarenheter och exponering för såväl risker som hälsobefrämjande åtgärder. Det sistnämnda är av stor vikt vid studier av arbetsmiljörelaterad riskexponering, då långa latanstider kan förväntas.
- Epidemiologisk forskning studerar oftast hälsoeffekter av arbetsmiljö, privata levnadsförhållanden och utomhusmiljö var för sig och detta särskiljande borde begränsas till förmån för en helhetssyn. Människor rör sig mellan dessa miljöer och, i synnerhet vid studier av invandrades hälsa, har därför särskilt familjeförhållanden alltid en inverkan på det allmänna hälsotillståndet under påfrestande livssituationer, antingen som en stödjande eller ytterligare komplicerande faktor.
- Relevanta data saknas i de flesta länder och kvalitativa undersökningar är ojämförbara på grund av olika metoder, urval och definitioner.
- Arbetsrelaterade olyckor och sjukdomar uppstår även utanför den officiella arbetsmarknaden, där det per definition är mycket svårt att få och implementera den kunskap som behövs för att kunna bedriva ett förebyggande arbetsmiljöarbete.

Wren och Boyle finner att merparten av den europeiska forskning som finns på området har bedrivits i de nordiska länderna, Storbritannien och i viss mån i Tyskland, Holland och Frankrike. De menar att det mest grundläggande problemet är bristen på relevanta data och i synnerhet sådan som möjliggör internationella jämförelser. Även då data finns är risken för felaktiga resultat och analyser stor på grund av skiftande definitioner av centrala begrepp och även skillnader i medicinsk diagnostik mellan och inom länder. En kritik som riktas mot flera av de studier de redovisar är, att de i allt för liten utsträckning tar hänsyn till de invandrades socioekonomiska status och inte heller differentierar mellan arbetar-, flykting- och anhöriginvandrare. Författarna påpekar också att migration inte med nödvändighet leder till arbetsrelaterade hälsoproblem, men att forskningen i viss mån bidrar till en sådan uppfattning genom att bara undantagsvis uppmärksamma positiva hälsobeteenden såsom till exempel den låga förekomsten av alkoholism och självmord bland vissa minoritetsgrupper.

De drar slutsatserna att:

- Forskningen om invandrades arbetsrelaterade hälsa uppvisar stora kunskapsluckor och att olika studiers resultat sällan är jämförbara.
- Liten uppmärksamhet har ägnats åt "elitmigranter" arbetsmiljö och hälsa, till exempel EU-tjänstemän i Bryssel och medarbetare i multinationella företag.
- Arbetsvillkoren för odokumenterade migranter kräver större uppmärksamhet, i synnerhet som de i regel arbetar inom de mest riskfyllda sektorerna.
- Flyktinginvandrare är ofta högutbildade och drabbas av kompetensförlust i det nya landet. Förutom att detta innebär en kapitalförlust för samhället, leder det ofta till försämrad hälsa för individen.
- Tillfällig arbetsmigration från framför allt Östeuropa har ökat markant. Många av dessa migranter arbetar ofta under dåliga villkor, vilket riskerar att äventyra hälsan både på kort och lång sikt.

The European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions publicerade 2007 en studie om invandrades anställnings- och arbetsvillkor som bygger på data från Eurostat och OECD samt rapporter från 24 av EU:s medlemsstater plus Norge (Ambrosini and Barone, 2007). De aspekter som belyses är löner, utbildnings- och karriärmöjligheter, riskexponering och facklig organisationsgrad. I studien, som utmynnar i ett antal rekommendationer, konstateras i likhet med de tre föregående forskningsöversikterna inledningsvis att :

"In most countries, migrant workers have higher unemployment rates and, when in employment, tend to be segregated in unskilled occupations and exposed to higher risks of over-qualification. Moreover, they experience considerable job insecurity, and the sectors and occupations where they are employed are characterised by less advantageous working conditions. Overall, women and young migrants are particularly vulnerable. Although there is increasing awareness of the crucial role played by migrant workers in the economic growth of countries, greater attention needs to be paid to their employment and working conditions."

Studien pekar på att de europeiska länderna kan grupperas i olika kluster med avseende på deras respektive migrationsmönster :

- De nya medlemsstaterna med en låg invandring och där de invandrade ofta är anställda inom kvalificerade yrken. En del av dessa länder uppvisar en stor utvandring, till exempel Polen och Rumänien.
- Sydeuropa plus Irland, vilka under de senaste decennierna har skiftat från att vara utvandrarländer till att nu ha en betydande nettoinvandring, varav en ökande andel är odokumenterad. Invandrare i dessa länder har en hög sysselsättningsgrad, dock koncentrerad till okvalificerade yrken.
- De centraleuropeiska länderna med en lång tradition av en demografiskt och socioekonomiskt blandad invandring. Invandrades arbetslöshet är högre än de inföddas.
- De skandinaviska länderna med en begränsad invandring och där invandrare ofta är anställda inom kvalificerade yrken.

Den sista noteringen kan tyckas en aning förvånande, då invandringen förvisso är reglerad men knappast begränsad i jämförelse med ett flertal andra europeiska länder, och i viss mån motsägande andra uppgifter i rapporten, där det hävdas att invandrare i Sverige och Norge ofta är överkvalificerade för sina jobb och att deras karriärmöjligheter begränsas av diskriminering.

Rapporten ekar samma budskap som tidigare refererade studier; invandrare i alla EU-länder återfinns i låglönesektorer, framför allt inom serviceyrken. En anledning sägs vara att de i genomsnitt är yngre än den infödda befolkningen, men det förklarar inte varför de också i hög utsträckning blir kvar i denna position. Flera av landrapporterna anger bristande språkkunskaper som en starkt bidragande orsak till denna inlåsning, men huvudförfattarna tillåter sig att ifrågasätta huruvida de språkrav som ställs på invandrare alltid motsvarar arbetets krav, eller om de också ibland maskerar fördomar mot etniska minoriteter.

Likaså bekräftar rapporten att invandrare i betydligt högre grad än infödda har tillfälliga anställningar och andra a-typiska anställningsvillkor. Förutom tidigare angivna förklaringsgrunder till detta påpekas även att:

- Vissa länder utfärdar tidsbegränsade arbetstillstånd (t.ex. Belgien, Cypern).
- Invandrare utgör en stor andel av arbetskraften inom säsongbetonade näringar (Österrike, Italien).
- Invandrare är anställda inom delar av den offentliga sektorn där tillfällighetsanställningar är vanligt förekommande (Finland).
- Invandrare ofta är hänvisade till bemanningsföretag (Sverige och Storbritannien).

Det framförs också att migrantarbetare exponeras mer än andra för hälso- och säkerhetsrisker på grund av sin relativt korta arbetsperiod i mottagarländerna och även av sina begränsade kunskaper om de rådande hälso- och säkerhetssystemen. Invandrare rapporterar också att de är utsatta för trakasserier oftare än sina infödda kollegor. I kombination med dåliga arbetsförhållanden och otrygga sociala förhållanden leder detta också till högre förekomst av stress och utbrändhet.

Andra rön som kan noteras från Eurofound-rapporten är:

- Data från Österrike visar att 37 procent av de invandrade arbetstagarna känner sig utsatta för en dålig arbetsmiljö, jämfört med 16 procent av de infödda österrikiska arbetstagarna. Omkring 30 procent av de invandrade arbetstagarna kände sig särskilt hotade av olycksfalls- och skaderisk på arbetsplatsen, jämfört med 13 procent av de infödda österrikarna.
- Information från det spanska arbetsmarknadsdepartementet uppger att 8,4 av 100 000 invandrade arbetstagare dog i arbetsplatsolyckor 2005, jämfört med 6,3 per 100 000 bland infödda.
- Arbetsplatsolyckorna i Italien uppgår till en per 23 arbetare för totalbefolkningen, medan de är en per 16 anställda för invandrare.
- Från Holland rapporteras att icke-västerländska anställda arbetar övertid, kvällar, nätter och helger, har skiftarbeten och högre olycksfallsfrekvens i högre grad än infödda. De är också till större andel anställda i farliga yrken och är mer exponerade för fysiska riskfaktorer.
- På Irland är dödssiffran för invandrare 5,6 per 100 000 anställda, att jämföras med 3,0 för irländska arbetare. Största risken finns inom byggnadssektorn.

En ytterligare punkt som lyfts fram är, att även om invandrade arbetstagare är en särskilt sårbar grupp är de ofta svagt företrädda av fackföreningar. Information om organisationsgrad saknas i de flesta fall, men mot bakgrund av att invandrare är koncentrerade till sektorer med en mindre facklig anslutning än genomsnittet, till exempel den privata tjänstesektorn, är det rimligt att anta att deras organisationsgrad ligger under genomsnittet.

I de avslutande kommentarerna fokuserar författarna på strukturella företeelser som de rekommenderar varje land att beakta:

- Ofördelaktiga arbetsvillkor tycks vara relaterade till svårigheter att erhålla arbetstillstånd, även då det råder arbetskraftsbrist. Reglerna för att få arbets- och uppehållstillstånd bör därför anpassas till arbetskraftsbehovet.
- Det samma tycks gälla för medborgarskap. Eftersom reglerna att erhålla medborgarskap skiftar mellan de europeiska länderna bör ansträngningar för harmonisering göras.
- Kompetensen att validera utländska examina måste stärkas, i synnerhet i ljuset av att de senaste årens invandring innefattar en stor andel högutbildade personer.
- Ansträngningarna att attrahera högutbildade invandrare bör stödjas, dels för att de utgör ett värdefullt humankapital och dels för att motverka sammanlänkningen av invandrare med låg utbildning och lågkvalificerade jobb.
- Delar av den invandrade arbetskraften är mycket sårbar. I synnerhet kvinnor som riskerar att konfronteras av en tredubbel diskriminering utifrån kön, ursprung och klasstillhörighet. Andra påtagligt sårbara grupper är muslimer och romer.
- Inom utvecklade demokratier är diskriminering oftast indirekt och ett resultat av att jämlikhetsprincipen kommer i konflikt med andra grundläggande demokratiska principer eller ett användande av skenbart objektiva kriterier vid till exempel rekrytering eller befordran.

Författarna betonar också att invandrade arbetstagares situation och villkor bör beaktas av arbetsgivare i högre utsträckning än vad nu är fallet, i synnerhet beträffande:

- Deras specifika risker och arbetsmiljöproblem.
- Hur kulturell mångfald påverkar arbetsrutiner, relationer på arbetsplatsen och arbetstagarnas balans mellan arbete och privatliv.
- Hur invandrades språksvårigheter kan påverka både deras egen och andras hälsa och säkerhet.
- Hur invandrades begränsade kunskaper om hälso- och säkerhetssystem, rutiner samt rättigheter och skyldigheter kan påverka deras hälsa.

De föreslår också bland annat följande konkreta åtgärder:

- Policydokument och riktlinjer bör erkänna förekomsten av diskriminering och legitimera att missförhållanden påtalas.
- Fastställa invandrades muntliga och skriftliga språkfärdigheter för att rätt kunna uppskatta risker och företa förebyggande åtgärder.
- Säkerhetsföreskrifter och anvisningar för att upptäcka och rapportera risker måste vara förståeliga för alla och, vid behov, översättas till de anställdas modersmål.
- Säkerhetsträning bör ske på de anställdas modersmål, om det finns tvivel om deras förmåga att förstå majoritetsspråket.

Slutligen betonar rapporten att det också finns positiva utvecklingstendenser. Antalet egenföretagare ökar bland invandrare, även om detta inte med automatik kan jämföras med ökad integration och bättre arbetsvillkor. Några länder (Sverige, Norge och Storbritannien) anställer fler invandrare inom kvalificerade yrken. Dessutom indikerar studier att arbetsvillkoren förbättras ju längre individerna stannar i mottagarlandet.

En något senare uppdaterad litteraturstudie om migrerande arbetstagare i Europa publicerades 2007 av EU-OSHA (EU-OSHA, 2007). Studien bygger vidare på de två ovan refererade SALTSA-studierna och tar avstamp i tre övergripande frågeställningar:

- Ökar antalet migrantarbetare inom EU och i vad mån har deras arbetsmiljö förändrats under de senaste fem åren?
- Kräver det nuvarande kunskapsläget ytterligare tillskott och fördjupning?
- Behöver några specifika arbetsmiljö- och säkerhetsfrågor prioriteras för denna grupp?

Översiktens referenslista innehåller till största delen litteratur om migration, arbetsmarknad, invandrades hälsa, diskriminering, lagstiftning och policydokument men få aktuella studier om invandrades arbetsvillkor och arbetsmiljö.

Rapporten pekar på att migration kan innebära karriärmöjligheter, som kan förbättra arbetarnas allmänna välbefinnande, men också en kompetensförlust och nedåtgående social rörlighet som kan förknippas med potentiella hälso- och säkerhetsproblem. Även denna studie fastslår att skärningsfältet mellan migration, hälsa och arbetsvillkor/arbetsmiljö är näst intill outforskat, trots att det finns många

och goda studier inom vart och ett av fälten. Mot bakgrund av studiens omfattande litteratursökning konstateras följande:

- Det finns ingen övergripande eller systematisk migrationsforskning från Polen, Tjeckien, Slovakien, Ungern, Slovenien, Grekland, Cypern, Malta eller de baltiska staterna.
- I vissa länder, till exempel Frankrike, finns inga aktuella uppgifter om invandrades arbetsvillkor eller statistik om invandrades arbetsolyckor.
- Personers nationalitet eller etnicitet registreras i de flesta länder sällan eller aldrig inom hälso- och sjukvården.
- Existerande registerdata är av en rad skäl ojämförbara.
- Många studier är gamla.
- Få studier gör distinktioner mellan olika kategorier av invandrare (arbetskraftsinvandrare, flyktingar, anhöriginvandrare) eller mellan olika nationella eller etniska invandrargrupper.
- Nästan inga studier inbegriper invandrarnas ålder, kön, tid i landet eller socio-ekonomiska variabler.

Undersökningen betonar att det är stora skillnader mellan EU:s medlemsländer i många viktiga avseenden, såsom migrationshistorik och -karaktär, invandrar- och arbetsmarknadspolitik samt generella välfärdsnivåer och -system. Studien understryker emellertid de olika förklaringar till migrerade arbetstagares bristfälliga och/eller utsatta ställning på arbetsmarknaden som en rad studier har belyst. De mest anförda orsakerna är följande:

- Arbetskraftsbrist i vissa yrken.
- Icke-västerländska invandrare återfinns i mer lågkvalificerade arbeten och flexibel sysselsättning.
- Odokumenterad arbetskraft återfinns i lågkvalificerade jobb.
- Dåliga språkkunskaper.
- Låg utbildning.
- Invandrades bristande kunskap om arbetsmarknadens funktionssätt.
- Mindre effektiv arbetsförmedlingsstrategi än för inhemska arbetare.
- Svårigheter för myndigheter och arbetsgivare att validera utbildnings- och yrkeskvalifikationer.
- Juridiska hinder, till exempel behörighetskrav för vissa yrken.
- Diskriminering.

Den allmänt omfattade orsaken till invandrades ofördelaktiga position och villkor på arbetsmarknaden, att de ofta har sin utkomst inom de mest riskfyllda och ohälsosamma yrkena, bekräftas till en del, men författarna finner argument för att det inte är hela förklaringen. Till en del bidrar också diskriminering, men också andra faktorer spelar in. Två refererade tyska studier visar att turkiska invandrare har skiftarbete i högre utsträckning än infödda tyskar och att de även arbetar mer vid löpande band, har mer övertids- och helgarbete, tar ut mindre semester och är mindre

sjukskrivna (Erdogan, 2002, Van Poppel and Kamphuis, 2003). Dessa observationer kompletteras av en fransk studie, som belägger att migrantarbetare exponeras mer och under längre tid för allvarliga arbetsrisker på grund av de arbetsuppgifter de tilldelas och de anställningsförhållanden de har (ofta tillfällig eller deltidsanställning). Därtill bidrar språksvårigheter, rädsla att förlora jobbet, otillräcklig introduktion och säkerhetsträning samt bristande eller ingen kunskap om arbetsrättsliga villkor (Gliber, 1997).

Övriga rön om sambandet mellan arbetsmiljö och hälsa som rapporten lyfter fram är:

- Invandrare har i svenska studier funnits vara mindre påverkade av dålig psykosocial arbetsmiljö än infödda. (Detta baseras på Döös, 1990, och Lapidus et al., 1998, och motsägs av senare studier presenterade i denna text.)
- Hörselskador och muskuloskeletala problem är vanligare bland invandrare än bland infödda (Tyskland).
- Invandrare har fler sjukdagar, men lika många sjukskrivningsperioder jämfört med infödda, dvs. att varje frånvaroperiod är längre (Holland, Belgien, Sverige).
- Invandrare uppvisar högre förekomst av utbrändhet och stress i studier från Storbritannien och Sverige (Hallsten et al., 2002).

