

Dagmar Lagerberg, fil dr, docent, institutionen för kvinnors och barns hälsa, enheten för pediatrik
dagmar.lagerberg@kbh.uu.se

Margaretha Magnusson, dr med sci, vårdutvecklare, barnhälsovårdens länsenhet

Claes Sundelin, professor, barnhälsovårdsöverläkare, barnhälsovårdens länsenhet; samtliga vid Akademiska barnsjukhuset, Uppsala

Efternamn som markör för etnicitet

Studie inom barnhälsovården visar att invandrarfamiljer och svenska familjer tycks vara isolerade på olika sätt

■ Vid institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet, och barnhälsovårdens länsenhet, Akademiska barnsjukhuset i Uppsala, bedrivs för närvarande ett kontrollerat interventionsförsök med nya psykosociala metoder inom den förebyggande hälsovården för barn i åldern 0–18 månader, Barnhälsovård i förändring (BIF). Projektet har en experimentliknande ansats med försöks- och kontrollbarnavårdscentraler samt mätningar före och efter det nya programmet införande.

Mer psykosocialt inriktad BVC-verksamhet

Idén är att barnfamiljerna vid experimentcentralerna skall erbjudas en förändrad BVC-verksamhet som kommer att vara mer psykosocialt inriktad än tidigare. Programmet innehåller både generella insatser som kommer alla till del och behovsanpassat individuellt stöd.

Programmet har konstruerats för att i största möjliga utsträckning minska trycket från riskfaktorer och öka effekten av skyddsfaktorer, samtidigt som kvaliteten bibehålls i fråga om medicinsk säkerhet.

Ett uttalat syfte har varit att ägna särskild uppmärksamhet åt flykting- och invandrarfamiljer, som ofta utesluts från forskning med hänvisning till språksvårigheter. Avsikten var att tolkhjälp finansierad av projektet skulle erbjudas familjer som inte behärskade svenska. Programmet, som ursprungligen grundades på slutsatser från en state-of-the-art-konferens 1999 [1], har beskrivits utförligt i annat sammanhang [2].

Studien har godkänts av de forskningsetiska kommittéerna vid deltagande universitet.

Baslinjemätningar genomfördes vid 18 experiment-BVC i Uppsala län och 20 kontroll-BVC i övriga delar av landet (Stockholms län, Norrköping, Karlstad, Hallstahammar, Borlänge). Under denna period bedrevs arbetet vid de deltagande barnavårdscentralerna på samma sätt som vanligt. Enligt planerna skulle samtliga 1 628 barn som under perioden mars 2002–februari 2003 fyllde 18 månader inbjudas att delta. 140 barn hann flytta före 18-månadersundersökningen på BVC, och 130 barns mödrar avböjde att delta. De återstående 1 358 barnens mödrar accepterade; för 1 350 av dessa barn erhöles journaluppgifter. 1 039 enkäter besvarades. Relativt många mödrar tog alltså emot enkäten, som delades ut av BVC-sjuksköterskan, utan att skicka in den.

För närvarande (april 2003–september 2005) genomförs den egentliga interventionen. Alla barn som »fötts in» på ex-

Sammanfattat



Efternamn kan med fördel användas som markör för nationell bakgrund när säkra uppgifter saknas.

Metoden har prövats i en analys av bortfall bland barnfamiljer som inbjudits att delta i en enkätstudie.

Även om klassifikationen bara kunde ge en grov approximation av andelen svenskar och icke-svenskar i undersökningsgruppen bidrog namnmetoden till att belysa selektiviteten i olika typer av bortfall. Den fungerade även hypotesgenererande.

perimentcentralerna från och med april 2003 till och med mars 2004 blir interventionsbarn och genomgår programmet fram till 18 månaders ålder. Vid de 18 kontrollcentralerna (samma som tidigare med undantag av två centraler i Stockholms län) bedrivs verksamheten som tidigare. Allteftersom barnen fyller 18 månader görs en särskild datainsamling. Data under såväl baslinje- som interventionsfas inhämtas genom enkäter till sjuksköterskorna och till barnens mammor samt genom journalblanketter om barnen. Under interventionsfasen insamlas dessutom detaljerad information från sjuksköterskorna om genomgångna moment i interventionen. I princip samma uppgifter insamlas från både experiment- och kontrollcentraler.

