

FAGUTVIKLING

Eldre innvandrerkvinner har dårligere helse enn resten av befolkningen

De har mer angst, depresjon og diabetes. Sykepleiere må være oppmerksom på innvandrerkvinnenes utfordringer.

Jonas Debesay

Professor

Fakultet for helsevitenskap, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Oslomet – storbyuniversitetet

Birgitta Langhammer

Professor

Institutt for rehabiliteringsvitenskap og helseteknologi, Fakultet for helsevitenskap, OsloMet-storbyuniversitetet

Line Nortvedt

Førsteamanuensis

Fakultet for helsevitenskap, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Oslomet – storbyuniversitetet

Innvandrer

Kvinnehelse

Eldre

Sykepleien 2023;111(91013):e-91013

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2023.91013](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2023.91013)

Hovedbudskap

Eldre kvinner som er født i Afrika, Asia og Sør-Amerika og bosatt i Norden, ser ut til å skåre dårligere på mange helseindikatorer sammenliknet med innvandrer menn og majoritetsbefolkningen for øvrig. Forskjellene er knyttet til helseproblemer som angst, depresjon, diabetes, multimorbiditet og stillesittende livsstil. Forskjellene resulterer i dårligere rapportert livskvalitet. Lavere deltakelse i kreftscreeningprogrammer er også et særtrekk blant innvandrerkvinner.

Innvandrerbefolkningen har økt betydelig og utgjør en stor andel av befolkningen i Norden. Andelen varierer fra 7,1 prosent i Finland til 12,3 prosent i Danmark, 16,2 prosent i Norge, 17,9 prosent på Island og 19,5 prosent i Sverige (1). Som følge av lavere sosioøkonomisk bakgrunn har innvandrere flere helseproblemer enn resten av befolkningen, og de har utfordringer med tilgang på helsetjenester (2). I tillegg er innvandrernes samlede forbruk av ulike former for helsetjenester lavere enn i befolkningen for øvrig (3).

«Det er et stort behov for mer kunnskap om sosiale ulikheter og helse i innvandrerbefolkningen.»

Et tydelig mønster i litteraturen om sosiale ulikheter er kjønnsforskjeller i helse. For eksempel er røyking mer vanlig blant menn, mens fedme er mer vanlig blant kvinner (4). Sykepleiere har en profesjonell forpliktelse til å begrense uønsket ulikhet og fremme sosial rettferdighet i helsevesenet (5).

Derfor er det et stort behov for mer kunnskap om sosiale ulikheter og helse i innvandrerbefolkningen, men særlig blant de dårligst stilte, slik som eldre innvandrerkvinner fra Asia, Afrika og Sør-Amerika.

Denne artikkelen bygger på en litteraturgjennomgang av kvalitative og kvantitative studier. Hensikten med den systematiske litteraturgjennomgangen var å identifisere og oppsummere forskning om helsetilstand og effekten av sosiale ulikheter hos eldre innvandrerkvinner i nordiske land. Vi ønsket å undersøke forskning som omhandler helsestatus blant eldre innvandrerkvinner, og i hvilken grad sosiale ulikheter påvirker kvinners helse.

Studiene dekket ulike helsespørsmål

Søket etter empiriske kilder om helsestatus og sosial ulikhet blant innvandrerkvinner i Norden resulterte i ti kvantitative primærstudier. Disse var tverrsnitts- eller kohortstudier. I tillegg fant vi fire kvalitative primærstudier, hvorav en fokusgruppstudie og tre en-til-en-intervjuer. Studiene stammer fra Sverige, Danmark, Norge og Finland.

Enkelte av studiene omhandlet kun eldre innvandrerkvinner, mens andre studier omtalte informasjon om kvinnehelse i større befolkningsutvalg. De kvantitative studiene inkluderte oftere eldre innvandrerkvinner som subgruppe i et bredere utvalg av befolkningen, slik at man kan sammenlikne med andre aldersgrupper, kjønn og landbakgrunn.

De kvantitative studiene i litteraturgjennomgangen undersøkte sosiale og økonomiske konsekvenser for helse ved å sammenlikne innvandrerkvinnens helseatferd med enten majoritetsbefolkningen i vertslandet eller menn.

Studiene dekket ulike helsespørsmål og trakk i varierende grad inn sosiale eller økonomiske variabler, ofte med søkelys på de største innvandrergroppene i de respektive nordiske landene og med majoritetsbefolkningen som referansegruppe.

