

Innlegges innvandrere oftere enn etniske nordmenn i akuttpsykiatriske avdelinger?

Sammendrag

Bakgrunn. Innvandrere fra ikke-vestlige land utgjør om lag en femdel av pasientene i en akuttpsykiatrisk avdeling i Oslo. Mange har inntrykk av at dette representerer en økt sykkelighet knyttet til immigrasjonen til Norge.

Materiale. En årskohort (N = 415) fra en avdeling er undersøkt retrospektivt med henblikk på dette. 80 av pasientene hadde innvandrerbakgrunn.

Resultater. Andelen av befolkningen som ble innlagt fra opptaksområdet var henholdsvis 0,0049 og 0,0052 for innvandrergruppen og de øvrige. Blant de innlagte personene fra innvandrergruppen var det signifikant flere menn, de var yngre, flere ble innlagt med tvang, flere fikk en psykosediagnose og færre hadde rusproblemer. Suicidalitet som bakgrunn for innleggelse var likt fordelt i de to gruppene.

Fortolkning. Det kliniske inntrykket fra vår avdeling av at flere fra innvandrergruppen innlegges i akuttpsykiatrisk avdeling, ble ikke bekreftet i denne undersøkelsen. Derimot synes det som om innvandrerne er dårligere før de innlegges. Den lave kvinneandelen kan være uttrykk for bedre psykisk helse enn hos andre kvinner, eller enda større vansker med å nå frem med sine plager i helsevesenet pga. kulturelle barrierer.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

John E. Berg*

john.berg@ahus.no

Einar Johnsen

Klinikk for psykiatri

Lovisenberg Diakonale Sykehus

* Nåværende adresse:

Lurud psykiatriske senter

Lurudveien 13

2020 Skedsmokorset

Immigrasjon anses som en risikofaktor for utvikling av psykiske lidelser (1). Den samlede forekomsten av de alvorligste psykiske lidelsene synes likevel å være lik i de fleste befolkninger. Det kan tenkes flere forklaringer på en økt forekomst ved immigrasjon: ulik demografisk sammensetning av innvandrerpopulasjonen, økt psykososialt stress, miljøfaktorer, og usikkerhet knyttet til diagnostisering med bakgrunn i kulturforskjeller (2). Dette vil gjelde både flyktninger, studenter, fjernadopterte og andre som mer eller mindre frivillig forlater sin vante kultur (3). Særlig vil personer som har vært utsatt for tortur, kunne oppleve vanskelige ettervirkninger (4). Men selv det å komme fra trygge, aksepterende og frie forhold, slik mange studenter gjør, synes ikke å virke beskyttende mot utviklingen av funksjonsnedsettende lidelser ved immigrasjon (3).

Selten og medarbeidere fant i en populasjonsstudie i Nederland at den relative risikoen for schizofrene lidelser var fire ganger høyere hos innvandrere fra Marokko og Surinam (5). Forfatterne antok at rask omstilling til Vestens livsstil var årsaken hos personer som hadde en genetisk risiko. På den annen side har Veen og medarbeidere vist fra Nederland at det ikke er noen overhyppighet av rusmiddelbruk blant personer i innvandrergruppen (6).

Rabinowitz og medarbeidere fant at førstegangs innlagte innvandrere var eldre enn ikke-innvandrere innlagt med schizofreni, mens denne forskjell ikke var til stede hos annengenerasjonsinnvandrere (7).

Opplevelser som foreldre har hatt i forbindelse med store katastrofer, konsentrasjonsleiropphold (holocaust, Jugoslavia), er vist å kunne føre til alvorlige lidelser også hos barna ved ubevisst overføring av lidelser mellom generasjonene (8). Når immigranter tilpasser seg en ny kultur på en ikke-konfliktfylt måte, vil deres nye identitet verken være en total overgivelse til den nye kulturen eller summen av de to kulturene (9). Den nye

identiteten de etablerer, representerer de selektive identifikasjonene med den nye kulturen som de klarer å integrere i den de kom fra. Slik sett gjennomgår de en tredje individuasjon (prosess frem mot utvikling av egne individuelle karakteristika). Vi møter dem dessverre ofte med en forventning om ferdig tilpasning til og full forståelse av vår kultur.

Stressresponsen til pårørende til de akutt innlagte pasientene får ofte ikke nok oppmerksomhet fra helsevesenet (10).

Annengenerasjonsinnvandrere er i ferd med å bli voksne, og noen innvandrergrupper får allerede tilbud om annen mat og andre skikker ved innleggelse og sykehusopphold (11).

