

Endring i kostvaner etter migrasjon blant pakistansk fødte innvandrere i Oslo

Michael 2009;6:445–52.

Denne artikkelen er en gjennomgang av forskning foretatt av kolleger, meg selv og våre studenter rundt pakistanske innvandreres kosthold og kostendringer etter migrasjon til Norge. Pakistanerne har høyest forekomst av fedme og diabetes av alle innvandrergroppene, og mye høyere forekomst enn befolkningen i Kharian, der de kommer fra. Dette kan i stor grad forklares av kostendringene, som har ført til høyere inntak av stektefett, sukkerrike varer, kjøtt og meieriprodukter og lavere inntak av grønnsaker, bønner og linser. Kocktürk-Runefors-modellen for kostendringer ved migrasjon er sammenholdt med våre funn. Vi fant at modellen ikke helt stemte, da fornorskningen av kostholdet er mer gjennomgripende og har gått hurtigere enn forventet. Hovedårsakene er overgang til færre varme måltider og mer brødmat. Barna har vært medvirkende til denne endringen. Forebyggende arbeid bør satse mer på annen generasjons innvandrere, med mer opplysning i skolen og for dem som nå utdanner seg til å bli helsearbeidere.

Ernæring og migrasjon

I 1994 lanserte den amerikanske professoren i food policy, Barry M Popkin, begrepet *ernæringstransisjonen*. Begrepet dekker kostholdsendringer som følge av urbanisering og globalisering av matvaremarkedet i utviklingsland og den påfølgende økning fedmeforekomst (1). Denne transisjonen er senere blitt omtalt som et globalt fenomen (2). Økende migrasjon er en del av globaliseringen. Ernæringstransisjonen blir spesielt dramatisk for befolkningsgrupper fra rurale samfunn i utviklingsland ved overgangen til et liv i storbyer i vestlige samfunn. Hvordan dette slår ut når det gjelder kosthold og helse hos innvandrere i Norge, har vi først fått gode data om de siste ti årene. Helseundersøkelsene i Oslo (HUBRO) i 2000/2001 og tilleggsundersøkelsen (Innvandrer-HUBRO) i 2002, foretatt blant de fem største innvandrergroppene i Oslo (pakistanere, tyrkere, srilankesere, iranere og viet-

namesere) (3), ga støtet til stor forskningsaktivitet rundt innvandrere og deres helseproblemer. Ernæring i relasjon til overvekt og diabetes er ett av de forskningstema som har benyttet seg av HUBRO-data, og som er blitt fulgt opp med kvalitative studier.

Overvekt og diabetes hos pakistanere i Oslo og i hjemlandet

Diabetesforekomsten er spesielt høy i hos innvandrergupper fra Sør-Asia (4). Vi har fortsatt ikke tall for diabetes hos pakistanere i Norge, men forekomsten av hyperglykemi (inkludert selvrapportert diabetes) hos 30-60 åringer ble funnet å være i overkant av 30% (5). Tilsvarende tall fra en undersøkelse i Kharian i Pakistan, hvor norsk-pakistanerne kommer fra, viste en mye lavere forekomst, nemlig 6-8% (6), hvilket innebærer at store endringer må ha skjedd etter migrasjon til Oslo.

Overvekt og fedme er den største risikofaktoren for diabetes. Hele 80% av pakistanerne i Innvandrers-HUBRO ble funnet å være overvektige (BMI over 25 kg/m²) og forekomsten av sentral fedme hos pakistanerne var desidert den høyeste blant de ikke-vestlige innvandrerguppene (7). Over halvparten rapporterte å ha lagt på seg mer enn 16 kilo siden 25-årsalderen, og denne vektøkningen var den høyeste blant de fem innvandrerguppene (8). Zahid og medarbeidere fant en dobbelt så høy forekomst av fedme og en mer ugunstig lipidprofil blant norsk-pakistanerne i Oslo sammenlignet med Kharian (5).

Kostholdet til pakistanske innvandrere i Oslo

Pakistanerne kommer dårligst ut med hensyn til kostholdet i forhold til de fem innvandrerguppene. Til tross for at pakistanere i sitt hjemland har hatt et kosthold med en relativt høy andel av frukt og grønnsaker, viser data fra Innvandrers-HUBRO at de har et lavt daglig inntak av frukt og grønnsaker, lavere enn srilankeserne, men faktisk også noe lavere enn de norskættede i Oslo (9). Anbefalt inntak er fem porsjoner frukt og grønt daglig, mens gjennomsnittet i den norske befolkningen ligger på to til tre porsjoner, hvilket er et av de laveste i Vest-Europa.

