

Innvandrerens møte med fastlegen

Norge har blitt et multikulturelt samfunn, med nesten 600 000 innvandrere fra hele verden. Innvandrere bruker fastlegen i gjennomsnitt noe mindre enn hele befolkningen gjør, men det er store forskjeller etter landbakgrunn. Innvandrere fra land i EU eller EØS går til fastlegen sjeldnere, mens de som kommer fra andre verdensdeler, gjør det oftere enn befolkningen totalt. Alderssammensetning og botid i Norge forklarer mye av variasjonen i legebruk mellom innvandrere fra de enkelte land.

Fastlegen utgjør førstelinjetjenesten i helsevesenet og er porten inn til en mer spesialisert helsetjeneste. Fastlegen møter således mennesker med ulike symptomer og sykdommer i en tidlig fase, og skal være første stopp når vi har et helseproblem. Pasientene får ved behov resepter, sykemeldinger eller henvisning for videre utredning hos spesialist. Ordningen ble innført for å sikre alle som ønsker det, en fast allmennlege å forholde seg til (se tekstboks om fastlegeordningen).

I denne artikkelen belyser vi ulike innvandrergruppers bruk av fastlegene, det vil si deres konsultasjoner gjennom året 2012. Vi ser i hovedsak på dem som selv har innvandret til Norge (se tekstboks for definisjoner). For bedre å forstå bruken av fastlegen ser vi først på noen av de områdene som kan være problematiske når man er ny i Norge. Dette kan være forståelsen av hvordan helsevesenet fungerer, språkproblemer, samt kulturforskjeller som kan ha innvirkning på hvordan man tenker om og håndterer egen helse. Innvandrernes bruk av fastlegen vil således kunne si noe om deres helsetilstand, men også i hvilken grad de er integrert i det norske samfunnet og klarer å ta i bruk denne tjenesten.

Ulike oppfatninger om innvandreres helsetilstand

Internasjonalt er det skrevet mye om innvandreres helse, og det finnes flere ulike teorier om deres helsetilstand etter migrasjonen. En teori går ut på at innvandrere har dårligere helse enn den øvrige befolkningen. Dette kan skyldes ulike forhold, som sykdommer de har tatt med seg fra opprinnelseslandet, at enkelte har flyktet fra forfølgelse eller tortur i hjemlandet, eller at de har vokst opp under dårlige kår. Relevansen av dette vil variere mellom ulike innvandringsgrupper og er for eksempel fraværende for innvandrere til Norge fra EU og EØS. En alternativ forklaring av høyere forekomst av sykdom tar utgangspunkt i at innvandrere samlet har en noe dårligere sosial posisjon og levekår i sitt nye hjemland (Schläger mfl. 2005).

Fastlegeordningen

Ordningen ble innført 1. juni 2001 og gir alle innbyggere rett til å stå på liste hos en fast allmennlege. I 2011 sto kun 0,4 prosent av befolkningen utenfor ordningen. Alle med adresse i Norge har rett til fastlege, også asylsøkere og deres familiemedlemmer. Asylsøkere er likevel ikke med i statistikkgrunlaget til denne artikkelen med mindre de har fått innvilget opphold i Norge. Videre ser vi bare på konsultasjoner, en konsultasjon skjer ved direkte kontakt mellom pasient og lege i form av undersøkelse og behandling på legekantoret, uavhengig av om dette er egen fastlege. Konsultasjonene omfatter tre takstkoder for refusjon, og ikke andre former for kontakt med fastlegene.

*Elin Lunde og
Inger Texmon*



Elin Skretting Lunde (t.v.) er seniorrådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk. (elin.skretting.lunde@ssb.no)

Inger Elisabeth Texmon er seniorrådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk. (inger.elisabeth.texmon@ssb.no)

Definisjoner og fakta

Innvandrere er personer som er bosatt i Norge, men som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og har fire utenlandsfødte besteforeldre.

Norskfødte med innvandrerforeldre er personer som er født i Norge, har to foreldre som er innvandrere, og fire besteforeldre født i utlandet.

Øvrig befolkning er personer uten innvandrerbakgrunn, det vil si at de verken er innvandrere eller norskfødte barn av to innvandrere.

Innvandrerne i Norge kommer fra alle deler av verden og utgjør totalt 593 000 personer, eller 12 prosent av befolkningen. 52 prosent av dem har bakgrunn fra Asia, Afrika, Sør- og Mellom-Amerika, Oseania (unntatt Australia og New Zealand) og Europa utenom EU/EØS. To av ti innvandrere har bodd i Norge mer enn 20 år, mens fire av ti har bodd her i fire år eller mindre.

