

Innvandrerens bruk av poliklinisk psykiatrisk tjeneste

Sammendrag

Bakgrunn. Vi ønsket å identifisere særtrekk hos pasienter med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn og sammenlikne deres bruk av polikliniske tjenester ved et distriktspsykiatrisk senter (DPS) i Oslo med etnisk norske pasienters.

Materiale og metode. Utvalget besto av alle pasienter som var i poliklinisk behandling ved Tøyen DPS (N = 1095). Etnisk norske og ikke-vestlige innvandrere ble sammenliknet på demografiske og kliniske variabler, og variabler relatert til bruk av polikliniske tjenester. Symptombelastning ble målt med bruk av Global Assessment of Functioning (GAF). I tillegg ble pasientene sammenliknet med befolkningen i opptaksområdet for poliklinikken i forhold til kjønn, etnisk bakgrunn og selvrapporert psykisk helse med bruk av data fra Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO).

Resultat og fortolkning. Gjennomsnittsalder, symptombelastning og antall konsultasjoner var tilnærmet lik i de to gruppene. Andelen av ikke-vestlige pasienter var større enn andelen ikke-vestlige innbyggere i poliklinikens opptaksområde. Dersom de etniske gruppene brukte polikliniske tjenester sammenliknet med disse gruppene selv har rapportert om psykiske symptomer, indikerer funnene at ikke-vestlige innvandrere bruker polikliniske psykiatriske tjenester mindre enn forventet.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 158

Touraj Ayazi

ayazi_t@yahoo.no
Lovisenberg Diakonale Sykehus
Tøyen distriktspsykiatriske senter (DPS)
Hagegaten 32
0653 Oslo

Kjell-Petter Bøgwald

Psykiatrisk forskning og undervisning
Diakonhjemmet sykehus

Psykisk helsetilstand hos ikke-vestlige innvandrere og deres bruk av psykisk helsetjeneste er viktig i et helsepolitisk perspektiv. Det er imidlertid foretatt få undersøkelser av dette i Norge.

Studier om etniske minoriteters og innvandrerens psykiske helse og deres bruk av psykiske helsetjenester er ikke entydige (1), og kvaliteten av undersøkelsene varierer (2). Det er uenighet blant forskere om definisjonen av en etnisk gruppe eller måten etnisitet klassifiseres på, hovedsakelig på grunn av begrepsets kompleksitet (3). I ulike studier konsentrerer man seg ofte om bestemte grupper: immigranter, etniske minoriteter, asylsøkere/flyktninger eller studenter. Studiene omhandler dessuten ofte bestemte geografiske områder. Ulike undersøkelser setter også søkelyset på ulike psykiske lidelser og datakilder. Mange studier tar utgangspunkt i data fra primærhelsetjenesten, mens andre baserer seg på data fra sykehusinnleggelse.

Et sentralt funn i internasjonale studier er en høyere forekomst av schizofreni og relaterte psykoser blant ikke-vestlige innvandrere. Når det gjelder forekomst av andre psykiske lidelser, er ikke funnene like entydige som for schizofreni (4). Bhugra refererer til studier som viser både høyere og lavere andel psykiske plager hos immigranter i England (1).

Studier fra England og Nederland tyder på forskjeller i bruk av det psykiske helsetilbudet mellom etniske minoriteter og majoritetsbefolkningen (5). Det er rapportert en høyere bruk av primærhelsetjenester hos etniske minoriteter, mens bruken av polikliniske spesialisttjenester er lavere enn hos den etniske majoriteten (6).

Det er et begrenset antall studier om innvandrerens psykiske helse i Norge. Resultatene peker i ulike retninger, de fleste avdekker likevel dårligere psykisk helse hos ikke-vestlige innvandrere enn hos etnisk norske. Ifølge Blom viste undersøkelser foretatt tidlig i 1990-årene en underrapportering av «nervøse lidelser» hos innvandrere (7). Ifølge hans levekårundersøkelse var andelen

ikke-vestlige innvandrere som anga å ha en varig sykdom, lavere enn den tilsvarende andelen blant etnisk norske. Forekomsten av nervøse lidelser blant ikke-vestlige innvandrere var imidlertid høyere. Den seneste befolkningsundersøkelsen på dette feltet er Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO) fra 2000 (8). Denne viste at ikke-vestlige innvandrere oftere rapporterte forekomst av psykiske symptomer enn både andre innvandrere og etnisk norske. Blant tenåringer rapporterte hele 28 % av innvandrerungutterne at de hadde så mye psykiske plager at man må anta at det gikk utover atferden i hverdagen (9). Tilsvarende tall hos etnisk norske gutter var 11 %. Hos jentene var det ingen forskjeller mellom de etniske gruppene.