Snabb metod för grovklassificering

Med tanke på eventuell selektivitet i bortfallet – och även med tanke på det uttalade syftet att få med invandrar- och flyktingfamiljer – ansåg vi det angeläget att få en bild av den nationella bakgrunden hos samtliga tilltänkta deltagare, inte bara hos dem som besvarat enkäten.

Uppgifter om födelseland och modersmål inhämtades endast via enkäten och sänkades alltså för dem som flyttat eller inte accepterat att delta liksom för dem som accepterat men ändå inte skickat in enkäten.

Vi sökte alltså en snabb och enkel metod för grovklassifi-

cering av nationell bakgrund. Det valda förfarandet byggde på barnets efternamn och beskrivs i det följande.

I internationell litteratur används inte sällan efternamn som markör för etniskt ursprung. Så har t ex skett i studier av skillnader i diabetesrisk mellan befolkningsgrupper [3, 4]. Den senare studien klassificerade bl a bortfallet med hjälp av efternamn på samma sätt som vi själva gjort i föreliggande material. En undersökning av överlevnad i akut lymfoblastisk leukemi hos barn av olika etnicitet utnyttjade spanskklingande efternamn som etnicitetsmarkör, dock med reservation för att metoden har sina begränsningar [5].

Efternamn som diskrimineringsfaktor

Samma metod, använd i andra syften, redovisas också i studier av behandling och bemötande inklusive ren diskriminering. Enligt en engelsk undersökning är t ex personer av sydasiatiskt ursprung underrepresenterade i randomiserade kliniska försök, något som enligt författarna reser allvarliga frågor av såväl etisk som vetenskaplig art [6]. Här användes bl a ett datorprogram för analys av efternamn. Programmet kombinerades med vissa manuella kontroller, och ibland togs hjälp av förnamn.

Efternamn visade sig vara en kraftfull diskrimineringsfaktor i en studie av sökande till medicinsk utbildning i England. Personer tillhörande minoritetsgrupper hade sämre utsikter att bli antagna, även sedan hänsyn tagits till utbildning, och framgång i sökandet predicerades bättre av ett europeiskt efternamn än av etniskt ursprung i sig [7].

Efternamn som riskmarkör/riskfaktor

Förutom det problematiska i att låta efternamn fungera som etnicitetsmarkör kan invändningar resas mot att arbeta med etnicitet över huvud taget. Bland andra har Kaplan och Bennett [8] behandlat tidskrifternas ansvar som normgivare i detta sammanhang.

Tre viktiga utmaningar framhålls för den som använder etnicitet i forskning och författarskap. För det första skall de begränsningar som gäller för denna typ av data redovisas, t ex att etnicitet inte är något entydigt och att kategorierna brister i validitet och reliabilitet. För det andra måste skillnad göras mellan etnicitet som riskfaktor och som riskmarkör. Skillnader i ett visst avseende mellan etniska grupper behöver inte tyda på ett kausalsamband mellan etnicitet och den studerade egenskapen. Grupptillhörigheten kan lika gärna vara en markör för en risk som försvinner om hänsyn tas till andra relevanta faktorer, som skillnader i exponering, tillgång till vård m m. För det tredje måste skrivande om etnicitet ske på ett sätt som inte bidrar till stigmatisering. Författarna presenterar ett antal riktlinjer, bl a att skälen till att etnicitet använts som variabel i en studie måste anges, liksom hur kategorierna definierats. Resultat bör presenteras med korrigerings för andra relevanta faktorer, särskilt social status.

Vi vill i anslutning till detta framhålla att etnicitetsvariablerna i vår studie använts i syfte att bl a mäta skillnaderna i synen på barnhälsovård och i tillfredsställelse med föräldrasituationen. Vi tror att den svenska barnhälsovården kan förändras på ett sätt som bättre gynnar familjer av annan härkomst än svensk. I den här presenterade metodstudien undersöker vi sambandet mellan etnicitet och bortfall. Teoretiskt förstår vi etnisk bakgrund snarare som riskmarkör än som riskfaktor.

