

RAPPORT

2025

Helse og livskvalitet blant
innvandrere som har deltatt i
Fylkeshelseundersøkelser
2020-2022

Helse og livskvalitet blant innvandrere som har deltatt i Fylkeshelseundersøkelser 2020-2022

Melanie Lindsay Straiton

Thomas Sevenius Nilsen

Utgitt av Folkehelseinstituttet

Område for folkehelse og forebygging

Avdeling for psykisk helse

Desember 2025

Tittel:

Helse og livskvalitet blant innvandrere som har deltatt i Fylkeshelseundersøkelser 2020-2022

Forfattere:

Melanie Lindsay Straiton

Thomas Sevenius Nilsen

Bidragstere:

Alexander Årnes Madsen

Leif Edvard Aarø

Ylva Helland

Thor Indseth

Oppdragsgiver:

Helsedirektoratet

Publikasjonstype:

Rapport

Bestilling:

Rapporten kan lastes ned som pdf på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

ISBN elektronisk utgave:

978-82-8406-535-9

Emneord: Innvandrere, helse, psykisk helse, livskvalitet, sosiodemografiske faktorer, Fylkeshelseundersøkelsen

Innhold

Sammendrag	5
Executive summary (English)	8
1 Innledning	11
1.1 Bakgrunn	11
1.2 Avgrensning og problemstilling	12
1.3 Forbehold ved generalisering av funn	12
2 Metode	13
2.1 Datagrunnlaget	13
2.2 Utvalget og ulike migrasjonsvariabler	13
2.3 Sosiodemografiske variabler	17
2.4 Helse- og livskvalitetsindikatorer	17
2.5 Metodologiske betraktninger	18
2.6 Analysene	20
3 Resultater	21
3.1 Utvalget ved kjønn, aldersgruppe, utdanningsnivå og botid	21
3.2 God helse	30
3.3 God tannhelse	40
3.4 Psykiske plager	50
3.5 Funksjonsnedsettelse grunnet sykdom, helseproblemer eller skader	60
3.6 Fedme	72
3.7 Søvnproublemer	82
3.8 Korsrygg- eller nakkesmerter som medfører aktivitetsbegrensning	92
3.9 Ensomhet	103
3.10 Lav tilfredshet med livet	112
3.11 Det man gjør i livet er lite meningsfylt	Feil! Bokmerke er ikke definert.
3.12 Lav på gjensidige positive sosiale relasjoner	131
4 Oppsummering	142
4.1 Sosiodemografisk sammensetning av utvalget	142
4.2 Helse og livskvalitet blant innvandrere i alt	142
4.3 Helse og livskvalitet blant ulike innvandrergupper	143
4.4 Kjønnforskjeller	149
4.5 Aldersgrupper	150
4.6 Utdanning	151
4.7 Seks utvalgte europeiske land	151
4.8 Fem utvalgte land preget av flyktningutvandring	152
4.9 Sammenheng med botid	153

Referanser	155
-------------------	------------

Vedlegg	161
----------------	------------

Sammendrag

Innledning

Innvandrere representerer en svært mangfoldig befolkningsgruppe i Norge. Dette gjør det utfordrende å få en god oversikt over helse og livskvaliteten blant innvandrere, og kunnskapen fremstår i dag som begrenset. En bedre oversikt over helse og livskvalitet blant ulike innvandrergupper er derfor viktig for det fremtidige folkehelsearbeidet og for en bedre tilrettelegging av helsetjenestene for denne gruppen. Formålet med rapporten er å undersøke forskjeller i ulike helse- og livskvalitetsindikatorer mellom ulike innvandrergupper og norskfødte med norskfødte foreldre. Vi ser også på hvordan helse og livskvalitet varierer etter kjønn, alder, utdanning og botid i Norge.

Metode

Denne rapporten baserer seg på data fra fem store fylkeshelseundersøkelser gjennomført i Rogaland (2020), Møre og Romsdal (2021), Viken (2021), Vestfold og Telemark (2021) og Vestland (2022). Undersøkelsene kartla helse og livskvalitet i befolkningen, og ble gjennomført digitalt på norsk. Mer enn 256 000 personer deltok totalt. Rapporten fokuserer på 21 666 personer (8,5 % av utvalget) født i utlandet med to utenlandsfødte foreldre (innvandrere) og 220 101 norskfødte med to norskfødte foreldre (85,9 % av utvalget).

Innvandrere er delt inn i ni ulike grupper og er sammenlignet med norskfødte med norskfødte foreldre på sju helseindikatorer (blant annet «god helse» og «psykiske plager») og fire livskvalitetsindikatorer (blant annet «ensomhet» og «lav opplevelse av mening i livet»). På landsbasis sammenligner vi også deltakere fra seks europeiske land og deltakere fra fem land hvor mange i Norge har flyktningbakgrunn (land preget av flyktningutvandring).

Det er en liten overvekt av kvinner i utvalget, og innvandrerne er generelt yngre enn de norskfødte med norskfødte foreldre. Deltakerne, særlig innvandrere, har også et høyt utdanningsnivå, med en stor andel som har lang universitetsutdanning (29 % blant innvandrere og 19 % blant norskfødte). Innvandrere fra EU-Øst-Europa utgjør den største innvandrergruppen (21,2 %), etterfulgt av Vest-Europa utenom Norden (17,5 %) og Norden (16,7 %).

I rapporten presenteres resultatene visuelt som prosentandeler. Fordi innvandrergupper og norskfødte har ulik sammensetning, justeres prosentandelene for alder, kjønn og utdanningsnivå. Disse faktorene henger sammen med helse og livskvalitet, og justeringen sikrer at eventuelle forskjeller eller mangel på forskjeller ikke skyldes variasjoner i sammensetningen av gruppene. Resultatene som omtales i denne delen er basert på justerte prosentandeler.

Resultat

Generelt er helseforskjellene mellom innvandrere samlet og norskfødte som har deltatt i undersøkelsene små, særlig når det gjelder fedme og søvnproblemer. Likevel oppgir kun 65 % av innvandrere at de har god tannhelse, sammenlignet med 75 % av norskfødte. Omtrent 28 % av innvandrere rapporterer et høyt nivå av psykiske plager, og 38 % rapporterer korsrygg- eller nakkesmerter som medfører aktivitetsbegrensning. Blant norskfødte er disse tallene henholdsvis 20 % og 30 %. En større andel innvandrere rapporterer også om ensomhet (18 %) og de skårer lavere på gjensidige positive sosiale relasjoner (26 %), enn norskfødte

(henholdsvis 13 % og 20 %). Selv om andelen innvandrere som rapporterer «god helse» er omtrent den samme som andelen blant norskfødte (henholdsvis 71 % og 72 %), er nedgangen i andelen som rapporterer «god helse» med økende alder markant sterkere blant innvandrere enn blant norskfødte.

Helseforskjeller mellom ulike innvandrergupper er betydelig større enn forskjellene mellom innvandrere samlet og norskfødte med norskfødte foreldre. Andelen med psykiske plager er høyere i alle innvandrergupper, med unntak av de fra Afrika sør for Sahara. God tannhelse er mindre vanlig i de fleste grupper, bortsett fra blant innvandrere fra Norden. Helsetilstanden til innvandrere fra Norden og Vest-Europa ligner ellers på norskfødtes helse, med bare små forskjeller på noen indikatorer.

Blant innvandrere fra EU-Øst-Europa er det større variasjoner; menn rapporterer oftere «god helse», og kvinner opplever mindre funksjonsnedsettelse enn de norskfødte. Likevel er korsrygg- og nakkesmerter mer utbredt blant dem enn blant de norskfødte.

Deltakere fra Midtøsten og Nord-Afrika rapporterer generelt den dårligste helsen og laveste livskvalitet blant innvandrerguppene. Forekomsten av psykiske plager og korsrygg- eller nakkesmerter er spesielt høy i denne gruppen. En høy andel innvandrere fra Sør-Asia og Øst-Europa utenfor EU opplever også psykiske plager og korsrygg- eller nakkesmerter. Disse to gruppene, særlig kvinner, kommer også relativt dårlig ut på de fleste helse- og livskvalitetsindikatorer sammenlignet med både norskfødte og flere innvandrergupper.

Med unntak av tannhelse, viser afrikanere fra land sør for Sahara som har deltatt i disse undersøkelsene generelt en tilsvarende eller bedre helse- og livskvalitetsprofil enn norskfødte. Innvandrere fra Øst-/Sørøst-Asia har også generelt bra helse, men kommer dårligere ut enn norskfødte på god tannhelse, ensomhet og, blant kvinner, korsrygg- eller nakkesmerter.

Helse varierer betydelig med alder. Blant de eldste er «god helse» mindre utbredt, og psykiske plager og funksjonsnedsettelser mer utbredt i flere av innvandrerguppene enn blant eldre norskfødte. Helseforskjellene mellom yngre innvandrere og yngre norskfødte er mindre markante.

Både blant innvandrere og norskfødte oppgir de med høyere utdanning en bedre helse- og livskvalitetsprofil enn de med lavere utdanning. Sammenhengen er imidlertid mindre tydelig innen noen innvandrergupper på enkelte indikatorer.

I underanalysebegrenset til deltakere fra seks europeiske land (Polen, Sverige, Tyskland, Danmark, Litauen og Storbritannia) og norskfødte, fant vi noen variasjoner i helse og livskvalitet. Mens forskjellene i andelen som rapporterer «god helse» er små, er forskjellene betydelige når det gjelder psykiske plager og tannhelse, til fordel for de norskfødte. Videre rapporterer flere innvandrere enn norskfødte dårligere sosiale relasjoner. De fra Litauen skårer bedre enn norskfødte på flere helse- og livskvalitetsindikatorer. Korsrygg- eller nakkesmerter er langt mer utbredt blant polske innvandrere, og søvnproblemer er betydelig mer utbredt blant britiske innvandrere, enn blant de norskfødte.

For deltakere fra fem forskjellige land preget av flyktningutvandring – Irak, Syria, Eritrea, Afghanistan og Somalia – viser resultatene at de fra Somalia og Eritrea rapporterer bedre helse og livskvalitet enn de tre andre gruppene på nesten alle indikatorene. Forekomsten av korsrygg- eller nakkesmerter og psykiske plager er særlig høy blant innvandrere fra Irak, Syria og Afghanistan sammenlignet med de fra Somalia og Eritrea.

Når det gjelder botid i Norge, er sammenhengen med helse ikke konsekvent, og den varierer avhengig av helseindikatoren og kjønn. For flere indikatorer finner vi ingen tydelig sammenheng.

Diskusjon

Det er viktig å ta høyde for utvalgets sammensetning og representativitet ved tolkningen av funnene. Selv om vi har inkludert et bredt spekter av innvandrere fra forskjellige land, er innvandrere generelt underrepresentert i utvalget, og spørreskjemaene var kun tilgjengelige på norsk. Vi ser noe skjevhet i demografien, spesielt med hensyn til andelen som har universitetsutdanning. Utvalget vårt kan derfor representere en noe mer ressurssterk del av innvandrerbefolkningen, med noe bedre helse enn innvandrere i befolkningen generelt. Dette kan gjøre funnene mindre generaliserbare.

Til tross for denne begrensningen, gir rapporten en oversikt over de ulike helseutfordringene som forskjellige innvandrergrupper opplever. Bildet blir mer nyansert og verdifullt ved å undersøke hvordan helse og livskvalitet varierer med alder og utdanning på tvers av disse gruppene. Dessuten representerer analysen av innvandrere fra Polen, Sverige, Tyskland, Danmark, Litauen og Storbritannia et viktig bidrag, da vi har svært begrenset kunnskap om helseforskjeller mellom innvandrere til Norge fra ulike Europeiske land. Dette til tross for at de utgjør en betydelig andel av innvandrerbefolkningen.

Konklusjon

Det er stor variasjon i helse på tvers av ulike innvandrergrupper, særlig når det gjelder psykiske plager, korsrygg- eller nakkesmerter og tannhelse. Deltakere fra flere innvandrergrupper (Norden, Vest-Europa, Afrika sør for Sahara) opplever relativt små forskjeller i helse og livskvalitet sammenlignet med norskfødte, med unntak av noen områder (f.eks. tannhelse og psykiske plager). Enkelte grupper i dette utvalget (særlig innvandrere fra Midtøsten/Nord-Afrika, Øst-Europa utenom EU og Sør-Asia), spesielt de eldste, er langt mer utsatt for betydelige helseutfordringer og dårlig livskvalitet enn norskfødte deltakere. Dette understreker behovet for målrettede folkehelseiltak som fokuserer på de spesifikke helseutfordringene hver innvandrergruppe står overfor.

Executive summary (English)

Introduction

Migrants living in Norway are a highly diverse population. This diversity poses a challenge when it comes to obtaining a comprehensive overview of health and quality of life among migrants, and our current knowledge base appears limited. A better understanding of health and quality of life across different migrant groups is important for future public health initiatives and for tailoring health services. The purpose of this report is to examine differences in various health and quality of life indicators among different migrant groups compared to Norwegian-born individuals with Norwegian-born parents. We also explore how these indicators vary based on gender, age, education, and duration of residence in Norway.

Methods

This report is based on five large county public health surveys conducted in Rogaland (2020), Møre og Romsdal (2021), Viken (2021), Vestfold and Telemark (2021), and Vestland (2022). These surveys assess health and quality of life in the population and are conducted digitally in Norwegian. More than 256,000 people participated in total. The report focuses on 21,666 individuals (8.5% of the sample) born abroad with two foreign-born parents (migrants) and 220,101 Norwegian-born individuals with two Norwegian-born parents (85.9% of the sample).

Migrants are divided into nine different groups and are compared to Norwegian-born individuals with Norwegian-born parents on seven health indicators (including "good health" and "psychological distress") and four quality-of-life indicators (including "loneliness" and "low sense of meaning in life"). We also compare participants from six European countries and participants from five countries where many individuals who come to Norway have a refugee-background (refugee-sending countries).

Women make up a slight majority of the sample, and migrants are generally younger than Norwegian-born individuals with Norwegian-born parents. Participants, especially migrants, also have a high level of education, with a substantial proportion having long university education (29% among migrants and 19% among Norwegian-born). Migrants from EU Eastern European countries constitute the largest migrant group who participated in the survey (21.2%), followed by migrants from Western Europe outside the Nordic countries (17.5%) and the Nordic countries (16.7%).

In the report, the results are presented visually as percentages. Because the different migrant groups and Norwegian-born individuals have different demographic profiles, percentages are adjusted for age, gender, and education level. These factors are also related to health and quality of life, and the adjustment ensures that any differences, or lack thereof, are not due to variations in these demographics. The summary of results presented in this section is based on adjusted percentages.

Results

Generally, health differences between migrants as a whole and Norwegian-born individuals participating in the surveys are small, especially for obesity and sleep disturbances. However, only 65% of migrants report having good oral health, compared with 75% of Norwegian-born individuals. About 28% of migrants report a high level of psychological distress, and 38% report lower back or neck pain that hinders daily activities. Among Norwegian-born individuals, these numbers are 20% and 30%, respectively. A greater proportion of migrants also report

loneliness (18%) and a lack of positive, reciprocal social relationships (26%), compared with Norwegian-born individuals (13% and 20%, respectively). Although the proportion reporting “good health” is similar for migrants and Norwegian-born individuals (71% and 72%, respectively), the decline in the proportion reporting “good health” with increasing age is far stronger among migrants than among Norwegian-born individuals.

Health differences between the different migrant groups are significantly larger than the differences between migrants as a whole and Norwegian-born individuals with Norwegian-born parents. The proportion of participants with a high level of psychological distress is higher in all migrant groups compared with Norwegian-born participants, except for those from sub-Saharan Africa. Good oral health is also less common in all groups, except among Nordic migrants. The health status of migrants from the Nordic countries and Western Europe otherwise resembles that of Norwegian-born participants, with only minor differences on some indicators.

There are more noteworthy differences for migrants from EU Eastern Europe; men report “good health” more frequently, and women experience less functional impairment than their Norwegian-born counterparts. However, lower back or neck pain is more prevalent among them than among Norwegian-born individuals.

Of all the migrant groups, participants from the Middle East/North Africa generally report the poorest health and lowest quality of life. The prevalence of psychological distress and lower back or neck pain is particularly high in this group. A high proportion of migrants from South Asia and non-EU Eastern Europe also report psychological distress and lower back or neck pain. These two groups, especially women, also fare poorly on most health and quality-of-life indicators compared with both Norwegian-born participants and several other migrant groups.

Except for oral health and loneliness, sub-Saharan Africans who participated in these surveys generally show a similar or better profile in terms of health and quality of life measures compared to Norwegian-born individuals. Migrants from East/Southeast Asia also enjoy comparatively good health, again with the exception of good oral health, loneliness and, among women, lower back or neck pain.

Health varies notably with age. Among the oldest age group, “good health” is less prevalent, and psychological distress and functional impairments are more widespread in several migrant groups than in older Norwegian-born individuals. However, health differences between younger migrants and Norwegian-born individuals are less pronounced.

Participants with higher education generally report better health status and quality of life than those with lower education levels. This trend applies to both Norwegian-born individuals and migrants, though the strength of this association differs across groups. For some migrant groups, there is no clear link between education level and some health or quality of life indicators.

In analyses restricted to participants from six European countries (Poland, Sweden, Germany, Denmark, Lithuania, and the UK) and Norwegian-born individuals, we see some variations in health and quality of life. While differences in the proportion reporting “good health” are small, they are somewhat larger for psychological distress and oral health, favouring Norwegian-born individuals. Furthermore, more migrants report a lack of positive, reciprocal social relationships than Norwegian-born individuals. Those from Lithuania fare better than Norwegian-born individuals on several health and quality of life indicators. Lower back or neck

pain is particularly more prevalent among Polish migrants, and sleep disorders are more prevalent among British migrants, compared with Norwegian-born individuals.

For participants from five refugee-sending countries—Iraq, Syria, Eritrea, Afghanistan, and Somalia—the results show that those from Somalia and Eritrea report better health and quality of life than the other three groups on almost all indicators. The prevalence of lower back or neck pain and psychological distress is particularly high among migrants from Iraq, Syria, and Afghanistan compared with those from Somalia and Eritrea.

When it comes to duration of residence, the relationship with health is inconsistent, and varies depending on the health indicator and gender. For several indicators, we find no clear association.

Discussion

When interpreting the findings, it is important to consider the characteristics and representativeness of the sample. Although we included migrants from a wide range of different countries, migrants are generally underrepresented in the sample, and the surveys were only available in Norwegian. There is also some bias in the demographics, particularly regarding the proportion with university education. Our sample may therefore represent a relatively resourceful group of migrants, who enjoy slightly better health than migrants in the broader population. This potentially affects the generalisability of the findings.

Despite this limitation, the report presents an overview of the various health challenges faced by different migrant groups living in Norway. The picture becomes more nuanced and valuable when examining how health and quality of life vary with age and education level across these groups. Furthermore, the analysis of migrants from Poland, Sweden, Germany, Denmark, Lithuania, and the UK represents an important contribution, as we know little about differences in health and quality of life between migrants from different European countries. This is despite them making up a sizeable proportion of the migrant population.

Conclusion

There is significant variation in health across different migrant groups, particularly concerning psychological distress, lower back or neck pain, and oral health. Participants in several migrant groups (Nordic countries, Western Europe, Sub-Saharan Africa) experience relatively small differences in health and quality of life compared to Norwegian-born individuals, with some exceptions (e.g., oral health and psychological distress). Specific groups in this sample (especially migrants from the Middle East/North Africa, non-EU Eastern Europe, and South Asia), particularly the oldest, are far more prone to facing significant health issues and poor quality of life compared to their Norwegian counterparts. This underscores the need for targeted public health initiatives that focus on the specific health challenges that each migrant group faces.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Omtrent 17 % av befolkningen i Norge er født i utlandet og har to utenlandsfødte foreldre (1). Innvandrere kommer fra mer enn 220 land og er en mangfoldig gruppe – både når det gjelder landbakgrunn, migrasjonsårsak, utdanning, yrkesdeltakelse og levekår. Kunnskap om helse og livskvalitet i ulike innvandrergupper er avgjørende både for å forstå sosiale helseforskjeller og tilrettelegge folkehelsearbeid og helsetjenester. Etter hvert som andelen innvandrere øker, blir dette stadig viktigere.

Likevel er kunnskapen om innvandreres helse og livskvalitet begrenset og fragmentert. Studier blir raskt utdatert fordi innvandrerbefolkningen endrer seg over tid, både når det gjelder hvilke grupper som kommer til Norge, og hvor lenge de har bodd her. Flere undersøkelser har hatt små utvalg eller vært avgrenset til bestemte grupper (2–6). Statistisk sentralbyrå gjennomførte i 2016 en levekårsundersøkelse blant innvandrere fra 12 land - Polen, Tyrkia, Bosnia-Hercegovina, Kosovo, Eritrea, Somalia, Afghanistan, Sri Lanka, Irak, Iran, Pakistan og Vietnam (7). På bakgrunn av disse dataene publiserte Folkehelseinstituttet i 2019 en rapport om helse blant innvandrere (8). SSB publisert også en rapport i 2018 om livskvalitet med bruk av de samme dataene (9). Rapportene viser at innvandrere i gjennomsnitt kommer dårligere ut på de fleste helseindikatorne og er noe mer misfornøyde enn befolkningen generelt. Rapportene gir en verdifull oversikt, men omfatter kun de 12 gruppene som var inkludert, og gir derfor begrenset kunnskap om helse og livskvalitet i andre innvandrergupper.

Nylig ble det publisert en rapport basert på Fylkeshelseundersøkelsen i Oslo (FHUS Oslo), som gir en bred oversikt over helse og livskvalitet blant innvandrere i hovedstadsregionen (10). FHUS Oslo har et stort utvalg og bedre representasjon av ulike innvandrergupper enn mange tidligere undersøkelser, og er derfor et viktig referansegrunnlag. Samtidig har rapporten flere begrensninger. For det første gjelder analyser av gradienter etter alder eller utdanning hele utvalget, hvor majoriteten (ca. 70 %) er norskfødte. Resultatene sier derfor mest om mønstre i den norskfødte befolkningen, og mindre om hvordan slike gradienter varierer mellom innvandrergupper. Videre presenteres resultatene etter brede verdensregioner eller for sju utvalgte land. Asia består for eksempel av nær 50 land, og innvandrere fra Asia utgjorde over en tredjedel av innvandrertutvalget, men ble likevel presentert som én samlet gruppe. Slike inndelinger kan skjule betydelige helseforskjeller, for eksempel mellom Midtøsten og Øst-/Sørøst-Asia. Et annet forhold er at innvandrere i Oslo ikke nødvendigvis har samme landbakgrunner eller helseprofiler som innvandrere i andre deler av landet. Hovedstaden preges av høy konsentrasjon av innvandrere og et urbant miljø, mens andre fylker også har rurale områder og lavere innvandrertetthet, noe som kan påvirke helse, livskvalitet og levekår.

Videre har både FHUS Oslo og Levekårsundersøkelsen, når de har analysert enkeltland, hovedsakelig lagt vekt på innvandrere fra land utenfor European Free Trade Association (EFTA) og Storbritannia, og ofte fra land hvor en stor andel har flyktningbakgrunn. Et unntak er polske innvandrere, som har fått noe mer oppmerksomhet fordi gruppen er stor i Norge. Dette har gitt viktig kunnskap om grupper med særskilte utfordringer, men innebærer samtidig at helsevariasjonene blant innvandrere fra enkelte EFTA-land/Storbritannia – en gruppe som utgjorde om lag 40 % av innvandrerbefolkningen i Norge (11) – i liten grad har vært belyst.

Siden 2018 har Fylkeshelseundersøkelsene (FHUS) blitt gjennomført i flere fylker i Norge (12), og fra 2020 ble det inkludert spørsmål om eget og foreldres fødeland. Ved å kombinere data fra flere fylkeshelseundersøkelser, får vi et svært stort utvalg av innvandrere. Dette gir et solid grunnlag for å undersøke helse og livskvalitet på tvers av mange innvandrergupper – både

etter verdensregion og enkeltland. I analysene ser vi på variasjoner etter kjønn, alder, utdanning og botid i Norge. Slik kan vi gi en mer nyansert oversikt over helse og livskvalitet blant innvandrere i Norge enn tidligere studier, og samtidig bidra med viktig kunnskap til folkehelsearbeid og videre forskning.

1.2 Avgrensning og problemstilling

Målet med denne rapporten er å undersøke forskjeller i ulike helse- og livskvalitetsindikatorer mellom innvandrere og norskfødte personer med norskfødte foreldre og mellom ulike innvandrergrepper innbyrdes. I tillegg ser vi på hvordan helsen og livskvaliteten varierer etter kjønn, alder, utdanningsnivå og botid i Norge. Rapporten er beskrivende og trekker ikke konklusjoner om årsakssammenhenger.

Vi undersøker helse- og livskvalitetsforskjeller både blant innvandrere i alt og blant innvandrere fra ni verdensregioner (Norden, Vest-Europa, EU-Øst-Europa, Øst-Europa utenfor EU, Midtøsten/Nord-Afrika, Afrika sør for Sahara, Sør-Asia, Øst-/Sørøst-Asia og øvrige land). I tillegg gjør vi analyser av utvalgte enkeltland: seks europeiske land (Polen, Sverige, Tyskland, Danmark, Litauen og Storbritannia) og fem land hvor en stor andel av de som har kommet til Norge, har kommet som flyktninger eller som familiemedlemmer av flyktninger (Irak, Syria, Eritrea, Afghanistan og Somalia). Disse landene refereres videre til som 'land preget av flyktningutvandring'.

1.3 Forbehold ved generalisering av funn

Selv om datamaterialet dekker et stort antall innvandrere og gir grunnlag for å undersøke forskjeller mellom regioner og enkelte land, må resultatene tolkes med forsiktighet. Undersøkelsene hadde ingen særskilt strategi for å øke deltakelsen blant innvandrere. Innvandrerrutvalget kjennetegnes derfor av deltakere som i hovedsak har god norskforståelse, og mange deltakere har lang botid og høy utdanning. Videre viser tidligere studier at deltakere i befolkningsundersøkelser ofte har bedre helse enn de som ikke deltar (13). Funnene kan derfor ikke uten videre generaliseres til alle innvandrere (se kapittel 2, Metode, for en mer detaljert diskusjon).

2 Metode

2.1 Datagrunnlaget

Fylkeshelseundersøkelsene er nettbaserte spørreundersøkelser som kartlegger helse, livskvalitet og helseatferd. De gjennomføres for å gi kommuner og fylker oversikt over helsetilstand og livskvalitet og positive og negative påvirkningsfaktorer. Undersøkelsene er forankret i Folkehelseloven § 5, og forskrift om oversikt over folkehelsen § 7. Undersøkelsene startet med en pilot i 2015/16 og med regulære innsamlinger fra 2018. Det er lagt opp til en fireårs syklus i gjennomføring for det enkelte fylke. Resultater fra undersøkelsene brukes til å understøtte folkehelsearbeidet i fylker og kommuner, til nasjonalt oversiktsarbeid og til forskning.

Fra 2020 har man inkludert spørsmål om landbakgrunn (eget fødeland og foreldres fødeland). Fra 2024 hentes landbakgrunn fra folkeregisteret.

Denne rapporten baseres på undersøkelsene i Rogaland (2020), Møre og Romsdal (2021), Viken (2021), Vestfold og Telemark (2021) og Vestland (2022). Tabell 1 viser en oversikt over datainnsamlingsmetode og responsrate etter fylke.

Etisk godkjenning for å bruke disse fem undersøkelsene samlet, med formål å undersøke helse blant innvandrere, ble gitt av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK Sør-Øst). På tidspunkt for prosjektsøknaden, var ikke data fra undersøkelsene 2023/24 tilgjengelige for utlevering til prosjektet. Det samlet datasettet som ble utlevert for prosjektet består av totalt 256 222 deltakere fordelt på disse FHUS-ene¹.

Tabell 1: Oversikt over datainnsamling og deltakere etter fylke

Undersøkelse	Metode	Inviterte	Svarte	Responsrate
Rogaland 2020	Klyngeutvalg Stratifisert *(kommune, bydeler, Stavanger)	77889	35191	45,2 %
Viken 2020	Klyngeutvalg (kommune)	265684	108738	40,9 %
Vestfold og Telemark 2021	Klyngeutvalg (kommune)	90211	34148	37,9 %
Møre og Romsdal 2021	Klyngeutvalg(kommune)	54465	24967	45,8 %
Vestland 2022	Klyngeutvalg (kommune, bydeler i Bergen)	171277	53216	31,1 %
Sum alle fylker		659526	256260	38,9 %

*Stratifisert utvalg innebærer at populasjonen deles inn i strata – her kommuner innen hvert fylke – og at det trekkes et tilfeldig utvalg personer fra hver kommune. Metoden sikrer at alle kommuner er representert

2.2 Utvalget og ulike migrasjonsvariabler

Deltakerne ble først spurt: «Er du, eller minst en av dine foreldre, født i utlandet?» De som svarte ja, fikk tre tilleggsspørsmål: «I hvilket land er du født?», «I hvilket land er moren din født?» og «I hvilket land er faren din født?»