De fleste studier i Norge som går på bruk av psykiske helsetilbud blant innvandrere, sammenlikner innleggelsesrater ved psykiatriske sykehus. Iversen & Morken gjennomgikk innleggelse ved Østmarka sykehus i perioden 1995–2000 (10). Resultatet viste en høyere innleggelsesrate blant asylsøkere enn blant immigranter og etnisk norske, som på sin side hadde lik risiko for innleggelse. Pasienter med immigrantbakgrunn var imidlertid hyppigere tvangsinnlagt. Berg & Johnsen fant ikke noen forskjell i antall akutte innleggelse av etnisk norske og pasienter med innvandrerbakgrunn ved Lovisenberg Diakonale Sykehus (11). Andelen menn var imidlertid høyere blant dem med ikke-norsk bakgrunn.

Målet med denne undersøkelsen var å:

- Identifisere mulige forskjeller mellom pasienter med norsk og ikke-vestlig etnisitet ved en voksenpsykiatrisk poliklinikk
- Sammenlikne bruk av polikliniske tjenester hos etnisk norske pasienter og hos pasienter med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn

Materiale og metode

Data for undersøkelsen ble innsamlet retrospektivt. Utgangspunktet var en anonym

Hovedbudskap

- Ikke-vestlige innvandrere bruker hyppigere psykiatrisk poliklinikk enn norskfødte
- Etter antatt symptombelastning, er innvandrere underforbrukere av psykiske helsetjenester

sert versjon av elektroniske journaldata fra polikliniske pasienter ved Tøyen distriktspsykiatriske senter (DPS) i Oslo. På undersøkelsestidspunktet tilbød poliklinikken psykisk helsetjeneste til befolkningen i bydelene Gamlebyen og Grünerløkka. I 2003 hadde 23 % av innbyggere ikke-vestlig og 5 % vestlig bakgrunn, mens 72 % var etnisk norske. Utvalget (N = 1 095) besto av alle pasienter som var i behandlingskontakt med Tøyen poliklinikk i løpet av året.

Pasientens kjønn, alder og etniske bakgrunn ble valgt som demografiske variabler. Den etniske bakgrunn ble valgt som avhengig variabel og definert slik det gjøres av Statistisk sentralbyrå: «Med innvandrerbefolkningen menes personer med to utenlandsfødte foreldre. Til innvandrerbefolkningen hører førstegenerasjonsinnvandrere, som selv er født i utlandet – og personer født i Norge med to utenlandsfødte foreldre» (12).

Opplysninger om pasientenes etniske bakgrunn ble hentet fra journalen. Personer med bakgrunn fra 55 ulike land var representert i poliklinikkens pasientregister i den aktuelle perioden. Pasientene ble inndelt i tre etniske grupper: norsk, vestlig, og ikke-vestlig, i henhold til Statistisk sentralbyrås inndeling (12). I denne undersøkelsen ble adopterte fra ikke-vestlige land ikke regnet som innvandrerbefolkning.

Pasientenes diagnoser ble registrert etter ICD-10 og er basert på klinikerbedømt diagnose. Siden diagnosesystemet muliggjør flere hundre forskjellige diagnoser, ble det valgt å kategorisere pasientene i følgende diagnosegrupper: psykose, depressive lidelser, angstlidelser og personlighetsforstyrrelser. Siden vi fant det av spesiell interesse å undersøke om det var forskjellig forekomst av posttraumatisk stresslidelse i de ulike etniske gruppene, ble denne diagnosen skilt ut for seg. I tillegg til den psykiatriske hoveddiagnosen, ble eventuelt rusrelatert tilleggdiagnose registrert. Et gjennomsnitt av pasientens registrerte skårer på instrumentet Global Assessment of Functioning (GAF) i 2003 ble brukt som mål på pasientenes funksjonsnivå og symptombelastning med henblikk på psykiske lidelser. GAF-skåringer ble foretatt av behandler ved inntak og ved avsluttet behandling.