Ulikhetene gjenspeiles blant annet i forskjellene mellom innvandreres selvrapporterte sykdomsbyrde. En studie av tyrkiskfødte innvandrere (6) som tar utgangspunkt i den svenske levekårsundersøkelsen, fant en signifikant forskjell i selvrapportert helse (SRH) sammenliknet med den øvrige svenske befolkningen.

Eldre tyrkiske kvinner hadde større risiko for smerter

Høy alder blant tyrkiske kvinner var forbundet med økt risiko for sterke smerter, angst, søvnproblemer, lavere utdanning og arbeidsledighet. Tyrkiskfødte menn viste også høyere risiko for angst, søvnproblemer og sterke smerter sammenliknet med de svenske kontrollpersonene, men i mindre grad enn de tyrkiske kvinnene (6).

I tillegg viste en annen svensk studie at assyriske og syriskfødte rapporterte om dårligere helse enn den generelle svenske befolkningen (7). Assyriske og syriskfødte respondenter med type 2-diabetes hadde signifikant høyere odds for å rapportere dårligere SRH enn svenskfødte respondenter. Oddsen var høyest for assyriske eller syriske kvinner (7).

«Somaliske kvinner rapporterte om langt dårligere psykisk helse enn sine mannlige kolleger.»

I en annen spørreskjemabasert studie (8) fant forskerne at en tredel av 120 pakistanske kvinner med type 2-diabetes i Oslo rapporterte om dårlig helse. En høyere andel hadde under ti års utdanning. Flertallet oppga at de trengte hjelp til å forstå medisinske opplysninger skrevet på norsk. Utvalget i studien besto av to tredeler kvinner i alderen 51–80 år (8).

En sammenlikning av helsestatus i en finsk studie mellom finskfødte (n = 128) og somaliske flyktninger (n = 128) i alderen 50–80 år indikerte lavere selvrapportert helsetilstand og livskvalitet blant de somaliske respondentene (9).

Studien rapporterer at angst- og depresjonsnivået var betydelig høyere blant eldre somaliere enn blant finnene, og at somaliske kvinner rapporterte om langt dårligere psykisk helse enn sine mannlige kolleger. Forfatterne fant ingen kjønnsforskjeller i den finske gruppen (9).

Iranskfødte kvinner hadde høyere BMI

I en svensk studie av eldre iranskfødte innvandrere (10) ble det meldt om liknende funn. Iranere rapporterte om dårligere helserelatert livskvalitet (HRQL) enn svensker. HRQL hos iranere ble ikke redusert med botid i Sverige. Samtidig viste studien at HRQL økte med botid for iranske kvinner, men ikke for menn (10).

Botid og multimorbiditet blant innvandrere ble også vurdert i en norsk studie (11). Forfatterne fant at multimorbiditeten var signifikant høyere blant flyktninger ved ankomst til Norge, men multimorbiditeten økte også raskt, særlig for kvinnelige arbeidsinnvandrere.

Høyere forekomst av risikofaktorer for hjerte- og karsykdom hos innvandrere, kombinert med andre sentrale forskjeller i helse, har ført til økt søkelys på innvandrergruppers stillesittende livsstil og fysiske aktivitet (12, 13). En befolkningsbasert svensk studie (12) viste at eldre iranskfødte kvinner hadde signifikant høyere kroppsmasseindeks (BMI).

Forfatterne fant ingen signifikante forskjeller i BMI mellom svenske menn og svenske kvinner eller iranske menn. Videre tyder studier (13) på at innvandrerkvinner, inkludert dem fra arabisktalende land og andre ikke-europeiske land, hadde signifikant høyere odds for å ha stillesittende fritid enn kvinner og menn født i Sverige (13).

Eldre innvandrerkvinner møter sjeldnere til mammografi

De nordiske landene tilbyr organisert mammografiscreening, vanligvis med høyt oppmøte. Trenden med lavere oppmøte blant innvandrere har derfor vært et tema i studier av innvandrerkvinner (14, 15). En stor kohortstudie (n = 84 489) (14) viste at eldre, ikke-vestlige kvinner i alderen 60 til 64 år deltar minst i det danske mammografiscreeningprogrammet.

I en studie fra Norge (15) var deltakelsen i brystkreftscreening lavest blant innvandrere på tvers av sosiodemografiske faktorer, som lavere inntekt, arbeidsledighet og under ti års utdanning.

Sammenliknet med norskfødte kvinner var det å være fra andre deler av Vest-Europa, Øst-Afrika og Asia signifikant assosiert med lavere deltakelse, men deltakelsen økte med lengre opphold i Norge. Mer enn 33 prosent av studieutvalget besto av kvinner i aldersgruppen 55 til 69 år (15).

