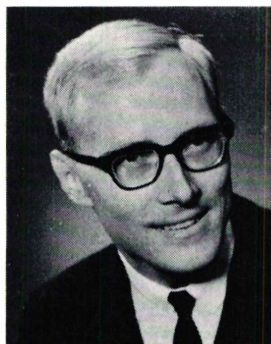


Invandrarbarn – erfarenheter från en barnavårdscentral



Göran Aurelius

En undersökning vid en barnavårdscentral i Uppland tyder på att utländska barn representerar en särskild riskgrupp ur barnhälsovårdssynpunkt. De tycks bli mindre fullständigt vaccinerade och uppvisar en sämre tandhygien än de svenska barnen. Det är angeläget att vi i större utsträckning än hittills satsar på denna stora grupp av barn, f. n. i Sverige ca 100 000. Det kan bl. a. ske genom att utöka barnavårdscentralernas möjligheter till en uppsökande verksamhet.

Artikelförfattaren är konsulterande barnläkare vid Löwenströmska sjukhuset.

Barnhälsovården i vårt land står inför en betydande utbyggnad under de närmaste åren, då hälsokontrollen av 4-åringar skall genomföras. Till stor del kommer de nya arbetsuppgifterna att följas av personalförstärkningar, men det är ej säkert att så blir fallet på alla håll i landet. Det kan därför bli nödvändigt att ånyo diskutera barnavårdens resurser och målsättning. Man kan t. ex. finna anledning att prioritera vissa s. k. riskgrupper. Erfarenheten inom barnhälsovården sedan många år är att de grupper, som det är svårast att nå, också har det största behovet av hälsovård. Det gäller t. ex. familjer där alkoholproblem eller kriminalitet förekommer, alltså socialt handikappade familjer. I dessa fall blir ej sällan en uppsökande verksamhet från de barnavårdande myndigheterna nödvändig. De utländska barnen kan vara en sådan riskgrupp eftersom många av dem tillhör familjer, som genom språk, religion, sedvänjor och boendeförhållanden är mer eller mindre isolerade från samhället i övrigt. Deras kontakt med de sociala myndigheterna är till följd därav försvårad.

Vi har för närvarande i Sverige ca 500 000 personer, som är födda utomlands. Av dessa har

många skaffat sig svenskt medborgarskap, men ungefär 300 000 är utländska medborgare. Några exakta siffror finns ej, emedan befolkningsstatistiken över utlänningarna är bristfällig. Omkring två tredjedelar av utlänningarna är nordbor, och majoriteten av dessa är finländare. 1960 var antalet utlänningar 2,5 % av hela befolkningen. Utlänningarna har bosatt sig i de stora industristäderna i större utsträckning än i landet i övrigt. Av tätorterna har Borås, Västerås, Eskilstuna och Stockholm det procentuellt största antalet utlänningar liksom Västmanlands och Stockholms län (*figur 1*). På senare år har Stockholms stad och Stockholms län haft 10,4 resp 12,5 procent av invandringsöverskottet för hela landet, d. v. s. var 4:e—5:e utlänning, som stannat i Sverige, har bosatt sig i stockholmsområdet.

Under 15-årsperioden 1951—1965 har det bland invandrarna skett en förskjutning till de yngre åldrarna. 1951—1955 var 9,9 % av invandrarna 0—14 år gamla, men 1960—1965 utgjorde dessa åldersgrupper 17,3 %. Allt flera barnfamiljer har alltså inflyttat på senare år. Befolkningspyramiden, som i vårt land till följd av den låga nativiteten och höga medellivslängden har en relativt smal bas

och bred topp, tillförs genom invandringen människor fr.a. i de produktiva åldrarna samt barn (figur 2). 1960 fanns i Sverige 53.000 utländska barn. Dessas antal torde nu ha ökat till ca. 100 000 varav ca. 60 000 i åldrarna 0—6 år.