De flesta studier pekar på att invandrardominerade sektorer och yrken har högre olycksrisker och ger större exponering för sjukdomsalstrande faktorer, och att invandrare därför oftare än infödda är inblandade i olyckor och drabbas av yrkessjukdomar. Merparten av de befintliga europeiska studierna visar också att invandrare är överrepresenterade i statistiken över arbetsplatsolyckor. Belägg för detta redovisas från Frankrike, Belgien, Tyskland, Irland, Italien, Österrike, Spanien och Slovenien. De flesta av beläggen är statistiska rapporter, men de som också innehåller en analys argumenterar för att orsakerna står att finna i invandrades arbets- och anställningsvillkor. Åter igen; de är överrepresenterade i s.k. 3D-jobs (dirty, dangerous, demanding) och har temporära eller säsongsmässiga anställningar. Migranter tenderar (åtminstone inledningsvis) att få lågkvalificerade, tidsbegränsade anställningar, ofta med dåliga arbetsmiljöförhållanden. Problemet förvärras av bristen på bra kommunikation med arbetsgivare och arbetsledare, bristande kunskaper om de maskiner som används och olika attityder till säkerhet. I Tyskland rapporterar invandrade arbetstagare dubbelt så många arbetsrelaterade olyckor som infödda arbetare och i Frankrike drabbar 30 procent av de olyckor som leder till bestående arbetsförmåga icke-franska arbetstagare. Uppgifter från Belgien tyder på att marockanska och turkiska invandrare sysselsatta inom den tunga industrin har en högre förekomst av olyckor än infödda belgare och också, att de har flera sekundära psykiska ohälsotillstånd som följd. Inom jordbrukssektorn är exponering för bekämpningsmedel och andra kemiska produkter en stor risk och spanska studier har funnit samband mellan sådan exponering och depression, neurologiska sjukdomar och missfall hos migrerade lantarbetare. Denna bild av olycksdrabbade invandrare nyanseras emellertid av studier från bland annat Sverige (Döös et al., 1994) och Finland (Salminen et al., 2009) som fann att invandrade bilfabriksarbetare respektive busschaufförer löpte samma risk för arbetsolyckor som infödda svenskar respektive finländare.

Särskild uppmärksamhet ägnas de odokumenterade migranternas arbetsförhållanden. Deras arbetsplatser finns till stor del inom den informella sektorn,

vilket innebär att arbetsplatserna i regel inte inspekteras och att deras arbetsvillkor, olyckor och sjukdomar inte finns i några register eller i någon statistik. På grund av sin rättslösa status och rädsla för avsked från arbetet eller utvisning ur landet, är det inte troligt att de rapporterar olyckor och missförhållanden och blir därför också sårbara för alla typer av exploatering. De blir också i allt högre grad rekryterade av mer eller mindre legala bemanningsföretag som i sin tur hyr ut dem för lågkvalificerade och lågavlönade uppgifter inom en rad branscher. Det ligger i sakens natur att uppskattningar av antalet anställda, arten av missförhållanden på deras arbetsplatser och omfånget av de risker de utsätts för och antalet skador och dödsfall de drabbas av är högst ungefärliga.

Studien utmynnar i en bekräftelse av behovet av ökade forskningsinsatser om invandrades arbetsrelaterade hälsa på europeisk nivå och rekommendationer om att samla in mer jämförbar, longitudinell data samt att initiera storskaliga studier som också inbegriper relevanta demografiska och socioekonomiska bakgrundsvariabler. Detta innefattar också att etablera en konsensus kring begreppsdefinitioner, undersöknings- och analysförfaranden.

Lika viktigt är att förstärka uppmärksamheten kring arbetsmiljöfrågor för de migrantarbetare som nu lever och arbetar inom EU och stödja de organisationer som verkar för att övervaka och förbättra deras arbetsförhållanden.

Enskilda studier – några exempel

Tre spanska studier av invandrades arbetsrelaterade hälsa är av särskilt intresse då de, förutom de resultat de presenterar, också illustrerar en metodologisk utveckling som pekar i den riktning som efterlysts i tidigare refererade översikter.

Den första är en registerstudie som undersöker invandrades risk för arbetsrelaterade olyckor (Ahonen and Benavides, 2006). Den jämför spanska och icke-spanska försäkrade anställda och redovisar en statistiskt beräknad risk med hänsyn till kön och ålder och omfattar cirka 12,9 miljoner spanjorer och cirka 550 000 invandrare. Resultatet visar att alla invandrare i alla åldrar generellt löper större risk för att drabbas av både arbetsolyckor och dödsfall i arbetet, i synnerhet kvinnor vars risk var fem gånger högre än för spanskfödda, samt äldre arbetare, där de i åldersgruppen 55+ löper 15 gånger högre risk än den spanskfödda kontrollgruppen.

Författarna påpekar att studien begränsades av att urvalet endast omfattade försäkrade arbetstagare, inte kunde stratifieras utifrån näringsgren, arbetsuppgifter eller kön inom åldersgrupperna. Dessutom var inte användbara data om de invandrades ursprung, tid i landet, utbildning, yrkeserfarenhet och andra socioekonomiska tillgängliga, vilket påtalas som ett allvarligt hinder för att erhålla den kunskap som behövs för att förbättra den invandrade arbetskraftens arbetsvillkor.

Nästa studie är också en registerstudie, baserad på Barcelona Health Interview Survey 2000, som undersökte anställda invandrades (n=162) självrapporterade hälsa i relation till social klass och kön i jämförelse med infödda katalaner (n=2106) och spanjorer från andra regioner (n=944) som hade flyttat in till Barcelona, alla i åldrarna 16 till 64 år (Borrell et al., 2008). Social klass bestämdes utifrån en 12-gradig skala, där "capitalist" rankades högst och "unskilled worker" lägst. Migrationsstatus var främsta oberoende variabel, men utfallen kontrollerades även för civilstånd, psykosocial och fysisk arbetsmiljö, anställningstrygghet och typ av anställningsavtal, veckoarbetstid, materiell standard i hemmet och hushållsarbete. Hälften av de invandrade kom från spanskspråkiga områden i Central- och Sydamerika, en

fjärdedel från Västeuropa, Japan, Australien och USA och den återstående fjärdedelen från Asien och Afrika.

Resultaten är betydligt mer nyanserade än i den ovan refererade studien och visar att utländska män generellt, men framför allt i lågkvalificerade yrken, och inflyttade spanska kvinnor med de bästa respektive sämsta yrkesmässiga positionerna uppgav den sämsta hälsostatusen. Låg självuppskattad hälsa samvarierar för invandrade män med otrygg anställning och psykosociala och fysiska risker i arbetet, medan samma variabel för de inflyttade kvinnorna samvarierade med social klass, fysiska arbetsrisker, hushållsarbete och låg materiell standard. Utöver detta visar studien bland annat att social klass varierar utifrån migrationsstatus och kön, samt att invandrare är mer exponerade för risker i arbetet än infödda. Ytterligare en viktig insikt från denna studie är att även intern migration påverkar sambandet mellan hälsa och arbete.

Den tredje spanska studien undersöker sambanden mellan invandrades hälsa, deras juridiska status och anställningsformer (Sousa et al., 2010) och omfattar 1 849 utlandsfödda och 509 spanskfödda. Studien genomfördes genom intervjuer, främst eftersom det saknas registerdata om odokumenterade invandrare. Metoden möjliggjorde också integrering av data som visserligen finns i andra register, men som inte kan kopplas sinsemellan på grund av olika klassificeringar eller definitioner. Urvalet av utlandsfödda omfattar individer mellan 20 och 40 år från Marocko, Ecuador, Peru och Rumänien, bosatta i fyra större städer och med minst ett års bosättning och tre månaders arbete i Spanien. De innehade inte spanskt medborgarskap och var heller inte gifta med en spanskfödd, men hade tillräckliga kunskaper i spanska för att kunna delta i intervjuundersökning. Den juridiska statusen för utlandsfödda klassificerades som dokumenterad eller odokumenterad och anställningsform som fast anställd, tillfälligt anställd eller kontraktlös. Fast anställda spanskfödda utgör referens. Den självskattade fysiska hälsan klassificerades som god eller dålig, medan den psykiska hälsan mättes efter ett frågeformulär. I analyserna av sambanden mellan hälsa, juridisk status och anställningsform inkluderades även uppgifter om ålder (över eller under 30 år), tid i landet (mer eller mindre än tre år) utbildningsnivå, näringssektor och inkomst. Alla analyser gjordes separat för män och kvinnor. En första analys av hur populationen fördelades utifrån de undersökta variablerna visade att de invandrade är yngre, vanligen tillfälligt anställda och koncentrerade till jordbruks-, byggnads-, vård- och hushållssektorerna. Spanskfödda män med tillfälliga anställningar uppvisade sämst hälsa. Sämst fysisk hälsa bland kvinnor uppvisade utlandsfödda kontraktlösa med mer än tre år i landet och tillfälligt anställda med mindre än tre år i landet. Sämst psykisk hälsa bland män uppvisade utlandsfödda kontraktlösa med mer än tre år i landet och bland kvinnor låg utlandsfödda kontraktlösa med mer än tre år i landet i topp. Inte i något fall intar odokumenterade invandrare någon särställning, vilket emellertid ska tolkas som att de under likvärdiga förhållanden som andra invandrade arbetstagare inte uppvisar sämre hälsa. En rad studier pekar emellertid på att de sällan har likvärdiga anställnings- och arbetsvillkor (se under "Odokumenterad arbetskraft"). Av de samlade resultaten drar författarna slutsatsen att invandrades arbetshälsa är mer relaterad till arbetsvillkor och arbetsmiljö än till deras juridiska status, dels beroende på de små skillnaderna mellan dokumenterad och odokumenterad arbetskraft och dels på att otrygga anställningsvillkor påverkade de inföddas hälsa i minst lika hög grad som de invandrades. Det sistnämnda betonar ytterligare vikten av att beakta invandrade arbetstagares arbetsvillkor, då de mycket oftare har tillfälliga anställningskontrakt, eller inga alls.

De nordiska länderna

Sverige, Danmark och Norge har en likartad migrationshistoria, då de fram till en bit in på 1900-talet var utvandringsländer. Under efterkrigstiden har de däremot uppvisat en nettoinvandring, om än i olika omfattning. Antalet utlandsfödda i dessa tre länder uppskattas idag till drygt 2,2 miljoner. Finlands nettoinvandring är av betydligt senare datum, då det var ett utvandringsland (främst till Sverige) fram till 1980-talet. En stor del av migrationen i Norden sker mellan de nordiska länderna, då en fri arbetsmarknad sedan 1954 och nära språkrelationer gör det enkelt för nordiska medborgare att flytta mellan länderna.

Trots att de nordiska länderna har stora yrkesverksamma invandrapopulationer är den samlade litteraturen om deras arbetsrelaterade hälsa och deras arbetsmiljöförhållanden mycket sparsam.

Danmark

Danmarks migrationshistoria sammanfaller med Sveriges. Från att ha varit ett utvandringsland, har landet under de senaste årtiondena blivit ett månggetniskt invandringsland. Danmark hyste i januari 2010 cirka 470 000 utlandsfödda invandrare, vilket motsvarar 7,5 procent av befolkningen, med ursprung i 200 länder. Hälften av dem härstammar emellertid från Europa. De största grupperna hade sitt ursprung i Turkiet, Tyskland och Irak (Statistisk sentralbyrå, 2010).

Migration och hälsa

En studie undersökte skillnader i självskattad hälsa mellan utlandsfödda, deras barn, och etniska danskar i förhållande till deras socioekonomiska position (Dinesen et al., 2011). Undersökningen samlade in hälsodata från 4 985 personer i åldrarna 18-66 år och kopplade denna till registerbaserade data om utbildning, sysselsättning, och inkomster som indikatorer på socioekonomisk position.

Utlandsfödda rapporterade sämre hälsa jämfört med både etniska danskar samt andra generationens invandrare. Justering för socioekonomisk position minskade detta samband och visade att effekten av socioekonomisk förhållanden på självskattad hälsa varierade inom grupperna. Då resultaten inte var konklusiva anser författarna, att det behövs ytterligare forskning om effekterna av socioekonomisk ställning på hälsa bland invandrare och deras ättlingar.

En rapport från Statens Institut for Folkesundhet konstaterar att forskning om etniska minoriteters hälsa i Danmark är sparsam (Holmberg et al., 2009). Rapporten sammanfattar kunskapsläget med att invandrare är mer utsatta för en rad hälso-problem och att sjukdomsmönstren varierar mellan etniska grupper. Invandrare bedömer ofta sitt eget hälsotillstånd som sämre än vad etniska danskar gör. Flera kroniska sjukdomar är mer frekventa, till exempel diabetes, medan cancer är mindre vanligt. Den psykiska hälsan är generellt sämre bland invandrare, då fler upplever kronisk ångest, depression och stress än etniska danskar.

Författarna betonar att behovet av mer kunskap om sjuklighet och hälsa både inom etniska minoritetsgrupper och i relation till etniska danskar är stort.

Migration och arbete

Danmarks statistik redovisade 2004 en undersökning av personer i åldrarna 16 till 66 år invandrade från de tio största icke-västliga invandrarländerna (Danmarks statistik, 2004). Hälften av dessa fanns då inte i arbetskraften. Lägst sysselsättningsgrad hade invandrare från Somalia och Irak, medan vietnameser och lankeser hade högst tillsammans med invandrare från de "gamla" invandringsländerna Turkiet och Jugoslavien. För invandrare från icke-västliga länder visade sig antalet år i Danmark ha stor betydelse för deltagande på arbetsmarknaden, även om det är stora skillnader mellan olika ursprungsländer. Merparten av de sysselsatta arbetade inom handel samt hotell- och restaurangbranschen. Grunden för uppehållstillstånd visade inget klart samband med sysselsättning.

En landöversikt publicerad av Eurofound (se kapitel om Europa) visar att särskilt icke-västerländska invandrare oftare än infödda danskar är egenföretagare, har lägre lön och är överkvalificerade för sina arbetsuppgifter. Det finns däremot inga betydande skillnader i exponering för olyckor och arbetssjukdomar mellan invandrare och arbetstagare med danskt ursprung (Holm Christiansen and Stenar Pedersen, 2007).

Arbetsvillkor och arbetsmiljö

Två studier belyser psykosociala arbetsmiljöfaktorer inom två skilda branscher. Den första jämför invandrade och infödda städare psykosociala arbetsmiljö (Olesen et al., 2010) och bygger på en tidigare dansk studie som visar att icke-västliga städare har sämre hälsa än danska arbetstagare (Jørgensen et al., 2011). Studien avsåg att undersöka om dessa skillnader kvarstod då icke-västerländsk städpersonal jämfördes med infödda danskar i samma yrkesposition och genomfördes genom att ett frågeformulär (Copenhagen Psychosocial Questionnaire, COPSQ) besvarades av 148 danskfödda och 137 utlandsfödda på nio arbetsplatser. Vid analys kontrollerad för kön, ålder, BMI, rökning, arbetsplats och fysisk påfrestning, visade det sig att de icke-västerländska städarna rapporterade en signifikant bättre psykosocial arbetsmiljö än de danska för en rad väsentliga parametrar. De delade emellertid upplevelsen av höga kvantitativa och emotionella krav samt en låg grad av inflytande i arbetet med de danskfödda städarna.

Den andra studien avsåg att undersöka huruvida invandrad vårdpersonal löper större risk för mobbning på arbetsplatsen än dansk personal, om risken ökar med tidigare exponering för mobbning samt om invandrare upplever mer mobbning från chefer, kollegor och vårdtagare (Høgh et al., 2010).

Initialt analyserades tvärsnittsdata från 5 635 vårdstudenter. 10,4 procent av dessa var invandrare. Därpå genomfördes en prospektiv analys där 3 109 av de svarande följdes under sitt första år i arbete. Mer än en tredjedel av respondenterna hade tidigare erfarenheter av mobbning. De initiala analyserna visade att invandrare löper större risk än de danska studiekamraterna att bli mobbade, såväl under den teoretiska utbildningen som under praktikantperioderna. Vid uppföljningen hade drygt nio procent av den totala kohorten exponerats för mobbning på arbetsplatsen under sitt första år av sysselsättning, därav 1,8 procent ofta. Icke-västerländska invandrare hade en signifikant högre risk att utsättas för mobbning på arbetsplatsen under uppföljningen än de danska respondenterna, oberoende av tidigare erfarenhet av mobbning. Både danska och invandrade vårdanställda var mer utsatta för mobbning från medarbetare än från handledare, medan både västerländska och icke-västerländska invandrare löpte större risk för mobbning från vårdtagare och andra privatpersoner än de danska respondenterna.

