

# Hva vet vi om innvandrere primærhelsetjenesten for

■ MELANIE STRAITON • Forsker, Område for psykisk og fysisk helse, Folkehelseinstituttet

■ ESPERANZA DIAZ • Fastlege, førsteamanuensis ved UiB og forsker ved NAKMI

**Innvandringen til Norge startet for 40 år siden og har vært spesielt høy de siste to tiårene. Forskning viser at noen innvandrergupper har dårligere helse og flere psykiske plager enn den øvrige befolkningen, noe som skaper utfordringer for helsetjenesten. Det er en målsetning om likeverdige helsetjenester for alle i Norge, men hva vet vi om innvandreres bruk av helsetjenester i for psykiske plager?**

Tidligere norske studier viser at innvandrere i større grad enn den øvrige befolkningen oppsøker fastlege og legevakt for generelle helseproblemer, mens de i mindre grad ser ut til å bruke spesialisthelsetjenesten (1). Videre ser innvandrere, særlig kvinner, ut til å være underrepresentert i psykiatriske akuttmottak (2). Bildet er også komplisert fordi innvandrere ikke er en homogen gruppe. De kommer fra over 200 ulike land med forskjellige kulturer, språk, levekår, helsevesener og erfaringer. For å få bedre kunnskap om innvandreres helsetjenestebruk er det derfor viktig å se på de ulike gruppene. Kartlegging av innvandreres bruk av helsetjenesten med bruk av reliable og representative data, er et første skritt for å sikre en likeverdig helsetjeneste.

Psykiske plager rammer inntil en tredel av befolkningen i Norge hvert år (3). Inntil 70 prosent av befolkningen oppsøker fastlegen hvert år. Fastlegen er derfor godt egnet til å identifisere og håndtere psykiske plager, men andelen av ubehandlede psykiske plager er trolig høyere blant innvandrere enn i den øvrige befolkningen. I tillegg til at innvandrere kan oppleve større barriere for å oppsøke helsetjenesten for psykiske plager, kan kommunikasjonsutfordringer og kulturelle forskjeller gjøre det vanskeligere å identifisere psykiske plager blant innvandrere. Behandlingstilbud er basert på diagnoser, men noen innvandrere kan slite med å legge frem problemene. Fastleger kan også slite med å sette riktig diagnose og gi riktig behandling. Det har vært lite fokus på hvordan psykiske plager håndteres blant innvandrere som oppsøker legen, både på nasjonalt og internasjonalt nivå.

Nyere norske studier, som benytter nasjonale registerdata, viser at bruk av primærhelsetjenesten blant innvandrere varierer med landbakgrunn, botid og innvandringsgrunn (4, 5). Vi har studert psykiske plager blant ulike innvandrergupper i primærhelsetjenesten slik den er registrert i nasjonale helseregistre. Dette er en oppsummering av våre tre tidligere studier (6–8).

## Materiale og metode

Vi har studert innvandreres bruk av fastlege og legevakt for psykiske plager og i tillegg ulike andre 'behandlingstilbud' ved å koble Folkeregisteret, Reseptregiste-

