

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette søkelys på felter av allmenntilleggsmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

# Eldre med innvandrere i primærhelsetjenene

■ ESPERANZA DIAZ • førsteamanuensis ved Inst. for global helse og samfunnsmedisin, Univ. i Bergen; forsker ved NAKMI; fastlege ved Kalffaret Legesenter

Innvandrere er fortsatt yngre enn befolkningen ellers, men antall eldre med innvandrerbakgrunn øker i Norge. Noen har bodd her mesteparten av livet, mens andre kom som voksne og har hverken lært seg norsk eller integrert seg i samfunnet. Noen er friske, andre skrøpelige etter et vanskelig liv. Vi vet likevel altfor lite om deres helsetilstand og behov for eventuelle tilpasninger i primærhelsetjenesten. Denne oppsummeringen bygger på nyere studier om helse blant innvandrere i Norge – og peker på at en viss tilpasning kan være på sin plass.

## HOVEDBUDSKAP

- Til tross for at innvandrere fortsatt er yngre enn den norskfødte befolkningen, er eldre med innvandrerbakgrunn en voksende gruppe i Norge.
- Det er store forskjeller blant innvandrere i Norge når det gjelder opprinnelsessted, sosioøkonomisk nivå, kultur og integrasjonsmønstre.
- Eldre innvandrere, spesielt de over 60, bruker både fastlegen og legevakten sjeldnere enn norskfødte.
- Stort sett har eldre med innvandrerbakgrunn de samme sykdommene som norskfødte, men med noe høyere prevalens av diabetes, muskelrelaterte plager og fordøyelsessykdommer.
- Innvandrere får sjeldent demensdiagnose i primærhelsetjenesten, og de som får diagnosen får sjeldnere farmakologisk behandling.
- Alt i alt er det grunn til å tro at en del eldre med innvandrerbakgrunn som trenger hjelp ikke oppsøker lege eller ikke får adekvat hjelp.

Eldreboen er allerede en utfordring for helsetjenestene i Europa, som også må håndtere det økende etniske og kulturelle mangfoldet blant brukerne (1). Tallet på innvandrere over 60 år i EU-land har doblet seg fra sju til 15 millioner i løpet av de siste fem år (2). Andelen av eldre med innvandrerbakgrunn i Norge vil også sakte, men sikkert bli høyere (3) og kan utfordre helsetjenestene på flere plan.

Migrasjon er en uavhengig sosial determinant for helse (4). De fleste innvandrere er friskere enn populasjonen de flytter til rett etter ankomsten til et nytt land, noe som er kjent som «healthy immigrant effect» (5). Likevel forverres innvandreres helse raskt etter at de har bodd noen år i det nye landet (6). Aldring i et ukjent landskap kan i tillegg utgjøre helsemessige utfordringer for innvandrere. Samtidig er det viktig å huske at innvandrere er en heterogen gruppe både sosialt, økonomisk og kulturelt (2, 7), og kanskje derfor er det motstridende funn vedrørende eldre innvandrere og deres helsetilstand og bruk av helsetjenester i forskjellige land.

Ettersom antall eldre med innvandrerbakgrunn vil fortsette å øke i løpet av de neste tiårene, er en proaktiv respons til eventuelle forskjeller i behov for helsetje-

nester mellom eldre med og uten innvandrerbakgrunn nødvendig. Likevel mangler vi grunnleggende data i Norge for å vite hvilke tjenester som trenger tilpasning og på hvilke måter slike tilpasninger best kan møte de spesielle behovene til eldre innvandrere. Informasjon fra primærhelsetjeneste er særlig tiltrengt, siden den er det første nivået av omsorg der folk presenterer sine helseplager og hvor flertallet av helsemessige behov blir håndtert (8). Tiltakene som settes i verk, bør være basert på forskning som tar hensyn til heterogeniteten blant innvandrere i Norge og til andre sosioøkonomiske variabler.

