



Migrasjon og somatisk helse

Molde, Quality Hotel Alexandra 9.februar 2016

*Arild Aambø, Seniorrådvier, NAKMI
a.aa@nakmi.no*

Oversikt over presentasjonen

- Helsetilstanden i innvandrerbefolkningen
- Multi-morbiditet
- Hvilke sosiale forhold har mest betydning?
- Hvordan kan vi hjelpe?

Nyere rapporter om innvandreres helse

- Blom S (2008) Innvandreres helse 2005/2006. SSB 2008/35
http://www.ssb.no/emner/00/02/rapp_200835/rapp_200835.pdf
- Blom S (2010) Sosiale forskjeller i innvandreres helse, Funn fra undersøkelsen Levekår blant innvandrere 2005/2006. SSB 2010/47
http://www.ssb.no/emner/03/01/rapp_201047/rapp_201047.pdf
- Kumar B (2008) The Oslo Immigrant Health Profile. Folkehelseinstituttet, rapport 7, 2008 Fulltekst (Hubro-undersøkelsen; Innvandrer - Hubro)
<http://www.fhi.no/dav/920ab22ad5.pdf>

Undersøkte grupper SSB 2005/2006

- Bosnia-Herzegovina
- Serbia-Montenegro
- Tyrkia
- Irak
- Iran
- Pakistan
- Sri Lanka
- Vietnam
- Somalia
- Chile

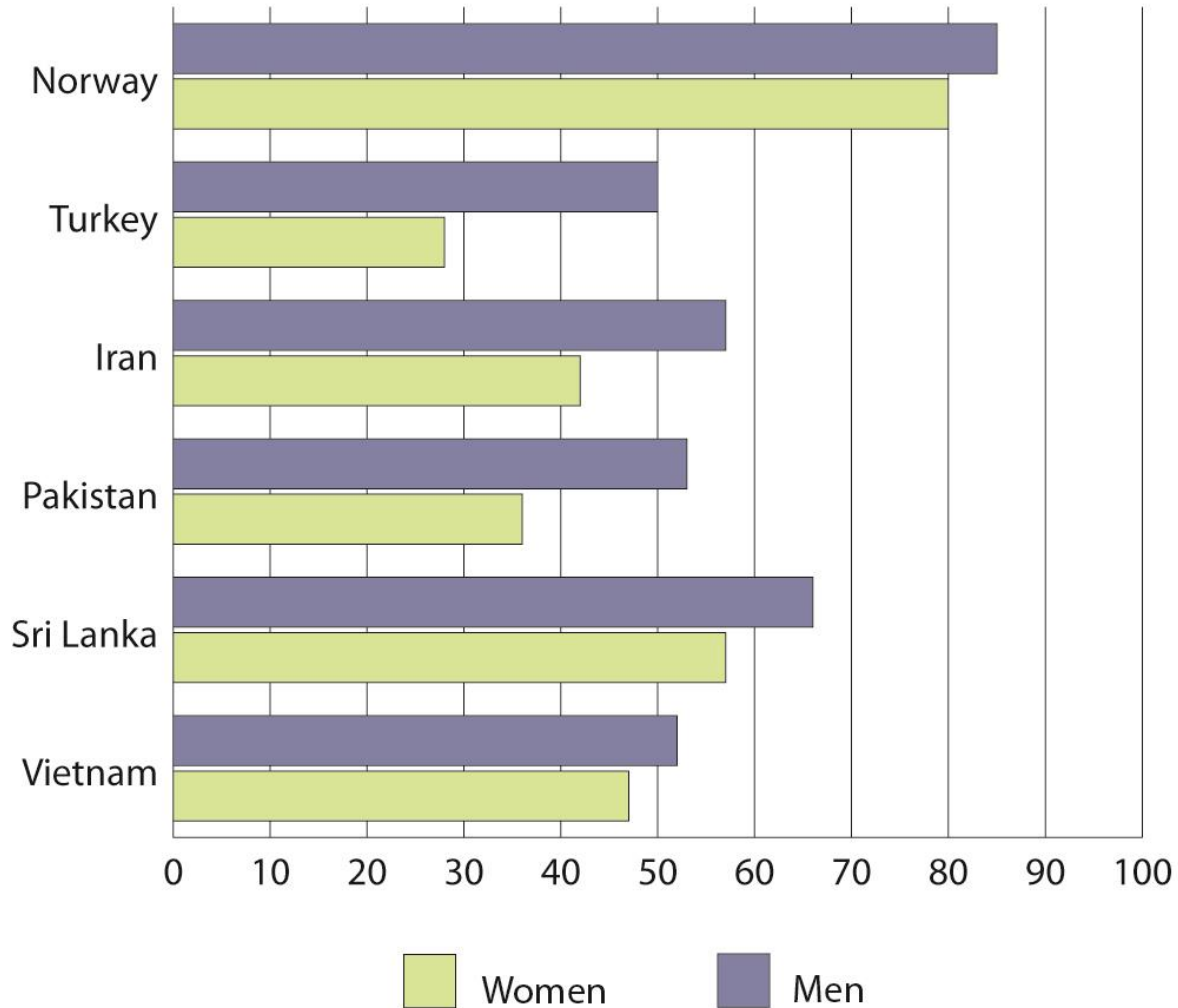
Fra 16 – 70 år, bosatt i Norge i minst 2 år

Helsetilstanden I:

- Det er betydelige helseforskjeller, ikke bare mellom majoritetsbefolkning og innvandrere fra lavinntektsland, men også de ulike nasjonalgruppene imellom
- Innvandrerbefolkningen frembyr et sykdomsmønster som på mange måter skiller seg fra majoritetsbefolkningen.
- Færre av innvandrerne rapporterer om kronisk somatisk sykdom sammenlignet med resten av befolkningen.
- De innvandrere som er syke rapporterer om mer alvorlige lidelser og et større antall sykdommer.

