

I prosjektet «Psykiske lidelser blant minoritetskvinner: Risikofaktorer og konsekvenser fra et livsløpsperspektiv», finansiert av Norges forskningsråd, hadde vi som mål å få oversikt over bruk av distriktpsykiatriske sentre (DPS) blant kvinner med innvandrerbakgrunn og undersøke om risikofaktorer for, og konsekvenser av, psykiske lidelser (målt som kontakt med DPS) var like for kvinner med innvandrerbakgrunn og kvinner i befolkningen for øvrig.

Vi fant at innvandrerkvinner bruker DPS i mindre grad enn kvinner for øvrig, men at det er stor variasjon ut fra landbakgrunn og botid. Kjente risikofaktorer for psykiske lidelser hadde ofte mindre betydning for innvandrerkvinner bruk av DPS. *Funnene viser at innvandrerkvinner som bruker DPS framstår mer ressurssterke (f.eks. mtp. utdanning og arbeid) enn innvandrerkvinner som ikke er i kontakt med DPS. Dette kan tyde på at innvandrerkvinner med færre sosioøkonomiske ressurser opplever større barrierer for bruk av helsetjenester om behov.*

Når vi ser på hvordan det går med kvinner som har vært i kontakt med DPS i forhold til utdanning, og inntekt fant vi at bruk av DPS er assosiert med lavere fullføring av videregående skole, et inntektstap og forhøyet sannsynlighet for samlivsbrudd. Det positive er at de relative forskjellene mellom de som har brukt DPS og de som ikke har brukt DPS er, for det meste, ikke er større blant innvandrerkvinner enn blant majoritetskvinner for øvrig.

#### Datamateriale og metoder

I prosjektet benyttet vi data fra legerefusjonsordningen (KHUR) om kontakt med DPS, kontakt med fastlege, samt diagnoseinformasjon. Denne informasjonen ble koblet til data fra Statistisk sentralbyrå (SSB) vedrørende demografiske opplysninger, utdanning, arbeidsdeltagelse, inntekt og trygdoverføringer. Data ble koblet sammen fra 2006-2014. Vi benyttet ulike årganger for ulike problemstillinger. Prosjektet hadde godkjenning fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk sør-øst (REK 2014/1970), og alle aktuelle registreiere tillot bruk av deres data.

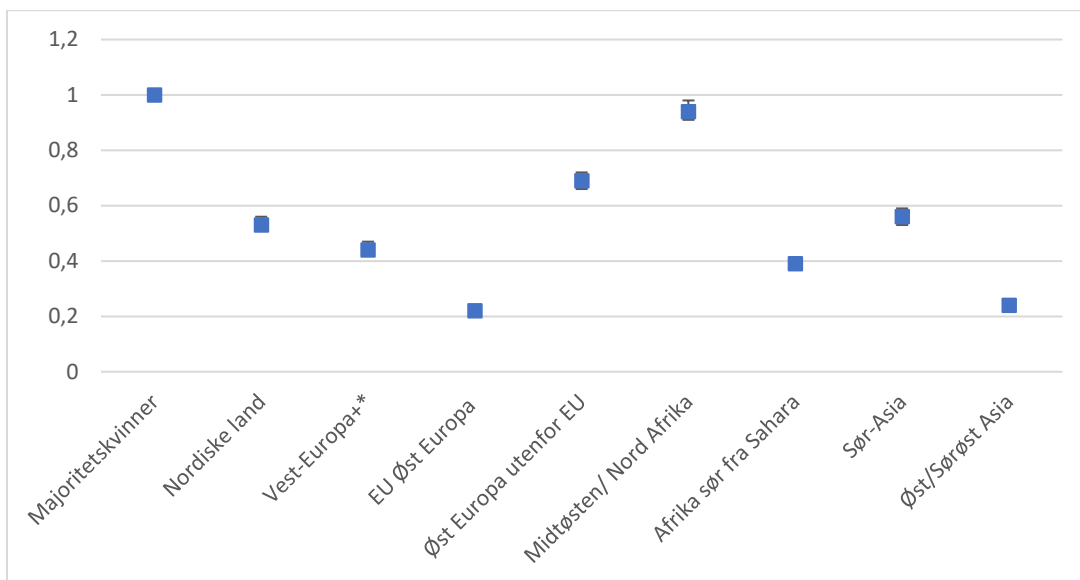
Innvandrere er definert som utenlandskfødte med to utenlandskfødte foreldre. I noen av våre studier sa vi også på etterkommere, dvs. de som er født i Norge med to utenlandskfødte foreldre. Sammen er disse to gruppene referert til som personer med innvandrerbakgrunn. Den øvrige befolkningen refereres i det videre til som majoritetsbefolkningen for øvrig.

