

Bruk av sykehus og spesialisthelsetjenester blant innbyggere med norsk og utenlandsk bakgrunn

JON IVAR ELSTAD, JON ERIK FINNVOLD & INGER TEXMON



NOVA

Velferdsforskningsinstituttet

HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Bruk av sykehus og spesialisthelsetjenester blant innbyggere med norsk og utenlandsk bakgrunn

JON IVAR ELSTAD

NOVA, HØGSKOLEN I OSLO OG AKERSHUS

JON ERIK FINNVOLD

NOVA, HØGSKOLEN I OSLO OG AKERSHUS

INGER TEXMON

STATISTISK SENTRALBYRÅ

Norsk institutt for forskning om
oppvekst, velferd og aldring

NOVA Rapport 10/2015

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) er et forskningsinstitutt ved Senter for velferds- og arbeidslivsforskning (SVA) på Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA).

Instituttet har som formål å drive forskning og utviklingsarbeid som kan bidra til økt kunnskap om sosiale forhold og endringsprosesser. Instituttet skal fokusere på problemstillinger om livsløp, levekår og livskvalitet, samt velferdssamfunnets tiltak og tjenester.

© Velferdsforskningsinstituttet NOVA
Høgskolen i Oslo og Akershus 2015

ISBN (trykt utgave) 978-82-7894-562-9

ISBN (elektronisk utgave) 978-82-7894-563-6

ISSN 0808-5013 (trykt)

ISSN 1893-9503 (online)

Illustrasjonsfoto: © colourbox.no
Desktop: Torhild Sager
Trykk: Allkopi

Henvendelser vedrørende publikasjoner kan rettes til:
NOVA, HiOA
Stensberggata 26 · Postboks 4, St. Olavs plass, 0130 Oslo
Telefon: 67 23 50 00
Nettadresse: www.hioa.no/nova

Forord

Denne rapporten om bruken av spesialisthelsetjenestene er utarbeidet som en del av forskningsprosjektet «Health Care Utilization among Immigrants in Norway» [«Helsetjenestebruk blant innvandrere i Norge»]. Prosjektet er finansiert av Norges forskningsråd, forskningsprogrammet Helse og omsorg (prosjektnummer 222100) og lokalisert ved Velferdsforskningsinstituttet NOVA, Høgskolen i Oslo og Akershus. Prosjektleder er forsker Jon Ivar Elstad ved NOVA.

Rapporten er basert på data levert fra Statistisk sentralbyrå og fra Norsk pasientregister. Opplysningene er koblet sammen, aidentifisert og i praksis anonymisert. Prosjektet er godkjent av Datatilsynet, REK sørøst (Regionaletisk komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) og Personvernombudet ved NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste). Stor takk til Statistisk sentralbyrå, Norsk pasientregister, NAV, Skattedirektoratet og Utlendingsdirektoratet som har gitt tillatelser til å bruke data og bistått på andre måter.

Analysearbeidet og utskrivningen av rapporten er gjort av forskerne Jon Ivar Elstad og Jon Erik Finnvoll ved NOVA, Høgskolen i Oslo og Akershus. Seniorrådgiver Inger Texmon ved Statistisk sentralbyrå har arbeidet med konstruksjonen av befolkningsdatafilen og bidratt med dokumentasjon, bakgrunnsmateriale og innspill. Også Seniorrådgiver Berit Otnes, Statistisk sentralbyrå, har bidratt til deler av arbeidet. Kommentarer til rapportutkastet er gitt av Bernadette Kumar, direktør ved NAKMI (Nasjonal kompetanse-enhet for minoritetshelse), Lars Østby, forsker ved Statistisk sentralbyrå, og Marijke Veenstra, forskningsleder ved NOVA, Høgskolen i Oslo og Akershus. Vi er svært takknemlige for deres kommentarer og endringsforslag – både de kritiske og de oppmuntrende – som vi ofte (men ikke alltid) har tatt til følge. Alle feil og mangler som fortsatt måtte finnes i rapporten er ene og alene forfatterens ansvar.

Oslo/NOVA, 22. september 2015

Jon Ivar Elstad

Jon Erik Finnvoll

Inger Texmon

Innhold

Sammendrag	7
1 Innledning og problemstilling	15
1.1 Innvandring – utfordring og ressurs for helsetjenestene	15
1.2 Problemstilling og formål	16
1.3 Mer om spesialisthelsetjenestene i Norge	17
1.4 Innvandreres dødelighet og sykelighet	18
1.5 Hva vet vi om innvandreres helsetjenestebruk?	20
1.6 Oversikt over innholdet i rapporten	22
2 Data, variable, analysemetode	24
2.1 Undersøkelsens materiale	24
2.2 Befolkningsdata fra Statistisk sentralbyrå	24
2.3 Anonymitetshensyn	26
2.4 Litt innvandringshistorikk	26
2.5 Innvandreredefinisjonen	27
2.6 Landbakgrunn og verdensregioner	29
2.7 Analyseutvalget: Antall, kjønns- og aldersfordeling	30
2.8 Analyseutvalget alder 20–69 år: Utdanning og botid	33
2.9 Norsk pasientregister: Poliklinikk, døgnopphold	36
2.10 Diagnoseopplysningene	39
2.11 Analyseopplegg og hvordan bruk av spesialisthelsetjenester måles	43
2.12 Hvordan tolke tallene?	46
3 Hvem møter spesialisthelsetjenesten? Fordelingen av pasientkontaktene etter innvandrerbakgrunn	48
3.1 Pasienter og pasientkontakter sett fra spesialisthelsetjenestens ståsted	48
3.2 Fordelingen av pasientkontaktene: Tre alderskategorier	50
3.3 Oppsummering	52
4 Bruk av spesialisthelsetjenester blant voksne 20–69 år	55
4.1 Prosentandeler med kontakt med somatiske sykehus og psykisk helsevern	57
4.2 Bruksrater for spesialisthelsetjenestene ved somatiske sykehus	60
4.3 Polikliniske kontakter ved somatiske sykehus for ulike diagnosegrupper	64
4.4 Årsaker og diagnoser for døgnopphold ved somatiske sykehus	68
4.5 Fordelingen av kontaktene blant pasientene	72
4.6 Polikliniske kontakter og innleggelser i psykisk helsevern	75
4.7 Oppsummering	78
5 Barn og unges bruk av spesialisthelsetjenester 2008–2011	81
5.1 Analyseutvalget blant barn og unge alder 0–19 år	81
5.2 Andeler med kontakt med spesialisthelsetjenesten 2008–2011	83
5.3 Bruksrater for spesialisthelsetjenester ved somatiske sykehus, barn 0–9 år	87

5.4	Bruk av spesialisthelsetjenester ved somatiske sykehus, unge 10–19 år.....	91
5.5	Polikliniske kontakter og innleggelser i psykisk helsevern.....	93
5.6	Oppsummering	96
6	Bruk av spesialisthelsetjenester blant de eldre	98
6.1	Analyseutvalget blant de eldre innvandrerne	98
6.2	Prosentandeler eldre med kontakt med spesialisthelsetjenesten.....	99
6.3	Bruksrater blant eldre av somatiske spesialisthelsetjenester	100
6.4	Bruken av psykisk helsevern blant eldre	106
6.5	Oppsummering	107
7	Utdanning, botid og bruk av somatiske sykehustjenester	109
7.1	Hypoteser om utdanning, botid og helsetjenestebruk.....	109
7.2	Utdanning og bruk av somatiske sykehustjenester	110
7.3	Hva betyr botid?.....	114
7.4	Oppsummering	118
8	Oppsummerende diskusjon	120
8.1	Innvandrerne bruker alt i alt relativt lite spesialisthelsetjenester	120
8.2	Hvorfor har innvandrerbefolkningen et lavere forbruk?	124
8.3	Særtrekk ved enkelte innvandrergruppers spesialisthelsetjenestebruk	125
8.4	Reflekterer bruksratene sykdomspanoramaet blant innvandrerne?.....	133
8.5	Sammenligninger med andre studier av innvandrernes helsetjenestebruk.....	136
8.6	Avsluttende bemerkninger – videre studier	137
	Summary.....	139
	Referanser	147

Sammendrag

Problemstillingen

I 1990 var om lag fire prosent av befolkningen i Norge innvandrere, dvs. utenlandsfødte med utenlandsfødte foreldre. I 2014 var innvandrerandelen økt til om lag 12 prosent.

For norsk helsevesen er målet at alle deler av befolkningen skal ha gode og likeverdige helsetjenester. Innvandringen kan være en *utfordring* for arbeidet med å nå denne målsettingen. Men innvandringen er også en *ressurs* for helsesektoren. Et betydelig antall av de ansatte i helsevesenet, på alle nivåer, har innvandrerbakgrunn. Innvandringen er på samme tid en utfordring og en problemløser for helsevesenet.

Problemstillingen i denne rapporten er bruken av *spesialisthelsetjenester* i Norge. Vi beskriver sammensetningen av pasientene i de spesialiserte helsetjenestene. Vi spør om innvandrernes bruk av disse helsetjenestene er noenlunde proporsjonal med deres andel i befolkningen, eller om innvandrerne eller særskilte grupper blant dem er forholdsvis hyppige eller sjeldne brukere av disse helsetjenestene. Vi analyserer også sammensetningen av årsakene bak kontaktene i spesialisthelsetjenesten.

To sentrale deler av spesialisthelsetjenesten undersøkes: *Somatiske sykehus* og *psykisk helsevern*. Disse to tjenestene står for til sammen nær 90 prosent av de om lag 100.000 årsverkene som utføres i spesialisthelsetjenesten. Et vesentlig arbeidsområde for de somatiske sykehusene er poliklinisk virksomhet uten innleggelser, men vi analyserer også hyppigheten av døgnopphold ved sykehusene. I det spesialiserte psykisk helsevern for voksne (PHV) og for barn og unge (PHBU/BUP) er det særlig tallet på polikliniske kontakter som blir undersøkt.

Datamaterialet

Rapporten er basert på et datamateriale som er konstruert ved å koble to datasett. Statistisk sentralbyrå har gitt opplysninger om samtlige innbyggere som var bosatt i Norge pr. 1. januar 2008. Fra Norsk pasientregister har vi opplysninger om alle konsultasjoner og innleggelser ved de somatiske

sykehusene og i psykisk helsevern som vedrørte denne befolkningen – for fire påfølgende år, fra 1. januar 2008 til 31. desember 2011. Materialet er uvanlig stort. I løpet av de fire årene hadde de om lag 4,7 millioner individene i analyseutvalget omkring 19 millioner polikliniske konsultasjoner og vel 3 millioner innleggelser ved de somatiske sykehusene. Dessuten var det om lag 9,5 millioner polikliniske kontakter og vel 280.000 innleggelser i psykisk helsevern i dette analyseutvalget.

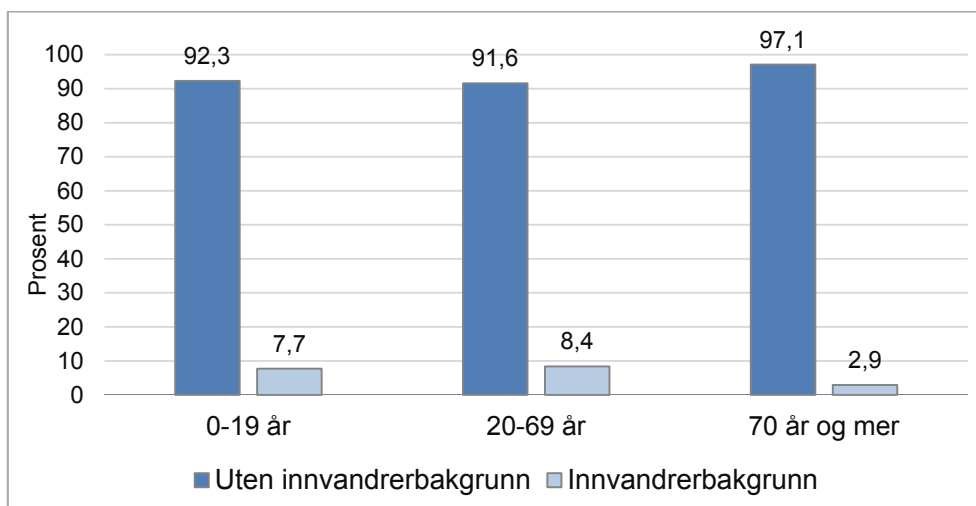
Innvandrerbefolkningen utgjorde vel 425.000 blant de 4,7 millionene innbyggerne som var bosatt i Norge ved begynnelsen av 2008 (9,1 prosent). Blant voksne har vi definert innvandrere som utenlandsfødte med to utenlandsfødte foreldre, mens blant barn og unge regner vi dessuten norskfødte barn med to innvandrerforeldre med i innvandrerbefolkningen. I 2008 var innvandrerandelen blant barn og unge (0–19 år) vel 9 prosent. Innvandrerne utgjorde en litt høyere prosentandel av aldersgruppen 20–69 år (10 prosent), men bare 3,2 prosent blant de eldre som var 70 år og mer i 2008.

Innvandrerbefolkningen er sammensatt. I analyseutvalget var det rundt 110.000 innvandrere fra Norden, Vest-Europa og andre vestlige land. Om lag 90.000 kom fra øst- og sentral-europeiske land, vel 50.000 fra Afrika, vel 160.000 fra asiatiske land (derav hadde ca. 25.000 pakistansk bakgrunn), og nesten 15.000 fra Latin-Amerika. Nær 80.000 av vel 1,2 millioner barn og unge hadde familie fra asiatiske eller afrikanske land. De eldre innvandrerne, derimot, er først og fremst fra Norden, Vest-Europa og andre vestlige land. Etter 2008 har innvandringen vært betydelig, innvandrerbefolkningen har blitt større, og sammensetningen har endret seg, men vi har ikke hatt mulighet til å analysere helsetjenestebruk blant de som har innvandret etter 2008.

Sammensetningen av pasientkontaktene

Godt over 90 prosent av alle pasientkontakter i spesialisthelsetjenestene skjedde med pasienter som ikke hadde noen innvandrerbakgrunn (Figur 1). Innvandrerne utgjorde alt i alt en mindre del av pasientene og pasientkontaktene i undersøkelsesperioden. Dette gjelder så vel for tjenestene ved somatiske sykehus (polikliniske konsultasjoner og sykehusinnleggelser) som for psykisk helsevern. Blant de eldre var innvandrerandelen blant pasientene særskilt lav, men den var større blant de yngre. I områder med høy

innvandrerdandel i befolkningen var innvandrerdelen blant pasientene naturligvis høyere enn ellers i landet. I Oslo-området gjaldt for eksempel hver femte sykehusinnleggelse blant voksne en pasient med innvandrerbakgrunn.



Figur 1: Prosentandeler av innleggelsene ved somatiske sykehus 2008–2011 blant innbyggere med og uten innvandrerbakgrunn

Alt i alt lavere bruk av spesialisthelsetjenester blant innvandrere

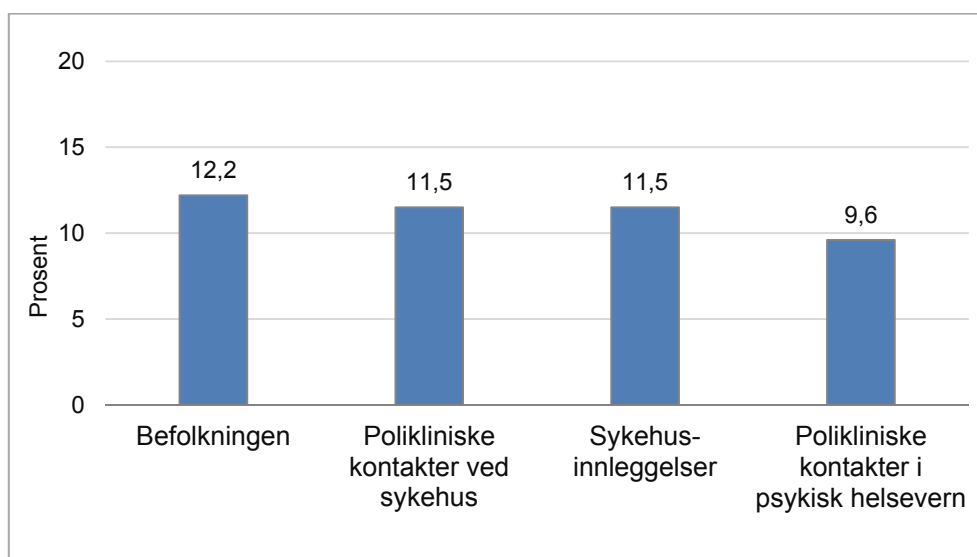
Beskrivelsen av pasientsammensetningen forteller imidlertid ikke noe om hvor hyppig innvandrerne bruker spesialisthelsetjenestene, i forhold til antall og alderssammensetning. Videre analyser av datamaterialet som tar hensyn til alderssammensetningen, viser at generelt var innvandrernes bruk av spesialisthelsetjenester *lavere* enn deres andel av befolkningen skulle tilsi.

Tabell 1. Innvandrernes andel (%) av befolkningen, fire aldersgrupper, og deres andel (%) av bruken av tre typer spesialisthelsetjenester, 2008–2011.

	0–19år	20–49år	50–69år	70år+	Alle
Innvandrernes andel (%) av befolkningen 1.januar 2008	9,1	12,2	6,0	3,2	9,1
Innvandrernes andel (%) av spesialisthelsetjenestene 2008–11					
<i>Somatiske sykehus</i>					
– døgnopphold	7,7	11,5	5,3	2,9	6,7
– liggedager	8,1	11,0	5,0	2,8	5,7
<i>Psykisk helsevern</i>					
– polikliniske kontakter	6,1	9,6	7,0	3,8	7,7

Andelen av personår er vist i tabell 8.1.

Tabell 1 viser for eksempel at 9,1 prosent av innbyggerne i alderen 0–19 år hadde innvandrerbakgrunn, men deres andel av sykehusinnleggelsene i årene 2008–2011 var 7,7 prosent, og de hadde ikke mer enn 6,1 prosent av de polikliniske kontaktene i psykisk helsevern. Figur 2 viser at i aldersgruppen 20–49 år utgjorde innvandrerne 12,2 prosent av innbyggerne, men andelen av spesialisthelsetjenestene de mottok var klart lavere enn befolkningsandelen.



Figur 2. Innvandrernes prosentandel av befolkningen 20–49 år og prosentandeler av tre typer spesialisthelsetjenester for aldersgruppen 20–49 år.

Alt i alt har derfor ikke innvandringen betydd en uforholdsmessig stor økning av etterspørselen etter spesialisthelsetjenester i årene 2008–2011. Snarere er det omvendt: Hadde innvandrerne samlet sett brukt spesialisthelsetjenestene like mye og ofte som ikke-innvandrerne, ville det ha krevd en klar økning av ressursene i spesialisthelsetjenesten. I forhold til antallet og alderssammensetningen, er det særlig innen psykisk helsevern at innvandrerne generelt sett har et forholdsmessig lavt forbruk.

De enkelte innvandrergruppene

Hovedbildet er altså at innvandrerne mottar litt mindre av spesialisthelsetjenestene enn deres befolkningsandel skulle tilsi. Det er samtidig mange forskjeller mellom innvandrergruppene.

NORDEN, VEST-EUROPA OG VESTLIGE LAND

Nær en fjerdedel av innvandrerne i 2008 (om lag 100.000 av om lag 425.000) hadde bakgrunn fra *nordiske, vest-europeiske og andre vestlige land*. Omtrent to av tre eldre innvandrere hadde denne landbakgrunnen. I store drag var det mange likhetspunkter i bruksmønsteret av spesialisthelsetjenester blant disse gruppene og blant dem uten innvandringsbakgrunn. Fordelingen av diagnoser hadde også mange likhetspunkter. Forskjellene gikk generelt i retning av at vestlige innvandrere – derav mange arbeidsinnvandrere i alderen 20-49 år – hadde noe lavere bruk av spesialisthelsetjenester, både for somatiske sykehus-tjenester og for psykisk helsevern.

ØST-EUROPA

I 2008 hadde vel 60.000 av innvandrerne bakgrunn fra *Øst-Europa* – mange av dem fra *Polen*. Her inkluderer vi også noen av de sentraleuropeiske landene. Svært mange av dem var relativt nyankomne arbeidsinnvandrere, og få var eldre. Innvandrerne fra disse delene av Europa og fra Polen i særdeleshet hadde generelt liten bruk av de spesialiserte helsetjenestene. For polikliniske konsultasjoner ved somatiske sykehus blant menn hadde ingen andre grupper lavere brukshyppighet enn de polske innvandrerne. Bruken av psykisk helsevern for barn og unge var også relativt lav for de yngre med denne innvandrerbakgrunnen. Et noe annet mønster ser vi imidlertid blant innvandrere fra det tidligere *Jugoslavia*. Innvandrere fra Balkan hadde oftest et bruksnivå av somatiske tjenester på linje med de uten innvandrerbakgrunn – og ofte litt høyere blant voksne kvinner. Polikliniske kontakter i psykisk helsevern for voksne var også relativt hyppige blant dem med bakgrunn fra Balkan. Blant barna i denne gruppen var bruken av somatiske sykehus-tjenester om lag på det «norske» nivået, men kontaktene med psykisk helsevern var færre.

AFRIKA

I 2008 var det vel 50.000 innvandrere fra *Afrika* – mange av dem fra *Somalia*. Andelen flyktninger blant disse er stor, og gjennomsnittsalderen er lav. Nesten halvparten av innbyggerne i 2008 med somalisk bakgrunn var under 20 år gamle. Stort sett hadde de voksne innvandrerne fra Afrika, og særlig fra Somalia, et relativt høyt bruksnivå av somatiske sykehus-tjenester. Særlig gjaldt dette for kvinner med somalisk bakgrunn. I psykisk helsevern hadde de

somaliske mennene relativt mye kontakter, men motsatt hadde kvinnene med somalisk bakgrunn uvanlig *lite* kontakter med psykisk helsevern. Det høye tallet på sykehusinnleggelser blant kvinner fra Afrika, og særlig fra Somalia, skyldes i stor grad tilstander relatert til graviditet og fødsler. For mange kontakter med spesialisthelsetjenestene synes det som om grunnen til kontakten er uklar for disse innvandrergруппene. Om vi ser bort fra graviditetsrelaterte tilstander, var kontaktflaten med de somatiske spesialisttjenestene ikke høyere enn blant kvinner uten innvandrerbakgrunn. Både afrikanske menn og kvinner hadde særskilt lave kontaktrater for kreftsykdommer. Også barn og unge med afrikansk bakgrunn hadde relativt ofte kontakt med de somatiske spesialisthelsetjenestene, men lite bruk av psykisk helsevern.

TYRKIA, IRAK, IRAN

I 2008 hadde omtrent hver åttende innvandrер bakgrunn fra *Tyrkia, Irak* eller *Iran*. Arbeidsinnvandring var typisk for de tyrkiske innvandrerne, mens de fra Irak og Iran ofte var flyktninger. De tyrkiske innvandrerne hadde et litt lavere bruksnivå av somatiske spesialisttjenester enn de med norsk familiebakgrunn. Både kvinner og menn med bakgrunn fra Irak eller Iran, derimot, hadde et relativt høyt forbruk av polikliniske kontakter og innleggelser ved somatiske sykehus – for kvinnene var graviditet og fødsler en del av grunnen til de relativt hyppige kontaktene. Både iranske kvinner og menn hadde et uvanlig høyt antall polikliniske kontakter i psykisk helsevern. Også tyrkiske og irakiske voksne menn var relativt ofte pasienter i psykisk helsevern. Kontaktratene i psykisk helsevern for barn og unge fra Irak og Iran var imidlertid lavere enn for barn og unge med bakgrunn Norge.

PAKISTAN, SRI LANKA

Om lag 25.000 med *pakistansk* bakgrunn og 13.000 med *srilankesisk* bakgrunn var blant de bosatte på begynnelsen av 2008. Blant voksne fra Pakistan, begge kjønn, var forbruket av somatiske spesialisthelsetjenester høyt – stort sett hadde ingen andre grupper høyere bruk. Et høyt bruksnivå gjaldt også i noen grad for menn fra Sri Lanka, men ikke for innleggelser blant srilankesiske kvinner. Det relativt høye forbruket av somatiske sykehus-tjenester blant både kvinner og menn med pakistansk bakgrunn var knyttet til en rekke ulike diagnosegrupper, men særskilt til hjerte- og karlidelser og til endokrine lidelser

(inkludert diabetes) – og dessuten uspesifiserte symptomer og (for kvinner) graviditeter og fødsler. Kontakter for svulster var imidlertid klart lavere enn for dem uten innvandrerbakgrunn. Srilankeserne hadde et bruksmønster som likner mønsteret blant dem med pakistansk bakgrunn, men bruksnivået var ofte noe lavere. Kvinner fra Pakistan og Sri Lanka var relativt sjeldne pasienter ved psykisk helsevern, mens voksne menn fra disse landene hadde flere polikliniske psykisk helsevern-kontakter enn innbyggerne uten innvandrerbakgrunn. Også barn 0–9 år med pakistansk bakgrunn – men ikke unge i alderen 10–19 – hadde relativt hyppig bruk av somatiske sykehustjenester, men bruken av psykisk helsevern var ganske lav.

VIETNAM, RESTEN AV ASIA

Noe under 20.000 av innvandrerne i 2008 hadde bakgrunn fra *Vietnam*, og i tillegg var omlag 50.000 fra andre land i *Asia*. Generelt hadde denne gruppen et *lavt* bruksnivå av somatiske sykehustjenester sammenlignet med de uten innvandringsbakgrunn. Spesielt gjaldt det for sykehusinnleggelses og liggedager, men ikke så klart for polikliniske kontakter. Antallet døgnopphold ved somatiske sykehus blant voksne 20–69 år (samlet for menn og kvinner) var lavere for de vietnamesiske innvandrerne enn for noen annen gruppe analysert i denne rapporten. Nivået for sykehusinnleggelses blant voksne med norsk bakgrunn var omtrent 40 prosent høyere enn nivået blant dem med vietnamesisk bakgrunn. Også kontaktratene i psykisk helsevern for voksne var svært lave for kvinner og også lave for menn med bakgrunn fra Vietnam. For barn og unge i disse innvandrergruppen var det også markert lavere bruksrater enn blant barn og unge med landbakgrunn Norge, både for somatiske sykehustjenester og for psykisk helsevern for barn og unge.

Sluttkommentarer

Over har vi gitt et omriss av resultatene ved å sammenligne bruksnivået blant ulike innvandrergrupper med det typiske nivået blant dem uten innvandringsbakgrunn. Det er viktig å understreke at slike tall ikke bør lede til lettvinde tolkninger. Vi kan ikke si at en gruppe med et relativt høyt forbruk har et «overforbruk», eller omvendt at en gruppe med et relativt lavt forbruk har et «underforbruk» som tyder på diskriminering eller andre forhindringer fra å få

hjelp fra helsetjenestene. Våre tall kan verken avkrefte eller bekrefte slike tolkninger, som bare bør gjøres om nøyere studier er utført.

Forskjeller i bruksrater kan skyldes en lang rekke forhold. Mest nærliggende er forskjeller i *sykelighet*. Et grunnprinsipp for helsevesenet er at ulik helsetilstand *bør* føre til ulik hyppighet av legekonsultasjoner og sykehusinnleggelse. Om ulikhetene i bruksnivå er nært knyttet til ulikhet i helse, er forskjellene *som de bør være*.

Men forskjeller i bruksrater kan også skyldes mye annet. Bruken av spesialisthelsetjenester er i stor grad *legestyr*t, og dette må en ta i betraktning når forklaringer blir drøftet. Som regel kommer en pasient først til spesialisthelsetjenesten etter henvisning fra fastlegen eller annet autorisert personell. Blant de som er pasienter i spesialisthelsetjenesten, vil det være helsepersonellet og ikke pasienten selv som bestemmer brukshyppigheten i all hovedsak.

På den annen side: Om en gruppe pasienter ofte opplever at de ikke blir tatt alvorlig, kan det føre til at de vegrer seg mot å oppsøke helsetjenestene, og bruksratene kan bli lave. Mange andre forhold, som økonomi og reiselengde, kan også påvirke bruksratene.

Et gjennomgående resultat er at bruken av psykisk helsevern stort sett er relativt lav blant innvandrere, noe som kanskje skyldes at det er større åpenhet om slike lidelser blant dem med norsk bakgrunn enn blant mange innvandrergrupper. Rapporten viser for øvrig at grupper som en kan anta oftere vil oppleve utestengning og diskriminering, ikke har spesielt lav, men ofte relativt høy bruk av de somatiske spesialisthelsetjenestene.

Denne rapporten er først og fremst en deskriptiv studie. Å forklare og fortolke bruksmønstrene er en oppgave for videre forskning.

1 Innledning og problemstilling

1.1 Innvandring – utfordring og ressurs for helsetjenestene

I 1990 var fire prosent av alle Norges innbyggere innvandrere, dvs. utenlandsfødte uten foreldre med norsk bakgrunn. I 2014 var andelen økt til om lag tolv prosent.

Det er innlysende at innvandringen har betydning for mange deler av samfunnet – for næringslivet, kulturen, skolene, velferdstjenestene, og selvsagt også for helsesektoren. Innvandringen vil nødvendigvis påvirke etterspørselen etter helsetjenester. Helsepersonellet vil av og til møte et uvant sykdomsbilde og nye typer helseproblemer. Språkproblemer og kulturelle forskjeller kan vanskeliggjøre diagnostisering og behandling.

Slik sett er innvandringen en utfordring for helsevesenet. Et prinsipp for helsetjenestene er at «alle skal ha likeverdige helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, fødeland, etnisitet og den enkeltes livssituasjon» (HOD, 2013: 4). «Retten til best mulig helse» er en viktig ledetråd for Verdens Helseorganisasjon. Ikke minst bør rike land i Europa, deriblant Norge, arbeide iherdig for å oppfylle slike målsettinger.

Dessuten er lik og likeverdig tilgang til helsetjenester ikke bare et spørsmål om rettferdighet, men også et integreringsspørsmål. Om innvandrere har dårlig tilgang på helsetjenester, vil deltakelsen i arbeidsliv og samfunnsliv kunne bli svekket (Nørredam og Krasnik, 2011).

Samtidig er innvandringen en *problemløser* for helsevesenet. I helse- og sosialsektoren har mange av de ansatte utenlandsk bakgrunn (Abrahamsen og Kjølvik, 2013). I 2014 gjaldt dette for 5100 leger, 10.300 sykepleiere og rundt 20.000 andre med helsefaglig eller sosialfaglig utdanning (SSB, 2015). Innvandringen gir altså et stort bidrag til helsevesenet i form av kvalifisert arbeidskraft. I 2009, for eksempel, var innvandrерandelen om lag 20 prosent blant fastlegene (Vold, 2011; Diaz et al., 2014b) og 10 prosent blant sykehusansatte.

Innvandringen er følgelig en *utfordring* for helsetjenestene, men samtidig en *ressurs*. Uten innvandrerne ville mange deler av helsevesenet få problemer med å utføre sin virksomhet.

1.2 Problemstilling og formål

Helsetjenestene i Norge kan inndeles i *primærhelsetjenester* og *spesialisthelsetjenester*. I denne rapporten er fokus på de *spesialiserte* helsetjenestene. I Norge er de organisert av fire regionale, statlig eide *helseforetak*. Inn under spesialisthelsetjenestene hører de somatiske sykehusene, det spesialiserte psykiske helsevernet og noen andre helsetjenester.

Primærhelsetjenestene har den bredeste kontaktflaten med befolkningen. De er helsevesenets førstelinje og organiseres stort sett av kommunene. Her finner vi allmennlegetjenesten (som i dag ofte er fastleger), legevakt, helsestasjoner, hjemmesykepleie, sykehjem og fysioterapi. I løpet av et år vil mange møte fastleger, helsesøstre og annet helsepersonell tilknyttet kommunehelsetjenesten.

Størstedelen av helsevesenets ressurser brukes imidlertid i spesialisthelsetjenesten. I 2009, for eksempel, ble det utført nesten 12.000 legeårsverk i spesialisthelsetjenesten, mot under halvparten – om lag 4700 legeårsverk – i primærhelsetjenesten (Ringard et al., 2013: 86).

Det sentrale temaet for denne rapporten er bruken av de *somatiske* spesialisthelsetjenestene som utføres ved sykehusene og bruken av *psykisk helsevern* for barn og voksne. Spørsmål vi prøver å besvare, er blant annet disse: Hvor stor andel av pasientene i spesialisthelsetjenestene har innvandrerbakgrunn? Er innvandrernes bruk av spesialiserte helsetjenester noenlunde proporsjonal med antallet deres, dvs. at de har kontakt med spesialisthelsetjenesten i samme omfang som deres andel i befolkningen skulle tilsi? Eller er innvandrere hyppigere – eller sjeldnere – brukere? Hva bringer innvandrere og de som ikke har innvandrerbakgrunn til spesialisthelsetjenestene – er sammensetningen av sykdomsgrupper omtrent den samme? Eller har innvandrere, eller spesielle innvandrergrupper, særegne profiler?

Bruken av primærhelsetjenester blir ikke behandlet i denne rapporten. En viktig forskjell mellom de to delene av helsevesenet er at pasientstrømmen til spesialisthelsetjenestene er *legestyr*t i stor grad. Stort sett kan befolkningen oppsøke sin fastlege og andre førstelinjetjenester på eget initiativ. Bruk av spesialisthelsetjenester, derimot, vil som regel kreve henvisning fra pasientens fastlege eller fra en annen type behandler som har rett til å henvise til spesialist (Martinussen, 2013; Clench–Aas, 2007). I Norge har personell i

primærhelsetjenesten, og i særdeleshet fastlegene, en «portvaktrolle». Oftest er det *de* som avgjør om spesialisert utredning og behandling er ønskelig eller nødvendig. Dette organisatoriske særtrekket ved norsk helsevesen er viktig å ha i mente når tolkningen av funnene i rapporten blir diskutert. Stort sett kan ikke pasienter bestemme på egen hånd at de vil bruke de offentlig organiserte spesialisthelsetjenestene – men om en pasient sterkt ønsker utredning av spesialist, vil nok mange fastleger ta hensyn til et slikt ønske.

Formålet med rapporten er altså å kartlegge bruk av spesialisthelsetjenester blant innvandrere og blant innbyggerne uten innvandringsbakgrunn. Rapporten bidrar med kunnskap som vil være nyttig både for helsepolitiske diskusjoner og for helsepersonell, helsepolitikere, forskere og andre som er interessert i problemstillinger om innvandring og helsetjenester.

1.3 Mer om spesialisthelsetjenestene i Norge

De *somatiske sykehusene* står for den største delen av spesialisthelsetjenestene (somatisk = kroppslig). Aktiviteten her består dels av *poliklinisk* virksomhet, dvs. utredning og behandling foretatt av spesialistleger og annet helsepersonell uten at pasienten blir innlagt på sykehuset. I mange tilfelle vil dessuten kontakten med sykehuset føre til at pasienten blir innlagt for kortere eller lengre tid – altså det vi vanligvis oppfatter som *sykehusopphold*.

I 2011 ble det utført nær 70.000 årsverk ved de somatiske sykehusene i Norge (HD, 2014). Nærmere 1,8 millioner pasienter ble behandlet – ofte i form av polikliniske konsultasjoner og dagbehandling, men dessuten i form av døgnopphold som gjaldt for om lag 600.000 pasienter dette året. Regulære sykehusinnleggelse er selvsagt stort sett mer ressurskrevende enn polikliniske konsultasjoner, men *tallmessig* er den polikliniske virksomheten størst: I 2011 var det om lag 4,8 millioner polikliniske konsultasjoner ved de somatiske sykehusene.

Psykisk helsevern – også en del av spesialisthelsetjenestene – består av psykisk helsevern for voksne (PHV) og psykisk helsevern for barn og unge (PHBU). Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er også en del av det spesialiserte psykiske helsevernet for voksne, mens Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) er en del av PHBU, dvs. det psykiske helsevernet for barn og ungdom. Vanligvis vil PHBU motta pasienter fram til alder 18 år,

men de blir ikke automatisk overført til psykisk helsevern for voksne (PHV) når de fyller 18 år – de kan fortsatt være pasienter i psykisk helsevern for barn og unge i noen år framover.

I 2011 mottok PHV (psykisk helsevern for voksne) vel 120.000 pasienter og hadde vel 1,2 millioner polikliniske konsultasjoner og vel 50.000 innleggelser. I Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ble det utført nær 3800 årsverk i 2011 og behandlet anslagsvis nær 30.000 pasienter. I vårt datamateriale er PHV og TSB slått sammen og vi kan ikke analysere de hver for seg – i rapporten blir dette alltid kalt psykisk helsevern for voksne (PHV).

Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU/BUP) hadde i 2011 om lag 55.000 pasienter og vel 900.000 polikliniske konsultasjoner, samt en del innleggelser for døgnopphold (også kalt avdelingsopphold). Samlet ble det utført 20.000 årsverk i PHV og PHBU i 2011 (HD, 2014).

I denne rapporten er det disse to sentrale delene av spesialisthelsetjenestene som blir undersøkt. Vi benytter data fra Norsk pasientregister som har gitt opplysninger om alle polikliniske kontakter og alle innleggelser (døgnopphold) både ved de somatiske sykehusene og i de institusjonene som inngår i psykisk helsevern. Data beskrives nærmere i neste kapittel.

Noen andre deltjenester som tilhører spesialisthelsetjenesten blir ikke undersøkt her. For eksempel utføres spesialiserte helsetjenester også av private legespesialister med avtale med helseforetakene. Samlet for somatikk og psykisk helsevern sto de for om lag 1200 årsverk i 2011. Kontaktene hos disse privatpraktiserende spesialister er ikke undersøkt i denne rapporten. Også enkelte andre deler av spesialisthelsetjenesten blir ikke analysert, for eksempel ambulansevirkomheten.

1.4 Innvandreres dødelighet og sykkelighet

Det er bruken av spesialisthelsetjenester, og ikke helse «i seg selv», som rapporten handler om. Helse, sykdom og bruk av helsetjenester henger selvsagt sammen, men ikke på en enkel og entydig måte. Som bakgrunn for analysene av helsetjenestebruk kan det likevel være nyttig å summere noen forskningsfunn om innvandreres sykkelighet og helseforhold.

Motsatt hva mange tror, har innvandrere – som gjennomsnitt – stort sett *lavere* dødelighet enn de uten innvandrerbakgrunn. Dette mønsteret finnes i

mange vest-europeiske land, men det finnes også mange unntak. Innvandrerne er jo ikke *én* gruppe, men en svært sammensatt kategori med mange ulikheter i bakgrunn og livssituasjon.

Derfor finner vi ofte at dødeligheten (dvs. risikoen for å dø i et bestemt tidsrom) varierer med landbakgrunn, slik det blant annet framgår av en norsk studie av ni store innvandrergupper (Tesfazion, 2013). Menn med bakgrunn fra Norge og Norden hadde høyere dødelighet enn de fleste innvandrergupper. Også blant kvinner med norsk bakgrunn var dødeligheten høyere enn for flere kvinnelige innvandrergupper, men dødeligheten var relativt høy blant kvinner fra afrikanske land sør for Sahara. Generelt hadde innvandrere fra Midtøsten og Nord-Afrika forholdsvis lav dødelighet i årene 2000–2009, både blant menn og blant kvinner.

En annen norsk studie (Elstad et al., 2015) viser liknende mønstre. I aldersgruppen 20–69 år hadde mannlige innvandrere fra europeiske og vestlige land, samt Pakistan, om lag samme dødelighet som de uten innvandrerbakgrunn. Menn fra Afrika, Midtøsten og Asia generelt (utenom Pakistan) hadde derimot lavere dødelighet enn menn med norsk bakgrunn.

Slike funn forklares ofte med det som kalles «friske-utvandrere-effekten» (engelsk: «healthy migrant effect»). De som har utvandret vil ofte være en spesiell del av befolkningen i landet de kommer fra. Å foreta seg noe så drastisk som å emigrere til et annet land, krever ofte betydelige helseressurser. Denne seleksjons-effekten er regnet som en viktig grunn til at innvandrergupper ofte har relativt lav dødelighet. Dessuten vil gjerne de som emigrerer for å søke arbeid i et annet land, være godt arbeidsføre og mindre plaget av helseproblemer. En slik «frisk-utvandrer»-effekt kan imidlertid avta over tid, og om dagens fordelaktige dødelighetsmønster blant innvandrerne vil vedvare i årene framover, kan ikke besvares i dag.

Men helseforhold dreier seg ikke bare om dødelighet, men også om mange typer ikke-dødelige sykdommer og helseplager, og ikke minst kroniske lidelser som pasienten kan leve med i tiår. Mange typer faktorer påvirker innvandreres helse. Oppvekstforhold og opplevelser i forbindelse med utvandringen (for eksempel traumatiske opplevelser blant asylsøkere og flyktninger) kan sette sine spor før innvandrerne ankommer mottakerlandet. Etter innvandringen vil levekår, arbeidsforhold, livsstil og kanskje diskriminering

spille en rolle for hvordan innvandreres helsetilstand utvikler seg, både i negativ og i positiv retning.

Helseundersøkelser gir derfor et sammensatt og komplekst bilde av innvandreres helse og sykkelighet (Blom, 2008). Mange av de norske studiene om dette er oppsummert av Abebe (2010) og Attanapola (2013). Et vanlig funn er at diabetes og hjerte- og karsykdommer opptrer relativt hyppig hos innvandrere fra Pakistan, Sri Lanka og Tyrkia – særlig blant kvinnene derfra (Kumar et al., 2005; Kumar et al., 2009; Wandell et al., 2010; Jenum et al., 2012). Undersøkelser tyder på at psykiske plager er utbredt i en del innvandrergupper, kanskje særlig kvinner med ikke-vestlig bakgrunn (Blom, 2008; Kumar, 2008; Thapa et al., 2007; Ingebretsen et al., 2015). Infeksjonssykdommer som hiv og tuberkulose forekommer i noen grad blant innvandrere fra Afrika (Aavitsland og Nilsen, 2001). På den annen side synes krefthyppigheten blant innvandrere fra afrikanske og asiatiske land å være forholdsvis lav (Qureshi et al., 2014). En studie fant at eldre innvandrere fra lavinntektsland sjelden får en demens-diagnose, men det er mye usikkerhet om årsaken til dette (Diaz et al., 2015b).

1.5 Hva vet vi om innvandreres helsetjenestebruk?

Det finnes mange europeiske studier om innvandreres helsetjenestebruk, både sammenfatninger (Nørredam et al., 2010; Nielsen et al., 2009; Nørredam og Krasnik, 2011) og enkeltstudier fra Norden (Nørredam et al., 2004; Danielsson et al., 2003; Hjern et al., 2001), Nederland (Lamkaddem et al., 2008; Fassaert et al., 2009; Gerritsen og Deville, 2009; Uiters et al., 2006) og Europa ellers (Glaesmer et al., 2011; Baglio et al., 2010; Ramos et al., 2013). Også i Norge har det etter hvert kommet studier som belyser ulike sider ved innvandrernes forhold til helsetjenestene, oppsummert, blant annet, av Abebe (2010) og Attanapola (2013).

Imidlertid er det, så langt vi kjenner til, *ikke* foretatt noen generell beskrivelse av bruken av spesialisthelsetjenester med vekt på innvandreres kontaktmønster. Blant tidligere publikasjoner har vi ikke funnet noen som analyserer innvandrernes polikliniske konsultasjoner og døgnopphold ved somatiske sykehus og i psykisk helsevern i en slik bredde som foretas i denne

rapporten. Hva innvandringen innebærer for denne delen av helsesektoren er derfor lite kjent, og dette kunnskapshullet skal denne rapporten bidra til å fylle.

Derimot er det mange enkeltstudier som har analysert bruk av primærhelsetjenester blant innvandrere. Basert på svar i en levekårsundersøkelse fant for eksempel Blom (2008) at gjennomsnittlig antall fastlegebesøk var høyere blant innvandrere fra Balkan, Midtøsten, Afrika og Pakistan enn blant dem uten innvandrerbakgrunn, mens tallet på tannlegebesøk var lavere i disse innvandrergruppene. Noe i motstrid til dette viste en undersøkelse basert på registerdata fra 2012 (Lunde og Texmon, 2013) at innvandrerbefolkningen i gjennomsnitt besøkte fastlegen i mindre grad enn befolkningen for øvrig. Blant voksne kvinner med innvandrerbakgrunn var bruken av allmennlegetjenester (som regel hos fastlegene) høyere enn i befolkningen for øvrig, men lavere blant de eldste og yngste innvandrerne av begge kjønn. Blant menn var det færre kontakter, slik at innvandreres bruk av allmennlegetjenestene samlet sett var lavere enn i befolkningen for øvrig.

Det var imidlertid et skille mellom innvandrere fra Vest-Europa og de østlige EU-landene, med lavere bruk, og innvandrere fra land utenfor EU/EØS området som Pakistan, Iran og Irak, og i noen grad Somalia og Tyrkia, som hadde flere besøk hos fastlege. Unntaket var de med bakgrunn fra Vietnam der begge kjønn hadde et lavt bruksnivå. Analysene tydet dessuten på at tallet på allmennlegebesøk økte jo lengre tid innvandrerne hadde vært bosatt i Norge.