¹ Avviket på 38 personer i tabell 1 mot antall i datafil skyldes at personer kan ha trukket seg fra undersøkelsen og/eller at ytterligere kvalitetskontroll har avdekket duplikater.

På bakgrunn av disse fire spørsmålene konstruerte vi en variabel for *innvandringskategori*. I tillegg laget vi tre variabler basert på deltakernes eget fødeland: *innvandrergruppe*, *europiske land* og *land preget av flyktningutvandring*.

2.2.1 Innvandringskategori

Basert på opplysninger om eget og foreldres fødeland ble deltakerne gruppert i tre kategorier:

- **Norskfødte med norskfødte foreldre:** Personer født i Norge med to norskfødte foreldre
- **Innvandrere:** Personer født i et annet land enn Norge med to utenlandsfødte foreldre
- **Annen innvandrerbakgrunn:** Personer født i Norge med én eller to utenlandsfødte foreldre, eller personer født i et annet land med én eller to norskfødte foreldre

Tabell 2 viser antall og andel deltakere i hver kategori, fordelt på fylker. For 1 869 personer (0,7 %) manglet vi tilstrekkelige opplysninger om eget eller foreldres fødeland. Totalt er 86,5 % (n=220 101) av deltakerne norskfødte med norskfødte foreldre, mens 8,5 % (n=21 666) er innvandrere. Personer med annen innvandrerbakgrunn utgjorde 4,9 % (n=12 586), men denne gruppen omtales ikke videre i rapporten.

I analysene sammenligner vi derfor kun norskfødte med norskfødte foreldre (personer uten innvandrerbakgrunn) med innvandrere. Andelen innvandrere i utvalget varierte mellom fylkene, fra om lag 6,1 % i Møre og Romsdal til 10,5 % i Viken. Andelen innvandrere som har svart på spørreundersøkelsene er lavere sammenlignet med innvandrerandelen i befolkningen. Det gjelder i alle fylkene (11). Innvandrere er derfor underrepresentert i denne studien, noe som er en viktig begrensning.

Tabell 2: Antall og prosentandel deltakere fordelt på innvandringskategori og fylke

	Norskfødte med norskfødte foreldre	Innvandrere	Annen innvandrerbakgrunn	Manglet opplysning	Totalt	Andel innvandrere i befolkningen ¹
Rogaland 2020	30470 (86,6%)	2927 (8,3%)	1574 (4,5%)	194 (0,6%)	35 165 (100,0%)	15,0 %
Møre og Romsdal 2021	22584 (90,5%)	1531 (6,1%)	717 (2,9%)	128 (0,5%)	24 960 (100,0%)	11,7 %
Viken 2021	89816 (82,6%)	11329 (10,4%)	6648 (6,1%)	940 (0,9%)	108 733 (100,0%)	16,8 %
Vestfold & Telemark 2021	29879 (87,5%)	2371 (6,9%)	1646 (4,8%)	252 (0,7%)	34 148 (100,0%)	12,5 %
Vestland 2022	47352 (89,0%)	3508 (6,6%)	2001 (3,8%)	355 (0,7%)	53 216 (100,0%)	12,5 %
Totalt	220101 (85,9%)	21666 (8,5%)	12586 (4,9%)	1869 (0,7%)	256 222 (100,0%)	-

¹i året av datainnsamling (11)

2.2.2 Innvandrergruppe

Innvandrere i utvalget er født i 166 forskjellige land. Det finnes flere måter å gruppere disse landene på, for eksempel etter geografiske regioner, bruttonasjonalinntekt eller utviklingsindikatorer (OECD). Grove inndelinger som verdensdeler (Europa, Afrika, Asia, Amerika og Oseania) eller høy-, middels- og lavinntektsland kan imidlertid skjule betydelige

forskjeller innad i gruppene. Mer detaljerte inndelinger kan på den andre siden gi mindre oversiktlige resultater og mindre pålitelige tall.

I denne rapporten har vi grupperte innvandrernes fødeland i ni ulike kategorier. Gruppene er bygger på geografisk og/eller politisk tilhørighet, samt tidligere forskning på helsemessige forskjeller mellom ulike innvandrergupper. Samtidig har vi sikret at gruppene har tilstrekkelig antall deltakere til at analysene kan gjennomføres. Den siste gruppen, «øvrige land», er den mest heterogene og omfatter land i Oseania, på det amerikanske kontinentet og i Sentral-Asia (totalt 44 land). Denne kategorien er derfor analytisk lite presis, og resultater herfra er mindre informative. Vi har i det følgende ikke lagt vekt på å kommentere funn for denne kategorien. Vi inkluderer den likevel for å sikre fullstendighet i oversikten og for å unngå å utelate deltakere fra land med få deltakere og/eller som ikke kan grupperes på en fornuftig måte.

Tabell 3 viser de ni ulike gruppene², samt antall og prosentandel deltakere. Innvandrere fra EU-Øst-Europa utgjør den største gruppen totalt sett, etterfulgt av Vest-Europa (utenom Norden) og Norden. Til sammen utgjøre disse gruppene 55,4% av innvandrерutvalget. Til sammenligning utgjorde innvandrere fra disse regioner omtrent 43 % av innvandrerbefolkningen i 2022 (14). Dette tyder på at innvandrere fra Norden, Vest-Europa og EU-Øst-Europa er noe bedre representert i utvalget enn andre grupper.

Tabell 3. Antall og prosentandel deltakere etter innvandrergruppe

	Antall	Andel av innvandrерutvalget	Andel av totalt utvalg
Norden	3620	16,7 %	1,5 %
Vest-Europa (utenom Norden)	3792	17,5 %	1,6 %
EU-Øst-Europa	4599	21,2 %	1,9 %
Øst-Europa utenfor EU	1775	8,2 %	0,7 %
Midtøsten/Nord Afrika	1948	9,0 %	0,8 %
Afrika sør for Sahara	1316	6,1 %	0,5 %
Sør-Asia	1117	5,2 %	0,5 %
Øst / Sørøst Asia	2026	9,4 %	0,8 %
Øvrige land	1473	6,8 %	0,6 %
Totalt	21666	100,0 %	9,0 %

¹ innvandrere + norskfødte med norskfødte foreldre

2.2.3 Europeiske land

Omtrent 69,0 % av deltakerne fra Norden, Vest-Europa (utenom Norden) og EU-Øst-Europa - tilsvarende 38 % av innvandrерutvalget totalt - kommer fra kun seks land. Tabell 4 viser antall deltakere fra hvert av disse landene, samt hvor stor andel de utgjør både innenfor Norden, Vest-Europa og EU Øst-Europa og av innvandrерutvalget i alt.

Mange av innvandrere fra disse seks landene har kommet til Norge som arbeidsinnvandrere. På tidspunktet for datainnsamlingen hadde de alle rett til å bosette seg i Norge gjennom EUs avtale om fri bevegelse. Arbeidsinnvandrere antas ofte å ha bedre helse ved ankomst enn både andre innvandrere og personer uten innvandrerbakgrunn (15).

² En oversikt over hvilke land som inngår i hver region finnes i vedlegg 1.

I rapporten undersøker vi forskjeller i helse blant innvandrere fra disse seks landene, samt i forhold til norskfødte med norskfødte foreldre.

Tabell 4. Antall og prosentandel deltakere fra seks Europeiske land

Land	Antall	Andel av innvandrere fra Norden, Vest-Europa og EU Øst-Europa	Andel av innvandrertilvalget
Polen	2260	18,8 %	10,4 %
Sverige	1761	14,7 %	8,1 %
Tyskland	1549	12,9 %	7,1 %
Danmark	1109	9,2 %	5,1 %
Litauen	874	7,3 %	4,0 %
Storbritannia	731	6,1 %	3,4 %
Totalt	8284	69,0 %	38,2 %

2.2.4 Land preget av flyktningutvandring

Flyktninger – personer som har fått beskyttelse i Norge – utgjorde om lag 26 % av innvandrerbefolkningen i 2022, som var siste år med datainnsamling for denne rapporten (16). Flyktninger, og deres familiemedlemmer som har kommet til Norge gjennom familiegjenforening, antas til å ha dårligere helse enn andre innvandrergrupper og norskfødte med norskfødte foreldre (15).

Per januar 2022 var innvandrere fra Syria, Somalia, Eritrea, Afghanistan og Irak blant de største gruppene med flyktningbakgrunn (17), før invasjonen av Ukraina. Allerede i 2024 utgjør ukrainere den største gruppen med flyktningbakgrunn og den nest største innvandrergruppen totalt (18). Våre funn kan ikke generaliseres til denne gruppen. FHI har gjennomført en egen helseundersøkelse blant flyktninger fra Ukraina (5).

Tabell 5 viser antall deltakere fra disse fem utvalgte landene, samt hvor stor andel de utgjør av innvandrertilvalget. Samlet står de for 7,4 % av alle innvandrerdeltagere i denne rapporten.

Tabell 5. Antall og prosentandel deltakere fra fem land preget av flyktningutvandring

Land	Antall	Andel av innvandrertilvalget
Irak	405	1,9 %
Syria	379	1,7 %
Eritrea	314	1,4 %
Afghanistan	280	1,3 %
Somalia	224	1,0 %
Totalt	1602	7,4 %

I rapporten undersøker vi helseforskjeller på tvers av disse gruppene. Det er viktig å understreke at vi ikke har opplysninger om innvandringsgrunn, og vi vet derfor ikke hvor stor andel av deltakerne fra disse landene som faktisk har flyktningbakgrunn. Av den grunn omtaler vi dem som «personer fra land preget av flyktningutvandring». Helse- og livskvalitet blant innvandrere fra disse landene har tidligere vært omtalt i enten SSBs levekårsundersøkelse eller FHUS Oslo (7,10). Syriske innvandrere var ikke inkludert i SSBs undersøkelse, mens afghanske innvandrere ikke var med i FHUS Oslo. Samlet gir disse kildene et godt grunnlag for sammenligning.

2.2.5 Botid

I analysene undersøker vi også hvordan helse og livskvalitet varierer med botid, og sammenligner innvandrere med ulik botid.

Innvandrere ble spurt om hvor lenge de hadde bodd i Norge, og svarene ble gruppert i tre kategorier:

- under 10 år
- 10–19 år
- 20 år eller mer

2.3 Sosiodemografiske variabler

Kjønn: Opplysninger om kjønn (mann/kvinne) er hentet fra Folkeregisteret på datainnsamlingstidspunktet.

Alder: Alder er beregnet ut fra Folkeregisteret på datainnsamlingstidspunktet. Ved sammenstilling av de ulike FHUS-undersøkelsene ble alder opprinnelig utlevert i kategoriene 18–24 år, 25–34 år, 35–44 år, 45–54 år, 55–64 år og 65+. Siden det er få innvandrere i de yngste og eldste aldersgruppene, ble disse slått sammen til fire kategorier i analysene:

- 18–34 år
- 35–44 år
- 45–54 år
- 55+ år

Utdanningsnivå: Deltakerne ble spurt om høyeste fullførte utdanning. Dette ble gruppert som

- grunnskole eller lavere
- videregående
- kort universitetsutdanning (< 4 år)
- lang universitetsutdanning (≥ 4 år, f.eks. mastergrad)

2.4 Helse- og livskvalitetsindikatorer

I rapporten undersøker vi sju helseindikatorer og fire livskvalitetsindikatorer. En kort beskrivelse av hvert utfall presenteres i resultatdelen for å gjøre framstillingen mer oversiktlig.

Helseindikatorer:

1. God eller svært god helse
2. God eller svært god tannhelse
3. Psykiske plager
4. Funksjonsnedsettelser på grunn av sykdom, helseproblemer eller skader
5. Fedme

6. Søvnproblem
7. Korsrygg- eller nakkesmerter som medfører aktivitetsbegrensning

Livskvalitetsindikatorer:

1. Ensomhet
2. Lav tilfredshet med livet
3. Lav opplevelse av mening
4. Lav skår på gjensidige positive sosiale relasjoner

Valget av livskvalitetsindikatorer er ment å speile ulike dimensjoner ved livskvalitet. «Fornøydhhet med livet» er et globalt spørsmål om hvordan man evaluerer livet sitt samlet sett. «Ensomhet» er uttrykk for negativ affekt, samtidig som ensomhet er et folkehelseproblem som er viktig å kartlegge. Spørsmålet om meningsfullhet omhandler psykologisk fungering og realisering av ens potensiale. Positive sosiale relasjoner viser til kvaliteten ved våre sosiale relasjoner.

2.5 Metodologiske betraktninger

2.5.1 Refleksjoner rundt seleksjon

I de inkluderte undersøkelsene ble utvalgene trukket som stratifiserte utvalg basert på kommuner og bydeler, noe som innebærer at trekk sannsynligheten varierer mellom geografiske områder. Dette er en viktig faktor dersom man skal lage gjennomsnitt eller andeler for hele fylket, eller en by/kommune. Dermed er det mulig at en ujevn geografisk fordeling av ulike innvandrergupper, med ulike trekk sannsynligheter, kan påvirke estimatene, spesielt for gruppen innvandrere samlet. Erfaringen fra FHUS er imidlertid at vekting for trekk sannsynlig, såkalt designvekting, i liten grad endrer estimatene. Vekting av dataene reduserer dessuten den statistiske styrken, noe som er lite ønskelig når vi, som her, estimerer tall for relativt små grupper. Vi viser også justerte resultater som betyr at vi tar hensyn til ulik sosisodemografi mellom ulike grupper og områder. Vi har derfor valgt å ikke benytte vekting av dataene i de analysene som presenteres i denne rapporten.

Den samlede deltakelsen på tvers av fylkene er 38,9 %. Dette er på linje med, eller noe høyere enn, andre tilsvarende undersøkelser, men innebærer likevel at bare rundt fire av ti inviterte deltok. Resultatene må derfor tolkes med en viss forsiktighet, og det er mest hensiktsmessig å vektlegge funn som er tydelige og inngår i meningsfylte mønstre.

Som i mange helseundersøkelser er seleksjonsbias en utfordring. Kvinner, eldre og personer med høyere utdanning er ofte overrepresentert, mens innvandrere generelt er underrepresentert – også i vårt utvalg. Vi har imidlertid lite holdepunkter for at responsraten er et problem med tanke på seleksjon. Likeledes viser nyere studier at responsrate sannsynligvis har lite å bety for de utfallsmålene som inngår i folkehelseundersøkelsene og at det er lite seleksjon på helse, som ev. fremkommer av registrert sykefravær eller uføretrygd (19,20).

Til forskjell fra enkelte andre studier ble det ikke benyttet oversampling for å øke deltakelsen blant innvandrere, ettersom innvandrerhelse ikke var et særskilt fokus i de aktuelle FHUS-datainnsamlingene.

Videre var undersøkelsene kun tilgjengelige på norsk, noe som utelukket personer med begrensede språkferdigheter. Språk henger ofte sammen med utdanningsnivå og botid i Norge, og det er derfor sannsynlig at innvandrere som deltok i større grad har gode norskferdigheter, høyere utdanning og lengre botid enn innvandrere generelt (21) (se kapittel 3.1). Utvalget representerer dermed en mer ressurssterk gruppe, og resultatene i denne rapporten kan ikke uten videre generaliseres til alle innvandrere.

2.5.2 Om måling av helse- og livskvalitetsutfall blant innvandrere

I noen tilfeller består helseutfallene av ett enkelt spørsmål, mens i andre tilfeller av validerte flerspørsmåls-skalaer, som for eksempel HSCL-5 (psykiske plager) og Bergen Insomnia Scale (søvnproblemer). Disse instrumentene er validert i den norske befolkningen generelt, men ikke i ulike innvandrergupper. Spørsmålene kan tolkes forskjellige avhengig av kulturell bakgrunn, språklige nyanser og forskjeller i forståelse av helsebegreper. Innen subjektiv livskvalitet er det dokumenterte kulturelle forskjeller i svarmønster for ulike mål (22). Noen grupper kan for eksempel ha tendens til å gi mer ekstreme svar, enten positivt eller negativt, mens andre grupper kan foretrekke mer moderate svar. Spørsmålet om hvorvidt dette kan medføre skjevhet i dataene, er en teoretisk diskusjon som faller utenfor rammen av denne rapporten. For formålet med denne analysen, baserer vi oss på deltakernes selvrapporterte erfaringer.

2.5.3 Refleksjoner rundt tidspunkt for datainnsamlinger

Undersøkelsene som vi baserer oss på omfatter perioden for COVID-19-pandemien, med mulig unntak av Vestland 2022, der pandemien i det vesentlige var over og smitteverntiltak avviklet. At pandemien hadde en vesentlig effekt på helse og livskvalitet, er godt oppsummert i Folkehelse rapportens temautgave fra 2021 om folkehelsen etter COVID-19 (23). Innvandrere utgjorde 15 % av befolkningen under pandemiårene, men sto for omtrent 40 % av COVID-19-relaterte sykehusinnleggelser mellom mars 2020 og februar 2021, med stor variasjon mellom ulike innvandrergupper.

Pandemien påvirket befolkningen som helhet, blant annet med økt forekomst av psykiske plager og ensomhet. Når vi tolker resultatene i denne rapporten, er det viktig å skille mellom absolutte forekomstsmål og forskjeller mellom innvandrerbefolkningen og den øvrige befolkningen. Vi fokuserer primært på forskjeller som for eksempel i ensomhet mellom innvandrergupper og norskfødte med norskfødte foreldre, fremfor de absolutte andelen.

Selv om pandemien kan ha forsterket ensomhet og psykiske plager generelt (24), er det grunn til å tro at innvandrere kan ha vært mer utsatt. Nedstengingen kan ha hatt større innvirkning for innvandrere, fordi mange jobber i sektorer som service, helse, omsorg, rengjøring og transport, og dermed hadde høyere risiko for ikke både smitte, men også økonomiske vanskeligheter (25). Flere mistet jobben, og det var rapporter om økt diskriminering (26,27). Grensestenging gjorde det også vanskeligere å treffe familiemedlemmer eller venner i hjemlandet, noe som kan ha forsterket isolasjonsfølelsen, særlig blant enkelte grupper. Samtidig kan en sterkere familieorientering og trangboddhet ha ført til at noen innvandrergupper opplevde mindre sosial isolasjon enn norskfødte med norskfødte foreldre.

Til tross for at pandemien kan ha forsterket noen forskjeller, bør innvirkningen betraktes som en midlertidig faktor blant mange andre mer vedvarende faktorer. Strukturelle elementer, som økonomiske ulikheter og tilgang til helsetjenester, spiller en sentral rolle i helsesituasjonen for både innvandrere og norskfødte og vil fortsatt drive forskjellene. I tillegg inkluderer utvalget mange innvandrere med lang botid, høy utdanning og ferdigheter i norsk språk. Dette kan

gjøre dem mindre sårbare for pandemiens påvirkning og gi et glimt av mer vedvarende helseutfordringer som vedvarer utover pandemien. For indikatorer hvor forskjellene mellom innvandrere og norskfødte er markante, kan vi anta at de representerer reelle forskjeller som sannsynligvis vil vedvare uavhengig av pandemien. Derfor gir funnene fremdeles verdifull innsikt.

2.6 Analysene

Resultater presenteres først og fremst som beskrivende statistikk i form av figurer, med fokus på andeler, for eksempel andelen med god helse. Dette presenterer vi etter innvandrergruppe og kjønn, aldersgruppe, utdanningsnivå og botid. For utregning av andeler bruker vi veletablerte og dokumenterte terskelverdier.

Innvandrere i Norge utgjør en heterogen gruppe og skiller seg fra norskfødte med norskfødte foreldre på flere demografiske kjennetegn. Det er også betydelig forskjeller mellom ulike innvandrergupper. For å ta hensyn til dette justerer vi for forskjeller i kjønn, aldersgruppe, og utdanningsnivå ved hjelp av ulike regresjonsmodeller. Vi presenter også ujusterte resultater, da disse reflekterer gruppens faktiske sammensetning.

I analyser på tvers av utdanningsnivå inkluderer vi kun personer som er 25 år eller eldre, da mange under 25 år sannsynligvis fortsatt er under utdanning.

Vi analyserer forskjeller basert på både innvandrergruppe/landbakgrunn og botid. Når vi vurderer innvandrergruppe/landbakgrunn, justerer vi ikke for botid. Dette skyldes at i analysene som fokuserer på innvandrergruppe/landbakgrunn, blir sammenligningene gjort med norskfødte med norskfødte foreldre, hvor botid ikke er relevant. Når vi derimot ser på botid, er vi opptatt av relasjonen mellom botid og helse-/livskvalitetsindikatorer, og ikke forskjeller mellom norskfødte med norskfødte foreldre og ulike botidsgrupper. Det er en viss sammenheng mellom innvandrergruppe/landbakgrunn og botid, og derfor justerer vi også for innvandrergruppe/landbakgrunn.

I resultatene har vi i liten grad kommentert på statistisk signifikans (i hvilken grad vi kan si at en forskjell eller en sammenheng ikke er tilfeldig, men reell). Vi er interessert i forskjellene mellom innvandrere og norskfødte, samt mellom ulike innvandrergupper. I tillegg undersøker vi hvordan helse og livskvalitet etter alder og utdanningsnivå på tvers av innvandrerguppene og norskfødte. Med mange mulige sammenligninger innen hver figur, blir det uklart hvilken sammenligningsgruppe som skal være referanse for å teste signifikansnivået. I analysen legger vi i stedet vekt på konfidensintervaller (KI) for å bedømme forskjeller mellom grupper. Konfidensintervallene gir et spenn av verdier som vi med en viss sikkerhet kan si inkluderer den sanne andelen i befolkningen. Større konfidensintervaller viser større usikkerhet i verdien. Når konfidensintervallene for to grupper ikke overlapper, viser dette at det er en signifikant forskjell mellom disse gruppene. Dette gir et mer nyansert bilde enn kun å rapportere prosenter.

Merk om figurene: I noen figurer kan det se ut som om enkelte søyler har ulik høyde, selv om de representerer samme avrundede verdi. Dette skyldes at de skriftlige tallene er avrundet for bedre lesbarhet, mens søylene er basert på eksakte verdier. For eksempel kan én verdi være 32,50 %, og en annen 33,49 %. Begge vises som 33 %, men den sistnevnte vil fremstå som omtrent 1 % høyere enn den første.

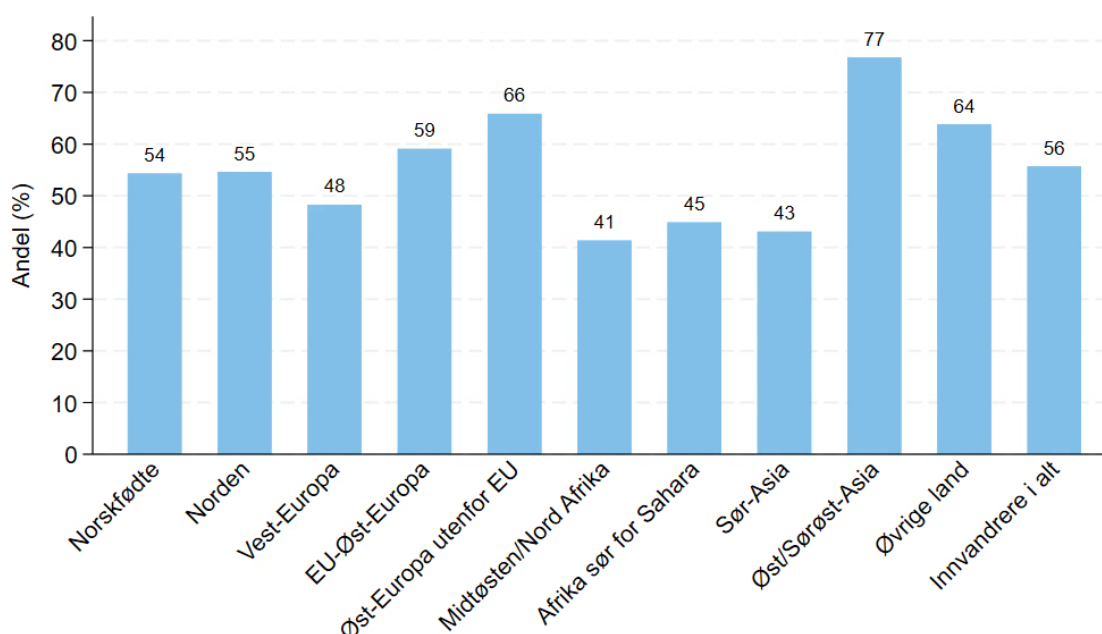
3 Resultater

3.1 Utvalget ved kjønn, aldersgruppe, utdanningsnivå og botid

3.1.1 Innvandrergruppe ved kjønn, aldersgruppe, utdanningsnivå og botid

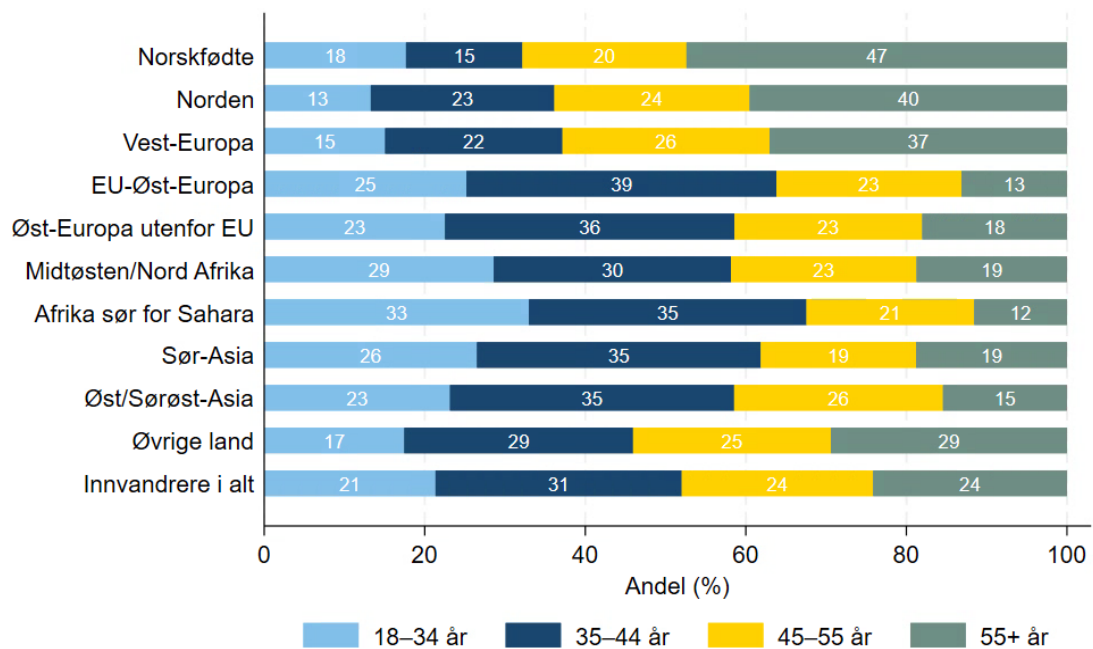
Det er en overvekt av kvinner i utvalget, både blant norskfødte med norskfødte foreldre (54 %) og blant innvandrere samlet (56 %). Som vist i **figur 1.1** varierer dette imidlertid mellom innvandrergruppene. Blant deltakere fra Midtøsten/Nord-Afrika, Afrika sør for Sahara og Sør-Asia er mindre enn halvparten kvinner, mens Øst- og Sørøst-Asia skiller seg ut med en klar overvekt: mer enn tre fjerdedeler av deltakerne er kvinner. En stor andel av disse kommer fra Filippinene og Thailand (77 %), der det også i befolkningen er en betydelig kvinneovervekt (28).

Figur 1.1. Andel kvinnelige deltakere etter innvandrergruppe og blant norskfødte



Alderssammensetningen viser at innvandrere i utvalget – som innvandrere i befolkningen generelt – er yngre enn norskfødte med norskfødte foreldre (29). **Figur 1.2** viser at nær halvparten av de norskfødte deltakerne er 55 år eller eldre, mens dette gjelder færre enn en fjerdedel av innvandrerne. Omtrent 31 % av innvandrerne er i alderen 35–44 år, mot bare 15 % blant norskfødte med norskfødte foreldre.

