



UiT

NORGES  
ARKTISKE  
UNIVERSITET

Det helsevitenskapelige fakultet

## Forskningsfeltet innvandrerhelse i Norge – en litteraturstudie

**Linda Eriksen**

*Rapport: Masteroppgave i medisin (MED-3950), KM-14. Tromsø: Profesjonsstudiet medisin, 2019.*

*Veiledere: Torsten Risør og Johanna Laue, Institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.*

*Biveileder: Esperanza Diaz, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen.*



## Forord

Da jeg skulle velge tema til masteroppgaven ønsket jeg å skrive om allmenmedisin da dette er et tema med mange muligheter, og jeg kom dermed i kontakt med Johanna Laue. Hun presenterte meg for idéen om å kartlegge forskningsfeltet innvandrerhelse for å skape mer struktur og oversikt. Jeg tenkte at dette hadde potensiale til å være nyttig for forskere innen innvandrerhelse, og ønsket dermed å forsøke og realisere denne idéen.

Prosjektbeskrivelsen ble utarbeidet høsten 2017. Sommeren og høsten 2018 gjennomførte jeg litteratursøk, og innsamling og sortering av datamaterialet. I samarbeid med veilederne Johanna Laue og Torsten Risør, og biveileder Esperanza Diaz, har valg av hvordan å presentere datamaterialet blitt utarbeidet underveis i arbeidsprosessen. Jeg ønsker å rette en stor takk til Johanna Laue, Torsten Risør og Esperanza Diaz for gode innspill og veiledning.

Tromsø, mai 2019



Linda Eriksen

# Innholdsfortegnelse

Forord .....	I
Innholdsfortegnelse .....	II
Sammendrag .....	IV
<b>1 Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1 Ulike innvandrergupper .....	1
1.2 Innvandrerhelse er kompleks og dynamisk.....	3
1.3 Det vi vet om innvandrerhelse.....	4
1.3.1 Generelle trekk innen somatisk helse blant innvandrere.....	4
1.3.2 Generelle trekk innen psykisk helse blant innvandrere .....	7
1.3.3 Bruk av helsetjenester .....	7
1.3.4 Utfordringer og tiltak.....	8
1.4 Innvandrerhelse som forskningsfelt .....	10
1.5 Formål og problemstilling .....	11
1.6 Oppgavens avgrensninger .....	12
<b>2 Materiale og metode .....</b>	<b>13</b>
2.1 Systematisk litteratursøk i Medline.....	13
2.2 Gjennomgang av treff fra søk i Medline .....	16
2.2.1 Seleksjonskriterier.....	16
2.2.2 Sortering.....	17
2.3 Søk i universitet- og høgskoledatabaser.....	18
2.3.1 Universiteter og høgschooler.....	18
2.3.2 Søkeordene .....	21
2.4 Gjennomgang av treff fra søk i universitets- og høgskoledatabasene .....	21
2.5 Dokumenter tilsendt fra relevante kontaktpersoner.....	22
<b>3 Resultater .....</b>	<b>22</b>
3.1 Resultat av litteratursøk og -gjennomgang .....	22
3.2 Resultat av sortering.....	25
3.2.1 Tematiske områder.....	27
3.2.2 Funn innen psykisk helse .....	51
<b>4 Diskusjon .....</b>	<b>55</b>
4.1 Diskusjon av resultater .....	55
4.1.1 Regionale forskjeller.....	55
4.1.2 Studentenes versus forskernes fokus.....	57
4.1.3 Tematiske områder.....	59
4.1.4 Innvandrerhelse som forskningsfelt.....	66
4.2 Diskusjon av metode .....	70
4.2.1 Tidsmessig avgrensning.....	71
4.2.2 Valgt database .....	71
4.2.3 Søkestrategi i universitets- og høgskoledatabaser .....	71
4.2.4 Sortering av resultater basert på regioner .....	73
4.2.5 Tematisk kategorisering av resultater.....	74
4.2.6 Forskningsaktivitetens utvikling over tid .....	75
4.3 Hva kan følges opp etter dette prosjektet?.....	75
<b>5 Konklusjon.....</b>	<b>77</b>
<b>6 Referanser .....</b>	<b>79</b>

7	Tabelliste .....	86
8	Figurliste.....	87
9	<i>Kunnskapsevalueringer</i> .....	89

## Sammendrag

**Innledning:** Migrasjon er relatert til helse i et komplekst samspill. Det er utfordringer knyttet til enkelte helseproblemer og til tilgjengelighet av helsetjenester for enkelte innvandrere. Forskningsaktiviteten innen innvandrerhelse er økende, men veksten er ustrukturert. Økt fokus kan videreføre arbeidet for likeverdige helsetjenester på en evidensbasert måte hvis forskningsfeltet systematiseres. Formålet med oppgaven er derfor å lage en systematisk oversikt av eksisterende forskningsprosjekter utført av forskere og studenter i Norge de siste ti år.

**Metode:** Metoden "systematisk litteratursøk med sortering" er benyttet. Det er søkt i databasen Medline og universitets- og høgskoledatabaser i Norge. Forskningsprosjektene er sortert til region i Norge basert på førsteforfatters tilhørighet, og videre sortert til medisinske kategorier. De medisinske kategoriene er definert via en "bottom-up"-strategi underveis i gjennomgangen av datamaterialet.

**Resultater:** Oppgaven identifiserer 248 publikasjoner fra forskningsinstitusjoner og 102 studentoppgaver som omhandler et tema innen innvandrerhelse i Norge. Det er forsket mest på reproduktiv helse, psykisk helse og metabolske tilstander. Ulike utfordringer innvandrere møter i helsevesenet og strategier for å håndtere disse, samt innvandreres bruk av helsetjenester, er også godt kartlagt. Oslo er den regionen med flest forskningsprosjekter. Oppgaven identifiserte få eller ingen forskningsprosjekter om geriatri, onkologi, muskel- og skjelettsykdommer, og gastrointestinale sykdommer med mer.

**Konklusjon:** Forskningsfeltet innvandrerhelse har en hensiktsmessig vekst for noen tematiske områder. Innen kategoriene reproduktiv helse og psykisk helse er det muligheter for å utarbeide eventuelle evidensbaserte tiltak og retningslinjer. Det trengs mer forskning på blant annet muskel- og skjelettsykdommer og geriatri. Oppgaven kan gi inspirasjon til utarbeidelse av nye forskningsprosjekter.

# 1 Innledning

Migrasjon er en egen helsedeterminant med kjente utfordringer relatert til innvandrerhelse, og til tilgjengelighet og relevans av helsetjenestene for innvandrere. Disse utfordringene er lite diskutert i retningslinjer for helsetjenester (1), noe som gjør at enkelte innvandrere er i risiko for å ikke få den hjelpen de trenger.

Den siste tiden har forskningsfeltet innvandrerhelse vokst og interessen er økende, også i Norge. Dette er positivt, men forskningsaktiviteten er lite oversiktlig og mangler samarbeid (2). På grunn av den usystematiske måten dette feltet vokser på, er det en risiko for at man verken klarer å utnytte muligheten for samarbeid, eller bygge på hverandres funn.

Ytterligere fokus på forskningsfeltet innvandrerhelse kan bidra til å videreføre arbeidet for likeverdige helsetjenester på en kunnskapsbasert måte, men dette avhenger av at forskningen blir systematisert og oversiktlig. Derfor skal jeg i denne oppgaven samle forskningen som finnes, og ved hjelp av å inkludere studentoppgaver, se om kommende leger og forskere også har fokus på dette forskningsfeltet.

For å kunne nærmere forstå dette problemfeltet, skal jeg i innledningen beskrive hva migranter er, hva vi legger i begrepet innvandrerhelse, hvilke helseproblemer det er kjent at innvandrere har, og hvilke kjente utfordringer innvandrere har i møte med helsetjenestene i Norge.

## 1.1 Ulike innvandrergrupper

Det skilles mellom begrepene "innvandrere" og "norskfødte med innvandrerforeldre". Innvandrere defineres som personer som er bosatt i Norge som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og har fire utenlandsfødte besteforeldre (3-5). Norskfødte med

innvandrere foreldre er personer født i Norge, med to foreldre og fire besteforeldre som er født i utlandet (5, 6).

Innvandrere klassifiseres ofte ut i fra migrasjonsårsak eller oppholdsstatus: asylsøkere, flyktninger, papirløse migranter, arbeidsinnvandrere og familieinnvandrere. Asylsøkere er innvandrere som frivillig og på egen hånd oppsøker myndighetene og søker beskyttelse. Personen kalles asylsøker inntil søknaden er avgjort. Får asylsøkeren medhold i søknaden er han eller hun en flyktning (5). I følge FNs flyktningkonvensjon er en flyktning en person som har flyktet fra sitt land og har en velbegrunnet frykt for forfølgelse på grunn av rase, religion, nasjonalitet, politisk overbevisning eller medlemskap i en bestemt sosial gruppe, og som ikke er i stand til, eller på grunn av slik frykt ikke villig til, å påberope seg sitt lands beskyttelse (7). Flyktninger bosettes direkte i kommuner og deltar i en omfattende introduksjonsordning. Norge mottar omtrent 1200 flyktninger årlig gjennom avtale med FN's høykommisær for flyktninger (6). Den største andelen flyktninger har de siste par årene kommet fra Syria (3). Får derimot asylsøkeren avslag på søknaden blir han eller hun ikke akseptert som flyktning, og må reise ut av landet eller forbli i landet uten papirer, og kalles da papirløs migrant (4, 5). Arbeidsinnvandrere er innvandrere med arbeid som oppholdsgrunnlag. De fleste arbeidsinnvandrere kommer fra andre nordiske land, Polen og de baltiske landene (8). Andelen arbeidsinnvandrere fra Litauen er økende. Familieinnvandrere innvandrer for å forenes med familie, eller for å stifte familie med en norskfødt statsborger uten innvandrerbakgrunn (6). Arbeidsinnvandrere har siden 2007 vært den viktigste innvandringsgruppen, etterfulgt av familieinnvandrere (8).

I følge Statistisk sentralbyrå (SSB) var det per 1. januar 2019 til sammen 944 402 innvandrere (765 108) og norskfødte med innvandrerforeldre (179 294) bosatt i Norge. Dette tilsvarer til sammen 17,7 % av Norges befolkning (9). Til sammenligning var det i 2009 tilsammen 508 200 innvandrere (422 600) og norskfødte med innvandrerforeldre (85 600), og utgjorde da til sammen 10,6 % av befolkningen (10). Altså har det vært en økning i prosentandel innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre fra 10,6 % til

17,7 % de siste 10 årene. Det er en økning i antall innvandrere fra år til år, men tilveksten har vært avtakende siden 2013 (11).

Den største innvandrergruppen i Norge er innvandrere fra Polen, som utgjør 12,9 % av alle innvandrere. Etter Polen er de største innvandrergroppene fra Litauen, Sverige, Syria, Somalia, Tyskland, Irak, Eritrea, Filippinene, Pakistan og Thailand. Av norskfødte med innvandrerforeldre utgjør den største gruppen de med foreldre fra Pakistan, deretter Somalia, Polen, Irak, Vietnam og Tyrkia (9).

## 1.2 Innvandrerhelse er kompleks og dynamisk

Med innvandrerhelse menes somatiske og mentale helsespørsmål knyttet til innvandrerbefolkningen, som omfatter alle overnevnte innvandrergrupper. Dette henger tett sammen med at alle befolkningsgrupper skal motta likeverdige helsetjenester uavhengig av tilhørighet og kulturell bakgrunn (1, 12). Det handler også om hvordan forskere og helsepersonell håndterer mangfoldet i befolkningen.

Selv om innvandrere blir brukt som et samlebegrep, er innvandrere dog en heterogen del av befolkningen. Helsetilstanden vil variere med individuelle forskjeller, etnisitet, hvor man innvandrer fra, tidspunkt for innvandring, innvandringsgrunn, alder, kjønn og hvilke sykdommer eller tilstander det er snakk om (4, 13). Helseforskjellene i innvandrerbefolkningen skyldes også – på lik linje med befolkningen forøvrig – sosioøkonomiske faktorer som inntekt, utdanning og sosiale forhold (3, 4, 13).

Det er beskrevet at innvandrere gjerne er friskere enn befolkningen forøvrig på det tidspunktet de innvandrer. Denne teorien kalles "healthy migrant effect" (13, 14), og gjenspeiles i registerbaserte studier som viser lavere bruk av helsetjenester blant migranter (15). Det er imidlertid sett at over tid i det nye landet utvikler innvandrere mer sykdom enn befolkningen forøvrig (14). Denne teorien kalles "exhausted migrant effect", og kan underbygges av at innvandreres bruk av helsetjenester øker med tiden



tilbragt i Norge (15). Migrasjonen kan være utfordrende i seg selv, særlig for asylsøkere og flyktninger, og situasjonen i det nye landet er annerledes og utfordrende. Å flytte til et land med annerledes sosiokulturelle forhold er for eksempel assosiert med risiko for utvikling av stress, stressrelaterte sykdommer og depresjon. Innvandrere kan oppleve å få dårligere levekår, arbeidsledighet, diskriminering og identitetskriser i det nye landet, og dette kan også ha negativ innvirkning på helse (14, 16).

Denne utviklingen er ikke en sannhet for alle innvandrere, men viser snarere at man nå ser på "innvandrerhelse" som en dynamisk og kompleks prosess der mange faktorer relatert til migrasjon og levekår spiller inn.

### 1.3 Det vi vet om innvandrerhelse

Tidligere rapporter og litteraturstudier gjort på tema migrasjon og helse har avdekket viktige helserelaterte problemene for innvandrere i Norge, og belyser noen generelle trekk både innen somatisk og psykisk helse. De mest undersøkte temaene innen somatikken er reproduktiv helse, metabolske tilstander, risiko for hjerte- og karsykdommer, og infeksjonssykdommer (4, 6, 13, 16, 17). Vi vet også en god del om innvandreres bruk av helsetjenester (2, 18). Dette forklares nærmere i de neste avsnittene.

#### 1.3.1 Generelle trekk innen somatisk helse blant innvandrere

##### **Reproduktiv helse**

Problemer relatert til reproduktiv helse er funnet å være vanligere blant innvandrerkvinner fra Asia og Afrika, sammenlignet med norske kvinner og vestlige innvandrere (13, 16).

En risikofaktor forbundet med helseutfordringer innen reproduktiv helse for innvandrerkvinner er kvinnelig omskjæring (4, 6). Kvinnelig omskjæring kan føre til cyster, urinveisproblemer, menstruasjonsproblemer, seksuelle problemer og problemer

under graviditet og fødsel (19). I Norge i dag bor det omtrent 10 000 kvinner som har blitt utsatt for omskjæring og de fleste er infibulerte, som er det mest omfattende metoden (4). Det bor kvinner i Norge som er fra land hvor kvinnelig omskjæring er utbredt. Disse er blant annet fra Eritrea, Etiopia, Gambia, Sudan og Somalia (19). Dermed blir behandling av eventuelle konsekvenser etter kvinnelig omskjæring, og kirurgiske inngrep for å gjenskape kjønnsåpning, aktuelt for helsepersonell i Norge, selv om Norge er et av mange land hvor denne praksisen er forbudt (4, 6). I 2017 la regjeringen frem en ny Handlingsplan mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse (2017-2020) med fokus på blant annet forebyggende arbeid mot kjønnslemlestelse og å forsterke behandlingstilbudet til jenter og kvinner utsatt for kjønnslemlestelse (19).

Andre risikofaktorer forbundet med helseutfordringer innen reproduktiv helse for innvandrerkvinner er tvangsekteskap, lite eller feil bruk av prevensjonsmidler og lav utdannings- og økonomisk status (13).

Flere studier har vist at innvandrere fra Afrika og Asia har høyere prevalens av obstetriske komplikasjoner som hyperemesis gravidarum, svangerskapsdiabetes, intrauterin vekstrestriksjon og anemi (13, 20). En tidligere litteraturstudie påpeker imidlertid at risikofaktorer assosiert med slike obstetriske komplikasjoner ikke er verifisert (13).

### **Metabolske tilstander, hjerte- og karsykdommer og livsstil**

I enkelte innvandrergrupper er det påvist flere tilfeller av enkelte metabolske tilstander som overvekt og diabetes type 2, og større risiko for hjerte- og karsykdommer, sammenlignet med majoritetsbefolkningen. Imidlertid er det signifikante forskjeller på tvers av kjønn og de ulike etniske grupper (4, 6, 13, 17). De innvandrerne med høyest forekomst av metabolske tilstander er innvandrere fra Pakistan, Tyrkia og Sri Lanka (6, 13). Dette kan ha sammenheng med livsstil og kosthold, men genetisk disposisjon og kjønn er også av betydning. For eksempel er forekomsten av diabetes hos enkelte

kvinner med innvandrerbakgrunn høyere enn hos etnisk norske kvinner (4). I befolkningen forøvrig er det større forekomst blant menn (6). Faktorer relatert til blant annet sosioøkonomisk status og genetikkk kan gjøre at enkelte innvandrere har høyere risiko for metabolske tilstander og hjerte- og karsykdommer. Mens et plantebasert kosthold og lavere bruk av alkohol og tobakk gjør at andre innvandrergrupper har lavere risikoprofil (6, 17, 21).

Det er en trend at innvandrere med diabetes type 2 vanligvis deltar mindre på etablerte opplæringstilbud på sykehus (6). I tillegg opplever enkelte innvandrere utfordringer med å delta på tilbud for fysisk aktivitet (22). Et viktig spørsmål er derfor hvordan primær- og sekundærforebyggende tiltak mot metabolske tilstander og hjerte- og karsykdommer kan integreres blant innvandrere.

### **Infeksjonssykdommer**

Det er høyere forekomst av enkelte infeksjonssykdommer blant asylsøkere og andre innvandrere fra lav- og mellominntkomstland enn i majoritetsbefolkningen. Obligatorisk screening for tuberkulose og anbefalt screening for andre smittsomme sykdommer som HIV, syfilis, hepatitt B og hepatitt C, avhengig av opprinnelsesland og tilhørighet til risikogrupper, er tiltak for å kunne oppdage og behandle smittede personer tidlig og forhindre spredning (8).

Når det gjelder tuberkulose blant norskfødte er insidensen blant de laveste i verden, med under ett tilfelle per 100 000 innbyggere. I 2017 ble det meldt 261 tuberkulosestilfeller i Norge. 89 % av disse er født, og sannsynligvis også smittet, i utlandet. De fleste innvandrere med tuberkulose kommer fra Afrikanske land, dernest fra land i Asia (23). Arbeidet med tuberkulose i Norge er generelt av høy kvalitet, men utfordringer er knyttet til oppfølging av de som screenes for tuberkulose. Mange av asylsøkerne og flyktingene sendes til asylmottak og kommuner uten ferdig kartlegging og medisinsk risikovurdering (6). For sen diagnostisering og oppstart av behandling er også en av utfordringene når det gjelder tuberkulose blant innvandrere (13).

### 1.3.2 Generelle trekk innen psykisk helse blant innvandrere

Forskning på migrasjon og mental helse har vist tvetydige funn (13). SSBs rapport om levevilkår blant innvandrere i Norge viser at det er dobbelt så høy forekomst av psykiske problemer blant innvandrere enn befolkningen forøvrig (3). Samtidig viser enkelte studier at innvandrere bruker sekundærhelsetjeneste innen psykiatri mindre enn den norske befolkningen forøvrig, og dette kan gjenspeile en lavere prevalens av psykiske problemer, eller en underbruk av psykiske helsetjenester blant innvandrere (24).

Også innen psykisk helse er det forskjeller basert på ulike opprinnelsesland og migrasjonsårsak. For eksempel har barn fra Iran høyere forekomst av psykiske problemer sammenlignet med norske barn. Det samme gjelder flykninger fra Somalia (25). Forekomsten av psykiske sykdommer er særlig høy blant flykninger som har opplevd traume, tortur og krig (26). Videre kan psykososiale aspekter som tap av familiemedlemmer, følelse av maktløshet, akkulturasjon, integreringsprosessen, arbeidssituasjon, økonomi og diskriminering føre til psykiske problemer (6).

Det har vært fokus på håndtering av innvandrere med vold- og traumebakgrunn, men forholdene i mottakslandet spiller ofte en like stor rolle, om ikke en større rolle, for innvandreres psykiske helse (4, 6). Forebyggende tiltak for at innvandrere ikke skal utvikle psykiske problemer etter ankomst til Norge bør også være et prioritert område (4).

### 1.3.3 Bruk av helsetjenester

Studier gjort på bruk av helsetjenester blant innvandrere viser forskjeller basert på blant annet opprinnelsesland, migrasjonsårsak og alder. Arbeidsinnvandrere bruker primærhelsetjenesten mindre enn befolkningen forøvrig og flykninger bruker primærhelsetjenesten like mye, eller mer (15, 27). I tillegg viser noen studier at eldre innvandrere bruker primærhelsetjenesten mindre sammenlignet med norske i samme

aldersgruppe (15, 28). Videre er det sett at noen grupper av ikke-vestlige innvandrere og arbeidsinnvandrere med kort botid i Norge bruker legevakten oftere enn majoritetsbefolkningen (28-30). Det samme gjelder for barn under fem år, mens alle andre aldersgrupper bruker legevakten mindre enn norskfødte (27). Årsaken til disse forskjellene er sammensatte og forskjellige for hver av gruppene.

Basert på teorien om "healthy migrant effect" er det tenkelig at lav bruk av primærhelsetjenesten blant noen innvandrere kan gjenspeile bedre helse blant disse. SSBs levekårsundersøkelse i 2016 viser imidlertid at for de fleste innvandrergruppene er andelen som vurderer sin helse som svært god eller god, mindre sammenlignet med befolkningen generelt (3). Det er imidlertid utfordringer relatert til deltakelse på slike undersøkelser, noe som kan påvirke resultatene. Disse utfordringene beskrives nærmere i avsnitt 1.4.

En forklaring på at noen innvandrere bruker legevakt mer enn majoritetsbefolkningen kan være at de ikke vet hvordan helsevesenet og fastlegeordningen er ment å fungere (29). En annen forklaring på dette, men også på eventuell underbruk av helsetjenester for enkelte innvandrere, kan være lav helselitterasitet. Dette begrepet kommer av det engelske begrepet "Health literacy", som også kan oversettes til helsefremmende allmenndannelse eller helserelaterte leseferdigheter. Begrepet helselitterasitet beskriver evnen til å kunne orientere seg i helsevesenet og få tilgang på helseinformasjon, men også hvordan å anvende og nyttiggjøre seg av helseinformasjonen i avgjørelser for å fremme god helse (31-33). Over- eller underbruk av helsetjenester kan også skyldes utfordringer knyttet til kommunikasjon og kulturforskjeller mellom innvandrere og norske helsepersonell.

#### 1.3.4 Utfordringer og tiltak

##### **Språkbarrierer og bruk av tolk**

Språk- og kommunikasjonsproblemer oppfattes som en barriere både i informasjonsformidling mellom pasient og helsepersonell, og i selve behandlingen (4).

Språkbarrieren gjør at enkelte innvandrere føler at helsetjenestene er lite tilgjengelig for dem, og opplevelsen av å ikke bli forstått antas å være en av årsakene til at innvandrere oppsøker helsetjenester i mindre grad (14).

Bruk av tolk er et hjelpemiddel som skal styrke kommunikasjonen og bidra til at innvandrere som ikke snakker norsk, eller som snakker lite norsk, skal få likeverdige helsetjenester (4). Det er rapportert underbruk av tolketjenester flere steder, selv om det i fastlegeforskriften står at "Fastlegen skal benytte tolk ved behov" (14).

Undersøkelser har vist at helsepersonell ofte bruker familiemedlemmer og andre pårørende som "tolk", selv om også disse kan ha mangelfulle norskkunnskaper (4). Dette er i strid med retningslinjer og anbefalinger fra Helsedirektoratet (6).

### **Kulturell kompetanse**

Det er vist at pasientsentrert kommunikasjon gir best utfall i diagnostisering og behandling (14). I pasientsentrert kommunikasjon fokuserer man på pasientens subjektive perspektiv (34), og det kan beskrives som å se sykdommen igjennom pasientens øyne (35). Pasientsentrert kommunikasjon er viktig også i møte med innvandrere. Utfordringer knyttet til dette kan være at ulik kultur kan gi grunnlag for ulike oppfatninger av helse og sykdomsårsak, og ulike forventninger til helsevesenet basert på hvordan helsevesenet er i hjemlandet (12, 14).

For å møte utfordringene knyttet til kulturforskjeller er kulturell kompetanse nyttig (14, 36). Kulturell kompetanse reflekterer ferdigheter i å kommunisere med personer fra andre kulturer enn sin egen (14). Dette innebærer blant annet å forstå betydningen av kultur, ha kunnskap om, og respekt for, ulike kulturer, være bevisst på egen kultur, og å vite hvorfor kultur er viktig innen helse. Kulturell kompetanse er i liten grad inkludert i pensum til helseprofesjoner (14, 35), og strategier for pasientsentrert kommunikasjon i møte med pasienter med annen språklig og kulturell bakgrunn, er lite integrert i norske retningslinjer. Helsepersonell har imidlertid egne strategier basert på erfaring (36).

Språkbarrierer, lite bruk av tolk og kulturelle forskjeller kan altså gjøre pasientsentrert kommunikasjon utfordrende, noe som igjen kan resultere i en overfladisk konsultasjon og en økt risiko for feildiagnostisering og –behandling (14). Videre arbeid med å øke tolkbruk, samt mer fokus på kulturell kompetanse, kan derfor være viktig i fremtidig arbeid med likeverdige helsetjenester.

#### 1.4 Innvandrerhelse som forskningsfelt

Det vi vet om innvandrerhelse i dag er blant annet basert på helseundersøkelser og nasjonale registerdata, og kvaliteten på kunnskapen har økt de siste årene. Likevel er det fremdeles utfordringer innen forskningen. For eksempel er det relativt lav deltakelse i helseundersøkelser. Dette skyldes blant annet at innvandrere ikke blir rekruttert på adekvat måte og mange studier ekskluderer alle pasienter som ikke behersker norsk. Et annet eksempel er at studier basert på registerdata begrenses av at de kun inkluderer de som har bodd i Norge i over seks måneder og de inkluderer ikke papirløse migranter (18). Dermed vet vi mindre om de nyankomne og de papirløse pasientene. De fleste norske helseregistre inkluderer heller ikke landbakgrunn, etnisitet eller språk som variabler og dermed kan ikke disse brukes i kartlegging av migranternes helse (2, 6). Det relativt utbredte fenomenet innen forskning som kalles ”cherry picking”, er også relevant innen forskning på innvandreres helse. Cherry picking betyr at man ofte velger de sykeste eller de mest utfordrende gruppene til forskning. Det problematiske er at forskere, og samfunnet generelt, noen ganger glemmer å reflektere over denne seleksjonen når man generaliserer resultatene. Dette gir et dårligere bilde av innvandreres helse enn det den egentlig er.

Norge har velformulerte lover og regler som skal sikre gode helsetjenester for innvandrere, slik som for befolkningen forøvrig. Det er nedfelt i lover og forskrifter at alle – med unntak av såkalte papirløse migranter – som oppholder seg i landet har rett til likeverdige helsetjenester på samme måte som majoritetsbefolkningen (37-39). Det er imidlertid tvil til om disse lovene og retningslinjene etterleves i praksis, og det har blitt påpekt at det også mangler konkrete strategier for hvordan man skal forbedre helse blant innvandrere (1, 2, 40-42). Likevel er det ingen mulighet for systematisk evaluering

av helsetjenester for innvandrere, blant annet fordi data om innvandrerbakgrunn ikke registreres.

Regjeringens Nasjonale strategi om innvandrers helse utløpte i 2017 og det er besluttet å ikke videreføre denne, selv om fagmiljøer har etterspurt en ny strategi (2, 41, 42). I november 2018 ble det holdt en konferanse i Bergen hvor det ble utarbeidet en deklarasjon med anbefalinger til helseministeren om hva som bør gjøres (2, 43, 44). Dette viser at helsepersonell og akademikere innen innvandrerhelse er engasjerte og forsøker å gi feltet større oppmerksomhet. I tillegg er forskningsaktiviteten innen migrasjon og helse økende, men det er utfordringer knyttet til oversikt og samarbeid.

### 1.5 Formål og problemstilling

Den generelle problemstillingen er altså at migrasjonen som helsedeterminant er en viktig faktor for den økende delen av befolkningen med innvandrerbakgrunn, og at spekteret av helseproblemer kan være forskjellig for enkelte innvandrergrupper sammenlignet med majoritetsbefolkningen. Samtidig er det komplekse forhold som har betydning for om innvandrere får helsehjelpen de trenger. Dette skaper en utfordring for norske helsemyndigheter og helsevitenskapelige forskningsmiljøer som har et samfunnsansvar for å tilby likeverdige helsetjenester basert på forskningsbasert evidens. Det positive er at interessen for forskningsfeltet innvandrerhelse er økende, men forskningsfeltet er lite oversiktlig og mangler samarbeid. Det er derfor grunn til å stille spørsmålet: "Er ekspansjonen av forskningsfeltet innvandrerhelse på vei i en hensiktsmessig retning basert på kunnskap om kjente utfordringer og tematiske områder det er forsket lite på?"

Formålet med oppgaven er å lage en systematisk oversikt over eksisterende forskningsprosjekter innen innvandrerhelse. Jeg vil kartlegge både en tematisk og en kvantitativ oversikt basert på regioner i Norge. Formålet er også å beskrive og sammenligne forskningsprosjekter gjort av forskningsinstitusjoner og studentoppgaver.



Overordnet mål med oppgaven er å bidra til at universiteter, høyskoler og forskningsinstitusjoner i Norge skal kunne bygge på hverandres kunnskap og dermed styrke norsk forskning innen innvandrerhelse. Studentoppgaver kan dessverre være lite synlig for et forskningsmiljø hvis de kun forblir i universitets- og høyskoledatabasene. Studentoppgavene inkluderes derfor i denne oppgaven for å synliggjøre deres bidrag til forskningsmiljøet, og for å undersøke om fremtidens forskere og helsepersonell har fokus på forskning innen innvandrerhelse, og dermed undersøke hvordan deres oppgaver kan bidra til at feltet vokser i en hensiktsmessig retning.

Jeg har valgt denne problemstillingen, med disse bakenforliggende formålene, fordi jeg ønsker at oppgaven min skal være til nytte for forskningsmiljøet.

## 1.6 Oppgavens avgrensninger

Med eksisterende forskningsprosjekter mener jeg primærstudier og litteraturstudier publisert av forskningsinstitusjoner, og studentoppgaver tilgjengelig i universitets- og høyskoledatabaser. Studentoppgavene innebærer masteroppgaver og doktorgradsavhandlinger da disse er tilgjengelig i samme databaser. Bacheloroppgaver ekskluderes av hensyn til oppgavens omfang, samt at de ikke er tilgjengelig i alle universitets- og høyskoledatabasene. Jeg forventer at masteroppgavene alene kan gi et rettvise bilde av studentenes forskningsinteresse. Sær- og hovedoppgaver på medisinstudiene inkluderes i de databasene hvor de er definert som masteroppgaver.

Jeg kartlegger antall forskningsprosjekter per region, men ser ikke på antallet forskningsprosjekter i forhold til hvor stort forskningsmiljøet er, eller i forhold til antall innvandrere per region. Det undersøkes heller ikke antall forskningsprosjekter per forfatter. Også disse avgrensningene gjøres av hensyn til å praktisk kunne gjennomføre oppgaven innenfor tidsrammen.

Det er mange innfallsvinkler man kunne hatt når man skal kartlegge et forskningsfelt, men jeg må velge en måte som er realistisk gjennomførbart med gitt tidsramme. Det kan være relevant – i senere oppgaver – å gå nærmere inn på noe av det som ikke tas med i denne oppgaven og datasettet mitt kan benyttes av andre til å kartlegge forskningsfeltet med en annen innfallsvinkel hvis det er ønskelig. Datasettet består av litteratursøkenes inkluderte dokumenter. Oppgavens referanseliste inkluderer ikke alle identifiserte dokumenter som er presentert i oppgavens resultater.