Som en del av en nasjonalt registerstudie, *Innvandrerhelse i Norge (REK 2009/1747)*, som inkluderte alle registrerte innbyggere i Norge i 2008, har vi studert nærmere flere sider av helse og bruk av helsetjenester blant innvandrere sammenlignet med norskfødte. I det følgende vil vi oppsummere resultatene fra en rekke publikasjoner (9–13) for dem over 50 år på følgende områder:

- bruk av primærhelsetjenesten i Norge blant ulike innvandrergrupper,
- forekomst og beskrivelse av multimorbiditet, som et generelt helsemål ved kroniske sykdommer og

# ererbakgrunn sten i Norge



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX / COLLAGE: 07 MEDIA

iii) diagnose og farmakologisk behandling av demens, et eksempel på en aldersrelatert spesifikk sykdom.

Hovedstudien inkluderte data fra alle registrerte personer som hadde bodd i Norge i minst seks måneder i 2008. Data fra Folkeregisteret, Helseøkonomiforvaltningen, Reseptregisteret og Fastlegedatabasen ble koblet sammen ved hjelp av fødselsnummer. Aldersgruppene varierte for de forskjellige delstudier, og kun resultatene for dem over 50 år er omtalt i denne rapporten. Inklusjonskriteriene, variablene som er brukt og analysene som er gjennomført samt styrker og svakheter for hver av delstudiene er tidligere beskrevet i de forskjellige publikasjonene og blir dermed ikke spesifisert her. For alle studiene ble norskfødte sammenlignet med innvandrere, definert som personer født i utlandet av to utenlandske foreldre. Innvandrere ble klassifisert på forskjellig vis avhengig av delstudiene. Noen ganger ble innvandrere klassifisert i høy-, middels- og lavinntektsland; andre ganger ble de klassifisert etter geografisk område. For enkelte analyser ble innvandrere klassifisert etter hvorfor de flyttet til Norge. Studien er godkjent av Regional Etisk Komite Vest, Datatilsynet og alle de nødvendige registereierne.

**Bruk av primærhelsetjenester**

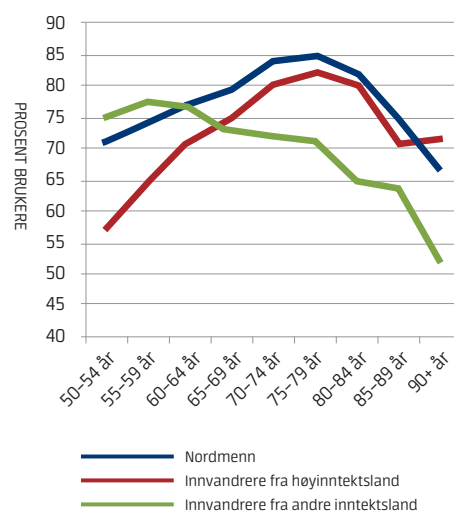
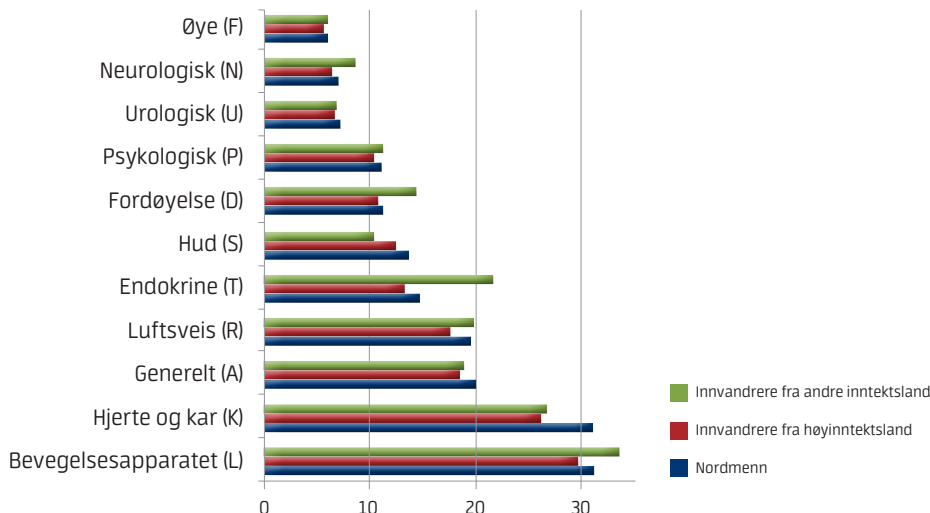
Migrasjon er assosiert til bruk av helsetjenester for alle aldersgrupper. I vestlige land er helse- og sosialtjenester ikke lett tilgjengelige for eldre innvandrere, og deres behov er ofte ikke tilstrekkelig eller hensiktsmessig ivaretatt (14). Utnyttelse av førstelinjetjenestene blant eldre innvandrere