En rekke studier, hovedsakelig utført i USA og Canada, går i motsatt retning og omtaler «*the healthy immigrants effect*» (blant annet McDonald mfl. 2004 og Kennedy mfl. 2006). Denne effekten baserer seg på en oppfatning om at innvandrere oftere er friskere enn befolkningen i landet de flytter til, og at dette er spesielt merkbart de første årene etter innvandringen. Det finnes ulike forklaringer på fenomenet, og en viktig forklaring ser ut til å være seleksjon, ved at det ofte er de friskeste og mest ressurssterke i et samfunn som velger eller får lov til å reise ut og bosette seg i et nytt land. Videre hevdes det at mange innvandrere har levd et forholdsvis sunt liv før de valgte å emigrere. Denne effekten vil spesielt gjelde for arbeidsinnvandrere.

Etter mange år i vertslandet vil innvandrerens kunne «miste» sine helsefordele, og bli mer lik befolkningen generelt. Dette kan skyldes ulike forhold, og en forklaring går ut på at innvandrerens tar etter dårlige vaner i vertslandet. En annen forklaring er at belastningen ved å forlate hjemlandet, slekt og familie, matvaner og kultur, medfører stress som på sikt kan bidra til en svekket helse (Ursin og Eriksen 2004). Det finnes altså ikke noe enkelt svar på om innvandrernes helse er bedre eller dårligere enn andres, til det er gruppen altfor mangfoldig og sammensatt.

Hva med innvandrerne i Norge?

En levekårsundersøkelse gjennomført i 2005-2006 blant innvandrere fra ti utvalgte land (se tekstboks) viste at det var færre blant voksne innvandrere som opplevde egen helse som god (67 prosent) enn i samme aldersgruppe i befolkningen samlet (87 prosent). Blant de ti gruppene, etter opprinnelse, hadde innvandrere fra Irak og Tyrkia dårligere helse enn de øvrige gruppene, mens innvandrere fra Sri Lanka og Somalia kom best ut ([Blom 2011](#)). I undersøkelsen ble det også rapportert at samtlige grupper i gjennomsnitt hadde vært oftere hos legen enn befolkningen generelt, men i denne undersøkelsen var det altså bare innvandrere fra land utenfor EU/EØS som var representert.

En rapport fra Den norske legeforening forklarer helseforskjellene med at «ikke-vestlige» innvandrere har dårligere levekår enn den øvrige befolkningen i Norge. Videre stiger sykdomskurven blant innvandrerne brattere med alder enn i resten av befolkningen. Det går også dårligere med dem når de først har fått en sykdom, og mange som har behov for legehjelp, oppsøker ikke lege (Nissen-Meyer mfl. 2008).

Innvandrere i Norge er en stor og heterogen gruppe, og det er stor variasjon i deres bruk av fastlegene. Som vi skal se senere, kan både landbakgrunn og oppholdsgrunnlag i Norge bidra til å forklare forskjeller i bruk av fastlegetjenesten blant innvandrerne.

Språk og kulturelle forskjeller byr på utfordringer

Hvis man ikke snakker godt norsk, kan det være vanskelig å kommunisere med fastlegen, og i en spørreundersøkelse i regi av Integrerings og mangfoldsdirektoratet (IMDi) rapporterte mange fastleger at de hadde pasienter med dårlige norskkunnskaper. Mer enn 60 prosent av legene mente at dette kunne øke risikoen for feildiagnostisering og feilbehandling (IMDi 2007). Videre varierer kvaliteten på tolker, og oppunder 40 prosent av fastlegene oppga å ha brukt voksne familiemedlemmer som tolk ganske ofte, noe som er problematisk ved utveksling av



sensitiv informasjon. Også den tidligere nevnte rapporten fra Den norske legeförening påpeker at det er for liten bruk av kvalifiserte tolker i helsevesenet.

Når innvandrere har problemer med å kommunisere med fastlegene, kan dette både bidra til lavt og høyt forbruk av deres tjenester. Om det oppstår en terskel eller motstand mot å ta kontakt med lege, vil det medføre lavt forbruk. På den annen side kan forsinkelser og feildiagnostisering som skyldes mangelfull kommunikasjon, forlenge en utredning av sykdom, noe som også IMDi-rapporten påpeker (2007). Også ulik kulturforståelse og forventning til hva en lege kan hjelpe med, kan påvirke bruken av fastlegene i tillegg til helsetilstanden i befolkningsgruppene.

Hva vet vi om innvandrerens bruk av fastlegene?

Fra fastlegestatistikken er det kjent at innvandrere i gjennomsnitt søker fastlege i noe mindre grad enn hva som er gjennomsnittet for hele befolkningen (SSB 2013). Mens alle bosatte i Norge i gjennomsnitt hadde 2,7 konsultasjoner i 2012, var tallet for alle innvandrere 2,4 og for norskfødte barn av to innvandrerforeldre 2,0 (se figur 1). For menn var antallet konsultasjoner i gjennomsnitt noe lavere, 2,2 for alle menn samlet og 1,8 for innvandrere. Innvandrerkvinnene hadde derimot ikke nevneverdig lavere gjennomsnittlig antall legebekök enn alle kvinner samlet. Blant norskfødte barn av to innvandrerforeldre lå antall fastlegbesök lavt for begge kjönn, men som vi skal se, er dette fordi de i gjennomsnitt er unge.

