

Havandeskap och förlossning hos invandrare



Göran Aurelius



Elsa Ryde

Invandringens effekt på olika samhällsfunktioner är en angelägen fråga. För mödra- och förlossningsvården innebär invandringen en helt ny social faktor. En undersökning i Göteborg av invandrarnas sjukdomspanorama visade att utländska kvinnor oftare hade förtidsbörder och flera förlossningar i högre åldersgrupper än svenska kvinnor (12). En mera detaljerad undersökning av invandrarnas mödra- och förlossningsvård är dock angelägen. Om invandrapopulationen i sin helhet eller vissa etniska minoritetsgrupper har en högre frekvens komplikationer i samband med förlossning finns anledning att undersöka orsakerna och att överväga förebyggande åtgärder.

Vilka faktorer kan tänkas komplicera graviditet

I nedanstående artikel presenteras en undersökning av förhållandena under havandeskapet och förlossningen hos invandrare. Ett urval av utlandsfödda kvinnor som förlöst på Danderyds sjukhus och Löwenströmska sjukhuset har härvid jämförts med kontrollmaterial av svenska barnaföderskor. Resultatet visar vissa skillnader såväl beträffande frekvenserna av komplikationer vid havandeskap som beträffande spädbarnsdödligheten. I den finländska gruppen framkommer påtagliga avvikelser, särskilt en högre perinatal dödlighet och flera prematura förlossningar.

Slutsatserna av undersökningen blir emellertid att det inte i första hand är krav av medicinsk-teknisk natur som omhändertagandet av invandrare ställer. Invandringen har medfört en ny och för vårt sätt att se många gånger irrationell faktor i sjukvården. Invandrarnas uppfattning om och förväntningar på sjukvården och dess personal kan vara ovan för oss. Det som här i första hand behövs är emellertid förståelse för många invandrares svåra situation. Det är det viktigaste kravet som invandringen ställer på svensk sjukvårdspersonal.

Göran Aurelius är specialistläkare (barnakidrens invärtes sjukdomar) vid Löwenströmska sjukhuset där Elsa Ryde är t. f. bitr. överläkare vid kvinnokliniken.

och förlossning för invandrare? Sjukdomar såsom undernäring, blodbrist, rachitiska förändringar och infektioner, särskilt tuberkulos, kan ha betydelse. Invandrarnas sociala struktur och ålderssammansättning kan spela in. Dåligt deltagande i förvården, särskilt till följd av språksvårigheter kan vara en faktor. Å andra sidan kan dessa faktorer uppvägas av den förbättrade standarden, sociala förmåner och en väl fungerande mödra- och förlossningsorganisation.

Metodik

I det följande skall redogöras för en undersökning, som utförts på kvinnoklinikerna på Dande-

ryds sjukhus och Löwenströmska sjukhuset. Förlösningssjournaler från åren 1968—69 avseende utrikes födda kvinnor har granskats. Journaler på barnaföderskor med födelsenummer från Centrala Folkbokförings- och Uppbördsnämndens (CFU) så kallade reservserie, nämligen 930—999, utvaldes och, i det mindre antal fall, då födelsenummer saknades, de journaler, där kvinnan hade ett namn, som tydde på utländsk härkomst. Från respektive pastorsämbeten erhöll man uppgift om barnaföderskornas och deras mäns nationalitet samt inflyttningsår till Sverige. En indelning gjordes i socialgrupper med hjälp av den klassifikation, som användes vid valstatistiken. I första hand togs hänsyn till kvinnans, i andra hand till mannens yrke. Uppgifterna ur förlösningssjournalerna och från pastorsämbetena bearbetades datamaskinellt. Resultaten jämfördes med en slumpvis utplockad kontrollgrupp av svenska barnaföderskor från samma BB-avdelningar 1968—69 samt med årsrapporterna från respektive kvinnokliniker och med tillgänglig officiell statistik. En separat undersökning gjordes av förvårdskorten från mödravårdscentralen (MVC), vid Löwenströmska sjukhuset. Materialet bearbetades statistiskt med t-test och Chi-2 analys, varvid man använde signifikansnivån 0,05.

