

Innvandrerers helse – en utfordring for helsetjenesten

Michael 2020; 17: 510–27.

Migranter er stort sett friskere enn befolkningen for øvrig, både i senderlandet og i mottakerlandet. Men i løpet av noen få tiår forringes helsen betydelig, og migrantene ender opp som sykere. En slik utvikling kan best forklares ved den økte allostatisk belastningen migrantene utsettes for, dvs. den samlede slitasje på ulike organsystemer som følge av stresset ved å skulle tilpasse seg et nytt samfunn og en ny kultur. Ved siden av økt forekomst av psykiske lidelser, spesielt hos eldre innvandrere, utgjør belastningslidelser og livsstilsrelatert sykdom en stor del av sykdomsbyrden. Ulike nasjonalgrupper rammes i ulik grad. På individnivå finnes dessuten betydelige forskjeller både når det gjelder helsekompetanse og graden av tilpasning til det norske samfunnet. Det betyr at helsearbeidere møter et mangfold som det ofte kan være vanskelig å forholde seg til. De mange innvandrerne i Oslo gjør at helsetjenesten her står overfor spesielt store utfordringer. Dette har ført til en rekke spesielle tiltak, både i privat og offentlig regi, for å fange opp dem som «mainstream»-tjenester ikke når.

De siste tiårene har Norge tatt imot et stort antall innvandrere. Det har betydning også for helsetjenesten, både for hvilke tjenester som etterspørres og for hvordan tjenestene ytes. I 2019 var over 14 % av den norske befolkningen innvandrere, og de kom fra over 200 forskjellige nasjoner. I tillegg utgjorde norskfødte med innvandrerforeldre vel 3 %. Nærmere en million mennesker som er bosatt i Norge har med andre ord innvandrerbakgrunn.

Det som kalles «den nye innvandringen» tok til på 1970-tallet (1). De første årene var innvandringen relativt stabil med en nettoinnvandring på under 10 000 mennesker årlig, men fra årtusenskiftet tiltok innvandringen kraftig, og nådde en foreløpig topp i 2012. Den viktigste grunnen til dette var utvilsomt utvidelsen av EU.

Familieinnvandring, dvs. familieetablering så vel som familiegjenforening, utgjør også en stor gruppe. I perioder har det dessuten kommet mange asylsøkere og flyktninger (2). Dette har skapt mye politisk debatt om integrasjon og velferdsordninger.

I dag finnes bosatte innvandrere i alle kommuner. De fleste bor likevel i eller omkring de store byene, spesielt Oslo. Ved inngangen til 2018 hadde Oslo 168 700 innvandrere og 54 100 norskfødte med innvandrerforeldre, til sammen 33,1 % av hovedstadens befolkning. Ingen andre kommuner har så mange innbyggere med innvandrerbakgrunn, verken i absolutte tall eller i forhold til folkemengden (3).

Migrasjon medfører endringer på mange plan, og i er i seg selv en trussel for migrantenes helse (4), dels på grunn av økonomisk usikkerhet og svake eller manglende sosiale nettverk, dels på grunn av minoritetsstatus, diskriminering og andre undertrykkende faktorer.

Sykdomsbyrden synes likevel å være ulikt fordelt i ulike nasjonalgrupper. Likeledes er det stor variasjon når det gjelder den enkeltes helsekompetanse og evne til å forholde seg til et nytt og til dels svært ukjent tjenesteapparat. I Norge har man unngått å opprette særtiltak for innvandrere, i forventning om at den generelle helsetjenesten vil yte adekvate og likeverdige tjenester også til denne delen av befolkningen. Men mangel på organisatorisk og faglig tilpasning kan lett føre til at kravene til den enkelte helsearbeiders fleksibilitet og personlige engasjement blir for store.

Sykere eller friskere?

Helt siden den norske psykiateren Ørnulv Ødegaard (1901–1983) i 1932 publiserte sin banebrytende artikkel om psykisk helse blant norske innvandrere i Minnesota, USA, har innvandreres helse vært et omdiskutert tema. Ut fra den forholdsvis store forekomsten av schizofreni som Ødegård fant blant de norske innvandrerne, og slått av den dårlige sosiale tilpasningen disse syntes å ha hatt også i sitt hjemland, utviklet han «seleksjonshypotesen». Den går i korthet ut på at de med anlegg for psykisk sykdom også har størst tilbøyelighet til å emigrere (5). Sagt på en annen måte: Syke immigranter ville ha blitt syke selv om de var blitt værende hjemme.

Ødegårds seleksjonshypotese er i dag forkastet, dels fordi en viss genetisk disposisjon i seg selv ikke er tilstrekkelig til å forklare psykoseutvikling, dels fordi karakteristiske trekk og symptomer som kjennetegner schizofreniens forstadier er lite forenlig med de ressurser og anstrengelser som migrasjonen krever (6). De siste tiårene har da også flere studier vist at migranter flest har svært god helse. For eksempel viste en registerstudie av personer som hadde migrert mellom USA, Storbritannia, Canada og Australia at de som

migrerte, var friskere enn befolkningen generelt, både i sender- og mottakerlandet (7). En annen studie, hvor man sammenlignet selvrapportert helse i 19 ulike grupper av arbeidsinnvandrere til USA med helsen i deres respektive hjemland, viste at arbeidsinnvandrerne generelt sett hadde bedre helse enn befolkningen der de kom fra (8). En spansk undersøkelse, som var basert på data fra elektroniske legejournaler og helseforsikringsdatabaser, viste at innvandrere hadde bedre helse og lavere dødsrisiko enn innfødte spanjoler (5). Med andre ord, «seleksjonshypotesen» har fått nytt liv, men nå med motsatt fortegn: De som migrerer har i gjennomsnitt et større helsepotensial enn folk flest, en tendens som i dag gjerne omtales som «the healthy migrant effect». Men denne effekten ser man først og fremst blant de nyankomne. Jo lenger migranten oppholder seg i vertslandet, jo dårligere blir helsen (9).