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø har gennemført ett antal studier om invandrades arbetsmiljö inom olika yrken. I en brett upplagd undersökning om arbetsmiljö och arbetsvillkor inom äldreomsorgen konstateras att yrkena är fysiskt belastande och att de anställda upplever sig ha begränsat inflytande över sitt arbete (Hansen, 2004). En efterföljande rapport redovisar två stora studier om invandrades arbetsförhållanden och trivsel inom samma yrken, och den kopplar även i någon mån dessa frågor till hälsostatus (Giver et al., 2007). Den ena omfattar enkätundersökningar bland 3 128 personer under utbildning 2004 samt ett respektive två år efter deras inträde på arbetsmarknaden. Den andra studien undersökte 2005 arbetsmiljön bland alla vårdgivare inom äldreomsorgen i Danmarks 36 kommuner, totalt 6 667 personer. I båda studierna var andelen invandrare 4,3 procent. En grundläggande hypotes var att icke-västerländska invandrare skulle uppleva mer arbetsmiljörelaterade problem än de västerländska i förhållande till den infödda arbetskraften, men den kunde inte bekräftas. Tvärtom rapporterar de i många fall såväl färre negativa och fler positiva erfarenheter än den danska arbetskraften. Inom den fysiska arbetsmiljön fann författarna inga signifikanta skillnader mellan någon av invandrargrupperna och den danska. Frågorna om de psykosociala arbetsförhållandena gav däremot ett större utslag. De icke-västerländska äldrevårdarna upplevde högre emotionella krav, lägre grad av meningsfullhet i arbetet och mindre stöd från kollegor än de danska. En större andel av dem kände sig också utsatta för hot och mobbning i arbetet och rapporterade en högre grad av sömnbesvär. Däremot hade fler av dem mindre besvär med arbetstempot, sexuella trakasserier och ledarskapet. En större andel uppvisade också lägre sjukfrånvaro.

De västerländska arbetstagarna delade de icke-västerländskas bekymmer, men ansåg även att de hade små möjligheter till inflytande över och utveckling i arbetet. Fler av dem skattade också sin hälsa som dålig.

Sammantaget bedömer författarna att invandrare har en god arbetsmiljö inom en rad områden och att de specifika problem som finns för denna grupp främst är inom det psykosociala arbetsmiljöområdet. Det bör dock påpekas att det omdömet är baserat på de invandrades utsagor i förhållande till den danskfödda arbetskraften och inte på arbetsmiljön i sig. Gruppen invandrare var dessutom liten i förhållande till den danska kontrollgruppen och utfallet är inte kontrollerat för ålder, kön, tid i yrket och andra relevanta bakgrundsvariabler.

Två studier har även riktat sig direkt till de invandrades arbetsmässiga omvärld för att fånga upp hur arbetsledare, kollegor och andra med anknytning till migranternas arbetsförhållanden uppfattar deras arbetsvillkor.

En studie från Det Nationale Center for Velfærd undersöker arbetsmiljöns betydelse för integration av anställda med invandrarbakgrund (Miller Mølgaard, 2006). Den vilar på intervjuer med tio personalchefer och två fokusgrupper med informanter som arbetar med integrationsfrågor eller arbetsmiljö. Resultaten baseras främst på uppgifter om första generationens invandrare med liten eller ingen utbildning. De uppfattningar som redovisas är att de invandrades språkkunskaper avgör hur de blir mottagna då de anställs. De flesta invandrare anses ha dålig kännedom om arbetsmiljöfrågor, varför det är viktigt att anordna en god introduktion till arbetet som också innefattar information om den rådande arbetskulturen. I annat fall kan den invandrade låsas fast i en arbetssituation som är sämre än kollegornas, vilket i sin tur kan motverka integrationsprocessen. En ytterligare risk som uppmärksammas är att invandrare med kundkontakter kan utsättas för rasistisk behandling av kunder. Respondenterna ansåg att invandrare har lägre sjukfrånvaro än danska anställda, vilket dels förklaras med att de är oroliga för att förlora jobbet

och dels med, att de har en mer pliktuppfyllande hållning till sitt arbete än danskar. Studien mynnar ut i rekommendationer avsedda att stärka den psykosociala arbetsmiljön, såsom att främja personliga relationer på arbetet, inrätta mentorskap för nyanställda invandrare och samtalsstöd då någon utsatts för trakasserier eller rasistisk behandling.

Danska LO beställde en utredning om invandrades arbetsmiljö inom handel och kontor, hotell och restaurang, städbranschen, tillverkningsindustri samt vård och omsorg (Landsorganisationen i Danmark, 2005). Utredningen genomfördes genom intervjuer med fackliga representanter, anställda med minoritetsbakgrund, deras chefer samt skyddsombud.

Studiens huvudsakliga slutsats är att etniska minoriteter kan delas in i två grupper i förhållande till arbetsmiljöfrågor: den ena kännetecknas av att ha samma relation till arbetsmiljöfrågor som etniska danskar. Dessa personer har ofta fått en medvetenhet om säkerhet från sina kollegor eller genom utbildningssystemet. De är också ofta födda och/eller uppvuxna i Danmark. Den andra gruppen omfattar personer med betydligt grundare kunskaper om arbetsmiljöfrågor. I denna grupp är det väldigt få som engagerar sig aktivt i arbetsmiljön på arbetsplatsen eller vänder sig till skyddsombud med särskilda frågor som rör arbetsmiljön.

Studien visar att den aktiva medvetenheten om den fysiska arbetsmiljön till stor del beror på de enskildas utbildning och i vilken bransch och typ av företag som de är anställda i. Det finns också indikationer på att det finns generationsskillnader mellan första och andra generationens invandrare.

Beträffande utbildning visar studien att invandrare med en yrkesutbildning inom handel och restaurang med flera till stor del uppvisar ett säkerhetsbeteende som motsvarar de danska kollegornas. Däremot är den aktiva medvetenheten om arbetsmiljöfrågor bland okvalificerade arbetstagare i mycket större utsträckning beroende av vilken bransch och vilken typ av verksamhet de arbetar inom. Flera av de branscher som undersökts är överrepresenterade i olycksstatistiken och dessa kännetecknas också av att de har många okvalificerade invandrare, till exempel slakterier och vård- och omsorgsyren.

Beträffande typ av företag framhålls två riskfaktorer ur ett arbetsmiljöperspektiv. Den första avser invandrarägda företag, där det visade sig att både arbetsgivare och arbetstagare är mindre medvetna om arbetsmiljöfrågor. Den andra utpekar de företag som opererar på den så kallade "svarta" marknaden, vilket bland annat gäller städbolag som anlitas inom hotell- och restaurangnäringar. Personalen är då ofta invandrare utan tidigare erfarenhet av den danska arbetsmarknaden. Städbranschen fungerar ofta som en första ingång till arbetsmarknaden för många invandrare. Dessa arbetstagare får sällan några säkerhetsinstruktioner. Dessutom hanterar de kemiska substanser vars innehållsförteckningar och varningstexter är skrivna på danska, vilket långt ifrån alla förstår.

Respondenterna pekar också på en skillnad mellan första och andra generationens invandrare. Den första generationen prioriterar att få och behålla ett arbete och betraktar frågan om en god fysisk arbetsmiljö som ett lyxproblem. De klagar sällan, då de befår att det skulle kunna innebära att de förlorar jobbet. Andra generationens invandrare är mer medvetna om sina rättigheter och ställer liknande säkerhetskrav som majoritetsbefolkningen. Studien visar dock att inom de invandrarägda företagen finns inte motsvarande skillnad mellan generationer.

Den psykosociala arbetsmiljön lyfts fram som en speciell utmaning av de flesta respondenterna. Studien visar att förutsättningarna för den skiljer sig mellan de invandrar- respektive danskägda arbetsplatserna. I det förstnämnda fallet är trivsel

och trygghet viktiga element. Anställda och ägare är ofta av samma nationalitet, talar samma språk och har en kulturell gemenskap. Den trygghet de finner i att arbeta tillsammans med landsmän kan innebära att de accepterar dåliga arbetsvillkor och bristfällig arbetsmiljö.

Hos danska arbetsgivare, såväl privata som offentliga, beskrivs invandrare vara särskilt utsatta, eftersom de där drabbas mer av trakasserier och mobbning på arbetsplatsen av såväl kollegor som kunder/klienter. Det kan handla om direkt diskriminering, men också ha sin grund i att den invandrade misstolkar umgängestonen och det sociala spelet. I detta sammanhang framkom också uppfattningen att många invandrare har ett mycket hierarkiskt förhållningssätt till sina överordnade, vilket kan innebära att de försöker uppfylla chefers krav, även om det innebär att bryta mot säkerhetsbestämmelser. Ett allvarligt problem är således att bristen på kunskap om sociala normer, outtalade förväntningar och oskrivna regler försvårar de etniska minoriteternas möjligheter att ställa krav, vägra utföra riskfyllda arbetsuppgifter och att aktivt delta i dialogen om arbetsförhållanden på arbetsplatsen.

Dessutom framhålls att vissa branscher uppvisar inbyggda inneboende psykosociala arbetsmiljöproblem, som i sin tur kan generera hälsoproblem. Så kan till exempel arbetstagare inom hälso- och sjukvården uppleva att det höga arbetstempot går ut över omsorgens kvalitet och, förutom stress och belastningsskador, innebära låg arbetstillfredsställelse. Likaså kan ensamarbeten, vilket är vanligt inom städbranschen, försvåra inlärning och upprätthållande av god ergonomi och en korrekt användning av kemiska preparat. Vissa branscher präglas också genomgående av en hård och machobetonad umgängeston.

Rapporten avslutas med ett antal rekommendationer för att motverka och förbättra dålig arbetsmiljö. Fackföreningarna bör tydliggöra sin nytta för anställda invandrare. De bör dessutom genomföra systematiska informationsinsatser om arbetsmiljöfrågor till framför allt okvalificerad arbetskraft inom branscher med hög andel invandrare. Utredningen anbefaller också en kompetenshöjning av arbetsmiljöombuden beträffande invandrades arbetsvillkor i kombination med ansträngningar att rekrytera invandrare som arbetsmiljöombud. Fackliga representanter bör också prioritera uppsökande verksamhet till näringar med mycket ensamarbete. Facken bör också, i samverkan med arbetsgivarorganisationer och enskilda arbetsgivare, säkra en systematisk arbetsmiljöundervisning för nyanställda.

Då dålig matchning mellan utbildning och arbete är en bidragande orsak till låg arbetstillfredsställelse och därmed också risk för sämre hälsa, undersökte en registerstudie med data för åren 1995-2002 överensstämmelsen mellan invandrades utbildning och deras position på arbetsmarknaden (Pohl Nielsen, 2007). Den fann att bland invandrade löntagare med minst yrkesutbildning eller högre, var 25 procent av de manliga icke-västliga invandrare överkvalificerade, att jämföras med 15 procent bland infödda danskar. Bland invandrare med utländsk förvärvad utbildning var siffran 30 procent. Det visade sig också att erfarenhet från den danska arbetsmarknaden var av stor betydelse för att minska glappet mellan kompetensnivå och arbetsuppgifter, då enbart tid i landet utan ackumulerad arbetsmarknadserfarenhet inte förbättrade den enskildes möjligheter att få ett arbete i nivå med utbildningskompetensen. Det konstateras i utredningen att åren av "överutbildning" visserligen har en positiv inverkan på löneutvecklingen, men i mycket mindre grad än yrkesadekvat utbildning. Detta gäller även för infödda danskar, men den relativa nackdelen av "överutbildning" är mycket större för invandrarna än för danskarna.

Danmark har en stor grupp polska arbetskraftsinvandrare. En enkätstudie bland 500 av dem som är verksamma i Köpenhamnsområdet belägger att deras löner,

arbetstider och arbetsmiljö är betydligt under nivån för genomsnittliga danska arbetstagare (Hansen and Hansen, 2009). Detta kan inte förklaras med skillnader i utbildningsnivå, utan snarare av de arbeten de innehar. Arbeten som oftast är mindre tilltalande för danska arbetstagare och därför lättare för de polska arbetarna att få. Författarna skiljer mellan tre huvudtyper av jobb bland polska arbetare: Den första typen av arbeten kännetecknas av låga löner, krav på flexibilitet och med små möjligheter till utveckling och användning av kvalifikationer. Dessa arbeten återfinns främst inom transportsektorn, städbranschen och industrin. Här finns merparten av den undersökta populationen. Detta är generellt "dåliga arbeten" och arbetsvillkoren är nästan lika dåliga för danska som för polska arbetare. Nästa kategori är vad författarna benämner "bättre jobb". Dessa kräver en viss utbildningsnivå och här återfinns en knapp sjättedel av undersökningspopulationen. Undersökningen visar att de polska arbetstagarerna inom denna kategori har generellt sämre arbetsvillkor än sina danska kollegor i liknande ställning, både när det gäller löner och medbestämmande. Den tredje kategorin polska arbetstagare är anställda inom byggnadsindustrin. De utgör en fjärdedel av populationen och är de som är mest tillfreds med sina arbetsvillkor. De har en betydligt lägre lön än sina danska kollegor, men de har större möjligheter att använda sina kvalifikationer. Gemensamt för alla är att de har mycket små kunskaper om den danska arbetsmarknadsmodellen. Nästan hälften av dem vet inte om deras arbete omfattas av ett kollektivavtal och endast en av fyra har varit i kontakt med en dansk fackförening.

Undersökningen visar också att om arbetsplatsen täcks av kollektivavtal, om den enskilde är fackligt ansluten och det finns ett fackligt ombud, bidrar detta till bättre löner och mer reglerad arbetstid för de polska arbetarna. Samtidigt visar det sig att de polska arbetarna bedömer sina möjligheter att använda sina egna kvalifikationer, att få inflytande över sina arbetsuppgifter och sin arbetsbörda betydligt mer negativt om de har en förtroendemans på arbetsplatsen. En tolkning av detta kan vara att de då blir mer medvetna om dessa problem, men det kan också bero på att de fackligt förtroendevalda är obenägna att verka för förbättringar av de polska arbetarnas arbetsvillkor.

Undersökningen visar också att en betydande del av informanterna har haft ett antal mycket negativa erfarenheter på den danska arbetsmarknaden. 38 procent av dem har varit med om att inte få betalt för sitt arbete, 32 procent har blivit hotade med avsked och 17 procent har utsatts för hot om våld på arbetsplats.

Arbetsolyckor och arbetssjukdomar

Danska *Arbejdsskadestyrelsen* publicerade 2006 en tematisk rapport om arbetsskador bland invandrare (invandrare definieras i rapporten som utlandsfödda samt deras barn, födda i Danmark) på den danska arbetsmarknaden 1999-2005 och redovisar där förekomsten av arbetsolyckor och arbetssjukdomar som anmälts till och behandlats av berörd myndighet (*Arbejdsskadestyrelsen*, 2006). Den totala arbetskraften låg under perioden konstant på cirka 2,8 miljoner. Invandrades andel av arbetskraften anges inte i rapporten, men enligt *Statistical Yearbook 2006* (Statistics Denmark, 2006) uppgick den till 186 000 eller 6,8 procent år 2005. Rapportens analysdel fokuserar emellertid på invandrare med ursprung i icke-västliga länder och de utgjorde 2005 cirka 3,8 procent av den aktiva arbetskraften.

Antalet anmälda arbetsolyckor har varit relativt oförändrat i absoluta tal under perioden och uppgick till 20 322 år 2005. Icke-västliga invandrare drabbades då av drygt fyra procent av de anmälda olyckorna. Antalet anmälda arbetssjukdomar ökade från 13 000 till 17 000 under perioden, varav anmälningar från icke-västliga

invandrare det sista året utgjorde cirka 3,8 procent. Det visar sig emellertid att invandrare från icke-västliga länder är överrepresenterade i olycks- och sjukdomsstatistiken, då de svarade för 65 procent av de arbetsolyckor och närmare 70 procent av de arbetssjukdomar som anmälts av invandrare. Detta innebär också att invandrare från västländer är underrepresenterade både vad arbetsolyckor och arbetssjukdomar beträffar.

Analysen visar att skademönstret för de icke-västerländska invandrarna och deras barn inte skiljer sig väsentligt från skadebilden i allmänhet. De små skillnaderna kan till stor del förklaras med hänvisning till gruppens anställningsmönster, då invandrare som skadas i arbetet i stor utsträckning arbetar inom tillverkningsindustrin. Det innebär att de uppvisar en relativt lägre skadefrekvens inom sektorer med hög koncentration av invandrare än de etniska danskar som är anställda inom samma sektorer.

De vanligaste arbetsolyckorna är skär- och klämskador och de vanligaste fysiska besvären är muskuloskeletal problem. Det finns ingen signifikant skillnad i skadekonsekvenser mellan de båda grupperna. Däremot är andelen fall av erkända arbetssjukdomar något mindre för invandrare och deras barn än för etniska danskar.

