

Primärvårdens ansvar för flyktingars hälsa ställer högre krav på ökad kunskap

Även om fler restriktioner införs mot invandringen kommer utbytet av folk mellan länder att öka betydligt i framtiden.

Det tror Jan Sundquist, distriktsläkare i Lund och forskare inom migrationsmedicin. Kunskapen om den ohälsa som följer i migrationens spår är fortfarande relativt liten, och vid sidan av mer forskning krävs också en förstärkt fortbildning av läkarna.

Sverige har i förhållande till folkmängden högst andel flyktingar av alla västländer. 1996 var andelen utlandsfödda 10,7 procent. Trots hårdare restriktioner vid invandring så stiger siffran successivt, bl a beroende på anhöriginvandringen.

Den forskning som bedrivs rörande minoriteters hälsa handlar oftast om ovanliga sjukdomar, som blodsjukdomar och metabola sjukdomar. Kunskapen om folkhälsan i dessa grupper är betydligt mindre.

– Kunskapen om deras sociala nätverk är bristfällig. Vissa lever i nätverk som korsar nationsgränser eller etniska gränser, andra lever tämligen isolerade, säger distriktsläkaren Jan Sundquist.

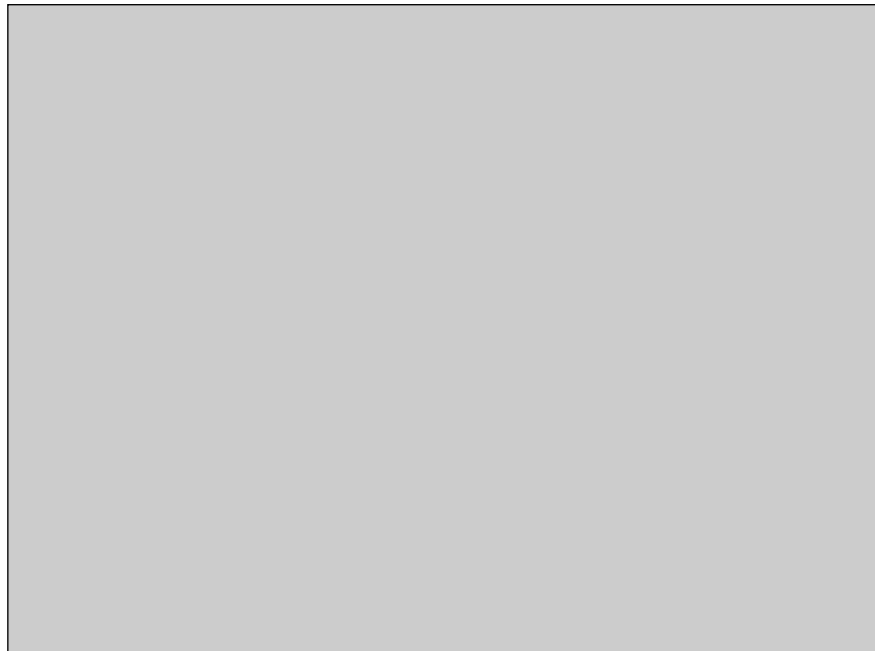
– Vi vet att ett bra socialt nätverk gör oss mindre känsliga för psykiska påfrestningar och därmed motståndskraftigare mot sjukdomsframkallande agens i vår omgivning.

50 procent invandrare

1987 var Jan Sundquist färdig med sin specialistutbildning i Örebro och kom som distriktsläkare till Norra Fäladen en bit utanför Lunds centrum. Det är kommunens invandrartätaste område. Det distrikt Jan Sundquists vårdlag ansvarar för består till nästan 50 procent av invandrare, mest iranier, irakier och latinamerikaner.

– Jag började tidigt fundera på skillnader i människors motiv för att söka sig till vårdcentralen. Intresset ledde till att jag började forska och 1994 disputerade jag med en avhandling som främst handlade om hälsotillståndet bland latinamerikaner som kommit till Sverige, berättar Jan Sundquist.

Genom intervjuer kartlades den självskattade hälsan bland en grupp latinamerikaner och resultatet visade att de generellt sett hade ett sämre hälsotill-



Migrationsmedicin är en av de stora allmänmedicinska utmaningarna inför 2 000-talet, menar forskaren och distriktsläkaren Jan Sundquist i Lund. – Men trots att så många intresserar sig för migrationsmedicin finns det i Sverige ännu ingen professur i ämnet.

stånd jämfört med motsvarande populationer födda i Sydeuropa respektive i Sverige.

