

Sjukdom och olycksfall hos invandrare

Göran Aurelius

Hans Moëll

I Cavtat i Jugoslavien hölls hösten 1977 en konferens om hälsovårdsproblem hos invandrararbetare. Från symposiet rapporterar nedan dr Göran Aurelius, socialstyrelsen och Hans Moëll, länsläkare i Kronobergs län.

Sjukdom och olycksfall hos invandrare

Cavtat är en plats strax söder om Dubrovnik i Jugoslavien. Under tiden 31 oktober–4 november 1977 hölls där ett symposium över temat "The Safety and Health of Migrant Workers". Organisatörer var International Labour Office (ILO) och World Health Organization (WHO) tillsammans med det jugoslaviska arbetsmarknadsministeriet. Enligt inbjudan var avsikten närmast att diskutera och "give effect" åt en rekommendation som antagits av en gemensam ILO/WHO-kommitté. Rapporten från den kommittén, "Occupational Health and Safety of Migrant Workers" var resultatet av ett möte som hölls 5–11 augusti 1975.

I symposiet i Cavtat deltog ca 100 personer. De kom från ett 40-tal länder i alla världsdelar. Delta-garna representerade mycket skilda yrkeskategorier – ekonomer, kemister, ingenjörer, administratörer, jurister, läkare – vars gemensamma nämnare var intresset för arbetsmiljöfrågor och invandrare.

Från Sverige deltog Jonas Widgren, arbetsmarknadsdepartementet, Eva Larsson, invandrarverket,

Bertil Flöistrup, företagsläkare, Göran Aurelius, socialstyrelsen, och Hans Moëll, länsläkarorganisationen i Kronobergs län, socialstyrelsen.

Föredragen behandlade olycksfalls- och sjukdomsepidemiologi samt alla de faktorer – geografiska, sociala, ekonomiska, juridiska, kulturella, lingvistiska – som kan tänkas påverka en invandrades säkerhet och hälsa. Man ägnade också tid åt de speciella problem, som berör den kvinnliga invand-raren och de svårigheter som uppstår, när "the migrant worker" återvänder till hemlandet.

I Sverige glömmar vi lätt bort att en omfattande migration av arbetskraft förekommer i stora delar av den övriga världen. Från Västafrika och Nordafrika, till exempel, utvandrade 1974 nästan tre miljoner människor. En stor del av de nordafrikanska utvandarna flyttade till Europa, särskilt till Frankrike.

På den amerikanska kontinenten mottar USA fortfarande ungefär 300 000 invandrare årligen, men flera miljoner kommer illegalt, huvudsakligen från Mexico. I Latinamerika kommer de flesta till Argentina som 1974–1975 fick ca 1 1/2 miljon invandrare. I Asien sker den huvudsakliga förflyttningen av arbetskraft till de oljeproducerande länderna.

Yrkesskador

Från Tyskland presenterades en yrkesskadestatistik över invandarna. Vid internationella jämförelser framkom att yrkesolyckorna i arbetet var dubbelt så många i Jugoslavien som i Tyskland under ett år. Man konstaterade dock att jämförande statistik mellan olika länder är oerhört svår att utföra

eftersom betingelserna är så olika. Man hade också fört statistik över invandrare i den tyska industrien och fann att antal skadefall var satt till 79 per 1000 inhemska arbetare och år, all industri sammanräknad, mot 216 skadefall på 1000 gästarbetare. Inom metallindustrin var siffrorna 149 respektive 282. För handelsanställda och de som arbetade med städ- och rengöringsarbeten var olyckstillfällena ungefär lika många bland tyskar som bland invandrare. När man däremot gick igenom enbart de mycket allvarliga olyckorna, fann man att invandrarna inte var lika kraftigt överrepresenterade som i hela olycksfallsstatistiken.

I ett föredrag påpekades att många av de migrerande arbetarna ej har någon egentlig utbildning. De måste därför utföra huvudsakligen manuellt arbete, som innebär större risk för olyckor än i de mera tekniskt-administrativa arbeten som sysselsätter många av de nationella arbetarna. Siffror för de migrerande arbetarna bör därför jämföras med olyckssiffror för inhemska arbetare, verksamma inom samma sektor av industrin. En sådan jämförelse visar att det knappast finns någon skillnad i olycksfallsfrekvens hos inhemska och utländska arbetare när dessa har bott i värdlandet sju år eller längre.

För svenska förhållanden finns icke någon särskild olycksfallsstatistik som skiljer på svenska och utländska arbetare. Man kan naturligtvis ifrågasätta riktigheten av jämförande statistik mellan två i sig så heterogena grupper. I rapport nr 9 från Statistiska centralbyrån om "Invandrarnas levnadsförhållanden 1975" har man också gjort en ytterligare uppdelning och talar här om "Infödda svenskar", "Naturaliserade invandrare", "Utländska medborgare – därav finska medborgare och sydeuropeiska medborgare".