Norge

Den tidiga arbetskraftsinvandringen till Norge bestod främst av nordbor, men mot slutet av 1960-talet ökade såväl den utomnordiska som den utomeuropeiska invandringen, framför allt från Pakistan och Turkiet. Denna upphörde 1975, för att återigen skjuta fart i och med EU:s utvidgningar 2004 och 2007 (Helsedirektoratet, 2009). Antalet utlandsfödda i Norge är cirka 460 000, vilket utgör 9,5 procent av totalbefolkningen. De största grupperna härstammar från Polen, Sverige, Pakistan och Irak (Statistisk sentralbyrå, 2011). Antalet nordiska invandrare är runt 60 000, medan drygt 225 000 har sitt ursprung utanför Europa. Andelen arbetskraftsinvandrare har ökat påtagligt det sista decenniet och har under senare år utgjort cirka 40 procent av den årliga invandringen. De dominerande grupperna är polacker, litauer och tyskar. Många av dem arbetar inom riskutsatta yrken inom olje- och byggnadsindustri. På senare tid har det också uppmärksamats att ett växande antal svenska ungdomar arbetsmigrerar till Norge, där de finner arbete inom hotell- och restaurangnäringen samt inom industrisektorn.

Arbetskraftsinvandringen har sedan 2004 varit koncentrerad till lågavlönade, okvalificerade arbeten inom byggsektorn, städning, jordbruk och enskilda industrisektorer, det vill säga till sektorer som innebär hårt fysiskt arbete och som har en hög risk för olyckor och skador.

Sysselsättningsgraden bland totalbefolkningen i åldrarna 15-74 år var 2009 70 procent, medan motsvarande siffra för utlandsfödda uppgick till 62 procent. Den totala arbetslösheten uppgick samma år till 2,7 procent för totalbefolkningen, men 7,3 procent för de utlandsfödda, varav asiater hade högst arbetslöshet med 13,5 procent. Den stora majoriteten av arbetskraftsinvandrarna är män. Endast 20 procent av arbetstillstånden utfärdas till kvinnor.

Arbetsvillkor och arbetsmiljö

Arbetsvillkor och arbetsmiljö för invandrare i Norge är osedvanligt väl dokumenterat, om än inte genom akademiska forskningsrapporter, så genom undersökningar i statliga myndigheters regi. Ingen av dessa undersökningar omfattar emellertid explicita hälsofrågor. Norge har haft ett nationellt patientregister från 1997, men först 2007 möjliggjorde ett beslut i Stortinget om en lagändring, att registret kunde användas för att identifiera data på personnivå. Det innebär att kunskapen om invandrades hälsostatus vilar på de enskilda studier som har gjorts. Vi har emellertid inte funnit någon medicinsk forskning som relaterar resultaten till de undersökta gruppernas arbetsvillkor eller arbetsmiljö.

I en artikel från 2003 rapporteras för första gången något om arbetsskador bland invandrare (Gravseth et al., 2003). Där rapporteras att av de 1 153 personer som behandlades för arbetsskador vid Legevakten vid Oslos universitetssjukhus under en månad hade 30 procent utomnordiskt ursprung, trots att de då endast utgjorde 12 procent av arbetsstyrkan i regionen. Knappt hälften fallen var armskador, medan huvud- och bensskador utgjorde 25 procent vardera.

En artikel från Statistisk sentralbyrå (Østby, 2008) ger en bild av vilka data som finns att tillgå om invandrades arbetsliv. Det centrala befolkningsregistret hos Statistisk sentralbyrå innehåller värdefull individuell information om bland annat arbetsmarknadsanknytning, inkomst och geografiskt ursprung.

En annan kunskapskälla är de nationella levnadsundersökningarna. Det har dessutom gjorts tre separata levnadsundersökningar bland invandrare, varav den senaste publicerades 2008 och bygger på intervjudata från 2005/2006 från ett urval av 3 053 personer i åldrarna 16-70 år med ursprung i framför allt Bosnien-Hercegovina, Serbien-Montenegro, Turkiet, Irak, Iran, Pakistan, Sri Lanka, Vietnam, Somalia och Chile, alla med minst två års bosättning i Norge (Blom and Henriksen, 2008). Urvalet omfattar även personer födda i Norge med två utlandsfödda föräldrar. Av det totala urvalet ingår de 1 780 som hade anställning vid intervjutillfället i resultatredovisningen. Resultaten länkades med uppgifter för totalbefolkningen från de reguljära levnadsundersökningarna och andra tidigare intervjuundersökningar. Av undersökningen framgår följande beträffande invandrares generella arbetsvillkor:

- Det är stor variation i sysselsättningsgrad mellan skilda invandrargrupper. Lankeser har högst sysselsättning, 71 procent, somalier lägst, 36 procent. Män har högre sysselsättningsgrad än kvinnor inom alla undersökta grupper.
- Av de anställda invandrarna hade 76 procent fast och 23 procent tidsbegränsad anställning. 11 procent av den totala arbetskraften hade tidsbegränsad anställning.
- 17 procent har yrken utan utbildningskrav, medan 19 procent arbetar inom akademiska yrken. Motsvarande uppgifter för totalbefolkningen är tre respektive 51 procent.
- Något mindre än hälften av högutbildade invandrare är överkvalificerade för sina yrken.

Undersökningen innehöll också frågor om de anställdas arbetsmiljö. Invandrade män rapporterade i mindre grad än norska män att de var utsatta för dåligt inomhusklimat (drag, torr luft, dålig ventilation), medan invandrade kvinnor ansåg sig betydligt mindre utsatta än de norska. Ergonomiska arbetsmiljöproblem var vanligare bland invandrare än bland infödda. Fler arbetade stående, utförde upprepade hand- och armrörelser och utförde dagligen tunga lyft. Dessutom ansåg nästan hälften att de utförde monotona arbetsuppgifter hela tiden, medan 16 procent av den norska populationen gav samma svar. Undersökningen innefattade också frågor om den psykosociala arbetsmiljön. En stor andel av invandrarna ansåg också att de hade liten kontroll över sitt arbete. På frågan om man i hög grad upplever arbetet som en psykisk påfrestning svarade en av åtta invandrare "ja", medan en av 25 infödda uppgav samma svar. Cirka tio procent av de invandrade uppgav att de blivit utsatta för trakasserier på arbetet, vilket är sju gånger fler än bland den norska arbetskraften.

Sammantaget visar denna undersökning att invandrade arbetstagare har en osäkrare och mer påfrestande arbetssituation än infödda, och att den inte förändrats till det bättre under det senaste decenniet.

Statens Arbeidsmiljøinstitutt publicerade 2009 en rapport som analyserar den ovan refererade levnadsundersökningen något djupare (Tynes and Sterud, 2009). Den presenterar i större detalj data om arbetsmiljöförhållanden inom åtta yrkesgrupper med hänsyn till kön, ålder och utbildningsbakgrund. Rapporten bygger på samma intervjumaterial från 1 677 yrkesarbetande respondenter i åldrarna 16-70 år från de tio största invandrargrupperna i Norge, inklusive personer födda i Norge med två invandrade föräldrar. Av dessa var 1 041 män och 639 kvinnor, 62 respektive 38 procent. Undersökningens främsta begränsning anges vara att urvalet är för litet för att möjliggöra annat än en grov indelning i yrken. Det är därför möjligt att invandrarna har andra uppgifter än de som är typiska inom varje yrkesklassificering.

Det är också möjligt att de inom sitt yrke utför annat arbete än det som är typiskt. Det kan också påpekas att resultatredovisningen ytterst sällan differentierar invandrapopulationen utifrån ursprungsland och aldrig utifrån hur lång tid individerna varit bosatta i Norge, trots att dessa data var tillgängliga.

Rapporten upprepar inledningsvis att invandrare upplevde sämre arbetsmiljö inom en rad områden jämfört med nivåer baserade på den totala arbetskraften. De rapporterar en högre incidens av olyckor, mekanisk stress, mobbning och trakasserier och en lägre grad av kontroll över sitt eget arbete. Den invandrade befolkningen upplevde även i mycket högre grad än totalbefolkningen att arbetet innebär en psykisk påfrestning.

Såväl utbildningsbakgrund som yrkesverksamhet skiljer sig mellan den undersökta invandrapopulationen och Norges totala arbetskraft. Av dem som kom till Norge före 18 års ålder hade 17 procent inte fullföljt grundskolan, 19 procent hade enbart grundskoleutbildning, 36 procent gymnasium och 24 procent eftergymnasial utbildning. Motsvarande siffror för dem födda i Norge med norska föräldrar är 0, 5, 57 och 38 procent. Invandrare är i högre grad anställda som operatörer, chaufförer, säljare samt inom service- och omsorgsyrken. De är starkt underrepresenterade inom högskole- och akademiska yrken och inom chefsyrken. Det är sex gånger mer sannolikt för en invandrare än för en infödd att ha ett yrke utan krav på utbildning. Andelen yrkesarbetande kvinnor är lägre bland invandrare än bland norskor.

De yrkeskategorier som används är följande, utifrån stigande utbildningskrav (förutom nr. 8), antal invandrare inom parentes:

1.	Yrken utan krav på utbildning	(323)
2.	Process-/maskin-/transportyrken	(228)
3.	Hantverksyrken	(162)
4.	Sälj-/service-/omsorgsyrken	(524)
5.	Kontor-/kundserviceyrken	(103)
6.	Teknik-/högskole-/universitetsyrken	(214)
7.	Akademikeryrken	(103)
8.	Administrativa chefer/politiker	(20)

Av detta framgår att majoriteten, 1 237 av 1 677, eller 74 procent, finns på den nedre halvan utifrån arbetsmarknadens kvalifikationskrav, detta trots att 60 procent har gymnasial eller post-gymnasial utbildning.

Efter denna bakgrundsteckning övergår författarna till en tematisk framställning av populationens upplevelser av olika arbetsmiljöfaktorer. Undersökningens syfte var att mäta exponeringen för dessa faktorer och analysera den utifrån de givna bakgrundsvariablerna. Den avsåg inte att undersöka huruvida dessa faktorer påverkat hälsan eller orsakat skador.

Fysisk och kemisk arbetsmiljö

Den undersökta populationen har svarat på frågor om buller, kyla, dåligt inomhusklimat och hudkontakt med rengörings- och desinfektionsmedel.

Bullerskador är den vanligaste yrkesskadan i Norge. En av fem rapporterar att de utsätts för starkt buller, fler män än kvinnor. Störst är problemen inom hantverks-, process-, maskin- och transportyrken. Den enda skillnaden gentemot infödda arbets-

tagare är att det är flest äldre invandrare som rapporterar bullerproblem, medan det bland infödda är flest yngre, samt att dubbelt så hög andel invandrarkvinnor som norskor upplever starkt buller inom kontors- och kundserviceyrken. Huruvida det finns ändamålsenlig skyddsutrustning på arbetsplatsen och om respondenterna i så fall använder den framkommer inte.

En av fem är utsatt för kyla, fler män än kvinnor. Problemen är störst inom hantverksyrken, där 40 procent rapporterar problem. Process-, maskin- och transportyrken är också påtagligt utsatta. I likhet med bullerproblem rapporteras de största problemen av äldre invandrare och yngre infödda.

En av tre invandrare och nästan hälften av den norska populationen rapporterar problem med inomhusklimatet. Det handlar om drag, torr luft, dålig ventilation och annat. Manliga invandrade hantverkare är de mest utsatta, medan det bland totalbefolkningen upplevs störst problem inom försäljnings-, service- och omsorgsyren. Bland kvinnor är norskor mer utsatta än invandrare.

Kemiska substanser är vanligen förekommande inom yrken med stor andel kvinnor, såsom frisörer, städarbeten och vård- och omsorgsyren. Dessa sektorer har också en stor andel invandrare. Detta visar också mätresultaten. Kvinnor är generellt mer utsatta än män och invandrarkvinnor mer än norska kvinnor. Högst exponering fanns inom yrken utan krav på utbildning, där mer än varannan dagligen kom i kontakt med rengörings- och desinfektionsmedel såväl bland de infödda som bland de invandrade.

Mekanisk arbetsmiljö

De frågor som ställdes i undersökningen rörande mekanisk exponering avsåg att mäta belastning, ensidighet och upprepning i arbetsuppgifterna.

Mätningen visar att många arbetar stående och gående, 50-96 procent i yrkeskategorierna 1-6. Totalt 77 procent bland de invandrade och 68 procent bland de infödda, fler kvinnor än män. Den allra högsta exponeringen, 92 till 96 procent hos alla, var inom yrken utan krav på utbildning, hantverksyrken samt försäljnings-, service- och omsorgsyren. Det framgår emellertid inte om detta förorsakade några problem och heller inte hur frågan/frågorna var ställda.

En stor del av arbetskraften, såväl invandrad (62 procent) som infödd (52 procent), rapporterar att de utför upprepade och ensidiga hand- och armrörelser i arbetet. Inom yrken som inte kräver utbildning, process-, maskin- och transportyrken samt inom hantverk gäller detta för tre av fyra invandrare och 65 procent av de infödda. Inga väsentliga skillnader mellan könen uppvisades.

Mätningen avsåg antalet lyft av mer än 20 kilo/dag. Bland dem som utför fler än 20 lyft/dag är skillnaderna små mellan infödda och invandrare. Högst frekvens har män inom hantverk och process-, maskin- och transportyrken. Kvinnor uppger mindre än hälften av männens exponering, med en liten övervikt för invandrade kvinnor gentemot norska.

Störst exponering för obekväma arbetsställningar då man sitter på huk eller står på knäna uppges av hantverkare, 82 procent. I alla yrkeskategorier har den infödda arbetskraften högre exponering än de invandrade. Ingen skillnad mellan könen.

Invandrare har i alla yrkeskategorier högre grad av ensidiga och upprepade arbetsuppgifter än normmän och totalt dubbelt så mycket.

Var fjärde av alla norska kvinnor och ungefär var femte av alla andra personer i studien känner oro för att drabbas av belastningsskador.

Psykosocial arbetsmiljö

Frågorna kring den psykosociala arbetsmiljön avsåg att kartlägga i vilken mån respondenterna upplevde att de kunde påverka sitt arbete, reglera arbetstempot och utsattes för trakasserier på arbetet.

Var fjärde bland invandrarna kände sig styrda av maskiner, teknisk utrustning och löpande band, jämfört med var sjunde bland de norskfödda och än fler, 39 procent av männen och 30 procent av kvinnorna, kände sig styrda av andra människor. Denna fråga fanns inte i den sammanlänkade undersökningen av norska arbetstagare. Mer än var fjärde invandrare ansåg att de sällan eller aldrig kan bestämma tidpunkt för pauser i arbetet, medan endast var sjätte norsk anställd upplevde detsamma. Bland invandrarkvinnor uppgav en av tre att de aldrig kunde bestämma själva. De med låg frihetsgrad hade oftast yrken utan utbildningskrav, sälj-, service- och omsorgs- samt hantverksyrken.

De allra flesta, såväl bland invandrare som bland totalbefolkningen, anser att de har goda eller mycket goda möjligheter att utnyttja sina kunskaper och färdigheter i arbetet. Bland de norska respondenterna var andelen nio av tio, medan den bland invandrarna var tre av fyra, vilket kan tyckas vara anmärkningsvärt med tanke på att en så stor andel av dem var utbildningsmässigt överkvalificerade för sina arbeten.

Tio procent av de invandrade uppgav att de under det senaste blivit utsatta för förolämpningar eller trakasserier på grund av sin utländska härkomst. Det är en minskning med tre procentenheter sedan levnadsundersökningen 1996. Liksom i den mätningen förekom detta mest inom process-, maskin- och transportyrken och något mer bland manliga invandrare.

De invandrade upplevde arbetet psykiskt ansträngande i betydligt högre grad än de infödda. Tolv respektive tre procent ansåg sig mycket belastade. Dessutom har siffran ökat med fem procentenheter sedan mätningen 1996. Särskilt märkbart är detta inom process-, maskin- och transportyrken samt inom akademikeryrken.

Arbetsolyckor

Slutligen har antalet arbetsolyckor undersökts. Andelen invandrade som rapporterade att de under det senast året drabbats av en eller flera olyckor i arbetet var tre gånger högre än för de norskfödda. Detta kan inte förklaras med att invandrare har andra yrken eftersom skillnaden finns inom alla yrkeskategorier. Andelen olyckor var för både invandrade och norska anställda högst inom process-, maskin- och transportyrken och minst inom akademikeryrken. Inom de sistnämnda var däremot skillnaden mellan invandrare och infödda störst i relativa tal, då invandrare rapporterade 16 gånger fler olyckor. Fler män än kvinnor drabbades av arbetsolyckor. Bland invandrade män var det mest förekommande i åldrarna 25 till 39 år och för kvinnor i åldrarna 55 till 66 år, medan norska män mellan 55 och 66 år och kvinnor mellan 25 och 39 år var mest drabbade.