har likevel blitt beskrevet både som høyere og lavere i forhold til vertsgupper av samme alder. I en studie av 11 europeiske land rapporterte eldre innvandrere opp til 20 prosent mer bruk av helsetjenester enn vertspopulasjoner, etter justering for demografiske kjennetegn (15). I Nederland rapporterte eldre innvandrere høy bruk av allmennlegetjenester, men lavere bruk av fysioterapi og hjemmesykepleien (16). De fleste av disse studiene var imidlertid basert på selvrapporterte data, og sammenhengen mellom sosioøkonomiske indikatorer og helseutfall ble sjelden undersøkt på individuelt nivå (17).

I vår studie, som inkluderte hele befolkningen registrert i Norge i 2008, fant vi at en lavere andel av eldre innvandrere (50+) brukte fastlegen sammenlignet med norskfødte i samme alderskategori (9). Figur 1 viser andel brukere av primærhelsetjeneste (både fastlege og legevakten) etter aldersgruppe for norskfødte og innvandrere delt etter opprinnelsesland i høyinntektsland og middel- og lavinntektsland (innvandrere fra andre inntektsland). Det var likevel forskjeller i bruk av primærhelsetjenesten, avhengig av aldersgruppen og hvor innvandreren kom fra. Innvandrere fra høyinntektsland brukte primærhelsetjenesten mindre enn nordmenn, uavhengig av alder (odds ratio (OR) 0,65 til 0,92 avhengig av aldersgruppe). Blant innvandrere fra andre land, brukte 50 til 65 år gamle personer primærhelsetjenestene oftere (OR 1,20) enn norskfødte, mens det motsatte var tilfelle for de eldste (OR 0,55 for 66–80 og 0,46 for 80+ år).

Alder og kjønnsjustert andel med minst en diagnose i de forskjellige ICPC-2 diagnosegrupper i 2008. Norskfødte og innvandrere delt etter opprinnelsesland (10).

FIGUR 2. Alder og kjønnsjustert andel med minst én diagnose i de forskjellige ICPC-2 diagnosegrupper i 2008. Norskfødte og innvandrere delt etter opprinnelsesland (10).



FIGUR 1. Andel primærhelsetjenestebrukere i 2008 etter aldersgruppe for norskfødte og innvandrere, delt etter opprinnelsesland (10).

klassifikasjonen for primærhelsetjenesten (ICPC-2), for norskfødte og innvandrere er vist i figur 2. Fordeling av diagnosene var stort sett lik, det vil si at pasientene var stort sett de samme sykdommene uansett hvor de kommer fra. Innvandrere fra høyinntektsland hadde generelt lavere andel av alle diagnosene, mens resten av innvandrere hadde høyere andel av endokrinologiske sykdommer (som inkluderer diabetes mellitus), muskelrelaterte sykdommer og fordøyelsesdiagnoser. Norskfødte pasienter ble oftere diagnostisert med hjertekar-sykdommer og dermatologiske lidelser.

For alle innvandrere økte bruk av primærhelsetjenesten med lengre opphold i Norge, og bruk av tjenestene var høyere for flyktninger (OR 1,73 til 1,93), men lavere for arbeidsinnvandrere (OR 0,32 til 0,45) sammenlignet med innvandrere for familiegjenforening. Til tross for at justering for utdanning og inntektsnivå reduserte de fleste forskjeller mellom gruppene, ble innvandrerbakgrunn en fortsatt signifikant forklaring på bruk av helsetjenester (10).

**Multimorbiditet**

Eldre innvandrere har generelt dårligere helse sammenlignet med populasjoner i de fleste EU-land (14, 15). Også i Norge sliter eldre innvandrere med flere helseproblemer enn befolkningen generelt, og selvopplevd helse er beskrevet som dårligere blant innvandrere enn blant norskfødte, med økende forskjeller med høyere alder (3).