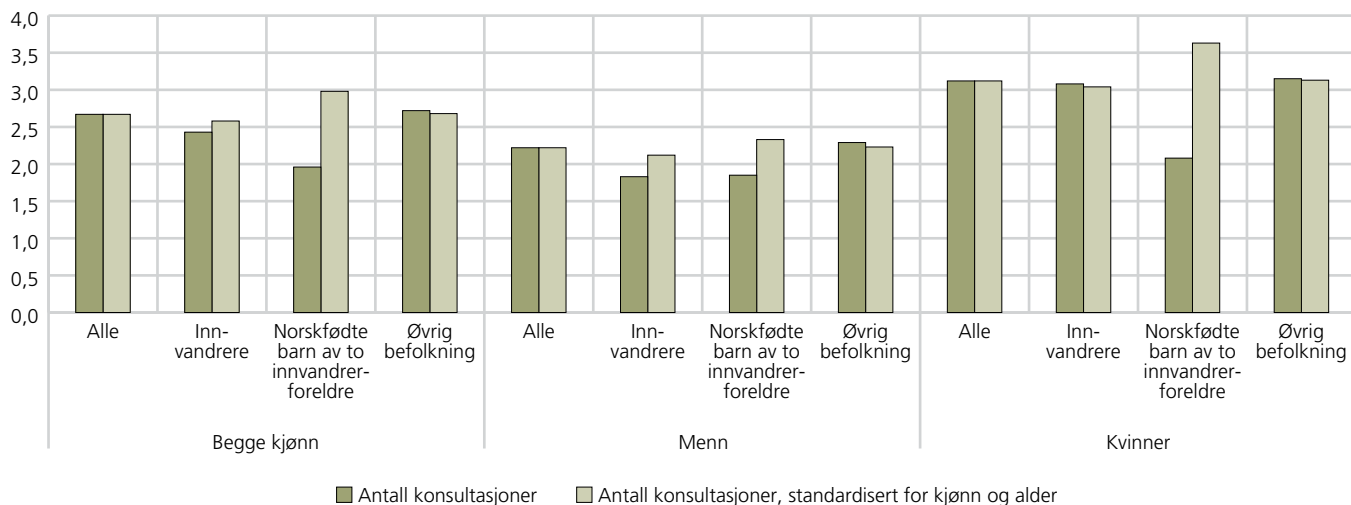
Målt i antall legebekök ligger altså innvandrere gjennomsnittlig noe lavere enn befolkningen som helhet, men sier dette noe om deres helse?

Innvandrere i Norge har i gjennomsnitt en lavere alder enn befolkningen for övrig. Når det tas hensyn til alderssammensetningen ved standardisering for alder og kjönn (figur 1), ligger innvandrernes bruk av fastlegene langt nærmere, men stadig noe under nivået for befolkningen som helhet. For norskfødte barn av innvandrerforeldre gir imidlertid standardiseringen stort utslag,

Levelår blant innvandrere 2005-2006

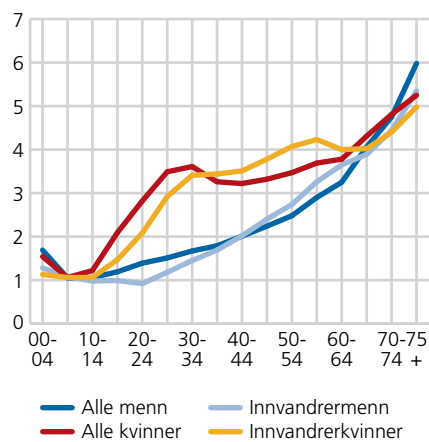
Undersökelsen, også kalt LKI, består av et representativt utvalg av innvandrere og etterkommere i alderen 16-70 år, med minst to års botid i Norge og med bakgrunn fra fölgende land: Bosnia-Hercegovina, Serbia-Montenegro, Tyrkia, Iran, Irak, Pakistan, Vietnam, Sri Lanka, Somalia og Chile. Mer informasjon: Blom og Henriksen (red.), Rapporten 2008/5, eller [Blom, Rapporten 2008/35](#) og 2010/47.

Figur 1. Gjennomsnittlig antall ärlige konsultasjoner hos fastlege per person, etter kjönn og innvandringsbakgrunn, med og uten standardisering¹. 2012



¹ Forklaring av standardisering, se tekstboksen «Statistikkgrunnlag og begreper i analysen». Kilde: Fastlegjetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

Figur 2. Gjennomsnittlig antall årlige konsultasjoner hos fastlege, etter kjønn og alder. Innvandrere og hele befolkningen. 2012



Kilde: Fastlegetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

fra å være gruppen med lavest gjennomsnittstall for legekonsultasjoner til å være gruppen med høyest bruk av fastlegenes tjenester. Når kontroll for alderssammensetning har såpass stor betydning for denne gruppen, er det fordi både helseplager og helsetjenestebruk øker sterkt med alder. Og når det kan se ut som om innvandrere er friskere enn resten av befolkningen, ved sin noe sjeldnere bruk av fastlege, forklares mye ved at de i gjennomsnitt er yngre.