Jan Sundquist gick vidare för att se hur hälsan påverkas efter det att invandrarna återvänt hem.

Han sökte upp 51 chilensare som återvänt till Santiago och genomförde en ny serie intervjuer. Resultatet visade att hemkomsten haft motsatt effekt än väntat; de mårde både fysiskt och psykiskt sämre.

– De kände framför allt en stark rotlöshet. Det sociala nätverket var sönderslaget och samhället hade förändrats en hel del under de 10–15 år de hade vistats i Sverige. Bland chilensarna uppfattades de inte som landsmän utan som svenskar, säger Jan Sundquist.

Bosniska kvinnors hälsa

Idag har han en forskarassistenttjänst vid Medicinska forskningsrådet och leder en forskargrupp med bl a sju doktorander inom området migrationsmedicin. Gruppen är geografiskt spridd till Stockholm, London och Lund. Med datateknikens hjälp bollar man manuskript och idéer mellan varandra.

Själv arbetar Jan Sundquist en dag i veckan som distriktsläkare i Norra Fäla-

den och resterande tid på institutionen för samhällsmedicinska vetenskaper vid Lunds universitet.

Ett av de projekt som nu avslutats men vars resultat ännu inte publicerats handlar om hälsan bland kvinnor från Bosnien som bor i Lund och Malmö.

119 slumpvist utvalda bosniska kvinnor finns med i studien. De har intervjuats och genomgått kliniska undersökningar och tester, bl a mätning av salivkortisol och stresshormon. Gruppen har sedan jämförts med en motsvarande grupp kvinnor födda i Sverige.

– Utan hänsyn till sociala variabler är hälsotillståndet nästan sex gånger sämre bland de bosnienfödda. Men även då vi tar hänsyn till variabler som arbetslöshet, social isolering, låg materiell standard och ekonomiska svårigheter är de bosniska kvinnornas hälsa fortfarande mer än tre gånger sämre än de svenska kvinnornas, säger Jan Sundquist.

Skilnaderna framkommer tydligast genom den självskattade hälsan och rör faktorer som låg självkänsla, nedstämdhet och sömnsvärigheter.

Ett annat projekt som befinner sig i slutfasen svarar en av gruppens doktorander för, Leena Maria Johansson vid Järfälla psykiatriska mottagning. Hon har bl a studerat situationen för kvinnor som invandrade till Sverige före 1967.

Hennes forskning visar att skillnaderna i självmordsfrekvens jämfört med svenska kvinnor inte utjämnats, trots att

Underläkarnas fullmäktigemöte:

Ökad chans till högre lön med fler vårdproducenter

Fler vårdproducenter – utöver landstingen – ökar möjligheterna till högre lön och bättre arbetsmiljö, men utesluter inte ett fortsatt offentligt finansieringsansvar.

Det konstaterades vid årets fullmäktigemöte med Sveriges yngre läkares förening, Sylf.

En av Sylfs arbetsuppgifter det kommande året är att verka för alternativa vårdproducenter. Men diskussionen vid mötet visade att verksamhetsberättelsens uttryck »Sylf skall verka för alternativa arbetsgivare inom vårdsektorn» hade uppfattats på olika sätt inom Sylf lokalt.

»En politisk fråga»

Sylf-Värmland genom John Widström ansåg att frågan var av mer politisk än facklig karaktär, och att den skisserade utvecklingen inte säkert skulle gynna patienterna, utan tvärtom kunde skynda på utvecklingen i riktning mot en segregerad sjukvård med A- och B-lag.

Men andra gjorde inlägg till förmån för styrelsens skrivning, och framhöll bl a att Sylf självklart måste kunna ta ställning i frågor där även de politiska partierna har en uppfattning.

Per Johansson, styrelseledamot, förklarade att avsikten med skrivningen var att uttrycka Sylfs uppfattning att ansvaret för sjukvårdens produktion och

finansiering bör skiljas åt. Detta skulle även, utöver de rent fackliga aspekterna, kunna ge en effektivare sjukvård. Avsikten var inte marknadsliberalism eller amerikaniserad sjukvård. Exempel från Danmark och Finland visar att det kan fungera väl.

Från styrelsen framhölls också att en differentiering i producentledet på sikt kan ge ökad kvalitet i vården genom att patienterna tar med sig sina pengar till den vårdproducent som utför arbetet bäst.

Mattias Hällje, Sylfs ordförande, förklarade att alla ska kunna samlas under strategin och att den inte innebär någon ideologistämpel.

