

Forskning om innvandrere og helse

REDAKSJONELT

STOLTENBERG C

Nysgjerrighet eller nytte?

Historisk har Norge sterke tradisjoner for utvandring, mens innvandring fortsatt er nytt for oss. I perioden 1846-1930 utvandret omkring 850000 mennesker fra Norge til Nord-Amerika, og helt frem til 1960 utvandret mer enn 2000 mennesker årlig (1). Først etter 1970 begynte Norge langsomt å utvikle seg mot et fleretnisk samfunn, men fortsatt er det bare omkring 3% av befolkningen som utgjøres av innvandrere. Trass i at den norske psykiateren Ørnulf Ødegaard var en av pionerene innen forskning om migrasjon og helse (2), har vi i Norge i dag begrenset forskningsbasert kunnskap om dette (3). Men det er klare tegn til at dette endrer seg.

HVORFOR FORSKE PÅ INNVANDRERE OG HELSE?

Det finnes en rekke gode begrunnelser for forskning om innvandrere og helse (4). For det første kan slik forskning bidra til å gi svar på spørsmål om samspillet mellom genetiske og miljøbetingede årsaker til sykdom. For det andre kan den bidra til arbeidet for sosial rettferdighet og likhet for alle grupper i samfunnet. For det tredje kan sykdom og helsetjenester være en arena for studier av møter mellom mennesker som har ulik kulturelt betinget forståelse av sykdom og behandling. For det fjerde kan forskning nyansere eller avlive myter.

ÅRSAKER TIL SYKDOM

Årsaksforskningen ser på migrasjon som et naturlig eksperiment, der migrantene antas å ha samme genetiske utgangspunkt som befolkningen i opprinnelseslandet, men et annet miljø. Et klassisk eksempel på slik forskning er Michael Marmots epidemiologiske studier som viste at forekomsten av koronar hjertesykdom var høyere hos japanere på Hawaii enn hos japanere i Japan, og ytterligere forhøyet hos japanere i California (5).

LIKHET

Ønsket om sosial rettferdighet er et underliggende motiv i en rekke studier som tar sikte på å undersøke omsykkelighet og dødelighet og bruk av helsetjenester er ulikt fordelt etter sosial klasse, kjønn eller etnisitet. Steihaug & Rutle har undersøkt hvorvidt legesøkingen blant pakistanske innvandrere ved et

helsesenter i Oslo erannerledes enn legesøkningen blant nordmenn i den samme bydelen (6). De finner at kjønnsforskjellene på tvers av etniskgruppe er større enn forskjellene mellom pakistanere og nordmenn. Studien er viktig av flere grunner. Den erbefolkningsbasert og har et stort utvalg, og er en av ytterst få der man tar for seg bruk av helsetjenester blantinnvandrere i Norge. Resultatene bidrar til å nyansere oppfatningen om at "innvandrere går ofte til lege og har diffuselidelser".

KOMMUNIKASJON

Det antropologiske perspektivet på kulturforskjeller og kommunikasjon har gitt vesentlige bidrag til forståelse avhva som skjer i møtet mellom pasient og behandler med ulik kultuell bakgrunn (7). Dyregrov analyserer i en artikkel idette nummer av Tidsskriftet det sosiale og kulturelle grunnlaget for kommunikasjonsproblemer mellomallmennpraktiserende leger og innvandrere fra den såkalte tredje verden (8).

HVILKE PROBLEMSTILLINGER BØR PRIORITERES?

Det er et mangfold av problemstillinger omkring innvandrere og helse. Spørsmålet er hvilke som er nyttige forinnvandrerne selv og for samfunnet? Forskningen bør prioritere utbredte og alvorlige problemer, områder der det ergrunn til å tro at forebygging kan ha betydning, og spørsmål som har generell interesse.