«Kvinnene oppfattet ikke risikoen for brystkreft som verre enn for andre typer kreft.»

De kvalitative studiene i denne oversikten dreide seg om innvandrerkvinnens erfaringer med sosial ulikhet og helse i hverdagen. Lav leseferdighet, lavere inntekt eller kulturell tro var fremtredende kjennetegn ved innvandrerkvinnens erfaringer med helse og velvære.

Den danske studien (16) som undersøkte eldre innvandrerkvinnens erfaringer med å delta i mammografiscreening, beskriver kvinnens synspunkter på brystkreftscreening. Kvinnene oppfattet ikke risikoen for brystkreft som verre enn for andre typer kreft, diabetes, smittsomme sykdommer, hjerte- og karsykdommer eller psykiske problemer, som også var vanlige i deres lokalsamfunn.

Fokusgruppene, som besto av innvandrere fra Somalia, Tyrkia, Pakistan og arabiske land, hadde lavere utdanningsnivå og sysselsetting, og bare noen få hadde deltatt på mammografiscreeningprogrammer (16).

En annen intervjustudie (17), som besto av 29 eldre innvandrere som bor i Sverige, beskrev kvinners grenseoverskridende forpliktelser og konkurrerende hverdagsprioriteringer som hindre for å delta i mammografiscreening.

Innvandrerkvinnene opplevde å ha lite tid til egenomsorg

Kampen med å sikre økonomisk hjelp til pårørende i utlandet og problemer i hverdagen ga lite tid til egenomsorg og prioritering av blant annet mammografiscreening. Det var mer presserende å forsøke å etablere et sosialt liv i Danmark og samtidig hjelpe pårørende i fødelandet som led av pågående krig og fattigdom (17).

En studie (18) av eldre iranske innvandrere i Sverige viste hvordan det å bo i et nytt land påvirket deres oppfatninger av helse og velvære. Kvinnene opplevde vanskeligheter med å etablere sosiale relasjoner når de verken snakket vertslandets språk eller hadde venner på sin egen alder.

«Begrenset aktivitet på grunn av språkbarrierer førte til et smalere sosialt nettverk.»

Begrenset aktivitet på grunn av språkbarrierer førte til et smalere sosialt nettverk. Omgangskretsen besto hovedsakelig av pårørende. Selv om deltakerne beskrev seg selv som sunne, klaget de over diffuse smerter, magesmerter, hodepine og søvnløshet (18).

Ulike idealer om helse og uhelse ser også ut til å påvirke innvandrerkvinnens behov og mulighet for å søke helsehjelp. Til tross for erfaringer med redusert trivsel på grunn av et dårligere sosialt liv, manglende følelse av mening og fysiske lidelser vurderer mange eldre kvinner at en positiv holdning kunne kurere sykdommene deres (19).

Eldre kvinner er generelt mer utsatt

Hensikten med denne systematiske litteraturgjennomgangen var å belyse faktorer knyttet til helseforskjeller som følge av sosiale ulikhet blant innvandrerkvinner. Utenfor Norden har den negative påvirkningen av sosiale ulikheter på kvinnehelse vært kjent lenge (4). Eldre kvinner har større sannsynlighet for å oppleve generelle helseproblemer, inkludert arbeidsrelatert stress, diskriminering og fysiske farer (20).

Kjønn, sosial status og etnisitet kan derfor til sammen forklare negative effekter på helsestatus (21). Å være sosialt stigmatisert i kraft av å være kvinne, eldre, innvandrer og ha lavere sosioøkonomisk status til sammen (22) er nettopp det vår gjennomgang antyder kan bidra til økt sykdom og helseproblemer blant innvandrerkvinner i Norden.

Til forskjell fra våre funn har andre studier tidligere vist en relativ helsefordel og enda høyere forventet levealder for innvandrere generelt, noe som vitner om en *healthy migrant effect* (23). Likevel ser disse fordelene ofte ut til å forsvinne med akkulturasjon og dårligere sosioøkonomisk status senere i livet (24).

Sykepleiere må være bevisst

Det er også en indikasjon på at innvandrernes helsefordeler er mer fremtredende når det gjelder dødelighet enn sykdom (23). Videre fant forskerne i en studie av forventet levealder i seks europeiske land at dødelighetsmønstrene på tvers av innvandrerbefolkningene var heterogene og varierte på tvers av kjønn, aldersgruppe og destinasjonsland (25).