Antall konsultasjoner i løpet av året 2003 ble valgt som mål på pasientenes bruk av poliklinisk psykiatrisk tjeneste. Pasientene ble også kategorisert etter henvisningstype, dvs. ordinær henvisning og henvisning til poliklinikkens tjeneste for øyeblikkelig hjelp.

Khikvadrattest ble brukt for sammenlikning av nominelle data, mens uavhengig t-test ble brukt for sammenlikning av gjennomsnittsverdier. Siden undersøkelsespopulasjonen var stor (N = 1 095), ble det brukt tosidige tester og p-verdi < 0,01 som grense for signifikant forskjell mellom grupper.

Tabell 1 Antall og andel (%) polikliniske pasienter ved Tøyen distriktspsykiatriske senter (DPS) etter etnisk bakgrunn og kjønn i 2003

Land	Totalt (%)	Kjønn	
		Kvinne (%)	Mann (%)
Norge	740 (68)	411 (56)	329 (44)
Vestlige land	19 (1,7)	13 (68)	6 (32)
Ikke-vestlige land	332 (30,3)	141 (42)	191 (58)
Indiske subkontinent	45 (4,1)	21 (47)	24 (53)
Midtøsten og Tyrkia	133 (12,2)	59 (44)	74 (56)
Afrika sør for Sahara	41 (3,7)	18 (44)	23 (56)
Latin-Amerika	11 (1)	5 (45)	6 (55)
Øst-Europa	29 (2,7)	17 (59)	12 (41)
Øst-Asia	12 (1,1)	7 (53)	5 (42)
Nord-Afrika	56 (5,2)	11 (20)	45 (80)
Ukjent etnisitet	9 (0,8)	5 (0,4)	4 (0,4)
Totalt	1 095 (100)	567 (52)	528 (48)

Tabell 2 Psykiatrisk hoveddiagnose og etnisk bakgrunn hos polikliniske pasienter ved Tøyen DPS, 2003

Diagnose	Ikke-vestlige	Norske		
	Antall (forventet ¹)	Antall (forventet ¹)	Khikvadrat (1 df)	P-verdi
Psykose	92 (98,2)	225 (218,8)	0,8	0,4
Depresjon	97 (97,9)	219 (218,1)	0,2	0,9
Angst	57 (48)	98 (107)	2,9	0,09
Personlighetsforstyrrelse	13 (24,5)	66 (54,5)	8,4	0,003
Posttraumatisk stresslidelse	30 (12,4)	10 (27,6)	37,7	< 0,001
Andre	9 (18)	49 (40)	6,8	0,008

¹ Forventet antall dersom det var lik fordeling av diagnoser i de to gruppene

Resultater

Tabell 1 viser fordelingen av pasienter etter etnisk bakgrunn og kjønn. Siden antall og andel pasienter med vestlig innvandrerbakgrunn var så vidt lav (n = 19; 1,7 %), er videre analyser basert på en sammenlikning mellom to etniske grupper: etnisk norske pasienter og pasienter med ikke-vestlig bakgrunn. Gjennomsnittsalderen for begge pasientgruppene var 36 år, og det var en høyere andel menn blant pasienter med ikke-vestlig bakgrunn.

Det var ingen signifikant forskjell mellom de to pasientgruppene når det gjaldt pasientenes funksjonsnivå målt med GAF. Gjennomsnittlig GAF-skår for etnisk norske var 52,3 (SD 10,4, variasjonsbredde 29,5–80) og for ikke-vestlige pasienter 51,9 (SD 10, variasjonsbredde 24–80). Imidlertid var det en forskjell mellom gruppene mht. diagnosegrupper (tab 2). For eksempel fikk etnisk norske oftere personlighetsforstyrrelse som hoveddiagnose (p < 0,01), mens ikke-vestlige pasienter signifikant oftere hadde diagnosen posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (p < 0,001).

I begge gruppene var det en lav andel med rusrelatert diagnose. Det var imidlertid statistisk signifikant forskjell når det gjaldt

kvinnelige pasienter; det var ingen kvinnelige pasienter med ikke-vestlig bakgrunn som hadde rusrelaterte diagnoser (tab 3).

Andelen pasienter som ble henvist til poliklinikken som øyeblikkelig hjelp, var under 15 %. Blant etnisk norske pasienter var denne andelen noe høyere, men forskjellen var ikke statistisk signifikant.

