

# Obstetriska komplikationer hos invandrare och svenskar i Tensta

Göran Holmberg

Arne Rådestad

Vid en ändring av upptagningsområden i Stockholms län fick S:t Eriks kvinnoklinik ansvaret för Spånga församling. En tid därefter hade man intrycket av ovanligt många komplikationer till förlossningar. Man fick misstanken att detta kunde bero på att det fanns många invandrare i de nya delarna av upptagningsområdet. Det gav uppslaget att jämföra förekomsten av komplikationer vid graviditet och förlossningar hos invandrare och svenskar.

Resultatet blev överraskande och visade att i synnerhet turkiska kvinnor hade en lägre frekvens av komplikationer än den inhemska svenska befolkningen.

Tänkbara orsaker till detta redovisas i nedanstående artikel, som författats av Arne Rådestad och Göran Holmberg, läkare vid kvinnokliniken S:t Eriks sjukhus.

## Inledning

I samband med nedläggningen av Allmänna BB överfördes Spånga församling till S:t Eriks sjukhus upptagningsområde från 1/1 -76. Spånga församling innefattar Tensta-Rinkeby-området, som har en mycket hög invandrarfrekvens (40%). I området finns ett 40-tal olika nationaliteter representerade.

Efter en tid upplevde vi ett starkt intryck av att aldrig tidigare ha sett så mycket patologiska obstetriska tillstånd på S:t Erik. Misstanken uppkom att våra invandrare var särskilt illa drabbade i detta

avseende, vilket initierade vår undersökning.

Svenska och danska undersökningar har visat både sämre hälsotillstånd och lägre utnyttjandefrekvens av den förebyggande mödravården hos invandrare (2, 3).