Mye bruk av fastlege blant middelaldrende innvandrere ...

Fastlegebruken øker gjennom hele livsløpet, når vi ser bort fra de aller yngste og de aller eldste. Den stiger fra omtrent en konsultasjon per år for barn i alderen 5-14 år til et gjennomsnitt mellom fem og seks årlige konsultasjoner for den delen av befolkningen som er 75 år eller mer (se figur 2). Kvinner bruker lege hyppigere enn menn, og deres bruk av fastlegenes tjenester er særlig høy i fruktbar alder, men den er også noe høyere enn blant menn i alle aldre fra 15 år og opp til 70-årene. Disse kjente trekkene ser vi også hos dem som har innvandret til Norge (figur 2).

Når vi sammenlikner innvandreres bruk av fastlegen med mønsteret som vi finner for befolkningen totalt, er det et noe lavere gjennomsnittlig antall konsultasjoner blant de yngste og de eldste. Derimot er det noe mer bruk av fastlege blant innvandrer menn mellom 40 og 70 år og blant innvandrer kvinner mellom 35 og 65 år enn det er i de jevngamle gruppene i befolkningen totalt. Blant de voksne kvinnene ligger legebruken såpass mye høyere enn i den øvrige befolkningen at den gjennomsnittlige fastlegebruken for innvandrer kvinnene er omtrent som blant kvinner ellers, også uten kontroll for alderssammensetning (se forrige avsnitt).

Det er altså innvandrer mennene som bidrar til at innvandreres fastlegebruk i gjennomsnitt er noe lavere enn i befolkningen samlet, men heller ikke for menn gjelder det i alle aldre. Dermed er det også større forskjell i bruk av fastlege mellom innvandrer kvinner og innvandrer menn enn det er mellom kvinner og menn i befolkningen samlet.

... og særlig blant dem fra land utenfor Europa

Bruksmønsteret varierer mye etter landbakgrunn ([SSB 2013](#)). Det kan altså se ut til at det å være innvandrer ikke har mest betydning, men hvilken

Statistikkgrunnlag og begreper i analysen

Dataene baserer seg på refusjonskrav som fastlegene sender til Helseøkonomiforvaltningen (HELFO), hvor det registreres i det såkalte KUHR-registeret (kontroll og utbetaling av helserefusjoner), etablert i 2004. Til disse dataene kobler SSB kjennetegn ved pasientene hentet fra statistiske befolkningsregistre. For flere detaljer om datagrunnlaget, se <http://www.ssb.no/helse/statistikker/fastlegetj>

I artikkelen brukes kjennetegnene innvandringskategori, landbakgrunn og første gangs registrering i Norge. Det sistnevnte brukes til å beregne en innvandrers botid i Norge: $Brutto\ botid\ (i\ hele\ år) = 2012 - år\ for\ ankomst$ (i artikkelen ser vi bare på fastlegebruk i året 2012).

Middelfolkemengde: I opptellingen av antall konsultasjoner omfatter alle personer med som har vært bosatt i Norge en eller annen gang i 2012. I beregningen av gjennomsnittlig antall konsultasjoner (for en gitt gruppe etter alder og kjønn) divideres antallet på *middelfolkemengden* for gruppen, det vil si det gjennomsnittlige antall personer i gruppen som var bosatt i landet gjennom året 2012.

Standardisering etter alder (og kjønn): For å sammenlikne fastlegebruk mellom to grupper som har ulik sammensetning etter alder (og kjønn), for eksempel alle innvandrere (som her) og hele befolkningen, multipliseres ratene for innvandreres legebruk med vekt etter alder (og kjønn). Da får man et samlet tall for innvandreres legebruk, som om innvandreres sammensetning etter alder (og kjønn) var som i totalbefolkningen. Se også Blom og Henriksen (red.), Rapporter 2008/5, s. 22.