Ovanstående två rapporter kom att ligga till grund för ytterligare en undersökning om invandrades arbetsförhållanden, beställd av Arbetsdepartementet (Arbetsdepartementet, 2009). Dess uppdrag var tvåfaldigt: dels att dokumentera kunskapsläget och dels att sammanställa existerande data.

Kunskapsdokumentationen syftade främst till att identifiera luckor och precisera forskningsbehov. Den undersökta populationen delades in i (a) personer födda i Norge med minst en norsk förälder, (b) västliga invandrare med minst en utländsk förälder och (c) icke-västliga invandrare med minst en utländsk förälder. Den sistnämnda gruppen är densamma som i de tidigare undersökningarna.

Utifrån befintlig forskning och registerdata avsåg rapporten att besvara bland annat följande frågeställningar:

- Finns det samband mellan invandrades ogynnsamma arbetsförhållanden och allmänna förutsättningar inom de branscher de är anställda inom?
- Hur förklaras invandrades sämre arbetsvillkor?
- Påverkar arbetsstyrkans sammansättning verksamhetens arbetsförhållanden?
- Vilken betydelse har vistelsetid i landet för arbetsförhållandena?
- Vilken roll spelar språkproblem, kulturskillnader och avsaknad av nätverk för arbetsförhållandena?
- Vilken betydelse har arbetsförhållandena för sjukskrivning och sjukpensionering?

De svar på frågeställningarna ovan som redovisas är, att det finns ett samband mellan arbetsförhållanden och yrkes- eller branschspecifika förhållanden. Dessa inneboende skillnader mellan olika verksamheter påverkar alla arbetstagare, men de icke-västliga invandrarna drabbas mer än övriga. En starkt bidragande orsak är att de är över-representerade i de mest belastade yrkesgrupperna, såsom städning, sophantering, hotell- och restaurangnäringar. De har dessutom sämre arbetsförhållanden än övriga inom samma yrkesgrupper. Förutom de arbetsmiljöfaktorer som tidigare redovisats har icke-västliga arbetstagare lägre lön, oftare tidsbegränsade anställningar, mer påfrestande arbetsscheman och lägre facklig organisationsgrad. Det framkom också att invandrare, såväl arbetstagare som egenföretagare, har mindre kunskaper om rättigheter och skyldigheter i arbetslivet, vilket sannolikt innebär att de mindre ofta ställer krav på förbättringar av villkor och miljö. Analysen visar också att de med goda kunskaper i norska språket har bättre arbetsvillkor än de som saknar dessa kunskaper. Låg utbildning eller avsaknad av norskt godkännande av utbildning bidrar också till att många blir sysselsatta inom branscher som präglas av dålig arbetsmiljö och dåliga arbetsvillkor.

Det framkom även att främst icke-västliga invandrare oftare har invandrade arbetskamrater än de norskfödda vilket, sammantaget med bristande kunskaper i språket och om arbetsrättsliga regler, kan innebära att rekryteringen av invandrare till särskilt utsatta branscher kan bidra till att konservera bristfälliga arbetsvillkor och dålig arbetsmiljö.

Uppenbarligen är vistelsetiden i landet av stor betydelse för utfallet av arbetsvillkor och arbetsmiljö, då de icke-västliga respondenterna som varit bosatta i Norge mer än sex år rapporterade bättre arbetsförhållanden än de mer nyligen anlända.

Det visar sig också att invandrare har en lägre förekomst av förtids- och sjukpension än den norskfödda befolkningen. Det kan delvis förklaras av försäkringssystemets konstruktion, då ersättningsnivåerna bestäms av arbetsinkomsterna under en längre tidsperiod. En annan bidragande förklaring är att den sysselsatta invandrapopulationen är yngre än den norska. Tidigare studier (Bratsberg et al., 2008) har visat att invandrare i yrkesaktiva åldrar som anlände 1971-75 hade en mycket stark anknytning till arbetsmarknaden de första tio åren, då sysselsättningsgraden var mer än 96 procent. Därefter sjönk sysselsättningsgraden dramatiskt, för att år 2000 ligga runt 50 procent. Dessutom erhåller tre av fyra någon form av ersättning från socialförsäkringssystemet och mer än 90 procent mottar socialbidrag. Förklaringarna som ges är att de haft slitsamma arbeten till låga löner, samt att det norska välfärdssystemet inte ger tillräckliga incitament för att hålla denna grupp i arbete.

Inte heller Arbeidsdepartementets undersökning kopplar arbetsvillkor till hälsofrågor, men den refererar till en rapport som beskriver samband mellan arbetsmiljö och hälsa utifrån yrke, kön och ålder (Statens Arbejds miljøinstitutt, 2008). Den rapporten visar att de tre mest utsatta yrkena beträffande hälsoproblem är städarbete, restaurang- och hotellarbete samt frisör. Muskuloskeletala åkommor är de vanligaste problemen bland dessa grupper, men de anger också en hög grad psykosociala belastningar, vilka i sin tur kan orsaka somatiska problem. Andra kvinnodominerade yrkesgrupper med stora muskuloskeletala problem är läkar- och tandläkarsekreterare, apoteksbiträden samt vård- och omsorgspersonal. Mansdominerade yrken med samma problembild är byggnadsarbetare och transportarbetare. Denna undersökning belyste inte invandras situation specifikt, men noterar att alla dessa yrken har en hög koncentration av invandrad arbetskraft.

De största kunskapsluckor Arbeidsdepartementets studie pekar på är, att det saknas information om vilka arbetsuppgifter invandrare utför, eftersom yrkeskategoriseringen i befintliga register och genomförda studier är för grov. Det saknas också kunskap om varför invandrare rapporterar fler arbetsolyckor än infödda. Är förekomsten reellt större, eller beror det på andra bakomliggande faktorer?

Den enda forskningsrapport vi funnit som adderar något till denna bild är en undersökning bland 510 polska arbetskraftsinvandrare i Oslo (Friberg and Tyldum, 2007). Den visade att de flesta hade en låg eller mycket låg utbildningsnivå, är lågavlönade samt fann att en stor andel av populationen hade sin utkomst utanför den formella ekonomin. 57 procent angav att de betalade skatt i Norge och nio procent i Polen. Fem av de övriga procenten visste inte om de betalade skatt, medan de resterande 29 procenten angav att de inte betalar skatt alls, vilket sannolikt också innebär att de har en helt oskyddad ställning på arbetsmarknaden. Det odokumenterade arbetet var mest utbrett bland kvinnor i städbranschen, där 71 procent angav att de inte betalade skatt. Majoriteten av kvinnorna saknade också uppehållstillstånd. Männerna arbetade främst inom byggsektorn och 29 procent uppgav att de inte betalade skatt i Norge. Författarna beräknar att 56 procent av populationen var att betrakta som dokumenterade arbetstagare, 25 procent som odokumenterade, medan 19 procent befann sig i en gråzon. Författarna hävdar att den metodik som använts för datainsamling och analys medför att resultaten är representativa för polska arbetstagare i Osloområdet, men mer långtgående slutsatser kan inte dras. Resultaten indikerar dock möjligheten att odokumenterade invandrade arbetstagare är en betydande grupp, som inte är inkluderade i de ovan refererade rapporterna.

Finland

Enligt finska inrikesministeriet levde 2009 cirka 233 000 personer födda utomlands stadigvarande i Finland. Antalet personer som inte hade finländskt medborgarskap, var i slutet av 2009 cirka 156 000. De största grupperna av dessa var ryssar, ester, svenskar, somalier och kineser. Antalet personer med ett annat modersmål än de inhemska språken var cirka 211 000. Ett relativt stort antal kommer också från områden där arabiska, kurdiska och albanska är de dominerande språken.

Invandrare i Finland är unga. De flesta av första generationens invandrare är i arbetsför ålder, medan de flesta andra generationens invandrare är i skolåldern eller gör sitt inträde på arbetsmarknaden först nu.

Enligt uppgifter från Finska Arbetshälsoinstitutet (Finnish Institute) tyder mycket på att det finns brister i arbetsmiljön för utländska anställda och anställda med invandrarbakgrund. Det existerar dock lite forskning. Institutets kunskaper härstammar främst från myndigheternas genomförda inspektioner, som visar att arbetarskyddet uppvisar brister i frågor som rör lön och arbetsmiljö för utländska anställda, vilket kan leda till fler arbetsrelaterade hälso- och säkerhetsrisker.

Det är känt att invandrare oftare har osäkrare arbeten och kortare anställningsperioder än den övriga befolkningen. Statistik visar också att under 2008 svarade invandrare för en fjärdedel av alla dödsfall i arbetet.

Preliminära resultat från forskning om hur målen för företagshälsovården är uppfyllda på mångkulturella arbetsplatser i Finland visar:

- Att invandrare ofta står utanför företagshälsovården (trots att företagshälsovård är obligatorisk i Finland, författarnas anm.).
- Att företagshälsovårdens personal inte alltid är tillräckligt förberedd för att möta utmaningarna från alltmer mångkulturella arbetsplatser.

Det pågår ett antal forsknings- och utvecklingsprojekt i syfte att förbättra arbetsvillkoren för invandrare i Finland. Ett av dem, samordnat av det nationella institutet för hälsa och välfärd, avser att täcka kunskapsluckor om invandrades hälsa och välbefinnande och beräknas avslutas 2013.

Den tidigare anförda översikten från EU-OSHA refererar två finskspråkiga studier från 2005, som visar att invandrare upplever sitt arbete som monotont oftare än infödda arbetstagare (Juuti, 2005, Sutela, 2005). I dem analyserades arbetsvillkoren för fyra invandrargrupper och fann att 35 procent av de ryska invandrarna, 34 procent av de vietnamesiska, 29 procent av esterna, 9 procent av somalier och 17 procent av finländarna uppfattade sitt arbete som monotont. Mellan 40 och 45 procent av dem upplevde arbetet som fysiskt påfrestande, jämfört med 35 procent bland de finska arbetstagarna. Även om migrantarbetarna oftare än finländare rapporterade att deras arbete är osjälvständigt och mindre intressant, var de lika ofta nöjda med innehållet i arbetet. Högt tempo, låg uppskattning, obekvämt arbetstid, oklar fördelning av arbetsuppgifter och personliga konflikter på arbetet bekymrade de invandrade arbetstagare mindre än de finländska arbetarna.

I en flitigt refererad intervjustudie undersöktes arbetsolyckor hos invandrade och finländska bussförare i Helsingfors 2005-2006 (Salminen et al., 2009). Studien omfattade 1 300 förare, varav 350 var invandrare. Alla hade samma arbetssituation. De körde samma turer vid samma tider. Resultaten visar att finska förare hade cirka 50 procent högre skadefrekvens än invandrade. Proportionellt fler invandrare var

inblandade i olyckor, men det var fler finska förare med upprepade olyckor. Båda grupperna hade samma genomsnittliga sjukfrånvaro, vilket indikerar att olyckorna var lika svåra för finländare och invandrare. Tidigare studier har visat att skadefrekvensen för invandrare sjunker efter fem års arbete, vilket även bekräftas av denna studie. Finländska förars olycksfrekvens ökade däremot efter fem års anställning. Den slutsats författarna drar är att invandrad arbetskraft kan utföra sitt arbete på ett lika säkert sätt som den inhemska befolkningen, förutsatt att de erbjuds samma arbetsvillkor och anställningsförhållanden som dem.

Nordamerikanska studier – några exempel

En övervägande del av forskningen kring invandrades arbetsmiljö, -hälsa och -säkerhet är utförd i USA. Merparten av dessa studier är begränsade till antingen en speciell minoritetsgrupp (oftast spansktalande eller afro-amerikaner), en speciell sektor eller bransch (oftast jordbruk och servicenäringar) eller en speciell ort eller till en kombination av två eller alla tre dessa inriktningar. De belyser ofta förhållandena vid en tidpunkt eller över en kortare tidsperiod och präglas också av skilda metodologiska ansatser. Några belysande exempel på dessa typer av studier är en enkätundersökning av 941 hotellstädare i Las Vegas (Premji and Krause, 2010) och en intervjustudie av arbetsskadade spansktalande byggnadsarbetare, behandlade på en akutmottagning 1994-1998 (Anderson et al., 2000).

Oaktat dessa och andra liknande studiers kvalitet är det svårt att lägga dem till grund för annat än osäkra antaganden om invandrades generella arbetsmiljöförhållanden och arbetshälsa. Deras oftast mycket specifika karaktär och skilda metoder omöjliggör också komparativa ansatser, såväl över tid som över rum.

Då Kanada i många avseenden är jämförbart med Sverige och ofta nämns som en förebild för svensk integrationspolitik och -praxis kan det vara av intresse att speciellt granska ett antal av det senaste decenniets studier av invandrades arbetsmiljöförhållanden och -hälsa på den kanadensiska arbetsmarknaden (Hojem and Ådahl, 2011). Den första av dem är baserad på nationella och ett regionalt register (Statistics Canada respektive Quebecs nämnd för sjukersättning) och syftar till att identifiera mekanismer som bidrar till en ojämlig arbetshälsa mellan invandrare och infödda i Montreal (Premji et al., 2010). I en inledande litteratur-genomgång refererar författarna till tidigare studier från Kanada, USA och Europa som belägger att etniska och språkliga minoriteter har högre frekvens av arbetsrelaterade olyckor, sjukdomar och dödsfall än infödda.

Studien omfattar alla i Montreal som arbetade under en specifik mätvecka 2001 och var berättigade till allmän sjukersättning, totalt 1 140 505 individer, varav 22,8 procent var invandrare. Invandrarna kategoriserades efter följande variabler: tid sedan invandring (mer eller mindre än tio år), synlig minoritet (självuppgiven uppgift: icke kaukasisk och/eller icke vit), språk som talas i hemmet, kunskaper i engelska och/eller franska (de som bara kunde ett av språken klassades som språklig minoritet). Nivån för sjukersättningsrisk definierades av två indikatorer: Skade- och sjukdomsfrekvens år 2000-2002/3 (= accepterade anmälningar för ersättning) och medellängd av ersättningsperiod. Resultaten är presenterade som risk för sjukersättning för ovanstående kategorier efter arbetssektor, kön och grad av manuellt arbete (manuellt-blandat-icke-manuellt). Studien visar att migranter och språkliga minoriteter var överrepresenterade i branscher med hög nivå av skade- och sjukersättningar, dvs. inom högriskbranscher och underrepresenterade i branscher med låg nivå av skade- och sjukersättningar, dvs. lågriskbranscher. Det visade sig även att migranter och språkliga minoriteter uppbar ersättning längre tid än infödda, samt att infödda som talade båda majoritetsspråken (franska och engelska) hade såväl färre som kortare ersättningsperioder inom alla branscher. En förklaring till detta är att migranter och språkliga minoriteter är överrepresenterade inom manuella yrken i alla branscher. Detta gäller särskilt kvinnor, som tre gånger så ofta hade manuella arbetsuppgifter, jämfört med infödda kvinnor. De starkaste sambanden fann författarna mellan enspråkiga fransktalande och höga ersättningsnivåer. Detta

behöver emellertid inte tolkas som att de franskspråkiga löper större risker än andra språkliga minoriteter. Eftersom franskan är det officiella språket i ersättningsärenden har de fransktalande större möjligheter att tillvarata sina rättigheter och sannolikt även större kunskaper om den byråkratiska processen vid ersättning än andra språkliga minoriteter. Detta föranleder ett påpekande att de redovisade risknivåerna för andra minoriteter kan vara baserade på en underrapportering av olycksfall och sjukdomar orsakad av, förutom språkliga hinder, okunskap om hur systemen fungerar och arbetstagares rättigheter samt rädsla för repressalier.

Författarna konstaterar att migranters och språkliga minoriteters yrkesval ofta begränsas till de minst attraktiva jobben. Då de diskuterar orsakerna till denna segregation, dels mellan olika branscher och dels mellan olika yrken inom samma bransch, nämner de såväl individuella egenskaper såsom utbildning, tidigare yrkeserfarenhet, språkkunskaper och (bristen på) personliga nätverk, som institutionella faktorer såsom diskriminering och bristen på erkännande av kvalifikationer. Deras slutsats är att etnicitet, språk och invandrarstatus utgör indikationer för ökade risker såväl för anställning inom farliga sektorer som förhöjd exponering inom en och samma sektor.