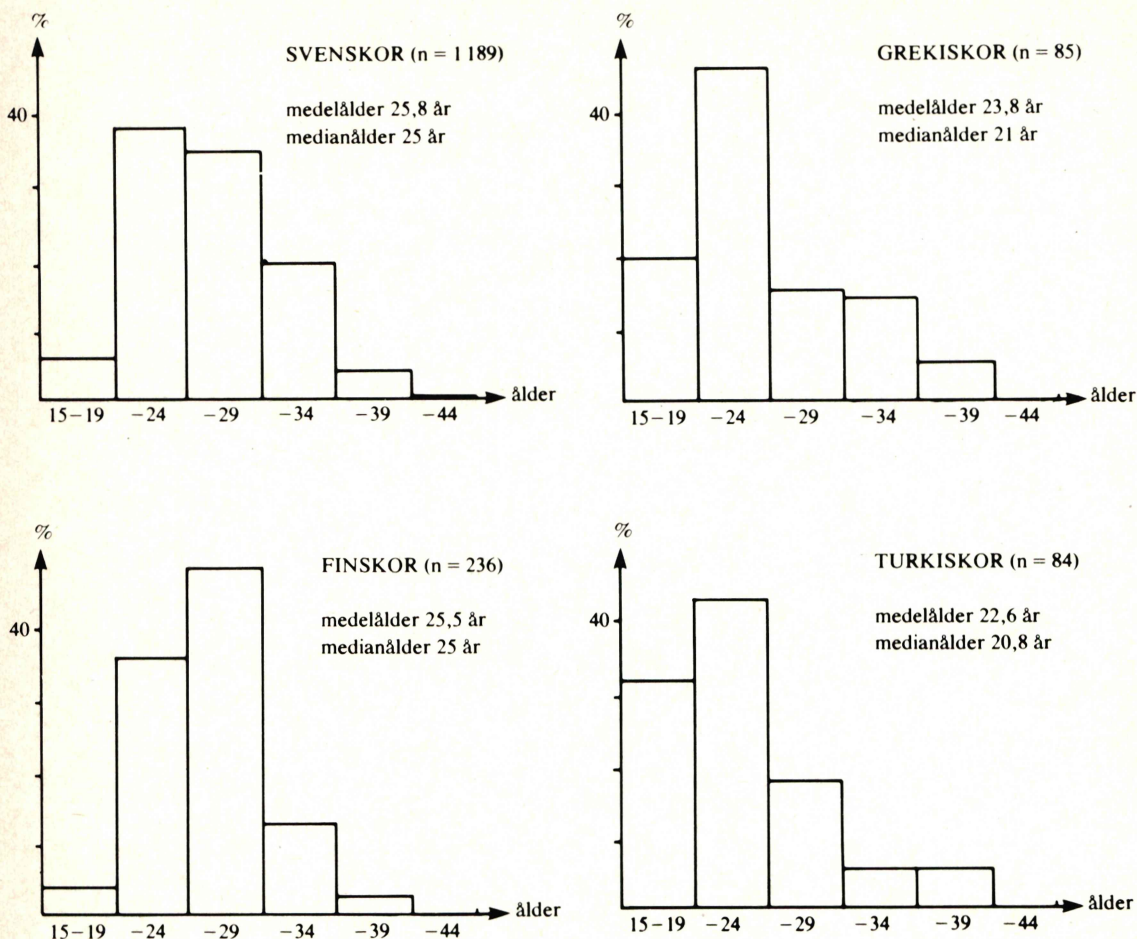
## Material och metod

Tensta-Rinkeby-området erbjuder ett unikt tillfälle för jämförelse mellan olika nationalitetsgrupper. Området är en modern förort, som med rätt eller orätt fått stämpeln på sig att vara ett socialt problemområde. Den socio-ekonomiska sammansättningen av den svenska befolkningen kan därför förväntas vara i paritet med invandrarnas. Alla nationalitetsgrupperna har tillgång till samma samhällsservice, besöker samma mödravårdscentraler och föder sina barn på samma kvinnoklinik. Till detta kan läggas att klinikchefen personligen granskar alla förlossningsjournaler, varför diagnoskriterierna är enhetliga.

Samtliga vårdtillfällen på BB- eller förlossningsavdelning på S:t Eriks sjukhus registreras via medicinska födelsemeddelanden (MFM) i Medicinska Huvudregistret. Därifrån fick vi materialet uppdelat på nationaliteter, genom att samköra med Centrala folkbokföringsregistret. Det visade sig då att finsskor, grekiskor och turkiskor dominerade i antal bland invandrargrupperna och att övriga nationaliteter var så få, att det ej blev jämförbart stora grupper, ej ens om man slog ihop nationaliteter till etniska grupper. Vi valde därför att begränsa oss till de nämnda invandernationaliteterna. Materialet kom då att bestå av 1 189 svenskor, 236 finsskor, 85 grekiskor och 84 turkiskor från Spånga och Kista

Undersökningen har genomförts med bidrag från Allm. BB:s minnesfond.

Figur 1. Förlossningspatienternas åldersfördelning i Spånga och Kista församlingar.



församlingar, vårdade på S:t Eriks BB under kalenderåren 1976–1977. För dessa patienter noterades ålder, antal vårdtillfällen, vårdtid samt alla diagnoser. Detta gjordes med data, men för att få fram antalet tidigare graviditeter och förlossningar, legala aborter och missfall fick vi manuellt studera journalerna. Då antalet svenska och finska journaler var stort, gjorde vi här ett slumpmässigt urval av 100 stycken journaler i vardera gruppen.