Kroniske sykdommer er vanlig blant eldre, og de fleste eldre har flere slike kroniske sykdommer samtidig (18). Forskjeller i

forekomsten av diverse sykdommer mellom innvandrere og vertspopulasjoner er blitt beskrevet, med store variasjoner avhengig av sykdommen som studeres og innvandrerguppen som blir undersøkt. Multimorbiditet definert som to eller flere kroniske sykdommer samtidig, både fysiske og psykiske, gir et nytt rammeverk for å forstå sykdomsbyrde på en helhetlig måte. Multimorbiditet kan i denne sammenhengen bli forstått som en konsekvens av diverse faktorer, både genetiske, miljøavhengige og relatert til migrasjon, som spiller inn for å øke sårbarheten til det enkelte individet.

I våre studier var forekomst av multimorbiditet signifikant lavere for innvandrere enn norskfødte for alle aldersgrupper, med ujusterte OR 0,38 for Øst-Europa, 0,58 for Asia, Afrika og Latin-Amerika, og 0,67 for Vest-Europa og Nord-Amerika. Resultatene forble signifikante etter justering for sosioøkonomiske faktorer.

Vi studerte også multimorbiditetsmønstre, det vil si hvordan de forskjellige sykdommene var assosiert til hverandre, for

norskfødte og innvandrergruppene (FIGUR 3 (S. 5) OG 4 (S. 6)). Lignende multimorbiditetsmønstre ble observert blant norskfødte og innvandrere, spesielt fra Vest-Europa og Nord-Amerika. Til tross for at vår hypotese var at innvandrere ville utvikle multimorbiditet ved lavere alder enn norskfødte, kunne vi ikke systematisk oppdage utvikling av multimorbiditetsmønstre blant innvandrere i yngre aldersgrupper, selv om enkelte forskjeller ble observert i utviklingen av mønstre med alderen, for eksempel ischemisk hjertesykdom blant yngre innvandrerkvinner.

Generelt samlet sykdommene seg rundt de vanligste mønstrene som er tidligere beskrevet for pasienter over 65 år: hjertekar-lidelser, muskel-skjelett-plager, psykisk helse og kreft (11). Likevel var det differanser mellom gruppene; demens var for eksempel ikke forbundet med psykiske lidelser blant ikke-vestlige innvandrere, mens det var tilfelle for alle andre grupper, og psykiske lidelser var oftere assosiert til somatiske plager, i et psykosomatisk mønster, blant østeuropeerne og andre ikke-