I Norge har man gjort lignende funn. Syse og medarbeidere utførte nylig en studie som omfattet 451 000 dødsfall i perioden 1990–2012. De fant at justert for alder og enkelte andre relevante sosialdemografiske faktorer, hadde innvandrere nærmere 20 % lavere dødsrisiko enn den man fant i befolkningen generelt (10). Nyankomne (botid < 1 år) hadde svært liten dødsrisiko. For dem som hadde bodd i Norge i 25–29 år, var dødsrisikoen lik vertsbefolkningens, men for dem som hadde bodd i Norge i over 30 år, var den høyere. Syse og medarbeidere fant at dødsrisikoen varierte noe alt etter hvor innvandrerens kom fra, og varierte med grunnen for migrasjonen, men ingen slike grupperinger hadde høyere dødsrisiko enn befolkningen. Det mest påfallende funnet var hvordan dødsrisikoen økte med oppholdets lengde (10).

En annen norsk studie – basert på data fra Helfo og Folkeregisteret – viste at forekomsten av multimorbiditet, dvs. to eller flere samtidige diagnoser, var betydelig lavere blant innvandrere enn i resten av befolkningen. Lavest var den for innvandrere fra Øst-Europa (odds ratio (OR) 0,38), noe høyere for dem fra Asia, Afrika og Latin-Amerika (OR 0,58) og enda noe høyere for dem fra Vest-Europa og Nord-Amerika (OR 0,67) (11). Øst-europeiske flyktninger (Bosnia-Hercegovina og Kosovo) hadde høyest forekomst av multimorbiditet, mens øst-europeiske arbeidsinnvandrere (Polen) hadde lavest. Men for alle de undersøkte gruppene var forekomsten av multimorbiditet fordoblet etter fem år i Norge (12).

Nyankomne innvandrere viser altså en betydelig «healthy-migrant-effekt» i form av lavere dødsrisiko og færre diagnoser, men etter en tid i Norge inntreffer så det man kanskje kunne kalle en «exhausted-migrant-effekt». Innvandrere ender opp som sykere. Denne artikkelen beskriver sykdomsbyrde og sykdomsmønster blant innvandrere i Norge med utgangspunkt i data



Figur 1: Grønland i Oslo er blitt nærmest ikonisk for innvandermiljøet i Oslo, selv om svært mange bor helt andre steder i byen. (Foto: Arild Aambø)

fra Statistisk sentralbyrås (SSB) levekårsundersøkelse fra 2016 (13) og Folkehelseinstituttets (FHI) videre bearbeidelse av disse dataene fra 2019 (14). Der det er relevant, blir disse supplert med funn fra andre undersøkelser.

Datagrunnlaget

Statistisk sentralbyrå har med ca. ti års mellomrom gjennomført levekårsundersøkelser blant innvandrere. Den siste er fra 2016, med data innhentet fra 12 ulike nasjonalgrupper: Innvandrere fra Polen, Bosnia-Herzegovina, Kosovo, Tyrkia, Iran, Irak, Afghanistan, Pakistan, Sri-Lanka, Vietnam, Eritrea og Somalia. Materialet er neppe representativt for alle innvandrere til Norge, men det ble gjort store anstrengelser for at det skulle være så representativt som mulig for hver av de undersøkte gruppene (13). I 2019 fikk forskere ved Enhet for migrasjonshelse ved Folkehelseinstituttet anled-

ning til å arbeide videre med dette datamaterialet for å synliggjøre sammenhenger mellom enkelte sosialdemografiske/psykososiale faktorer og innvandrernes helsetilstand (14).

Helsen forringes med økende alder

SSBs undersøkelse viser at det blant de yngste innvandrerne (16-24 år) er betydelig flere som vurderer sin helse som *svært* god enn i tilsvarende aldersgruppe i befolkningen generelt (47 % mot 38 %), men helsen blir dårligere med alderen, og denne aldersbetingede svekkelsen er påtakelig større blant innvandrerne enn i befolkningen generelt. Og den setter inn tidligere.

I den eldste gruppen (55-74 år) vurderer kun 46 % av innvandrerne sin helse som *god* eller *svært god*, mot 73 % i befolkningen. Samtidig øker andelen som angir å ha *dårlig* eller *svært dårlig* helse sterkt, og i den eldste gruppen er andelen med dårlig helse tre ganger så stor som i befolkningen generelt (27 % mot 9 %). De som i størst grad vurderer sin helse dårlig, er innvandrere fra Vietnam, Pakistan, Iran, Irak, Tyrkia og Kosovo. Friskest er flyktninger fra Somalia, Eritrea og Afghanistan, samt arbeidsinnvandrere fra Polen (13).

Disse tallene fra SSB er ikke justert for botid. I FHI's bearbeidelse av det samme materialet ser man sammenheng mellom lengre botid og lavere andel med god egenvurdert helse, særlig blant innvandrermenn. Denne forskjellen er fortsatt tilstede etter aldersjustering, om enn sterkt redusert (14).