Andre studier har liknende konklusjoner som studien til Lunde og Texmon, nemlig at innvandrerbefolkningen som helhet har relativt lav bruk av allmennlegetjenester (Diaz et al., 2015a; Diaz og Kumar, 2014). Særlig innvandrere fra høyinntektsland og eldre innvandrere fra lavinntektsland ser ut til å ha relativt liten kontakt med fastlegene. En studie viste at arbeidsinnvandrere hadde lave kontaktrater, mens flyktninger kunne ha relativt hyppige legebesøk (Diaz et al., 2014a). Andre studier har tatt for seg bruken av legevakt (Berg, 2009; Goth et al., 2014; Sandvik et al., 2012). Noen innvandrergrupper ser ut til å besøke legevakt relativt ofte, men de samme pasientene kan også ha forholdsvis mange besøk hos fastlegen (Diaz et al., 2014a). Det er imidlertid store variasjoner: En studie viste for eksempel at tyske og polske innvandrere var relativt sjeldne pasienter i legevaktstjenesten,

mens asylsøkere og innvandrere fra Somalia og Irak hadde relativt hyppige besøk (Sandvik et al., 2012).

Også andre temaer har vært belyst, for eksempel språklige utfordringer mellom helsepersonell og innvandrerpatienter (Goth og Berg, 2011), innvandreres tilfredshet med helsetjenestene (Lien et al., 2008) og hyppigheten av keisersnitt ved fødsler (Sorbye et al., 2015) – keisersnitt skjer relativt hyppig blant innvandrerkvinner fra Filippinene, Somalia, Sri Lanka og Thailand.

For psykisk helse har en studie fra Oslo funnet høyere bruksfrekvens i poliklinisk psykiatriske tjenester blant ikke-vestlige innvandrere, noe som var tydelig knyttet til symptombelastningen (Ayazi og Bøgwald, 2008). Andre finner at innvandrerkvinner med ikke-vestlig bakgrunn hadde en lav bruksfrekvens av psykiatriske tjenester sammenlignet med norskfødte kvinner, særlig for mindre alvorlige psykiske plager (Berg, 2009). Det er argumentert for at lave bruksfrekvenser for lettere psykiske plager kan være en grunn til forholdsvis hyppige tvangsinnleggelses blant innvandrere, noe som ble funnet i en studie fra Trøndelag (Iversen et al., 2011). Nyere studier har tydet på særlige barrierer mot at kvinner fra Irak og Pakistan bruker primærhelsetjenestene for mentale problemer (Straiton et al., 2014). Når kvinner oppsøker fastlegene for mentale helseproblemer, viser en studie at behandling (samtaleterapi, medisiner) gis oftere til norskfødte enn til asiatiske innvandrere (Straiton et al., 2015).

Oppsummert finnes det altså mange inntak til kunnskap om innvandreres bruk av og erfaringer med helsetjenestene i Norge. Men: En bred analyse av spesialisthelsetjenestene, med særlig fokus på de somatiske sykehusene og psykisk helsevern, er ikke foretatt tidligere.

1.6 Oversikt over innholdet i rapporten

Analysene i denne rapporten er basert på registerdata fra Statistisk sentralbyrå og Norsk pasientregister. Materialet som er analysert består av alle individer som var bosatt i Norge pr. 1. januar 2008 og opplysninger om alle spesialisthelsetjenester ved somatiske sykehus og i psykisk helsevern som disse individene mottok i de påfølgende fire årene.

Datamaterialet blir nærmere beskrevet i neste kapittel. Kapitlet gir også et omriss av innvandringen til Norge de siste tiårene, som danner bakgrunnen

for innvandrerbefolkningens sammensetning i 2008. Videre drøfter kapitlet hvilke mål og indikatorer vi bruker i rapporten.

Deretter følger analysene. Kapittel 3 beskriver pasientsammensetningen i de spesialiserte helsetjenestene: Hvor stor andel av de polikliniske kontaktene og sykehusinnleggelsene står innvandrerne for? Dernest analyserer vi bruk og *bruksrater* blant innvandrere og innbyggerne uten innvandringsbakgrunn i tre store aldersgrupper – voksne, barn og unge, og de eldre. Kapittel 4 undersøker bruken av de spesialiserte helsetjenestene blant voksne i aldersgruppen 20–69 år, og vi beskriver hva slags diagnoser og årsaker som ofte knyttes til deres kontakter med de somatiske sykehusene. I det påfølgende kapitlet blir de i alderen 0–19 år behandlet (Kapittel 5), fulgt av Kapittel 6 om spesialisthelsetjenestene blant de som var 70 år og eldre. Kapittel 7 viser hvordan bruken av spesialisthelsetjenester blant innvandrere varierer med utdanningsnivå og botid i Norge. Til slutt avrundes rapporten med en oppsummerende diskusjon i Kapittel 8.

I hovedsak inneholder rapporten deskriptive framstillinger av mønstre og likheter og ulikheter mellom befolkningsgrupper med ulik landbakgrunn. Det er utenfor rammen for denne rapporten å gå inn på mer ambisiøse fortolkninger og forklaringer, selv om vi vil nevne mulige hypoteser og forklaringer noen steder. Men beskrivelse og ikke forklaring er hva som først og fremst karakteriserer denne rapporten.

2 Data, variable, analysemetode

2.1 Undersøkelsens materiale

I denne rapporten analyserer vi opplysninger utlevert fra *Statistisk sentralbyrå* om kjønn, alder, innvandringsbakgrunn, mv., som er koblet sammen med informasjon fra *Norsk pasientregister* om kontakter med spesialisthelsetjenestene.

Datamaterialet består av *alle* bosatte i Norge pr. 1. januar 2008, fra 0 til over 100 år, nær 4,7 millioner mennesker. For disse individene har vi opplysninger om alle registrerte kontakter med spesialisthelsetjenestene i løpet av fire år fra 1. januar 2008 til 31. desember 2011.

Materialet gir derfor mulighet til å beskrive pasientsammensetning i spesialisttjenestenes ulike deler. Vi kan analysere hvor mange og hvor hyppige kontakter med spesialisthelsetjenestene som innvandrere og de uten innvandringsbakgrunn har hatt i fireårsperioden. Teknisk sett er dette en *prospektiv kohortstudie*: Vi følger kontaktflaten med spesialisttjenestene «framover» (prospektivt) over et tidsrom på fire år, blant de som var bosatt i Norge på starttidspunktet.

Datamaterialet er på mange måter unikt. Det dekker *hele* befolkningen og praktisk talt den *totale* kontaktflaten med de mest sentrale delene av spesialisthelsetjenestene. I de fleste andre land er det vanskelig eller umulig å konstruere et slikt datamateriale – det er bare i Norden og enkelte andre steder, som i Nederland, at det lar seg gjøre. I Norge kan slike prosjekter realiseres ettersom ulike registre kan samordnes, data fra mange registre kan samles, og individdata fra slike registre kan kobles sammen ved hjelp av personnummeret.

Men datamaterialet har også en del begrensninger som diskuteres nedenfor.

2.2 Befolkningsdata fra Statistisk sentralbyrå

Som nevnt over inneholder datafilene fra Statistisk sentralbyrå informasjon om ca. 4,7 millioner individer som var oppført i Det sentrale folkeregisteret som bosatte i Norge pr. 1. januar 2008. Etter at et fåtall individer ble tatt ut av materialet siden nødvendige opplysninger manglet om for eksempel kjønn eller innvandringsbakgrunn, inneholdt datamaterialet eksakt 4.699.353 personer. I denne rapporten bruker vi hovedsakelig informasjonen om

innvandrerbakgrunn, kjønn, alder, utdanningsnivå og bostedsregion. For innvandrerne har vi også opplysninger om hvilket år personen ble registrert som innvandret til Norge.

Dessverre mangler vi opplysninger om *innvandringsgrunn*. Grunnen til innvandring, for eksempel ønske om lønnet arbeid, flyktning/asylsøker eller familiegjeforening, kan ha betydning for helsetilstand og helsetjenestebruk (Nørredam et al., 2012). Slike opplysninger finnes i statlige registre, men da rapporten ble utarbeidet hadde vi ikke fått tilgang til dem. Ved å bruke informasjonen om landbakgrunn og tidspunkt for innvandringen kan vi imidlertid si noe om hyppige innvandringsårsaker for de ulike innvandrergroppene (se nedenfor).

Det er viktig å notere hvem som *ikke* er med i undersøkelsesutvalget og derfor ikke blir undersøkt her. Ettersom vi utelukkende kan analysere individer registrert som bosatte pr. 1. januar 2008, er *ingen* som ble født eller har innvandret i 2008 eller seinere med i materialet. Tallet på innvandrere bosatt i Norge har økt med et par–tre hundretusener siden 2008 (SSB, 2015) – fra 380.000 den 1. januar 2008 til 669.000 den 1. januar 2015 (dette tallet gjelder bare «egentlige» innvandrere og ikke norskfødte med innvandrerforeldre, se nedenfor). Det er selvsagt en ulempe at vi ikke kan si noe om helsetjenestebruken blant de mange nye innvandrerne som har kommet etter 2008. For de fleste innvandrergroppene vil nok likevel de bruksmønstrene vi avdekker i våre analyser, også gjelde for de seinere årenes innvandrere.

Dessuten inneholder analyseutvalget bare de som var registrert i Folkeregisteret som bosatte. De som oppholdt seg i Norge 2008–2011 for arbeid eller annet uten å ha blitt inkludert i Folkeregisteret, er ikke med i analyseutvalget. Dette kan være personer med kortere opphold i Norge på grunn av arbeid, ferie og annet. Utenfor vårt analyseutvalg er også såkalte «papirløse», altså innvandrere som lever i Norge over lengre tid uten «lovlig opphold». Problemene med tilgang til helsetjenester for «papirløse» innvandrerne er påpekt i mange europeiske studier (Rechel et al., 2013). Noen steder i Norge har helsepersonell etablert tilbud for slike innvandrergropper (Bergens Tidende 15. mars 2014). Antallet «papirløse» i Norge er naturligvis usikkert, men i 2006 ble det anslått til ca. 18.000 (Zhang, 2008).

2.3 Anonymitetshensyn

Opplysningene vi bruker er aidentifisert, dvs. at personnummer og andre opplysninger som kan lede til identifikasjon av enkeltpersoner er fjernet. Personopplysningene vi analyserer, særlig når de også inneholder helsedata, er sensitiv informasjon og individer må beskyttes mot mulig misbruk. Forskerne som har hatt tilgang til data, har selvsagt taushetsplikt. Dessuten har både Datatilsynet og eierne av registrene (Statistisk sentralbyrå, NAV, Skatteetaten, Helsedirektoratet, osv.) krevd at data bare kan utleveres i en form som umuliggjør identifikasjon av enkeltpersoner. Av denne grunn er opplysningene i stor grad gitt i temmelig «grove» kategorier. Derfor har vi for eksempel bare aldersinformasjon i tiårsgrupper: 0–9 år, 10–19 år, 20–29 år, osv., opp til 80–89 år og 90år+. Aldersangivelsen refererer til 1. januar 2008 (dvs. at 20–29-åringene var født 1978–1987, aldersgruppen 30–39 var født 1968–1977, osv.). Som det framgår nedenfor, er også opplysningene om innvandrernes landbakgrunn gitt i «store» kategorier. Dette innebærer at opplysningene i praksis er fullstendig anonyme og det vil være umulig å knytte informasjonen til konkrete individer. Dette sikrer personvernet, men fører samtidig til at en del interessante og mer detaljerte analyser ikke kan bli foretatt.

2.4 Litt innvandringshistorikk

Som bakgrunn for hva slags analyseutvalg vi undersøker i rapporten, kan det være nyttig med litt innvandringshistorikk. Fra 1970 til 2008 økte befolkningen i Norge fra litt under 3,9 millioner til om lag 4,7 millioner. Særlig i de siste par tiårene har veksten i folketall først og fremst vært et resultat av innvandring, mens fødselsoverskuddet (antall fødte minus antall døde i ett år) har bidratt mindre. Antallet innbyggere med innvandrerbakgrunn (når vi inkluderer både «egentlige» innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre) var beskjedent i 1970 (om lag 60.000), men hadde økt til om lag 480.000 pr. januar 2008.

Før 1970 var innvandrerne oftest fra Norden og Vest-Europa. Tilveksten siden da har i stor grad vært fra andre deler av verden – fra Asia, de sentrale og østlige delene av Europa, og Afrika. I årene før 2008 kom mange fra landene som ble EU-medlemmer i 2004, som Polen og Litauen (Daugstad, 2008). Innvandringen har variert mye fra år til år, mer eller mindre i takt med kriger

og flyktningsstrømmer, økonomiske konjunkturer og endret innvandringspolitikk.

Første gang innvandringen skjøt fart var under høykonjunkturen på begynnelsen av 1970-tallet, da unge menn kom fra blant annet Pakistan og Tyrkia for å dekke behovene for arbeidskraft innen servicenæringer og industri. Etter innvandringsstoppen i 1975 ble en ny fase preget av gjenforening mellom arbeidsinnvandrerne og deres familiemedlemmer. I en tredje fase, siden midten av 1980-tallet, har innvandringen i stor grad bestått av familieinnvandring, samt av personer med behov for beskyttelse (flyktninger, asylsøkere), for eksempel i forbindelse med krigene på Balkan på 1990-tallet og Afghanistan og Midtøsten på 2000-tallet. En fjerde, enda nyere fase preges igjen av arbeidsinnvandring, men denne gangen ofte fra de øst-europeiske landene som ble medlemmer av EU etter årtusenskiftet. Dessuten bidrar også asylsøkere, flyktninger og familiegjennforening til at innvandrerbefolkningen har økt betydelig utover 2000-tallet.

Men, som nevnt over, siden rapporten tar for seg de som var bosatt i Norge ved starten av 2008, vil ikke innvandrere fra de seineste årene (2008–2015) være med i analysene. Vårt analyseutvalg vil derfor ikke inkludere de mange innvandrerne fra Litauen og noen andre øst-europeiske land som har kommet siden 2010, og heller ikke de aller siste årenes flyktninger fra deler av Afrika og land som Syria, Libya og Afghanistan.

2.5 Innvandrerdefinisjonen

Men hvem er «innvandrere»? Mer generelt: Hvordan skille mellom Norges «innfødte» befolkning og de delene av befolkningen som er «utenfra» i en eller annen forstand?

I internasjonal statistikk finnes mange tilnærminger til dette spørsmålet, for eksempel hvilket land en person er født i, hvor han/hun har bodd lengst, hva som var mors, fars og besteforeldrenes fødeland, hvilke(t) statsborgerskap en person har, hva slags kultur personen tilhører, hva slags språk han/hun snakker, såkalt «etnisitet» og endog (i USA) «rase».

I denne rapporten anvender vi en noe ulik definisjon for voksne og for barn og unge for det vi kaller *innvandrerbefolkningen* i Norge. Vi bruker kriterier som anvendes av Statistisk sentralbyrå (SSB, 2015; Dzamarija, 2014), men på litt ulik måte for voksne og barn/unge.

For voksne (alder 20 år og oppover) regner vi en person som er født i utlandet og som har to utenlandsfødte foreldre (og ingen norsk bakgrunn via besteforeldrene) som *innvandrere*.

I innvandrerbefolkningen blant *barn og unge* (0–19 år) inkluderer vi *både* de som selv har innvandret (dvs. født i utlandet med to utenlandsfødte foreldre før de ble bosatt i Norge) *og* de som er født i Norge, men der begge foreldrene er innvandrere ifølge definisjonen over.

Sagt annerledes: Innvandrerbefolkningen i Norge, slik vi definerer den i denne rapporten, består av «førstegenerasjons-innvandrere» blant de voksne og av både «førstegenerasjons-» og «annengenerasjons-innvandrere» blant barn og unge under 20 år.

Grunnen til at vi bruker en ulik definisjon for voksne og for barn/unge, er denne: Mye av innvandringen til Norge har skjedd i de siste tiårene. «Annengenerasjons-innvandrere» blant voksne er derfor relativt fåtallige, særlig blant dem med landbakgrunn utenom Vest-Europa og andre vestlige land. Når vi studerer helsetjenestebruk i den *voksne* befolkningen, blant annet for å beskrive forskjeller mellom «innfødte» og innvandrere, er det derfor ikke viktig å inkludere norskfødte med innvandrerforeldre i innvandrerbefolkningen.

Men ettersom det er mange relativt unge voksne innvandrere, er det også mange norskfødte barn med innvandrerforeldre. De er født og oppvokst i Norge, men vil ofte ha aspekter i sin livssituasjon som reflekterer innvandrerbakgrunnen, som språk, kultur, religion, tilknytninger til foreldrenes opphavsland, osv. En analyse av helsetjenestebruk blant barn og unge bør ta hensyn til dette og inkludere også norskfødte med innvandrerforeldre, slik at vi ikke overser at mange norskfødte barn og unge faktisk har en innvandringsbakgrunn.

Slike klassifiseringer er alltid diskutabile. De er ment som praktiske redskaper som trengs når vi skal analysere likheter og forskjeller i helsetjenestebruk mellom ulike befolkningsgrupper. Utvilsomt vil definisjonene virke urimelige noen ganger. Et barn født i Norge av to svenskfødte foreldre som har bodd i Norge i flere tiår, vil her klassifiseres som en del av innvandrerbefolkningen i Norge. En voksen person som er født i utlandet og har bodd lenge i utlandet, men som har én «norsk» forelder, vil ikke bli klassifisert som innvandrer – ifølge definisjonen er han eller hun en person med landbakgrunn Norge. I

befolkningen i Norge har mange en blandet bakgrunn med både norske og utenlandske aner via foreldre, besteforeldre og fødested (Dzamarija, 2014). Vi kan ikke ta høyde for alle slike varianter, og vår klassifisering er kort og godt en praktisk, men samtidig unyansert, inndeling.

Motsatsen til «innvandrere» og «innvandrerbakgrunn» vil være «landbakgrunn Norge» eller «uten innvandrerbakgrunn». Noen ganger vil vi for enkelhets skyld, eller av stilistiske grunner, bruke uttrykk som «norsk bakgrunn», eller «norskfødt» blant de voksne, og av og til «ikke-innvandrere» eller «majoritet» (siden landbakgrunn Norge er i stort flertall, kan de også kalles «majoritetsbefolkningen»). Generelt kan vi ikke bruke «norsk» som motsats til «innvandrere», ettersom mange innvandrere og mange med innvandrerbakgrunn vil ha bodd lenge i Norge, de snakker norsk, jobber i Norge og er norske statsborgere med norsk pass.

2.6 Landbakgrunn og verdensregioner

For alle bosatte vil Statistisk sentralbyrå (med relativt få unntak) ha opplysninger om fødeland – også foreldres og besteforeldres fødeland. Vanligvis finnes også informasjon om hvilket land innvandringen har skjedd fra, om personen er innvandrere.

De 4,7 millionene individene bosatte ved starten av 2008 som vi analyserer i denne rapporten, er klassifisert etter *landbakgrunn*.

Den dominerende landbakgrunnen er selvsagt Norge – de uten innvandrerbakgrunn.

Innvandrerne på sin side er klassifisert i 20 kategorier. Klassifiseringen henviser til elleve *enkeltland*: Sverige, Polen, Bosnia-Hercegovina, Russland, Somalia, Tyrkia, Sri Lanka, Irak, Iran, Pakistan og Vietnam. For de landene som relativt få innvandrere kommer fra, brukes ni *landgrupper* (eller regioner): Resten av Norden utenom Sverige, Resten av Vest-Europa utenom Norden, Øvrige øst-europeiske EU-land (dvs. Tsjekkia, Ungarn, Romania, Latvia, mv., men ikke Polen som er en egen kategori), Serbia/Montenegro/Kosovo, Resten av Øst-Europa utenfor EU (for eksempel Ukraina og Hviterussland), Resten av Afrika utenom Somalia, Resten av Asia utenom de asiatiske enkeltlandene nevnt over, USA/Canada/Australia/New Zealand, og endelig Latin-Amerika/resten av Oceania.

Klassifiseringen er bestemt av dataeierne og har til hensikt å sikre at ingen av landkategoriene har for få individer. Om det er relativt få innvandrere fra et land, er de slått sammen med innvandrere fra ett eller flere andre nærliggende eller liknende land slik at mulighetene for å identifisere enkeltpersoner forsvinner. Flere kategorier blir derfor svært sammensatte – Resten av Afrika, for eksempel, består både av Middelhavsland og land som ligger sør for Sahara.

Når vi analyserer data, vil vi imidlertid ofte bruke mer aggregerte (sammenslåtte) inndelinger, dels på grunn av antallet i utvalgene vi analyserer (blant eldre, for eksempel, er det svært få ikke-vestlige innvandrere) og dels for å gi et mer tydelig oversiktsbilde. Ofte vil vi framstille resultatene bare for *fire kategorier: Landbakgrunn Norge* samt tre kategorier vi kaller «verdensregioner»: *Vest-Europa og andre vestlige land* (Norden og Vest-Europa, USA, Canada, Australia og New Zealand), *Øst-Europa* (inkludert sentraleuropeiske land som Tsjekkia og Ungarn) og *Afrika/Asia/Latin-Amerika*. I den siste gruppen er Tyrkia med, og med Latin-Amerika mener vi Karibien og alle amerikanske land fra Mexico og sørover.

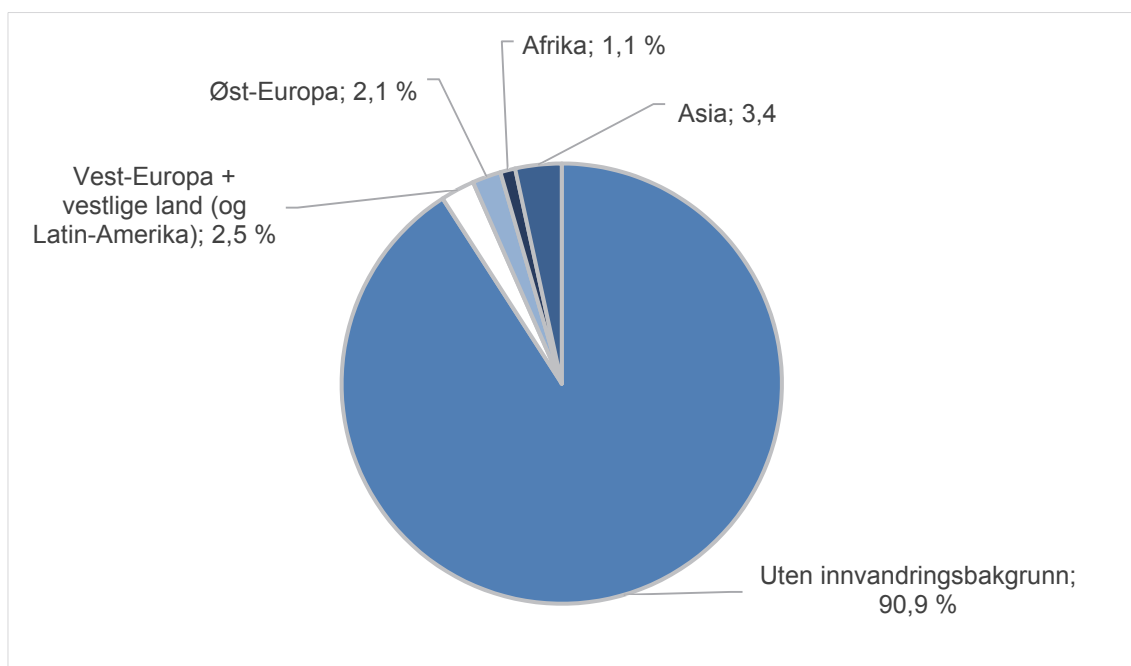
2.7 Analyseutvalget: Antall, kjønns- og aldersfordeling

Tabell 2.1 gir en generell oversikt over analyseutvalget. Over ni av ti – 90,9 prosent – hadde landbakgrunn Norge (4.273.426 av de 4.699.353 bosatte pr. 1. januar 2008), mens 9,1 prosent – vel 425.000 personer – tilhørte innvandrerbefolkningen slik vi har definert den her. Innvandrere utgjorde også 9,1 prosent av barna og de unge i befolkningen (0–19 år, her inkluderer vi barn av innvandrerforeldre), men noe mer blant de voksne i alderen 20–49 år: 12,2 prosent. Blant de eldre voksne var innvandrerne færre – 6,0 prosent i aldersgruppen 50–69 år og bare 3,2 prosent i aldersgruppen 70 år og eldre.

Tabell 2.1. Analyseutvalget (bosatte pr. 1. januar 2008) fordelt på landbakgrunn Norge og innvandrerbefolkningen fra tre verdensregioner.

Landbakgrunn	Ialt	0–19år	20–49år	50–69år	70år+
Antall individer					
Landbakgrunn Norge	4.273.426	1.104.195	1.679.592	1.001.590	488.049
Vest-Europa og vestlige land	105.198	11.110	54.778	28.542	10.759
Øst-Europa	91.284	20.827	56.519	11.636	2302
Afrika, Asia, Latin-Amerika	229.445	79.100	123.093	24.263	2989
Innvandrerbefolkning ialt	425.927	111.046	234.390	64.441	16.050
Fordeling alder (%)					
Landbakgrunn Norge	100,0	25,8	39,3	23,4	11,4
Vest-Europa og vestlige land	100,0	10,6	52,1	27,1	10,2
Øst-Europa	100,0	22,8	61,9	12,7	2,5
Afrika, Asia, Latin-Amerika	100,0	34,5	53,6	10,6	1,3
Antall i hele utvalget	4.699.353	1.215.241	1.913.982	1.066.031	504.099

Aldersgruppen 0-19 år inkluderer både «egentlige» innvandrere (utenlandsfødt med to utenlandsfødte foreldre) og norskfødte med innvandrerbakgrunn; for 20år+ er bare «egentlige» innvandrere inkludert.



Figur 2.1. Befolkningen pr. 1. januar 2008 etter landbakgrunn.

Generelt er derfor innvandrerne yngre enn de med norsk bakgrunn. Godt over halvparten av innvandrerbefolkningen er i alderen 20–49 år (55,0 prosent), mot litt under 40 prosent i befolkningen uten innvandrerbakgrunn. Særlig utgjør 20–49-åringene en stor andel av innvandrerne fra Øst-Europa (over 60

prosent). De fleste derfra er jo arbeidsinnvandrere. Også blant innvandrere fra Vest-Europa og vestlige land, og fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, er over halvparten i aldersgruppen 20–49 år.

I befolkningen uten innvandringsbakgrunn var om lag en fjerdedel (25,8 prosent) barn og unge under 20 år. Blant innvandrerne fra Vest-Europa og andre vestlige land er denne andelen barn og unge lav (10,6 prosent), mens den var høy (34,5 prosent) blant innvandrerne fra Afrika, Asia og Latin-Amerika.

Tabell 2.2. Innvandrerbefolkningen pr. 2008: Landbakgrunn, alder, prosentandel menn.

Landbakgrunn	Antall i alt og i fire alderskategorier					Menn
	Ialt	0–19år	20–49år	50–69år	70år+	Prosent
Sverige	24.912	1979	15422	5939	1572	48,0
Resten av Norden	28.141	2898	12391	8784	4068	47,5
Resten av Vest-Europa	42.899	5520	22.422	11.536	3421	55,7
Polen	27.834	3420	20581	3483	350	67,6
Øvrige Øst-Europ EU-land	13.842	1901	9679	1670	592	50,0
Serbia, Montenegr, Kosovo	13.931	5612	6975	1188	156	52,2
Bosnia-Hercegovina	15.101	3875	7397	2955	874	49,7
Russland	11.954	3723	6918	1152	161	34,8
Rest Øst-Europa utenfor EU	8622	2296	4969	1188	169	44,2
Somalia	20.978	9918	10227	745	88	53,7
Resten av Afrika	32.095	10.836	18.008	2877	374	54,0
Tyrkia	13.755	4982	7292	1350	131	54,9
Sri Lanka	12.698	5121	6337	1100	140	51,6
Irak	21.780	9393	10.975	1270	142	55,6
Iran	14.799	3982	8776	1793	248	54,9
Pakistan	24.504	10.131	10.385	3675	313	51,5
Vietnam	18.203	6395	9092	2237	479	49,2
Resten av Asia	55.494	15.412	32.652	6670	760	40,1
USA,Canada,Austral,NewZea	9246	722	4543	2283	1698	44,7
LatinAmerika, rest Oceania	15.139	2930	9349	2546	314	44,2

Aldersgruppen 0-19 år inkluderer både «egentlige» innvandrere (utenlandsfødt med to utenlandsfødte foreldre) og norskfødte med innvandrerbakgrunn; for 20år+ er bare «egentlige» innvandrere inkludert.

Tabell 2.2 viser innvandrerbefolkningen i analyseutvalget, klassifisert etter landbakgrunn og alder. Blant de elleve enkeltland-bakgrunnene var de største Polen (27.834 personer), Sverige (24.912), Pakistan (24.504), Irak (21.780) og Somalia (20.978). Dette var altså slik situasjonen var pr 1. januar 2008,

men dette har endret seg raskt – i januar 2015 var for eksempel tallet på bosatte med bakgrunn fra Polen nesten 100.000 (SSB, 2015).

Innvandrer kategorier som samler flere enkeltland var selvsagt ofte tallrike: Over 55.000 fra Resten av Asia (utenom Tyrkia, Sri Lanka, Irak, Iran, Pakistan og Vietnam) og ca. 43.000 fra Resten av Vest-Europa (utenom Norden). I Resten av Afrika (utenom Somalia) er det et betydelig innslag fra Eritrea, mens mange chilenerne er blant innvandrerne fra Latin-Amerika.

I mange av landgruppene er det omtrent like mange av begge kjønn (kolonnen Menn prosent, tabell 2.2), men det er noen unntak. Fra et typisk arbeidsinnvanderland som Polen var 68 prosent menn, mens kvinner utgjør flertallet av innvandrerne fra Russland og Resten av Asia.

Siden innvandringen fra land utenom Norden og Vest-Europa først har fått et større omfang i de aller siste tiårene, er det få eldre med afrikansk og asiatisk bakgrunn i analyseutvalget – for eksempel bare 88 personer over 70 år med bakgrunn fra Somalia, og ganske få fra Tyrkia (131), Sri Lanka (140), Irak (142) og Serbia/Montenegro/Kosovo (156). Siden innvandringen fra Pakistan og Vietnam har vart i lengre tid, er det noe flere eldre fra disse to landene. De aller fleste eldre innvandrerne i alderen 70 år og oppover (10.759 av ca. 16.000) var fra Norden, Vest-Europa eller oversjøiske vestlige land (tabell 2.1).

2.8 Analyseutvalget alder 20–69 år: Utdanning og botid

Som bakgrunn for analysene kan enkelte opplysninger om sammensetningen av innvanderer-befolkningen være nyttige. Tabell 2.3 viser utdanningsnivået i analyseutvalget for de voksne i alderen 20–69 år. Blant dem med norsk bakgrunn hadde nesten halvparten utdanning på videregående nivå (46 prosent), mens 31 prosent hadde eksamener fra høyskole eller universitet. Blant innvandrerne er det store variasjoner. Innvandrerne fra vestlige land har stort sett et høyt utdanningsnivå – for eksempel hadde så mye som 46 prosent av innvandrerne fra Resten av Vest-Europa en form for høyskole- eller universitetsutdanning.

Imidlertid er det mye usikkerhet om utdanningsnivået blant en del av innvandrerne. De som har eksamener fra en norsk utdanningsinstitusjon, har sammenlignbar informasjon med de med norsk bakgrunn, men mange av

innvandrerne har utdanning fra utenlandske institusjoner som kan være vanskelig å sammenligne med det norske utdanningssystemet.

Dessuten *mangler* utdanningsopplysninger for mange innvandrere (tabell 2.3). For en av fem (19,9 prosent) av innvandrerne 20–69 år har vi ikke informasjon om utdanning. Asylsøkere og flyktninger skal oppgi utdanning ved ankomst, og de som arbeider i yrker med særskilte kvalifikasjonskrav vil ofte få sin utdanning registrert. Statistisk sentralbyrå prøver dessuten å innhente informasjon om innvandrernes utdanning gjennom egne spørreskjemaundersøkelser. Men mange innvandrere kan komme til Norge uten å oppgi utdanningen sin, og det er særlig innvandrerne fra de nye øst-europeiske EU-landene som mangler utdanningsdata.

Tabell 2.3. Utdanningsnivå (prosentfordeling) i analyseutvalget, alder 20–69 år.

Landbakgrunn	I alt %	Infor- masjon mangler	Høyeste utdanningsnivå		Høgskole og universitet	
			Grunn- skole	Videre- gående	Lavere nivå	Høyere nivå
Norge	100	1	22	46	24	7
Sverige	100	23	11	28	27	10
Resten av Norden	100	16	18	31	25	11
Resten av Vest-Europa	100	19	13	33	27	19
Polen	100	40	7	33	12	9
Øvrige Øst-Europ EU-land	100	31	11	24	21	14
Serbia, Montenegr, Kosovo	100	12	33	34	16	4
Bosnia-Hercegovina	100	5	21	43	24	7
Russland	100	16	24	20	19	21
Rest Øst-Europa utenfor EU	100	16	26	32	16	10
Somalia	100	22	53	18	6	1
Resten av Afrika	100	18	34	25	16	7
Tyrkia	100	14	53	23	8	2
Sri Lanka	100	13	37	32	15	4
Irak	100	18	41	19	17	5
Iran	100	8	29	31	23	9
Pakistan	100	14	44	25	13	4
Vietnam	100	9	41	30	14	5
Resten av Asia	100	20	32	18	21	8
USA,Canada,Austral,NewZea	100	26	7	16	30	22
LatinAmerika, rest Oceania	100	17	25	29	20	9

Se tabell 2.2 for antallet 20–69 år i hver innvandrerguppe. Summen av prosentandelene kan være litt forskjellig fra 100 på grunn av avrunding.

Tabell 2.3 tyder på at innvandrere fra Afrika og Asia ofte har relativt lave andeler med høyere utdanning. Et unntak er innvandrere fra Iran. Imidlertid

er prosentandelene for høyere utdanning blant innvandrergруппene *minimumsanslag*, siden det er sannsynlig at en del av de som mangler utdanningsinformasjon, faktisk har høy utdanning.

Tabell 2.4 gir informasjon om botid og illustrerer at mye av innvandringen til Norge er av ny dato. Siden utvalget tar utgangspunkt i de bosatte pr. 1. januar 2008, er det naturligvis ingen i analyseutvalget som har innvandret seinere enn i 2007. Blant innvandrerne i alder 20–69 år bosatt pr. 1. januar 2008 hadde bortimot halvparten (44 prosent) innvandret på 2000-tallet, mens bare 11 prosent hadde innvandret før 1980.

Tabell 2.4 reflekterer noen viktige trekk ved innvandringen til Norge. Innvandring fra vestlige land har pågått lenge, men også fra disse landene (for eksempel fra Vest-Europa) hadde mange av innvandrerne pr. 1. januar 2008 en relativt kort botid i Norge. De «nyeste» innvandrerne er i stor grad innflyttere fra øst-europeiske land, spesielt Polen, Øvrige øst-europeiske EU-land og Russland. Blant disse, alder 20–69 år i 2008, har et stort flertall ankommet etter tusenårsskiftet (mange såpass nylig som fra 2004 til 2007).

Vi ser også at den pakistanske og tyrkiske innvandringen var betydelig allerede før 1990. I noen grad reflekterer innvandringstidspunktet de årene da opprinnelseslandet var rammet av interne væpnede konflikter, diktaturer eller invasjoner, med mange flyktninger som resultat: Vietnamesere kom på slutten av 1970-tallet og utover 1980-tallet, omveltningene i Iran i 1979 forårsaket flukt på 1980-tallet, Balkan-krigene resulterte i mange innvandrere fra det tidligere Jugoslavia på 1990-tallet, og krigene i Somalia og invasjonskriger og bombeangrep i Afghanistan og Irak har ført til flyktningestrømmer utover 2000-tallet.

Tabell 2.4. Innvandringsår (prosent) for innvandrerne i analyseutvalget, alder 20–69 år.

Innvandringsår/periode	Før 1970	1970–1979	1980–1989	1990–1999	2000–2007	I alt %
Sverige	7	8	14	31	40	100
Resten av Norden	14	16	22	23	26	100
Resten av Vest-Europa	10	12	14	19	45	100
Polen	1	2	9	8	81	100
Øvrige Øst-Europ EU-land	5	3	6	15	72	100
Serbia, Montenegro, Kosovo	1	3	12	55	29	100
Bosnia-Hercegovina	0	1	1	86	11	100
Russland	0	0	1	26	72	100
Rest Øst-Europa utenfor EU	3	7	12	32	47	100
Somalia	0	0	7	34	59	100
Resten av Afrika	1	7	19	26	47	100
Tyrkia	0	14	30	30	26	100
Sri Lanka	0	2	41	40	17	100
Irak	0	0	4	37	59	100
Iran	0	1	38	34	28	100
Pakistan	0	30	31	20	19	100
Vietnam	0	8	48	31	13	100
Resten av Asia	1	6	17	21	55	100
USA,Canada,Austral,NewZea	7	12	16	22	42	100
LatinAmerika, rest Oceania	1	7	37	19	35	100
Alle innvandrere 20-69 år	3	8	18	27	44	100

For antallet 20-69 år i hver innvandringsgruppe – se tabell 2.2. 0 i tabell betyr enten ingen eller mindre enn 0,5% av innvandringsgruppen. Summen av prosentandelene kan være 99 eller 101 på grunn av avrundinger.

2.9 Norsk pasientregister: Poliklinikk, døgnopphold

Fra Norsk pasientregister (NPR) har vi data om bruk av spesialisthelsetjenester i løpet av en periode på fire år, dvs. fra 1. januar 2008 til 31. desember 2011. Norsk pasientregister er et sentralt helseregister, under Helsedirektoratet, som samler inn informasjon på individnivå om pasientkontakter i spesialisthelsetjenestene (HD, 2015).

Data gjort tilgjengelig for denne rapporten består av to deler. For det første har vi de registrerte pasientkontaktene ved de *somatiske* sykehusene i Norge (her inngår sykehus eid av de statlige regionale helseforetakene og et mindre antall private sykehus med avtaler med helseforetakene). For det andre har vi informasjon om kontakter i tjenestene for *psykisk helsevern* som inngår i spesialisthelsetjenesten – psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) og

psykisk helsevern for voksne (PHV, inkludert Tverrfaglig spesialisert rusbehandling).

I rapporten skiller vi mellom to hovedtyper pasientkontakter: *Polikliniske kontakter* og *døgnopphold* ved sykehuset eller institusjonen.

En betydelig del av virksomheten ved spesialisttjenestenes institusjoner består av pasientkontakter som *ikke* medfører det vi vanligvis oppfatter som sykehusopphold. Denne *polikliniske* virksomheten er pasientkontakter i institusjonenes eller sykehusenes lokaler, foretatt av spesialisert helsepersonell (legespesialister, psykologer og andre personellgrupper).

Tabell 2.5. Antallet polikliniske kontakter, døgnopphold (innleggelser) og liggedøgn ved somatiske sykehus og psykisk helseverninstitusjoner i analyseutvalget, 2008–2011.

Aldersgruppering	0–19 år	20–69 år	70 år +	Ialt
Somatiske sykehus				
– Antall polikliniske kontakter	2.666.592	13.036.060	3.367.067	19.069.719
– Antall døgnopphold	305.998	1.831.556	884.694	3.022.248
– Antall liggedøgn	855.214	7.723.195	5.418.718	13.997.127
Psykisk helsevern for voksne				
– Antall polikliniske kontakter	608.691	5.157.234	161.517	5.927.442
– Antall døgn/avdelingsopphold	23.365	233.696	18.244	275.305
– Antall liggedøgn	632.164	5.976.183	384.363	6.992.710
Psykisk helsevern barn/unge (PHBU)				
– Antall polikliniske kontakter	3.506.921	*		3.506.921
– Antall døgn/avdelingsopphold	9116	*		9116
Antall personer	1.215.241	2.980.013	504.099	4.699.353

* Tallene for psykisk helsevern for voksne (PHV) inkluderer Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling (TSB). I materialet var det et mindre antall kontakter i psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) for personer 20 år og eldre – noen av dem var oppgitt til å være 30 år og mer. Disse få kontaktene er tatt ut av materialet.

I materialet fra Norsk pasientregister skilles det mellom polikliniske konsultasjoner og dagbehandling. Dagbehandling er mer omfattende enn en vanlig konsultasjon, uten at en regulær innleggelse blir foretatt (HD, 2012: 30). Dagbehandlinger utgjør imidlertid en tallmessig liten del av de polikliniske kontaktene. Etersom denne rapportens formål er en generell oversikt over bruk av spesialisthelsetjenester, uten detaljerte aktivitetsanalyser, har vi slått sammen polikliniske konsultasjoner og dagbehandling til én kategori som vi

kaller *polikliniske kontakter*. De polikliniske pasientkontaktene er av mange typer – fra rutinemessige kontakter og enkle kontroller til omfattende diagnostisering og dagkirurgi.

Når det gjelder *døgnopphold* registrert i Norsk pasientregister, består de av pasientkontakter ved det somatiske sykehuset eller psykisk helsevern-institusjonen som innebærer overnatting – egentlig «overnatting var planlagt ved innleggelse» (HD, 2012: 31). Lengden på døgnoppholdet måles med antall *liggedøgn* (dvs. antall overnattinger). Det kan virke ulogisk at noen døgnopphold er registrert med 0 liggedøgn, men dette vil skje av og til, for eksempel om pasienten som innlegges må utskrives samme dag på grunn av at nøkkelpersonell ikke var tilgjengelig, pasientens tilstand tilsa at operasjon ble avlyst, mv.

I denne rapporten analyserer vi følgende *polikliniske kontakter* (konsultasjoner og dagbehandlinger), *døgnopphold* (sykehus/institusjonsovernattinger) og *liggedøgn*. En sammenfattende oversikt over disse pasientkontaktene er gitt i tabell 2.5. Her framgår det at analyseutvalget vårt – de ca. 4,7 millioner bosatte pr. 1. januar 2008 – hadde vel 19 millioner polikliniske kontakter, vel 3 millioner døgnopphold og nesten 14 millioner liggedøgn ved de somatiske sykehusene i løpet av de fire årene 2008–2011. I psykisk helsevern for voksne (PHV) var det nesten 6 millioner polikliniske kontakter, om lag 275.000 døgnopphold og nær 7 millioner liggedøgn i fireårsperioden. I psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) fant det sted vel 3,5 millioner polikliniske kontakter og vel 9000 døgnopphold. Merk at dette avviker noe fra årsstatistikkene fra Norsk pasientregister (jf. HD, 2012), siden vi analyserer kontakter blant de som var bosatt i Norge 1. januar 2008, mens Pasientregisterets tall også inkluderer de som ble født og de som har innvandret etter 1. januar 2008.

Merk også at aldersgruppen 0–19 år har mange kontakter og døgnopphold i Psykisk helsevern for voksne. Grunnen er dels, som nevnt over, at 18- og 19-åringene normalt vil tas imot av Psykisk helsevern for voksne. Den viktigste grunnen er likevel at blant de som var 0–19 år pr. 1. januar 2008, vil en del ha fylt 18 år i løpet av årene 2008–2011 og de vil derfor etter hvert «tilhøre» de voksnes psykiske helsevern.

2.10 Diagnoseopplysningene

For kontaktene ved de somatiske sykehusene har materialet fra Norsk pasientregister informasjon om grunnen eller årsaken til kontakten, i form av hovedkapitlene i ICD-10 (International Classification of Diseases, versjon 10). Av anonymitetshensyn er det ikke gitt tilgang til mer detaljerte diagnoser. Våre opplysninger om somatiske pasientkontakter er derfor «grovsortert» i 21 diagnosegrupper. Noen eksempler: *Sykdommer i sirkulasjonssystemet* inkluderer kontakter som følge av høyt blodtrykk og andre hjerte-karsykdommer (dvs. hjerte- og karlidelser). *Endokrine sykdommer* omfatter diabetes og tilstander som underernæring og fedme. *Sykdommer i åndedrettsystemet* omfatter akutte infeksjoner i øvre luftveier, men også kroniske sykdommer i nedre luftveier, mv. Andre store diagnosegrupper er infeksjonssykdommer, svulster, sykdommer i muskel- og skjelettsystemet, skader og «Symptomer ikke klassifisert annet sted» (som ofte gjelder hjerte eller åndedrett).

Vi vil ikke analysere hver enkelt av de 21 diagnosegruppene ettersom noen av dem er ganske uvanlige. Ofte bruker vi samle kategorier av diagnose- og årsaksgrupper, jf. tabell 2.6 og tabell 2.7. I noen analyser tar vi bare med de viktigste eller største diagnosegruppene.

Vi har altså opplysninger som sier noe om årsaken til pasientkontakten for polikliniske kontakter og innleggelse ved de *somatiske* sykehusene. I materialet fra psykisk helsevern for voksne (PHV) henviste diagnoseopplysningene kun til den generelle kategorien «Psykiske lidelser og rusproblemer», noe som er lite informativt ettersom kontaktene i psykisk helsevern praktisk talt alltid skyldes denne diagnosegruppen. I dataene om psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) var det gitt noen opplysninger om såkalte diagnoseakser, men de manglet for majoriteten av kontaktene.

Derfor er det bare for pasientkontaktene ved de somatiske sykehusene vi kan si noe om årsaker og diagnoser, ved hjelp av informasjonen om hvordan kontakten er klassifisert i henhold til hovedkapitlene i ICD-10 (International Classification of Diseases, versjon 10). For kontaktene i psykisk helsevern har vi i praksis ikke noe annet å bygge på enn at pasientene er henvist til denne delen av spesialisttjenestene, noe som tyder på et psykisk helseproblem.

En spesiell diagnose – eller årsaksgruppe – må diskuteres særskilt: *Faktorer med betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten*. I Norsk

pasientregisters data er denne kategorien (kodene Z00-Z99 i ICDs skjema) brukt for et stort antall kontakter, konsultasjoner og døgnopphold. Koden brukes for svært ulike foreteelser og tilstander, som normale fødsler, rutinemessige helsekontroller, målrettede helsekontroller rettet mot infeksjonssykdommer, gynekologiske undersøkelser, screening, etterkontroller etter behandling av svulster, problemer ved vanskelige livssituasjoner, mv.