På bakgrunn av litteraturstudier og egne opplevelser i en aktiv akuttavdeling ville vi, som vist i andre land (7, 12, 13), ha forventet en økt andel med psykiatriske lidelser i innvandrergruppen. Andre hevder tvertimot at akuttpsykiatrien ikke mottar sin andel av innvandrere svarende til befolkningsgrunnlaget, gitt at andelen skulle være like eller større for personer i innvandrergruppen (14). Det kan tenkes at bruken av tvang, som er utbredt i Norge (15, 16), vil gjenspeiles i andelen fra innvandrergruppen med et dårligere utgangspunkt for å tale egen sak.

Følgelig fant vi grunnlag for å se på en årskohort av innleggelse i en akuttpsykiatrisk avdeling med et stort innslag av innvandrere for å belyse dette.

Materiale og metoder

Akuttavdelingen dekker bydelene Gamle Oslo, Grünerløkka Sofienberg og St. Hanshaugen Ullevål i Oslo, hvorav de to første ligger i sentrale Oslo øst med en høy andel innvandrere. Opplysninger om alle innlagte pasienter i akuttavdelingen i året 2002 ble samlet retrospektivt med henblikk på bakgrunnsdata og det formelle grunnlaget for innleggelsen ved vedtaksansvarlig overlege. Opplysninger om rusmiddelbruk, symptomer på suicidalitet og psykose ble også registrert.

! Hovedbudskap

- Immigranter har samme innleggelsesrate som etniske nordmenn i en akuttpsykiatrisk avdeling
- Det ser ut til at innvandrere er psykisk sykere før de blir innlagt

Tabell 1 Antall opphold for innvandrerguppen og blant de øvrige pasientene i 2002 for dem som hadde flere innleggelses (N = 415)

Antall innleggelses	Innvandrerguppen (n = 80)	Øvrige innlagte (n = 335)
	Andel (%)	Andel (%)
2	12 (15,0)	50 (14,9)
3	4 (5,0)	14 (4,2)
4	1 (1,3)	5 (1,5)
5	1 (1,3)	2 (0,6)
6	0	4 (1,2)
9	0	1 (0,3)
Totalt	18	76

Innvandrerguppen er i denne undersøkelsen definert som personer fra etniske grupper utenom vestlige land, samt personer adoptert fra de samme etniske områder. Personer fra vestlige land er ikke regnet som innvandrere. Adopterte fra ikke-vestlige land er regnet som innvandrere (n = 4). Personer med norsk statsborgerskap er ikke utelukket. Hver person teller med kun én innleggelse, selv om personen kan ha hatt flere i løpet av året 2002 (tab 1). For pasienter med flere innleggelses ble den alvorligste paragrafen benyttet, altså tvungent vern, § 3-3 og § 3-1 i lov om tvungent psykisk helsevern. Deretter følger paragrafer for tvungen observasjon, § 3-6 og § 3-1, og til slutt frivillig innleggelse, § 2-1.

I de tre bydelene var det per 1.1. 2002 i alt 81 217 innbyggere, hvorav 16 175 ikke-vestlige innvandrere (tab 2 (17)). 47 (11,3%) pasienter kom fra andre bydeler, kommuner eller land. Disse er ikke skilt ut i analysene. Utenlandske pasienter er tatt med i den aktuelle gruppen. I løpet av året hadde avdelingen 579 innleggelses inklusive reinnleggelses.

Forskjeller mellom grupper er undersøkt med khikvadrattest, t-test og logistisk regresjon.

Resultater

I løpet av året ble 80 personer fra innvandrerguppen og 335 ikke-innvandrere samt innvandrere fra vestlige land innlagt. Andelen innlagte av befolkningsgrunnlaget i bydelene var henholdsvis 0,0049 og 0,0052 ($X^2 = 0,1$; $p = 0,74$). Logistisk regresjon med gruppetilhørighet som avhengig variabel gav heller ikke noen signifikant forskjell mellom bydelene.

Andelen menn var høyere i innvandrerguppen, henholdsvis 68,8% mot 43,3% ($X^2 = 16,8$; $p < 0,001$). Gjennomsnittsalderen var 34,5 år (SD = 9,5) og 39,5 år (SD = 12,9) for henholdsvis innvandrerguppen og de øvrige ($t = 3,25$; $p = 0,01$). Variasjonen var henholdsvis 19–57 år og 18–84 år.