Vilka speciella problem kan de barnavårdande myndigheterna ställas inför, då det gäller invandrarbarnen? Är dessa i ett eller annat avseende försummade? Kan man finna indikatorer på en sådan försummelse? De utländska barnens inskrivningsfrekvens vid en barnavårdscentral och deras besöksfrekvens under en viss tidsperiod i jämförelse med en grupp svenska barn skulle kunna ge ett

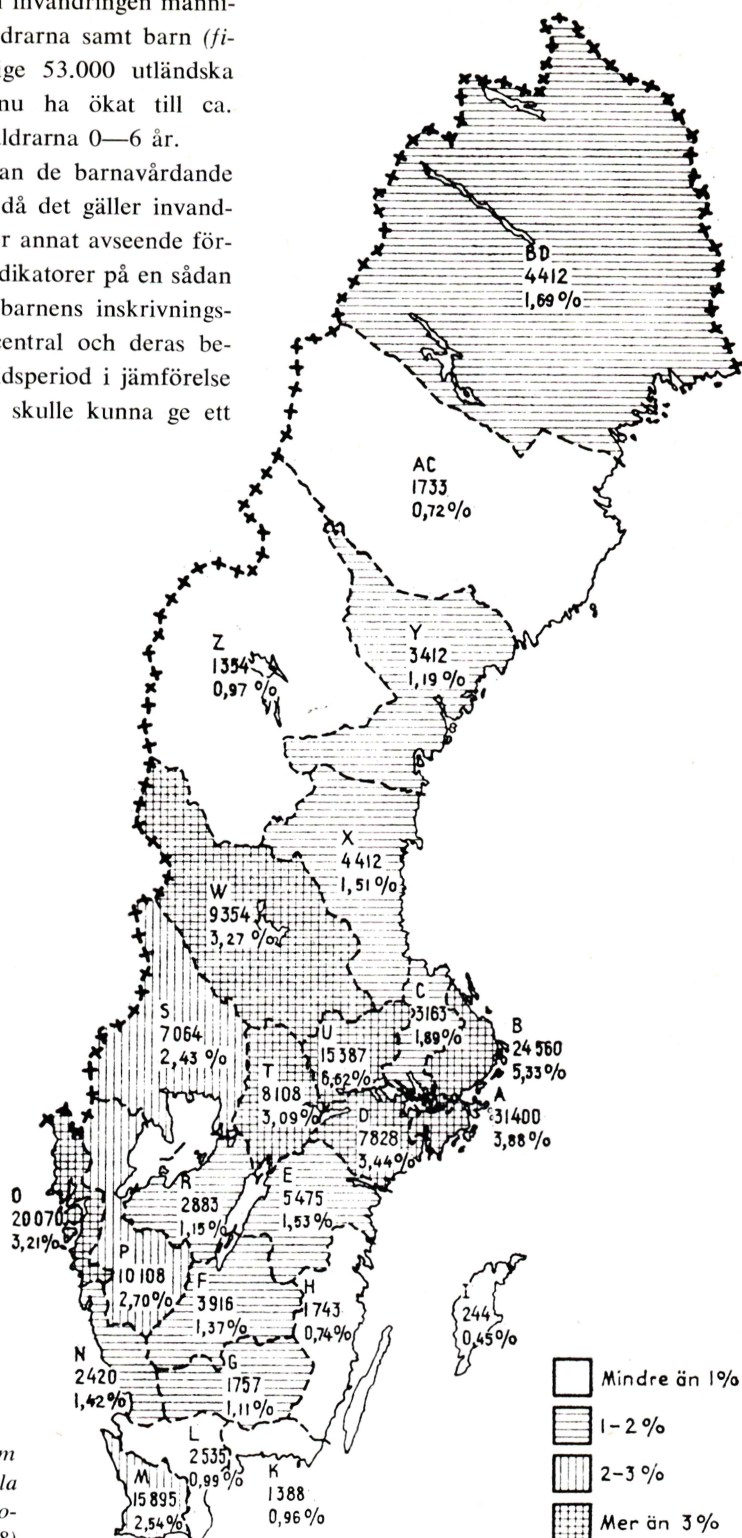


Fig 1. Antalet utlänningar inom varje län och deras procentuella andel i befolkningen den 1 november 1960 (ur SOU 1967:18)

svar på dessa frågor. Eftersom vaccinerings och information om kost och tandhygien sker på barnavårdscentralen, kunde förekomsten av ofullständig vaccinering och karies vara ytterligare indikatorer på försummelse.