II Metod

Uppgifter om barnens namn hade erhållits från folkbokföringen i Uppsala län och direkt från barnavårdscentralerna i kontrollområdena. Metoden utgick från barnens efternamn och byggde på följande kriterier: barn med svenskklingande namn kodades som »svenska« och övriga barn som »icke-

Tabell I. Barnmaterialet i baslinjemätningarna uppdelat i undergrupper och fördelat efter förmodad nationell bakgrund enligt namnmetoden.

Material och undergrupp	Svensk, antal (procent)	Icke-svensk, antal (procent)	Totalt, antal (procent)
<i>Hela materialet</i>	1 016 (62,4)	612 (37,6)	1 628 (100)
Externbortfall, flyttat	76 (54,3)	64 (45,7)	140 (100)
Önskar ej delta	57 (43,8)	73 (56,2)	130 (100)
<i>Återstår: accepterat</i>	883 (65,0)	475 (35,0)	1 358 (100)
Därav ej besvarat enkät	143 (44,8)	176 (55,2)	319 (100)
Därav besvarat enkät	740 (71,2)	299 (28,8)	1 039 (100)

svenska«. Klassificeringen utfördes av två oberoende bedömare (DL, MM). I tveksamma fall fick hjälp ibland tas av förnamnet. De två klassificeringarna visade en 95-procentig samstämmighet och en överensstämmelse enligt Cohens kappa på 0,89, dvs med avdrag för slumpbetingad överensstämmelse. Vid skiljaktiga uppfattningar nåddes enighet genom diskussion.

Uppgifterna i de besvarade enkäterna kunde användas som ett approximativt facit att jämföra namnklassificeringen med. Familjer där båda föräldrarnas modersmål i enkäten angivits vara svenska klassificerades som »svenska«. Alla övriga inklusive sådana där information saknades klassificerades som »icke-svenska«.

De två metoderna var inte helt jämförbara, i det ena fallet grundad på namn, i det andra fallet på språk. Självfallet kan en person med ett osvenskt namn ha svenska som modersmål, liksom en person med ett svenskklingande namn kan ha ett annat modersmål. Trots detta uppgick överensstämmelsen mellan namn och språk till 86,5 procent i enkätmaterialet.

II Resultat

Resultaten presenteras som skillnader mellan olika undergrupper i baslinjematerialet (Tabell I).

Andelen icke-svenskar i hela materialet uppskattades till drygt en tredjedel. Bland dem som flyttat före enkättilfället eller tackat nej var dock andelen förmodade icke-svenskar avsevärt högre, bortemot hälften eller mer. En liknande diskrepans framkom i den mindre grupp som accepterat att delta. Över hälften av de mödrar som tackat ja men ändå inte skickat in enkäten klassificerades som icke-svenska enligt vår namnmetod. I motsats till detta var icke-svenskarna bland dem som verkligen besvarat enkäten i klar minoritet.

Journaluppgifter inhämtades för i princip alla barn vilkas mödrar accepterat att delta. Eftersom en del av dessa mödrar inte besvarat enkäten kan vi jämföra hälsodata för barn till svarande och icke-svarande mödrar. Vår hypotes var att icke-svarande mödrar, i jämförelse med svarande, skulle röka mer, amma mindre och oftare utebli från bokade BVC-besök. Tabell II visar att så var fallet i hela materialet, men beträffande amning och rökning var skillnaderna entydiga och statistiskt signifikanta endast för förmodat svenska mödrar. Bokade besök försumrades i högre grad av icke-svarande mödrar oavsett nationell bakgrund, men skillnaden i antal försummade besök var större för svenska mödrar.

I kontrast till detta framkom helt andra skillnader mellan svarande och icke-svarande mödrar i den förmodat icke-svenska gruppen; svarande mödrar hade gjort genomsnittligt något fler besök hos sjuksköterskan på mottagningen, och väsentligt fler hade inbjudits till föräldragrupp.

Resultaten presenteras här med reservation för att 40 barn var tvillingar. Av de 14 »svenska« tvillingmödrarna hade tio besvarat enkäten och fyra avstått. Motsvarande siffror för de sex »icke-svenska« tvillingmödrarna var fyra och två. Skall

Tabell II. Journaluppgifter efter förmodad nationell bakgrund och besvarande av enkäten. Journaldata för 8 av 1 358 barn saknas. Antalet observationer anges i varje kolumnrubrik och varierar beroende på att information saknas i vissa fall. Genomsnittligt antal försummade besök omfattar endast dem för vilka sådana besök noterats. Signifikantest enligt Fishers exakta test för procent och Students t-test för medelvärden. Signifikans accepterad vid $P < 0,05$.