Det var 20 (25,0%) frivillige og 60 (75,0%) tvangsinnlagte i innvandrerguppen, og tilsvarende 161 (48,1%) og 174 (51,9%) blant de øvrige pasientene. For-

skjellen mellom frivillig innleggelse og tvangsinnleggelse var signifikant ved at personer i innvandrerguppen ble hyppigere tvangsinnlagt, ($X^2 = 14,0$; $p < 0,001$).

Det var også en overhyppighet av psykosediagnoser i innvandrerguppen ved vedtaksansvarlig overleges vurdering av formalia etter innleggelsen, 62,5% mot 48,1% ($X^2 = 6,6$; $p = 0,01$).

Opplysninger om suicidale handlinger eller tanker var like hyppige i begge grupper, henholdsvis 21,3% mot 27,8%, ($X^2 = 1,2$; $p = 0,28$). Personer med rusmisbruk som bi-diagnose var sjeldnere i innvandrerguppen, 25,0% mot 38,8%, ($X^2 = 4,5$; $p = 0,03$).

Diskusjon

Vi fant ingen signifikant forskjell i innleggelsesrater mellom innvandrerguppen og de øvrige pasienter i akuttpsykiatrisk avdeling. Dette var et overraskende funn. En grunn til den manglende påvisning av en overhyppighet av innleggelses, kan være at innvandrerguppen ikke søker hjelp eller når frem til innleggelse ved kontakt med allmennlegene.

En ny engelsk studie synes å bekrefte dette ved å vise at det er store variasjoner i veien frem mot innleggelse og i bruken av tvang etter etniske skillelinjer (18). Heterogenitet i innvandrerguppen er likevel trolig den viktigste årsaken til ulike funn fra land til land og mellom studier. Den påviste overhyppighet av psykosediagnoser i innvandrerguppen forklarer nok noe av den lavere andel frivillige innleggelses. Tallene i tabell 1 kan tyde på at mange reinnleggelses forekommer noe sjeldnere i innvandrerguppen, mens en og to reinnleggelses er like vanlig i begge grupper. Terskelen for innleggelse kan ha vært høyere enn for de øvrige pasientene.

Språk

Både pasientenes evne til å formidle seg språklig og førstelinjens møte med ulike kulturelle særpreg ved psykiatrisk sykdom kan her bidra til en forklaring. I en studie av bruk av tospråklige terapeuter fra Tyskland understrekes betydningen av å kunne ytre seg på eget språk ved formidling av sin psykose (19). Samtidig kan hallusinasjoner og vrangforestillinger ha et annet innhold i andre kulturer, og tolkes derfor ikke som uttrykk for en psykotisk lidelse (20). Bizarre tankeprosesser kan også ha sitt kulturelle bakteppe, noe som kommer frem om man lar prester fra pasientenes religion gi omsorg i avdelingen.

Vi har ikke sett på hvor raskt observasjonsvedtak ble opphevet i denne undersøkelsen, og om det skulle ha noen relasjon til innvandrersstatus, selv om dette kunne være interessant ut ifra et kulturkonfliktperspektiv.

Yagdiran og medarbeidere viste at psykiske pasienter som får behandling på et sekundærspåk, skiller affekt og innhold i det som sies (19). Pasientene kan da virke affektflate, også når belastende hendelser beskrives. Dette kan i behandlingsmiljøet oppleves som manglende sykdomsinnsikt og erkjennelse.

Vi har i utredningen av pasientene brukt tolker i utstrakt grad, og også gjennomført urinalyser ved mistanke om underliggende rusmiddelbruk. Journalopplysningene anses således som rimelig sikre både med henblikk på sykdomstegn og rusbelastning. Det kan likevel ikke utelukkes at formalia-vurderingen av pasientene påvirkes av deres språklige evner. Bruken av tolk, særlig for språk som ligger fjernt fra norsk, byr på spesielle problemer. Vi har inntrykk av at tolken noen ganger går over i rollen som aktiv deltaker med egne meninger, og ikke kun formidler det som sies. A priori vet vi ikke hvilken vei dette påvirker vår vurdering av symptomer på psykisk sykdom. På den annen side var de fleste pasientene i denne retrospektive undersøkelsen velkjente for forfatterne fra arbeidet i avdelingen.