## 2 Materiale og metode

Oppgaven er en litteraturstudie som tar sikte på å kartlegge et forskningsfelt via en deskriptiv presentasjon. Det er tatt utgangspunkt i metoden ”systematisk litteratursøk med sortering”, som er beskrevet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester. Denne metoden går ut på å søke etter relevant litteratur i følge en søkestrategi og sortere datamaterialet i grupper (45). To ulike metoder for litteratursøk er benyttet, og de presenteres hver for seg. Den ene tar for seg det systematiske litteratursøket i Medline, og den andre om søkene i universitets- og høgskoledatabaser.

### 2.1 Systematisk litteratursøk i Medline

Et systematisk litteratursøk ble gjennomført i databasen Medline for å identifisere alle publikasjoner som omhandler helserelaterte temaer for ulike typer innvandrere i Norge. Jeg valgte å bruke engelske søkeord til tross for at jeg bruker norske begreper i denne oppgaven. Da jeg skulle finne publikasjoner om innvandrerhelse i Norge søkte jeg etter tre begreper; ”Innvandrer”, ”helse” og ”Norge”. Siden Medline er en medisinsk database er ikke søkeord som dekker ”helse”-delen av ordet ”innvandrerhelse” inkludert i oppbygging av søket. Søket er bygget opp slik at det skal dekke flest mulig publikasjoner som omhandler ulike typer innvandrergrupper og inneholder derfor ulike Medical Subject Headings (MeSH) og relevante frie søkeord. MeSH-begreper brukes for å indeksere publikasjoner i databaser. Ved å søke på relevante ord i PubMeds MeSH-funksjon har jeg funnet relevante MeSH-begreper som jeg har brukt i søket mitt i Medline. Medlines funksjon ”explode”, markert med ”exp” i tabell 1, ble brukt for å

automatisk inkludere alle underordnede MeSH-begreper. De ulike MeSH-begrepene og frie søkeordene som ble brukt til å definere "innvandrere" er kombinerte med søkefrasen "Norge" både som MeSH-begrep og som fritt søkeord.

Jeg har gjort orienterende søk i Medlines "Basic Search"-funksjon, i PubMed og i Google Scholar for å finne eksempler på relevante artikler. Dette har jeg gjort for å se hvilke nøkkelord forfattere har brukt i sine artikler, for å videre bruke disse som frie søkeord i mitt søk. Jeg har også forsøkt å finne synonymer på ordet "innvandrere", samt inkludere alle typer innvandrergreper. De frie søkeordene er trunkert. Det vil si at man kun skriver stammen av ordet, men søket vil inkludere alle endinger av ordet. Dette sees ved at ordene er merket med \* i tabell 1. Jeg har søkt etter de frie søkeordene i publikasjonenes abstrakt, nøkkelord og tittel, derav merkingen "ab,kw,ti." i tabell 1.

Tabell 1 viser oppbygningen av søket og søkeordene jeg brukte. Søket er bygget opp av to kolonner med både MeSH-begreper og frie søkeord. Kolonnen til venstre viser alle ord som omhandler "innvandrere" og kolonnen til høyre viser hvordan jeg inkluderte "Norge" som søkebegrep. Søkeordene innen hver kolonne er satt sammen med "OR", og de to kolonnene er kombinert med "AND". Figur 1 viser søket i Medline som ble utført 28.06.2018. Jeg begrenset søket innenfor tidsrammen fra og med 2008 til og med dato for når søket ble utført.

Tabell 1 Oppbygning av søket, med søkeordene og hvordan de er kombinert.

Innvandrere		Norge
exp "Emigrants and Immigrants"/	AND	exp Norway/
OR		OR
exp Refugees/		Norway.ab,kw,ti,tw
OR		
exp "Ethnic Groups"/		
OR		
exp "Minority Groups"/		
OR		

exp "Ethnology" OR Exp " Transients and Migrants" / OR "Refugee*".ab, kw, ti OR "Immigrant*".ab,kw,ti OR "Asylum seeker*".ab,kw,ti OR Ethnicity*.ab,kw,ti OR "Multi-ethnic*".ab,kw,ti OR "Ethnic group*" ab,kw,ti OR "Ethnic minority*"ab,kw,ti OR "Migrant*"ab,kw,ti OR "Migrant Worker*"ab,kw,ti OR "Labor migrant*"ab,kw,ti OR "Undocumented migrant*"ab,kw,ti OR "Unaccompanied minor*"ab,kw,ti		
---	--	--

1	exp "Emigrants and Immigrants"/
2	exp Refugees/
3	exp Ethnic Groups/
4	exp Minority Groups/
5	exp ETHNOLOGY/
6	exp "Transients and Migrants"/
7	"Refugee".ab,kw,ti.
8	"Immigrant".ab,kw,ti.
9	"Asylum seeker".ab,kw,ti.
10	Ethnicity".ab,kw,ti.
11	"Multi-ethnic".ab,kw,ti.
12	"Ethnic group".ab,kw,ti.
13	"Ethnic minority".ab,kw,ti.
14	"Migrant".ab,kw,ti.
15	"Migrant worker".ab,kw,ti.
16	"Labor Migrant" ".ab,kw,ti.
17	"Undocumented migrant" ".ab,kw,ti.
18	"Unaccompanied minor" ".ab,kw,ti.
19	exp NORWAY/
20	Norway.ab,kw,ti,tw.
21	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18
22	19 or 20
23	21 and 22
24	23 and 2008:2018.(sa_year).

Figur 1 Søket i Medline.

## 2.2 Gjennomgang av treff fra søk i Medline

### 2.2.1 Seleksjonskriterier

Gjennomgangen av treffene i Medlinesøket ble utført i løpet av høsten 2018 hvor jeg undersøkte om forskerpublikasjonene skulle inkluderes eller ekskluderes basert på følgende inklusjonskriterier:

- Forskningsprosjekter som omhandler et helsereelatert tema blant innvandrere.
- Alle innvandrergrepper inkluderes, se søkeord.
- Forskningsprosjekter som er gjennomført i Norge.
- Publikasjonens førsteforfattere må ha tilhørighet til et norsk universitet, høgskole eller forskningsinstitusjon.

- Publikasjonen må ha abstrakt med mål, metode, resultater og konklusjon. Dette for å ha et abstrakt å lese i inklusjonsprosessen. Omfanget av treffene er for stort til å lese hele publikasjoner.

For å avgjøre om publikasjonen oppfylte inklusjonskriteriene, gikk jeg igjennom tittel, og som oftest abstrakt. En sjelden gang var det behov for å lese større deler av hele publikasjonen. At førsteforfatter tilhørte en norsk institusjon, universitet eller høgskole ble også bekreftet. Søket mitt var begrenset til riktig tidsperiode så dette var ikke noe jeg dobbeltsjekket underveis i gjennomgangen av litteraturen.

Etterhvert som jeg gikk igjennom litteraturen delte jeg det inn i to grupper: de jeg var sikker på at jeg ville inkludere i oppgaven min, og de 10-15 publikasjonene jeg var usikker på. De usikre publikasjonene gikk jeg og veileder igjennom sammen og var enig i hvilke vi skulle inkludere. Usikkerheten var av ulike årsaker. For eksempel publikasjoner som tok for seg situasjonen i Norge, men også et eller flere andre land. Disse ble inkludert, men jeg presenterer ikke den delen av publikasjonen som omhandler det andre landet i denne oppgaven, hvis det ikke har betydning for innvandrergruppen i Norge. Jeg var også usikker på om publikasjoner om innvandrere som helsepersonell, og ikke pasient, skulle inkluderes eller ikke. Disse ble ekskludert da oppgaven kun tar for seg innvandreres helse, og ikke innvandrere som arbeidstaker.

Tittel og abstrakt på de 541 forskerpublikasjonene gjennomgikk jeg på ettermiddagstid i løpet av sommeren og tidlig høst 2018, parallelt med sommerjobb og 5. årspraksis.

### 2.2.2 Sortering

De inkluderte publikasjonene fra litteratursøket i Medline ble sortert i andre gjennomgang. Publikasjonene ble sortert basert på institusjonen førsteforfatter tilhørte, og undersortert etter tematisk område. I de tilfeller hvor førsteforfatter har flere tilhørigheter har jeg valgt den tilhørigheten som enten er nevnt i publikasjonen, eller

den tilhørighet som har det samme tematiske område som publikasjonen selv. På den måten er geografisk kvantitet kartlagt.

De tematiske kategoriene er definert underveis i gjennomgangen. Det vil si, en "Bottom-up"-strategi. På den måten blir alle publikasjonenes tema vurdert og bidrar dermed til at flere tematiske områder kommer med, versus en "Top-down"-strategi hvor tematiske områder hadde vært definert på forhånd og så måtte de ulike publikasjonene passe inn under det mest riktige tema. På denne måten har jeg også kartlagt hvilke medisinske områder det er forsket mest på.

## 2.3 Søk i universitet- og høgskoledatabaser

### 2.3.1 Universiteter og høgskoler

NORA er en database som i prinsippet skal dekke alle høyere undervisningsinstitusjoner (universitet/høgskoler) med eget vitenarkiv, derfor søkte jeg i denne databasen først. Det var betraktelig færre treff i NORA sammenlignet med søk i universitetene og høgskolenes egne databaser. Oppgaven min presenterer derfor treff fra søk gjort i universiteter og høgskolers egne databaser.

Jeg brukte Studentums oversikt over hvilke universiteter og høgskoler som har fakultet eller studieretning innen helse, medisin, odontologi, sykepleie og/eller psykologi (46). Studiesteder som ikke hadde en av disse studieretningene ble ikke søkt i.

Universitets- og høgskoledatabaser er ikke bygget opp med den samme søkemotoren som Medline, og det er ikke mulig å bygge opp flere bolker man kan kombinere med "AND" hvor ordene innad i bolkene er kombinert med "OR", på en like god måte som i databasen Medline. Det er heller ikke skiller mellom MeSH-begreper og frie søkeord. Det er altså ikke like enkelt å lage et systematisk litteratursøk i disse databasene.

Avgrensningen for "helse"-delen av ordet "innvandrers helse", ble gjort på ulike måter i de forskjellige databasene. Flere av databasene er under Brage og Bragekonsortiet, og disse har ulike oppbygninger av sub-arkivene deres. Noen har delt dem inn etter fakultet eller institutt, og andre etter tematisk inndelinger. Jeg valgte å søke i helserelaterte fakulteter der det var mulig. Der det ikke var mulig valgte jeg å filtrere søket basert på databasens foreslåtte temakategorier. I databasene til Universitetet i Tromsø (UiT), Universitetet i Bergen (UiB) og Universitetet i Oslo (UiO), som ikke er en del av Brage og Bragekonsortiet, avgrenset jeg til relevant fakultet. En oversikt over hvilke universitets- og høgskoledatabaser som ble søkt i, samt om søket ble filtrert på fakultet eller foreslått temakategori, kan sees i tabell 2.

Jeg kunne ikke finne noe måte å avgrense oppgavene til å være utført i Norge, så dette var noe jeg leste meg frem til i abstraktene samtidig som gjennomgangen av treffene ble gjort. Universitets- og høgskoledatabasene hadde funksjon for å velge årstall, som også ble satt fra og med 2008, til og med datoen søkene ble utført på. Søkene i universitets- og høgskoledatabasene ble ikke utført på samme dato, men alle søk ble utført i løpet av høsten 2018.

Det er søkt etter masteroppgaver og doktorgradsavhandlinger i universitets- og høgskoledatabasene, ved å benytte funksjonen hvor man filtrerer søkene basert på dokumenttype. I teksten i denne oppgaven omhandler begrepet "studentoppgaver" både masteroppgaver og doktorgradsavhandlinger. Dette fordi de er identifisert fra samme database. Likevel omtales de i enkelte tabeller og avsnitt hver for seg, og ikke som et samlet begrep.

Bacheloroppgaver er ikke en del av studentoppgavene i denne oppgaven fordi det ville gitt et uoverkommelig antall treff i gitt tidsramme for denne oppgaven, samt at flere av databasene ikke publiserer bacheloroppgaver. De ulike universiteter definerer muligens 5. årsoppgaven på medisinstudiet forskjellig. I UiTs database inngår disse i begrepet "master thesis", mens det ikke gjør det i for eksempel UiBs database. Ved UiB er medisinstudentenes 5. årsoppgaver definert som særoppgaver eller hovedoppgaver,



men jeg fant ingen mulighet for å hake av for dette som dokumenttype i databasen. Jeg forsøkte å søke med de samme søkeordene når det var haket av for "faculty of medicine", og det ga ingen treff. Dette betyr at særoppgaver ikke er inkludert i oppgaven hvis de ikke defineres som "master thesis" i databasene.

Tabell 2 Oversikt over universitets- og høgskoledatabasene det er søkt i, samt hvilke filtreringsmetoder som ble brukt.

Universitet/høgskole	Database og filtrering
Universitetet i Tromsø (UiT) – Norges arktiske universitet.	Munin. - Det helsevitenskapelige fakultet.
Universitetet i Bergen (UiB).	Bora. - Det medisinske fakultet - Det psykologiske fakultet.
NTNU Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU).	Brage og Bragekonsortiet. - Fakultetet for medisin og helsevitenskap. - Filter by subject "Medisinske fag"
Universitetet i Oslo (UiO).	Duo. - Det medisinske fakultet.
Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU).	Brage og Bragekonsortiet. - Filter by subject "Medical disciplines".
Nord universitetet.	Brage og Bragekonsortiet. - Fakultetet for sykepleie og helsevitenskap (FSH)
Universitetet i Agder (UiA).	Brage og Bragekonsortiet. - Filter by subject "Medical disciplines". - Faculty of health and sports.
Universitetet i Stavanger (UiS).	Brage og Bragekonsortiet. - Det helsevitenskapelige fakultet.
OsloMet – storbyuniversitetet (tidligere Høyskolen i Oslo og Akershus (HiOA)).	ODA. - Filter by subject "Medisinske fag" "helsefag" og "sykepleiervitenskap".
Universitetet i Sørøst-Norge (USN).	Brage og Bragekonsortiet. - Filter by subject "Medical disciplines".
VID vitenskapelige høgskole.	Brage og Bragekonsortiet. - Subject by filter "Health care".
Høgskolen i Molde – vitenskapelig høgskole i logistikk.	Brage og Bragekonsortiet. - Master i helse og sosialfag.
Høgskulen på Vestlandet.	Brage og Bragekonsortiet. - Fakultetet for helse- og sosialvitenskap. - Filter by subject "medisinske fag".

Høgskolen i Innlandet.	Brage og Bragekonsortiet. - Filter by subject "Medical disciplines".
Høgskolen i Østfold.	Brage og Bragekonsortiet. - Avdeling for helse og velferd.
Høgskolen Kristiania.	Brage og Bragekonsortiet. - Institutt for helsevitenskap.
Lovisenberg diakonale høgskole	Brage og Bragekonsortiet.
Norges idrettshøgskole.	Brage og Bragekonsortiet. - Filter by subject "helse".

### 2.3.2 Søkeordene

Følgende søkeord ble brukt for å identifisere studentoppgaver som handler om innvandrerhelse i Norge: "Immigrant" or "refugee" or "migrant" or "asylum seeker" or "migrant worker" or "labor migrant" or "undocumented migrant" or "unaccompanied minor". I noen databaser ble søkebegreper bestående av to ord ikke søkt på som et samlet begrep, men heller som to begreper hver for seg. Dermed fikk jeg mye støy ved å søke etter "asylum seeker", "migrant worker", "labor migrant", "undocumented migrant" og "unaccompanied minor". Treffene inkluderte altså dokumenter som handlet om både innvandrere, men også for eksempel alle typer "seeker" eller "worker". Dette gjorde at jeg var nødt til å kun søke med: "Immigrant" or "refugee" or "migrant" or "asylum" or "undocumented" or "unaccompanied" i noen universitets – og høgskoledatabaser.

Jeg søkte også med de norske søkeordene "innvandrer" or "flyktning" or "migrant" or "asylsøker" or "arbeidsinnvandrer" or "papirløse migranter" or "enslige mindreårige", uten at det ga ytterligere treff.

## 2.4 Gjennomgang av treff fra søk i universitets- og høgskoledatabasene

Etter å ha jobbet med Medline-søket i to omganger så jeg det mer praktisk å sortere mens jeg gikk igjennom treffene fra søkene i universitets- og høgskoledatabasene første gang. Treffene i universitet- og høgskoledatabasene er derfor bare gjennomgått en gang, hvor jeg samtidig som å inkludere oppgavene i følge inklusjonskriteriene beskrevet

ovenfor, også sorterte dem basert på ansvarlig universitet/høgskole og deretter undersorterte dem etter tematisk område.

Der oppgavens forfatter har tilhørighet til en av de tidligere høgskolene/universitetene som nå er slått sammen til USN, har jeg sortert de i samme gruppe under kategorien USN. Der tilhørigheten er HiOA, som nå heter OsloMet, har jeg kalt det HiOA. Dette fordi OsloMets internettside henviser til HiOAs database Oda for å finne deres studentoppgaver. Oppgavene publisert etter bytte til OsloMet, er sortert under OsloMet.

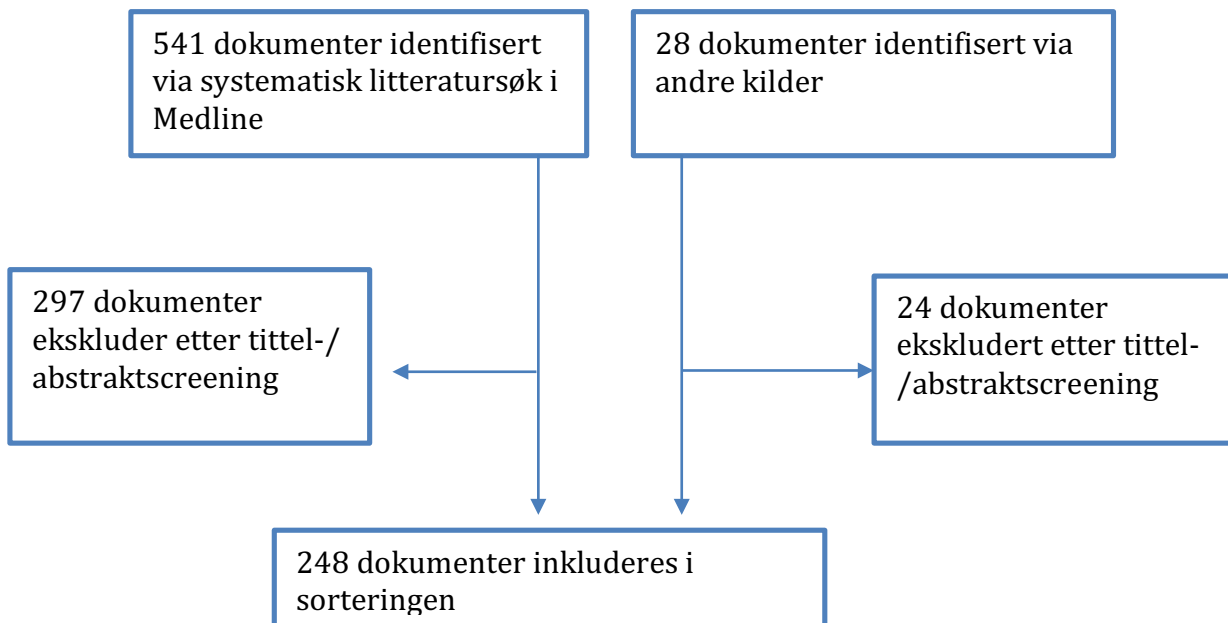
## 2.5 Dokumenter tilsendt fra relevante kontaktpersoner

Veileder og biveileder har vært i kontakt med relevante personer som arbeider innen temaet som min masteroppgave omhandler, og fått tilsendt dokumenter som jeg har gått igjennom. Dokumentene ble vurdert i forhold til seleksjonskriteriene beskrevet ovenfor, og inkludert hvis de ikke allerede var i søkene mine. De inkluderte dokumentene ble sortert på samme måte som dokumentene fra Medlinesøket.

## 3 Resultater

### 3.1 Resultat av litteratursøk og –gjennomgang

Litteratursøket i Medline ga 541 treff og etter gjennomgangen med henblikk på inklusjonskriteriene ble 244 dokumenter inkludert. Jeg fikk tilsendt 28 dokumenter fra veileder og biveileder hvor 4 dokumentert ble inkludert. De ekskluderte dokumentene fra veileder og biveileder overlappet med dokumenter fra søket i Medline. En oversikt over antall identifiserte, inkluderte og ekskluderte dokumenter kan sees i figur 2. Tilsammen ble 248 dokumenter inkludert.



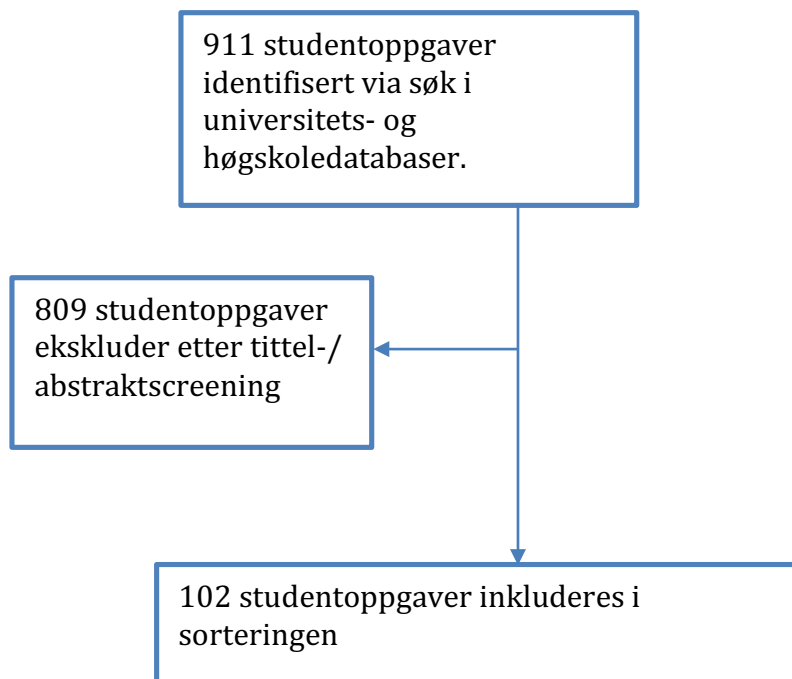
Figur 2 Oversikt over antall identifiserte, ekskluderte og inkluderte dokumenter etter gjennomgang av Medlinesøket og de tilsendte dokumentene fra veileder og biveileder.

Antall treff og antall inkluderte masteroppgaver og doktorgradsavhandlinger for hver av de ulike universitet- og høyskoledatabasene kan sees i tabell 3. I alle universitets- og høyskoledatabasene sammenlagt var det 911 treff, hvor 102 studentoppgaver og doktorgradsavhandlinger ble inkludert.

Tabell 3 Oversikt over antall treff og antall inkluderte masteroppgaver og doktorgradsavhandlinger i de ulike universitets- og høyskoledatabasene.

Universitet/høgskole	Antall treff	Antall inkluderte oppgaver
<b>UiT</b>	- Doktorgrader: 36 - Masteroppgaver: 66	- 1 - 9
<b>UiB</b>	- Doktorgrader: 132 - Masteroppgaver: 119	- 1 - 7
<b>NTNU</b>	- Doktorgrader: 30 - Masteroppgaver: 58	- 0 - 6
<b>UiO</b>	- Doktorgrader: 15 - Masteroppgaver: 72	- 12 - 35
<b>NMBU</b>	- Doktorgrader: 5 - Masteroppgaver: 93	- 0 - 12
<b>Nord universitetet.</b>	- Doktorgrader: 0 - Masteroppgaver: 12	- 0 - 0
<b>UiA</b>	- Doktorgrader: 5 - Masteroppgaver: 111	- 0 - 2
<b>UiS</b>	- Doktorgrader: 0	- 0

	- Masteroppgaver: 2	- 0
<b>HiOA</b>	- Doktorgrader: 19 - Masteroppgaver: 23	- 1 - 6
<b>USN</b>	- Doktorgrader: 1 - Masteroppgaver: 21	- 0 - 1
<b>VID vitenskapelige høgskole.</b>	- Doktorgrader: 18 - Masteroppgaver: 3	- 0 - 2
<b>Høgskolen i Molde</b>	- Doktorgrader: 0 - Masteroppgaver: 5	- 0 - 0
<b>Høgskulen på Vestlandet.</b>	- Doktorgrader: 2 - Masteroppgaver: 12	- 0 - 0
<b>Høgskolen i Innlandet.</b>	- Doktorgrader: 0 - Masteroppgaver: 34	- 0 - 4
<b>Høgskolen i Østfold.</b>	- Doktorgrader: 1 - Masteroppgaver: 0	- 0 - 0
<b>Høyskolen Kristiania.</b>	- Doktorgrader: 0 - Masteroppgaver: 0	- 0 - 0
<b>Lovisenberg diakonale høgskole</b>	- Doktorgrader: 0 - Masteroppgaver: 0	- 0 - 0
<b>Norges idrettshøgskole.</b>	- Doktorgrader: 24 - Masteroppgaver: 3	- 1 - 2



Figur 3 Oversikt over antall identifiserte, ekskluderte og inkluderte studentoppgaver etter gjennomgang av søkene i universitet- og høgskoledatabasene.

### 3.2 Resultat av sortering

Etter sortering basert på ansvarlig institusjon og tematisk område, ble dokumentene fordelt på region i Norge og i en medisinsk kategori. Antall dokumenter per region og per medisinske kategori kan sees i tabell 4. Hvert nummer har enten "S" eller "F" foran, som beskriver om det er en studentoppgave eller en forskerpublikasjon, altså en publikasjon fra en forskningsinstitusjon. Tabellen inneholder både søket i Medline, søkene i universitets- og høgskoledatabasene, og dokumentene tilsendt fra veileder og biveileder.

Tabell 4 Oversikt over antall dokumenter per kategori innenfor gitt region.

		REGION								
		Agder	Akershus	Vestlandet (Bergen)	Innlandet	Oslo	Sørøst-Norge	Nord-Norge	Trøndelag	SUM
T E M A	Bruk av helsetjenester			F6		F11/S2		F1	F1/S1	F19/S3
	Endokrinologi					F18				F18
	Forståelse og evaluering av egenhelse og helsevesenet		S1	F1		F4/S3		S1	S2	F6/S7
	Genetikk					F1				F1
	Geriatrici			F1		S2	F1	S1		F2/S3
	Gynekologi			F2		F12			S1	F14/S1
	Hematologi					F1				F1
	Hjerte- og karsykdommer		F1/S1			F9/S2				F10/S3
	Innavl					F1				F1
	Infeksjonssykdommer					F8/S4		F1/S2	F5	F14/S6
	Kroniske smerter				F1	F1				F2
	Livsstil		S3	S2	S1	F10/S4				F10/S10
	Metabolske tilstander					F19/S4	F1			F20/S4
	Mortalitet		S1			F2				F2/S1
	Multimorbiditet			F2						F2
	Nevrologi					F4				F4
	Obstetrikk	F1	F6/S1	F1		F36/S14	F2		S1	F45/S16
	Omskjæring av gutter							S1		S1

Onkologi		F1			F2/S1				F3/S1
Ortopedi		F1/S1							F1/S1
Primærmedisin					F3/S1		S1		F3/S2
Psykisk helse	S1	S1	F6/S6	F2/S3	F38/S13		S1	F2	F48/S25
Tannhelse			F3		F2/S3		S1		F5/S4
Trygdemedisin					F5/S1				F5/S1
Utfordringer og tiltak	S1	S3	F1	F2	F8/S5	S1	S2	S1	F11/S13
Øre, nese, hals (ØNH)					F1				F1
<b>SUM</b>	F1/S2	F9/S12	F23/S8	F5/S4	F197 /S59	F4/S1	F2/S10	F8/S6	F248/ S102

Listen under viser hvilke forskningsinstitusjoner, universiteter og høyskoler som inngår i de ulike regionene. Dette er kun de universitetene og høyskolene som hadde forskningsprosjekter jeg inkluderte, og ikke alle universiteter og høyskoler jeg søkte i.

- Agder = Universitetet i Agder (UiA).
- Akershus = Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU), Akershus universitetssykehus og Vestre viken hospital Trust, Bærum sykehus.
- Vestlandet = Universitetet i Bergen (UiB), Haukland universitetssykehus og NORCE – Uni Research Helse
- Innlandet (Hedmark og Oppland) = Høgskolen i Innlandet (INN) og Innlandet Hospital Trust.
- Oslo = Universitetet i Oslo (UiO), OsloMet, Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA), VID Specialized University, Oslo, Lovisenberg Diakonale høyskole, Norges Idrettshøgskole, Oslo universitetssykehus, Lovisenberg diagnostiske sykehus, Statistisk sentralbyrå (SSB), Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), Norwegian Centre for Migration and Minority Health (NAKMI), Krefregisteret, Fafo, Regionalsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP) øst og sør, Nasjonalt Folkehelseinstitutt (FHI), Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research og Oslo Diabetes Research Centre.
- Sørøst-Norge (Telemark, Buskerud og Vestfold) = Universitetet i Sørøst-Norge (USN).
- Nord-Norge = Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet (UiT) og Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN)

- Trøndelag = Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) og St Olavs universitetssykehus.

### 3.2.1 Tematiske områder

De tematiske områdene er inndelt i kategorier. I dette kapitlet presenteres en deskriptiv oversikt av hva det er forsket på per kategori. For hver kategori presenteres underkategorier i en figur. Dette gjelder kategorier som har fire dokumenter eller mer. Også her er det benyttet en "Bottom-up"-strategi i definering av underkategoriene. Utvikling over tid, per kategori, vil beskrives for kategoriene med 10 dokumenter eller mer. Til slutt vil kategorien psykisk helse bli brukt som eksempel for å presentere hva forskere har funnet innen et felt. Opprinnelig plan var å kartlegge funn innen alle kategoriene, men det lot seg ikke gjennomføre innenfor gitt tidsramme.

Tidligere oppsummerende rapporter om innvandrerhelse trekker frem sykdommer og helseproblemer relatert til blant annet psykisk helse, reproduktiv helse, diabetes type 2, infeksjonssykdommer, vitamin D-mangel og hjerte- og karsykdommer (4, 6, 13, 16). Oppgavens funn viser også at det er innen disse temaene det foreligger mest forskning. De kategoriene som i denne oppgaven har flest forskningsprosjekter er reproduktiv helse, psykisk helse, metabolske tilstander, utfordringer og tiltak, bruk av helsetjenester, infeksjonssykdommer, livsstil, endokrinologi, forståelse og evaluering av egenhelse og helsevesenet, og hjerte- og karsykdommer.

I følge oppgavens funn er det færrest studier innen følgende kategorier, i synkende rekkefølge: tannhelse, trygdemedisin, geriatri, primærmedisin, nevrologi, onkologi, mortalitet, kroniske smerter, multimorbiditet, ortopedi, genetikk, hematologi, innavl, omskjæring av gutter og øre-nese-hals (ØNH). Disse kategoriene inneholder alle mindre enn 10 dokumenter hver, og samles under en underoverskrift kalt "mindre kategorier".