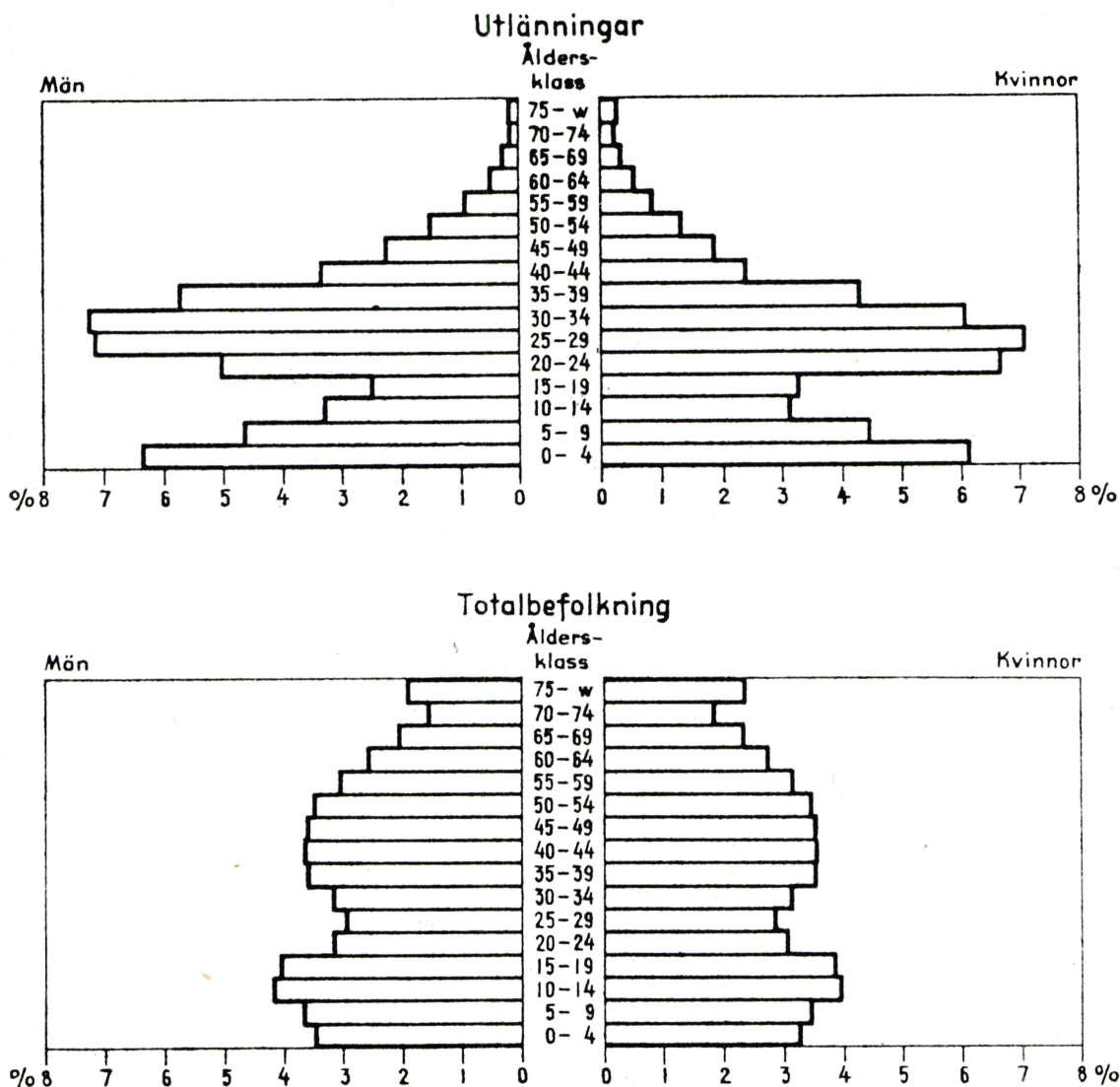
Med dessa frågeställningar har en undersökning gjorts vid barnavårdscentralen i Upplands-Väsby kommun 25 km norr om Stockholm. Kommunen omfattar ett stations- och industrisamhälle med omgivande landsbygd och har ett invånareantal på 16 000. Vid dess barnavårdscentral