Göran Aurelius presenterade i en kort framställning huvuddragen av undersökningen. Det framgick därav att invandrare oftare än svenskar arbetar i mycket bullriga miljöer. I sitt arbete var de oftare också utsatta för luftförorening, gas, rök och damm. De arbetade oftare kvälls- och nattetid än svenskar. Deras hälsotillstånd var, om man jämför med svenskar i samma ålder, mindre tillfredsställande och de hade fler långvariga sjukdomar.

Invandrare i allmänhet är mer utsatta för yrkesskador än de inhemska arbetarna. Detta är särskilt fallet under deras två första vistelseår i det nya landet.

Sammanfattningsvis om yrkesskadestatistiken kan man säga, att invandrare i allmänhet är mer utsatta för skador än de inhemska arbetarna och att detta särskilt är fallet under deras första två vistelseår i det nya landet. På det hela taget anpassar sig de migrerande arbetarna väl till arbetet efter en övergångsfas.

Åtskilliga faktorer bidrar till att invandrarna i början av sin vistelse är utsatta för olyckor. De byter betydligt oftare arbetsplats än övriga, de flyttas icke sällan till andra arbetsplatser, de är utbildade för de arbetsuppgifter som de måste gå in i och arbetar i industrier och i miljöer med hög olycksfallsrisk. Därtill kommer invandrarnas svårigheter att förstå instruktioner och varningstexter.

Hälsovård

En del länder fordrar läkarundersökning i hemlandet innan de migrerande arbetarna får rätt att åka till det främmande landet. Det finns ett behov av åtminstone ett minimum av medicinsk undersökning innan arbetaren (och familjemedlemmarna) lämnar hemlandet. Men man måste också göra en undersökning vid ankomsten till det nya landet. Företagshälsovården är den lämpligaste platsen för sådana undersökningar. Åtgärderna bör omfatta bl.a. radiologisk lungundersökning, tuberkulinprovning, hälsorådgivning avseende arbetsmiljön. De psykologiska problem som sammanhänger med immigration bör beaktas.

I fortsättningen bör företagshälsovården hålla en kontakt med den utländske arbetaren och bevaka hans hälsoläge och arbetsmiljö. Röntgenologisk lungundersökning kan vara nödvändigt att utföra årligen de första åren, då det visat sig att risken för tuberkulos är stor under dessa år. Arbete i ett annat land innebär också betydande risker för att få nervösa och psykiska problem. I Storbritannien löper invandrare större risk att drabbas av schizofreni än

vad engelsmän gör. I en region i Jugoslavien hade man av 800 000 invånare 23 000 utomlands som temporära arbetare. Under en observationsperiod på nio år sjukhusvårdades 246 av dessa "migrant workers" för psykiska sjukdomar. Denna siffra var, procentuellt sett, betydligt högre än motsvarande sjukdomsfrekvens för jugoslaver i hemlandet. Man fann att de mentala störningarna ofta bestod av paranoidea reaktioner liksom reaktiva psykoser.

Denna överrepresentation av mental ohälsa hos utvandrarna ansågs bero dels på en selektivitet associerad med migrationen, dels på lingvistiska problem, brist på kontakt med familj och vänner och brist på skydd från värdlandet. Det var vanligt att personer som haft psykiska störningar under vistelse utomlands fick återfall om de emigrerade på nytt. Talaren menade därför, att en person med psykiska problem, associerade till migration, inte skall återvända utomlands för arbete. Han ansåg också att psykiska besvär lämpligen bör behandlas i ursprungslandet där man kan ge ett bättre emotionellt och socialt stöd.

Barns och kvinnors villkor

Migrationen inverkar också negativt på barnen. Illic, Jugoslavien, talade om "the Separation Syndrome" hos barn vars föräldrar rest utomlands för arbete. De symptom, som dessa barn visar, är t.ex. ångest och depression. Vissa barn reagerar med ett regressivt beteende, som i längden kan hindra deras utveckling. Åter andra kan reagera med aggressivitet, samtidigt som de är hämmade och ensamgångsare. Sådana tillstånd hos barnen, menade talaren, kan i sin tur inte undgå att inverka på föräldrarna och bidra till deras känsla av oro och vanmakt under vistelsen utomlands.

Det talades varnande om ett "Europa der zerstörten Familien". Därför får migrationen ej längre ses som en isolerad arbetsmarknadsföreteelse. Den har djupgående sociala, psykologiska och medicinska återverkningar främst på de stora grupper av människor som emigrerar, men också på dem, som lämnas kvar i hemländerna.

Flertalet kvinnliga invandrare till industriländerna har ingen utbildning för eller erfarenhet av industriarbete och många kommer från landsbygden.

.....
Det var vanligt att personer som haft psykiska störningar under vistelsen utomlands fick återfall om de emigrerade på nytt.
.....

Denna dubbla omställning i arbetslivet och yttre miljö innebär en psykisk påfrestning samtidigt som kvinnan förväntas upprätthålla sin traditionella roll i hem och familj.