## Somatisk helse

### *Reproduktiv helse: gynekologi og obstetikk*

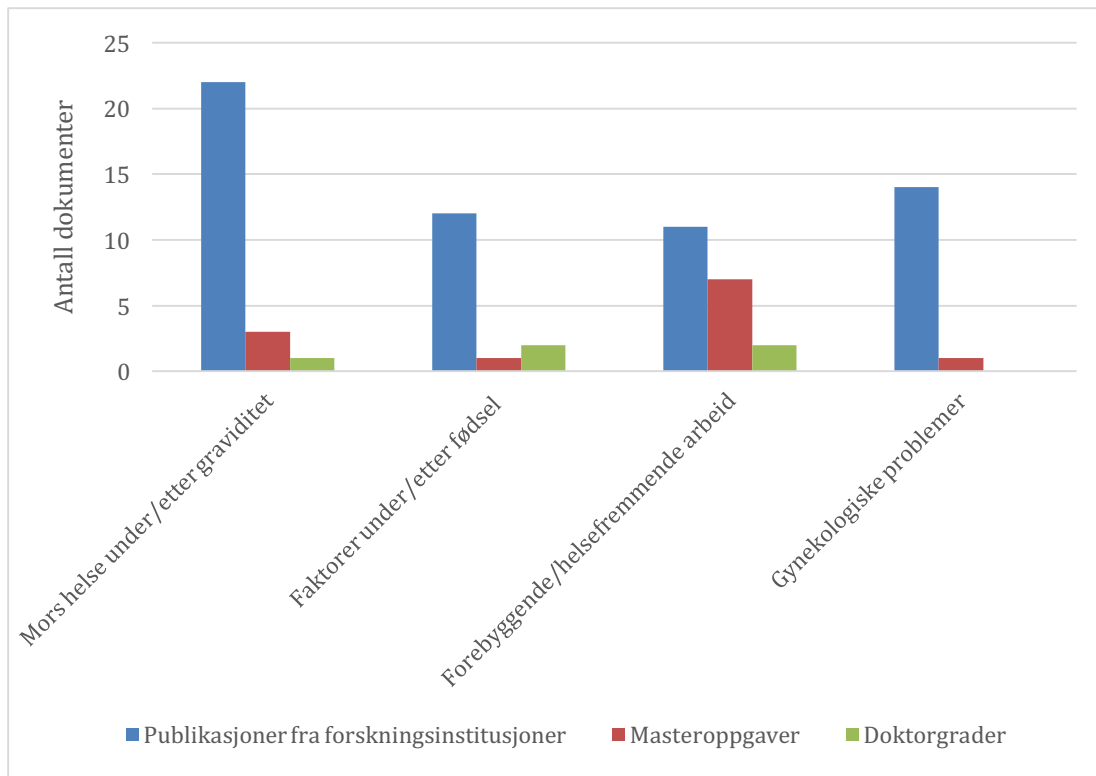
Her er dokumentene om gynekologi og obstetikk fra tabell 4 slått sammen til en kategori kalt reproduktiv helse, og en oversikt over underkategorier kan sees i figur 4. Forskningsinstitusjonene har flest studier om mors helse under/etter graviditet, mens studentene har fokus på forebyggende/helsefremmende arbeid. Forskere har flere tverrsnittstudier, kohortstudier og kvalitative studier, mens studentene har flest kvalitative studier. Figur 5 viser at feltet reproduktiv helse blant innvandrere har vokst de siste 10 årene, og betraktelig etter 2015.

Studier innen mors helse under/etter graviditet omhandler svangerskapsdiabetes, folat- og vitamin D-tilskudd, svangerskapsdepresjon, postpartum depresjon, preeklampsi, blodtrykk under svangerskap, fysisk aktivitet i svangerskapet, svangerskapskvalme og vektøkning. De fleste forskerpublikasjonene handler om svangerskapsdiabetes, hvor blant annet assosiasjon mellom etnisitet og prevalens av svangerskapsdiabetes, og assosiasjon mellom etnisitet og risikofaktorer for svangerskapsdiabetes, er kartlagt. Videre er vitamin D-nivåer blant gravide innvandrere kartlagt i assosiasjon til fosterets fødselsvekt og kroppssammensetning. Gravide innvandrerkvinner bruk av folattilskudd er også undersøkt. Videre er det kartlagt prevalens og risikofaktorer for svangerskapsdepresjon og post partum depresjon. Etniske forskjeller innen blodtrykk under svangerskap og prevalens av preeklampsi blant innvandrerkvinner sammenlignet med den norske befolkningen er også undersøkt. Et par studier tar for seg assosiasjon mellom svangerskapskvalme og helicobacter pylori-infeksjon, og assosiasjon mellom svangerskapskvalme og lengde på opphold i Norge. Videre foreligger studier om fysisk aktivitet under svangerskap, og etniske forskjeller i vektøppgang under graviditet. Studentoppgavene består av tre studier hvor to av dem handler om papirløse innvandrere og deres erfaringer med å være gravid, og den tredje om folattilskudd. Doktorgradsavhandlingen omhandler infeksjoner, post-partum-depresjon og HLA-klassifisering for pakistanske gravide innvandrerkvinner.

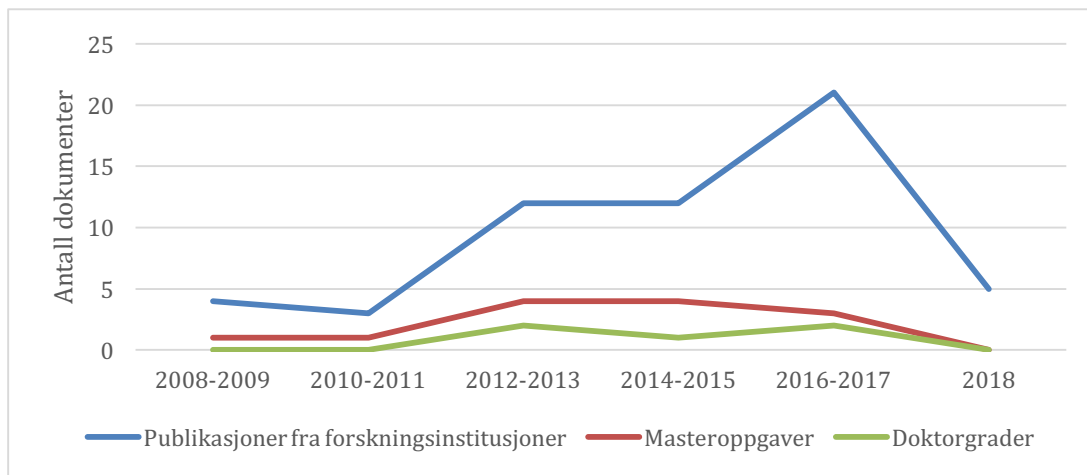
Innen underkategorien forebyggende/helsefremmende arbeid ser både forskere og studenter på amming og ernæring til spedbarn, og erfaringer relatert til svangerskapsomsorg og helsestasjonskontroller.

Underkategorien faktorer under/etter fødsel inneholder forskning på ulike obstetriske komplikasjoner og negative obstetriske utfall assosiert til blant annet lengde på opphold i Norge, å ha flyktet fra krigssone og sosioøkonomisk status. Dette gjelder både forskerpublikasjonene og doktorgradsavhandlingene. Etniske forskjeller i fostervekt og kroppssammensetning etter fødsel er undersøkt i forskerpublikasjoner. Det er også sett på effekten av å bruke universelle fostervektstandarder på en multietnisk populasjon. To forskerpublikasjoner har undersøkt dødfødsel og barnedød basert på landbakgrunn, og en studie har undersøkt sammenheng mellom risiko for keisersnitt og lengde på opphold i Norge.

Innen underkategorien gynekologiske problemer foreligger ni studier om kvinnelig omskjæring. Dette har både forskere og studenter fokusert mest på. Det foreligger én studie som estimerer utbredelse av kvinnelig omskjæring i Norge og flere studier om holdninger til kvinnelig omskjæring blant innvandrerkvinner fra Somalia og Sudan. Mønstre i forbindelse med å søke hjelp for kvinnelig omskjæring er også beskrevet i én studie. De øvrige dokumentene innen underkategorien gynekologiske problemer handler om cervix cancer, urininkontinens, seksuelt overførbare sykdommer og bruk av prevensjon. Forskning om cervix cancer består av studier som undersøker om det foreligger forskjeller i deltakelse på screeningprogrammet blant innvandrere og etnisk norske, og barrierer innvandrerkvinner fra Pakistan og Somalia opplever for å delta i screeningprogrammet.



Figur 4 Antall dokumenter fordelt på underkategorier innen reproduktiv helse.



Figur 5 Utvikling i antall dokumenter innen reproduktiv helse de siste 10 år.

### Metabolske tilstander

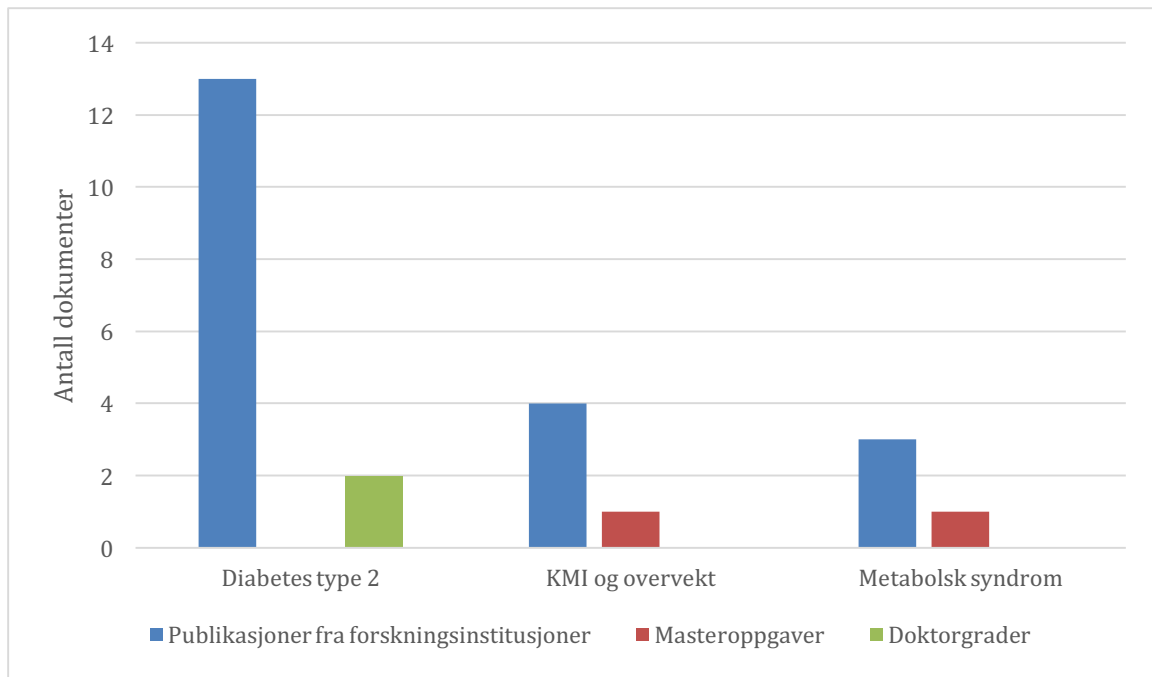
Figur 6 viser oversikt over underkategorier innen metabolske tilstander. Forskerne har fokusert mest på diabetes type 2, mens studentene har et fåtall studier i alle tre underkategorier. Innen denne kategorien er det et bredt spekter i bruk av studiedesign med flere tverrsnittstudier, intervensjonsstudier og RCT-studier. I følge figur 7 ser det ut

til at forskningsaktiviteten innen metabolske tilstander nådde en topp i 2012-2013, for deretter å avta.

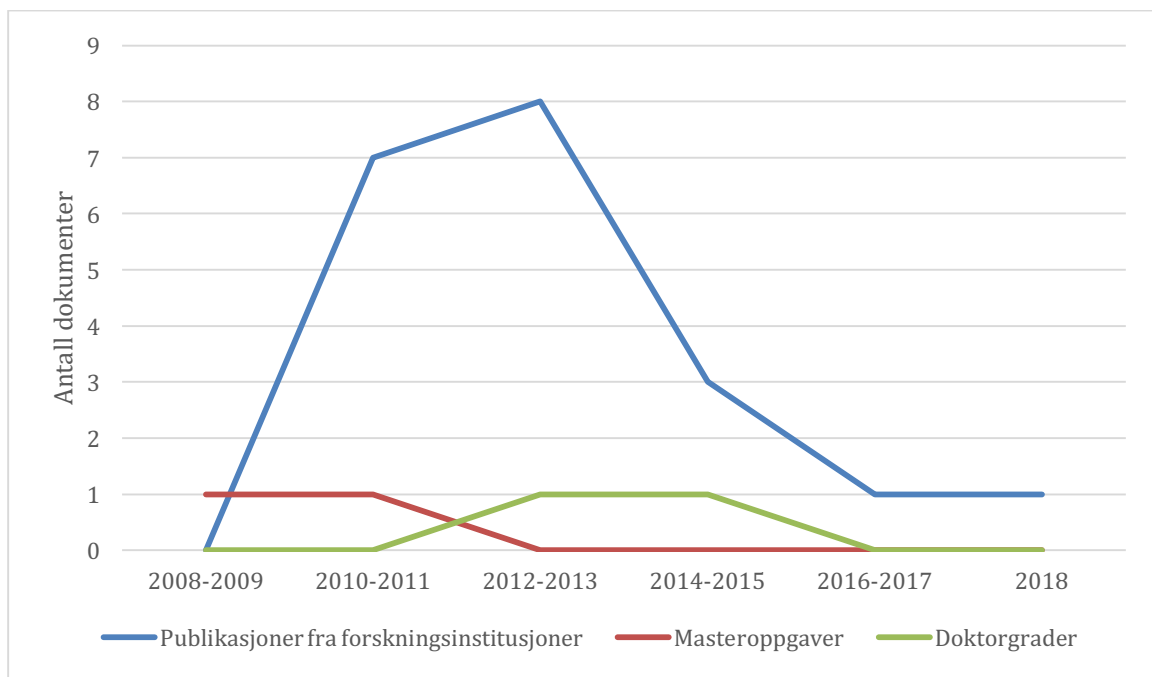
Innen underkategorien diabetes type 2 foreligger flere studier som tar for seg risikofaktorer for diabetes type 2 blant pakistanske og somaliske innvandrerkvinner, samt innvandrere fra Tyrkia, Vietnam, Sri Lanka og Pakistan. I både forskerpublikasjonene og den ene doktorgradsavhandlingen er det gjort eksperimenter på hvordan rolig gange eller fysisk aktivitet etter måltid kan redusere blodglukoserespons, insulinnivå eller postprandial glykemi. Den andre doktorgradsavhandlingen har kartlagt kliniske og patofysiologiske aspekter av diabetes type 2 blant sør-Asiatiske innvandrere i Norge. Det er også gjort studier på innvandreres opplevelse av tilgang på helsehjelp for diabetes type 2.

Studiene innen underkategorien KMI og overvekt tar for seg prevalens av overvekt og fedme blant somaliske innvandrere i Oslo, endring i kroppsmasseindeks (KMI) etter akkulturasjon, og overvekt relatert til sosioøkonomisk status, integrering og diett blant innvandrere fra sør-Asia.

Det foreligger en studie basert på subjektive helseplager, psykologisk stress og mestringsstrategier blant innvandrerkvinner fra Pakistan med metabolsk syndrom, og en studie om etniske forskjeller i metabolsk syndrom blant overvektige barn og unge. Studentoppgaven beskriver forekomst av metabolsk syndrom blant norsk-pakistanske menn i Oslo.



Figur 6 Antall dokumenter fordelt på underkategorier innen metabolske tilstander.

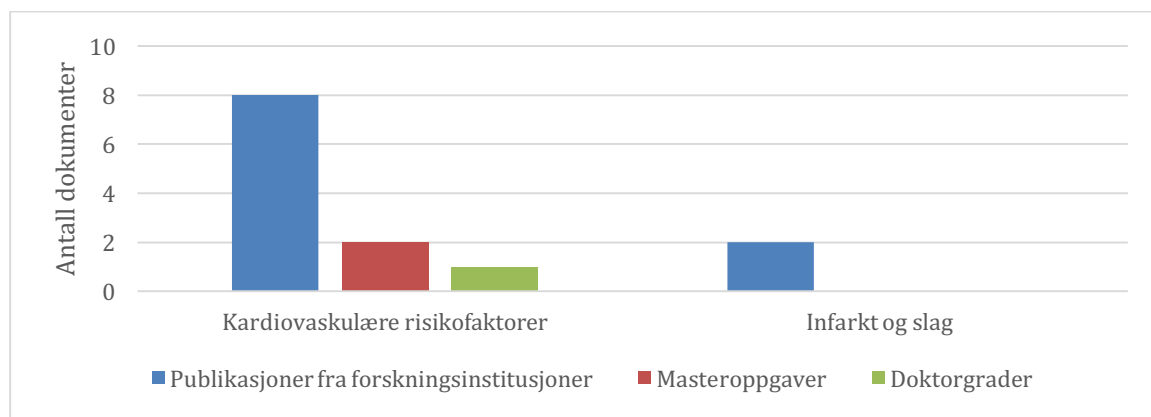


Figur 7 Utvikling i antall dokumenter innen metabolske tilstander de siste 10 år.

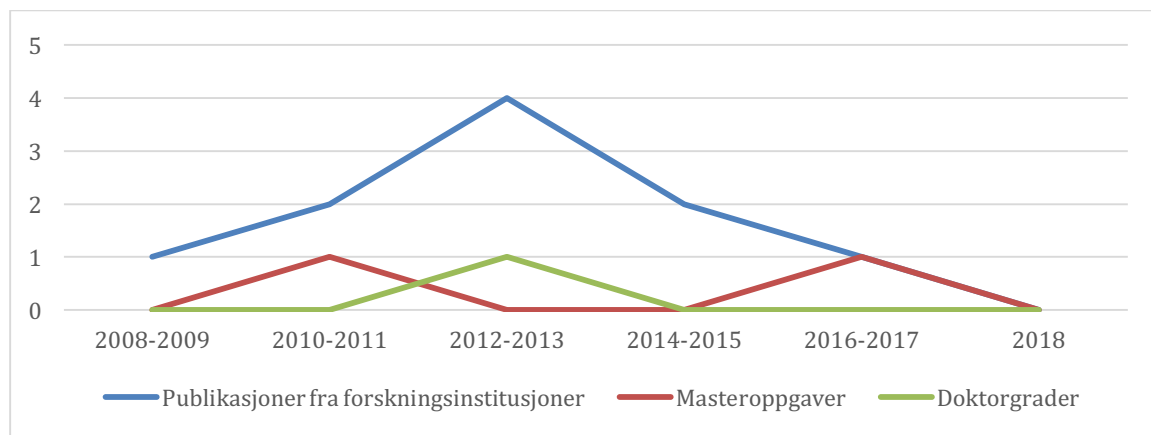
### Hjerte- og karsykdommer

Figur 8 viser underkategoriene innen hjerte- og karsykdommer. Her er det kun tverrsnittstudier og kohortstudier, hvor førstnevnte er i flertall. Figur 9 viser at forskningsaktiviteten nådde en topp for forskerne i 2012-2013, for deretter å avta.

Forskerne og studentene har undersøkt kardiovaskulære risikofaktorer assosiert til etnisitet og om det er forskjeller i risikofaktorer mellom innvandrere med ulik landbakgrunn og den norske befolkningen. Videre har forskningsinstitusjoner kartlagt etniske ulikheter i risikoprofil, tilgang på sykehus og utfall hos pasienter med akutt myokardialt infarkt og slag, i to studier.



Figur 8 Antall dokumenter fordelt på underkategorier innen hjerte- og karsykdommer.



Figur 9 Utvikling i antall dokumenter innen hjerte- og karsykdommer de siste 10 år.

### Livsstil

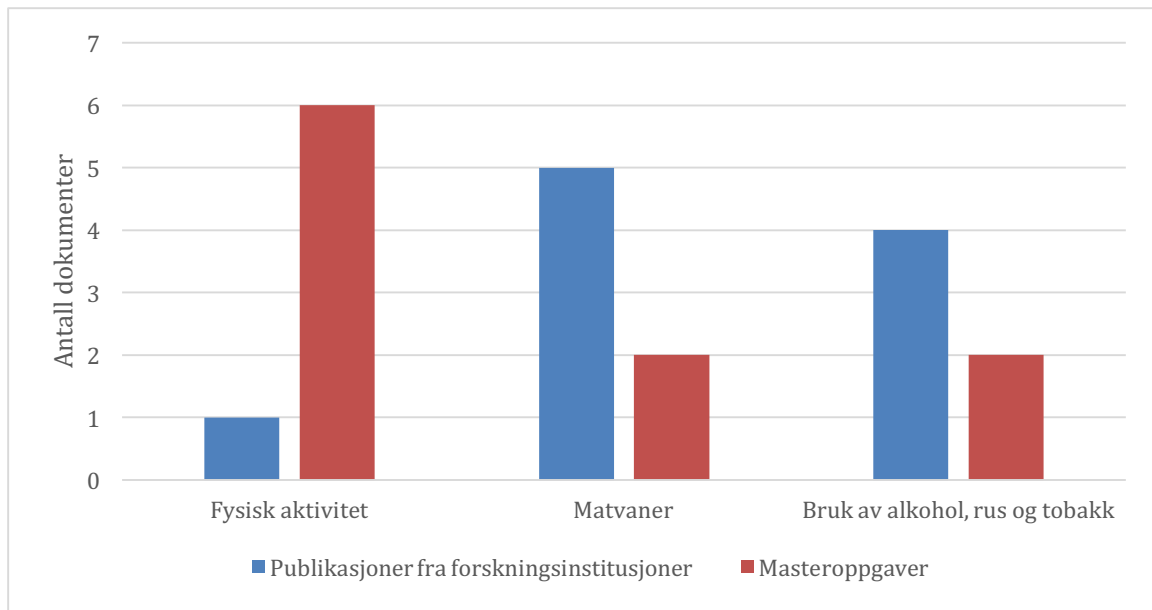
Underkategoriene innen livsstil er vist i figur 10. Dette er en kategori hvor det foreligger like mange forskerpublikasjoner som studentoppgaver. Forskerne har størst fokus på matvaner, mens studentene har størst fokus på fysisk aktivitet. Innen denne kategorien foreligger flest tverrsnittstudier og kvalitative studier. I følge figur 11 kan det se ut til at

forskernes forskningsaktivitet nådde en topp før 2013, mens studentenes forskningsaktivitet er økende.

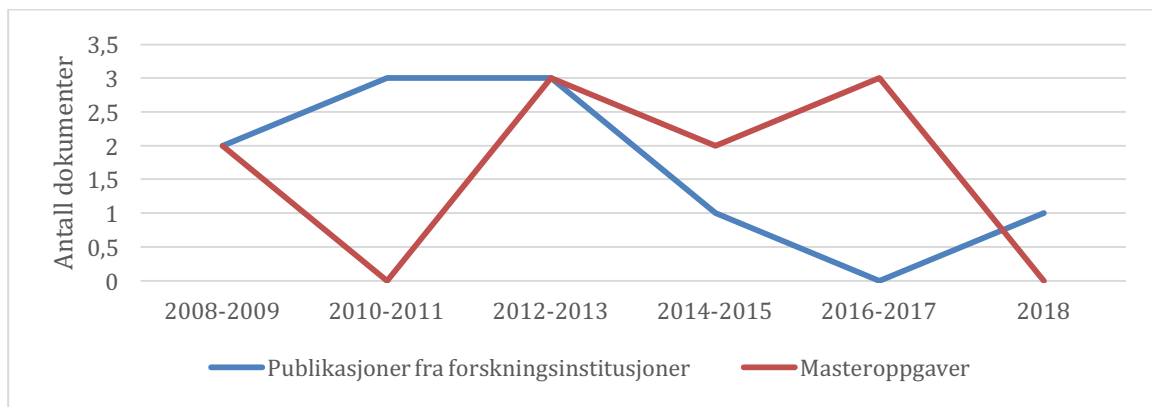
I underkategorien fysisk aktivitet undersøker studentene faktorer som fremmer fysisk aktivitet og hvordan fysisk aktivitet kan fremme helse og egenmestring i immigrasjonsprosessen. Videre er fysisk form blant pakistanske innvandrerkvinner i Oslo, og fysisk aktivitet blant innvandrerkvinner i Innlandet, målt i to masteroppgaver. Forskerpublikasjonen er en oppfølgingsstudie av fysisk aktivitet blant ungdom med minoritetsbakgrunn, samt hvilke assosiasjoner sosiodemografiske faktorer har til fysisk aktivitet.

Innen underkategorien matvaner foreligger fire forskerpublikasjoner og to masteroppgaver som undersøker data etter en kostholdsintervensjon utført på norskpakistanske kvinner. Studiene tar for seg forskningspopulasjonens syn på hva et sunt kosthold er, deres intensjon bak kostholdsendringene, motivasjon og opprettholdelse av kostholdsendringer, og barrierer de møter i forsøket på å ha et sunt kosthold. I tillegg foreligger en forskerpublikasjon om hvordan matvanene endret seg etter migrasjon for innvandrere fra sør-Asia.

Forskerpublikasjonene og den ene masteroppgaven om innvandreres bruk av alkohol, rus og tobakk, har kartlegge forekomst av bruk og faktorer assosiert med bruken. Den andre masteroppgaven er en kvalitativ studie for å identifisere barrierer rusbrukere med innvandrerbakgrunn møter i kontakt med helsetjenester som arbeider med avhengighet.



Figur 10 Antall dokumenter fordelt på underkategorier innen livsstil.



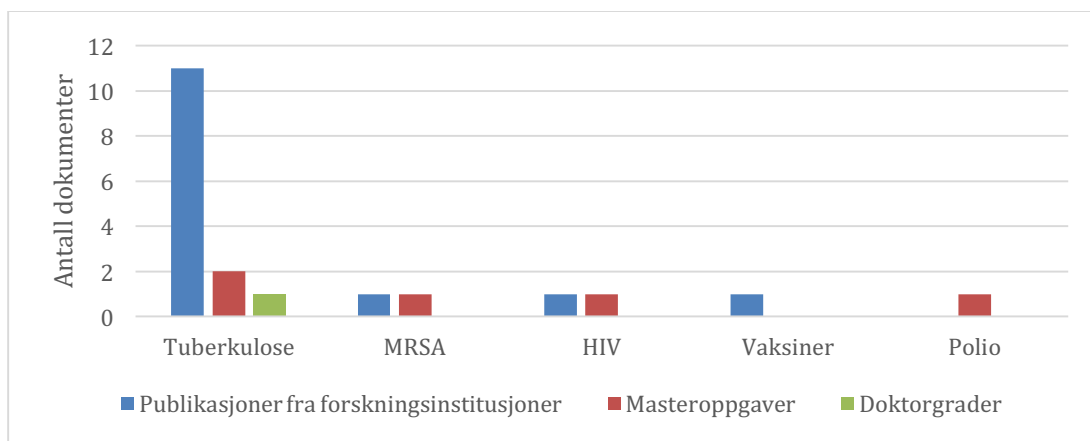
Figur 11 Utvikling i antall dokumenter innen livsstil de siste 10 år.

### Infeksjonssykdommer

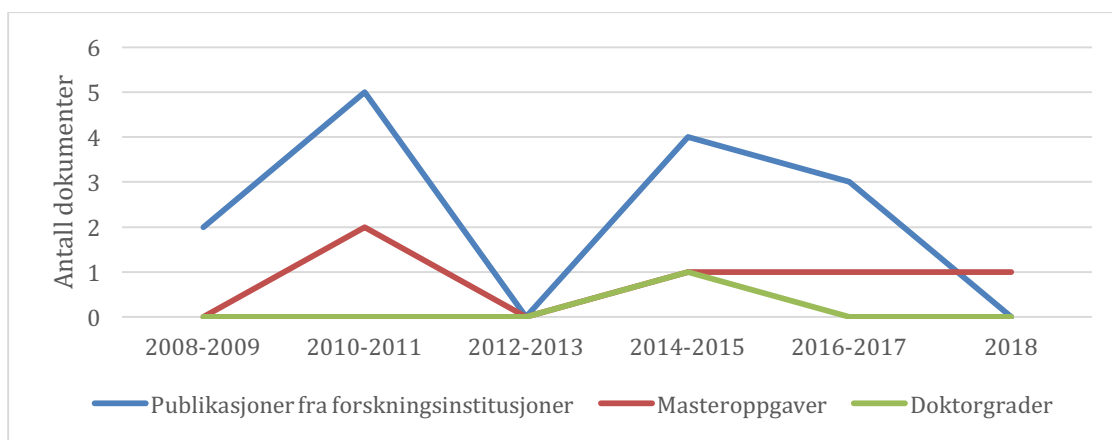
En oversikt over underkategorier innen infeksjonssykdommer kan sees i figur 12. Forskerne har fokusert mer på tuberkulose i forhold til de andre infeksjonssykdommene det er forsket på. Studentene har også flest oppgaver innen tuberkulose, men nesten like mange oppgaver om MRSA og HIV. Figur 13 indikerer at forskningsaktiviteten nådde en topp i 2010-2011 og 2014-2015. Det kan imidlertid se ut til at forskning på infeksjonssykdommer nå har gått ned.



Innen tuberkulose er det forsket på prevalens av tuberkulose blant ulike innvandrergupper, og masteroppgaven har undersøkt aspekter i diagnostikk og behandling av tuberkulose i Nord-Norge. Kvaliteten på screeningprogrammet for tuberkulose, og oppfølging av pasienter med latent tuberkulose, er også undersøkt. Videre er det gjort kvalitative studier om erfaringer med å bli diagnostisert med tuberkulose. Forskerpublikasjonen om HIV undersøker prevalens av tuberkulose blant HIV-pasienter, og studentoppgaven er en kvalitativ studie om det å leve med HIV. Forskerpublikasjonen om MRSA ser på innvandring som årsak til økende MRSA-insidens, og studentoppgaven evaluerer rådet om å avstå MRSA-screening på innvandrere hvis det forsinket tuberkulosescreeingen. Forskerpublikasjonen gjort innen underkategorien vaksiner, undersøker om blant annet innvandring gir økt risiko for forsinkelser i vaksinasjonsprogrammet, og studentoppgaven om polio er en kvalitativ studie som senskader etter denne infeksjonen.



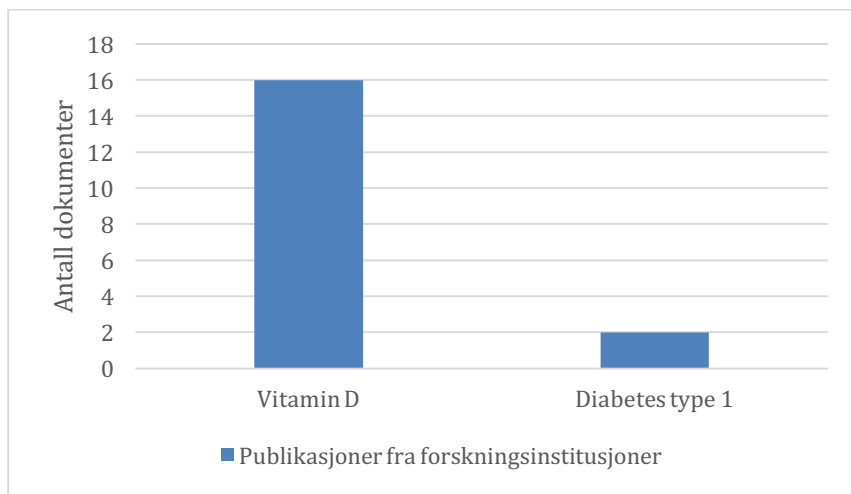
Figur 12 Antall dokumenter fordelt på underkategorier innen infeksjonssykdommer.



Figur 13 Utvikling i antall dokumenter innen infeksjonssykdommer de siste 10 år.

## Endokrinologi

Innen kategorien endokrinologi inngår forskning på vitamin D-status og diabetes type 1, som vist i figur 14. Studiedesignet hyppigst brukt i denne kategorien er RCT-studier og tverrsnittsstudier. Det er ingen studentoppgaver innen dette tema. Figur 15 viser at forskning på endokrinologi kan se ut til å være økende. Studiene om vitamin D kartlegger nivået av vitamin-D blant ulike innvandringsgrupper, ser på assosiasjoner mellom lave vitamin D-nivåer og andre tilstander, og undersøke sammenhenger mellom vitamin D-nivå hos mor og barn. Tilstandene forskerne har undersøkt assosiasjon til vitamin D-nivåer er psykoselidelser, muskel- og skjelettlidelser, fatigue og hodepine. Det er også gjort studier på om vitamin D-tilskudd har effekt på muskelstyrke, muskel- og skjelettsmerter, hodepine, HbA1c-nivå, serumlipider, KMI, beinmarkørere, jernstatus og tyroideaimmunitet.



Figur 14 Antall dokumenter fordelt på underkategorier innen endokrinologi.



Figur 15 Utvikling i antall dokumenter innen endokrinologi de siste 10 år.