#### Oversikt over bruk av DPS blant innvandrerkvinner

I den første delen av prosjektet så vi på bruk av DPS over en femårsperiode blant kvinner med innvandrerbakgrunn (1). Både etterkommere og innvandrerne hadde omtrent halvparten av sjansen for å bruke DPS sammenlignet med majoritetskvinner. Dette varierte ut fra landbakgrunn. Innvandrerkvinner fra østeuropeiske land, fra EU land og fra øst og sør-øst Asia hadde den laveste bruken, mens innvandrerkvinner fra Midtøsten hadde bruk nærmere, men fortsatt lavere enn majoritetskvinner (figur 1). Botid var også et viktig aspekt – det var kun etter 20 år at bruk av DPS blant innvandrerkvinner var tilsvarende som for majoritetskvinner, etter justeringer for alder og inntekt.

Videre fant vi at blant de som hadde brukt DPS minst en gang og hadde en angst- eller depresjonsdiagnose i løpet av en femårsperiode, hadde kvinner fra land utenfor det Europeiske økonomiske samarbeidsområdet (EØS), USA, Canada, Australia og New Zealand, færre konsultasjoner enn majoritetskvinner. Dette kan tyde på at det er høyere frafall i behandling for disse gruppene. Dermed opplever innvandrerkvinner ikke kun barrierer mtp. å få tilgang til helsetjenester, men også med å opprettholde tilgangen. Om behandlingen oppleves som nyttig og om helsepersonell har kompetanse til å forstå den enkeltes situasjon kan være viktig mtp. om innvandrere fortsetter i behandling. I tillegg, gitt at det samme funnet ikke gjaldt for etterkommere, kan språkferdigheter også ha noe å si for frafallet.

I en annen studie fulgte vi individer (både menn og kvinner) som hadde vært hos fastlege for psykiske plager over en toårsperiode for å se hvem som hadde kontakt med DPS (2). Omlag 14% av innvandrere og 13% av den øvrige befolkningen brukte DPS i oppfølgingsperioden, men dette varierte igjen etter landbakgrunn. Det kan indikere at den lavere bruken av DPS vi har funnet blant innvandrerkvinner i stor grad kan skyldes barrierer på primærhelsetjenestenivå. Det vil si at mange ikke oppsøker hjelp hos fastlege, eller at fastlegen ikke klarer å gjenkjenne psykiske problemer like godt blant noen innvandrergrupper.