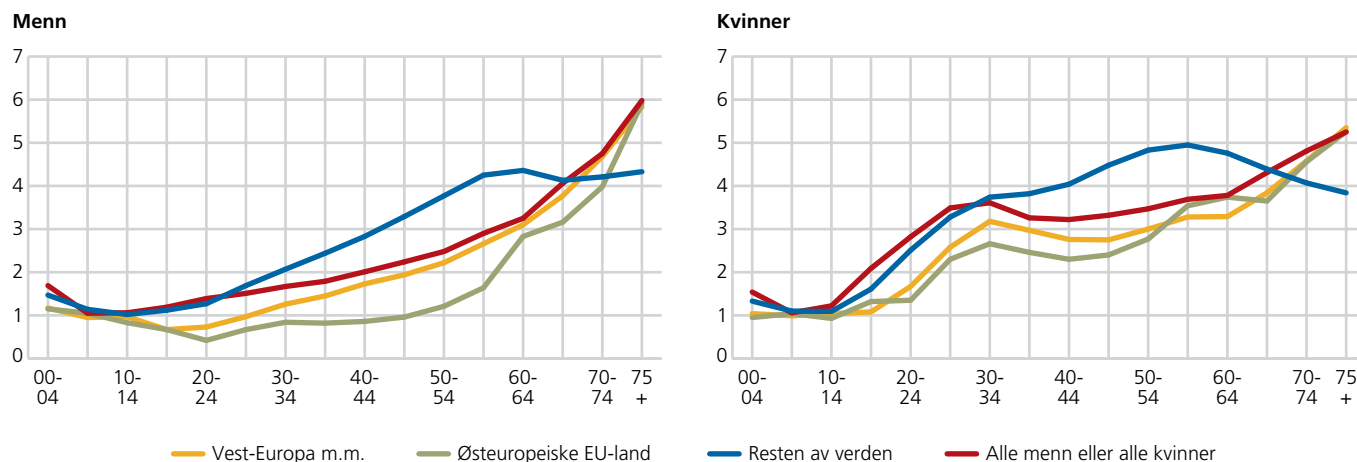
bakgrunn en innvandrere har i en litt videre forstand. Når innvandrere deles inn etter om de har sin bakgrunn fra Vest-Europa (inkludert Nord-Amerika, Australia og New Zealand), fra de østeuropeiske EU-landene, eller om de har sin bakgrunn fra verden utenfor EU/EØS, ser vi et stort skille mellom de to førstnevnte og den sistnevnte gruppen (se figur 3). I de fleste aldre bruker innvandrere fra de to gruppene som kommer fra EU/EØS-området, fastlegen i betydelig mindre grad enn innvandrere fra andre verdensdeler.

Mange innvandrere fra Europa utenfor EU/EØS (for eksempel fra Russland eller Balkan) eller fra Afrika, Asia og Latin-Amerika, har hatt flukt som grunnlag for sitt opphold i Norge. Dette kan bety at de i større grad enn andre grupper har opplevd traumer før ankomsten, noe som kan ha fått betydning for deres helse. Denne gruppen har også et stort innslag av innvandrere fra tropiske land, som også gir større risiko for at de bærer på sykdom ved ankomsten til Norge, eller som kan innebære sykdomsforekomst etter besøk i hjemlandet.

Innvandrere fra EU/EØS har i noe større grad enn innvandrere fra fjernere land hatt arbeid som grunnlag for sitt opphold i Norge. Det innebærer at de som gruppe er positivt selektert hva angår helsen, da de i utgangspunktet har vært konkurransedyktige i det norske arbeidsmarkedet. I tråd med dette ser vi at det er spesielt lave gjennomsnittstall for legekonsultasjoner blant innvandrere fra de østeuropeiske EU-landene, og særlig blant menn. Dette henger trolig sammen med at det særlig er blant menn fra disse landene det er høy andel arbeidsinnvandrere, og dette kan tolkes som en form for «*healthy immigrants effect*».

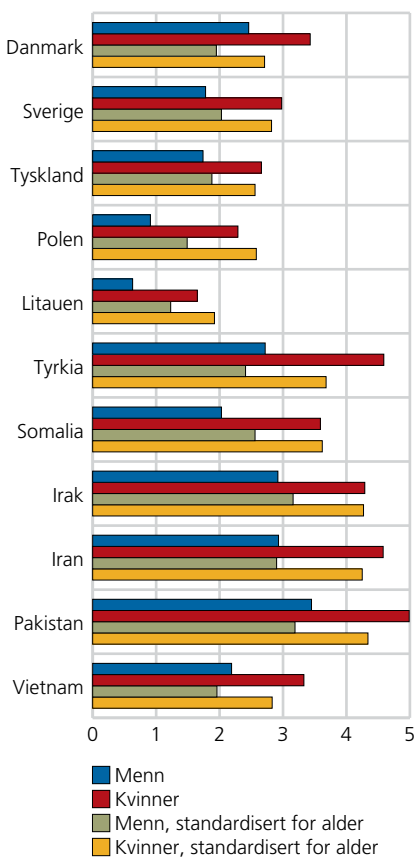
Blant eldre innvandrere er det imidlertid et helt annet mønster når vi sammenlikner de tre gruppene etter landbakgrunn. Her er det gruppen som kommer fra land utenfor EU/EØS som har lavest legesøkning. Vi ser en utflating av menns fastlegebruk for aldre over 55 år og et fall i kvinners legebruk i samme alder. Dette kan tyde på at mange innvandrere i denne aldersgruppen, som ofte er ute av arbeidslivet, tilbringer en del av tiden utenfor Norge, og dermed får legehjelp der. En dansk litteraturstudie nevner muligheten for en «*unhealthy remigrant-effect*», det vil si at de syke og dødende vender «hjem». Men det er ikke enighet blant europeiske forskere på dette området (Schläger mfl. 2005).