Med invandrare menas här liksom i gängse språkbruk en person, som flyttat från utlandet till Sverige. Vi har ej tagit hänsyn till om vederbörande vistats lång tid i Sverige eller blivit svensk medborgare.

Presentation av den undersökta gruppen

Åren 1968—69 förlöstes 8 057 kvinnor på Danderyds sjukhus och Löwenströmska sjukhuset. Av barnaföderskorna var 838, eller 10,7 %, utrikes födda. Vid samma tid (31.12.1969) fanns i Sverige 4,6 % utlänningar och i Stockholms län 7,2 %. Den högre procentsiffran i vårt material beror på, att även utrikes födda, som blivit svenska medborgare, inräknats. Därtill kommer att proportionen invandrare är större i barnafödande åldrar än i högre åldersgrupper, om man jämför med den svenska befolkningspyramiden. År 1960 var 73 % av invandrarna i åldern 0—34 år mot 48 % av to-

talbefolkningen. I ett urval BB-mammor måste man därför finna procentuellt flera invandrare än i hela befolkningen.

Tabell 1. Invandrarnas nationalitet (%).

Nationer	Utrikesfödda barnaföderskor		Invandrare i	
	Hela antalet	Gifta med svenskar	Stockholms län	Hela Sverige
Finland	58,5	48,2	50	50
Övriga Norden	7,8	11,9	10	16
Syd-europeiska länder	7,2	3,0	11	14
Tyskland	12,9	18,5	6	6
Övriga nationer	13,6	18,4	23	14
	100	100	100	100

Av tabell 1 framgår att en stor del av barnaföderskorna, 58 %, har kommit från Finland. Denna nationsgrupp är jämte tyskorna överrepresenterad sett mot nationsfördelningen i övrigt bland invandrarna i hela Sverige och i Stockholms län. Kvinnoöverskottet inom dessa nationsgrupper är också tidigare dokumenterat (11) och uppvägs av ett kvinnounderskott bland invandrare från övriga Norden och Sydeuropa. I kolumnen "Gifta med svenskar" finner man att den procentuella fördelningen mellan grupperna förskjutits. Mödrar från Sydeuropa är mera sällan gifta med svenskar än övriga invandrare.

Även socialt framkommer skillnader hos de utrikes födda barnaföderskorna beroende på om de är gifta med svenskar eller ej. I det förra fallet tillhör de, som framgår av tabell 2, i större omfattning socialgrupp I och II. Sociala olikheter finns även mellan nationsgrupperna. Finska och sydeuropeiska kvinnor tillhör socialgrupp III oftare än de övriga. Däremot har gruppen västeuropeiska kvinnor, liksom invandrare gifta med svenskar, en social struktur, som väsentligen överensstämmer med kontrollgruppen svenska kvin-

nor från samma förlossningsavdelningar. I kontrollgruppen är för övrigt andelen kvinnor i socialgrupp I påfallande hög, vilket beror på att vilasamhällena Djursholm och Danderyd ingår i sjukhusens upptagningsområde.

Tabell 2. Socialgrupper (%).

	Socialgrupp				Antal föderskor
	I	II	III	Okänd	
Barnaföderskor					
Utrikesfödda					
Hela antalet	12,6	41,1	43,8	2,5	838
Från Finland	7,1	35,2	55,1	2,5	490
„ Sydeuropa	6,9	31,0	60,3	1,7	61
„ Västereuropa	22,6	54,7	21,4	1,3	163
Utrikesfödda, gifta med svenskar	23,4	54,5	21,1	1,0	291
Svensk kontrollgrupp	20,6	55,7	23,7	—	300

Medelåldern bland invandrarna, 27,2 år, var högre än bland samtliga förlösta kvinnor i Sverige 1968, 26,2 år. Denna avvikelse berodde på en högre medelålder hos kvinnor från Västereuropa och från Skandinavien utom Finland. De sydeuropeiska kvinnorna var något yngre, dock utan statistiskt signifikant skillnad.