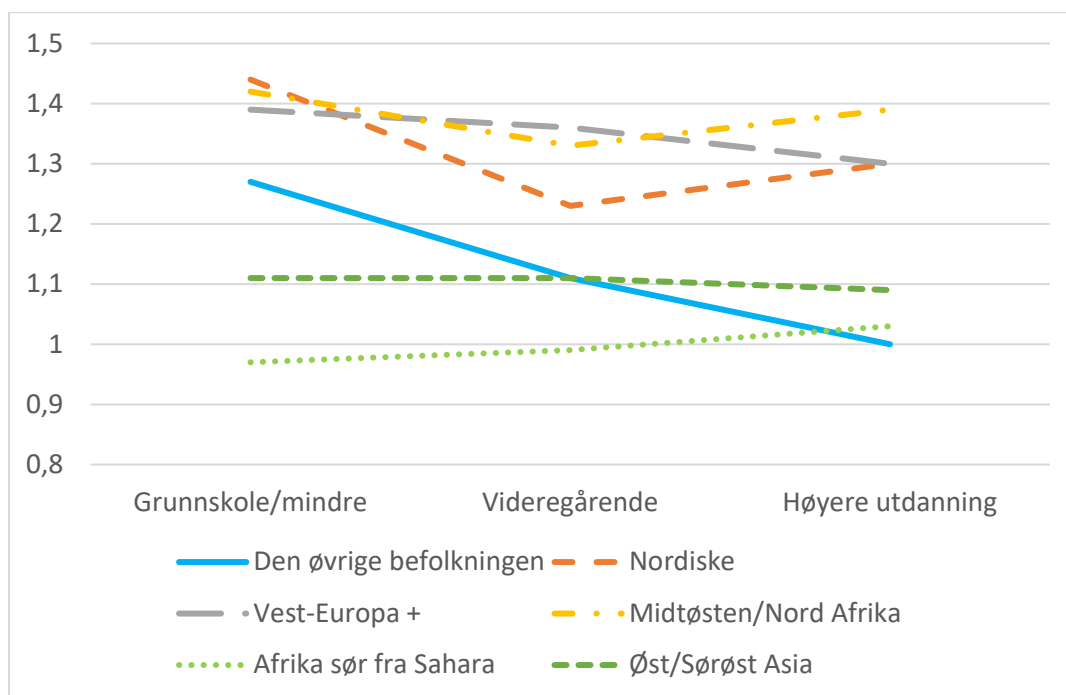
**Figur 1: Oddsrate for bruk av DPS minst en gang over en femårsperiode etter regional landbakgrunn<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Vest Europa+ refereres til vest Europeiske land pluss USA, Canada, Australia og New Zealand (de fleste i denne gruppen kommer fra vest Europeiske land)

### Skeiv fordeling over hvem som bruker DPS tjenester

I prosjektet har vi også identifisert at risikofaktorer for psykiske lidelser (eller bruk av DPS) blant den øvrige befolkningen ikke alltid har den samme betydningen for innvandrere. Det er mulig at det som er en beskyttende faktor for dårlig psykisk helse, også er en muliggjørende faktor for hjelpsøking blant innvandrere. *Dette kan føre til en skeiv fordeling mtp. hvem får tilgang til DPS tjenester.*

Vi fant f.eks. at blant individer som har besøkt fastlege for psykiske plager, var bruk av DPS høyere blant de med lav utdanning (2). Dette er rimelig siden lavere utdanning er assosiert med dårligere psykisk helse. Dette gjaldt imidlertid kun for den øvrige befolkningen og tre av de åtte innvandringsgruppene vi studerte. For de andre gruppene var relasjonen mellom utdanning og bruk av DPS mye svakere, eller det var faktisk ingen sammenheng (figur 2). En fortolkning her er at innvandrere med høyere utdanning og psykiske plager klarer å uttrykke seg på en måte hos fastlegen som gjør det lettere å få henvisning og å komme i kontakt med DPS enn blant innvandrere med lav utdanning. Dette kan være relatert til språkferdigheter, oppfatninger om psykiske lidelser og hvordan de kan behandles, kommunikasjonen med fastlegen eller forståelse av rettigheter. Det kan også tenkes at det er vanskeligere for innvandrere med lav utdanning å orientere seg i hva slags tilbud som eksisterer for behandling, og noen personer tar kanskje en mindre aktiv rolle i beslutninger som blir tatt hos legen.