har barnläkare varit verksam sedan hösten 1967. Från nyåret 1969 har folktandvården varit representerad (tandläkare Bo Lindström) vid en del av läkarmottagningarna för rådgivning i tandhälsovårdsfrågor.

Undersökningens utförande

Ur kommunens barnbidragsregister hämtades uppgifter om antalet barn i åldrarna 0—6 år och deras medborgarskap. Antalet vid barnavårdscentralen inskrivna barn erhöles ur årsrapporten. Sedan

Fig. 2. Utlänningar och totalbefolkning efter ålder och kön den 1 november 1960 (ur SOU 1967: 18).



Tabell 1. Barn i åldrarna 0—6 år i Upplands-Väsby kommun.

Födelseår	Antal barn enl barnbidrags- registret	Utländska barn enl. barnbi- dragsregistret	Utländska barn i % av total- antalet	Svenska barn inskrivna vid BVC i %	Utländska barn inskrivna vid BVC i %
1962	336	57	17	88	91
1963	347	56	16	92	86
1964	378	64	17	98	92
1965	392	73	19	100	90
1966	435	83	19	100	96
1967	347	82	24	100	98
1968	375	65	17	100	100
S:a	2 610	480	18	98	94

hösten 1968 har man noterat om språksvårigheter förelegat, då de utländska barnen besökt barnavårdscentralen. Om föräldrarna, vanligtvis modern, talat så god svenska, att man kunnat diskutera bostadsförhållanden, kostfrågor, vaccinationer och eventuella sjukdomar hos barnet, har språksvårighet ej ansetts föreligga. I annat fall har tolk behövts. Tandläkaren har, samtidigt som han diskuterat tandhälsövård med föräldrarna och barnen, gjort en grov bedömning av barnens tandstatus och noterat förekomst av karies och bettanomalier.

Invandrarbarn har jämförts med svenska barn av samma ålder och kön med avseende på antal besök på barnavårdscentralen under 1968, dels hos distriktsköterskan (hembesök ej inräknat) dels hos läkaren. Jämförelse har också gjorts av kariesförekomsten hos de två grupperna av barn i åldrarna 2—6 år. Slutligen har man undersökt om barnen varit fullständigt vaccinerade enligt de direktiv, som lämnats av socialstyrelsen till den förebyggande barnvården. De fall har ej medtagits, där medicinska skäl, t. ex. eksem, varit orsaken till att barnen ej vaccinerats.

Resultaten har bearbetats statistiskt, varvid man använt signifikansnivån 0,05. Statistisk beräkning visar att åldersdifferensen inom paren ej kan ha orsakat att signifikanser uppstått.

Resultat

Vid årsskiftet 1968—1969 var 2 556 barn inskrivna vid barnavårdscentralen samtidigt som 2 610 barn i åldrarna 0—6 år fanns registrerade i barnbidragsregistret (tabell 1). 480 barn var utländska

medborgare, och de utgjorde 18 % av alla barn före skolåldern. Invandrarbarnen hade en lägre inskrivningsprocent vid barnavårdscentralen än de svenska barnen. Av invandrarbarnen kom flertalet, 384 barn, från Finland (tabell 2). Närmare femtio barn kom från sydeuropeiska länder, inflyttade till Sverige huvudsakligen de sista fem åren. Språksvårigheter hos föräldrar till invandrarbarn noterades i 64 fall. Det gällde mestadels familjer från Finland och Turkiet.