Et lignende mønster ser man for de 15 vanligste diagnosene. I den yngste gruppen rapporterer 22 % av innvandrerne om minst én kronisk sykdom, mot 25 % i hele befolkningen. I denne aldersgruppen er også funksjonsnedsettelse på grunn av sykdom forholdsvis sjelden (6 % mot 10 %). I den eldste gruppen, derimot, rapporterer 60 % av innvandrerne om kronisk sykdom, mot 49 % i befolkningen, og her er forskjellen i funksjonsevne påtakelig: Mens 9 % prosent av hele befolkningen i denne aldersgruppen angir å ha store begrensninger i funksjonsevne, sier 17 % av innvandrerne det samme. Det er stor variasjon mellom de ulike nasjonalgruppene. For eksempel rapporterer 47 % av innvandrere fra Tyrkia om kronisk sykdom og 23 % om funksjonshemninger, mens forekomsten av sykdom og funksjonshemning hos innvandrere fra Eritrea er henholdsvis 18 % og 8 % (13).

Ettersom de fleste syke er å finne blant de eldre, og fordi de fleste eldre stort sett er å finne i gruppene med lengst gjennomsnittlig botid, er det vanskelig å skille klart mellom hva som skyldes lang botid og hva som er et resultat av tidlig aldring, men det er tydelig at begge disse faktorene i sterk grad påvirker innvandreres helse og funksjonsevne. Den økte sykdomsbyrden blant eldre innvandrere kan trolig best forklares ved at de gjennom

migrasjonen utsettes for en betydelig allostatisk belastning. Allostase referer til kroppens bestrebelser på å bevare en viss stabilitet mens den tilpasse seg nye omgivelser. Allostatisk belastning betegner den akkumulerte slitasjen som kroppen utsettes for i disse bestrebelsene, og allostatisk overbelastning fører til så vel tidlig aldring som sykdom (15).

Sykdomsmønster

Forekomsten av ulike sykdommer varierer fra innvandrergruppe til innvandrergruppe, men i det store og det hele finner man mer likhet enn ulikhet, både mellom vertsbefolkningen og innvandrerne, og mellom de ulike innvandrergruppene. Muskel- og skjelettlidelser, hjerte- og karsykdom, psykiske lidelser og ulike former for kreft framstår som de viktigste sykdomsgruppene både i vertsbefolkningen og blant innvandrerne. Dette bekreftes av studier fra andre land (16). Når det gjelder sykehusinnleggelser, viste en undersøkelse ved et sykehus i Leicestershire at de hyppigste grunnene til innleggelse blant innvandrere var skader, sykdommer i fordøyelsesorganene, luftveislidelser, uavklarte sykdomstilstander og hjerte- og karsykdom. Først deretter kom hos «asiater» infeksjonssykdommer (tuberkulose, malaria), mens neoplasmer tok plassen blant «ikke-asiater» (16).

I SSBs undersøkelse var det blant innvandrere fra Pakistan og Tyrkia henholdsvis 18 % og 20 % som hadde sykdom som ikke falt inn under de 15 kategoriene som ble undersøkt (13). Noe av forklaringen kan være at man i enkelte innvandrergrupper finner sykdommer som er svært sjeldne i befolkningen forøvrig, som for eksempel hemoglobinopati, arvetær middelhavsfeber og tuberkulose. Disse inngår ikke i SSBs undersøkelse, og omtales heller ikke her. Andre sykdommer forekommer sjeldnere blant innvandrere. Det gjelder blant annet visse kreftformer, selvmord, alkoholisme og perifer karsykdom (16).

Ved multimorbiditet kan man videre finne ulike sykdomskonstellasjoner alt etter hvor innvandrerens kommer fra. For eksempel finner man blant innvandrerkvinner fra ikke-vestlige land en sammenheng mellom diabetes, iskemisk hjertesykdom, hypertensjon og leddlidelser, mens man blant innvandrerkvinner fra vestlige land ser en sammenheng mellom diabetes, hypertensjon og hyperlipidemi. Blant innvandrere fra Øst-Europa er det hos personer med diabetes funnet sammenheng med både hyperlipidemi og leddlidelser (11).

Belastningslidelser

Slitasjegikt synes å forekomme betydelig hyppigere blant innvandrere som har oppholdt seg lenge i Norge, dvs. innvandrere fra Vietnam, Irak og Tyrkia.

Mens forekomsten i befolkningen generelt anslås til ca. 5 %, var den ifølge SSB 13–16 % i disse gruppene (13). Innvandrere fra Irak og Tyrkia hadde også høyest forekomst av rygg- og nakkelidelser (henholdsvis 33 % og 27 % for rygglidelser, 24 % og 22 % for nakkelidelser) tett fulgt av andre grupper med lang botid i Norge, dvs. innvandrere fra Iran, tidligere Jugoslavia og Vietnam. I disse gruppene var forekomsten omtrent dobbelt så høy som i befolkningen generelt. Også sterk hodepine er vanlig i disse innvandrergruppene. Mens forekomsten var ca. 5 % i befolkningen generelt, var den fire ganger så stor blant innvandrere fra Kosovo, Tyrkia, Irak og Iran. Her skårer også innvandrere fra Pakistan og Afghanistan høyt, henholdsvis 14 % og 13 % (17).