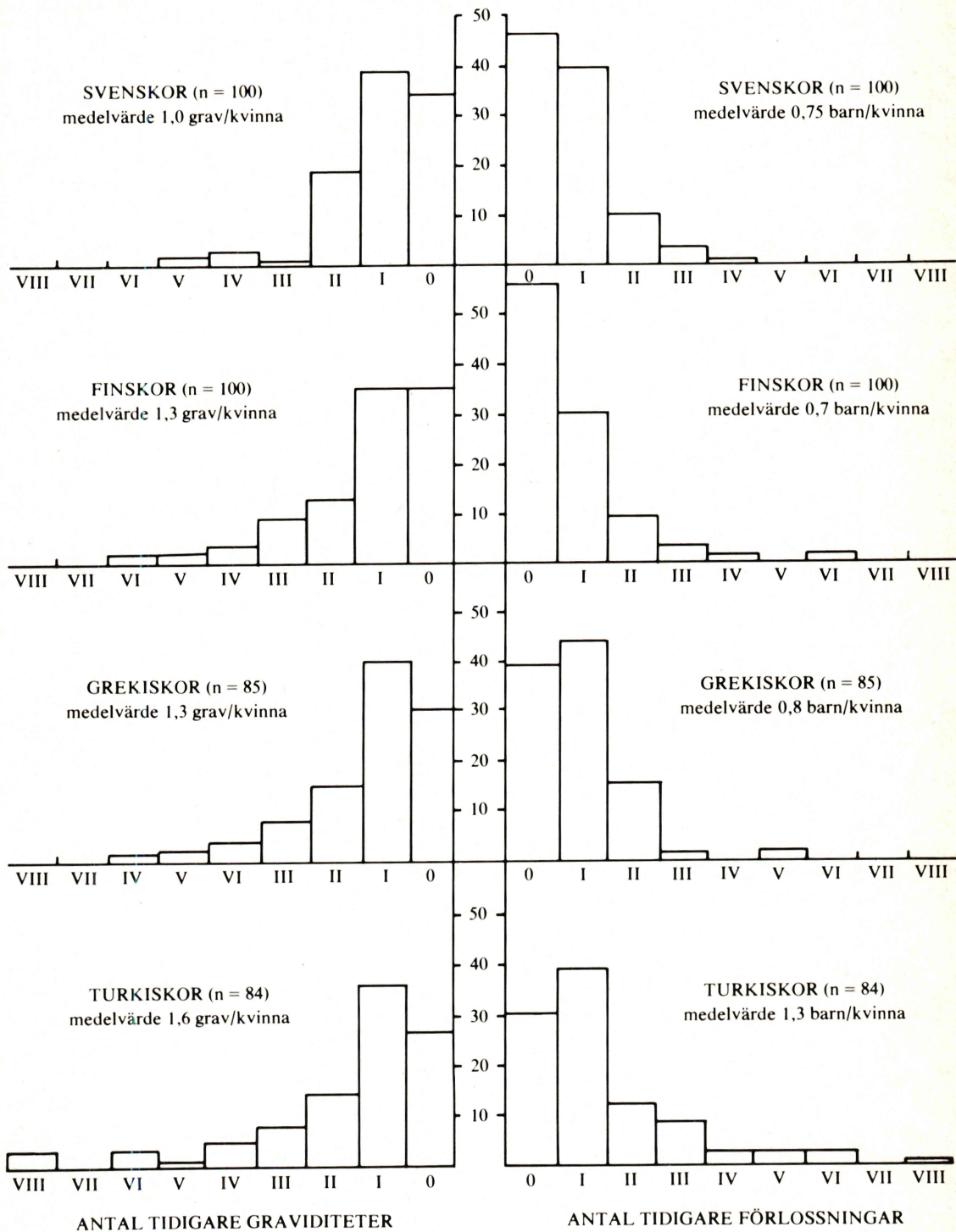
De studerade nationalitetsgruppernas åldersfördelning framgår av *figur 1*. Svenskor och finskor har snarlik åldersfördelning, medan grekiskor och i synnerhet turkiskor är 2–3 år yngre. Hela 1/3 av turkiskorna är mellan 15 och 19 år. (Samtliga statistiska

jämförelser är gjorda med svenskor som referensgrupp. Skillnader anges med 1–3 stjärnor, motsvarande  $p < 0,05$ ;  $p < 0,01$ ;  $p < 0,001$  respektive).

Av *figur 2* framgår antalet tidigare graviditeter och tidigare förlossningar (paritet). Här föreligger en markant skillnad mellan grupperna. De turkiska kvinnorna hade före den aktuella graviditeten 1,3 barn per kvinna, trots den lägsta medelåldern.