(Blom and Ramm 1998)

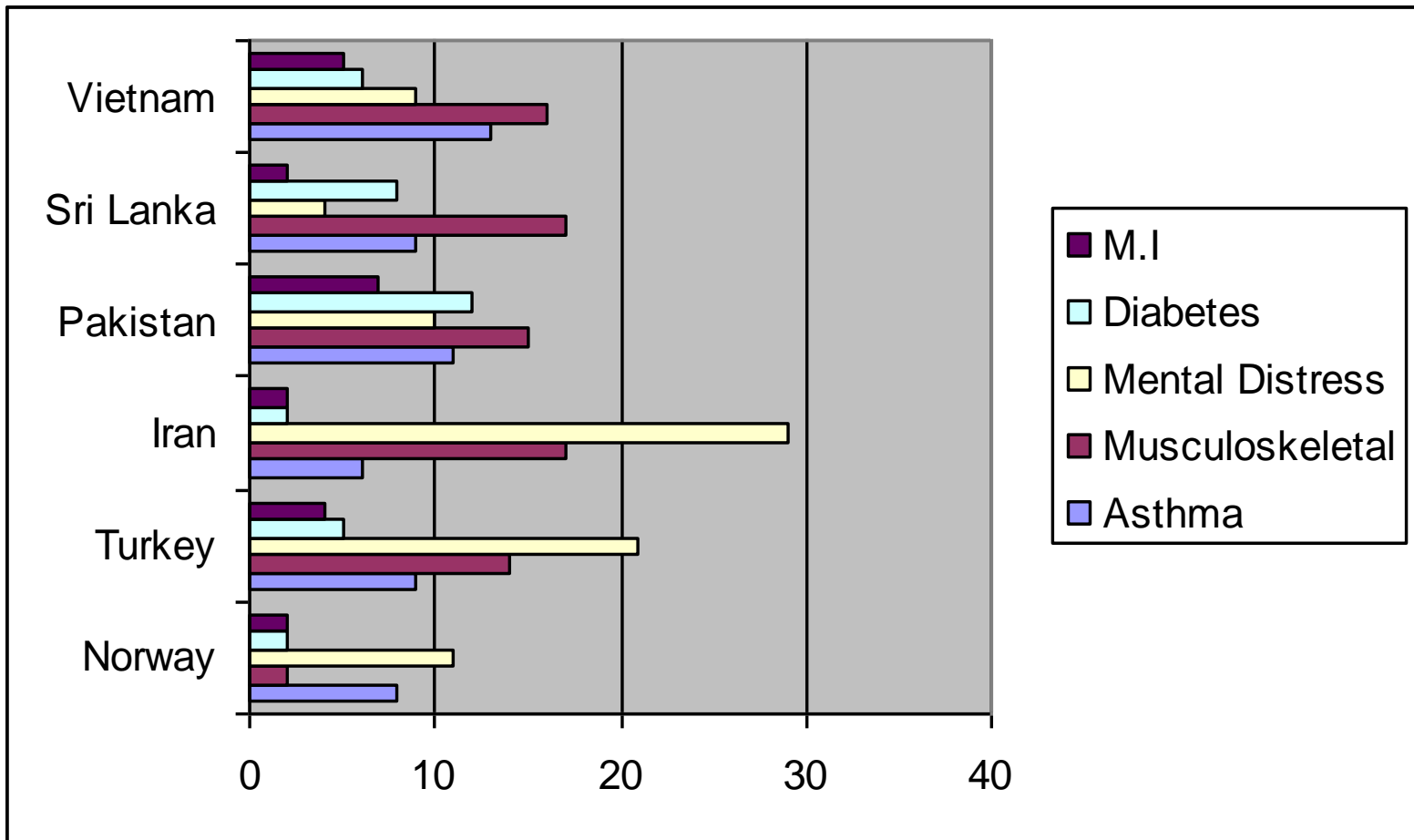
Age adjusted proportions (%) of adults with good/very good self-reported health