Åldersskillnader inverkar även på antalet tidigare förlossningar. Jämfört med svenskorna var invandrarna oftare omföderskor med en eller två förlossningar tidigare, men stora barnkullar förelåg inte oftare hos dem. Invandrarna från Sydeuropa var i större omfattning förstföderskor.

Vistelsetiden i Sverige undersöktes även. 10 % av mödrarna hade flyttat från hemlandet mindre än 9 månader tidigare, alltså kommit hit gravida. En fjärdedel hade varit i Sverige högst 2 år och en tredjedel hade bott här i 8 år eller mera.

Invandrarna var gifta i samma utsträckning som svenska barnaföderskor, det vill säga 86,4 % mot 85,9 % i officiell svensk statistik. Gruppen ogifta, i vilken inräknas fränskilda och änkor, var emellertid högre hos finskorna — 16,3 % — än hos övriga invandrare.

Förvården

Några exakta uppgifter om anslutningen till den förebyggande mödravården kan man inte erhålla ur förlossningsjournalerna. Uppgifter angående vissa provtagningar, som ombesörjs av barnmorskan på MVC, är dock indirekt ett bra index på deltagandet i mödravården. Vi fann att WR (Wassermannundersökning av blodet) var taget hos 97 % av svenskorna och 94 % av invandrarna. Av de sistnämnda var 2 positiva — det ena en ospecifik reaktion, det andra en kongenital, utläkt lues. Urinundersökning var gjord i 97 % respektive 95 %. Av siffrorna kan vi dra slutsatsen att högst 5 % av invandrarna och 3 % av svenskorna ej deltagit i den kostnadsfria, förebyggande mödravården. Skärmbildsundersökning var gjord i endast 70 % i båda grupperna. Detta är ett observandum, då invandrarna utgör en riskgrupp med hänsyn till tuberkulos. I de fall där skärmbildsundersökning ej gjorts under graviditeten, bör detta föranstaltas under BB-vistelsen.

Antalet besök hos läkaren och hos barnmorskan på MVC var lika stort hos invandrarna som hos svenskarna — ungefär 3, 5 resp 8 besök. I mödraundervisningen deltog invandrarna i samma omfattning som svenskorna eller i ca 20 %. Enligt en undersökning gjord 1963 deltog ungefär 20 % av de gravida kvinnorna i Sverige i mödraundervisning (7). Något ökat deltagande tycks alltså ej ha skett under det sista decenniet. Då invandrargruppen uppdelades i socialgrupper, fann vi, att 48 % i socialgrupp I, 28 % i socialgrupp II och 14 % i socialgrupp III hade följt mödraundervisningen. Dessa siffror belyser det kända förhållandet att låg social standard medför ett lägre utnyttjande av hälsovård, men kan dessutom vara en följd av språksvårigheter, som sannolikt gör sig mer gällande i socialgrupp III (16).

Abortfrekvensen fann vi vara densamma bland invandrarna som bland svenskorna. Mödrarna från sydeuropa skilde sig dock från de övriga. De hade i 8 % 3 eller flera aborter tidigare. Ofta var det fråga om legala aborter i deras förra hemland.

Förlossningen

I många europeiska länder är hemförlossningar ännu vanliga. I Sverige föder dock nästan alla, så även invandrarna, sina barn på sjukhus. I vårt material var endast 4 patienter förlösta före inkomsten till sjukhuset.

Tabell 3. Operativa förlossningar (%).