Sylf-Värmland begärde dock, med instämmande inlägg från Dalarna och underskrift av yrkandet från Kristianstad och Västerbotten, ett förtydligande av att-satsen genom tillägget: »Alternativa arbetsgivare utesluter inte ett fortsatt offentligt finansieringsansvar.»

Sedan Mattias Hällje förklarat att styrelsen inte hade något att invända mot ett sådant tillägg blev det också fullmäktiges beslut.

Utbildning utan åldersgräns

Sylf ska arbeta mot åldersgräns för antagning till läkarutbildningen. En sådan gräns är diskriminerande. Det blev standpunkten efter mötets längsta diskussion i en enskild fråga.

Läkarförbundets centralstyrelse har antagit ett förslag till nytt utbildnings-

politiskt program, där det bl a föreslås en åldersgräns vid 35 år för antagning till läkarutbildningen.

Detta hade Sylfs styrelse inte motsatt sig, men fullmäktigemötet tyckte annat med motiveringen att all form av diskriminering är förkastlig och ska motverkas.

Gunilla Gunnarsson, vice ordförande i Läkarförbundet, informerade om tankarna bakom förslaget. Bl a kan äldre studerande få problem när de ska ut i AT och ST. Det kan också vara samhällsekonomiskt tveksamt att utbilda någon som bara kommer att ha några få år till pension, särskilt som den framtida pensionsålderna kanske kommer att sänkas.

Frågan ska behandlas på nytt i Läkarförbundets centralstyrelse. Förslaget om 35-årsgräns stöds i den interna behandlingen av 18 remissinstanser, 21 har inte kommenterat och åtta är emot.

Gästtalare från Socialstyrelsen

I övrigt diskuterades bl a det individuella lönesystemet, arbetsmarknaden med Norge som alternativ i dagsläget och befarad specialistbrist i en nära framtid samt ST-kurserna, där i ett inlägg oro uttrycktes för hur det går med opartiskheten vid ökad andel industrisponsrad utbildning.

Överdirektör Nina Rehnqvist redogjorde som inbjuden gästtalare för Socialstyrelsens foreskrift om kvalitetsystem i sjukvården som trädde i kraft den 1 januari 1997.

Jan Lind

det har gått tre decennier. Frekvensen är högre både jämfört med den hos svenska kvinnor och den bland kvinnor i det land de en gång kom ifrån.

I underlaget ingår kvinnor födda i Finland, Östeuropa samt länder utanför Europa.

– Invandrarkvinnor är i det här sammanhanget en utsatt och bortglömd grupp, säger Jan Sundquist. De arbetar ofta mycket hårt, många dubbelarbetar, kanske för att kunna återvända till det land de kom ifrån.

– Bara det faktum att 40 procent av finska och sydeuropeiska kvinnor i vissa områden som besöker en doktor behöver tolk visar att de är dåligt integrerade i samhället. De flesta av dessa kom till Sverige på 1960- och 70-talet.

Sedan den 1 januari i år ska all hälso- och sjukvård för flyktingar tas över av primärvården. Det ställer, menar Jan

Sundquist, allt högre krav på fortbildning, inte bara av vårdpersonal utan också av dem som arbetar inom socialtjänsten och försäkringskassan.

Okända symtombilder

– Mycket inom migrationsmedicinen har symtombilder som inte är så kända inom medicinen, och som kräver mycket utredning för att kunna behandlas.

– Hälsan påverkas av ärftlighet, och av den sociala bakgrunden med utbildning och social klasstillhörighet. Den sociala biten bryts helt upp då de flyr, kanske från ett krig i sitt hemland. I Sverige upplever de en stark identitetsförändring och förlorar en stor del av kontrollen över sitt eget liv. Kunskapen om vilka hälsoeffekter sådana förändringar kan leda till vet man idag väldigt lite om, säger Jan Sundquist.

Han tror att andelen utlandsfödda

kommer att öka, och att det även blir allt vanligare med kortvariga migrationsrörelser genom besök i hemlandet, besök av släktingar i exil i andra länder etc.

Det kan leda till mer komplexa medicinska problem än vad som gäller idag.

Jan Sundquist har nu bjudits in till Stanford University i USA för att under två år studera skillnader i hjärt- och kärlsjukdomar mellan tre befolkningsgrupper: vita kvinnor, svarta kvinnor och kvinnor av mexikanskt ursprung, samtliga med låg socioekonomisk tillhörighet. 5 000 kvinnor ska ingå i studien.

– I USA har migrationsforskning blivit ett prioriterat område. Syftet med min studie är att bl a försöka skapa modeller för riktade preventiva åtgärder mot utsatta etniska och sociala grupper, både i Sverige och i USA.

Peter Örn