Grekiska kvinnor skiljer sig obetydligt från svenskor och finskor, men de har den högsta frekvensen missfall, 32 % ( $p < 0,05$ ). Missfallsfrekvensen var för finskor 28 %, turkiskor 23 % och svenskor 17 %. Av de finska kvinnornas tidigare graviditeter hade inte mindre än 31 % avslutats med legal abort, mot en-

Figur 2. Antal tidigare graviditeter och förlossningar hos förlossningspatienter från Spånga och Kista församlingar.



dast 11 % för svenskorna ( $p<0,001$ ). Hos turkiskor och grekiskor hade 13 % respektive 15 % av tidigare graviditeter avslutats med legal abort.

Resultat

Grekiskor och turkiskor hade något fler vårdtillfällen per patient än svenskor och finiskor. Däremot hade alla invandrargrupperna drygt 1 vård dag mer än svenskorna.

Graviditetskomplikationerna framgår av *tabell 1*. Alla delsymptom vid graviditetstoxikos har redovisats sammantagna och skilda från de grava fallen. De ger då en trolig ( $p<0,05$ ) skillnad för turkiskorna liksom totalt vad gäller graviditetskomplikationer ( $p<0,001$ ).

Tabell 1. Graviditetskomplikationer hos patienter från Spånga och Kista församlingar.

|                       | Svenskor | Finskor | Grekiskor | Turkiskor |
|-----------------------|----------|---------|-----------|-----------|
| Överburenhet          | 9%       | 5,5%    | 4,7%      | 7,1%      |
| Lätt-måttlig toxicos  | 15,7     | 18,2    | 17,6      | 6*        |
| Svår toxicos eclampsi | 0,9      | 1,3     | 0         | 0         |
| Övriga komplikationer | 20,5     | 19,9    | 21,2      | 14,3      |
| Totalt                | 46,1     | 44,9    | 43,5      | 27,4***   |

\*  $p<0,05$   
\*\*  $p<0,01$   
\*\*\*  $p<0,001$

Turkiskornas förlossningar är komplicerade i 31 % (*tabell 2*), vilket är ( $p<0,05$ ) lägre än svenskornas 42 %. Svenskorna har den lägsta frekvensen trånga bäcken och grekiskor och turkiskor den högsta. Trots det har turkiskorna den lägsta frekvensen traumatiska skador liksom komplikationer i övrigt. De finska kvinnorna intar en mellanställning när det gäller trånga bäcken.

Obstetriska operationer är sammanställda i *tabell 3*. Totalt är antalet operativa ingrepp signifikant ( $p<0,001$ ) lägre hos turkiska kvinnor jämfört med svenskor, medan finiskor och grekiskor intar en mellanställning. Detta gäller särskilt instrumentell avslutning och igångsättning.

Tabell 2. Förlossningsdiagnoser hos patienter från Spånga och Kista församlingar.

|                       | Svenskor | Finskor | Grekiskor | Turkiskor |
|-----------------------|----------|---------|-----------|-----------|
| Normal förlossning    | 57,7%    | 57,2%   | 50,6%     | 69,0%*    |
| Trångt bäcken         | 2,8      | 5,5*    | 9,4***    | 9,5***    |
| Svårare bristningar   | 4        | 5,1     | 3,5       | 2,4       |
| Övriga komplikationer | 48,3     | 49,1    | 45,9      | 38,1      |
| Totalt                | 55,1     | 59,7    | 58,8      | 50        |

\*  $p<0,05$   
\*\*  $p<0,01$   
\*\*\*  $p<0,001$

Tabell 3. Obstetriska operationer bland förlossningspatienter från Spånga och Kista församlingar.