Figur 3. Innvanderens gjennomsnittlig antall årlige konsultasjoner hos fastlege, etter kjønn, alder og landbakgrunn. 2012



Kilde: Fastlegetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

Figur 4. Antall årlige konsultasjoner hos fastlege blant innvandrere fra noen utvalgte land. Gjennomsnittstall med og uten standardisering¹ for kjønn og alder. 2012



¹ Se forklaring av standardisering i tekstboksen «Statistikkgrunnlag og begreper i analysen».

Kilde: Fastlegetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

Store forskjeller etter landbakgrunn ...

Studier av egenrapportert helse blant innvandrere fra ti ulike land utenfor EU/EØS har vist stor variasjon etter landbakgrunn, også i innvandrernes bruk av allmennlege (Blom 2008). Her har vi i tillegg tatt med land fra EU/EØS, og vi ser at det gjennomgående er mindre bruk av fastlege blant disse innvandrerne enn blant dem med bakgrunn utenfor EU/EØS (figur 4 og tabell 1). Etter standardisering for alder ligger antall konsultasjoner for innvandrere fra land innenfor EU/EØS lavere enn landsgjennomsnittet på 2,7 årlig, for begge kjønn samlet, mens innvandrere fra de øvrige landene i gjennomsnitt har mer enn 3 årlige besøk, med Vietnam som et unntak (figur 4).

Blant de tre vesteuropeiske landene har danskene høye tall for bruk av fastlege, men er på nivå med svensker og tyskere når det tas hensyn til alderssammensetning. Når det gjelder innvandrere fra de to østeuropeiske EU-medlemmene Polen og Litauen, er bruken av fastlege lav, selv med kontroll for alder. Dette kan både forklares ved at det er en særlig høy andel arbeidsinnvandrere, og at de to gruppene har kort gjennomsnittlig botid i Norge (se avsnittet om botid). Også blant innvandrere fra de landene utenfor EU/EØS som har forholdsvis høye tall for legekonsultasjoner, er det noen nivåforskjeller etter kontrollen for alderssammensetning. Vi ser av figur 4 at pakistanere, iranere og irakere har høyere gjennomsnittstall enn tyrkere og somaliere.

... men også etter kjønn

Blant alle innvandrerguppene er det betydelig forskjell mellom kvinners og menns bruk av fastlege, slik det er i befolkningen samlet. Vi har imidlertid sett at blant innvandrerne er forskjellen mellom kjønnene større. Dette gjelder både når vi betrakter alle innvandrere samlet (figur 1), og når vi ser på gjennomsnittlig antall konsultasjoner for kvinner og menn fra de enkelte land (tabell 1). Vi trekker her fram noen momenter som kan bidra til å forklare dette, uten at de kan betraktes som utfyllende.

Innvandrerkvinner og innvandrermenn kan for eksempel ha ulike mønstre for oppholdsgrunnlag, selv om de kommer fra samme land. Dette gjelder for polakker, der de polske kvinner i Norge i gjennomsnitt har ankommet over et noe lengre tidsrom enn polske menn, som i større grad har flyttet til

Tabell 1. Gjennomsnittlig antall legebesøk, gjennomsnittsalder og gjennomsnittlig botid blant innvandrere fra utvalgte land, etter kjønn. 2012

	Danmark	Sverige	Tyskland	Polen	Litauen	Tyrkia	Somalia	Irak	Iran	Pakistan	Vietnam
Gjennomsnittlig antall legebesøk											
Begge kjønn	2,93	2,38	2,17	1,38	1,04	3,53	2,76	3,52	3,68	4,19	2,80
Menn	2,46	1,78	1,74	0,91	0,63	2,72	2,03	2,92	2,93	3,45	2,19
Kvinner	3,43	2,98	2,66	2,29	1,65	4,59	3,59	4,29	4,58	4,99	3,33
Gjennomsnittsalder											
Begge kjønn	50,9	38,5	40,5	34,3	30,1	39,3	29,6	33,0	38,7	41,2	43,1
Menn	48,7	38,0	40,0	35,5	31,2	39,8	30,0	34,1	39,7	42,1	44,2
Kvinner	53,3	39,1	41,0	31,9	28,5	38,6	29,0	31,8	37,5	40,3	42,1
Gjennomsnittlig botid (antall år)											
Begge kjønn	23,9	11,5	11,2	4,4	2,3	17,0	7,8	9,8	13,7	19,8	20,4
Menn	20,0	9,6	9,5	3,8	2,1	17,0	8,1	10,4	14,5	20,9	23,0
Kvinner	28,0	13,5	13,1	5,8	2,6	16,9	7,5	9,0	12,6	18,7	18,2

Kilder: Fastlegestatistikk og befolkningsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Norge etter EU-utvidelsen. Kvinnene som ankom før 2005, hadde i stor grad ekteskap med norske menn som sitt grunnlag for opphold i Norge. Disse kan tenkes å ha et annet mønster for bruk av helsetjenester enn både kvinner og menn som har ankommet etter EU-utvidelsen og i forbindelse med arbeid.