Gjennomsnittlig antall konsultasjoner var tilnærmet lik i de to pasientgruppene, henholdsvis ni (SD 8,8, variasjonsbredde 1–54) for etnisk norske og åtte (SD 7,2, variasjonsbredde 1–48) for pasienter med ikke-vestlig bakgrunn. Videre var det en tendens til at etnisk norske hadde relativt mange konsultasjoner (mer enn 16), men denne ulikheten var ikke statistisk signifikant. Pasienter som enten hadde en psykose eller personlighetsforstyrrelse, fikk gjennomgående flere konsultasjoner enn pasienter med annen diagnose.

I tabell 4 er pasientpopulasjonens sammensetning med hensyn til etnisk bakgrunn (norsk versus ikke-vestlig innvandrere) sammenliknet med resten av befolkningen i opptaksområdet. Andelen pasienter med ikke-vestlig bakgrunn (30,4 %) var signifikant høyere enn den tilsvarende andelen av befolkningen i opptaksområdet (23 %) (khikvadrat 25,6, p < 0,001).

Tabell 3 Rusrelaterte diagnoser hos polikliniske pasienter ved Tøyen DPS, 2003. Sammenlikning mellom pasienter med ikke-vestlig bakgrunn og etnisk norske pasienter etter kjønn

Rusrelatert diagnose	Ikke-vestlige (%)	Norske (%)	Khikvadrat (1 df)	P-verdi
Menn			0,8	0,35
Ja	16 (8,3)	36 (11)	-	-
Nei	175 (91,6)	293 (89)	-	-
Kvinner			9,7	0,002
Ja	0 (0)	27 (6,6)	-	-
Nei	141 (100)	384 (93,4)	-	-

Tabell 4 Etnisk fordeling av befolkningen i opptaksområdet for Tøyen DPS, 2003. Sammenlikning mellom polikliniske pasienter og totalbefolkningen (vestlige innvandrere er unntatt)

	Ikke-vestlige innvandrere	Norske	Totalt
Pasienter behandlet ved poliklinikken (2003)	332	740	1 072
Personer som ikke ble behandlet ved poliklinikken	13 071	40 875	53 946
Totalt	13 403	41 615	55 018

Diskusjon

Den største andelen menn blant pasienter med ikke-vestlig bakgrunn kan skyldes flere forhold. Ifølge tall fra Statistisk sentralbyrå var det en viss skjevfordeling i opptaksområdet (55% menn av ikke-vestlig bakgrunn mot 51% etnisk norske menn). Men siden tidligere studier har vist at forekomsten av psykiske plager er høyere hos kvinner (13), og at både norske og ikke-vestlige kvinner hyppigere søker hjelp hos allmennlege (8), var det en reell kjønnsforskjell i bruken av psykiatrisk spesialisttjeneste mellom de to etniske gruppene. Den samme skjevheten ble funnet i to tidligere norske studier fra psykiatriske sengeavdelinger (10, 11). De ikke-vestlige kvinnelige pasientene i disse studiene hadde særlig alvorlig funksjonssvikt, noe vi ikke fant i vårt materiale. Målt med GAF fant vi ingen signifikant forskjell i funksjonssvikt eller i forekomsten av psykose hos de ikke-vestlige kvinnelige pasientene sammenliknet med resten av pasientene.

En forklaring på den lave andelen av pasienter med rusrelaterte diagnoser er at undersøkelsen ble foretatt på et tidspunkt hvor pasienter med rusproblemer ble henvist til egne ruspoliklinikker. Rusreformen, som innebærer at allmennpsykiatriske poliklinikker har ansvar for behandling av rusproblemer, trådte først i kraft i 2004, og det er tidligere funnet at rusmisbruk er en sjeldnere bidiagnose hos innvandrere enn etnisk norske (11). Det er rimelig å anta at dette kan ha sammenheng med pasientenes kulturelle og religiøse bakgrunn. En stor andel (78%) av pasienter med ikke-vestlig bakgrunn kommer fra muslimske land. Flere epidemiologiske studier har funnet at innvandrere fra muslimske land, spesielt kvinner, har et lavere forbruk av alkohol enn den vestlige vertsbefolkningen (14, 15). I vårt materiale var det bare blant kvinnelige pasienter at denne forskjellen var statistisk signifikant.