Kategorien *Faktorer med betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten* henviser altså i stor grad til kontakter som ikke er direkte foranlediget av sykdom eller mistanke om sykdom. Kategorien skal også inkludere pasientkontakter og sykehusopphold for normale fødsler, og for enkelte kvinnegrupper kan sykehusopphold som er bokført med denne årsaken ofte være innleggelses på grunn av fødsler. Ettersom vårt datamateriale bare har hovedkapitler i ICDs klassifisering, vet vi i praksis svært lite om hva som «egentlig har foregått» når en pasientkontakt klassifiseres med merkelappen *Faktorer med betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten*. Diagnosegruppen *Svangerskap, fødsel og barseltid* (koder O00-O99) skal derimot, ifølge Helse- og omsorgsdepartementets retningslinjer, ikke inkludere normale fødsler, men unormale og sykelige svangerskapstilstander, for eksempel fødsler med ufullendte utfall eller med alvorlige komplikasjoner som krever keisersnitt eller intensivbehandling. Vi ser imidlertid tegn til at den vedtatte kodepraksisen ikke alltid blir fulgt – muligens er også sykehusopphold for normale fødsler noen ganger kodet som *Svangerskap, fødsel og barseltid*.

Tabell 2.6 viser hvordan de vel 19 millioner *polikliniske* pasientkontaktene fordelte seg på grunner til kontakten, totalt for hele analyseutvalget og for tre aldersgrupper. Kategorien *Faktorer med betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten* står for om lag en fjerdedel av alle kontaktene (litt mindre, en femdel, blant barn og unge). Dette er altså, som diskutert i forrige avsnitt, en svært sammensatt kategori (vanlige fødsler, rutineundersøkelser, screening, m.m.), og tolkningen av disse kontaktene er derfor ofte vanskelig.

Dessuten utgjør naturlig nok restkategorien «Alle andre diagnosegrupper» en betydelig andel (11 prosent totalt), og kategorien (R00-R99 «Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted») står dessuten for 4–5 prosent av kontaktene.

Med andre ord: For en stor andel av de polikliniske pasientkontaktene ved somatiske sykehus har vi lite spesifikke opplysninger om *årsaken* til kontakten.

Tabell 2.6. Polikliniske pasientkontakter ved somatiske sykehus blant analyseutvalget 2008–2011. Prosentfordeling av diagnosegruppene.

Aldersgruppering	0–19 år	20–69 år	70 år +	Ialt
Diagnosegrupper				
Infeksjoner ICD A00-B99	1,0	0,9	0,3	0,8
Svulster ICD C00-D48	2,2	8,8	12,4	8,5
Endokrine sykdommer E00-E90	4,5	4,4	2,0	4,0
Sykdommer i øye/øre H00-H95	9,5	5,3	17,4	8,0
Sirkulasjonssykdommer I00-I99	0,8	5,5	9,7	5,6
Åndedretsorganer J00-J99	6,9	2,3	1,9	2,9
Fordøyelsessykdommer K00-K93	4,7	4,4	2,9	4,1
Hudsykdommer L00-L99	4,8	5,2	3,2	4,8
Muskel/skjelett M00-M99	5,1	11,5	7,1	9,8
Svangerskaps sykdom O00-O99	1,9	3,4	0,0	2,6
Symptomer R00-R99	5,5	3,9	3,7	4,1
Skader, ytre årsaker S00-Y98	18,5	6,9	5,4	8,2
Faktorer vedr. helsetilstand og kontakt med helsetjenesten Z00-Z99	20,0	26,9	25,8	25,7
Alle andre diagnosegrupper	14,7	10,7	8,3	10,8
Sum prosent	100,0	100,0	100,0	100,0
Sum antall polikliniske kontakter	2.666.592	13.036.060	3.367.067	19.069.719

Blant de mer *spesifiserte* diagnosegruppene, er skader og ulykker den hyppigste diagnosegruppen blant barn og unge 0–19 år, fulgt av øye- og øresykdommer og åndedrettssykdommer o.l. Blant voksne 20–69 år er muskel- og skjelettsykdommer den hyppigste spesifiserte grunnen, fulgt av svulster (kreft) og skader. Et litt annerledes mønster ser vi blant de eldre som var 70 år og mer: Her står diagnosegruppen øye- og ørelidelser for vel en sjettedel (17,4 prosent) av de polikliniske kontaktene, svulster utgjør 12,4 prosent. Hjerter- og kar-sykdommer (sirkulasjonssykdommer) med nær ti prosent utgjør også en betydelig del av de somatiske polikliniske kontaktene blant eldre.

Tabell 2.7 viser på samme vis den prosentvise fordelingen på disse «grove» diagnosegruppene for de vel 3 millionene *døgnoppholdene* ved de somatiske sykehusene. Den uspesifikke kategorien *Faktorer med betydning for helsetilstand*

og kontakt med helsetjenesten er brukt om 9,2 prosent av alle sykehusoppholdene, mens de små diagnosegruppene samlet i *Alle andre diagnosegrupper* står for om lag 15 prosent av alle døgnoppholdene. Også den vage *Symptomer...* (R00-R99) er relativt hyppig grunn for innleggelse, særlig blant barn og unge.

Blant de mer *spesifiserte* årsakene for sykehusopphold, er skader framtrедende blant barn og unge (19 prosent av alle døgnoppholdene), fulgt av åndedrettslidelser (13 prosent) og fordøyelsessykdommer (8 prosent). Blant voksne 20–69 år dreier omtrent en av åtte sykehusinnleggelser seg om sirkulasjonslidelser (hjerte- og karsykdommer) og omtrent en av ti om svulster. Skader/ytre årsaker er også bakgrunnen for omtrent en av ti innleggelser i denne aldersgruppen. For de eldre er sirkulasjonslidelser en særskilt hyppig årsak for sykehusinnleggelser – omkring en fjerdedel av alle døgnopphold for de eldre klassifiseres med denne årsaksgruppen. Også skader, svulster og åndedrettslidelser er relativt ofte årsaken til sykehusinnleggelser blant de eldre.

Tabell 2.7. Døgnopphold ved somatiske sykehus i analyseutvalget i fireårsperioden 2008–2011. Prosentfordeling av diagnosegruppene.

Aldersgruppering	0–19 år	20–69 år	70 år +	Ialt
Diagnosegrupper				
Infeksjoner ICD A00-B99	4,3	2,4	3,4	2,9
Svulster ICD C00-D48	3,4	10,5	11,8	10,1
Endokrine sykdommer E00-E90	2,9	1,8	1,5	1,9
Sirkulasjonssykdommer I00-I99	1,3	13,0	24,2	15,1
Åndedretsorganer J00-J99	13,1	5,7	10,9	8,0
Fordøyelsessykdommer K00-K93	8,4	7,4	7,5	7,5
Muskel/skjelett M00-M99	4,5	7,8	6,0	6,9
Svangerskaps sykdom O00-O99	3,6	6,2	0,0	4,1
Symptomer R00-R99	10,9	8,0	6,2	7,8
Skader, ytre årsaker S00-Y98	19,2	9,6	11,8	11,2
Faktorer vedr. helsetilstand og kontakt med helsetjenesten Z00-Z99	7,4	12,4	3,0	9,2
Alle andre diagnosegrupper	20,8	15,2	13,9	15,3
Sum prosent	100,0	100,0	100,0	100,0
Sum antall somatiske døgnopphold	305.998	1.831.556	884.694	3.022.248

2.11 Analyseopplegg og hvordan bruk av spesialisthelsetjenester måles

I de kommende kapitlene vil vi analysere kvinner og menn (og jenter og gutter) hver for seg (unntatt i Kapittel 8). Egne kapitler analyserer voksne i alderen 20–69 år, barn og unge 0–19 år, og de som var 70 år og eldre. Dette er hensiktsmessig ettersom kvinner jevnt over har en annen bruk av helsetjenester enn menn, og bruken varierer selvsagt sterkt med alder.

I framstillingen bruker vi ofte vanlige prosentberegninger for å vise, for eksempel, hvor stor prosentandel av en gruppe som har hatt døgnopphold ved somatiske sykehus i undersøkelsesperioden, eller hvor stor prosentandel av de polikliniske pasientkontaktene som «leveres» til de med henholdsvis norsk og utenlandsk bakgrunn.

Slike prosentberegninger vil imidlertid ikke gi presise svar på spørsmål av typen «Er innvandrere med øst-europeisk bakgrunn forholdsvis ofte (eller forholdsvis lite) innlagt på sykehus?». Slike spørsmål belyses bedre med *aldersjusterte bruksrater*, som kan uttrykkes slik: «Antall døgnopphold ved somatiske sykehus pr. 1000 personår, aldersjustert». Slike bruksrater er det beste målet om en ønsker å diskutere hvor ofte (hvor hyppig) en gruppe bruker en type helsetjenester, relativt til og sammenlignet med andre grupper. Vi vil derfor beskrive nærmere hva som ligger i *aldersjusterte bruksrater*.

2.11.1 PERSONÅR: EKSPONERINGSTID

Antall personår refererer til at sammenligninger mellom grupper må ta hensyn til hvor mye gruppens medlemmer var «eksponert» eller «utsatt» for muligheten av å bli innlagt på sykehus. Som eksempel: En gruppe består av 100 personer den 1. januar 2008. Vi registrerer alle døgnopphold ved sykehus for disse personene i de fire årene fram til 31. desember 2011. Hvis ingen av gruppens medlemmer dør eller emigrerer i de fire årene, vil gruppen fortsatt ha 100 medlemmer på slutten av 2011. Eksponeringstiden for gruppen er derfor fire år pr. individ x 100 individer = 400 personår. Hvis de 100 personene har hatt 50 døgnopphold i de fire årene, er bruksraten pr. 1000 personår = $(50/400) * 1000 = 125$ døgnopphold pr. 1000 personår. Sagt annerledes: Tusen personer i denne gruppen vil statistisk sett ha 125 sykehusopphold pr. år.

Antall *personår* viser altså hvor lenge gruppens medlemmer til sammen har vært eksponert for muligheten av (eller under risiko for) sykehusinnleggelse. Noen vil kanskje tenke at vi kunne nøyd oss med å ta utgangspunkt i antallet i gruppen ved *starten* av perioden. Dette kan imidlertid bli misvisende, som eksemplet nedenfor viser.

La oss si at både Gruppe A og Gruppe B har 100 medlemmer den 1. januar 2008. Gruppe A har hatt 50 døgnopphold 2008–2011, mens Gruppe B har hatt 48 døgnopphold i samme periode. Da er vel bruken større i Gruppe A enn i Gruppe B? Nei, ikke nødvendigvis.

La oss si at alle Gruppe As 100 medlemmer var i live og bodde i Norge 31. desember 2011. Samlet eksponering for Gruppe A er altså 400 personår. I Gruppe B, derimot, har 20 av de opprinnelige 100 medlemmene emigrert. Disse var altså ikke i Norge i hele fireårsperioden, og etter å ha emigrert, er de jo ikke lenger «under risiko» for sykehusopphold i Norge. La oss si at de 20 Gruppe B-medlemmene i gjennomsnitt emigrerte etter to år. I så fall vil Gruppe B ha 80 medlemmer med en eksponeringstid på fire år (= 320 personår) og 20 medlemmer med en gjennomsnittlig eksponeringstid på to år (= 40 personår), til sammen 360 personår.

Gruppe A hadde altså 400 personår og 50 døgnopphold, dvs. 125 døgnopphold pr. 1000 personår. Gruppe B hadde 360 personår og 48 døgnopphold, og det blir $(48/360) * 1000 = 133,3$ døgnopphold pr. 1000 personår. Faktisk var altså *bruksraten* høyere i Gruppe B enn i Gruppe A, selv om Gruppe B hadde færre innleggelser og begge grupper hadde 100 medlemmer til å begynne med.

Med andre ord: Realistiske sammenligninger mellom befolkningsgrupper av hvor hyppig de bruker spesialisthelsetjenestene må ta hensyn til gruppens eksponeringstid, dvs. tallet på *personår* i gruppen. Dette er viktig når vi analyserer innvandrere, siden de emigrerer (utvandrer) fra Norge i noe større grad enn de «innfødte» innbyggerne (Skjerpen et al., 2015). Derfor vil gjennomsnittlig antall personår i fireårsperioden 2008–2011 stort sett være litt lavere pr. innvandrer enn pr. person med norsk bakgrunn. Om vi ikke tar hensyn til dette, kan det føre til at vi *undervurderer* den faktiske brukshyppigheten blant innvandrerne. I denne rapporten har vi derfor brukt opplysninger om utvandring og dødsfall for å beregne *antallet personår* i hver gruppe i løpet

av de fire årene 2008–2011 så presist som mulig, slik at vi kan lage *realistiske* beregninger av bruken av spesialisthelsetjenester i ulike befolkningsgrupper.

2.11.2 ALDERSJUSTERING

Dessuten må vi ta hensyn til gruppens *alderssammensetning*. Siden helse-tilstanden jevnt over forverres med økende alder, vil selvsagt typiske mannlige 60-åringere ha flere konsultasjoner og sykehusopphold enn typiske mannlige 30-åringere. Å sammenligne bruken av helsetjenester i to grupper uten å ta hensyn til alderssammensetningen, kan derfor bli ganske misvisende.

I denne rapporten er dette svært viktig, ettersom innvandrerne jevnt over er yngre enn de uten innvandringsbakgrunn. Tabell 2.1 viser for eksempel at blant innvandrerne fra Øst-Europa var om lag 15 prosent 50 år og eldre. Denne prosentandelen var mye høyere – om lag 35 prosent – blant innbyggerne uten innvandringsbakgrunn som var 50 år og mer. Ulikheten i aldersfordeling gjør at det selvsagt er svært sannsynlig at de med landbakgrunn Norge vil ha flere sykehusopphold pr. 1000 personår enn innvandrerne fra Øst-Europa. Men er det fordi øst-europeerne har en tendens til å bruke lite helsetjenester, eller skyldes det ikke noe annet enn ulikheten i alderssammensetning?

Ved å *aldersjustere* beregningene av bruksrater tar vi «høyde for» slike ulikheter mellom grupper i alderssammensetning. Aldersjusteringen foretas ved å beregne separate bruksrater for hver enkelt tiårsgruppe (for de i alderen 20–29 år, alder 30–39 år, osv.) og deretter summere ratene for hver tiårsgruppe, *vektet* på samme måte for alle gruppene (uansett hvilken alderssammensetning gruppen rent faktisk har). Slike aldersstandardiserte bruksrater gir mer realistiske anslag for de *reelle* forskjellene i brukshyppighet (altså de som ikke bare skyldes alder) mellom ulike innvandrergrupper, og mellom innvandrere og de norskfødte.

Vektene er hentet fra den såkalte «European Standard Population» som nå brukes i europeisk statistikk for sammenligninger mellom landene i Europa (Eurostat, 2013), tilpasset våre data der alder er klassifisert i tiårsgrupper. *Europeisk standardbefolkning* har en aldersfordeling som er ganske lik aldersfordelingen i Norge rundt 2010 (barn utgjør riktignok en litt større prosentandel av befolkningen i Norge enn i den europeisk standardbefolkningen). Tabell 2.8 viser vektene. Summen av dem må alltid være 1,0, slik de er i

tabellen. Når vi vokter for aldersgruppen 20–69 år, omregnes vektene proporsjonalt slik at summen av vektene for de fem tiårsgruppene, fra 20–29 år til 60–69 år, blir 1,0.

Tabell 2.8. Vekter for aldersstandardisering i Europeisk standardbefolkning (Eurostat, 2013) omregnet for tiårsgrupper.

Alder	0–9	10–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80–89	90+
Vekt	0,105	0,110	0,120	0,135	0,140	0,135	0,115	0,090	0,040	0,010

2.12 Hvordan tolke tallene?

Som nevnt tidligere er den sentrale hensikten med denne rapporten å *beskrive* bruken av spesialisthelsetjenester. I befolkningen i Norge er «majoriteten» norskfødte med norskfødte foreldre, mens 9,1 prosent av de som var registrert i Folkeregisteret pr. 1. januar 2008 tilhørte innvandrerbefolkningen slik den er definert det her. Analysene vil vise mange typer likheter og mange typer forskjeller i bruk av spesialisthelsetjenester mellom innvandrere og «ikke-innvandrere» og mellom forskjellige innvandrergrupperingene. Hvordan skal vi forklare slike forskjeller?

Stort sett vil vi være tilbakeholdne med å lansere tolkninger – ikke fordi slike fortolkninger er uviktige, men fordi materialet i liten grad har den informasjonen som faktisk trengs for å underbygge fortolkninger på en solid måte. Der vi synes det er rimelig, for eksempel i lys av annen forskning, vil vi likevel komme med forslag eller antydninger om forklaringer.

Generelt kan forskjeller i bruksrater skyldes en lang rekke forhold. Mest nærliggende er det jo å peke på *forskjeller i sykkelighet* og andre tilstander som tilsier helsetjenestekontakter (som fødsler). At ulikheter oppstår på grunn av helseforskjeller er i tråd med helsevesenets grunnprinsipp om at bruk skal følge behov – ulik helsetilstand *bør* føre til ulikheter i tallet på legekonsultasjoner og sykehusinnleggelse.

Men forskjeller i bruksrater kan også skyldes mye annet, for eksempel ulikhet i hvor «kjapt» en kommer til spesialisthelsetjenestene. Som nevnt over, er bruk av spesialisthelsetjenester *legestyrt* i stor grad, og noen fastleger kan ha for vane å henvise oftere til spesialisttjenestene enn andre. Fastlegenes «portvaktrolle» medfører at det i overveiende grad er *deres* beslutninger, og ikke

pasientene på egen hånd, som fører til spesialisthelsetjenestene. Når en først er blitt pasient i spesialisthelsetjenesten, vil det være leger, psykologer og andre behandlere og annet personell i spesialisthelsetjenestene som i stor grad bestemmer hyppigheten av videre konsultasjoner eller om innleggelse er nødvendig. At forbruket ikke er direkte pasientstyrt, må en følgelig ta hensyn til i fortolkningene, selv om vi også må ta i betraktning at pasienter ikke sjelden vil prøve å påvirke legenes beslutninger om henvisninger eller innleggelser.

Generelt bør vi være tilbakeholdende med tolkninger av forskjeller i bruk som om tallene kan gis en *normativ* vurdering – som om et relativt høyt forbruk av spesialiserte helsetjenester betyr «overforbruk», eller omvendt at en gruppe med relativt lavt forbruk har et «underforbruk» som tyder på diskriminering eller urimelig vanskelig tilgjengelighet.

Fra vårt materiale kan vi riktignok ikke avvise slike tolkninger, men vi kan heller ikke bekrefte eller sannsynliggjøre dem. I måten vi presenterer funnene på, ligger det selvsagt en tendens til at innvandrergupper «måles» opp mot bruksnivået blant de som har landbakgrunn Norge, dvs. majoriteten uten innvandrerbakgrunn. Men fortolkninger bør ikke baseres på et premiss om at bruksnivået blant dem med norsk bakgrunn er det optimalt gunstige og hensiktsmessige som alle bør etterstrebe. Ulikheter i bruk kan ha mange kilder, og ulikhetene kan jo også i mange tilfelle reflektere en rimelig og hensiktsmessig tilpasning mellom pasientenes ønsker og behov og hva spesialisthelsetjenestene kan tilby dem.

3 Hvem møter spesialisthelsetjenesten? Fordelingen av pasientkontaktene etter innvandrerbakgrunn

3.1 Pasienter og pasientkontakter sett fra spesialisthelsetjenestens ståsted

I dette kapitlet kartlegger vi sammensetningen av pasientene – eller mer presist: sammensetningen av pasientkontaktene. Spørsmålet vi stiller i dette kapitlet er derfor ikke om innvandrere har «hyppigere» eller «sjeldnere» bruk av spesialisthelsetjenester enn de med norsk bakgrunn i forhold til alderssammensetning og andel i befolkningen. Vi spør derimot om bakgrunnen til de som helsepersonellet møter.

I dette kapitlet blir derfor temaet innvandring og bruk av helsetjenester så å si betraktet fra helsetjenestenes ståsted. Som en illustrasjon av hva vi undersøker i dette kapitlet: Om en institusjon mottar 1000 pasienter til poliklinisk behandling og 100 pasienter for innleggelse: Hvor stor prosentandel av disse konsultasjonene og sykehusoppholdene vil typisk gjelde innvandrere – og innvandrere fra hvilken del av verden?

Å gi svar på slike spørsmål ved hjelp av gjennomsnittstall for hele landet, vil imidlertid lett bli misvisende. Selvsagt vil geografiske områder der det bor mange innvandrere i større grad ha pasienter med innvandrerbakgrunn. Innvandrerne er jo ikke bosatt rundt omkring i Norge proporsjonalt med folketallet ellers (Østby et al., 2013). I 2012, for eksempel, var innvandrerne om lag 23 prosent av Oslos befolkning, mot bare 5–8 prosent av befolkningen i Hedmark, Oppland, Nord-Trøndelag, Nordland og Troms (Høydahl, 2013).

Vi vil derfor ikke bare beskrive pasientsammensetningen for landet som helhet, men også særskilt for tre geografiske områder som varierer sterkt når det gjelder andel innvandrere i befolkningen. Denne geografiske inndelingen er gjort slik: (1) Oslo og nærliggende kommuner med høy innvandrerandel, dvs. Oslo, Rælingen, Lørenskog, Skedsmo og Drammen; (2) Storbyene Stavanger, Bergen og Trondheim, og (3) Resten av landet.

Tabell 3.1. Befolkningen pr. 1. januar 2008 fordelt etter landbakgrunn, landet som helhet og tre geografiske områder. Prosent.

Landbakgrunn/verdensregion	Total for landet	Oslo/omegn	Storbyene	Resten av Norge
Norge	90,9	78,2	90,5	93,6
Vest-Europa, andre vestlige land	2,2	3,7	2,5	1,9
Øst-Europa	1,9	3,1	1,9	1,7
Afrika, Asia, Latin-Amerika	4,9	14,9	5,2	2,8
Ialt prosent	100,0	100,0	100,0	100,0
Antall	4.699.353	703.001	527.000	3.469.312

Oslo/omegn = Oslo, Lørenskog, Rælingen, Skedsmo, Drammen. Storbyene = Stavanger, Bergen, Trondheim.

I Oslo og de utvalgte omegnskommunene hadde om lag 22 prosent av befolkningen innvandrerbakgrunn, og de fleste – om lag to tredeler – av dem hadde bakgrunn fra Afrika, Asia og (i mindre grad) Latin-Amerika (tabell 3.1). Innvandrerbefolkningens andel i de tre storbyene var 9,5 prosent, omtrent som landsgjennomsnittet, mens andelen var «bare» 6,4 prosent i det vi kaller Resten av Norge. Ut fra dette er det naturligvis usannsynlig om ikke andelen innvandrere blant pasientene og pasientkontaktene er langt større i Oslo og de utvalgte omegnskommunene enn i Resten av Norge.

Når vi på denne måten deler landet i tre geografiske områder, er det uhensiktsmessig å beskrive hver og en av de 20 innvandrer kategorier (20 typer landbakgrunn utenom Norge) som vi har i analyseutvalget. I flere av «landsdelene» vil det være ganske få innvandrere fra enkelte landgrupper. I det følgende er derfor innvandrerbefolkningen bare inndelt i det vi kaller verdensregioner (jf. tabell 2.1).

Tabell 3.2. Alder 0–19 år: Prosentfordeling av kontakter i spesialisthelsetjenesten 2008–2011 etter landbakgrunn. Polikliniske kontakter og døgnopphold ved somatiske sykehus og polikliniske kontakter i psykisk helsevern for barn/unge.

LANDBAKGRUNN	Total for landet	Oslo/omegn	Storbyene	Resten av Norge
<i>Polikliniske kontakter somatiske sykehus</i>				
Norge	91,6	73,1	91,7	94,8
Vest-Europa + vestlige land	0,6	1,0	0,7	0,6
Øst-Europa	1,4	2,4	1,2	1,3
Afrika, Asia, Latin-Amerika	6,3	23,5	6,4	3,3
Ialt prosent	100,0	100,0	100,0	100,0
Antall	2.666.592	352.235	298.576	2.015.781
<i>Døgnopphold somatiske sykehus</i>				
Norge	92,3	73,5	92,1	94,7
Vest-Europa + vestlige land	0,6	1,0	0,6	0,6
Øst-Europa	1,4	2,1	1,2	1,4
Afrika, Asia, Latin-Amerika	5,7	23,3	6,1	3,3
Ialt prosent	100,0	100,0	100,0	100,0
Antall	305.998	31.532	29.949	244.517
<i>Polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for barn og unge (PHBU / BUP)</i>				
Norge	93,8	83,3	94,6	95,9
Vest-Europa + vestlige land	0,8	1,1	0,4	0,8
Øst-Europa	1,0	1,7	0,9	0,9
Afrika, Asia, Latin-Amerika	4,4	13,9	4,1	2,5
Ialt prosent	100,0	100,0	100,0	100,0
Antall	3.506.921	544.985	302.314	2.659.622

3.2 Fordelingen av pasientkontaktene: Tre alderskategorier

Tre tabeller (tabell 3.2 – tabell 3.4) viser sammensetningen av pasientkontaktene i de ulike delene av spesialisthelsetjenestene vi analyserer her. Hver av tabellene viser tallene for en spesiell alderskategori – for pasienter i alderen 0–19 år, 20–69 år og til sist 70 år og eldre.

Tabell 3.2 viser at for landet som helhet står «majoritetsbarna» – altså barn og unge med landbakgrunn Norge – for rundt 92 prosent av tjenestene ved somatiske sykehus (så vel polikliniske kontakter som sykehusinnleggelse) og for nær 94 prosent av de polikliniske kontaktene i psykisk helsevern. Sagt annerledes: Når det gjelder barn og unge, besto alt i alt om lag åtte prosent av

de somatiske pasientkontaktene og om lag seks prosent av kontaktene i psykisk helsevern av «møter» med barn og unge med en innvandrerbakgrunn.

I Oslo og de utvalgte omegnskommunene var innvandrerandelen av pasientkontaktene blant barn og unge selvsagt høyere, siden innvandrerandelen i befolkningen er klart høyere. Blant barn og unge (0–19 år) i disse kommunene var innvandrerandelen i 2008 (inkludert norskfødte med innvandrerforeldre) 27,3 prosent – faktisk hadde nesten hvert fjerde barn og ungdom (23,2 prosent) i disse områdene en bakgrunn fra Afrika, Asia eller Latin-Amerika.

«Majoritetsbarna» med norsk bakgrunn sto for vel 73 prosent av pasientkontaktene ved somatiske sykehus i Oslo og omegnskommunene. Deres andel av konsultasjonene i psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) var høyere – vel 83 prosent. Barn og unge med innvandrerbakgrunn fra Afrika, Asia og Latin-Amerika sto for vel 23 prosent av pasientkontaktene ved somatiske sykehus i dette området, men ikke for mer enn 14 prosent av PHBU-kontaktene. I «Resten av Norge», der innvandrerandelen var liten, ser vi at innvandrerbefolkningen i alderen 0–19 år bare mottar 4–5 prosent av spesialisthelsetjenestene.

Tabell 3.3 viser på samme måte innvandringstilhørigheten for pasientkontaktene blant voksne pasienter i alderen 20–69 år. For landet som helhet gikk rundt 91 prosent av alle de tre typer spesialisthelsetjenester i perioden 2008–2011 til «majoriteten», dvs. innbyggere med norsk bakgrunn. Andelen av tjenestene utført overfor «majoritetsbefolkningen» var lavere i Oslo-området (rundt 80 prosent), men høyere i Resten av Norge (rundt 94 prosent).

Endelig viser tabell 3.4 pasientsammensetningen med hensyn på landbakgrunn for eldre – de som var 70 år og eldre ved starten av studieperioden den 1. januar 2008. Som tidligere vist, var innvandrerandelen liten i disse aldersgruppene. Dette gjenspeiles i sammensetningen av pasientene. Stort sett mottar de norskfødte som er uten innvandringsbakgrunn omkring 97 prosent av spesialisthelsetjenestene blant de eldre slik disse tjenestene er målt her – riktignok en litt mindre andel i Oslo-området (rundt 94 prosent).

3.3 Oppsummering

Ser vi hele landet og alle aldersgrupper under ett, dreier godt over 90 prosent av pasientkontaktene i de spesialiserte helsetjenestene seg om «majoritets-pasienter», dvs. pasienter med landbakgrunn Norge – de er altså uten innvandringsbakgrunn. Dette gjelder så vel for tjenestene ved somatiske sykehus (poliklinikk og innleggelser) som for de polikliniske konsultasjonene i psykisk helsevern.

Tabell 3.3. Alder 20–69 år: Prosentfordeling av kontakter i spesialisthelsetjenesten 2008–2011 etter landbakgrunn/verdensregion. Polikliniske kontakter og døgnopphold ved somatiske sykehus, samt polikliniske kontakter i psykisk helsevern for voksne.

LANDBAKGRUNN	Total for landet	Oslo/omegn	Storbyene	Resten av Norge
<i>Polikliniske kontakter somatiske sykehus</i>				
Norge	91,2	80,0	91,0	93,7
Vest-Europa + vestlige land	2,4	3,7	2,3	2,1
Øst-Europa	1,6	2,7	1,5	1,4
Afrika, Asia, Latin-Amerika	4,7	13,5	5,2	2,8
Ialt prosent	100,0	100,0	100,0	100,0
Antall	13.036.060	2.100.881	1.419.786	9.515.393
<i>Døgnopphold somatiske sykehus</i>				
Norge	91,6	79,9	91,1	93,8
Vest-Europa + vestlige land	2,3	3,5	2,3	2,1
Øst-Europa	1,6	2,6	1,5	1,4
Afrika, Asia, Latin-Amerika	4,5	13,9	5,2	2,7
Ialt prosent	100,0	100,0	100,0	100,0
Antall	1.831.556	261.079	191.393	1.379.084
<i>Polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for voksne</i>				
Norge	90,8	79,6	92,2	93,8
Vest-Europa + vestlige land	2,0	2,5	1,5	1,9
Øst-Europa	1,7	2,5	1,6	1,5
Afrika, Asia, Latin-Amerika	5,5	15,3	4,8	2,8
Ialt prosent	100,0	100,0	100,0	100,0
Antall	5.157.234	1.004.266	621.722	3.531.246

Andelen varierer imidlertid med alder. Blant de som var 70 år+ står de med norsk bakgrunn for omkring 97 prosent av kontaktene mellom spesialisthelsetjenestene og pasientene. Blant voksne i alderen 20–69 år var om lag 91 prosent av pasientkontaktene med pasienter med norsk bakgrunn. Blant de

yngre i alderen 0–19 år var andelen av pasientkontaktene med «ikke-innvandrere» om lag 92 prosent for tjenestene utført ved de somatiske sykehusene og ca. 94 prosent for kontaktene i psykisk helsevern for barn og unge.

Som en følge av hvor innvandrerne er bosatt i landet, er det imidlertid tydelige forskjeller i sammensetningen av pasienter og pasientkontakter mellom geografiske områder.

Tabell 3.4. Alder 70 år +: Prosentfordeling av kontakter i spesialisthelsetjenesten 2008-2011 etter landbakgrunn/verdensregion.

LANDBAKGRUNN	Total for landet	Oslo/omegn	Storbyene	Resten av Norge
<i>Polikliniske kontakter somatiske sykehus</i>				
Norge	96,8	93,6	97,1	97,4
Vest-Europa + vestlige land	2,2	3,8	1,6	2,0
Øst-Europa	0,4	1,0	0,5	0,3
Afrika, Asia, Latin-Amerika	0,5	1,7	0,8	0,3
Ialt prosent	100,0	100,0	100,0	100,0
Antall	3.367.067	468.630	349.895	2.548.542
<i>Døgnoophold somatiske sykehus</i>				
Norge	97,1	94,1	97,5	97,5
Vest-Europa + vestlige land	2,0	3,4	1,7	1,9
Øst-Europa	0,4	0,9	0,4	0,4
Afrika, Asia, Latin-Amerika	0,5	1,6	0,5	0,2
Ialt prosent	100,0	100,0	100,0	100,0
Antall	884.694	116.485	89.879	678.330
<i>Polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for voksne</i>				
Norge	96,2	94,2	98,1	96,7
Vest-Europa + vestlige land	2,6	3,5	1,3	2,5
Øst-Europa	0,6	1,5	0,5	0,3
Afrika, Asia, Latin-Amerika	0,5	0,7	0,1	0,5
Ialt prosent	100,0	100,0	100,0	100,0
Antall	161.517	43.552	17.414	100.551

I Norge *utenfor* det «innvandrertette» Oslo-området og utenfor storbyene Stavanger, Bergen og Trondheim, sto de med norsk landbakgrunn for rundt 95 prosent av pasientkontaktene. På den annen side har vi Oslo og de fire nærliggende kommuner der andelen i befolkningen med innvandrerbakgrunn var forholdsvis høy. I dette området bodde om lag 15 prosent av den totale befolkningen i Norge i 2008, mens hele 36 prosent av innvandrerbefolkningen

i Norge bodde i dette området. I dette området utgjorde innvandrerbefolkningen om lag 22 prosent av alle innbyggerne. I dette området skjedde om lag 20 prosent av pasientkontaktene for voksne 20–69 år blant innvandrerpasienter, så vel i somatiske sykehus som i psykisk helsevern. Innvandrernes andel av spesialisttjenestene blant de eldre 70 år + var ganske lav, dvs. rundt seks prosent. Blant barn og unge (alder 0–19) i dette Oslo-området, derimot, var «innvandrers-andelen» av de spesialiserte helsetjenestene langt større. I 2008–2011 sto barn og unge med innvandrerbakgrunn for om lag 27 prosent av tallet på pasientkontakter ved somatiske sykehus i Oslo-området, og de sto for omlag 17 prosent av de polikliniske kontaktene i psykisk helsevern for barn og unge (PHBU/BUP).

Vi kan særskilt legge merke til andelen av spesialisthelsetjenestene som ble gitt til barn og unge (0–19 år) med afrikansk, asiatisk eller latin-amerikansk bakgrunn. De utgjorde 23,2 prosent av antallet barn/unge i Oslo-området. I dette området sto de for 23,5 prosent av de somatiske polikliniske kontaktene, 23,3 prosent av de somatiske sykehusinnleggelsene, men «bare» for 13,9 prosent av de polikliniske kontaktene i PHBU/BUP. I Oslo-området, når det gjelder barn og unge, kan det altså se ut som om de med bakgrunn fra Afrika, Asia og (mer sjeldent) Latin-Amerika er mottakere av omtrent den samme andelen av de somatiske sykehustjenestene som deres befolkningsandel tilsier, men de er «underrepresentert» i psykisk helsevern.

I dette kapitlet har vi utelukkende belyst sammensetningen av pasientkontaktene. Spørsmålet om kontaktflate og om bruksrater – hvor hyppig bruker en gruppe en særskilt tjeneste, sett i lys av antall og alderssammensetning? – er et annet spørsmål. Det behandles i de neste kapitlene.

4 Bruk av spesialisthelsetjenester blant voksne 20–69 år

I dette kapitlet kartlegger vi kontaktene som voksne i alderen 20–69 år (pr. 1. januar 2008) hadde med spesialisthelsetjenestene i fireårsperioden. Dette kapitlet og de to neste kapitlene om barn og unge og om eldre, er disponert på stort sett samme måte.

For det første beskriver vi *hvor stor prosentandel* som har hatt kontakt med de analyserte delene av spesialisthelsetjenestene, dvs. somatiske sykehus og institusjonene for psykisk helsevern, i løpet av de fire årene fra 2008 til 2011? Denne innledende analysen foretas uten aldersstandardisering og kan anses som en enkel beskrivelse av kontaktflaten med spesialisthelsetjenestene og hvordan den varierer mellom innbyggere med ulike innvandringsbakgrunn. Vi viser altså hvor mange prosent av innbyggerne i de ulike innvandringsgruppene som har «møtt» spesialisthelsetjenestene i løpet av fireårsperioden.

Deretter undersøker vi *bruksrater*. Med bruksrater måler vi hvor hyppig en gruppe bruker en bestemt type spesialisthelsetjeneste, tatt i betraktning antallet i gruppen, eksponeringstid og aldersfordeling (jf. avsnitt 2.11). Bruksratene viser altså ikke det faktiske antallet kontakter, men er utregnet etter å ha «standardisert» for gruppens antall, alderssammensetning og eksponeringstid. Bruksrater er altså et mål for *bruksnivået* i gruppen. Det egner seg godt for sammenligninger, ettersom vi har tatt vekk («kontrollert for») «effektene» av ulikhet i antall og alderssammensetning, noe som selvsagt påvirker hvor mye tjenestene brukes. Forskjell i bruksrater tyder på «reelle» forskjeller i hvor ofte en gruppe bruker spesialisthelsetjenestene, men årsakene til slike forskjeller kan være av mange slag (jf. avsnitt 2.12).

Vi beskriver bruksratene ved de *somatiske sykehusene* på følgende måte: (1) Antall polikliniske kontakter i alt (konsultasjoner og behandlinger uten innleggelse) pr. 1000 personår, aldersjustert, (2) antall døgnopphold, dvs. antallet «regulære» sykehusinnleggelse pr. 1000 personår, aldersjustert, og (3) antall liggedager ved sykehusene (i praksis antall overnattinger) – også pr. 1000

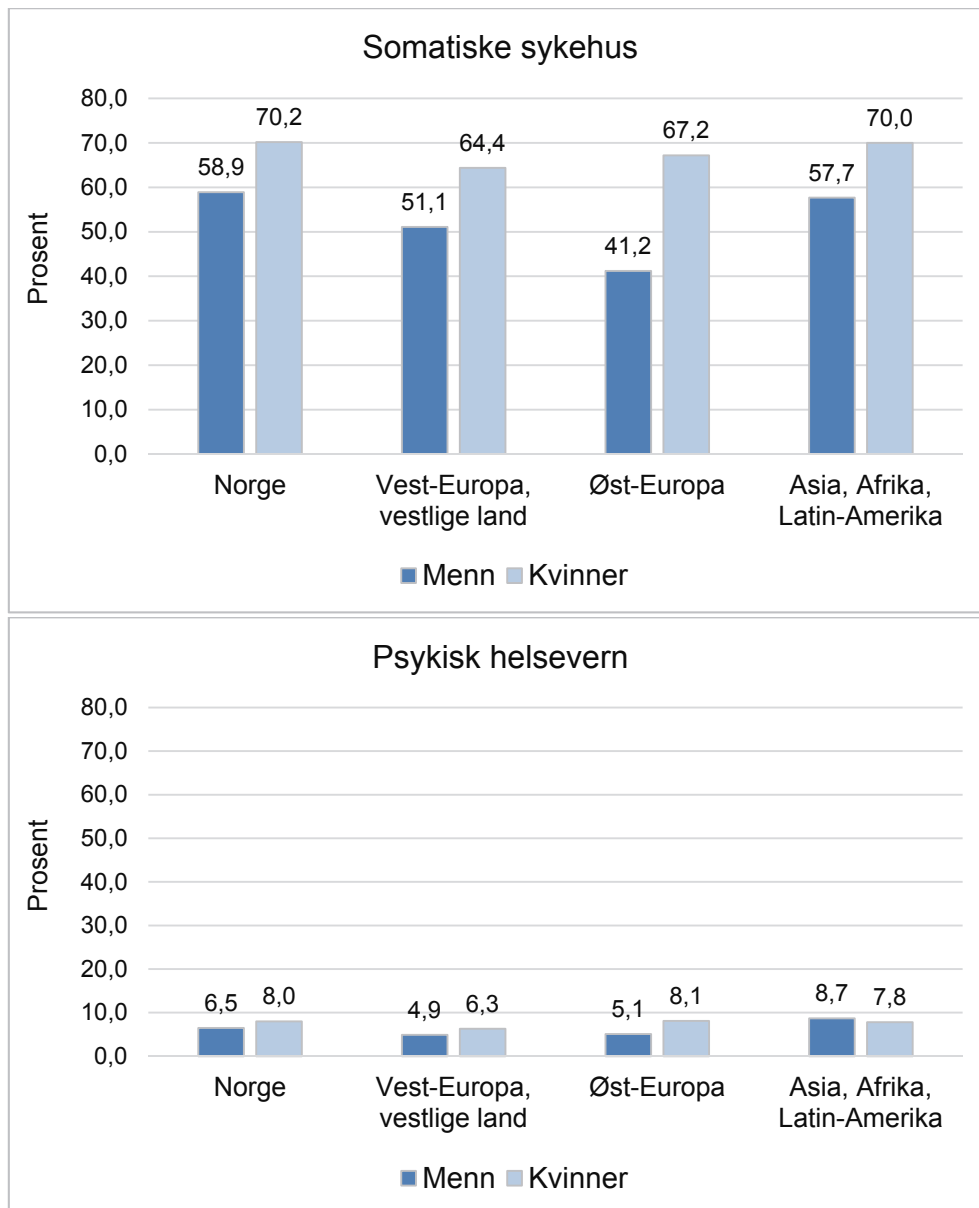
personår, aldersjustert. To av disse målene – antallet polikliniske kontakter og antall sykehusinnleggelser – analyseres separat for viktige diagnosegruppene.

Avsnittene om bruken av somatiske spesialisthelsetjenester blir avsluttet med tabeller som viser fordelingen av antall polikliniske kontakter og døgnopphold ved de somatiske sykehusene *blant de som var pasienter*, altså blant de som hadde minst én poliklinisk kontakt eller minst én innleggelse ved et somatisk sykehus. Disse tabellene kan vise om pasientstrømmen fra de enkelte innvandrergupper særlig skyldes et mindre antall pasienter med særlig høy bruk av spesialisthelsetjenestene.

Deretter tar vi for oss *psykisk helsevern* (forkortet PHV) som er analysert på tilsvarende måte: (1) Antall polikliniske kontakter i psykisk helsevern (konsultasjoner uten innleggelser) pr. 1000 personår, aldersstandardisert, og (2) antall døgnopphold (innleggelser ved en psykisk helseverninstitusjon) pr. 1000 personår, aldersstandardisert.

I dette kapitlet vil vi stort sett vise tallene for dem med norsk landbakgrunn og for alle de 20 innvandrerguppene. Vi presenterer også mer sammenfattende beskrivelser ved å bruke den firedelte inndelingen der vi skiller mellom bakgrunn Norge og innvandrere fra Vest-Europa (inkludert Norden) og andre vestlige land (dvs. USA, Canada, Australia og New Zealand), fra Øst-Europa inkludert en del sentral-europeiske land, og fra Afrika/Asia/Latin-Amerika.

4.1 Prosentandeler med kontakt med somatiske sykehus og psykisk helsevern



Figur 4.1. Prosentandeler med kontakt med somatiske sykehus og med psykisk helsevern i fireårsperioden 2008–2011, blant menn og kvinner alder 20–69 år

Blant voksne alder 20–69 år med landbakgrunn Norge, altså de uten innvandrerbakgrunn, hadde nær seks av ti menn og sju av ti kvinner hatt en eller annen type kontakt med de somatiske sykehusene i løpet av de fire årene 2008–2011 (Figur 4.1). Kontaktflaten med psykisk helsevern var mindre: 6,5 prosent av mennene og 8,0 prosent av kvinnene med norsk bakgrunn. Prosentandelene som har hatt kontakt med somatiske sykehustjenester avviker lite fra prosentandelene som har hatt kontakt både med somatiske sykehus og

med psykisk helsevern. Det betyr at det er ganske få som bare har hatt kontakt med psykisk helsevern i fireårsperioden uten også å ha vært pasient ved et somatisk sykehus i samme periode.

Det framgår av Figur 4.1 at innvandrerne *samlet* fra Afrika, Asia og Latin-Amerika (de aller fleste av dem er fra asiatiske land) hadde omtrent samme kontaktflate med de spesialiserte helsetjenestene som de med norsk bakgrunn (menn fra disse delene av verden hadde riktignok høyere kontaktflate med psykisk helsevern enn menn med landbakgrunn Norge).

Menn fra Vest-Europa og andre vestlige land, og i enda større grad menn fra Øst-Europa, hadde derimot lavere prosentandeler med kontakt enn menn med norsk bakgrunn. Også blant kvinnene fra vestlige land og fra Øst-Europa ser vi den samme tendensen, riktignok en del svakere, til mindre kontakt enn blant kvinnene med norsk bakgrunn.