Den økte forekomsten av belastningslidelser må sees i sammenheng med innvandrernes arbeidssituasjon. Sammenliknet med befolkningen som helhet er det betydelig flere innvandrere som har jobber som innebærer stående arbeid og/eller stadig gjentatte løft i ubekvemme stillinger. Flere har også monotont arbeid, dvs. at de gjentar de samme arbeidsoppgavene det meste av tiden, og de utsettes i større grad for sterk støy, støv, gass, damp og hudirriterende stoff (13, 18). En rapport fra Arbeidstilsynet viser at langt flere får sjelden eller aldri pauser, og færre får utnyttet sine evner i arbeidet (OR 2,3–3,6) (18).

Nærmere dobbelt så mange blant sysselsatte innvandrere som sysselsatte i den generelle befolkningen vurderer sin egen helse som dårlig, og mer enn fem ganger så mange pådrar seg arbeidsskader som fører til sykmelding. Også dødsulykker er mer vanlig blant sysselsatte innvandrere. Arbeidstilsynet forklarer dette misforholdet ved at innvandrere får, eller påtar seg, mer risikofylte arbeidsoppgaver. Mange har en annen sikkerhetskultur, og løs tilknytning til arbeidslivet kan medføre at påkrevd sikkerhetsopplæring ikke gjennomføres. I tillegg kommer mangelfull språkbeherskelse (18).

Slike forhold finner man ikke bare her i Norge. Det bekreftes i en stor internasjonal oversiktsartikkel om innvandreres helse i *The Lancet* (4). Innvandrere får gjerne jobb gjennom bemanningsbyrå, noe som gjør at deres tilknytning til arbeidslivet ofte er midlertidig og løs. Innbyrdes konkurranse fører til at de påtar seg mer risikofylt arbeid, arbeider mye overtid og, når de blir syke eller pådrar seg skader, unngår å søke legehjelp i frykt for da å bli sykmeldt, som de har erfaring for vil redusere deres muligheter på et stramt jobbmarked. Det handler med andre ord om at innvandrere ofte havner i jobber med stor helserisiko, og lett blir utnyttet av mer eller mindre seriøse arbeidsgivere.



Figur 2: «Et lite stykke Østen» i Oslo. (Foto: Arild Aambø)

Livsstilssykdom

Blant eldre innvandrere er forekomsten av diabetes type 2 betydelig høyere enn i tilsvarende aldersgruppe i befolkningen for øvrig. Spesielt gjelder dette innvandrere fra Sør-Asia, hvor sykdommen rammer opp til seks ganger så hyppig (13). Det er en tydelig sammenheng mellom diabetes og botid blant innvandrermenn, men denne sammenhengen ser man ikke blant innvandrerkvinner. Ettersom diabetes utgjør en betydelig risikofaktor for hjerte- og karsykdom, er det ikke uventet at også hjerteinfarkt forekommer hyppigere i de fleste av de gruppene som SSB har undersøkt. Særlig er menn fra Sør- og Sørøst-Asia rammet, mens risikoen for menn fra Polen, Eritrea og Somalia synes å være mindre enn for menn i resten av befolkningen (17).

Helserelatert adferd varierer mye både mellom innvandrere og vertsbefolkningen og de ulike innvandrergruppene seg imellom. Det gjelder for eksempel røyking og alkoholkonsum. Noen grupperinger har et helt minimalt forbruk, mens andre har et forbruk på nivå med vertsbefolkningens eller, når det gjelder røyking, betydelig høyere. Overvekt forekommer hyppig i de fleste av de undersøkte gruppene. Særlig er somaliske kvinner utsatt, mens overvekt blant somaliske, eritreiske og vietnamesiske menn er sjeldnere enn blant menn i resten av befolkningen. Når det gjelder helsefremmende

tiltak, er deltakelsen i fysisk aktivitet lav i de fleste innvandrergupper, og særlig blant innvandrerkvinner (14).

Psykiske lidelser

I SSBs undersøkelse ble forekomsten av psykiske plager målt med Hopkins Symptom Check List (HSCL-5). I hele befolkningen fikk 6 % en skår på > 2, som indikerer nedsatt funksjonsevne. I innvandrerguppene var det dobbelt så mange (12 %) som fikk denne skåren. Men også her var det stor variasjon mellom gruppene. Mens man i gruppene fra Somalia, Eritrea, Vietnam og Sri Lanka, alle grupper med mange flyktninger, fant skår > 2 hos 6 – 7 %, var andelen blant dem fra Pakistan, Iran, Irak og Tyrkia mer enn tre ganger så stor. Høyest andel fant man i den iranske gruppen, tett fulgt av den irakiske, med henholdsvis 22 % og 21 %. De fleste skåret høyt for uro og bekymring (ca. 20 %) (17).

Blant innvandrerne er det også betydelig flere som skårer høyt på ensomhet og søvnproblemer enn i befolkningen for øvrig. Variasjonen mellom nasjonalgruppene er betydelig, og utbredelsen synes spesielt stor blant dem med iransk, irakisk, pakistansk eller tyrkisk bakgrunn (17). Også her spiller alder en betydelig rolle. Mens tendensen i resten av befolkningen er at forekomsten av psykiske plager er mindre blant dem i alderen 45 til 66 år, er det nettopp denne gruppen som er aller mest plaget blant innvandrerne, blant kvinnene 18,6 % mot 4,4 % i befolkningen for øvrig. Den samme tendensen gjelder for menn.

Verken forekomsten av posttraumatisk stresslidelse (PTSD) eller psykoser ble undersøkt i SSBs levekårsundersøkelse. En kunnskapsoppsummering om PTSD blant flyktninger og krigsveteraner viser at det er svært stor forekomstvariasjon mellom ulike undersøkelser, fra 8 % (19) til nærmere 50% (20, 21). Denne variasjonen skyldes ikke minst metodiske problemer.