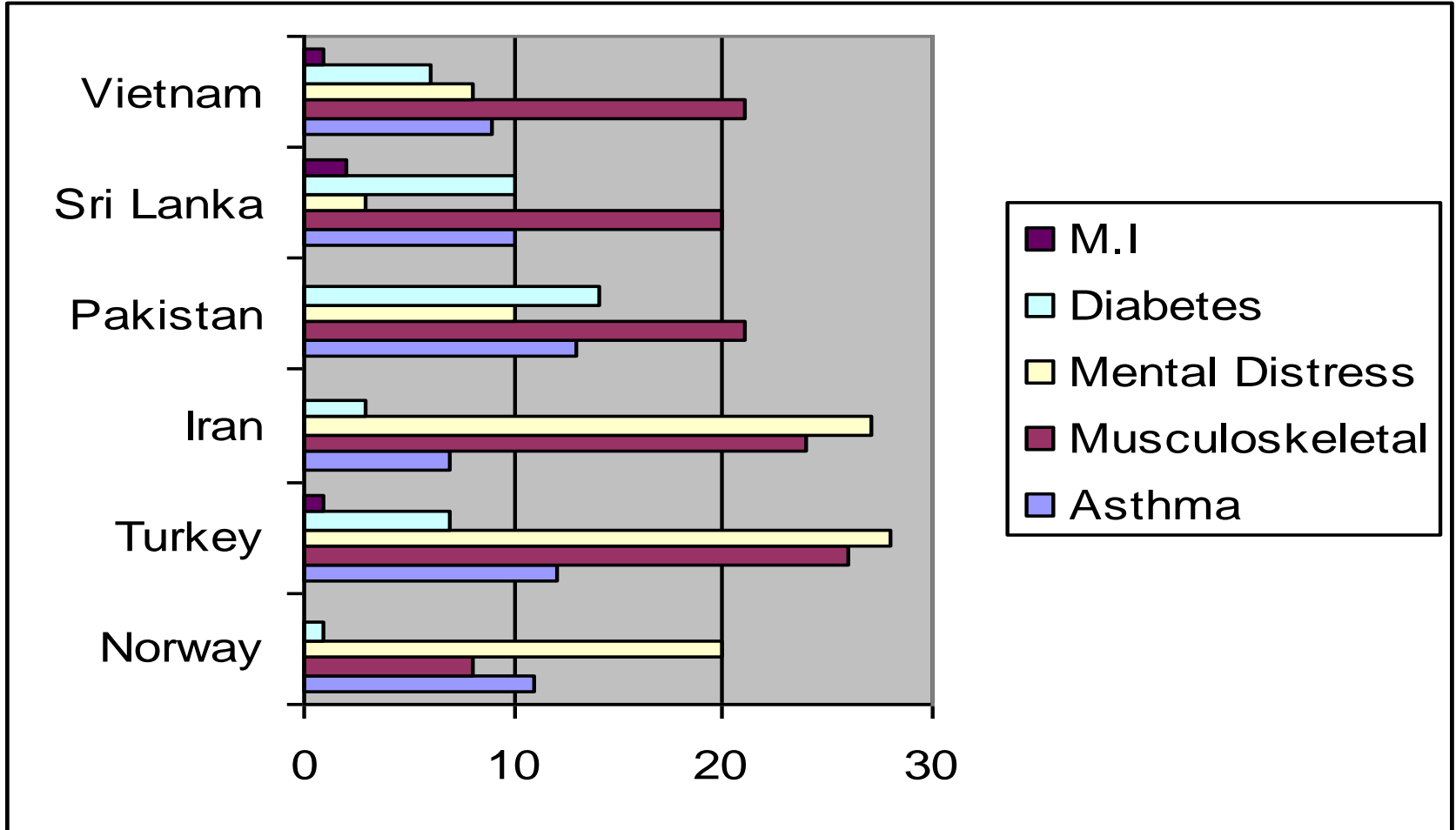
Helsetilstanden blant innvandrere II

- I aldersgruppen 55 - 70 rapporterte 25% diabetes mellitus type II, versus 8 % i befolkningen (SSB 2008/35)
- Der var høyere prevalens når det gjaldt hjerte/kar-sykdom, fedme, muskelsmerter og leddsmerter, jernmangelanemi og rakitt (vitamin-D mangel)
- men tilsynelatende lavere når det gjelder kreft, eksem og allergier

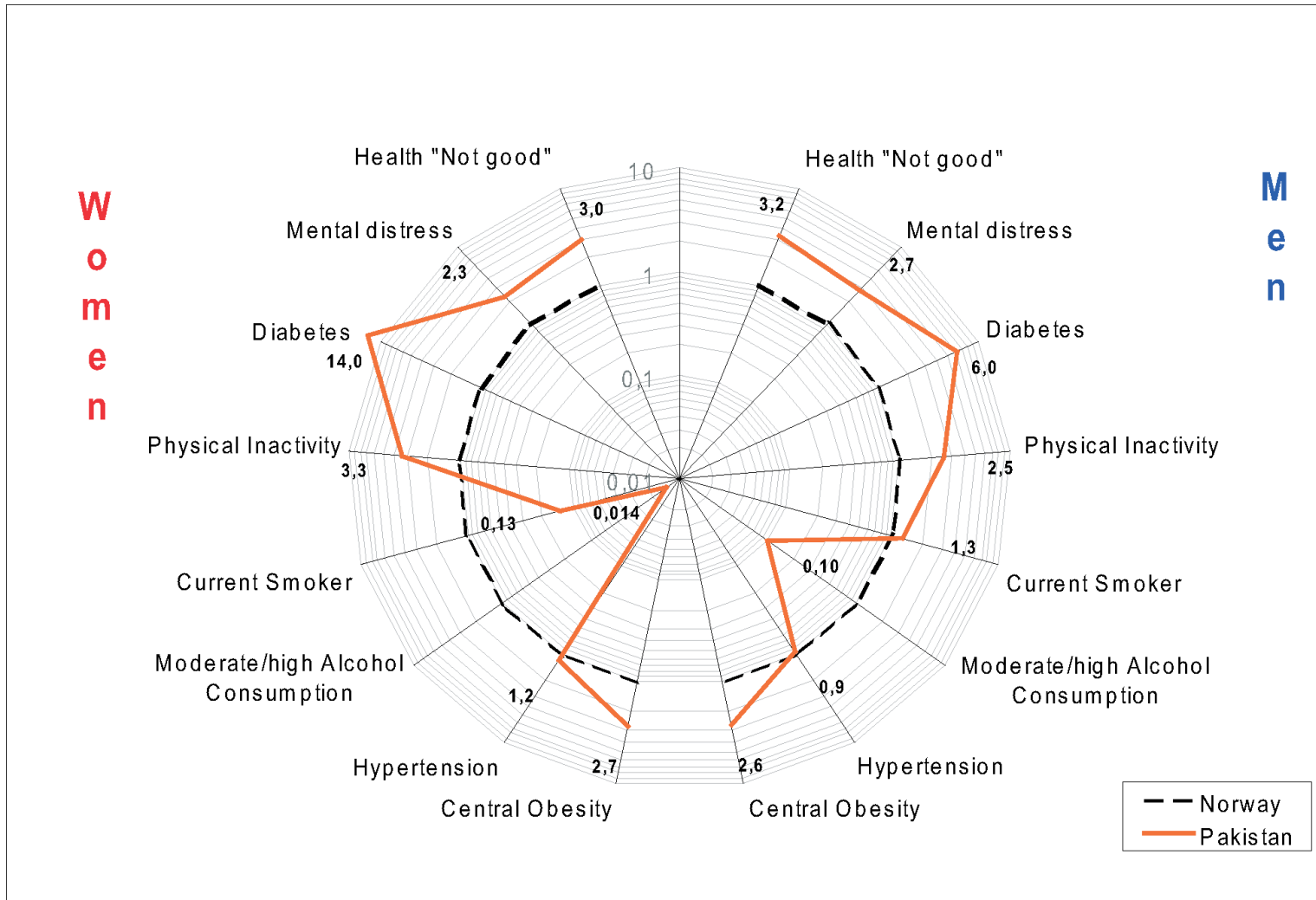
MEN: Proportion with Self Reported Chronic Diseases and Conditions.