Tabell 4.1. Prosentandeler med kontakt med somatiske sykehus og/eller psykisk helsevern, 2008–2011, alder 20–69 år

LANDBAKGRUNN	Somatiske sykehus og/eller psykisk helsevern		Somatiske sykehus		Psykisk helsevern	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Norge	60,5	71,6	58,9	70,2	6,5	8,0
Sverige	52,5	67,7	51,0	66,5	5,2	6,5
Resten av Norden	57,4	68,3	56,2	67,4	5,5	6,6
Resten av Vest-Europa	50,4	62,9	49,1	61,8	4,3	5,8
Polen	32,0	63,5	31,6	62,4	1,8	5,5
Øvrig Øst-Eur EU-land	36,9	64,4	36,1	63,1	2,3	6,3
Serbia, Montenegr, Ko	64,2	77,1	61,8	75,3	11,3	12,9
Bosnia-Hercegovina	60,4	71,1	57,2	68,9	10,7	11,1
Russland	53,9	70,9	51,9	69,5	7,5	7,8
Rest Øst-Europa utenf EU	61,2	70,1	58,7	68,9	9,1	7,1
Somalia	59,4	78,3	57,8	77,9	6,9	4,5
Resten av Afrika	59,1	75,8	56,5	74,5	9,3	9,2
Tyrkia	61,0	75,7	58,9	74,1	9,1	11,1
Sri Lanka	59,8	69,2	58,5	68,4	5,5	5,1
Irak	68,0	81,5	64,7	80,2	13,6	11,7
Iran	67,1	77,9	63,5	75,8	16,2	16,6
Pakistan	65,1	75,2	63,7	74,2	6,9	6,5
Vietnam	50,6	65,6	49,1	64,6	4,4	5,4
Resten av Asia	53,6	63,9	51,9	63,1	7,1	5,9
USA, Canada, Austral, NZ	50,1	61,1	48,2	59,7	5,6	6,4
Latin-Amerika, rest Oc	60,1	73,5	58,1	71,8	8,1	10,9

Tabell 4.1 viser de tilsvarende prosentandelene for dem med norsk bakgrunn og for hver enkelt av de 20 innvandrergruppene. Vi ser et generelt mønster: En høyere andel blant kvinnene enn blant mennene har hatt kontakt. Dette ser vi for *alle* landbakgrunn når det gjelder kontakter med somatiske sykehus og for de fleste grupper når det gjelder psykisk helsevern (unntak er afrikanske land, noen asiatiske land, og Resten av Øst-Europa utenfor EU).

Det er imidlertid mange forskjeller mellom de med ulik landbakgrunn. Når det gjelder prosentandeler med kontakt med *somatiske sykehus* i fireårsperioden, for eksempel, hadde 58,9 prosent av *mennene* med norsk bakgrunn en slik kontakt. Blant innvandrerne varierer denne andelen fra (lavest) 31,6 prosent blant menn med polsk bakgrunn, til (høyest) 64,7 prosent blant menn med irakisk bakgrunn. Også bakgrunn fra andre øst-europeiske land hang sammen med relativt liten kontaktflate, mens menn med pakistansk og iransk bakgrunn hadde relativt stor kontaktflate.

Tilsvarende for kvinnenes kontaktflate med somatiske sykehus: Sju av ti kvinner med norsk bakgrunn (70,2 prosent) hadde hatt kontakt, mens blant innvandrerkvinnene i denne aldersgruppen var variasjonene fra (lavest) landbakgrunn USA, Canada, Australia og New Zealand (59,7 prosent) til (høyest) landbakgrunn fra Irak (80,2 prosent).

Betydelige variasjoner ser vi også for *psykisk helsevern*. For menn, for eksempel, varierte andelen med kontakt i fireårsperioden fra 1,8 prosent for bakgrunn Polen til nesten ti ganger så mye (16,2 prosent) for dem med bakgrunn Iran (prosentandelen for menn bakgrunn Norge var 6,5). Også menn med bakgrunn fra det tidligere Jugoslavia og fra Irak hadde relativt store andeler med kontakt med psykisk helsevern. For kvinner var disse variasjonene i kontaktflate med psykisk helsevern også betydelige: Lavest kvinner med bakgrunn Somalia (4,5 prosent), høyest kvinner med bakgrunn Iran (16,6 prosent) – blant kvinner med bakgrunn Norge var prosentandelen 8,0. Også her hadde kvinner med bakgrunn fra det tidligere Jugoslavia forholdsvis store andeler, og likeså kvinner med bakgrunn Irak, Tyrkia og Latin-Amerika.

Tabell 4.1 forteller imidlertid bare hvor mange prosent av gruppens medlemmer pr. 1. januar 2008 som hadde hatt kontakter de påfølgende fire årene, uten å ta hensyn til aldersfordeling eller til utvandring (og eventuelle dødsfall) som ville minske gruppens størrelse.

I de følgende avsnittene blir bruksratene undersøkt. Dette gir mer informasjon siden vi da også tar hensyn til hvor lenge gruppens medlemmer sammenlagt var «under risiko» for å ha kontakt med spesialisthelsetjenesten (dvs. gruppens samlede personår), og dessuten framfor alt ved at vi tar aldersfordelingen i gruppen i betraktning.

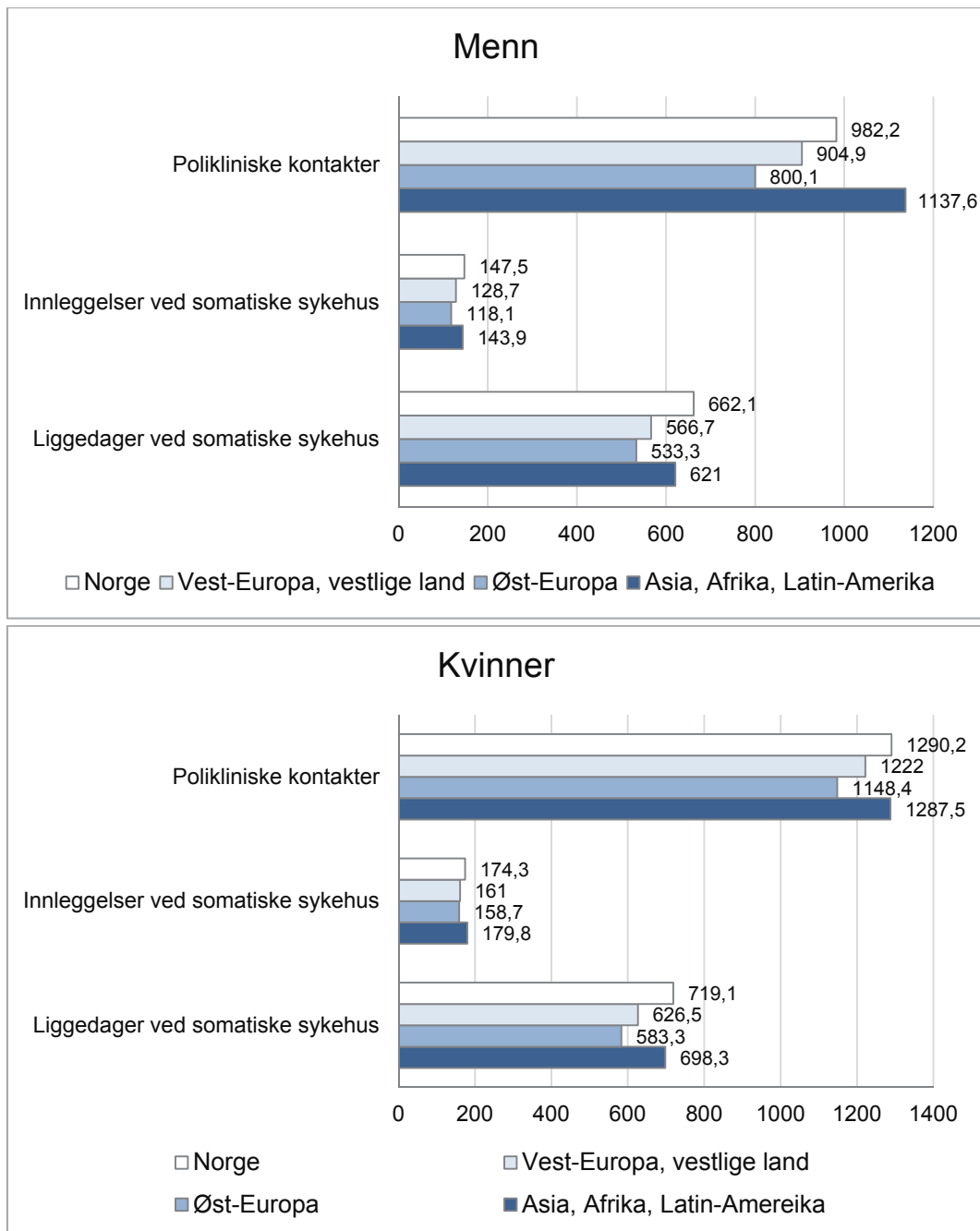
4.2 Bruksrater for spesialisthelsetjenestene ved somatiske sykehus

Som nevnt over anvender vi tre mål for hyppighet av kontakter med de somatiske sykehusene: Antall polikliniske kontakter, antall sykehusinnleggelser og antallet liggedager – alt beregnet pr. 1000 personår og aldersjustert. Slike *bruksrater* gir mer reelle tall for å sammenligne grupper. I Figur 4.2 ser vi bruksratene for de voksne med bakgrunn fra Norge og med innvandrerbakgrunn fra de tre delene av verden vi har kalt «verdensregioner».

Pr. 1000 personår hadde *menn* alder 20–69 uten innvandrerbakgrunn (menn i «majoritetsbefolkningen») nesten 1000 polikliniske kontakter ved somatiske sykehus, nesten 150 sykehusinnleggelser, og vel 650 liggedager. Sagt enklere: For mannlige «ikke-innvandrere» var det i gjennomsnitt omtrent ett poliklinisk besøk ved somatiske sykehus pr. person pr. år. Sykehusinnleggelser var naturlig nok mer sjeldne (om lag 0,15 pr. person pr. år). I gjennomsnitt varte sykehusoppholdene omkring 4–5 netter.

Kvinnelige «ikke-innvandrere», dvs. kvinner med bakgrunn fra Norge, hadde klart høyere bruksrater enn menn: Nesten 1300 polikliniske kontakter, om lag 175 innleggelser, og omkring 720 liggedager pr. 1000 aldersjusterte personår.

Var det typisk for innvandrere i disse alderskategoriene å ha hyppigere eller sjeldnere bruk av spesialisthelsetjenestene ved somatiske sykehus, når vi tar alder og eksponeringstid i betraktning? Figur 4.2 viser at dette varierer med hvilken «verdensregion» innvandrerens hadde bakgrunn fra. De vestlige innvandrerne i alderen 20–69 år hadde *lavere* bruksrater enn de med norsk bakgrunn, både for polikliniske kontakter, innleggelser og liggedager. Dette gjelder for begge kjønn, men særlig for mennene.



Figur 4.2. Antall polikliniske kontakter, innleggelser og liggedager ved somatiske sykehus pr. 1000 personår, aldersjustert, alder 20–69, etter landbakgrunn

Lave bruksrater, sammenlignet med de med norsk bakgrunn, var enda tydeligere blant innvandrere med bakgrunn fra Øst-Europa, også her særlig for mennene.

Blant innvandrerne fra Asia, Afrika og Latin-Amerika samlet (de fleste av disse er asiatiske innvandrere) var bildet mer sammensatt. I forhold til bruksratene blant dem med norsk bakgrunn ser vi at de «ikke-vestlige» voksne innvandrerne hadde (1) *flere* polikliniske kontakter ved somatiske sykehus blant

mennene, men ikke blant kvinnene, (2) omtrent *like mange* sykehusinnleggelser både blant menn og blant kvinner, og (3) noe *færre* gjennomsnittlig antall liggedager ved sykehusene, både blant menn og kvinner.

Et mer detaljert bilde gir tabell 4.2, der innvandrerne er gruppert etter landbakgrunn så presist som det lar seg gjøre med vårt materiale. Generelt gir tabellen inntrykk av at bruksratene for nordiske innvandrere stort sett er på linje med de «norske» bruksratene – riktignok er bruksratene noe lavere blant innvandrerne fra Sverige. Vest-europeiske innvandrere hadde klart lavere bruksrater enn de med norsk bakgrunn (særlig mennene), og også innvandrere fra «oversjøiske» vestlige land hadde relativt lave bruksrater.

Når det gjelder de store innvandrergruppene fra Øst- og Sentral-Europa (kalt Øst-Europa i tabellen), framgår de *lave* bruksratene blant polske innvandrere særlig tydelig, både blant kvinner og enda tydeligere blant menn. Også innvandrere fra «Øvrige øst-europeiske EU-land» og fra Russland hadde relativt lite bruk (unntak: liggedager på sykehus blant menn fra Russland). Innvandrere fra andre østlige deler av Europa var mer på nivå med de uten innvandringsbakgrunn. Vi ser også at innvandrere fra Serbia/Montenegro/Kosovo hadde relativt høye bruksrater, særlig når det gjelder sykehusinnleggelser blant kvinner.

Innvandrere fra Afrika er delt i to kategorier: Somalia og Resten av Afrika (blant de siste er mange fra Eritrea). Sammenlignet med bruksratene for dem med norsk bakgrunn, ser vi et variert mønster. *Menn* fra Somalia og særlig fra Resten av Afrika hadde færre innleggelser og liggedager, men flere polikliniske kontakter. *Kvinner* fra Afrika hadde generelt klart høyere bruksrater ved somatiske sykehus enn de med norsk bakgrunn, både for polikliniske kontakter og for døgnopphold. Vi ser for eksempel at kvinner med bakgrunn fra Somalia hadde om lag 40 prosent høyere rater for innleggelser og liggedøgn ved somatiske sykehus enn kvinnene uten innvandringsbakgrunn (dvs. med landbakgrunn Norge).

Tabell 4.2. Landbakgrunn Norge og innvandrere, 20 typer landbakgrunn: Antall polikliniske kontakter, innleggelser og liggedager ved somatiske sykehus 2008 til 2011 pr. 1000 personår, aldersjustert, alder 20–69 ved periodens begynnelse.

LANDBAKGRUNN	Polikliniske kontakter		Innleggelser ved somatiske sykehus		Liggedager ved somatiske sykehus	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Norge	982,2	1290,2	147,5	174,3	662,1	719,1
Sverige	974,4	1252,1	137,1	158,3	608,1	635,0
Resten av Norden	954,9	1280,7	150,2	171,6	668,1	664,8
Resten av Vest-Europa	839,0	1150,8	115,6	155,2	507,9	593,7
Polen	610,5	1147,0	102,2	144,1	475,7	550,2
Øvrige øst-europeiske EU-land	740,1	1005,0	115,5	142,1	544,4	544,1
Serbia, Montenegro, Kosovo	1023,9	1298,0	156,2	234,0	555,1	904,0
Bosnia-Hercegovina	962,2	1170,4	127,5	163,7	597,3	605,9
Russland	884,4	1124,8	134,1	144,7	712,9	483,8
Rest Øst-Europa utenfor EU	999,1	1117,6	114,4	145,9	480,3	499,6
Somalia	1361,5	1409,5	133,3	243,5	642,5	1007,2
Resten av Afrika	1080,0	1660,0	121,7	206,2	559,3	874,0
Tyrkia	916,7	1149,3	134,8	177,0	569,8	620,0
Sri Lanka	1251,9	1315,0	163,9	151,6	840,1	638,4
Irak	1110,2	1376,6	176,2	225,5	587,4	731,2
Iran	1063,8	1449,4	163,9	193,0	574,5	672,0
Pakistan	1427,1	1532,6	186,8	232,5	774,8	887,6
Vietnam	958,4	1061,5	106,5	122,8	561,5	482,5
Resten av Asia	1002,5	1068,5	128,8	146,7	554,2	590,5
USA, Canada, Austral, New Zealand	923,7	1239,7	112,5	165,1	420,2	651,8
Latin Amerika, rest Oceania	1210,1	1374,4	127,7	182,9	587,0	692,7

Polikliniske kontakter inkluderer konsultasjoner, undersøkelser, behandlinger og dagkirurgi ved somatiske sykehus.

Også innvandrere fra asiatiske land viser et sammensatt mønster. Innvandrere fra Vietnam, og som regel også kategorien Resten av Asia, hadde jevnt over klart *lavere* bruksrater enn de med norsk bakgrunn. Bruksnivået for kvinner med bakgrunn fra Vietnam, for eksempel, var langt lavere enn for dem uten innvandringsbakgrunn – endog lavere enn for polske kvinner både for polikliniske kontakter, innleggelser og liggedøgn. Nivået for sykehusopphold blant menn med bakgrunn fra Vietnam var også markant lavere enn for menn med bakgrunn Norge (28 prosent lavere for innleggelser, 15 prosent lavere for liggedøgn).

På den annen side hadde innvandrere med bakgrunn fra Pakistan jevnt over relativt høye bruksrater, sammenlignet med de med norsk bakgrunn – både for menn (mest markert for polikliniske kontakter) og for kvinner (spesielt antallet innleggelser). Også bruksratene for innvandrere med bakgrunn Sri Lanka og (stort sett) Irak og Iran var relativt høye, mens innvandrere fra Tyrkia hadde stort sett lavere bruksrater enn de uten innvandrerbakgrunn.

4.3 Polikliniske kontakter ved somatiske sykehus for ulike diagnosegrupper

Tabell 4.3 viser antall *polikliniske* kontakter ved de somatiske sykehusene pr. 1000 personår, aldersjustert, for viktige diagnosegrupper – viktige i den forstand at mye av den polikliniske aktiviteten ved de somatiske sykehusene dreier seg om disse diagnosegruppene. Til sammen står for eksempel diagnosegruppene vist i tabellen for omkring 72 prosent av alle polikliniske kontakter blant kvinnene med landbakgrunn fra Norge.

Som diskutert tidligere, er diagnosegruppene ofte svært sammensatt. Blant diagnosegruppene som tilsvarende hovedkapitlene i den internasjonale sykdomsklassifiseringen (ICD-10), er den hyppigst brukte diagnosegruppen (eller årsaksgruppen) *Faktorer med betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten*. Som diskutert tidligere (avsnitt 2.10) er dette en sammensatt kategori som ikke umiddelbart kan gis en klar fortolkning – den inneholder mye forskjellig og kontakter som ikke er direkte relatert til en spesifikk sykdom «bokføres» til dels i denne kategorien – her er for eksempel vanlige fødsler og rutinemessige undersøkelser.

Tabell 4.3. Antall polikliniske kontakter, somatiske sykehus, ni diagnosegrupper, 2008 til 2011, pr. 1000 personår, aldersjustert, alder 20–69, landbakgrunn Norge og 20 innvandreregrupper. M=menn, K=kvinner.

	Faktorer vedr. helse-tilstand		Sykdom muskel, skjelett		Svulster		Skader		Hjerte- og karsykdom		Sykdommer i øye og øre		Endokrine sykdommer		Symptomer, uspesifisert		Infeksjoner	
	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K
LANDBAKGRUNN																		
Norge	239,5	371,1	104,5	155,6	95,0	113,2	82,1	71,0	77,1	51,3	61,9	61,6	46,8	53,4	40,0	48,0	9,6	6,5
Sverige	246,2	381,5	122,9	160,8	79,7	108,3	97,9	75,2	69,1	47,1	60,3	57,1	42,2	37,2	36,4	41,1	12,9	7,6
Resten av Norden	219,9	364,7	105,8	171,0	85,4	108,9	91,7	71,8	84,0	59,7	50,8	58,3	43,4	45,2	41,5	48,4	10,2	6,3
Resten av Vest-Europa	211,6	346,6	88,0	125,4	89,0	115,2	73,8	64,3	70,4	50,6	50,1	50,9	30,8	37,7	34,8	40,6	9,6	5,3
Polen	129,8	322,2	68,5	143,6	88,1	101,8	82,2	62,5	58,0	58,6	35,4	44,8	17,0	39,6	25,4	45,0	5,5	8,0
Øvrige øst-europ. EU-land	208,8	289,4	75,9	99,3	96,4	94,8	69,9	57,5	52,8	51,4	31,0	35,4	16,7	38,1	30,4	42,1	12,1	18,2
Serbia, Montenegro, Kosovo	244,7	376,8	124,6	163,4	76,2	96,1	74,9	44,6	79,2	63,2	59,3	59,9	50,6	68,2	55,3	70,9	10,5	7,8
Bosnia-Hercegov. Russland	252,7	299,4	98,2	163,8	94,1	109,8	77,4	43,7	81,5	66,2	61,4	54,4	56,6	63,2	37,9	60,2	14,5	6,5
Russland	210,7	295,4	99,8	136,2	66,8	86,6	54,6	58,8	77,9	51,3	40,3	53,4	34,9	30,2	45,7	57,8	58,6	14,1
Rest Øst-Europa utenf EU	320,6	353,4	102,3	128,6	86,0	98,8	80,0	65,8	89,9	41,4	45,4	34,8	28,8	30,9	44,8	52,4	13,7	23,5
Somalia	621,7	477,1	89,8	111,3	46,1	43,0	89,2	82,8	33,9	40,2	74,4	70,8	47,7	70,7	45,7	69,6	98,1	92,9
Resten av Afrika	294,0	573,9	102,3	147,0	68,0	81,6	82,1	69,5	72,4	68,9	82,3	79,2	57,8	79,1	44,1	64,7	69,9	112,9
Tyrkia	187,9	246,7	105,9	166,7	75,9	56,9	70,0	50,9	61,5	58,3	54,8	61,6	45,3	84,6	57,9	65,3	16,8	6,1
Sri Lanka	442,0	426,5	112,9	132,7	35,6	70,7	97,0	72,7	60,0	39,7	85,3	78,8	88,1	82,0	36,8	45,5	16,6	8,4
Irak	220,3	326,9	141,5	163,0	67,2	87,1	84,2	59,1	74,4	47,4	79,7	90,6	60,8	91,9	60,5	78,7	15,8	6,4
Iran	272,9	346,8	145,4	241,9	60,4	93,8	89,8	73,0	77,0	54,8	66,2	72,3	28,7	61,3	65,9	83,0	18,6	9,9
Pakistan	446,9	398,6	129,0	172,5	58,6	81,2	92,5	66,2	111	57,6	87,7	83,9	90,4	131,8	54,7	62,7	41,2	50,6
Vietnam	294,9	330,8	88,6	118,6	59,7	84,4	52,9	37,9	50,2	32,7	61,4	67	30,5	41,5	39,7	48,2	77,5	44,8
Resten av Asia	261,5	306,8	90,6	111,3	65,0	91,7	66,4	44,0	79,4	45,2	82,9	63,3	52,2	50,7	43,5	45,9	35,1	30,7
USA, Canada, Austral, NewZeal	226,4	380,3	104,9	141,8	82,9	121,8	86,6	69,5	72,5	44,7	61,9	53,1	52,4	54,1	34,8	49,1	18,8	6,8
LatinAmerika, rest Oceania	426,6	367,4	113,6	195,8	78,3	90,3	104,4	80,6	65,0	50,0	64,1	63,8	37,4	67,6	51,3	60,9	29,0	12,1

Årsaksgruppen *Faktorer av betydning for helsetilstand...* ble brukt særlig ofte for polikliniske kontakter blant kvinner med bakgrunn fra Afrika: 574 polikliniske kontakter pr. 1000 personår blant kvinner fra Resten av Afrika og 477 pr. 1000 personår blant somaliske kvinner, mot 371 pr. 1000 personår blant kvinner med bakgrunn Norge. Det er sannsynlig at denne årsaksgruppen ikke sjelden har å gjøre med svangerskap og fødsler. Kvinnene med afrikansk bakgrunn er ofte ganske unge voksne (relativt få over 40 år), slik at mange av dem er i den alderen da kvinner ofte får barn, og fødselshyppigheten er relativt høy (Tønnesen, 2014). Dette medvirker til nivået på kontaktrater klassifisert med denne årsakskategorien.

Men det er også uvanlig hyppig bruk av denne årsakskategorien for de polikliniske kontaktene blant *menn* fra Somalia: For 622 polikliniske kontakter pr. 1000 personår blir «årsaken» klassifisert som *Faktorer av betydning...*, nesten fem ganger så hyppig som for menn fra Polen der det tilsvarende tallet var 130 pr. 1000 personår. Omtrent halvparten av de polikliniske kontaktene ved somatiske sykehus blant menn med somalisk bakgrunn blir klassifisert her! Også menn med bakgrunn Pakistan har relativt hyppige kontakter med denne «årsaken» (447 pr. 1000 personår), mens menn med tyrkisk bakgrunn har relativt få kontakter som klassifiseres her (188 pr. 1000 personår, dvs. ca. 20. prosent lavere rate enn for norskfødte menn uten innvandrerbakgrunn).

Siden denne «årsaken» er sammensatt og mangeartet og detaljerte opplysninger mangler, er det vanskelig å tolke bruksratene som klassifiseres i kategorien *Faktorer av betydning for helsetilstand ...* Muligens brukes denne klassifikasjonen for uklare og vage symptomer som utredes ved de somatiske sykehusene, uten at noen definitiv diagnose blir funnet?

Innvandrere fra Somalia og andre afrikanske land, begge kjønn, hadde relativt få polikliniske kontakter for svulster (kreftsykdommer). Det samme gjelder innvandrere fra Sri Lanka (særlig menn). Sammenlignet med innvandrere generelt, hadde «ikke-innvandrerne», dvs. kvinner og menn med landbakgrunn Norge relativt mange kontakter for svulster (kreft). Også i noen innvandrergrupper var det forholdsvis hyppige polikliniske kontakter for kreftsykdom, for eksempel blant menn fra Vest-Europa, Bosnia-Hercegovina, Polen og noen andre øst-europeiske land, og blant kvinner fra vestlige land (både Norden, Vest-Europa og USA/Canada etc.) og fra Bosnia-Hercegovina.

For hjerte- og karsykdommer hadde menn fra Pakistan relativt hyppige polikliniske kontakter (omtrent 40 prosent hyppigere enn menn uten innvandrerbakgrunn), mens relativt lave kontaktrater for hjerte- og karsykdom kan ses for menn fra Somalia og Vietnam. Også blant en del grupper øst-europeiske menn og menn fra Tyrkia og fra Sri Lanka var det relativt lite «forbruk» av polikliniske konsultasjoner for hjerte- og karlidelser.

Variasjonene blant kvinnene for polikliniske kontakter for hjerte- og karsykdommer var små – riktignok med påtakelige lave rater for kvinner fra Vietnam og ganske høye rater for kvinner fra Resten av Afrika, fra nordiske og øst-europeiske land, og fra Pakistan. Polikliniske kontakter for endokrine sykdommer (her inngår diabetes) var særskilt høye for innvandrere fra Pakistan, men også hyppige for innvandrere fra Sri Lanka og Irak og for tyrkiske kvinner.

Polikliniske kontakter for infeksjonssykdommer er relativt fåtallige (mindre enn én prosent av samtlige polikliniske kontakter ved de somatiske sykehusene). For denne type sykdommer var kontaktratene relativt høye blant innvandrere fra Somalia og andre afrikanske land, og fra Vietnam og Pakistan. Tabell 4.3 viser også lave rater for polikliniske kontakter for muskel- og skjelettlidelser blant innvandrere fra Polen (menn) og Vietnam/Resten av Asia (begge kjønn), og forholdsvis begrensede forskjeller når det gjelder kontaktrater for skader.

Generelt viser tabell 4.3 at mønsteret av likheter og forskjeller i bruksrater for polikliniske kontakter ved sykehusene, når vi også undersøker de diagnose- eller årsakskategoriene som brukes om disse polikliniske kontaktene, er svært sammensett. En bør legge merke til at det ofte er *mange likheter* mellom de med norsk bakgrunn og mange av innvandrergruppene i bruksrater og sammensetning av diagnoser. Samtidig er det også påtakelige forskjeller, både mellom innvandrere og «ikke-innvandrere» og mellom innvandrergruppene innbyrdes. Å summere dette kompliserte bildet på en kort og tydelig måte, er knapt mulig.

4.4 Årsaker og diagnoser for døgnopphold ved somatiske sykehus

Tabell 4.4a og tabell 4.4b viser *innleggelsesrater* for alder 20–69 år – antallet døgnopphold ved somatiske sykehus pr. 1000 personår, aldersjustert – for viktige årsaksgrupper.

Sykdommer i sirkulasjonsorganene – også kalt hjerte- og karlidelser – er blant de hyppigste årsakene for sykehusinnleggelse. For denne diagnosegruppen hadde menn uten innvandringsbakgrunn om lag 30 døgnopphold pr. 1000 personår, men knapt halvparten så ofte blant kvinner med norsk bakgrunn – 13 døgnopphold pr. 1000 personår. Mange av innvandrergruppene hadde liknende nivåer, men det er også forskjeller. Somaliske og vietnamesiske menn hadde for eksempel klart *lavere* rater (om lag 19 døgnopphold pr. 1000 personår) enn menn med landbakgrunn Norge, menn fra Pakistan og Irak hadde klart *høyere* rater – om lag 60 og 50 døgnopphold pr. 1000 personår.

Også blant kvinnene hadde mange innvandrergupper innleggelsesrater for hjerte- og karlidelser på linje med kvinner med bakgrunn Norge. Vietnamesiske kvinner hadde imidlertid så lite som sju døgnopphold pr. 1000 personår, mens kvinner med bakgrunn fra Bosnia-Hercegovina og Pakistan hadde om lag 30 døgnopphold pr. 1000 personår.

Også for skader er det tydelige forskjeller. Det var *lave* rater for innleggelse for skader for dem med bakgrunn fra noen av de øst-europeiske landene og for innvandrere fra Tyrkia, Pakistan, Vietnam og Resten av Asia.

De mest påfallende ulikhetene når det gjelder sykehusinnleggelse for svulster, er de forholdsvis lave ratene for innvandrere fra Somalia og for menn fra Sri Lanka.

Diagnosegruppen «Symptomer», som gjelder uspesifiserte symptomer ikke klassifisert andre steder, varierer ikke sterkt, men vi ser likevel at innvandrere fra Serbia/Montenegro/Kosovo, Iran, Irak, Pakistan og til dels fra Sri Lanka, har relativt høye rater her. Det var derimot mange likheter på tvers av gruppene for årsaker som angår fordøyelsessystemet, muskel- og skjelettsystemet og åndedretsorganene.

Det mest påtakelige når det *Faktorer av betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten* er kjønnsforskjellen. I alle grupper, så vel bakgrunn Norge som blant innvandrerne, har kvinner høyere rater for denne

sammensatte årsakskategorien, noe som blant annet vil skyldes at innleggelser for normale fødsler er plassert her. Den noe relaterte diagnosegruppen *Svangerskap, fødsler, barsel* gjelder bare for kvinner – her skal det etter kodereglene dreie seg om *sykdommer* knyttet til graviditet og fødsler. Her ser vi en relativt høy rate for døgnopphold blant somaliske kvinner, som også er relatert til at kvinnene med somalisk bakgrunn i stor grad er i «fødende» alder. Dessuten er fødselshyppigheten relativt høyt blant somaliske kvinner, og det er kjent at fødselskomplikasjoner ikke er sjeldne blant dem (Sorbye et al., 2015; Bakken et al., 2015; Malin og Gissler, 2009).

Innleggelser for infeksjoner er alt i alt sjeldne, men noe hyppigere blant innvandrere fra Afrika. Døgnopphold for endokrine lidelser, inkludert diabetes, er også forholdsvis fåtallige, men vi ser en tendens til noe høyere rater for kvinner fra Irak, Pakistan og Latin-Amerika.

Tabell 4.4a. Antall døgnopphold, somatiske sykehus, elleve diagnosegrupper, 2008 til 2011, pr. 1000 personår, aldersjustert, alder 20–69 pr. 1. januar 2008, bakgrunn Norge og 11 innvandregrupper. M=menn, K=kvinner.

Land- bakgrunn	Hjerte- og karsykdom		Skader		Svulster		Symptom uspesifisert		Sykdom fordøyelse		Muskel og skjelett		Sykdom åndrett		Faktorer vedr.helse- tilstand etc				Infek- sjoner		Endokrin sykdom		Svanger- skap		
	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
Norge	30,0	13,4	17,2	13,9	16,9	18,3	12,1	13,0	11,9	11,9	11,6	13,7	9,6	9,4	7,4	30,8	4,2	3,6	2,4	2,4	3,6	3,6	18,4		
Sverige	28,2	11,1	18,4	13,0	12,4	14,4	11,7	10,3	10,2	10,2	13,0	12,3	9,3	6,8	7,3	34,0	3,4	3,1	1,8	2,4	3,1	21,5			
Rest Norden	32,1	14,8	18,2	11,8	12,7	15,5	13,4	12,8	13,8	12,2	12,8	14,3	10,0	6,8	7,6	34,6	3,8	3,6	2,3	3,1	3,6	20,9			
Rest Vest-Eur	26,7	12,1	11,9	10,1	15,6	16,8	10,0	10,1	8,8	8,8	8,7	11,0	6,8	4,9	5,8	35,7	3,0	2,2	1,1	2,4	2,2	20,8			
Polen	21,3	12,7	13,5	10,4	12,5	14,4	8,4	13,0	8,3	9,1	6,8	10,2	9,3	4,7	4,7	32,0	2,7	1,5	0,7	2,8	1,5	16,9			
Øvrig øst- eur EU-land	26,5	13,7	10,8	7,3	19,0	14,3	8,5	12,0	9,3	6,8	6,2	6,1	9,5	4,7	5,2	29,4	2,9	2,0	1,0	2,1	2,0	19,6			
Serbia, Monten Kosovo	43,4	32,9	13,5	10,7	9,8	26,1	22,9	30,4	9,2	15,8	9,7	11,8	11,6	9,9	10,0	40,3	3,4	3,4	2,4	4,1	3,4	20,6			
Bosnia- Hercegovina	31,4	16,7	9,5	8,3	16,9	16,0	14,1	16,1	10,8	10,4	7,4	12,0	8,3	6,0	6,2	30,1	2,7	2,3	2,1	4,8	2,3	16,4			
Russland	31,5	10,5	10,1	9,7	11,8	15,5	19,6	16,0	10,2	8,1	12,0	8,1	7,5	4,3	5,8	30,3	3,4	1,8	1,9	1,8	1,8	21,1			
Rest Øst- Euro utenf EU	27,1	12,4	8,5	8,1	14,8	12,2	13,4	17,3	9,0	7,6	5,6	10,7	8,8	4,0	6,3	31,3	4,0	3,6	1,2	2,0	3,6	17,1			
Somalia	19,4	18,5	13,6	15,0	7,1	7,9	14,8	20,6	16,8	16,5	5,8	13,4	11,0	13,6	8,7	58,5	9,5	6,9	5,6	4,7	6,9	47,3			
Rest Afrika	25,0	18,0	10,4	10,0	10,0	12,7	12,4	22,4	11,9	12,5	8,7	12,6	6,8	9,2	6,0	37,7	6,1	9,1	3,0	5,6	9,1	31,1			

De andre landgruppene vises i tabell 4.4b, neste side.

Tabell 4.4b. Antall døgnopphold, somatiske sykehus, elleve diagnosegrupper, 2008 til 2011, pr. 1000 personer, aldersjustert, alder 20–69 pr. 1. januar 2008, bakgrunn Norge og 9 innvandregrupper. M=menn, K=kvinner.

Land- bakgrunn	Hjerte- og karsykdom		Skader		Svulster		Symptom uspesifisert		Sykdom fordøvelse		Muskel og skjelett		Sykdom åndrett		Faktorer vedr.helse- tilstand etc		Infeksjoner		Endokrin sykdom		Svanger- skap	
	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K
Norge	30,0	13,4	17,2	13,9	16,9	18,3	12,1	13,0	11,9	11,9	11,6	13,7	9,6	9,4	7,4	30,8	4,2	3,6	2,4	3,6	18,4	
Tyrkia	30,1	19,2	9,3	6,8	17,2	11,8	15,7	20,1	13,5	10,9	8,9	12,9	8,6	9,1	5,3	31,2	3,1	6,5	1,9	4,9	18,3	
Sri Lanka	42,2	16,3	13,9	6,2	6,8	10,2	20,2	14,5	20,5	7,3	10,4	10,1	11,4	9,9	7,8	32,3	3,9	2,4	4,5	2,7	21,7	
Irak	49,8	14,3	12,8	12,0	8,6	17,7	22,8	27,1	20,1	16,7	9,8	14,5	9,4	12,9	7,3	43,6	3,7	3,4	4,0	5,5	28,8	
Iran	36,9	20,4	15,3	11,3	11,3	16,4	21,7	25,6	14,3	15,2	14,7	18,9	8,4	10,5	7,7	22,9	3,4	2,9	1,6	4,7	15,9	
Pakistan	59,7	30,6	9,7	7,9	10,2	15,2	22,3	24,8	11,7	12,9	10,9	17,1	13,9	14,4	7,3	41,1	8,1	6,9	4,1	5,9	28,1	
Vietnam	18,7	7,3	8,6	7,9	14,1	10,9	10,4	10,3	11,0	7,4	7,2	7,5	7,5	3,3	4,3	31,8	5,1	4,1	2,1	2,1	15,9	
Resten av Asia	30,0	11,5	10,2	7,8	10,8	18,6	14,0	13,4	11,8	8,7	8,0	8,8	8,3	5,4	5,6	28,1	4,4	4,7	2,2	2,7	20,4	
USA,Canada, Austral,NewZ	26,4	10,7	12,7	13,3	10,9	18,8	8,7	11,5	6,5	10,4	10,7	12,8	6,3	7,7	4,5	35,7	3,8	2,8	1,4	2,5	20,8	
LatinAmerika, rest Oceania	21,3	10,9	10,0	11,5	12,9	13,1	13,7	20,4	12,4	14,2	9,4	15,9	6,9	5,6	7,8	31,4	4,3	3,3	2,4	5,6	26,3	

De andre landgruppene vises i tabell 4.4a, forrige side.

4.5 Fordelingen av kontaktene blant pasientene

De foregående tabellene har vist aldersstandardiserte *gjennomsnittstall* for voksne med forskjellige typer innvandrerbakgrunn. Slike gjennomsnittstall viser imidlertid ikke fordelingen av bruken av de somatiske spesialisttjenestene blant pasientene. Det samme gjennomsnittstallet for en gruppe kan jo oppstå på forskjellige måter – for eksempel ved at alle gruppens medlemmer har omtrent det samme tallet kontakter, eller ved at noen av gruppens medlemmer har svært få, mens andre har svært mange, kontakter.

I utgangspunktet regner vi selvsagt med at det er stor spredning blant *pasientene* (altså de som har hatt minst én kontakt). Noen vil ha bare én eller få polikliniske kontakter og få sykehusinnleggelse, noen vil ha flere og noen vil ha mange. Det vi spør om i dette avsnittet, er om denne fordelingen varierer tydelig mellom innbyggerne med ulike innvandrerbakgrunn. Er det enkelte grupper der en forholdsvis liten del av pasientene fra gruppen står for en uvanlig stor del av de spesialiserte helsetjenestene som gruppen mottar?

For å belyse dette spørsmålet for de polikliniske kontaktene ved de somatiske sykehusene, viser vi prosentandeler blant *pasientene* (dvs. de som har hatt minst en poliklinisk kontakt i perioden) som har hatt svært få polikliniske kontakter (bare 1–2 kontakter) og prosentandeler som har hatt mange (dvs. 11 og mer) kontakter i perioden (tabell 4.5).

Tallene i tabell 4.5 er aldersstandardiserte. Ettersom vi må regne med at det gjennomsnittlige antallet kontakter pr. pasient øker med stigende alder, vil sammenligninger mellom ulike befolkningsgrupper kunne bli misvisende om vi ikke «tar høyde for» forskjellene i alderssammensetning mellom gruppene.

Blant de mannlige pasientene med landbakgrunn Norge hadde vel fire av ti (41,5 prosent) bare 1–2 polikliniske kontakter i fireårsperioden 2008–2011, mens 15,2 prosent hadde 11 eller flere polikliniske kontakter. Blant de mannlige pasientene i innvandrergruppene er de tilsvarende prosentandelene ofte på omtrent samme nivå, med en del markante «avvik». Blant de mannlige pasientene fra Polen hadde en særs stor andel bare 1–2 kontakter (55,8 prosent) og en tilsvarende liten andel 11 kontakter eller mer (7,2 prosent). Motsatt ser vi at blant de mannlige pasientene med bakgrunn Pakistan, hadde 39,9 prosent bare 1–2 polikliniske kontakter, mens 17,6 prosent av disse pasientene hadde hatt minst 11 kontakter.

Tabell 4.5. Prosentandeler med få (1–2) eller mange (11+) polikliniske kontakter ved somatiske sykehus 2008–2011, blant pasienter med minst én poliklinisk kontakt. Voksne 20–69 år, aldersstandardisert.

Landbakgrunn	Menn		Kvinner	
	1–2 kontakt	11+ kontakt	1–2 kontakt	11+ kontakt
Norge	41,5	15,2	33,7	18,5
Sverige	43,9	13,8	35,3	17,6
Resten av Norden	41,5	14,8	34,5	18,1
Resten av Vest-Europa	44,0	13,4	36,3	17,1
Polen	55,8	7,2	36,4	14,5
Øvrig Øst-Eur EU-land	51,7	9,9	37,6	14,4
Serbia, Montenegro, Kosovo	42,7	12,7	31,7	18,5
Bosnia-Hercegovina	41,8	13,2	34,6	16,8
Russland	46,6	12,7	33,8	16,4
Rest Øst-Europa utenf EU	45,6	12,6	35,5	14,4
Somalia	47,0	10,7	25,1	21,4
Resten av Afrika	43,9	14,4	28,3	21,9
Tyrkia	42,9	12,2	33,6	16,9
Sri Lanka	43,3	14,6	35,8	17,3
Irak	41,1	13,9	28,1	19,1
Iran	41,1	14,4	30,8	19,1
Pakistan	39,9	17,6	29,7	21,7
Vietnam	44,0	13,7	37,3	13,8
Resten av Asia	44,9	13,0	37,3	14,8
USA, oversjø. vestlige	43,2	13,9	34,1	19,0
Latin Amerika, rest Oca	43,8	13,7	31,0	19,2

Generelt blant kvinnene, som høyre del av tabell 4.5 tyder på, var andelen av pasienter med få kontakter lavere enn blant de mannlige pasientene, mens prosentandelen av pasientene med mange kontakter var høyere. For øvrig ser vi mønstre som ligner det vi så blant mennene. Blant de kvinnelige pasientene fra øst-europeiske land og dem med bakgrunn Vietnam og Resten av Asia, var prosentandelen med mange polikliniske kontakter relativt lav (14–15 prosent), mens denne prosentandelen var relativt høy blant kvinnene fra Somalia, Resten av Afrika og Pakistan.

Tabell 4.6 viser tilsvarende prosentandeler for døgnopphold ved somatiske sykehus blant de med minst én innleggelse i perioden. Det er selvsagt mye mer vanlig å ha mange polikliniske kontakter enn å ha mange sykehusinnleggelser, og i tabell 4.6 er derfor kategorien «mange sykehusinnleggelser» definert som seks døgnopphold eller mer i fireårsperioden. For mannlige

pasienter med bakgrunn fra Norge hadde 74,8 prosent av disse pasientene enten ett eller to sykehusopphold, mens 7,4 prosent hadde minimum seks sykehusopphold. De tilsvarende prosentandeler for kvinner med norsk bakgrunn var henholdsvis 80,5 og 4,8 prosent. Denne ulikheten mellom kvinner og menn med norsk bakgrunn innebærer at riktignok har en større andel av kvinnene hatt minst ett sykehusopphold, men blant de som faktisk har hatt sykehusopphold, er tendensen at flere blant mennene enn blant kvinnene har mange opphold.

For øvrig ser vi mønstre i tabell 4.6 som minner om mønstrene i tabell 4.5, selv om det er mange variasjoner. Pasientene (dvs. de med minst ett sykehusopphold) fra Polen har relativt sjelden hatt mange sykehusopphold, mens sykehuspasientene med bakgrunn fra Pakistan (men også de med bakgrunn fra Resten av Norden) har en relativt høy andel med minst seks sykehusopphold.

Tabell 4.6. Prosentandeler med få (1–2) eller mange (6+) døgnopphold ved somatiske sykehus 2008–2011, blant dem med minst ett døgnopphold, alder 20–69 år, aldersstandardisert.

Landbakgrunn	Menn		Kvinner	
	1–2 opphold	6+ opphold	1–2 opphold	6+ opphold
Norge	74,8	7,4	80,5	4,8
Sverige	77,4	5,7	84,9	3,4
Resten av Norden	72,8	8,1	80,6	5,0
Resten av Vest-Europa	77,6	6,5	82,9	3,7
Polen	84,5	3,5	85,9	2,2
Øvrig Øst-Eur EU-land	81,3	6,7	86,7	1,4
Serbia, Montenegro, Kosovo	78,4	4,3	79,0	4,2
Bosnia-Hercegovina	78,5	5,8	83,5	3,4
Russland	83,5	3,8	86,8	1,2
Rest Øst-Europa utenf EU	83,3	4,9	84,3	2,0
Somalia	80,1	5,2	72,4	4,7
Resten av Afrika	79,7	5,0	81,1	3,2
Tyrkia	78,6	4,8	84,5	2,7
Sri Lanka	78,0	5,8	84,2	2,9
Irak	80,6	4,2	82,6	3,2
Iran	78,6	5,0	82,2	3,5
Pakistan	70,6	8,5	78,1	5,4
Vietnam	82,6	6,5	87,9	2,5
Resten av Asia	78,7	5,7	86,0	2,5
USA, oversjø.vestlige	79,3	6,0	82,4	4,4
Latin Amerika, rest Oca	81,4	4,3	82,2	3,0

Samlet sett kan vi imidlertid si at analysen av prosentfordelingen av antallet polikliniske kontakter og døgnopphold ved de somatiske sykehusene blant *pasientene*, ikke endrer det bildet vi tidligere har sett. Ulikhetene mellom gruppene i bruksrater (tabell 4.2) gjenspeiles også i fordelingen av kontaktene. Gruppene med relativt høyt gjennomsnittlig antall kontakter og døgnopphold vil også som regel ha en relativt høy prosentandel som har hatt kontakt, og blant de som har hatt kontakt, vil prosentandelen med mange polikliniske kontakter og mange sykehusinnleggelses også som regel være relativt høy.

4.6 Polikliniske kontakter og innleggelses i psykisk helsevern

Polikliniske kontakter i psykisk helsevern for voksne (PHV) inkluderer alle slags kontakter og konsultasjoner uten innleggelse, for eksempel vanlige behandlingsmøter og dagbehandling, og dessuten kontakter i form av telefonsamtaler, epost, fagmøter mv. En mer ressurskrevende tjeneste er *døgnopphold*, som tilsvarer innleggelses med overnatting ved somatiske sykehus.