Ingrepp	Utrikesfödda	Svenskor
Kejsarsnitt	5,7	3,6
Sugklocka	3,3	2,5
Tång	0,2	0,2
Summa operativa förlossningar	9,2	6,3

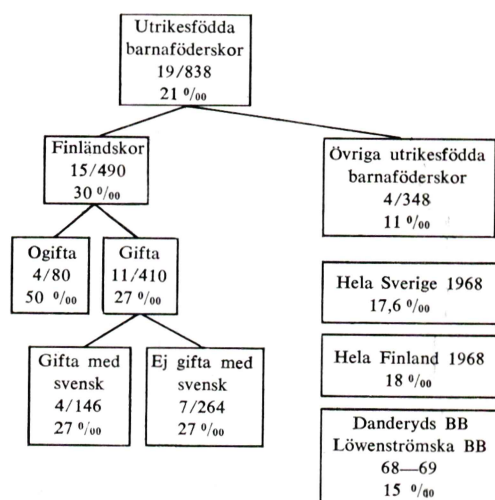
Förlossningen var okomplicerad hos 87 % av invandrarna. Hos dessa var operativa förlossningar, särskilt kejsarsnitt, vanligare än hos svenskorna (tabell 3). Vi kunde emellertid inte finna att någon speciell indikation för kejsarsnitt övervägde hos invandrarna. Trångt bäcken, innefattande disproportion mellan fosterhuvud och moderns bäcken, var anledning till operation hos 16 av 46 kvinnor. Bland mödrarna från Sydeuropa var motsvarande siffror 4 av 9, vilket kan tyda på en överrepresentation av trångt bäcken hos dem, men materialet är för litet för säker slutsats. Hotande fosterasfyxi föranleder inte sällan kejsarsnitt och kan vara en följd av psykiska faktorer — ångest, muskulär spänning, försämrat blodflöde till livmoder och barn. Denna indikation förelåg i 7 fall och endast hos finskor och sydeuropeiskor, alltså hos de kvinnor som har de största språksvårigheterna och anpassningsproblemen av alla invandrarna.

Diagnosen graviditetsoxikos var vanligare hos finska invandrare, 5,1 %, än hos svenskor, 3,0 %, och övriga invandrare, 2,6 %. Den största riskgruppen var de ogifta finskorna, som hade toxikos i 10 %. I Finland anges toxikosfrekvensen vara ca 5 %.

Perinatal dödlighet och prematurförlossningar

Med perinatal dödlighet (fig. 1) avses här alla barn, som framfötts döda efter 28:e graviditetsveckan samt barn, som avlidit inom 7 dagar efter

Fig. 1. Perinatal dödlighet.



förlossningen. Den perinatala dödligheten var i Sverige 1968 17,6 ‰ och vid tiden för undersökningen 15 ‰ vid de aktuella BB-klinikerna. I Invandrargruppen var dödligheten ej påtagligt högre men det förelåg en statistiskt säkerställd skillnad mellan dödligheten hos nyfödda barn till finska mödrar och barn till övriga invandrare och svenskor. Denna skillnad förelåg vare sig de finska mödrarna var gifta eller ogifta. Dödligheten var också högre än i Finland vid samma tid. Bland de gifta finskorna kunde man ej finna att anpassningsfaktorn "gift med svensk" hade någon betydelse för den perinatala dödligheten.

Frekvensen av för tidigt födda barn följde samma mönster som den perinatala dödligheten. Invandrarna som helhet hade ej flera förtidsbörder än svenska kvinnor, men finskorna födde oftare prematura barn än övriga invandrare och svenskor: 6,1 % mot 4,6 % och 4,2 %. I Finland var samtidigt prematurfrekvensen 4,7 %.

Intervjuundersökning

I en journalstudie som denna belyses huvudsakligen den sociala och medicinskt-tekniska sidan av mödra- och förlossningsvården. Mödrarnas egna upplevelser och åsikter om vården är emellertid lika viktiga att undersöka. Därtill skulle dock krävas en omfattande intervjuundersökning med

hjälp av tolkar. Några stickprov kan dock många gånger ge ganska god fingervisning om var problemen ligger. Vi har därför låtit intervjua några nyblivna invandarmödrar en månad efter deras BB-vistelse. Intervjun utfördes av några i sjukvård väl insatta kvinnliga invandrare. De använde en sk halvöppen intervjumetodik med förutbestämda frågor men utan bundna svarsalternativ. En turkisk och tre finska mödrar utfrågades.