Smith och Mustard har genomfört en nationell registerbaserad studie där de undersöker förekomsten av hälso- och säkerhetsrisker i arbetet för invandrade anställda i förhållande till infödda arbetstagare (Smith and Mustard, 2010). Författarna redovisar inledningsvis att såväl deras egna som ett antal andra tidigare studier med skilda metoder har påvisat att invandrade arbetstagare löper större risk för arbetsskador än infödda (Smith and Mustard, 2009). Förklaringen till detta har varit att invandrare i högre utsträckning än infödda har fysiskt krävande arbeten och ofta är överkvalificerade för sina uppgifter. Bristande information förhindrade emellertid tidigare studier att även beakta andra potentiellt bidragande orsaker såsom tillfälliga anställningar, skiftarbete, anställning på små arbetsplatser, låg grad av facklig organisering, avsaknad av kollektivavtal, otillräcklig företagshälsovård, utmattning och okunskap om säkerhetsföreskrifter.

Studien följde drygt 55 000 personer mellan 25-64 år under en period av tolv år och uppskattade hälso- och säkerhetsrisker i förhållande till sex dimensioner: fackligt medlemskap, anställning i fysiskt krävande arbete, anställning på en arbetsplats med mindre än tjugo anställda, regelbundet skiftarbete, oregelbundet skiftarbete samt tillfällig anställning. Dessa uppgifter kompletterades med uppgifter om antal år i Kanada, synlig minoritetsstatus (självuppgiven), modersmål samt om personerna uppnått sin högsta utbildningsnivå i Kanada eller inte. Den erhållna informationen kontrollerades därefter för kön, ålder, civilstånd, yrkesssektor m.m. Resultaten visar att invandrarstatus är förbundet med högre arbetsrelaterade hälso- och säkerhetsrisker. Invandrare med upp till tjugo års vistelse i Kanada var fortfarande i lägre grad än infödda medlemmar i fackförening och täckta av kollektivavtal. De med tio års vistelse eller mindre var i högre grad anställda i små företag och hade fysiskt krävande uppgifter, medan de med mindre än fem års vistelse hade en högre andel tillfälliga anställningar. Synlig minoritetsstatus, att ha erhållit sin högsta utbildningsnivå utanför Kanada samt att ha ett annat modersmål än engelska eller franska förknippas med en högre sannolikhet för att arbeta i fysiskt krävande yrken, regelbundet skiftarbete och, i viss mån, med tillfällig anställning. Dessa bakgrundsfaktorer kan försvåra deras möjligheter att lära sig säkra arbetsrutiner, vägra farliga arbetsmoment och erhålla skade- och sjukersättning. Den enda undersökta dimensionen som inte uppvisade något samband med invandrarstatus var oregelbundet skiftarbete. Män hade betydligt oftare än kvinnor fysiskt krävande

yrken, medan kvinnor något oftare än män var anställda i små företag. Den viktigaste slutsatsen är, att då resultaten kontrollerades för yrkessektorn förblev riskerna nästan oförändrade. Detta indikerar att utsattheten för hälso- och säkerhetsrisker även bestäms av andra faktorer än typen av arbete, såsom anställningsvillkor, arbetsorganisation, facklig anslutning och organisation av företagshälsovård. Författarna vill heller inte underskatta invandrades underordnade maktposition som kan resultera i att de inte motsätter sig riskabla arbetsmoment eller påtalar missförhållanden av rädsla att förlora jobbet. Dessa faktorer inverkan på invandrades arbetshälsa behöver uppmärksammas betydligt mer av forskningen.

En något tidigare studie har undersökt språkbarriärers betydelse för ojämlig arbetshälsa mellan talare av minoritets- och majoritetsspråk (Premji et al., 2008). Studien bygger på kvalitativ metod och omfattar endast 25 personer från 14 olika länder på en klädfabrik i Montreal under fyra års tid. Författarna beskriver hur kunskaper i engelska och/eller franska befrämjar hälsan genom att öka arbetstagarnas förmåga att förstå och diskutera den förmedlade informationen och stärka relationer som kan påverka den arbetsrelaterade hälsan. De beskriver också de anställdas strategier för att hantera kommunikationshinder och diskuterar innebörden av dessa strategier ur ett arbetshälsoperspektiv. Studien påvisar att språkkunskaper har en hälsofrämjande effekt, och att det därför krävs åtgärder för att skydda människors hälsa och välbefinnande hos dem som ännu inte tillägnat sig majoritetsspråket.

Ytterligare en kanadensisk studie belyser vilka faktorer som bidrar till invandrades yrkesskador och ger ett kompletterande bidrag till diskussionen, huruvida det är individuella eller socioekonomiska faktorer som bäst förklarar invandrade arbetstagares högre yrkesskade- och sjukdomstal (Thurston and Verhoef, 2003). 532 invandrade arbetare inom tillverkningsindustri, processindustri, service-sektorn, städbranschen och byggnadsbranschen anmälde sig själva till studien och besvarade en enkät med frågor om yrke, arbetstid, skador i arbetet och förlorad arbetstid under det senaste året. De demografiska variablerna var: kön (55 procent kvinnor, 45 procent män), födelseland, ålder, antal år i Kanada (1-39, medeltal 6,5), födelseland (67 procent var födda i Kina, Vietnam eller Hong Kong, totalt 87 procent i Asien, övriga i Östeuropa eller Afrika), utbildningsnivå, språk och religionstillhörighet.

119 individer (22,4 procent) rapporterade 151 yrkesskador under det senaste året. De vanligaste skadorna var brännskador, skärskador, stukningar och muskelsträckningar. 37 procent av de skadade angav att de aldrig tidigare hade utfört den arbetsuppgift de skadats av. Den sammanlagda sjukskrivningen för den undersökta gruppen uppgick till drygt sex procent av deras totala arbetstid. Motsvarande siffra var 3,55 procent för regionen Albertas totala befolkning. Dessa siffror är dock inte jämförbara, då den studerade gruppen enbart innehöll personer anställda inom högriskbranscher. Vid en första enkel analys fann forskarna signifikanta samband mellan inträffad skada (ja/nej) å ena sidan och antingen kön, kunskap om hälso- och säkerhetsföreskrifter, arbetsspråk, födelseland, religion, typ av industri eller veckoarbetstid å den andra. Tid i landet var den enda faktor som inte var relaterad till olycksfall under året. Vid en multivariat analys försvann emellertid dessa samband. En slutlig analys visar att de högst riskutsatta kategorierna var män i åldrarna 31-40 år de som inte talade engelska på jobbet, anställda inom servicenäringar och de som arbetade mer än 51 timmar/vecka.

Slutligen belyser ytterligare en kanadensisk studie förekomsten av invandrades överkvalificering för de yrken de är verksamma inom samt dess samband med deras

hälsostatus (Chen et al., 2010). Intresset motiveras av att det poängsystem för invandringsmeritering som infördes 1967 har resulterat i en stor andel invandrare med god hälsostatus och hög utbildningsnivå. Trots att det senaste decenniets invandrare är universitetsutbildade mer än dubbelt så ofta som infödda kanadensare (51 resp. 20 procent) rapporterar de svårigheter att få anställningar som motsvarar deras kvalifikationer. Studien bygger på andrahandsdata från genomförda intervjuer av nyanlända invandrare. Dessa intervjuades vid tre tillfällen: sex månader efter ankomst samt två respektive fyra år efter ankomst. 2 685 invandrare ingår i studien. De var alla 15 år eller äldre vid ankomst, hade arbetat innan de migrerade till Kanada, planerade att arbeta efter migrationen, var vid god hälsa då de anlände och arbetade vid intervjutillfället fyra år efter ankomst. Deras arbete stämde av mot tre mått av överkvalificering: utbildningsnivå, tidigare yrkeserfarenhet samt förväntningar på yrkeslivet vid ankomst.

Studien uppmärksammar tidigare rön om att invandrares goda hälsa försämras påtagligt efter migrationen, och att den mest sannolika förklaringen till detta är en kombination av en begränsad tillgång till hälso- och sjukvård beroende på ett bristande förtroende för västerländsk medicin och/eller att vårdsystemet inte motsvarar deras behov, samt de socioekonomiska omständigheter som ofta uppstår vid emigration. Dessa innefattar förlorad social status och brist på sociala nätverk, språkliga hinder, undermålig arbetsmiljö och dåliga arbetsvillkor, däribland överkvalificering för de dagliga arbetsuppgifterna.

Studiens resultat visar att över 50 procent av den undersökta gruppen var överkvalificerade för sina respektive arbeten i förhållande till sin utbildningsbakgrund, 44 procent i förhållande till tidigare yrkeserfarenhet och 43 procent i förhållande till sina förväntningar. Alla som var överkvalificerade utifrån någon av dessa grunder rapporterade högre grad av psykologiska, men inte generella, hälsoproblem efter fyra års arbete än de som inte var överkvalificerade, oavsett geografiskt ursprung. Det framkom även att de flesta hade lägre ställda förväntningar på sina möjligheter till kvalificerade arbeten än vad som motsvarade deras utbildning och yrkeserfarenheter, vilket motsäger antagandet att de skulle ha haft orealistiska föreställningar om sina möjligheter på arbetsmarknaden. Författarna anser sig därför bevisa att underkvalificerat arbete bidrar till försämrad mental hälsa och att invandrare, i synnerhet kvinnliga invandrare, är särskilt utsatta för detta. De anser det också oroande att det uppstår en så påtaglig försämring av hälsan under så kort tid, då tidigare studier har visat att det tar cirka tio år för nyanlända invandrare att uppnå samma arbetsmarknadsvillkor och lönenivå som infödda kanadensare. Det kan innebära att felmatchning på arbetsmarknaden kan förlänga denna tid avsevärt, inte minst för invandrare med flyktingstatus som startar från ett sämre hälsoläge än den nu undersökta gruppen. Slutsatsen blir därför att det måste utvecklas effektiva strategier för att stödja invandrares möjligheter att göra bruk av sina kvalifikationer på arbetsmarknaden, då detta har betydande ekonomiska, sociala och hälsomässiga konsekvenser för såväl individen som samhället.

Sammanfattande diskussion

I uppdraget att producera föreliggande kunskapsöversikt var följande fyra frågor formulerade:

- Har invandrare i arbetskraften sämre hälsostatus än infödda och hur förändras deras hälsostatus över tid?
- Vilken typ av ohälsa är belyst?
- Orsakas invandrares ohälsa främst av individens tidigare erfarenheter och kvalifikationer eller av yrke, arbetsmiljöfaktorer och socioekonomiska villkor?
- Vilka kunskapsluckor finns?

Vid försök att svara på dessa frågor infinner sig stora metodologiska problem. En första komplikation är att begreppet "invandrare" är och hanteras mångtydigt i såväl den internationella som den svenska litteraturen. Det kan referera till personer födda utomlands eller differentiera desamma utifrån deras olika juridiska status (flykting, odokumenterad, m.m.) avseende deras vistelse i landet och kan även inkludera barn till dessa personer som är födda i det nya landet. Det avser ibland medborgarskap och exkluderar då de invandrade personer som erhållit medborgarskap i landet. De anförda referenserna vilar på någon eller en kombination av flera av dessa definitioner, vilket innebär att jämförelser mellan olika observationer sällan är möjliga. Utöver detta är det med självklarhet så, att oavsett hur begreppet definieras i en enskild studie eller rapport betecknar det en mycket heterogen grupp. Invandrares skiftande sociala, kulturella, utbildnings- och yrkesmässiga bakgrunder beaktas sällan och inte heller arten och längden av deras uppehåll i landet, vilket har haft inverkan på deras erfarenheter och exponering för såväl risker som hälsobefrämjande åtgärder. Det sistnämnda är av stor vikt vid studier av arbetsmiljörelaterad riskexponering, då långa latenstider kan förväntas.

I många studier jämförs oftast minoriteter med majoritetsbefolkningen. En jämförelse mellan minoriteter skulle kunna röja mer av migrationssituationens dynamik. Epidemiologisk forskning studerar vanligtvis effekten av en enskild exponeringsgrupp, till exempel arbetsförhållanden, sociala faktorer, livsstil eller omgivande miljö, och betraktar övriga faktorer i bästa fall som störfaktorer (confounders). Interaktioner och modifierande samband blir då begränsat belysta. Vid studier av invandrares hälsa kan särskilt familjeförhållanden ha en inverkan på det allmänna hälsotillståndet under påfrestande livssituationer, antingen som en stödjande eller ytterligare komplicerande faktor.

Relevanta data saknas i de flesta länder, och både kvantitativa och kvalitativa undersökningar är svåra att jämföra och generalisera från på grund av olika metoder, urval och definitioner. Ytterst få länder registrerar medborgarskap, etnicitet eller geografiskt ursprung i samband med arbetsmarknads- och/eller hälsodata. Dessutom har de länder som de anförda undersökningarna härstammar från olika välfärdsnivåer, arbetsmarknadsmodeller och socialförsäkringssystem. Svenska data är jämförelsevis mycket bra, då de relevanta registren i högre utsträckning än andra länders register sammankopplar födelseland och/eller nationalitet till de undersökta områdena, men de innehåller likväl brister som kan försvåra att följa individer över tid.

Utöver dessa metodologiska begränsningar framstod det tidigt att relationerna mellan migration och arbetsrelaterat hälsotillstånd inte någonstans är systematiskt undersökt. Det vetenskapliga underlaget är disparat och fragmentariskt, vilket har föranlett att vidga litteratursökningen till så kallad "grå litteratur", dvs. rapporter och annat material från organisationer, myndigheter, med mera.

Ingen av de inledande frågorna kan därför besvaras på ett entydigt sätt. De allra flesta studier rapporterar emellertid att invandrare har såväl sämre hälsostatus som arbetsmarknadsanknytning och lever under ofördelaktigare socioekonomiska förhållanden än den infödda majoritetsbefolkningen. De studier som även jämfört grupper med skilda geografiska ursprung indikerar även systematiska skillnader mellan olika invandrargrupper, då de påvisar att position på arbetsmarknaden och hälsa varierar avseende kön, migrationsorsak, ursprungsland, tid i det nya landet, ålder vid migration, utbildnings- och yrkesbakgrund och andra variabler. Det är dock sällan möjligt att fastslå orsakssamband mellan skillnader i hälsostatus och arbetsmiljöfaktorer.

Den genomförda litteraturgenomgången ger skäl att anta att invandrades arbetsrelaterade hälsostatus skiljer sig från den infödda majoritetens, även i Sverige. Trots att samstämmiga genomgångar av internationell forskning och litteratur inom fältet pekar på att det empiriska underlaget är alltför disparat och magert för att tillåta några komparativa ansatser, vare sig mellan länder, sektorer eller yrken, röjer det ändå ett mönster av att invandrare i arbetslivet vid jämförelse med den infödda arbetskraften:

- Generellt har sämre hälsa.
- Förlorar fler arbetsdagar på grund av dålig hälsa eller arbetsskador.
- Uppvisar längre rehabilitering och högre grad av sjukhusvård.
- Drabbas av fler arbetsrelaterade olyckor, skador och dödsfall.

Det råder emellertid ingen enstämig uppfattning om vad som orsakar dessa hälsoskillnader. Diskussionen kan grovt delas in i två kategorier. Den ena lyfter fram faktorer relaterade till den invandrade arbetstagarens erfarenheter och kvalifikationer och betonar medbringad hälsostatus och/eller de sociala och språkliga konsekvenserna av kulturellt avstånd mellan ursprungslandet och den nya livsmiljön.

Den andra kategorin argumenterar betonar arbetsmarknadsfaktorer och socioekonomiska villkor i mottagarlandet som främsta förklaringsgrund till utlandsföddas sämre hälsa. De empiriska beläggen är emellertid otillräckliga för att ge företräde åt något av dessa perspektiv.

Klinthäll (2008) utvecklar detta resonemang och argumenterar för att förklaringsgrunderna vilar på tre olika hypoteser. En betonar den så kallade "healthy migrant effect", vilken innebär att migrationen präglas av en positiv selektion där de friskaste, starkaste och mest förändringsbenägna som tar steget att emigrera. Denna hypotes är en tänkbar förklaring till de studier som funnit att den invandrade befolkningen är jämförelsevis friskare än den infödda. Andra hävdar att erfarenheter i hemlandet tidigare i livet är den främsta orsaken till sämre hälsa. Dessa har då funnit att den invandrade befolkningen har en sämre hälsostatus än de infödda och förklarar detta med ofördelaktiga hälsomässiga och socioekonomiska förhållanden före migrationen. Det tredje perspektivet lägger tonvikten vid att hälsoskillnader uppstår som en följd av socioekonomiska villkor i det nya hemlandet präglade av svårigheter beträffande

bland annat arbetsmarknad, inkomst, diskriminering och brist på sociala nätverk. Dessa olika positioner återfinns även i de studier och rapporter som refererats ovan.

Flera svenska och internationella studier påvisar att arbetsmarknaden är såväl etniskt som könsmässigt segregerad och segmenterad. Detta framförs som de mest betydande orsakerna till de ojämlika riskerna mellan infödda och minoriteter. En samlad bedömning visar att invandrare:

- Är överrepresenterade inom högrisksektorer och -yrken oavsett utbildning och andra kvalifikationer.
- Inom likvärdiga yrken utför de farligaste uppgifterna.
- Med identiska uppgifter som infödda även kan påverkas av ekonomiska, sociala och kulturella faktorer som gör dem mer exponerade för arbetsrelaterade risker.
- Oftare har otrygga anställningar och bristande kunskap om rådande arbetslagstiftning.
- Har låg facklig organisationsgrad.