Til tross for økt bevissthet og innsats de siste tiårene for å redusere virkningen av sosiale ulikheter på helse i Europa, inkludert de nordiske landene, har ulikhetene vedvart (4, 7, 26). Videre, som denne gjennomgangen viser, har få studier utforsket spørsmålet om sosiale ulikheter og helsetjenester med søkelys på innvandrerbefolkninger i Norden.

Enda færre har undersøkt eldre innvandrerkvinner (27). For å ivareta sykepleiernes plikt til å sikre rettferdighet og sosial rettferdighet må sykepleierne være oppmerksomme på eldre innvandrerkvinnens mulige økonomiske og helsemessige ulemper og redusert tilgang til helsetjenester.

Studiene som vi har identifisert i denne litteraturgjennomgangen, tyder på at eldre innvandrerkvinner i Norden har dårligere helse og mindre tilgang til helsetjenester enn majoritetsbefolkningen og menn generelt.

Denne artikkelen viser at helsetjenester og helsestatus for innvandrerkvinner ser ut til å være knyttet til deres sosioøkonomiske status, noe som betyr at de er mest utsatt for uhelse. Dette kan derfor sette sykepleieres faglige forpliktelse til å overholde rettferdighet og sosial rettferdighet i helsevesenet i fare.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.



MER UTSATT: Kjønn, sosial status og etnisitet kan til sammen forklare negative effekter på innvandrerkvinner helse. *Illustrasjonsfoto: Science Photo Library/NTB*

1. Eurostat. Migration and migrant population statistics 2021. Tilgjengelig fra: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migration_and_migrant_population_statistics#Migrant_population: 23 million non-EU citizens living in the EU on 1 January 2020](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migration_and_migrant_population_statistics#Migrant_population:_23_million_non-EU_citizens_living_in_the_EU_on_1_January_2020) (nedlastet 03.01.2023).
2. Debesay J, Tschudi-Madsen C. Migrasjonens betydning for profesjonsutøvelse i helsetjenesten. I: Debesay J, Tschudi-Madsen C, red. Migrasjon, helse og profesjon. Oslo: Gyldendal; 2018. s. 11–21.
3. Debesay J, Arora S, Bergland A. Migrants' consumption of healthcare services in Norway: Inclusionary and exclusionary structures and practices. *Inclusive Consumption* 2019. s. 63–78.
4. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-JR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med*. 2008;358(23):2468–81. DOI: [10.1056/NEJMs0707519](https://doi.org/10.1056/NEJMs0707519)
5. Massey P, Durrheim D. Income inequality and health status: a nursing issue. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2007;25(2):84–8.
6. Steiner KH, Johansson SE, Sundquist J, Wandell PE. Self-reported anxiety, sleeping problems and pain among Turkish-born immigrants in Sweden. *Ethnicity & Health*. 2007;12(4):363–79. DOI: [10.1080/13557850701300673](https://doi.org/10.1080/13557850701300673)