Siden andelen pasienter med ikke-vestlig bakgrunn (30,4%) var høyere enn andelen ikke-vestlige i befolkningen i opptaksområdet (23,0%), konkluderer vi med at de som gruppe var overrepresentert i vårt materiale fra et lokalt distriktspsykiatriske senter i Oslo. Data fra HUBRO-studien tyder på at ikke-vestlige innvandrere har vesentlig dårligere selvrapporert psykisk helse enn etnisk norske (8). Imidlertid er kortversjonen av Hopkins Symptom Check List (HSCL-25), som ble brukt i HUBRO-studien, i utgangspunktet et måleinstrument som viser grad av plagsomme angst- og depresjonsymptomer, og ikke et diagnostisk redskap (16). Denne versjonen av HSCL-25 er ifølge Thapa & Hauff heller ikke spesifikt normert for innvandrerbefolkninger (17).

Selvrapporert psykisk helse i opptaksområdet var imidlertid så mye dårligere blant ikke-vestlige menn at man skulle forvente et enda høyere forbruk av polikliniske psykiatriske tjenester i denne gruppen. Det kan derfor være like riktig å hevde at det forelå et underforbruk av slike tjenester hos ikke-vestlige innvandrere som at forbruket var for høyt. Dette er mer i overensstemmelse med flere internasjonale studier som viser at etnisitet påvirker den hjelpesøkende atferden og at immigranter har et underforbruk av psykiatriske tjenester (18, 19). Fenomenet er blant annet forsøkt forklart med at ikke-vestlige immigranter primært involverer familien når de sliter med psykiske problemer. Samtidig tyder vår studie på at underforbruket av polikliniske psykiatriske tjenester er lavere enn for innleggelses i psykiatriske avdeling. I en annen studie fra samme opptaksområde fant man ingen forskjell i andel av befolkningen som ble akuttinnlagt blant etnisk norske og innvandrere (11).

En begrensning i denne studien var at kliniskernes journaldiagnoser ble lagt til grunn

for våre analyser. Gjennomgående var de ikke basert på standardiserte diagnoseintervjuer, og det er vist at det kan være mer uenighet blant klinikere om diagnostisering av pasienter fra andre kulturer (20). Funnet av forskjellig hyppighet av enkelte diagnoser i de to etniske gruppene kan derfor bero på feilklassifisering av diagnosene. For eksempel kan det hende at den lave forekomst av personlighetsforstyrrelser i den ikke-vestlige pasientgruppen kan forklares med kliniskernes usikkerhet på om pasientens maladaptive atferd er kulturelt eller personlighetsmessig betinget.

Selvrapportering brukes hyppig i undersøkelser av ulikheter i helsetilstand og bruk av helsetjenester. I fravær av en bedre oversikt over innbyggernes behov for behandling av psykiske lidelser, ble behovet for psykiatrisk tjeneste basert på forekomst av psykiske plager slik det fremkommer av HUBRO-studien. Stronks og medarbeider setter spørsmålstegn ved validiteten av selvrapporterte data i tverrkulturelle undersøkelser (6). Det kan være at kulturelle forskjeller ligger til grunn for ulik rapportering av egen helsetilstand. En svakhet ved en slik metode er også at personer med alvorlige psykiske lidelser kan ha en tendens til å la være å delta i undersøkelser (21). Det kan derfor være vanskelig å sammenlikne resultatene av de ulike undersøkelsene om immigranternes helsetilstand og bruk av helsetjeneste.

Tilgang til psykisk helsetilbud ble i denne undersøkelsen begrenset til bruk av polikliniske tjenester og antall konsultasjoner. Målet er ikke dekkende; bruk av andre helsetilbud er ikke tatt med i denne undersøkelsen. Det gjelder bl.a. innleggelses og bruk av dag-senter. Andelen av befolkningen som bruker private helsetilbud er det heller ikke tatt hensyn til. Et mer dekkende mål på bruk av polikliniske tjenester, som for eksempel type behandling (samtaletterapi, medikamentell behandling, osv.), lengden av kontakt, behandlerens profesjon (lege, psykolog, sykepleier, osv.), samt hyppigheten av kontakten, hadde gitt et bedre bilde av variasjoner i etniske gruppers bruk av polikliniske tjenester.

Andelen ikke-vestlige innvandrere som hadde søkt asyl, var ikke kjent i vårt materiale. Det er tidligere funnet at asylsøkere har en betydelig høyere risiko for innleggelse ved psykiatriske sengeavdelinger enn andre innvandrere og etnisk norske (10).