Ytterligare faktorer som bidrar till ojämlikheten i vissa länder är invandrade arbetstagners sämre kunskap om och tillgång till medicinsk vård och sjukersättning samt följderna av arbetshälsoproblem i form av både mer frekventa och långvarigare sjukperioder än vad infödda uppvisar. Därtill kommer språksvårigheter och upplevd diskriminering. Det visar sig dock, om än inte entydigt, att hälsoskillnader gentemot den infödda befolkningen minskar med tid i landet.

Arbetsrelaterade olyckor och sjukdomar uppstår även utanför den officiella arbetsmarknaden, där det per definition är mycket svårt att få och implementera den kunskap som behövs för att kunna bedriva ett förebyggande arbetsmiljöarbete. Mycket talar för att den odokumenterade arbetskraften, som har en rättslös ställning på arbetsmarknaden och en begränsad tillgång till sjukvård, har de sämsta arbetsvillkoren och därmed också löper de största arbetsrelaterade hälsoriskerna.

Ur ett svenskt arbetsmiljöperspektiv är sambanden mellan psykosocial arbetsmiljö och hälsa de mest undersökta. Dessa studier visar entydigt att invandrare oftare drabbas av problem än infödda svenskar. Motsvarande skillnader har inte belagts beträffande den fysiska arbetsmiljön, även om en del studier indikerar att invandrare oftare än svenskar drabbas av olycksfall och dödsfall i arbetet.

Okvalificerat säsongarbete ökar såväl i Europa som i Sverige, vilket kan innebära mer belastande arbetsvillkor och försämrade rättigheter och i förlängningen få negativa hälsokonsekvenser. Europeiska kommissionen konstaterar, att många av medlemsstaternas ekonomier står inför ett strukturellt behov av säsongarbete beroende på att arbetskraften inifrån EU förväntas bli mindre och mindre tillgänglig. Vad gäller framtida kompetensbrist inom EU, kommer traditionella sektorer att fortsätta att spela en viktig roll och det strukturella behovet av lågutbildade och lågkvalificerade arbetstagnare kommer sannolikt att fortsätta öka. Kommissionen påpekar också att det finns ett mer permanent behov av okvalificerad arbetskraft inom EU. Det förväntas att bli allt svårare att fylla dessa luckor med EU:s inhemska arbetstagnare, då dessa anser säsongarbete oattraktivt.

Om den föreslagna stimulansen till temporär och cirkulär migration förverkligas, kan det innebära en allvarlig utmaning för de rådande arbetsmarknadsmodellerna, inte minst i de nordiska länderna (och i synnerhet Sverige) som i högre grad än de flesta av de kontinentala präglas av vältäckande trygghetssystem, social dialog och

hög facklig organisationsgrad. Risken är uppenbar att en ökning av korta säsongs-
mässiga anställningar av lågkvalificerad arbetskraft, med svag förankring i landets
förhållanden och dåliga språkkunskaper, kan komma att påverka anställningsvillkor,
lönebildning och arbetsmiljöförhållanden för stora delar av arbetskraften. Den
kommer också att ställa fackföreningsrörelsen, Arbetsmiljöverket, företagshälso-
vården och andra centrala aktörer på arbetsmarknaden inför uppgifter som kommer
att kräva nya strategier och sannolikt även mer resurser.

Sammantaget kan konstateras att kunskapen inom skärningsfältet migration-
hälsa-arbete är mycket begränsat. Uppgifter om arbetshälsa och arbetsrelaterade
risker för invandrade arbetstagare saknas i stor utsträckning. Det finns litteratur om
migration, om invandrares hälsa och om deras generella arbetsförhållanden och
studier som länkar migration och hälsa samt arbetsförhållanden och hälsa, men
ytterst lite som kombinerar alla dessa tre aspekter.

Anförda studier och rapporter är få och vitt skilda beträffande metodologi,
studieobjekt, kontext och tidpunkt. Möjligheterna till jämförelser, såväl mellan som
inom länder och över tid, är därför inte möjliga. Även de relativt fåtaliga svenska
studierna uppvisar en rad begränsningar men intar likväl en särställning, då de ofta
är baserade på jämförelsevis tillförlitliga registerdata. En betydande brist i detta
avseende är emellertid, att det inte finns några registerbaserade data om invandrares
bruk av öppenvården.

Den övergripande slutsatsen är att invandrare i Sverige har en sämre arbets-
relaterad hälsa än den infödda befolkningen, och de flesta studier hänför detta till
deras generella arbetsvillkor och socioekonomiska livsvillkor. Mest utsatta tycks den
nordiska invandrargruppen och grupper med ursprung utanför OECD-länderna vara.
Den nordiska gruppens utsatthet kan delvis förklaras av att en stor andel tillhör den
tidiga arbetskraftsinvandringen och har ett långt och ofta slitsamt arbetsliv bakom sig.
Bilden är dock inte entydig. Merparten av den genererade kunskapen berör generella
anställningsförhållanden. Invandrares högre arbetslöshet, ofta otrygga anställningar
och lägre löner anföras som förklaringar till deras sämre hälsostatus, dock utan att
kausala samband kan fastslås. Några studier indikerar också att skillnaden i
hälsostatus mellan den invandrade och infödda populationen minskar ju längre den
invandrade befunnit sig i Sverige.

I ljuset av att var sjunde person på den svenska arbetsmarknaden är utlandsfödd
är kunskapsluckorna inom fältet anmärkningsvärt stora. Dessa luckor kan inte
preciseras till specifika områden. Det lapptäcke av forskningsmässiga ansatser som
finns kan förvisso indikera att vissa områden är mer angelägna att utforska än andra,
men framför allt att en framgångsrik och fruktbar kunskapsgenerering kräver en
samordnad forskningsstrategi. Då dessa frågor är intimt förknippade med övergrip-
ande samhällsstrukturer, såsom arbetsmarknadens funktionssätt och nationella
socialförsäkringssystem, finns det starka skäl att också anlägga ett nordiskt
perspektiv, då den nordiska modellen i väsentliga delar skiljer sig från andra
europeiska modeller. Vår rekommendation är därför att detta forskningsbehov
formuleras och att ansvaret att initiera dessa ansträngningar delegeras till ansvarigt
forskningsråd.

Referenser

- ABBASIAN, S. 2006. Deltidsarbete och deltidslöshet bland städare i Stockholms län. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- AHONEN, E. Q. & BENAVIDES, F. G. 2006. Risk of fatal and non-fatal occupational injury in foreign workers in Spain. *Journal of Epidemiologic Community Health*, 60, 424-426.
- AHONEN, E. Q., BENAVIDES, F. G. & BENACH, J. 2007. Immigrant populations, work and health --a systematic literature review. *Scand J Work Environ Health*, 33, 96-104.
- AKHAVAN, S., BILDT, C. & WAMALA, S. 2007. Work-related health factors for female immigrants in Sweden. *Work*, 28, 135-43.
- ALBIN, B. 2006. Hälsa bland invandrare i Sverige i ett långtidsperspektiv. *Flervetenskapliga perspektiv i migrationsforskning*. Växjö: Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete, Växjö Universitet.
- AMBROSINI, M. & BARONE, C. 2007. Employment and working conditions of migrant workers. Dublin: Eurofound.
- ANDERSON, J. T., HUNTING, K. L. & WELCH, L. S. 2000. Injury and employment patterns among Hispanic construction workers. *J Occup Environ Med*, 42, 176-86.
- ANDERSSON JOONA, P. & WADENSJÖ, E. 2010. Rekrytering av utländsk arbetskraft: Invandrades arbetsmiljö och anknytning till arbetsmarknaden i Sverige. Stockholm: Institutet för social forskning.
- ARBEIDSDEPARTEMENTET 2009. Innvandreres arbeidsforhold. In: ARBEIDSDEPARTEMENTET (ed.). Oslo.
- ARBEJDSSKADESTYRELSEN 2006. Arbejdsskade-statistik 2005. In: ARBEJDSSKADESTYRELSEN (ed.). Köpenhamn.
- ARBETSMARKNADSDEPARTEMENTET 2005. Det blågula glashuset - strukturell diskriminering i Sverige. In: ARBETSMARKNADSDEPARTEMENTET (ed.). Stockholm.
- ARBETSMARKNADSDEPARTEMENTET 2008. Diskrimineringslag (2008:567). In: ARBETSMARKNADSDEPARTEMENTET (ed.).
- ARBETSMARKNADSSTYRELSEN, A., RIKSFÖRSÄKRINGSVERKET OCH SOCIALSTYRELSEN 2003. Tema: Utlandsfödda. *Arbetslivsfakta*. Stockholm: Arbetsmarknadsstyrelsen, Arbetsmiljöverket, Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen.
- ARBETSMILJÖPOLITISKA KUNSKAPSRÅDET 2009. Inkluderande arbetsliv. Statens offentliga utredningar.
- ARBETSMILJÖVERKET 2010. Arbets-skador 2009. *Arbetsmiljöstatistik 2009*. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- BECKMAN, A., HAKANSSON, A., RASTAM, L., LITHMAN, T. & MERLO, J. 2006. The role country of birth plays in receiving disability pensions in relation to patterns of health care utilisation and socioeconomic differences: a multilevel analysis of Malmo, Sweden. *BMC Public Health*, 6, 71.
- BEHTOUI, A. & NEERGARD, A. 2009. Perceptions of Discrimination in Recruitment and the Workplace. *Journal of immigrant and refugee studies*, 7, 347-369.
- BENACH, J., MUNTANER, C., CHUNG, H. & BENAVIDES, F. G. 2010. Immigration, employment relations, and health: Developing a research agenda. *Am J Ind Med*, 53, 338-43.
- BENGTSSON, T. & SCOTT, K. 2008. Workplace, Human capital and Ethinc Determinants of Sickness Absence in Sweden. *IZA Discussion Paper*, 3672.
- BLOM, S. & HENRIKSEN, K. 2008. Levekår blant innvandrere i Norge 2005/2006. *Rapporter 2008/5*. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.

- BORRELL, C., MUNTANER, C., SOLÀ, J., ARTAZCOZ, L., PUIGPINÓS, R., BENACH, J. & NOH, S. 2008. Immigration and self-reported health status by social class and gender: the importance of material deprivation, work organisation and household labour. *J Epidemiol Community Health*, 62, e7.
- BRATSBERG, B., RAAUM, O. & RØED, K. 2008. When Minority Labor Migrants Meet the Welfare State.
- BUREAU OF LABOUR STATISTICS 2006. Census of Fatal Occupational Injuries. *In: LABOUR, U. S. D. O. (ed.)*. Washington D.C.
- BÄCKMAN, O. & EDLING, C. 2001. Work Environment and Work-related Health Problems. *In: MARKLUND, S. (ed.) Worklife and Health in Sweden 2000*. Swedis work environment authority.
- CASTLES, S. & MILLER, M. J. 2003. *The Age of Migration*, New York, The Guilford Press.
- CHEN, C., SMITH, P. & MUSTARD, C. 2010. The prevalence of over-qualification and its association with health status among occupationally active new immigrants to Canada. *Ethn Health*, 15, 601-19.
- CORVALAN, C. F., DRISCOLL, T. R. & HARRISON, J. E. 1994. Role of migrant factors in work-related fatalities in Australia. *Scand J Work Environ Health*, 20, 364-70.
- DANMARKS STATISTIK 2004. Indvandrene og arbejdsmarkedet. Copenhagen: Danmarks statistik.
- DINESEN, C., NIELSEN, S. S. & MORTENSEN, L. H. 2011. Inequality in self-related health among immigrants, their descendants and ethnic Danes. *Journal of Public Health*.
- DONG, X. & PLATNER, J. W. 2004. Occupational fatalities of Hispanic construction workers from 1992 to 2000. *Am J Ind Med*, 45, 45-54.
- DÜVELL, F. 2006. Irregular Migration: a Global, Historical and Economic Perspective, Illegal Immigration in Europe. Beyond Control? New York.
- DÖÖS, M. 1990. *Invandrad i svensk arbetsmiljö. En intervjustudie med litteraturgenomgång*. Arbetsmiljöinstitutet. Undersökningsrapport 1990:25.
- DÖÖS, M., LA FLAMME, L. & BACKSTRÖM, T. 1994. Immigrants and occupational accidents: A comparative study of the frequency and types of accidents encountered by foreign and Swedish citizens at an engineering plant in Sweden. *Safety Science*, 18, 15-22.
- EKBERG, J. & GUSTAFSSON, B. 1995. *Invandrare på arbetsmarknaden*, SNS förlag.
- EKLUND, M. 2003. Arbetsförhållanden - orsak till sjukskrivning? *RFV analyserar*. Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- EKLUND, M., JONASSON, B. & SUNDÉN, A. 2002. Sjukskrivnas syn på hälsa och arbete. En första beskrivning av resultaten från undersökningen om Hälsa, Arbetsförhållanden, Livssituation och Sjukskrivning. *Riksförsäkringsverket Analyserar*. Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- ERDOGAN, M. S. 2002. Berufskrankheiten türkischer Arbeitnehmer in Deutschland. S:t Augustin: Federation of Trade Associations (HVBG).
- ESSEMYR, M. 2004. Gunilla Lindberg! - Inga fler OS-massakrer i framtiden! *Aftonbladet*. 14 aug. 2004.
- EU-OSHA 2007. Literature Study on Migrant Worker.
- EUROPE, C. O. 1996. Europeisk social stadga (reviderad). *In: EUROPE, C. O. (ed.)*. Strasbourg.
- EUROPE, W. 2008. Implementation of the WHO Global Plan of Action on Workers Health in the European Region. Helsinki.
- EUROPEAN, C. 2010. Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on the conditions of entry and residence of third-country nationals for the purposes of seasonal employment, COM (2010) 379 final
- EUROPEAN COMMISSION 2007. Meddelande från kommissionen till Europaparlamentet, Rådet, Europeiska Ekonomiska och Sociala Kommittén sam Regionkommittén. Bättre kvalitet och produktivitet i arbetet: Gemenskapens arbetsmiljöstrategi 2007-2012.

- EUROPEAN COMMISSION 2009. Undocumented and irregular migration: policy developments, data and social implications. Brussels: DG Research.
- EUROPEAN COMMISSION 2010. Europe in figures. *Eurostat yearbook 2010*. European Commission.
- EUROSTAT 2008. Befolkningsprognoser.
- FERNANDES, A. & PEREIRA, M. J. 2009. Health and migration in European Union: better health for all in an inclusive society. Suffolk.
- FINANSDEPARTEMENTET 2007. Arbetsutbud och sysselsättning bland personer med utländsk bakgrund. En kunskapsöversikt. In: FINANSDEPARTEMENTET (ed.). Stockholm.
- FINNISH INSTITUTE, O. O. H. *Immigrants and work*, Finnish institute of Occupational Health.
- FRIBERG, J. H. & TYLDUM, G. 2007. Polonia i Oslo. En studie av arbets- og levekår blant polakker i hovedstadsområdet. *FAFO-rapport*. Institutt for arbeidslivs- og velferdsforskning (FAFO).
- GADD, M., JOHANSSON, S. E., SUNDQUIST, J. & WÄNDELL, P. 2006. Are there differences in all-cause and coronary heart disease mortality between immigrants in Sweden and in their country of birth? A follow-up study of total populations. *BMC Public Health*, 6, 102.
- GALGÓCZI, B., LESCHKE, J. & WATT, A. 2009. Intra-EU labour migration: flows, effects and policy responses. European Trade Union Institute.
- GCIM 2005. Migration in an Interconnected World: New Directions for Action.
- GIVER, H., GOMES CARNEIRO, I., HØGH, A. & BORG, V. 2007. Arbejdsmiljøforhold for SOSU-uddannede indvandrere i Danmark. *SOSU-rapport*. København: Det Nationale Forskningscenter for arbejdsmiljø.
- GLIBER, M. 1997. Migration and Health in France. In: HUISMANN, A., WEILANDT, C. & GEIGER, A. (eds.) *Country reports on migration and health in Europe*. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands.
- GRAVSETH, H.-M., LUND, J. & WEGELAND, E. 2003. Arbeidsskader behandlet ved legevakten i Oslo og ambulansetjenesten. *Nor Lægeforen*, 123, 2060-4.
- HALLSTEN L., BELLAAGH K., GUSTAFSSON, K. 2002. *Utbränning i Sverige - en populationsstudie [Burnout in Sweden - a study among the workforce]*. Arbetslivsinstitutet, Arbete och hälsa. Vetenskaplig skriftserie 2002:6.
- HANSEN, A. F. 2004. Arbejdsforhold blandt social- og sundhedspersonale på ældreområdet - et litteraturstudie. *AMI-rapport*. København: Arbejdsmiljøinstituttet.
- HANSEN, J. A. & HANSEN, N. W. 2009. Polish Migrants on the Danish Labour Market - Free Birds or New Outsiders? *Tidskrift for Arbejdsliv*, 11, 24-40.
- HELGERTZ, J. 2010. Immigrant Careers. Why Country of Origin matters. *Lund studies in Economic History*. Lund: Department for Economic History.
- HELSEDIREKTORATET 2009. Migration and health - challenges and trends. In: HELSEDIREKTORATET (ed.). Oslo: Larsen, B-I.
- HJERM, M. 2002a. Arbetsmiljö. *Integration till svensk välfärd? Om invandras välfärd på 90-talet. Levnadsförhållanden*. Arbetslivsinstitutet.
- HJERM, M. 2002b. Invandras situation på den svenska arbetsmarknaden 1990-1996. In: INTEGRATIONSVERKET (ed.). Norrköping: Integrationsverket.
- HOJEM, P. & ÅDAHL, M. 2011. Kanadamodellen. Hur invandring leder till jobb.
- HOLM CHRISTIANSEN, R. & STENAR PEDERSEN, H. 2007. Employment and working conditions of migrant workers - Denmark. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- HOLMBERG, T., AHLMARK, N. & CURTIS, T. 2009. State of the art report. Etniske Minoriteters sundhed i Danmark. In: FOLKESUNDHET, S. I. F. (ed.). Syddansk Universitet.
- HØGH, A., GOMES CARNEIRO, I., GIVER, H. & RUGULIES, R. 2010. Are immigrants in the nursing industry at increased risk of bullying at work? A one-year follow-up study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52, 49-56.