Problem som är knutna till familjen och familjebildningen drabbar ofta de kvinnliga invandrarna: "family planning", barn och deras anpassnings-svårigheter, hjälpbehövande gamla föräldrar etc. Stora svårigheter kan uppstå, när hon skall leva upp till alla krav hon ställs inför.

Under senare år har ökat intresse fokuserats på problem i samband med att "utvandrare" återvänder till sitt ursprungsland. Jonas Widgren från Sverige och arbetsmarknadsdepartementet framförde synpunkter på detta. Han påpekade bl.a. att tvenne faktorer medverkat till problemen. En av dessa var de ekonomiska svårigheter som uppstod i samband med oljekrisen. Den andra faktorn är den ökande kunskapen, även hos internationella organisationer, att en emigration av milliontals arbetare har många negativa effekter på ekonomin hos de länder som levererar arbetskraft; dessa effekter kan emellertid motverkas genom en planerad "remigration" till ursprungslandet. Tyvärr är "remigrationen" ofta oreglerad och äger rum utan medverkan av vare sig arbetsförmedling eller andra organ.

Sammanfattning

På avslutningsdagen gjordes ett inlägg av dr Cleve Schou från ICEM (International Center for European Migration) i Genève, där han utvecklade och föreslog olika modeller och metoder för att förbättra anpassningen för invandrare i gästländerna, men också för återanpassningen till hemländerna.

Dr Schous och våra egna synpunkter kan sammanfattas på följande sätt:

1. Om man vill förebygga olycksfall hos invandrare behövs först en bättre statistik, dels på makroplanet, med hänsynstagande till nationsgrupper, åldrar, kön, arbetsplatsens karaktär, men dels

också på mikroplanet där man analyserar olycksfallen med avseende på psykosociala faktorer.

2. Den ökade risken för invandrare att ådra sig skador i arbetet bör ses i ett vidare perspektiv än bara arbetsplatsens. Hela detta problem måste därför infogas i ett social- och invandrapolitiskt sammanhang.
3. Den förebyggande verksamheten måste inriktas bl a på ökad information om risker och arbetssätt på *invandarens eget språk*. En fortsatt förbättring av arbetsmiljön i allmänhet kommer även invandraren till del.
4. Invandarens allmänna hälsotillstånd bör uppmärksammas dels genom ökad kontakt med företagshälsovården, dels genom allmän och frivillig hälsoundersökning av alla invandrare vid ankomsten (jfr Aurelius-Moëll, Läkartidningen nr 41, 1976).
5. Ökad uppmärksamhet bör ägnas invandrarnas psyko-sociala problem. Dessa kan ta sig uttryck i alkoholism, depression och psykosomatiska störningar såsom mag-tarmbesvär, huvudvärk och gynekologiska besvär. En utbyggd tolkservice och ökad satsning på tvåspråkig personal inom hälso- och sjukvården (jfr regeringens proposition 1975: 26 om riktlinjer för invandrar- och minoritetspolitiken m m) kan ge invandrare med sådana problem bättre möjligheter att få vård.
6. För att underlätta invandarens anpassning till arbetsmarknaden i invandrarlandet och eventuellt också hans återkomst till ursprungslandet bör problemen diskuteras vid bilaterala överläggningar; detta kan också understödja en "planerad migration".

LITTERATURFÖRTECKNING

Abstracts from International Symposium on Safety and Health of Migrant Workers. CAVTAT-Dubrovnik, 31 Oct – 4 Nov, 1977.

Invandrare – arbetarskydd. Kungl Arbetarskyddsstyrelsen, meddelanden 72:16.

International Labour Conference. Convention concerning migrations in abusive conditions and the promotion of equality of opportunity and treatment of migrant workers. Convention 143, 1975.

International Labour Conference. Recommendation concerning Migrant Workers; Recommendation 151, 1975.

Les enfants de migrants et les pays d'origine. Edit.: Charbit, Y. Colloque international, Ankara 7–10 Juin 1977. Hacettepe Press, Ankara 1978.

Levnadsförhållanden. Rapport nr 9, Invandrarnas levnadsförhållanden 1975. Statistiska Centralbyrån, Stockholm 1977.

Occupational Health and Safety of Migrant Workers. Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health, 7th Session, Geneva, 5–11 August 1975.

*

Aurelius, G: Sociomedical aspects of the integration of immigrant children in a Swedish county. Thesis, Huddinge University Hospital, Huddinge 1978.

Aurelius, G: Invandrarbarn i England. Socialmedicinsk Tidskrift 1972.5.298.

Aurelius, G–Moëll, H: Invandrarnas hälsovård. Läkartidningen 73:3427-3430, 1976.

Aurelius, G: Invandrarna och psykvården. Invandrare och minoriteter 2: 10, 1978.

Moëll, H: Report on a study-tour to England, 26:th of April – 13:th of May 1976 on the topic "Medical and socio-medical problems connected with migration". (Stencil.)

Moëll, H: Invandrare i England – Erfarenhet från en studieresa. Socialmedicinsk tidskrift nr 4/1977.