|                    | Svenskor | Finskor | Grekiskor | Turkiskor |
|--------------------|----------|---------|-----------|-----------|
| Cerclage           | 0,9%     | 1,7%    | 0%        | 0%        |
| Kejsarsnitt        | 8,4      | 9,7     | 14,1      | 10,7      |
| Igångsättning      | 10,1     | 6,8     | 9,4       | 1,2**     |
| Raka/sned-klipp    | 23,5     | 19,9    | 14,1*     | 10,7*     |
| Extraktioner       | 5,2      | 6,4     | 3,5       | 2,4       |
| Övriga operationer | 20,4     | 13,5    | 12,9      | 10,8      |
| Totalt             | 68,5     | 58,0*** | 54,0**    | 35,8***   |

\*  $p<0,05$   
\*\*  $p<0,01$   
\*\*\*  $p<0,001$

Grekiskor har den högsta frekvensen kejsarsnitt (sectio). Indikationerna för kejsarsnitt framgår av *tabell 4*. Bäckenträngsel är indikation i 3/4 av fallen för grekiskor och turkiskor, men i endast hälften av fallen för finiskor och svenskor ( $p<0,01$ ).

Registreringen av senkomplikationer efter förlossningen är ej fullständig då komplikationer inträffar efter hemkomsten från sjukhuset. Om patienten sedan söker vård registreras det som gynekologisk diagnos. Sker vården polikliniskt görs ingen som helst dataregistrering av diagnoserna. Då dessa senkomplikationer kan förväntas vara relativt sällsynta

Tabell 4. Indikationer för kejsarsnitt bland förlossningspatienter i Spånga och Kista församlingar.

|                             | Svenskor<br>(n = 1 189) | Finskor<br>(n = 236) | Grekiskor<br>(n = 85) | Turkiskor<br>(n = 84) |
|-----------------------------|-------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Trångt bäcken               | 38                      | 12                   | 9**                   | 7*                    |
| Eclampsi                    | 2                       | 1                    | 0                     | 0                     |
| "Primär värk-<br>rubbnig"   | 9                       | 3                    | 0                     | 0                     |
| Placenta-<br>avlossning     | 12                      | 0                    | 0                     | 1                     |
| Hotande<br>fosterasfyxi     | 10                      | 2                    | 1                     | 0                     |
| Övriga<br>indikationer      | 29                      | 5                    | 2                     | 1                     |
| Totalt antal<br>kejsarsnitt | 100<br>(8,4 %)          | 23<br>(9,7 %)        | 12<br>(14,1 %)        | 9<br>(10,7 %)         |

\*  $p < 0,05$

\*\*  $p < 0,01$

\*\*\*  $p < 0,001$

och observationstiden i övrigt är lika för de fyra studerade grupperna anser vi en närmare analys därav mindre intressant.

Den perinatale mortaliteten skiljer sig ej signifikant mellan grupperna.

## Diskussion

Den arbetshypotes vi hade att invandrarna var drabbade av en högre frekvens graviditets- och förlossningskomplikationer har icke bekräftats. I stället är det tvärtom. De turkiska, och i viss mån även de grekiska kvinnorna genomgår graviditet och förlossning med få komplikationer jämfört med svenskor och finskor, dock har de en tendens till fler och längre vårdtillfällen än svenskorna. Detta kan vara ett uttryck för en osäkrare handläggning p g a språksvårigheter, vilket resulterar i fler inläggningar för observation.

Faktorer som kan ha betydelse för resultatet är:

- Det högre antalet tidigare förlossningar hos grekiskor, men framför allt hos turkiskor.
- Den lägre medelåldern hos grekiskor och turkiskor.
- En positiv selektion av invandrarkvinnor från Turkiet och Grekland kan eventuellt bidra. Övervägande unga, friska kvinnor, som tidigare

klarat hårdare levnadsförhållanden under ett hårt selektionstryck, emigrerar i första hand.

- En mer traditionell kvinnotyp har kanske en lägre ångestnivå inför och i samband med förlossning, vilket kan medföra en lägre utsöndring av stresshormoner, som ju har känd livmoder-avslappad effekt. Detta skulle till en del kunna förklara den låga frekvensen igångsättningar respektive instrumentala avslutningar av förlossningar hos främst turkiskor. Samtidigt innebär detta sannolikt en större tolerans mot graviditetskrämpor.