Antalet besök på barnavårdscentralen under 1968 räknades hos 103 invandrarbarn och lika många svenska barn av samma ålder och kön (tabell 3). I de båda grupperna var antalet besök hos läkaren lika stora, men de svenska barnen

Tabell 2. Nationalitet hos invandrarbarnen i åldrarna 0—6 år i Upplands-Väsby.

Hemland	Antal	Antal barn, vars mödrar ej talar svenska
Finland	384	46
Turkiet	24	16
Norge	20	
Tyskland	14	
Jugoslavien	11	3
Danmark	9	
Schweiz	4	
Sovjetunionen	4	
Storbritannien	2	
Polen	2	
Tjeckoslovakien	2	1
Grekland	1	
Jordanien	1	
Indien	1	
USA	1	

hade flera besök hos distriktssköterskan. Bland de invandrabarn, vars föräldrar ej talade svenska, var däremot besöksfrekvensen lägre både hos läkaren och hos sköterskan.

Vaccineringar var ofullständigt utförda på 19 av 97 svenska barn, men ännu flera invandrabarn, 31 av 97, var otillräckligt ympade. Hos de svenska barnen saknades oftast trippelvaccinering, men bland invandrabarnen saknades i många fall också smittkopps- och polio-vaccinering.

Förekomst av karies bedömdes hos 42 svenska och lika många invandrabarn. Betydligt flera svenska än utländska barn var kariesfria, 20 respektive 8 barn. Man hade intrycket att invandrabarnen också hade en mera avancerad karies, och några av dem betraktades som katastroffall.

Diskussion

Svenska myndigheter och institutioner kommer i framtiden att i större utsträckning än hittills få taga ställning till invandrarnas problem. Antalet utlänningar ökar för varje år i Sverige. De senaste årens förskjutning till de yngre åldersgrupperna bland invandrarna medför att de barnavårdande myndigheterna alltmera kommer att ställas inför de problem, som dessa barn erbjuder. Detta kommer att ytterligare aktualiseras genom de planerade 4-åringskontrollerna. Språksvårigheter kan här lägga hinder i vägen för en säker bedömning av barnets hälsotillstånd i den mån detta är influerat av hereditet, tidigare sjukdomar, ekonomiska och bostadssociala förhållanden.

Utländska barnens lägre besöksfrekvens

I flera mellansvenska städer och i storstockholmsområdet finns ett stort antal utländska barn. I

Upplands-Väsby är nästan vart femte barn i ålderna 0—6 år utländsk medborgare. Av denna undersökning framgår att invandrabarnen ej är inskrivna vid barnavårdscentralen i samma omfattning som de svenska barnen och att de har en lägre besöksfrekvens, särskilt i de fall då barnens föräldrar ej talar svenska. Orsakerna till detta är säkert flera. En del utlänningar återvänder efter kort tid i Sverige till sitt hemland, andra byter ofta bostadsort de första åren efter hitkomsten. I sådana fall blir det troligen ej av att man besöker barnavårdscentralen. Finska familjer semestrar ofta i Finland och passar då på att söka läkare där. Den väsentligaste anledningen torde dock vara att utlänningarna är dåligt informerade om de möjligheter till hälsovård, som samhället bjuder. För detta talar det faktum, som framkommit i denna undersökning, att invandrarnas spädbarn kommer hundraprocentigt för undersökning på barnavårdscentralen. De flesta av dessa barn är födda på svenska förlossningsanstalter, där mammorna får information om barnavård och rekommenderas kontakt med barnavårdscentralen efter hemkosten från BB. Vid distriktssköterskans hembesök under barnets första levnadsveckor ges sedan ytterligare information.