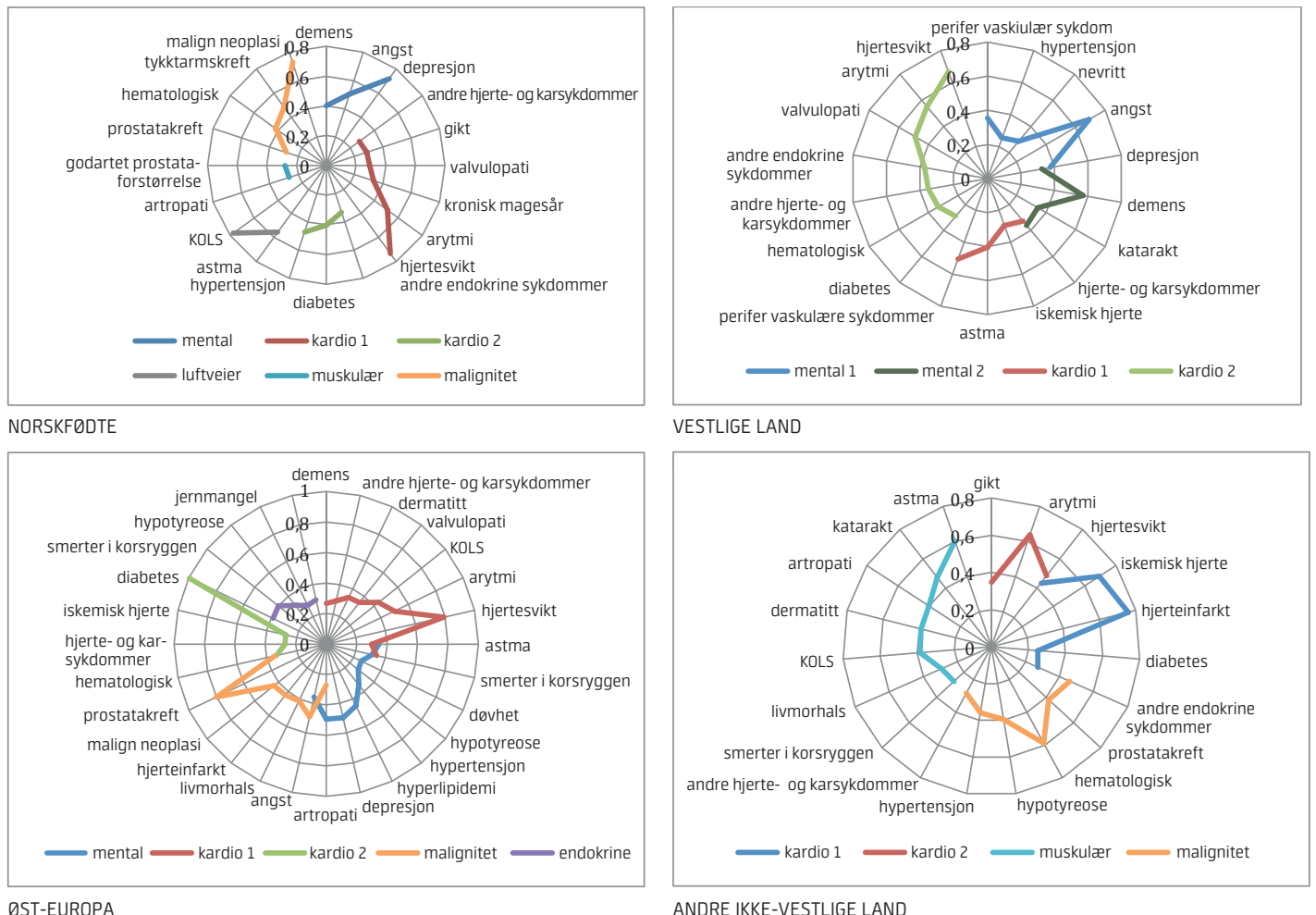
vestlige innvandrere. I tillegg ble det oppdaget et hematologisk mønster blant ikke-vestlige og østeuropeiske kvinner som ikke forekom blant norskfødte eller innvandrergupper fra vestlige land (11).

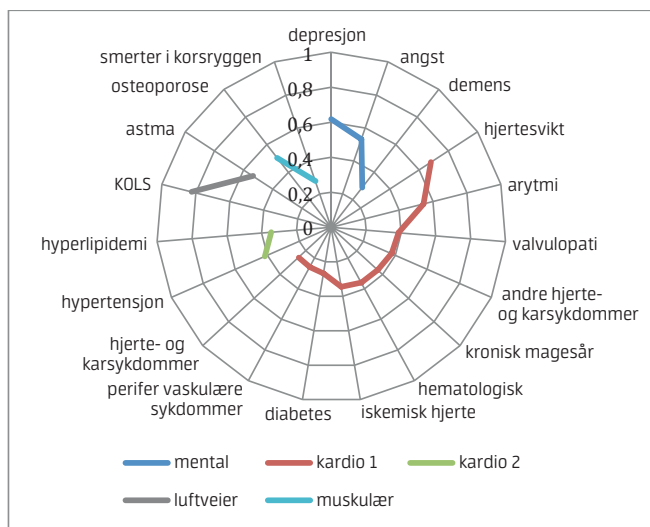
I en annen artikkel som kun inkluderte innvandrere inndelt etter årsak for innvandring – i familiegjenforente, flyktninger, arbeidsinnvandrere og innvandrere som kommer til Norge for utdanning og som inkluderte alle over 15 år – var multimorbiditet høyere for flyktningene enn for alle de andre gruppene. For alle gruppene var multimorbiditet fordoblet etter fem år i Norge (19).