Variabel ur journalen	Svenska			Icke-svenska			Samtliga		
	Svar	Ej svar	P	Svar	Ej svar	P	Svar	Ej svar	P
	720–738	138–141		286–295	166–175		1 009–1 033	304–316	
Antal besök hos sjuksköterskan på mottagningen, genomsnitt	14,63	14,60	NS	15,58	13,89	0,0050	14,90	14,20	NS
Injuden till föräldragrupp, procent	76,6	70,5	NS	62,9	39,1	0,0001	72,7	53,0	0,0001
Hel- eller delamning vid 1 vecka, procent	98,8	94,3	0,0025	97,3	100,0	0,0285	98,4	97,5	NS
Hel- eller delamning vid 2 månader, procent	93,7	87,2	0,0122	92,5	94,2	NS	93,4	91,1	NS
Hel- eller delamning vid 4 månader, procent	85,9	75,9	0,0050	85,5	83,3	NS	85,8	79,9	0,0154
Hel- eller delamning vid 6 månader, procent	75,3	64,5	0,0119	73,5	69,9	NS	74,8	67,4	0,0125
Mor röker vid 4 veckor, procent	6,8	16,7	0,001	7,0	12,0	NS	6,8	14,1	0,001
Försummat bokad besök, procent	14,1	24,8	0,0024	22,4	33,1	0,0128	16,5	29,4	0,0001
Antal försummade besök om detta förekommit, genomsnitt	1,39	2,20	0,0210	1,61	1,83	NS	1,48	1,97	0,0055
Antal mödrar med försummade besök	104	35		66	58		170	93	

man vara riktigt korrekt bör tvillingar räknas som en enda observation när det gäller den typ av variabler som ingår i Tabell I och II, inte som två. Detta torde dock ha ringa betydelse för våra slutsatser.

II Diskussion

Vi har dragit slutsatsen att efternamn kan fungera som en grov markör för nationell bakgrund när inga bättre uppgifter står till buds och frågeställningen inte kräver ett känsligare instrument. Interbedömarreliabiliteten låg i samma storleksordning som hos McManus och medarbetare [7], till och med något högre. Självfallet kan resultat som uppnåtts med denna metod under inga omständigheter användas i analyser på samma sätt som seriös demografisk information. De är inte underbyggda i vedertagen mening och får närmast ses som tolkningar. Som sådana kan de dock ge upphov till hypoteser och nya analytiska infallsvinklar. För bedömningen av selektivitet i vårt bortfall ansåg vi metoden acceptabel.

Två distinkta mönster framträdde

Namnklassificeringen gav en klarare bild av materialet och belyste hur familjer av icke-svensk bakgrund gick förlorade för projektet på varje steg i genomförandet. Två distinkta mönster framträdde. Det ena tydde på att det kan finnas något undvikande och avvaktande i mötet mellan barnhälsovården och invandrar-/flyktingfamiljer, något som skulle kunna bero på språksvårigheter men kanske också på främlingskänslor och känslor av utanförskap. Trots den medvetna satsningen på att inkludera flykting- och invandrarfamiljer tycks projektet inte ha lyckats nå just dessa familjer.

Det kan vara värt att undersöka om t ex tendensen att vissa invandarmödrar inte erbjuds föräldragrupp beror på moderns bristande kunskaper i svenska eller om det finns andra svårigheter i kontakten som måste överbryggas. Den forskning som skulle krävas för att pröva denna hypotes borde undersöka såväl mödrarnas som BVC-personalens uppfattningar om verksamheten och den faktiska kommunikationen dem emellan. Arbetet med dessa familjer skulle kanske behöva innefatta någon form av socialt nätverk.

Det andra mönstret förefaller mer »svenskt«. Hypotesen är

att vissa mödrar kan ha en psykosocialt belastad situation, som tar sig uttryck i att man exempelvis röker mer än andra, ammar mindre och uteblir från fler besök på BVC. I detta mönster kan också ligga att man avstår från att besvara en enkät trots att man gått med på att delta. För att komma åt sådana problem krävs särskilda metoder från barnhälsovårdens sida, t ex olika sätt att stärka mödrarnas föräldrakompetens.