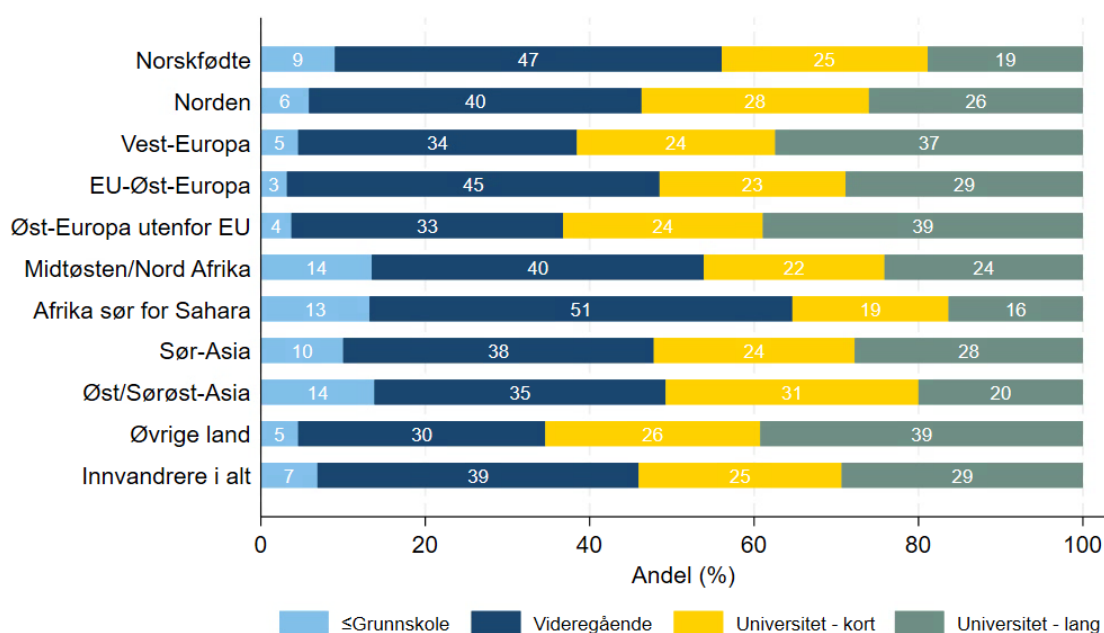
Det er også forskjeller mellom innvandrerguppene. Deltakere fra Norden og Vest-Europa (utenom Norden) er i gjennomsnitt eldre enn deltakere fra andre regioner, mens innvandrere fra Afrika sør for Sahara og EU-Øst-Europa er de yngste gruppene: her er mer enn to tredeler under 45 år.

Figur 1.2 Andel deltakere etter aldersgruppe og innvandrergroupe / norskfødte

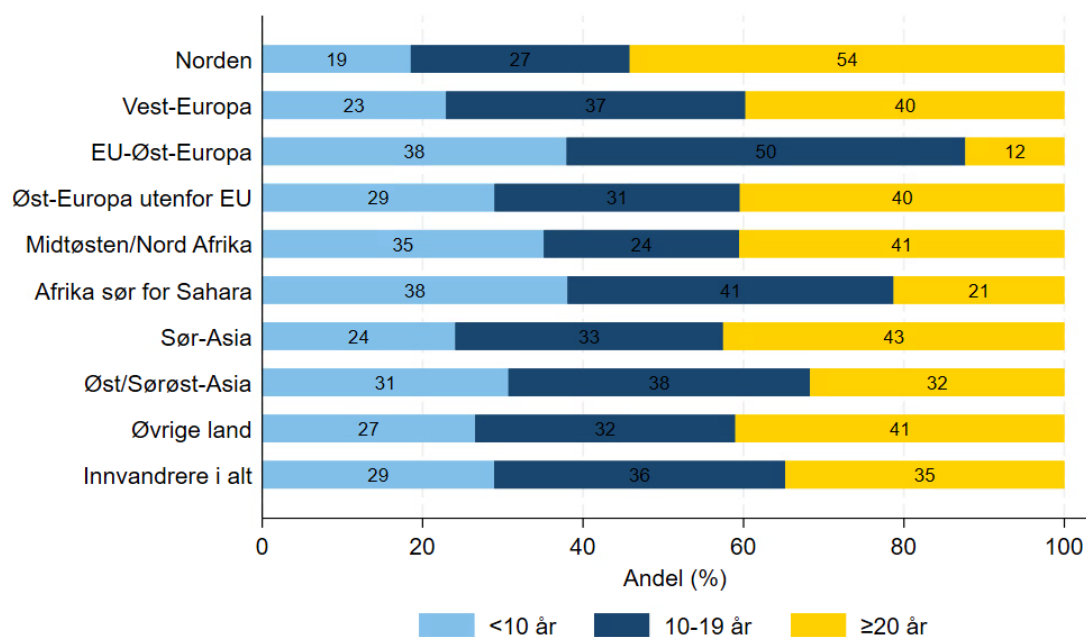
Figur 1.3 viser at rundt 55 % av innvandrerne i utvalget har universitetsutdanning, og 29 % har lang universitetsutdanning (mer enn fire år). Blant norskfødte med norskfødte foreldre er de tilsvarende tallene 44 % og 19 %. Det høyere utdanningsnivået blant innvandrere gjelder for alle grupper unntatt deltakere fra Afrika sør for Sahara, der 36 % har universitetsutdanning og 16 % har lang universitetsutdanning.

Andelen med universitetsutdanning er høyere blant innvandrere i utvalget enn blant norskfødte i befolkningen generelt. Ifølge SSB hadde om lag 39 % av innvandrere og 34 % av den øvrige befolkningen i Rogaland, Møre og Romsdal, Viken, Vestfold og Telemark og Vestland kort eller lang universitetsutdanning i 2022 (30). Innvandrere hadde også oftere lang universitetsutdanning enn befolkningen ellers.

Dette tyder på at personer med høyere utdanning er mer tilbøyelige til å delta i FHUS enn personer med lavere utdanning. Det kan være særlig tydelig blant innvandrere, ettersom utdanning henger sammen med norskferdigheter – en forutsetning for å kunne delta i undersøkelsen.

Figur 1.3 Andel deltakere etter utdanningsnivå og innvandrergruppe / norskfødte

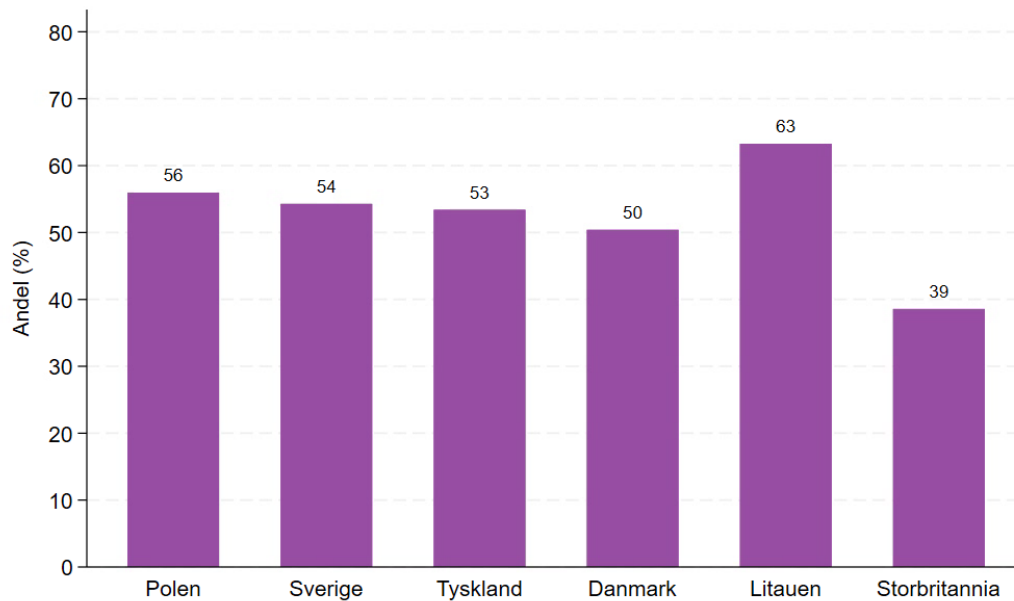
Innvandrere med lengre botid er overrepresentert i vårt utvalg. **Figur 1.4** viser fordelingen av innvandrere etter botid i Norge. Omtrent 29 % har bodd i landet i mindre enn ti år, mens 35 % har bodd her i 20 år eller mer. Innvandrere fra Norden har oftere lengre botid, mens innvandrere fra Afrika sør for Sahara og EU-Øst-Europa oftere har kort botid. Til sammenligning viser tall fra SSB at om lag 43 % av innvandrere i de samme fylkene hadde bodd i Norge under ti år, mens 23 % hadde bodd i Norge i 20 år eller mer i 2022 (31).

Figur 1.4 Andel deltakere etter botid og innvandrergruppe

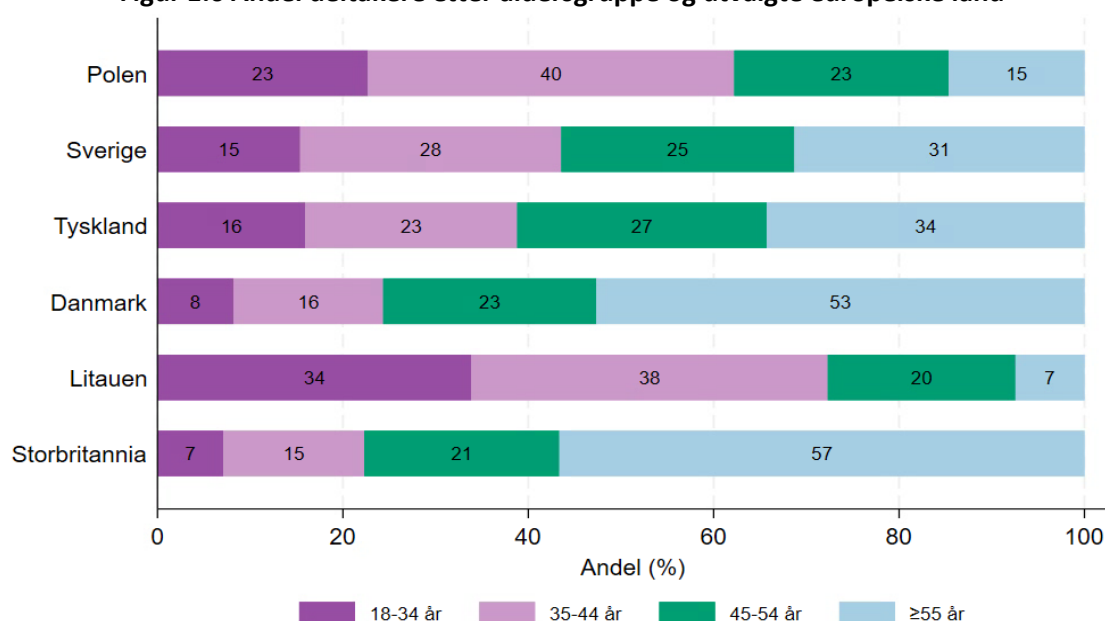
3.1.2 Innvandrere fra seks europeiske land ved kjønn, aldersgruppe, utdanningsnivå og botid

Figur 1.5 viser andelen kvinnelige deltakere fra de seks utvalgte europeiske landene, hvor Litauen og Storbritannia skiller seg ut. Blant deltakere fra Litauen er andelen kvinner høyere enn i de andre gruppene, mens den blant deltakere fra Storbritannia er lavere. Andelen kvinner fra Storbritannia er lavere enn i de andre gruppene, men samsvarer med kjønnsfordelingen i innvandrerbefolkningen derfra, hvor kun 35 % er kvinner i 2022 (32). Andelen kvinner fra Litauen er derimot høyere enn blant de øvrige gruppene. Dette gjenspeiler ikke befolkningssammensetningen, ettersom kun 42 % av innvandrerne fra Litauen i Norge var kvinner i 2022.

Figur 1.5. Andel kvinnelige deltakere i utvalgte europeiske land

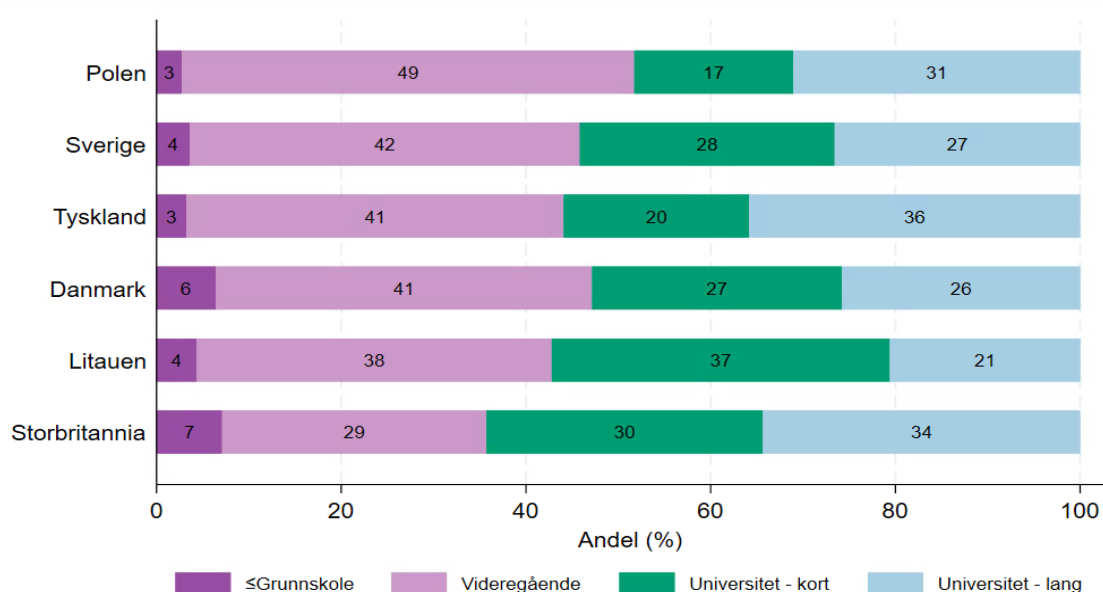


Andelen deltakere fra de seks landene fordelt på aldersgrupper vises i **figur 1.6**. Innvandrere fra Storbritannia og Danmark er de eldste, med henholdsvis 57 og 53 % som er 55 år eller eldre. Innvandrere fra Litauen er de yngste, hvor kun 7 % befinner seg i denne aldersgruppen. Blant innvandrere i befolkningen generelt er de fra Danmark og Storbritannia også de eldste, mens de fra Litauen og Polen er de yngste (33).

Figur 1.6 Andel deltakere etter aldersgruppe og utvalgte europeiske land

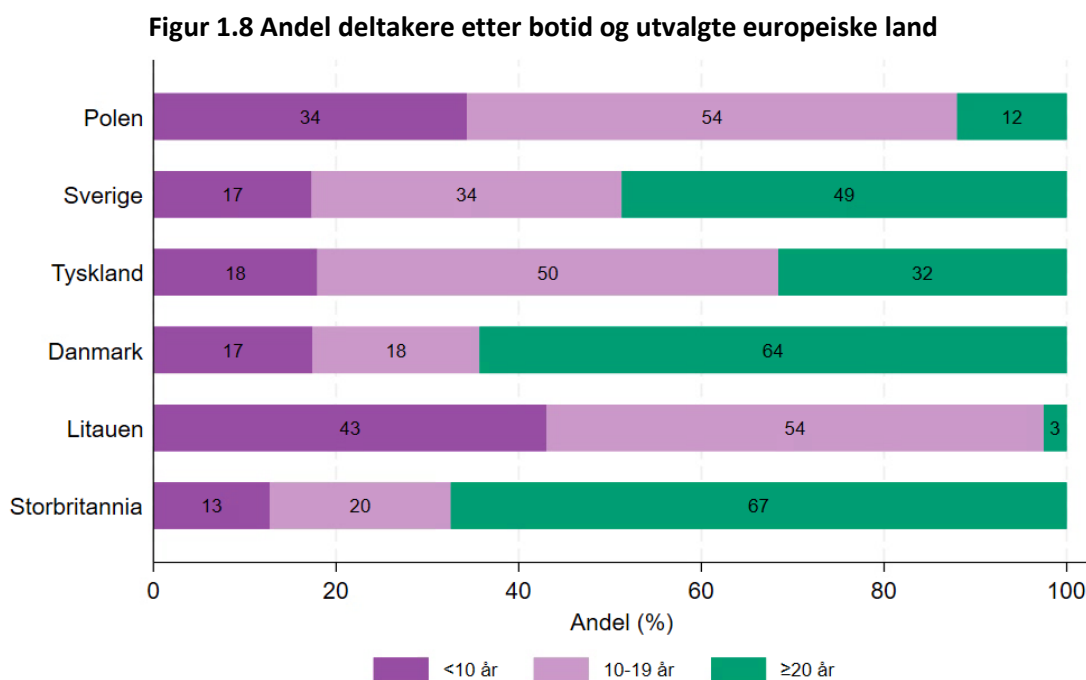
Figur 1.7 viser at utdanningsnivået blant deltakere fra de seks landene generelt er høyt. Bare mellom 1 og 7 % har grunnskole eller lavere utdanning. Andelen med universitetsutdanning (kort eller lang) varierer fra 48 % blant polske innvandrere til 64 % blant britiske. Lang universitetsutdanning er særlig vanlig blant deltakere fra Tyskland (36 %) og Storbritannia (34 %).

Andelen med universitetsutdanning er ganske lik det som finnes blant innvandrere fra Storbritannia og Tyskland i befolkningen generelt (henholdsvis 65 og 54 % i 2022) (34). Innvandrere med universitetsutdanning er imidlertid overrepresentert i vårt utvalg for de øvrige gruppene, spesielt blant de fra Polen og Litauen, hvor henholdsvis 39 % og 31 % av innvandrere fra disse landene i befolkningen hadde universitetsutdanning i 2022.

Figur 1.7. Andel deltakere etter utdanningsnivå og utvalgte europeiske land

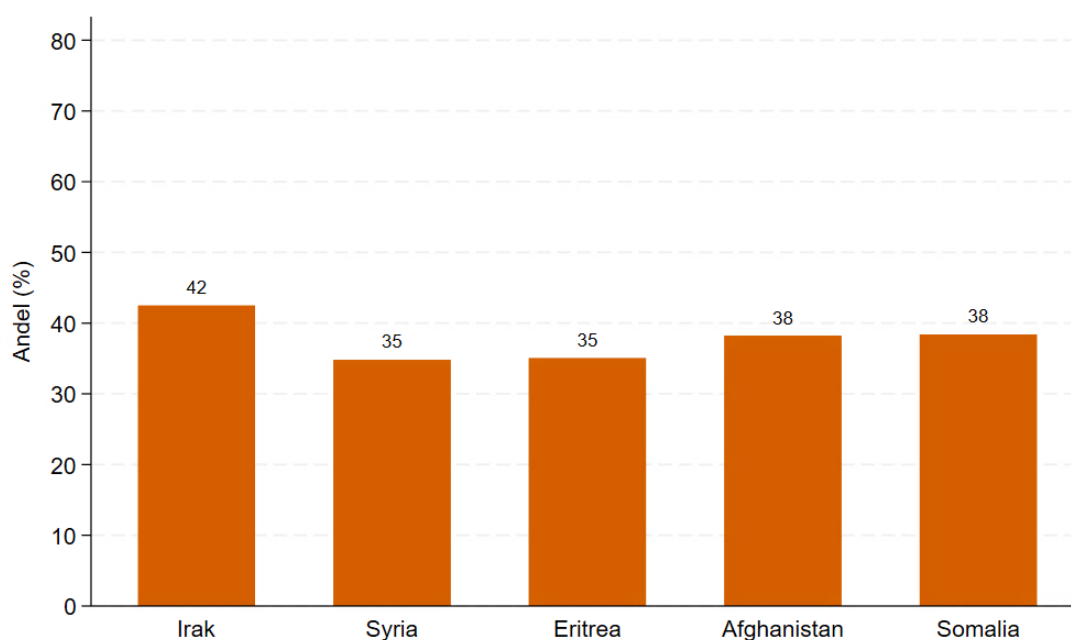
Figur 1.8 viser botid i Norge fordelt etter landbakgrunn. Nesten alle innvandrere i utvalget fra Litauen (97 %) kom til Norge for mindre enn 20 år siden. Innvandrere fra Storbritannia og Danmark har derimot lengst botid, med henholdsvis 67 og 64 % som har bodd i Norge i 20 år eller mer.

Blant disse seks gruppene ligner mønstrene på det som finnes i befolkningen; andelen med over 20 år i Norge er størst blant innvandrere fra Danmark, etterfulgt av Storbritannia, og lavest blant innvandrere fra Litauen etterfulgt av Polen (35). De absolutte andelenene med lang botid er imidlertid høyere i vårt utvalg, noe som indikerer at innvandrere med lang botid er noe overrepresentert.

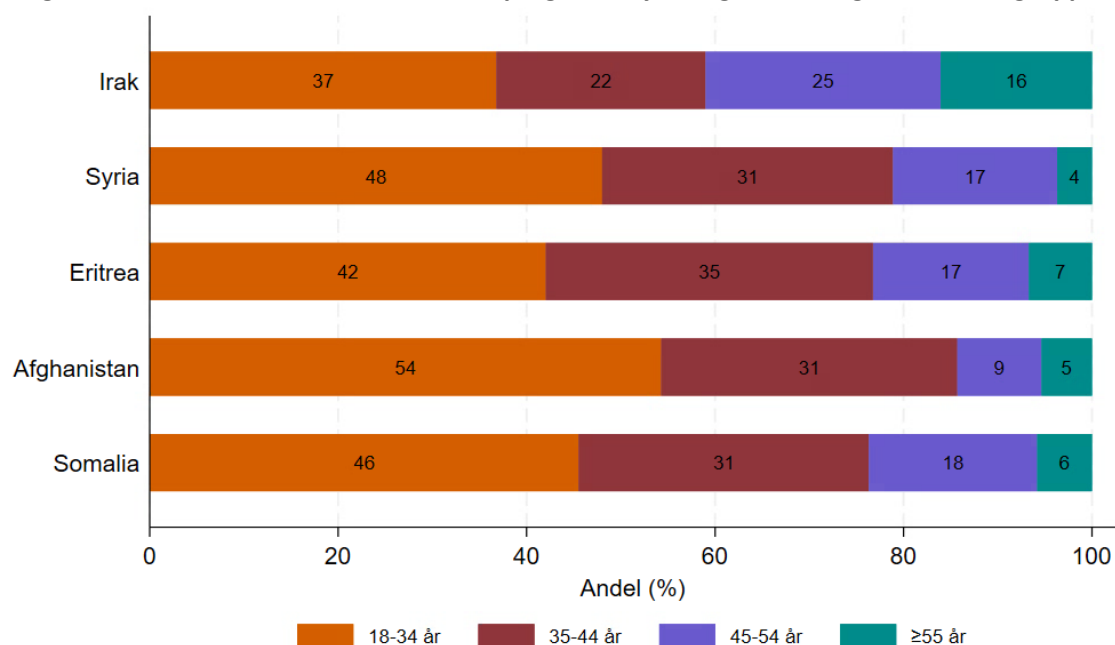


3.1.3 Innvandrere fra land preget av flyktningutvandring ved kjønn, aldersgruppe, utdanningsnivå og botid

Figur 1.9 viser andelen kvinnelige deltakere fra de fem utvalgte land preget av flyktningutvandring. Andelen varierer fra 35 % blant syriske deltakere til 43 % blant irakiske deltakere. Til sammen er 38 % kvinner. Dette er betydelig lavere enn blant innvandrerdelaktakerne totalt som er nærmere 56 %. Den lave andelen kvinner gjenspeiler også sammensetningen i den norske befolkningen, der kvinner utgjør om lag 43 % av innvandrerne fra disse landene (32).

Figur 1.9. Andel kvinnelige deltakere i fem utvalgte land preget av flyktningutvandring

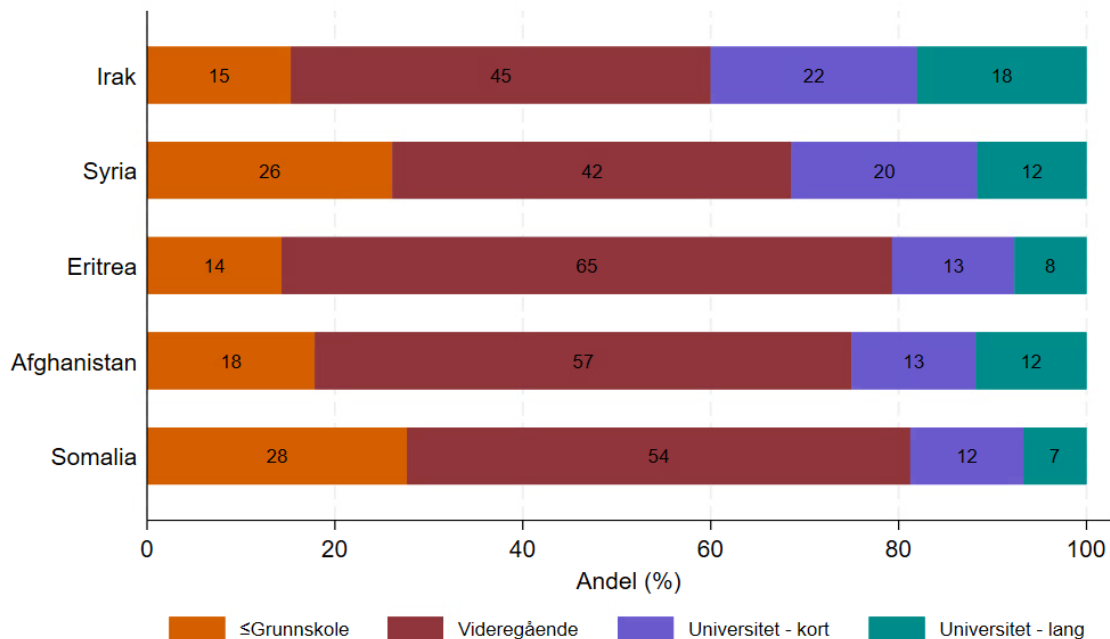
Figur 1.10 viser aldersfordelingen blant deltakere fra de fem landene. Deltakere, i tråd med innvandrere generelt fra disse landene er relativt unge (33). Deltakere fra Irak er eldst – 41 % er 45 år eller eldre – mens deltakere fra Afghanistan er yngst, med 54 % under 35 år.

Figur 1.10 Andel deltakere fra fem land preget av flyktningutvandring etter aldersgruppe

Utdanningsnivået fremgår av **figur 1.11**. Den største andelen i alle fem grupper har videregående utdanning, fra 42 % blant syriske deltakere til 65 % blant deltakere fra Eritrea. Andelen med universitetsutdanning (kort eller lang) er høyest blant irakiske deltakere (40 %) og lavest blant somaliske deltakere (19 %).

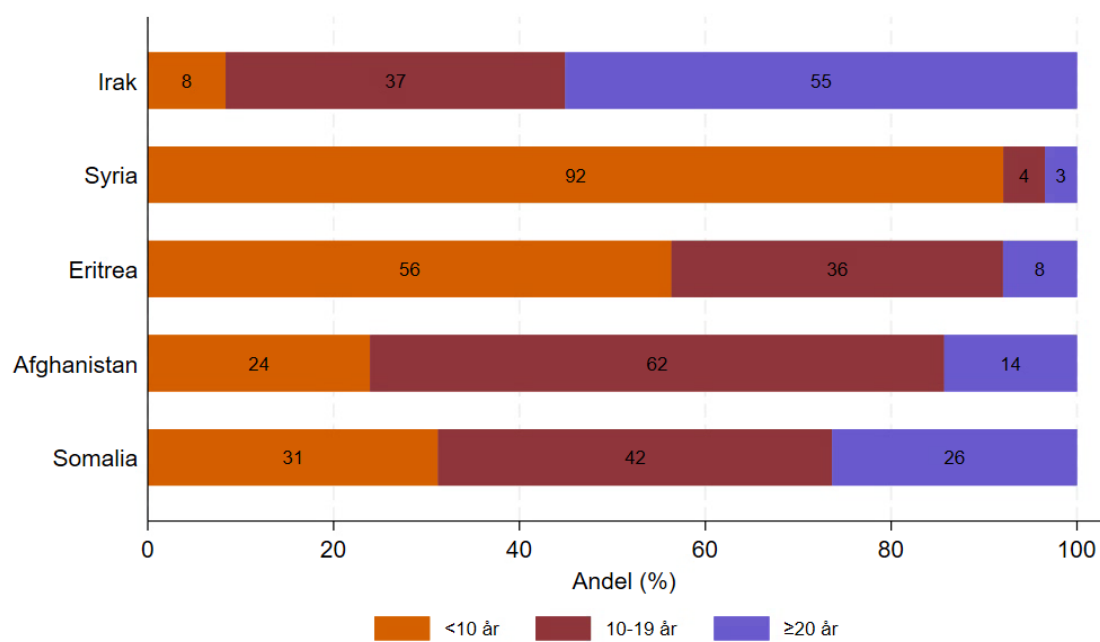
Blant disse fem gruppene ligner mønstrene på det som finnes i befolkningen; andelen med høyere utdanning er størst blant innvandrere fra Irak, etterfulgt av Syria, og lavest blant innvandrere fra Eritrea og Somalia (34). De absolutte andelenene er imidlertid høyere i vårt utvalg, noe som indikerer at innvandrere med universitetsutdanning er noe overrepresentert.