Virksomheten i psykisk helsevern for voksne (PHV) er betydelig, men selvsagt mindre enn tjenestevolumet ved somatiske sykehus. Menn uten innvandrerbakgrunn, alder 20–69 år, hadde vel 360 polikliniske kontakter i PHV pr. 1000 personår, dvs. vel en tredel av antallet polikliniske kontakter pr. 1000 personår ved somatiske sykehus (som var om lag 980). Tallet på polikliniske kontakter i psykisk helsevern blant kvinnene med landbakgrunn Norge (508 pr. 1000 personår) var langt under halvparten av antallet polikliniske kontakter ved somatiske sykehus (som var 1290 pr. 1000 personår). Døgnopphold skjedde sjeldnere.

Et vanlig funn i analyser av helsetjenestebruk for psykiske problemer, er at kvinnene har hyppigere kontakter enn mennene. Dette mønsteret ser vi også ofte i tabell 4.7, men det er en del påfallende unntak. For polikliniske kontakter viser tabell 4.7 faktisk at høyere bruk blant kvinner enn blant menn i ganske stor grad er et «vestlig» fenomen. Kvinner med bakgrunn fra Norge, Norden, Vest-Europa og oversjøiske vestlige land som USA, samt kvinner fra Latin-Amerika, hadde markant flere polikliniske kontakter i PHV enn mennene fra de samme områder. På den annen side hadde *mannlige* innvandrere fra andre deler av verden like mange eller flere polikliniske PHV-kontakter enn kvinnene derfra – dette gjaldt for eksempel for innvandrerne fra Russland,

Resten av Øst-Europa utenom EU, Somalia, Resten av Afrika, Tyrkia, Sri Lanka, Irak, Iran, Pakistan, Vietnam og Resten av Asia.

Tabell 4.7. Voksne 20–69 år i psykisk helsevern: Antall polikliniske kontakter og antall døgnopphold pr. 1000 personår, aldersjustert, 2008–2011

Landbakgrunn	Polikliniske kontakter		Døgnopphold	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Norge	363,1	508,2	19,8	20,8
Sverige	264,4	346,8	16,5	11,3
Resten av Norden	280,0	497,5	19,6	13,4
Resten av Vest-Europa	216,7	436,1	7,4	12,2
Polen	101,7	269,3	6,9	13,3
Øvrig Øst-Eur EU-land	97,3	349,7	3,8	10,6
Serbia, Montenegro, Kosovo	462,8	560,9	11,8	17,6
Bosnia-Hercegovina	438,1	526,0	11,7	10,2
Russland	325,4	316,4	28,6	8,3
Rest Øst-Europa utenf EU	440,1	362,6	12,9	14,8
Somalia	457,9	251,7	21,3	18,4
Resten av Afrika	571,7	486,3	20,2	18,1
Tyrkia	463,5	452,4	10,5	10,3
Sri Lanka	305,0	258,6	19,0	7,1
Irak	599,5	451,7	16,1	6,0
Iran	874,3	794,4	33,6	13,0
Pakistan	408,6	324,4	17,5	5,9
Vietnam	234,3	243,2	10,2	6,9
Resten av Asia	377,1	252,2	11,1	6,6
USA, Canada, Australia, NewZeal	281,4	402,4	7,9	9,8
Latin Amerika, rest Oceania	377,7	584,1	12,9	16,2

Tabell 4.7 viser uvanlig høye rater polikliniske kontakter med psykisk helsevern for mannlige innvandrere fra Iran. Også menn fra det tidligere Jugoslavia, fra Somalia og Resten av Afrika og fra Irak synes å ha klart hyppigere polikliniske kontakter i PHV enn menn med bakgrunn Norge. På den annen side hadde spesielt menn fra Polen og andre øst-europeiske EU-land svært lave rater for polikliniske kontakter, og det samme gjaldt – om enn i noe mindre grad – menn fra Vest-Europa og fra Vietnam.

Blant kvinnene var det også særlig de med iransk bakgrunn som hadde markant høyere polikliniske kontaktrater enn kvinnene med landbakgrunn Norge. Også kvinner fra det tidligere Jugoslavia (dvs. Serbia, Montenegro, Kosovo, Bosnia-Hercegovina) hadde noe høyere polikliniske kontaktrater enn

de med bakgrunn Norge, mens kvinner med bakgrunn fra Polen, Somalia, Sri Lanka, Vietnam og Resten av Asia hadde lite polikliniske kontakter med psykisk helsevern for voksne.

Det er noen typiske forskjeller for polikliniske kontakter i psykisk helsevern, sammenlignet med polikliniske kontakter ved somatiske sykehus. Prosentandelene i hver enkelt befolkningsgruppe som har slike kontakter i psykisk helsevern er relativt liten, men det gjennomsnittlige antallet kontakter pr. pasient er langt høyere. I aldersgruppen 20–69 år blant dem med minst en poliklinisk kontakt ved de somatiske sykehusene, var gjennomsnittet 7,1 kontakter. Blant pasientene i psykisk helsevern som hadde hatt minst én poliklinisk kontakt var gjennomsnittet så mye som 25,0 kontakter pr. pasient i fireårsperioden 2008–2011.

Stort sett var gjennomsnittlig antall kontakter i fireårsperioden blant *pasientene* i psykisk helsevern (dvs. de med minst én kontakt) omkring 25 i de aller fleste gruppene. For dem med landbakgrunn Norge var gjennomsnittet 23,8 for menn og 26,3 for kvinner. Det var likevel en del variasjoner i dette gjennomsnittstallet mellom innvandrergruppene, men antallet pasienter i psykisk helsevern var ofte relativt lite i de enkelte innvandrergruppene (for eksempel bare 43 kvinner med somalisk bakgrunn), slik at gjennomsnittstall for hver gruppe blir basert på få individer og vil derfor ha mye usikkerhet.

Det er også relativt få pasienter med døgnopphold i psykisk helsevern fra en del av innvandrergruppene. Tabell 4.7 viser at innleggelsesratene var svært like for kvinner og menn med bakgrunn Norge. Blant innvandrergruppene varierte kjønnsmonsteret. Mennenes innleggelsesrater i psykisk helsevern var høyere enn kvinnenes for dem som kom fra Norden, Russland, Irak, Iran, Pakistan, Vietnam og Resten av Asia. Døgnopphold i psykisk helsevern for voksne skjedde tilsynelatende relativt ofte blant menn fra Russland og fra Iran – omkring 30 pr. 1000 personår, mot ca. 20 blant menn med bakgrunn Norge. Menn fra vestlige land utenom Norden, samt Polen og andre øst-europeiske EU-land hadde få døgnopphold. Blant kvinner er det et påfallende lavt tall for døgnopphold (rundt 6–7 pr. 1000 personår) for innvandrerkvinner med bakgrunn fra Sri Lanka, Irak, Pakistan, Vietnam og Resten av Asia, mens kvinnene uten innvandrerbakgrunn hadde klart høyere rater, om lag 20 døgnopphold pr. 1000 personår.

4.7 Oppsummering

Blant innbyggerne i alderen 20–69 år med landbakgrunn Norge – dvs. de uten innvandringsbakgrunn – hadde knappe 60 prosent av mennene og 70 prosent av kvinnene hatt en eller annen kontakt med somatiske spesialisthelsetjenester i fireårsperioden 2008–2011. Tilsvarende kontaktflate i psykisk helsevern blant dem med norsk bakgrunn var 6,5 prosent blant mennene og 8,0 prosent for kvinnene. Ganske få hadde hatt kontakter med psykisk helsevern uten å ha hatt kontakter med de somatiske spesialisthelsetjenestene.

Kontaktflaten – prosentandelen med kontakt med de spesialiserte helse-tjenestene, enten somatiske eller psykiske eller begge deler – var generelt *lavere* for mannlige og kvinnelige innvandrere med bakgrunn fra Vest-Europa og andre vestlige land, enn blant innbyggerne uten innvandrerbakgrunn. Dette var enda mer markert for menn med bakgrunn fra Øst-Europa, som hadde særskilt liten kontaktflate med de somatiske spesialisthelsetjenestene. For innvandrere fra land utenom Europa og andre vestlige land var prosentandelen med kontakt med spesialisthelsetjenestene i fireårsperioden mer på linje med nivået blant de norskfødte uten innvandringsbakgrunn.

Det var imidlertid mange variasjoner mellom innvandrergrupper med ulik landbakgrunn. Et eksempel: Bare 1,8 prosent av mennene fra Polen hadde hatt kontakt med psykisk helsevern for voksne i fireårsperioden, mens 16,2 prosent av mennene fra Iran hadde hatt slik kontakt. Også for kvinner varierte kontaktflaten betydelig – forholdsvis lite kontakt med psykisk helsevern blant kvinner fra Somalia, for eksempel, men mye for kvinner fra Iran.

Mer presise inntrykk av likheter og ulikheter i bruken av spesialiserte helsetjenestene mellom innbyggere med forskjellig landbakgrunn får vi når vi tar hensyn til forskjellene i alderssammensetning og eksponeringstid. Dette er gjort ved å beregne *bruksrater* – dvs. antall kontakter (konsultasjoner, døgnopphold, mv.) pr. 1000 aldersjusterte personår.

Bruksratene for somatiske spesialisthelsetjenester, både polikliniske kontakter, sykehusinnleggelser og liggedager, var jevnt over lave blant innvandrere med bakgrunn fra Øst-Europa sammenlignet med de uten innvandringsbakgrunn – dette gjaldt både for menn og kvinner. Også innvandrere fra vestlige land, dvs. hovedsakelig fra Norden og Vest-Europa, hadde oftest noe

lavere bruk av somatiske spesialisthelsetjenester enn de uten innvandrerbakgrunn.

Når det gjelder innvandrere fra Asia, Afrika og Latin-Amerika, hadde de generelt en bruk av somatiske spesialisthelsetjenester på omtrent samme nivå som de uten innvandringsbakgrunn. Dette gjaldt både for sykehusinnleggelses og for tallet på liggedager, men et visst unntak fra dette mønsteret var at menn fra land og regioner utenom Europa og vestlige land hadde relativt mye polikliniske kontakter ved somatiske sykehus.

Det var imidlertid mange forskjeller mellom innvandrergruppene. Lave – til dels svært lave – bruksrater ved somatiske sykehus hadde innvandrere fra Vietnam og fra Resten av Asia, mens innvandrere fra Tyrkia og Sri Lanka hadde et bruksnivå som ofte ikke avvek mye fra nivået blant dem uten innvandrerbakgrunn. På den annen side hadde innvandrere fra Pakistan, Irak og til dels Iran, og kvinnene fra Afrika, stort sett påtakelig høye bruksrater for somatiske spesialisthelsetjenester.

Forskjellene mellom enkeltland er ofte store, noe de detaljerte tabellopplysningene viser. Vi ser dessuten ofte at innvandrerne med en særskilt bakgrunn har høye rater for visse typer diagnoser, men lave bruksrater for andre typer årsaker. Somaliske innvandrere hadde for eksempel hyppige konsultasjoner og innleggelses for uspesifiserte årsaker og for årsaker som tyder på svangerskapsrelaterte tilstander, men få kontakter for svulster. Pakistanske innvandrere hadde få innleggelses for skader og relativt lave innleggelsesrater for svulster, men relativt mange innleggelses for hjerte- og karlidelser og endokrine sykdommer (som inkluderer diabetes). Det er mange spesifikke mønstre i de enkelte innvandrergrupper i bruken av somatiske spesialisttjenester.

Når det gjelder det spesialiserte psykiske helsevernet for voksne, var mønsteret ofte forskjellig fra bruksmønsteret for somatiske spesialisttjenester. Blant menn fra land som tidligere utgjorde Jugoslavia, og fra Afrika og i særdeleshet fra Iran, var hyppigheten av polikliniske konsultasjoner i det psykiske helsevernet relativt høy – til dels klart høyere enn blant menn med landbakgrunn Norge. Menn innvandret fra andre landområder, for eksempel Vest-Europa, Vietnam, og Polen og noen andre øst-europeiske land i særdeleshet, hadde relativt liten kontakt med det psykiske helsevernet.

Sammenlignet med bruksnivået av psykisk helsevern blant kvinner med norsk bakgrunn, hadde kvinnene fra Iran i særdeleshet, men dessuten kvinner fra Serbia, Montenegro og Kosovo og fra Latin-Amerika, hyppigere polikliniske kontakter. Kvinnene i de fleste andre innvandrergroppene hadde lavere bruksnivå i psykisk helsevern enn kvinnene med landbakgrunn Norge, og en relativt liten kontakt med psykisk helsevern var særlig iøynefallende for kvinnene fra Polen, Somalia, Sri Lanka, Vietnam og Resten av Asia.

5 Barn og unges bruk av spesialisthelsetjenester 2008–2011

5.1 Analyseutvalget blant barn og unge alder 0–19 år

Som drøftet tidligere (avsnitt 2.5), har vi i denne rapporten definert innvandrerbefolkningen blant barn og unge på en annen måte enn for voksne. Innvandrerbefolkningen blant de yngre som analyseres i dette kapitlet består av både utenlandsfødte personer med utenlandsfødte foreldre og *norskfødte* med utenlandsfødte foreldre og besteforeldre. Altså: Også «annengenerasjonsinnvandrere» inkluderes i innvandrerbefolkningen i dette kapitlet, mens bare «førstegenerasjonsinnvandrere» er inkludert blant innbyggerne alder 20 år og mer.

Hva betyr dette tallmessig? Pr. 1.januar 2008 var det vel 1,2 millioner bosatte i Norge i alderen 0–19 år (eksakt 1.215.241). Om bare utenlandsfødte regnes med, er ca. 45.000 av dem innvandrere. Med den videre definisjonen som inkluderer også norskfødte, blir tallet på innvandrerbefolkningen blant barn og unge vel 110.000 (eksakt 111.046). Blant barn og unge 0–19 år var det altså, da året 2008 begynte, om lag 45.000 utenlandsfødte innvandrere og om lag 66.000 norskfødte med innvandrerbakgrunn.

Å definere innvandrerbefolkningen blant barn og unge på denne måten er selvsagt ikke uproblematisk. Et alternativ var å regne norskfødte med innvandrerforeldre som «ikke-innvandrere» og si at de har landbakgrunn Norge, rett og slett. De er jo født og oppvokst i Norge og sikkert preget av det. Men på grunn av familiebakgrunn, tilknytning til foreldrenes hjemland, språk og tradisjoner, hvordan de oppfattes i nabolag og på skoler, osv., er det trolig at innvandrerbakgrunnen også vil ha betydning for deres livssituasjon og helse-tjenestebruk, i hvert fall for mange av dem – men selvsagt i sterkt varierende grad. Et alternativ kunne være å analysere utenlandsfødte og norskfødte hver for seg, men dette ville komplisere framstillingen. Vi har derfor valgt, når det gjelder barn og unge, å behandle utenlandsfødte og norskfødte sammen i en kategori som den «unge» innvandrerbefolkningen i Norge.

Tabell 5.1. Analyseutvalget blant barn og unge 0–19 år pr. 1.januar 2008. Antall.

Landbakgrunn	0–9 år	10–19 år	I alt
Norge	531.258	572.937	1.104.195
Vestlige land (Norden, Vest-Europa,USA etc.)	5843	5276	11.119
Øst-Europa utenom tidligere Jugoslavia	5957	5383	11.340
Tidligere Jugoslavia (ekskl.Kroatia, Slovenia)	4565	4922	9487
Irak/Iran	7048	6327	13.375
Pakistan	4892	5239	10.131
Somalia	6093	3825	9918
Resten av Afrika	6168	4668	10.836
Asia for øvrig mv.	17.134	17.706	34.840
Samlet antall i de to aldersgruppene	588.958	626.283	1.215.241

I presentasjonen vil vi noen ganger bruke den firedelte inndelingen i landbakgrunn Norge kontra innvandrerbakgrunn fra Vest-Europa/vestlige land, Øst-Europa (som inkluderer også en del sentral-europeiske land) eller fra og Afrika/Asia/Latin-Amerika.

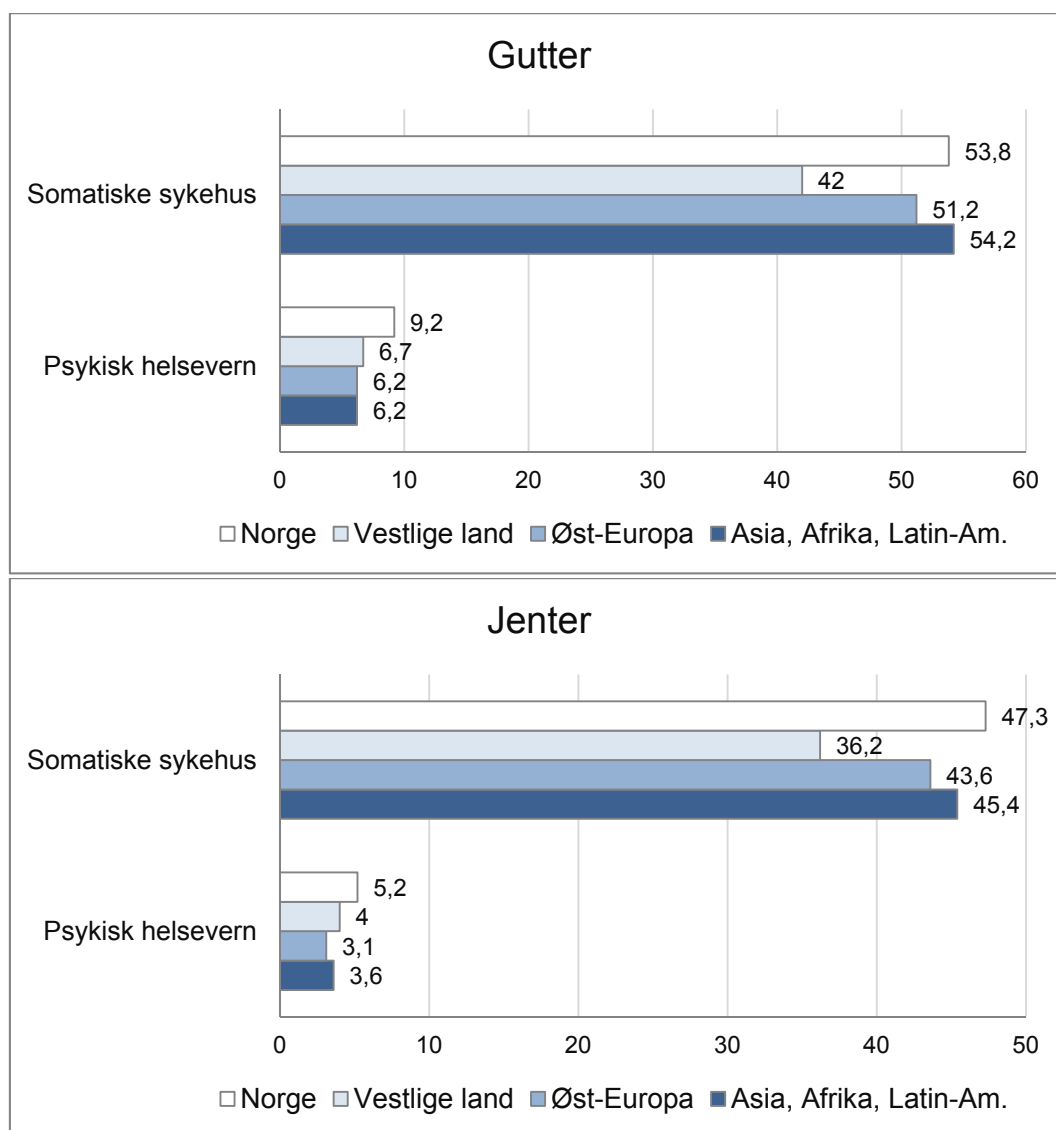
Vi vil også bruke en mer detaljert inndeling. Å anvende alle de 20 landgruppene er ikke praktisk her ettersom det da ville bli svært få barn/unge i flere av gruppene, særlig ettersom vi analyserer alder 0–9 år og alder 10–19 år hver for seg. I dette kapitlet vil vi derfor inndele barn og unge i *ni* typer landbakgrunn. Inndelingen er i stor grad bestemt av hensynet til at ingen analysert gruppe (verken for jenter eller gutter) bør ha særlig færre enn 2000 individer. Sammenslåingen av land (for eksempel det vi kaller Tidligere Jugoslavia, som består av Serbia, Montenegro, Kosovo og Bosnia-Hercegovina, men ikke Slovenia, Kroatia og Makedonia) er relativt vilkårlig og vi har ikke noe godt grunnlag for å hevde at sammenslåingene fører til at grupper med like helsetjenesteprofiler er plassert sammen.

Antallet barn og unge ifølge denne inndelingen framgår av tabell 5.1. I alle kategorier er det ca. 51 prosent gutter og 49 prosent jenter. De fleste kategoriene har fra 4000 til 7000 i hver aldersgruppe (dvs. fra 2000–3500 av hvert kjønn), men kategorien Asia for øvrig (som også inkluderer det relativt lille antallet barn og unge fra Latin-Amerika) som består av en lang rekke enkeltland, er størst med til sammen om lag 35.000 barn og unge.

5.2 Andeler med kontakt med spesialisthelsetjenesten 2008–2011

5.2.1 BARN 0–9 ÅR

Figur 5.1 viser kontaktflaten mellom spesialisthelsetjenesten og barn i alderen 0–9 år i løpet av de fire årene 2008–2011. En mer detaljert beskrivelse er i tabell 5.2.



Figur 5.1. Prosentandeler, barn 0–9 år etter innvandringsbakgrunn, med kontakt spesialisthelsetjenesten 2008–2011.

Blant *barna*, alder 0–9 år pr. 1. januar 2008, hadde rundt regnet omkring halvparten hatt kontakt med spesialisthelsetjenesten i løpet av fireårsperioden, i praktisk talt alle kategorier – både de uten innvandrerbakgrunn (landbakgrunn Norge) og barna i innvandrerbefolkningen.

Et gjennomgående trekk er at i denne alderskategorien har (små)gutter *mer* kontakt med spesialisthelsetjenestene enn (små)jenter. Dette ser vi både blant barn med bakgrunn Norge og dessuten i alle innvandrergruppene, uten unntak, og det gjelder både for kontakter med somatiske sykehus, kontakter med psykisk helsevern (PHBU eller BUP, Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk) og kontakter med begge eller minst en av disse tjenestene.

Tabell 5.2. Andeler (%), barn 0–9 år, med kontakt spesialisthelsetjenesten 2008–2011.

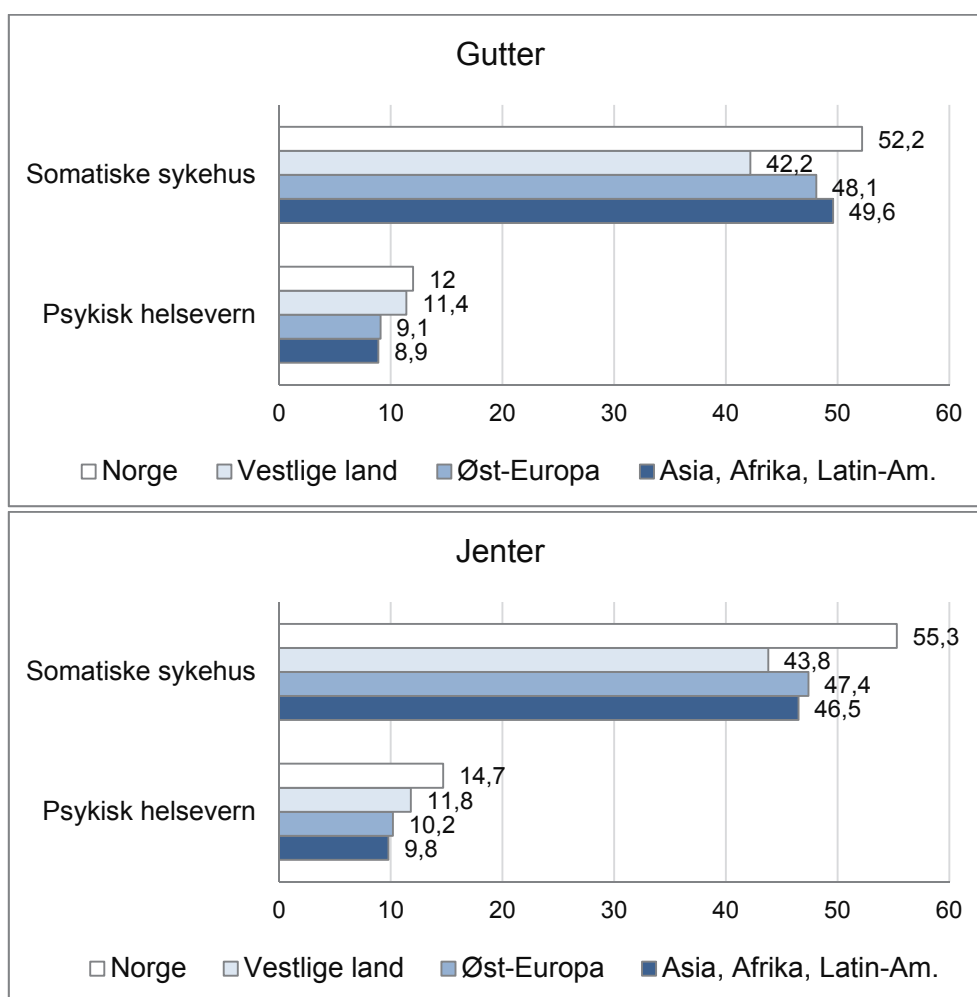
Landbakgrunn	Somatiske sykehus og/eller psykisk helsevern		Somatiske sykehus		Psykisk helsevern	
	Gutter	Jenter	Gutter	Jenter	Gutter	Jenter
Norge	56,6	49,0	53,8	47,3	9,2	5,2
Vestlige land	44,6	37,7	42,0	36,2	6,7	4,0
Øst-Europa eks.tidl.Jug.	53,0	43,7	50,6	42,4	7,2	3,6
Tidligere Jugoslavia	53,8	46,0	52,1	45,2	4,8	2,3
Irak/Iran	59,8	51,1	57,9	49,8	7,2	4,3
Pakistan	58,2	46,4	57,0	45,4	5,5	3,0
Somalia	57,8	48,1	56,7	47,7	4,4	2,3
Resten av Afrika	56,3	48,0	53,6	46,4	8,2	4,6
Asia for øvrig mv.	53,4	43,8	51,3	42,5	6,0	3,5

For øvrig gir ikke tabell 5.2 inntrykk av at det er svært store ulikheter mellom barn uten innvandrerbakgrunn og de forskjellige innvandrergruppene. To trekk er imidlertid iøynefallende. For det første hadde barn 0–9 år med bakgrunn fra vestlige land påtakelig *lavere* kontaktflate med somatiske sykehus (men bare litt lavere kontakt med psykisk helsevern) enn barn uten innvandringsbakgrunn. En grunn kan jo være lavere sykkelighet, men det kan jo også tenkes at en del vestlige innvandrereforeldrene fra Norden, Tyskland, osv. tar barna til helsetjenester i hjemlandet.

For det andre: Kontaktflaten i psykisk helsevern for barn 0–9 år er systematisk høyere blant barna uten innvandringsbakgrunn (barna med norskfødte foreldre) enn blant barn i *alle* innvandrerkategoriene. Dette gjelder både for jenter og gutter. Hvorfor? Her kan vi ikke undersøke dette nærmere, men det er altså påfallende at psykisk helsevern for barn møter, relativt sett, særlig ofte barna med norsk bakgrunn.

5.2.2 BARN OG UNGDOM ALDER 10–19 ÅR

Kontaktflaten for de større barna, de unge (alder 10–19 år pr. 1.januar 2008), framgår i Figur 5.2 og i tabell 5.3. I avsnitt 5.2.1 viste vi at det er typisk at «smågutter» (0–9 år) bruker mer spesialisthelsetjenester enn «småjenter». Figur 5.2 og tabell 5.3 viser at utover ungdomsårene er det en tendens til at dette endrer seg. I ungdomsårene er det jentene som bruker mer enn guttene. Imidlertid viser tabell 5.3 at dette «skiftet» – at jenter får større kontaktflate med helsetjenestene enn gutter i aldersgruppen 10–19 år – først og fremst skjer blant dem *uten* innvandringsbakgrunn, men i liten grad blant ungdommene med innvandrerbakgrunn. Blant innvandrerne har gutter fortsatt ofte like stor eller til og med større kontaktflate enn jentene i aldersgruppen 10–19 år – dette er for eksempel svært tydelig for kontaktene med somatiske sykehus blant de unge 10–19 år med bakgrunn fra Pakistan.



Figur 5.2. Prosentandeler, barn 10–19 år etter innvandringsbakgrunn, med kontakt spesialisthelsetjenesten 2008–2011.

Tabell 5.3. Andeler (%), unge 10–19 år, kontakt med spesialisthelsetjenesten 2008–2011

Landbakgrunn	Somatiske sykehus og/eller psykisk helsevern		Somatiske sykehus		Psykisk helsevern	
	Gutter	Jenter	Gutter	Jenter	Gutter	Jenter
Norge	56,2	59,1	52,2	55,3	12,0	14,7
Vestlige land	47,2	47,4	42,2	43,8	11,4	11,8
Øst-Europa eks.tidl. Jug.	51,1	50,2	47,3	47,0	10,3	11,4
Tidligere Jugoslavia	51,8	50,7	48,9	47,9	7,7	9,0
Irak/Iran	56,2	55,9	52,7	52,2	11,2	14,4
Pakistan	56,0	46,8	54,2	44,9	6,6	6,8
Somalia	51,8	49,9	49,2	48,1	7,7	5,9
Resten av Afrika	56,0	54,1	52,4	49,8	11,5	12,3
Asia for øvrig mv.	49,6	46,6	46,4	43,7	8,4	9,4

Vi ser videre at blant de unge 10–19 år med vestlig innvandrerbakgrunn, var det relativt lave prosentandeler med kontakt med somatiske sykehus i fireårsperioden. Også unge 10–19 år med innvandrerforeldre fra Øst-Europa og fra ikke-vestlige land, samlet sett, har lavere kontaktflate enn unge med norsk bakgrunn, men det er variasjoner etter landbakgrunn (tabell 5.3). Kontaktflaten med *somatiske* sykehus blant gutter, for eksempel, var omtrent på samme nivå blant dem fra Irak/Iran, Pakistan og Resten av Afrika som blant dem uten innvandrerbakgrunn, men lavere for gutter med andre typer innvandrerbakgrunn. Alle grupper blant «innvandrerjentene» i alderen 10–19 år hadde en *lavere* kontaktflate med somatiske sykehustjenester enn jentene med norsk bakgrunn.

Også i denne aldersgruppen, likt med alder 0–9 år, er prosentandelen med kontakt med psykisk helsevern *høyest* blant dem med bakgrunn Norge (der 12 prosent av guttene og nær 15 prosent av jentene hadde hatt kontakt i fireårsperioden). Unge fra enkelte innvandrergrupper hadde imidlertid nesten samme nivået for kontakter som unge uten innvandringsbakgrunn, for eksempel de med bakgrunn fra vestlige land, Irak/Iran, og Resten av Afrika. Unge i alderen 10–19 år fra det tidligere Jugoslavia, fra Pakistan, Somalia og Asia for øvrig mv. (som inkluderer også de relativt få fra Latin-Amerika) hadde markert lavere kontaktflate med psykisk helsevern enn 10–19-åringene med norsk bakgrunn.

5.3 Bruksrater for spesialisthelsetjenester ved somatiske sykehus, barn 0–9 år

Også småbarn har mye kontakt med somatiske spesialisthelsetjenester, men mer sjeldent enn de voksne. Dette framgår for eksempel om vi sammenligner tabell 5.4, som viser bruksrater av somatiske sykehustjenester for barn i alderen 0–9 år, med tilsvarende bruksrater for voksne 20–69 år som er vist i tabell 4.2.

Tabell 5.4. Antall polikliniske kontakter, innleggelser og liggedager ved somatiske sykehus, 2008 til 2011, pr. 1000 personår, blant barn 0–9 år, innvandringsbakgrunn.

Landbakgrunn	Polikliniske kontakter		Innleggelser ved somatiske sykehus		Liggedager ved somatiske sykehus	
	Gutter	Jenter	Gutter	Jenter	Gutter	Jenter
Norge	588,6	482,6	63,2	50,1	164,9	134,6
Vestlige land	507,3	365,3	52,5	33,9	133,7	91,8
Øst-Europ eks.tidl.Jug.	498,8	377,0	53,0	41,4	122,2	136,5
Tidligere Jugoslavia	523,8	440,5	58,0	54,3	165,7	150,8
Irak/Iran	725,9	474,2	85,5	49,1	229,3	142,5
Pakistan	821,9	572,4	71,3	47,2	201,2	166,2
Somalia	690,6	506,7	79,2	56,1	236,2	199,7
Resten av Afrika	635,3	505,0	65,7	50,1	187,3	177,4
Asia for øvrig mv.	564,2	452,8	53,9	41,2	144,3	140,0

Blant barna 0–9 år *uten* innvandringsbakgrunn var det noe under 600 polikliniske kontakter ved de somatiske sykehusene blant gutter og noe under 500 polikliniske kontakter blant jenter pr. 1000 personår. Her er altså bruksnivået blant gutter høyere enn jentenes.

Barn med bakgrunn fra vestlige land, fra Øst-Europa, fra det tidligere Jugoslavia, og fra Asia for øvrig mv., hadde et *lavere* bruksnivå for polikliniske kontakter. Barn i de andre innvandrerkategoriene vist i tabell 5.4 hadde derimot stort sett et høyere nivå enn barna uten innvandringsbakgrunn. Mest markant var dette for barn med bakgrunn Pakistan, der de polikliniske kontaktratene var nesten 40 prosent høyere for gutter og nesten 20 prosent høyere for jenter sammenlignet med kontaktratene for barn uten innvandringsbakgrunn.

Var det forskjeller i antallet polikliniske kontakter ved de somatiske sykehusene blant *pasientene*, dvs. blant de barna som hadde hatt minst én slik

kontakt? Blant dem med minst én kontakt i aldersgruppen 0–9 år var gjennomsnittlig antall kontakter relativt høyt blant barn med bakgrunn Pakistan (5,6 for gutter, 5,0 for jenter). Til sammenligning var de tilsvarende tallene for barn uten innvandrerbakgrunn 4,6 og 4,3, men de laveste gjennomsnittstallene var blant barn med nordisk bakgrunn (henholdsvis 3,7 for gutter og 3,5 for jenter, tabell ikke vist).

Forskjellene synes ikke å være særlig markerte for *sykehusinnleggelser* (døgnopphold), men gutter 0–9 år med bakgrunn Irak/Iran, Pakistan og Somalia hadde klart hyppigere døgnopphold enn gutter i samme alder uten innvandringsbakgrunn. Jenter med bakgrunn fra de samme landene hadde imidlertid *ikke* høyere innleggelsesrater enn jenter med bakgrunn Norge.

Tallene for antall liggedager pr. 1000 personår ved somatiske sykehus gjenspeiler de samme tendensene: Relativt lave for barn 0–9 år med bakgrunn fra vestlige land, men relativt høye for barn med bakgrunn fra en del ikke-vestlige deler av verden. Både «smågutter» og «småjenter» med somalisk bakgrunn hadde markant flere liggedager ved somatiske sykehus pr. 1000 personår enn tilsvarende barn med landbakgrunn fra Norge.

5.3.1 BARN 0–9 ÅR: VANLIGE DIAGNOSEGRUPPER FOR SOMATISKE SYKEHUSTJENESTER

Hvilke diagnosegrupper ligger bak de *polikliniske* kontaktene ved somatiske sykehus blant barn i alderen 0–9 år? Mange sykdommer som er vanlige blant voksne og eldre, er uvanlige blant barn. Dette har vi tatt hensyn til i tabell 5.5, der vi viser de vanligste diagnosene blant barn i somatisk poliklinikk, med tall for fem typer diagnoser/årsaker.

Tabell 5.5. Polikliniske kontakter ved somatiske sykehus 2008 til 2011 pr. 1000 personår, barn 0–9 år, fem diagnosegrupper.

Landbakgrunn	Sykdom i øye/øre		Symptomer uspesifisert		Skader		Svulster, endokrine organer, hjerte/karsyst.		Faktorer vedr. helsetilstand helsetjeneste	
	Gutter	Jenter	Gutter	Jenter	Gutter	Jenter	Gutter	Jenter	Gutter	Jenter
Norge	86,7	76,3	35,5	30,6	92,4	79,5	31,9	35,2	109,2	85,1
Vestlige land	69,2	61,6	22,2	20,1	83,2	67,0	41,0	17,5	93,7	71,2
Øst-Europa	51,2	44,8	35,7	30,4	79,2	66,1	14,7	14,3	97,9	70,2
Tidl.Jugoslavi	56,2	43,6	28,5	23,1	83,3	70,9	12,7	51,7	106,4	98,4
Irak/Iran	65,4	47,1	59,0	35,1	99,9	79,7	40,9	37,7	149,1	88,0
Pakistan	72,1	66,2	70,1	41,2	134,9	92,8	58,4	46,2	174,6	117,5
Somalia	55,8	55,5	55,5	44,6	98,3	77,8	33,1	39,0	134,9	91,2
Rest Afrika	57,0	47,1	45,2	40,8	107,3	75,2	29,8	45,0	131,9	97,2
Asia for øvrig mv.	58,9	63,1	40,7	37,5	94,5	64,9	29,1	26,0	108,5	87,4

Vi ser at den sammensatte og uspesifiserte kategorien *Faktorer med betydning for helsetilstand og helsetjeneste* brukes for ganske mange polikliniske kontakter. Alt i alt er den brukt for nesten hver femte (18,3 prosent) av samtlige polikliniske kontakter ved de somatiske sykehusene for denne aldersgruppen. Blant barna 0–9 år uten innvandringsbakgrunn ser vi at det var 109 (gutter) og 85 (jenter) polikliniske kontakter pr. 1000 personår som ble bokført med denne årsakskategorien. Denne årsakskategorien ble for øvrig særlig ofte brukt for polikliniske kontakter blant barn med pakistansk bakgrunn (både gutter og jenter) og også relativt ofte for smågutter med iraks/iransk eller afrikansk bakgrunn. Småbarn med bakgrunn Asia for øvrig hadde imidlertid samme nivå som barna med bakgrunn Norge når det gjaldt denne typen årsakskategori. Også uspesifiserte Symptomer er en ikke uvanlig diagnosegruppe, som særlig ofte ble brukt for polikliniske kontakter med pakistanske gutter i alderen 0–9 år, men relativt sjelden for barn med bakgrunn fra vestlige land.

Generelt hadde barn med innvandrerbakgrunn fra vestlige land og fra Øst-Europa (og i noen grad fra det Tidligere Jugoslavia) *færre* polikliniske kontakter pr. 1000 personår enn barn uten innvandringsbakgrunn for *alle* de fem diagnosegruppene. Et unntak er «smågutter» fra vestlige land når det gjelder den aggregerte sykdomsgruppen Svulster, endokrine organer, hjerte- og karsystem. Barn med bakgrunn Pakistan hadde høyere polikliniske kontaktrater enn de med bakgrunn Norge for alle fem diagnosegruppene

bortsett fra sykdommer i øye/øre. Skader var en relativt hyppig årsak til polikliniske kontakter for barn med pakistansk bakgrunn.

For øvrig er ikke mønsteret konsistent i den forstand at om en landgruppe har relativt høye rater for en type diagnoser, har den også relativt høye rater for andre diagnosegrupper. Barn med somalisk bakgrunn, for eksempel, har relativt høye rater for *Faktorer ...* og uspesifiserte *Symptomer*, men lave rater for sykdommer i øye/øre, og rater på nivå med barn uten innvandringsbakgrunn for skader og for svulster, endokrine lidelser og hjerte- og karlidelser.

Tabell 5.6. Antall innleggelser (døgnopphold), somatiske sykehus 2008 til 2011 pr. 1000 personår, barn 0–9 år, fem diagnosegrupper.

Land-bakgrunn	Sykdom åndedrett		Symptomer uspesifisert		Skader		Svulster, endokrine organer, hjerte/karsyst.		Faktorer vedr. helsetilstand helsetjeneste	
	Gutt	Jente	Gutt	Jente	Gutt	Jente	Gutt	Jente	Gutt	Jente
Norge	13,5	10,0	5,9	5,1	10,7	7,4	4,7	4,5	2,6	2,1
Vestlig	11,1	6,1	4,2	2,8	8,8	5,6	3,7	2,6	3,7	1,2
Øst-Europa	11,4	8,4	4,5	5,0	10,8	5,3	3,0	1,4	1,6	2,2
Tidl.Jugosla	13,0	10,7	6,2	5,0	10,0	6,3	2,6	8,4	2,4	2,4
Irak/Iran	22,6	11,6	6,9	4,5	11,5	8,0	6,5	4,3	3,1	1,8
Pakistan	12,5	8,2	8,2	4,4	9,6	4,6	4,5	2,0	3,0	2,2
Somalia	19,8	12,9	6,0	4,9	7,8	7,5	5,5	4,9	3,9	1,7
Rest Afrika	17,1	10,3	4,9	5,2	8,9	5,2	4,9	3,0	3,5	2,3
Asia for øvrig mv.	12,2	7,4	6,1	4,6	8,4	5,8	2,2	2,0	1,6	1,9

På tilsvarende vis beskriver tabell 5.6 hyppigheten av fem relativt vanlige diagnosegrupper knyttet til *innleggelser* med døgnopphold ved somatiske sykehus blant barn 0–9 år. I tabell 5.6 erstatter kategorien Sykdom åndedrett kategorien Sykdom øye/øre – den siste diagnosegruppen er mer relevant for polikliniske konsultasjoner enn for innleggelser.

Når det gjelder diagnosegrupper for innleggelser, er det et variert mønster. Som vist tidligere (tabell 5.4) hadde irakiske/iranske gutter i alderen 0–9 år relativt flere innleggelser enn gutter med bakgrunn Norge. I tabell 5.6 framgår det at en viktig grunn til dette er relativt høye rater for døgnopphold på grunn av sykdommer i åndedretsorganene. Generelt er mange av forskjellene i innleggelsesrater for de enkelte diagnosegruppene såpass beskjedne at det er vanskelig å lansere tydelige konklusjoner.

5.4 Bruk av spesialisthelsetjenester ved somatiske sykehus, unge 10–19 år

Som nevnt over: Fra barnealderen (0–9 år) til ungdomsalderen (10–19) skjer gjerne en endring i kjønnsmønsteret for bruken av somatiske sykehustjenester – i det minste blant barn og unge *uten* innvandringsbakgrunn. Gutter med bakgrunn Norge i alderen 0–9 år hadde litt høyere nivå for polikliniske kontakter og døgnopphold pr. 1000 personår enn gutter i alderen 10–19 år (tabell 5.4, tabell 5.7), men alt i alt holdt bruken seg omtrent på samme nivå blant guttene i de to aldersgruppene. Blant jentene, derimot, øker bruken tydelig fra barnealderen til ungdomsalderen. I aldersgruppen 10–19 år har jentene med bakgrunn Norge tydelig høyere bruksrater av somatiske sykehustjenester enn guttene i samme alder, og dessuten tydelig høyere bruksrate enn jenter i 0–9-årsalderen.

Tabell 5.7. Antall polikliniske kontakter, innleggelser og liggedager ved somatiske sykehus, 2008 til 2011, pr. 1000 personår, blant unge 10–19 år, innvandringsbakgrunn.

Landbakgrunn	Polikliniske kontakter		Innleggelser ved somatiske sykehus		Liggedager ved somatiske sykehus	
	Gutter	Jenter	Gutter	Jenter	Gutter	Jenter
Norge	523,6	621,9	58,4	84,0	175,7	235,3
Vestlige land	430,4	517,3	45,2	71,8	101,8	191,0
Øst-Europ eks.tidl.Jug.	450,6	486,7	42,0	68,2	100,1	186,2
Tidligere Jugoslavia	474,8	519,1	52,2	69,7	151,2	150,0
Irak/Iran	488,3	601,8	47,2	79,2	121,4	196,8
Pakistan	601,6	523,7	51,0	56,0	209,2	176,9
Somalia	468,4	570,6	43,9	83,4	141,4	273,0
Resten av Afrika	535,3	620,0	52,5	86,2	171,2	276,3
Asia for øvrig mv.	470,7	466,0	39,5	56,2	124,5	168,4

Tabell 5.7 viser, interessant nok, at i alderen 10–19 år er det jevnt over de med landbakgrunn Norge, dvs. ingen innvandrerbakgrunn, som er de hyppigste brukerne, både for polikliniske kontakter, innleggelser og liggedøgn. Det er riktignok noen unntak fra dette mønsteret. Gutter fra Pakistan har flere polikliniske kontakter og flere liggedøgn pr. 1000 personår enn gutter med norsk bakgrunn, men ikke flere sykehusinnleggelser. Gutter og jenter fra Resten av Afrika har bruksnivåer forholdsvis nært opp til nivået blant unge

ikke-innvandrere. For øvrig har alle innvandrergroppene lavere, og til dels klart lavere, bruk av somatiske sykehustjenester alt i alt enn de unge uten innvandrerbakgrunn.