Women: Proportion with Self Reported Chronic Diseases and Conditions.

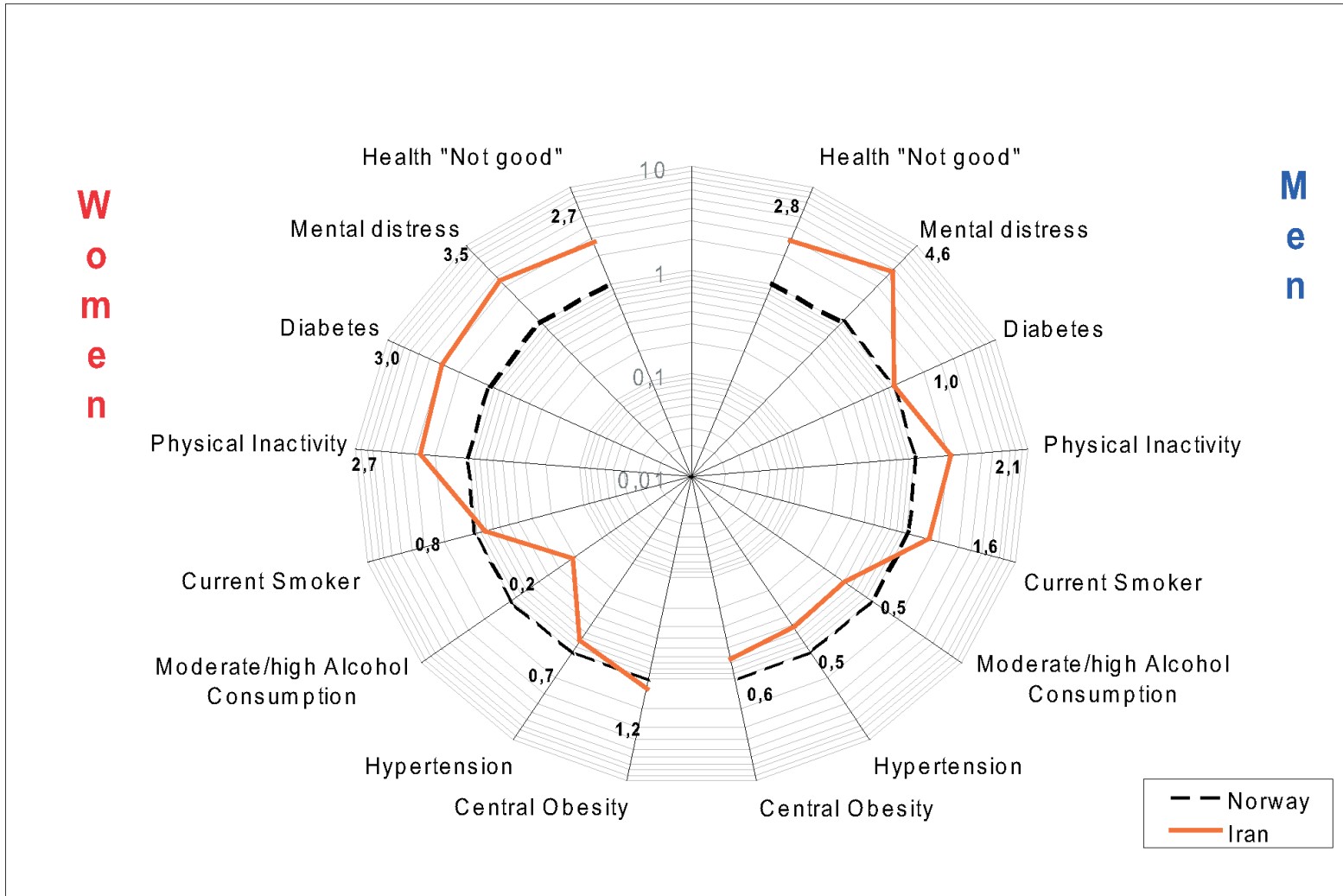


Some risk factors and self-reported diseases for Pakistani related to Norwegians*