## Psykisk helse

Flere dokumenter om bruk av psykiske helsetjenester tar for seg bruken som indikator på omfanget av psykiske problemer. Bruk av psykiske helsetjenester inngår derfor i kategorien psykisk helse og ikke i kategorien bruk av helsetjenester.

Figur 16 viser hvilke underkategorier det er forsket på innen psykisk helse. Flere studier bruker begreper som dårlig mental helse, psykologisk stress, belastninger og så videre for å beskrive psykisk helse generelt, og enkelte studier forsker på prevalens av flere psykiatriske diagnoser i samme studie. I tillegg er det noen av disse studiene som også inkluderer beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer innen psykisk helse, samt andre lidelser i relasjon til psykiske lidelser. Disse studiene er sortert sammen til en underkategori kalt psykisk helse generelt og påvirkende faktorer.

Forskningsinstitusjoner har gjort flest publikasjoner om psykisk helse generelt og påvirkende faktorer, etterfulgt av bruk av psykisk helsetjenester. Studentoppgavene har undersøkt mestringsstrategier og helsepersonells strategier i arbeid med innvandrere med psykiske lidelser, og dernest psykisk helse generelt. Forskningsinstitusjonene har hatt mer fokus på klart definerte medisinske områder enn studentoppgavene, for eksempel posttraumatisk stresslidelse (PTSD), psykotiske lidelser og selvmord. Studentene benytter seg mer av kvalitative intervjuer enn forskningsinstitusjonene. Figur 17 viser at antall dokumenter har økt de siste 10 årene, dette gjelder både for forskningsinstitusjoner og studenter.

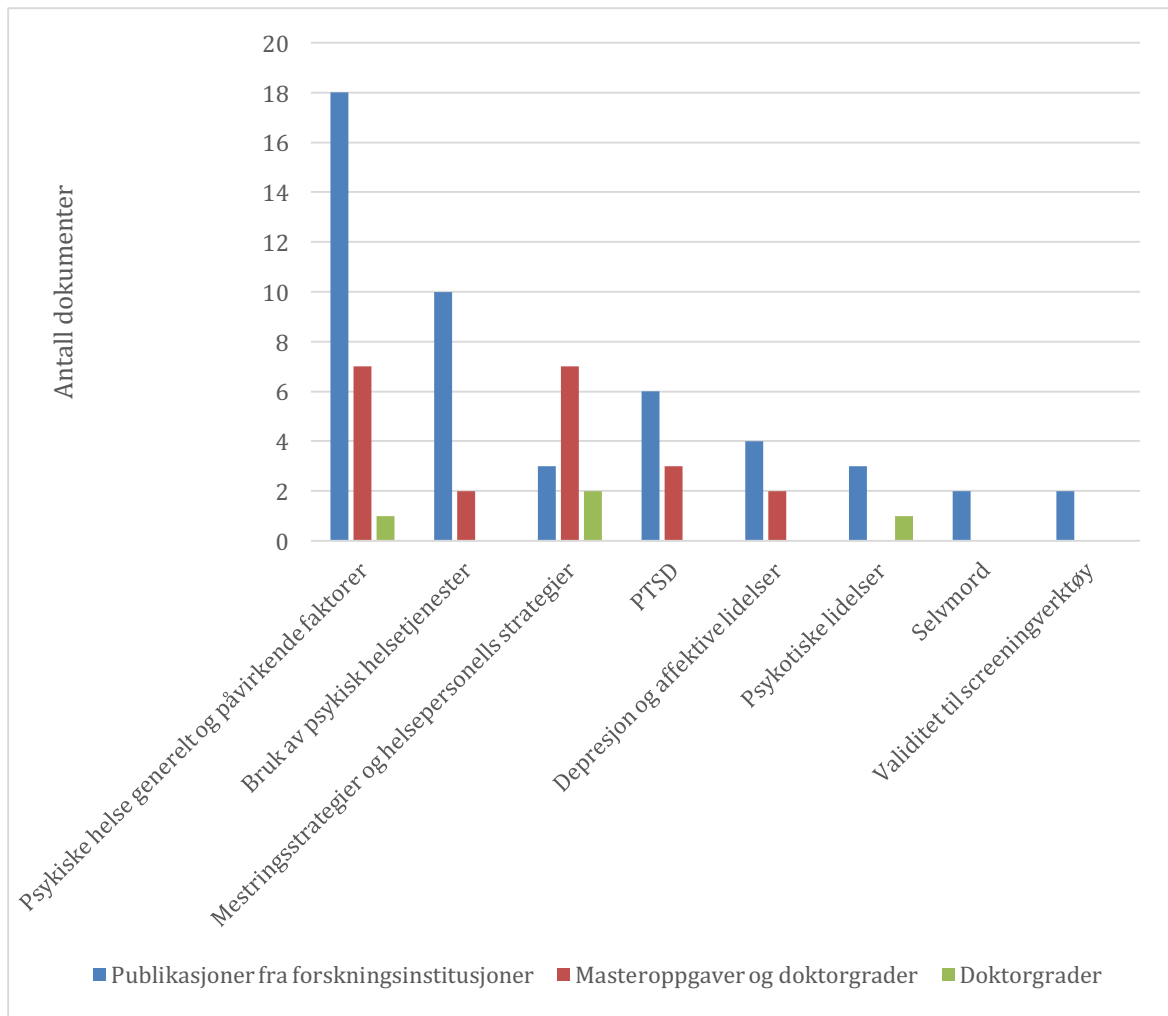
Innen underkategorien psykisk helse generelt og påvirkende faktorer finnes det en studie på mental helse blant norskfødte barn og ungdom med vietnamesiske foreldre, tre studier om forekomst av PTSD, depresjon og angst blant enslige mindreårige migranter, og en studie om kjønnsforskjeller i forekomst av emosjonelle problemer. Videre finnes det tre studier på utvikling av psykiske symptomer over tid, syv studier om ulike risikofaktorer forbundet med dårlig psykisk helse, og seks studier om beskyttelsesfaktorer forbundet med god psykisk helse.

Underkategorien bruk av psykisk helsetjenester inneholder bruk av primær- og sekundærhelsetjenesten for psykiske problemer, innleggelse på psykiatriske enheter, faktorer knyttet til lavere bruk og dårligere mental helse, og barrierer for å kontakte helsepersonell for psykiske problemer. Flere studier kartlegger bruken av psykiske helsetjenester ut i fra for eksempel landbakgrunn, migrasjonsårsak, alder og tid i Norge.

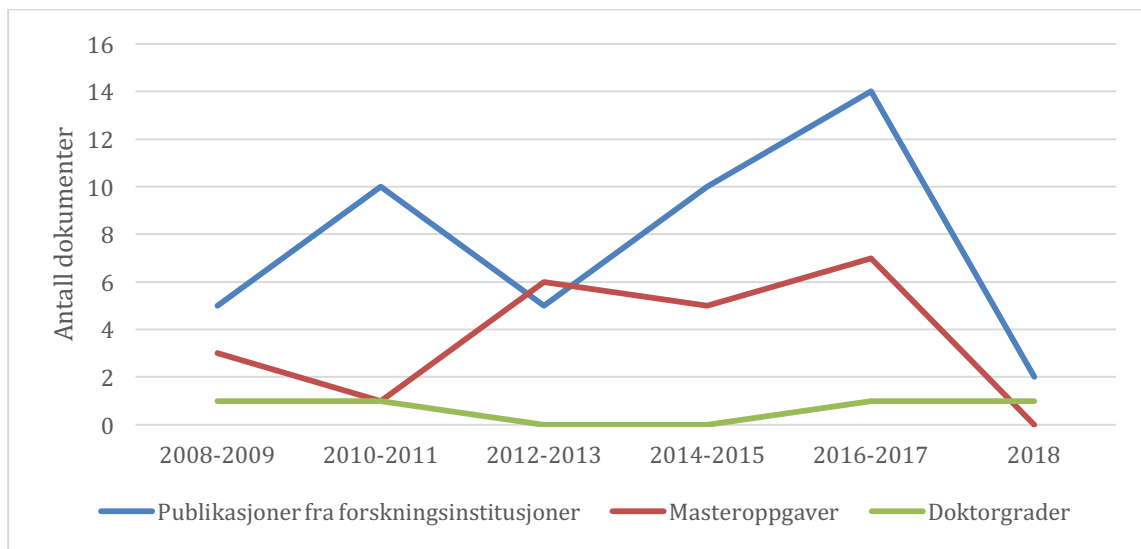
Innen underkategorien PTSD finnes studier fra både forskningsinstitusjoner og studenter. De fleste studiene på PTSD er gjort på flyktninger eller enslige migranter. Prevalens, grad av symptomtrykk, risikofaktorer og ulike behandlingsmetoder er undersøkt i de ulike publikasjonene og studentoppgavene.

Studentene har flere dokumenter enn forskningsinstitusjonene innen underkategorien mestringsstrategier og helsepersonells strategier, hvor pasienter forteller om deres mestringsstrategier, og helsepersonell forteller om strategier i deres arbeid med denne pasientgruppen via kvalitative studier. Det er også undersøkelser av spesifikke mestringsstrategier som fysisk aktivitet eller psykomotorisk fysioterapi.

Innen psykotiske lidelser er det forsket på forskjell i symptompresentasjon blant innvandrere og etnisk norske, og mulige forklaringer på dette. Innen underkategorien depresjon og affektive lidelser finnes studier som presenterer prevalens av depresjon og sesongbaserte affektive lidelser blant innvandrere. Videre er risiko for selvmord blant innvandrere kartlagt i to studier. Validitet til screeningverktøy når de brukes på innvandrere er undersøkt i to studier. Den ene undersøker Hopkins Symptoms Check List og Harvard Trauma Questionnaire, og den andre undersøker The Strengths and Difficulties Questionnaire.



Figur 16 Antall dokumenter fordelt på underkategorier innen psykisk helse.



Figur 17 Utvikling i antall dokumenter innen psykisk helse de siste 10 år.

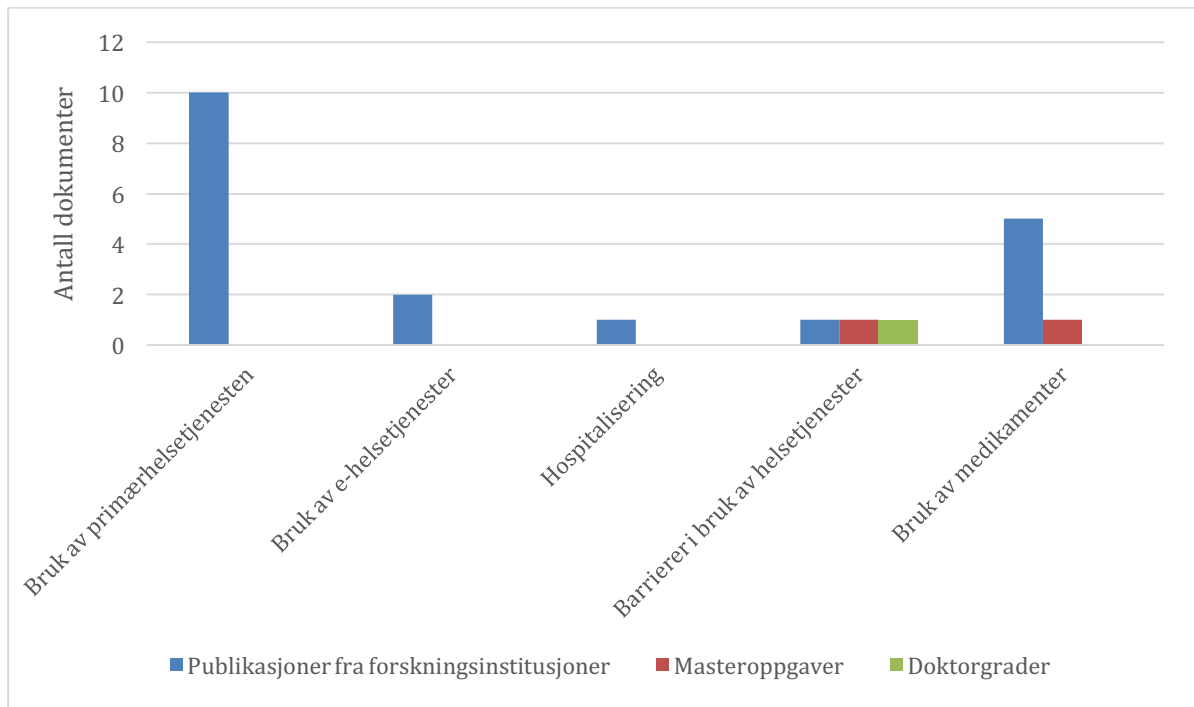
## **Bruk av helsetjenester**

Underkategorier innen bruk av helsetjenester kan sees i figur 18. Her inngår kun publikasjoner om bruk av helsetjenester for somatiske helseproblemer. Studier om bruk av psykiske helsetjenester inngår i kategorien psykisk helse. De studiene som er gjort på innvandreres bruk av helsetjenester har sett på deres bruk av fastlegeordning og legevakt, som er sortert til underkategorien bruk av primærhelsetjenesten. Videre er det undersøkt ulike barrierer for innvandreres bruk av helsetjenesten, samt innvandreres bruk av e-helsetjenester og hospitalisering. Forskning gjort på innvandreres bruk av medikamenter inngår også her. Det er få studentoppgaver sammenlignet med forskerpublikasjoner. Figur 19 viser at forskning på innvandreres bruk av helsetjenester og medikamenter har økt siden 2012-2013, med en topp i antall dokumenter i 2016-2017.

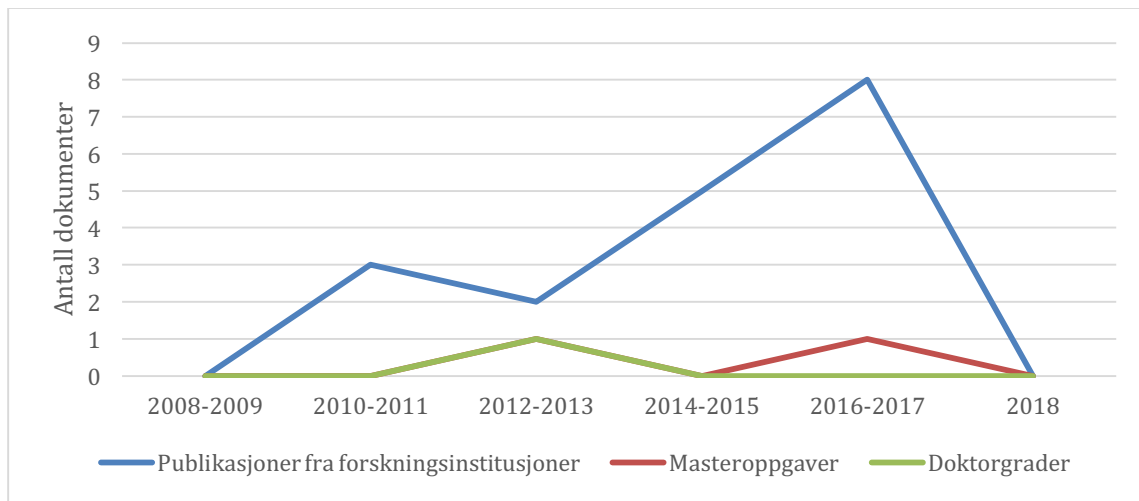
De fleste studiene har sett på innvandreres bruk av helsevesenet fordelt på landbakgrunn og migrasjonsårsak. I tillegg kartlegger én studie spesifikt eldre innvandreres bruk av helsetjenester, og én studie kartlegger spesifikt innvandrerbarns bruk av helsetjenester. Det er også undersøkt bruk av helsetjenester blant innvandrere fra land sør for Sahara, mens en kvalitativ studie har undersøkt polske arbeidsinnvandreres barrierer i bruk av helsetjenesten. Både masteroppgaven og doktorgradsavhandlingen handler om barrierer i bruk av helsetjenester. De fleste studiene i denne underkategorien er registerbaserte studier.

Innen bruk av medikamenter har forskningsinstitusjonene én tverrsnittsstudie som omhandler prevalens og mønster i medikamentbruk blant innvandrere fordelt på landbakgrunn. Det er to kvalitative studier om hva som påvirker medikamentbruk, og av disse undersøker den ene hvordan generiske bytter påvirker compliance, og den andre hvordan kultur påvirker medikamentbruk. Begge studiene er utført på pakistanske innvandrere. I tillegg er det to forskerpublikasjoner som undersøker bruk av smertestillende. Masteroppgaven er en kvalitativ studie på mønstre i medikamentbruk blant etiopiske innvandrere i Norge.

To studier har undersøkt bruk av, og holdninger til, e-helsetjenester blant pakistanske innvandrere i Oslo. Studien om hospitalisering er en registerbasert studie som ser på hvordan innvandrernes opprinnelsesland, migrasjonsårsak og lengde på opphold i Norge er assosiert til innleggelsesrate på somatiske sykehus i Norge.



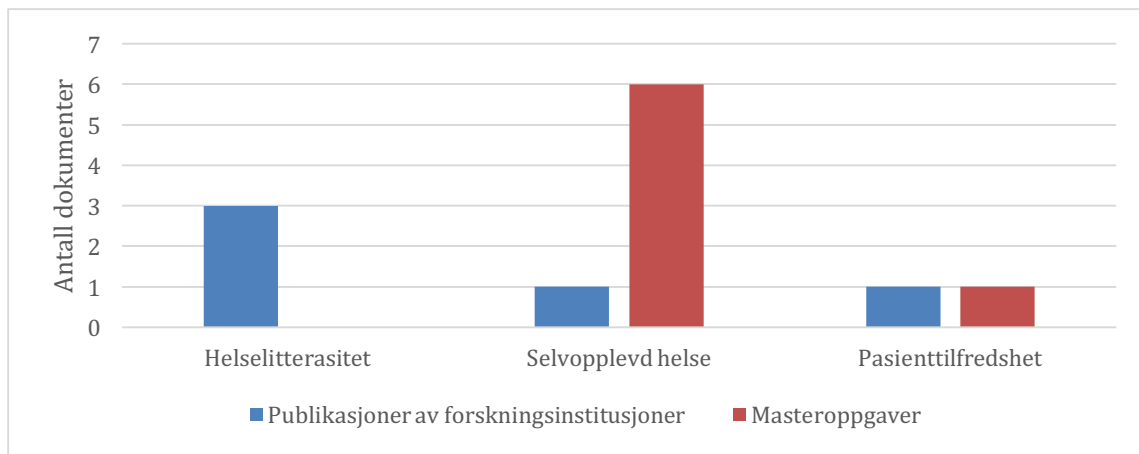
Figur 18 Antall dokumenter fordelt på underkategorier innen bruk av helsetjenester.



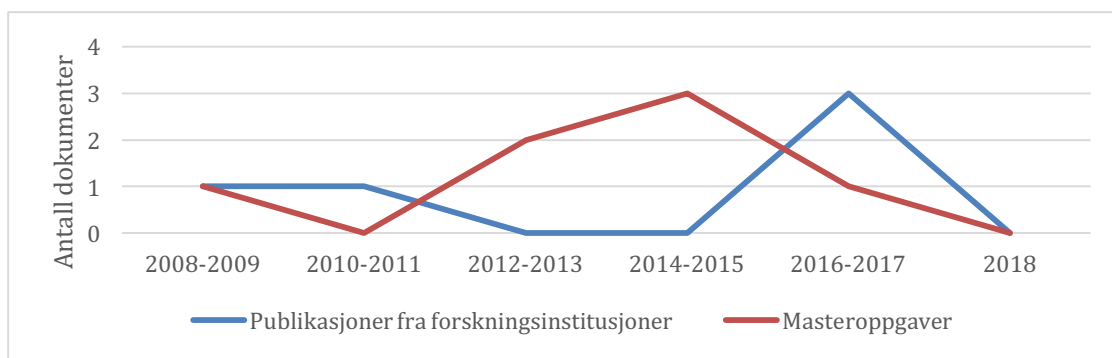
Figur 19 Utvikling i antall dokumenter innen bruk av helsetjenester de siste 10 år.

## Forståelse og evaluering av egenhelse og helsevesenet

Figur 20 viser underkategoriene innen forståelse og evaluering av egenhelse og helsevesenet. I oppgavens funn er det tre studier om helselitterasitet. Den ene undersøker helselitterasitet blant somaliske innvandrerkvinner i Oslo, den andre undersøker utfordringer innvandrerkvinner fra Thailand og Filippinene møter når de skal forstå helsevesenet i Norge, og den tredje omhandler innvandreres forståelse av depresjon og behandling av det. Studentene har fokus på ulike innvandreres selvopplevde helse via kvalitative studier. Det er gjort to studier på pasienttilfredshet, den ene en masteroppgave utført på pasienter ved et legekantor i Oslo og den andre en forskerpublikasjon som har brukt data fra to store befolkningsundersøkelser. Basert på figur 21 kan det se ut til at forskningsaktiviteten innen dette tema økte etter 2015.



Figur 20 Antall dokumenter fordelt på underkategorier innen forståelse og evaluering av egenhelse og helsevesenet.



Figur 21 Utvikling i antall dokumenter innen forståelse og evaluering av egenhelse og helsevesenet de siste 10 år.



## Utfordringer og tiltak

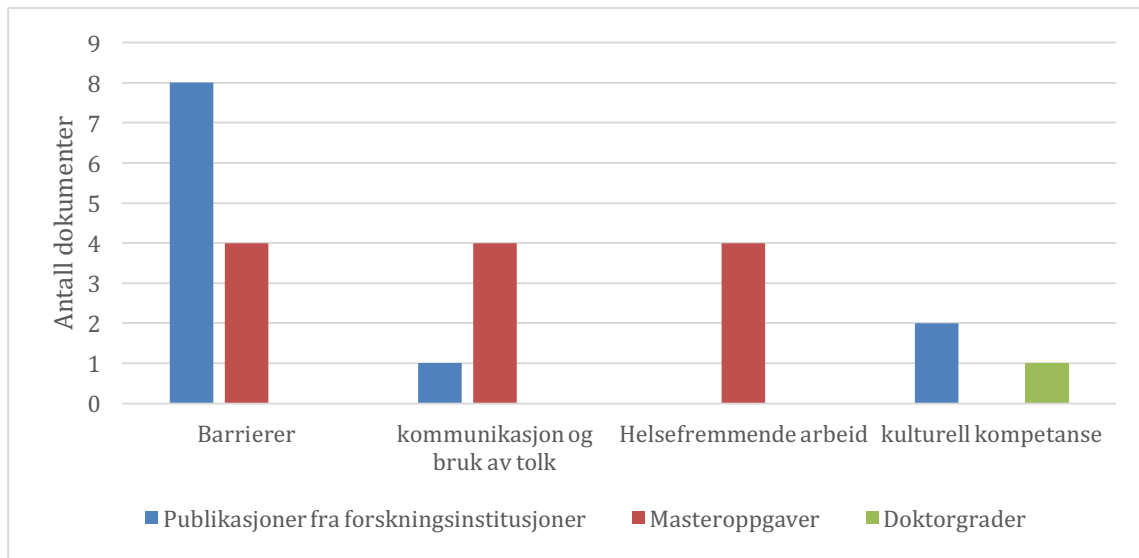
Innen kategorien utfordringer og tiltak inngår utfordringer som ikke går på rent medisinske problemer, men heller utfordringer knyttet til kulturelle, språklige og strukturelle barrierer. Helsepersonells strategier for å takle disse utfordringene inkluderes også her. Antall dokumenter fordelt på underkategorier kan sees i figur 22. Av figur 23 sees det en topp i antall forskerpublikasjoner i år 2010-2011 og i 2014-2015. Antall studentoppgaver ser ut til å være i vekst.

Forskningsinstitusjonene har størst fokus på å identifisere kulturelle barrierer. Dette er gjort via åtte kvalitative studier hvor helsepersonells erfaringer med kulturelle utfordringer i møte med pasienter med innvandrerbakgrunn undersøkes, noe én masteroppgave også gjør. De resterende masteroppgavene undersøker både kulturelle, språklige og strukturelle barrierer.

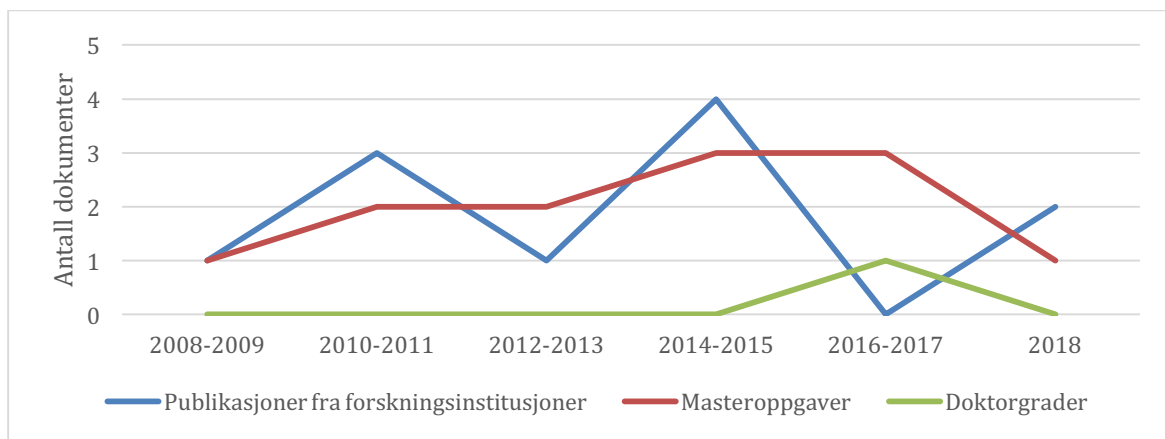
Studentoppgavene har like stort fokus på ulike barrierer som på kommunikasjon og bruk av tolk, og helsefremmende arbeid. Innen underkategorien kommunikasjon og bruk av tolk har studentene, via kvalitative studier, sett på utfordringer i kommunikasjon mellom fastlege og innvandrere, og sykepleiers erfaring med bruk av tolk. En masteroppgave undersøker utfordringer AMK-sykepleiere møter med minoritetsspråklige innringere på nødtelefonen 113. Forskerpublikasjonen innen kommunikasjon og bruk av tolk undersøker ulike faktorer som påvirker innvandreres kommunikasjon med ulike helsearbeidere.

Det er fire masteroppgaver som presenterer ulike former for helsefremmende arbeid. Den ene er en studie på helsegevinst av deltakelse i frivillig organisasjon, den andre er en studie om hvordan salutogenese kan redusere helseforskjeller, den tredje om helsefremmende arbeid med enslige mindreårige flyktninger i kommunale bofellesskap, og den fjerde analyserer retningslinjer innen innvandrerhelse og identifiserer utfordringer i forbindelse med disse.

Det er tre dokumenter om kulturell kompetanse. Den ene en kvalitativ studie om fastlegers strategier i møte med innvandrerpatienter, den andre en studie på sykepleiers selvvurdering av kulturell kompetanse, og den tredje en doktorgrad om helsepersonells selvvurdering av kulturell kompetanse og som i tillegg inkluderer et pasientperspektiv.



Figur 22 Antall dokumenter fordelt på underkategorier innen utfordringer og tiltak.



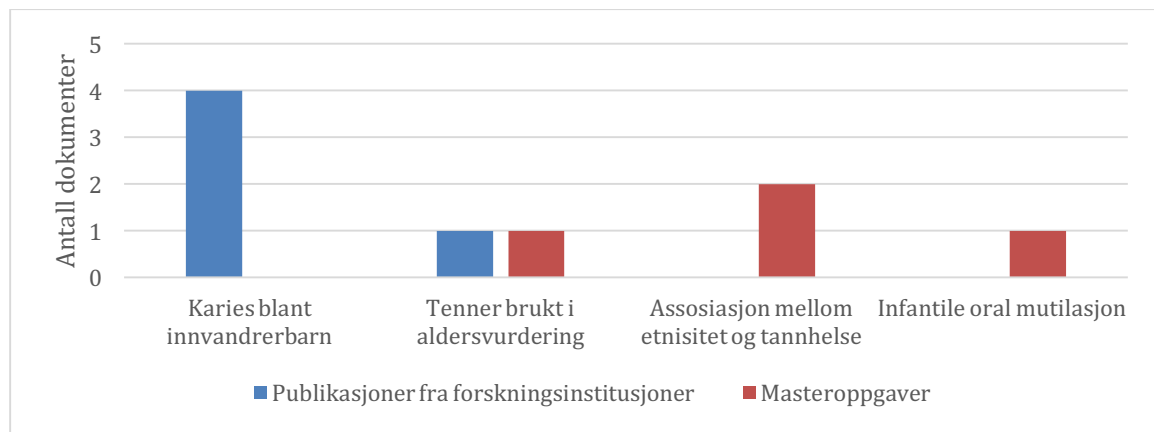
Figur 23 Utvikling i antall dokumenter innen utfordringer og tiltak de siste 10 år.

### Mindre kategorier

Dette avsnittet tar for seg kategorier med mindre enn 10 dokumenter. Det er vanskelig å si noe om utvikling over tid når det blir få dokumenter, og derfor er ikke dette gjort for kategorier med under 10 dokumenter. Underkategorier beskrives ikke med figur for kategorier med under fire dokumenter.

## Tannhelse

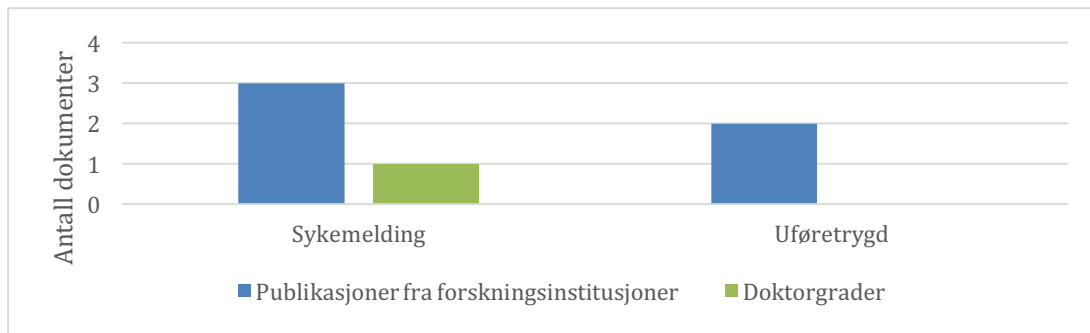
Figur 24 viser hvilke underkategorier det er forsket på innen tannhelse. Forskere har størst fokus på karies blant innvandrerbarn, og har undersøkt assosiasjonen dette har til blant annet foreldrenes holdninger til tannhelse og foreldrenes sosioøkonomiske status. Det er en forskerpublikasjon og en studentoppgave om bruk av tenner i aldersvurdering av migranter. Videre er det to studentoppgaver om assosiasjon mellom etnisitet og tannhelse, og en studentoppgave om den kulturelle praksisen infantile oral mutillasjon, hvor hjørnetenner fjernes.



Figur 24 Antall dokumenter fordelt på underkategorier innen tannhelse.

## Trygdemedisin

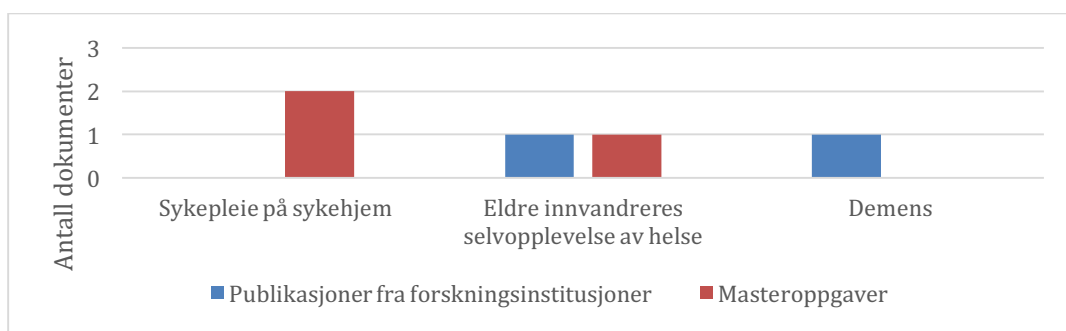
Antall dokumenter fordelt på underkategorier innen trygdemedisin er vist i figur 25. Forskerpublikasjonene innen sykemelding er to kvalitative studier om langtidssykemelding blant innvandrerkvinner med kroniske smerter, og en studie om sykemelding blant gravide. Doktorgraden er en kvalitativ studie om verdighet og uverdighet opplevd av langtidssykemeldte innvandrerkvinner. Det er to forskerpublikasjoner om uføretrygd blant innvandrere, hvor den ene tar for seg forskjeller i prevalens av uføretrygd mellom etnisk norske og innvandrere, og den andre viser om etniske forskjeller innen uføretrygd kan forklares av yrke, inntekt, psykisk lidelse eller helse.