II Konklusion

Det är säkert inte omöjligt att utveckla metoder som skulle gynna såväl invandrar- och flyktingfamiljer som svenska familjer. En möjlig väg vore kanske familjecentralen, där mödra- och barnhälsovård har en nära samverkan med öppen förskola och socialtjänst. Men vad vi har velat antyda här är att svenska familjer och invandrarfamiljer tycks kunna vara isolerade på olika sätt. Hypoteserna måste prövas i vanlig ordning, men det värdefulla med namnklassificeringen är att den gjorde hypoteserna möjliga att formulera.

Även om resultaten delvis är beklämande hade vi inte kunnat komma fram till dem utan efternamnsmetoden. Vi hade inte kunnat uttala oss om vare sig dem som flyttat eller dem som tackat nej. Vi hade inte heller kunnat göra några jämförelser mellan barn vilkas mödrar besvarat enkäten och barn till mödrar som accepterat att delta men ändå inte skickat in enkäten. Alla dessa jämförelser har möjliggjorts tack vare vår metod och har ökat materialets informationsvärde.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Studien har stötts av FAS, Uppsala läns landsting, Allmänna Barnhuset och Gillbergsska stiftelsen.

Referenser

1. The importance of the child health services to the health of children. Proceedings of the conference on Child Health Services in Sigtuna, Sweden, 23–25 September 1999, under the auspices of the Swedish National Council for Medical Research. Edited by Claes Sundelin. *Acta Paediatr* 2000;89 Suppl 434.
2. Sundelin C, Magnusson M, Lagerberg D. Child health services in transition I. Theories, methods and launching. *Acta Paediatr* 2005;94:329–36.
3. Hanis CL, Hewett-Emmett D, Bertin TK, Schull WJ. Origins of U.S. Hispanics. Implications for diabetes. *Diabetes Care* 1991;14:618–27.
4. Whincup PH, Gilg JA, Papacosta O, Seymour C, Miller GJ, Alberti KG, et al.

- Early evidence of ethnic differences in cardiovascular risk: cross sectional comparison of British South Asian and white children. *BMJ* 2002;324:635.
5. Kadan-Lottick NS, Ness KK, Bhatia S, Gurney JG. Survival variability by race and ethnicity in childhood acute lymphoblastic leukemia. *JAMA* 2003;290:2008-14.
 6. Mason S, Hussain-Gambles M, Leese B, Atkin K, Brown J. Representation of South Asian people in randomised clinical trials: analysis of trials' data. *BMJ* 2003;326:1244-5.
 7. McManus IC, Richards P, Winder BC, Sproston KA, Styles V. Medical school applicants from ethnic minority groups: identifying if and when they are disadvantaged. *BMJ* 1995;310:496-500.
 8. Kaplan JB, Bennett T. Use of race and ethnicity in biomedical publication. *JAMA* 2003;289:2709-16. Erratum in: *JAMA* 2004;292:1022.



=artikeln är referentgranskad

annons

SUMMARY

A practical method was tested for identifying ethnicity through family names in the absence of precise demographic information. In a questionnaire study of children covered by the Swedish child health services in some different counties, all potential participants (the children's mothers) were classified as »Swedish« or »non-Swedish« using family names. Inter-rater reliability was assessed by comparing the scores of two independent raters (Cohen's kappa: 0.89). Cases in which the raters did not agree were settled through discussion. The method's validity was roughly measured by comparing assigned classifications against ethnicity information provided by the 63.8 percent of the mothers who returned the questionnaire (1039 of 1628). Assigned and self-reported classifications were the same in 86.5 percent of the cases. Information from child health services about mothers who had agreed to participate in the study revealed health-related differences between those who returned the questionnaires and those who did not. The family name classification method indicated an ethnic selectivity in drop-out rates, which was helpful in interpreting these health differences.

Dagmar Lagerberg, Margaretha Magnusson, Claes Sundelin

Correspondence: Dagmar Lagerberg, Barnhälsovården, Akademiska barnsjukhuset, SE-751 85 Uppsala, Sweden dagmar.lagerberg@kbh.uu.se