Några citat:

Finsk barnaföderska: "Besökte MVC flera gånger; hade tolk vid flera läkarbesök; ej upplyst om att möd-ragymnastik och rådgivning fanns; tolk hade behövts vid förlossningen; bra på avdelningen där det fanns finsk personal."

Finska: "Gick många gånger på MVC; visste inte att det fanns mödraundervisning; kontrollerna på MVC rutinmässiga och opersonliga men bra med tolk vid alla läkarbesöken; kände mig ensam och övergiven på förlossningsavdelningen p g a språksvårigheterna; läst svenska 5 år i Finland men kan inte tala svenska".

Finska (svensktalande): "Informeras om mödraundervisningen endast genom ett anslag; inga problem med anpassningen på avdelningen."

Turkiska, andra förlossningen: "Gick flera gånger på MVC men där var de inte trevliga mot turkar; jag kunde inte gå på mödraundervisning för jag talar så dålig svenska; min man vill inte att jag skall lära mig, han säger att det inte behövs. Jag var ensam under förlossningen, min man var rädd och ville inte vara med. Förlossningen var bättre i Sverige för man fick hjälp med injektioner och sådant, men det var opersonligare (än i Turkiet). Efter förlossningen var personalen mycket snäll mot mig men andra kvinnor sa att turkar var smutsiga och annat. Vid utskrivningen talade jag med doktorn med hjälp av en manlig tolk. Jag skämdes och sade inte så mycket som jag visste, han frågade så många skamliga frågor; med en kvinnlig tolk skulle det vara bättre."

Intervjuerna ger i all sin korthet några viktiga upplysningar. Språksvårigheterna upplevs starkt såväl under förvården som under tiden på BB. Informationen på MVC når ej fram på önskvärt sätt och tolkfrågan fungerar inte tillfredsställande.

Diskussion

En kraftig invandring har skett till flera länder i Västeuropa under det senaste decenniet. Till Schweiz och Tyskland har kommit italienare och jugoslaver, till Frankrike algerier, till Storbritan-

nien västindier och asiater. De hälsovårdsfrågor, som aktualiserats i samband med invandringen till dessa länder, har vanligen betingats av de brister, som förelegat i invandrarernas hälsotillstånd (3; 18). Det har varit en översjuklighet i bristsjukdomar och infektionssjukdomar, särskilt tuberkulos, vilket inverkat menligt även på förlossningsvården. I Storbritannien har den perinatale dödligheten bland indier och pakistaner varit hög (4). Detta har satts i samband med allt för många och täta havandeskap, men också med näringsbrist hos kvinnorna, orsakande anemi och osteomalaci (benskörhet).

Invandrarna i Sverige har ej visat samma höga sjuklighet, som invandrargrupper i andra Västeuropeiska länder. Det beror på att mycket få av invandrarna kommer från egentliga U-länder. En överrepresentation av vissa sjukdomar såsom tuberkulos har dock kunnat påvisas (12).

I den grupp utrikesfödda barnaföderskor, som vi har studerat, har någon väsentligt högre komplikationsfrekvens ej kunnat påvisas jämfört med svenska barnaföderskor. Däremot finner man sociala och åldersbetingade skillnader. Invandrarna tillhör i större utsträckning de lägre socialgrupperna och har en högre medelålder.

Vi har ej kunnat finna mera komplikationer hos dem som varit kort tid i Sverige än hos dem, som bott här länge. En försvenskningseffekt påvisades dock: antalet tidigare förlossningar var lägre hos dem, som varit lång tid i Sverige.

Viktigare ur risksynpunkt är att undersöka de enskilda nationsgrupperna. Här möter emellertid den svårigheten att endast några få nationer är så väl representerade, att man kan få en uppfattning om deras mödra- och förlossningsvård. Den finländska gruppen är så stor att den rätt väl kan bedömas och i vissa avseenden kan man dra slutsatser om övriga skandinaver, västeuropéer och sydeuropéer.