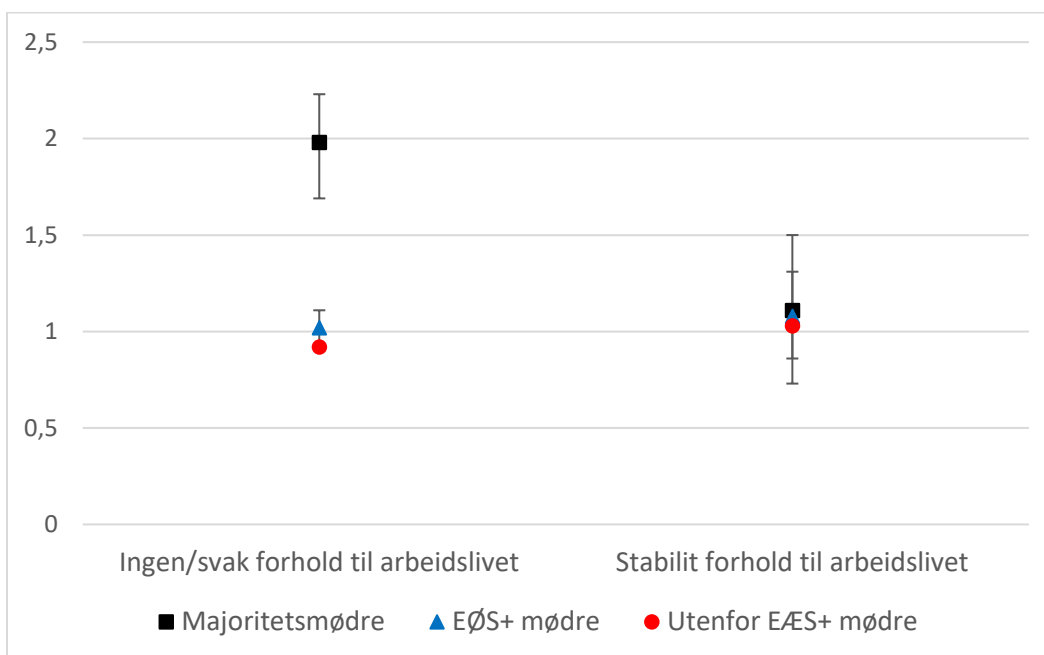


**Figur 2: Hasard ratio for å bruke DPS i toårs oppfølgingsperiode etter besøk til fastlege for psykiske plager ved utdanning og utvalgte regionale landbakgrunner<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Vest Europa+ refereres til vest Europeiske land pluss USA, Canada, Australia og New Zealand (de fleste i denne gruppen kommer fra vest Europeiske land)

I en annen del av prosjektet undersøkte vi risiko for bruk av DPS etter å ha falt ut av arbeidslivet (3). Innvandrerkvinner ble delt i to grupper; kvinner fra land innen EØS og kvinner fra land utenfor EØS. Å falle ut av arbeidslivet var en viktig risikofaktor for både majoritetskvinner og kvinner utenfor EØS land. For kvinner fra land innenfor EØS med botid mindre enn 15 år derimot, var det ingen sammenheng. Utvalget i denne studien inkluderte kun kvinner som hadde hatt en tilknytning til arbeidslivet. En viktig observasjon var at verken kvinner fra land innen- eller utenfor EØS hadde lavere bruk av DPS enn majoritetskvinner. Sett opp mot funnene fra den overnevnte studien (1) kan dette tyde på at innvandrerkvinner som deltar i arbeidslivet lettere kan navigere i helsetjenester og derfor få hjelp for psykiske lidelser. Kvinner som ikke er aktive i arbeidslivet derimot, vil antakelig slite mer med å komme i kontakt med DPS om de har behov.

Vi så også på noe lignende da vi undersøkte bruk av DPS blant gifte kvinner som ble mødre (4). Blant majoritetsmødre hadde kvinner uten et stabilt forhold til arbeidslivet større sannsynlighet for å bruke DPS enn de som var i jobb, mens blant innvandrer-mødre (som hadde vært i Norge i minst fem år) var det ingen forskjell ut fra arbeidslivsstatus (figur 3). Det er merkbart at blant kvinner med et stabilt forhold til arbeidslivet var sannsynligheten for å bruke DPS omtrent den samme som for majoritetsmødre, mødre fra EØS land, USA, Canada, Australia og New Zealand og mødre fra land utenfor EØS, USA, Canada, Australia og New Zealand. Blant mødre uten et stabilt forhold til arbeidslivet derimot, var innvandrere i begge grupper omtrent halvparten så sannsynlig for å bruke DPS som majoritetskvinner (Figur 3). Vi kan ikke utelukke at innvandrer-mødre som ikke jobber har bedre psykisk helse enn majoritetskvinner som ikke jobber. Det er sannsynligvis mindre helseseleksjon blant innvandrer-mødre som ikke jobber på grunn av diskriminering, mangel på kvalifikasjoner i et konkurranseorientert arbeidsmarked, omsorg for store familier og normer for tradisjonelle kjønnsroller, sammenlignet med majoritetsmødre. Om dette er en fullstendig forklaring vil dette kunne gjelde kvinner fra land utenfor EØS, USA, Canada, Australia og New Zealand i større grad enn for kvinner fra EØS land, USA, Canada, Australia og New Zealand. Det er derfor grunn til å tro at arbeidsdeltagelse kan være en viktig muliggjørende faktor for å søke hjelp og for å få tilgang til psykiske helsetjenester ved behov blant innvandrer-mødre.