För att belysa paritetens betydelse har vi jämfört enbart förstföderskor och fann då samma tendenser som i totalmaterialet utgör signifikanta skillnader.

Sectiofrekvensen har de senaste åren ökat i hela landet till följd av förbättrade möjligheter till prenatal diagnostik, säkrare riskbedömning och vidgade indikationer tack vare förbättrad operations- och anestesiteknik. På S:t Eriks sjukhus kan en del av den ökade sectiofrekvensen tillskrivas det relativt stora antalet invandrare som bor inom upptagningsområdet. Vår undersökning ger dock inget stöd för tanken att många kejsarsnitt bland invandrarna görs i onödan p g a språksvårigheter och osäkerhet i bedömningen av patienten. Cirka 3/4 av kejsarsnitten bland turkiskor och grekiskor utförs med trångt bäcken som huvudindikation. Är det kanske så att våra normalvärdesgränser är för stränga för de mer småväxta medelhavsfolken? En analys av födelsevikten gav dock inga hållpunkter för att så skulle vara fallet, enär fördelningen av födelsevikterna ej skiljer sig åt.

En ökad sectiofrekvens bland invandrare har även konstaterats av Aurelius-Ryde (1). Klebak S (2) visade att invandrabarn i Danmark hade lägre födelsevikt än barn till danska föräldrar, men han fann ingen skillnad i sectiofrekvens.

Den höga frekvensen missfall hos de grekiska kvinnorna är anmärkningsvärd. Kan det bero på att de i större utsträckning har manuella och fysiskt krävande arbeten? Kan det bero på en sträng katolsk moraluppfattning som leder till en tendens att kalla en provocerad abort för missfall?

## Slutsats

Den ökning av patologiska graviditeter och förlossningar som vi upplevde på S:t Eriks förlossningsavdelning efter det att vi tillförts Spånga församling, har icke sin förklaring i den höga frekvensen invandrare i den befolkningen. Tvärtom har i synnerhet turkiskor en lägre graviditets- och förlossningskomplikationsfrekvens än inhemsk svensk befolkning. Förklaringen torde i stället vara områdets genomsnittligt låga socio-ekonomiska status. Betydelsen av detta har klarlagts i många tidigare undersökningar från bl a USA. Nyligen har Lindgren (4) kartlagt församlingarnas socio-ekonomiska status betydelse för den perinatale dödligheten vid förlossningskliniker i Stockholmsområdet.

## Sammanfattning

Förlossningspatienter från Spånga och Kista församlingar, som vårdats på S:t Eriks sjukhus förlossningsavdelning kalenderåren 1976 och 1977, har studerats med avseende på graviditets- och förlossningskomplikationer ställt i relation till nationalitet. Vi fann en ökad frekvens kejsarsnitt hos turkiskor och framför allt grekiskor, föranledd av trångt bäcken i 3/4 av fallen. I övrigt har dessa två nationalite-

ter en lägre graviditets- och förlossningskomplikationsfrekvens än svensk och finsk befolkningsgrupp från samma område. Invandrarna har dock en tendens till fler och längre vårdtillfällen på sjukhuset. Tänkbara orsaker till de funna skillnaderna diskuteras.

## REFERENSER

1. Aurelius G, Ryde E: "Havandeskap och förlossning hos invandrare". Socialmed tidskrift nr 6/73 s 340-346.
2. Klebak S: Fremmedarbejderfodsler i Danmark 1972 og 1973. Ugeskr Læg 138: 1595-1598, 1976.
3. Leiniö T-L: Finländska invandrades hälsotillstånd och utnyttjande av sjukvården. Nordisk medicin 94: 44-46, 1979.
4. Lindgren L: Den perinatale dödligheten och befolkningens socio-ekonomiska struktur. Socialmedicinsk tidskrift nr 9/79 s 471-479.

---

Fullständigt statistiskt tabellmaterial kan rekvireras från författarna.