- INTERNATIONAL LABOUR ORGANISATION 2004. Towards a fair deal for migrants workers in the global economy, 92nd session. *International Labour Conference*.
- INTERNATIONAL LABOURORGANIZATION 1958. C111 Discrimination (Employment and Occupation) Convention.
- INTERNATIONAL LABOURORGANIZATION 2010. Migrants to Work - Innovative approaches towards successful integration of third country migrants into the labour market. Zoetermeer: International Labour Organization.
- INVANDRARUTREDNINGEN 1974. Invandrarutredningen. Stockholm.
- JARTTI, L., RÖNNEMAA, T., KAPRIO, J., JÄRVISALO, M. J., TOIKKA, J. O., MARNIEMI, J., HAMMAR, N., ALFREDSSON, L., SARASTE, M., HARTIALA, J., KOSKENVUO, M. & RAITAKARI, O. T. 2002. Population-based twin study of the effects of migration from Finland to Sweden on endothelial function and intima-media thickness. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*, 22, 832-7.
- JARTTI, L., RÖNNEMAA, T., RAITAKARI, O. T., HEDLUND, E., HAMMAR, N., LASSILA, R., MARNIEMI, J., KOSKENVUO, M. & KAPRIO, J. 2009. Migration at early age from a high to a lower coronary heart disease risk country lowers the risk of subclinical atherosclerosis in middle-aged men. *J Intern Med*, 265, 345-58.
- JOHANSSON, B. 2009. Migrant Workers. In: ELGSTRAND, K. & PETERSSON, N. F. (eds.) *OSH for Development*. Stockholm: Royal Institute of Technology.
- JONSSON, C.-M., PETTERSSON, T., LÖFGREN, H. & ARVIDSSON, K. 2011. When labour costs squeeze the price – an analysis of public sector investments in infrastructure.
- JOSHI, S., SIMKHADA, P. & PRESCOTT, G. J. 2011. Health problems of Nepalese migrants working in three Gulf countries. *BMC Int Health Hum Rights*, 11, 3.
- JUUTI, P. 2005. Monikulttuurisuus voimavaraksi. Valtaväestö ja maahanmuuttajat työyhteisössä [Multiculturalism as a resource. Natives and migrants at a workplace]. Kiljavan Universitet.
- JÄRVHOLM, B. 1996. Arbetsliv och hälsa - en kartläggning. Stockholm: Solna arbetarskyddsstyrelse.
- JØRGENSEN, M. B., RASMUSSEN, C. N. D., GOMES CARNEIRO, I., FLYVHOLM, M.-A., OLESEN, K., EKNER, D., SØGAARD, K. & HOLTERMANN, A. 2011. Health disparities between immigrant and Danish cleaners. Köpenhamn: National Research Centre for the Working Environment.
- KHOSRAVI, S. 2010. Papperslösa. *Social Rapport*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- KLINTHÄLL, M. 2008. Ethnic background, labor market attachment and severe morbidity: Hospitalization among immigrants in Sweden 1990-2001. *Journal of International Migration and Integration*, 9 45-61.
- LANDSORGANISATIONEN I DANMARK 2005. Arbejdsmiljø smitter - men det kræver en aktiv smittekilde. Undersøgelse af etniske minoriteter og arbejdsmiljø. Köpenhamn.
- LANDSORGANISATIONEN I SVERIGE 2008. Fackliga verktyg för migranter. En förbundsgemensam rapport från LO. Stockholm.
- LINDENCRONA, F., EKBLAD, S. & JOHANSSON BLIGHT, K. 2006. Integration och folkhälsa - en kunskapsöversikt. Integrationsverket.
- LUNDBERG, I., HEMMINGSSON, T. & HOGSTEDT, C. 2007. Work and social inequalities in health in Europe. *Work and Society*. Brussel: SALTSA.
- LUNDBERG, J. 2007. Working and employment conditions of migrant workers - Sweden. Dublin: Eurofond.
- MAGNUSSON, L. 2010. After Lisbon - Social Europe at the crossroads. Bryssel: European Trade Union Institute.
- MARMOT, M., FRIEL, S., BELL, R., HOUWELING, T. & TAYLOR, S. 2008. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*, 372, 1661-69.

- MIGRATIONSINFO. www.migrationsinfo.se Available: <http://www.migrationsinfo.se> [Accessed].
- MILLER MØLGAARD, M. 2006. Arbejdsmiljø og indvandrere. Det Nationale Center for Velfærd.
- MLADOVSKY, P. 2007. Migration and Health in the EU - "Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. Brussels: European Commission, Directorate-General "Unit E1 - Social and Demographic Analysis".
- MULLOY, K. B., MORAGA-MCHALEY, S., CRANDALL, C. & KESLER, D. O. 2007. Occupational injury mortality: New Mexico 1998-2002. *Am J Ind Med*, 50, 910-20.
- NIELSEN, S. S. & KRASNIK, A. 2010. Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. *Int J Public Health*, 55, 357-71.
- NYAMPAME, I. 2008. Invandrade kvinnors hälsa i Sverige. Om genus och etnicitet. *Socialmedicinsk tidskrift*. 3/2008, 219-226.
- OFFICE OF THE UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER ON HUMAN RIGHTS, O. O. T. U. N. H. C. O. H. 1966. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. New York.
- OLESEN, K., GOMES CARNEIRO, G., JØRGENSEN, M. B., FLYVHOLM, M.-A., RUGULIES, R., C.D.N., R., SØGAARD, K. & HOLTERMANN, A. 2010. Pshychosocial work environment among immigrant and Danish cleaners. *International archives of occupational and environmental health*.
- OLLI SEGENDORF, Å. & TELJOSUO, T. 2011. Sysselsättning för invandrare - en ESO-rapport om arbetsmarknadsintegration. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. *In: FINANSDEPARTEMENTET* (ed.). Stockholm: Regeringskansliet.
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT 2007. International Migration Outlook 2006. *SOPEMI*. Paris: OECD.
- OSSOWICKI, M. 2005. Utrikesfödd och sjukskriven – en framtid med förhinder. *Försäkringskassan analyserar*. Stockholm: Försäkringskassan.
- OSTERBERG, T. & GUSTAFSSON, B. 2006. Disability pension among immigrants in Sweden. *Soc Sci Med*, 63, 805-16.
- PACE, P. 2007. Migration and the Right to Health: A Review of European Community Law and Council of Europe Instruments. Geneve.
- POHL NIELSEN, C. 2007. Immigrant Overeducation: Evidence from Denmark. *In: RESEARCH*, D. I. O. G. (ed.). The World Bank.
- PREMJI, S., DUGUAY, P., MESSING, K. & LIPPEL, K. 2010. Are immigrants, ethnic and linguistic minorities over-represented in jobs with a high level of compensated risk? Results from a Montréal, Canada study using census and workers' compensation data. *Am J Ind Med*, 53, 875-85.
- PREMJI, S. & KRAUSE, N. 2010. Disparities by ethnicity, language, and immigrant status in occupational health experiences among Las Vegas hotel room cleaners. *Am J Ind Med*, 53, 960-75.
- PREMJI, S., MESSING, K. & LIPPEL, K. 2008. Broken English, broken bones? Mechanisms linking language proficiency and occupational health in a Montreal garment factory. *Int J Health Serv*, 38, 1-19.
- PRICHARD, J. 2004. Mexican Worker Deaths Rise Sharply Even as Overall U.S. Job Safety Improves. *The Associated Press*.
- RFV ANALYSENHETEN, R. 1990. den med sjukpenning ersatta frånvaron år 1988 efter medborgarskap. Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- RIKSREVISIONEN 2011. Statliga insatser för akademiker med utländsk utbildning. *In: RIKSREVISIONEN* (ed.). Stockholm: Riksdagstryckeriet.
- ROSMOND, R., LAPIDUS, L. & BJÖRNTORP, P. 1998. A cross-sectional study of self-reported work conditions and psychiatric health in native Swedes and immigrants. *Occup Med (Lond)*, 48, 309-14.
- SALMINEN, S., VARTIA, M. & GIORGIANI, T. 2009. Occupational injuries of immigrant and Finnish bus drivers. *J Safety Res*, 40, 203-5.

- SANDESJÖ, H. 2011. Diskrimineringsombudsmannen: Årsredovisning 2010.
- SCHÆRSTRÖM, A. 2000. Migration and work-related health - a survey. *SAL TSA Report*. Arbetslivsinstitutet.
- SCHENKER, M. B. 2010a. A Global Perspective of Migration and Occupational Health. *American Journal of Industrial Medicine*, 53, 329-337.
- SCHENKER, M. B. 2010b. Migration and occupational health: Shining a light on the problem. *Am J Ind Med*, 53, 327-8.
- SCHIERUP, C.-H. & PAULSON, S. 1994. *Arbetets etniska delning*, Stockholm, Carlssons.
- SCHIERUP, C.-U., HANSEN, P. & CASTLES, S. 2006. Migration, citizenship, and the European welfare state: a European dilemma. *Oxford University Press*.
- SMITH, P. M. & MUSTARD, C. A. 2009. Comparing the risk of work-related injuries between immigrants to Canada and Canadian-born labour market participants. *Occup Environ Med*, 66, 361-7.
- SMITH, P. M. & MUSTARD, C. A. 2010. The unequal distribution of health and safety risks among immigrants to Canada compared to Canadian-born labour market participants: 1993-2005. *Safety Science*, 48, 1296-1303.
- SOCIALSTYRELSEN 2000. Olika villkor - olika hälsa. En studie bland invandrare från Chile, Iran, Polen och Turkiet. *In: SOCIALSTYRELSEN (ed.)*. Stockholm.
- SOCIALSTYRELSEN 2009. Folkhälsorapport 2009. Stockholm.
- SOUSA, E., AGUDELO-SUÁREZ, A., BENAVIDES, F. G., SCHENKER, M., GARCÍA, A. M., BENACH, J., DELCLOS, C., LÓPEZ-JACOB, M. J., RUIZ-FRUTOS, C., RONDA-PÉREZ, E., PORTHÉ, V. & PROJECT, I. 2010. Immigration, work and health in Spain: the influence of legal status and employment contract on reported health indicators. *Int J Public Health*, 55, 443-51.
- STADSRÅDSBEREDNINGEN 1989. Invandrare i storstad. Stockholm: Statens offentliga utredningar.
- STATENS ARBEJDSMILJØINSTITUTT 2008. Arbeidsmiljø og helse. *In: ARBEJDSMILJØINSTITUTT, S. (ed.)*. Oslo.
- STATENS FOLKHÄLSOINSTITUT 2002. Födelselandets betydelse. En rapport om hälsan hos olika invandrargrupper i Sverige. *In: FOLKHÄLSOINSTITUT, S. (ed.)*. Stockholm.
- STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 2011. Cirkulär migration och utveckling - förslag och framåtblick. Stockholm: Statens Offentliga Utredningar.
- STATISTICS DENMARK 2006. Statistic Yearbook 2006. *In: SONNE, P. & PHIL BISGAARD, M. (eds.)*. Köpenhamn: Statistics Denmark.
- STATISTISK SENTRALBYRÅ 2010. Statistisk årsbog 2010. Danmark.
- STATISTISK SENTRALBYRÅ 2011. Nordisk statistisk årsbok 2010. *In: SENTRALBYRÅ, S. (ed.)*. Oslo-Kongsvinger.
- SUNDQUIST, J. & JOHANSSON, S. E. 1997. The influence of country of birth on mortality from all causes and cardiovascular disease in Sweden 1979-1993. *Int J Epidemiol*, 26, 279-87.
- SUNDQUIST, J., ÖSTERGREN, P.-O., SUNDQUIST, K. & JOHANSSON, S.-E. 2003. Psychosocial working conditions and self-reported long-term illness: A population-based study of Swedish-born and foreign-born employed persons. *Ethnicity & Health*, 8, 307-17.
- SUTELA, H. 2005. Maahanmuuttajat palkkatyössä [Migrants at paid work]. *Maahanmuuttajien elämä Suomessa [Life of migrants in Finland]*. Helsinki: Statistics Finland.
- SVANBERG, I. & TYDÉN, M. 1992. *Tusen år av invandring: En svensk kulturhistoria*, Stockholm, Gidlunds.
- SVENSKT NÄRINGS LIV OCH SACO 2010. Arbetsmarknad och integration.
- THURSTON, W. & VERHOEF, M. 2003. Occupational Injury Among Immigrants. *Journal of International Migration and Intergration*, 4, 105-123.
- TINGHÖG, P., HEMMINGSSON, T. & LUNDBERG, I. 2007. To what extent may the association between immigrant status and mental illness be explained by socioeconomic factors? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42, 990-6.

- TYNES, T. & STERUD, T. 2009. Arbeidsmiljø blant innvandrere - slik et utvalg fra Asia, Afrika, Sør-Amerika og Sørøst-Europa opplever det. *STAMI-rapport*. Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- UNITED NATIONS 1990. International Convention on the Protection of the Rights of All migrant Workers and Members of Their Families 45/158.
- UNITED NATIONS 2008. World Migration Report 2008: Managing Labour Mobility in the Evolving Global Economy.
- VAN POPPEL, J. & KAMPHUIS, P. 2003. Arbozorg en allochtonen: Literaturstudie. Tilburg.
- WALLIN, A-M, CARLBERG, M. 2003. Hälsan ur ett etniskt perspektiv. En rapport från undersökningen om hälsa, levnadsvillkor och livsvillkor, Liv & hälsa år 2000. CDUST, landstingen i Sörmlands, Uppsala, Västmanlands, Värmlands och Örebro län.
- WIKING, E., JOHANSSON, S. E. & SUNDQUIST, J. 2004. Ethnicity, acculturation, and self reported health. A population based study among immigrants from Poland, Turkey, and Iran in Sweden. *J Epidemiol Community Health*, 58, 574-82.
- WINGBORG, M. 2011. Mors lilla Olle. Så exploateras asiatiska bärplockare i de svenska skogarna. *Swedwatch rapport*. Swedwatch.
- WORLD HEALTH ORGANISATION 2007. Health of Migrants. WHO.
- WREN, K. & BOYLE, P. 2001. Migration and work-related health in Europe - A Literature Review. *SALISA Report*. Arbetslivsinstitutet.
- WWW.EKONOMIFAKTA.SE. 2011. *Arbetskraftsinvandring från utanför EU/ESS* [Online]. www.ekonomifakta.se. Available: <http://www.ekonomifakta.se/sv/Fakta/Arbetsmarknad/Arbetskraftsinvandring/Arbetskraftsinvandring-fran-utanfor-EUEES/> [Accessed].
- ØSTBY, L. 2008. Migration health in Norway, what we know, what we don't know, and why. Statistics Norway.



ARBETSMILJÖ
VERKET

Arbetsmiljöverket
112 79 Stockholm
Besöksadress Lindhagensgatan 133
Telefon 010-730 90 00
Fax 08-730 19 67
E-post: arbetsmiljoverket@av.se
www.av.se

ISSN 1650-3171

This publication can be downloaded from
www.av.se/publikationer/rapporter/

Vår vision: *Alla vill och kan skapa en bra arbetsmiljö*