Psykosar, derimot, forekommer relativt sjelden, men det har lenge vært kjent at risikoen er økt blant innvandrere. Menn rammes i større grad enn kvinner, men også her er det stor variasjon mellom ulike nasjonalgrupper. Flyktninger synes å være en spesielt utsatt gruppe. I en svensk registerstudie var forekomsten av schizofreni blant flyktninger ca. 1,3 promille, det vil si tre ganger så høy som i vertsbefolkningen og 1,7 ganger så høy som blant andre innvandrere, i begge tilfeller korrigert for mulige tilslørende faktorer. Innvandrere fra land sør for Sahara viste seg her å være særlig utsatt. De hadde mer enn fire ganger så høy forekomst av schizofreni som vertsbefolkningen. Overraskende nok fant man i denne gruppen *ingen* forskjell mellom flyktninger og ikke-flyktninger (22).

Infeksjonssykdommer

Heller ikke forekomsten av infeksjonssykdommer ble kartlagt i SSBs levetårundersøkelse, men tall fra FHI indikerer at enkelte infeksjonssykdommer er overrepresentert blant innvandrere, spesielt asylsøkere (23, 24). For det store bildet har infeksjonssykdommer likevel relativt liten betydning. Det er dessuten minimal fare for at innvandrere skal utgjøre en smitterisiko for resten av befolkningen.

Utfordringer for helsetjenesten

Forekomsten av diabetes øker over hele kloden, men etniske minoriteter og migranter synes å være spesielt utsatt. Flytting fra land til by eller fra lavinntektsland til høy-inntektsland medfører ofte betydelige endringer i livsstil og kostvaner. Det dreier seg hovedsakelig om økt inntak av sukker- og fettrike matvarer, mindre bruk av grønnsaker og belgfrukter og redusert fysisk aktivitet. Slike endringer, som kan ha sammenheng med, eller kommer i tillegg til at innvandrere som nykommere oftere har økonomiske problemer å slite med og oftere er utsatt for stressende omgivelser, disponerer for utvikling av livsstilsrelaterte sykdommer som diabetes type 2 og hjerte- og karsykdom. Selv om en viss genetisk disposisjon neppe helt kan utelukkes, betyr livsstil, økt kaloriinntak, mangel på fysisk aktivitet og den allostatiske belastningen, som innvandreren utsettes for på grunn av det vedvarende stresset, langt mer (15).

Allostatisk overbelastning som medfører at kroppens regulerende mekanismer ikke lenger fungerer tilfredsstillende, kan påvirke epigenetisk regulering og føre til blant annet metabolske forstyrrelser, kronisk tretthetssyndrom, psykiske lidelser og tidlig aldring. Mange studier viser at forhold som vedvarende fattigdom, jobbrelatert stress, konfliktfylte relasjoner, opplevd diskriminering, søvnmangel og andre forhold som gjerne følger av bestrebelsene på å tilpasse seg et nytt samfunn (15), er særlig viktige i denne sammenhengen. I følge SSBs undersøkelse er det mange av innvandrerne som skårer høyt på slike forhold (13, 14).

I tillegg kommer det å måtte forholde seg til uvant klima og uvante omgivelser, utfordringene ved å skulle tilegne seg et nytt språk, uvante og til dels ukjente kulturelle forventninger og praksis, utfordrende møter med nye institusjoner og organisasjonsformer og, ikke minst, diskriminering. Blant dem som opplever seg diskriminert er det mer enn dobbelt så mange som rapporterer om psykiske problemer som blant dem som ikke opplever diskriminering (14). Det ser altså ut til at det er livssituasjonen i vertslandet og eventuelle negative sosiale erfaringer der som betyr mest for innvandreres helse (6, 25), selv om vi heller ikke må glemme at mange har vært utsatt

for krigstraumer, vold og politisk forfølgelse før eller under migrasjonen, og at dette også kan gi seg utslag i form av senvirkninger.

Det er viktig at helsearbeidere av ulike kategorier er i stand til å forholde seg til dette komplekse bildet. Ofte handler det mer om pasientens helsekompetanse enn hans eller hennes kulturelle bakgrunn. Mye kan gjøres gjennom gode samtaler, dels ved at helsearbeideren hjelper pasienten til å få oversikt over hvilke faktorer som virker inn på helsen, dels ved at helsearbeideren motiverer til og legger til rette for at innvandrerpasienten selv kan ta tak i sine problemer. Men en må da være oppmerksom på at hvis det skal skje, må vedkommende være motivert til å ta kontroll over sin livssituasjon. Det forutsetter både tiltro til egen, tidligere ervervet kompetanse og god, relevant og forståelig informasjon om det norske samfunnet og hva som kan forventes av den norske helse- og sosialtjenesten.

Det er ikke alltid mulig å arbeide meningsfullt med slike forutsetninger i løpet av en tilmålt konsultasjon. Erfaringen viser dessuten at enkle, individbaserte løsninger hvor det forutsettes at innvandreren selv har full kontroll over situasjonen, heller ikke alltid fører fram. Det finnes likevel en rekke eksempler på at så vel kommuner som frivillige eller ideelle organisasjoner har grepet tak i utfordringene og funnet måter å arbeide på som både er effektive og meningsfulle for de som måtte være involvert. Her følger et lite utvalg av slike tiltak.