Sør-asiatiske innvandrere er kjent for å ha dårlig vitamin D- status på grunn av lavt inntak av vitamin D kombinert med lite eksponering for sol, særlig hos kvinnene (10). Pakistanere spiser langt mindre vitamin D-rik fisk og tran enn sri lankesere og norsk-ættede (9). I tillegg fører dette lave inntaket til at pakistanere har lavere innhold av omega-3 fettsyrer i blodet sammenlignet med norske ættede og srilankesere (11).

Fettinntaket er høyt. Dette skyldes ikke bare inntak av fettrike produkter, men også et sjenerøst forbruk av oljer i matlagingen. Mange av de pakistan-

ske varmrettene er *curries* (eller *salen* som de heter på punjabi) med mye olje eller frityrstekte produkter (12, 13). Kostholdsintervju med pakistanske kvinner hvor de oppga sitt inntak over 24 timer (9) viste at fettprosenten utgjorde 40% av energiinntaket. Til sammenligning ligger fettinntaket hos norske kvinner på 30%. Anbefalingene fra WHO er at fettprosenten ikke bør overstige 30%.

Inntak av sukker ble funnet å være lavt i kostholdsintervjuet, men mye tyder på at inntaket er underrapportert. Dette kan skyldes at pakistanere har en klar oppfatning om at spising av søte saker kan føre til diabetes. Diabetes heter for øvrig *sukari* (sukker) på punjabi (13). Eksempelvis viste funn fra Innvanderer-HUBRO at pakistanere drikker cola og brus nesten like ofte som nordmenn som har et høyt sukkerinntak (9). Dessuten viser kvalitative intervjuer at det er mye spising av godteri, etniske søtsaker og desserter, gjerne to til tre ganger i uka (12).

Endringer i matvaner etter migrasjon

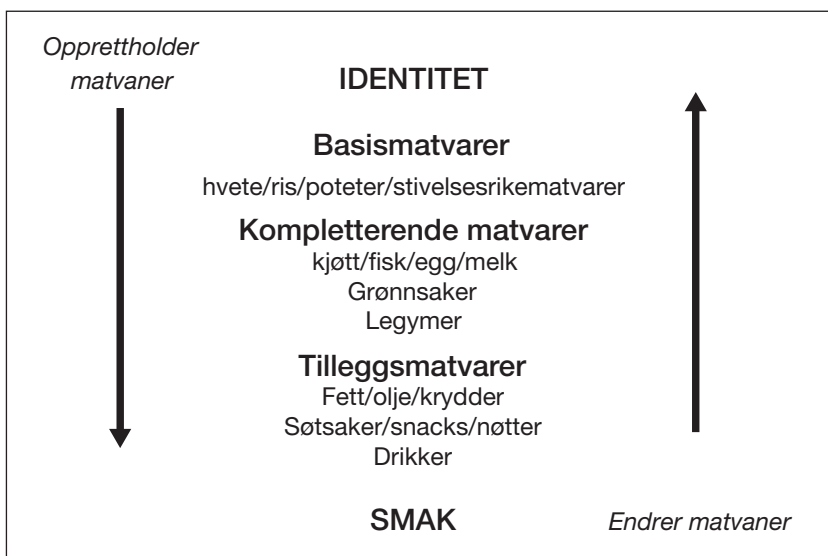
Migrasjon innebærer store omveltninger i levekår og livsførsel, særlig for folkegrupper fra fattige land som migrerer til Vesten. Tilgjengelighet, priser, vertslandets matkultur, videre familie og arbeidssituasjon, samt anbefalinger fra helsepersonell vil påvirke innvanderes kostvaner. Pakistanerne som har migrert til Oslo, er blitt implantert i en helt forskjellig matkultur. De har også ofte fått en annen sosial og økonomisk status (14). Endringene er også ekstra store fordi disse innvanderne kommer fra en tradisjonell kultur på landsbygda – fra et område som tilhører de mindre moderniserte områdene i Pakistan.

Koçtürk-Runefors-modellen

Koçtürk Runefors har satt fram en modell for hvordan kostendringer skjer i en innvanderbefolkning (15, 16). Hun deler typer matvarer inn i tre grupper: *basismatvarer*, *kompletterende matvarer*, og *tilleggsmatvarer* (figur 1).