Tilgjengelige forskningsresultater tyder på at innvandrere er både friskere og sykere enn nordmenn. På enkelteområder er det likevel nyttig og interessant å studere innvandrergrupper spesielt. I Norge i dag er det fem temaer sompeker seg ut som spesielt relevante. Forskning om psykisk helse hos flyktninger og innvandrere, fordi det ser ut til atenkelte grupper er spesielt utsatte og bruker helsetjenestene lite; helsetjenesteforskning med både epidemiologiske ogantropologiske innfallsvinkler, som kan gi kunnskap om hvorvidt helsetjenestene er effektive i forhold til ulikeinnvandrergrupper; forskning om type 2-diabetes hos pakistanere og andre som tilhører høyrisikogrupper, fordi dette eret meget utbredt problem der det er gode muligheter for å forebygge sykdom og komplikasjoner; og forskning om medfødtemisdannelser og funksjonshemninger hos barn av innvandrere til Norge, fordi dette representerer meget kompliserte ogforholdsvis hyppige lidelser i enkelte innvandrergrupper.

FALLGRUVER

Prinsipielt er det to typer fare forbundet med forskning om innvandrere og helse: faren for å utføre dårligforskning og faren for at forskningsresultatene skal misbrukes og fungere diskriminerende.

Faren for å utføre dårlig forskning er knyttet til at det sannsynligvis er større ulikheter i helse mellominnvandrergrupper enn mellom innvandrerbefolkningen som helhet og den øvrige norske befolkningen. Dessuten er de ikkeså mange, slik at det er vanskelig å få grupper som er store nok til å oppnå sikre resultater. Et annet metodologiskproblem er at migranter ikke nødvendigvis er representative for befolkningen i opprinnelseslandet. Og et tredje problem er at forskning om innvandrere og helse ofte krever ekstra

ressurser i form av oversettere og personer med kjennskap til de enkelte kulturene. I store helseundersøkelser der innvandrere kan være viktige målgrupper, vil de ofte bli ekskludert eller falle fra på grunn av språkproblemer.

Faren for at forskningsresultater skal misbrukes og virke stigmatiserende er alltid til stede, og innvandrere og flyktninger er som etniske minoriteter spesielt utsatt. Imidlertid næres stereotype oppfatninger, diskriminering og rasisme vel så godt av kunnskapsløshet som av forskningsresultater, og faren for at et resultat skal være provoserende eller kontroversielt også for dem det gjelder, er ikke grunn nok til å avstå fra å publisere det. Imidlertid ligger det et ansvar på forskeren for formidling av resultatet til innvandergruppene, og for å tenke gjennom de etiske og politiske dilemmaer som knytter seg til denne type forskning.

Camilla Stoltenberg

LITTERATUR

1. Lovoll OS. Det løfterike landet. Oslo: Universitetsforlaget, 1997.
2. Ødegaard Ø. Emigration and insanity. A study of mental disease among the Norwegian-born population of Minnesota. Acta Psychiatr Scand Suppl 1932; 4: 1-206.
3. St.meld. nr. 17 (1996-97). Om innvandring og det flerkulturelle Norge.
4. Hjern A. Migrationsmedisinsk forskning. En oversikt. Stockholm: Medicinska forskningsrådet, 1995.
5. Marmot MG, Syme SL, Kagan A, Kato H, Cohen JB, Bolsky J et al. Epidemiologic studies of CHD and stroke in Japanese men living in Japan, Hawaii and California: prevalence of coronary and hypertensive heart disease and associated risk factors. Am J Epidemiol 1975; 102: 514-25.
6. Steihaug S, Rutle O. Legesøkning blant pakistanske innvandrere. Konsultasjonsmønster og diagnosefordeling ved et helsesenter i Oslo. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 2440-3.
7. Eriksen TH, Sørheim TA. Kulturforskjeller i praksis. Perspektiver på det flerkulturelle Norge. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1994.
8. Dyregrov K. Interkulturell kommunikasjon i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 2444-6.

Publisert: 30. juni 1997. Tidsskr Nor Lægeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.