* The scale showing values as quotients between Pakistan and Norway (reference)

Some risk factors and self-reported diseases for Iranian related to Norwegians*



* The scale showing values as quotients between Iran and Norway (reference)

	Norge	Tyrkia	Iran	Pakistan	Sri Lanka	Vietnam
Menn	2	14	17	15	17	16
Kvinner	8	26	24	21	20	21

*Andel (%) med selvrapportert kronisk muskel/skjelett-
lidelse (Kumar 2008)*

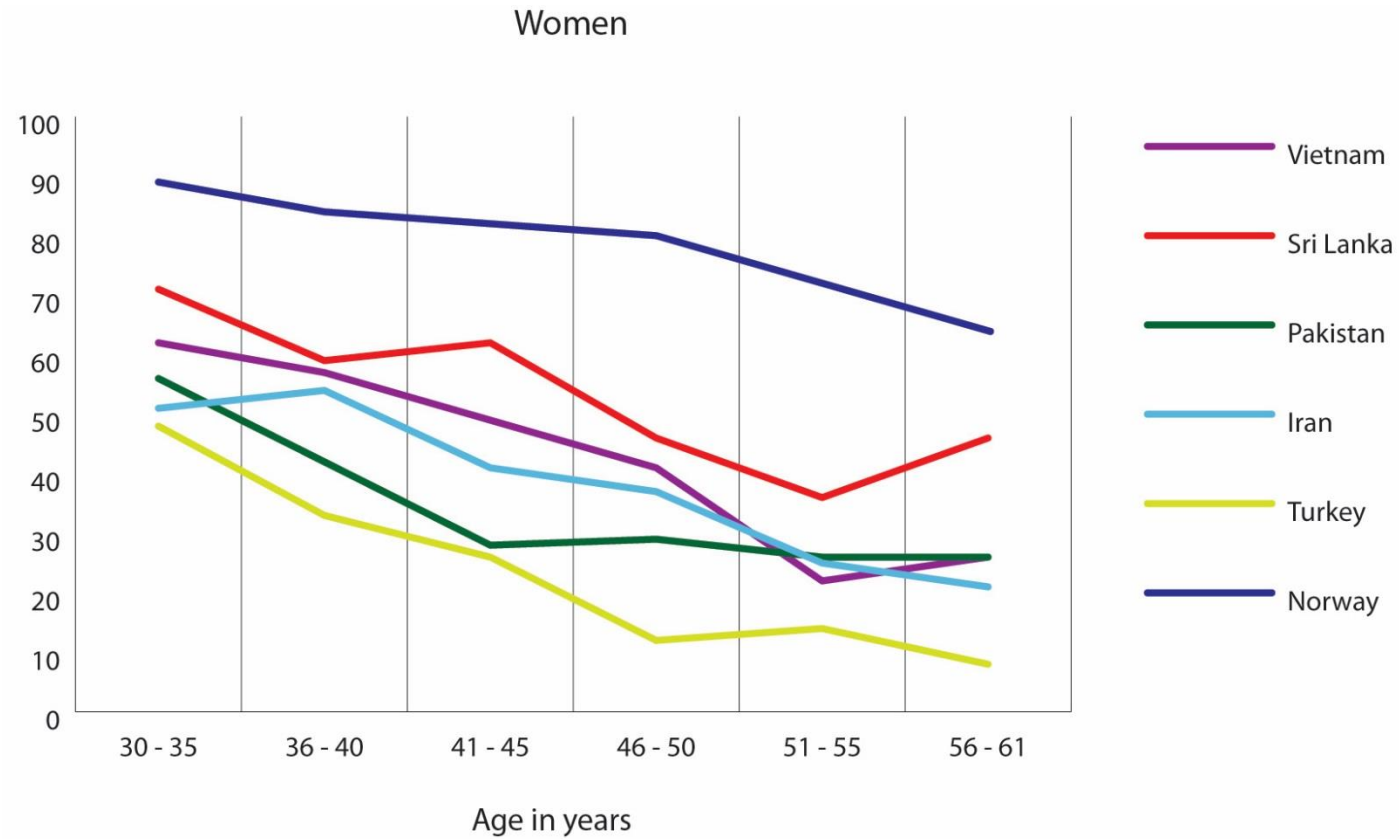
Helsetilstanden III

- Kjønnsforskjellene er store. Innvandrerkvinner rapporterer om betydelig mer sykdom enn innvandrer menn, både når det gjelder somatisk sykdom, psykosomatiske lidelser og psykiske problemer
- Innvandrerjenter ser ut til å være spesielt utsatt i balansegangen mellom storsamfunnets krav og lojaliteten til egen etniske gruppe.
- Helsen reduseres med økende alder, og dette skjer i langt sterkere grad blant innvandrere enn i befolkningen forøvrig

	16 – 24	25-39	40-54	55-70
Befolkningen 2002				
Begge kjønn	45	46	49	66
Menn	44	42	44	63
Kvinner	45	50	58	71
Innvandrere og etterkommere 2005/2006				
Begge kjønn	37	40	57	78
Menn	33	36	50	78
Kvinner	42	45	68	78