Noen gode eksempler

Da Vinje kommune i 1987 mottok en gruppe somaliske flyktninger, ble disse møtt med interesse og nysgjerrighet blant bygdefolket, som også var flinke til å ta kontakt med nykommerne. Skolen gjorde en stor innsats. Det mest interessante i denne sammenhengen var likevel det lokale '*kjerringrådet*'. Kvinner fra Vinje begynte å treffe somaliske kvinner hjemme hos seg selv og hverandre. Etter hvert kom også andre innvandrerkvinner til, og det ble utvekslet erfaringer om saker som opptok dem: Barneoppdragelse, skolehjem-samarbeid, uskreve regler og norske koder. Det ble dessuten dannet transkulturelle nettverk, godt understøttet av aktiviteter som matlaging, sang og dans. Kanskje betød det også noe at somalierne, som i stor grad kom fra den somaliske landsbygda, kunne identifisere seg med geita i kommunevåpenet. Vinje kommune ble i 2008 tildelt Amnestyprisen for god integrering (26).

I Rælingen kommune tilbyr flyktning- og inkluderingstjenesten *foreldreveiledning* for flyktninger og andre nyankomne innvandrere. En bærende ide er at det ikke er nok å få informasjon om hva som er lov og ikke lov her i landet, hvis man ikke også hjelper foreldre til å finne ut hvordan de kan



Figur 3: Moskeen i Åkebergveien er blitt et landemerke. (Foto: Arild Aambø)

mestre sin nye rolle som foreldre i Norge. Også her legges det til rette for at innvandrere kan utveksle erfaringer og slik bli bevisste på hva de allerede gjør som er bra for barna. Dette skaper refleksjon rundt foreldrenes egen integreringsprosess og hvilke verdier som ligger til grunn. I dette arbeidet gjør kommunen seg nytte av minoritetsspråklige veiledere med samme morsmål som gruppen de skal veilede. Dette bidrar til at det utvikles tillit og at trygge relasjoner bygges (27).

I Arendal kommunes flyktningepplan 2012–2015 blir biblioteket fremhevet som kanskje den viktigste møteplassen for innvandrere, et samlingspunkt i lokalsamfunnet og et arnested for informasjonsutveksling og personlig vekst. Her tilbys, ved siden av flerspråklig litteratur, dessuten gratis utlån av film og musikk. Ved siden av en tilgjengelig og god helsetjeneste og fornuftige rutiner for planlagte helseundersøkelser, bidrar dette til ny læring og mestring, og på sikt redusert allostatisk belastning (28).

Eksemplet Oslo

De mange innvandrerne i Oslo – i enkelte områder i Groruddalen og Søndre Nordstrand over 50 % av befolkningen – det store antall opprinnelsesland, og det språklige og kulturelle mangfoldet dette medfører, fører til at helsetjenestene her står overfor spesielt store utfordringer. Dette har ført til en rekke spesielle tiltak, både i privat og offentlig regi.

«Primærmedisinsk verksted» (PMV) er et flerkulturelt senter for helse, dialog og utvikling. PMV ble opprettet i 1994 som et prosjekt under Miljøbyen Gamle Oslo og hadde som målsetting å utvikle metoder for helsefremmende arbeid som bydelens befolkning – inkludert innvandrerne – fant meningsfulle og som de ville investere energi i å gjennomføre (29). PMV, samt flere ulike underprosjekter som ble utviklet her – fra kurs i tradisjonell matlaging, først utviklet av de pakistanske kvinnene ved senteret, til prosjekter rettet mot helseskadelige skikker som omskjæring av kvinner og tvangsekteskap, til rehabilitering for innvandrer gutter og -menn som sonet i Oslo kretsfengsel – har flere ganger vært gjenstand for ekstern evaluering (30). Senteret ble i 1998 overtatt av Stiftelsen Kirkens Bymisjon i Oslo med en visjon om å fremme respekt, rettferdighet og omsorg også for innvandrere av ulike kategorier.

En grunntanke er at alle har noe positivt å bidra med, og at det derfor er viktig at den enkelte blir kjent med sine egne ressurser og fatter tiltro til egen kompetanse. Rundt aktiviteter som brukerne opplever som meningsfulle, utvikles dialog om trivielle så vel som mer sensitive emner, og det skapes sosiale nettverk og mestringsfølelse (31). Enkelte av brukerne, inkludert flere med til dels svært mangelfull formell utdanning, men som flittig

har benyttet seg av PMVs tilbud, fungerer som «naturlige hjelpere» eller brobyggere mellom de ulike miljøene og det offentlige tjenesteapparatet (29).

Europarådet har senere, dels på bakgrunn av PMVs arbeid, framhevet den betydningen ikke-profesjonelle eller para-profesjonelle («neighbourhood mothers») uten formell utdanning kan ha som brobyggere over gapet mellom offentlige institusjoner og deres egne miljø (32). En slik funksjon har også *Bydelsmødrene*, en ideell organisasjon basert på frivillig arbeid, startet av Nasreen Begum i 2016. Bydelsmødrene er utvalgte ressurssterke kvinner, primært med etnisk minoritetsbakgrunn. De går gjennom et opplæringsprogram om tema som foreldrerollen, arbeid og helse. Det er så langt etablert frivillige Bydelsmødre-foreninger i fem bydeler i Oslo (33).

