
Andregenerasjons innvandrere og kvinnehelse

INVITERT KOMMENTAR

SØLVI TARALDSEN

solvi.taraldsen@yahoo.com

Sølvi Taraldsen er ph.d., spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og seniorrådgiver i Helsedirektoratet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

INGVIL KRARUP SØRBYE

Ingvil Krarup Sørbye er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, overlege ved Oslo universitetssykehus og professor ved Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kvinner som er født med innvandrerforeldre, skiller seg helsemessig både fra egen foreldregenerasjon og fra den øvrige befolkningen. Det har betydning for klinisk praksis.

Innvandrere som gruppe er friskere enn befolkningen i landet de kommer til – når de innvandrer. Dette skyldes at migrasjon gjerne innebærer en seleksjon av friske mennesker. Med økende botid avtar imidlertid denne «frisk immigrant»-effekten, og innvandreres helse nærmer seg befolkningen for øvrig. For reproduktiv helse derimot finnes det knapt noen slik beskyttende effekt, og innvandrerkvinner i europeiske land har gjennomgående dårligere svangerskapsutfall enn kvinner som er født i de respektive landene (1).

«I Norge har både innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre fra Pakistan dobbelt så høy risiko for dødfødsel og nyfødtdød som befolkningen ellers»

Hva så med andregenerasjons innvandrere? I Norge har både innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre fra Pakistan dobbelt så høy risiko for dødfødsel og nyfødtdød som befolkningen ellers (2). At risikoen vedvarer i andregenerasjon kan forklares med økt forekomst av risikofaktorer, spesielt slektskap mellom partnere (2).

Man vet at færre svangerskapskontroller enn anbefalt har sammenheng med uheldige fødselsutfall, og i Nederland har man sett at andregenerasjons innvandrere oftere har færre kontroller enn anbefalt, sammenliknet med kvinner med foreldre født i landet (3). For førstegenerasjons innvandrere er dette enda vanligere og forklares av faktorer som ung alder, uplanlagt graviditet, lav utdanning og lav inntekt. For andregenerasjon fant forskerne at det å ikke snakke nederlandsk hjemme, ikke ha en partner, eller ha en partner som er førstegenerasjon ikke-nederlandsk, var viktigere faktorer for færre svangerskapskontroller (3). I Sverige er diabetes i svangerskapet økt hos andregenerasjons innvandrere, men mindre enn hos førstegenerasjon, og forekomsten er størst hos de med landbakgrunn fra Afrika og Asia (4). I hvilken grad dette gjenfinnes i Norge vet vi ikke.

Når det gjelder kvinnelig omskjæring (kjønnslemlestelse) blant andregenerasjons innvandrere, finnes det europeiske estimer for hvor mange som er i risiko for å bli omskåret. I beregningene antas det at minst halvparten av andregenerasjons jenter med bakgrunn fra land der omskjæring praktiseres, står i fare for å bli omskåret (5). I Norge er det identifisert få tilfeller av omskjæring etter innvandring. Ved spesialistpoliklinikkene for omskårne kvinner hadde 6 av 913 kvinner som ble undersøkt i en tolvårsperiode, blitt omskåret ved opphold i hjemlandet (6). Holdninger til kvinnelig omskjæring endrer seg betydelig etter innvandring (7), og blant andregenerasjons innvandrere i Norge vil omskjæring trolig være sjelden. Det er viktig at helsepersonell har kunnskap om det, for kvinner som er omskåret, opplever behandlingssituasjoner som ikke handler om helseplagene de har etter omskjæring, men om hvorvidt de tenker å omskjære døtrene. Dette kan bli en barriere for å søke helsehjelp (8). Sannsynligvis er det et udekket behandlingsbehov for omskjæringsrelaterte plager i Norge (6). Vi har en plikt til å avverge kvinnelig omskjæring. Men kvinner som er omskåret, må vi møte med oppmerksomhet og kunnskap.