Andel med minst én sykdom (prosent). Befolkningen og innvandrere, 16 – 70 år etter alder og kjønn. Prosent. (etter Blom 2008)

Proportions (%) of WOMEN with good/very good self-reported health by age group



	<i>Ingen sykdom</i>	<i>Én sykdom</i>	<i>To sykdommer</i>	<i>Tre sykdommer</i>	<i>Fire + sykdommer</i>
<i>Befolkningen 2002</i>	<i>92</i>	<i>87</i>	<i>82</i>	<i>65</i>	<i>60</i>
<i>Innvandrere og etterkommere 2005/2006</i>	<i>81</i>	<i>64</i>	<i>46</i>	<i>20</i>	<i>9</i>

Egenvurdert helse. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16 – 70 år, etter antall rapporterte sykdommer. Prosent (etter Blom 2008)

Multi-morbiditet

Registerstudie basert på HELFO og Folkeregisteret

Alle *innvandrere* over 14 år, registrert i perioden 1990 til 2008

Mer enn to forskjellige, kroniske diagnoser

Sammenligningsgrunnlag: familiegjenforente

- *Arbeidsinnvandrere* OR 0,23 menn, 0,45 kvinner
- *Studenter* OR 0,40 menn, 0,38 kvinner
- *Flyktninger* OR 1,67 menn, 1,83 kvinner

Flyktninger og familiegjenforente med høyere inntekt hadde mindre multi-morbiditet, spesielt menn. Dette gjaldt ikke arbeidsinnvandrere

Separerte, skilte og enker hadde høyere multi-morbiditet enn gifte, mens de som aldri hadde vært gift, hadde lavere

Multi-morbiditet

Registerstudie basert på HELFO og Folkeregisteret, forts.

- Forekomsten av multi-morbiditet blant innvandrere er generelt lavere enn blant norskfødte
- Øst-europeiske *flyktninger* (Bosnia, Kosovo) hadde høyest forekomst av multi-morbiditet, mens østeuropeiske *arbeidsinnvandrere* (Polen) hadde lavest
- For alle grupper var forekomsten av multi-morbiditet fordoblet etter 5 år i Norge

Multi-morbiditet

Registerstudie basert på HELFO og Folkeregisteret, forts.

Mulige forklaringer:

- Arbeid som krever lite utdannelse, med høy risiko
- Mer adekvat bruk av helsetjenester
- Mindre bruk av helsetjenester i hjemlandet
- Økt sykdomsbyrde på grunn av kronisk stress
- Andre faktorer assosiert med forhold i mottakerlandet

Samlet helseindeks

Helseindikatorer:

1. Egenvurdert helse
2. Virkningen av dårlig helse på hverdagen
3. Forekomst av 15 oppgitte sykdommer
4. Forekomst av psykosomatiske plager
5. Forekomst av psykiske plager
6. Besøk hos fastlege/ allmennlege

Korrelasjonen mellom de ulike indikatorene er i sterkere grad tilstede i innvandrerbefolkningen enn i befolkningen som helhet. (Pearsons r 40-49 versus 30-39). Det tyder på *en sterkere "hopning" eller polarisering* av helseproblemer blant innvandrere.

Graden av intern konsistens mellom de fem første indikatorene viser at de meget vel kan slås sammen i et felles mål (Chronbachs alfa 0,82)

Livsstilsfaktorer og samlet helseindeks

Livsstilsfaktorer	Begge kjønn	Menn	Kvinner
Røyker daglig eller av og til	***	***	***
Fedme (BMI > 29,9)	***	**	*
Mosjonerer i ulik grad (positiv)	***	***	
Antall besøk hos fastlege/allmennlege	***	***	***

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

*** $p < 0,001$

Sosiale faktorer og samlet helseindeks

Livsstilsfaktorer	Begge kjønn	Menn	Kvinner
Eget utdanningsnivå	**		
Norskferdigheter	***	**	***
Sosial kontakt	***	***	***
Har ektefelle/samboer i Norge			
God økonomi	*		
Var sysselsatt forrige uke	***	***	**
Boligstatus	***		***
Religiøsitet (neg)	**		**
Opplevd diskriminering (neg)	***	***	***
Vold og trusler (neg)	***	***	***
Flukt (neg)	*		

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

*** $p < 0,001$

Diskriminering

- 20% rapporterer diskriminering på husmarkedet (*42% av somaliere*)
- 18% på arbeidsplassen, menn mer enn kvinner. (*33% av somaliere*)
- 13% på skole eller ved universitet
- 7% i helseinstitusjoner

UTFORDRINGEN I

Prinsippene for behandling er like, men jo mindre en helsearbeider kan ta for gitt når det gjelder sykdomsforståelse og forkunnskaper, jo større krav stilles til språk, kommunikasjonsferdigheter og tid

BATHE:

Et mnemoteknisk hjelpemiddel for å belyse den psykososiale konteksten

- *B: Bakgrunn*
- "Hva er det som foregår i livet ditt akkurat nå?" eller
- "Hva er det som står på spill?"
 - belyser konteksten for pasientens besøk.
- *A: Affekt*
- "Hvordan påvirker dette deg?" eller
- "Hva føler du i forhold til det som skjer?" eller
- "Hvilken stemning/humør er du i?"
 - pasienten inviteres til å fortelle om og sette navn på den nåværende følelsesmessige tilstanden.