Språkproblemen

Att bibringa invandrabarnen en god hälsovård innebär alltså många gånger språkliga problem. Detta gäller särskilt finstalande familjer och familjer från Sydeuropa. I många fall har man varit bosatt i Sverige i flera år utan att modern lärt sig tala svenska. Familjefäderna lär sig svenska genom sitt yrkesarbete och de äldre barnen får språkundervisning i skolorna. Hemmafruarna får emeller-

Tabell 3. Besöksfrekvens vid barnavårdscentralen under 1968.

	Besök hos sköterskan		Besök hos läkaren		n.
	Totalt	Besök per barn	Totalt	Besök per barn	
Svenska barn	106	1,0	193	1,9	103
Utländska barn	96	0,9	140	1,4	103
Utländska barn vars föräldrar ej talar svenska	21	0,7	32	1,0	31

tid ej samma kontakt med den inhemska befolkningen, särskilt som utlänningarna ofta lever i isolat tillsammans med andra från samma land. För dessa kvinnor vore det önskvärt med en kommunal insats i form av kursverksamhet i svenska, kanske med hjälp av statliga bidrag. Sådana språkurser har påbörjats i Upplands-Väsby. Det är också en erfarenhet från vår barnavårdscentral att det förekommer analfabetism hos kvinnor från sydeuropeiska länder. Här blir skolgång aktuell, om familjerna avser att stanna i Sverige.

I samhällen, där ett större antal ej svensktalande utlänningar är bosatta, finns behov av tolkningskunniga personer, speciellt inom hälso-, sjuk- och social-vården. På sådana platser kunde man engagera en liten kader av personer, lämpliga som tolkar. Ett gott initiativ har tagits av Röda Korsets barnavårdsdelegation, som utgivit råd och anvisningar i spädbarnsvård på olika språk att delas ut på BB till nyblivna mödrar. Kostinformation på främmande språk distribueras av Findus. För övrigt kan information till utlänningar i Sverige meddelas i Invandrartidningen.

Ofullständig vaccination och karies

Det är naturligtvis svårt att direkt påvisa följderna av en bristande hälsovård hos en grupp barn i vårt välfärdssamhälle. Klara somatiska sjukdomar t. ex. rachit, som skulle kunna bero på att den upplysande verksamheten från barnavårdscentralen till familjen sviktat, hör till de absoluta sällsyntheterna. Flertalet av de utländska barnen är välskötta och friska. Emellertid kunde förekomsten av ofullständig vaccinering samt karies hos barnen bero på bl. a. dålig information. I Upplands-Väsby var invandrabarnen oftare än de svenska barnen ofullständigt vaccinerade. Då har man ej räknat med de invandrabarn som ej var inskrivna vid barnavårdscentralen. Dessa torde i ännu större omfattning vara otillräckligt vaccinerade. Dessa förhållanden kan till en del bero på att invandrabarnen, enligt barnavårdscentralens hälsokort, ofta är mycket ofullständigt vaccinerade vid ankomsten till Sverige. Särskilt gäller detta barnen från Sydeuropa.

Invandrabarnen i denna undersökning har ock-

så en högre kariesfrekvens än de svenska barnen. Detta kan vara en följd av dålig information om tandhygien. Här spelar troligen också andra faktorer en roll, t. ex. kunskapsnivån över huvud taget hos invandrarna och upplysningen i tandhållsfrågor i det tidigare hemlandet. På tandläkarhåll finns en uppfattning, att barnen från Sydeuropa vid ankomsten till Sverige ofta har mycket bra tänder, troligen till följd av andra kostvanor. Ganska snart får de dock samma kariesfrekvens som de svenska barnen och högre kariesaktivitet (kariesutveckling per tidsenhet) än dessa. Detta beror säkerligen på den kraftigt sötade och många gånger alltför lättuggade svenska maten i förening med dålig kunskap om den nya kostens risker. Samtidigt saknar de det grundskydd, som en elementär munhygien utgör. Tandhållsorden har här en svår men viktig arbetsuppgift.