Figur 1.11 Andel deltakere fra fem land preget av flyktningutvandring etter utdanningsnivå



Figur 1.12 viser botid i Norge fordelt etter landbakgrunn. I tråd med når de største flyktningstrømmene kom til Norge, har nesten alle deltakere fra Syria bodd i Norge mindre enn 10 år (92 %), mens tilsvarende andel fra Irak har bodd her i mer enn 10 år (92 %).

Andelen er ikke så forskjellig fra det som finnes blant disse innvandrergruppene i befolkningen generelt. Unntaket er deltakere fra Afghanistan, hvor de med kort botid er tydelig underrepresentert; omtrent 43 % har bodd i Norge i mindre enn 10 år i 2022, sammenlignet med 24 % i vårt utvalg (35).

Figur 1.12 Andel deltakere fra fem land preget av flyktningutvandring etter botid

3.2 God helse

3.2.1 Mål for god helse

Deltakerne ble spurt: «Hvordan vurderer du alt i alt din egen helse?», med fem svaralternativer: «Svært god», «God», «Verken god eller dårlig», «Dårlig» og «Svært dårlig». I denne rapporten regnes personer som har svart «svært god» eller «god» som å ha god helse.

3.2.2 God helse blant ulike innvandrergupper ved kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå

Resultatene er basert på svar fra 21 635 av 21 666 innvandrere (99,9 %) og 219 737 av 220 101 norskfødte med norskfødte foreldre (99,8 %).

Andelen med god helse er ganske lik blant innvandrere (72,4 %, KI: 95 % 71,8–73,0) og norskfødte med norskfødte foreldre (71,9 %, KI: 95 % 71,8–72,1). Innvandrere er imidlertid yngre enn befolkningen for øvrig, og helse blir dårligere med alderen. Etter justering for kjønn, aldersgruppe og utdanning er andelen med god helse litt høyere blant norskfødte med norskfødte foreldre (72,1 %, KI: 95 % 71,9–72,3) enn blant innvandrere (70,8 %, KI: 95 % 70,2–71,4).

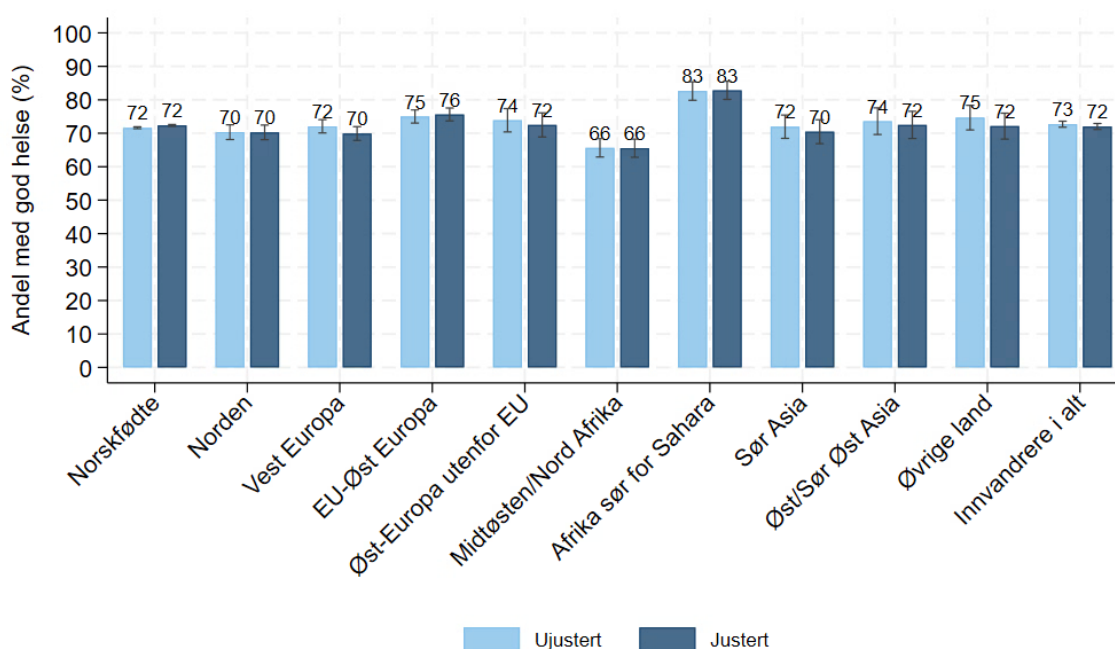
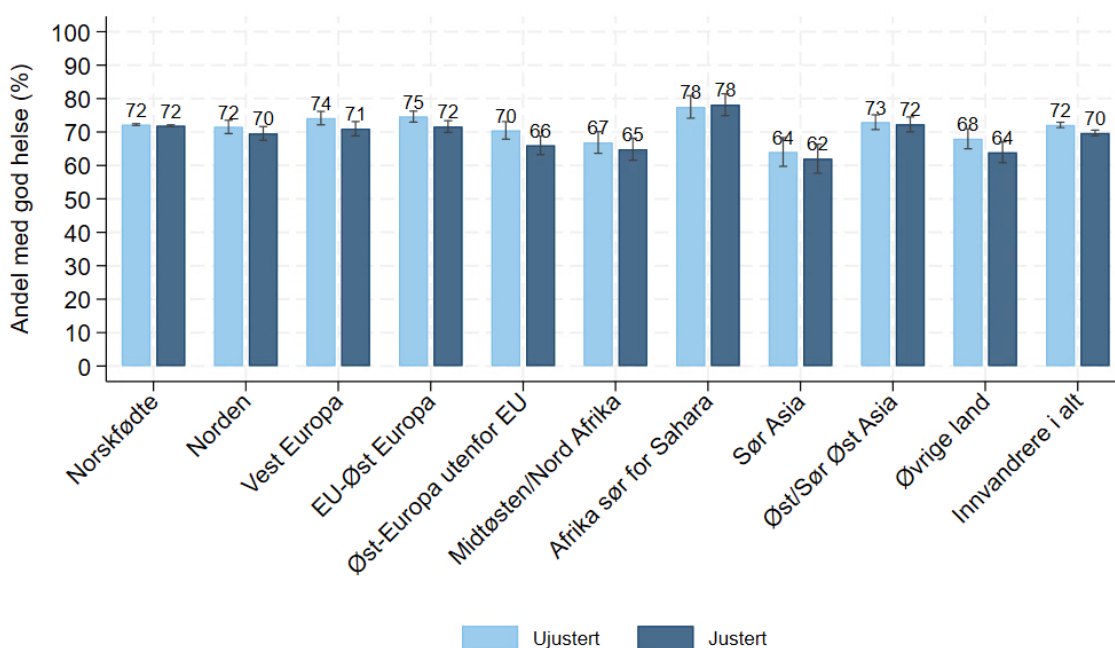
Figur 2.1a viser både den ujusterte og justerte andelen med god helse blant norskfødte med norskfødte foreldre, innvandrere totalt, samt ulike innvandrergupper blant menn. **Figur 2.1b** viser tilsvarende andeler blant kvinner.

Andelen med god helse varierer med 17 prosentpoeng mellom gruppene for menn og 14 prosentpoeng for kvinner. Den høyeste andelen finnes blant menn og kvinner fra Afrika sør for Sahara (henholdsvis 83 % og 78 %), mens den laveste ses blant innvandrer menn fra Midtøsten og Nord-Afrika (66 %) og blant innvandrer kvinner fra Sør-Asia (64 %).

Sammenlignet med norskfødte med norskfødte foreldre er andelen med god helse høyere blant menn og kvinner fra Afrika sør for Sahara og fra EU-Øst-Europa, og lavere blant menn og kvinner fra Midtøsten og Nord-Afrika, samt blant kvinner fra Sør-Asia og øvrige land.

Etter justering for aldersgruppe og utdanningsnivå er andelen med god helse noe lavere for flere innvandrergupper, men det overordnede mønsteret er i stor grad det samme. Andelen er fortsatt lavere blant innvandrere fra Midtøsten og Nord-Afrika, og blant kvinner fra Sør-Asia. I tillegg har kvinner fra Øst-Europa utenfor EU lavere andel med god helse enn norskfødte kvinner med norskfødte foreldre. Innvandrere fra Afrika sør for Sahara kommer fortsatt best ut, også etter justering.

Det er generelt små kjønnsforskjeller i andelen som rapporterer god helse. Unntakene er innvandrere fra Sør-Asia og øvrige land, hvor den justerte andelen er åtte prosentpoeng lavere blant kvinner enn blant menn.

2.1a. Andel menn med god helse etter innvandrergroupe og norskfødte**2.1b. Andel kvinner med god helse etter innvandrergroupe og norskfødte**

Figur 2.2a viser den ujusterte andelen med god helse fordelt på aldersgrupper for norskfødte med norskfødte foreldre, innvandrere samlet, samt ulike innvandrergupper. Den justerte andelen, korrigert for kjønn og utdanningsnivå, vises i **figur 2.2b**.

Blant norskfødte med norskfødte foreldre ser vi en svak nedgang i andelen som rapporterer god helse med økende aldersgruppe i figur 2.2a. Til tross for denne nedgangen er forskjellen mellom de yngste og eldste aldersgruppene kun tre prosentpoeng. Variasjonen er også relativt beskjeden blant innvandrere fra Norden (6 prosentpoeng) og Vest-Europa (8 prosentpoeng). Derimot er nedgangen betydelig større i de øvrige gruppene. Den største forskjellen i andelen

med god helse mellom de yngste og eldste ses blant innvandrere fra Øst-Europa utenfor EU og Midtøsten/Nord-Afrika, henholdsvis 28 og 25 prosentpoeng.

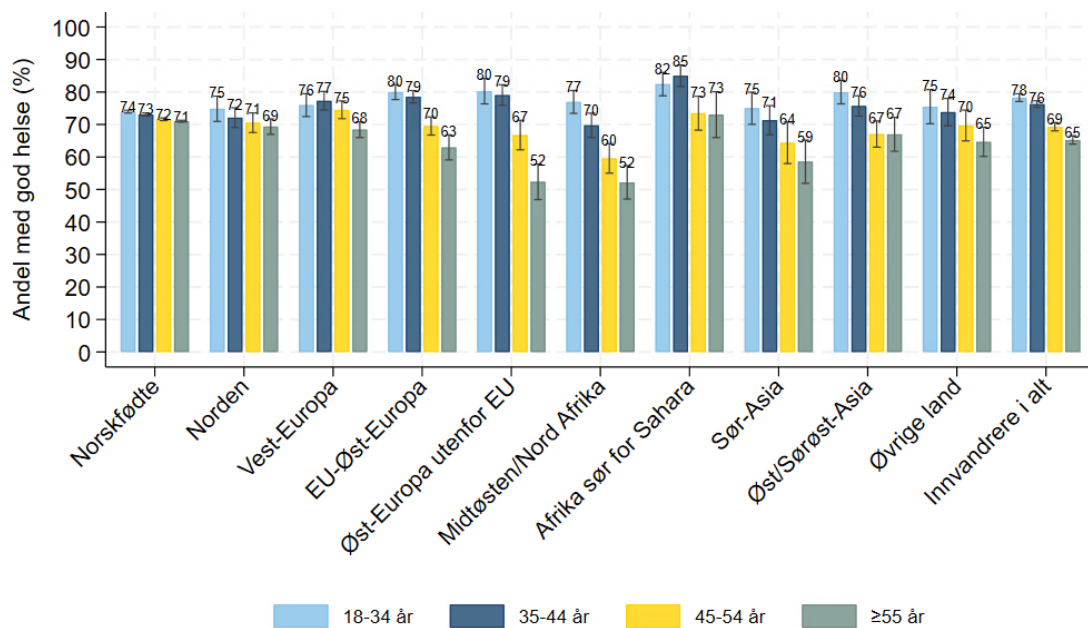
Blant de to yngste aldersgruppene er andelen som rapporterer god helse høyere blant innvandrere i alt enn blant norskfødte. Innvandrere fra EU-Øst-Europa, Øst-Europa utenfor EU, og Afrika sør for Sahara rapporterer god helse oftere enn norskfødte i disse aldersgruppene.

I aldersgruppen 45–54 år er det ingen innvandrergupper hvor andelen med god helse er høyere enn blant norskfødte. Blant innvandrere fra Øst-Europa utenfor EU, Midtøsten/Nord-Afrika, Sør-Asia og Øst-/Sørøst-Asia er andelen dessuten lavere.

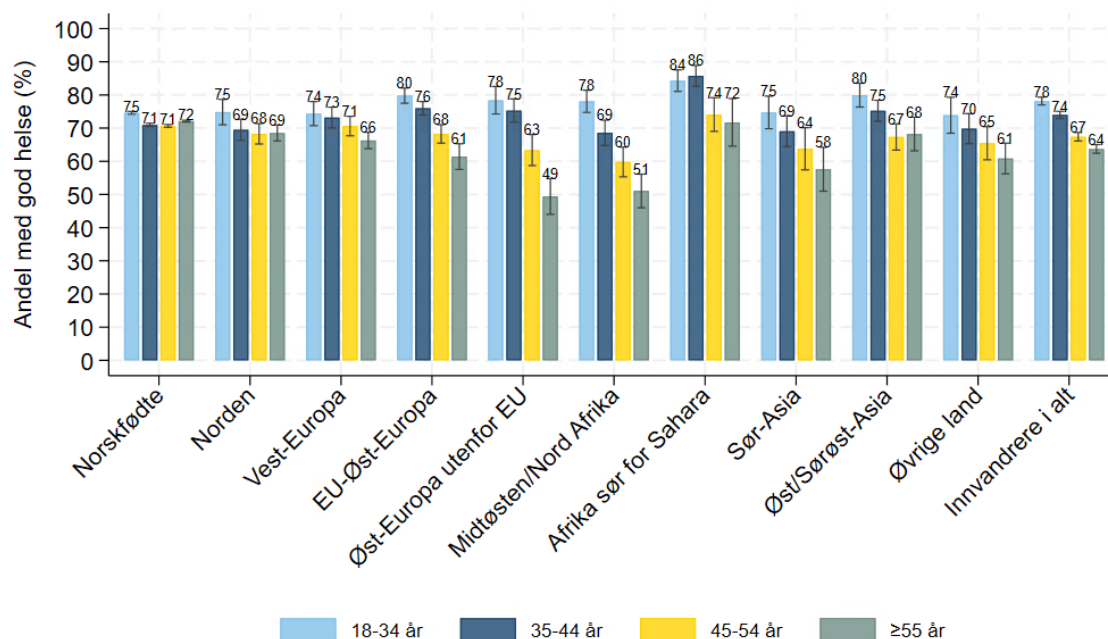
Blant de som er 55 år og eldre ligger de fleste innvandrerguppene lavere enn norskfødte. Unntakene er innvandrere fra Norden, Vest-Europa, og Afrika sør for Sahara.

Etter justering for kjønn og utdanning, slik det vises i **figur 2.2b**, fremstår aldersgradienten som noe sterkere for innvandrere fra EU-Øst-Europa, Afrika sør for Sahara og øvrige land.

Figur 2.2a Andel med god helse etter aldersgruppe og innvandrerguppe / norskfødte (ujustert)



Figur 2.2b Andel med god helse etter aldersgruppe og innvandrergruppe / norskfødte (justert)

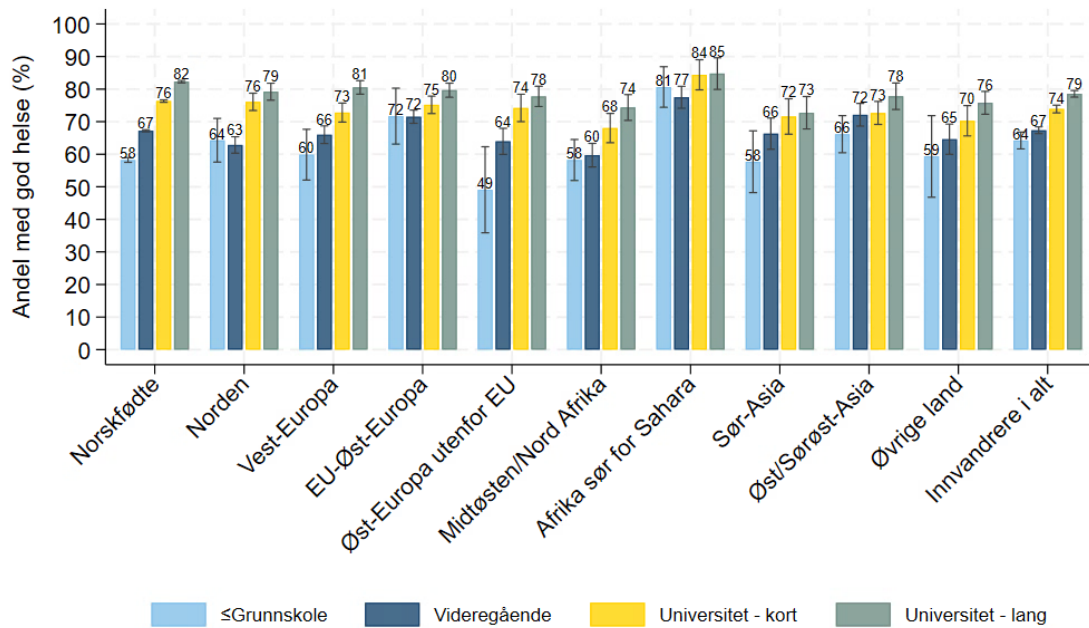


I **figur 2.3a**, ser vi den ujusterte andelen med god helse fordelt på utdanningsnivå for norskfødte med norskfødte foreldre, innvandrere i alt og ulike innvandringsgrupper. Den justerte andelen, korrigert for kjønn og aldersgruppe, vises i **figur 2.3b**.

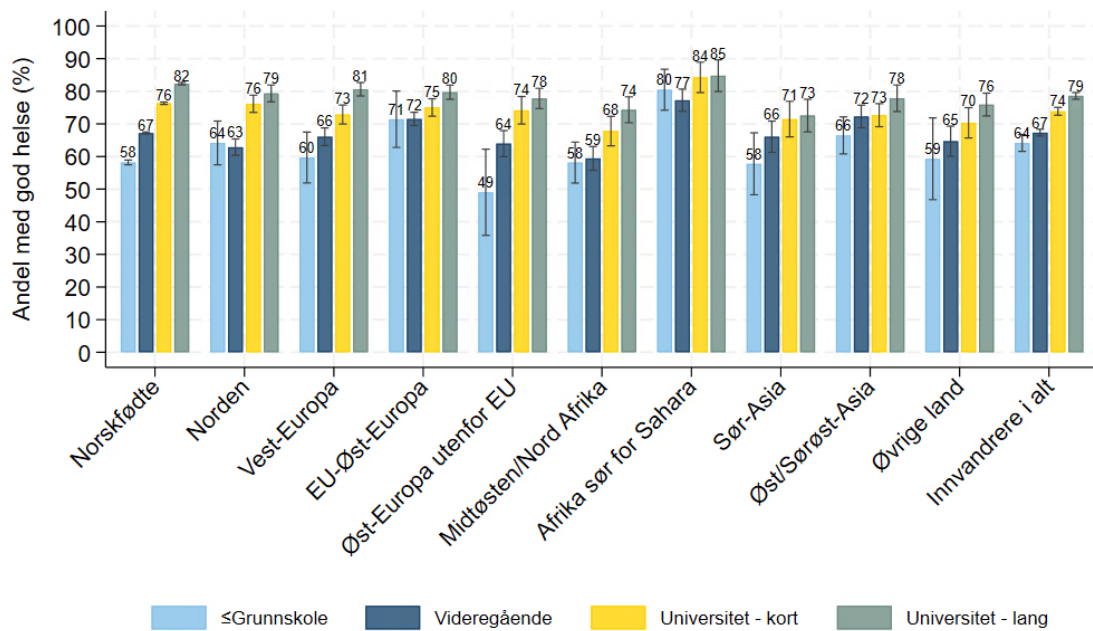
Blant de fleste gruppene øker andelen med god helse i takt med høyere utdanningsnivå. Dette er mest tydelig blant innvandrere fra Øst-Europa utenfor EU og blant norskfødte med norskfødte foreldre, der forskjellen mellom grunnskole eller mindre og lang universitetsutdanning er henholdsvis 29 og 24 prosentpoeng. For innvandrere fra Afrika sør for Sahara og EU-Øst-Europa er variasjonen med utdanningsnivå vesentlig mindre (4 og 8 prosentpoeng). Andelen som rapporterer god helse er gjennomgående høyest blant innvandrere fra Afrika sør for Sahara, uavhengig av utdanningsnivå.

Justering for aldersgruppe og kjønn har svært liten betydning for de generelle mønstrene (**figur 2.3b**).

Figur 2.3a Andel med god helse etter utdanningsnivå og innvandrergroupe /norskfødte (ujustert)



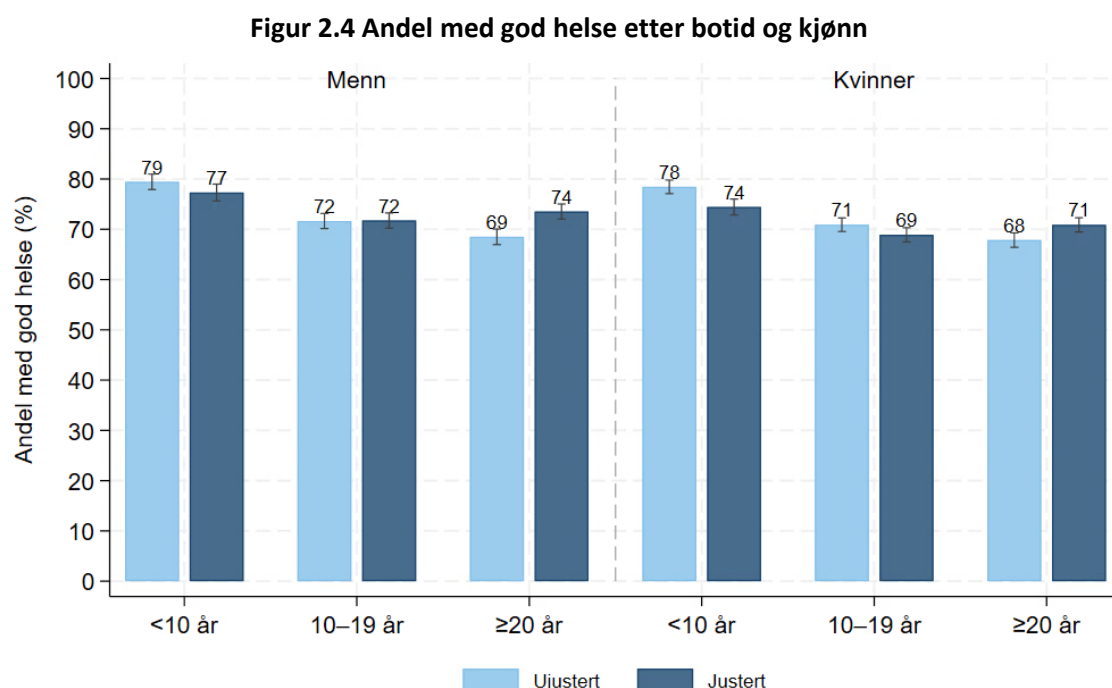
Figur 2.3b Andel med god helse etter utdanningsnivå og innvandrergroupe /norskfødte (justert)



3.2.3 God helse blant innvandrere med ulike botid

Figur 2.4 viser både den ujusterte og den justerte andelen innvandrere med god helse, fordelt etter kjønn og botid i Norge. De ujusterte andelenene med god helse varierer med ti prosentpoeng for både innvandrer menn og -kvinner. Andelen med god helse er høyest blant dem med mindre enn 10 års botid i Norge, og lavest blant dem med mer enn 20 års botid.

Etter justering for aldersgruppe, utdanningsnivå og innvandrergruppe blir variasjonen i andelen mindre (fem prosentpoeng), og dette gjelder både menn og kvinner. Sammenlignet med innvandrere med mindre enn 10 års botid i Norge er andelen med god helse klart lavere blant innvandrere med over 10 års botid.



3.2.4 God helse blant deltakere fra seks europeiske land

Resultatene i denne delen er basert på 8 270 av 8 284 innvandrere (99,8 %) fra Polen, Sverige, Tyskland, Danmark, Litauen og Storbritannia, samt 219 737 av 220 101 norskfødte med norskfødte foreldre (99,8 %).

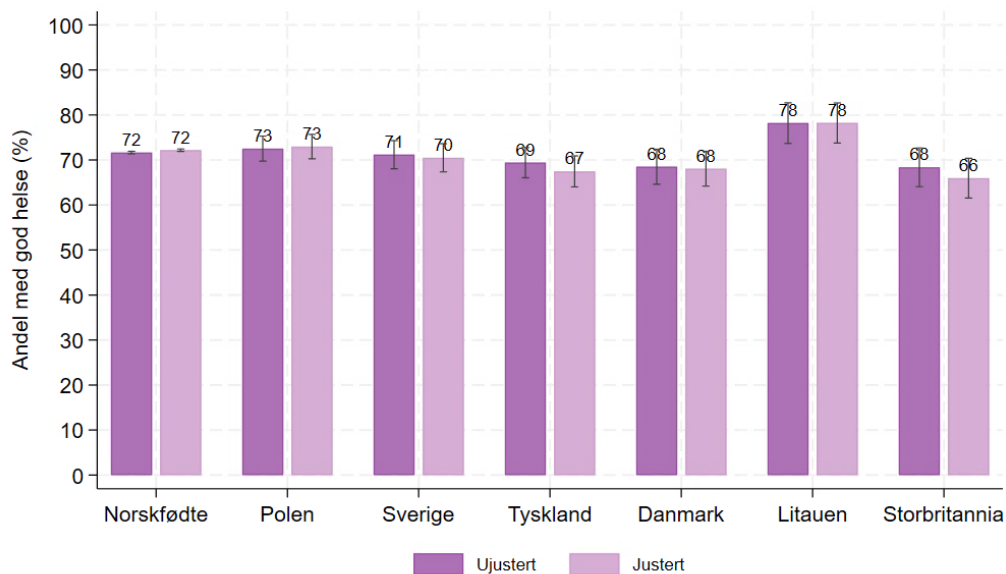
Blant innvandrere fra disse seks landene rapporterer 72,0 % (95 % KI: 71,0–72,9) at de har god helse. Dette er omtrent på samme nivå som blant norskfødte med norskfødte foreldre (71,9 %, 95 % KI: 71,8–72,1). Etter justering for kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå er andelen med god helse noe lavere blant innvandrere (70,2 %, 95 % KI: 69,2–71,2) enn blant norskfødte med norskfødte foreldre (72,0 %, 95 % KI: 71,8–72,2).

Figur 2.5a viser andelen menn som rapporterer god helse etter landbakgrunn, mens figur 2.5b viser tilsvarende for kvinner. Andelenes vises både ujustert og justert for aldersgruppe og utdanningsnivå.

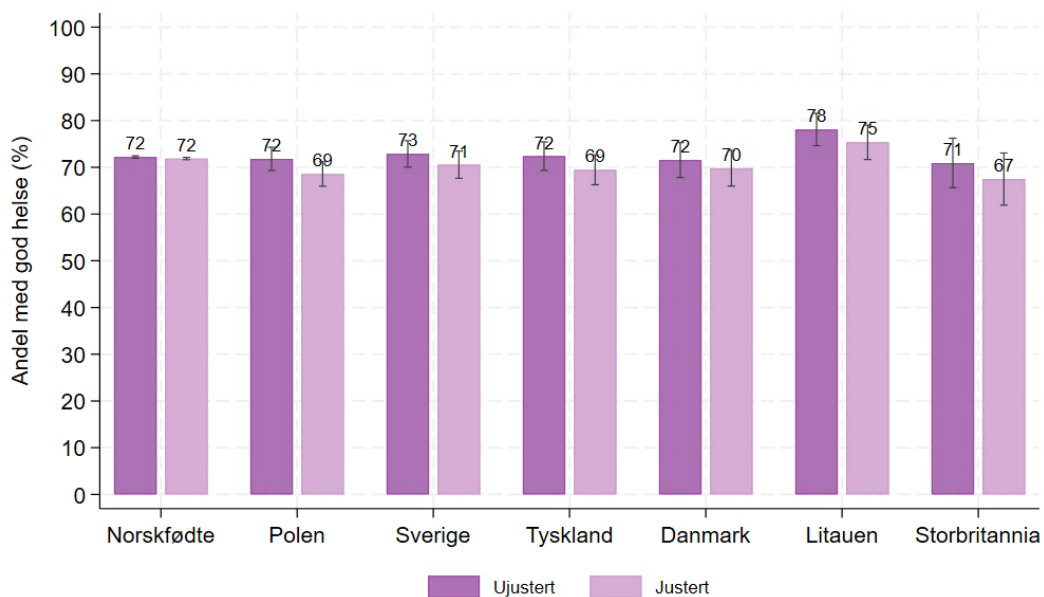
De ujusterte andelenene med god helse er 6 prosentpoeng høyere blant både menn og kvinner fra Litauen enn blant norskfødte menn og kvinner med norskfødte foreldre. Det er ellers lite variasjon mellom de andre gruppene – andelen med god helse er relativt lik på tvers av disse.