BATHE, forts.

- *T: Trøbbel*
- "Hva er det ved denne situasjonen som plager deg mest?"
 - hjelper legen og pasienten til å fokusere, og kan bringe fram den symbolske betydningen av sykdommen eller hendelsen.
- *H: Handling*
- "Hvordan klarer du dette?" eller
- "Hvordan holder du ut?" eller
- "Hvordan håndterer du det?"
 - gir en vurdering av fungering og gir retning for en intervensjon.
- *E: Empati*
- "Det høres ikke lett ut!" eller
- "Det må være veldig vanskelig for deg!"
 - legitimerer pasientens følelser og gir psykisk støtte.

UTFORDRINGEN II

Det handler om å kunne
respondere på *individuelle behov*, anerkjenne
den enkeltes *egne ressurser* og
evne til å ta normativt konsistente *valg*

GENETISK VARIASJON

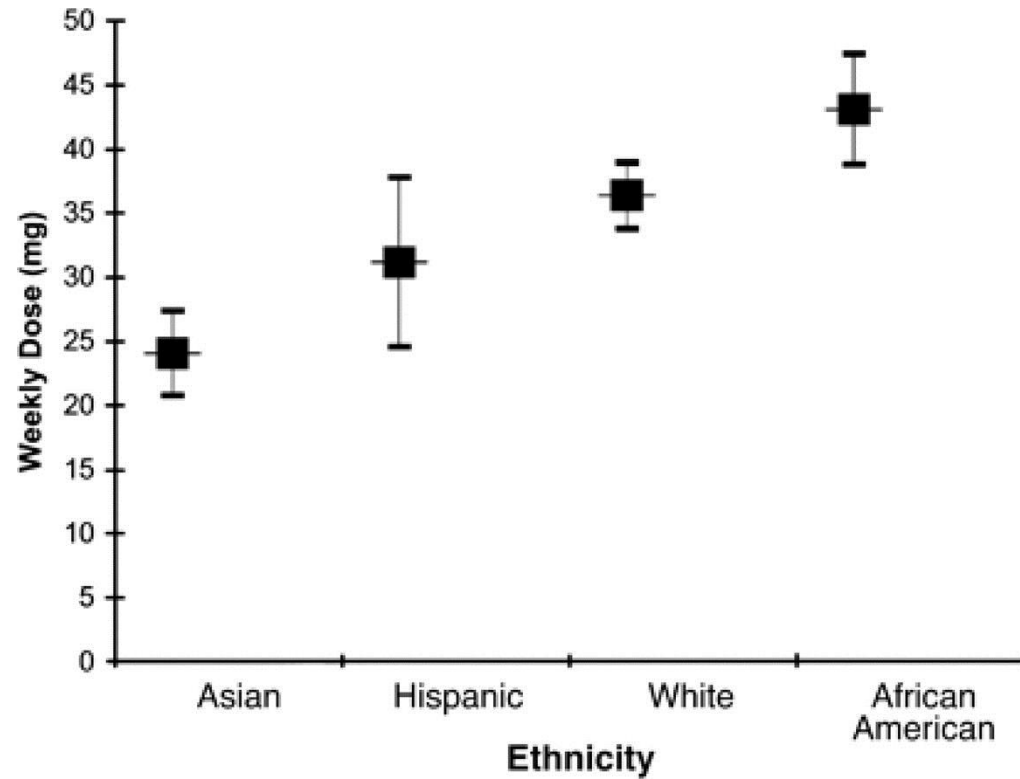
- Det har vært lenge kjent at responsen på legemidler varierer mellom ulike etniske grupper, f. eks. når det gjelder psykofarmaka og midler i behandlingen av hjerte/kar-sykdommer)

- Dette skyldes

dels *farmakokinetiske forhold*, (dvs hvordan et medikament absorberes, fordeles, metaboliseres og utskilles fra kroppen)