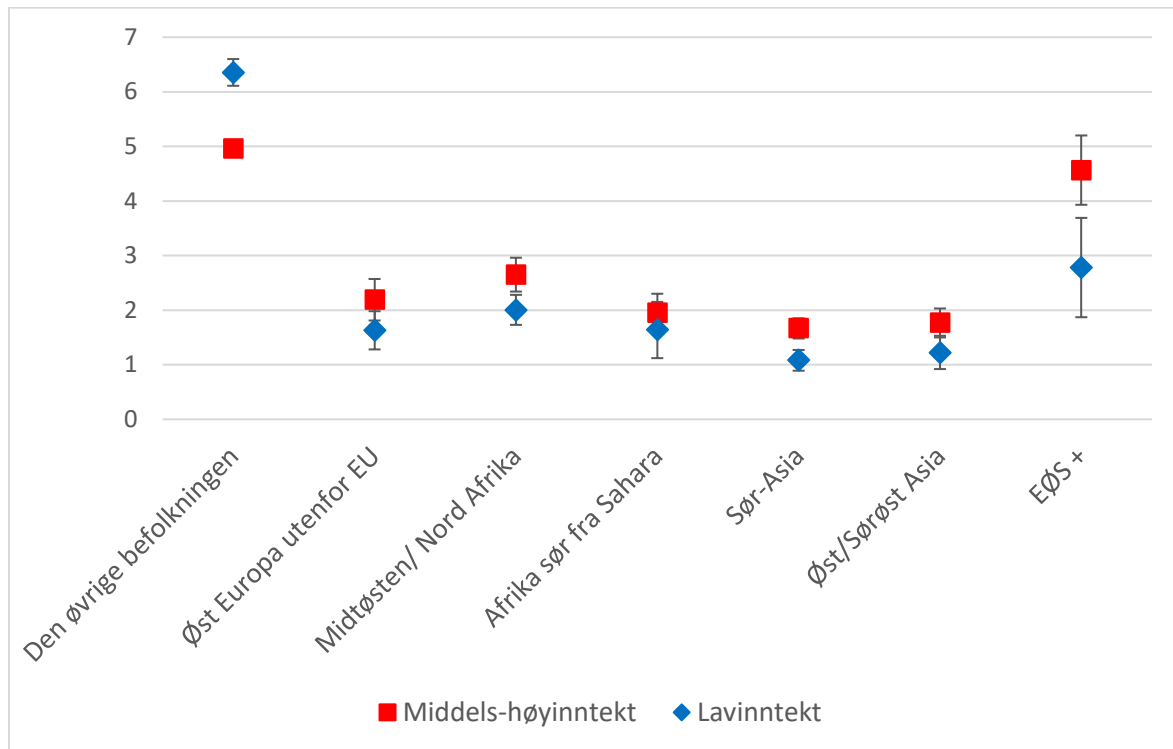
**Figur 3: Årlig sannsynlighet (i prosent) for å bruke DPS blant gifte mødre<sup>1</sup> etter landbakgrunn og forhold til arbeidslivet.**

<sup>1</sup>Utvalget av innvandrere inkluderer kun de med minst fem års botid.