Etter justering synker andelen med god helse noe blant innvandrerkvinner. Menn og kvinner fra Litauen kommer fortsatt bedre ut enn norskfødte (henholdsvis 6 og 3 prosentpoeng høyere), mens andelen menn med god helse fra Tyskland og Storbritannia er henholdsvis 5 og 6 prosentpoeng lavere enn blant norskfødte menn med norskfødte foreldre. Kvinner fra Storbritannia ligger også 5 prosentpoeng lavere enn norskfødte kvinner med norskfødte foreldre. Det er relativt små kjønnsforskjeller innen de ulike gruppene, men den største forskjellen finnes blant deltakere fra Polen, hvor andelen med god helse er 4 prosentpoeng høyere blant kvinner enn blant menn.

Figur 2.5a Andel menn med god helse fra etter landbakgrunn blant innvandrere fra seks europeiske land og norskfødte

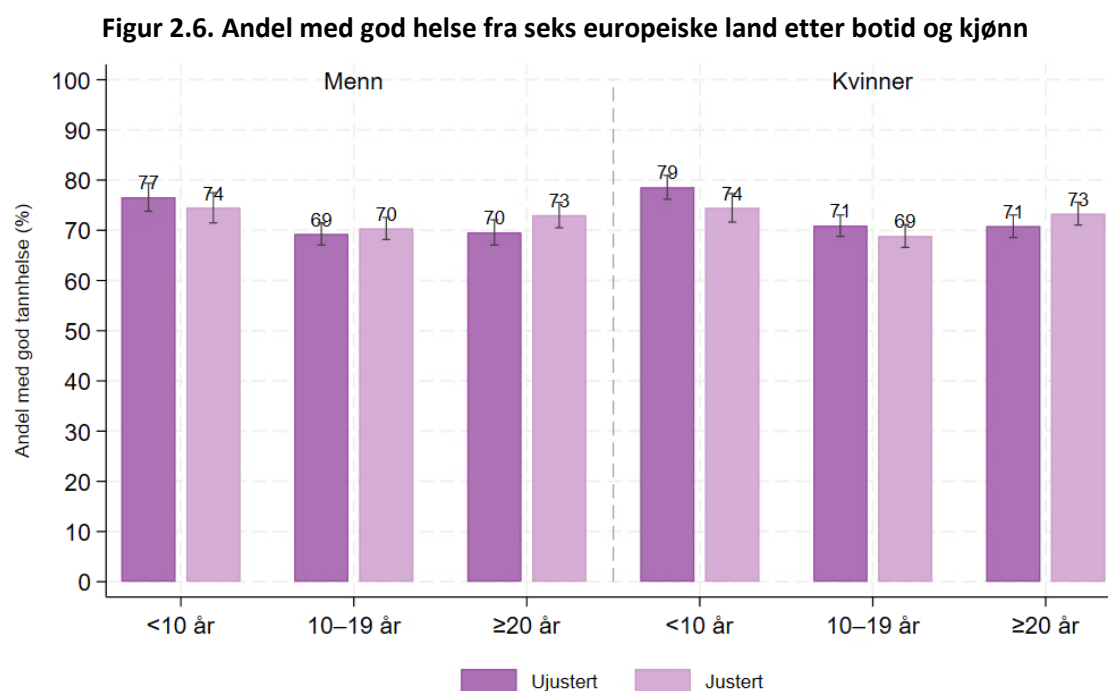


Figur 2.5b Andel kvinner med god helse etter landbakgrunn blant innvandrere fra seks europeiske land og norskfødte



I **figur 2.6** vises andelen med god helse fordelt etter botid i Norge blant menn og kvinner fra de seks utvalgte europeiske landene samlet. Andelene vises både ujustert og justert for aldersgruppe, utdanningsnivå og landbakgrunn.

I de ujusterte andelene ser vi at andelen med god helse er høyest blant både innvandermenn og -kvinner med 10 års botid eller mindre i Norge. Disse andelene ligger 7-8 prosentpoeng høyere enn blant dem med lengre botid. Etter justering reduseres variasjonen til 4 og 5 prosentpoeng for menn og kvinner med botid. Forskjellene er ikke lenger betydelige.

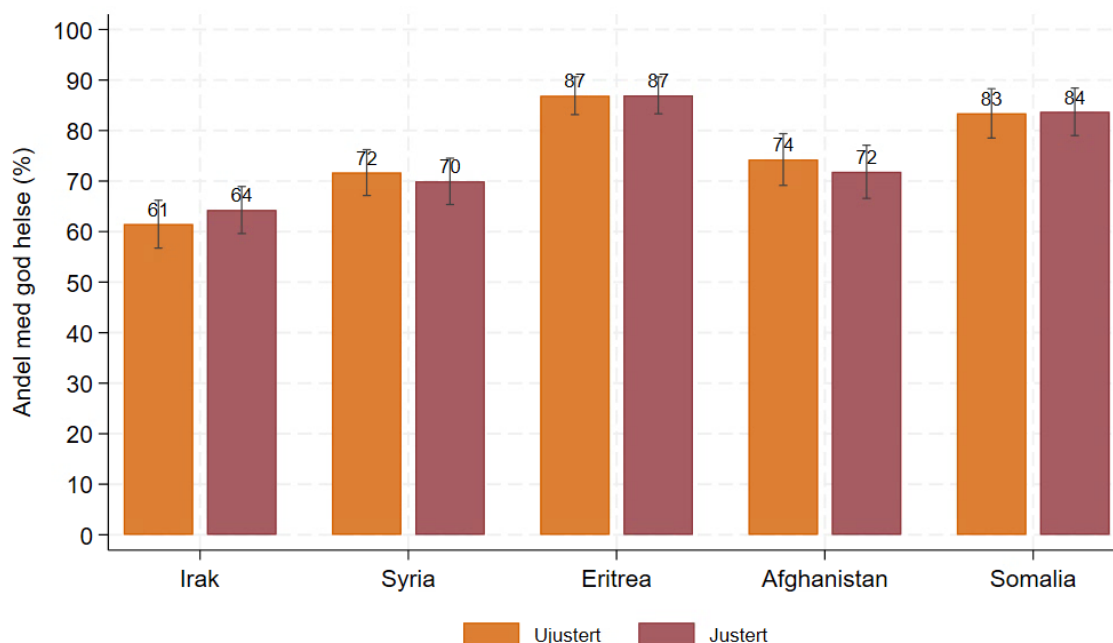


3.2.5 God helse blant deltakere fra fem land preget av flyktningutvandring

Resultatene i denne delen er basert på 1 599 av 1 602 innvandrere (99,8 %) fra Irak, Syria, Eritrea, Afghanistan og Somalia. Blant innvandrere fra disse fem landene rapporterer 74,2 % (95 % KI: 72,0–76,3) at de har god helse.

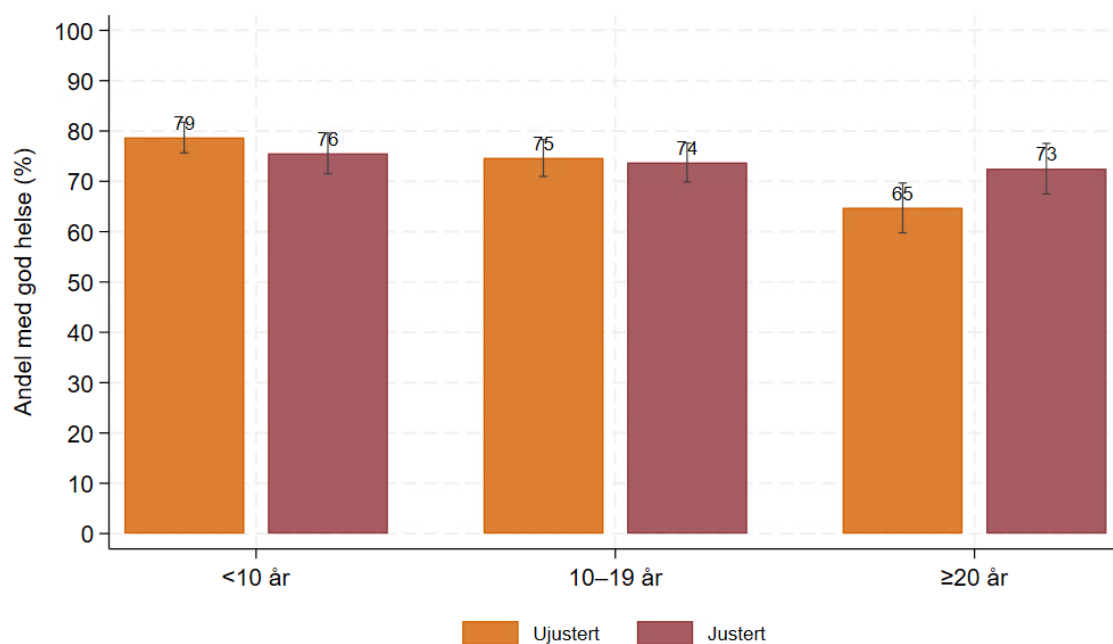
Figur 2.7 viser andelen som oppgir god helse på tvers av de fem landene, både ujustert og justert for kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå. Andelen med god helse er lavere blant deltakere fra Irak enn blant de øvrige gruppene, med en forskjell i ujusterte andeler på mellom 11 og 26 prosentpoeng. God helse er mest utbredt blant deltakere fra Eritrea og Somalia. Etter justering er variasjonene mellom gruppene noe mindre, men utgjør fortsatt opptil 23 prosentpoeng.

Figur 2.7. Andel med god helse etter landbakgrunn blant innvandrere fra fem land preget av flyktningutvandring



Når det gjelder botid (**Figur 2.8**), viser de ujusterte tallene at andelen med god helse er 14 prosentpoeng lavere blant deltakere som har bodd i Norge i 20 år eller mer, enn blant deltakere som har bodd i landet i ti år eller mindre. Etter justering for kjønn, aldersgruppe, utdanning og landbakgrunn, reduseres forskjellen til tre prosentpoeng og det er ingen betydelig sammenheng mellom god helse og botid.

Figur 2.8. Andel med god helse etter botid blant innvandrere fra fem land preget av flyktningutvandring



3.2.6 Oppsummering om god helse

I vårt materiale rapporterer en stor andel av deltakerne at de har god helse, men det er tydelige forskjeller mellom innvandrergruppene. Høyest andel finner vi blant innvandrere fra Afrika sør for Sahara, mens lavest andel ses blant grupper fra Midtøsten/Nord-Afrika og Sør-Asia. Blant innvandrere fra flere områder i Europa ligger andelen på nivå med eller noe over norskfødte. Analysen på landsbasis viser at blant de seks europeiske landene er andelen med god helse høyest blant innvandrere fra Litauen og lavest blant innvandrere fra Storbritannia. Variasjonen blant innvandrere fra land preget av flyktningutvandring er betydelig, med forskjell på 23 prosentpoeng mellom deltakere fra Eritrea og deltakere fra Irak. Mønsteret samsvarer i stor grad med tidligere rapporter, som *Levekår blant innvandrere 2016* og FHUS Oslo (8,10), selv om absolutte andeler varierer noe. Et unntak er at deltakere i FHUS Oslo fra Somalia og Afrika samlet (Afrika sør for Sahara skiller ikke ut i FHUS Oslo), samt fra Polen og EU2 land (tilsvarende vår EU-Øst-Europa kategori), rapporterte god helse i langt mindre grad enn det vi finner i våre funn.

At en stor andel rapporterer god helse kan indikere en "healthy migrant"-effekt – det vil si at mange er relativt unge og friske ved ankomst til Norge. Denne effekten er kjent for å avta over tid (36). I tråd med dette viser analysen av hele innvandrertutvalget at andelen med god helse er noe lavere blant dem med mer enn 10 års botid i Norge enn blant med deltakere med kortere botid. Dette er derimot ikke tilfelle for analyser av innvandrere fra europeiske land eller land preget av flyktningutvandring, da botidseffekten blir forklart med variasjon i sammensetningen av ulike innvandrergupper, aldersgrupper og utdanningsnivå.

Med unntak av Sør-Asia og «øvrige land» er det ikke store kjønnsforskjeller i andelen som rapporterer god helse, i tråd med funn fra Levekårsundersøkelsen og FHUS Oslo (8,10). Blant yngre deltakere er andelen med god helse høy, men aldersgradienten ser ut til å være noe sterkere i flere innvandrergupper – særlig de utenfor Norden og Vest-Europa – enn blant norskfødte. En raskere forverring av helse med økende alder blant innvandrere fra lav- til middelinntektsland er også tidligere påpekt (8,37,38). Høyere utdanning henger sammen med god helse i de fleste grupper, men styrken i denne sammenhengen varierer, noe som også er dokumentert i internasjonal litteratur (39).

3.3 God tannhelse

3.3.1 Mål for god tannhelse

Deltakerne ble spurt: «Hvordan vurderer du tannhelsen din?», med fem svaralternativer: «Svært god», «God», «Verken god eller dårlig», «Dårlig» og «Svært dårlig». I denne rapporten regnes personer som har svart «svært god» eller «god» som å ha god tannhelse.

3.3.2 God tannhelse blant ulike innvandrergupper ved kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå

Resultatene er basert på 21 609 av 21 666 innvandrere (99,7 %) og 219 752 av 220 101 norskfødte med norskfødte foreldre (99,8 %).

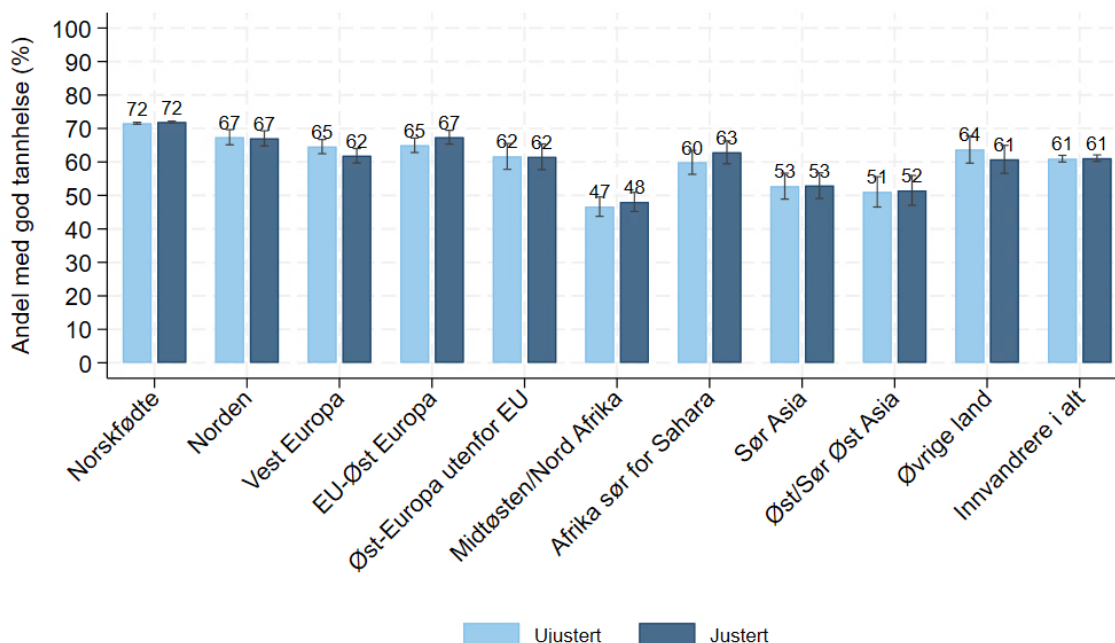
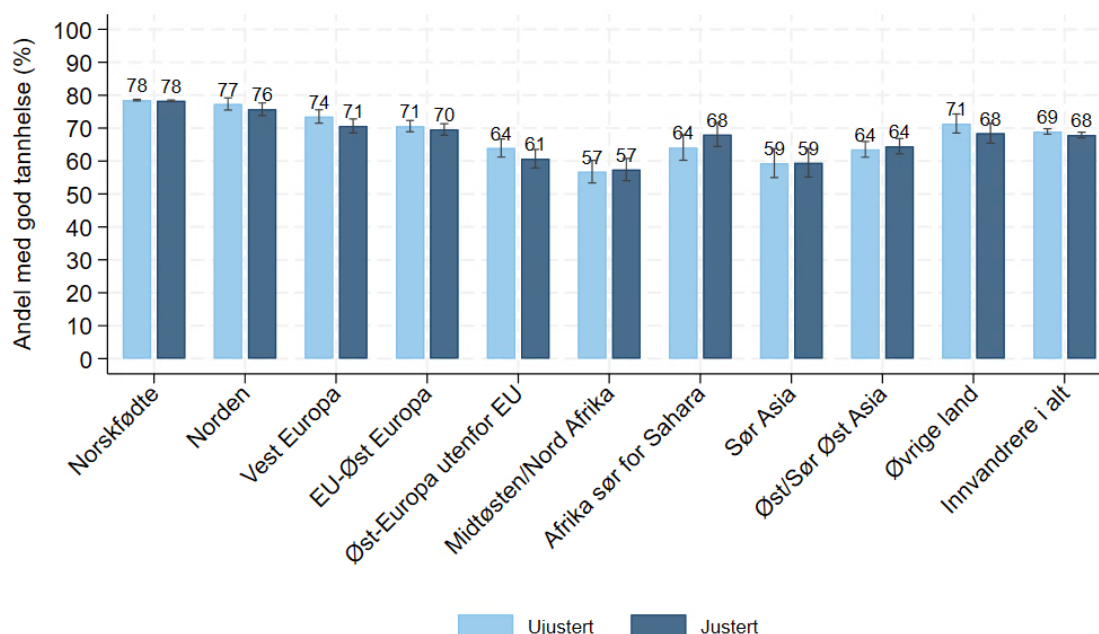
Andelen innvandrere som rapporterer god tannhelse er 65,4 % (95 % KI: 64,8–66,0). Dette er markant lavere enn blant norskfødte med norskfødte foreldre, der andelen ligger på 75,3 % (95 % KI: 75,1–75,5). Dette mønsteret vedvarer også etter justering for kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå, der andelen er 64,8 % (95 % KI: 64,2–65,4) blant innvandrere og 75,4 % (95 % KI: 75,2–75,5) blant norskfødte med norskfødte foreldre.

Figur 3.1a viser både den ujusterte og justerte andelen med god tannhelse blant menn, fordelt på innvandrerguppe. **Figur 3.1b** viser tilsvarende andeler blant kvinner. Den ujusterte andelen med god tannhelse er lavere i alle innvandrergupper enn blant norskfødte med norskfødte foreldre, med unntak av innvandrerkvinner fra Norden.

Den laveste andelen med god tannhelse finner vi blant innvandrere fra Midtøsten/ Nord Afrika: menn i denne gruppen ligger 25 prosentpoeng og kvinner 21 prosentpoeng under nivået blant norskfødte menn (72 %) og kvinner (78 %). Andelen med god tannhelse er også lavere blant kvinner fra Sør-Asia (19 prosentpoeng lavere) og blant menn fra Øst-/Sørøst-Asia og Sør-Asia –henholdsvis 21 og 19 prosentpoeng lavere enn blant deres norskfødte motparter.

I alle grupper er andelen med god tannhelse høyere blant kvinner enn blant menn. Forskjellene er små blant innvandrere fra Øst-Europa utenfor EU (2 prosentpoeng) og Afrika sør for Sahara (4 prosentpoeng). Den største kjønnsforskjellen ser vi blant innvandrere fra Øst-/Sørøst-Asia, hvor andelen er 13 prosentpoeng høyere blant kvinner enn blant menn.

Etter justering for aldersgruppe og utdanningsnivå forblir andelen med god tannhelse uendret for norskfødte med norskfødte foreldre. For innvandrerguppene justeres andelen noe – litt lavere for noen grupper og litt høyere for andre – men mønsteret er relativt uendret: andelen med god tannhelse er lavere i alle innvandrergupper, både blant menn og kvinner, enn blant norskfødte menn og kvinner med norskfødte foreldre.

3.1b. Andel menn med god tannhelse etter innvandrergruppe og norskfødte**3.1b. Andel kvinner med god tannhelse etter innvandrergruppe og norskfødte**

Figur 3.2a viser de ujusterte andelen med god tannhelse fordelt på innvandrergruppe og aldersgruppe. Den justerte andelen, korrigert for kjønn og utdanningsnivå, vises i **figur 3.2b**.

I **figur 3.2a**, er andelen med god tannhelse blant norskfødte med norskfødte foreldre høyest i aldersgruppene 45–54 år (77 %) og 55 år eller eldre (76 %), og lavest blant de yngste (18–34 år, 71 %). Et tilsvarende mønster ser vi for innvandrere fra Norden, selv om konfidensintervallene er overlappende.

For flere av innvandrergruppene – inkludert EU-Øst-Europa, Øst-Europa utenfor EU, Midtøsten/Nord-Afrika og Øst-/Sørøst-Asia – ser vi derimot et motsatt mønster, hvor yngre

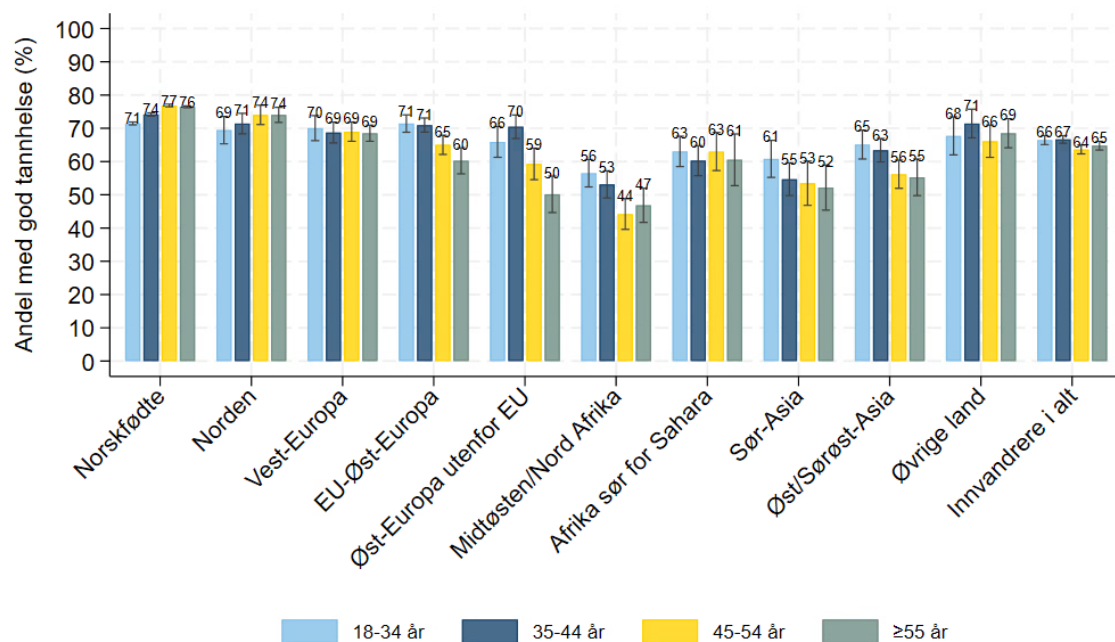
deltakere oftere rapporterer god tannhelse enn eldre. Den største aldersforskjellen finner vi blant innvandrere fra Øst-Europa utenfor EU, hvor andelen med god tannhelse er 20 prosentpoeng høyere blant de yngste enn blant de eldste. Blant de øvrige gruppene (Vest-Europa, Afrika sør for Sahara, Sør-Asia og øvrige land) er det ingen tydelig sammenheng mellom alder og andelen med god tannhelse.

Når vi sammenligner gruppene innenfor hver alderskategori, ser vi at innvandrere fra Norden generelt har en andel med god tannhelse som er på nivå med norskfødte. For andre innvandrergupper er andelen med god tannhelse ofte lavere, spesielt i de eldste aldersgruppene, med noen unntak i yngre aldre for innvandrere fra EU-Øst-Europa og Øst-Europa utenfor EU.

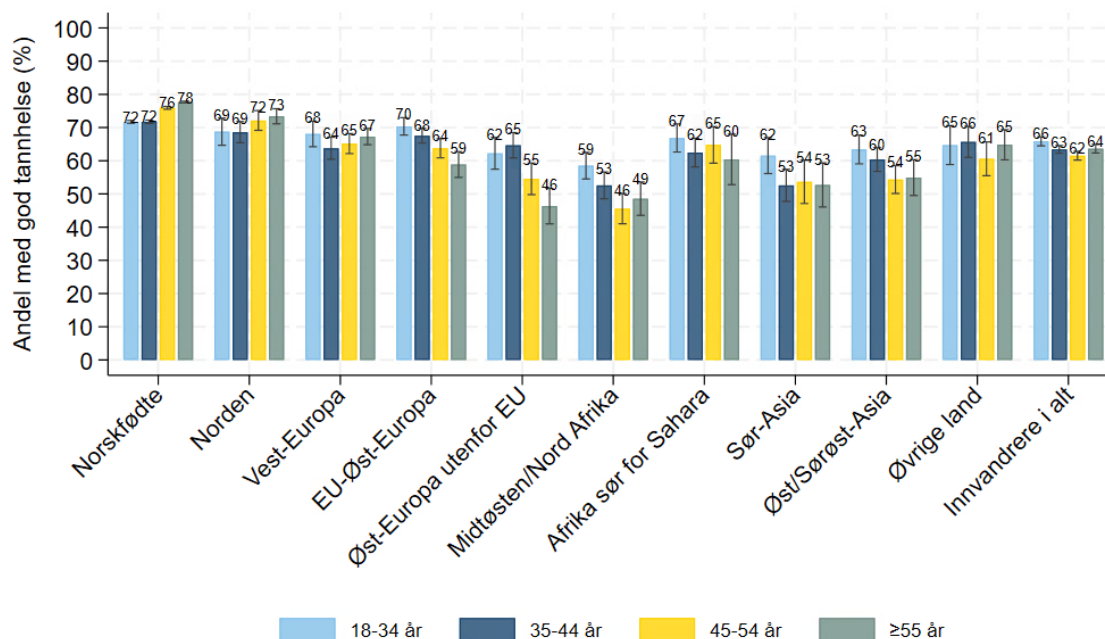
Innvandrere fra Midtøsten/Nord-Afrika kommer gjennomgående dårligst ut i alle aldersgruppene og forskjellen øker med økende aldersgruppe fram til 45-54 år. Et lignende mønster finner vi blant innvandrere fra Sør-Asia.

Etter justering (**figur 3.2b**) synker andelen noe for de fleste innvandrerguppene, noe som bidrar til å forsterke forskjellene mellom innvandrere og norskfødte med norskfødte foreldre. Mønsteret med lavere andel med god tannhelse blant innvandrere – særlig i eldre aldersgrupper – forblir tydelig etter justeringene.

Figur 3.2a Andel med god tannhelse etter aldersgruppe og innvandrergruppe / norskfødte (ujustert)



Figur 3.2b Andel med god tannhelse etter aldersgruppe og innvandrergroupe / norskfødte (justert)



I **figur 3.3a** ser vi den ujusterte andelen med god tannhelse fordelt på utdanningsnivå for norskfødte med norskfødte foreldre, innvandrere i alt og ulike innvandringsgrupper. Den justerte andelen, korrigert for kjønn og aldersgruppe, vises i figur 3.3b.

Blant de fleste gruppene øker andelen som rapporterer god tannhelse med høyere utdanningsnivå. Dette er mest tydelig blant innvandrere fra Norden og blant norskfødte med norskfødte foreldre, hvor forskjellen mellom deltakere med grunnskole eller mindre og lang universitetsutdanning er henholdsvis 27 og 23 prosentpoeng. For innvandrere fra Øst-/Sørøst-Asia og Afrika sør for Sahara er variasjonen kun henholdsvis 4 og 5 prosentpoeng, og det er ingen tydelig sammenheng mellom utdanningsnivå og god tannhelse i disse gruppene.