«Helseforum for kvinner» i Oslo er en frivillig organisasjon som gjennom personlig tilpasset lavterskel-trening, språktrening og dialog ønsker å stimulere til nettverksdannelse og selvhjelp, helsefremming og inkludering. De fleste av brukerne har både psykiske og fysiske helseplager, og trenger således et helhetlig tilbud med sosiale og fysiske aktiviteter, samt kunnskap, veiledning, tilrettelegging og bistand. Brukerundersøkelser viser at deltakerne utvider sin bekjentskapskrets, ivaretar sin morsrolle bedre, og lettere deltar på arbeidsmarkedet (34).

Oslo Røde Kors og Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo driver også «Helsesenteret for papirløse migranter». Papirløse migranter er personer som har fått endelig avslag på søknad om asyl, men som av ulike årsaker fortsetter å oppholde seg i Norge. Oslo Røde Kors og Kirkens Bymisjon tilbyr gratis helsehjelp til denne gruppen, samt for andre uten oppholdstillatelse, eller innvandrere som aldri har blitt registrert av norske myndigheter (35).

Av de ulike offentlige tiltakene på bydelsnivå må nevnes «Verdenshuset Haugenstua», et flerbrukshus som er drevet av Bydel Stovner. Bygd på erfaringer fra blant annet MoRo-prosjektet (36), er det her skapt en sosial møteplass hvor integrering, jobb, foreldrerolle og helse er gjennomgangstema. Her holder også Stovner frisklivs- og mestringssenter til. Det drives aktivitetsgrupper, og det arrangeres kurs, for eksempel om sunt kosthold. I tillegg til aktiviteter i regi av bydelen, tilrettelegges det for at frivillige organisasjoner kan drive aktiviteter for barn og unge (37).

I Sagene Bydel i Oslo har man satset på å skape et tryggere og bedre bomiljø for barn og voksne ved at beboerne kommer ut og bruker uteområdene. Dette bidrar til mer åpenhet og kontakt beboerne imellom. Her legges vekt på at beboerne, spesielt barnefamilier, medvirker aktivt til utforming og gjennomføring av aktivitetene. Andre offentlige og frivillige aktører dras så inn alt etter hvilke behov som avdekkes og hvilke oppgaver



Figur 4: Tilpasning til klimaet kan også være en utfordring når kulturer møtes. (Foto: Øivind Larsen)

beboerne prioriterer. Tiltakene utformes så i samarbeid med beboerne ut fra deres egne prioriteringer og beslutninger. Det settes altså ikke i gang med ferdige tiltak hvor barn og foreldre blir bedt om å være med.

Blant de mest populære og effektive tiltakene som er utviklet på denne måten er «Leksehjelpen». Denne foregår på det lokale biblioteket, der studenter og pensjonister hjelper innvandrerbarn med leksene (38). Blant de offentlige som er involvert, er ideologien tilgjengelighet og nærhet uten å overta styringen.

Disse eksemplene viser at selv om ikke helsearbeidere kan eller bør ta ansvar for innvandreres livssituasjon, så er det mye som kan gjøres for å lette stresset ved å være ny i et samfunn, ikke minst ved å vise interesse og engasjement, ved å etablere gode møteplasser, og ved god tilrettelegging. I mange kommuner og lokalmiljøer er det en viktig oppgave for helsearbeiderne å være pådriver for at slike eller andre, lignende tiltak etableres – så langt det er mulig i samarbeid med de aktuelle innvandremiljøene. Kanskje vil man da på sikt kunne lette integreringen, redusere det akkumulerte stresset og således bidra til at innvandrernes helsepotensial bevares.

Litteratur

1. Nylenna M. *Samfunnsmedisin på norsk*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2019.
2. *Innvandrere i Norge 2017*, SSB, 2017. https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/332154?_ts=162901a1050
3. *14 % av befolkningen er innvandrere*, SSB. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/14-prosent-av-befolkningen-er-innvandrere>
4. Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D, Orcutt M, Burns R, Barreto ML et al. The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *Lancet* 2018; 392: 2606-54.
5. Ødegaard Ø. Emigration and insanity; a study of mental disease among the Norwegian born population of Minnesota. *Acta Psychiatrica and Neurologica* 1932; Suppl 4.
6. Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and Migration: A Meta-Analysis and Review *Am J Psychiatry* 2005; 162: 12-24.
7. Kennedy S. The Healthy Immigrant Effect: Patterns and Evidence from Four Countries. *Int. Migration and Integration* 2015; 16: 317- 32. Doi: 10.1007/s12134-014-0340x
8. Ro A, Fleischer NL, Blebu B. An examination of health selection among U.S. immigrants using multi-national data. *Soc Sci Med* 2016; 158: 14-21. Doi: 10.1016/j.socsci-med.2016.04.23
9. Gimeno-Feliu LA, Calderón-Larrañaga A, Diaz E, Poblador-Plou B, Macipe-Costa R, Prados-Torres A. The healthy migrant effect in primary care. *Gac Sanit.* 2015; 29(1):15-20. Doi: 10.1016/j.gaceta.2014.07.007
10. Syse A, Strand BH, Næss Ø, Steingrimsdóttir OA, Kumar BN. Differences in all-cause mortality: a comparison between immigrants and the host population in Norway 1990-2012. *Demographic Research* 2016; 34(22): 615 – 56. Doi: 10.4054/DemRes.2016.34.22
11. Diaz E, Poblador-Pou B, Gimeno-Feliu L-A, Calderón-Larrañaga A, Kumar BN, Prados-Torres A. Multimorbidity and Its Patterns according to Immigrant Origin. A Nationwide Register-Based Study in Norway. *PLoS ONE* 2015; 10(12): e0145233. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145233>
12. Diaz E, Kumar BN, Gimeno-Feliu LA, Calderón-Larrañaga A, Poblador-Plou B, Prados-Torres A. Multimorbidity among registered immigrants in Norway: The role of reason for migration and length of stay. *Tropical Medicine and International Health.* 2015; 20 (12): 1805-14.
13. Vrålstad S, Wiggen KS. red. *Levekår blant innvandrere i Norge 2016 Rapport 2017/13*. Oslo: SSB, 2017.
14. Kjøllesdal M, red. *Helse blant innvandrere i Norge – Levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2016*. Oslo: FHI, 2019.
15. Beckie T. A Systematic Review of Allostatic Load, Health, and Health disparities *Biological Research for Nursing.* 2012; 14(4): 311-46.
16. Bhopal RS. *Migration, Ethnicity, Race, and Health in Multicultural Societies*. Oxford: Oxford University Press, 2014.
17. Blom S. *Helse. I: Vrålstad S, Wiggen KS, red. Levekår blant innvandrere i Norge 2016*. Oslo: SSB 2017: Kapittel 17. https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/309211