Slutsats

Inom barnhälsovården måste vi i större utsträckning än hittills satsa på att nå de utländska barnen. Jämsides med en kommunal insats med bättre information till invandrarfamiljerna på deras eget språk, kursverksamhet i svenska och tolkservice måste barnavården utöka sin uppsökande verksamhet. Detta får i första hand ske genom distriktsköterskan alt. barnavårdscentralssköterskan, men erfarenheten från barnavårdscentralen i Upplands-Väsby visar, att den bästa effekten kan nås med en social patrull bestående av distriktsköterskan, en tolk, ev. läkaren på barnavårdscentralen samt med fördel en representant från socialvården. Först genom en sådan insats, där socialvård och barnavård har en gemensam uppgift, kan vi hoppas att invandrabarnen skall få lika god hälsovård som de svenska barn, med vilka de skall leva tillsammans i sitt nya hemland.

LITTERATUR

1. Invandringen. SOU 1967: 18.
2. Lindström, B., Forsman, B.: Personligt meddelande.

FORELØBIG PROGRAM

II. Nordiske Kongress i Sosialmedisin,

LILLEHAMMER 11.—14. JUNI 1970

Hovedtemaet *torsdag den 11. juni 1970* om formiddagen er:

Den primære legetjeneste i samfunnet.

Dens problemer, arbeidsoppgaver, organisasjon og utforming

Innledere:

Dr Børge Stahl, Danmark:

Allmenlegens psykiatriske og sosiale behandlingsoppgaver.

Dr. Gustav Haglund, Sverige:

De somatiske arbeidsoppgavene innenfor den primære legetjenesten.

Professor Tor Bjerkedal, Norge:

Helseundersøkelsen 1968, befolkningens bruk og ikke-bruk av legetjenesten.

Avdelningssjef Åke Lindgren, Sverige:

Planene om sosialsentraler (vårdcentra) i Sverige.

En av seksjonene vil fortsette med foredrag og diskusjoner om hovedtemaet også om ettermiddagen 11. juni, og bidrag till dette mottas gjerne fremdeles.

Hovedtemaet *fredag den 12. juni 1970* om formiddagen er:

De handikappede i dagens samfunn.

Typer, utbredning og omsorg (vård).

Innledere:

Forskningsleder Poul-Henric Kühl, Danmark:

Psykiske aspekter ved ervervshemming.

Dr. Victor Lindén, Norge:

Sosiale årsaker til uførhet.

Dr. Olle Bygren, Sverige:

og *professor Gunnar Lindgren, Sverige:*

Rehabiliteringsbehov belyst ved epidemiologiske handicap-undersøkelser i Stockholm og Malmø län.

Også dette tema vil bli tatt opp i en av seksjonene om ettermiddagen. Kongresskomitéen er derfor også interessert i ytterligere foredrag og bidrag innen dette emneområdet.

Lørdagens program vil bli kunngjort senere.

Kongressen arrangeres primært for medlemmene av de respektive lands sosialmedisinske foreninger. Men også andre med tilknytning til sosialmedisinsk vitenskap og virksomhet er velkomne både som foredragsholdere og deltakere.

Kongressen avholdes på Maihaugen på Lillehammer, som er et av Norges kultursentra og bl. a. omfatter de berømte Sandvigske Samlinger. Lillehammer ligger sentralt midt i det sydlige Norge. Det vil bli arrangert egne ledsagerprogrammer, omvisninger, utfarter etc. Lillehammer og omegn har en rekke gode hoteller i rimelig pris-klasse. Kongresskomitéen vil i samarbeid med den lokale turistnemnd ordne med innkvartering og andre arrangementer.

For kongressdeltakere vil avgiften bli kr. 100,— for ledsagere kr. 50,—.

Anmeldelse av foredrag innen 1/2 1970

Anmeldelse av deltakelse innen 1/3 1970
til undertegnede

For kongresskomitéen

Per Sundby, Sekretær

Sosialmedisinsk institutt

Rikshospitalet, Oslo 1, Norge