

Sundhedsmæssige konsekvenser af migration

Forskningsassistent Maria Kristiansen,
forskningsassistent Anna Mygind & professor Allan Krasnik

Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab,
Afdeling for Sundhedstjenesteforskning

Andelen af borgere af anden etnisk oprindelse end dansk i Danmark er stigende, og spørgsmålet om, hvordan man indretter sundhedsvæsenets ydelser til denne del af befolkningen, bliver stadig mere aktuelt. Derfor er der behov for viden om de særlige forhold, der gør sig gældende for denne befolkningsgruppes sundhed. Disse særlige forhold omfatter blandt andet migration. Formålet med denne artikel er at give et overblik over sundhedskonsekvenserne af migration for migranternes fysiske og psykiske helbred. Etnicitet, socioøkonomiske og kommunikationsmæssige forhold kan også påvirke sundhedstilstanden hos migranter [1], men omtales ikke nærmere i denne artikel.

Definition

Migration kan ses som en social forandringsproces, hvor et menneske flytter fra en kulturel *setting* til en anden for at slå sig ned i det nye miljø enten for en længere periode eller permanent [2]. Det kan dreje sig om migration fra land til by, mellem nabolande eller over større afstande, og begrebet migration dækker derfor over forskelligartede processer [3]. Migrationsprocessen omfatter forhold både i hjemlandet, under rejsen og efter ankomsten til modtagerlandet.

Migranter kan defineres på flere måder, f.eks. som internt fordrevne, asylansøgere, flygtninge eller indvandrere [4]. Det er vanskeligt at skelne mellem tvungen og frivillig migration, og der er snarere tale om et kontinuum med grader af både frivillighed og tvang for såvel flygtninge som for andre migranter [4, 5].

Årsager til migration kan deles op i *push*-faktorer (som driver personen ud af hjemlandet) og *pull*-faktorer (som trækker personen mod modtagerlandet). *Push*-faktorer kan f.eks. være krig, fattigdom og sult, mens *pull*-faktorer bl.a. omfatter jobmuligheder samt politisk og religiøs frihed [1, 6]. Disse faktorer påvirker migrationens natur og migranternes respons herpå i relation til sundhedsmæssige forhold [3]. Der kan være stor forskel på de enkelte personers årsager til at rejse og omstændigheder omkring migrationen.

Migranter udgør en meget heterogen gruppe med forskellige etniske og socioøkonomiske baggrunde, sygdomsforhold i hjemlandene, erfaringer osv. Der er derfor mange forhold, der kan påvirke migranternes sundhed, opstået både i hjemlandet, under migrationen og efter ankomsten til modtagerlandet [2, 4-6].

Sygelighed blandt migranter

Mulighederne for at beskrive migranternes sygelighed begrænses af mangel på data, da migranter ofte ekskluderes fra f.eks. *surveys*. Dette kan skyldes problemer med sproglige oversættelser af f.eks. spørgeskemaer eller interview, herunder vanskeligheder med at fremskaffe kvalificerede tolke og med at dække udgifterne hertil. Det kan tillige skyldes problemer med at opnå tilstrækkelig medvirken fra migranter i sådanne *surveys* - måske på grund af deres mindre tillid til og kontakt med det omgivende samfund og dets institutioner samt færre og mindre positive erfaringer som modtagere af generelle henvendelser fra officielle institutioner i Danmark og i hjemlandet. Resultaterne af internationale og i begrænset omfang danske undersøgelser peger dog på, at der kan være øget sygelighed blandt migranter, især mentale problemer, herunder posttraumatisk stresssyndrom (PTSD), depression, psykosomatiske gener og angst, visse kroniske sygdomme såsom diabetes samt infektionssygdomme, f.eks. tuberkulose og hepatitis B [3, 4, 6, 7]. Resultaterne peger dog ikke konsistent på dårligere sundhed blandt migranter end blandt danskere. I nogle undersøgelser har man således fundet, at migranternes sygelighed ikke afviger markant fra majoritetsbefolkningens, og at der tværtimod kan være en lavere forekomst af bl.a. depression blandt migranter [2, 3, 8].