5.4.1 UNGE 10–19 ÅR: VANLIGE DIAGNOSEGRUPPER FOR SOMATISKE SYKEHUSTJENESTER

For de unge i alderen 10–19 år er skader, men også den sammensatte diagnosekategorien *Faktorer med betydning for helsetilstand/helsetjeneste*, ganske hyppige begrunnelser for polikliniske kontakter ved de somatiske sykehusene (tabell 5.8). For vel 21 prosent av alle polikliniske kontakter i denne aldersgruppen er kategorien *Faktorer med betydning for helsetilstand/helsetjeneste* brukt som årsaksbeskrivelse. Typisk nok er skader i denne aldersgruppen en mye hyppigere årsak – ofte dobbelt så hyppig – til polikliniske kontakter ved somatiske sykehus blant gutter enn blant jenter, noe vi ser både i alle innvandrergroppene og blant dem med landbakgrunn Norge.

Tabell 5.8. Polikliniske kontakter ved somatiske sykehus 2008 til 2011 pr. 1000 personår, unge 10–19 år, fem diagnosegrupper.

Landbakgrunn	Sykdom i øye/øre		Symptomer uspesifisert		Skader		Svulster, endokrine organer, hjerte/karsyst.		Faktorer vedr. helsetilstand helsetjeneste	
	Gutter	Jenter	Gutter	Jenter	Gutter	Jenter	Gutter	Jenter	Gutter	Jenter
Norge	26,5	27,1	21,0	33,5	140,7	95,5	46,1	53,0	102,2	144,1
Vestlige land	26,0	15,0	17,3	25,4	128,1	87,0	25,4	44,0	89,1	124,7
Øst-Europa	17,9	15,6	17,1	29,5	130,4	63,6	31,9	31,5	108,4	132,4
Tidl.Jugoslavi	20,2	35,2	20,0	26,4	126,4	69,3	37,5	44,5	96,2	126,1
Irak/Iran	21,3	19,1	19,6	39,2	159,6	71,1	27,6	46,2	92,9	138,8
Pakistan	23,9	32,4	25,2	27,3	162,0	72,0	50,1	76,2	108,5	93,4
Somalia	49,7	49,1	29,5	40,0	130,9	61,4	13,4	50,6	97,1	157,4
Rest Afrika	29,4	26,2	23,4	36,4	150,9	77,0	27,9	41,3	115,3	155,7
Asia for øvrig mv.	25,2	30,4	20,2	25,9	119,2	57,7	30,0	44,1	106,3	110,0

Forskjeller i polikliniske bruksrater mellom de uten innvandringsbakgrunn og de åtte innvandrerkategoriene for de fem diagnosegruppene virker imidlertid relativt begrensete i denne aldersgruppen. En del rater «stikker seg ut» – for eksempel at øye/øre-sykdommer synes å være en viktig grunn for polikliniske kontakter blant unge fra Somalia. Men alt i alt er det vanskelig å påpeke

distinkte forskjeller mellom innvandrere og ikke-innvandrere når det gjelder diagnosebakgrunnen for polikliniske kontakter i denne aldersgruppen.

Heller ikke diagnosemønsteret for innleggelser i somatiske sykehus blant unge 10–19 år gir grunnlag for klare karakteristikk (tabell 5.9). Generelt er jo sykehusinnleggelser i disse aldersgruppene ikke svært vanlige. En kan imidlertid merke seg at skader er en av de største enkeltårsakene – grovt sagt har skader «skylden» for om lag en fjerdedel av alle innleggelser blant gutter. Blant jenter er imidlertid skadeandelen blant innleggelsene lavere, mens uspesifiserte Symptomer og den sammensatte *Faktorer med betydning for helsetilstand/helsetjeneste* ... er viktige «årsaker» for innleggelser blant jentene.

Tabell 5.9. Antall innleggelser (døgnopphold), somatiske sykehus 2008 til 2011 pr. 1000 personår, unge 10–19 år, fem diagnosegrupper.

Land- bakgrunn	Sykdom åndedrett		Symptomer uspesifisert		Skader		Svulster, endokrine organer, hjerne/ karsyst.		Faktorer vedr. helsetilstand helsetjeneste	
	Gutt	Jente	Gutt	Jente	Gutt	Jente	Gutt	Jente	Gutt	Jente
Norge	4,5	5,8	5,5	11,4	18,4	12,6	5,3	5,3	2,8	11,3
Vestlig	2,8	3,1	5,1	10,2	15,9	11,0	3,4	7,0	1,2	9,8
Øst-Europa	3,9	4,3	3,4	8,8	14,0	8,1	4,2	2,5	2,0	14,9
Tidl.Jugosla	3,7	3,6	5,2	11,0	12,7	7,8	3,8	4,8	2,4	13,5
Irak/Iran	3,9	3,3	4,8	14,6	16,6	9,9	2,1	2,2	2,6	13,3
Pakistan	7,3	3,9	5,8	8,2	9,0	5,8	3,2	2,4	2,8	6,7
Somalia	3,1	2,8	5,8	9,8	10,5	5,7	1,7	2,8	1,7	18,5
Rest Afrika	3,6	3,3	4,6	13,1	13,7	9,2	2,3	4,7	2,4	11,9
Asia for øvrig mv.	2,5	2,6	5,1	9,1	10,6	7,1	2,3	3,6	2,1	9,3

5.5 Polikliniske kontakter og innleggelser i psykisk helsevern

I siste del av dette kapitlet skal vi beskrive bruksrater for polikliniske kontakter og innleggelser (døgnopphold som normalt varer minst én natt) i psykisk helsevern – både for alderen 0–9 år og for alderen 10–19 år (tabell 5.10).

Tallene for polikliniske kontakter og innleggelser er summen av tallene fra PHBU/BUP – psykisk helsevern for barn og unge – og tallene fra PHV, dvs. psykisk helsevern for voksne, men i praksis er det bare i aldersgruppen 10–19 år at noen av dem har vært pasienter i psykisk helsevern for voksne. For

barna i alderen 0–9 er det svært få innleggelses, slik at vi kun viser resultater for polikliniske kontakter for denne yngste aldersgruppen.

Tallet på polikliniske kontakter pr. 1000 personår i psykisk helsevern var klart høyere for gutter enn for jenter i aldersgruppen 0–9 år. Dette kjønns-mønsteret er systematisk tilstede for så vel barna uten innvandringsbakgrunn som for alle de åtte innvandrerkategoriene.

Blant guttene 0–9 år var kontaktratene høyest blant dem uten innvandrerbakgrunn, og lavest for gutter med bakgrunn Somalia – de siste hadde polikliniske kontaktrater i psykisk helsevern under halvparten av ratene for guttene med bakgrunn Norge. Blant jentene 0–9 år var også den polikliniske kontaktraten relativt høy for de uten innvandringsbakgrunn, men jentene med bakgrunn fra Resten av Afrika og fra vestlige land hadde litt høyere rater enn jenter med landbakgrunn Norge. Spesielt somaliske jenter i denne aldersgruppen (0–9 år), men også jenter med bakgrunn fra det tidligere Jugoslavia, hadde lave kontaktrater her.

For dem i alderen 10–19 år (pr. 1. januar 2008) er bildet naturlig nok annerledes for polikliniske kontakter i psykisk helsevern enn blant barna i alderen 0–9 år – i særdeleshet blant jentene.

Guttene i alderen 10–19 år hadde høyere rater (av og til svært mye høyere) for polikliniske kontakter i psykisk helsevern enn guttene 0–9 år, både blant dem uten innvandringsbakgrunn og i samtlige innvandrer kategorier. Men i denne aldersgruppen, motsatt 0–9 år, er det ikke gutter med bakgrunn Norge som har den høyeste polikliniske kontaktraten i psykisk helsevern (selv om den i og for seg er ganske høy: 924 polikliniske kontakter pr. 1000 personår). De polikliniske kontaktratene i psykisk helsevern blant guttene, alder 10–19 år, var høyest blant dem med vestlig bakgrunn (1129 polikliniske kontakter pr. 1000 personår) og de fra Resten av Afrika (1031), og lavest blant gutter fra Jugoslavia (526) og de med bakgrunn Pakistan (582).

Tabell 5.10 Antall polikliniske kontakter og antall innleggelser (avdelingsopphold) 2008–2011 i psykisk helsevern pr. 1000 personår, barn og unge alder 0–19 år.

Landbakgrunn	Alder 0–9 år		Alder 10–19 år			
	Polikliniske kontakter		Polikliniske kontakter		Avdelingsopphold	
	Gutter	Jenter	Gutter	Jenter	Gutter	Jenter
Norge	805,7	380,8	924,1	1361,0	9,1	16,6
Vestlig	761,4	398,0	1128,5	1137,3	14,7	10,3
Øst-Europa	552,5	259,7	774,1	882,8	11,2	7,1
Tidl.Jugosla	446,4	168,2	516,3	543,7	8,3	8,6
Irak/Iran	578,8	317,7	832,4	1288,7	10,4	11,1
Pakistan	412,1	199,3	582,4	494,8	5,7	3,3
Somalia	353,1	111,7	599,0	494,5	9,4	7,3
Rest Afrika	716,0	415,6	1031,2	1063,4	15,4	11,3
Asia for øvrig mv.	486,7	246,1	673,2	771,4	6,6	6,7

I alle grupper – både de uten innvandringsbakgrunn og de åtte kategoriene innvandrere – er ratene *blant jenter* for polikliniske kontakter i psykisk helsevern minst doblet, og ofte tredoblet eller til og med firedoblet, fra aldersgruppen 0–9 år til aldersgruppen 10–19 år. Motsatt barna 0–9 år er kontakt-ratene i psykisk helsevern for unge 10–19 år jevnt over høyere blant jenter enn blant gutter – det er riktignok noen unntak fra dette mønstret, for eksempel de unge med bakgrunn Pakistan og Afrika/Somalia.

Jentene 10–19 år uten innvandringsbakgrunn samt jenter med bakgrunn Irak/Iran hadde et særskilt høyt antall polikliniske kontakter i psykisk helsevern (henholdsvis 1361 og 1289 pr. 1000 personår) – mer enn dobbelt så hyppig som jentene fra Somalia og Pakistan.

Døgnopphold i psykisk helsevern-institusjoner for de unge er relativt fåtallige og skal ikke kommenteres nærmere her.

Et interessant faktum er at de unge i alderen 10–19 år vil ofte, som gjennomsnitt, ha flere polikliniske kontakter pr. 1000 personår i psykisk helsevern enn ved somatiske sykehus. Det synes altså som om psykiske helseplager «ruver» i helsepanoramaet blant unge, men merk at dette varierer med innvandringsbakgrunn. Mønsteret er tydelig blant unge med landbakgrunn Norge (de uten innvandringsbakgrunn) og blant unge med vestlig og europeisk bakgrunn. Blant unge med bakgrunn Somalia eller Pakistan, derimot, er mønsteret omvendt. Her er ratene for polikliniske kontakter ved somatiske sykehus høyere enn tilsvarende ved psykisk helseverninstitusjoner.

Et annet interessant mønster er det generelt høye tallet for polikliniske kontakter i psykisk helsevern blant unge. Det reflekterer imidlertid først og fremst at tallet på slike kontakter *pr. pasient* er høyt. I tabell 5.3 så vi at blant de unge i alderen 10–19 år hadde grovt sett én av ti vært i kontakt med psykisk helsevern i løpet av fireårsperioden, mens langt flere – om lag fem av ti – hadde hatt kontakt med de somatiske spesialisthelsetjenestene. Likevel er antallet på polikliniske kontakter pr. 1000 personår for flere typer landbakgrunn omtrent dobbelt så høyt for psykisk helsevern enn for somatiske spesialisthelsetjenester (jf. tabell 5.7 og tabell 5.10). Dette innebærer selvsagt at det gjennomsnittlige tallet på kontakter *pr. pasient* i psykisk helsevern er klart høyere enn i de somatiske sykehus-tjenestene. I vårt datamateriale, for eksempel, hadde jentene i alder 10–19 år som var pasienter i psykisk helsevern i gjennomsnitt hatt 36,8 kontakter i fireårsperioden, mens guttene hadde hatt 31,0 kontakter. Dette gjennomsnittstallet varierte ikke særskilt mye mellom de ulike landbakgrunnene. Det høye tallet for kontakter blant de som var pasienter i psykisk helsevern er ikke overraskende, ettersom en del typer psykiske helseplager vil ha mye mer tidkrevende behandlingsforløp enn mange typer somatiske helseplager.

5.6 Oppsummering

For barn under 10 år hadde gutter gjennomgående mer kontakt med spesialisthelsetjenestene enn jenter, mens det motsatte gjelder for aldersgruppen mellom 10 og 19 år, riktignok først og fremst for dem med norsk bakgrunn, men mer usystematisk for innvandrerungdommene.

For småbarn (0–9 år) hadde dem med norsk bakgrunn jevnt over større kontaktflate med de spesialiserte helsetjenestene enn barn med innvandrerbakgrunn. Særlig hadde innvandrerbarn med vestlig bakgrunn og med bakgrunn fra Øst-Europa en lavere kontaktflate, mens barn fra Asia/Afrika/Latin-Amerika var mer på linje med barn fra Norge når det gjaldt andeler med kontakter med spesialisthelsetjenestene i løpet av fireårsperioden.

Blant disse småbarna (0–9 år) hadde enkelte innvandrergrupper forholdsvis mange somatiske polikliniske kontakter og forholdsvis mange sykehusinnleggelses (for eksempel smågutter fra Irak/Iran, Pakistan og Somalia). Småbarna i andre innvandrergrupper (typisk vestlige land, Øst-

Europa, Tidligere Jugoslavia, Resten av Asia) hadde mindre bruk av somatiske sykehustjenester enn barna i 0–9-årsalderen uten innvandringsbakgrunn.

Når det gjaldt psykisk helsevern for disse småbarna (0–9 år), var bruken relativt høy blant dem med norsk og vestlig bakgrunn, samt bakgrunn fra Afrika utenom Somalia, mens småbarn med annen innvandringsbakgrunn hadde jevnt over mye mindre bruk av psykisk helsevern enn barna med norsk bakgrunn.

Blant ungdommer i alderen 10–19 år var mønstrene en del annerledes. Prosentandelene med kontakt med de somatiske sykehustjenestene var høyere for dem med norsk bakgrunn enn for praktisk talt alle grupper av innvandrer-ungdommer, og dette gjaldt stort sett for begge kjønn (unntak: gutter i alderen 10–19 år med pakistansk bakgrunn). Også kontaktflaten med psykisk helsevern i denne aldersgruppen (10–19 år) var høyere for dem uten innvandrerbakgrunn enn for alle typer innvandrerbakgrunn (selv om kontaktflaten blant ungdommer fra vest- og øst-europeiske land, fra Irak/Iran og fra Afrika utenom Somalia var nesten like høy som blant ungdommene med landbakgrunn Norge).

Når det gjelder bruksrater i somatiske helsetjenester, var det imidlertid mange forskjeller mellom gruppene. Jenter 10–19 år fra Somalia og Resten av Afrika hadde for eksempel like hyppige innleggelser som jenter med landbakgrunn Norge, mens jenter 10–19 år fra vestlige land, andre europeiske land, Pakistan og Asia ellers hadde få innleggelser sammenlignet med jentene med norsk bakgrunn. For antallet liggedager ved somatiske sykehus hadde pakistanske gutter og jenter fra Somalia høyere tall enn tilsvarende ungdommer uten innvandringsbakgrunn, men for innvandrerungdommene samlet var antallet liggedager pr. 1000 personår i denne aldersgruppen lavere enn blant de med norsk bakgrunn. Likeså var kontaktratene i psykisk helsevern blant dem i alderen 10–19 år relativt lave for alle innvandrergrupper, sammenlignet med ungdommene med norsk bakgrunn – med unntak for gutter fra «vestlige» land og fra Afrika utenom Somalia.

6 Bruk av spesialisthelsetjenester blant de eldre

6.1 Analyseutvalget blant de eldre innvandrerne

I dette kapitlet kartlegger vi bruken av spesialisthelsetjenester ved somatiske sykehus og i psykisk helsevern blant de som var 70 år eller eldre i 2008. For innvandrerne (dvs. utenlandsfødte med to utenlandsfødte foreldre) kjenner vi 20 kategorier landbakgrunn. Blant de eldre vil det imidlertid være upraktisk å bruke denne inndelingen siden enkelte underutvalg da vil bli svært små. Som vi så i tabell 2.1: Ved starten av 2008 var det vel en halv million bosatte i Norge i alderen 70 år og oppover, men blant dem var bare 3,2 prosent – 16.050 individer – innvandrere. Disse kom først og fremst fra vestlige land – nesten 10.800 av de vel 16.000 eldre innvandrerne hadde bakgrunn fra Sverige/Norden, Vest-Europa eller «oversjøiske» vestlige land – særlig USA, men også Canada, Australia og New Zealand.

For å få analyseutvalg av rimelig størrelse, vil vi derfor bruke en egen klassifisering av innvandrerbefolkningen i dette kapitlet. Den framgår i tabell 6.1 som viser aldersfordelingen blant både innvandrerne og de ca. 490.000 *uten* innvandringsbakgrunn i alderen 70 år og mer.

Tabell 6.1. Analyseutvalget 70 år+: Antall, aldersfordeling og inndeling etter landbakgrunn.

Alder/ Landbakgrunn/	Menn				Kvinner			
	Ialt	70–79	80–89	90+	Ialt	70-79	80-89	90+
Norge	198.997	124.744	66.217	8036	289.052	150.301	114.228	24.523
Norden	1920	1358	532	30	3720	2307	1229	184
Vest-Europa ellers	1054	795	232	27	2367	1377	848	142
USA, Canada, Austral, NewZ	585	354	190	41	1113	558	427	128
Øst-Europa	959	663	278	18	1343	960	342	41
Afrika, Asia, Latin-Ame	1356	1096	234	26	1633	1188	392	53
Total	5874	4266	1466	142	10.176	6390	3238	548

6.2 Prosentandeler eldre med kontakt med spesialisthelsetjenesten

I hvor stor grad hadde de som var 70 år og mer pr. 1. januar 2008 kontakt med spesialiserte helsetjenester i løpet av de fire årene 2008–2011? Tabell 6.2 viser dette for dem med norsk bakgrunn og for de fem innvandrerkategoriene.

Tabell 6.2. Prosentandeler blant eldre 70 år + i analyseutvalget som har hatt kontakt med spesialisthelsetjenesten 2008–2011

Landbakgrunn	Somatiske sykehus		Psykisk helsevern PHV	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Norge	85,3	82,7	3,6	4,4
Norden	84,9	83,1	3,9	4,4
Vest-Europa ellers	79,7	80,6	4,9	5,2
USA,Canada,Austral,NewZea	82,9	80,3	5,3	4,1
Øst-Europa	71,4	71,4	4,4	3,5
Afrika, Asia, Latin-Amerika	68,9	67,8	1,8	2,6
Total	85,1	82,6	3,6	4,4

I utvalget 70 år og eldre hadde mer enn åtte av ti blant de eldre med landbakgrunn Norge (85 prosent blant mennene, 83 prosent blant kvinnene) hatt kontakt – enten poliklinisk eller innleggelse – ved et somatisk sykehus i løpet av de fire årene 2008–2011. Rundt fire prosent av dem (3,6 prosent av mennene, 4,4 prosent av kvinnene) hadde hatt kontakt med psykisk helsevern for voksne (PHV). Andelene som har hatt kontakt både med et somatisk sykehus og med psykisk helsevern var bare litt høyere enn prosentandelene som utelukkende hadde somatiske kontakter, noe som innebærer at det er sjelden noen har kontakter bare med psykisk helsevern uten kontakter med de somatiske spesialisttjenestene i denne fireårsperioden.

Siden de uten innvandrerbakgrunn utgjør om lag 97 prosent av de eldre, er selvsagt prosentandelene for landbakgrunn Norge og for totalen av eldrebefolkningen nesten helt sammenfallende.

Blant de eldre innvandrerne er det mest iøynefallende mønsteret at de med «utenomvestlig» bakgrunn, fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, hadde markant *lavere* prosentandeler med kontakt med spesialisthelsetjenestene i perioden enn «ikke-innvandrere». Dette dreier seg først og fremst om innvandrere fra Asia – mer at 74 prosent i denne gruppen hadde asiatisk

bakgrunn, mens 15 prosent hadde afrikansk og 11 prosent hadde bakgrunn fra Latin-Amerika. Denne relativt lave kontaktflaten gjelder så vel for somatiske sykehus som for psykisk helsevern, og den er tydelig både for kvinner og menn.

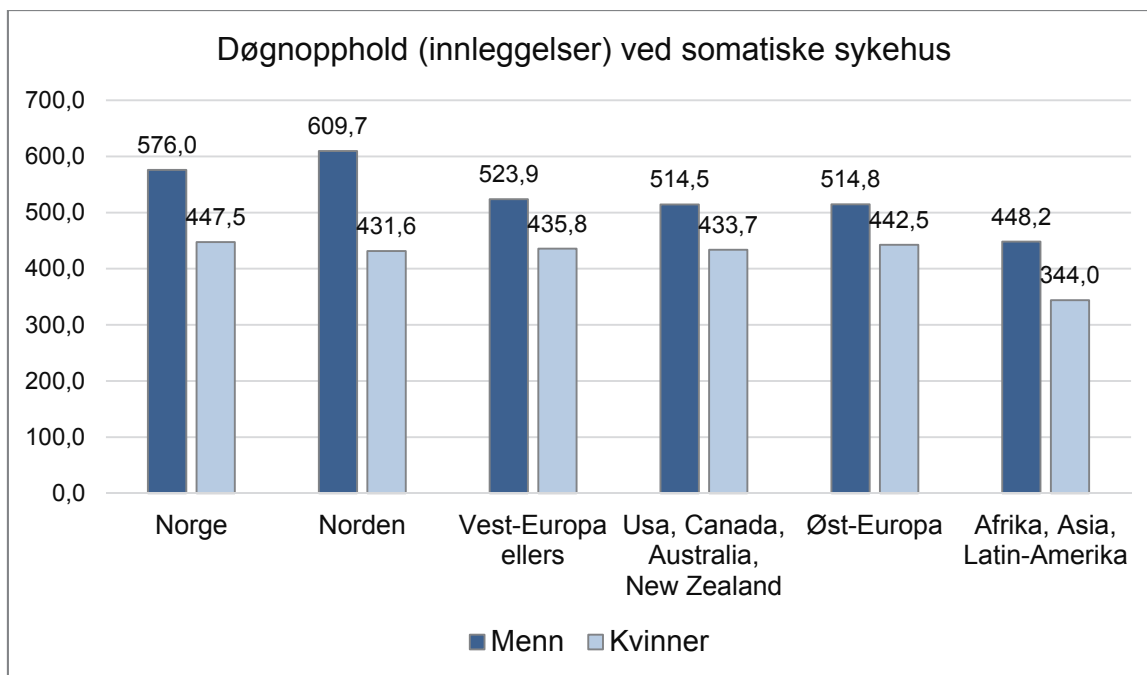
Også prosentandelen blant eldre innvandrere fra Øst-Europa som har hatt kontakt med somatiske sykehus er klart lavere enn for eldre med landbakgrunn Norge. Mindre kontaktflate for eldre øst-europeiske innvandrere gjelder imidlertid først og fremst de somatiske delene av spesialisthelsetjenesten, men ikke for psykisk helsevern.

Når det gjelder eldre innvandrere fra vestlige deler av verden, er prosentandelene med kontakter i fireårsperioden oftest ganske lik prosentandelen for «ikke-innvandrere» – litt lavere for somatiske kontakter, men like høy eller endog litt høyere for kontakter med psykisk helsevern. Men mellom de eldre med landbakgrunn Norge og eldre innvandrere fra vestlige land er det stort sett ganske små forskjeller i disse aldersgruppene.

Tabell 6.2 viser tall som hverken er aldersstandardisert eller som tar hensyn til eventuelle ulikheter i eksponering (dvs. personår). Særlig siden dette utvalget består av eldre, til dels svært gamle, vil selvsagt en del av dem ha falt fra i løpet av 2008–2011. Betydningen av dette for kontaktflaten i fireårsperioden er ikke tatt hensyn til i tabellen. Dette kan ha betydning: For eksempel viser tabellen at eldre innvandrere fra Afrika, Asia og Latin-Amerika har svært lave prosentandeler med kontakt, men om dette skyldes en *reelt* lavere brukshyppighet eller kommer av at det er svært få 80- og 90-åringer blant dem, gir ikke tabell 6.2 noe svar på. I de neste delene av kapitlet gir vi et bedre svar på dette spørsmålet ved å analysere *bruksrater* der både alderssammensetning og eksponeringstid (personår) er tatt hensyn til.

6.3 Bruksrater blant eldre av somatiske spesialisthelsetjenester

Forskjellene mellom eldre med ulik landbakgrunn i hvor ofte de ble innlagt på sykehus i fireårsperioden 2008–2011, er illustrert i figur 6.1. Mer detaljer vises i tabell 6.3, som beskriver bruksratene både for polikliniske kontakter, innleggelser og antall liggedøgn ved de somatiske sykehusene, pr. 1000 aldersjusterte personår.



Figur 6.1. Antall sykehusinnleggelses pr. 1000 aldersjusterte personår i 2008–2011, aldersgruppen 70 år og mer, etter landbakgrunn.

Mens forbruket av somatiske spesialisthelsetjenester ved sykehusene er høyere blant kvinner enn blant menn i alle aldersgrupper fra tenårene til 50-årsalderen, er faktisk menn «større forbrukere» blant de eldre. Dette framgår tydelig både i Figur 6.1 og i tabell 6.3. Menn med landbakgrunn fra Norge hadde vel 2200 polikliniske kontakter pr. 1000 aldersjusterte personår ved somatiske sykehus, mot knappe 1700 blant kvinnene. Generelt blant aldersgruppene fra 70 år og «oppover» har menn om lag 30 prosent høyere bruk av somatiske sykehustjenester enn kvinner. Dette kjønnsmonsteret gjelder også for eldre innvandrere, slik det framgår i tabellen.

I tabell 6.3 er totaltallene for samtlige eldre utelatt. Siden innvandrene bare utgjør vel tre prosent av de eldre, er totaltallene nærmest identiske med tallene for landbakgrunn Norge.

Tabell 6.3. Eldre 70 år og mer: Antall polikliniske kontakter, innleggelser og liggedøgn ved somatiske sykehus pr. 1000 personår, aldersjustert, for perioden 2008–2011.

Type tjeneste ved somatiske sykehus	Polikliniske kontakter		Døgnopphold (innleggelser)		Liggedøgn	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Landbakgrunn						
Norge	2243,3	1678,4	576,0	447,5	3524	2738
Norden	2213,0	1774,8	609,7	431,6	3600	2610
Vest-Europa ellers	2164,9	1777,9	523,9	435,8	3153	2692
USA,Canada,Austral,NewZea	2106,4	1575,4	514,5	433,7	3152	2517
Øst-Europa	2160,3	1476,6	514,8	442,5	3062	2597
Afrika, Asia, Latin-Amerika	1660,9	1473,1	448,2	344,0	2689	2022

Eldre innvandrere fra nordiske land og fra Vest-Europa har bruksrater som ligger forholdsvis nær bruksratene for de eldre uten innvandringsbakgrunn. Eldre innvandrere med bakgrunn fra «oversjøiske» vestlige land (USA, Canada, Australia, New Zealand) og fra Øst-Europa ser ut til å ha litt lavere bruksrater enn de med norsk bakgrunn, men forskjellene er ikke store.

De mest markante «avvikene» gjelder derimot eldre innvandrerne fra Afrika, Asia og Latin-Amerika (som altså mest er asiatiske innvandrere). De har tydelig lavere aldersjusterte bruksrater enn dem uten innvandringsbakgrunn og de vestlige innvandrergruppene, både for polikliniske behandlinger, sykehusinnleggelser og liggedøgn. Dette gjelder både for kvinner og menn.

Et forbehold bør likevel tas: Vår aldersstandardisering er begrenset av at vi bare har hatt aldersinformasjon for tiårs-grupper. Siden den ikke-vestlige innvandringen er av forholdsvis ny dato, er det ikke utenkelig at gjennomsnittsalderen for disse stort sett asiatiske innvandrerne *innen* hver tiårsgruppe (blant 70-åringene, 80-åringene og 90-åringene) er lavere enn blant andre i samme tiårsgruppe. Men selv om tallene i tabell 6.3 kanskje overvurderer noe hvor mye *lavere* spesialisthelsetjenesteb Bruken blant eldre ikke-vestlige innvandrere faktisk er, er forskjellene trolig reelle nok – de overensstemmer for eksempel med hva som er vist for primærhelsetjenesten (Diaz og Kumar, 2014).

Hva slags diagnoser og problemer ligger til grunn for de *polikliniske* konsultasjonene (kontakter, undersøkelser, behandling) ved somatiske sykehus blant eldre? Tabell 6.4a og tabell 6.4b viser bruksratene for ti typer diagnosegrupper som dekker det aller meste av de polikliniske kontaktene (merk: mindre hyppige diagnoser er ikke tatt med i tabellen). Mest hyppig

registrert årsaksgruppe er også her *Faktorer med betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten*, som – som nevnt før – inneholder et bredt spekter av årsaker som ikke nødvendigvis har direkte tilknytning til sykdom. Hyppige årsaker til polikliniske kontakter blant eldre er også øye- og øreproblemer, svulster (kreftsykdommer) og hjerte- og karsykdommer (sirkulasjonslidelser). Menn har hyppigere slike kontakter enn kvinner for alle diagnosene vist i tabellen, bortsett fra muskel- og skjelettsykdommer og skader.

Når det gjelder forskjellene mellom landbakgrunn: Et hovedinntrykk er at ratene for polikliniske kontakter ved somatiske sykehus varierer forholdsvis lite mellom «ikke-innvandrere» og innvandrere med bakgrunn fra Norden, Vest-Europa eller de oversjøiske vestlige landene. På den annen side synes eldre innvandrere fra Øst-Europa å ha noen særtrekk, sammenlignet med de «innfødte» eldre: *Færre* kontakter for svulster, øye- og øresykdommer, muskel- og skjelettsykdommer og skader, men *flere* kontakter for endokrine sykdommer, hjerte- og karsykdommer og *Faktorer med betydning...*-kategorien.

Eldre innvandrere fra ikke-vestlige land (mest asiater) avviker enda mer fra de eldre «ikke-innvandrerne» ved at de har relativt få kontakter for svulster, sykdommer i øye og øre, hjertekarsykdommer, muskel- og skjelettsykdommer og skader. På den annen side har de relativt hyppige kontakter for endokrine sykdommer (diabetes er i denne kategorien), og ratene for infeksjonssykdommer (som generelt er svært lave) er litt høyere for de ikke-vestlige eldre innvandrerne.

Tabell 6.4a. Eldre 70 år og mer: Antall polikliniske kontakter pr. 1000 personår, aldersjustert, for perioden 2008–2011.

Hoveddiagnose Landbakgrunn	Infeksjoner		Svulster		Endokrine sykdommer		Sykdommer i øye og øre		Hjerte- og karsykdommer	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Norge	6,0	5,1	330,5	173,4	42,9	35,2	336,2	321,2	242,6	143,8
Norden	9,3	3,3	356,0	189,5	56,8	34,5	383,9	325,8	253,8	166,0
Vest-Europa ellers	7,2	4,7	335,3	215,6	45,6	48,8	290,4	277,7	299,8	165,1
USA, Canada, Austral, NewZea	1,5	2,6	415,7	144,7	34,2	22,5	282,2	314,5	221,3	165,1
Øst-Europa	6,3	8,1	265,5	135,5	69,9	62,8	236,4	228,2	286,0	192,0
Afrika, Asia, Latin-Amerika	11,4	10,8	165,7	111,8	62,0	46,5	187,2	204,3	191,0	110,7

Tabell 6.4b. Eldre 70 år og mer: Antall polikliniske kontakter pr. 1000 personår, aldersjustert, for perioden 2008–2011.

Hoveddiagnose Landbakgrunn	Sykdommer åndedrettsorgan		Sykdom i muskel- og skjelett		Symptomer uten klar diagnose		Skader		Faktorer vedr. helsestilstand mv	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Norge	46,3	30,0	105,9	160,9	95,7	54,0	82,1	117,9	642,5	388,8
Norden	53,1	33,1	111,7	192,7	92,8	59,9	75,1	125,4	538,6	400,0
Vest-Europa ellers	51,8	31,8	112,6	182,5	107,0	66,0	92,9	127,3	495,5	379,2
USA, Canada, Austral, NewZea	42,2	26,8	103,0	153,2	116,4	63,1	70,7	117,7	544,7	346,4
Øst-Europa	35,6	17,4	68,0	127,7	91,3	49,4	63,3	89,0	763,5	420,8
Afrika, Asia, Latin-Amerika	40,5	23,5	74,4	110,1	103,3	43,9	59,6	68,4	561,0	562,9

Tabell 6.5a. Eldre 70 år og mer: Antall sykehusinnleggelser (døgnopphold) pr. 1000 personår, aldersjustert, for perioden 2008–2011.

Hoveddiagnose	Infeksjoner		Svulster		Endokrine sykdommer		Sykdommer i fordøyelsesorgan		Hjerte- og karsykdommer	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Landbakgrunn										
Norge	21,3	14,1	77,9	46,6	6,7	7,7	41,3	34,5	148,2	100,2
Norden	22,9	13,6	77,6	48,1	8,5	5,9	44,6	28,9	155,9	100,1
Vest-Europa ellers	15,5	14,4	79,2	50,4	7,4	6,8	32,5	36,8	139,9	95,0
USA, Canada, Austral, NewZea	16,9	11,9	77,6	44,0	3,2	5,3	37,9	38,9	132,3	101,6
Øst-Europa	13,4	12,7	64,7	49,7	6,6	11,7	31,1	36,4	165,9	123,7
Afrika, Asia, Latin-Amerika	20,8	13,1	41,0	31,3	13,3	10,6	33,9	30,4	114,3	66,8

Tabell 6.5b. Eldre 70 år og mer: Antall sykehusinnleggelser (døgnopphold) pr. 1000 personår, aldersjustert, for perioden 2008–2011.

Hoveddiagnose	Sykdommer åndedrettsorgan		Sykdom i muskel- og skjelett		Symptomer uten klar diagnose		Skader		Faktorer vedr. helsestilstand mv	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Landbakgrunn										
Norge	71,3	43,9	24,7	34,2	35,5	27,6	49,4	64,8	15,7	14,5
Norden	82,3	39,8	28,5	40,3	41,5	25,8	50,0	61,2	11,9	13,0
Vest-Europa ellers	55,2	40,4	23,3	29,9	38,0	25,4	44,7	62,0	14,2	13,9
USA, Canada, Austral, NewZea	58,9	36,4	24,6	35,0	33,2	24,1	36,2	63,3	17,6	10,5
Øst-Europa	63,8	40,4	17,2	30,8	29,8	31,1	32,2	41,9	25,1	7,7
Afrika, Asia, Latin-Amerika	70,1	40,6	16,0	22,7	35,1	30,7	24,4	35,2	7,7	10,0

Tabell 6.5a og tabell 6.5b viser på liknende vis hyppigheten av *innleggelser* ved de somatiske sykehusene for ti diagnosegrupper – disse ti diagnosegruppene står for om lag 85 prosent av alle sykehusinnleggelsene i disse alderskategoriene. Døgnopphold på grunn av hjerte- og karsykdommer er den klart hyppigste årsaksgruppen i tabell 6.5, men også innleggelser for svulster, åndedrettssykdommer og skader (det siste særlig for kvinner) skjer relativt hyppig. Skader i denne aldersgruppen vil ofte dreie seg om fallulykker. For infeksjoner (en liten kategori), svulster, fordøyelsessykdommer, hjertekarlidelser og åndedrettssykdommer har menn høyere innleggesrater enn kvinner, mens kvinnene har høyere innleggesrater for muskel- og skjelettsykdommer og skader.

Også for sykehusinnleggelser blant eldre er det vanskelig å peke på noen definitive forskjeller mellom de «innfødte» eldre og innvandrere fra Norden, Vest-Europa og vestlige oversjøiske land der innvandrere fra USA dominerer.

Blant eldre innvandrere fra Øst-Europa kan tabellen tyde på et par særtrekk: *Høyere* innleggesrater for hjerte- og karlidelser (både for kvinner og menn), men *lavere* innleggesrater for skader.

De eldre innvandrere fra «utenom» Vesten har innleggesrater som synes klart forskjellige fra de eldre med norsk bakgrunn når det gjelder en del av hoveddiagnosene: De ikke-vestlige har relativt få døgnopphold ved somatiske sykehus for svulster, hjerte- og karlidelser, muskel- og skjelettsykdommer og skader, men litt flere innleggelser for endokrine sykdommer (trolig ofte diabetes-relaterte tilstander) – døgnoppholdene for endokrine sykdommer utgjør imidlertid ikke mer enn noen få prosent av alle døgnoppholdene.

6.4 Bruken av psykisk helsevern blant eldre

I vårt datamateriale har vi også registreringer av polikliniske kontakter og døgnopphold i psykisk helsevern (PHV), dvs. ved ulike institusjoner og sentre for å behandle psykiske og mentale helseproblemer, for eksempel DPS (Distriktpsikiatriske sentre) i Oslo.

Tabell 6.6 viser at blant eldre med norsk bakgrunn mottar kvinnene slike tjenester mer hyppig enn mennene. Mens menn 70 år og eldre, landbakgrunn Norge, har om lag 70 polikliniske kontakter i PHV pr. 1000 personår, har kvinner med denne landbakgrunnen litt over 100 kontakter pr. 1000

personår. Døgnopphold, altså innleggelser ved institusjoner for psykisk helsevern, er mer sjeldne, med om lag åtte innleggelser for menn og tolv for kvinner pr. 1000 personår.

I tabell 6.6 er det vanskelig å finne et klart mønster i gruppeforskjellene mellom eldre med forskjellig landbakgrunn. Det påfallende høye konsultasjonstallet for polikliniske kontakter i psykisk helsevern blant *menn* med bakgrunn fra Vest-Europa og fra USA etc. (om lag tre ganger så høyt som ratene for menn med landbakgrunn Norge!), er vanskelig å forklare – det virker umiddelbart helt urimelig og kan kanskje skyldes at feilregistreringer eller andre metodiske problemer har spilt inn?

For øvrig tyder tabell 6.6 på at eldre *kvinnelige* innvandrere fra Øst-Europa og fra ikke-vestlige land har et forholdsvis høyt kontaktnivå med psykisk helsevern, både når det gjelder polikliniske kontakter og innleggelser. Derimot har eldre *menn* med bakgrunn fra Afrika, Asia og Latin-Amerika et markant lavere forbruk av denne typen spesialisthelsetjenester enn eldre «innfødte» menn.

Tabell 6.6. Eldre i psykisk helsevern (PHV): Antall polikliniske kontakter og antallet innleggelser (døgnopphold) ved psykisk helsevern-institusjoner, pr. 1000 personår, aldersjustert, for perioden 2008-2011.

Psykisk helsevern PHV	Polikliniske kontakter		Døgnopphold (innleggelser)	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Landbakgrunn				
Norge	68,2	108,4	8,1	11,5
Norden	56,5	100,7	5,0	16,2
Vest-Europa ellers	212,3	116,9	12,2	15,5
USA,Canada,Austral,NewZea	177,3	96,2	27,5	6,1
Øst-Europa	82,2	150,0	7,7	33,9
Afrika, Asia, Latin-Amerika	29,3	101,5	3,6	16,7

6.5 Oppsummering

Svært mange typer helselidelser og sykdommer øker med alderen, og en betydelig del av spesialisthelsetjenestene – både somatiske tjenester, men også til en viss grad psykisk helsevern – ytes overfor eldre. De eldre, aldersgruppen 70 år og eldre, utgjør 10,7 prosent av hele analyseutvalget (alle innbyggere, innvandrere og norsk bakgrunn til sammen). Denne aldersgruppen mottar selvfølgelig en mye større andel av spesialisthelsetjenestene enn andelen de utgjør av befolkningen – de mottok 17,7 prosent av alle polikliniske kontakter

ved de somatiske sykehusene, 29,3 prosent av alle innleggelsene, og så mye som 38,7 prosent av alle liggedøgn ved somatiske sykehus for analyseutvalget samlet i årene 2008–2011.

I en undersøkelse av likheter og forskjeller mellom «ikke-innvandrere» og innvandreres bruk av spesialisthelsetjenester vil imidlertid de eldre ikke være et sentralt tema – i hvert fall ikke foreløpig. Dette skyldes rett og slett at innvandrere utgjorde en liten andel av den eldre befolkningen, slik at deres bruksmønster i praksis hadde liten betydning for helsetjenestene generelt i de undersøkte årene. Dessuten var den overveiende delen av de eldre innvandrerne fra nærstående land (typisk Sverige og resten av Norden), og generelt er forskjellen i helsetjenesteforbruk mellom «innfødte» og nordiske og andre vestlige innvandrergupper forholdsvis små.

Etter hvert vil dette trolig endre seg. Karakteristikkene gitt i dette kapitlet og denne rapporten gjelder befolkningen slik den var pr. 1. januar 2008. I de påfølgende årene har prosentandelen ikke-vestlige innvandrere i befolkningen økt, også blant de eldre, og denne tendensen vil trolig fortsette i kommende år.

Når det er sagt: Dette kapitlet har også vist noen interessante mønstre i bruken av spesialisthelsetjenester blant eldre. Eldre innvandrere fra vestlige land har et bruksmønster som i store drag faller sammen med brukshyppigheten blant eldre med norsk bakgrunn. Eldre innvandrere fra Øst-Europa har generelt noe lavere brukshyppighet av spesialisttjenestene ved somatiske sykehus. Eldre «utenomvestlige» innvandrere (som her hovedsakelig består av eldre med bakgrunn fra forskjellige asiatiske land) har jevnt over et enda lavere forbruk av somatiske spesialisthelsetjenester – for eksempel i form av et påtakelig *lavt* antall sykehusinnleggelsler for svulster og hjerte- og karlidelser.

7 Utdanning, botid og bruk av somatiske sykehustjenester

7.1 Hypoteser om utdanning, botid og helsetjenestebruk

Det sentrale formålet med denne rapporten er å kartlegge og *beskrive* bruken av de spesialiserte helsetjenestene. Å finne forklaringer og fortolkninger vil stort sett være utenfor målsettingen med rapporten. I dette kapitlet skal vi likevel utvide perspektivet noe ved å trekke inn to typer bakgrunnsinformasjon som kan bidra til å forklare bruksmønstrene: Hva slags *utdanningsnivå* har analyseutvalget, både blant innvandrerne og de uten innvandrerbakgrunn, og *hvor lenge* har de vært bosatt i Norge?

Et gjennomgående funn i forskningen er at jo høyere utdanningsnivå, jo lavere er den gjennomsnittlige forekomsten av helseproblemer (Næss et al., 2007). I tråd med dette har en tidligere norsk studie av egenrapportert sykdom blant innvandrere fra ti land funnet at innvandrere med høy utdanning stort sett rapporterte bedre helsetilstand enn de med lavere utdanning (Blom, 2010).

Derfor vil vi forvente en sosial gradient – en trinnvis økning for hvert steg *nedover* på utdanningsstigen – i bruken av somatiske helsetjenester. I vårt materiale kan vi undersøke dette ved å bruke informasjonen om utdanning som en indikator på sosial posisjon. Vi spør altså: Er lav utdanning korrelert med relativt mange polikliniske konsultasjoner og relativt hyppige sykehusinnleggelser, uansett hvilken landbakgrunn personen har? Minsker høy utdanning sannsynligheten for sykehusinnleggelser for både «ikke-innvandrere» og innvandrere fra ulike landgrupper?

En annen tematikk i innvandringsdiskusjoner er spørsmålet om endringsprosesser over tid: Vil innvandrere gradvis overta væremåter og livsstiler som dominerer i landet de har innvandret til (jf. Urquia et al., 2012)? Slik at også helseforhold og mønsteret i helsetjenestebruk blant «lenge-boende» innvandrere i større og større grad vil falle sammen med helsetjenesteatferden blant «ikke-innvandrerne»?

I dette kapitlet klassifiserer vi derfor innvandrerne i tre kategorier – de som innvandret før 1990, de som innvandret på 1990-tallet, og de som kom etter 2000 fram til 31. desember 2007. Vi spør om variasjonene mellom

innvandrergруппene i bruksrater avtar med økende botid i Norge. Over tid vil kanskje innvandrere tilpasse seg kulturen og levevanene som er vanlige og alminnelige i landet de har kommet til. Etter hvert kan det også skje for bruksmønsteret for helsetjenester, slik at bruksratene mer og mer ligner på det som er vanlig for de delene av befolkningen som ikke er innvandrere. Om innvandrere med lang botid har andre mønstre i bruken av helsetjenester enn innvandrere med kort botid, kan imidlertid forklaringene være mange og svært ulike – ikke bare botiden til innvandrerne vil bety noe, men også for eksempel utdanningsnivået til innvandrere som har kommet i forskjellige tidsperioder, og grunnene til utvandringen i ulike innvandringsfaser.

Det kan tenkes at det er en helsemessig gevinst i å ha levd en stor del av livet i Norge, slik at grupper med et høyt bruksnivå den første tiden etterhvert får et redusert bruksnivå. Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse blant innvandrere fra 2005/06 konkluderte imidlertid med at lengden på den tiden som innvandrerne hadde bodd i Norge ikke hadde noen betydning for egenrapportert helse (Blom, 2010). Det kan også tenkes at det er helsemessige *ulemp*er med tilpasning til livsstilen i et nytt land, med økt risiko for sykdommer og økt bruk av helsetjenester som resultat. En studie fra Sverige har for eksempel vist at forekomsten av enkelte tarmsykdommer som i utgangspunktet hadde liten utbredelse blant mange innvandrergруппer, øker med økende botid (Hjern et al., 2006). Vi har tidligere drøftet den såkalte «friske-utvandrer-effekten» (avsnitt 1.4). Det kan tenkes at tendensen til god helse blant nyankomne innvandrere gradvis blir borte – en norsk studie av bruk av fastlegetjenester har vist en tendens til flere kontakter med lengre botid (Lunde og Texmon, 2013).