Figur 25 Antall dokumenter fordelt på underkategorier innen trygdemedisin.

### Geriatri

Figur 26 viser underkategoriene innen geriatri. Studentoppgavene har to kvalitative studier om sykepleiers arbeid med eldre innvandrere som bor på sykehjem. Underkategorien eldre innvandreres selvopplevelse av helse består av en forskerpublikasjon om eldre pakistanske kvinners opplevelse av helse og en masteroppgave om eldre srilankiske innvandreres opplevelse av helse. I følge oppgavens funn er det kun gjort én studie på eldre innvandrere med demens. Studien sammenligner andelen innvandrere over 50 år med norske over 50 år, med demens og nedsatt hukommelse, og ser på forskjeller innen demografisk bakgrunn, bruk av primærhelsetjenesten og farmakologisk behandling av tilstandene.

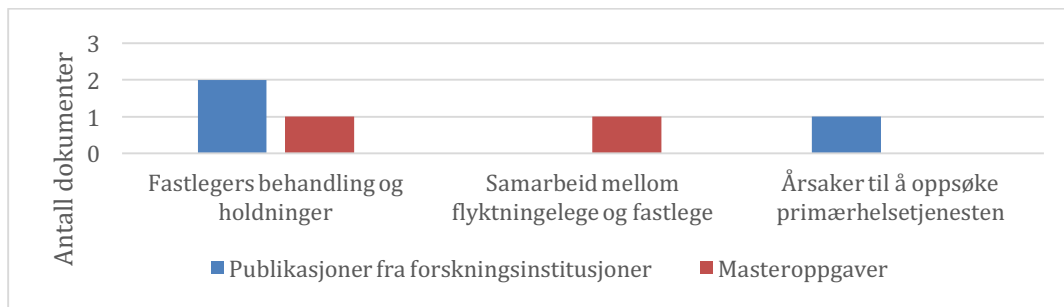


Figur 26 Antall dokumenter fordelt på underkategorier innen geriatri.

### Primærmedisin

Figur 27 viser underkategorier innen primærmedisin. Her er ikke bruk av primærhelsetjenester inkludert da det er sortert under kategorien bruk av helsetjenester. I denne kategorien er det tre studier om fastlegers behandling av, og

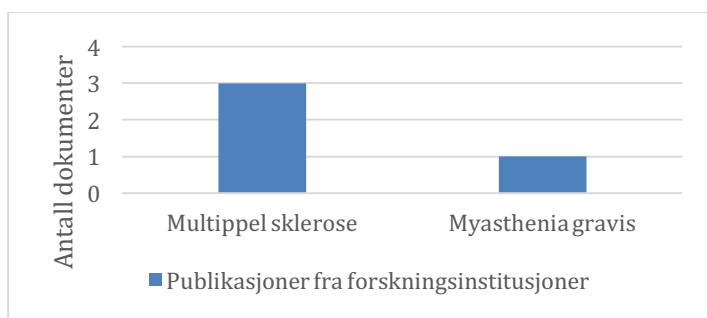
holdninger til, papirløse migranter og flyktninger. Papirløse migranter er en innvandrerguppe som ikke har like mange rettigheter til helsehjelp som befolkningen forøvrig, og disse studiene undersøker om fastleger tilbyr helsetjenester til denne gruppen likevel. Masteroppgaven innen underkategorien samarbeid mellom flyktningeleger og fastleger tar for seg hvordan epikriser fra flyktningelegen kan hjelpe fastlegen når pasienten overføres. Én forskerpublikasjon har sett på årsaker til å oppsøke legevakt versus fastleger blant innvandrere i Oslo.



Figur 27 Antall dokumenter fordelt på underkategorier innen primærmedisin.

### Nevrologi

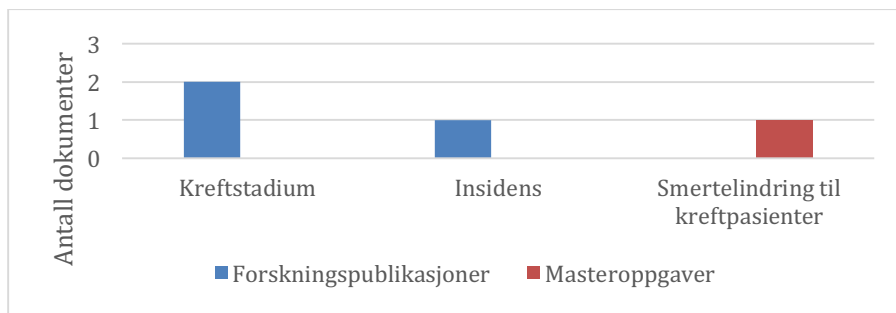
Figur 28 viser antall dokumenter innen nevrologi. Publikasjonene omhandler prevalens av multippel sklerose blant innvandrere og etniske forskjeller innen multippel sklerose. Det foreligger også en studie på prevalens av, og kliniske aspekter ved, myasthenia gravis blant innvandrere.



Figur 28 Antall dokumenter fordelt på underkategorier innen nevrologi.

## Onkologi

Figur 29 viser en oversikt over hva det er forsket på innen onkologi. Det er én forskerpublikasjon som beskriver etniske forskjeller i insidens av kreft i Norge. To forskerpublikasjoner har undersøkt etniske forskjeller og kreftstadium ved diagnosetidspunkt, den ene spesifikt for brystkreft og den andre tar for seg flere krefttyper. Masteroppgaven undersøker sykepleiernes opplevelse av smertelindring til kreftpasienter med innvandrerbakgrunn via kvalitativ metode. Alle fire dokumentene er publisert mellom 2015 og 2017, som tyder på at dette er et relativt nytt forskningsfelt.



Figur 29 Antall dokumenter fordelt på underkategorier innen onkologi.

## Mortalitet

Det er tre studier gjort på mortalitet blant innvandrere. Den ene er en masteroppgave fra 2013 som undersøker forskjeller i dødelighet mellom etniske nordmenn og innvandrere i alder 25-79 år, fordelt på opprinnelsesland. Den ene forskerpublikasjonen tar for seg virkningen av innvandring på dødelighetsforskjeller via en prospektiv registerbasert studie fra 2015, og den andre undersøker assosiasjon mortalitet har til migrasjonsårsak og lengde på opphold i Norge.

## Kroniske smerter

Det er to forskerpublikasjoner innen kroniske smerter blant innvandrere. Den ene er en kvalitativ studie fra 2017 om erfaringer med å leve med kroniske smerter, og den andre er et tverrsnittsstudie fra 2015 om kroniske smerter blant multitraumatiserte flyktninger.

### *Multimorbiditet*

Innen kategorien multimorbiditet er det to forskerpublikasjoner fra 2015. Den ene ser på multimorbiditet i assosiasjon til opprinnelsesland, og den andre i assosiasjon til migrasjonsårsak og lengde på opphold i Norge.

### *Ortopedi*

Det er en forskerpublikasjon fra 2008 og en studentoppgave fra 2015 innen tema ortopedi. Forskerpublikasjonen presenterer risiko for distal armfraktur basert på etnisitet. Masteroppgaven undersøker om det er etniske forskjeller i risiko for hoftebrudd blant ulike grupper bosatt i Norge.

### *Genetikk*

Det er én forskerpublikasjon fra 2012 innen genetikk som undersøker HLA-DRB1, -DQA1 og -DQB1 alleler og haplotyper blant førstegenerasjons innvandrere fra Pakistan.

### *Hematologi*

Det er én forskerpublikasjon fra 2018 innen hematologi, som undersøker jodstatus blant somalske innvandrere.

### *Innavl*

Det er én forskerpublikasjon fra 2009 innen innavl som, beskriver prevalens av slektskap blant pakistanske foreldre.

### *Omskjæring av gutter*

Innen kategorien omskjæring av gutter er den én masteroppgave fra 2018. Dette er en kvalitativ studie som undersøker helsesøsters utfordringer i arbeid med familier der det er ønske om rituell omskjæring av gutter.

### *Øre, nese, hals (ØNH)*

Innen ØNH er det en forskerpublikasjon fra 2017 som undersøker konsekvens av etnisitet på cochlear implantasjon på barn.

#### 3.2.2 Funn innen psykisk helse

Psykisk helse er et av temaene det er forsket mest på. I tillegg er det, i denne oppgaven, et tema som omhandler flere av de andre kategoriene, for eksempel bruk av helsetjenester og strategier for håndtering av helseproblemene. Psykisk helse er derfor et passende tema å bruke i en generell illustrasjon av hva forskere har funnet innen et tematisk område.

Innvandrere er som sagt en heterogen gruppe med blant annet ulik landbakgrunn og migrasjonsårsak, samt individuelle forskjeller i for eksempel sosioøkonomisk status og utdanning, på lik linje med befolkningen forøvrig. Disse faktorene kan ha noe å si for utvikling av psykiske helseproblemer. Ulikhetene innad i innvandrergруппene gjør det derfor vanskelig å skulle si noe om psykisk helse blant innvandrere generelt, selv om mange er av den oppfatning at innvandrere har enten dårligere eller bedre psykisk helse enn den generelle befolkning (47).

Den innvandrergруппen som har flest psykiske plager og lidelser er flyktninger og enslige mindreårige (48-52). 41,9% av enslige mindreårige fra Afghanistan, Somalia og Iran oppfyller kriterier for psykiske diagnoser, og hyppigst er PTSD, depresjon og angst (48, 51-54). I tillegg er det høy prevalens av selvmordstanker blant enslige mindreårige (49). For denne gruppen innvandrere foreligger det også høy forekomst av tidligere traumatiske hendelser som er en av risikofaktorene for utvikling av flere psykiske lidelser (54).

For å undersøke om migrasjonsårsak har betydning for bruk av psykiske helsetjenester gjorde UiB, i samarbeid med Folkehelseinstituttet, en studie som sammenlignet bruk av



psykiske helsetjenester blant flyktninger og ikke-flyktninger fra samme land, og fant at flyktningene hadde høyere bruk av psykiske helsetjenester. Denne studien foreslår at flyktninger har dårligere mental helse enn familiegjennforente og arbeidsinnvandrere fra samme land, og at faktorer relatert til å være flyktning er assosiert med utvikling av psykiske problemer (26).

Dette gjenspeiles også i forskning på ulike innvandringsgrupper bruk av helsetjenester for psykiske problemer. Flyktninger er den innvandringsgruppen som har hyppigst bruk av helsetjenester grunnet psykiske problemer, mens arbeidsinnvandrere er den gruppen med lavest bruk (24). Bruk av helsevesenet grunnet psykiske problemer fordelt på opprinnelsesland viser at innvandrere fra Irak og Iran har høyest bruk (24, 55), mens innvandrere fra Polen har lavest bruk (24). Dette støtter også opp under bruk assosiert med migrasjonsårsak, da de fleste innvandrere fra Irak er flyktninger, og de fleste innvandrere fra Polen er arbeidsinnvandrere. Et par studier utført i Oslo viser til lavere bruk av helsevesenet grunnet psykiske problemer blant ikke-vestlige innvandrere i forhold til befolkningen forøvrig. Studiene påpeker at dette kan skyldes underbruk av psykiske helsetjenester for denne innvandringsgruppen, fordi selvrapporing fra disse har vist høyere forekomst av psykiske lidelser sammenlignet med befolkningen forøvrig (47, 56).

Underbruk av helsetjenester for psykiske plager kan skyldes ulike barrierer som pasientens tro og verdier, stigmatisering rundt psykisk helse i noen kulturer og dårlige erfaringer med helsevesenet i Norge (57-59). Også strukturelle barrierer som kostnader, tid, reise, mangel på kunnskap om helsevesenet og mangel på tilpassede tjenester er vist å være reelle. Språkbarriere og ulike erfaringer med bruk av tolk er også en barriere i oppsøk av hjelp (57).

Opplevelse av traumatiske hendelser er som sagt en risikofaktor for utvikling av psykiske problemer. Andre faktorer relatert til tiden før migrasjon, som kan ha negativ innvirkning på mental helse, er å forlate hjemlandet på grunn av krig eller forfølgelse (49, 50). Ikke bare risikofaktorer før migrasjon er avgjørende, men også hvordan

tilstandene blir for migrantene etter ankomst til det nye landet.

Kommunikasjonsproblemer og mindre norskkunnskaper, opplevelse av lav sosial støtte, opphold på asylmottak og avslag på asylsøknad, er vist å være relatert til psykisk belastning (60, 61). Andre generelle risikofaktorer for dårlig psykisk helse er hjemløshet og sult (50). I tillegg sees det sammenheng mellom muskel- og skjelettsmerter og psykologisk stress blant innvandrere, spesielt for innvandrere fra Sri Lanka og Pakistan (62). Et par studier viser også at krisesituasjoner i hjemlandet kan ha negativ innvirkning på mental helse til innvandrere bosatt i et annet land (63, 64).

Faktorer som virker å ha positiv innvirkning på innvandreres mentale helse er tilhørighet til små grupper, sosial støtte innvandrere får i den første perioden i det nye landet, utdanning og tidlig deltakelse i norske nettverk (65-68). Forskning viser også mindre bruk av psykiske helsetjenester blant flyktninger som bor i klynger sammen med andre flyktninger, noe som støtter opp under tilhørighet til en gruppe som beskyttelsesfaktor (69).

Som nevnt tidligere kan det se ut til at det er underbruk av helsetjenester for enkelte innvandrere med psykiske problemer. Det er av interesse å se hva disse innvandrere har som mestringsstrategier når de velger å ikke oppsøke helsevesenet for hjelp. Flere studier viser at enkelte innvandreres mestringsstrategier ofte går ut på å søke støtte fra familie, venner og deres etniske/religiøse nettverk (25, 70, 71). For å forbedre kvaliteten på den helsehjelpen som tilbys innvandrere med psykiske problemer er det nødvendig å se på hvilke strategier helsepersonell benytter seg av, og om disse fungerer. Studier på helsepersonells arbeid med innvandrere viser at deres strategier i hovedsak er å bygge relasjon, ha god brukermedvirkning og implementere kulturell kompetanse i deres arbeid (72-74).

Når det gjelder utvikling av psykiske problemer over tid i Norge er det tvetydige funn. En longitudinell studie på vietnamesiske flyktninger, som strekker seg over 23 år, viser at prevalens av psykiske problemer går ned over tid, men at disse flyktningene etter så lang tid i Norge likevel har høyere andel av psykiske problemer enn etnisk norske (75).

Imidlertid har andregenerasjons innvandrere fra Vietnam rapportert bedre helse enn norske jevngamle (76). Flere studier har vist at etter to til tre år i Norge er det ingen forandring i symptomtrykk for enslige migranter (49, 52, 60).

Som beskrevet ovenfor er norskkunnskaper en av beskyttelsesfaktorene for psykisk helse, noe som krever læringsevne og hukommelse. En studie gjort på flyktninger med PTSD viser at visse kognitive funksjonene er svekket og relaterer det til PTSD-diagnosen. Dermed vil enkelte flyktninger med PTSD ikke ha de kognitive egenskapene som skal til for å tilegne seg de kunnskaper som er assosiert med bedre psykisk helse (77). Mange har tidligere trodd at PTSD hos flyktninger har vært vanskelig å behandle, men studier har vist at behandlingsmetoden narrativ eksponeringsterapi (NET) på flyktninger og asylsøkere med PTSD er effektivt (78, 79). Behandling av grunntilstand kan derfor være viktig for flyktninger med psykiske diagnoser, før de skal gjennomføre omfattende integreringsprogrammer, som for eksempel norskkurs.

Studier gjort på psykotiske lidelser har funnet at blant etniske minoriteter er det hyppigere forekomst av positive symptomer ved psykoselidelser, sammenlignet med norske, som igjen gjør at disse pasientene er i større risiko for hyppigere å bli diagnostisert med schizofrenidiagnoser (80, 81). Det er også funnet assosiasjon mellom lave vitamin D-nivåer og alvorlighetsgrad av negative og depressive symptomer hos pasienter med psykoselidelse. Dette er relevant for innvandrere da de er i risiko for å ha lave vitamin D-nivåer (82).

Det er altså en god del forskning på psykisk helse blant innvandrere. Vi vet mye om hvilke innvandrergupper som er i risiko for utvikling av psykiske problemer, og hvilke risikofaktorer som kan bidra til dette. Bruk av helsetjenester for psykiske problemer er også godt kartlagt, og det kan se ut til at det for noen innvandrergupper er en underbruk av helsetjenester for psykiske problemer. Denne underbruken kan som sagt komme av ulike barrierer, eller at innvandrere har egne mestringsstrategier de heller vil benytte seg av. Videre arbeid med å forebygge risikofaktorer, etablere tiltak for å bryte ned kjente barrierer, og å implementere innvandreres strategier i helsehjelpen, er

noe som kunne forbedret kvaliteten på psykisk helsehjelp til innvandrere på en evidensbasert måte.

## 4 Diskusjon

Som beskrevet tidligere er oppgavens formål å lage en systematisk oversikt over forskningsfeltet innvandrerhelse ved å presentere en tematisk og en kvantitativ oversikt basert på regioner, samt å beskrive og sammenligne forskningsprosjekter gjort av forskere og studenter. Dette bidrar til å besvare spørsmålet; ” Er ekspansjonen av forskningsfeltet innvandrerhelse på vei i en hensiktsmessig retning basert på kunnskap om kjente utfordringer og tematiske områder det er forsket lite på?”.

Diskusjonsavsnittet vil først ta for seg diskusjon av resultatene. De regionale forskjellene og beskrivelsen av forskerpublikasjoner versus studentoppgaver diskuteres først. Deretter diskuteres enkelte tematiske områder og innvandrerhelse som forskningsfelt. Videre diskuteres oppgavens metode som viser hvordan noen av de metodiske valgene har ført til både sterke og svake sider ved oppgaven. Til slutt oppsummeres hva som kunne vært fulgt opp – i senere studier – basert på oppgavens funn.

### 4.1 Diskusjon av resultater

#### 4.1.1 Regionale forskjeller

Formålet med å presentere antall dokumenter per region var å kartlegge hvor forskningsfeltet er størst, slik at forskere innen innvandrerhelse vet mer om hvor samarbeidspartnere er og hva de har forsket på. Dette kan også være nyttig for nye forskere som ønsker å etablere seg i et forskningsmiljø innen et spesifikt tema.

Det kan se ut til at Oslo-regionen har det største forskningsmiljøet basert på antall dokumenter. I tillegg har Oslo-regionen forskning innen nesten alle kategoriene. Utenom Oslo, kan det se ut til at Vestlandet har et stort forskningsmiljø med dokumenter innen

nesten halvparten av kategoriene. Årsakene til at Oslo-regionen ser ut til å ha det største forskningsmiljøet kan være mange. Det kan for eksempel skyldes at Oslo er den største regionen i Norge, og den med flest innvandrere i prosent (11). Det kan også være at oppgavens sortering har påvirket det kvantitative bildet. Dette diskuteres senere.

Oslo-regionen er den regionen med flest universiteter og høyskoler sammenlagt, og dermed er det flest studentoppgaver her sammenlignet med de andre regionene. Det er påfallende at søket i UiOs database, Duo, ga mange flere inkluderte masteroppgaver og doktorgradsavhandlinger i forhold til de andre universitets- og høyskoledatabasene. De fleste universitets- og høyskoledatabasene ga mange treff, men ikke så mange inkluderte oppgaver. Dette kan tyde på at Duo er en mer presis database å søke i, og at denne databasen lettere gir tilgang til eksisterende forskning. En annen årsak til at det er flere studentoppgaver i Oslo-regionen sammenlignet med andre regioner kan være at det er større fokus på innvandrerhelse i pensum til helseprofesjoner ved universiteter og høyskoler i Oslo-regionen. Pensum til de ulike helseprofesjonene i de ulike regionene er ikke undersøkt i denne oppgaven.

For de fleste regionene er det flest forskerpublikasjoner enn studentoppgaver, eventuelt omtrent like mange. Nord-Norge er den regionen hvor det er merkbart flere studentoppgaver enn forskerpublikasjoner. Dette kan skyldes at forskningsmiljøet innen innvandrerhelse i Tromsø er flink til å rekruttere studenter ved UiT. Det er startet et forskningsnettverk for flyktningehelse ved UiT som blant annet ønsker å koordinere studentoppgavene som omhandler flyktningehelse. Dette kan være en av årsakene til at UiT har fler studentoppgaver enn forskerpublikasjoner (83). På den andre siden er det tenkelig at også de andre universitetene har tilsvarende forskningsgrupper og -nettverk. For eksempel har UiO forskningsgruppen Praktisk samfunnsmedisin med blant annet fokus på migrasjon og helse, og UiB har samme fokus ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin (84, 85). En annen årsak til at det er flere studentoppgaver enn forskningspublikasjoner i Nord-Norge kan være at innvandrere ble mer synlig i medier blant annet i Nord-Norge etter stor innvandring på kort tid i 2015 (86). Økt mediefokus

kan ha vært en medvirkende årsak til flere studentoppgaver. Forskjellene i antall studentoppgaver basert på regioner kan også bero på tilfeldigheter.

Oslo-regionen står for de fleste publikasjonene. Følgelig blir det slik at de temaene det er forsket mest på generelt, er de samme temaene som denne regionen har forsket mest på; psykisk helse, reproduktiv helse og metabolske tilstander. Vestlandet er den regionen med nest flest publikasjoner, men her er den tematiske fordelingen annerledes fra det generelle bildet og fra Oslo-regionen. På Vestlandet er det flest publikasjoner innen temaene bruk av helsetjenester og psykisk helse. Disse forskjellene skyldes sannsynligvis tilfeldigheter, men det kan også tenkes at forskerne på Vestlandet har valgt temaer det er forsket mindre på i Oslo-regionen for å utlikne det nasjonale bildet. I så fall er dette et godt eksempel på at akademikere bygger på hverandres funn. Andre årsaker til forskjellig tematisk fokus kan være forskernes interesseområder, eller at helsearbeidere og forskere på Vestlandet opplever ulike utfordringer knyttet til innvandrerhelse sammenlignet med helsearbeidere og forskere i Oslo-regionen.

#### 4.1.2 Studentenes versus forskernes fokus

Som nevnt i innledningen kan et stort antall studentoppgaver vise om studentene har fokus på innvandrerhelse. Det er trolig en balanse mellom oppgaver som omhandler studenters interesseområder og oppgaver hvor studenter blir rekruttert. Likevel kan det tenkes at studentene til en viss grad vil forske videre på deres interesseområder i fremtiden, og på den måten kan man antyde hvilke felt som kan ekspandere.

De kategoriene det er fler studentoppgaver enn forskerpublikasjoner er forståelse og evaluering av egenhelse og helsevesenet, geriatri, omskjæring av gutter, og utfordringer og tiltak. Innen forståelse og evaluering av egenhelse og helsevesenet blant innvandrere har studentene gjort flest kvalitative studier om innvandreres selvpålevelse av helse. Dette er positivt fordi det kartlegger innvandrerbefolkningens hovedproblemer, og gir akademikerne muligheten til å forske videre på det pasientene opplever som utfordrende med egen helse, i stedet for å "overforske" på temaer de er interessert i

eller flink på. I denne kategorien inngår også innvandreres forståelse og evaluering av helsevesenet, noe som er minst like nyttig for helsevesenets forbedringspotensial. Dette er imidlertid ikke studentenes hovedfokus da det kun er én studentoppgave om pasienttilfredshet og ingen om helselitterasitet. Videre forskning på dette er nyttig da evaluering av helsevesenet ville gitt mulighet til forbedring basert på tilbakemeldinger, og forskning på hva innvandrere ikke forstår med det norske helsevesenet ville vist hva det trengs mer og grundigere informasjon om.

Geriatrici er også en kategori hvor det er flere studentoppgaver enn forskerpublikasjoner. Også her fokuserer studentene på kvalitative intervjuer med både sykepleiere ansatt på sykehjem og på de eldre innvandrerpasientenes selvopplevelse av helse. Med økende andel innvandrere i landet vil det også bli økende andel av eldre med innvandrerbakgrunn. Dermed er geriatrici innen innvandrerhelse et område helsevesenet trenger mer kunnskap om. Det positive er at det kan se ut til at studentene har fokus på de eldre.

Som nevnt i innledningen er kommunikasjon og bruk av tolk fremdeles et utfordrende tema innen innvandrerhelse. Innen underkategorien kommunikasjon og bruk av tolk er studentoppgavene overrepresentert. For å forbedre tolkbruken i helsevesenet vil det være nyttig å identifisere utfordringer knyttet til dette, slik som studentene har gjort. Men det er også nødvendig med evaluering av nye tiltak, som for eksempel bruk av ny teknologi.

Felles for de fleste kategoriene er at studentene velger et mer mellommenneskelig perspektiv, mens forskerne undersøker rent medisinske problemområder i tillegg. Studentene bruker flest kvalitative studiedesign, mens forskerne har et bredere utvalg av studiedesign. Et godt forskningsfelt trenger variasjon i studiedesign, og mer bruk av studiedesignene øverst i hierarkiet. Flere studenter påpekte at temaer i deres oppgaver bør forskes videre på, samt at det trengs et bredere spekter av studiedesign. Hvis disse studentene vil gå videre inn i forskningsmiljøet, og følger sine egne råd om temaer og

studiedesign, gir dette et håp om at forskningsfeltet innvandrerhelse vil bli av enda høyere kvalitet i fremtiden.

#### 4.1.3 Tematiske områder

De temaene det er forsket på er kartlagt kvantitativt for å gi en beskrivelse av hva som finnes av forskning innen innvandrerhelse, slik problemstillingen og formålet med oppgaven beskriver. Basert på oppgavens funn vet vi nå hvilke tema det er forsket mye på, og dermed innenfor hvilke tema man kan utarbeide eventuelle nye, evidensbaserte retningslinjer og tiltak. Det blir også tydelig hvilke tema det er forsket lite på og hvor det trengs mer forskning.

### **Somatisk helse**

#### *Reproduktiv helse: gynekologi og obstetrikk*

I følge oppgavens funn er reproduktiv helse det tema det er forsket mest på. I innledningen nevnes det at risikofaktorer for ulike obstetriske komplikasjoner ikke er verifisert. Denne oppgavens funn viser at det er flere studier som har undersøkt ulike risikofaktorer relatert til ulike obstetriske komplikasjoner og utfall blant enkelte innvandrergrupper, og bidrar dermed til arbeid med å verifisere slike assosiasjoner. For eksempel viser to studier at gravide innvandrerkvinner kan ha høyere risiko for utvikling av preeklampsi og at risikoen øker med lengde på opphold i Norge (87, 88). Det er også sett tendens til at fødende innvandrerkvinner fra Asia og Afrika, med ulikheter relatert til opprinnelsesland, har høyere risiko for obstetriske utfall som for eksempel operativ vaginal fødsel, postpartum blødning, lav Apgar skår, lav fødselsvekt med mer, sammenlignet med etnisk norske fødende kvinner (89-91). Disse studiene påpeker derfor viktigheten av en mer tilpasset oppfølging i svangerskapsomsorgen for disse kvinnene, og det ville derfor være interessant å se på hvordan innvandrerkvinner evaluerer svangerskapsomsorgen.

Oppgavens resultater inkluderer en studie som viser at blant 10 somaliske gravide innvandrerkvinner i Norge var de fleste fornøyd med omsorg etter fødsel. Enkelte var



mindre fornøyd med oppfølgingen i selve svangerskapet (92). Studier utført på sykepleiere og jordmødre i svangerskapsomsorg viser at språkforskjeller og mangel på kulturell kompetanse skaper barrierer (93, 94). Disse studiene påpeker at svangerskapsomsorgen kan styrkes ved å ha mer fokus på kulturelt tilpasset omsorg, samt å bidra til at kvinner integreres i for eksempel barselgrupper med andre mødre (92-94). Flere studier hvor innvandrerkvinner evaluerer svangerskapsomsorgen ville vært interessant og nyttig.

Som det også nevnes i innledningen er kvinnelig omskjæring en av risikofaktorene relatert til utfordringer innen reproduktiv helse, og et av temaene det er forsket mest på innen dette området. Kvinnelig omskjæring er en kulturell praksis som kan påvirke kvinners helse. Som nevnt i innledningen er det estimert at 10 000 kvinner i Norge er omskåret. Oppgavens resultater viser imidlertid til en studie fra 2015 som estimerer at det kan være opp til 17 000 omskårede kvinner i Norge (95). En studie med 158 inkluderte omskårede kvinner viser at 75% av dem hadde gynekologiske problemer i forbindelse med omskjæringen. Hyppigste plager var smerter i abdomen og bekken, dyspareuni, apareuni og dysmenore (96). Imidlertid viser en annen studie utført på en større populasjon at kun en femtedel av omskårede kvinner oppsøkte helsehjelp for problemer i forbindelse med omskjæring (97). Om dette er fordi det faktisk er mindre problemer knyttet til omskjæring enn først antatt, eller fordi kvinnene har andre grunner til å ikke oppsøke helsehjelp, er ukjent, og et område det kunne vært forsket mer på. Oppgavens funn viser at det finnes noen studier som undersøker hvordan helsepersonell skal håndtere medisinsk defibulering og komplikasjoner relatert til omskjæring. For eksempel er det for noen innvandrere bekymringer angående jomfruelighet, dyd og mannlig seksuell nytelse knyttet til medisinsk defibulering, som dermed skaper en barriere for å gjennomgå dette (98, 99). Dermed bør helsepersonell være i stand til å ta opp disse bekymringene ved medisinsk defibulering og i deres arbeid med rådgivning mot, og forebygging av, kvinnelig omskjæring (98). På grunn av kulturelle forskjeller mellom de som utøver denne praksisen og de som ønsker å forebygge den, kan det imidlertid bli et vanskelig tema å snakke om. Regjeringens Handlingsplan mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse (2017-2020) har fokus på både å endre holdninger og praksis i berørte miljøer, men også å

styrke kunnskap om blant annet kjønnslemlestelse i tjenestetilbudene. Dette skal gjøres ved å synliggjøre hvilke kompetanser som behøves for fagfolk som arbeider med omskårede kvinner (19). I arbeidet med å synliggjøre nødvendige kompetanser kunne studiene henvist til i dette avsnittet komme til nytte.

### *Metabolske tilstander, hjerte- og karsykdommer og livsstil*

Som nevnt i innledningen er det enkelte innvandrere som har høyere forekomst av, og høyere risiko for, ulike metabolske lidelser og hjerte- og karsykdommer. Oppgavens resultater inkluderer studier som viser at enkelte innvandrere fra Tyrkia, Pakistan, India og tidligere Jugoslavia har høyere kardiovaskuær risiko enn etnisk norske (100, 101). Noen av de inkluderte studiene viser også at enkelte innvandrere fra Sri Lanka og Pakistan har høyere risiko diabetes type 2 enn etnisk norske (102). Imidlertid belyses nødvendigheten av innvandreres deltakelse i forebyggende tiltak mot disse lidelsene. Studier viser at innvandrere har en del kunnskap om viktigheten av en livsstil bestående av et sunt kosthold og fysisk aktivitet (22, 103, 104). Imidlertid er det individuelle forskjeller i denne kunnskapen og enkelte innvandrere føler at det mangler tilpasset informasjon om kosthold og livsstil, samt tilrettelegging for deres deltakelse i tilbud om fysisk aktivitet (103, 104).

Det positive er at innen kategorien livsstil har studentene stort fokus på fysisk aktivitet. En masteroppgave viser at å nå ut med informasjon om aktivitetstilbud via troverdige personer, som for eksempel helsesøster eller en person med lignende kulturell bakgrunn, er assosiert med økt deltakelse i organisert fysisk aktivitet for barn og ungdom med innvandrerbakgrunn (105). En annen masteroppgave viser at høye kostnader er en av barrierene for deltakelse i tilbud om fysisk aktivitet, og påpeker nødvendighet av rimeligere tilbud for fysisk aktivitet til innvandrere for å fremme bedre helse (22).