I tillegg har vi sett på hvordan foreldres vedvarende lavinntekt i barns tidlige år (3 - 5 år) er assosiert med bruk av DPS i tidlig voksen alder (5). Utvalget inkluderte både menn og kvinner.

Majoritetsbefolkningen som har vokst opp i familier med vedvarende lavinntekt hadde høyere odds for å bruke DPS i tidlig voksen alder enn barn som vokst opp i familier med middels til høyinntekt. Dette var som forventet. Det viste seg derimot at familieinntekt som småbarn hadde lite å si for bruk av DPS i tidlig voksenalder blant personer med innvandrerbakgrunn. Vi kan ikke utelukke at unge med innvandrerbakgrunn har bedre psykisk helse til tross for opplevd fattigdom i tidlig alder eller at

det finnes andre mekanismer som fungerer som en buffer i denne sammenhengen. Likevel kan en annen trolig forklaring være at de som vokser opp i innvandrerfamilier med høyere inntekt samler mer sosial kapital over tid (f.eks. gjennom utdanning, sosiale nettverk osv.) som kan overføres til bedre helsekompetanse og forståelse av når og hvor man skal søke hjelp ved behov i tidlig voksen alder. Dette vil kanskje gjelde de som vokser opp i innvandrerfamilier med lav inntekt i mindre grad, og barrierer for å få tilgang til DPS ved behov bli større for denne gruppen. Også merkbart er den store forskjellen i bruk av DPS særlig blant de med innvandrerbakgrunn fra land utenfor EØS, USA, Canada, Australia og New Zealand, sammenlignet med den øvrige befolkningen.



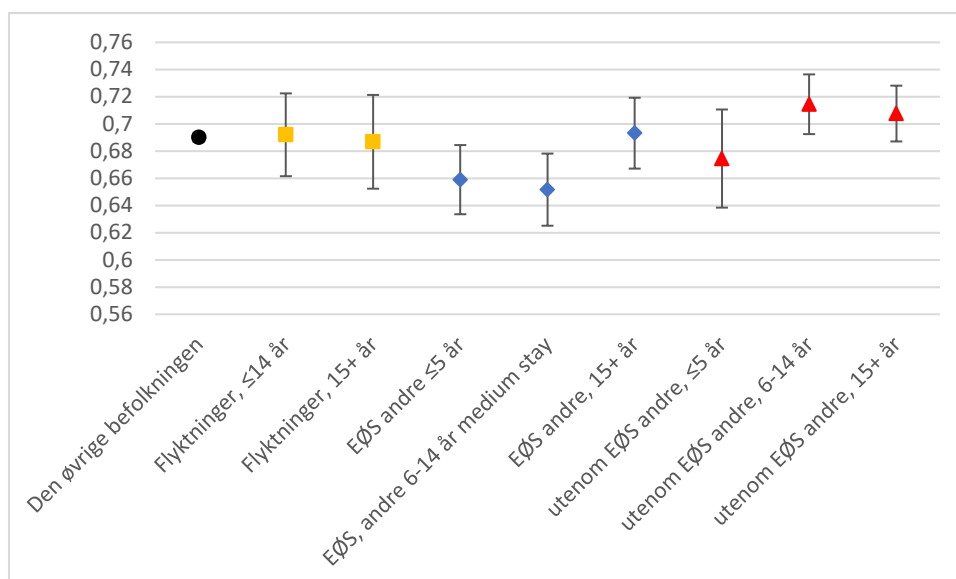
**Figur 4: Årlig sannsynlighet for å bruke DPS<sup>1</sup> etter landbakgrunn<sup>2</sup> og foreldres inntekt i alder 3-5 år**

<sup>1</sup> Utvalget inkluderer innvandrere og etterkommere og både menn og kvinner

<sup>2</sup> EØS+ refereres til EØS land pluss USA, Canada, Australia og New Zealand (de fleste i denne gruppen kommer fra vest Europeiske land)

#### Psykiske lidelser (målt ved DPS bruk) har ikke større konsekvenser for innvandrerkvinner

En direkte konsekvens av å oppleve psykiske lidelser er behov for sykefravær. Langtidssykefravær er generelt assosiert med økt risiko for å falle utenfor arbeidslivet og å benytte trygdeytelser. Vi undersøkte sykefravær i perioden rundt kontakt med DPS (6) og fant at selv om sannsynligheten for sykefravær er høy blant kvinner som har vært i kontakt med DPS, er den ikke høyere blant innvandrerkvinner enn blant majoritetskvinner (figur 5). Blant kvinner fra EØS land med mindre enn 15 års botid i Norge, var den faktisk også litt lavere.