I dette kapitlet vil vi følgelig bruke datamaterialet for å analysere spørsmål med relevans for to viktige hypoteser: For det første om utdanningsnivået har sammenheng med bruken av somatiske spesialisthelsetjenester blant innvandrerne, og for det andre om forskjellene mellom innvandreres og «ikke-innvandrerne» bruk av disse tjenestene avtar over tid.

7.2 Utdanning og bruk av somatiske sykehustjenester

En utfordring er at informasjonen om utdanningsnivå mangler for mange innvandrere. Blant innvandrerne i analyseutvalget i alderen 20-69 år manglet én av fem (19,9 prosent) enhver opplysning om utdanning (se over avsnitt 2.8). Også når Statistisk sentralbyrå faktisk har utdanningsopplysninger for

innvandrere, vil denne informasjonen være usikker i en del tilfelle, dels fordi den er selvrapportert og dels fordi den kan referere til helt andre typer utdanningssystemer enn det norske (Steinkellner, 2015).

Disse usikkerhetene må en ha i mente når tabellene i dette avsnittet blir fortolket. Vi viser også bruksratene for de som mangler opplysninger om utdanning – dette gjelder bare noen få promille blant dem uten innvandrerbakgrunn, men det gjelder for så mye som 40 prosent blant innvandrerne fra Polen, 31 prosent blant innvandrerne fra Øvrige øst-europeiske EU-land, 26 prosent blant dem fra USA og andre «oversjøiske» vestlige land, 23 prosent blant de svenske innvandrerne og 22 prosent blant de somaliske innvandrerne (se over tabell 2.3).

I de følgende tabellene skiller vi ikke mellom kvinner og menn. En grunn til dette er at antallet innen flere innvandrergrupper er såpass lite at det blir få i hver utdanningskategori, spesielt om de splittes opp etter kjønn. Dessuten har vanligvis utdanningsforskjellene i helsetjenestebruk noenlunde samme form for kvinner og menn, slik at bildet for de to kjønn samlet vil gi et adekvat inntrykk av utdanningsforskjellene i innvandrergruppen.

Generelt viser tabell 7.1 at det typiske mønsteret i Norge – at høy utdanning går sammen med lavere bruk av mange typer helsetjenester – også gjelder for de fleste innvandrergrupper. Tabellen viser tallet på polikliniske kontakter ved somatiske sykehus pr. 1000 personår, aldersjustert, for aldersgruppen 20–69 år.

I kolonnen til høyre (merket «% grunnskole/høyskole-universitet») er *størrelsen* på utdanningsforskjellene beregnet: Bruksraten for dem med grunnskole som høyeste utdanning er delt på bruksraten for dem med høyskole- eller universitetsutdanning og multiplisert med 100. For dem med landbakgrunn Norge er dette forholdstallet 117, noe som kan fortolkes slik: Blant innbyggerne uten innvandrerbakgrunn hadde de med grunnskole som høyeste utdanning en bruksrate for polikliniske kontakter ved somatiske sykehus som var om lag 17 prosent høyere enn blant dem med høyskole- eller universitetsutdanning. Vi ser at dette forholdstallet i tabellens høyre kolonne er over 100 i nesten alle innvandrergruppene, noe som altså innebærer at aldersjusterte bruksrater for polikliniske kontakter i somatiske sykehus stort sett er høyere blant lavt utdannede enn blant de høyt utdannede.

Tabell 7.1. Antall polikliniske kontakter 2008–2011 ved somatiske sykehus pr. 1000 personår, aldersjustert, aldersgruppen 20–69 år, etter innvandringsbakgrunn og utdanningsnivå i 2008, samlet for menn og kvinner

Utdanningsnivå/ Landbakgrunn	Uopp- gitt	Grunn- skole	Videre- gående	Universitet og høyskole	% grunn- skole/ univ+ høyskole
Norge	1684,2	1249,1	1113,9	1067,0	117
Sverige	1193,4	1331,8	1086,2	1074,2	124
Resten av Norden	927,2	1175,7	1126,7	1142,9	103
Resten av Vest-Europa	762,7	1002,8	993,1	996,0	101
Polen	466,1	1105,4	709,2	1023,0	108
Øvrig Øst-Eur EU-land	706,9	1068,3	853,9	953,8	112
Serbia, Montenegr, Kosovo	1140,1	1178,0	1249,8	1019,2	116
Bosnia-Hercegovina	960,6	1158,5	1024,0	1073,2	108
Russland	759,7	1072,9	1103,7	1074,8	100
Rest Øst-Europa utenfor EU	1729,9	1090,6	1002,0	997,6	109
Somalia	2097,3	1358,6	909,3	930,7	146
Resten av Afrika	1281,1	1396,5	1315,0	1262,4	111
Tyrkia	984,6	1057,7	937,4	1112,8	95
Sri Lanka	893,7	1302,8	1269,8	1751,7	74
Irak	1195,9	1204,6	1324,7	1198,1	101
Iran	1141,0	1329,2	1249,4	1152,1	115
Pakistan	1291,8	1598,3	1575,6	1260,6	127
Vietnam	815,8	965,1	982,1	1281,9	75
Resten av Asia	896,4	1011,4	1063,3	1152,2	88
USA, Canada, Australia, New-Zealand	725,3	1532,1	1172,9	1087,0	141
Latin-Amerika, rest Oceania	1073,6	1378,0	1156,5	1553,1	89

Forholdstallet som anslår de grunnskoleutdannedes bruksnivå i prosent av bruksnivået blant dem med høyere utdanning (det var altså 117 for «ikke-innvandrerne») er relativt høyt blant innvandrere fra Somalia (146), «oversjøiske» vestlige land (141), Pakistan (127), Sverige (124), Serbia/Montenegro/Kosovo (116), og Iran (115). Men blant innvandrere fra Resten av Norden, Resten av Vest-Europa, Russland og Irak er det knapt noen særlige tegn til utdanningsulikheter, for her var forholdstallet nær 100. Det er dessuten bemerkelsesverdig at dette forholdstallet er klart *under* 100 – altså *høyere* bruk blant høyskole- og universitetsutdannede enn blant grunnskoleutdannede – blant innvandrere fra Sri Lanka, Vietnam, Resten av Asia, Latin-Amerika/Resten av Oceania, og Tyrkia.

Utdanningsulikhetene ser altså ut til å variere mellom ulike typer landbakgrunn. Selv om hovedtrenden er den «vanlige» utdanningsgradienten, virker det som om gradienten er «omvendt» i noen innvandrergupper. Et usikkerhetsmoment er imidlertid at flere grupper har mange uten utdanningsinformasjon, slik at vi ikke kan være sikre på at utdanningsforskjellene er blitt presist anslått.

Tabell 7.2. Antall innleggelser 2008-2011 ved somatiske sykehus pr. 1000 personår, aldersjustert, aldersgruppen 20-69 år, etter innvandringsbakgrunn og utdanningsnivå i 2008, samlet for menn og kvinner

Utdanningsnivå/ Landbakgrunn	Uopp- gitt	Grunn- skole	Videre- gående	Universitet og høyskole	% grunnskole/ univ+høyskole
Norge	534,2	206,9	151,9	131,7	157
Sverige	231,0	192,9	149,0	126,3	153
Resten av Norden	196,3	190,6	156,6	141,8	134
Resten av Vest-Europa	138,1	148,3	138,4	127,2	117
Polen	92,6	144,3	103,1	126,4	114
Øvrig Øst-Eur EU-land	135,2	191,2	123,8	130,3	147
Serbia, Montenegro, Kosovo	205,0	210,3	214,0	138,1	152
Bosnia-Hercegovina	203,8	165,5	138,4	132,0	125
Russland	115,3	135,2	146,1	136,5	99
Rest Øst-Europa utenf EU	168,7	145,4	129,1	120,4	121
Somalia	261,5	179,3	117,9	116,1	154
Resten av Afrika	162,0	176,2	155,8	145,0	122
Tyrkia	224,3	153,3	164,9	118,4	129
Sri Lanka	162,9	175,7	140,1	172,8	102
Irak	224,2	223,1	192,4	161,8	138
Iran	187,7	213,9	176,7	143,8	149
Pakistan	240,4	218,0	199,3	178,3	122
Vietnam	133,7	113,1	109,6	132,8	85
Resten av Asia	164,5	139,4	137,4	140,0	100
USA, Canada, Australia, New-Zealand	148,4	176,3	166,7	131,0	135
LatinAmerika, rest Oceania	186,8	168,4	153,8	163,8	103

I tabell 7.2. analyseres på samme vis utdanningsforskjellene i hyppighet av *innleggelser* ved somatiske sykehus. Generelt har utdanningsforskjellene samme mønster som for polikliniske kontakter: Høyere rater for de grunnskole-utdannede enn blant de som har høyskole- eller universitetsutdanning. Det er

bare ett tydelig unntak, nemlig for innvandrere med bakgrunn fra Vietnam – her har de grunnskoleutdannede *lavere* innleggelsesrater enn de med høyskole- eller universitetsutdanning.

Generelt ser vi at utdanningsforskjellene er *større* for sykehusinnleggelsesrater enn for polikliniske konsultasjoner og kontakter. Mens forholdstallet for dem med landbakgrunn Norge var 117 for polikliniske kontakter, var det hele 157 for døgnopphold ved somatiske sykehus – altså over 50 prosent høyere innleggelsesrater for grunnskoleutdannede. Det samme mønsteret ser vi blant de fleste innvandrergruppene. Det er bare for tre typer landbakgrunn at de relative utdanningsulikhetene er omtrent på samme nivå for sykehusinnleggelsesrater som for polikliniske kontakter, nemlig Russland, Pakistan, og USA/ andre «oversjøiske» vestlige land. For øvrig er utdanningsulikhetene *alltid* større for innleggelsesrater ved somatiske sykehus enn for polikliniske kontaktrater ved de somatiske sykehusene.

Vi har også beregnet størrelsen på utdanningsulikhetene når det gjelder antallet liggedager ved somatiske sykehus pr. 1000 personår (tabell ikke vist). Igjen ser vi det samme mønsteret med et høyere antall liggedager for de lavt utdannede enn for de høyt utdannede, faktisk ofte enda mer tydelig enn for antallet innleggelsesrater. Men samtidig var mønsteret omvendt for tre asiatiske landbakgrunn – Sri Lanka, Vietnam, Resten av Asia – der antallet liggedager pr. 1000 personår var høyere for de høyt utdannede enn blant dem med lav utdanning.

Den mest nærliggende forklaringen på disse utdanningsulikhetene i bruken av somatiske sykehustjenester, er selvsagt at helseforholdene er jevnt over dårligere blant lavt utdannede enn blant høyt utdannede. Tallene for bruk av sykehustjenester kan imidlertid tyde på at disse helseulikhetene etter utdanning har en annen form blant noen innvandrergrupper – en problemstilling vi ikke kan forfølge videre i denne rapporten.

7.3 Hva betyr botid?

I dette avsnittet analyseres forskjeller i bruken av somatiske spesialisthelse-tjenester etter botid, dvs. hvor mange år det var siden innvandringen fant sted.

Vi deler innvandrerne i tre kategorier. De som innvandret før 1990 vil ved starten av 2008 ha minst 18 års botid i Norge. De som innvandret 1990-

1999 vil ha minimum åtte og maksimum 18 års botid, mens de som innvandret mer nylig, i løpet av 2000-2007, vil ha hatt fra minimum null til maksimum åtte års botid ved starten av 2008.

Dernest setter vi bruksnivået blant dem med landbakgrunn Norge (de uten innvandringsbakgrunn) til 100 og beregner bruksnivået for de enkelte innvandrergroppene, *relativt* til bruksnivået blant dem med norsk bakgrunn. Om en innvandrergrope har verdien 110, betyr det derfor at i denne innvandrergroppen var det, som gjennomsnitt, ti prosent *høyere* bruksrate enn blant dem med landbakgrunn Norge. Om tallet er 80, betyr det at groppen hadde 20 prosent *lavere* bruksrate enn de uten innvandringsbakgrunn.

Tabell 7.3. Antall polikliniske kontakter 2008-2011 ved somatiske sykehus for voksne 20–69 år (aldersjusterte rater pr. 1000 personår) blant innvandrere med ulik landbakgrunn og ulik botid, i prosent av bruksnivået blant dem uten innvandrerbakgrunn (=100).

Landbakgrunn	Innvandringsperiode		
	Før 1990	1990–1999	2000–2007
Norge	100	100	100
Sverige	104	103	97
Resten av Norden	100	98	83
Resten av Vest-Europa	86	80	75
Polen	100	96	44
Øvrig Øst-Europa EU-land	107	69	56
Serbia, Montenegro, Kosovo	106	99	97
Bosnia-Hercegovina	133	92	91
Russland	127	89	90
Resten av Øst-Europa utenfor EU	98	89	86
Somalia	80	86	175
Resten av Afrika	109	112	153
Tyrkia	96	88	100
Sri Lanka	124	104	73
Irak	102	100	115
Iran	102	114	106
Pakistan	137	100	96
Vietnam	89	89	104
Resten av Asia	99	84	86
USA, Canada, Austral, New-Zealand	98	88	80
Latin-Amerika, rest Oceania	119	106	88

Om det er en tendens til at forskjellene i bruken av somatiske spesialisttjenester mellom innvandrere og de «innfødte» blir mindre med økende botid, kan vi

anta at forskjellene fra 100 blant innvandrergruppene generelt er mindre blant de som innvandret før 1990, enn blant de mer nyankomne innvandrere, dvs. de som emigrerte til Norge i løpet av 2000-tallet.

Umiddelbart gir tabell 7.3, som viser beregningene for polikliniske kontakter ved de somatiske sykehusene, inntrykk av at det har skjedd en viss «homogenisering» med økende botid. Vi ser for eksempel at variasjonsbredden for de nyankomne innvandrerne (innvandringsperiode 2000–2007) var svært stor – fra 44 blant «polakkene» (dvs. under halvparten av nivået blant dem uten innvandringsbakgrunn) til 175 blant «somalierne» (dvs. 75 prosent høyere enn nivået blant dem med norsk bakgrunn). For de som innvandret før 1990, var variasjonsbredden mindre, fra 80 (somalisk bakgrunn) til 137 (pakistansk bakgrunn). Blant dem var altså den laveste raten 80 – om lag 20 prosent under nivået blant «ikke-innvandrere». Mens de med somalisk bakgrunn generelt har relativt høye bruksrater, som tidligere vist i denne rapporten, var det altså blant de som innvandret *før* 1990 ingen innvandrergruppe som hadde *lavere* bruksrater for polikliniske kontakter enn innvandrerne med somalisk bakgrunn.

Imidlertid er variasjonsbredden et svakt og ikke alltid god egnet mål for å demonstrere størrelsen på variasjonene. Et mer robust mål er *standardavviket* som kan beregnes for hver enkelt innvandringsperiode. Dette er et statistisk mål som gir et samlet inntrykk av omfanget av variasjoner rundt gjennomsnittet. Utregningene viser et standardavvik på 29,5 for 2000-2007-innvandrerne, mot 12,5 for 1990-tallsinnvandrerne og litt høyere for de som kom før 1990: 16,3. Denne utregningen gir altså en viss støtte til hypotesen om at forskjellene mellom innvandrerne og de «innfødtes» bruksnivå minsker med økende botid, men minskingen stopper tilsynelatende opp etter om lag åtte år?

Tabell 7.4 framstiller den samme type ulikheter i bruksnivå, men nå angående døgnopphold ved somatiske sykehus. Variasjonsbredden er fra 73 (Vietnam) til 138 (Russland) for de som innvandret før 1990; fra 67 (Vietnam) til 133 (Serbia, Montenegro, Kosovo) for de som innvandret på 1990-tallet; og endelig fra 47 (Polen) til 142 (Irak) for innvandrerne fra 2000-tallet. Variasjonsbredden var altså størst blant de nyankomne.

Tabell 7.4. Antall døgnopphold 2008–2011 ved somatiske sykehus for voksne 20–69 år (aldersjusterte rater pr. 1000 personår) blant innvandrere med ulik landbakgrunn og ulik botid, i prosent av bruksnivået blant dem uten innvandrerbakgrunn (=100).

	Innvandringsperiode		
	Før 1990	1990-1999	2000-2007
Norge	100	100	100
Sverige	91	100	104
Resten av Norden	98	103	101
Resten av Vest-Europa	87	70	73
Polen	93	76	47
Øvrig Øst-Europa EU-land	97	67	59
Serbia, Montenegro, Kosovo	106	133	127
Bosnia-Hercegovina	88	89	104
Russland	138	68	90
Rest Øst-Europa utenfor EU	84	77	77
Somalia	75	97	138
Resten av Afrika	89	100	110
Tyrkia	95	95	137
Sri lanka	97	100	105
Irak	100	110	142
Iran	95	127	118
Pakistan	133	103	124
Vietnam	73	67	70
Resten av Asia	84	78	97
USA, Canada, Australia, New-Zealand	86	81	87
LatinAmerika, rest Oceania	103	83	91

Som vi gjorde for tallene i tabell 7.3, kan vi også her beregne standardavviket for de tre kategoriene for botid. Da finner vi også støtte for hypotesen om at «avvikene» fra bruksnivået blant dem uten innvandrerbakgrunn blir mindre over tid. Standardavviket var 16,6 for innvandrerne som ankom før 1990, men 21,1 for de som innvandret på 1990-tallet, og enda høyere – 26,5 – for de som innvandret etter årtusenskiftet.

Vi har også gjort samme type beregninger for antallet liggedager pr. 1000 personår (tabell ikke vist). Også her ser vi en tendens til større variasjon blant de nyankomne innvandrerne enn blant dem som har vært i Norge i lengre tid. Standardavviket for gjennomsnittlige antall liggedager pr. 1000 personår var 15,7 for innvandrerne som kom før 1990, mot 25,5 for de som kom på 1990-tallet, og 28,8 for de som kom på 2000-tallet.

Dette er *foreløpige* analyser som bør granskes nærmere. De tendensene vi har demonstrert, kan imidlertid tyde på at så vel forskjellene *mellom* innvandrergruppene som forskjellene mellom innvandrere og de «innfødte» i bruksnivå av spesialisthelsetjenester har en tendens til å bli mindre etter hvert som innvandrerne får lengre og lengre botid i landet. Denne «utjevningen» ser ut til å foregå både «ovenfra» og «nedenfra» – dvs. at grupper som først har et relativt høyt nivå, reduserer bruksnivået over tid, mens grupper som til å begynne med har et relativt lavt nivå, har heller en tendens til høyere bruksnivå etter noen år.

7.4 Oppsummering

I dette kapitlet har vi sett tydelige sosiale gradienter, dvs. tydelige *utdanningsforskjeller*, i bruksratene for somatiske spesialisthelsetjenester. Dette mønsteret finner vi så vel for dem med landbakgrunn Norge som innad i de fleste (men ikke alle) innvandrergruppene. Det er noen unntak fra dette mønsteret. Spesielt synes det som om det typiske utdanningsmønsteret der de høyt utdannede har lavere bruk av helsetjenester enn de lavt utdannede, i liten grad er tilstede blant innvandrere fra Sri Lanka, Vietnam og Resten av Asia. For alle de andre innvandrerkategoriene ser vi imidlertid den sedvanlige utdanningsulikheten, om enn i ulik grad og ganske svakt i noen av innvandrergruppene.

Det er rimelig å anta at en viktig grunn til slike utdanningsforskjeller i bruksnivået av spesialiserte helsetjenester er den sosiale gradienten i *helse*, dvs. at helseforholdene stort sett er bedre blant dem med høyere utdanning. Men mange forhold kan spille inn. «Effekten» av utdanning kan være annerledes blant innvandrere enn blant «ikke-innvandrere», og et høyt utdanningsnivå kan bety noe annet blant innvandrere enn blant dem uten innvandringsbakgrunn.

I dette kapitlet har vi også vist tendenser til at etter hvert som innvandrere har bodd lenge i Norge, vil bruksnivået for somatiske spesialisthelsetjenester avvike mindre og mindre fra bruksnivået blant dem uten innvandrerbakgrunn.

På bakgrunn av de relativt enkle analysene som er gjort i denne rapporten, kan vi imidlertid ikke konkludere med at det faktisk skjer en slik «homogenisering» av bruksnivået. De som har innvandret etter år 2000 kan ha hatt en annen bakgrunn enn de som kom før, selv om opprinnelseslandet er det samme. Sammensetningen av innvandrerne fra ett og samme land kan endre

seg over tid. Innvandrere som kom før 1990 fra et spesielt område er ikke nødvendigvis sammenlignbare med innvandrere fra samme sted som kom på 2000-tallet. Det typiske utdanningsnivået blant de som emigrerer kan skifte og grunnene for innvandring kan forandre seg – arbeidsinnvandring kan for eksempel dominere i en tidlig fase, mens gjenforening av familier har blitt viktigere i en seinere fase. Derfor er de tendensene vi har vist i dette kapitlet bare antydninger som bør analyseres mer grundig før konklusjoner trekkes.

8 Oppsummerende diskusjon

Denne rapporten har framlagt mange tall. De tallrike empiriske observasjonene gjør det vanskelig å gi enkle svar på de mange spørsmålene som dreier seg om innvandring og bruk av spesialiserte helsetjenester. I dette avslutningskapitlet prøver vi å sammenfatte noen hovedfunn. Noen ganger foreslår vi også tolkninger, men de vil oftest være forslag som inviterer til framtidig utforskning, mer enn solid funderte konklusjoner. Begrensningene i materialet vi har tilgjengelig gjør det ikke mulig å undersøke slike forklaringer i detalj.

8.1 Innvandrerne bruker alt i alt relativt lite spesialisthelsetjenester

At innvandringen er en *ressurs* i den forstand at innvandrere bidrar mye med fagkunnskap og arbeidskraft til ulike deler av spesialisthelsetjenestene, er udiskutabelt.

Samtidig vil mange spørre seg om innvandringen også er en uforholdsmessig stor utfordring for spesialisthelsetjenesten. Dersom innvandrere jevnt over er hyppige brukere av tjenestene, og om de dessuten er ressurskrevende på grunn av kultur- og språkforskjeller og uvante sykdommer, kan innvandringen føre til en uforholdsmessig stor økning av etterspørselen etter spesialisthelsetjenestene og arbeidsbyrden blant helsepersonellet.

Helsevesenets prinsipp er at enhver pasient, uansett kjønn, alder, etnisitet, sosioøkonomisk status, etc., skal behandles på likeverdig måte og hjelpes så godt det lar seg gjøre med den kompetanse og de ressurser som står til rådighet (HOD, 2013). Dette innebærer at mer alvorlige og omfattende helseproblemer *skal* være mer ressurskrevende. Om ulikheter i konsultasjonsrater og innleggelser er begrunnet med ulikheter i helseproblemer, er det en legitim og rettmessig ulikhet i helsetjenestebruk.

Ulikheter mellom grupper i bruken av helsetjenester er derfor ikke uhensiktsmessig eller urimelig om det rett og slett er helseulikheter som ligger bak. Men å bestemme eksakt hva det «riktige» behovet for helsetjenester er, byr på mange vanskeligheter.

Tross dette er det likevel av interesse å ha konkrete tall for innvandrernes bruk av spesialisthelsetjenester, i forhold til de som ikke klassifiseres som innvandrere til Norge. En slik oversikt over innvandrernes bruk av spesialisthelsetjenester, sammenlignet med deres andel av befolkningen, kan være nyttig.

I dette avsnittet lager vi en slik summerende sammenstilling av materialet som er framlagt her. Ettersom innvandrerandelen i befolkningen varierer med alder, lager vi denne sammenligningen ikke bare for den samlede befolkning, men også separat for fire alderskategorier – barn og unge (0–19 år), yngre voksne (20–49 år), eldre voksne (50–69 år) og eldre 70 år og oppover. Vi sammenligner både med innvandrernes andel av befolkningen pr. 1. januar 2008 og med deres andel av *personårene* i løpet av 2008–2011 (jf. avsnitt 2.11.1).

I tabell 8.1 framgår det at innvandrernes andel av personårene 2008–2011 alltid er litt lavere enn deres andel av befolkningen ved starten av 2008. Dette skyldes ikke at innvandrerne har høyere dødelighet (Teschfazion, 2013; Elstad et al., 2015), men at utvandringen *fra* Norge er høyere blant innvandrere. Derfor er det en litt lavere andel blant innvandrerbefolkningen enn blant «ikke-innvandrerne» som bor i Norge i hele fireårs-perioden 2008–2011.

Tabell 8.1 tyder klart på at innvandrerbefolkningen samlet sett mottok en *mindre* andel av spesialisthelsetjenestene utført i fireårsperioden 2008–2011 enn hva innvandrerbefolkningens størrelse skulle tilsi – altså en lavere andel av tjenestene enn andelen i befolkningen og andelen av personårene. Dette er særskilt tydelig for tallene for alle aldre samlet. Her har innvandrerne 8,8 prosent av personårene (og 9,1 prosent av befolkningen pr. 1. januar 2008), men «bare» 7,7 prosent av de polikliniske kontaktene ved de somatiske sykehusene, 6,7 prosent av sykehusinnleggelsene og 5,7 prosent av antall liggedøgn ved disse sykehusene. Også for tjenestene i det spesialiserte psykiske helsevernet ser vi samme tendensen.

Tabell 8.1. Innvandrerbefolkningen i prosent av samlet innbyggertall pr. 1. januar 2008, innvandrernes andel (%) av personårene 2008-2011, og andelen (%) av fem typer spesialisthelsetjenester i årene 2008-2011 mottatt av innvandrerbefolkningen.

	0–19år	20–49år	50–69år	70år+	Total
Innvandrernes andel (%) av					
- befolkning 1.januar 2008	9,1	12,2	6,0	3,2	9,1
- personårene 2008-11	8,9	11,6	5,9	3,2	8,8
Innvandrernes andel (%) av volum spesialisthelsetjenester					
<i>Somatiske sykehus</i>					
- polikliniske kontakter	8,4	11,5	5,8	3,2	7,7
- døgnopphold	7,7	11,5	5,3	2,9	6,7
- liggedøgn	8,1	11,0	5,0	2,8	5,7
<i>Psykisk helsevern</i>					
- polikliniske kontakter	6,1	9,6	7,0	3,8	7,7
- døgnopphold	5,9	7,4	4,5	4,5	6,4

Men å se på tallene for den samlede befolkningen kan være misvisende. Vi må ta i betraktning at en svært stor andel av spesialisthelsetjenestene, særlig de somatiske sykehusetjenestene, går til eldre. I årene 2008–2011 var om lag 29 prosent av alle innleggelser ved de somatiske sykehusene og om lag 39 prosent av alle liggedøgnene ved disse sykehusene blant pasienter i alderen 70 år og eldre, men denne aldersgruppen utgjorde «bare» om lag 11 prosent av totalbefolkningen. Dette innebærer at siden det er få innvandrere blant de eldre, vil innvandrernes andel av spesialisthelsetjenestene som ble utført for *alle* aldersgrupper samlet nærmest «automatisk» bli mindre enn deres befolkningsandel.

Et mer realistisk inntrykk av innvandrernes andel av spesialisthelsetjenestene får en derfor ved å se på tallene separat for hver aldersgruppe, som også er vist i tabell 8.1. Men også her er bildet entydig: Innvandrerbefolkningen har et *mindre* forbruk av spesialisthelsetjenestene enn andelen av befolkningen og av personårene skulle tilsi. Det er bare et par unntak fra dette, nemlig for polikliniske kontakter i psykisk helsevern for de to aldersgruppene over 50 år, og innleggelser i psykisk helsevern for aldersgruppen 70 år og mer. Innvandrerbefolkningens andel av de *somatiske* spesialisthelsetjenestene er lavere enn deres andel av personårene i alle aldersgrupper, og innvandreres

andel av spesialisttjenestene i *psykisk helsevern* er klart lavere enn deres andel av personårene for aldersgruppene under 50 år.

En sammenfattende konklusjon er derfor at i årene 2008–2011 sto innvandrerne for en uforholdsmessig *liten* del av forbruket av spesialisthelsetjenester i Norge.

En slik konklusjon kan imidlertid nyanseres.

For eksempel: Jevnt over vil nyankomne innvandrere, særlig arbeidsinnvandrere, ha relativt god helse og lite helsetjenestebruk (Spallek et al., 2011; Elstad et al., 2015; Diaz et al., 2015a). I 2008 var det mange «nye» innvandrere i Norge. Hele 44 prosent av innvandrerne registrert i Folkeregisteret pr. 1. januar 2008, alder 20–69 år, hadde faktisk kommet i løpet av de siste åtte årene, dvs. etter tusenårsskiftet. Mange av de som kom de siste årene før 2008 var arbeidsinnvandrere fra østlige deler av Europa, og de har hatt et relativt lavt forbruk av helsetjenester – det er vist i tidligere kapitler i denne rapporten. Med en annen sammensetning av innvandrerne *kunne* deres bruk av spesialisthelsetjenester lett ha blitt annerledes.

Vi kan heller ikke se bort fra at innvandrere fra nærliggende land (for eksempel Norden, Polen, Baltikum, Tyskland) kan velge å oppsøke helsetjenestene i deres opprinnelige hjemland, noe som vil dempe etterspørselen etter spesialisthelsetjenester i Norge. Ikke bare innvandrere fra nærliggende europeiske land, men også mer langveisfarende innvandrere kan foretrekke utenlandske helsetjenester framfor de norske (Næss, 2015a).

Et annet forbehold: Om helsetilstanden forverres og etterspørselen etter helsetjenester øker raskere med økende alder blant innvandrere enn blant «ikke-innvandrere», ville forskjellene (og likhetene) i forbruket av helsetjenester bli annerledes. Hvordan innvandrernes helsetilstand vil utvikle seg over tid er imidlertid i stor grad ukjent.

Av relevans for dette spørsmålet er noen av funnene i Kapittel 7, om at lang botid i Norge henger sammen med at innvandrernes bruk av spesialisthelsetjenestene nærmer seg nivået i befolkningen uten innvandrerbakgrunn. Hvis dette vil skje, vil bruksmønsteret i innvandrerbefolkningen preges av to delvis motstridende trekk: For det første vil det over tid blir mer og mer like bruksrater mellom innvandrere som har vært bosatt lenge i Norge og de «innfødte» uten innvandrerbakgrunn. På den annen side vil hver ny «runde»

med innvandring kunne gi forskjeller «begge veier» i bruken av helsetjenester mellom innvandrere og de uten innvandrerbakgrunn.

Med andre ord: Bildet vi ser i tabell 8.1 kan endre seg over tid, men hvordan vet vi ikke sikkert – det vil rett og slett vise seg i løpet av de kommende tiårene.

8.2 Hvorfor har innvandrerbefolkningen et lavere forbruk?

Om en minoritet (som innvandrerne er i Norge) har et relativt lavt forbruk av viktige velferdstjenester som barnehager, høyere utdanning eller helsetjenester, må en reise spørsmålet om det er urimelige barrierer og hindringer som ligger bak.

Om minoritetens relativt lave forbruk av helsetjenester skyldes færre helseproblemer, er det selvsagt ikke bekymringsverdig. Men kan det være annet som ligger bak den generelle tendensen til relativt lavt forbruk av spesialisthelsetjenester blant innvandrere, totalt sett?

Er det for eksempel noe som vanskeliggjør tilgangen til relevante helse-tjenester, som uvitenhet om «systemet», for høye egenandeler i forhold til minoritetenes økonomiske ressurser, vanskene med å uttrykke seg på et fremmed språk (Goth og Berg, 2011), oppfatninger om at helsepersonellet vil neglisjere hva de sier om sine helseplager, eller manglende tillit til det norske helsevesenet (Lien et al., 2008; Næss, 2015a).

Slike spørsmål kan ikke studeres nærmere i denne rapporten, ettersom vi ikke har data som er egnet for å belyse slike prosesser. Men umiddelbart synes det lite sannsynlig at direkte *utestengning* er viktig for å forklare innvandrernes forbruksnivå av spesialisthelsetjenester.

Slik utestengning kan riktignok ta mange former, via økonomiske begrensninger, rutiner, diskriminerende holdninger, mv. Resultatet vil som regel være at de mer vanskeligstilte minoritetene – typisk grupper som er lite integrert og som karakteriseres av dårligere levestandard, kulturell distanse og språkvansker – vil være spesielt utsatt for åpne eller skjulte utestengingsprosesser.

Et generelt funn i denne rapporten er imidlertid at relativt lav bruk av spesialisthelsetjenester ikke er spesielt typisk for de delene av innvandrerbefolkningen som vi vil anta er særlig vanskeligstilte minoriteter. Ofte er det innvandrerne fra nærliggende land (typisk Polen, Vest-Europa) som har et

relativt lavt forbruk av spesialisttjenestene. På den annen side har enkelte innvandrergupper som trolig ofte møter motbør i det norske samfunnet, for eksempel i form av diskriminering på arbeidsmarkedet (Birkelund et al., 2014), et relativt *høyt* forbruk av spesialisthelsetjenestene – riktignok først og fremst de somatiske spesialisthelsetjenestene.

Slik sett sannsynliggjør ikke resultatene i denne rapporten at spesialisthelsetjenestene har en systematisk tendens til å skyve innvandrere vekk. At noen har møtt på diskriminering, er selvsagt. Undersøkelser tyder imidlertid på at dette ikke dominerer i hvordan innvandrere opplever helsevesenet. I en survey blant ti ikke-vestlige innvandrergupper i Norge svarte om lag 80 prosent at de trodde de ville få samme behandling som «en norsk pasient» (to prosent mente de ville få bedre behandling), mens andelen som mente de hadde opplevd dårlig behandling fra helsepersonell på grunn av sin innvandrerstatus ikke var høyere enn sju prosent (Tronstad, 2009).

8.3 Særtrekk ved enkelte innvandrergupperes spesialisthelsetjenestebruk

Befolkningen *uten* innvandrerbakgrunn – de med minst én forelder med bakgrunn fra Norge – er selvsagt ingen homogen gruppe. Vi kan likevel si at de «innfødte» har en framherskende profil i hvordan spesialisthelsetjenestene blir brukt. Det kan ha interesse å plassere innvandrerbefolkningens bruk *i forhold til* bruksnivået blant dem med landbakgrunn Norge – de som er uten innvandrerbakgrunn. Dette kan være nyttig for eksempel om vi ønsker å predikere etterspørselen etter spesialisttjenestene, eller om vi vil vite mer om enkelte grupper særlig ofte rammes av forebyggbare helseproblemer.

Samtidig må vi vokte oss for en overflatisk normativ bedømmelse av forskjeller mellom innvandreres og de norskfødtes helsetjenestebruk, av typen «relativt lavt forbruk skyldes kunnskapsmangler og ‘health illiteracy’» eller «et relativt høyt forbruk skyldes helseskadelig livsstil og signaliserer et kritikkverdigg overforbruk». Grunnene bak forskjeller i helsetjenestebruk er ofte diffuse og langt på vei ukjente.

Bruken av helsetjenester i Norge har vokst fram over mange tiår, påvirket av hvordan helsevesenet har vært organisert, hvilke ressurser som helsevesenet har hatt, den teknologiske og medisinske utviklingen og av hvilke helseplager

befolkningen har. «Portvakt»-rollen for allmennlegene (fastlegene) – som vi har diskutert tidligere (avsnitt 1.2) – innebærer at mekanismene som styrer etterspørselen etter spesialisthelsetjenester er annerledes i Norge enn i mange andre land. I Norge vil det være leger og andre autoriserte helsepersonellgrupper som i stor grad bestemmer både om konsultasjoner med spesialister skal bli foretatt og om hvordan forløpet av en «pasientkarriere» innen spesialisthelsetjenesten utspiller seg. Tross slike formelle reguleringer kan det selvsagt også skje at pasientene påvirker legenes beslutninger, slik at en ikke kan karakterisere forbruket av spesialisthelsetjenester som *kun* legestyrt.

Forskjellene i bruk av helsetjenester i Norge kan også sees i lys av at slike bruksforskjeller er et svært allment og utbredt fenomen. Også blant europeiske land, for eksempel, finnes påfallende ulikheter i helsetjenestebruk, for eksempel i hvor ofte folk går til lege. I 2010 var gjennomsnittlig antall doktorbesøk pr. innbygger pr. år 11,7 i Ungarn, 8,9 i Tyskland, 6,6 i Nederland, 5,2 i Norge, 2,9 i Sverige og 2,1 på Kypros (OECD, 2012: 71). På grunn av ulikheter i tradisjoner og vaner når det gjelder helsetjenestebruk, vil det ikke være overraskende om innvandrergupper – i det minste i en del år etter ankomsten – har andre bruksmønstre enn de med norsk bakgrunn. Dessuten spiller selvsagt helseproblemene og typiske sykdomsmønstre inn, selv om en kanskje ikke bør overvurdere hvor mye det reelt sett er den «objektive» sykkeligheten som til syvende og sist bestemmer etterspørselen etter spesialisthelsetjenester.

Disse bemerkningene gjør at en bør være forbeholden med evaluerende utsagn. I det følgende prøver vi likevel å karakterisere kort noen særtrekk ved enkelte innvandrergruppers bruk av spesialisthelsetjenestene, *i forhold til* de med landbakgrunn Norge.

8.3.1 NORDISKE INNVANDRERE

Nesten hver åttende innvandrere i Norge 1. januar 2008 (53.000 av vel 425.000) var fra et nordisk land. Nordisk innvandring er dels et gammelt fenomen – en tradisjonell utveksling mellom nærstående befolkninger – men allerede i 2008 hadde en særegen arbeidsinnvandring fra Sverige begynt. Halvparten av de nordiske innvandrerne var i aldersgruppen 20–49 år, noe som vitner om innslaget av arbeidssøkere. Generelt var spesialisthelsetjenestebruken blant nordiske innvandrere temmelig lik nivået blant de «innfødte», og

fordelingen av diagnoser var likeartet, noe som ikke overrasker siden de nordiske befolkningene har mange fellestrekk. De små forskjellene går typisk i retning av *lavere* bruk av spesialisthelsetjenester enn blant «ikke-innvandrerne», særlig for psykisk helsevern. For de eldre, derimot, var det ganske marginale ulikheter mellom de med bakgrunn fra Norge og de nordiske innvandrerne.

8.3.2 VEST-EUROPEISKE OG VESTLIGE INNVANDRERE

De vest-europeiske og «oversjøiske» vestlige innvandrere (de sistnevnte var typisk fra USA, mer sjeldent fra Canada og Australia) likner de nordiske ved å være omtrent like mange i 2008 (vel 50.000) og ved at arbeidsinnvandring har vært utbredt. Unge voksne dominerer blant dem (omtrent halvparten var i alderen 20–49 år). Det som er sagt over om nordiske innvandreres helse-tjenestebruk, gjelder også i stor mon for innvandrerne fra Vest-Europa og andre vestlige land. Imidlertid: Vestlige innvandrerne ligger jevnt over enda lavere i bruksnivå enn de nordiske. Blant de eldre innvandrerne er de med nordisk eller vestlig bakgrunn i stort flertall, og de har stort sett et bruksnivå av spesialisthelsetjenester som er på linje med hvordan de eldre uten innvandrerbakgrunn bruker tjenestene.

8.3.3 ØST-EUROPA OG NYE EU-LAND

I 2008 var innvandrere fra land i de mer østlige delene av Europa blitt flere enn de nordiske innvandrerne (vel 60.000). Om lag 45 prosent av dem kom fra Polen, og i 2008 var antallet derfra ca. 28.000 (merk at dette var i 2008, men i årene deretter har tallet på innvandrere fra disse delene av Europa økt sterkt). Innvandringen fra Øst-Europa (her inkluderer vi også en del sentraleuropeiske land) er stort sett av ny dato, selv om en del kom for lenge siden, for eksempel flyktningene fra Ungarn på slutten av 1950-tallet. Nær 70 prosent av de øst-europeiske innvandrerne som var i Folkeregisteret pr. 1.januar 2008 hadde ankommet i perioden 2000–2007. I svært stor grad er dette arbeidsinnvandrere, men blant de vel 11.000 russiske innvandrerne var kvinneandelen stor. I 2008 var så mange som to av tre i denne innvandrergruppen i alderen 20–49 år. Innvandrerne fra disse delene av Europa og fra Polen i særdeleshet hadde generelt *liten* bruk av de spesialiserte helsetjenestene. For flere av tjenestene var de polske innvandrerne «på bunnen» av brukshyppighet, og deres bruksnivå var

stort sett lavere enn de vestlige innvandreres i samme aldersgrupper. Generelt er det særlig for psykisk helsevern at bruken blant innvandrere er lavere, og dette er særs tydelig for de polske innvandrerne. Også for nesten hver enkelt diagnosegruppe var bruksratene lavere blant de polske innvandrerne enn blant dem med norsk bakgrunn, men blant andre øst-europeiske grupper er bildet mer blandet. Det er ikke utenkelig at en del av de polske innvandrerne fortsetter å oppsøke polske helsetjenester selv når de er bosatt i Norge, slik at helsetjenestebruken reelt sett ikke er så lav som våre tall tyder på.

8.3.4 DET TIDLIGERE JUGOSLAVIA

Selv om arbeidsinnvandring fra Jugoslavia ikke var uvanlig allerede på 1970-tallet, skjedde innvandringen for de fleste (58 prosent) av innvandrerne i denne kategorien på 1990-tallet. Merk at det vi for enkelhets skyld kaller «Tidligere Jugoslavia» i rapporten bare inkluderer Serbia, Montenegro, Kosovo og Bosnia-Hercegovina, men ikke Kroatia, Slovenia og Makedonia. Utvilsomt var mange av disse innvandrerne flyktninger fra krigshandlingene på Balkan i forbindelse med Jugoslavias oppsplitting. Nær 30.000 av innvandrerne bosatt i Norge i 2008 var fra det tidligere Jugoslavia slik det er definert her. Til forskjell fra innvandrerne fra mange andre deler av Øst-Europa, var det ikke typisk for denne gruppen å ha relativt lavt forbruk av spesialisthelsetjenester. Bruksnivået av somatiske sykehustjenester blant de voksne (20–69 år) lå stort sett omkring nivået for dem med norsk bakgrunn, og noe høyere for noen typer tjenester. Kvinner i alderen 20–69 år fra Serbia/Kosovo/Montenegro hadde relativt ofte innleggelse ved somatiske sykehus, sammenlignet med kvinner uten innvandringsbakgrunn, særlig for hjerte- og karlidelser, svulster og uspesifiserte symptomer. Polikliniske kontakter i psykisk helsevern for voksne var også relativt hyppige blant disse innvandrerne (klart høyere kontaktrater enn blant dem med landbakgrunn Norge). Blant barna i denne gruppen var bruken av somatiske sykehustjenester om lag på det «norske» nivået, men kontaktene med psykisk helsevern for barn og unge var jevnt over sjeldnere enn blant barn og unge uten innvandrerbakgrunn.

8.3.5 AFRIKA OG SOMALIA

Ved starten av 2008 var det noe over 50.000 innvandrere i Norge med bakgrunn fra Afrika. Vel 20.000 av dem kom fra Somalia, mens de andre 30.000 kom fra mange forskjellige land. En del er arbeidsinnvandrere fra nordafrikanske land som kom allerede på 1970- og 1980-tallet, men svært mange er flyktninger og asylsøkere på grunn av borgerkriger og utrygghet på Afrikas Horn, i Somalia, Eritrea og i en del andre land. Mange har ankommet etter tusenårsskiftet. I denne innvandrerguppen er det svært få eldre (1. januar 2008 var det bare 88 personer alder 70 år og mer med bakgrunn Somalia). På den annen side er det relativt mange barn og unge – blant alle innbyggerne med somalisk bakgrunn var nesten halvparten (47 prosent) under 20 år på begynnelsen av 2008.

Sammenlignet med de uten innvandringsbakgrunn, har de voksne i denne gruppen et relativt høyt bruksnivå av somatiske sykehustjenester, ofte klart høyere enn blant dem uten innvandrerbakgrunn. For menn gjelder dette imidlertid bare polikliniske kontakter ved sykehusene, men for kvinnene fra Afrika er et relativt høyt bruksnivå tydelig både for polikliniske kontakter, innleggelser og liggedager. Mennene har også relativt mye kontakter med psykisk helsevern, mens et påfallende mønster er det *lave* forbruket av psykisk helseverntjenester blant kvinnene med somalisk bakgrunn.

Hvorfor har afrikanske kvinner så høyt forbruk av somatiske sykehustjenester? Voksne kvinner med bakgrunn fra Somalia, for eksempel, hadde 244 sykehusinnleggelser pr. 1000 personår, mot 174 pr. 1000 personår for kvinner uten innvandringsbakgrunn. Informasjonen om årsakene til innleggelsene tyder på at det meste av forskjellen på 70 innleggelser pr. 1000 personår er relatert til graviditeter og fødsler. Sammenlagt for de to årsakskategoriene *Sykdommer i svangerskap/barsel* og *Faktorer av betydning for helsetilstand/ helse-tjeneste*, en sammensatt kategori som inkluderer vanlige fødsler uten komplikasjoner, hadde kvinner med somalisk bakgrunn om lag 60 flere innleggelser pr. 1000 personår enn kvinnene uten innvandrerbakgrunn. For sykehusopphold for andre typer sykdommer og helseplager var det bare små forskjeller i bruksrater mellom kvinner med landbakgrunn Norge og kvinnene med somalisk bakgrunn. Kvinnene fra Somalia hadde for øvrig markert lavere innleggelsesrater for svulster.