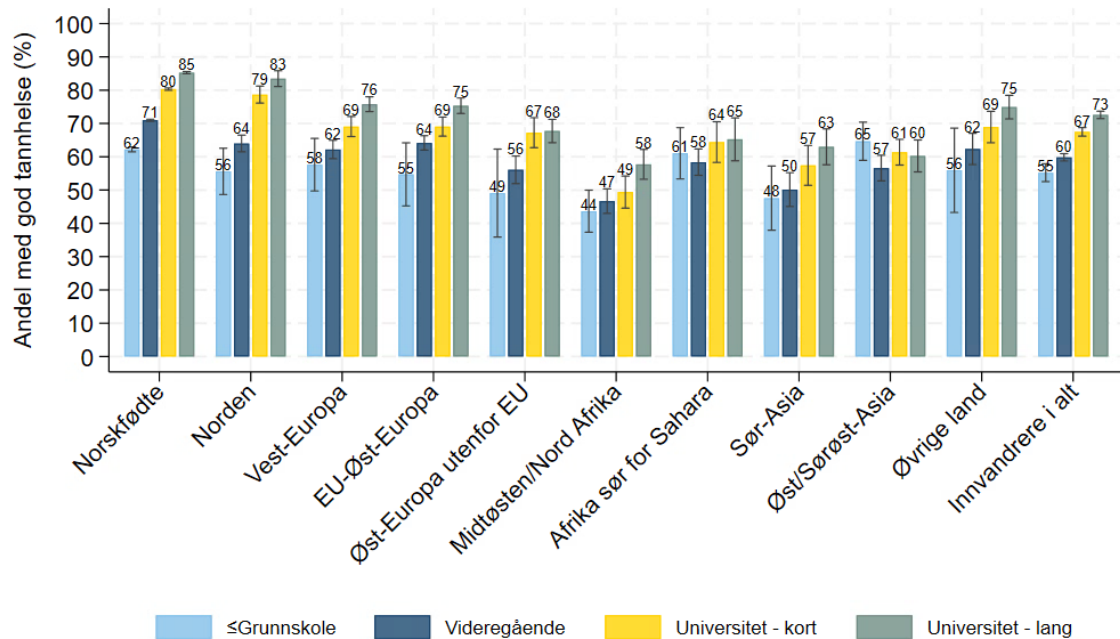
Blant deltakere med grunnskole eller lavere utdanning er andelen med god tannhelse høyest blant innvandrere fra Øst-/Sørøst-Asia (65 %), etterfulgt av norskfødte (62 %). God tannhelse er derimot mindre utbredt blant innvandrere fra Midtøsten/Nord-Afrika (44 %), Sør-Asia (48 %) og innvandrere i alt (55 %) enn blant norskfødte med tilsvarende utdanning.

Blant deltakere med videregående utdanning er andelen med god tannhelse lavere i alle innvandrergupper enn blant norskfødte. Det samme gjelder for deltakere med kort eller lang universitetsutdanning, med unntak av innvandrere fra Norden, som ligger nærmere nivået blant norskfødte.

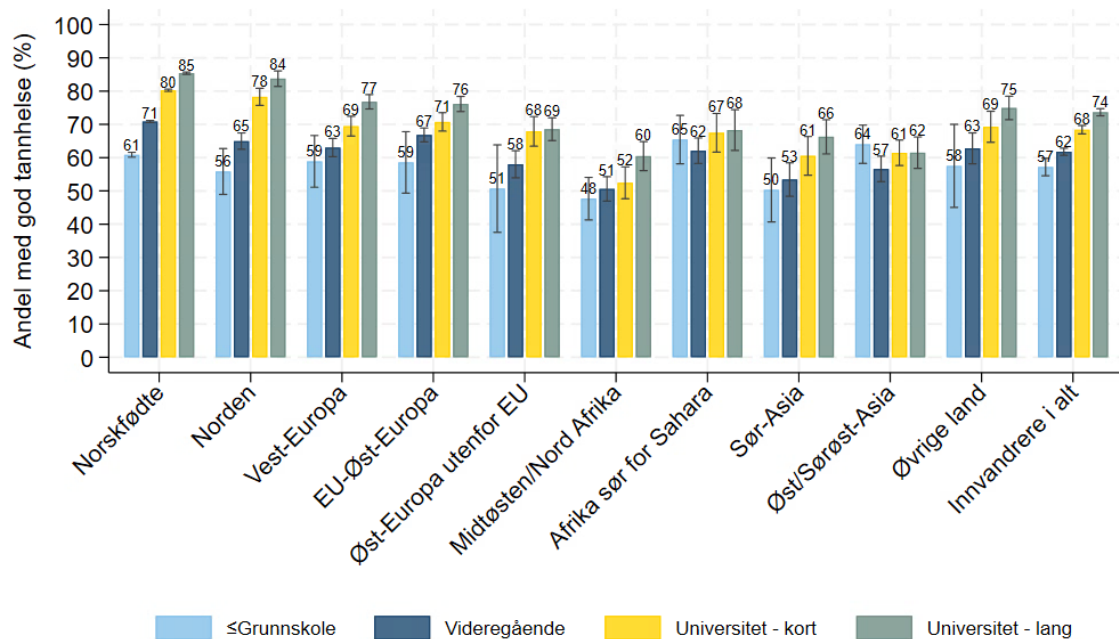
Innvandrere fra Midtøsten/Nord-Afrika kommer dårligst ut uavhengig av utdanningsnivå. Andelen med god tannhelse er i denne gruppen henholdsvis 18, 24, 31 og 27 prosentpoeng lavere enn blant norskfødte med norskfødte foreldre for grunnskole eller mindre, videregående, kort og lang universitetsutdanning.

Etter justeringer (**figur 3.3b**) blir andelen med god tannhelse noe høyere for flere innvandrergupper, særlig de uten universitetsutdanning. Forskjellene mellom innvandrere og norskfødte blir dermed litt mindre. Utdanningsgradient i god tannhelse fremstår som noe svakere for flere innvandrergupper etter justering.

Figur 3.3a Andel med god tannhelse etter utdanningsnivå og innvandrergroupe / norskfødte (ujustert)



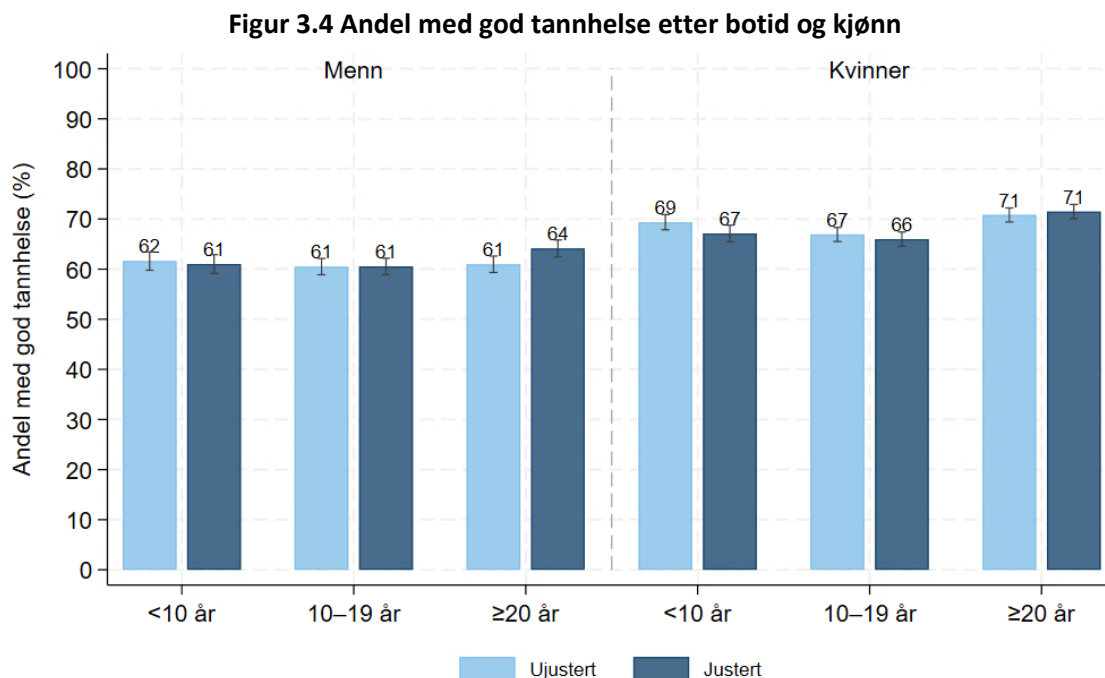
Figur 3.3b Andel med god tannhelse etter utdanningsnivå og innvandrergroupe / norskfødte (justert)



3.3.3 God tannhelse blant innvandrere med ulike botid

Figur 3.4 viser både den ujusterte og den justerte andelen innvandrere med god tannhelse, fordelt etter kjønn og botid i Norge. Den ujusterte andelen med god tannhelse varierer med fire prosentpoeng blant innvandrerkvinner og kun ett prosentpoeng blant innvandrer menn.

Etter justering for aldersgruppe, utdanningsnivå og innvandrergroupe er andelen med god tannhelse høyest blant både innvandrer menn og -kvinner med over 20 års botid. Konfidensintervallene er overlappende for menn, men ikke for kvinner, noe som sier at forskjellen med botid er tydelig for kvinner, men ikke menn.



3.3.4 God tannhelse blant deltakere fra seks europeiske land

Resultatene i denne delen er basert på 8 252 av 8 284 innvandrere (99,6 %) fra Polen, Sverige, Tyskland, Danmark, Litauen og Storbritannia, samt 219 752 av 220 101 norskfødte med norskfødte foreldre (99,8 %).

Blant innvandrere fra disse seks landene rapporterer 70,9 % (95 % KI: 69,9–71,8) at de har god tannhelse. Dette er lavere enn blant norskfødte med norskfødte foreldre, hvor andelen er 75,3 % (95 % KI: 75,1–75,5). Etter justering for kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå øker forskjellen noe: 69,9 % (95 % KI: 68,9–70,8) blant innvandrere, og 75,4 % (95 % KI: 75,1–75,6) blant norskfødte med norskfødte foreldre.

Figur 3.5a viser andelen menn som rapporterer god tannhelse etter landbakgrunn, mens **figur 3.5b** viser tilsvarende for kvinner. Andelene vises både ujustert og justert for aldersgruppe og utdanningsnivå.

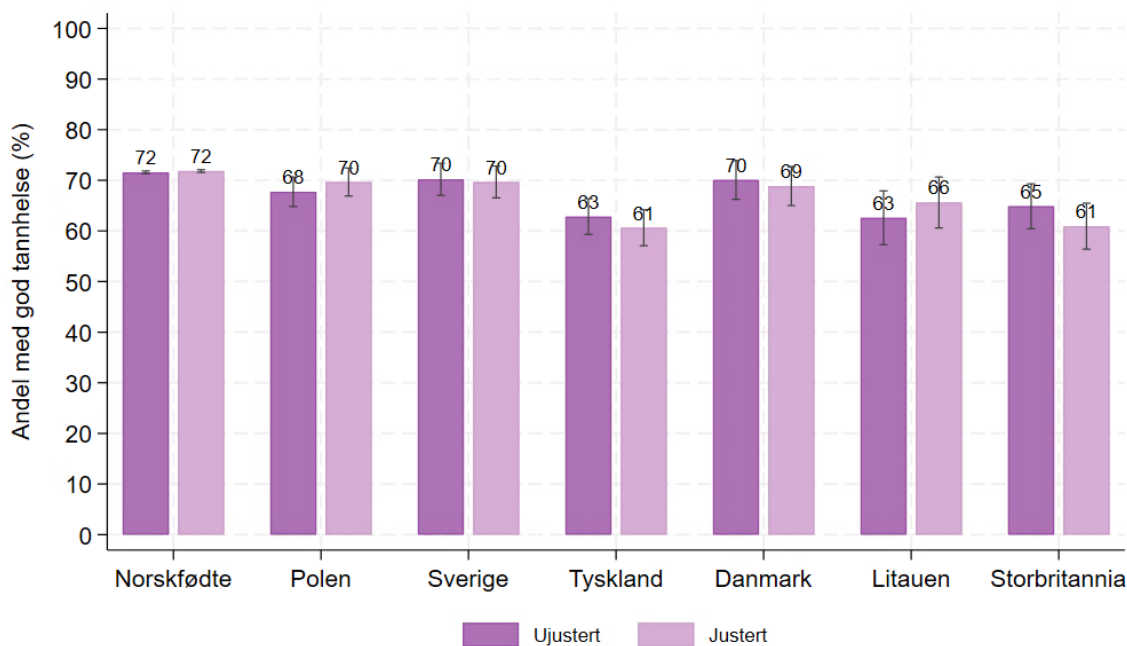
Det er kun små forskjeller i den ujusterte andelen med god tannhelse blant menn og kvinner fra Sverige og Danmark, samt kvinner fra Storbritannia, sammenlignet med norskfødte med norskfødte foreldre. Derimot er andelen lavere blant de øvrige innvandrerguppene. Blant menn er andelen lavest hos innvandrere fra Tyskland og Litauen, hvor den ligger omtrent ni prosentpoeng under nivået blant norskfødte menn. For kvinner er variasjonen enda større – andelen med god tannhelse blant kvinner fra Litauen ligger hele 14 prosentpoeng lavere enn blant kvinner fra Sverige.

Etter justering reduseres andelen med god tannhelse for de fleste innvandrerguppene, særlig blant innvandrere fra Storbritannia. Andelen er lavere blant alle innvandrerkvinner, med

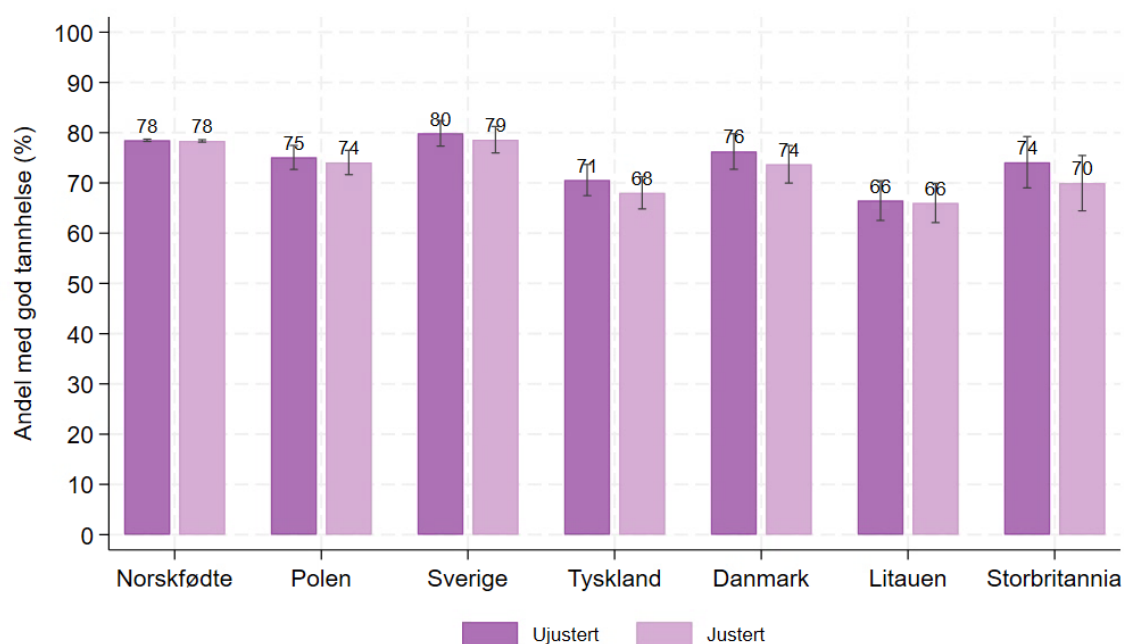
unntak av svenske kvinner, enn blant norskfødte kvinner med norskfødte foreldre. Blant både menn og kvinner er andelen lavest hos innvandrere fra Litauen og Tyskland.

Med unntak av innvandrere fra Litauen, er god tannhelse vanligere blant kvinner enn blant menn innen hver gruppe. Den største kjønnsforskjellen i de justerte andelenene finner vi blant innvandrere fra Sverige og Storbritannia, hvor andelen med god tannhelse er ni prosentpoeng høyere blant kvinner enn blant menn.

Figur 3.5a Andel menn med god tannhelse etter landbakgrunn blant innvandrere fra seks europeiske land og norskfødte

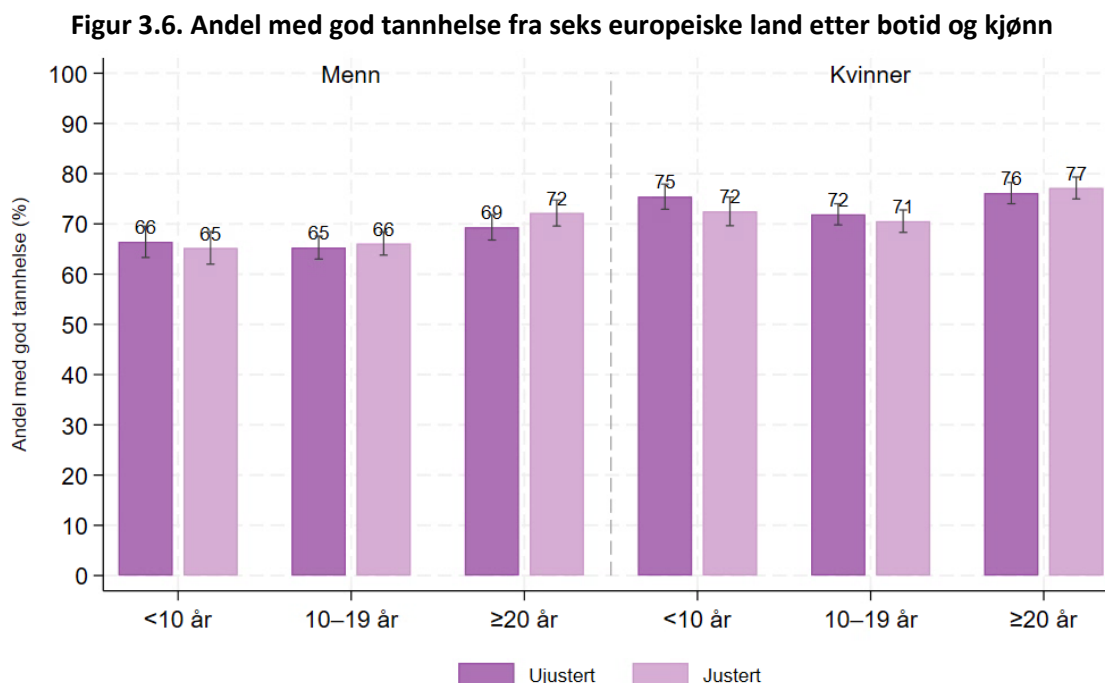


Figur 3.5a Andel kvinner med god tannhelse etter landbakgrunn blant innvandrere fra seks europeiske land og norskfødte



Figur 3.6 viser andelen med god tannhelse fordelt etter botid blant menn og kvinner fra de seks utvalgte europeiske landene samlet. Andelenes vises både ujustert og justert for aldersgruppe, utdanningsnivå og landbakgrunn.

I de ujusterte andelenes har god tannhelse ingen tydelig sammenheng med botid. Etter justering ser vi at andelen med god tannhelse er 5-7 prosentpoeng høyere blant innvandrere med mer enn 20 år i Norge enn i de øvrige gruppene, mens forskjellene mellom de med mindre enn 10 års botid og de med 10-19 års botid er ubetydelige.



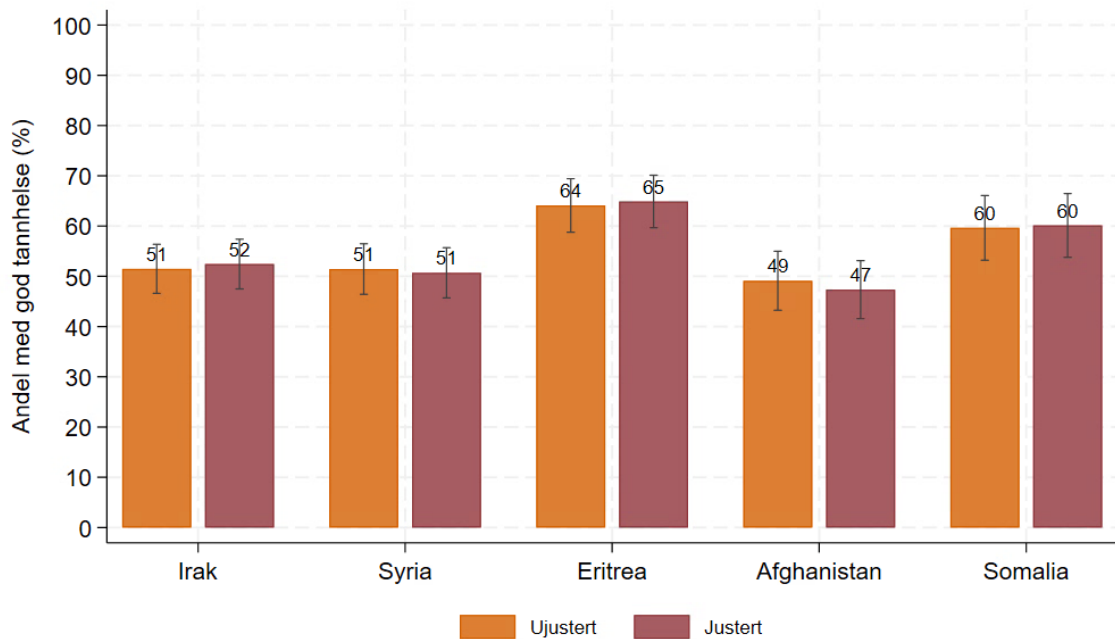
3.3.5 God tannhelse blant deltakere fra fem land preget av flyktningutvandring

Resultatene i denne delen er basert på 1 597 av 1 602 innvandrere (99,7 %) fra Irak, Syria, Eritrea, Afghanistan og Somalia. Blant innvandrere fra disse fem landene rapporterer 54,7 % (95 % KI: 52,2–57,1) at de har god tannhelse.

Figur 3.7 viser andelen som rapporterer god tannhelse etter landbakgrunn, både ujustert og justert for kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå.

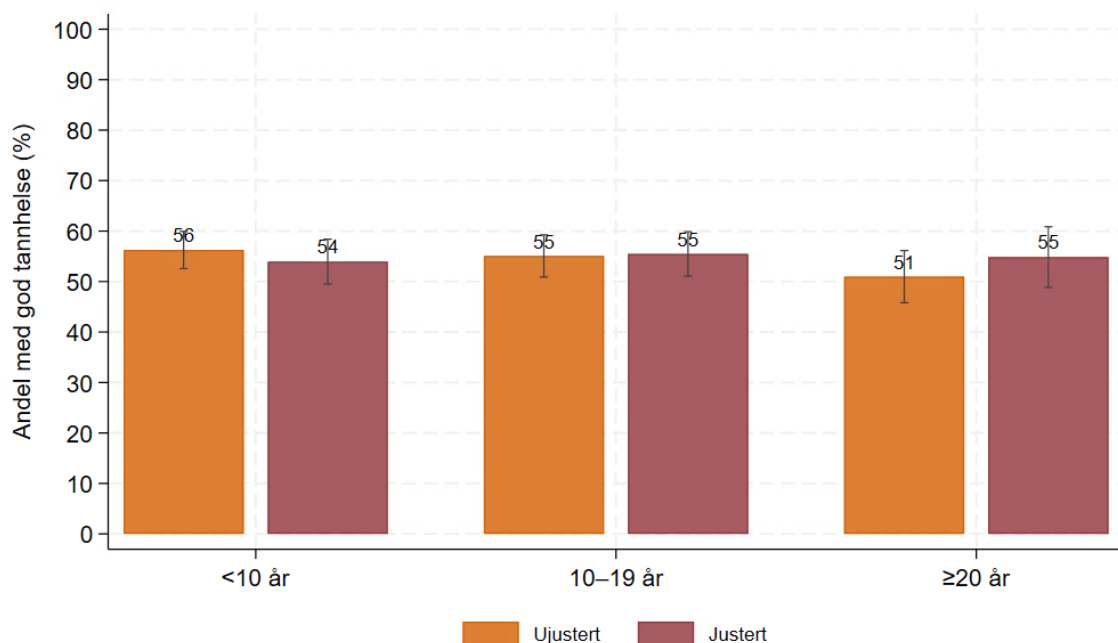
Innvandrere fra Eritrea rapporterer oftere god tannhelse enn deltakere fra Irak, Syria og Afghanistan. Det er en forskjell på 15 prosentpoeng i andelen med god tannhelse mellom deltakere fra Afghanistan og Eritrea. Etter justering øker forskjellen noe, til 18 prosentpoeng.

Figur 3.7. Andelen med god tannhelse etter landbakgrunn blant innvandrere fra fem land preget av flyktningutvandring



Når det gjelder botid (**Figur 3.8**), er variasjonen i god tannhelse relativt liten. Det er kun 5 prosentpoeng forskjell i den ujusterte andelen med god tannhelse mellom deltakere med kort og lang botid i Norge. Forskjellene er ikke betydelige, noe som fremgår av overlappende konfidensintervaller. Justering for kjønn, aldersgruppe, utdanningsnivå og landbakgrunn reduserer variasjonen ytterligere.

Figur 3.8. Andel med god tannhelse etter botid blant innvandrere fra fem land preget av flyktningutvandring



3.3.6 Oppsummering om god tannhelse

Resultatene viser at andelen som rapporterer god tannhelse er lavere blant innvandrere enn blant norskfødte med norskfødte foreldre. Unntaket er innvandrere fra Norden, som ligger på omtrent samme nivå. Disse forskjellene gjelder både menn og kvinner og vedvarer uavhengig av alder og utdanningsnivå. Andelen med god tannhelse er særlig lavere blant innvandrere fra land utenfor Vest-Europa og EU-Øst-Europa.

Dette ligner på funn fra FHUS Oslo, hvor god tannhelse er også betydelig lavere blant innvandrere fra land utenfor Norden, EU, USA, Canada, Australia og New Zealand (10). En systematisk litteraturgjennomgang av europeisk forskning viser også at innvandrere fra lav- til middelsinntektsland har dårligere tannhelse enn befolkningen for øvrige (40).

Særlig lave andeler finnes blant innvandrere fra Midtøsten/Nord-Afrika, Sør-Asia og Øst-/Sørøst-Asia, samt blant alle undersøkte land preget av flyktningutvandring. Internasjonal forskning viser at flyktninger ofte har store problemer med tannsykdom og begrenset tilgang til tannlegetjenester (41,42).

Kvinner rapporterer generelt bedre tannhelse enn menn, men kjønnsforskjellene varierer mellom grupper. Den største forskjellen ses blant innvandrere fra Øst-/Sørøst-Asia, hvor andelen med god tannhelse er betydelig høyere blant kvinner enn blant menn. Aldersmønsteret varierer også mellom grupper: blant norskfødte øker andelen med god tannhelse med alder, mens den i flere innvandrergupper synker. Det er særlig tydelig at eldre rapporterer dårligere tannhelse enn yngre blant innvandrere fra Øst-Europa utenfor EU og Midtøsten/Nord-Afrika. Subjektive vurderinger av tannhelse kan endre seg med alder, og sammenligningsgrunnlaget kan være ulikt mellom innvandrergupper.

Utdanning har en tydelig sammenheng med god tannhelse – andelen er høyest blant dem med lang universitetsutdanning i de fleste grupper. Sammenhengen er imidlertid svakere i enkelte grupper, som Afrika sør for Sahara og Øst-/Sørøst-Asia. Innvandrere med lengre botid rapporterer oftere god tannhelse enn innvandrere med kortere botid. Dette mønsteret finner vi i analysene for innvandrere samlet, samt for dem fra de seks europeiske landene. Botid har derimot ingen klar sammenheng med tannhelsen blant innvandrere fra de fem landene preget av flyktningutvandring.

3.4 Psykiske plager

3.4.1 Mål for psykiske plager

Målet for psykiske plager er «Hopkins Symptom Checklist» (HSCL-5) (43), som består av fem spørsmål om angst- og depressive symptomer, for eksempel «nervøsitet eller indre uro» og «følelse av håpløshet med tanke på fremtiden». I denne versjonen av HSCL-5 ble deltakerne spurt om plagene de hadde opplevd «den siste uken». Svaralternativene var: «Ikke plaget» (1 poeng), «Litt plaget» (2 poeng), «Ganske mye plaget» (3 poeng) og «Veldig mye plaget» (4 poeng). Vi beregnet gjennomsnittsskår for deltakere som hadde svart på minst fire av de fem spørsmålene. Terskelverdien for høyt nivå av psykiske plager er satt til $\geq 2,0$ (heretter omtalt som «psykiske plager»).

3.4.2 Psykiske plager blant ulike innvandrergupper ved kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå

Resultatene er basert på svar fra 21 621 av 21 666 innvandrere (99,8 %) og 219 769 av 220 101 norskfødte med norskfødte foreldre (99,8 %).