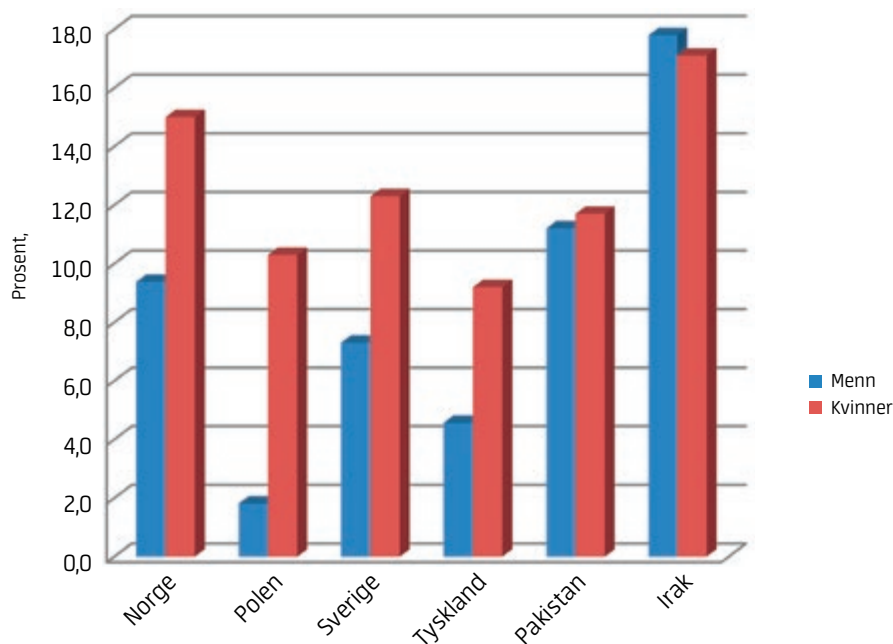
ret og data fra legerefusjonsordning (HELFO/KUHR) for 2008. I våre tre studier er innvandrere definerte som utenlandsfødte med to utenlandsfødte foreldre. Norske menn og kvinner er definerte som norskfødte med to norskfødte foreldre. Folkeregisteret inneholder opplysninger kun om innvandrere som har fødselsnummer (dvs. de som har vært bosatt i minst seks måneder i landet). Vi valgte å studere voksne i alderen 20–67 år. I analysene kunne vi bryte ned på kjønn, landbakgrunn, alder, sivilstatus, inntekt, botid og innflyttingsgrunn. International Classification of Primary Care (ICPC-2) diagnosekoder i KUHR data (P1-P99) ble brukt for å identifisere dem som hadde hatt minst en psykologisk diagnose (P-konsultasjon) i løpet av 2008.

## Resultater

### Bruk av primærhelsetjenesten

Rundt 12 prosent av nordmenn hadde hatt minst en P-konsultasjon (psykologisk diagnose) hos fastlegen, mens for alle innvandrere var dette tallet rundt 10 prosent.

FIGUR 1: Alders-justerte andel menn og kvinner som har hatt P-konsultasjon hos fastlegen.



# es bruk av psykiske plager?



Flere kvinner (15 prosent) enn menn (9 prosent) hadde hatt minst en P-konsultasjon. Videre så vi nærmere på de fem største innvandrergруппene i 2008: personer fra Polen, Sverige, Tyskland, Pakistan og Irak. Polske menn og tyske kvinner hadde de laveste ratene for henholdsvis menn og kvinner (se figur 1). Irakiske menn og kvinner hadde de høyeste. Etter å ha tatt hensyn til sosio-demografiske variable, hadde alle innvandrergруппene lavere odds for en P-konsultasjon enn nordmenn, med unntak av irakiske menn. Dette er ikke overraskende gitt at flyktninger i større grad er utsatt for psykiske plager. At vi ikke fant det samme for irakiske kvinner tyder på at disse kvinnene opplever store barrierer for å søke om hjelp. Vi så også at P-konsultasjonsraten var lavere blant innvandrere med kortere botid. Mannlige arbeidsinnvandrere hadde lavere rater enn menn som flyttet på grunn av familien, mens det var ingen forskjeller blant tilsvarende kvinnelige grupper.

Denne studien viser at bruk av fastlegen for psykiatriske plager varierer stort med landbakgrunn og kjønn. Noen grupper har færre plager, mens andre kan oppleve bar-

rier for hjelpsøking. Når vi ser funnene i sammenheng med tidligere forskning, kan det være a) en 'frisk arbeidsmigrant' ('healthy migrant worker') effekt blant de europeiske gruppene og b) irakiske kvinner og pakistanske innvandrere kan oppleve barrierer for hjelpsøking.