**Demens**

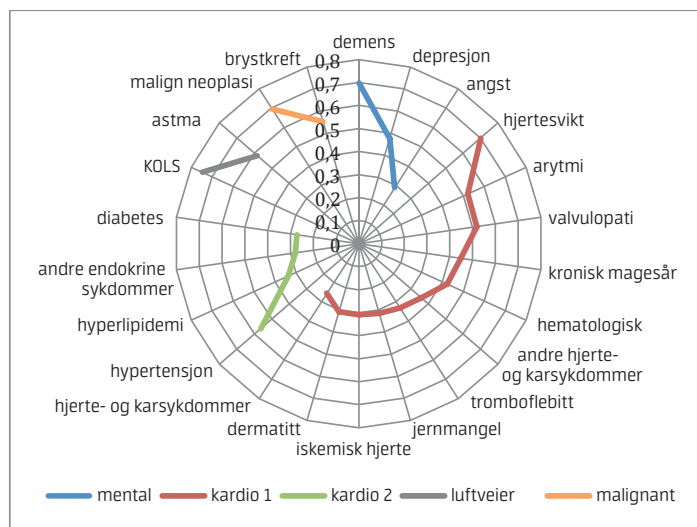
Demens er kronisk nedsettelse av kognitivt funksjonsnivå, alvorlig nok til å forstyrre en persons evne til å utføre daglige aktiviteter. Det er estimert at 75 millioner mennesker vil leve med demens i 2030 på verdensbasis, noe som gjør demens til den viktigste årsaken til funksjonshemming og behov for omsorg blant eldre mennesker (20).

FIGUR 3. Multimorbiditet-mønster blant menn over 65 år.

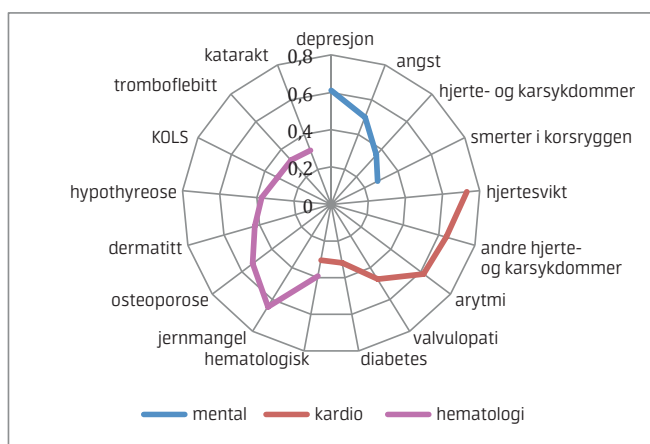




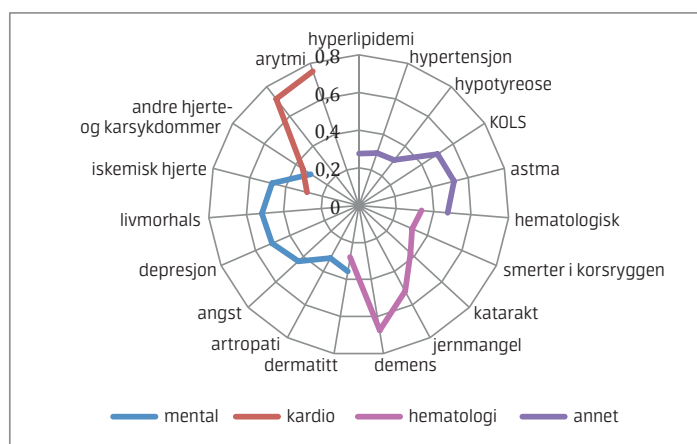
NORSKFØDTE



VESTLIGE LAND



ØST-EUROPA



ANDRE IKKE-VESTLIGE LAND

FIGUR 4. Multimorbiditet-mønster blant kvinner over 65 år

I Norge bor 50–60 prosent av alle personer med demens hjemme og må derfor gå gjennom primærhelsetjenesten for å få en diagnose. Diagnose og behandling av demens blant innvandrere kan representere en utfordring på ulike nivåer. For det første, som beskrevet over, bruker eldre innvandrere helsetjenester i mindre grad enn norskfødte. Flere spesifikke barrierer for å få tilgang til hjelp for demens har i tillegg blitt dokumentert for innvandrere; disse inkluderer forståelse av demens som en del av en normal aldring eller som et familieansvar, opplevelser av skam og stigma, tro på at ingen behandling eller hjelp finnes og negative erfaringer med helsevesenet (21–23). Disse barrierene forsinket kontakt med helsetjenester til senere stadier av sykdommen (24). Diagnostisk evaluering av demens kan i tillegg være spesielt komplisert på grunn av kommunikasjonsproblemer og mangel på tilpasset

vurderingsverktøy, spesielt for innvandrere med lav utdanning (25, 26). Sist, men ikke minst kan sykdomsforekomst og presentasjon av demenssymptomer også variere blant innvandreregrupper (27).