Andelen innvandrere som rapporterer psykiske plager er 29,9 % (95 % KI: 29,3–30,5). Dette er markant høyere enn blant norskfødte med norskfødte foreldre, hvor andelen er 19,8 % (95 % KI: 19,7–20,0). Etter justering for kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå er andelen med psykiske plager 27,7 % (95 % KI: 27,1–28,3) blant innvandrere og 20,0 % (95 % KI: 19,8–20,2) blant norskfødte med norskfødte foreldre.

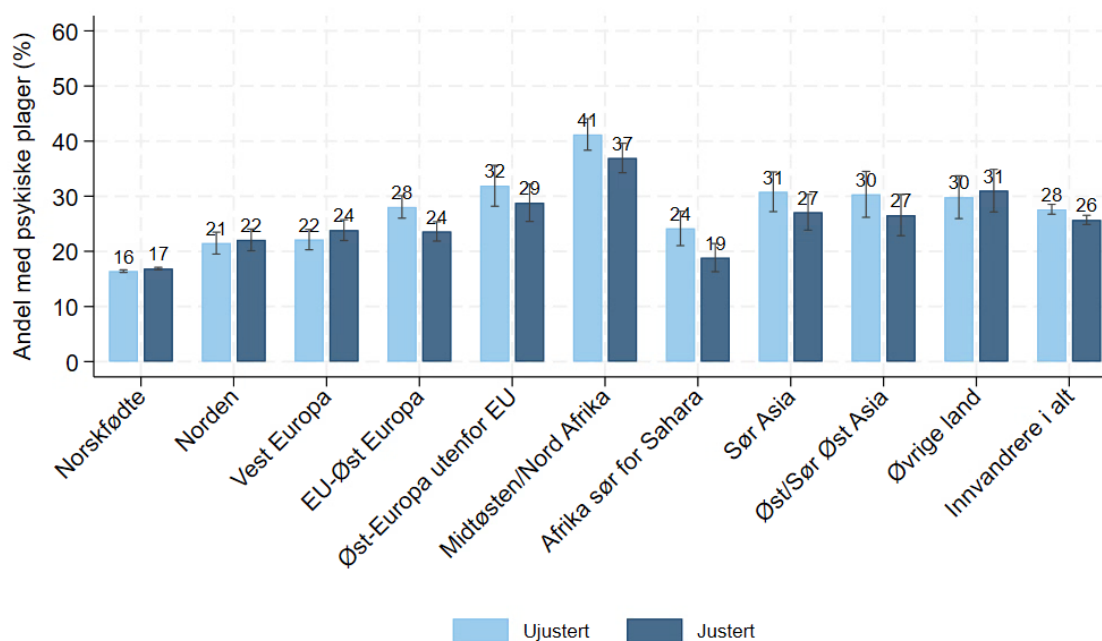
Figur 4.1a viser både den ujusterte og justerte andelen med psykiske plager blant menn, fordelt på innvandrerguppe. **Figur 4.1b** viser tilsvarende andeler blant kvinner.

Den ujusterte andelen med psykiske plager er høyere blant både menn og kvinner i alle innvandrerguppene enn blant norskfødte med norskfødte foreldre, hvor andelen er 16 % blant menn og 23 % blant kvinner. Blant innvandrere er psykiske plager minst utbredt blant deltakere fra Norden (21 % blant menn og 27 % blant kvinner) og Vest-Europa (22 % blant menn og 28 % blant kvinner). Plagene er mest utbredt blant menn og kvinner fra Midtøsten/Nord-Afrika og blant kvinner fra Sør-Asia. Omtrent 41 % i disse gruppene rapporterer et høyt nivå av psykiske plager – henholdsvis 25 og 19 prosentpoeng høyere enn blant norskfødte menn og kvinner.

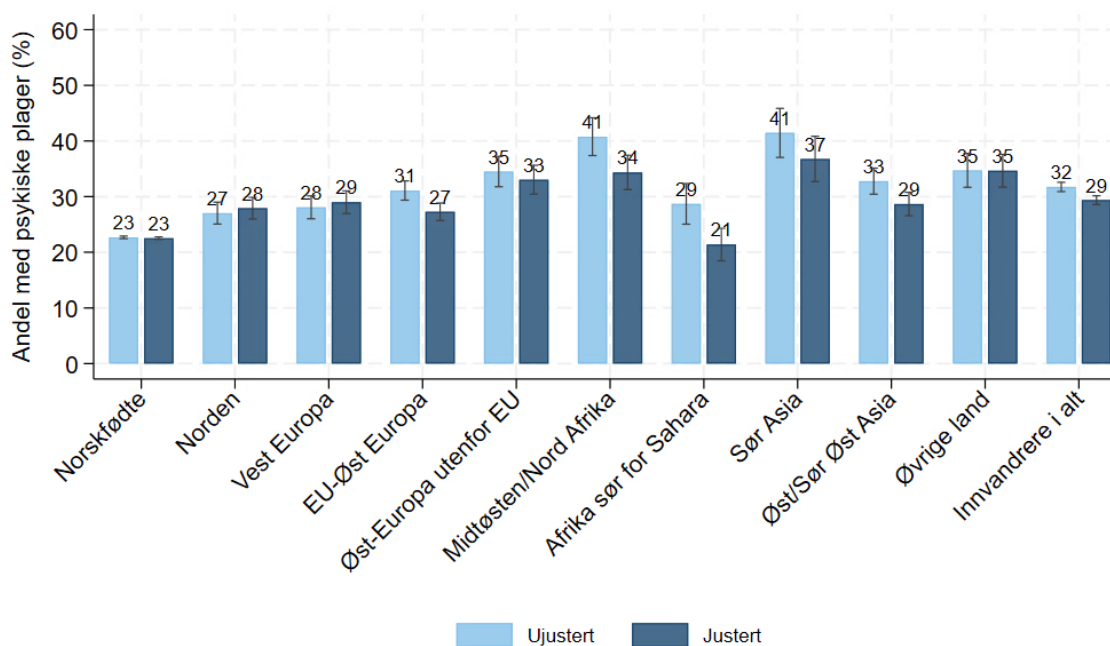
Etter justering for aldersgruppe og utdanningsnivå er andelen med psykiske plager tilnærmet uendret for norskfødte med norskfødte foreldre. For flere innvandrergupper – særlig de fra Midtøsten/Nord-Afrika og Afrika sør for Sahara – blir andelen noe lavere enn de ujusterte. Blant deltakere fra Afrika sør for Sahara er den justerte andelen nå tilnærmet lik nivået blant norskfødte med norskfødte foreldre, både for menn og kvinner (kun to prosentpoengs forskjell). Andelen med psykiske plager er fortsatt høyere blant alle de øvrige innvandrerguppene enn blant norskfødte.

Når vi sammenligner på tvers av kjønn (justerte andeler), er psykiske plager mer utbredt blant norskfødte kvinner enn blant norskfødte menn (6 prosentpoengs forskjell). Dette mønsteret finner vi også blant innvandrere fra Norden, Vest-Europa og Sør-Asia. Blant de øvrige innvandrerguppene overlapper konfidensintervallene for menn og kvinner, noe som indikerer at kjønnsforskjellene ikke er tydelige. Den største forskjellen mellom kjønnene sees blant innvandrere fra Sør-Asia, hvor andelen med psykiske plager er over 10 prosentpoeng høyere blant kvinner enn blant menn.

4.1a. Andel menn med psykiske plager etter innvandrergroupe og norskfødte



4.1b. Andel kvinner med psykiske plager etter innvandrergroupe og norskfødte



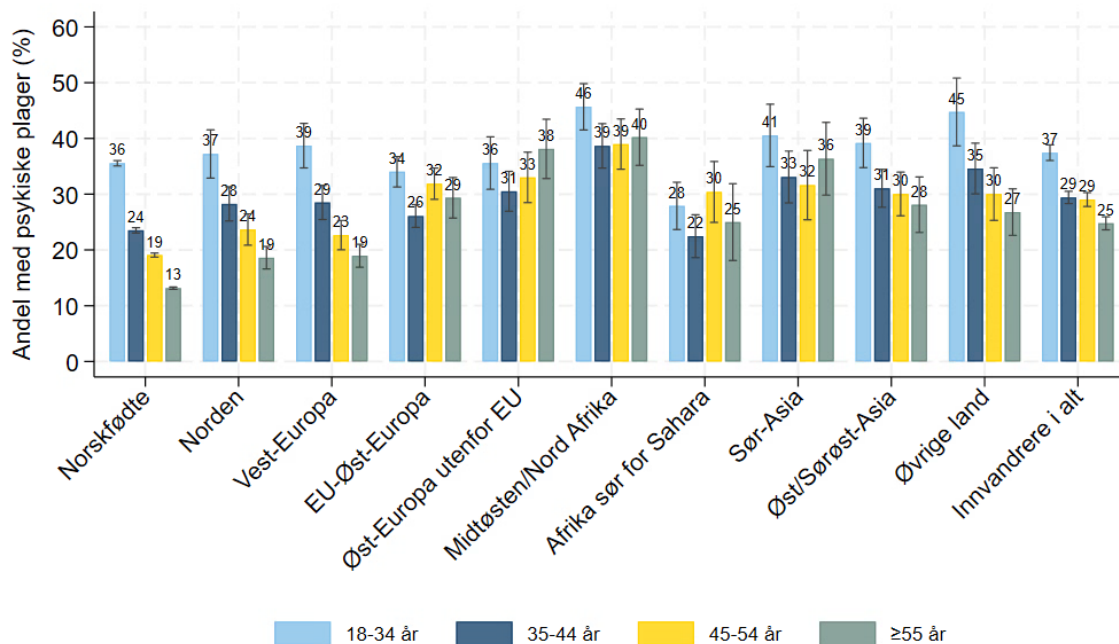
Figur 4.2a viser den ujusterte andelen med et høyt nivå av psykiske plager fordelt på aldersgrupper for norskfødte med norskfødte foreldre, innvandrere i alt og ulike innvandrergupper. Den justerte andelen, korrigert for kjønn og utdanningsnivå, vises i **figur 4.2b**.

Blant norskfødte med norskfødte foreldre ser vi en tydelig nedgang i den ujusterte andelen som rapporterer psykiske plager med økende aldersgruppe. I aldersgruppen 18–34 år rapporterer 36 % psykiske plager, mens andelen er 13 % blant dem som er 55 år eller eldre – en forskjell på 23 prosentpoeng. Et lignende mønster sees blant innvandrere i alt, samt innvandrere fra Norden, Vest-Europa, Øst-/Sørøst-Asia (i noe mindre grad) og øvrige land. For de andre innvandrerguppene er det ingen tydelig sammenheng mellom aldersgruppe og andelen med psykiske plager.

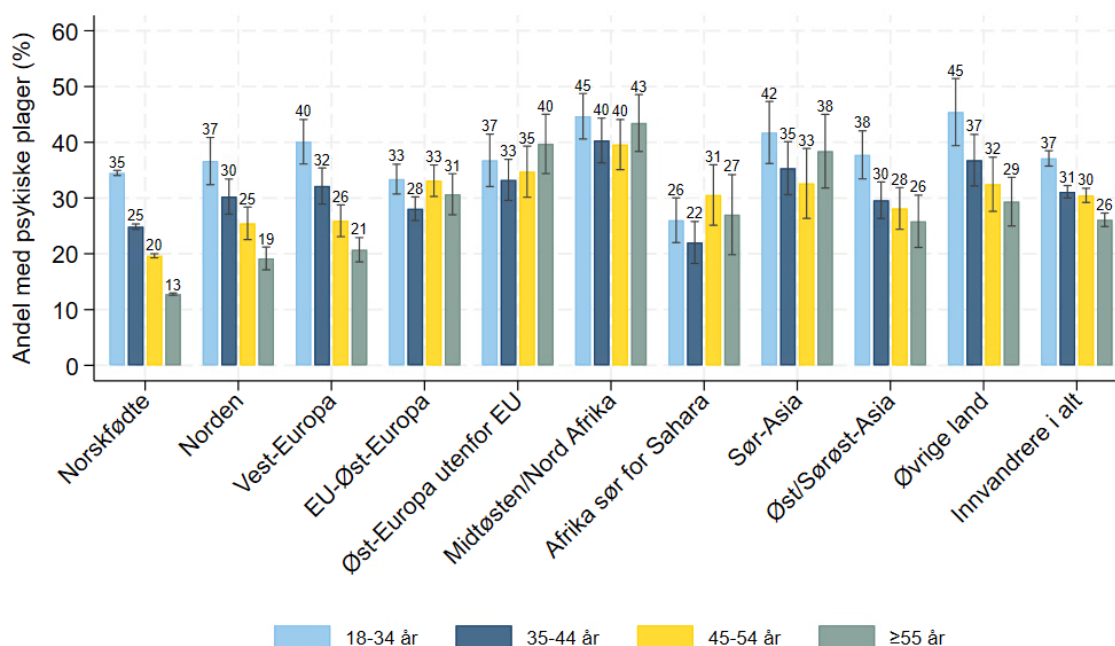
Blant de yngre aldersgruppene, 18–34 år, er andelen med psykiske plager generelt lik mellom innvandrere og norskfødte, med unntak av høyere forekomst hos innvandrere fra Midtøsten/Nord-Afrika og lavere hos de fra Afrika sør for Sahara. I aldersgruppene 35–44 år og spesielt blant de eldre, 55 år og eldre, er psykiske plager betydelig mer utbredt blant innvandrere enn blant norskfødte. Den største forskjellen finner vi mellom norskfødte og innvandrere fra Midtøsten/Nord Afrika i alder 55+. Den er på hele 27 prosentpoeng. Innvandrere fra Midtøsten/Nord-Afrika har høyest andel psykiske plager i alle aldersgruppene.

Etter justering (**figur 4.2b**) øker andelen med et høyt nivå av psykiske plager noe blant de fleste innvandrerguppene over 35 år, noe som forsterker forskjellene mellom disse gruppene og norskfødte. Mønsteret er ellers relativt uendret – andelen med psykiske plager er lavere blant de eldste enn blant de yngste for norskfødte og innvandrere i alt, samt blant deltakere fra Norden, Vest-Europa, Øst-/Sørøst-Asia og øvrige land.

Figur 4.2a Andel med psykiske plager etter aldersgruppe og innvandrerguppe / norskfødte (ujustert)



Figur 4.2b Andel med psykiske plager etter aldersgruppe og innvandringsgruppe / norskfødte (justert)



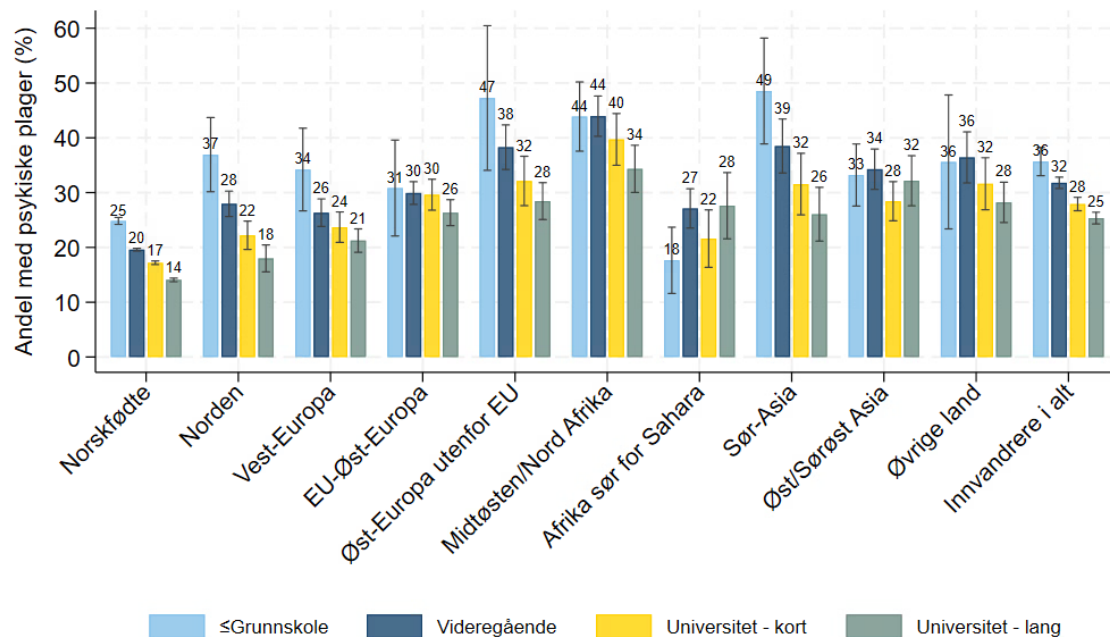
I **figur 4.3a**, ser vi den ujusterte andelen med psykiske plager fordelt på utdanningsnivå for norskfødte med norskfødte foreldre, innvandrere i alt og ulike innvandringsgrupper. Den justerte andelen, korrigert for kjønn og aldersgruppe, vises i **figur 4.3b**.

Blant norskfødte med norskfødte foreldre er det en tydelig sammenheng mellom utdanning og psykiske plager – andelen synker med økende utdanningsnivå. Mens 25 % av dem med grunnskole eller lavere rapporterer psykiske plager, gjelder dette kun 14 % av dem med lang universitetsutdanning – en forskjell på 11 prosentpoeng. Denne utdanningsgradienten er også synlig blant de fleste innvandringsgruppene. De mest markante forskjellene etter utdanningsnivå finner vi blant innvandrere fra Sør-Asia, Norden og Øst-Europa utenfor EU (19-23 prosentpoeng forskjell mellom den lavest og høyeste utdanningsnivå). For enkelte andre grupper er det ingen tydelig utdanningsforskjell i andelen med psykiske plager. Blant innvandrere er andelen med psykiske plager høyere enn blant norskfødte på hvert utdanningsnivå. Unntaket er de fra Afrika sør for Sahara hvor andelen er lavere blant de med grunnskole eller lavere og med kortuniversitetsutdanning.

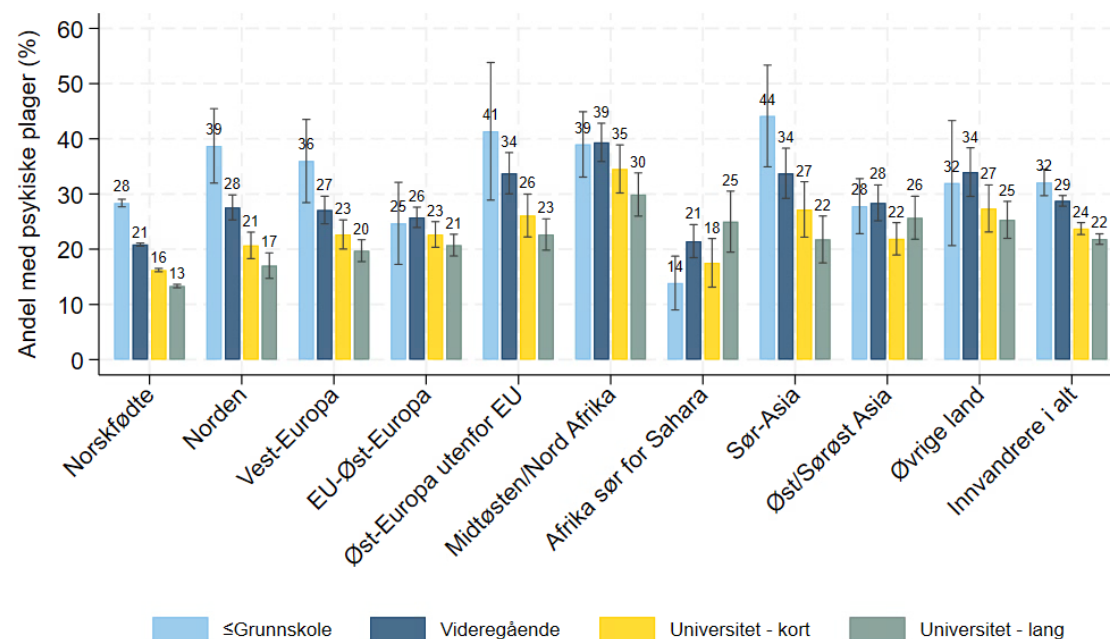
Innvandrere fra Midtøsten/Nord-Afrika skiller seg ut med høyere forekomst av psykiske plager på tvers av utdanningsnivå.

Etter justering ser vi i **figur 4.3b** at mønsteret endrer seg noe i enkelte grupper, særlig blant dem med lavest utdanningsnivå. Justeringene forsterker sammenhengen mellom utdanningsnivå og psykiske plager noe for norskfødte med norskfødte foreldre, samt for innvandrere fra Norden og Vest-Europa.

Figur 4.3a Andel med psykiske plager etter utdanningsnivå og innvandrergruppe / norskfødte (ujustert)



Figur 4.3b Andel med psykiske plager etter utdanningsnivå og innvandrergruppe / norskfødte (justert)

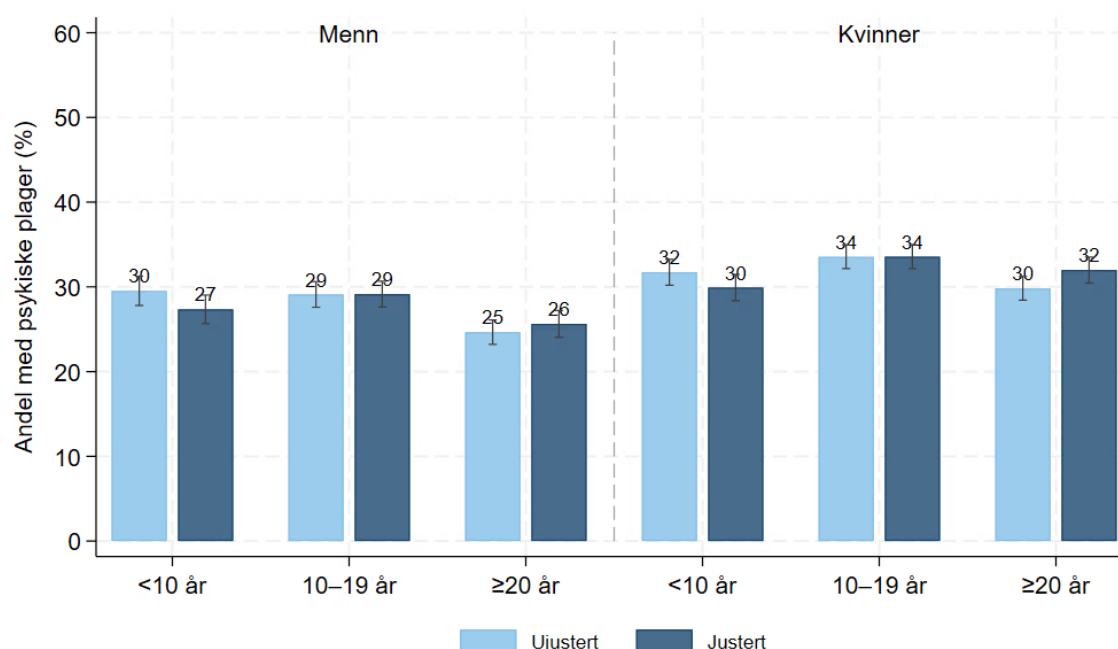


3.4.3 Psykiske plager blant innvandrere med ulike botid

Figur 4.4 viser både den ujusterte og den justerte andelen innvandrere med et høyt nivå av psykiske plager, fordelt etter kjønn og botid i Norge. Den ujusterte andelen med psykiske plager varierer fra 30–34 % for innvandrerkvinner og 25–30 % for innvandrer menn. Andelen er lavest blant dem med lengst botid.

Etter justering for aldersgruppe, kjønn, utdanningsnivå og innvandrerguppe er variasjonene noe svakere for menn. Andelen med psykiske plager er nå høyest blant innvandrere med 10-19 års botid i Norge, og dette gjelder både menn og kvinner. Andelen med psykiske plager er lavere blant menn med 20 år eller mer og kvinner med mindre enn 10 år botid enn blant de med 10-19 års botid i Norge.

Figur 4.4 Andel med psykiske plager etter botid og kjønn



3.4.4 Psykiske plager blant deltakere fra seks europeiske land

Resultatene i denne delen er basert på 8 269 av 8 284 innvandrere (99,8 %) fra Polen, Sverige, Tyskland, Danmark, Litauen og Storbritannia, samt 219 769 av 220 101 norskfødte med norskfødte foreldre (99,8 %).

Blant innvandrere fra disse seks landene rapporterer 26,5 % (95 % KI: 25,6–27,5) et høyt nivå av psykiske plager. Dette er høyere enn blant norskfødte med norskfødte foreldre, hvor andelen er 19,8 % (95 % KI: 19,7–20,0). Forskjellen blir litt mindre etter justeringer for kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå – 26,7 % (95 % KI: 24,7–26,6) blant innvandrere og 19,8 % (95 % KI: 19,7–20,0) blant norskfødte med norskfødte foreldre.

Figur 4.5a viser andelen menn som rapporterer psykiske plager etter landbakgrunn, mens **figur 4.5b** viser tilsvarende for kvinner. Andelenes vises både ujustert og justert for aldersgruppe og utdanningsnivå.

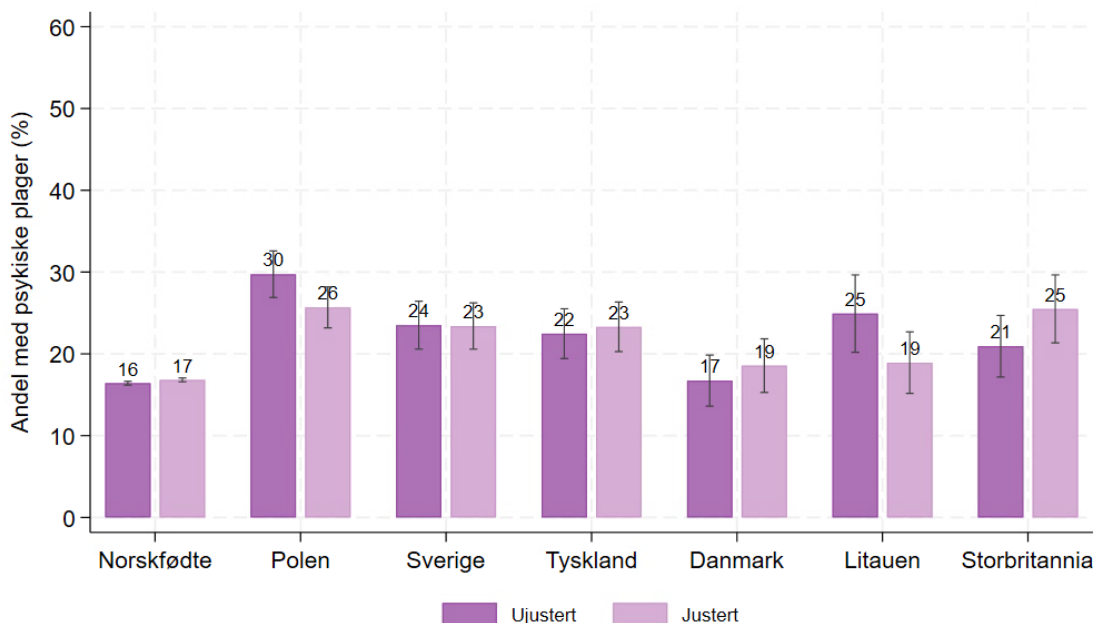
Den ujusterte andelen med psykiske plager er tilnærmet lik blant menn (17 %) og kvinner (23 %) fra Danmark som blant norskfødte menn (16 %) og kvinner (23 %). For øvrige land er andelen psykiske plager 5–14 prosentpoeng høyere blant innvandrer menn og 3–10 prosentpoeng høyere blant innvandrer kvinner enn blant norskfødte med norskfødte foreldre. Den høyeste andelen er blant polske innvandrere, 30 % blant menn og 33 % blant kvinner.