Västeuropéer och "övriga skandinaver" återfanns i socialgrupp I oftare än de andra invandrarna. Den högre levnadsstandarden och utbildningsnivån hos dem har sannolikt medfört att en större del av graviditeterna varit planerade. Detta är troligen anledningen till deras högre medelålder.

der, vilket i sin tur kan förklara deras högre kejsarsnittsfrekvens. Ur anpassningssynpunkt torde dessa kvinnor uppleva avsevärt mindre svårigheter än många andra invandrare. Sammantaget kan sägas, att västeuropéer och skandinaver — utom finländare — tycks löpa en viss risk för förlossningskomplikationer beroende på en hög medelålder.

I den finländska gruppen har vi funnit påtagliga avvikelser, särskilt en högre perinatal dödlighet och flera prematurförlossningar. En av orsakerna kan vara graviditetstoxikos, som tycks vara dubbelt så vanligt bland finskor i Sverige som hos svenskor och andra invandrare. Det är ett känt faktum att toxikos ökar risken för fosterdöd och för tidig födsel. Däremot är det inte klarlagt, varför toxikos är vanligare i vissa länder. Man har spekulerat över bland annat nutritionella och klimatologiska orsaker (5, 6). I Finland tycks toxikos vara vanligare än i Sverige och troligen är det lika vanligt som bland finländska invandrare i Sverige. Detta skulle tala emot en miljöeffekt och för en konstitutionell benägenhet för toxikos hos finskor. För att dra sådana slutsatser måste man emellertid ta hänsyn till bl a hur lång tid miljöeffekten — bosättningen i Sverige — pågått, vilket vi ej gjort. Dessutom försvåras en jämförelse av att kriterierna för diagnosen toxikos ej är standardiserade i båda länderna.

Socio-ekonomiska förhållanden kan också bidra till den högre komplikationsfrekvensen hos barnaföderskor från Finland. Dessa tillhör socialgrupp III i större utsträckning än andra invandrare och är oftare ogifta. Att det finns ett samband mellan hög nyföddhetsdödlighet och låg socialgrupp har visats i omfattande brittiska undersökningar (14). Man har pekat på sociala och biologiska mekanismer bakom detta samband, tex högre sjuklighet, sämre nutritionstillstånd, lägre deltagande i förvård, kortare kroppslängd.

I många länder har man funnit hög perinatal dödlighet korrelerad till ogift civilstånd. Detta kan förklaras statistiskt med tidpunkten för giftermål under graviditeten, (15). Men civilståndet kan också vara ett uttryck för stabiliteten i den sociala bakgrunden och kan på så sätt påverka för-

lossningsresultatet, tex genom det sätt på vilket kvinnan deltar i förvården och sköter sin kost och hygien i vid bemärkelse. Intressant är en jämförelse med några finska undersökningar avseende förlossningskomplikationer (13, 17). Där har man funnit att 5 % av mödrarna var ogifta mot 16 % av finskorna i vår studie. Bakom detta kan ligga en eller flera av följande förklaringar:

1. Av kvinnor i fertil ålder i Finland utvandrar procentuellt flera ogifta.
2. Procentuellt lika många ogifta utvandrar, men flera är/blir gravida och föder barn i Sverige.
3. Procentuellt lika många ogifta utvandrar, men vid havandeskap är giftermål vanligare i Finland.

Hur som helst har man ett intryck av att en del unga, ogifta finskor kommer till Sverige därför att de är gravida och vill dölja havandeskapet för de hemmavarande. Deras situation i Sverige blir många gånger inte lättare. Ofta saknar de ordnade arbets- och bostadsförhållanden samtidigt som de upplever isolering och främlingskap till följd av språksvårigheterna.