En studie som utførte en kulturelt tilpasset kostholdsintervensjon på enkelte innvandrergrupper ga positive utfall (106), og en masteroppgave viser at deltakelse i

lavterskeltilbud for fysisk aktivitet fremmer helse, men også integrering, og dermed bedre trivsel (107).

Det er altså enkelte innvandrere som savner kulturelt tilrettelagt informasjon om kosthold, og det er identifiserte barrierer i enkelte innvandrers deltakelse i tilbud innen fysisk aktivitet. Kostholdsintervensjoner og deltakelse i fysisk aktivitet viser positive utfall for helse. Dette støtter viktigheten av videre arbeid med å øke innvandreres deltakelse i forebyggende tiltak. Det er vist at økt deltakelse i tilbud for fysisk aktivitet er assosiert med troverdig informasjon og lavere kostnader. Tiltak for å øke innvandreres deltakelse i fysisk aktivitet kan dermed være å nå ut med informasjon på en troverdig måte og å senke kostnadene for å delta. Det er også viktig med kulturelt tilpasset informasjon om et sunt kosthold til de innvandrerne som føler behov for dette.

### *Infeksjonssykdommer*

Det nevnes i innledningen at det er utfordringer knyttet til oppfølging av tuberkulosepasienter, samt for sen diagnostisering og oppstart av behandling. Oppgavens resultater viser at de fleste studiene innen infeksjonssykdommer omhandler tuberkulose. Blant disse er det 7 av 11 studier som tar for seg enten prevalens av tuberkulose eller kvaliteten på screeningprogrammet. De resterende studiene undersøker forsinkelser i diagnostisering og behandling av latent tuberkulose. I 2008 ble det publisert en studie som viste at kun 1 % mottok behandling for latent tuberkulose, og dette med lang forsinkelse (108). I 2009 ble det publisert en studie som viste at færre pasienter enn forventet ble fulgt videre i kommunen og henvist til spesialist for behandling, som kan være en av årsakene til at så få mottok behandling for latent tuberkulose (109). Disse publikasjonene bekrefter altså utfordringene nevnt i innledningen. En nyere studie, publisert i 2014, viser høyere deltakelse i oppfølgingsprogram og at økt samarbeid mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste kan forbedre oppfølgingen av positive tuberkuloscreenede pasienter (110). I følge oppgavens resultater er det altså ikke gjort mange studier de siste 10 årene på oppfølging av screenede pasienter, og heller ikke på behandling av pasienter med latent tuberkulose, selv om dette er påpekt å være en utfordring. Dette er

dog ikke en veldig stor pasientgruppe, da det i 2017 ble meldt 261 pasienter med tuberkulose til Folkehelseregisteret (23). Det positive er at vi har en studie som påpeker tiltak for forbedring, nemlig bedre samarbeid.

## **Psykisk helse**

En av utfordringene innen psykisk helse er at enkelte studier rapporterer høyere andel psykiske plager blant enkelte innvandrergrupper og samtidig underbruk av helsetjenestene (47, 56). Dette kan blant annet skyldes identifiserte språklige, kulturelle og strukturelle barrierer (57-59). Dette kan igjen ha ført til, eller blitt en konsekvens av, at enkelte innvandrergrupper har egne mestringsstrategier for å håndtere psykiske plager i stedet for å søke hjelp fra helsevesenet (25, 70, 71). Hvis man kunne forebygge de barrierene man allerede har kunnskap om, samt utarbeide strategier hvor man implementerer innvandreres mestringsstrategier og involverer minoriteters fellesskap i helseprogrammer i større grad, ville det kanskje vært mer appellerende for disse innvandrerne å søke hjelp fra helsevesenet (71). Det positive er at mestringsstrategier og helsepersonells strategier er et av temaene innen psykisk helse det er forsket mye på, og spesielt av studentene. Det bør imidlertid bli større fokus på å evaluere disse strategiene, og på den måten finne ut hvilke strategier som bør bli tatt i betraktning ved utarbeidelse av eventuelle retningslinjer relatert til arbeid med psykiatripasienter med innvandrerbakgrunn (111).

Det er også positivt at det er forsket mye på risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer, slik at man kan forsøke å eliminere risikofaktorer og støtte beskyttelsesfaktorer blant utsatte innvandrergrupper. Som nevnt i innledningen er det viktig å identifisere risikofaktorer for utvikling av psykiske plager etter migrasjon, og flere studier påpeker nettopp dette (50, 60, 61). Beskyttelsesfaktorer er også viktig for forebygging i det nye landet, og som avsnitt 4.2.2 viser er disse godt kartlagt (65-69).

Det kan se ut til at forskningsmiljøene har fokus på risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer, noe som er et steg i riktig retning mot forebygging av psykiske

lidelser etter migrasjon. I tillegg kan det se ut til at forskning på psykisk helse er i vekst, og et tema som opptar de fleste regioner i landet.

### **Bruk av helsetjenester og forståelse og evaluering av egenhelse og helsevesenet**

Som det nevnes i innledningen kan det være mulig underbruk eller feilbruk av helsetjenester blant enkelte innvandrergupper, og årsakene til dette er sammensatte og forskjellige for hver innvandrerguppe. Noen årsaker kan være manglende kunnskap om organisering av det norske helsevesenet og lav helselitterasitet for noen innvandrere, det kan være relatert til innvandreres rettigheter, eller det kan skyldes at noen innvandrere opplever barrierer i møte med helsevesenet. Lav bruk av helsetjenester kan også skyldes bedre helse blant enkelte innvandrergupper.

Som oppgavens resultater viser er dette et tema som er relativt godt kartlagt med 10 studier som beskriver innvandreres bruk av helsetjenester i relasjon til blant annet alder, opprinnelsesland, migrasjonsårsak og lengde på opphold i Norge. De fleste av studiene er basert på registerdata som inkluderer hele populasjonen i Norge, unntatt papirløse migranter. For å diskutere årsaken til forskjellig bruksmønster blant innvandrere er det sett på studiene innen kategoriene bruk av helsetjenester og forståelse og evaluering av egenhelse og helsevesenet.

Opgavens resultater viser at det foreligger flest masteroppgaver om innvandreres selvopplevde helse. Resultatene av disse studiene indikerer at pakistanske, somaliske og vietnamesiske innvandrere rapporterer sin helse som dårligere, og rapporterer mer subjektive plager, enn det etnisk norske rapporterer (112, 113). Oppgaven inkluderer tre studier som undersøker innvandreres barrierer i bruk av helsetjenestene, og som alle påpeker ulike barrierer, samt mangel på informasjon om organisering av helsevesenet (114-116). Informasjonen finnes ikke på nok mange språk for enkelte innvandrere, som fører til at de får informasjon om helsevesenet fra familiemedlemmer og venner (117). Videre viser en studie at 71% av somaliske kvinner i Oslo har lav helselitterasitet og at tiltak for å forbedre dette vil være viktig i arbeidet for likeverdige

helsetjenester (118). Disse funnene kan dermed tyde på at underbruk og eventuelt feilbruk av helsetjenester for enkelte innvandrergupper skyldes barrierer, mangel på adekvat informasjon om organisering av det norske helsevesenet til innvandrere, og lav helsekulturasitet, heller enn at innvandrere generelt har bedre helse enn nordmenn. Dog inkluderer studiene om selvopplevd helse små populasjoner som kan gjøre det vanskelig å konkludere.

### **Utfordringer og tiltak**

Som beskrevet i innledningen er det utfordringer knyttet til språklige og kulturelle forskjeller som kan skape barrierer når enkelte innvandrere møter helsevesenet. Helsepersonell kan møte de språklige og kulturelle utfordringene ved blant annet å bruke tolk, og ved å tilegne seg kulturell kompetanse.

I innledningen nevnes det en mulig underbruk av tolketjenester i helsevesenet (14, 119). Oppgavens resultater viser til studier som fant at både helsepersonell og pasienter med innvandrerbakgrunn opplever at kvaliteten og profesjonaliteten på tolkene varierer (120-123). Hvis helsepersonell opplever at tolketjenester er av dårlig kvalitet kan dette være en årsak til den mulige underbruken av tolketjenester. Dermed er forbedring av tolketjenester kanskje noe som trenger større fokus. En annen årsak til underbruk av tolk kan være at helsepersonell undervurderer konsekvensene av dårlig kommunikasjon med pasienter (119).

Strategier for kulturelt tilpasset kommunikasjon og kulturell kompetanse er som nevnt lite implementert i pensum til helseprofesjonene, og i retningslinjer. I møte med innvandrerpasienter føler noen helsepersonell at kultur påvirker forklaringsmodeller knyttet til sykdom og behandling, og at de mangler kunnskap og opplæring om interkulturell symptomtilnærming og kulturell kompetanse (120, 124). En studie tar for seg 18 fastlegers strategier i møte med innvandrerpasienter. Strategiene som presenteres er, kort fortalt, å ha kunnskap og respekt for innvandreres kultur, epidemiologisk kunnskap i diagnostiseringen samtidig som man ser individet, informere

om det norske helsevesenet, og organiserende tiltak, som for eksempel å sette av nok tid og bruke tolk (36). Det påpekes at kulturell kompetanse bør implementeres i pensum til helseprofesjonene (36, 120). Kulturelle forskjeller gjelder imidlertid ikke bare i møte med innvandrere. Når kulturforskjeller tas opp som en utfordring innen innvandrerhelse, er det lett å tenke at kultur bare er noe innvandrere har, og at kultur blir sett på som en av årsakene til helseproblemer. Slik er det ikke. Norske leger og norske pasienter har også egen kultur som kan være forskjellig fra hverandre, og som kan gi utfordringer i kommunikasjon og i syn på helseproblemet og behandlingen. Problemet innen helse er altså ikke kultur og kulturforskjeller, men heller lite kulturforståelse og dårlig kommunikasjon. Det er også viktig å huske på at norske helsearbeidere har egen kultur, og denne bør man være bevisst på. Åpenhet eller følsomhet ovenfor pasientens kultur kan ha nytte for alle leger, uansett om pasienten er innvandrer eller norsk.

Det er altså utfordringer knyttet til kvalitet på, og bruk av, tolketjenester. Dette kan møtes med å øke kvaliteten på tolketjenestene. Videre etterlyser helsepersonell opplæring i kulturell kompetanse. Noen helsepersonell har, som beskrevet ovenfor, strategier for å møte pasienter med innvandrerbakgrunn basert på erfaring. Disse strategiene kan evalueres og tas i bruk ved utarbeidelse av konkrete tiltak i retningslinjer, og implementeres i pensum til helseprofesjonene.

#### 4.1.4 Innvandrerhelse som forskningsfelt

##### **Valg av forskningsfokus**

Oppgaven viser hvilke tema det er forsket mest på, og det kan diskuteres hvorfor det er akkurat disse temaene. En årsak kan være at det er akkurat innen disse temaene innvandrerpasienter har størst plager og helseproblemer, eller at det er sykdommer innen disse temaene de oppsøker helsetjenesten mest for. En annen årsak kan være at det er her helsepersonell opplever de største utfordringene i møte med pasienter med innvandrerbakgrunn. Andre årsaker kan være at forskerne forsker på deres interesseområder eller det de kan mest om. Det kan også være at enkelte tematiske

områder gir mer "prestisje" å forske på, og at dette påvirker valg av forskningsfokus. Hvilke temaer som får finansiering kan også være en påvirkende faktor.

For å ta et eksempel er reproduktiv helse en kategori det er forsket mye på, og særlig kvinnelig omskjæring. Det er få nyomskårede kvinner i Norge i dag, og det totale antall har gått ned fra omtrent 100 000 til 17 000 (95). Likevel er dette et tema det er forsket mye på til sammenligning med andre tilstander eller sykdommer det er høy forekomst av blant innvandrere, som for eksempel muskel- og skjelettplager (13, 16). Dette kan være et resultat av forskning på det man kan mest om, forskning på interesseområder, eller finansiering av prosjekter innen kvinnelig omskjæring, som kan ha ført til "overforskning".

Man skulle tro at forskning på pasientenes største utfordringer og problemer ville gagne befolkningen mest. På den andre siden er forskning på temaer helsepersonell finner utfordrende, også nyttig for befolkningen. Ved å forbedre områder helsepersonell oppfatter som utfordrende kan kvalitet på helsehjelpen øke. Forskning med begge synspunkt er dermed viktig. Når det gjelder årsaker til valg av tema man ønsker å forske på, kan studentoppgavene komme til nytte. Med sitt mer medmenneskelige fokus kan studentene vise forskerne hvilke innvandrergupper som har høy forekomst av ulike problemer, og hvilke helseproblemer som er mest utfordrende for pasientene. Dermed kan dette bidra til å sette et mer pasientsentrert forskningsfokus.

### **Mindre kategorier og manglende forskning?**

Oppgavens resultater viser hvilke tema det er forsket lite på, og onkologi er ett av dem. Det er kun tre forskerpublikasjoner og én masteroppgave innen onkologi, og alle fire er gitt ut i tidsrommet 2015-2017. Det er altså få studier, men de er gitt ut i nyere tid. Det er likevel enda for få publikasjoner til å si noe om forskningsaktivitetens utvikling i fremtiden. Som nevnt i innledningen er det flere norske helseregistre som ikke registrerer landbakgrunn og etnisitet. Kreftregisteret var et av dem, noe som er en av grunnene til at vi vet lite om kreftsykdommer blant innvandrere. Nå har Kreftregisteret



begynt å registrere landbakgrunn og etnisitet, og dermed kan vi håpe på mer forskning om kreftsykdommer blant innvandrere i fremtiden.

Hematologi er en av kategoriene med kun én inkludert studie. For eksempel er det kjent at blant personer fra rundt Middelhavet, Midtøsten og deler av India og Sørøst-Asia har høyere prevalens av de arvelige anemisykdommene talassemi og sigdcelleanemi (125). Med tanke på at det bor innvandrere fra disse landene i Norge, skulle man kanskje tro at dette var noe forskere i Norge ønsket å se nærmere på. Samtidig er det kjent at disse folkegruppene er genetisk disponert for disse sykdommene, og kanskje det derfor ikke er nødvendig med videre forskning her, og at det forklarer oppgavens funn av kun én hematologi-publikasjon.

I denne oppgaven er ikke muskel- og skjelettsykdommer en egen kategori. Mange innvandrere jobber i fysisk tunge yrker som gjør at de har økt risiko for muskel- og skjelettplager (4). I tillegg har tidligere litteraturstudier om innvandrerhelse dratt frem muskel- og skjelettsykdommer som et av de hyppigste problemene blant enkelte innvandrergrupper (13, 17). Årsaken til at muskel- og skjelettsykdommer ikke har blitt en egen kategori i denne oppgaven kan skyldes at de studiene som handler om dette, også har handlet om flere temaer, og dermed blitt sortert inn i andre kategorier. For eksempel inkluderer oppgaven en masteroppgaven som viser at muskel- og skjelettplager er en av de hyppigste årsakene til subjektive helseplager blant pakistanske innvandrerkvinner (113). Denne masteroppgaven har blitt sortert under selvopplevd helse fordi den tar for seg opplevelsen av flere subjektive helseplager. Imidlertid har oppgaven en kategori kalt kroniske smerter som inkluderer to studier som tar for seg erfaringer med å leve med kroniske smerter, samt kroniske smerter i relasjon til psykisk stress. Disse studiene tar ikke for seg muskel- og skjelettsykdommer direkte. Det kan også være at studier om muskel- og skjelettplager ikke har blitt fanget opp i gjennomgang av kun publikasjonenes titler og abstrakt.

Temaer det i denne oppgaven ikke ble funnet noe forskning på blant innvandrere er for eksempel gastrointestinale sykdommer og hudsykdommer. Dette kan enten tyde på at

prevalens av gastrointestinale sykdommer og hudsykdommer er lav blant innvandrergupper, eller så kan det tyde på at forskningsfeltet ikke har kartlagt disse temaene ennå. Det er også mulig at oppgaven inkluderer dokumenter som omhandler disse temaene, men at det ikke har blitt nevnt i abstrakt, og dermed ikke blitt fanget opp i arbeidet med sorteringen.

Om temaene det er forsket lite eller ingenting på har noen fellestrekk, eller om disse temaene er mindre relevante for innvandrere enn norske, er mulig å diskutere. Felles for muskel- og skjelettsykdommer, gastrointestinale sykdommer og hudsykdommer kan være at forskerne har mindre interesse for dette, eller at forskning på disse temaene får mindre finansiering? At innvandrere har lavere prevalens av muskel- og skjelettsykdommer, gastrointestinale sykdommer eller hudsykdommer, sammenlignet med norske, er lite sannsynlig. Det trengs derfor mer forskning på disse temaene.

### **Tematisk skifte i forskningsfeltet?**

I grafene med utvikling over tid ser det ut til at noen kategorier har en topp i antall dokumenter i enten perioden 2011-2014 eller i 2016-2018, eller i begge periodene. Kategoriene med topp i perioden 2011-2014 er metabolske tilstander, infeksjonssykdommer, livsstil, hjerte- og karsykdommer, og utfordringer og tiltak. Kategoriene med topp i 2016-2018 er bruk av helsetjenester, reproduktiv helse, forståelse og evaluering av egenhelse og helsetjenester og endokrinologi. Kategorien psykisk helse har en topp i begge periodene.

Det kan derfor se ut til at det har skjedd et tematisk skifte i forskningsfeltet. Fra å forske på metabolske tilstander, hjerte- og karsykdommer og infeksjonssykdommer, som er konkrete medisinske temaer, har det blitt mer forskning på bruk av helsetjenester og innvandreres forståelse av helse og helsevesenet. Det er også forsket videre på medisinske kategorier, som reproduktiv helse som har en topp i antall dokumenter i 2016-2018, og psykisk helse som har en topp i begge periodene. Det tilsynelatende skiftet går altså ut på endring i de medisinske temaene det er forsket mest på, samtidig

som det legges til forskning på innvandreres bruk, forståelse og evaluering av helsetjenester.

Med topper i disse periodene ser det ut til at det tilsynelatende skiftet i forskningsfeltet skjedde rundt 2015, som var et år med en periode med mye flyktninger til Norge på kort tid. Dette, samt situasjonen omkring den russiske grense og at en del kommuner fikk problemer med å ta i mot de nye flyktningene, fikk stor oppmerksomhet i media. Media hadde ulik vinkling på situasjonen, hvor det blant annet ble rettet kritikk til sosiale tjenester og til helsetjenester for måten situasjonen ble håndtert på (86). Det er da nærliggende å tro at denne situasjonen, og oppmerksomheten dette fikk i media dette året, kan ha påvirket forskningsfeltet. Det kan se ut til at forskerne skiftet fokus, men også at det ble flere nye prosjekter og nye tiltak i forskningsmiljøene. For eksempel kan både UiTs forskningsnettverk for flyktningehelse, og idéen til denne oppgaven, til dels tolkes å være et resultat av situasjonen i 2015. Tilsvarende har muligens også skjedd ved de andre store universitetene i Norge. For eksempel publiserte UiO på sine nettsider i 2015 at et av forskningsfokusene til forskergruppen Praktisk samfunnsmedisin er migrasjon og helse (84).

En annen forklaring til at det har skjedd et slikt skifte, er at i perioden 2011-2014 var det en topp i antall dokumenter i kategorien utfordringer og tiltak. Kanskje denne forskningen ga videre inspirasjon til å forske på evaluering og forståelse av helsevesenet i lys av utfordringene som var blitt identifisert. Det kan være problematisk å trekke frem enkelte kategorier i denne oppgaven for å argumentere for dette tilsynelatende skiftet, da mange av kategoriene inneholder få studier totalt sett.

## 4.2 Diskusjon av metode

Det er underveis gjort metodiske valg og noen av de er det verdt å diskutere. Det gjelder særlig 1) tidsmessig avgrensning, 2) valgt database, 3) søkestrategi i universitets- og høyskoledata-baser, 4) sortering av resultater basert på regioner, 5) tematisk kategorisering av resultater, og 6) forskningsaktivitetens utvikling over tid.

#### 4.2.1 Tidsmessig avgrensning

Oppgaven kartlegger forskningsfeltet med forskning publisert de siste ti årene. Argumentet at forskning utført før denne tidsperioden er utdatert, er ikke nødvendigvis sant. Det kan foreligge eldre forskning som fremdeles er nyttig, men som ikke er inkludert i denne oppgaven. Det kan også være at forskning utført før 2008 har fokusert på andre tematiske områder og at det derfor er enkelte temaer som ser ut til å ikke være forsket på i det hele tatt. En tidsmessig avgrensning er nødvendig, og nyere forskning er det mest oppdaterte. Denne tidsrammen gjør dermed at oppgaven er høyst aktuell.

#### 4.2.2 Valgt database

Det systematiske litteratursøket i Medline er basert på en antakelse om at denne gir et rettviseende bilde av forskningsaktiviteten i feltet. Det ble brukt lang tid på oppbyggingen av søket og det ble gjort en rekke prøvesøk før det endelige søket ble utført. Søkeordene har blitt valgt basert på begreper i gode forskningsartikler innen innvandrerhelse.

Denne oppgaven tar sikte på å finne alle forskerpublikasjonene innen innvandrerhelse i Norge de siste 10 år, og det kan diskuteres om det er tilstrekkelig å søke kun i Medline. Trolig ville det vært mye overlapp ved søk i flere databaser, noe som ville gitt ekstra arbeid og blitt tidkrevende. Det er imidlertid tenkelig at søk i flere databaser ville gitt flere relevante treff og dermed gitt en mer helhetlig og realistisk beskrivelse av forskningsfeltet innvandrerhelse. Her finnes det en god mulighet for en fremtidig forskningsoppgave som eventuelt kan utfordre og utvide funnene i denne masteroppgaven.

#### 4.2.3 Søkestrategi i universitets- og høyskole databaser

Universitetenes og høyskolenes databaser har ulike oppbygninger og søkene måtte dermed tilpasses til hver enkelt. Noen av databasene kunne filtrere på fakultet, og da er det kun søkt i de fakultetene som har helserelevante studieretninger. Det kan tenkes at fakulteter som ikke har helserelevante studieretninger, og dermed ikke er søkt i, kan ha relevante oppgaver for dette prosjektet. Disse eventuelle oppgavene er dermed ikke

inkludert. Det ble dog antatt at størsteparten av de relevante studentoppgavene ble utført innenfor rammene av helsevitenskapelige fakulteter.

Det er et problem at begreper bestående av to ord ikke ble søkt på som et samlet begrep i noen universitets- og høgskoledatabasene. Der det var ønskelig å søke etter "Migrant worker" ble det heller søkt på "migrant" for seg, og "worker" for seg. Dette ga treff i form av oppgaver som handlet om alt mulig slags "arbeid", noe som laget støy i søket, i tillegg til å gi et svært høyt antall treff. For å rette opp i dette er det i enkelte databaser ikke søkt på begreper bestående av to ord. Dette gjelder altså for søkebegrepene "migrant worker", "undocumented migrant" og "unaccompanied minor". Her er det risiko for å ikke få med alle oppgavene om disse innvandringsgruppene. Søkene ble gjort med de norske søkebegrepene "arbeidsinnvandrere" og "papirløse", uten at dette ga ytterligere treff. Det tas som uttrykk for at denne feilkilden tross alt er begrenset.

I alle universitets- og høgskoledatabasene kunne det filtreres på dokumenttypene "master thesis" og "doctor thesis". I noen databaser, som for eksempel UiTs og UiOs database, var 5. årsoppgavene til medisinstudentene definert som "master thesis" og dermed inkludert i oppgaven. I UiBs database er medisinstudentenes 5. årsoppgaver definert som særoppgaver uten at dette var en egen dokumenttype det gikk an å filtrere på. Dette er dermed en potensiell feilkilde, både fordi noen masteroppgaver (særoppgaver) kan ha gått tapt, men også fordi denne oppgaven presenterer antall dokumenter per region. Det kan være at enkelte temaer dermed er større enn denne oppgaven viser, og regionen Vestlandet kan i realiteten ha flere studentoppgaver.

Om bacheloroppgaver burde inkluderes kan også diskuteres. En bacheloroppgave er en stor studentoppgave, representerer ofte en betydelig arbeidsinnsats og empiri, og burde vært inkludert i en litteraturstudie der alle publikasjoner og studentoppgaver innen et forskningsfelt skal inngå. Denne oppgaven ekskluderer bacheloroppgavene fordi det var nødvendig med et håndterbart antall dokumenter, og fordi enkelte databaser ikke publiserer bacheloroppgaver. Dermed kunne man ikke inkludere bacheloroppgaver fra hele landet ved å kun søke i databaser. For å inkludere bacheloroppgaver fra de

universiteter og høyskoler som ikke publiserer dem i deres database, var det nødvendig å kontakte de aktuelle universitetene og høyskolene, noe som ble sett på som uoverkommelig innenfor gitt tidsramme. I følge oppgavens resultater er det tydelig at mange av masteroppgavene har samme studiedesign og perspektiv. Når masteroppgavene ligner hverandre er det tenkelig at også bacheloroppgaver ville lignet masteroppgavene. Det er altså tenkelig at å inkludere bacheloroppgavene ikke ville gitt et annet tematisk bilde av forskningsfeltet, men trolig et annet kvantitativt bilde.

Med de begrensninger som er nevnt, er det å inkludere studenters masteroppgaver ikke vanlig i litteraturoversikter. Det å inkludere studentoppgaver via systematiske søk i alle relevante universiteter og høyskoler i Norge, har så vidt jeg vet ikke vært gjort i litteraturstudier om innvandrerhelse tidligere. Det skrives hundrevis av studentoppgaver hvert år, og denne oppgaven viser at studentoppgaver kan belyse viktige faktorer innen et forskningsfelt, og at disse absolutt er noe et forskningsfelt kan bygge videre på. Gjennom å inkludere studentenes arbeid kan vi også få mulighet til å gjøre antakelser om hvordan forskningsfeltet vil utvikle seg gitt at en del studenter vil fortsette med samme tema i senere forskningsarbeid. På den andre siden kan man også forestille seg at studenter etter hvert vil tilpasse seg de etablerte forskningsmiljøers tema gjennom sosialisering av nye forskere.

#### 4.2.4 Sortering av resultater basert på regioner

Den regionale sorteringen av dokumentene kan ha påvirket resultatene. Først ble dokumentene sortert basert på den institusjonen førsteforfatteren tilhører, og deretter ble alle institusjonene samlet under geografiske regioner. Mange førsteforfattere har flere tilhørigheter til institusjoner som er i forskjellig region. For eksempel kan en førsteforfatter ha tilhørighet til både UiB som er i regionen Vestlandet, og til Folkehelseinstituttet som er i Oslo-regionen. Dette gjør at det blir vanskelig å plassere publikasjonene til en regional tilhørighet, noe som kan medføre feilkilder i den kvantitative fordelingen per region. Denne mulige feilkilden kan være en av årsakene til at Oslo-regionen har så mange dokumenter i forhold til de andre regionene. Med en mer kompleks analyse der det tas høyde for at det er flere forfattere til en publikasjon og at

hver av de kan ha tilknytning til flere forskningsmiljøer, vil det muligens kunne fremkomme et mer nyansert bilde av forskningsfeltet. Igjen kunne dette være en interessant utfordring for en fremtidig studentoppgave hvor det utvikles en slik analysemodell.

#### 4.2.5 Tematisk kategorisering av resultater

Det har ikke vært mulig å lese alle dokumentene, men kun titler og abstrakt. Hvor dette ikke har gitt tilstrekkelig informasjon til tematisk sortering, er deler av selve forskerpublikasjonen eller studentoppgaven også lest. Gitt at et abstrakt skal uttrykke essensen i en tekst, antas det at denne metoden har vært tilstrekkelig til å kartlegge sentrale tema i publikasjoner og oppgaver. Lesing av kun titler og abstrakt innebærer alltid et element av subjektivitet og kan ha påvirket hvilke publikasjoner og oppgaver som ble inkludert og ekskludert, men også selve sorteringen. Dette kunne testes gjennom å involvere flere personer i lesingen og kategoriseringen, men det ble ikke gjort i denne masteroppgaven.

Det er også mulige feilkilder relatert til den tematiske sorteringen. Et eksempel er primærmedisin. Flere dokumenter innen for eksempel kategoriene utfordringer og tiltak eller bruk av helsetjenester omhandler primærmedisin. Å sortere disse dokumentene til de kategoriene det er gjort i denne oppgaven, og ikke inn under kategorien primærmedisin, gir inntrykk av at primærmedisin er et mindre felt enn det det egentlig er. Dette kan gjelde for flere kategorier, og størrelsen på kategoriene er dermed ikke nødvendigvis korrekt. Det generelle problemet her er altså at medisinske temaer sjeldent er avgrenset, men stort sett alltid handler om mer enn en ting av gangen. En studie om infeksjon under svangerskapet vil altså både kunne sees som en studie om gynekologi, obstetrikk, kvinne, graviditet og/eller infeksjon. Kategoriene i denne oppgaven må derfor sees som delvis overlappende. Det betyr at er man interessert i et bestemt tema, kan det ofte finnes relevante dokumenter som i denne oppgaven er kategorisert under andre beslektede overskrifter. Det antas imidlertid at dette problemet ikke er større i denne oppgaven sammenlignet med andre litteraturstudier.

#### 4.2.6 Forskningsaktivitetens utvikling over tid

Generelt ser det ut til at antall dokumenter går ned i 2018 for alle grafene som presenterer forskningsaktivitetens utvikling over tid. Dette er fordi perioden 2018 bare er ett år, i motsetning til de andre periodene som består av to år sammenlagt. I tillegg er søkene gjort i midten av 2018 og dermed er ikke forskerpublikasjoner og studentoppgaver utført etter dette inkludert. Det er altså ikke slik at forskningsaktiviteten har gått ned etter 2018, slik det kan se ut i grafene som presenterer forskningsaktivitetens utvikling over tid.

#### 4.3 Hva kan følges opp etter dette prosjektet?

I lys av hvilke funn som har blitt diskutert, vil det nå presenteres forslag til hva som kan følges opp i senere prosjekter.

#### **Øke samarbeid innad i forskningsfeltet**

Oppgavens overordnede mål var å bidra til økt samarbeid mellom aktørene innad i forskningsfeltet innvandrers helse ved å kartlegge forskningsfeltet. Det ble gjort ved å vise regionale forskjeller i kvantitet og tematiske områder. Om den regionale sorteringen gjort i denne oppgaven er nyttig for forskningsfeltet, og om den viser en riktig kvantitativ fordeling, er usikkert. Er det slik at den største regionen har mange forskere, eller er det få forskere med mange publikasjoner? Å undersøke antall publikasjoner i forhold til akademiske årsverk per region, eller å undersøke antall publikasjoner per forfatter, kunne gi et bedre bilde av forskningsfeltets kvantitative fordeling. Det nevnes også at kvantitative forskjeller per region kan skyldes antall innvandrere per region. Det kunne dermed vært interessant å sammenligne antall dokumenter med antall innvandrere bosatt i de ulike regionene.

For å øke muligheten til at ulike akademikere innad i forskningsmiljøet skal kunne bygge på hverandres funn, ville det vært nyttig å undersøke hvordan samarbeidet mellom disse faktisk er. For å gjøre dette kan for eksempel studien "Social Network



Analysis of a Simulation Community” brukes som inspirasjon (126). Her undersøkes hvordan de som arbeider med simuleringstrening innen helseutdanninger er i kontakt med hverandre, og det tegnes noen sosiale nettverk som viser hvordan noen miljøer er tett forbundet, mens andre er perifert forbundet eller helt frikoblet. Noe av det samme kunne vært kartlagt for de ulike aktørene og miljøene innen forskningsfeltet innvandrerhelse. Det ville vært interessant å undersøke kommunikasjonen mellom forskerne innad på et universitet eller en forskningsinstitusjon. Er det samarbeid på tvers av de tematiske områdene? Det ville også vært spennende å undersøke om forskerne som jobber med de samme tematiske områdene, på tvers av regionene, samarbeider eller om de kjører helt parallelle løp.