«Vi har en plikt til å avverge kvinnelig omskjæring. Men kvinner som er omskåret, må vi møte med oppmerksomhet og kunnskap»

At helsen til innvandrere nærmer seg majoritetsbefolkningens forklares gjerne med akkulturasjon og tilpasning til en ugunstig helseadferd (9). En annen forklaring er eksponering for stress som følge av erfart diskriminering, tilpasningsvansker og dårlige levekår som kan ha stadig større effekt på helsen gjennom livet (9). Med økende akkulturasjon i andregenerasjon nærmer kvinnehelsen seg befolkningen ellers når det gjelder bruk av svangerskapskontroller, diabetes i svangerskapet, prevensjon, provosert abort og screening for livmorhalskreft (3, 4, 10, 11). Men man ser variasjon basert på landbakgrunn, og på noen områder kan forskjeller vedvare eller øke, som for dødfødsel og lav fødselsvekt (2). Levekår har betydning, og inntekt forklarer mer av underscreening for livmorhalskreft hos andregenerasjons innvandrere enn i majoritetsbefolkningen (11).

I 2024 utgjorde norskfødte med innvandrerforeldre 4 % av folketallet. Dette er en raskt økende og heterogen gruppe, men den har likevel særtrekk. Det er viktig med konkret kunnskap om helseforskjeller og risiko blant annengenerasjons innvandrerkvinner, både overordnet for helsetjenesten og i klinisk praksis.

REFERENCES

1. Bollini P, Pampallona S, Wanner P et al. Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: a systematic review of the international literature. *Soc Sci Med* 2009; 68: 452–61. [PubMed][CrossRef]
2. Sørbye IK, Stoltenberg C, Sundby J et al. Stillbirth and infant death among generations of Pakistani immigrant descent: a population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2014; 93: 168–74. [PubMed][CrossRef]
3. Boerleider AW, Manniën J, van Stenus CM et al. Explanatory factors for first and second-generation non-western women's inadequate prenatal care utilisation: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015; 15: 98. [PubMed][CrossRef]
4. Wändell P, Li X, Saleh Stattin N et al. Diabetes During Pregnancy Among Immigrants in Sweden: A National Cohort Study of All Pregnant Women in Sweden. *Diabetes Care* 2023; 46: e94–6. [PubMed][CrossRef]
5. European Institute for Gender Equality. Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union: Step-by-step guide (2nd edition). <https://eige.europa.eu/publications-resources/publications/estimation-girls-risk-female-genital-mutilation-european-union-step-step-guide-2nd-edition> Lest 3.2.2025.
6. Taraldsen S, Owe KM, Bødtker AS et al. Omskjæring hos kvinner bosatt i Norge – konsekvenser og behandling. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2021; 141. doi: 10.4045/tidsskr.21.0509. [PubMed][CrossRef]
7. Gele AA, Johansen EB, Sundby J. When female circumcision comes to the West: attitudes toward the practice among Somali Immigrants in Oslo. *BMC Public Health* 2012; 12: 697. [PubMed][CrossRef]
8. Mbanya VN, Terragni L, Gele AA et al. Barriers to access to the Norwegian healthcare system among sub-Saharan African immigrant women exposed to female genital cutting. *PLoS One* 2020; 15: e0229770. [PubMed][CrossRef]
9. Markides KS, Rote S. The Healthy Immigrant Effect and Aging in the United States and Other Western Countries. *Gerontologist* 2019; 59: 205–14. [PubMed][CrossRef]
10. Heino AE, Gissler M, Malin M et al. Induced abortions by woman's country of origin in Finland 2001-2014. *Scand J Public Health* 2020; 48: 88–95. [PubMed][CrossRef]
11. Sassenou J, Ringa V, Zins M et al. Combined influence of immigration status and income on cervical cancer screening uptake. *Prev Med Rep* 2023; 36: 102363. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 3. mars 2025. *Tidsskr Nor Lægeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0041
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. juli 2026.