**Figur 5: Sannsynlighet for sykefravær i perioden rundt kontakt med DPS ved innvandrergruppe og botid**

Blant unge kvinner, undersøkte vi sammenhengen mellom bruk av DPS og fullføring av videregående skole (7). Sannsynligheten for å fullføre videregående skole var lavere blant unge kvinner som hadde brukt DPS enn for unge kvinner som ikke hadde brukt DPS, uansett innvandrerbakgrunn. Den relative forskjellen derimot var ikke større blant kvinner med innvandrerbakgrunn enn blant majoritetskvinner, og for noen grupper av innvandrerkvinner var den mindre.

Videre fant vi at unge kvinner opplever et inntektstap i årene etter de begynte med DPS behandling (8). De med lav inntekt opplevde det største inntektstapet. Selv om innvandrerkvinner er overrepresentert i lavinntektsgrupper, var det relative inntektstapet innenfor de fleste innvandrergrupper ikke større enn blant majoritetskvinner. Kvinner fra Vest Europa og EU Øst Europa med høyinntekt opplevde ikke et inntektstap.

### Konklusjon

Innvandrerkvinner som har brukt DPS opplever ikke større negative sosioøkonomiske konsekvenser enn majoritetskvinner, men vi ser at innvandrere, med et særlig fokus på kvinner, bruker DPS i mindre grad enn majoritetsbefolkningen. Med tanke på at selvrapporterte studier finner at innvandrere rapporterer dårligere psykisk helse enn majoritetsbefolkningen, er det vanskelig å tro at den lavere bruken utelukkende er på grunn av et faktisk lavere behov for DPS tjenester. Vi tenker at våre funn heller tyder på at bruk av DPS er et dårligere mål på psykiske lidelser blant innvandrerkvinner enn blant majoritetsbefolkningen, og at innvandrerkvinner opplever en større barriere for å oppsøke hjelp og å få tilgang til DPS ved behov.

Dessuten fant vi at sammenhengen mellom bruk av DPS og noen sosiodemografiske faktorer ikke er de samme for innvandrerkvinner som for den øvrige kvinnelige befolkningen. Gitt at barrierer for bruk av helsetjenester blant innvandrere er godt dokumentert i kvalitativ forskning, mener vi at våre funn viser en skeiv fordeling i hvem som oppsøker hjelp og faktisk får tilgang til DPS. Det kan virke som om at innvandrerkvinner som vokser opp i familier med lavinntekt, som ikke deltar i arbeidslivet, som har lavutdanning, og som har kort botid i Norge, oppsøker hjelp i mindre grad ved behov enn

innvandrerkvinner som vokser opp i familier med god inntekt, som deltar i arbeidslivet, som har høyutdanning, eller som har lang botid i Norge.

**Gitt at vi har et mål om likeverdige helsetjenester er dette bekymringsverdig.** Det kan være behov for en større innsats for å redusere barrierer for bruk av helsetjenester for psykiske lidelser blant innvandrere. Tiltak bør spesielt rettes mot kvinner med innvandrerbakgrunn med kort botid i Norge, de som ikke deltar i arbeidslivet, samt de som har lav utdanning og som har vokst opp i lavinntektsfamilier. Det er også mulig å tenke at strategier som øker arbeidsdeltagelse eller videre utdanning blant innvandrerkvinner også kan bidra til riktig hjelpsøking til riktig tid, som så videre kan redusere negative konsekvenser av å leve med en psykisk lidelse.