### Behandlingstilbud

Videre så vi på hva slags behandlingstilbud som blir benyttet hos fastlegen/på legevaktt av innvandrerkvinner i forhold til norske kvinner. Takstkoder for sykmelding, legeerklæring ved arbeidsuførhet, psykiatriske henvisninger og samtalerterapi ble studert. Vi hentet også ut opplysninger fra Reseptregisteret for å se om kvinnene hadde kjøpt psykotropiske medisiner (N05A, N05B, N05C og N06A). Kvinner fra Sverige, Polen, Filippinene, Thailand, Pakistan og Russland (de seks største kvinnelige innvandrergруппene i Norge i 2008) ble sammenlignet med norske kvinner for de ulike behandlingstilbudene. Vi så også på assosiasjoner med bruk av tolk blant kvinner utenfor Norden.

Det var ingen signifikante forskjeller i andel innvandrerkvinner og norske kvin-

ner som ble henvist videre av fastlegen. Tidligere forskning i Norge har vist at innvandrerkvinner var underrepresentert i den psykiatriske helsetjenesten. Dette var trolig fordi innvandrerkvinner også var underrepresentert i primærhelsetjenesten for psykiske plager og ikke at de blir mindre hyppig henvist til sekundærhelsetjenesten enn norske kvinner. Vi fant heller ingen forskjell i sykmeldinger blant kvinner som var i arbeid. Det som var bemerkelsesverdig var at kvinner fra Filippinene, Thailand, Pakistan og Russland hadde lavere odds for samtalerterapi med legen og for å kjøpe antidepressiva og angstdempende medisiner. Vi vet ikke hvorfor det er slik, men dette kan forklares med språkbarriere, forskjellige behov, behandlingspreferanser og forståelser av psykiske lidelser. Videre forskning trengs slik at kvinner kan få et tilbud som bedre passer deres behov. Studien viste også at bruk av tolk øker andelen som benytter seg av behandlingstilbud, særlig for thailandske kvinner. Ekstra oppmerksomhet bør gis til kvinner med begrensede språkferdigheter.

**Innvandrere fra krigsområder**

Innvandrere fra krigsområder har økt risiko for psykiske plager. Noen kommer til Norge som asylsøkere/flyktninger og andre kommer gjennom familiejenforening. De fleste vil ha opplevd krig, traumer og vanskelige levekår. Asylsøkere/flyktninger har i tillegg høyere sannsynlighet for å ha opplevd en vanskelig og livstruende migrasjon, og en lang og usikker tid i et asylmottak. Dette sammen med bekymringer for familien i hjemlandet, kan bety at asylsøkere/flyktninger er mer utsatt for psykisk plager enn familiemedlemmer som kommer etter dem. Vi undersøkte forskjeller i bruk av helsetjeneste for psykiske plager blant disse to gruppene.

I den tredje studien valgt vi ut innvandrere fra Irak, Somalia, Bosnia og Herzegovina, Iran, Kosovo og Afghanistan. Rundt 16 prosent av mannlige flyktninger og 10 prosent av ikke-flyktningene hadde hatt en P-konsultasjon hos fastlegen. Tilsvarende tall var 19 prosent og 12 prosent for kvinner. Etter justering for sosio-demografiske faktorer, hadde flyktninger høyere odds for en P-konsultasjon enn ikke-flyktninger, både for menn og kvinner. Botid hadde en positiv assosiasjon med P-konsultasjoner. Det vil si at

de som hadde bodd lenge i Norge hadde høyere odds for en P-konsultasjon enn dem som hadde kortere botid. Dette kan tyde på at innvandrere sliter med å finne frem i helsetjenesten de første årene. En annen forklaring kan være at postmigrasjonsstress, slik som diskriminering, lav sosioøkonomisk status og språkvanskeligheter, bidrar til dårligere psykisk helse over tid. Det var også store variasjoner i landbakgrunn. Innvandrere fra Somalia hadde lavest, og innvandrere fra Iran høyest odds for en P-konsultasjon.