De sydeuropeiska kvinnorna tillhör våra mest långväga invandrare. De möter också den största miljöförändringen: kyligare klimat, ett främmande språk, andra levnadsvanor, en annan religion. De har en lägre levnadsstandard än andra invandrare och svenskar, om man utgår från socialgrupperingen. Dessa faktorer skulle kunna inverka menligt vid havandeskap och förlossning. Vi har också funnit en överrepresentation av kejsarsnitt i denna grupp. Om det beror på att dessa kvinnor oftare har trångt bäcken eller på andra omständigheter har vi inte kunnat fastställa. Det är tänkbart att psykologiska faktorer kan spela roll med ängslan, förhöjd smärtreaktion, muskulär spänning, eventuellt ledande till fosterasfyxi (9). Emellertid har dessa tänkbara komplikationer ej medfört högre prematurfrekvens och perinatal dödlighet, vad vi kan bedöma av det relativt ringa materialet.

I den utbyggnad och intensifiering av verksamheten vid MVC, som nu diskuteras, är det väsent-

ligt att även invandrarna beaktas. Visserligen har det ej framkommit någon skillnad i anslutningen till mödravården mellan invandrare och svenskor men att problem finns och att de ofta beror på språksvårigheter visar intervjuerna. Språkbarriärerna är ibland stora men kan överbryggas med hjälp av tolkar, vilka bör deltaga åtminstone vid det första besöket hos barnmorskan.

Mamma- och pappakurser på utländska språk borde kunna ordnas på platser med hög procent invandrare från samma land. Mödraundervisningen måste i framtiden nå flera kvinnor än nu — detta gäller både svenskor och invandrare. Samtliga bör upplysas om — helst muntligt genom barnmorskan å MVC — att mödraundervisning finns att tillgå. Att deltagandet kan vara betydligt större, visar en intervjuundersökning från England, där deltagarsiffran i mödraundervisning var 85 % bland de blivande mödrarna (19). De olika broschyrerna, som patienterna får på MVC, bör ges ut på olika språk för invandrare.

På förlossningsavdelningarna kan invandrarna, speciellt finskor och sydeuropeiska kvinnor, uppleva språkbarriärerna särskilt svårt, något som framgår av de gjorda intervjuerna. Vid själva förlossningen spelar den språkliga kommunikationen mellan mamman och barnmorskan stor roll. Barnmorskan ger instruktioner och leder förlossningen samtidigt som hon kan lugna den blivande modern. Saknas denna kontakt kan följden bli en stark ångest hos kvinnan, vilket kan medföra komplikationer vid förlossningen. Den blivande pappan får gärna närvara vid förlossningen och kan då ofta tjänstgöra som tolk. Detta är dock inte alltid idealiskt, då det händer att han, helt naturligt, är alltför känslomässigt engagerad och nervös. Han kanske misstolkar ordinationer och upplysningar eller ger kanske intryck av att förstå svenska bättre än han egentligen gör. Å andra sidan kan man endast i undantagsfall hinna beställa en tolk speciellt för ändamålet — i så fall skall hon självfallet vara kvinna.

Därför är det värdefullt med språkkunnig personal på förlossningsavdelningen. Praktiskt finner man ofta att den ytterliga spänning och ångslan, som en finsktalande barnaföderska kan visa på

förlossningsavdelningen, släpper då hon får en finsktalande barnmorska. En väninna eller kvinnlig släkting, som behärskar både svenska och den blivande mammans modersmål, kan också vara till stor hjälp.

Omhändertagandet av invandrarna inom mödra- och förlossningsvården i Sverige ställer inte i första hand krav av medicinskt-teknisk natur. Invandrarnas sjukdomspanorama tycks visserligen skilja sig något från svenskarnas men ej i så hög grad, att radikala förändringar av vårdorganisationerna behövs. Med invandringen har emellertid en ny och från vårt sätt att se många gånger irrationell faktor kommit in i sjukvården. Invandrarnas uppfattning om och förväntningar på sjukvården och dess personal kan vara ovan för oss. Här behövs emellertid förståelse för många invandrares svåra situation. Detta är det viktigaste krav som invandringen ställer på svensk sjukvårdspersonal.

Litteratur

1. Allmän Hälso- och Sjukvård 1967—1968. Finlands Officiella statistik.
2. Allmän Hälso- och Sjukvård 1968. Sveriges Officiella statistik.
3. Aurelius, G.: Invandrarbarn i England. Socialmed. T. 49:298—304, 1972.
4. Bamford, F.N.: Immigrant mother and her child. Brit. Med. J. 1, 276—280, 1971.
5. Barron, S.L., Vesep, M.P.: Immigration — a new social factor in obstetrics. Brit. Med. J., 1189—1194, 1966.
6. Bergman, P.: Obstetrik för barnmorskor. Almqvist & Wiksell 1970.
7. Bergström-Walan, M-B: Efficacy of education for childbirth. J. Psychosom. Research 7, 131—146, 1963.
8. Dolton, W.D.: Health of immigrants. Proc. Roy. Soc. Med. 61, 19—21, 1968.
9. Falconer, A.S.: The mediterranean mother. J. Roy. Nov. Med. Serv. 56, 18, 1970.
10. Fergusson, G.A.: Statistical Analysis in Psychology and Education. Mc Graw-Hill, 1966.
11. Invandringen. SOU 1967: 12. Statens Offentliga utredning.
12. Lindegård, B.: Invandrarnas sjukvårdsmönster. Socialmed. T. 48: 405—417, 1971.

13. *Paavola, A.*: The illegitimacy rate and factors influencing the pregnancy and delivery of unmarried mothers. Act. Obst. Gyn. Scand., suppl. 3, 1968.
14. Perinatal Problems. Second Report. London 1969.
15. *Pettersson, F.*: Civilstånd och risker för abort, prematur förlossning och perinatal död. Läkartidningen. 67, 3369—3372, 1970.
16. *Purola, T.*, et al.: The utilization of the medical services and its relationship to morbidity, health resources and social factors. Publ. of Nat. Pension Inst. Finland, Ser A:3. 1968. cit. Rantakallio.
17. *Rantakallio, P.*: Groups at risk in low birth weight infants and perinatal mortality. Acta Paed. Scand. suppl. 193, 1969.
18. *Semple, A.B.*: The health and care of immigrants. Roy. Soc. Health J. 87, 96—99, 1967.
19. "Which": Engelska Konsumentinstitutets tidskrift juni 1971. Disk.

Invandrarbarn i skolklassen



Gunnar Stangvik

Den explosionsartade ökningen av antalet invandrare i skolan har ställt oerhört stora krav på skolmiljön. Förvånansvärt nog är forskning kring det problem som invandrarbarnen och deras lärare möter i klassrumssituationen närmast obefintlig.

Vid speciallärarlinjen, Lärarhögskolan i Göteborg har man genom några specialarbeten försökt få en orientering om några av de centrala problem som skolan och eleverna ställs inför. Dessa arbeten presenteras nedan av lektor Gunnar Stangvik under vars handledning arbetena utförts.

Invandrare i skolan

Enligt Statistiska Centralbyrån uppgick antalet utlänningar i Sverige år 1945 till 35 111 personer, dvs 0,5 % av hela landets folkmängd. Detta antal hade den 1 januari 1971 stigit till 411 280, dvs 5,1 %. 56 % av invandrarna är i åldern 18—44 och 44 % i åldern 0—18 år. Ek, Svens-

Artikeln bygger på data från tre specialarbeten utförda under författarens handledning vid speciallärarlinjen, Lärarhögskolan i Göteborg.

son & Vässman (1968) gissar att grundskolan för fyra år sedan hade minst 40 000 invandrarbarn av olika nationaliteter. Denna summa har i dag säkerligen stigit betydligt. Hammarberg (1968) konstaterar att i en av Malmö stads centralt belägna grundskolor kommer 30 % av barnen från invandrarhem. I Hjulsta rektorsområde, 2 mil från Stockholm, är 18 invandrnationer representerade i skolorna. 23 % av eleverna i rektorsområdet är invandrarbarn (Lärtidningen 13/1972).