I befolkningen for øvrig vet vi at det er et stort misforhold blant de som kunne være i behov av profesjonell hjelp for psykiske lidelser og de som faktisk får det. I sum peker våre funn på at dette misforholdet kan være enda større blant innvandrere. Likevel mangler vi oversikt over den psykiske helsestatusen sammenlignet med faktisk bruk av helsetjenester for å kunne støtte denne antakelsen. Det er derfor behov for videre studier som benytter flere datakilder hvor selvrapportert psykisk helse og/eller kliniske kartleggingsintervjuer, kan sammenlignes med opplysninger om helsetjenestebruk blant innvandrere. Med dette ville vi kunne si mer sikkert om omfanget av misforholdet blant innvandrere sammenlignet med majoritetsbefolkningen, samt mer om kjennetegn ved de som opplever det største misforholdet.

Å kvantifisere dette kan være et viktig steg for å iverksette tiltak for en mer likeverdig helsetjeneste for alle.

#### Referanseliste

1. Straiton ML, Corbett K, Hollander AC, Hauge LJ. Outpatient mental healthcare service use among women with migrant background in Norway: a national register study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2019 Dec 9 [cited 2020 Mar 6];19. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6902575/>
2. Straiton ML, Liefbroer AC, Hollander AC, Hauge LJ. Outpatient mental health service use following contact with primary health care among migrants in Norway: A national register study. *Soc Sci Med*. 2022 Jan 13;294:114725.
3. Straiton M, Hynek KA, Corbett K. The risk of outpatient mental health care service use following departure from work: a cohort register study of migrant and non-migrant women. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):706.
4. Straiton M, Hollander AC, Hynek KA, Liefbroer AC, Hauge LJ. The relationship between motherhood and use of mental health care services among married migrant and non-migrant women: a national register study. *BMC Psychiatry*. 2022 Mar 21;22(1):211.
5. Hynek KA, Abebe DS, Hollander AC, Liefbroer AC, Hauge LJ, Straiton ML. The association between persistent low parental income during preschool age and mental disorder in adolescence and early adulthood: a Norwegian register-based study of migrants and non-migrants. *BMC Psychiatry*. 2022 Mar 19;22(1):206.
6. Straiton M, Liefbroer AC, Hollander AC, Hauge LJ. Sickness absence around contact with outpatient mental health care services – differences between migrants and non-migrants: a Norwegian register study. *BMC Psychiatry*. 2023 Jun 14;23(1):428.

7. Hynek KA, Straiton M, Hauge LJ, Corbett K, Abebe DS. Use of outpatient mental healthcare services and upper-secondary school completion in young women with migrant background – A population-based study. *SSM Popul Health* [Internet]. 2020 Jul 15 [cited 2020 Dec 11];11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7369604/>
8. Hynek KA, Hollander AC, Liefbroer AC, Hauge LJ, Straiton ML. Change in Work-Related Income Following the Uptake of Treatment for Mental Disorders Among Young Migrant and Non-migrant Women in Norway: A National Register Study. *Frontiers in Public Health*. 2022;9:2280.

Prosjektet «*Mental health disorders among minority women: risk factors and consequences from a life-course perspective*» ble finansiert av Norges forskningsråd gjennom kvinnehelseprogrammet (prosjekt nummer: 273262).

Andre artikler som inngår i prosjektet, men som ikke omtales i denne oppsummeringen inkluderer:

1. Hynek KA, Abebe DS, Liefbroer AC, Hauge LJ, Straiton ML. The association between early marriage and mental disorder among young migrant and non-migrant women: a Norwegian register-based study. *BMC Women's Health*. 2022 Jun 27;22(1):258.
2. Straiton M, Hynek KA, Reneflot A, Hauge LJ. Mental disorder and first-time marriage formation among non-Western migrant women: A national register study. *SSM Popul Health*. 2022 Mar;17:101022.
3. Straiton M, Reneflot A, Hynek KA, Liefbroer AC, Hauge LJ. Mental disorder and subsequent marital separation among migrant and non-migrant women. *Health Care Women Int*. 2023 Sep;44(9):1073–91.