For innvandrerkvinner fra land utenfor EU/EØS kan det også ha en viss betydning at de har større behov enn andre kvinner for å følge opp sin reproduktive helse, siden de i gjennomsnitt føder flere barn enn kvinner med norsk bakgrunn og innvandrerkvinnene fra de to øvrige landgruppene ([Texmon og Brunborg 2013](#)).

Lengre botid – flere legebekker

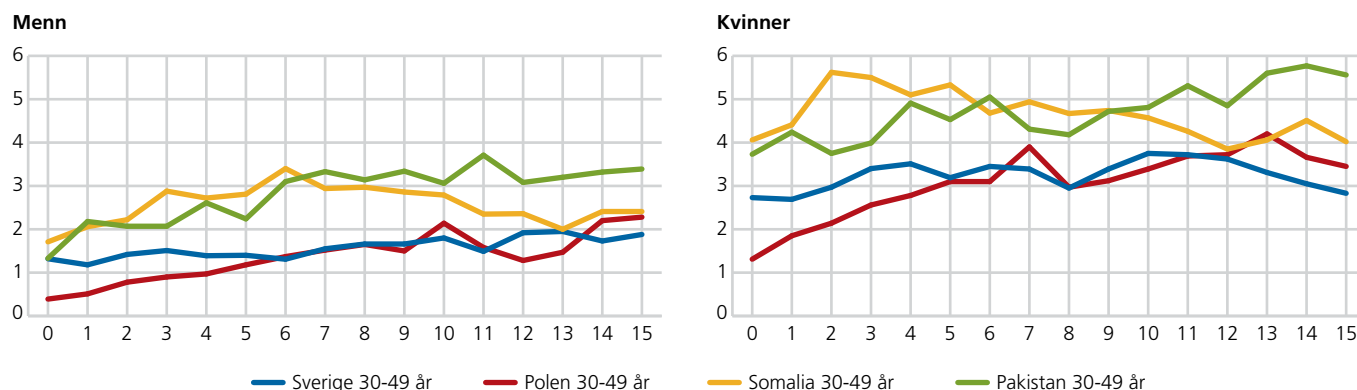
For å belyse betydningen botid nærmere har vi sett på antall legebekker etter botid i blant et snevrere definert aldersintervall, 30-49 år. Både menn og kvinner ser ut til å gå til legen oftere med økende botid, og særlig de første årene (se figur 5). Av de fire gruppene etter landbakgrunn som sammenliknes her, har polske og pakistanske innvandrere en tydeligere økning i antall legebekker med botid de første 8-10 årene. For høyere botid er mønsteret vanskeligere å tolke, da det kan være preget av at små tall utgjør grunnlaget.

Blant nyankomne polske innvandrere er andelen arbeidsinnvandrere stor. Det var ikke tilfelle for polakkene som innvandret til Norge før EU-utvidelsen. For de pakistanske innvandrerne er det derimot ikke noen tilsvarende forskjeller mellom de ulike «kullene» av innvandrere som har ankommet det siste tiåret. Derfor gir figur 5 sannsynligvis et riktigere bilde av hvordan fastlegebruk utvikler seg med økt botid for dem. Også blant svensker øker gjennomsnittlig antall legebekker med botid, men langsommere. For somaliere er det imidlertid vanskeligere å tolke forløpet i figur 5. Alt i alt illustrerer figuren, gjennom noen eksempler, at bruk av fastlegetjenester øker med botid, men ikke like mye for alle innvandrergrupper.

Vanligere med mange legekontakter

I fastlegestatistikken fra SSB er det også lagt vekt på å sammenlikne hvor store andeler av ulike befolkningsgrupper som har oppsøkt fastlege, i tillegg til å se på antall konsultasjoner ([SSB 2013](#)). I 2012 hadde for eksempel 69

Figur 5. Gjennomsnittlig antall årlige konsultasjoner¹ hos fastlege for innvandrere i alderen 30-49 år, etter botid. Menn og kvinner fra Sverige, Polen, Somalia og Pakistan. 2012



¹ Beregningene bak figuren er det tatt hensyn til at innvandrere i gjennomsnitt bare er eksponert for legekontakt et halvt år av ankomståret, fordi de har ankommet gjennom hele året. Kilde: Fastlegetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

prosent av befolkningen hatt minst en konsultasjon hos fastlege, mot bare 61 prosent blant innvandrerne.