Basismatvarene består av stivelsesrike produkter laget av hvete, ris, mais, poteter etc. som tradisjonelt utgjør en stor andel av det daglige kostholdet. De *kompletterende* matvarene er produkter som kjøtt, fisk, meieriprodukter, bønner, linser og grønnsaker. Disse spises som oftest i kombinasjon med basismatvarene så det blir et helt måltid. *Tilleggsmatvarene* er de som gir ekstra smak til maten eller som spises som snacks, slik som spise fett og oljer, krydder, søte og salte snacks, og forskjellig drikke, som juice og brus.

Det er to krefter som påvirker endringene i spisevaner i motsatt retning. Den ene er *identiteten* som tenderer til å motvirke endring. Den andre er



Figur 1. Endringer i matvaner etter migrasjon. Analytisk modell etter Kocktürk Runefors 1991 (16).

smaken som kan fremskynde endringer. Basismatvarene, som for pakistanere er ris og/eller *chapatti* og *paratha* (ugjæret hvetebrød stekt i smør eller olje), er ifølge Kocktürk Runefors de siste matvarer som blir byttet ut i kostholdet, siden disse bekrefter innvandrernes etniske identitet. Tilleggsmatvarene blir derimot lett inkludert dersom de faller i smak, og de vil etter hvert utgjøre en større andel av den daglige menyen. Endring skjer altså først gjennom tilleggsmatvarene, og sist med basismatvarene.

Når det gjelder måltidene, mener Kocktürk Runefors at det er de mindre viktige måltidene som endrer seg først. Dette gjelder i første rekke de uformelle måltidene, dvs. de som består av snacks. Deretter kommer frokosten, som ofte er det måltidet som er tilknyttet minst tradisjoner, og som i en urban vestlig setting ofte består av mat som ikke trenger tillaging og kan spises i en fart. Middagen er mer motstandsdyktig overfor endring, siden dette er måltidet hvor hele familien er samlet og hvor det blir viktig å bekrifte sin identitet ved å holde på mattradisjonene fra hjemlandet.

Kostendringer i forhold til Kocktürk-Runefors-modellen

I en intervjustudie ble 90 pakistanske kvinner forelagt en liste på 15 nøkkelmatvarer med spørsmål om de spiste mindre, det samme eller mer av hver enkelt matvare (17). Olje, fisk, ost, saft og brus, kjøtt, rå grønnsaker,

og ris var (i synkende andel) de matvarer som det i hovedsak ble spist mer av, mens det ble spist mindre *ghee* (klarert smør), *chapatti* (ugjæret brød), egg og kokte grønnsaker, linser og melk. Disse resultatene er senere blitt bekreftet i materiale fra Innvandrere-HUBRO, som i tillegg viste at det spises mer kokte poteter og frukt (18). Det ble det også funnet at pakistanerne hadde endret sitt måltidsmønster, fra to til tre varme måltider i hjemlandet (12) til ett til to varme måltider pr dag i Norge (18).

Tar vi kategoriene basismat, kompletterende matvarer, tilleggsmatvarer hver for seg, viser ulike kvalitative og kvantitative studier til sammen følgende bilde (12, 13, 17, 18) :

Endringer i basismat

Etter at de undersøkte innvandrerne er blitt bofaste i Oslo, er norsk brød, loff eller kneipp blitt vanlig å spise som tilbehør til middagsmåltidet i stedet for den tradisjonelle pakistanske basismaten, dvs. ugjæret brød (*chapatti*, *paratha*) og ris. I tillegg spises norsk brød ofte til frokost med norsk pålegg, som syltetøy, ost, majones salater, makrell i tomat osv. Det er også blitt vanlig å spise pasta (macaroni, spaghetti osv). Poteter er også blitt introdusert i middagsmåltidene, enten kokte eller frityrstekte, som pommes frites.

Endringer i kompletterende matvarer

Det spises mer curries med kjøtt og fisk, og mindre vegetabiliske curries laget på grønnsaker eller linser. Norske bearbejdede fiskeprodukter som fiskepinner, fiskeboller og fiskegrateng er blitt introdusert i kostholdet. Egg, kokte eller stekt som omelett, blir brukt mer. Mer melkeprodukter blir brukt, som helmelk i te, letrømme og fløte i matlaging og ost som pålegg og på pizza.

