

Invandrare i svensk tandvård

Mikael Zimmerman

Tandvården har en viktig uppgift i omhändertagandet av invandrare och flyktingar. Många tandläkare känner sig dock frustrerade och förvirrade inför invandrarpatienter.

Mikael Zimmerman är odontologie doktor på Oral diagnostik vid Karolinska institutet och har i många år engagerat sig i invandrarfrågor.

Invandrarsituationen i Sverige.

I ett historiskt perspektiv har Sverige, i jämförelse med övriga länder i Europa, haft en mycket liten invandring. Före andra världskriget var andelen invandrare i Sverige under 1% av folkmängden.

Det är svårt att ge en entydig tolkning av begreppen invandrare och flyktingar. Invandrare betecknar närmast personer som flyttat frivilligt, oftast av arbetsmarknads-skäl, flyktingar är personer som tvingats fly sitt hemland på grund av fara för eget liv eller hälsa. Klassificeringen beror mycket på vem som fattar besluten.

Efter 1975 tillåts i princip ingen arbetskraftsinvandring från utom-nordiska länder, utan invandringen består av flyktingar och deras anhöriga. I dagsläget utgör flyktinginvandringen över 90% av den totala utom-nordiska invandringen till Sverige.

I officiell statistik avser invandrare/flyktingar alla personer som är födda utanför Sverige av icke svensk-födda föräldrar. Ofta inkluderas även så kallade "andra generationens invandrare" d.v.s. personer födda i Sverige med minst en utländskt född förälder.

Enligt denna sistnämnda definition är 18% av Sveriges befolkning att betrakta som invandrare — 1.6 miljoner. (Första generationens invandrare: 10% - 1 miljon, andra generation 8% - 600.000) (1).

1991 uppskattade FN och olika flyktingorganisationer att det totalt finns cirka 17 miljoner flyktingar världen över, de flesta i fattiga länder i tredje världen. Samma år ansökte 650 000 om asyl i Nordamerika eller något europeiskt land. Av dessa sökte 27 000 asyl i Sverige och 18 663 personer beviljades uppehållstillstånd.

Stora folkförflyttningar är inget modernt fenomen,

utan har förekommit i hela mänsklighetens historia. I modern tid har snabba kommunikationer skapat möjligheter för stora grupper att förflytta sig långa sträckor och mellan olika kontinenter på kort tid.

De nya krav som ett ökande antal flyktingar ställer på värdländerna har blivit en viktig global angelägenhet. Bland många andra yrkesgrupper ställs hälso- och sjukvårdspersonal inför oförutsedda behov. För värdlandet nya och kanske även obekanta sjukdomspanorama, kulturella, etniska och religiösa olikheter kan betyda att varje grupp har olika behov, värderingar och förväntningar.

Invandrare, hälsa och ohälsa

Ett antal studier har beskrivit sjukdomspanorama och vårdbehov i invandrargrupper. Sjukdomar kan ha samband med individernas geografiska ursprung och även vara tecken på ett, från födelselandet, ackumulerat behov av obehandlade åkommor. Obehandlade och ofta oupptäckta infektionssjukdomar som t.ex. tuberkulos, malaria, hepatiter, hiv och mag- tarmsjukdomar utgör stora problem vad gäller riskerna för smittspridning.

Kroppslig och mental ohälsa kan vara direkt relaterad till flyktingarnas situation. Undersökningar har visat större förekomst av psykiska besvär och även somatisering av stress, bland flyktingar. De effekter som fängelsevistelser och tortyr kan ha för flyktingar behöver inte närmare kommenteras.

Språk- och kulturella barriärer kan leda till missförstånd och frustration i relationen mellan vårdgivare och vårdtagare. Flyktingarna saknar ofta stödet från det sociala nätverk som ett samhälle normalt medför. Bristande kunskap och förståelse hur olika vårdinrättningar fungerar medför att invandrare inte utnyttjar den service som normalt står till förfogande. Förtroende och

Bristande kunskap och förståelse hur olika vårdinrättningar fungerar medför att invandrare inte utnyttjar den service som normalt står till förfogande

tillit till hjälp från egna landsmän och även anhöriga i det forna hemlandet har visat sig vara viktigare än att söka vård hos etablerade professionella inrättningar i det nya värdlandet (2,3). Ett lågt vårdutnyttjande har visats vad gäller flera invandrargrupper i Sverige och detta ökar inte med vistelsetiden i landet. Invandrare tenderar istället till att i högre grad söka akut vård än att anlita polikliniska vårdinrättningar (3).