7. Taloyan M, Wajngot A, Johansson SE, Tovi J, Sundquist J. Poor self-rated health in adult patients with type 2 diabetes in the town of Sodertalje: A cross-sectional study. *Scand J Prim Health Care*. 2010;28(4):216–20. DOI: [10.3109/00016349.2010.501223](https://doi.org/10.3109/00016349.2010.501223)
8. Abuelmagd W, Hakonsen H, Mahmood KQ, Taghizadeh N, Toverud EL. Living with diabetes: personal interviews with Pakistani women in Norway. *J Immigr Minor Health*. 2018;20(4):848–53. DOI: [10.1007/s10903-017-0622-4](https://doi.org/10.1007/s10903-017-0622-4)
9. Molsa M, Punamaki RL, Saarni SI, Tiilikainen M, Kuittinen S, Honkasalo ML. Mental and somatic health and pre- and post-migration factors among older Somali refugees in Finland. *Transcult Psychiatry*. 2014;51(4):499–525. DOI: [10.1177/1363461514526630](https://doi.org/10.1177/1363461514526630)
10. Koochek A, Montazeri A, Johansson SE, Sundquist J. Health-related quality of life and migration: a cross-sectional study on elderly Iranians in Sweden. *Health Qual Life Outcomes*. 2007;5:60. DOI: [10.1186/1477-7525-5-60](https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-60)
11. Diaz E, Kumar BN, Gimeno-Feliu LA, Calderon-Larranaga A, Poblador-Pou B, Prados-Torres A. Multimorbidity among registered immigrants in Norway: the role of reason for migration and length of stay. *Trop Med Int Health*. 2015;20(12):1805–14. DOI: [10.1111/tmi.12615](https://doi.org/10.1111/tmi.12615)
12. Koochek A, Johansson SE, Kocturk TO, Sundquist J, Sundquist K. Physical activity and body mass index in elderly Iranians in Sweden: a population-based study. *Eur J Clin Nutr*. 2008;62(11):1326–32. DOI: [10.1038/sj.ejcn.1602851](https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1602851)
13. Lindstrom M, Sundquist J. Immigration and leisure-time physical inactivity: a population-based study. *Ethn Health*. 2001;6(2):77–85. DOI: [10.1080/13557850120068405](https://doi.org/10.1080/13557850120068405)
14. Kristiansen M, Thorsted BL, Krasnik A, Von Euler-Chelpin M. Participation in mammography screening among migrants and non-migrants in Denmark. *Acta Oncologica*. 2012;51(1):28–36. DOI: [10.3109/0284186X.2011.626447](https://doi.org/10.3109/0284186X.2011.626447)
15. Le M, Hofvind S, Tsuruda K, Braaten T, Bhargava S. Lower attendance rates in BreastScreen Norway among immigrants across all levels of socio-demographic factors: a population-based study. *Journal of Public Health*. 2019;27(2):229–40. DOI: [10.1007/s10389-018-0937-1](https://doi.org/10.1007/s10389-018-0937-1)
16. Kristiansen M, Lue-Kessing L, Mygind A, Razum O, Norredam M. Migration from low- to high-risk countries: a qualitative study of perceived risk of breast cancer and the influence on participation in mammography screening among migrant women in Denmark. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2014;23(2):206–13. DOI: [10.1111/ecc.12100](https://doi.org/10.1111/ecc.12100)

17. Kessing LL, Norredam M, Kvernrod AB, Mygind A, Kristiansen M. Contextualising migrants' health behaviour – a qualitative study of transnational ties and their implications for participation in mammography screening. *BMC Public Health*. 2013;13:10. DOI: [10.1186/1471-2458-13-431](https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-431)
18. Emami A, Ekman S. Living in a foreign country in old age: life in Sweden as experienced by elderly Iranian immigrants. *Health Care in Later Life*. 1998;3(3):183–98.
19. Emami A, Tishelman C. Reflections on cancer in the context of women's health: focus group discussions with Iranian immigrant women in Sweden. *Women Health*. 2004;39(4):75–96. DOI: [10.1300/J013v39n04_05](https://doi.org/10.1300/J013v39n04_05)
20. Payne S, Doyal L. Older women, work and health. *Occup Med (Lond)*. 2010;60(3):172–7. DOI: [10.1093/occmed/kqq030](https://doi.org/10.1093/occmed/kqq030)
21. Rosenfield S. Triple jeopardy? Mental health at the intersection of gender, race, and class. *Soc Sci Med*. 2012;74 (11):1791–801. DOI: [10.1016/j.socscimed.2011.11.010](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.010)
22. Chappell NL, Havens B. Old and female: Testing the double jeopardy hypothesis. *The Sociological Quarterly*. 1980;21(2):157–71.
23. Vang ZM, Sigouin J, Flenon A, Gagnon A. Are immigrants healthier than native-born Canadians? A systematic review of the healthy immigrant effect in Canada. *Ethn Health*. 2017;22(3):209–41. DOI: [10.1080/13557858.2016.1246518](https://doi.org/10.1080/13557858.2016.1246518)
24. Biddle N, Kennedy S, McDonald JT. Health assimilation patterns amongst Australian immigrants. *The Economic Record*. 2007;83(260):16–30. DOI: [10.1111/j.1475-4932.2007.00373.x](https://doi.org/10.1111/j.1475-4932.2007.00373.x)
25. Ikram UZ, Mackenbach JP, Harding S, Rey G, Bhopal RS, Regidor E, et al. All-cause and cause-specific mortality of different migrant populations in Europe. *Eur J Epidemiol*. 2016;31(7):655–65. DOI: [10.1007/s10654-015-0083-9](https://doi.org/10.1007/s10654-015-0083-9)
26. Kravdal H. Widening educational differences in cancer survival in Norway. *Eur J Public Health*. 2014;24(2):270–5. DOI: [10.1093/eurpub/ckt082](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt082)
27. Morville A-L, Erlandsson L-K. Methodological challenges when doing research that includes ethnic minorities: a scoping review. *Scand J Occup Ther*. 2016;23(6):405–15. DOI: [10.1080/11038128.2016.1203458](https://doi.org/10.1080/11038128.2016.1203458)