### **Øke fokus på innvandrerhelse i pensum til helseprofesjoner?**

Det nevnes i flere av oppgavens inkluderte studier at strategier for hvordan å håndtere pasienter med innvandrerbakgrunn bør implementeres i pensum til helseprofesjoner. Oppgaven viser også noen regionale forskjeller i antall studentoppgaver som kan tyde på at fokus på migrasjon og helse er større i noen regioner enn andre. Å undersøke hvordan migrasjon og helse faktisk er inkludert i pensum til de ulike helseprofesjonene kunne vært nødvendig for å eventuelt forbedre undervisningen på dette området.

### **Utvide datamaterialet**

Basert på det ene søket i Medline påpeker denne oppgaven hvilke tema det er forsket lite på, og hvor vi behøver mer forskning. Fremtidige studier som utvider denne oppgavens datamateriale ved å søke i flere databaser, ville vært nyttig for å utfordre eller underbygge hva denne oppgaven etterlyser av forskning i forskningsfeltet.

### **Forskningsfeltets videre utvikling**

Det ville vært interessant å se hvordan forskningsaktiviteten har utviklet seg om for eksempel ytterligere ti år. Har det blitt mer forskning innenfor de temaene det i denne oppgaven er lite forskning på? Det kunne også vært spennende å gjøre en oppfølging av forskningsproduksjonen for de studentene som er inkludert i denne oppgaven. Vil de

forandre feltet med nye tema og studiedesign – eller vil de tilpasse seg eksisterende forskningstradisjoner?

## 5 Konklusjon

Oppgaven søker å skape struktur og oversikt innen forskningsfeltet innvandrerhelse. Litteraturgjennomgangen har bekreftet at dette er et forskningsfelt med mange fasetter, mange involverte forskningsmiljø, og mange samtidige utviklingsretninger. Fokus har vært å søke svar på spørsmålet ”Er ekspansjonen av forskningsfeltet innvandrerhelse på vei i en hensiktsmessig retning basert på kunnskap om kjente utfordringer og tematiske områder det er forsket lite på?”. Her tenkes det at forskningsfeltet har en hensiktsmessig ekspansjon hvis det er forsket på identifiserte utfordringer, eller hvis forskningsaktiviteten er økende for de temaene det er forsket lite på. Det er vanskelig å si noe om mulig fremtidig utvikling for kategorier med få forskningsprosjekter. Her er derfor studentenes fokus lagt til grunn. Hvis studentene har fokus på kategorier med få forskningsprosjekter er det tenkelig at de, som fremtidens forskere og helsepersonell, til en viss grad kan øke fokuset på disse kategoriene i fremtiden.

Innen reproduktiv helse har det blitt økt fokus på risikofaktorer til obstetriske komplikasjoner. I tillegg påpekes det behov for evaluering av svangerskapsomsorgen, noe studentene har fokusert på. Av den grunn kan man si at forskning innen reproduktiv helse har en hensiktsmessig ekspansjon innen disse temaene. På den andre siden er det stort fokus på kvinnelig omskjæring. Til sammenligning er det for eksempel forsket mindre på muskel- og skjelettsykdommer, som er mer prevalent blant innvandrere enn det kvinnelig omskjæring er. Dermed kan man si at noe forskning innen reproduktiv helse ikke har en hensiktsmessig vekst, men at det heller kan sees på som et resultat av ”overforskning”.

En av utfordringene innen psykiske helse er å forebygge utvikling av psykiske problemer etter migrasjon. Det foreligger mye forskning på risikofaktorer og

beskyttelsesfaktorer relatert til dette. På den måten kan man si at forskningsaktiviteten innen psykisk helse har en hensiktsmessig utvikling.

Studentene har blant annet fokus på innvandreres selvopplevelse av helse, samt et mer mellommenneskelig perspektiv i deres studier. Å synliggjøre disse studentoppgavene for forskningsmiljøet kan bidra til å sette et mer pasientsentrert forskningsfokus, som sannsynligvis vil bidra til å skape kunnskap som kan gjøre en positiv forskjell for pasientene. Det er identifisert utfordringer innen kategoriene metabolske tilstander og kommunikasjon og bruk av tolk. Det foreligger studentoppgaver som tar for seg faktorer relatert til akkurat disse utfordringene. Siden studentene har et mer mellommenneskelig perspektiv, samt at de har fokus på forebygging av metabolske tilstander, og på kommunikasjon og bruk av tolk, vurderes det derfor at studentene kan bidra til at forskningsfeltet ekspanderer i en hensiktsmessig retning innenfor disse områdene i fremtiden.

Det foreligger lite forskning innen muskel- og skjelettsykdommer, geriatri og onkologi. Dette er områder hvor det er behov for mer forskning. Det kan se ut til at det foreløpig ikke foregår en hensiktsmessig ekspansjon av forskning på muskel- og skjelettsykdommer. Det foreligger studentoppgaver innen geriatri og onkologi, som kan bidra til at dette er områder som kan få økt fokus i fremtiden, og følgelig ha en hensiktsmessig vekst fremover.

Oppgaven antyder at det nå er muligheter for å utarbeide eventuelle evidensbaserte retningslinjer og tiltak innen temaene reproduktiv helse, metabolske tilstander, psykisk helse og bruk av helsetjenester. For eksempel viser oppgaven til behov for mer kulturelt tilpasset svangerskapsomsorg basert på enkelte innvandreres evaluering av denne tjenesten. Oppgaven viser hvilke kulturell kompetanse det er viktig at helsepersonell har i arbeid med kvinnelig omskjæring. Det antydes behov for tiltak som øker innvandreres deltakelse i tiltak for forebygging av metabolske tilstander. Arbeid med å implementere innvandreres egne mestringsstrategier i psykiske helsetjenester kunne også vært nyttig.

Videre ser det ut til å være økt behov for bedre informasjon om hvordan helsevesenet er ment å fungere til noen innvandrere.

Ytterligere kartlegging av forskningsfeltet innvandrerhelse, men med andre innfallsvinkler, ville vært nyttig, i tillegg til flere prosjekter som undersøker innen for hvilke tematiske områder vi har behov for mer forskning. Undersøkelser av samarbeid innad i forskningsfeltet kunne også vært aktuelt for senere studier. Oppgavens datamateriale kan deles hvis det er av interesse.

## 6 Referanser

1. Spilker RS. Public health challenges among immigrants in Norway – A content analysis of health policy documents master thesis. [Master thesis]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2012.
2. Rø T. Trenger fortsatt fokus på innvandrerhelse [Internett]. Bergen: Universitetet i Bergen; 2018 [cited 2019-03-26. Available from: <https://www.uib.no/samfunnsutfordringer/121974/trenger-fortsatt-fokus-på-innvandrerhelse>.
3. Vrålstad S, Wiggen KS. Levekår blant innvandrere i Norge 2016. . Rapport. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå; 2017.
4. Forland F. Migrasjon og helse – utfordringer og utviklingstrekk. Oslo: HelseDirektoratet; 2009. Report No.: 1663.
5. Flyktningshjelpen. Begreper [Internett]. Oslo: Flyktningshjelpen; 2018 [updated 2018-06-19; cited 2019-03-17. Available from: <https://www.flyktningshjelpen.no/global/statistikk/begreper/>
6. Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse.: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.
7. Guterres A. The 1951 Convention Relating to the Status of Refugees and it's 1967 Protocol. Switzerland: The UN Refugee Agency; 2011.
8. Folkehelseinstituttet. Innvandrere og smittevern (inkludert adoptivbarn) – veileder for helsepersonell. [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2010 [updated 2019-03-17; cited 2019-03-17 Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/13.-innvandrere-og-smittevern-inklu/-ulike-grupper-av-innvandrere>
9. Statistisk sentralbyrå. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre. [Internett]. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2019 [updated 2019-03-05; cited 2019.03.17. Available from: <https://www.ssb.no/innvbef>
10. Statistisk sentralbyrå. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 1. Januar 2009. [Internett]. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2009 [updated 2009-04-30; cited 2019-03-17. Available from: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef/arkiv/2009-04-30>
11. Statistisk sentralbyrå. Lavere vekst i antall innvandrere. [Internett]. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2019 [updated 2019-03-05; cited 2019-03-17. Available from:

<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/lavere-vekst-i-antall-innvandrere>

12. Den norske legeforening. Innvandrerrhelse [Internett]. Den norske legeforening; 2012 [cited 2017-10-12. Available from: <http://legeforeningen.no/PageFiles/103783/Innvandrerrhelse.pdf>
13. Abebe DS. Public Health Challenges of Immigrants in Norway: A Research Review. Oslo: NAKMI – Norwegian Centre for Minority Health Research.
14. Diaz E. Konsultasjoner med fremmedspråklige. Refleksjoner over en pasient. Utposten. 2012(6):27-30.
15. Diaz E, Kumar BN. Differential utilization of primary health care services among older immigrants and Norwegians: a register-based comparative study in Norway. BMC health services research. 2014;14:623.
16. Attanapola CT. Migration and Health. A literature review of the health of immigrant populations in Norway. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning AS 2013.
17. Kumar B, Meyer HE, Grøtvedt L, Sørgaard AJ, Strand BH. The Oslo Immigrant Health Profile. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2008.
18. Straiton MLS, Blystad HH, Reneflot A. Helse i innvandrerbefolkningen. I: Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2017 [updated 2018-04-14; cited 2019-03-28. Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-i-innvandrerbefolkningen/>
19. Regjeringen. Retten til å bestemme over eget liv. Handlingsplan mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse (2018-2020) [Internett]. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet; 2017 [cited 2019-03-26. Available from: [https://www.regjeringen.no/contentassets/e570201f283d48529d6211db392e4297/handlingsplan\\_rettet-til-a--bestemme-over-eget-liv.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/e570201f283d48529d6211db392e4297/handlingsplan_rettet-til-a--bestemme-over-eget-liv.pdf).
20. Morkrid K, Jenum AK, Sletner L, Vardal MH, Waage CW, Nakstad B, et al. Failure to increase insulin secretory capacity during pregnancy-induced insulin resistance is associated with ethnicity and gestational diabetes. European journal of endocrinology. 2012;167(4):579-88.
21. Amundsen EJ. Low level of alcohol drinking among two generations of non-Western immigrants in Oslo: a multi-ethnic comparison. BMC Public Health. 2012;12:535.
22. Karenstuen E-L. Fysisk aktivitet blant kvinner med minoritetsbakgrunn i innlandet [Master thesis]. Hedmark: Høgskolen i Innlandet; 2016.
23. Nordstrand K, Arnesen TM, Heldal E, Mengshoel AT, Rønning K. Tuberkulose i Norge 2017 – med behandlingsresultater for 2016 Internett [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2018 [cited 2019-03-19. Available from: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/arsrapport-tuberkulose-i-norge-2017-.pdf>.
24. Abebe DS, Lien L, Elstad JI. Immigrants' utilization of specialist mental healthcare according to age, country of origin, and migration history: a nation-wide register study in Norway. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2017;52(6):679-87.
25. Markova V, Sandal GM. Lay Explanatory Models of Depression and Preferred Coping Strategies among Somali Refugees in Norway. A Mixed-Method Study. Frontiers in psychology. 2016;7:1435.
26. Straiton ML, Reneflot A, Diaz E. Mental Health of Refugees and Non-refugees from War-Conflict Countries: Data from Primary Healthcare Services and the Norwegian Prescription Database. Journal of immigrant and minority health. 2017;19(3):582-9.
27. Sandvik H, Hunskaar S, Diaz E. Immigrants' use of emergency primary health care in Norway: a registry-based observational study. BMC health services research. 2012;12:308.

28. Diaz E, Calderon-Larranaga A, Prado-Torres A, Poblador-Plou B, Gimeno-Feliu LA. How do immigrants use primary health care services? A register-based study in Norway. *European journal of public health*. 2015;25(1):72-8.
29. Normann L. Nasjonal strategi for innvandrere – hvordan vil ny regjering jobbe med å tilby likeverdige helsetjenester? [Internett]. Regjeringen; 2014 [cited 2019-03-20. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/Nasjonal-strategi-for-innvandrerhelse---hvordan-vil-ny-regjering-jobbe-med-a-tilby-likeverdige-helsetjenester/id760049/>.
30. Ruud SE, Aga R, Natvig B, Hjortdahl P. Use of emergency care services by immigrants-a survey of walk-in patients who attended the Oslo Accident and Emergency Outpatient Clinic. *BMC emergency medicine*. 2015;15:25.
31. Jenum AK, Pettersen KS. Hva betyr lav "health literacy" for sykepleiernes helsekommunikasjon? *Sykepleienf*. 2014;9(3):272-80.
32. Castello C. Health Literacy på norsk [Internett]. Oslo: Utrop; 2014 [cited 2019-04-02. Available from: <https://www.utrop.no/Det-skjer/27320>
33. Hem E. Termiposten - også for leger. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2013;133(19):2065.
34. Solheim T, Stenersen TF. Pasientsentrert og legesentrert kommunikasjon I allmennpraksis [Master thesis]. Tromsø: UiT - Norges arktiske universitet; 2009.
35. Saha S, Beach MC, Cooper LA. Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality. *Journal of the National Medical Association*. 2008;100(11):1275-85.
36. Hjørleifsson S, Hammer E, Diaz E. General practitioners' strategies in consultations with immigrants in Norway-practice-based shared reflections among participants in focus groups. *Family practice*. 2018;35(2):216-21.
37. Helse- og omsorgstjenesteloven, Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 2011-06-24 nr 30, (2011).
38. Forskrift om tjenester til personer uten fast opphold, Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket av 2011-12-16.
39. Helsedirektoratet. Veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familieegjenforente. Rettigheter, ansvar, organisering. [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2018 [cited 2019-03-20. Available from: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/asylsokere-flyktninger-og-familieegjenforente/seksjon?Tittel=rettigheter-ansvar-organisering-10000>
40. Kumar B, Aambø A, Siem H, Indseth T. MIPEX-Health Strand – Country Report Norway. Report. Brussels; 2016.
41. Skotheim H. Ulike rettigheter for innvandrere i helsetjenesten [Internett]. Oslo: Utrop; 2017 [cited 2017-10-20. Available from: <http://www.utrop.no/Nyheter/Innenriks/32308>.
42. Aambø A, Gupta R. Innvandrerhelse: Hvordan får vi helsevesenet til å følge lovene? [Internett]. Oslo: NAKMI; 2017 [cited 2019-03-20. Available from: <https://blogg.forskning.no/forskningssykehuset/innvandrerhelse-hvordan-far-vi-helsevesenet-til-a-folge-lovene/1095309>
43. Hafstad A. Migrasjonshelse blir ikke prioritert. [Internett]. Bergen: Dagens Medisin; 2018-11-22 [2019-04-11]. Available from: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/11/22/-migrasjonshelse-blir-ikke-prioritert/>
44. Bergen deklarasjon [Internett]. 2018-11-16 [2019-04-11]. Available from: <https://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/attachments/final-bergen-deklarasjon-migrasjonshelse-16-11-2018.pdf>
45. Nasjonal kunnskapssenter for helsetjenesten. Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 4. reviderte utg. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester; 2015.

46. Studentum. Universitet og høyskoler i Norge [Internett]. Oslo: Studentum; [cited 2018-08-23]. Available from: <https://www.studentum.no/universitet-og-hoyskoler-i-norge-8136>
47. Berg JE. The level of non-Western immigrants' use of acute psychiatric care compared with ethnic Norwegians over an 8-year period. *Nordic journal of psychiatry*. 2009;63(3):217-22.
48. Jakobsen M, Demott MA, Heir T. Prevalence of psychiatric disorders among unaccompanied asylum-seeking adolescents in Norway. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH*. 2014;10:53-8.
49. Jensen TK, Skardalsmo EM, Fjermestad KW. Development of mental health problems - a follow-up study of unaccompanied refugee minors. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2014;8:29.
50. Myhrvold T, Smastuen MC. The mental healthcare needs of undocumented migrants: an exploratory analysis of psychological distress and living conditions among undocumented migrants in Norway. *Journal of clinical nursing*. 2017;26(5-6):825-39.
51. Jensen TK, Fjermestad KW, Granly L, Wilhelmsen NH. Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children. *Clinical child psychology and psychiatry*. 2015;20(1):106-16.
52. Jakobsen M. Mental health of unaccompanied refugee minors: A longitudinal study from arrival in Norway to outcome of the asylum procedure [Doctoral thesis]: Oslo; 2018.
53. Gjendedal M, Sollund AK. Psykiske vansker hos mindreårige flyktninger [Master thesis]. Bergen: Universitetet i Bergen; 2017.
54. Slagsvold KAL. Trappen between disaster and uncertainty: A quantitative study of mental health of unaccompanied minor asylum-seekers in Norwegian reception centers. [Master thesis]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2014.
55. Straiton M, Reneflot A, Diaz E. Immigrants' use of primary health care services for mental health problems. *BMC health services research*. 2014;14:341.
56. Ayazi T, Bogwald KP. [Immigrants' use of out-patient psychiatric services]. *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række*. 2008;128(2):162-5.
57. Straiton ML, Ledesma HML, Donnelly TT. "It has not occurred to me to see a doctor for that kind of feeling": a qualitative study of Filipina immigrants' perceptions of help seeking for mental health problems. *BMC women's health*. 2018;18(1):73.
58. Kermashani CA. Psykisk helse blant asylsøkere. En kvalitativ studie om psykisk helse blant kurdiske asylsøkere som har kommet til Norge og for tiden har eget bosted [Master thesis]. Hedmark: Høgskolen i Hedmark; 2013.
59. Walås YT. "Man snakker ikke om sånt". En kvalitativ undersøkelse om ikke-vestlige innvandreres syn på psykiske lidelser [Master thesis]. Hedmark: Høgskolen i Hedmark; 2013.
60. Jakobsen M, Meyer DeMott MA, Wentzel-Larsen T, Heir T. The impact of the asylum process on mental health: a longitudinal study of unaccompanied refugee minors in Norway. *BMJ open*. 2017;7(6):e015157.
61. Tingvold L, Vaage AB, Allen J, Wentzel-Larsen T, van Ta T, Hauff E. Predictors of acculturative hassles among Vietnamese refugees in Norway: Results from a long-term longitudinal study. *Transcultural psychiatry*. 2015;52(5):700-14.
62. French SD. The association between Musculoskeletal Pain and Psychological Distress among five immigrant groups: Results of a cross-sectional study in Oslo, Norway [Master thesis]: Universitetet i Oslo; 2009.
63. Guribye E. "No God and no Norway": collective resource loss among members of Tamil NGO's in Norway during and after the last phase of the civil war in Sri Lanka. *International journal of mental health systems*. 2011;5:18.

64. Stige SH, Sveaass N. Living in exile when disaster strikes at home. *Torture : quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture*. 2010;20(2):76-91.
65. Bratt C. One of few or one of many: Social identification and psychological well-being among minority youth. *The British journal of social psychology*. 2015;54(4):671-94.
66. Eide K, Hjern A. Unaccompanied refugee children--vulnerability and agency. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*. 2013;102(7):666-8.
67. Vaage AB, Thomsen PH, Rousseau C, Wentzel-Larsen T, Ta TV, Hauff E. Paternal predictors of the mental health of children of Vietnamese refugees. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2011;5:2.
68. Oppedal B, Idsoe T. The role of social support in the acculturation and mental health of unaccompanied minor asylum seekers. *Scandinavian journal of psychology*. 2015;56(2):203-11.
69. Finnvoll JE, Ugreninov E. Refugees' admission to mental health institutions in Norway: Is there an ethnic density effect? *Social science & medicine (1982)*. 2018;209:43-50.
70. Guribye E, Sandal GM, Oppedal B. Communal proactive coping strategies among Tamil refugees in Norway: A case study in a naturalistic setting. *International journal of mental health systems*. 2011;5:9.
71. Straiton ML, Ledesma HML, Donnelly TT. A qualitative study of Filipina immigrants' stress, distress and coping: the impact of their multiple, transnational roles as women. *BMC women's health*. 2017;17(1):72.
72. Lysne RM. Hvordan hjelpe enslig mindreårige med å bearbeide traumer? En intervjustudie av miljøpersonell. Bergen: Universitetet i Bergen; 2013.
73. Andersen E. Sykepleieres erfaring med god brukervedvirkning i møte med etniske minoriteter innen rammene av psykisk helsearbeid [Master thesis]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2013.
74. Berg M, Heggebø. ASYLBARNES PSYKISKE HELSE: HVORDAN BLIR ASYLBARN MED BEHOV FOR PSYKISK HELSEHJELP IVARETATT AV DET OFFENTLIGE, MED HOVEDFOKUS PÅ HELSEVESENET? [Master thesis]. Stavanger: VID VITENSKAPELIGE HØGSKOLE, MISJONSHØGSKOLEN; 2016.
75. Vaage AB, Thomsen PH, Silove D, Wentzel-Larsen T, Van Ta T, Hauff E. Long-term mental health of Vietnamese refugees in the aftermath of trauma. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2010;196(2):122-5.
76. Vaage AB, Tingvold L, Hauff E, Ta TV, Wentzel-Larsen T, Clench-Aas J, et al. Better mental health in children of Vietnamese refugees compared with their Norwegian peers--a matter of cultural difference? *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2009;3(1):34.
77. Johnsen GE, Asbjørnsen AE. Verbal learning and memory impairments in posttraumatic stress disorder: the role of encoding strategies. *Psychiatry research*. 2009;165(1-2):68-77.
78. Stenmark H, Catani C, Neuner F, Elbert T, Holen A. Treating PTSD in refugees and asylum seekers within the general health care system. A randomized controlled multicenter study. *Behaviour research and therapy*. 2013;51(10):641-7.
79. Thomassen KR. Narrativ eksponeringsterapi som terapeutisk tilnærming i møte med flyktninger og asylsøkere: en litteraturgjennomgang [Master thesis]. Bergen: Universitetet i Bergen; 2015.
80. Berg AO, Aas M, Larsson S, Nerhus M, Hauff E, Andreassen OA, et al. Childhood trauma mediates the association between ethnic minority status and more severe hallucinations in psychotic disorder. *Psychological medicine*. 2015;45(1):133-42.



81. Berg AO, Melle I, Rossberg JI, Romm KL, Larsson S, Lagerberg TV, et al. Perceived discrimination is associated with severity of positive and depression/anxiety symptoms in immigrants with psychosis: a cross-sectional study. *BMC psychiatry*. 2011;11:77.
82. Nerhus M. Migration and Vitamin D in psychotic disorders – A cross sectional study of clinical and cognitive correlates [Doctoral thesis]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2017.
83. Forskningsnettverk for flyktninghelse [Internett]. Tromsø: UiT - Norges arktiske universitet; [cited 2019-05-09. Available from: [https://uit.no/forskning/forskningsgrupper/gruppe?p\\_document\\_id=518569](https://uit.no/forskning/forskningsgrupper/gruppe?p_document_id=518569).
84. Praktisk samfunnsmedisin [Internett]. Oslo: UiO; [cited 2019-05-09. Available from: <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/grupper/praktisk-samfunnsmedisin/index.html>.
85. Innvandrерhelse [Internett]. Bergen: UiB; [cited 2019-05-09. Available from: <https://www.uib.no/fg/allmenmed/106272/innvandrерhelse>.
86. Hognestad LI, Lamark H. Flyktningene kommer! Lokale mediers dekning av flyktningekrisen. *Norsk medietidsskrift*. 24(2).
87. Naimy Z, Grytten J, Monkerud L, Eskild A. The prevalence of pre-eclampsia in migrant relative to native Norwegian women: a population-based study. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2015;122(6):859-65.
88. Waage CW, Mdala I, Jenum AK, Michelsen TM, Birkeland KI, Sletner L. Ethnic differences in blood pressure from early pregnancy to postpartum: a Norwegian cohort study. *Journal of hypertension*. 2016;34(6):1151-9.
89. Bakken KS. Obstetric outcomes of immigrants in a low-risk maternity ward in Norway [Doctoral thesis]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2016.
90. Bakken KS, Skjeldal OH, Stray-Pedersen B. 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 (Berkeley, Calif)*. 2015;42(2):132-40.
91. Bakken KS, Skjeldal OH, Stray-Pedersen B. Immigrants from conflict-zone countries: an observational comparison study of obstetric outcomes in a low-risk maternity ward in Norway. *BMC pregnancy and childbirth*. 2015;15:163.
92. Clark CL, Glavin K, Missal BE, Saeteren B. Is there a common experience? Somali new mothers' childbirth experiences in Norway and the United States. *Public health nursing (Boston, Mass)*. 2018;35(3):184-91.
93. Larsen G, Birgitta A. Exploring public health nurses experience with cross-cultural service provision and communication regarding infant and child nutrition [Master thesis]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2015.
94. Lyberg A, Viken B, Haruna M, Severinsson E. Diversity and challenges in the management of maternity care for migrant women. *Journal of nursing management*. 2012;20(2):287-95.
95. Ziyada MM, Norberg-Schulz M, Johansen REB. Estimating the magnitude of female genital mutilation/cutting in Norway: an extrapolation model. *BMC Public Health*. 2016;16:110.
96. Tvenge S, Andersen TA. Gynecological complaints and management of women subjected to female genital mutilation - A descriptive study among women attending a university hospital in Norway [Master thesis]. Trondheim: NTNU: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet; 2017.
97. Mbanaya VN, Gele AA, Diaz E, Kumar B. Health care-seeking patterns for female genital mutilation/cutting among young Somalis in Norway. *BMC Public Health*. 2017;18:517.

98. Johansen RE. Virility, pleasure and female genital mutilation/cutting. A qualitative study of perceptions and experiences of medicalized defibulation among Somali and Sudanese migrants in Norway. *Reproductive health*. 2017;14(1):25.
99. Johansen RE. Undoing female genital cutting: perceptions and experiences of infibulation, defibulation and virginity among Somali and Sudanese migrants in Norway. *Culture, health & sexuality*. 2017;19(4):528-42.
100. Kumar BN, Selmer R, Lindman AS, Tverdal A, Falster K, Meyer HE. Ethnic differences in SCORE cardiovascular risk in Oslo, Norway. *European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation : official journal of the European Society of Cardiology, Working Groups on Epidemiology & Prevention and Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology*. 2009;16(2):229-34.
101. Rabanal KS, Lindman AS, Selmer RM, Aamodt G. Ethnic differences in risk factors and total risk of cardiovascular disease based on the Norwegian CONOR study. *European journal of preventive cardiology*. 2013;20(6):1013-21.
102. Jenum AK, Diep LM, Holmboe-Ottesen G, Holme IM, Kumar BN, Birkeland KI. 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*. 2012;12:150.
103. Gele AA, Torheim LE, Pettersen KS, Kumar B. Beyond Culture and Language: Access to Diabetes Preventive Health Services among Somali Women in Norway. *Journal of diabetes research*. 2015;2015:549795.
104. Raberg Kjollesdal MK, Hjellset VT, Bjorge B, Holmboe-Ottesen G, Wandel M. Food perceptions in terms of health among Norwegian-Pakistani women participating in a culturally adapted intervention. *International journal of public health*. 2011;56(5):475-83.
105. Battin FS. Faktorer som fremmer deltakelse i organisert fysisk aktivitet blant barn og unge med innvandrerbakgrunn. En kvalitativ intervjuundersøkelse om aktivitetslederens erfaringer. [Master thesis]. Bergen: Universitetet i Bergen; 2013.
106. Helland-Kigen KM, Raberg Kjollesdal MK, Hjellset VT, Bjorge B, Holmboe-Ottesen G, Wandel M. Maintenance of changes in food intake and motivation for healthy eating among Norwegian-Pakistani women participating in a culturally adapted intervention. *Public health nutrition*. 2013;16(1):113-22.
107. Wickmann IG. Fysisk aktivitet som et fristed - å fremme positiv helse og egenmestring i immigrasjonsprosessen [Master thesis]. Ås: Universitet for miljø- og biovitenskap; 2012.
108. Harstad I, Heldal E, Steinshamn SL, Garasen H, Winje BA, Jacobsen GW. Screening and treatment of latent tuberculosis in a cohort of asylum seekers in Norway. *Scandinavian journal of public health*. 2010;38(3):275-82.
109. Harstad I, Heldal E, Steinshamn SL, Garåsen H, Jacobsen GW. Tuberculosis screening and follow-up of asylum seekers in Norway: a cohort study. *BMC Public Health*. 2009;9(141).
110. Harstad I, Henriksen AH, Sagvik E. Collaboration between municipal and specialist public health care in tuberculosis screening in Norway. *BMC health services research*. 2014;14:238.
111. Asase DE. Understanding Patient Focused Care in Psychiatric Care. Exploring mental health workers' views and strategies on treating immigrants in Norway [Master thesis]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2016.
112. Sigurdson J. Health Status and Health Behavior in Adolescents : A descriptive comparative study between immigrants from Pakistan, Somalia and Vietnam and ethnic Norwegians [Master thesis]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2013.

113. Hveem TSG. Prevalensen av subjektive helseplager og sammenhengen mellom disse og integrering og sosial støtte hos en gruppe pakistanske innvandrerkvinner i Oslo [Master thesis]. Ås: Norges miljø- og biovitenskapelige universitet; 2015.
114. Jørstad BA. Asylum seekers' perceptions of barriers in accessing and using the Norwegian health services [Master thesis]. Trondheim: NTNU: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet; 2012.
115. Goth U-GS. Immigrants' use of the General Practitioner Scheme : A mixed method study analyzing access of primary health care service facilities in acute but not life-threatening medical situations [Doctoral thesis]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2012.
116. Czapka EA, Sagbakken M. "Where to find those doctors?" A qualitative study on barriers and facilitators in access to and utilization of health care services by Polish migrants in Norway. BMC health services research. 2016;16:460.
117. Straiton M, Myhre S. Learning to navigate the healthcare system in a new country: a qualitative study. Scandinavian Journal of Primary Health Care. Scandinavian Journal of Primary Health Care. 2017;35(4):352-9.
118. Gele AA, Pettersen KS, Torheim LE, Kumar B. Health literacy: the missing link in improving the health of Somali immigrant women in Oslo. BMC Public Health. 2016;16(1):1134.
119. Kale E, Finset A, Eikeland HL, Gulbrandsen P. Emotional cues and concerns in hospital encounters with non-Western immigrants as compared with Norwegians: an exploratory study. Patient education and counseling. 2011;84(3):325-31.
120. Solås EF. SYKEPLEIE TIL MUSLIMSKE PASIENTER MED AFRIKANSK BAKGRUNN [Master thesis]. Stavanger: MISJONSHØGSKOLEN; 2014.
121. Taheri E. Sykepleiers erfaringer og oppfatninger om samarbeid med tolk i sykehushverdag : En kvalitativ studie om sykepleieres erfaringer og oppfatninger om bruk av tolk til fremmedspråklige pasienter som er innlagt på sykehus [Master thesis]. Agder: Universitetet i Agder; 2016.
122. Gjermundsen SH. Sykepleiers erfaring med bruk av telefontolk i kommunikasjon med fremmedspråklige pasienter [Master thesis]. Trondheim: NTNU: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet; 2014.
123. Hauger JKD. "We expected paradise" : Iraqi immigrants' perceptions and experiences with healthcare in Norway [Master thesis]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2011.
124. Alpers LM, Hanssen I. Caring for ethnic minority patients: a mixed method study of nurses' self-assessment of cultural competency. Nurse education today. 2014;34(6):999-1004.
125. Græsdal J, Gundersen K, Holm B, Waage A. Talassemie og sigdcellesykdom i Norge. Tidsskr Nor Legeforen. 2001(121):678-80.
126. Riley RH, Kjaer C, Cheney AC, Naumovski S, Straw BL. Social Network Analysis of a Simulation Community. Simulation in healthcare : journal of the Society for Simulation in Healthcare. 2019;14(2):71-6.