Endringer i tilleggsmatvarer

Når det gjelder drikke, er te med melk og sukker fortsatt den vanligste drikken, likesom i hjemlandet. Imidlertid blir det rapportert høyere konsum av Cola, brus og sukret fruktjuice etter migrasjon på grunn av bedre økonomi. Det er blitt svært vanlig med slike drikker til måltider. De blir også i stor grad benyttet ved festlige anledninger. Forbruket av snacks (kjeks, småkaker, potetgull, sjokolade) og godteri er også økt. I tillegg blir det laget tradisjonelle snacks, som *samosa* og *pakora* og *mithai*. Endring av spise- og stekefett har gått fra smør og margarin umiddelbart etter migrasjon, til bruk av billige vegetabiliske matoljer av helsemessige årsaker. Samlet har fettinntaket i kosten økt.

Diskusjon

Samlet viser de forskjellige studiene av kostholdet hos pakistanske innvandrere et mønster som *ikke* følger Kocktürk-Runefors-modellen helt stringent. Det synes *ikke* å være slik at endring skjer først gjennom tilleggsmatvarene og sist i basismatvarene.

En fjerdedel av pakistanerne rapporterte at de spiste bare spiste pakistansk mat. Kocktürk Runefors konstaterer at selv om innvandrere oppfatter at de spiser som i hjemlandet, kan det likevel ha skjedd endringer i kostsammensetningen ved at mengdene har endret seg. Som nevnt spiser de pakistanske innvandrerne mer kjøtt og fisk og fett enn de gjorde i hjemlandet, selv om rettene de spiser er de samme. (12, 13) .

Kocktürk-Runefors-modellen for måltider synes å gi en mer nøyaktig anvisning for endring av sammensetningen av måltidene, nemlig at det er de minst viktige måltidene, som snacksmåltidene og frokosten som blir fornorsket først. Lunsjen er heller ikke viktig lenger, da mannen ofte er på jobb og barna i skolen. Det er kun middagsmåltidet, når hele familien er samlet at den pakistanske matkunsten kan utøves. Weekendene er også spesielle i denne sammenheng, da familien kan samles og det er mer vanlig å ha gjester (12).

Kvalitative undersøkelser viser at barn av første-generasjons-innvandrere har en viktig rolle når det gjelder å forstå hvordan endring skjer og hvorfor de skjer fort. De påvirker matvalget i det pakistanske husholdet i sterk grad (12, 13). Barn som går på skolen og blir eksponert for norske kostvaner, vil gjerne ikke stikke seg ut med annerledes matpakke enn de norske barna. Dessuten endres smaken ved eksponeringen. Pakistanske mødre klager over at de er nødt til å lage mer norsk mat for barna. De liker ikke sterkt krydrete retter og grønnsakscurries. De vil ha norsk mat, brød med pålegg, fiskepinner, pizza og pastaretter.

Konklusjon og implikasjoner for forebyggende arbeid

Endringene som beskrevet ovenfor innebærer at både norske og andre vestlige matvarer er blitt innlemmet i pakistanernes kosthold. Men endringene følger ikke helt Kocktürk-Runefors-modellen. En av forklaringene er barnas sterke påvirkningskraft. Denne tvinger fram en fornorskning av matvarevalget.

Økningen i fedme og kroniske sykdommer som diabetes og hjertekarsykdommer, kan langt på vei forklares av kostendringene etter migrasjon. Men også redusert fysisk aktivitet er åpenbart også en del av forklaringen. Mange har en mer stillesittende tilværelse i Norge enn i hjemlandet (8, 19). Det kalde været i Norge, engstelse for å falle og mindre spasering for å besøke naboer, er blitt nevnt som årsaker (12, 20).

Erfaringer fra vårt intervensjonsarbeid viser at det er nødvendig med svært konkret opplysningsvirksomhet. Abstrakte utlegninger om kosthold og helse blir ofte ikke forstått, selv med tolk. I tillegg bør man vite at skriftlig materiale er av begrenset effekt. Mange pakistanere kan ikke lese sitt eget talespråk; de er *de facto* analfabeter i så måte.

Unge annen-generasjons-pakistanere er kanskje den viktigste påvirkningsfaktoren for endring av kostvaner og fysisk aktivitet hos sine foreldre og søsken. Informasjon til skoleungdom er derfor viktig. Men det innebærer at helseinformasjon må gjøres relevant for de ulike etniske gruppene i Norge. Mange annen-generasjons-innvandrere utdanner seg nå til yrker innen helsesektoren. De kjenner sin egen kultur og kan språket. Dette gjør det lettere å formidle informasjon og sikre etterlevelse hos pasienter og klienter. Zahid (20) påpeker at det ligger et stort ansvar på norsk-pakistanske helsearbeidere i Norge når det gjelder å sørge for bedre helsestatus hos «sine egne».