På senare tid har intresset bland vårdgivare och forskare ökat vad gäller migrationsmedicin och den allmänna medicinska hälsan hos invandrare börjat bli tämligen väl beskriven. När det gäller oral hälsa, vårdbehov och tandvårdsvanor hos invandrare/flyktingar finns det förvånansvärt få studier. De flesta nationella och internationella studier beskriver barn och ungdomar, mycket få studier finns redovisade vad gäller vuxna invandrare och flyktingar (2-5). I en nyligen publicerad rapport från Medicinska Forskningsrådet konstaterades att "den enda vetenskapliga institution som kan sägas upprätthålla en tradition av migrationsmedicin är Tandläkarhögskolan i Stockholm" (5).

Invandrare och oral hälsa

Alla undersökningar avseende oral hälsa hos invandrare/flyktingar visar entydigt en högre förekomst av tandsjukdomar bland såväl barn som vuxna. Detta gäller både vid jämförelser med svensk population men även vid jämförelser med motsvarande grupper i flera av flyktingarnas ursprungsländer.

I en avhandling gällande karies hos förskolebarn visades att invandrabakgrund var en av de viktigaste riskfaktorerna till kariesutveckling bland barn i åldrarna 1-3.5 år. Barn med invandrabakgrund har högre sockerkonsumtion, lägre tandborstningsfrekvens och otillräckligt användande av fluortandkräm. Invandrarfamiljerna i studien tillhörde lägre socialgrupper och mödrarna hade lägre utbildningsnivå. Invandrabakgrund ansågs vara kopplat till både sociala och beteendemässiga faktorer (6).

I en tidigare studie visades att finska invandrabarn hade sämre tandhälsa än svenska, och detta trots att finska invandrarfamiljer erhållit samma tandvårdsinformation som de svenska. Bäst resultat påvisades när

Alla undersökningar avseende oral hälsa hos invandrare/flyktingar visar entydigt en högre förekomst av tandsjukdomar bland såväl barn som vuxna

föräldrarna fick information på sitt modersmål. Efter som föräldrar är barnens första normgivare också vad gäller tandhälsa och tandhälsobeteende är det av yttersta vikt att en tidig påverkan inte förbises, i synnerhet när det gäller invandrargrupper, och att informationen vänder sig till hela familjen (7).

I en studie gällande turkiska invandrabarn redovisades sämst tandhälsoläge bland turkiska barn födda i Turkiet. Turkiska invandrabarn födda i Sverige hade ett bättre tandhälsoläge, vilket kunde bero på att familjer som bott längre tid i Sverige påverkats mer av tandhälsoinformationen (8).

Språksvårigheter anges som en vanlig orsak till utbliven vård. Missförstånd i kommunikation mellan vårdgivare och patient kan ofta bero på språkkonflikter. I de fall invandrans hemspråk begreppsmässigt skiljer sig från svenska och det som diskuteras är obekant för invandraren så är risken stor för missförstånd.

Hur förklarar man t.ex. för en invandrare som aldrig varit sjuk att han/hon bär på ett mycket smittsamt hepatit-B virus och måste följa vissa restriktioner enligt svensk lagstiftning när han/hon inte ens vet att det finns ett organ som heter lever.

Invandrare utgör en socialt mycket sårbar grupp. Inte ens invandrare från samma land kan betraktas som en sociodemografiskt homogen grupp. Etnicitet enbart skall med största försiktighet användas som förklaringsvariabel när det gäller t.ex. tandhälsa. Invandrargrupperna i Sverige är minoriteter som lever i ett samhälle som domineras av en relativt homogen svensk majoritet. Forskning om minoriteter lyfter fram exotiska men ovanliga hälsoproblem som lyser forskaren i ögonen men förbiser ofta banala stora folkhälsoproblem som redan finns i majoritetsbefolkningen. Hälsoproblem knyts till exempel gärna till kulturella mönster i minoritetsgruppen, medan sociala livsförhållanden undervärderas. Betoningen av sambandet mellan etnicitet och hälsa får inte tillåtas överskugga samband mellan social situation och hälsa (5).

Det har visats att även migration inom samma språkområde ger upphov till en form av migrationskris med ett förhöjt antal psykiska symtom under de första åren efter migrationen (f.d. östtyskar som flyttar till f.d. Västtyskland) (5). Studier av grupper vilka flyttat från landsbygd till tätorter har redovisat liknande fynd. Vistelsetiden på en ny boendeort verkar inte ha något större inflytande på utnyttjande av och förståelse för hälsovårdsinrättningar (3).

Migrationskriser som leder till sociala, somatiska och/

eller psykiska problem kan uppstå vid all typ av migration. Migrationskriserna blir mer tydliga och exotiska i våra ögon när de uppmärksammas hos t.ex. flyktingar från Sydostasien i Stockholm än bland norrlänningar som flyttat till storstaden.

Behandling av grupper främmande för vårdtraditionerna i Sverige kan innebära komplikationer för vårdgivarna. Det subjektiva vårdbehovet hos en individ kan vara starkt kulturellt betingat, vilket bör beaktas av den välutbildade tandvårdspersonalen.