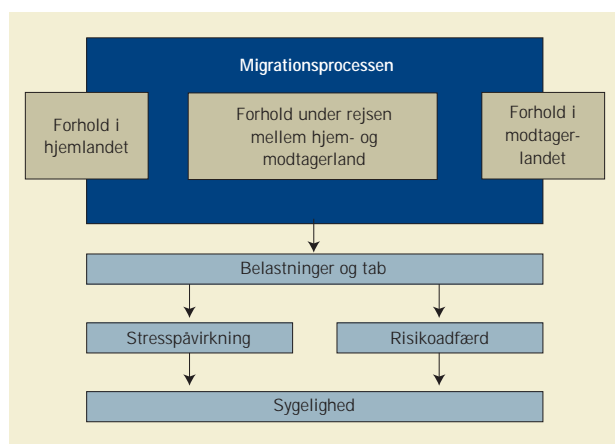
Migranternes sygelighed vil over tid oftest nærme sig sygdomsmønstrene i majoritetsbefolkningen. Mens sygelighed pga. smitsomme sygdomme (der er mere udbredte i hjemlandet) aftager efter ankomsten til modtagerlandet, vil både negative og positive ændringer i risikofaktorer for livsstilsrelaterede sygdomme, såsom diabetes og cancer typisk foregå over en længere periode [4]. I en klassisk undersøgelse af ændringer efter migration dokumenterede man således udviklingen i hjerte-kar-sygdomme blandt japanske migranter i USA på grund af den gradvise ændring i risikofaktorer [9].

Howdan indvirker migration på sygelighed?

Migrationsprocessen kan medføre en række belastninger og tab, der kan påvirke migranternes sygelighed på flere måder (Figur 1).

Det er ofte de sunde, der migrerer

Der er ofte en selektion i, hvem der migrerer, idet migranter hyppigt er sundere og yngre end baggrundsbefolkningen i deres hjemlande [2-4]. Sundhedsforholdene blandt migranter er derfor ofte bedre end for den befolkning, som de udgår fra. Dette kaldes *healthy migrant effect*. Effekten kan aftage over tid pga. eksponering for forskellige risici i modtagerlandet. Omvendt kan migrationen blandt flygtninge være motiveret af behov for særlig beskyttelse eller behandling f.eks. blandt de



Figur 1. Migrationsprocessens indvirkning på sygelighed.

såkaldte kvoteflygtninge, der er udvalgt i flygtningelejre og derved kan have kroniske sygdomme og handicap.

Helbredsrisici i forskellige faser af migrationen

Der kan være en række sundhedsmæssige konsekvenser af selve migrationen som følge af migranters eksponering for risici før, under og efter rejsen fra hjem- til modtagerland.

Før og under rejsen kan migranter have oplevet krig, tortur, fængsel, overgreb på og tab af pårørende, ophold i flygtningelejre, svære socioøkonomiske forhold osv. Mulige risici efter ankomst til modtagerlandet omfatter fængsling, langvarig asylbehandlingsproces, sprogvanskeligheder, ringe viden om sundhedsvæsenets ydelser i modtagerlandet, diskrimination og marginalisering [10]. Lange perioder under flugt og i asylcentre kan f.eks. give eksistentiel usikkerhed, der kan komme til udtryk i form af stressreaktioner resulterende i øget forekomst af helbredsgener. Sådanne oplevelser, der især kan være udbredte blandt flygtninge, kan have konsekvenser for migranternes fysiske og psykiske sundhed [4].

Migration kan medføre stressbelastning

Migration kan medføre en belastning i form af stresspåvirkning, der kan påvirke helbredet. Dette kan foregå direkte via øget stressrespons, der f.eks. resulterer i øget blodtryk, og indirekte via dårligere sundhedsadfærd, herunder stofmisbrug og manglende overskud til at prioritere sygdomsforebyggende adfærd, til at kontakte sundhedsvæsenet ved symptomer og til at følge behandlingsanvisninger [1-4, 6]. Migranter lever ofte i en kontekst med nye sociale, politiske og sproglige forhold, der stiller store krav til den enkeltes *coping* og tilpasningsevner [2, 5]. Udbredte belastninger blandt migranter kan være arbejdsløshed, diskrimination, statusstab og rolleændringer [1, 2]. Det, at migrationsprocessen indebærer en række belastninger og tab af f.eks. socialt netværk og status, kan resultere i stress – en proces, der medieres af migrantens resurser og afhænger af graden af belastninger i modtagerlandet [3, 6].

Tilpasningsprocessens påvirkning af især det psykiske helbred afhænger f.eks. af migrantens sociale netværk, køn, alder, sprogkunderskaber, uddannelse, religiøsitet, årsager til migrationen og modtagelsen i modtagerlandet [3, 6].