Menn med somalisk bakgrunn hadde innleggelsesrater ved somatiske sykehus på omtrent samme nivå som de uten innvandrerbakgrunn, men deres kontaktrate for polikliniske konsultasjoner (1362 pr. 1000 personår, aldersjustert) var markant høyere enn den tilsvarende kontaktraten for menn med bakgrunn Norge (som var 982). Forskjellen skyldes helt og holdent den sammensatte og vanskelig tolkbare årsakskategorien *Faktorer av betydning for helsetilstand og helsetjeneste*. Hyppigheten av polikliniske kontakter i de somatiske sykehusene kan kanskje skyldes at de kommer med uklare og vage symptomer som er vanskelig å diagnostisere? For andre årsaksgrupper hadde ikke menn med bakgrunn fra Somalia særskilt høye polikliniske kontaktrater – og de hadde færre kontakter for svulster.

Også blant barn med afrikansk bakgrunn i alderen 0–9 år var kontaktratene ved somatiske sykehus relativt høye, men for unge i alderen 10–19 år med afrikansk bakgrunn var de somatiske kontaktratene omtrent på samme nivå som for ungdommer uten innvandrerbakgrunn. Barn og unge med somalisk bakgrunn hadde uvanlig *lavt* forbruk av tjenestene i psykisk helsevern (lavere enn noen av gruppene analysert her), mens barn og unge fra andre deler av Afrika hadde et forbruk av psykisk helsevern-tjenester omtrent på nivået med barn og unge uten innvandrerbakgrunn.

8.3.6 TYRKIA, IRAK, IRAN

De om lag 50.000 innvandrere fra Tyrkia, Irak og Iran kommer fra land som grenser mot hverandre, men landene er ulike og grunnene til utvandring og innvandring til Norge var ofte forskjellige. Et hovedmønster er at tyrkiske arbeidsinnvandrere kom allerede før 1980, iranske flyktninger og asylsøkere ankom på 1980-tallet, mens irakere i stor grad er flyktninger og asylsøkere som kom på 2000-tallet. Bruksmønsteret varierer. Voksne med bakgrunn fra Tyrkia hadde et forbruk av somatiske sykehustjenester på nivå med, eller ofte litt under, nivået blant dem uten innvandrerbakgrunn. Både kvinner og menn med bakgrunn fra Irak eller Iran, derimot, hadde jevnt over et relativt høyt forbruk av somatiske sykehustjenester – i hvert fall for polikliniske kontakter og for sykehusinnleggelses (men ikke for antallet liggedager). Diagnoseoversiktene tyder ikke på at det er et særskilt sett av diagnoser som ligger bak det noe høyere bruksnivået av somatiske tjenester blant «irakere» og «iranere», men

hjerter- og karlidelser, uspesifiserte symptomer og endokrine lidelser (og, for irakiske kvinner, tilstander knyttet til svangerskap og fødsler) er medvirkende.

Et spesielt påfallende særtrekk er at både iranske kvinner og iranske menn har et uvanlig høyt antall polikliniske kontakter i *psykisk helsevern*. Også irakiske og dels tyrkiske menn har relativt mange kontakter i psykisk helsevern, men kvinnene med bakgrunn fra Irak og Tyrkia hadde lavere kontaktrater i psykisk helsevern enn kvinnene med landbakgrunn Norge.

Andelen barn og unge blant innvandrerne fra Irak var høy (43 prosent i 2008). Også barna 0–9 år med irakisk og iransk bakgrunn har relativt høye kontaktrater ved somatiske sykehus, men blant unge (10–19 år) med bakgrunn Iran eller Irak er de somatiske kontaktratene heller litt lavere enn blant ungdommer med bakgrunn fra Norge. Også kontaktratene i psykisk helsevern for barn og unge fra Irak og Iran er lavere enn for barn og unge med bakgrunn Norge.

8.3.7 PAKISTAN, SRI LANKA

Om lag 25.000 med pakistansk bakgrunn og 13.000 med srilankesisk bakgrunn var registrert blant de bosatte i starten av 2008. I begge grupper var det mange med lang botid i Norge (om lag 60 prosent av de voksne innvandet før 1990), og i begge grupper var om lag 40 prosent under 20 år i 2008.

Blant voksne fra Pakistan, begge kjønn, var forbruket av somatiske spesialisthelsetjenester stort sett høyere enn for noen annen gruppe. Et høyt forbruk gjelder også i noen grad for menn fra Sri Lanka, men ikke for sykehusinnleggelse blant srilankesiske kvinner.

Det relativt høye forbruket av somatiske sykehustjenester både blant kvinner og menn med bakgrunn Pakistan ser ut til å være knyttet til en rekke ulike diagnosegrupper, der særskilt hjerte- og karlidelser og enda mer endokrine lidelser bidrar (her er diabetes klassifisert), og dessuten uspesifiserte symptomer og (for kvinner) graviditeter og fødsler. Som for mange andre «utenom-europeiske» innvandrergrupper, er kontaktratene for svulster lavere enn for dem uten innvandrerbakgrunn. Srilankeserne har et bruksmønster av somatiske sykehustjenester som likner det «pakistanske», men i mindre grad har srilankeserne forholdsvis høye bruksrater. Kvinner med bakgrunn Pakistan eller Sri Lanka er relativt sjeldne pasienter ved psykisk helsevern for voksne,

mens voksne menn med pakistansk bakgrunn har flere polikliniske psykisk helsevern-kontakter enn menn uten innvandrerbakgrunn. Også barn 0–9 år med pakistansk bakgrunn har relativt høy bruk av somatiske sykehustjenester, høyere enn barn uten innvandringsbakgrunn, i særdeleshet for tallet på polikliniske kontakter. Disse forskjeller er imidlertid stort sett fraværende for somatiske sykehustjenester blant de som er i aldersgruppen 10–19 år. Bruken av psykisk helsevern for barn og unge er påfallende *lav* blant dem med pakistansk bakgrunn.

8.3.8 VIETNAM OG ANDRE ASIATISKE LAND

Over 70.000 av innvandrerne ved starten av 2008 hadde asiatisk bakgrunn utenom de landene som allerede er nevnt (dvs. utenom Tyrkia, Pakistan, Sri Lanka, Iran, Irak). En fjerdedel av dem hadde vietnamesisk bakgrunn. Dette er en av de «eldre» innvandrergruppene i Norge – omkring halvparten av de voksne blant «vietnameserne» ankom på 1980-tallet, ofte som flyktninger etter USAs krigføring og de påfølgende konfliktene i Vietnam etter 1975.

Generelt har denne gruppen et *lavt* bruksnivå av somatiske sykehustjenester, spesielt når det gjelder innleggelser og liggedager, men ikke spesielt lite polikliniske kontakter. Når det gjelder døgnopphold ved somatiske sykehus blant voksne 20–69 år (samlet for menn og kvinner), er det *ingen* gruppe analysert i denne rapporten som hadde lavere innleggelsesrater enn de med landbakgrunn Vietnam. Nivået for sykehusinnleggelser blant voksne med norsk bakgrunn er omtrent 40 prosent høyere enn nivået blant «vietnameserne». Også kontaktratene i psykisk helsevern for voksne er svært lave for kvinner og også lave for menn med bakgrunn Vietnam, men på det «norske» nivået for menn med annen asiatisk bakgrunn.

For barn og unge i denne innvandrergruppen er det også markert lavere bruksrater enn blant barn og unge med landbakgrunn Norge, både for somatiske sykehustjenester og for psykisk helsevern for barn og unge.

Generelt har altså denne innvandrergruppen markert lavere bruksrater enn de uten innvandrerbakgrunn i nær sagt alle deler av spesialisthelsetjenesten. Forbruksnivået er også ofte lavere enn blant andre «lavbruksgrupper» som de øst- og vest-europeiske innvandrerne. Tallene for diagnosegruppene i somatiske sykehuskontakter for dem med vietnamesisk bakgrunn,

gir inntrykk av lave rater for de fleste typer lidelser, inkludert hjerte- og karlidelser, svulster og endokrine lidelser. For de mer ubestemte diagnosekategoriene (uspesifiserte symptomer og *Faktorer vedr. helsetilstand*, for eksempel) og for polikliniske kontakter for infeksjonssykdommer er imidlertid bruksratene ikke spesielt lave, og til dels litt høyere enn for dem uten innvandringsbakgrunn.

8.3.9 LATIN-AMERIKA OG OCEANIA

Innvandrere fra Latin-Amerika og «utenomvestlige» deler av Oceania er en relativt liten gruppe (om lag 15.000 i 2008). Bortimot halvparten av dem har bakgrunn fra Chile. Bruken av somatiske sykehustjenester blant voksne synes omtrent på nivå med, eller litt høyere enn, nivået blant dem med norsk bakgrunn. Generelt synes det likevel som om denne gruppen i liten grad avviker fra nivået blant dem med landbakgrunn Norge.

8.4 Reflekterer bruksratene sykdomspanoramaet blant innvanderne?

Utvilsomt vil bruksratene for spesialisthelsetjenester formes av sykdomspanorama og helseproblemer blant de forskjellige innvandrergruppene – akkurat som blant dem med norsk bakgrunn.

Det er likevel sannsynlig at mange andre forhold spiller inn på hvordan diagnosemønsteret framtrer blant pasientene i spesialisthelsetjenesten. Det vil alltid være en prosess som går forut for møtet med spesialisthelsetjenesten (bortsett fra de mer spesielle akutte tilfellene). Den kommende pasienten eller hans/hennes familie må ofte selv ta initiativ for å oppsøke primærhelsetjenestene, typisk fastlegene. For en del typer svekket helse, for eksempel en del psykiske plager, kan det gå lang tid før helsetjenester blir oppsøkt – for en del slike lidelser vil den som er rammet kanskje aldri komme i kontakt med spesialisthelsetjenesten.

Uansett er det sannsynlig at bruksmønsteret vi har beskrevet, reflekterer i det minste en del viktige sider ved forskjellige innvandrergruppers helsepanorama og helseatferd.

Et velkjent funn i «innvandrers helse» i Europa er den relativt høye forekomsten av diabetes og relaterte lidelser blant innvandrere fra Sørøst-Asia og nærliggende land (Jenum et al., 2012; Wandell et al., 2010; Tran et al., 2011;

Kumar et al., 2005; Kumar et al., 2009). Ikke sjelden vil diabetesforekomsten henge sammen med nivået for hjerte- og karsykdommer. Dette ser vi også tegn til i vårt materiale, i form av relativt høyt forbruk av somatiske sykehustjenester for endokrine lidelser (som inkluderer diabetes) og til dels hjerte- og karsykdommer blant menn og særlig blant kvinner fra Sri Lanka, Pakistan, Tyrkia og Irak.

Et gjennomgående trekk er at praktisk talt *alle* innvandrergupper fra Afrika og Asia har *lave* kontaktrater for svulster (kreftsykdommer). For denne typen lidelser skjer konsultasjoner og innleggelser blant de «innfødte» uten innvandrerbakgrunn hyppigere enn for nesten alle andre grupper. Bruksnivået for kreftsykdommer er også høyt blant vestlige og enkelte øst-europeiske innvandrere, men markert lavere blant dem med bakgrunn fra Afrika og Asia.

Flere grunner til dette kan tenkes, for eksempel at forekomsten av kreftsykdommer i disse gruppene ikke kommer riktig fram i vår undersøkelse siden de afrikanske og asiatiske innvandrerne ofte er blant de yngre voksne. En annen mulighet er at risiko for kreft faktisk er lavere blant disse innvandrerne, eller at svulster forblir uoppdagete på grunn av manglende undersøkelser og deltakelse i screening (Abdullahi et al., 2009; Zackrisson et al., 2004).

Et annet gjennomgående trekk er at de fleste (men ikke alle) innvandrergupper synes å ha relativt lite å gjøre med psykisk helsevern. Mer anekdotiske observasjoner har antydnet høy grad av bruk av psykisk helsevern blant innvandrere, noe tidligere studier ikke har kunnet bekrefte (Berg og Johnsen, 2004). Generelt finner også vi stort sett lavere bruk av psykisk helsevern blant innvandrere, men det er flere unntak. Blant innvandrergupper med *mye* bruk av psykisk helsevern er de med bakgrunn Iran i en slags særstilling: Her er kontaktflaten med psykisk helsevern uvanlig stor. Også menn fra Irak, Somalia og Resten av Afrika, og dessuten det tidligere Jugoslavia og Tyrkia, har høyere tall for kontakter med psykisk helsevern for voksne enn de uten innvandrerbakgrunn. Blant voksne kvinner er det imidlertid bare dem med bakgrunn fra Iran, Latin-Amerika og det tidligere Jugoslavia som har høyere rater enn kvinner med landbakgrunn Norge, mens vestlige og øst-europeiske innvandrere ellers har lav bruk.

Det finnes flere tenkbare forklaringer på slike mønstre, uten at de kan granskes her. Det er på den ene siden mulig at åpenhet og aksept av psykiske

plager er blitt ganske høy i den «offisielle» norske helsekulturen. I mange land er psykiske lidelser i større grad forbundet med skam, og en prøver heller å ta tiltak for å skjule slike lidelser snarere enn å behandle dem. Dette er kanskje grunnen til at barn og unge i bare noen få innvandrergupper (typisk de med vestlig bakgrunn, men også unge med bakgrunn Resten av Afrika) har likeså høyt bruksnivå av psykisk helsevern-tjenester som barn og unge uten innvandrerbakgrunn.

På den annen side ser vi også høye konsultasjonsrater i psykisk helsevern for voksne blant en del av innvandrerguppene, typisk blant mennene. Innvandrerne fra disse landene er ofte flyktninger og asylsøkere. Det er selvsagt mulig at flyktning-erfaringene er en vesentlig kilde til psykisk uhelse (Hollander et al., 2013; Thapa et al., 2007). Mange forhold kan imidlertid betinge denne sammenhengen – merk at også de vietnamesiske innvandrerne ofte var flyktninger i årene rundt 1980, men blant dem er ikke psykisk helsevern mye brukt.

Et påtakelig funn er imidlertid at mens det typiske i vestlige land er at kvinner har større forekomst av (lettere) psykiske plager enn menn, har «våre» voksne innvandrerkvinner med bakgrunn fra afrikanske og asiatiske land *alltid lavere* polikliniske konsultasjonsrater i psykisk helsevern enn menn med samme landbakgrunn. Dette mønsteret kan skyldes skam og motstand i en del kulturer mot at koner eller døtre kommer i kontakt med slike tjenester (Næss, 2015b)? Andre undersøkelser tyder ellers på at psykiske plager er forholdsvis vanlige blant innvandrerkvinner, spesielt blant dem fra ikke-vestlige land (Blom, 2008; Kumar, 2008).

Sist kan vi legge til at forhold knyttet til fødsler og graviditet er en relativt vanlig grunn for sykehusopphold blant voksne (men ikke eldre) kvinner. Slike innleggelser er jo bare sykdomsrelatert om graviditeten og fødslene har unormale og helsetruende sider. Enkelte innvandrergupper har relativt høye fødselstall. Dette er åpenbart en del av bakgrunnen for relativt mange innleggelser ved sykehus for kvinner fra Somalia, Pakistan og Irak. Vanlige fødsler skal klassifiseres som *Faktorer med betydning for helsetilstand/ helsetjeneste....* Kvinner med bakgrunn fra Somalia, Irak og Pakistan (og til dels fra Resten av Afrika) har relativt høye innleggelsesrater for denne «årsaken», og den forklarer

mye av forskjellen i antallet sykehusopphold mellom disse kvinnene og kvinner med bakgrunn fra Norge.

8.5 Sammenligninger med andre studier av innvandrernes helsetjenestebruk

Så langt vi kjenner til, er det ikke gjort noen tilsvarende omfattende kartlegging av innvandrernes spesialisthelsetjenestebruk i Norge som den vi har foretatt her. Utenlandske studier av samme tema finnes, men de behandler ofte helt andre typer innvandrerbefolkninger (Nørredam et al., 2010).

Følgelig kan vi ikke se våre funn i lys av sammenlignbare norske studier. Imidlertid finnes det betydelig mer materiale i Norge om bruken av primærhelsetjenester blant innvandrere, og dessuten en del om bruken av legevaktstjenester. Også her er bildet sammensatt (Lunde og Texmon, 2013; Diaz et al., 2015a; Diaz et al., 2014a; Diaz og Kumar, 2014; Sandvik et al., 2012; Goth et al., 2014; Straiton et al., 2014). Generelt, når en ser alle innvandrere og alle aldersgrupper under ett, er innvandrernes bruksnivå av primærhelsetjenester lavere enn bruksnivået blant dem uten innvandrerbakgrunn, men det er mange typer variasjoner, og enkelte innvandrergrupper har relativt hyppig bruk av primærlegetjenester.

En del av forskjellene angående bruken av primærhelsetjenester har parallelle trekk til hva vi har funnet: Arbeidsinnvandrere har lite helse-tjenestebruk, mens flyktninger synes å ha høyere bruksnivåer. Dette faller selvsagt også sammen med landbakgrunn. Arbeidsinnvandring er hovedgrunnen til innvandring både fra vestlige land og fra de fleste øst-europeiske områdene, og innvandrere herfra er ofte «lavbrukere» av primærhelsetjenester. Enkelte innvandrergrupper har både mye bruk av fastleger og av legevaktstjenester (Diaz et al., 2014a). I enkelte land uten et godt utviklet allmennlegesystem vil det være tradisjoner for å oppsøke legevakt når det føles nødvendig. Men det er mange typer variasjoner. Akkurat som vi finner for spesialisthelsetjenestene, tyder studiene av bruk av primærhelsetjenester at enkelte innvandrergrupper fra asiatiske land, i særdeleshet de med vietnamesisk bakgrunn, har påfallende lav bruk.

8.6 Avsluttende bemerkninger – videre studier

Denne undersøkelsen har foretatt hva som for det meste er *statistiske beskrivelser* av pasientsammensetning og bruksrater i spesialisthelsetjenestene, blant innbyggere med norsk bakgrunn og innvandrere med 20 typer ulik landbakgrunn.

På den ene siden er rapporten vår et nybrottsarbeid, ettersom noe tilsvarende ikke har vært utarbeidet tidligere i Norge. Men som det framgår av denne rapporten, er det et langt steg fra å beskrive likheter og ulikheter i de statistiske mønstrene mellom ulike befolkningskategorier, til å forklare og forstå slike mønstre. Vårt datamateriale gir en del muligheter for å gå videre med slike problemstillinger, men i denne rapporten har vi ikke muligheter for det. Mer inngående statistiske analyser av materialet vårt er mulig, og dessuten vil andre typer data – kvalitative intervjuundersøkelser, mer omfattende surveystudier, og kanskje rene medisinske screeningundersøkelser, for eksempel – være til hjelp for å gå dypere inn i problematikken. Siden innvandrerandelen i den norske befolkningen allerede er betydelig og dessuten vil øke i kommende år, vil innvandreres helse og helsetjenestebruk utvilsomt være et viktig helsepolitisk spørsmål og et viktig forskningstema i kommende år.

Summary

Use of hospitals and other specialized medical services among immigrants and non-immigrants in Norway

Introduction

In 1990, about 4 percent of the population in Norway were immigrants, defined as foreign-born with foreign-born parents. In 2014, this proportion had increased to about 12 percent.

The declared ambition of Norwegian health care is that all parts of the population should have equal access to high-quality health care. The rapidly rising immigrant population could be a challenge for the health services, but immigration is also an asset for the health sector. Many employees in the health care services, at all levels, have an immigrant background. Accordingly, immigration is both a challenge and a problem-solver for the health care system.

The topic of this report is the use of specialist health services in Norway. These services are basically tax-funded and provided by state-owned hospitals and other public health care institutions. In principle, all registered citizens have a state-administered, universal, health insurance meant to cover the major parts of the costs of medical treatment. Although some user fees (co-payments) apply for consultations with physician specialists, it is generally believed that financial barriers hindering access are modest, perhaps with the exception of the lowest income strata. No co-payments are required for hospital admissions, and exemption from co-payment in public health care is granted when the patient's yearly outlays have reached a certain ceiling.

In the report, we describe the country background of the patients, and we study to what extent immigrants' use of the specialized health services is proportional to their share of the population. We also analyze whether some immigrant categories are relatively frequent or relatively infrequent patients, and we describe main reasons for consultations and treatments.

Two key branches of the Norwegian specialist health services are examined: *Somatic hospitals* and *mental health services*. Besides regular hospital

admissions for overnight stays and treatment, an important part of the activities of somatic hospitals are outpatient contacts, diagnostics, and day treatment and surgery. We also describe contacts with the mental health care sections of the specialized health services, which can be divided into mental health care for adults (PHV) and for children and young people (PHBU/BUP).

The particular characteristics of how public health services are organized in Norway should be acknowledged. GP services (general medical practice) in Norway is organized via a patient-list system. Practically all inhabitants (about 98 per cent) are registered with a Regular General Practitioner. Ordinarily, utilization of specialist health care requires a referral from the patient's GPs, who function as "gate keepers" regulating access to specialist medical services. Normally, patients cannot seek public specialist health care solely at their own will, and utilization of specialist health care will mostly be determined by authorized physicians.

Data

The report is based on materials constructed by combining two register data sets. Statistics Norway has provided information about all inhabitants residing in Norway as of January 1, 2008. From the Norwegian Patient Register, information about all contacts and admissions in somatic hospitals and in specialized mental health care has been obtained, for four years from January 1, 2008 to December 31, 2011. The two data sets have been linked, using the unique personal identification number attached to all registered inhabitants. All person-identification information has been removed from the data before made available for research.

The data material is large. It encompasses 4.7 million individuals, all ages, who had, during the four years of observation, around 19 million outpatient consultations and 3 million admissions in somatic hospitals. Also, about 9.5 million outpatient contacts and 280,000 admissions (overnight stays) in mental health care institutions are analyzed.

At the start of 2008, the immigrant population numbered 425,000 and constituted 9.1 per cent of the total number of inhabitants in Norway. In this report, the immigrant population is defined as follows. Among adults, foreign-

born with two foreign-born parents are considered immigrants, while among the younger population (age 0-19), we include not only foreign-born but also Norwegian-born children with two immigrant parents. Using this definition, 9.1 per cent of the inhabitants aged 0-19 belonged to the immigrant population, while the percentage was 12.2 for those aged 20-49 and 6.0 per cent among those aged 50-69. Among the elderly (aged 70 +), only 3.2 per cent were immigrants.

The immigrant population was very diversified. Some 110,000 had a Nordic or Western origin, while about 90,000 came from East (and sometimes Central) European countries, 50,000 from Africa, and some 160,000 from Asian countries (including 25,000 with a Pakistani descent). Only about 15,000 had a Latin American background. Nearly 80,000 of around 1.2 million children and young people (age 0-19) had immigrant parents from Asian or African countries. Older immigrants, on the other hand, were primarily from Nordic or Western countries. Immigration from Nordic countries have occurred for many decades, but large parts of the 2008 immigrant population were relatively “new-comers”: Among those aged 20-69 in 2008, about 44 per cent had arrived during the 2000-2007 period.

Considerable immigration has also occurred since 2008, and the immigrant population as of 2015 is both much larger and differently composed than it was in 2008. In this report, only analyses of those registered as inhabitants in 2008 were possible, and health service utilization among later immigrants (and among those born in 2008 and later) could not be made.

Immigrants' proportion of contacts and admissions

Well above 90 per cent of all types of patient contacts in the specialist health services were for non-immigrant patients. Overall, immigrants constituted rather modest parts of the patient population, both in somatic and in mental health care. Among older patients, the proportion of immigrants was particularly low, but it was larger among younger adults, teenagers and children. In areas with a comparatively large immigrant population, the immigrant proportion of patients was of course higher. In the Oslo area, for example, every fifth admission in somatic hospitals among adults occurred for a patient with an immigrant background.

Overall lower utilization rates among immigrants

The distribution of patient contacts across immigrant and non-immigrant patients does not, however, indicate the frequency of use relative to the number from different country background and their age distributions. A larger part of the report analyzes age-adjusted utilization rates, i.e., number of contacts, hospital admissions, etc., per 1,000 personyears. The number of personyears were estimated by using data on deaths and emigration.

Overall, the immigrant population in total had a lower use of the specialized health services than their proportion in the entire population. The same holds good for their proportion of the overall personyears in the analyzed sample. This is illustrated in Summary Table 1, which compares the proportion of immigrants in the population with the proportion of the services they have received.

Summary Table 1 Immigrants' share (%) of the entire population, four age categories, and share (%) of three types of specialist health services 2008-2011.

Age category	0-19 years	20-49 years	50-69 years	70 years+	All
Immigrants' part (%) of the population January 1, 2008	9.1	12.2	6.0	3.2	9.1
Immigrants' part (%) of the specialist health services					
<i>Somatic hospitals</i>					
- admissions	7.7	11.5	5.3	2.9	6.7
- inpatient nights	8.1	11.0	5.0	2.8	5.7
<i>Mental health services</i>					
- outpatient contacts	6.1	9.6	7.0	3.8	7.7

Summary Table 1 shows for instance that among those aged 0-19 years in 2008, 9.1 per cent had an immigrant background, but their share of somatic hospital admissions in the years 2008-2011 was no more than 7.7 percent, and they received only 6.1 per cent of the outpatient contacts in specialized mental health care provided to this age category.

In conclusion, overall the rapid and comparative large immigration to Norway since the late 1990s has not implied a disproportionate increase in demand of specialist health services during the period studied by this report. Rather, it is the other way around: If immigrants had had age-adjusted utilization rates of specialist health services at the same level as non-

immigrants, larger resources in specialist health services had been required. It was in particular for mental health services that immigrants, overall, had comparatively low utilization rates.

Differences between different immigrant backgrounds

Both for considering preventative measures and for predicting future utilization rates, it will be of health policy interest to characterize the utilization patterns of different immigrant categories in comparison with typical utilization rates among non-immigrants. Generally, as stated above, the immigrant population of Norway in 2008 received somewhat less of the specialist health services than their population percentage would suggest, but there are many differences between immigrants with different country backgrounds.

THE NORDIC COUNTRIES, WESTERN EUROPE AND THE WESTERN COUNTRIES
Almost a quarter of the immigrants in 2008 had a background from *Nordic, Western European and other Western countries*. About two out of three older immigrants had this background. Practically all immigrants from these parts of the world came for work or for family reasons. By and large, there were many similarities in the utilization patterns of these immigrants and their “native” counterparts. The distribution of diagnoses also had many similarities. The comparatively small differences were in the direction of lower use among Nordic and Western immigrants.

EASTERN EUROPE

Some 60,000 of the immigrant population had their origin in *Eastern Europe*, many of them from *Poland*, and some from Central European countries. Most are fairly newly arrived migrant workers. Very few are old. Immigrants from these parts of Europe and from Poland in particular had in general rather low utilization rates. As to men’s outpatient (polyclinical) consultations in somatic hospitals, no other group had lower use than Polish immigrants. The use of mental health services for children and young people was also relatively low. A somewhat different pattern can be seen, however, among immigrants from the former *Yugoslavia*, who often had utilization rates in line with non-immigrants – or sometimes higher, as was the case for women from some Balkan countries. Outpatient mental health services for adults were also relatively frequently

used by those with a Balkan origin. Among the children, use of somatic hospital services was broadly at the "Norwegian" level, but they had fewer contacts with mental health care for children and youth.

AFRICA

Many of the approximately 50,000 immigrants of *African* origin came from *Somalia*. The proportion of refugees among them is large. Most are fairly young; almost half of those with a Somali descent were less than 20 years old. Mostly, these immigrants, especially those with a Somali background, had relatively high utilization rates of somatic hospital services, and this applies in particular for hospital admissions among Somali women. Somali men had comparatively high rates for contacts with the mental health services, while Somali women had remarkably few contacts with mental health care. The high rates of hospital admissions among women from Africa, especially from Somalia, were largely due to conditions related to pregnancy and childbirth. Often, diagnostic information about the contacts for those with an African background was unspecific. Both men and women from African had especially low contact rates for cancer diseases. Children and young people with an African background had relatively many contacts with somatic services, but little use of mental health services.

TURKEY, IRAQ, IRAN

In 2008, about one in eight immigrant had a background from *Turkey, Iraq* or *Iran*. Work was the typical reason from immigration from Turkey, while those from Iraq and Iran were often refugees. The Turkish immigrants had a slightly lower level of use of somatic specialist services than those with a Norwegian family background. Both women and men with a background from Iraq or Iran, however, had relatively many outpatient contacts and admissions to somatic hospitals. For the women from these countries, pregnancy and birth were part of the reason for relatively high utilization rates. Both Iranian women and men had an unusually high number of outpatient contacts in mental health care. Also Turkish and Iraqi adult men were relatively often patients in mental health care. Contact rates in mental health services among children and young people with an Iraqi or Iranian descent

were lower than for children and young people with a Norwegian family background, however.

PAKISTAN, SRI LANKA

About 25,000 with a *Pakistani* background and 13,000 with a *Sri Lanka* background were part of the immigrant population in 2008. Adults from Pakistan, both gender, had generally a higher use of somatic specialist health care than all other immigrant categories. Higher utilization rates were also to some extent typical for men from Sri Lanka, but not for hospital admissions among Sri Lanka women. The relatively high consumption of somatic hospital services among both women and men with Pakistani background was related to a number of different diagnostic groups, but in particular to cardiovascular and endocrine disorders (including diabetes), but also to unspecific symptoms and (for women) pregnancy and birth. Contacts for tumors, however, were lower than for non-immigrants. Those with a Sri Lanka background had utilization patterns similar to, or somewhat lower than, those with a Pakistani background. Women from Pakistan and Sri Lanka were rarely patients in the mental health services, while adult men from these countries had higher utilization of mental health services than non-immigrants. Also children 0-9 years of Pakistani background, but not youth aged 10-19, had relatively frequent use of somatic services, but low use of mental health services.

VIET NAM, OTHER ASIAN COUNTRIES NOT DESCRIBED ABOVE

Close to 20,000 in the 2008 immigrant population had a background from *Viet Nam*, and additionally 50,000 were from other countries in *Asia* not previously mentioned. In general, these immigrants had low utilization rates of somatic hospital services compared to non-immigrants, in particular as to hospital admissions, but somewhat less clear for outpatient (polyclinical) contacts. Admission rates to somatic hospitals among adults aged 20-69 (men and women together) were lower for Vietnamese immigrants than for any other category analyzed in this report. The level of hospital admissions among adults with a Norwegian background was about 40 percent higher than the level among the Vietnamese. Also contact rates in mental health services for adults were very low for women and also for men with Vietnamese descent. Children and young people in these immigrant groups had also marked lower

utilization rates than children and young people with a family background from Norway, both for somatic and for mental health services.

Concluding remarks

It is important to emphasize that the above outline of the utilization patterns of different immigrant categories should not lead to simplistic interpretations. We cannot say that a group with a relatively high consumption “over utilize”, or vice versa that groups with a relatively low use are “under-utilizers” suggesting illegitimate barriers to health care. This descriptive report cannot assess such interpretations, but only suggest that the observed patterns invite closer studies.

Differences in utilization rates may be due to many types of reasons. The immediate explanation is of course differences in *morbidity*. The equity principle in health care implies that different health conditions *should* lead to different utilization rates. If utilization differences are closely linked to health inequalities, utilization differences are legitimate.

But utilization differences could also be caused by less legitimate reasons. As mentioned in the introduction, use of specialist health services in Norway is by and large steered by GPs and also, when entering the specialist services, by hospital physicians. A patient would seldom be treated by the specialist health services without referral from his or her GP or by other authorized health care personnel. Referral patterns among GPs are therefore an important immediate precursor for utilization of specialist health services.

On the other hand: If a group of patients often find that they are not being taken seriously, they may be discouraged from seeking health care, and utilization rates may be low. Many other conditions, such as financial barriers constituting a hindrance for those with a poor economy, or geographical distances, may also be involved. A conspicuous overall result is that use of mental health services is often relatively low among immigrants. It could be that the openness about such illnesses in the Norwegian health culture is more absent in the health cultures of some immigrant groups. Another conspicuous result is that immigrant categories which supposedly fairly often experience social exclusion and discrimination, do not have particularly low, but often rather high utilization, of somatic specialist health services.

Referanser

- Aavitsland P og Nilsen Ø. (2001) HIV-infeksjon fra Afrika til Norge. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 121: 76-79.
- Abdullahi A, Copping J, Kessel A, et al. (2009) Cervical screening: Perceptions and barriers to uptake among Somali women in Camden. *Public Health* 123: 680-685.
- Abebe DS. (2010) Public health challenges of immigrants in Norway: a research review. *NAKMI report 2: 2010*. Oslo: Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse.
- Abrahamsen DR og Kjølvik J. (2013) Dobbling av innvandrersverv på fem år. Statistiske analyser 137. I: Ramm J (red) *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester* Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå, 55-62.
- Attanapola CT. (2013) Migration and Health. A literature review of the health of the immigrant populations in Norway. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning.
- Ayazi T og Bøgwald KP. (2008) Innvandreres bruk av poliklinisk psykiatrisk tjeneste. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 128: 162-165.
- Baglio G, Saunders C, Spinelli A, et al. (2010) Utilisation of Hospital Services in Italy: A Comparative Analysis of Immigrant and Italian citizens. *Journal of Immigrant and Minority Health* 12: 598-609.
- Bakken KS, Skjeldal OH og Stray-Pedersen B. (2015) Higher Risk for Adverse Obstetric Outcomes Among Immigrants of African and Asian Descent: A Comparison Study at a Low-Risk Maternity Hospital in Norway. *Birth-Issues in Perinatal Care* 42: 132-140.
- Berg JE. (2009) The level of non-Western immigrants' use of acute psychiatric care compared with ethnic Norwegians over an 8-year period. *Nordic journal of psychiatry* 63: 217-222.
- Berg JE og Johnsen E. (2004) [Are immigrants admitted to emergency psychiatric departments more often than ethnic Norwegians?]. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 124: 634-636.
- Birkelund GE, Rogstad J, Heggebø K, et al. (2014) Diskriminering i arbeidslivet - Resultater fra randomiserte felteksperiment i Oslo, Stavanger, Bergen og Trondheim. *Sosiologisk tidsskrift* 22: 352-382.

- Blom S. (2008) *Innvandrerers helse 2005/2006. Rapporter 2008:35*, Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Blom S. (2010) *Sosiale forskjeller i innvandrerers helse: Funn fra undersøkelsen Levekår blant innvandrere 2005/2006. Rapporter 47/2010*, Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Clench-Aas J. (2007) *Sosiodemografiske forskjeller i bruk og adgang til helsetjeneste i Norge – en kunnskapsoppsummering*, Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Danielsson N, Ericsson A, Eriksson M, et al. (2003) Hospitalization in Sweden of children born to immigrants. *Acta Paediatrica* 92: 228-232.
- Daugstad G. (2008) *Innvandring og innvandrere 2008. Statistiske analyser 103*, Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Diaz E, Calderon-Larranaga A, Prado-Torres A, et al. (2015a) How do immigrants use primary health care services? A register-based study in Norway. *European Journal of Public Health* 25: 72-78.
- Diaz E, Gimeno-Feliu LA, Calderon-Larranaga A, et al. (2014a) Frequent attenders in general practice and immigrant status in Norway: A nationwide cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 32: 232-240.
- Diaz E og Kumar BN. (2014) Differential utilization of primary health care services among older immigrants and Norwegians: a register-based comparative study in Norway. *BMC Health Services Research* 14.
- Diaz E, Kumar BN og Engedal K. (2015b) Immigrant patients with dementia and memory impairment in primary health care in Norway: a national registry study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 39: 321-331.
- Diaz E, Raza A, Sandvik H, et al. (2014b) Immigrant and native regular general practitioners in Norway. A comparative registry-based observational study. *European Journal of General Practice* 20: 93-99.
- Dzamarija MT. (2014) *Oversikt over personer med ulik grad av innvandringsbakgrunn. Rapporter 2014/16*, Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Elstad JI, Øverbye E og Dahl E. (2015) Prospective register-based study of the impact of immigration on educational inequalities in mortality in Norway. *BMC Public Health* 15.
- Eurostat. (2013) *Revision of the European Standard Population. Report of Eurostat's task force. 2013 edition*, Luxembourg: Publications Office of the European Union.

- Fassaert T, Hesselink AE og Verhoeff AP. (2009) Acculturation and use of health care services by Turkish and Moroccan migrants: a cross-sectional population-based study. *BMC Public Health* 9.
- Gerritsen AAM og Deville WL. (2009) Gender differences in health and health care utilisation in various ethnic groups in the Netherlands: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 9.
- Glaesmer H, Wittig U, Braehler E, et al. (2011) Health care utilization among first and second generation immigrants and native-born Germans: a population-based study in Germany. *International Journal of Public Health* 56: 541-548.
- Goth UGS og Berg JE. (2011) Migrant participation in Norwegian health care. A qualitative study using key informants. *European Journal of General Practice* 17: 28-33.
- Goth US, Hammer HL og Claussen B. (2014) Utilization of Norway's Emergency Wards: The Second 5 Years after the Introduction of the Patient List System. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 11: 3375-3386.
- HD. (2012) *Aktivitetsdata for somatisk spesialisthelsetjeneste 2011. Norsk pasientregister. Rapport IS-1988*, Trondheim: Helsedirektoratet Trondheim.
- HD. (2014) *Samdata spesialisthelsetjenesten 2013. IS-2194*, Oslo: Helsedirektoratet, <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samdata-spesialisthelsetjenesten>.
- HD. (2015) *Norsk pasientregister (NPR). Helsedirektoratets Internettpresentasjon*, Oslo: Helsedirektoratet, <https://helsedirektoratet.no/norsk-pasientregister-npr>, avlest 29. august 2015.
- Hjern A, Haglund B, Persson G, et al. (2001) Is there equity in access to health services for ethnic minorities in Sweden? *European Journal of Public Health* 11: 147-152.
- Hjern F, Johansson C, Mellgren A, et al. (2006) Diverticular disease and migration - the influence of acculturation to a Western lifestyle on diverticular disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* 23: 797-805.
- HOD. (2013) *Likeverdige helse- og omsorgstjenester - god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Hollander AC, Bruce D, Burstrom B, et al. (2013) The Association Between Immigrant Subgroup and Poor Mental Health A Population-Based Register Study. *Journal of Nervous and Mental Disease* 201: 645-652.
- Høydahl E. (2013) Innvandrere i bygd og by. *Samfunnsspeilet*, 2013(2): 9-16.

- Ingebretsen R, Thorsen K og Myrvang VH. (2015) *Livsmot og mismot blant aldrende kvinner med innvandrerbakgrunn*, Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse.
- Iversen VC, Berg JE, Småvik R, et al. (2011) Clinical differences between immigrants voluntarily and involuntarily admitted to acute psychiatric units: a 3-year prospective study. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 18: 671-676.
- Jenum AK, Diep LM, Holmboe-Ottesen G, et al. (2012) Diabetes susceptibility in ethnic minority groups from Turkey, Vietnam, Sri Lanka and Pakistan compared with Norwegians - the association with adiposity is strongest for ethnic minority women. *BMC Public Health* 12: 150.
- Kumar BN. (2008) *The Oslo immigrant health profile. Report 2008/7*, Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Kumar BN, Meyer HE, Wandel M, et al. (2005) Ethnic differences in obesity among immigrants from developing countries, in Oslo, Norway. *International journal of obesity* 30: 684-690.
- Kumar BN, Selmer R, Lindman AS, et al. (2009) Ethnic differences in SCORE cardiovascular risk in Oslo, Norway. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation* 16: 229-234.
- Lamkaddem M, Spreuwenberg PM, Deville WL, et al. (2008) Changes in health and primary health care use of Moroccan and Turkish migrants between 2001 and 2005: a longitudinal study. *BMC Public Health* 8.
- Lien E, Nafstad P og Rosvold EO. (2008) Non-western immigrants' satisfaction with the general practitioners' services in Oslo, Norway. *International Journal for Equity in Health* 7.
- Lunde ES og Texmon I. (2013) Innvandrernes møte med fastlegen. *Samfunnsspeilet* 2013 (5): 43-50.
- Malin M og Gissler M. (2009) Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland. *BMC Public Health* 9.
- Martinussen PE. (2013) Hospital physicians' assessments of their interaction with GPs: The role of physician and community characteristics. *Health Policy* 110: 14-21.
- Nielsen SS, Krasnik A og Rosano A. (2009) Registry data for cross-country comparisons of migrants' healthcare utilization in the EU: a survey study of availability and content. *BMC Health Services Research* 9: 210.
- Næss A. (2015a) *Preliminary title: Health care utilization among Somali immigrants in Norway. Unpublished paper*, Oslo: NOVA, Høgskolen i Oslo og Akershus.

- Næss A. (2015b) *Preliminary title: Mental health problems and health care use among Somali immigrant women in Norway. Unpublished paper*, Oslo: NOVA, Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Nørredam M, Krasnik A, Sorensen TM, et al. (2004) Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents. *Scandinavian Journal of Public Health* 32: 53-59.
- Nørredam M, Nielsen SS og Krasnik A. (2010) Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe-a systematic review. *European Journal of Public Health* 20: 555-563.
- Nørredam M, Olsbjerg M, Petersen JH, et al. (2012) Inequalities in mortality among refugees and immigrants compared to native Danes - a historical prospective cohort study. *BMC Public Health* 12.
- Næss Ø, Rognerud M og Strand BH. (2007) *Sosial ulikhet i helse : en faktarapport. Rapport 2007:1*, Oslo: Norwegian Institute of Public Health.
- Nørredam M og Krasnik A. (2011) Migrants' access to health services. I: Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, et al. (red.) *Migration and health in the European Union*. Berkshire, England: Open University Press.
- OECD. (2012) *Health at a Glance: Europe 2012*: OECD Publishing, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>.
- Qureshi SA, Kumar BN og Ursin G. (2014) *Incidence and associated risk factors for cancer among immigrants*, Oslo: NAKMI - Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse.
- Ramos JM, Navarrete-Muñoz EM, Pinargote H, et al. (2013) Hospital admissions in Alicante (Spain): a comparative analysis of foreign citizens from high-income countries, immigrants from low-income countries, and Spanish citizens. *BMC Health Services Research* 13: 510.
- Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, et al. (2013) Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet* 381: 1235-1245.
- Ringard Å, Sagan A, Saunes IS, et al. (2013) Norway. Health system review. *Health Systems in Transition* 15: 1-162.
- Sandvik H, Hunnskaar S og Diaz E. (2012) Immigrants' use of emergency primary health care in Norway: a registry-based observational study. *BMC Health Services Research* 12.
- Skjerpen T, Stambøl LS og Tønnesen M. (2015) *Utvandring blant innvandrere i Norge. Del 1: Litteraturstudie, makroanalyse og regionale mønstre. SSB Rapporter 2015/17*, Oslo - Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.

- Sorbye IK, Daltveit AK, Sundby J, et al. (2015) Caesarean section by immigrants' length of residence in Norway: a population-based study. *European Journal of Public Health* 25: 78-84.
- Spallek J, Zeeb H og Razum O. (2011) What do we have to know from migrants' past exposures to understand their health status? A life course approach. *Emerging Themes in Epidemiology* 8: <http://www.ete-online.com/content/8/1/6>.
- SSB. (2015) *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 1.januar 2015*, Oslo: Statistisk sentralbyrå, <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbe/aar>, avlest 28. august 2015.
- Steinkellner A. (2015) *Befolkningens utdanningsnivå, manglende opplysninger om innvandrere 2013. Notater 2015/26*, Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Straiton M, Reneflot A og Diaz E. (2014) Immigrants' use of primary health care services for mental health problems. *BMC Health Services Research* 14.
- Straiton ML, Powell K, Reneflot A, et al. (2015) Managing Mental Health Problems Among Immigrant Women Attending Primary Health Care Services. *Health Care Women International* Online publication DOI 10.1080/07399332.2015.1077844: 1-22.
- Tesfazion THG. (2013) Forskjeller i dødelighet mellom etniske nordmenn og innvandrere I aldersspennet 25–79 år. *Masteroppgave*, Ås: Norges miljø- og biovitenskapelige universitet.
- Thapa SB, Dalgard OS, Claussen B, et al. (2007) Psychological distress among immigrants from high- and low-income countries: findings from the Oslo Health Study. *Nordic Journal of Psychiatry* 61: 459-465.
- Tran AT, Straand J, Diep LM, et al. (2011) Cardiovascular disease by diabetes status in five ethnic minority groups compared to ethnic Norwegians. *BMC Public Health* 11: 554.
- Tronstad KR. (2009) *Opplevd diskriminering blant innvandrere med bakgrunn fra ti ulike land. Rapporter 2009/47*, Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Tønnesen M. (2014) *Fruktbarhet og annen demografi hos innvandrere og deres barn født i Norge. Rapporter 2014/4*, Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Uiters E, Deville W, Foets M, et al. (2006) Use of health care services by ethnic minorities in The Netherlands: do patterns differ? *European Journal of Public Health* 16: 388-393.
- Urquia ML, O'Campo PJ og Heaman MI. (2012) Revisiting the immigrant paradox in reproductive health: The roles of duration of residence and ethnicity. *Social Science & Medicine* 74: 1610-1621.

- Vold B. (2011) En av fem fastleger er innvandrere. *Samfunnsspeilet* 25: 51-57.
- Wandell PE, Carlsson AC og Steiner KH. (2010) Prevalence of diabetes among immigrants in the Nordic countries. *Current diabetes reviews* 6: 126-133.
- Zackrisson S, Andersson I, Manjer J, et al. (2004) Non-attendance in breast cancer screening is associated with unfavourable socio-economic circumstances and advanced carcinoma. *International journal of cancer* 108: 754-760.
- Zhang LC. (2008) *Developing methods for determining the number of unauthorized foreigners in Norway. Documents 2008/11*, Oslo/Kongsvinger, Norway: Statistics Norway.
- Østby L, Høydahl E og Rustad Ø. (2013) *Innvandrerne fordeling og sammensetning på kommunenivå. Rapport 37/2013*, Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.