I vår studie (13) sammenlignet vi norskfødte og innvandrere over 50 år som hadde en demens- eller hukommelsessvikt-diagnose gitt i 2008 i primærhelsetjenesten. Signifikant færre innvandrere, spesielt de som ikke kom fra høyinntektsland, enn norskfødte hadde fått en slik diagnose. Blant pasientene med diagnosen ble medikasjon mot demens hentet fra apotek 20–50 prosent oftere blant norskfødte, men forskjellene var kun signifikant mellom norskfødte og innvandrere fra middel- og lavinntektsland etter justering for flere sosioøkonomiske variabler. Sannsynligheten for å få behandling for innvandrere med demensdiagnose økte likevel med bruk av tolk.

### Konklusjon

Vår studie gir et bilde av helsestatus og bruk av primærhelsetjenesten blant eldre med innvandrerbakgrunn sammenlignet med norskfødte, men med denne type studie kan vi ikke si noe om hvorfor forskjellene mellom grupper finnes. Lavere forbruk av primærhelsetjenesten blant innvandrere kan skyldes bedre helse blant innvandrere, men også barrierer til helsetjenester for enkelte grupper. Det kan også hende at det er forskjellige forklaringer for de mangeartete innvandrergruppene. Lavere forekomst av multimorbiditet blant alle innvandrergruppene sammenlignet med norskfødte kunne tyde på generelt bedre helse blant innvandrere, og likheter i andelen av diagnosene og i hvordan kroniske sykdommer henger sammen med hverandre for norskfødte og innvandrere tyder på relativt like sykdomsbilder i alle populasjonene, med de unntakene vi har

forklart over. Likevel viser våre funn om demens at blant pasienter med en gitt diagnose, finnes det forskjeller mellom norsk-fødte og innvandrere i hvilken farmakologisk behandling som er brukt, og at en del av disse forskjellene kan forsvinne med bruk av tolk.

Alle resultatene våre ble kontrollert for sosioøkonomiske variabler som inntekt eller utdanning i tillegg til alder og kjønn. Til tross for at informasjonen om de sosioøkonomiske data ikke alltid var fullstendig, ble forskjellene som oftest mindre mellom gruppene etter slike justeringer, men de fleste resultatene forble signifikant også etter at vi tok hensyn til slike sosioøkonomiske variabler. Dette bekrefter at innvandringshistorie – både hvor man kommer fra og hvorfor man emigrerer – er viktige kjennetegn som bør tas hensyn til ved utvikling av offentlig politikk for å kunne tilby likeverdige helsetjenester til eldre pasienter.

RED. ANM.: Artikkelen utgjør en del av rapporten *Eldre innvandrere og demens. Et forsknings- og fagutviklingsprosjekt* (Helsedirektoratet 2015).