Konklusjon

Kjønnsfordelingen blant etnisk norske og ikke-vestlige pasienter med innvandrerbakgrunn var forskjellig. Det var en signifikant høyere andel av mannlige pasienter i den ikke-vestlige gruppen. Gjennomsnittlig antall konsultasjoner var lik for begge de etniske gruppene. Selv om det var visse forskjeller i bruk av diagnose, hadde gruppene tilnærmet samme nivå av symptomer på psykiske lidelser.

Det var flere ikke-vestlige innvandrere i pasientpopulasjonen enn det man skulle for-

vente ut fra fordelingen i opptaksområdet. Når forekomsten av psykisk lidelse i opptaksområdet tas med i betraktningen, kan resultatet imidlertid tolkes som et sannsynlig underforbruk av poliklinisk helsetjeneste blant innvandrere.

Litteratur

1. Bhugra D. Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109: 243–58.
2. Bhui K, Stansfeld S, Hull S et al. Ethnic variations in pathways to and use of specialist mental health services in the UK. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 105–16.
3. Senior PA, Bhopal R. Ethnicity as a variable in epidemiological research. *BMJ* 1994; 309: 327–30.
4. Lay B, Lauber C, Rössler W. Are immigrants at a disadvantage in psychiatric in-patient care? *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111: 358–66.
5. Bhui K, Bhugra D. Mental illness in Black and Asian ethnic minorities: pathways to care and outcomes. *Adv Psychiatr Treat* 2002; 8: 26–33.
6. Stronks K, Ravelli AC, Reijneveld SA. Immigrants in the Netherlands: Equal access for equal needs? *J Epidemiol Community Health* 2001; 55: 701–7.
7. Blom S. Levekår blant ikke-vestlige innvandrere i Norge. Rapport 98/16. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1998.
8. Grøtvedt L. Helseprofil for Oslo, Voksne. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2002. [www.fhi.no/dav/3646C90F5223402DBFACEF135BDB891A.pdf (20.6.2006).]
9. Oppedal B, Roysamb E. Mental health, life stress and social support among young Norwegian adolescents with immigrant and host national background. *Scand J Psychol* 2004; 45: 131–44.
10. Iversen VC, Morken G. Acute admissions among immigrants and asylum seekers to a psychiatric hospital in Norway. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 515–9.
11. Berg JE, Johnsen E. Innlegges innvandrere oftere enn etniske nordmenn i akuttpsykiatriske avdelinger? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 634–6.
12. Statistisk sentralbyrå. www.ssb.no/innvandring/ (20.6.2006).
13. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1091–8.
14. Reijneveld SA. Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in the Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? *J Epidemiol Community Health* 1998; 52: 298–304.
15. Bradby H, Williams R. Is religion or culture the key feature in changes in substance use after leaving school? Young Punjabis and a comparison group in Glasgow. *Ethn Health* 2006; 11: 307–24.
16. Dalgard OS, Rognerud M, Strand BH. Psykisk helse i helse- og levekårsundersøkelsen i 1998. II. Geografiske forskjeller. *Norsk Epidemiologi* 2002; 12: 249–56.
17. Thapa SB, Hauff E. Gender differences in factor associated with psychological distress among immigrants from low- and middle-income countries. Findings from the Oslo Health Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40: 78–84.
18. Lam AP, Kavanagh DJ. Help seeking by immigrant Indochinese psychiatric patients in Sydney, Australia. *Psych Serv* 1996; 47: 993–5.
19. Lin KM, Inui T, Kleinman AM et al. Sociocultural determinants of the help-seeking behavior of patients with mental illness. *J Nerv Ment Dis* 1982; 170: 78–85.
20. Haasen C, Yagdiran O, Mass R et al. Potential for misdiagnosis among Turkish migrants with psychotic disorders: a clinical controlled study in Germany. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 125–9.
21. Rognerud M, Holte A. Hva vet vi om forskjeller i psykiatrisk sykkelighet? Med spesiell vekt på forskjeller innen Oslo og forskjeller mellom Oslo, Helse øst og resten av landet. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2004. [www.fhi.no/dav/AC82FEEB79.doc (20.6.2006).]

Manuskriptet ble mottatt 3.7. 2006 og godkjent 3.10. 2007. Medisinsk redaktør Geir Jacobsen.