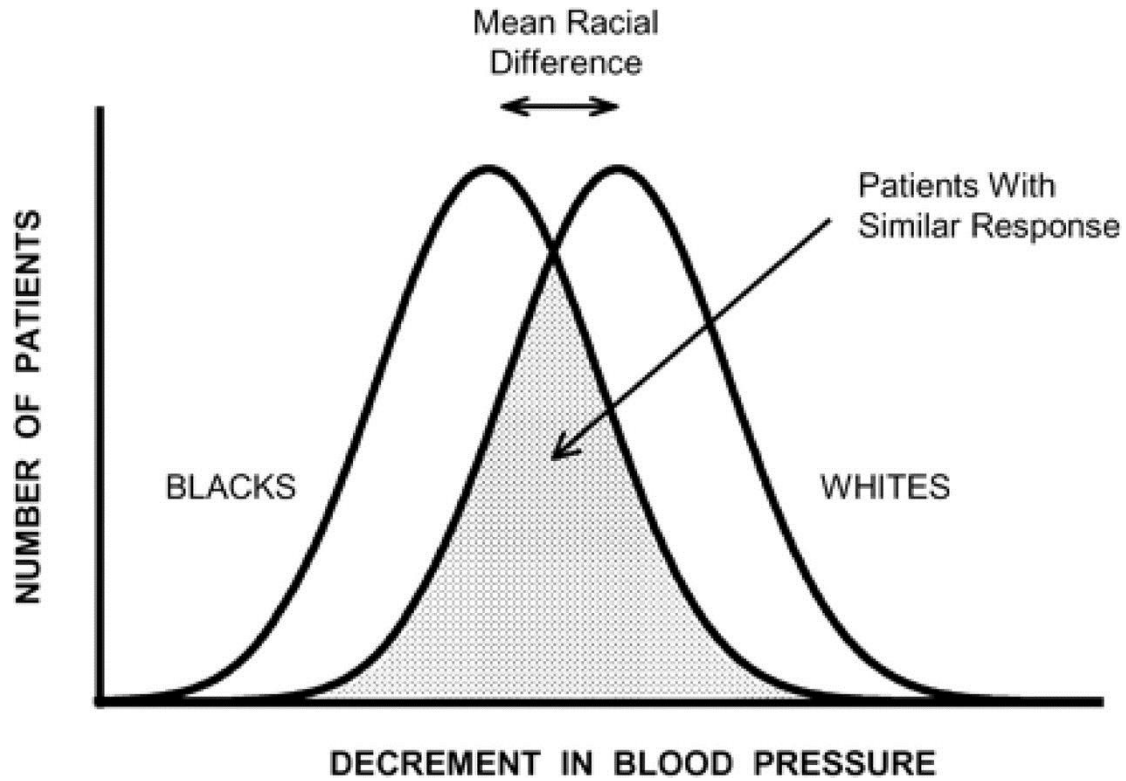
dels *farmakodynamiske forhold*, (dvs forhold knyttet til medikamentets virkningsmekanismer)

**Figure 1. Average warfarin dose requirements, by ethnicity, to maintain a therapeutic INR.^{2,3}
Reproduced from Dang et al,⁶ with permission from the *Annals of Pharmacotherapy*.**



Julie A. Johnson Circulation. 2008;118:1383-1393

Figure 2. Representative decrement in BP among whites and blacks after administration of antihypertensive drug.



Julie A. Johnson Circulation. 2008;118:1383-1393

GENETISK VARIASJON

- Hvite og sør-asiater responderer bedre på betablokkere og ACE- hemmere enn sorte, mens sorte responderer bedre på diuretika og kalsium-antagonister.
 - 62% hvite og 54% svarte oppnådde behandlingsmålene med propranolol, 55% hvite og 71% svarte med hydrochlorothiazide
- Mange øst-asiater og afro-amerikanere responderer på lavere doser av en rekke psykofarmaka (bl.a. diazepam), og de kan ha mer og sterkere bivirkninger selv ved lave doser.
- I enkelte land er etnisitet veiledende for valg av terapi (for eksempel England)

1982, VA Cooperative Study Group, sitert i Johnson 2008

Generelt: «Start low, go slow!».

Vær oppmerksom på bivirkninger!

UTFORDRINGEN III

Det handler om å kunne forholde seg til et stadig *økende mangfold* i en tid preget av effektivisering, innstramninger og standardløsninger

De som ble bedre

De som ble bedre etter behandling kunne fortelle at de hadde

- fått en god venn
- en familie som støttet dem
- et nettverk hvor de følte seg akseptert





Migrasjon, globalisering og "utvidelsen av Europa" skaper større og større mangfold.

Innvandrergrupper er mer sårbare, dels på grunn av svak sosialøkonomisk status, dels på grunn av traumer før/under migrasjonen og dels på grunn av mangel på adekvat sosial støtte.

LITTERATUR

Diaz, E. et al (2015) Multimorbidity among registered immigrants in Norway: the role of reason for migration *Tropical Medicine and International Health*

Levin, SJ, Like RC, and Gottlieb JE. ETHNIC: A framework for culturally competent clinical practice. In Appendix: Useful clinical interviewing mnemonics. *Patient Care* 2000; 34(9):188-189.

Levy, R. (2010) Medication use by ethnic and racial groups: policy implications *Journal of Pharmaceutical Health Services Research* Vol. 1, s. 15-22

Johnson, J.A. (2008) Ethnic differences in Cardiovascular Drug Response. Potential Contribution to Pharmacogenetics *Circulation* Vol. 118, s. 1383-1393

Naber, C.K. (2003) The G protein beta3 subunit gene (GNB3) 825T allele – T thrifty genotype *Current genomics* Vol. 4, No. 4, p 337-42

Litteratur

Forf. Arild Aambø

- *Smerte – Smerteopplevelse og atferd* (red.) Oslo: Cappelen 2007, ca 230 sider
- *LOS – Løsningsorienterte samtaler* Oslo: Gyldendal Akademisk 2004, ca 300 sider

Artikler til Utposten

- Kulturkompetanse – en historie om en sjelden lidelse og profesjonell distansering (med Harald Siem og Safio Bilqeyr Jimale) *Utposten* No. 7, 2015 s. 18-22
- Smerter – mer eller mindre, men er det alt? (med Lene Dæhlen) *Utposten* No. 3, 2014, s. 16- 20
- D-vitaminmangel – symptomer til ettertanke *Utposten* No. 4, 2014, s. 18-22
- Diabetiske komplikasjoner – onde sirkler eller mangelfull kontroll *Utposten* No. 2, 2015, s. 18 – 23
- Vold i nære relasjoner – en oversett utfordring (med Tahirah Iqbal and Bente Fjeldstad) *Utposten* No. 6, 2014, s. 6 - 13
- Utilgjengelighet – en ressurs (med Tove Rutle) *Utposten* No. 5, 2014 s. 8-12