Tvang

Tvang ble brukt i tre firedeler av innleggelsesene i innvandrerguppen, mot omtrent halvparten blant de øvrige pasientene. Hvorvidt tvangsbruken ved vårt sykehus avviker fra andres praksis, vet vi ikke. Det er kjent at tvang brukes ulikt fra sykehus til sykehus, og det er påvist at ulik pasientsammensetning målt ved kjønn, alder, tidligere innleggelses og diagnose påvirker tvangsbruken, men dessverre var etnisitet ikke berørt i artikkelen (21). Mens Ineichen og medarbeidere fant at innvandrere til England ikke hadde høyere innleggelsesrater, så fant de mer bruk av tvang (14).

Kvinner

Den lave kvinneandelen i innvandrerguppen, 43% mot 69%, var overraskende, men er funnet også i et tysk materiale (20). Vårt inntrykk er at de kvinnene som ble innlagt, var preget av alvorlig fungeringssvikt, uten at vi i denne studien har sett nærmere på det.

Tabell 2 Totalbefolkningen i de tre bydelene og fordelingen av vestlige og ikke-vestlige innvandrere per 1.1. 2002 (17)

Bydel	3	5	6
	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)
Befolkning	28 678	26 857	25 682
Ikke-vestlige land	1 993 (6,9)	6 144 (22,9)	8 038 (31,3)
Vestlige land	1 854 (6,5)	1 442 (5,4)	1 196 (4,7)

Det lave antallet kvinner ved institusjonsinnleggelse tilsvarer det man har sett i rusmiddefeltet i mange år, som uttrykk for annerledes atferd hos menn og kvinner (22). Men vårt funn kan også tyde på at innvandrerkvinner i mindre grad enn menn når frem i helsevesenet med sine psykiske problemer. Språkferdighetene til kvinner i noen innvandrergupper, særlig de som kom hit i voksen alder, står nok noe tilbake å ønske. Mange av de innlagte kvinnene hadde nytte av kontakt med prest fra egen menighet under oppholdet.

Rus

Innvandrerguppen innlagt i vår avdeling var ifølge journalopplysningene i mindre grad enn de øvrige, 25 % mot 39 %, misbrukere av rusmidler. Fra Nederland er det vist at innvandrere der hadde samme rate av rusmisbruk ved førstegangspsykose (6).

Våre funn gjelder dog innvandrere fra andre land. Det synes likevel som om innvandring per se ikke er en risikofaktor for utvikling av rusmisbruk. Hvis våre funn kan bekrefte av andre, vil det være av interesse å finne ut av hvorfor de akuttinnlagte som ikke er innvandrere, har større rusproblemer. Derimot er det vist tidligere at helsetilstanden målt som langtidssykemeldinger og bruk av sosialhjelp er dårligere hos personer i innvandrerguppen (23).

Antall adopterte fra ikke-vestlige land er ikke registrert som sådanne i den kommunale statistikk, men var så lavt at vi valgte å ta dem med i gruppen av innvandrere. I en nylig svensk undersøkelse fant man dessuten at disse hadde en forhøyet risiko for psykiske problemer (24).

Alder

Gjennomsnittsalderen for innvandrerguppen var lavere enn for de øvrige. Dette er nok en funksjon av aldersspredningen i denne gruppen i forhold til befolkningen som helhet. For øvrig kan flere faktorer virke inn på alder ved førstegangsinnleggelse for psykoser, som alder ved immigrasjon, sykelighet fra hjemlandet og familiegruppens evne til å takle psykiske lidelser (7).

Begrensninger ved studien

Formålet med denne studien har ikke vært en detaljert sammenlikning av diagnosesetting i de to gruppene, slik at det må tas forbehold om at diagnosevalget kan ha blitt endret i løpet av oppholdet i akuttavdelingen. Mange av pasientene er kort tid i avdelingen, og der det ikke finnes tidligere utredninger av dem, kan avdelingens foreløpige diagnoser ikke danne grunnlag for en mer detaljert differensiering av f.eks. psykoser.

De 47 pasientene som var hjemmehørende utenfor de tre bydelene avdelingen har ansvar for, skiller seg ikke ut fra de øvrige annet enn ved sin administrative tilknytning. De er derfor tatt med på linje med pasientene fra avdelingens sektor.

Vurdering av suicidalitet er vanskelig, og mange kulturelle ytringer kan prege utformingen. Andelen som ble vurdert som suicidale i forbindelse med innleggelsen, er dermed å betrakte som en førstehåndsvurdering, og ingen endelig oppfatning av foreliggende suicidalitet i gruppen.

Andre avdelinger oppfordres til å presentere tilsvarende materialer fra sine opptaksområder, da våre funn muligens kan være påvirket av særtrekk ved våre bydeler, som vi ikke er klar over.

Fra 1.1. 2004 er navn på og grenser for bydelene i Oslo endret.

Litteratur

1. Cantor-Graae E, Pedersen CB, McNeil T, Mortensen PB. Migration as a risk factor for schizophrenia: a Danish population-based cohort study. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 117–22.
2. Mortensen P, Cantor-Graae E, McNeil T. Increased rates of schizophrenia among immigrants: some methodological concerns raised by Danish findings. *Psychol Med* 1997; 27: 813–20.
3. Ward C, Bochner S, Furnham A. *The psychology of culture shock*. East Sussex: Routledge, 2001.
4. Cohn J. Torturoverlevende i Norge – lægernes ansvar. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 2001; 121: 3383–5.
5. Seltén J, Veen N, Feller W, Blom J, Schols D, Camoenië W. Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to The Netherlands. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 367–72.
6. Veen N, Seltén J, Hoek H, Feller W, Graaf Y, Kahn R. Use of illicit substances in a psychosis incidence cohort: a comparison among different ethnic groups in the Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105: 440–3.

7. Rabinowitz J, Fennig S. Differences in age of first hospitalization for schizophrenia among immigrants and nonimmigrants in a national case registry. *Schizophrenia Bull* 2002; 28: 491–9.
8. Volkan VD, Ast G, Greer WF. *The Third Reich in the unconscious: transgenerational transmission and its consequences*. New York: Brunner-Routledge, 2002.
9. Akhtar S. The third individuation, immigration, identity and psychoanalytic process. *J Am Psychoanal Assoc* 1995; 43: 1051–84.
10. Boye B, Malt UF. Stress response symptoms in relatives of acutely admitted psychotic patients: a pilot study. *Nord J Psychiatry* 2002; 56: 253–60.
11. Jasinskaja-Lahti I, Liebkind K, Horenczyk G, Schmidt P. The interactive nature of acculturation: perceived discrimination, acculturation attitudes and stress among young ethnic repatriates in Finland, Israel and Germany. *Int J Intercultural Rel* 2003; 27: 79–97.
12. Nesdale D, Mak A. Ethnic identification, self-esteem and immigrant psychological health. *Int J Intercultural Rel* 2003; 27: 23–40.
13. Holtedahl R. Innvandrerpasienter i en psykiatrisk akuttavdeling. *Nord J Psychiatry* 1991; 45: 247–52.
14. Ineichen B, Harrison G, Morgan H. Psychiatric hospital admissions in Bristol. *Br J Psychiatry* 1984; 145: 600–11.
15. Christensen TB, Onstad S. Tvangsbehandling med legemidler i en psykiatrisk akuttavdeling. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 921–4.
16. Gjelstad K, Løvdahl H, Ruud T, Friis S. Tvangsinnleggelser til psykiatrisk observasjon – blir de opphevet dagen etter? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 917–20.
17. Oslo-statistikken. Tabell 2.14. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2002.
18. Bhui K, Stansfeld S, Hull S, Priebe S, Mole F, Feder G. Ethnic variations in pathways to and use of specialist mental health services in UK. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 105–16.
19. Yagdiran O, Haasen C, Krausz M. Psychotisches Erleben im transkulturellen Spannungsfeld (Psychotic experiences in a transcultural context – case report analysis on the importance of the second language for the therapeutic process). *Psychiatr Prax* 2001; 28: 380–2.
20. Haasen C, Yagdiran O, Mass R, Krausz M. Potential for misdiagnosis among Turkish migrants with psychotic disorders: a clinical controlled study in Germany. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 125–9.
21. Bjørngaard JH, Heggstad T. Kan ulik pasientsammensetning forklare forskjeller i tvangsinnleggelser? *Tidsskr Nor Lægeforen*, 2001; 121: 3369–74.
22. Powis B, Griffiths P, Gossop M, Strang J. The differences between male and female drug users: community samples of heroin and cocaine users compared. *Subst Use Misuse* 1996; 31: 529–43.
23. Grünfeld B, Noreik K. Bruk av sykepenger og sosialhjelp blant innvandrere i Oslo. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1992; 112: 365–7.
24. Hjern A, Lindblad F, Vinnerljung B. Suicide, psychiatric illness, and social maladjustment in intercountry adoptees in Sweden: a cohort study. *Lancet* 2002; 360: 443–8.