Især socialt netværk kan være af betydning for migranters mentale helbred og for deres sundhedsadfærd. Mangel på social støtte, stor fysisk afstand til det sociale netværk og familiens forventninger kan være yderligere belastninger for migranter, hvilket kan føre til mentale problemer og øget risikoadfærd [3]. Psykiske symptomer og risikoadfærd kan derved ses som en tilpasningsreaktion i forhold til en ny kontekst [2]. Migrationens krav til migranters *coping*-ressurser gælder ikke kun for førstegenerationsindvandrere, også disses efterkommere oplever stor grad af tilpasningsstress som følge af den tokulturelle *setting*, som de må forholde sig til [3].

Migration kan påvirke risikoadfærd

Migration kan påvirke risikopfattelse og risikoadfærd på flere måder. For det første kan tab i forbindelse med eksempelvis resocialisering, identitetsprocesser og minoritetsstatus påvirke migranters opfattelse af sygdomsrisici og dermed deres sundhedsadfærd. Dette skyldes, at migranter kan reagere på oplevede tab ved at orientere sig nostalgisk mod fortiden, og de kan opleve en manglende sammenhæng mellem nuværende adfærd og fremtidige helbredsudfald. Desuden kan psykosociale problemstillinger føre til, at migranter fokuserer på mere presserende problemer relateret til deres forsøg på tilpasning og i mindre grad har overskud til at håndtere langsigtede konsekvenser af sundhedsadfærd. Dette kan også påvirke migranters helbred negativt [1].

Konklusion og perspektivering

I **Tabel 1** opsummeres artiklens nøglepunkter. Migration kan have negative sundhedsmæssige konsekvenser som følge af fysiske og psykosociale belastninger under hele migrationsprocessen, også i hjem- og modtagerlandene. Disse belastninger kan føre til stress og øget risikoadfærd, hvilket kan påvirke migrantens somatiske og mentale helbred. Processen kan fremmes eller hæmmes af migrantens resurser i form af f.eks. socialt netværk.

Tabel 1. Hvad ved vi om sundhedsmæssige konsekvenser af migration?

Migrationsprocessen starter før afrejsen og varer ved i lang tid efter ankomsten til modtagerlandet – eventuelt i flere generationer. Derved udgør migrationsprocessen en langvarig påvirkning af migranters sundhed

Migration indebærer ofte en række belastninger og tab, hvilket kan medføre en stresspåvirkning og øget risikoadfærd. Dette kan have negative konsekvenser for migranters fysiske og psykiske helbred

Mindskning af barrierer, der er relateret til sprogvanskeligheder og forskelle i sygdomsopfattelser, og bedre varetagelse af psykosociale behov kan bedre sundheden for migranter

Der er utilstrækkelig viden om sygelighed og forekomst af risikofaktorer for forskellige migrantgrupper

De forskellige sundhedsmæssige aspekter af migration gør det relevant at overveje, hvordan man kan bedre sundheden for migranter. Helt grundlæggende mangler der viden om eksponering for risici, sygelighed og psykosociale forhold for migranter, og en systematisk afdækning heraf vil kunne danne grundlag for en mere adækvat indretning af forebyggende og behandlende ydelser. Der er behov for både tværsnits- og forløbsundersøgelser samt interventionsstudier for at belyse migrationens multifacetterede indflydelse på sundhed og mulighederne for effektiv forebyggelse og behandling blandt migranter.

Migranternes sundhed kan formentlig bedres via en række tiltag. Nogle af disse vedrører reduktion af strukturelle og kulturelle barrierer i sundhedsvæsenet, der kan have negative konsekvenser for migranter. Særligt belastede migranter såsom flygtninge, der har været udsat for psykosociale stresspåvirkninger før og under migrationen, bør sikres let adgang til undersøgelse og behandling. I nationale og lokale forebyggelsesaktiviteter bør man i højere grad tage hensyn til migranternes forudsætninger, risikoopfattelser og handlemuligheder, og der bør iværksættes specielle, målrettede interventioner med inddragelse af etniske minoritetsgrupper med særlige behov. Desuden kan bredere samfundsmæssige tiltag påvirke migranternes sundhed. Det gælder en række forhold, såsom anerkendelse og inklusion af migranter, hvilket kan bedre de psykosociale forhold blandt migranter med forventelig positiv effekt på deres sundhed.