Litteratur

1. Popkin BM. The Nutrition Transition in Low-Income Countries: An Emerging Crisis. *Nutrition Reviews* 1994; 52 (9): 285-298.
2. Holmboe-Ottesen G. Globale trender i matkonsum og ernæring. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120:78-82.
3. http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5640:0:15,1866:1:0:0:::0:0
4. Jenum AK, Holme I, Graff-Iversen S, Birkeland KI. Ethnicity and sex are strong determinants of diabetes in an urban western society: Implications for prevention. *Diabetologia* 2005; 48: 435-439.
5. Zahid N et al. High levels of obesity, cardiovascular and diabetogenic risk factors among Pakistanis in Norway compared to Pakistanis in Pakistan. In: *Prevalence of diabetes in Kharian, Pakistan*. University of Oslo: PhD thesis 2008
6. Zahid N, Claussen B, Hussain A. Diabetes and impaired glucose tolerance in a rural area in Pakistan and associated risk factors. Diabetes and Metabolic Syndrome. *Clinical Research Reviews* 2008; 2: 125-30.
7. Kumar BN, Meyer HE, Wandel M, Dalen I, Holmboe-Ottesen G. Ethnic differences in obesity among immigrants from developing countries in Oslo. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 2006; 30; 684-690.
8. Kumar BN 2006. *Ethnic differences in obesity and related risk factors for cardiovascular diseases among immigrants in Oslo*. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2006. (Doktoravhandling)
9. Holmboe-Ottesen G, Råberg MK, Natland ST, Kumar BN, Wandel M. Dietary patterns among South Asian immigrants in Oslo: Implications for preventive measures. *Public Health Nutrition* 2006; 9(7): 66.
10. Holvik, K. *Vitamin D deficiency, alterations in the vitamin D endocrine system and bone mineral density in ethnic groups in Oslo, Norway*. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo 2008. (Doktoravhandling)

11. Høstmark AT, Tomten SE, Holmboe-Ottesen G. Fatty fish intake, *n*-3 fatty acids and self-rated health in middle-aged adults. *European Journal of Lipid Science and Technology* 2007; 109: 560-6.
12. Mellin-Olsen T og Wandel M. Changes in food habits among Pakistani immigrant women in Oslo, Norway. *Ethnicity and Health* 2005; 10(4): 311-339.
13. Dawes, Twinkle. *Socio-cultural perceptions and practices of dietary choices with focus on fat intake in middle aged Pakistani women in Oslo – a qualitative study*. Oslo: Inst. of general practice and community medicine, University of Oslo, 2006. (Master thesis in International Community Health)
14. Holmboe-Ottesen G, Wandel M, Mostøl A. Sosiale ulikheter i kosthold. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 1526-28.
15. Koctürk Runefors T. Changes in food habits and nutritional status of immigrants from Turkey in Sweden. In: Somogyi JC, Koskinen EH (red.) *Nutritional adaption to new life-styles*. Basel: Bibl. Nutr. Dieta., Karger nr. 45, 1990, pp. 157-64.
16. Koctürk Runefors T. A model for adaption to a new food pattern: the case of immigrants. In: Fürst EL, Prättälä R, Eckstöm M, Holm L, Kjærnes U (red.). *Palatable Worlds; Socio-cultural Food Studies*. Oslo: Solum 1991. pp. 185-92.
17. Dhirad A. *Kostholdsendringer og fysisk helse hos førstegenerasjons-pakistanske kvinner i Oslo og omegn*. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet 2003. (Prosjektoppgave)
18. Wandel M, Råberg M, Kumar B, Holmboe-Ottesen G. Changes in food habits after migration among South Asians settled in Oslo; The effect of demographic, socio-economic and integration factors. *Appetite* 2008; 50: 376-385.
19. Butt F. *Egenomsorg hos type II diabetikere med opprinnelse fra de indiske subkontinent bosatt i Oslo*. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo 2003. (Prosjektoppgave)
20. Zahid W. *Innvandrerens sviktende helse*. Artikkel, Dagbladet 21 desember, 2005.

Gerd Holmboe-Ottesen
 gerd.holmboe-ottesen@medisin.uio.no
 Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
 Universitetet i Oslo