18. Arbeidstilsynet. Helseproblemer og ulykker i bygg og anlegg *Kompass-Tema* 2018; 2 <https://www.arbeidstilsynet.no/globalassets/om-oss/forskning-og-rapporter/kompass-tema-rapporter/2017/kompass-tema-nr-1-2017.pdf>
19. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* 2005; 365: 1309-14 .
20. Bustamente LHU, Cerqueira RO, Leclerc E, Brietzke. Stress, trauma, and posttraumatic stress disorder in migrants: a comprehensive review. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2018; 40: 220 – 5.
21. Spottswood M, Davydow DS, Huang H. The Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Primary Care: A systematic Review. *Harvard Review of Psychiatry* 2017; 25 (4): 159-69.
22. Hollander AC, Dal H, Lewis G, Magnusson C, Kirkbride JB, Dalman C. Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. *BMJ* 2016; 352: i1030
23. *Innvandring og smittevern (Inkludert adoptivbarn) – Veileder for helsepersonell* FHI <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/13.-innvandrere-og-smittevern-inklu/>
24. *Risiko for smittsomme sykdommer hos asylsøkere* FHI <https://www.fhi.no/sv/asylsokeres-helse/risiko-for-smittsomme-sykdommer-bla/>
25. Morgan C, Hutchinson G. The social determinants of psychosis in migrant and ethnic minority populations: a public health tragedy. *Psychological Medicine*. 2010; 40: 705 – 9.
26. Der kjerringene ruler. <https://www.tv2.no/a/2979934/> Lastet ned 13.01.2020
27. *Trygge foreldre i nytt land*. <https://www.imdi.no/case/foreldreveiledning-i-ralingen/> Lastet ned 13.01.2020.
28. *Flyktningeplan for Arendal kommune 2012–2015*. https://www.arendal.kommune.no/_f/p1/i6860d0e9-163d-4689-b06c-5b8698079ced/flyktningplan.pdf
29. Aambø, A. Tasteful Solutions. *Contemporary Family Therapy* 1997; 19(1): 63 – 79.
30. De Freitas C, Garcia-Ramirez M, Aambø A, Buttigieg SC. Transforming Health Policies through Migrant User Involvement: Lessons Learnt from Three European countries. *Psychosocial Intervention*. 2014; 23: 1 – 9.
31. *Primærmedisinsk verksted (PMV)* <https://kirkensbymisjon.no/pmv-flerkulturelt-ressurs-senter-i-oslo/om-oss/>
32. Mejer P, Reeger U. Innovative social policies and organization of services: innovation in service and service delivery; co-production and partnership between administration and population. *Innovatory Social Policies in the City. Proceedings from the Oslo Conference 22 to 24 June 2000, Volume 2*. S.51 European committee for Social Cohesion (CDCS), Council of Europe Publishing, 2001.
33. *Bydelsmødre bringer håp og forandring i kvinners liv*. <https://www.bydelsmor.no/> Lastet ned 27.01.2020.
34. *Helseforum for kvinner, Samling av brukerundersøkelser 2015–2017*. <https://helseforum-forkvinner.no/news/resultater/> Lastet ned 13.01.2020.
35. *Helsesenter for papirløse i Oslo*. <https://www.rodekors.no/lokalforeninger/oslo/aktiviteter/flyktninger-og-innvandrere/helsesenter-for-papirløse-i-oslo/>

36. Lorentzen C, Ommundsen Y, Jenum AK, Ødegaard AK. *MoRo «Mosjon på Romsås» – en intervensjon for å fremme fysisk aktivitet i en multietnisk befolkning i Oslo øst Erfaringer og resultater fra MoRo-prosjektet*. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport-fra-romsas-og-furuset-moro-2006-pdf.pdf> Lastet ned 27.01.2020.
37. *Verdenshuset på Haugenstua*. <https://www.oslo.kommune.no/natur-kultur-og-fritid/verdenshuset-haugenstua/#gref> Lastet ned 27.01.2020.
38. *Virke sammen – bomiljøsuksess gjennom samvirkemodell*. <https://www.veiviseren.no/forstaa-helheten/eksempler-og-erfaringer/virke-sammen-bomiljosuksess-gjennom-samvirkemodell> Lastet ned 13.02.2020.

Arild Aambo
Enhet for migrasjonshelse
Folkehelseinstituttet
Arild.Aambo@fhi.no