Korrespondance: *Allan Krasnik*, Afdeling for Sundhedstjenesteforskning, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, DK-1014 København K. E-mail: krasnik@pubhealth.ku.dk

Antaget: 9. april 2006

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Mygind A, Kristiansen M, Krasnik A et al. Etniske minoriteters opfattelse af sygdomsrisici - betydningen af etnicitet og migration. København: Sundhedsstyrelsen og Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, 2006 (i trykken).
2. Syed HR, Vangen S. Health and migration: a review. Oslo: NAKMI; 2003. www.nakmi.no/publikasjoner/artikkel.asp?SeksjonID=3&NyhetID=55&SpraaKID=1/marts2006.
3. Bhugra D. Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109: 243-58.
4. Thomas SL, Thomas SD. Displacement and health. *Br Med Bull* 2004;69: 115-27.
5. Hjelde KH. Kritiske perspektiv på antropologiske metoder og teorier i studier av sensitive og eksistensielle spørgsmål ved migrasjon og flyktningsliv. *NAKMI papers* 2004;1. www.nakmi.no/publikasjoner/artikkel.asp?SeksjonID=3&NyhetID=186&SpraaKID=1/marts2006.
6. Carta MG, Bernal M, Hardoy MC et al. Report on the Mental Health in Europe Working Group. Migration and mental health in Europe. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005;1:13.
7. Nielsen AS. Etniske minoriteter i sundhedsvæsenet i Danmark. Forskning om sygdomsmønstre, forbrug af sundhedstjenesteydelser og behandler- og patientrelationer. I: Smertelige erfaringer. En antropologisk analyse af migrantkvinders fortællinger om sygdom, marginalisering og diskursiv hegemoni. København [ph.d.-afhandl]. København: Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab, 2005:37-64.
8. Ingerslev O. Sundhedsforhold blandt indvandrere. I: Mogensen GV, Matthiesen PC, red. Integration i Danmark omkring årtusindskiftet. Århus: Rockwool Fondens Forskningsenhed, Aarhus Universitetsforlag, 2000:222-51.
9. Worth RM, Kato H, Rhoads GG et al. Epidemiologic studies of coronary heart disease and stroke in Japanese men living in Japan, Hawaii and California: mortality. *Am J Epidemiol* 1975;102:481-90.
10. Packness A. Indikatorer af betydning for voksne asylsøgere mentale helbred [MPH-afhandl]. København: Københavns Universitet, 1998.

Adgang til sundhedsydelser for migranter

Læge Marie L. Nørredam, antropolog Anette Sonne Nielsen & professor Allan Krasnik

Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Afdeling for Sundhedstjenesteforskning

Migration medfører, at vi globalt som lokalt i stigende grad oplever en multikulturel verden. Alene fra 1975 til 2000 fordobledes antallet af migranter til 175 mio. på verdensplan, svarende til ca. 3% af verdens befolkning – heraf befinder størstedelen sig i lavindkomstlande [1]. Tallene dækker over migrantarbejdere, permanente migranter, flygtninge og asylansøgere, mens illegale migranter og personer, som migrerer fra land til by, ikke er medtaget. Befolkningernes tiltagende mangfoldighed medfører nye udfordringer for vore samfund, herunder for sundhedsvæsenet. Det er artiklens formål at anvise nogle overordnede rammer for forståelsen af migranternes

adgang til sundhedsydelser og for, hvilke faktorer der kan påvirke denne adgang.

Lige adgang til sundhedsydelser

Ifølge FN's Verdenserklæring om Menneskerettighederne har: »... enhver ret til en sådan levefod, som er tilstrækkelig til hans og hans families sundhed og velvære, herunder til føde, klæder, bolig og lægehjælp ...« [2]. Deklarationen fastslår, at adgang til sundhedsydelser er en menneskeret. I tråd hermed har WHO's Alma Ata-konvention fra 1978 »universel adgang til sundhedsydelser« som mål. En række faktorer kan imidlertid påvirke befolkningens adgang til sundhedsydelser. Disse faktorer opdeles ofte i prædisponerende faktorer, resurser og behov. Prædisponerende faktorer omfatter sociodemografiske karakteristika herunder etnisk tilhørsforhold. Resurser omhandler især individets finansielle muligheder herunder forsikringsordninger, og ved behov forstås sygelighed og potentialet for forbedringer.