## 7 Tabelliste

Tabell 1 Oppbygning av søket, med søkeordene og hvordan de er kombinert.....	14
Tabell 2 Oversikt over universitets- og høyskoledatabasene det er søkt i, samt hvilke filtreringsmetoder som ble brukt. ....	20
Tabell 3 Oversikt over antall treff og antall inkluderte masteroppgaver og doktorgradsavhandlinger i de ulike universitets- og høyskoledatabasene.....	23

Tabell 4 Oversikt over antall dokumenter per kategori innenfor gitt region. ....	25
--	----

## 8 Figurliste

Figur 1 Søket i Medline.....	16
Figur 2 Oversikt over antall identifiserte, ekskluderte og inkluderte dokumenter etter gjennomgang av Medlinesøket og de tilsendte dokumentene fra veileder og biveileder.....	23
Figur 3 Oversikt over antall identifiserte, ekskluderte og inkluderte studentoppgaver etter gjennomgang av søkene i universitet- og høgskoledatabasene. ....	24
Figur 4 Antall dokumenter fordelt på underkategorier innen reproduktiv helse. ....	30
Figur 5 Utvikling i antall dokumenter innen reproduktiv helse de siste 10 år.....	30
Figur 6 Antall dokumenter fordelt på underkategorier innen metabolske tilstander. ....	32
Figur 7 Utvikling i antall dokumenter innen metabolske tilstander de siste 10 år. ....	32
Figur 8 Antall dokumenter fordelt på underkategorier innen hjerte- og karsykdommer. ....	33
Figur 9 Utvikling i antall dokumenter innen hjerte- og karsykdommer de siste 10 år.....	33
Figur 10 Antall dokumenter fordelt på underkategorier innen livsstil. ....	35
Figur 11 Utvikling i antall dokumenter innen livsstil de siste 10 år. ....	35
Figur 12 Antall dokumenter fordelt på underkategorier innen infeksjonssykdommer...	36
Figur 13 Utvikling i antall dokumenter innen infeksjonssykdommer de siste 10 år.....	36
Figur 14 Antall dokumenter fordelt på underkategorier innen endokrinologi.....	37
Figur 15 Utvikling i antall dokumenter innen endokrinologi de siste 10 år.....	37
Figur 16 Antall dokumenter fordelt på underkategorier innen psykisk helse.....	40
Figur 17 Utvikling i antall dokumenter innen psykisk helse de siste 10 år. ....	40
Figur 18 Antall dokumenter fordelt på underkategorier innen bruk av helsetjenester..	42
Figur 19 Utvikling i antall dokumenter innen bruk av helsetjenester de siste 10 år.....	42
Figur 20 Antall dokumenter fordelt på underkategorier innen forståelse og evaluering av egenhelse og helsevesenet.....	43
Figur 21 Utvikling i antall dokumenter innen forståelse og evaluering av egenhelse og helsevesenet de siste 10 år. ....	43
Figur 22 Antall dokumenter fordelt på underkategorier innen utfordringer og tiltak.....	45
Figur 23 Utvikling i antall dokumenter innen utfordringer og tiltak de siste 10 år.....	45
Figur 24 Antall dokumenter fordelt på underkategorier innen tannhelse.....	46

Figur 25 Antall dokumenter fordelt på underkategorier innen trygdemedisin.....	47
Figur 26 Antall dokumenter fordelt på underkategorier innen geriatri. ....	47
Figur 27 Antall dokumenter fordelt på underkategorier innen primærmedisin. ....	48
Figur 28 Antall dokumenter fordelt på underkategorier innen nevrologi.....	48
Figur 29 Antall dokumenter fordelt på underkategorier innen onkologi.....	49

## 9 Kunnskapsevalueringer

### GRADE 1

<b>Referanse:</b> Diaz E, Calderon-Larranaga A, Prado-Torres A, Poblador-Plou B, Gimeno-Feliu LA. How do immigrants use primary health care services? A register-based study in Norway. European journal of public health. 2015;25(1):72-8.		<b>Design: Kasus-kontroll-studie</b>	
		Dokumentasjonsnivå	III
		GRADE	
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/ kommentarer
<b>Innvandrerens bruk av primærhelsetjenester er forskjellig fra norske. Formålet med denne studien var å sammenligne bruk av primærhelsetjenester og antall besøk hos primærhelsetjenesten mellom innvandrere og norske, og undersøke signifikans av sosioøkonomisk status, innvandring og morbiditet.</b>	<b>Studien er en registerbasert studie som bruker data fra the National Population Register og the Norwegian Health Economics Administration Database (HELFO). Fra National Population Register samlet de inn alle variablene, inkludert kjønn, alder, innvandrerkategori, opprinnelsesland, lengde på opphold i Norge, bosted, sivilstatus, utdanningsnivå og personlig inntekt. HELFO inneholdt administrativ data for alle pasienter i kontakt med primærhelsetjenesten, inkludert diagnose.</b>	<b>Studiepopulasjonen inkluderer 3 739 244 personer hvorav 10.4% er innvandrere.</b>  <b>En signifikant lavere prosentandel av innvandrere bruker fastlege sammenlignet med norske. Det var motsatt for bruk av legevakt for alle innvandrergruppene, bortsett fra for innvandrere fra høyinntektsland. Bruk av primærhelsetjenestene sammenlagt viste likevel lavere bruk blant innvandrere.</b>	<b>Sjekkliste:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Var kasus-kontrollgruppene rekrutert fra sammenliknbare befolkningsgrupper? <b>UKLART, det er ulikheter i befolkningsgruppene som sammenlignes.</b></li> <li>• Er gruppene sammenliknbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? <b>UKLART, det er bakgrunnsfaktorene man undersøker.</b></li> <li>• Er kasusgruppens tilstand tilstrekkelig beskrevet/diagnosen validert? <b>UKLART</b></li> <li>• Er kontrollgruppen fri for den aktuelle tilstanden/sykdommer? <i>(hvis den aktuelle tilstanden er å være innvandrer så) JA.</i></li> <li>• Har forfatterne tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/analyse?</li> <li>• Er eksponering for fare/skade/tiltak målt og gradert likt i gruppene? <b>JA</b></li> </ul>
Konklusjon			
<b>Lavere bruk av primærhelsetjenesten blant innvandrere kan skyldes bedre helse eller barrierer på</b>	<b>Studien inkluderer alle innvandrere og norske <math>\geq 15</math> år i Norge i år 2008.</b>	<b>En høyere prosentandel av alle innvandrere, unntatt dem fra høyinntektsland, hadde flere besøk til både fastlege og legevakt sammenlignet med norske, med ratio av besøk på legevakt per 100 besøk til</b>	

<p><i>tilgang til helsetjenesten, og bør bli studert videre, spesielt for eldre innvandrere. Å justere for høy frekvens i bruk kan være passende, men det kan også være et signal om ineffektiv kontakt.</i></p>	<p>Innvandrere ble delt inn i grupper basert på opprinnelseslandets bruttonasjonalinntekt. The Johns Hopkins University Adjusted Clinical Groups case-mix system (ACG® System) ble brukt til å klassifisere pasientene inn i grupper basert på morbiditet. For å undersøke pasientenes bruk av primærhelsetjenester ble det brukt binær logistikk regresjonsanalyse. For å undersøke frekvens i bruk av primærhelsetjenester blant primærhelsetjenestebrukere, ble det brukt negativ binomial regresjonsanalyse.</p>	<p>fastlege på 7,2 for norske, 6.5 for innvandrere fra høyinntektsland, og 8.6, 7.4, og 8.8 for innvandrere fra henholdsvis øvre/mellominntektsland, lav/mellominntektsland og lavinntektsland. Blant fastlegebrukere brukte de fleste innvandrere fastlegen med et 2-15% signifikant høyere rate sammenlignet med norske. Eldre innvandrere brukte deres fastlege mindre og mindre hyppig enn yngre innvandrere.</p> <p>Eldre innvandrere brukte deres fastlege mindre og i lavere rate enn yngre innvandrere. Morbiditet og lengde på opphold var avgjørende forklarende variabler. Morbiditet var den variabelen med høyest effekt på frekvens av bruk av primærhelsetjenesten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Var den som målte eksposisjon blindet mht hvem som var kasus/kontroll?</li> <li>• Var responsraten tilstrekkelig i begge grupper? <i>Ikke relevant</i></li> </ul> <p>Hva diskuterer forfatterne som.</p> <p><i>Styrke: Nasjonalt dekke, ingen seleksjonsbias, gruppering av innvandrere etter opprinnelsesland, og at det er tatt hensyn til heterogenitet i innvandrerpopulasjonen.</i></p> <p><i>Svakhet: Svakheter relatert til morbiditet: Personer som ikke har brukt helsetjenester i 2008 ble feilaktig antatt å være frisk. Nøyaktigheten av de registrerte diagnosene er lav, sammenlignet med for eksempel medisinske journaler.</i></p> <p>Viser forfatterne til annen litteratur som styrker/svekker resultatene? <b>JA</b></p> <p>Har resultatene plausible biologiske forklaringer? <b>UKLART</b></p>
Land			
Norge			
År data innsamling			
2008			


GRADE 2

<b>Referanse:</b> Waage CW, Mdala I, Jenum AK, Michelsen TM, Birkeland KI, Sletner L. Ethnic differences in blood pressure from early pregnancy to postpartum: a Norwegian cohort study. Journal of hypertension. 2016;34(6):1151-9.		<b>Design:</b> Prospektiv kohortestudie	
		Dokumentasjonsnivå	IIb
		GRADE	☺☺
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/ kommentarer
<p>Første mål med studien var å undersøke etniske forskjeller i blodtrykk i tidlig graviditet, i andre halvdel av svangerskapet, og 3 måneder postpartum.</p> <p>Andre mål med studien var å undersøke blodtrykksendringer under svangerskapet og til 14 uker postpartum innad i hver etniske gruppe.</p> <p>Tredje mål med studien var å undersøke assosiasjon mellom blodtrykk og mødres karakteristikk, og påvirkninger disse variablene har på etniske forskjeller i blodtrykk.</p>	<p>Studien bruker data fra The STORK Groruddal Study, som var en populasjonsbasert kohortstudie. Populasjon: Friske gravide kvinner som deltok i svangerskapsomsorg ved tre offentlige helsestasjoner øst i Oslo, Norge, fra may 2008 til my 2010, ble invitert til studien. 811 kvinner ble inkludert i studien, 762 av disse deltok på besøk 2 og 655 på besøk 3. Av disse hadde 13 kvinner (1,6%) abort eller forløsning før besøk 2, og 11 kvinner (1,4%) hadde tvillinggraviditet. Hoved utfall: Gjennomsnittlig systolisk blodtrykk (SBP) og diastolisk blodtrykk (DBP). Sekundære utfall: puls,</p>	<p>Etniske minoritetskvinner var yngre, hadde lavere nivå av utdanning, høyere PPWR og flere var flergangsfødende. Prevalens av hypertensive symptomer var 6.0% og 4.0% hadde hypertensjon postpartum.</p> <p>Hovedfunn: Alle etniske minoritetsgrupper hadde lavere gjennomsnittlig BT og høyere gjennomsnittlig puls sammenlignet med vestlige europeere under svangerskapet, men ikke signifikante forskjeller for to av de minste gruppene. Postpartum hadde kun sør-asiatiske signifikant lavere gjennomsnittlig BT og høyere puls enn vestlige europeere. Forskjellen i gjennomsnittlig BT for de etniske minoritetene sammenlignet med vestlige europeere var redusert jo lenger ut i svangerskapet man kom og postpartum. Etniske</p>	<p>Sjekkliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formålet klart formulert? JA.</li> <li>• Er gruppene rekruttert fra samme populasjon/befolkningsgruppe? JA</li> <li>• Var gruppene sammenliknbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? <i>Bakgrunnsfaktorene var ulike, men også det som skulle undersøkes, men alle var gravide?</i></li> <li>• Var de eksponerte individene representative for en definert befolkningsgruppe/populasjon? JA.</li> <li>• Ble eksposisjon og utfall målt likt og pålitelig (validert) i de to gruppene? JA.</li> <li>• Er den som vurderte resultatene (endepunktene) blindet for gruppetilhørighet? NEI.</li> <li>• Var studien prospektiv? JA.</li> <li>• Ble mange nok personer i kohorten fulgt opp? USIKKER, 20% frafall postpartum.</li> <li>• Er det utført frafallsanalyser? USIKKERT.</li> <li>• Var oppfølgingstiden lang nok til å påvise positive og/eller negative utfall? USIKKERT.</li> <li>• Er det tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/ gjennomføring/analyser? JA.</li> <li>• Tror du på resultatene? JA.</li> <li>• Kan resultatene overføres til den generelle befolkningen? JA.</li> </ul>
Konklusjon			
Blodtrykk var lavere i etnisk minoritetsgrupper tidlig i graviditet sammenlignet med vestlige europeere, men disse forskjellene var redusert postpartum. BMI under			



<p>graviditet, postpartum vektretensjon og amming var uavhengig assosiert til blodtrykk postpartum, men forklarte ikke de etniske forskjellene. Funnene indikerer at kvinner med etnisk minoritetsbakgrunn etter graviditet, har mistet deres relativt bedre blodtrykksnivåer fra tidlig i graviditet, sammenlignet med vestlige europeere. Postpartum-perioden kan være et underutnyttet inngangspunkt for å gjennomføre målrettede tiltak blant utsatte grupper for å redusere deres fremtidige risiko for kardiovaskulær sykdom.</p>	<p><b>hypertensive symptomer og hypertensjon postpartum.</b>  <b>Statistiske metoder:</b>  <b>lineær generaliserte estimeringsligninger (GEE) for å forklare longitudinale endringer i både gjennomsnittlig SBP og DBP, og identifisere forklarende variabler for slik endring. Lineær regresjonsanalyse ble brukt for å undersøke postpartum vektretensjon (PPWR), basert på signifikante variabler fra GEE-regresjonsanalysen.</b></p>	<p>forskjeller ble rapportert som signifikant ved <math>P &lt; 0,01</math> med CI 95%.</p> <p><b>Bifunn:</b> i univariabel lineær GEE regresjonsanalyse var alder, familiehistorie med kardiovaskulær sykdom, BMI i graviditet, fysisk aktivitet i graviditeten, og sosioøkonomisk status assosiert med både SBP og DBP.</p> <p>I multivariabel GEE analyse var BMI i graviditet og familiehistorie med kardiovaskulær sykdom uavhengig assosiert til SBP og DBP, og alder og paritet med DBP. Etniske forskjeller i BP for hvert tidspunkt, og endringer i gruppene, var bare marginalt påvirket av å justere for disse variablene.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Annen litteratur som styrker/svekker resultatene? JA.</b></li> </ul> <p>Hva diskuterer forfatterne som.</p> <p><b>Styrke:</b> høy deltakelsesrate, ganske representativt for etniske hovedgrupper, lite frafall i oppfølging,</p> <p><b>Svakhet:</b> heterogenitet innad i etniske grupper, lavt antall deltakere fra Øst-Europa, Afrika og Øst-Asia, og 20% frafall postpartum. Mangler informasjon om BP før graviditet.</p> <p>Viser forfatterne til annen litteratur som styrker/svekker resultatene? <b>JA.</b></p> <p>Har resultatene plausible biologiske forklaringer? <b>JA.</b> Det foreslås at etniske forskjellene i BP i svangerskap kan skyldes variasjoner i faktorer som vaskulær motstand, endotelial dysfunksjon eller nitric oxide biotilgjengelighet mellom etniske grupper, og kan derfor implisere kardiovaskulær helse. Funnene kan tyde på at noen etniske minoriteter responderer forskjellig på det kardiovaskulære stresset under graviditet, sammenlignet med vestlige europeere.</p>
<p><b>Land</b></p>			
<p>Norge</p>			
<p><b>År data innsamling</b></p>			
<p>2008-2010</p>			

GRADE 3

<b>Referanse:</b> Harstad I, Henriksen AH, Sagvik E. Collaboration between municipal and specialist public health care in tuberculosis screening in Norway. BMC health services research. 2014;14:238.		<b>Design:</b> Kasus-kontroll-studie	
		Dokumentasjonsnivå	III
		GRADE	
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/ kommentarer
<p>Antall tuberkulose (TB)-tilfeller i Norge har økt, og i 2011 var 88% innvandrere. Norge har et velutviklet screeningprogram, likevel viser studier fra 2007-2009 at screenede pasienter får mangelfull oppfølging både fra kommune- og spesialisthelsetjenesten. Formålet med denne studien var å forbedre oppfølging av pasienter med positiv TB screening gjennom intervensjon som inkluderer økt samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten</p>	<p>For å undersøke mulige forbedringer, sammenligner studien en pasientgruppe etter intervensjonen med en pasientgruppe fra en tid før intervensjonen.</p> <p>Studien har en ikke-randomisert studiedesign hvor en gruppe pasienter mottar en intervensjon (case) og sammenlignes med en gruppe fra fortiden som ikke mottok intervensjon (kontroll).</p> <p>Metoden var jevnlig møter mellom personell i Vaccination and Infection Control Office (VICO), the Refugee Health-care Centre (RHC), og Pulmonary Out-patient Department ved St. Olavs Hospital (POPD), hvor man lokaliserer problemer, diskuterer idéer for forbedring og tester ut idéene.</p> <p>Intervensjonen var å endre rutiner for hvordan man innkaller pasientene. I tillegg til innkallingsbrevet ble pasientene ringt. En annen intervensjon var å</p>	<p>Kontrollgruppen besto av 134 personer fra VICO screenet mellom september 2009 og august 2010. Kasusgruppen besto av 123 personer fra VICO screenet mellom juli 2011 til juni 2012. Konfidensintervall 95%. En høyere prosent var diagnostisert med latent TB i intervensjonsgruppen. I kontrollgruppen var vanligste årsak til screening smitteoppsporing og i intervensjonsgruppen var vanligste årsak familieinnvandring.</p> <p>Kontrollgruppen fra RHC besto av 46 personer og var screenet mellom oktober 2010 og april 2011. Intervensjonsgruppen besto av 59 personer og ble screenet mellom september 2011 og juni 2012. 95% konfidensintervall. Ingen</p>	<p>Sjekkliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Var kasus-kontrollgruppene rekrutert fra sammenliknbare befolkningsgrupper? JA</li> <li>• Er gruppene sammenliknbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? UKLART</li> <li>• Er kasusgruppens tilstand tilstrekkelig beskrevet/diagnosen validert? JA</li> <li>• Er kontrollgruppen fri for den aktuelle tilstanden/sykdommer? NEI</li> <li>• Har forfatterne tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/analyse? UKLART</li> <li>• Er eksponering for fare/skade/tiltak målt og gradert likt i gruppene? NEI</li> <li>• Var den som målte eksposisjon blindet mht hvem som var kasus/kontroll? NEI</li> <li>• Var responsraten tilstrekkelig i begge grupper? JA</li> </ul>
Konklusjon			
<p>Økt samarbeid mellom kommunehelsetjenester og spesialisthelsetjenester i oppfølging av TB screenede pasienter øker antallet pasienter som møter til første time i spesialisthelsetjenesten, og reduserer tiden fra undersøkelse i kommunehelsetjenesten til undersøkelse i</p>			

<p><i>spesialisthelsetjenesten. Som et resultat ble noen tilfeller av TB oppdaget før debut av symptomer, arbeidsmengde og venteliste ved spesialisthelsetjenesten ble redusert og kommunehelsetjenesten fikk færre henvendelser om savnede pasienter.</i></p>	<p>endre tidspunkt for noen av testene for å redusere antall tester som ble gjort på timen hos POPD, og for å redusere det totale antall blodprøver.</p> <p>Informasjon om kontrollgruppen ble innsamlet retrospektivt fra journaler hos VICO og RFC.</p> <p>Statistiske analyser er utført i SPSS. Frekvens ble analysert med proporsjoner og med 95% konfidensintervall. Medianer ble sammenlignet på tvers av gruppene ved non-parametric test ved bruk av Median Test for k test og <math>P &lt; 0,05</math> var regnet som statistisk signifikant.</p>	<p>signifikante forskjeller mellom gruppene.</p> <p>Frekvens av pasienter fra VICO som møtte til første konsultasjon økte fra 72% i kontrollgruppen til 89% i intervensjonsgruppen. Frekvens blant RHC pasienter økt fra 61% til 93%. Tiden fra første screening hos VICO til undersøkelse på sykehus var redusert fra 30 til 10 uker. Dette var en signifikant forskjell. For RHC var tiden redusert fra 15 til 8 uker.</p>	<p>Hva diskuterer forfatterne som.</p> <p><b>Styrke:</b> studiens informasjon kan enkelt brukes i andre settinger.</p> <p><b>Svakhet:</b> ekskluderer pasienter med alvorlige symptomer eller alvorlig unormal røntgen thorax.</p> <p>Viser forfatterne til annen litteratur som styrker/svekker resultatene?</p> <p>Har resultatene plausible biologiske forklaringer?</p>
<p><b>Land</b></p>			
<p>Norge</p>			
<p><b>År data innsamling</b></p>			
<p>2009-2012</p>			

GRADE 4

<p><b>Referanse:</b> Jenum AK, Diep LM, Holmboe-Ottesen G, Holme IM, Kumar BN, Birkeland KI. 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. 2012;12:150.</p>		<p><b>Design:</b> Tverrsnittstudie</p>	
		<p>Dokumentasjonsnivå</p>	<p>III</p>
		<p>GRADE</p>	<p>☺☺☺</p>
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/ kommentarer
<p>Forskjell i mottakelighet for diabetes basert på etnisk bakgrunn er lite forstått. Målet med studien var å vurdere sammenhengen mellom adipositas og diabetes i fire etniske minoritetsgrupper sammenlignet med nordmenn, og ta hensyn til konfunderende faktorer som sosioøkonomisk status.</p>	<p>Folkehelseinstituttet utførte i 2000-2002 to tverrsnittstudier hvor dette studien henter sin data. Den ene studien, The Romsås in Motion Study, inviterte alle 30-67 åringer i Oslo, og den andre, The Oslo Immigrant Health Study, inviterte alle 31-60 åringer fra Sri Lanka, Pakistan, Vietnam, Tyrkia og Iran som bodde i Oslo. I begge studiene ble datamaterialet samlet inn via spørreskjema med informasjon om selvrapporterte sykdommer, helse relatert oppførsel, høyde, utdanning og intektsnivå. Fysisk undersøkelse inkluderte høyde, vekt, midje- og hofteomkrets, blodtrykk og serumanalyser. Etnisitet basert på fødeland. Tid tilbragt i Norge og kjent diabetesstatus var selvrapportert.</p>	<p>Fra de to studiene Immigrant Health studien og The Romsås in Motion studien, besto denne studiens populasjon av 4110 subjekter. De etnisk norske var eldre og subjekter fra Sri Lanka yngst. Sosioøkonomiske faktorer varierte mellom de etniske gruppene, mer for kvinner enn menn.</p> <p>Kjent diabetes var rapportert av 238 subjekter, 111 kvinner og 127 menn. Det totale antallet med diabetes var 406 subjekter. Høyest prevalens av diabetes var blant de fra Sri Lanka og Pakistan, og lavest blant norske. Subjekter fra Tyrkia hadde høyest KMI og høyest andel av de med <math>KMI \geq 30</math>, men subjekter fra Pakistan og Sri Lanka hadde høyest andel av de med <math>KMI \geq 25</math>. 85-92% av kvinnene fra Sri Lanka og Pakistan var overvektig. 49% av kvinner fra Vietnam var overvektig. Subjekter fra Norge med <math>KMI \geq 30</math> hadde lavere prevalens av diabetes enn subjekter fra Sri Lanka og Pakistan med BMI 25-30.</p> <p>Studient fant signifikant interaksjon mellom etnisitet og kjønn, og etnisitet og KMI. I</p>	<p>Sjekkliste tverrsnittstudie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er formålet med studien klart formulert? JA</li> <li>• Er befolkningen som utvalget er tatt fra, klart definert? JA</li> <li>• Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? JA</li> <li>• Er det gjort rede for om respondentene skiller seg fra de som ikke har respondert? JA</li> <li>• Er svarprosenten høy nok? UKLART</li> <li>• Bruker studien målemetoder som er pålitelige for det man ønsker å måle? JA</li> <li>• Er datainnsamlingen standardisert? UKLART</li> <li>• Er dataanalysen standardisert? JA</li> <li>• Kan resultatene overføres til praksis? JA</li> <li>• Sammenfaller resultatene i denne studien med resultater i andre tilgjengelige studier? JA</li> </ul>
Konklusjon			
<p>Høy prevalens av diabetes ble funnet i 30-til 60-åringer fra etniske minoritetsgrupper i Oslo, hvor de fra Sri Lanka og Pakistan hadde høyest risiko. For alle nivåer av adipositas, ble det bservert høyere mottakelighet for diabetes for etniske minoritetsgrupper sammenlignet med</p>			

<p><b>nordmenn.</b>  <b>Assosiasjonen vedvarte etter justering for sosioøkonomisk status for alle minoritetskvinner og for menn fra Sri Lanka og Pakistan.</b></p>	<p>Proporsjoner eller prosentert og gjennomsnitt med 95% konfidensintervall ble kalkulert for kategoriske og kontinuerlige variabler. Enveisanalyser av varians, analyser av kovarians og multiple logistiske regresjoner ble brukt til å beregne p-verdiene. Separate analyser ble utført for hvert kjønn siden Odds ratio for diabetes i de etniske gruppene var betydelig forskjellige mellom menn og kvinner.</p>	<p>kjønnsspesifikk logistisk regresjonsanalyse justert for alder, var alle adipositas mål signifikant med assosiasjon til diabetes, for uten om kvinner fra Tyrkia. For kvinner persisterte økt risiko for diabetes etter justering for sosioøkonomiske faktorer sammenlagt. Ingen spesifikk sosioøkonomisk faktor var relatert til diabetes alene. For menn var det å ikke ha inntekt alene relatert til diabetes, sammen med alder og etnisitet. For menn fra Sri Lanka og Pakistan persisterte økt risiko for diabetes etter justering for sosioøkonomiske faktorer. For menn fra Tyrkia var det ikke lenger signifikant forskjell fra norske menn når det ble justert for sosioøkonomiske faktorer.</p>	<p>Hva diskuterer forfatterne som.</p> <p><b>Styrke:</b> veldefinerte etniske grupper, brukte ikke brede heterogene kategorier på etnisitet. Tilgang på mange variabler. Første studie i Europa som undersøker risiko for diabetes relater til sosioøkonomisk status og adipositas på subjekter fra Sri Lanka og Vietnam.</p> <p><b>Svakhet:</b> studiedesignet, mulig seleksjonsbias, lav deltakelse på studiene data er hentet fra.</p>
<p><b>Land</b></p>			
<p>Norge</p>			
<p><b>År data innsamling</b></p>			
<p>2000-2002</p>			

GRADE 5

<p><b>Referanse:</b> Jakobsen M, Meyer DeMott MA, Wentzel-Larsen T, Heir T. The impact of the asylum process on mental health: a longitudinal study of unaccompanied refugee minors in Norway. BMJ open. 2017;7(6):e015157.</p>		<p><b>Design:</b> Pasientserie</p>	
		<p>Dokumentasjonsnivå</p>	<p>III</p>
		<p>GRADE</p>	<p>☺☺☺</p>
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/ kommentarer
<p>I 2015 kom over 88 700 enslige mindreårige flyktninger til Europa, som førte til press på mottaksland og hvordan de kunne gi nødvendige ressurser til disse flyktningene. Målet med studien er å undersøke mental helse til enslige mindreårige flyktninger prospektivt under asylsøkerprosessen, med fokus på spesifikke stadier i asylprosessen som aldersbestemmelsen, plassering i støttende eller ikke-støttende fasiliteter og avgjørelse på asylsøknaden.</p>	<p>Dette er en 2,5 års oppfølgingsstudie av enslige mindreårige asylsøkere i Norge. Data er samlet inn 3 uker (n=138), 4 måneder (n= 101), 15 måneder (n=84) og 26 måneder (n=69) etter ankomst til Norge.</p> <p>Deltakere ble rekruttert fra et mottakssenter for enslige asylsøkere mellom 15 og 18 år, som var det eneste senteret av den typen i Norge på daværende tidspunkt.</p> <p>Ved hjelp av tolk ble demografisk data registrert; alder, leseferdigheter, antall år med skolegang, og om foreldre var i live, døde eller om de ikke visste dette. Senere ble resultat av aldersbestemmelse registrert, samt omsorgsnivå i de gitte asylmottakene deltakerne ble plassert i, og juridisk status da deltakerne enten fikk tidsbegrenset eller permanent oppholdstillatelse, eller nektet lovlig opphold.</p>	<p>Tre fjerdedeler av populasjonen kom fra Afghanistan og resten kom fra Somalia og Iran. Det var ingen signifikante forskjeller mellom opprinnelsesland og variablene inkludert. 96% hadde opplevd traumatiserende livshendelse, gjennomsnittsalderen til populasjonen var 18,4, som betyr at 56% ble antatt å være voksne. Av disse "voksne" fikk 36% forbli i mottak for ungdom, mens resten måtte flytte til mottak for voksne. Ingen deltakere mottok psykisk helsehjelp.</p> <p>Det var ingen signifikant forskjell i symptomtrykk i løpet av studieperioden. Utfall etter aldersbestemmelse hadde ingen signifikant assosiasjon til symptomtrykk ved 4 måneder. Imidlertid hadde de som ble estimert til å være 18 år eller eldre, høyere symptomtrykk etter 15 og 26 måneder, men ikke når man justerte for svaret på asylsøknaden etter 26 måneder. De som ble plassert i mottakssentre for voksne hadde høyere nivå av</p>	<p><b>Sjekkliste:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er formålet klart formulert? JA</li> <li>• Var studien basert på et tilfeldig utvalg fra en egnet pasientgruppe? JA</li> <li>• Var inklusjonskriteriene for utvalget klart definert? JA</li> <li>• Var alle pasientene i utvalget i samme stadium av sykdom? JA</li> <li>• Var responsraten høy nok? (Frafallsantall) NEI</li> <li>• Ble objektive kriterier benyttet for å vurdere/validere endepunktene? JA</li> <li>• Ved sammenlikninger av pasientserier, er seriene tilstrekkelig beskrevet og prognostiske faktorer fordelt beskrevet? UKLART</li> <li>• Er prognostiske/ konfunderende faktorer beskrevet/ tatt hensyn til i design/antall? NEI</li> <li>• Var registreringen av data prospektiv? JA</li> <li>• Var oppfølgingen lang nok? JA.</li> <li>• Var oppfølgingen tilstrekkelig for å nå endepunktene? UKLART</li> </ul>
Konklusjon			

<p><i>Den mentale helseutviklingen til enslige mindreårige asylsøkere ser ut til å bli negativt påvirket av lav støtte og avslag på asylsøknaden.</i></p>	<p>Eksponering for traumatiserende livshendelser og symptomer på angst, depresjon PTSD bla kartlagt ved hjelp av ulike screeningverktøy.</p> <p>Forskjeller i disse symptomene mellom 0, 4, 15 og 26 måneder ble målt med lineære blandete modeller med kategorisk tid, inkludert en interindividuell randomisert effekt. forholdet mellom symptomer og karakteristikk kjent på tidspunktet ble målt med ujustert og lineær regresjon.</p>	<p>psykologisk stress både etter 15 og 26 måneder, sammenlignet med deltakere som forble i mottak for ungdom. Imidlertid var det ingen signifikant forskjell etter justering for svar på asylsøknaden etter 26 måneder. Avslag på asylsøknad var sterkt assosiert med psykologisk stress. Tidsbegrenset opphold var ikke signifikant forskjellig fra å motta permanent opphold. Avslag var relatert til den offisielle aldersbestemmelsen. Blant deltakere som ble vurdert til å være 18 år eller eldre, fikk 52% avslag, sammenlignet med 25,4% av deltakerne som ble vurdert til å være mindre en 18 år.</p>	<p>Hva diskuterer forfatterne som.</p> <p><b>Styrke:</b> longitudinell design med repeterende målinger, og bruk av dataverktøy i oversetting igjennom studiet.</p> <p><b>Svakhet:</b> seleksjon av populasjonen var begrenset til de vanligste landgruppene som ankom Norge på dette tidspunktet, og det var høyt frafall pga at asylsøkere har tendens til å bevege seg mellom og innenfor land og at mange måtte forlate landet.</p> <p>Viser forfatterne til annen litteratur som styrker/svekker resultatene? JA</p> <p>Har resultatene plausible biologiske forklaringer? JA</p>
<p><b>Land</b></p>			
<p>Norge</p>			
<p><b>År data innsamling</b></p>			
<p>2009-2011</p>			