#### REFERANSER

1. Commission, E. Population structure and ageing. 2013; Available from: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics\\_explained/index.php/Population\\_structure\\_and\\_ageing](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Population_structure_and_ageing).
2. Ministry for Intergenerational Affairs, F, Women and Integration of the State of North Rhine-Westphalia, Active Ageing of Migrant Elders across Europe from 01.12.2007 to 30.11.2009. 2010.
3. Mørk, E., Seniorer i Norge 2010 (Elderly in Norway 2010), S. Statistics Norway, Editor. 2011: Oslo.
4. Rechel, B., et al., Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet*, 2013. 381 (9873): p. 1235–45.
5. Razum, O., H. Zeeb, and S. Rohrmann, The 'healthy migrant effect' - not merely a fallacy of inaccurate denominator figures. *Int J Epidemiol*, 2000. 29 (1): p. 191–2.
6. Nørredam, M., et al., Duration of residence and disease occurrence among refugees and family reunited immigrants: test of the 'healthy migrant effect' hypothesis. *Trop Med Int Health*, 2014. 19 (8): p. 958–67.
7. Torres, S., Elderly immigrants in Sweden: «Otherness» Under Construction. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 2006. 32 (8): p. 1341–1358.
8. Kringos, D.S., et al., Political, cultural and economic foundations of primary care in Europe. *Soc Sci Med*, 2013. 99: p. 9–17.
9. Diaz, E., et al., How do immigrants use primary healthcare services? A register-based study in Norway. *European Journal Public Health*, 2015. 25 (1): p. 72–78.
10. Diaz, E. and B.N. Kumar, Differential utilization of Primary Health Care services among older immigrants and Norwegians. A register-based comparative study in Norway. *BMC Health Services Research*, 2014. 14: p. 623.
11. Diaz, E., et al., Multimorbidity and its Patterns according to Immigrant Origin. A Nationwide Register-based Study in Norway. *PLOS ONE*, 2015. 10 (12): p. e0145233.
12. Diaz, E., et al., Frequent attenders in general practice and immigrant status in Norway: A nationwide cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2014. 32 (4): p. 232–240.
13. Diaz, E., B.N. Kumar, and K. Engedal, Immigrant Patients with Dementia and Memory Impairment in Primary Health Care in Norway: A National Registry Study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 2015. 39: p. 321–331.
14. Verhagen, I., et al., Culturally sensitive care for elderly immigrants through ethnic community health workers: design and development of a community based intervention programme in the Netherlands. *BMC Public Health*, 2013. 13: p. 227.
15. Solé-Auró, A., M. Guillén, and E.M. Crimmins, Health care usage among immigrants and native-born elderly populations in eleven European countries: results from SHARE. *Eur J Health Econ*, 2012. 13 (6): p. 741–754.
16. Denktas, S., et al., Ethnic background and differences in health care use: a national cross-sectional study of native Dutch and immigrant elderly in the Netherlands. *International Journal for Equity in Health*, 2009. 8 (35).
17. Razum, O., Commentary: of salmon and time travellers- musing on the mystery of migrant mortality. *Int J Epidemiol*, 2006. 35 (4): p. 919–21.
18. Barnett, K., et al., Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*, 2012. 380 (9836): p. 37–43.
19. Diaz, E., et al., Multimorbidity among registered immigrants in Norway: the role of reason for migration and length of stay. *Tropical Medicine & International Health*, 2015. 20 (12): p. 1805–14.
20. Prince, M., M. Guerchet, and M. Prina, Policy Brief for Heads of Governments. The Global Impact of dementia 2013–2050, A.s.D.I.T.g.v.o. dementia, Editor. 2013: King's College London.
21. Mukadam, N., C. Cooper, and G. Livingston, A systematic review of ethnicity and pathways to care in dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2011. 26 (1): p. 12–20.
22. Liu, D., et al., Reexamining the relationships among dementia, stigma, and aging in immigrant Chinese and Vietnamese family caregivers. *J Cross Cult Gerontol*, 2008. 23 (3): p. 283–99.
23. Diamond, A.G. and B.K. Woo, Duration of residence and dementia literacy among Chinese Americans. *Int J Soc Psychiatry*, 2013. 60 (4): p. 406–409.
24. Cooper, C., et al., A systematic review and meta-analysis of ethnic differences in use of dementia treatment, care, and research. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2010. 18 (3): p. 193–203.
25. Nielsen, T.R., et al., Quality of dementia diagnostic evaluation for ethnic minority patients: a nationwide study. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 2011. 31 (5): p. 388–96.
26. Nielsen, T.R., et al., Assessment of dementia in ethnic minority patients in Europe: a European Alzheimer's Disease Consortium survey. *Int Psychogeriatr*, 2011. 23 (1): p. 86–95.
27. Venketasubramanian, N., et al., Interethnic differences in dementia epidemiology: global and Asia-Pacific perspectives. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 2010. 30 (6): p. 492–8.

■ ESPERANZA.DIAZ@UIB.NO



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX