

Invandrarnas sjukvårdsmönster

Invandrarnas andel av sjukhuspopulationen för sluten kroppssjukvård i Göteborg

1968—1969



Bengt Lindegård

Utredningsuppdraget

Göteborgs kommunstyrelse beslöt den 3:e februari 1971 att låta verkställa en undersökning angående invandrarnas förhållanden i Göteborg. Undersökningen, som förutsattes vara av socialmedicinsk karaktär, skall genomföras som en intensivundersökning av en genom stickprovsförfarande utvald del av invandrapopulationen i staden. Intensivundersökningen skall planläggas inom en särskilt tillsatt referensgrupp med representanter för intressenter bland centrala ämbetsverk och kommunala styrelser samt med kommunalrådet Bengt Hedlund som ordförande. Planläggningen avses komma till stånd efter en probleminventering, grundad på informationer från en preliminär orienterande studie rörande invandrarnas sjuklighet och hälsoförhållanden i övrigt.

Den preliminära studien avsågs ursprungligen omfatta även invandrarnas demografiska förhållanden i Göteborg. Statistiska kontoret i staden har emellertid i februari i år publicerat en statistisk-demografisk kartläggning rörande utlänningsar i Göteborg. Härigenom kunde vår egen preli-

Sjukdomspanoramat för invandrare synes på väsentliga punkter skilja sig från de infödda svenskarnas sjukdomspanorama. Det framgår av en undersökning där man gått igenom ett material av den s.k. statistikjournal A från Göteborg för år 1968 och 1969.

Jämförelsevis fler invandrabarn än svenska barn har vårdats på sjukhus under missbildningsdiagnoser. Invandrarkvinnorna har relativt oftare vårdats för ovälskomna eller icke fullgångna graviditeter. Vidare uppvisar de en överrepresentation av äggstocks- och äggledarinfektioner. Hos invandramännen är bl.a. vissa infektioner och inflammationer överrepresenterade såsom lungtuberkulos och mellanöroninflammationer. — Överrepresentationerna av missbildningsdiagnoser skulle kunna förklaras av att antalet äldre mödrar är relativt sett större bland invandrarkvinnorna än bland de infödda svenskorna.

Resultatet motiverar vissa generella överväganden när det gäller inriktningen av sjukvårdsarbetet beträffande invandrargruppen. En prevention med mer aktiv rådgivning i fråga om familjeplanering synes i hög grad erforderlig. Vidare bör utredas om den ökade andelen missbildningsdiagnoser kan sammanhånga med bristfällig kost och sämre graviditetsvård. Om invandrarna är en riskgrupp i fråga om lung-tbc är en rutinkontroll med skärmbildsundersökningar etc motiverad.

Andra "invandarspecifika" inslag i sjukdomspanoramat motiverar ytterligare speciella åtgärder för att invandrarna ska få sin rättmätiga del av den vård som samhället söker bjuda sina medlemmar.

Bengt Lindegård är professor i socialmedicin vid Göteborgs universitet och överläkare vid Socialmedicinska kliniken vid Sahlgrenska sjukhuset.

minära studie koncentreras till invandrarnas hälso-tillstånd och sjuklighet.

De resultat som här presenteras härrör huvudsakligen från undersökningar rörande sluten kroppssjukvård i Göteborg under åren 1968 och 1969. En komplettering avseende öppen vård har skett genom ett enstaka stickprov beträffande invandrarnas sjukskrivningsförhållanden.

Statistikjournal A inom sluten kroppssjukvård

Föreliggande rapport baseras till allra största delen på uppgifter från den s. k. statistikjournal A, som använts inom sluten kroppssjukvård sedan 1966 för rutinmässig patientredovisning inom Göteborgs sjukvårdsförvaltning. Journalen är densamma som användes försöksvis inom Uppsala län och i Malmö stad.

Rutinen tillgår så att man inom varje kliniksekretariat upprättar en statistikjournal för varje patient som utskrivs från kliniken. Journalen omfattar uppgifter om patientens namn och adress, personnummer, inskrivnings- och utskrivningsdatum, huvuddiagnos och bidiagnoser, operativa ingrepp m. m. Från de olika klinikerna översändes sedan journalerna till den socialmedicinska kliniken, där de omhändertas av en särskild kontrollgrupp. Här kontrolleras bl. a. att statistikjournalen innehåller samtliga data som avses ingå, att sifferkoden för diagnoser och operationer överensstämmer med de verbala benämningarna. I förekommande fall kontaktas vederbörande kliniksekretariat med begäran om komplettering av felaktiga eller ofullständiga journaler. Materialet går sedan vidare från den socialmedicinska kliniken till stadens datacentral för hålkortsstansning. Hålkorten för ett helt kalenderår överföres till magnetband för ADB, där man producerar årsredovisningar och andra administrativa redogörelser.

Jämte statistikjournal A förekommer en med beteckningen B och en med C. B-journalen avser nyfödda. Om en nyfödd blir föremål för vård inom sjukvården upprättas en vanlig vårdjournal, dvs. en A-journal. C-journalen avser psykiatrisk vård och användes rutinmässigt i hela landet för patientredovisning till socialstyrelsen.

Statistikjournal A användes inom hela kroppssjukvården i Göteborg med ett par undantag, nämligen infektionskliniken, extremitetskirurgiska kliniken (ortopediska kliniken I) samt — fr. o. m. 1969 — barnmedicinska kliniken. Anledningen är att man på dessa kliniker bedriver särskild försöksverksamhet med diagnosstatistiken. Patientredovisningarna från dessa kliniker ingår icke i

det material som bearbetats i föreliggande undersökning. Däremot ingår barnmedicinska kliniken patienter från år 1968.

Bearbetningen beträffande diagnoser har av praktiska skäl begränsats till att avse endast förstahandsdiagnosen, d. v. s. den diagnos som täcker den huvudsakliga anledningen till patientens sjukhusvård. Bearbetningen av diagnoserna har skett genom angivande av den sifferkod som överensstämmer med socialstyrelsens (medicinalstyrelsens) svenska utgåva av den internationella listan för sjukdomar, skador och dödsorsaker. Vid bearbetningen har endast diagnoskodens heltals-siffra medtagits, alltså icke decimalerna.

Det förtjänar nämnas att den svenska versionen av den internationella klassifikationen reviderades 1968. Materialet från 1968 är sålunda klassificerat efter den äldre koden, medan 1969 års material är klassificerat efter 1968 års klassifikation. Detta förklarar varför i de följande tabellerna samma verbala diagnos kan ha olika sifferkod.

Identifieringen av invandrare på statistikjournal A

I länsstyrelsernas register över befolkningen ingår bl. a. uppgiften om främmande nationalitet. I föreliggande undersökning utnyttjades ett magnetband med befolkningsregister över Göteborgs invånare avseende november 1969. Detta s. k. CFU-band (Centrala folkbokförings- och uppbördsnämnden) samkördes med det band som innehöll sjukdomsdiagnoserna. Genom denna samkörning kunde personuppgifter från det ena bandet kompletteras med övriga personuppgifter på det andra. På detta sätt överfördes nationalitetsbeteckningen från CFU-bandet till diagnosbandet. Härvid visade det sig emellertid att en inte oväsentlig andel av patienterna på diagnosbandet icke kunde identifieras på CFU-bandet. Omkring 13.000 patienter från 1969 och ca 17.000 från 1968 kunde icke återfinnas i CFU-bandet. Till någon del kan detta förklaras av att sjukvården i Göteborg tar hand om utomlänspatienter inom sjukvårdsregionen. I övrigt torde förhållandet bero på felaktiga personnummer på

endera bandet, förmodligen till övervägande del på diagnosbandet.

Identifieringen av invandrare kompletterades därför med användande av det personnummer som uppgavs i statistikjournal A. Detta möjliggjordes genom det förhållandet att invandrare i första hand erhåller födelsenummer från CFU:s s. k. reservserie, d. v. s. födelsenummer 930—999. Metoden är icke helt tillförlitlig, eftersom det kan inträffa att infödda likaledes tilldelas nummer ur reservserien liksom invandrare, då reservserien icke räcker till, erhåller födelsenummer från de s. k. länsserierna.

Med hjälp av CFU-bandet kunde man identifiera drygt 2.000 invandrarjournaler i sjukhuspopulationen för vart och ett av åren 1968 och 1969. Ungefär dubbelt så många kunde identifieras med ledning av födelsenumret. Genom att kombinera de båda förfaringsätten identifierades drygt 4.500 invandrarjournaler för vart och ett av de båda årsmaterialen.

Trots kontrollen av statistikjournalerna uppträdde i ej helt obetydlig omfattning vissa felaktiga journaler (se *tabell 1*). Oftast avser dessa fel personnummer. Till någon del förklaras detta av att klinikerna i vissa fall av sekretessskäl icke uppger fullständigt personnummer. I övrigt kan felen ha uppkommit genom minnesfel hos patien-

terna eller hos den personal som har att ta dessa uppgifter av patienterna. Slutligen har man anledning räkna med att felen till någon del härrör från felaktigheter vid hålkortsstansningen.

Sjukhuspopulationen

Antalet A-journaler överstiger naturligt nog antalet personer som vårdats under ett år. En patient kan ju ha vårdats mer än en gång under året. Antalet intagningar per person utgör genomsnittligt 1.2—1.3 med en variation mellan 1.1 till 2.0 för olika kliniker. Någon skillnad mellan invandrare och infödda föreligger icke i detta hänseende.

Räknat per individer — och icke på antalet journaler — uppgick den studerade sjukhuspopulationen år 1968 till 46.209 personer (varav 3.742 identifierats som invandrare) resp. år 1969 till 44.514 personer (3.872 invandrare). Det lägre totalantalet patienter för år 1969 förklaras genom att barnmedicinska klinikens patienter icke medräknats detta år (jfr ovan).

Procentuellt utgör invandrarna 8.1 % av totalantalet patienter i sjukhuspopulationen 1968, och 8.7 % följande år. Enligt statistiska kontorets utredning skulle andelen utlännningar i Göteborg uppgå till 6.9 % vid årsskiftet 1969/70. Även om siffrorna icke är direkt jämförbara av olika skäl, antyder de att invandrarnas andel i sjukhuspopulationen skulle vara något större än i stadens totalpopulation.

I figur 1* återges sjukhuspopulationen med hänsyn tagen till köns- och åldersdifferenser.

Tabell 1. Sjukhuspopulationen (sluten kroppssjukvård) i Göteborg för åren 1968 och 1969

	1968	1969
Totalantalet A-journaler	61.423	63.501
Antal felaktiga datafält		
bland A-journalerna	3.887	4.680
fördelat på		
a) klinikuppgift	3	4
b) personnummer	3.202	3.297
c) inskrivningsdatum	62	10
d) utskrivningsdatum	61	15
e) diagnos	554	1.348
f) vårdtid	5	6
Antal relevanta A-journaler	57.536	58.821
varav		
a) invandrades journaler	4.737	4.564
b) inföddas journaler	52.799	54.257

* Endast siffrorna för 1968 har återgivits då siffrorna beträffande år 1969 i allt väsentligt visar enahanda bild. Denna publiceringsprincip kommer i fortsättningen av denna artikel att följas, så att siffrorna från 1969 endast återges i den mån resultatet innebär en mer specifik information.

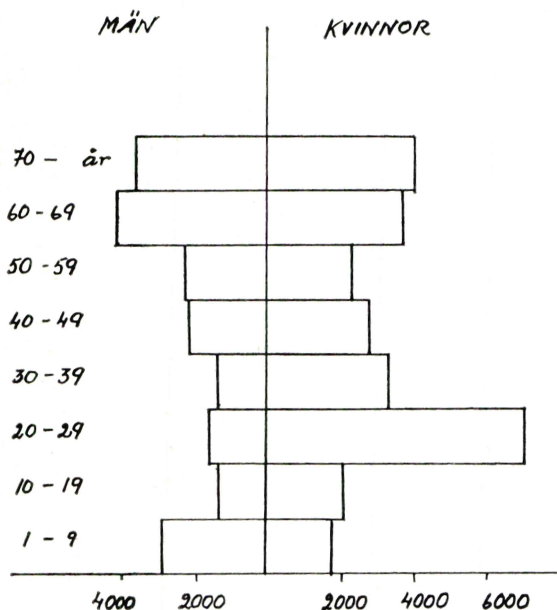
För fullständiga uppgifter se:

"Invandrarnas andel av sjukhuspopulationen för sluten kroppssjukvård i Göteborg 1968—1969" av Bengt Lindegård, Socialmedicinsk information, 1971: 4, utgiven av de socialmedicinska universitetsinstitutionerna.

Kan rekvireras från Socialmedicinska kliniken Sahlgrenska sjukhuset, 413 14 Göteborg.

Övervikten för kvinnor i åldrarna 20—29 resp. 30—39 år förklaras av det relativt sett stora antalet förlossningar i dessa åldersgrupper. Om man bortser från förlossningarna och endast ser till antalet sjuka, får man närmast bilden av en upp-och-ned-vänd ålderspyramid. Figuren ger intryck av hur sjukvårdskonsumtionen, uttryckt i antalet vårdade patienter per år, är koncentrerad till de högsta åldrarna.

Figur 1. Köns- och åldersfördelningen av sjukhuspopulationen 1968.

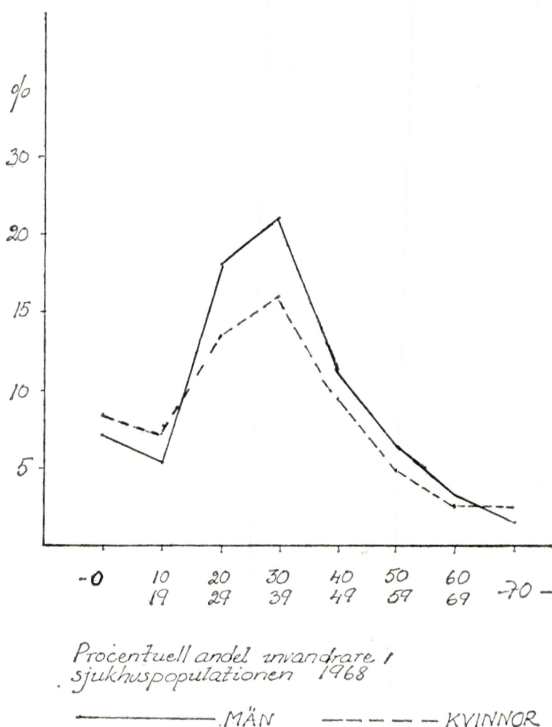


Sjukhuspopulationen 1968

Genomsnittsåldern för invandrare ligger betydligt lägre än den för infödda göteborgare enligt statistiska kontorets beräkningar. Samma förhållande återspeglas i figur 2 som anger den procentuella andelen invandrare i olika åldersgrupper. I åldersgruppen 30—39 år återfinnes den högsta andelen invandrare: mellan 15 och 20 %, något högre för män än för kvinnor. I de högsta åldersklasserna, d. v. s. i åldrarna över 60 år, finns blott någon procent invandrare.

Andelen invandrare varierar vidare mellan olika vårdgrenar. I tabell 2 anges dels sammansättningen av olika klinikgrupper som studerats i den-

Figur 2. Invandrarnas procentuella andel av sjukhuspopulationen 1968 med uppdelning på kön och ålder.



na undersökning, dels andelen invandrare i de olika "klinikpopulationerna". Klinikgrupperna har rangordnats från högre till lägre andel invandrare.

Det framgår av tabellen att inslaget av invandrare i de olika klinikgruppernas klientel varierar kraftigt. Till en del låter sig skillnaderna förklaras av åldersolikheter mellan patienter inom olika klinikgrupper. Detta torde i vart fall gälla långvården och JK. Vidare inverkar givetvis olikheter mellan diagnosmönster för invandrare och infödda. Jämfört med hela sjukhuspopulationens andel invandrare är dessa överrepresenterade inom "gynekologi" och "Renströmska". Med tanke på att förlossningsfall utgör den största diagnosgruppen inom "gynekologi" kan det förmodas att den höga andelen invandrare betyder att invandrare har en högre fertilitet än infödda i detta material. Överrepresentationen av invandrare på "Renströmska" antyder att lungsjukdomar är vanligare bland invandrare än bland infödda.

Tabell 2. De olika vårdenheterna inom sjukvårdsförvaltningen har förts samman till olika "klinikgrupper" för vilka andelen invandrare bland patienterna anges för åren 1968 och 1969.

	1968	1969
GYNEKOLOGI (Kvinnokliniken, Sahlgrenska sjukhuset (SS), d:o, Östra sjukhuset)	13.1	14.2
RENSTRÖMSKA (RS) (Lungkliniken, Renströmska sjukhuset)	9.2	9.6
ÖRON (Öron-, näs- och Halskliniken, SS)	8.2	8.7
NEURO (Neurokirurg. klin. SS, neurol. klin. SS, neurol. rehabil. klin.)	8.9	7.8
ORTOPEDI (Ortoped. klin. II, SS)	7.9	7.8
KIRURGI (Kir. klin. I—III SS, urolog. klin. SS, Plastikkir. klin. SS Thoraxkir. klin. SS, Ekmanska sjukhuset)	7.3	7.5
BARNKIR. (Barnsjukhusets kirurg. avdeln.)	6.8	8.2
HUD (Hudklin. SS)	6.5	5.8
JK (Jubileumsklin. SS)	5.1	6.0
ÖGON (Ögonklin. SS)	5.0	6.0
MEDICIN (Medicinska klinikerna I—V, SS)	5.2	5.8
ALLERGOLOGI (Allergologiska klin., SS)	4.0	4.2
LÅNGVÅRD (Rehabiliteringsklin. II, SS, Rehabiliteringsklin, Högsbo, Högsbo sjukhus, Vasa sjukhus klin. I—III)	2.4	2.1
(BARNMEDICIN) (Barnsjukhusets medic. avdeln.)	(6.3)	—

För att belysa invandrarnas sjukvårdskonsumtion behöver man komplettera ovanstående relativt tal med mått på de olika klinikgruppernas årliga patienttal och genomsnittliga vårdtider. Tabell 3 anger klinikgruppernas årliga antal patienter.

Eftersom "gynekologi" samtidigt har ett högt patientantal per år och hög andel invandrare har man inom denna vårdgren en betydande sjukvårdskonsumtion av invandrare. Bland de största vårdgrenarna kan man notera att "medicin" har en jämförelsevis blygsam andel invandrare. Till en del kan detta förklaras av att medicinklinikernas

Tabell 3. Sjukhuspopulationens fördelning på olika klinikgrupper, rangordnade efter storleksordning.

	Antal patienter 1968	Antal patienter 1969
1. Kirurgi	12.030	11.804
2. Gynekologi	10.773	11.040
3. Medicin	6.329	6.799
4. Öron	3.083	2.756
5. Barnkir.	2.828	2.752
6. Långvård	1.972	2.023
7. Barnmedicin	1.969	—
8. Ortopedi	1.617	1.641
9. JK	1.361	1.357
10. Neuro	1.264	1.302
11. Renströmska	922	917
12. Ögon	892	913
13. Hud	795	809
14. Allergologi	374	401

patienter har en genomsnittligt hög ålder jämfört med flertalet andra. Samtidigt kan den låga invandrarprocenten vid medicinklinikerna tolkas som ett uttryck för olikheter i diagnosmönstret mellan invandrare och infödda, liksom olikheter ifråga om efterfrågan och behovet av internmedicinsk slutenvård.

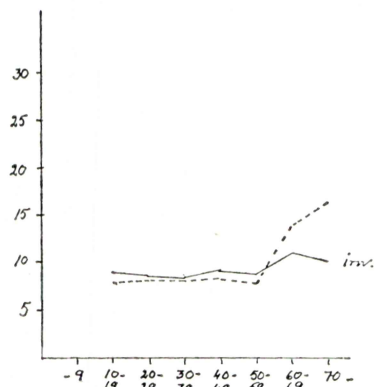
För de tre största klinikgrupperna studerades vårdtidens längd i genomsnitt under beaktande av köns- och åldersolikheter (se figur 3). För kirurgiklinikernas vidkommande finner man exempelvis att under 1969 den genomsnittliga vårdtiden för män i åldrarna 10—30 år ligger vid ungefär 10 dagar för att kontinuerligt öka upp till omkring 18 dagar i de båda högsta åldersgrupperna. För de undersökta tre största klinikgrupperna finner man ingen genomgående skillnad mellan invandrare och infödda beträffande vårdtidens längd.

I tabell 4 redovisas fördelningen av sjukhuspopulationens invandrardel på de olika klinikgrupperna.

Figur 3. Vårdtidens längd i vårddagar anges för olika åldersgrupper. Heldragen linje = invandrade, streckad linje = infödda.

Vårddagar

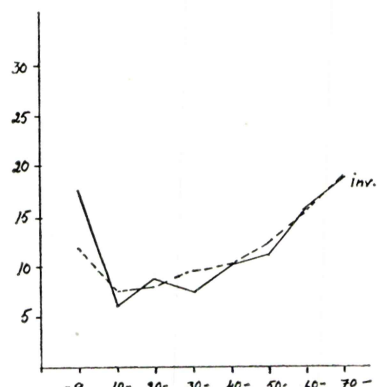
Figur 3 a.



Vårdlängd Gyn.klin. 1968 ♀

Vårddagar

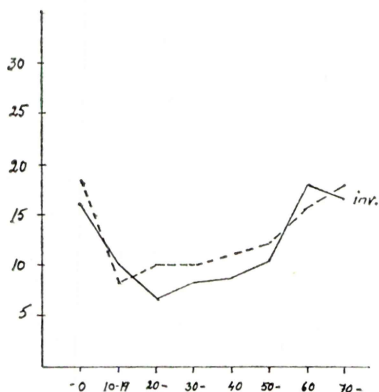
Figur 3 b.



Vårdlängd Kir.klin. 1968 ♀

Vårddagar

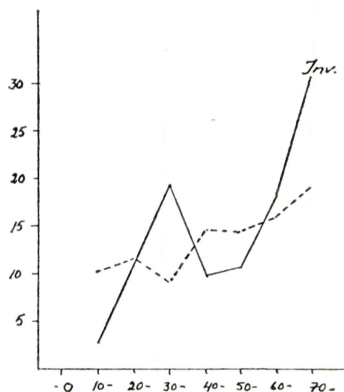
Figur 3 c.



Vårdlängd Kir.klin. 1968 ♂

Vårddagar

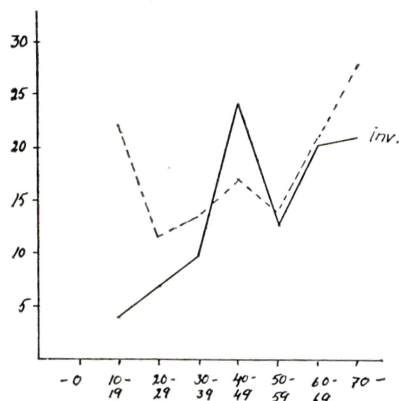
Figur 3 d.



Vårdlängd Med.klin. 1968 ♂

Vårddagar

Figur 3 e.



Vårdlängd Med.klin. 1968 ♀

Tabell 4. Sjukhuspopulationens invandrarandel fördelad på olika klinikgrupper. Avser år 1968.