Når menn betraktes for seg, var det 63 prosent av alle de bosatte som hadde vært hos fastlege, mot 52 prosent av de mannlige innvandrerne. De tilsvarende tallene for kvinner var henholdsvis 76 og 71 prosent. Det kan derfor se ut til å være større forskjell mellom innvandrere og den samlede befolkningen i andelene som har hatt kontakt med fastlege, enn det er i gjennomsnittlig antall legebesøk, der for eksempel innvandrerkvinner hadde samme nivå som kvinner samlet.

Dette blir enda mer tydelig når vi ser på hvor stor andel av de enkelte gruppene som har hatt fem eller flere legebesøk. Andelen var omtrent like stor blant innvandrere sett samlet som for hele befolkningen, og blant innvandrerkvinnene hadde en større andel fem legebesøk eller mer enn blant alle landets kvinner. Dette gjelder også uten kontroll for alder. Blant menn har innvandrerne derimot en noe lavere andel «storbrukere» av legetjenestene enn i hele befolkningen. Konklusjonen blir likevel at den lille forskjellen som vi så i gjennomsnittstallet for legebesøk hos innvandrere og hos befolkningen totalt, kommer av at flere innvandrere lar være å bruke fastlegen, mens de som først bruker fastlegene, bruker dem mer.

Alder og botid forklarer mye av forskjellene i legebruk

Innvandrere har altså i gjennomsnitt noe færre konsultasjoner med fastlegen enn befolkningen sett under ett, mest fordi de utgjør en ung gruppe av befolkningen, og fordi bruk av lege øker med alderen. Først og fremst er det store forskjeller mellom ulike innvandrergrupper.

Den mest omfattende bruken av fastlegen finner vi blant innvandrere fra Asia, Afrika, Latin-Amerika og Europa utenfor EU/EØS. Innvandrere som har flyttet fra land i blant annet Afrika og Asia, vil oftere enn andre ha opplevd traumer som kan medføre økt behov for legehjelp. Dette er også i tråd med funnene fra levekårsundersøkelsen i 2005-2006, der innvandrere fra denne gruppen av land rapporterte at de hadde noe dårligere helse enn det vi finner i hele befolkningen. Når det gjelder forskjeller i fastlegebruk mellom enkeltland, forklares mye av variasjonen med at de har ulik alderssammensetning og botid i Norge.

Variierende grad av bruk av fastlege eller andre helsetjenester forklares ikke bare av forskjeller i helse. Som vi har pekt på i de innledende avsnittene, kan både kunnskapene om helsetjenestene, kulturelle og språklige barrierer, samt mer praktiske hindringer bidra til forskjeller i fastlegebruk. Imidlertid har vi ved å sammenlikne med levekårsundersøkelsen blant innvandrere, sett at for noen av opprinnelseslandene harmonerer bruken av fastlege med deres egenrapporterte helse.

Referanser

Blom, Svein (2011): Dårligere helse blant innvandrere, *Samfunnsspeilet* 2, 2011, Statistisk sentralbyrå. (<http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/ssp/2011-2>)

Blom, Svein (2008): *Innvandrerens helse 2005/2006*, Rapport 2008/35, Statistisk sentralbyrå. (<http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/innvandrerens-helse-2005-2006>)

IMDi-rapport (2007). Fastleger og tolketjenester, 6-2007, Integrerings og mangfoldsdirektoratet.

Kennedy, S, J.T. McDonald og N. Biddle (2006): «The Healthy Immigrant Effect and Immigrant Selection: Evidence from Four Countries», *Social and Economic Dimensions of an Aging Population Research Papers* 164, McMaster University.

McDonald J.T. og S. Kennedy (2004): Insights into the «healthy immigrants effect»: health status and health service use of immigrants to Canada, *Soc Sic Med* 2004; 59; 1613-27.

Nissen-Meyer M, A.L. Shuja, og T. Sletnes (2008): Likeverdige helsetjenester? Om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere, Den norske legeforening.

Schläger, D., N. Rasmussen og M. Kjølter (2005): Sundhedsforhold blant etniske minoriteter en literaturgjennomgang. Arbejdsnotat, Statens Institut for Folkesundhed.

SSB (2013): Fastlegetjenesten, Statistisk sentralbyrå. (<http://www.ssb.no/helse/statistikker/fastlegetj>)

Texmon, Inger og Helge Brunborg (2013): *Vekst og sammensetning av befolkningen ved ulike forutsetninger om innvandring*, Rapport 23/2013, Statistisk sentralbyrå. (<http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/vekst-og-sammensetning-av-befolkningen-ved-ulike-forutsetninger-om-innvandring>)

Ursin, H, H.R. Eriksen (2004): *The cognitive activation theory of stress*, *Psychoneuroendocrinology* 2004; 29:567-592.