I en enkätundersökning i Stockholms invandrantätaste kommuner visade resultaten att flertalet tandläkare kände sig frustrerade och förvirrade inför invandrapatienter. Tandläkarna klagade på att en del patienter inte kunde passa tider och på kommunikationsproblem och tidsödande diskussioner via tolk. Därutöver hade de uppenbara svårigheter att förklara betydelsen av förebyggande tandvård. Ökad information till invandrarna var tandläkarnas recept, men tandläkarna själva var inte intresserade att sköta denna information. De ansåg att någon myndighet eller massmedia skulle ta hand om detta (8).

I en registerstudie över vuxna flyktingar (16 år och äldre) som anlände till Sverige under åren 1975-85 (data från Statens Invandrarverk och Riksförsäkringsverket) hade endast 38% av flyktingarna besökt tandvården i Sverige. Tiden mellan ankomst till Sverige och första besöket hos tandläkaren var i genomsnitt 4,5 år. Tandvårdskonsumtionen under den första behandlingsperioden uppgick i genomsnitt till 165 minuters debiterad tandläkartid, vilket är avsevärt högre än för motsvarande svenska åldersgrupper. Anmärkningsvärt minskade inte tandvårdskonsumtionen med ökande antal behandlingsomgångar. Tandvårdskonsumtionen för flyktingar vilka behandlats i Folktandvården var i genomsnitt 48 minuter för första behandlingsomgången, jämfört med 199 minuter för de flyktingar som behandlats av privata tandläkare. Det föreföll osannolikt att det borde vara någon skillnad i vårdbehov mellan de flyktingar som sökte Folktandvård respektive privata tandläkare (3).

Tandvården har en viktig uppgift i omhändertagandet av invandrare/flyktingar. Det är därför viktigt för

tandvården att skaffa kunskaper om olika invandrargruppers speciella behov och förväntningar. Tandvårdspersonalen måste ha en hög kompetens inte enbart vad gäller diagnostik och riskbedömning av orala sjukdomstillstånd, utan även vad gäller inlärningsprocesser, förändringar i hälsovanor/hälsomedvetnade, sociala, kulturella, ekonomiska, politiska och etniska frågor.

Tandhälsovårdsinformation och förebyggande tandvårdsprogram borde ske i olika slags uppsökande program och i ett nära samarbete mellan tandvården och grupper, organisationer eller myndigheter som har en nära kontakt med invandrarna/flyktingarna direkt efter ankomsten till Sverige. Detta har visats ge bra resultat i studier av nyanlända Chilenska och Polska flyktinggrupper i Sverige under tidigt 1980-tal (3). Under den första tiden i landet lever invandrarna/flyktingarna i en mycket turbulent och sårbar situation. Ett alltför omfattande tandvårdsprogram kan i denna initiala fas vara svårt att passa in i flyktingarnas aktuella livssituation. Det primära målet måste vara att ge erforderlig akuttandvård och speciellt anpassade informationsprogram för att undvika fortsatt försämring av den orala hälsan och tidigare uppdämda vårdbehov.

REFERENSER

1. *Statistiska centralbyrån* Befolkningsstatistik 1994. Del 3 Folkmängd efter kön, ålder, medborgarskap mm. Stockholm, Statistiska centralbyrån, 1995.
2. *Selikowitz H-S*: Oral health and immigrants - A study of the oral health and oral health behavior in groups of Vietnamese refugees and Pakistani immigrants in Norway. [Thesis] University of Oslo, Oslo, 1987.
3. *Zimmerman M*: Oral health in groups of refugees in Sweden. *Swed Dent J supplement* 94:1993, [Thesis] Karolinska Institutet, Stockholm, 1993.
4. *Widström E*: Finnish immigrants and dental care in Stockholm county. *Swed Dent J supplement* 19, 1983 [Thesis] Karolinska institutet, Stockholm, 1983.
5. *Hjern A*: Migrationsmedicinsk forskning - en översikt. MFR-rapport 1. Stockholm 1995: Medicinska forskningsrådet.
6. *Grindefford M*: Prediction and development of dental caries in young preschool children. [Thesis] Karolinska Institutet, Stockholm, 1995.
7. *Ekman A*: On dental health and related factors in Finnish immigrant children in Sweden. [Thesis] Umeå universitet, Umeå, 1989.
8. *Hugosson A, Koch G, Svensson G. (red)*: Concensus: Tandhälsotillståndet hos olika befolkningsgrupper i Sverige (In Swedish). Stockholm: Invest-Odont AB 1991.

Komplett litteraturlista kan erhållas från artikelförfattaren (120 referenser).

Det subjektiva vårdbehovet hos en individ kan vara starkt kulturellt betingat, vilket bör beaktas av den välutbildade tandvårdspersonalen