Vi sammenlignet kjøp av psykotropiske medisiner hos flyktninger og ikke-flyktninger for dem som hadde hatt en P-konsultasjon. På denne måten kunne vi unngå variasjon i hjelpsøking mellom gruppene, og vi kunne bruke psykotropiske medisiner som en substituttvariabel for alvorlighetsgrad av psykiske plager. Både mannlige og kvinnelige flyktninger hadde større sannsynlighet for å kjøpe antidepressiva enn ikke-flyktninger. Kvinnelige flyktninger hadde også større sannsynlighet for å kjøpe hypnotika og sedativer. Dette viser at flyktninger sannsynligvis har dårligere psykiske helse enn ikke-flyktninger fra de samme landene. Depresjon er særlig ut-

bredt. Dette kan være på grunn av en blanding av større og mer direkte traumer, en livstruende og vanskeligere reise til Norge, og større postmigrasjonsstress. Funnene tyder på at a) ikke-flyktninger bruker helsetjenesten for psykiske plager i en mindre grad enn flyktninger fra de samme landene; b) at flyktninger har flere og større psykiske plager enn ikke-flyktninger eller c) en kombinasjon. Mer forskning trenges for å forstå dette bedre. Vi bør sørge for at innvandrere får bedre informasjon om helsetjenesten slik at de enklere kan få hjelp av helsetjenesten. Et større fokus på tiltak som kan redusere stress forbundet med asylperioden vil også være nyttig.

**Hovedkonklusjon**

I Norge er det et mål å ha en likeverdig helsetjeneste for alle, uansett alder, kjønn, etniske bakgrunn og sosioøkonomiske status. Vår forskning og andre studier viser at det er mange utfordringer som gjenstår. Videre forskning bør fokusere på de barrierene som innvandrere opplever når det gjelder hjelpsøking hos fastlegen og strategier som kan redusere dette problemet.

**REFERANSER**

1. Blom S. Immigrants' Health 2005/2006 [Norwegian]. Oslo-Kongsvinger: Statistics Norway; 2008. Report No.: 2008/35.
2. Berg JE. The level of non-Western immigrants' use of acute psychiatric care compared with ethnic Norwegians over an 8-year period. *Nord J Psychiatry*. 2009; 63(3): 217–22.
3. Mykletun A, Knudsen AK, Mathiesen KS. Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv [Internet]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2009 [cited 2015 May 18]. Available from: [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content\\_6503&Main\\_6157=6246:0:25,5498&MainContent\\_6246=6503:0:25,5508&Content\\_6503=6259:80180:25,5508:0:6250:92::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6503&Main_6157=6246:0:25,5498&MainContent_6246=6503:0:25,5508&Content_6503=6259:80180:25,5508:0:6250:92::0:0)
4. Sandvik H, Hunskaar S, Diaz E. Immigrants' use of emergency primary health care in Norway: a registry-based observational study. *BMC Health Serv Res*. 2012; 12: 308.
5. Diaz E, Calderón-Larrañaga A, Prado-Torres A, Poblador-Plou B, Gimeno-Feliu L-A. How do immigrants use primary health care services? A register-based study in Norway. *Eur J Public Health*. 2015 Feb 1; 25(1): 72–8.
6. Straiton M, Reneflot A, Diaz E. Immigrants' use of primary health care services for mental health problems. *BMC Health Serv Res*. 2014; 14(1): 341.
7. Straiton ML, Powell K, Reneflot A, Diaz E. Managing Mental Health Problems Among Immigrant Women Attending Primary Health Care Services. *Health Care Women Int*. 2015; 0(0): 1–22.
8. Straiton M, Reneflot A, Diaz E. Mental health of refugees and non-refugees from war-conflict countries: Data from primary healthcare services and the Norwegian Prescription Database. Under review.

■ ESPERANZA.DIAZ@ISF.UIB.NO  
 ■ MELANIE.STRAITON@FHI.NO