MÄN	—9 år	10—19 år	20—29 år	30—39 år	40—49 år	50—59 år	60—69 år	70— år	Alla
Totalt	202	70	270	281	235	140	133	56	1387
Kirurgi	15	15	139	154	102	49	58	19	551
Medicin	0	2	34	38	43	38	32	12	199
Öron	24	9	52	35	29	18	6	2	175
Ortopedi	4	2	13	11	19	9	5	3	66
Neuro	10	2	14	10	11	9	5	0	61
Renströmska	0	2	7	16	18	9	11	4	67
JK	0	0	2	1	1	1	2	1	8
Hud	1	0	6	6	5	5	0	1	24
Ögon	6	0	3	7	2	1	2	3	24
Allergologi	0	0	0	2	2	0	2	0	6
Långvård	1	0	0	1	3	1	10	11	27
Barnkir.	81	37	0	0	0	0	0	0	118
Barnmed.	60	1	0	0	0	0	0	0	61
KVINNOR									
Totalt	152	147	947	533	268	114	96	98	2355
Gynekologi	0	79	814	384	104	19	7	2	1409
Kirurgi	5	14	71	69	76	35	30	26	326
Medicin	1	1	19	19	21	13	26	31	131
Öron	19	6	23	10	13	3	3	2	79
Ortopedi	3	6	7	11	16	6	5	8	62
Neuro	14	0	4	11	9	7	3	4	52
Renströmska	0	0	4	3	2	4	3	2	18
JK	0	0	0	13	17	14	12	5	61
Hud	3	2	4	5	4	4	3	3	28
Ögon	6	1	0	5	4	2	2	1	21
Allergologi	0	0	1	2	1	5	0	0	9
Långvård	0	0	0	1	1	2	2	14	20
Barnkir.	44	31	0	0	0	0	0	0	75
Barnmed.	58	6	0	0	0	0	0	0	64

Invandrarspecifika diagnoser

För att belysa invandrarnas sjuklighet och hälsotillstånd är det av intresse att analysera huruvida sjukdomspanoramat för invandrare skiljer sig från det för infödda. Informationen om huvuddiagnoser i statistikjournal A utnyttjades härför.

Det hade varit önskvärt att kunna relatera olika diagnosers förekomst till den bakomliggande friska befolkningens sammansättning av invandrade och infödda med hänsyn tagen till köns- och åldersvariation. Till följd av invandrabefolkningens snabba förändringar samt bristande överensstämmelse mellan sjukhuspopulation och Göteborgs befolkning till följd av regionvårdsförhållan-

det avstods från att försöka relatera sjukdomspanoramat till den totala befolkningen 1968 och 1969. Analysen av sjukdomspanoramat företogs i stället som inomgruppsjämförelser i sjukhuspopulationen. För varje observerad klinikgrupp beräknades andelen invandrare bland patienterna med hänsyn tagen till köns- och åldersskillnader. Den framräknade procentsiffran för invandrarnas andel av patienterna i en bestämd köns- och ålderskategori inom en klinikgrupp fick utgöra *jämförelsetal* vid bedömningen av om en bestämd diagnos skulle anses vara överrepresenterad av invandrare. För att även relativt sällsynta diagnoser skulle kunna observeras undersöktes alla kate-

gorier innehållande minst 5 patienter (jfr tabell 4).

För varje köns- och ålderskategori inom en klinikgrupp framräknades i rangordning de vanligast förekommande huvuddiagnoserna (upp till maximalt 10 diagnoser). För varje diagnos inom köns- och ålderskategorin bestämdes därefter andelen invandrare i relation till motsvarande jämförelsetal. De diagnoser som uppvisade högre procentandel invandrare än vad jämförelsetalen anger, uppfattades som "invandrarspecifika".

För att en diagnos slutgiltigt skulle medräknas bland de invandrarspecifika, krävdes att överrepresentation i förhållande till jämförelsetalet kunde påvisas i mer än en av de analyserade köns- och ålderskategorierna, antingen motsvarande kategori för båda åren 1968 eller 1969 eller hos angränsande köns- och ålderskategori för samma år. På så vis reducerades i någon mån slumpens inflytande på frekvenstalen.

Med det beskrivna förfaringssättet kan en bland invandrare vanlig diagnos försvinna i sammanhanget, nämligen om samma diagnos är lika vanlig eller vanligare bland de infödda patienterna. Omvänt kan en förhållandevis ovanlig diagnos bland invandrare på detta sätt upptäckas som en invandrarspecifik diagnos, nämligen under förutsättning att samma diagnos är ännu ovanligare bland de infödda.

Bland *barnen under 9 år* förekommer anmärkningsvärt många missbildningsdiagnoser. Diagnoserna avser olika organ eller kroppsdelar och indikerar snarare en generell än en speciell missbildningstendens. Eftersom åldersgruppen omfattar inte blott nyfödda barn utan även sådana som kan tänkas ha fötts utom landet, är det inte uteslutet att siffrorna återger ett ackumulerat vårdbehov. Se *tabell 5*.

I gruppen barn under 9 år syns vidare hjärn-skakning vara en överrepresenterad diagnos.

Hos *kvinnorna* framskymtar i samtliga åldrar upp till och med kategorin 40—49 år tecken på oövalkomna graviditeter. Se *tabell 6*. Med undantag för tonåringarna (gruppen 10—19 år) finner man att såväl spontana missfall som legala aborter är överrepresenterade. Av de aktuella åldersgrupperna visar den lägsta (10—19 år) och den högsta (40—49 år) en överrepresentation av diagnosen normalförlossning. Resultatet låter förmoda att invandrargruppens förmåga till familjeplanering är låg jämfört med den infödda befolkningens. Man kan väl förmoda att bakom detta döljer sig en bristfällig information om antikonception och kanske om sexualbiologi över huvud taget. För det senare talar överrepresentationen av äggstocks- och äggledarinflammationer i de mellersta åldersgrupperna (20—29 och 30—39 år). Det kan inte utläsas i vilken utsträckning sistnämnda överrepresentation hänger samman med venerisk smitta, men gynekologerna räknar helt allmänt med att omkring hälften av sådana fall visar sig ha venerisk smitta som orsak.

Ett par andra resultat låter förmoda att infektioner och inflammationer är överrepresenterade. I första hand bör det nämnas att lungtuberkulos är överrepresenterad bland kvinnor i åldersgruppen 30—39 år. Detta liksom överrepresentationen av mellanöreinflammation återkommer bland de manliga invandrarna. Hos båda könen återfinns man vidare en överrepresentation av besvär från tarmkanalen liksom av besvär från ryggen.

Hos *männen* är lungtuberkulos överrepresenterat i samtliga åldersgrupper mellan 20 och 50 år. Dessamma gäller besvär från mag-tarm-kanalen. En

Tabell 5. Invandrarspecifika diagnoser avseende barn i åldern 0—9 år. P=pojkar, F=flickor.

	Kön	År	Diagnos nr	Procent invandr.	Jämförelsetal
Missbildningar	P	1968	755	16	10.6
	P	1968	748	21	11.8
	F	1968	758	33	12.5
	F	1969	755	27	20.7
	P	1969	741	33	15.6
	F	1968	751	50	23.0
	F	1969	741	60	16.0
	P	1968	756	17	7.0
	P	1968	757	9	7.0
Hjärn-skakning	P	1969	750	20	11.1
	P	1968	852	8	7.0
	P	1969	850	16	11.1
	P	1969	800	46	15.6

Tabell 6. Invandrarspecifika diagnoser. Kvinnor.

Ålder	benämning	År	Diagnos nr	Procent invandrare	Jämförelse- tal
10—19	normalförlossning	1968	660	14	9.6
		1969	650	21	15.0
20—29	spontant missfall	1969	643	19	15.2
	legal abort	1969	640	20	15.2
	missfall + leg.ab.	1969	650	16	14.1
	äggstocks- & ägg- ledarinfektion	1968	622	17	14.1
		1969	612	21	15.2
	blindtarmsinflamm.	1968	550	13	10.8
		1969	540	15	12.3
	mellanöreinflamm.	1968	391	29	10.9
	sjuk i matstrupe	1969	530	100	14.0
30—39	spontant missfall	1969	643	26	16.9
	legal abort	1969	640	25	16.9
	missfall + leg.ab.	1968	650	22	16.5
	äggstocks- & ägg- ledarinfektion	1968	622	35	16.5
		1969	612	26	16.9
	lungtuberkulos	1969	011	71	36.0
	sjuk i matstrupe	1968	539	63	9.3
	besvär i ländrygg	1969	728	50	19.0
	besvär från tarm	1969	785	32	17.9
40—49	spontant missfall	1969	643	33	10.1
	legal abort	1969	640	20	10.1
	missfall + leg.ab.	1968	650	18	10.1
	normalförlossning	1968	660	15	10.1
		1969	650	19	10.1
	tumör i livmod.hals	1968	171	10	8.5
		1969	180	17	11.2
	mellanöreinflamm.	1969	381	22	8.9
	gallsten	1968	584	12	9.2
		1969	574	14	8.7

siffermässigt obetydlig överrepresentation föreligger för diagnosen magsår, men resultatet återkommer i alla tre åldersgrupperna mellan 20 och 50 år. Mera markant är överrepresentationen av fraktur på ansiktsskelettet liksom diagnosen hjärnskakning. Se tabell 7.

Invandrare av olika nationalitet

I det föregående har invandrargruppen betraktats som en enhetlig grupp i analysen av sjuk-

domspanoramat. För att eventuellt kunna närmare precisera vissa riskgrupper inom invandrargruppen är det av intresse att veta om skillnader föreligger mellan exempelvis invandrare av olika nationalitet.

Principiellt förelåg möjlighet till en sådan analys i och med att nationalitetsuppgift fanns på CFU-bandet. Som tidigare omnämnts kunde emellertid en betydelsefull del av patienterna på diagnos-bandet (13.000 år 1969, 17.000 år 1968) icke återfinnas på CFU-bandet. Detta bildade ett prak-

Tabell 7. Invandrarspecifika diagnoser. Män.

Ålder	benämning	År	Diagnos nr	Procent invandrare	Jämförelse- tal
20—29	hjärnskakning	1968	852	35	18.8
		1969	850	26	17.5
	fraktur i ansiktets ben	1968	802	26	21.7
		1969	802	36	22.1
	magsår	1968	541	20	18.8
		1969	532	29	17.5
	besvär från tarmkanal	1968	571	50	18.8
		1969	785	28	17.5
	besvär från ryggen	1968	735	31	12.7
		1969	725	39	17.9
	mellanöreinflammation	1968	391	48	21.7
		1969	381	39	22.1
	lungtuberkulos	1969	011	78	25.7
30—39	hjärnskakning	1969	850	33	20.8
	fraktur i ansiktets ben	1969	802	24	18.0
	magsår	1968	541	29	23.8
	besvär från tarmkanal	1969	785	38	20.8
	mellanöreinflammation	1968	391	33	19.3
		1969	381	46	18.0
	lungtuberkulos	1968	002	67	34.8
40—49	fraktur i ansiktets ben	1969	802	32	14.0
		1968	541	13	10.9
		1969	532	20	13.3
	besvär från tarmkanal	1969	785	30	13.3
		1968	587	28	10.9
		1969	577	21	13.3
	besvär från ryggen	1968	735	17	14.0
		1969	725	28	16.4
		1969	728	100	14.1
	hemorrojder	1968	461	15	10.9
		1969	455	16	13.3
	lungtuberkulos	1968	002	28	20.9
		1969	011	48	21.5

tiskt hinder mot att genomföra en uppdelning av invandrarna på olika nationaliteter.

Trots att CFU-uppgifter saknas på en stor patientandel granskades olika diagnoser med överrepresentation hos invandrare med avseende på nationalitetstillhörighet. I tabell 8 har sammanförts nationalitetssuppgifter för följande tre diagnoskategorier, nämligen

- 1) legala aborter hos kvinnor mellan 20 och 49 år (innefattar för år 1968 spontanaborter),

- 2) besvär från nedre matsmältningskanalen hos män mellan 20 och 49 år samt

- 3) hjärnskakning och frakturer i ansiktsskelettet hos män mellan 20 och 49 år.

Av praktiska skäl har sammanställningen endast beaktat de köns- och ålderskategorier som innehåller minst 5 fall.

Enligt statistiska kontorets i Göteborg tidigare omnämnda utredning utgjorde vid slutet av 1969 följande nationaliteter de största andelarna av utlänningar: Finländare 37.6 % norrmän 13,2 %

Tabell 8. Fördelningen på nationalitet av tre olika diagnoskategorier hos män och kvinnor i åldern 20—49 år. Avser båda årgångarna 1968 och 1969.

Ursprungsland	Aborter	Besvär från matsmältningsskanalen	Hjärnskakning och ansiktsfraktur
Norge	33	1	2
Finland	76	9	10
Danmark	16	6	1
Storbritannien	1		
Västtyskland	8	3	1
Schweiz	1		
Österrike	3		
Polen	7	1	
Tjeckoslovakien	3		
Ungern	2		1
Spanien	3		
Italien	2	1	
Jugoslavien	32	6	4
Grekland	5	2	1
Turkiet		2	
Egypten		1	
Arabstaterna			1
Nordafrika		2	
Asien	1		
Sydamerika	2		
USA	1		
Uppgift saknas	112	26	33

jugoslaver 11.1 % samt danskar 10.1 %. Grovt taget överensstämmer uppgifterna i tabell 8 tämligen väl med denna fördelning. Vare sig bland de i tabell 8 redovisade diagnoskategorierna eller någon annan framkommer någon bestämd affinitet till viss nationalitet.

Kompletterande undersökning av ett försäkringskassematerial

För att i någon mån kunna belysa det diagnosmönster som förekommer i den öppna vården, gjordes en enkel stickprovsundersökning av hos försäkringskassan sjukskrivna personer. Undersökningen avsåg samtliga personer, vilka under en bestämd dag (19.03. 1971) var anmälda som sjukfall hos försäkringskassan sedan mer än 1 vecka. Sistnämnda betingades av önskemålet att endast inkludera personer som sjukskrivits av läkare och under en av denna utfärdad diagnos. Stickprovet

togs vid ett av Göteborgs försäkringskassas lokal-kontor (Kortedala) i ett område med jämförelsevis hög andel invandrare i befolkningen.

Under ifrågavarande dag genomgicks försäkringskortet för samtliga sjukskrivna fall och där man hade av en behandlande läkare angiven diagnos. Endast egentliga sjukskrivningar medräknades, således icke moderskapspenning. Identifieringen skedde enbart med ledning av namnuppgifterna; de personer som hade "utländskt" namn betecknades som invandrare. Metoden med användandet av personnummer som underlag för identifieringen av invandrare är nämligen numera otillförlitlig sedan invandrarantalet blivit så stort att CFU:s reservserie icke räcker till.

Med hänsyn till att antalet observerade personer i registret var ganska litet, sammanfördes diagnoser till tre kategorier, nämligen

- 1) psykiatrisk diagnos,
- 2) "rygg"-diagnos, samt
- 3) övriga somatiska diagnoser.

Någon uppdelning på kön företogs ej heller på grund av det lilla antalet fall. Däremot inordnades materialet i tre ålderskategorier. Se tabell 9.

Tabell 9. Jämförelse mellan infödda och invandrare med hänsyn till fördelningen på olika diagnoskategorier inom ett stickprov ur försäkringskassapopulationen. Fördelningsskillnaden är starkt signifikant ($X^2=23.5$; $df=6$).

Födelseår	Diagnos	Antal "infödda"	Antal "invandrare"	Differens
1920 el. tidigare	Psykiatrisk	67	3	$X^2=3.93$
	"Ryggen"	83	10	
	Övrigt	289	41	
1921—30	Psykiatrisk	58	11	$X^2=1.29$
	"Ryggen"	66	20	
	Övrigt	182	45	
1931 el. senare	Psykiatrisk	143	37	$X^2=18.3$
	"Ryggen"	62	38	
	Övrigt	259	159	

Som framgår av tabellen är fall med psykiatrisk diagnos markant underrepresenterade bland invandrare, i synnerhet för den yngsta ålderskategorien.

Kommentarer

Från en mera allmänt accepterad vårdpolitisk synpunkt kan man ange följande målsättning, nämligen

- 1) när ett vårdbehov yppas skall patienten eller den hjälpbehövande beredas ett *adekvat omhändertagande*,
- 2) genom olika former av uppsökande verksamhet bör man eftersträva en *tidig diagnos* för att möjliggöra behandling under så gynnsamma omständigheter som möjligt, samt
- 3) genom ändamålsenliga åtgärder mot individen (i totalbefolkningen eller i speciellt utsatta riskgrupper) eller individens miljö bör man uppnå en *effektiv prevention* mot sjukdomar, skadetillstånd och andra nedsättningar av funktion och vitalitet.

Det sagda gäller i första hand för sjukvården men är tillämpligt även på exempelvis socialvård och arbetsvård. Ju mer man försöker förskjuta tyngdpunkten i målsättningen i riktning mot tidigdiagnostik och prevention, desto mer *offensiv karaktär* ger man sin vårdpolitik. Det kan vara ändamålsenligt att kommentera mönstret av invandrarspecifika diagnoser mot denna bakgrund.

När det gäller *missbildningar* hos barn bland invandrare upptäckes detta som regel i samband med födelsen. De operativa och andra medicinska åtgärder som erfordras blir därigenom sannolikt väl tillgodosedda. Ett adekvat omhändertagande av dessa fall innefattar även andra icke-medicinska åtgärder, olika för olika missbildningar beroende på art och grad. En uppföljning av sådana fall är motiverad för att man skall kunna tillgodose att det totala omhändertagandet blir adekvat. Särskilda problem som uppstår genom att barnen tillhör en invandrarfamilj bör därvid beaktas.

Från den offensiva medicinens utgångspunkt är det emellertid angeläget att sträva efter att förebygga uppkomsten av missbildade foster. Man har kunnat visa att en låg levnadsstandard med bristfällig kost och sämre graviditetsvård hänger samman med en ökad missbildningsfrekvens hos fostren. Vidare är det känt att frekvensen missbildningar ökar ju högre ålder föräldrarna har.

Detta avser såväl fadern som modern. (Professorn i embryologi Bengt Källén, personligt meddelande).

För invandrargruppen har här kunnat göras sannolikt att förlossning som diagnos är överrepresenterad bland kvinnor i åldern 40—49 år. Det är möjligt att detta har samband med, och till en del skulle kunna förklara överrepresentationen av missbildningsdiagnoser. Om detta kan bestyrkas, borde man här ha en utgångspunkt för preventiva åtgärder. Genom information och genom antikonceptionell rådgivning skulle man ha utsikter att reducera graviditeter hos de äldsta mödrarna och därmed även reducera antalet missbildningar i en grupp foster som tydligen utgör en särskild riskgrupp i sammanhanget.

Vidare bör det utredas huruvida de gravida invandrarkvinnorna verkligen håller en dålig levnadsstandard med avseende på kosthåll och graviditetsvård. Om så vore fallet, skulle man även här ha en utgångspunkt för preventiva åtgärder gentemot missbildningar.

Det ovanstående kan således eventuellt ha samband med den tydliga trenden i invandrarkvinnornas diagnosmönster, nämligen indicier på ovälskomna graviditeter i samtliga åldrar bland fertila kvinnor. Den överrepresentation som påvisats för aborter uttrycker ett medicinskt omhändertagande av defensiv natur. En prevention med upplysning och konkret rådgivning i familjeplanering och antikonception är i hög grad erforderlig. Naturligtvis kan detta bereda bekymmer med hänsyn till vissa invandrargrupperns inställning på grundval av vederbörandes religiösa eller annan kulturell bakgrund.

En upplysningskampanj i detta hänseende är emellertid dubbelt motiverad med tanke på att äggstocks- och äggledarinflammation är överrepresenterade hos invandrarkvinnor i åldrarna 20—29 och 30—39 år. En närmare granskning av dessa fall med avseende på inflammationens orsak är angelägen. Det skulle därvid kunna preciseras hur stor andel som beror på venerisk smitta.

Hos invandrare av båda könen är inflammationer överrepresenterade. Viktigast härvidlag torde lungtuberkulosen vara. För patienterna själva

är det naturligtvis angeläget att åstadkomma en tidigdiagnos i görligaste mån. Invandrarna utgör tydligen en riskgrupp och rutinkontroll med skärmbildsundersökning etc. torde vara motiverad. En sådan åtgärd får dessutom karaktär av prevention när man beaktar smittofaran och risken för spridning till personer i omgivningen.

I föreliggande undersökning har icke framkommit att invandrarna skulle ha en överrepresentation av kroppsskador, uppkomna i arbetet. Självfallet måste man då beakta att endast allvarligare skador åtföljs av inläggning på sjukhus. Den överrepresentation av hjärnskakning och ansiktsfrakturer som påvisats, torde knappast hänga samman med olycksfall i arbetet. Det har kunnat visas att skador i huvud- och halsregionen är korrelerade till alkoholberusning. Man saknar därför inte fog för antagandet att överrepresentationen av hjärnskakning och ansiktsfrakturer hänger samman med vederbörande patients alkohol- och umgängesvanor. En prevention riktad häremot skulle sammanfalla med mera generella nykterhetspolitiska åtgärder.

Det kan för övrigt noteras att de diagnoser som är överrepresenterade bland invandrare genomgående avser påtagliga, konkreta tillstånd med objektiva symtom av olika slag. Däremot finner man inga diagnoser på tillstånd som föranleder övervägande eller uteslutande subjektiva symtom. Den underrepresentation som föreligger beträffande psykiatriska diagnoser i försäkringskassematerialet pekar i samma riktning.

Det är svårt att entydigt tolka innebörden av denna omständighet. Konsumtionen av slutenvård beror nämligen inte enbart på förefintligheten av sjukdoms- eller skadetillstånd. Därutöver inverkar å ena sidan patientens efterfrågan på sådan vård och å andra sidan bedömningen av intagningsindikationen, dvs inremitterande och mottagande läkares bedömning av vårdbehovet. Efterfrågan på vård är en komplex funktion som hänger samman med bl. a. patientens uppmärksamhet på sjukliga förändringar, hans kunskaper och intellektuella möjligheter att själv tolka innebörden av kroppsliga och psykiska förändringar samt praktiska kunskaper om hur och var man får hjälp.

Från den bedömande läkarens sida gäller det att under samtal med patienten få information som kompletterar de iakttagelser läkaren själv kan göra vid en kroppsundersökning. Givetvis kommer här språkbarriären att innebära kommunikationshinder mellan patient och läkare. Även om tolkservice står till förfogande är det risk att man i det förmedlade resonemanget mellan patient och läkare förlorar värdefulla nyanser. Försök har gjorts att framställa en bilderbok som hjälpmedel i sammanhanget. Det kan dock invändas att ett sådant tillvägagångssätt ställer förhållandevis stora krav på patienten i fråga om aktiv medverkan, både intellektuellt och på andra vis.

En förstärkt tolkservice inom sjukvården vore givetvis önskvärd som ett led i ett adekvat omhändertagande av sjuka. Detta får dock inte utesluta en satsning på uppsökande verksamhet, inriktad på preventiva åtgärder mot ohälsa i olika former. Speciella åtgärder erfordras säkerligen för att man skall få önskvärd medverkan från invandrargruppen. Först när detta åstadkommits kan vi hävda att invandrarna fått del av den offensiva vård som samhället söker bjuda sina medlemmar.