Etter justering skiller kvinner fra Storbritannia seg ut, med en tredjedel som rapporterer psykiske plager. Andelen med psykiske plager blant polske kvinner derimot gikk ned med fire prosentpoeng, til 29 %. Omtrent én av fire menn fra Storbritannia og Polen rapporterer det

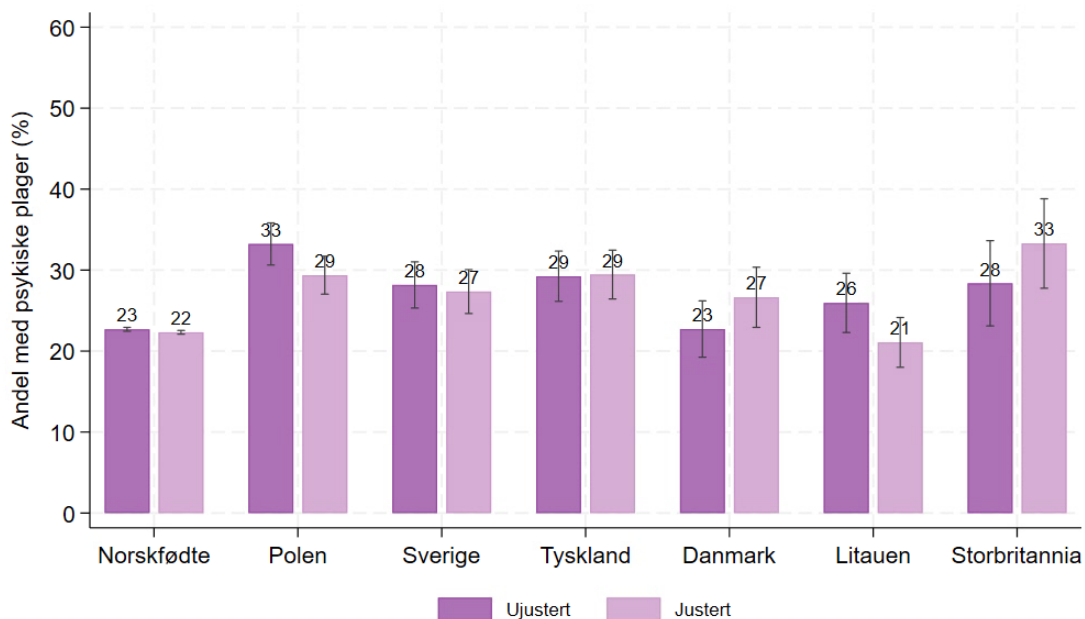
samme. Blant menn og kvinner fra Litauen, og menn fra Danmark, er andelen psykiske plager omtrent på nivå med norskfødte. For øvrige grupper er psykiske plager mer utbredt blant innvandrere enn blant norskfødte.

Ved sammenligning mellom kjønn viser den justerte andelen at kvinner i de fleste gruppene har noe høyere forekomst av psykiske plager enn menn. Denne forskjellen er imidlertid kun tydelig blant norskfødte med norskfødte foreldre, samt blant innvandrere fra Danmark og Tyskland.

Figur 4.5a Andel menn med psykiske plager etter landbakgrunn blant innvandrere fra seks europeiske land og norskfødte

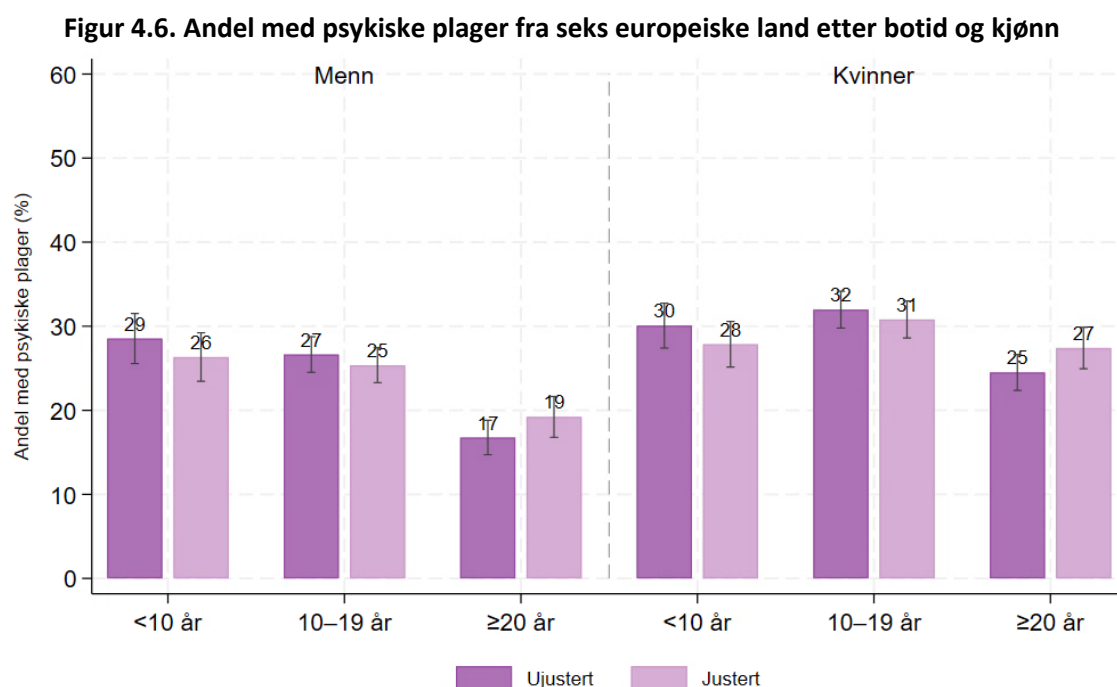


Figur 4.5b Andel kvinner med psykiske plager etter landbakgrunn blant innvandrere fra seks europeiske land og norskfødte



I **figur 4.6** vises andelen med psykiske plager fordelt etter botid i Norge blant menn og kvinner fra de seks utvalgte europeiske landene samlet. Andelenes vises både ujustert og justert for aldersgruppe, utdanningsnivå og landbakgrunn.

Når vi ser på de ujusterte tallene, har både menn og kvinner med over 20 års botid lavere forekomst av psykiske plager enn dem med kortere botid. Dette mønsteret holder seg etter justeringer for menn; andelen med psykiske plager er henholdsvis 7 og 6 prosentpoeng lavere enn blant dem med mindre enn 10 års botid og de med 10-19 års botid. Justeringer endrer derimot bildet for kvinner, hvor det nå ikke er noen tydelig sammenheng mellom botid og psykiske plager.



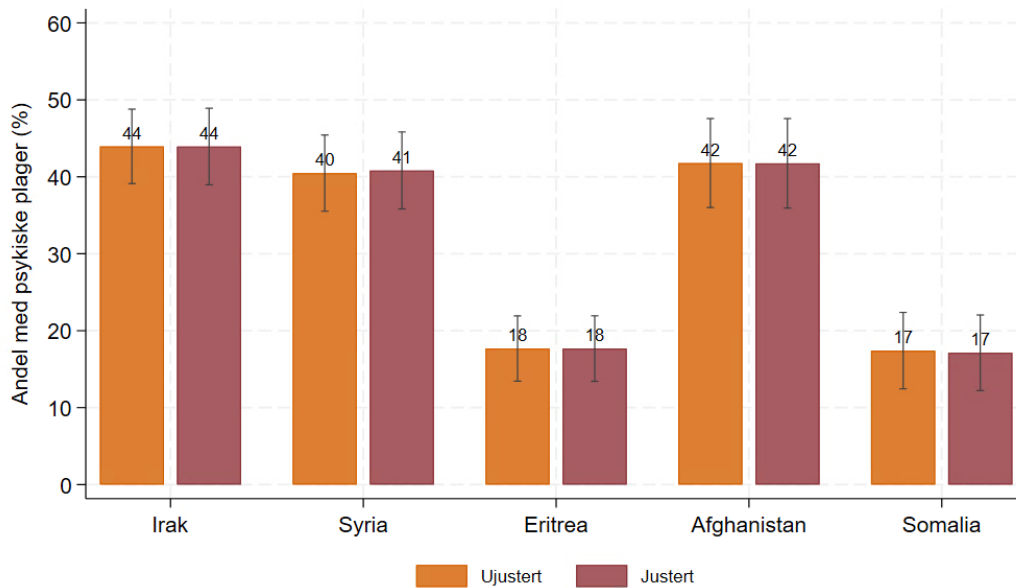
3.4.5 Psykiske plager blant deltakere fra fem land preget av flyktningutvandring

Resultatene i denne delen er basert på 1 598 av 1 602 innvandrere (99,8 %) fra Irak, Syria, Eritrea, Afghanistan og Somalia. Blant innvandrere fra disse fem landene rapporterer 33,9 % (95 % KI: 31,6–36,3) om psykiske plager.

Figur 4.7 viser andelen med et høyt nivå av psykiske plager etter landbakgrunn, både ujustert og justert for kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå.

Andelen med psykiske plager er merkbart lavere blant deltakere fra Eritrea og Somalia enn blant deltakere fra de tre andre landene. Det er en forskjell på 26 prosentpoeng i de ujusterte andelenes mellom deltakere fra Irak og Eritrea. Justering endrer andelenes i liten grad.

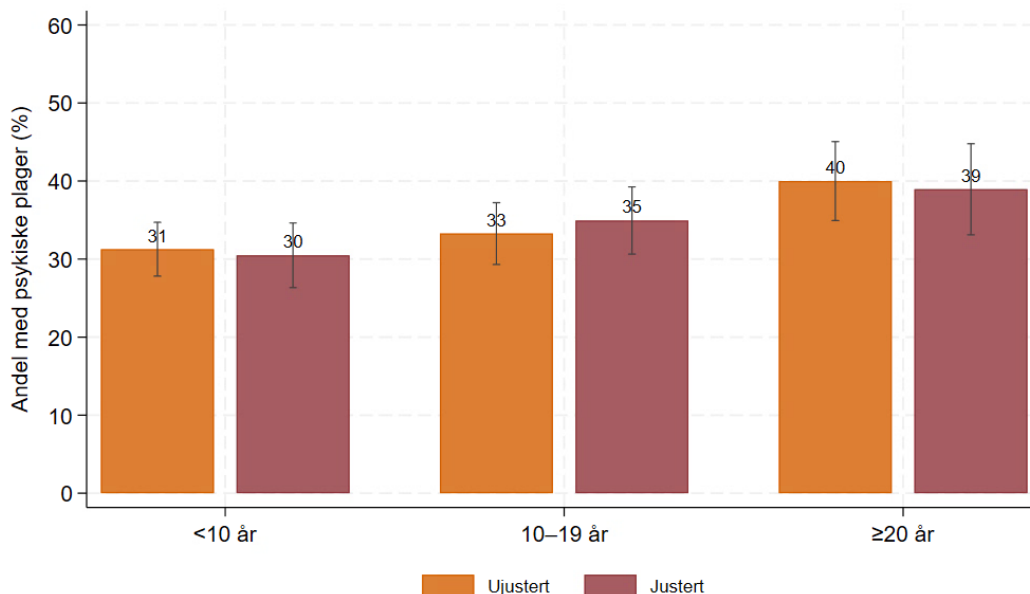
Figur 4.7. Andel med psykiske plager etter landbakgrunn blant innvandrere fra fem land preget av flyktingutvandring



Figur 4.8 viser andelen med psykiske plager etter botid blant innvandrere fra de fem landene preget av flyktingutvandring. Andelene vises både ujustert og justert for kjønn, aldersgruppe, utdanningsnivå og landbakgrunn.

Vi ser at andelen med psykiske plager er ni prosentpoeng høyere blant dem som har bodd i Norge i 20 år eller mer enn blant innvandrere med 10 års botid eller mindre. Etter justeringene forblir mønstret det samme, selv om konfidensintervallene er overlappende.

Figur 4.8. Andel med psykiske plager etter botid blant innvandrere fra fem land preget av flyktingutvandring



3.4.6 Oppsummering om psykiske plager

Andelen som rapporterer et høyt nivå av psykiske plager er høyere blant både norskfødte og innvandrere i vårt materiale enn i mange andre spørreundersøkelser. En mulig forklaring er at datainnsamlingen i stor grad fant sted under Covid-pandemien – dette var en periode som er forbundet med dårligere psykisk helse for noen (44). I tillegg kan metodiske forhold bidra til å forklare de høyere nivåene, blant annet noe lavere terskel-verdier enn andre studier (45), nettbasert datainnsamling og ulik sammensetning av innvandrergupper. Vi legger derfor hovedvekten på forskjeller mellom gruppene.

Psykiske plager er mer utbredt blant innvandrere i alt og i de fleste innvandrergruppene enn blant norskfødte, med unntak av de som kommer fra Afrika sør for Sahara (etter justeringer). Andelen blant innvandrere fra Midtøsten og Nord-Afrika er særlig høy i alle aldersgrupper. En høy andel finnes også blant innvandrere fra Sør-Asia og Øst-Europa utenfor EU tvers av aldersgrupper. I levekårsundersøkelsen 2016 og FHUS Oslo rapporterte også innvandrere fra land i Midtøsten (f.eks. Iran, Irak, Syria) et høyt nivå av plager, mens nivået blant innvandrere fra Somalia og Eritrea er nærmere de norskfødte (3,5). I kontrast til FHUS Oslo finner vi at innvandrere fra Norden og Vest-Europa også er mer utsatt for psykiske plager enn norskfødte. Blant de undersøkte europeiske gruppene rapporterer polske og britiske innvandrere flest plager. Blant personer fra land preget av flyktningutvandring, varierer psykisk helse også betydelig med landbakgrunn.

Den generelt økte forekomsten av psykiske plager blant innvandrere sammenlignet med norskfødte ses hovedsakelig blant innvandrere som er 35 år eller eldre. I de fleste grupper ligger nivået for unge (18–34 år) nærmere de norskfødte. Mens andelen med psykiske plager synker med alderen blant norskfødte og enkelte innvandrergupper (Norden, Vest-Europa, øvrige land), er andelen med plager i mange andre grupper også ganske høy i den eldste aldersgruppen.

Utdanning henger sammen med bedre psykisk helse for norskfødte og for innvandrere fra Norden, Vest-Europa, Øst-Europa utenfor EU og Sør-Asia, men sammenhengen er svakere i flere andre grupper. Det er usikkert i hvilken grad rapporteringen av fullført utdanning inkluderer utdanning fra hjemlandet som ikke er godkjent i Norge. En høy utdanning som ikke kan brukes i det nye landet, vil ikke nødvendigvis ha en positiv sammenheng med psykisk helse (46,47).

Psykiske plager varierer noe med botid, men sammenhengen er ikke konsistent. I analyser med innvandrere samlet, er psykiske plager noe mer utbredt blant dem med 10–19 års botid etter justering for aldersgruppe, utdanningsnivå og landbakgrunn, selv om forskjellene er relativt små. Psykiske plager er derimot mer utbredt blant innvandrere med lengst botid fra land preget av flyktningutvandring, mens mønsteret er motsatt for menn fra de europeiske landene. Lite variasjon i plager etter botid ses blant kvinner fra de europeiske landene. Tidligere studier viser ikke noen konsistent sammenheng mellom botid og psykiske plager (8,48).

3.5 Funksjonsnedsettelse grunnet sykdom, helseproblemer eller skader

3.5.1 Mål for funksjonsnedsettelse grunnet sykdom, helseproblemer eller skader

Deltakerne ble spurt: «Har du noen langvarige sykdommer eller helseproblemer? Vi tenker også på sykdommer eller problemer som er sesongbetonte, eller som kommer og går?» og «Har du noen funksjonsnedsettelse eller har du plager som følge av skade? Vi tenker også på plager som kommer og går.» De som svarte «ja» på det første spørsmålet, fikk et oppfølgingsspørsmål om hvordan helseproblemene påvirker hverdagen deres. Tilsvarende fikk de som svarte «ja» på det andre spørsmålet, et oppfølgingsspørsmål om hvordan skadene eller plagene påvirker hverdagen. Begge oppfølgingsspørsmålene hadde fire svaralternativer: «I stor grad», «I noen grad», «I liten grad» og «Ikke i det hele tatt».

I denne rapporten presenterer vi andelen som svarte «I stor grad» på spørsmål om sykdom og helseproblemer, eller på spørsmål om skader – eller på begge deler.

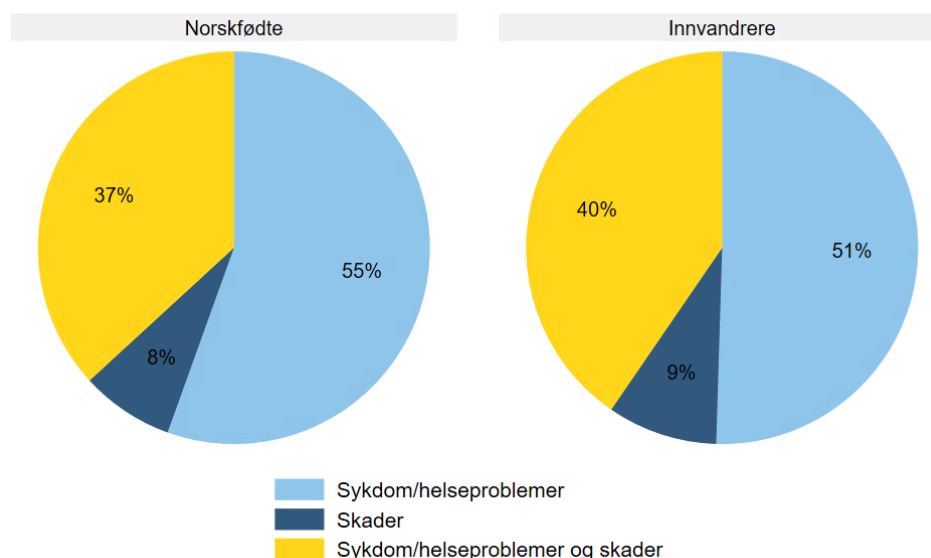
3.5.2 Funksjonsnedsettelse grunnet sykdom, helseproblemer eller skader blant ulike innvandrergupper ved kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå

Resultatene i denne delen er basert på 21 543 av 21 666 innvandrere (99,4 %) og 218 824 av 220 101 norskfødte med norskfødte foreldre (99,4 %).

Andelen med funksjonsnedsettelse grunnet sykdom, helseproblemer eller skader er den samme blant innvandrere som blant norskfødte med norskfødte foreldre – 12,4 % (95 % KI: 11,8–12,8) for innvandrere og 12,4 % (95 % KI: 12,3–12,6) for norskfødte. Etter justering for kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå er andelen med funksjonsnedsettelse noe høyere blant innvandrere (13,2 %, 95 % KI: 12,7–13,7) enn blant norskfødte med norskfødte foreldre (12,3 %, 95 % KI: 12,2–12,5).

Figur 5.1a viser at blant dem som rapporterer funksjonsnedsettelse, oppga 51 % innvandrerne sykdom eller helseproblemer som årsak. Dette er fire prosentpoeng lavere enn blant norskfødte med norskfødte foreldre. Samtidig er andelen som oppgir både sykdom/helseproblemer og skader som årsak, tre prosentpoeng høyere blant innvandrere. Etter justering for kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå blir forskjellene mellom innvandrere og norskfødte med norskfødte foreldre noe større (ikke vist i figur). Andelen er i hovedsak uendret blant norskfødte. Blant innvandrere synker andelen med funksjonsnedsettelse som følge av sykdom eller helseproblemer med to prosentpoeng (til 49 %), mens andelen med både sykdom/helseproblemer og skader oppgis som årsak øker med to prosent poeng (til 42 %).

Figur 5.1a. Andel med funksjonsnedsettelse grunnet sykdom/helseproblemer, skader eller både sykdom/helseproblemer og skader blant norskfødte og innvandrere (ujustert)



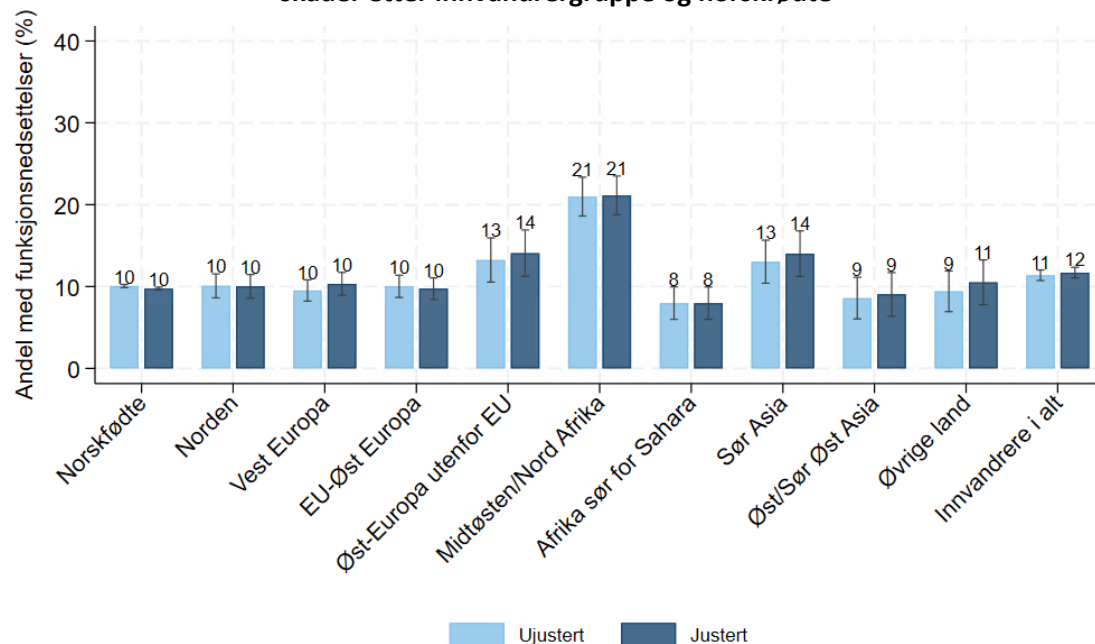
Figur 5.2a viser både den ujusterte og justerte andelen med funksjonsnedsettelse blant norskfødte med norskfødte foreldre, innvandrere totalt, samt ulike innvandrergupper blant menn. **Figur 5.2b** viser tilsvarende andeler blant kvinner.

Den ujusterte andelen med funksjonsnedsettelse varierer fra 8 til 21 % blant menn og fra 10 til 21 % blant kvinner. Blant norskfødte med norskfødte foreldre rapporterer 10 % av menn og 14 % av kvinner funksjonsnedsettelse. Andelen er på omtrent samme nivå som blant norskfødte menn i de fleste innvandrerguppene, med unntak av menn fra Øst-Europa utenfor EU, Midtøsten/Nord-Afrika og Sør-Asia, hvor andelen er høyere. Blant mennene er det særlig de fra Midtøsten/Nord Afrika som skiller seg ut med en svært høy andel. For kvinner er andelen lavere enn blant norskfødte kvinner i flere grupper, inkludert innvandrere fra Vest-Europa, EU-Øst-Europa, Afrika sør for Sahara og Øst-/Sørøst-Asia. Derimot er andelen høyere blant kvinner fra Sør-Asia (21 %) og Midtøsten/Nord-Afrika (18 %).

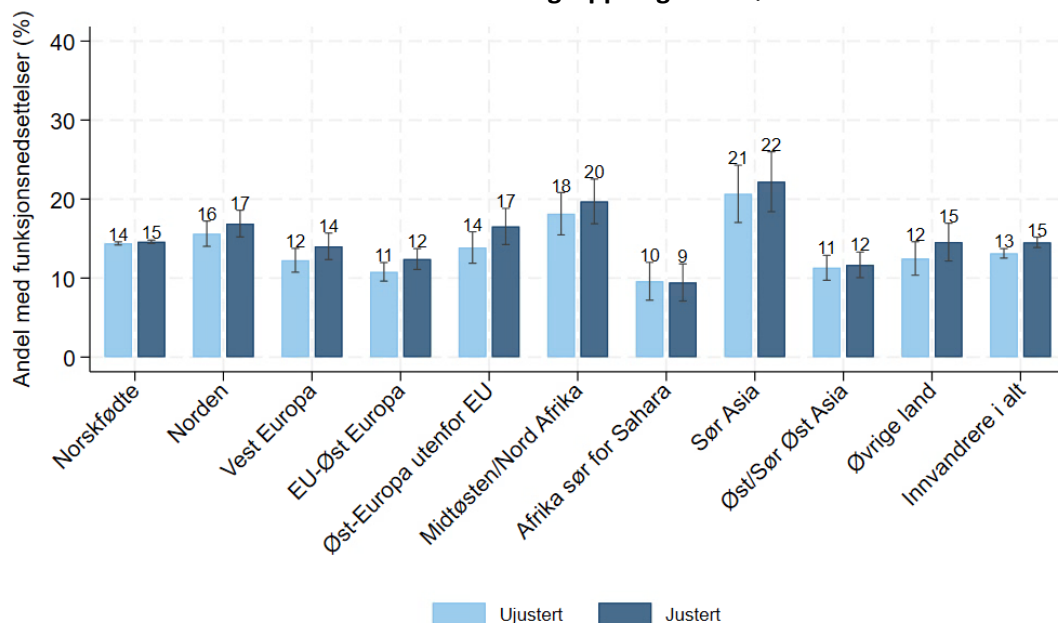
Etter justering for aldersgruppe og utdanningsnivå forblir andelen med funksjonsnedsettelse relativt uendret blant menn. Blant kvinner øker andelen i flere innvandrergupper, og variasjonen i andelen strekker seg nå fra 9-22 %. Forskjellen mellom kvinner fra Vest-Europa og norskfødte kvinner er ikke lenger tydelige, men ellers er mønsteret i hovedsak det samme som før justering.

Når vi ser på kjønnsforskjeller – også etter justering – er kvinner mer utsatt for funksjonsnedsettelse enn menn i de aller fleste gruppene. De største forskjellene mellom kjønnene finner vi blant innvandrere fra Norden og Sør-Asia, hvor andelen blant kvinner er henholdsvis 7 og 8 prosentpoeng høyere enn blant menn fra de samme regionene.

Figur 5.2a. Andel menn med funksjonsnedsettelse grunnet sykdom, helseproblemer eller skader etter innvandrerguppe og norskfødte



Figur 5.2b. Andel kvinner med funksjonsnedsettelse grunnet sykdom, helseproblemer eller skader etter innvandrerguppe og norskfødte



Figur 5.3a viser den ujusterte andelen med funksjonsnedsettelse grunnet sykdom, helseproblemer eller skader fordelt på aldersgrupper for norskfødte med norskfødte foreldre, innvandrere i alt og ulike innvandrergupper. Den justerte andelen, korrigert for kjønn og utdanningsnivå, vises i **figur 5.3b**.

Blant norskfødte med norskfødte foreldre ser vi at andelen med funksjonsnedsettelse er høyest i aldersgruppen 45–54 år og lavest blant de yngste (18–34 år), mens den er noe lavere

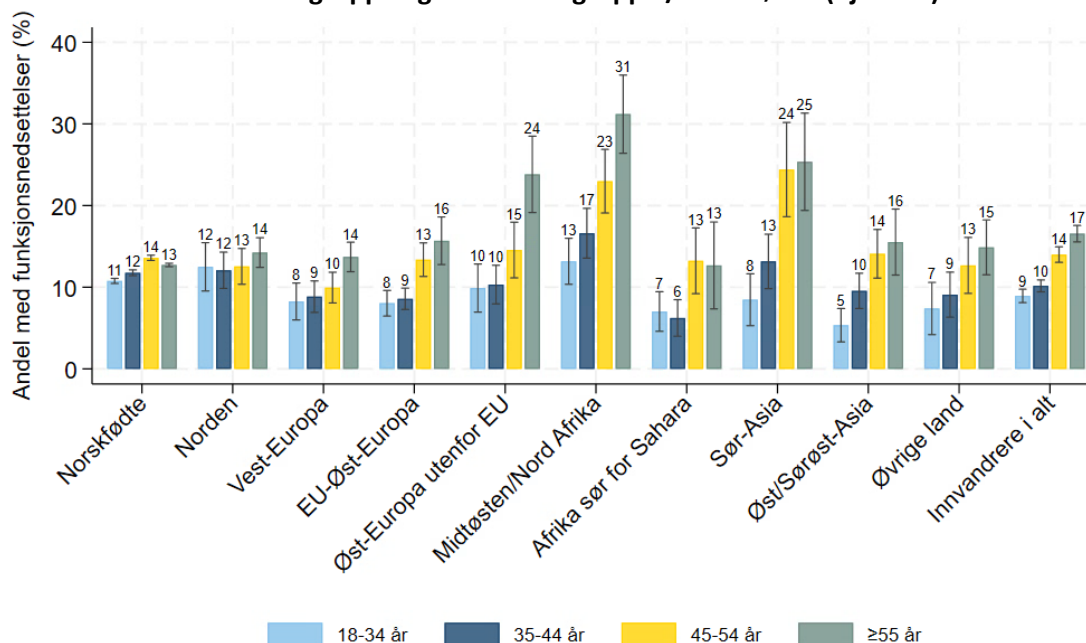
igjen blant de eldste (55 år eller eldre). Forskjellene er imidlertid små – kun tre prosentpoeng (fra 11 til 14 %).

Det er også liten variasjon i andelene med funksjonsnedsettelse blant innvandrere fra Norden (to prosentpoeng), mens vi ser tydeligere aldersforskjeller i de øvrige innvandrergруппene. I disse gruppene er andelen som rapporterer funksjonsnedsettelse gjennomgående høyere blant de eldste enn blant de yngste. De største forskjellene finner vi blant innvandrere fra Midtøsten/Nord-Afrika, hvor 31 % i alderen 55 år eller eldre rapporterer funksjonsnedsettelse, mot 13 % blant dem i alderen 18–34 år – en forskjell på 18 prosentpoeng. Tilsvarende forskjell blant innvandrere fra Sør-Asia er 17 prosentpoeng.

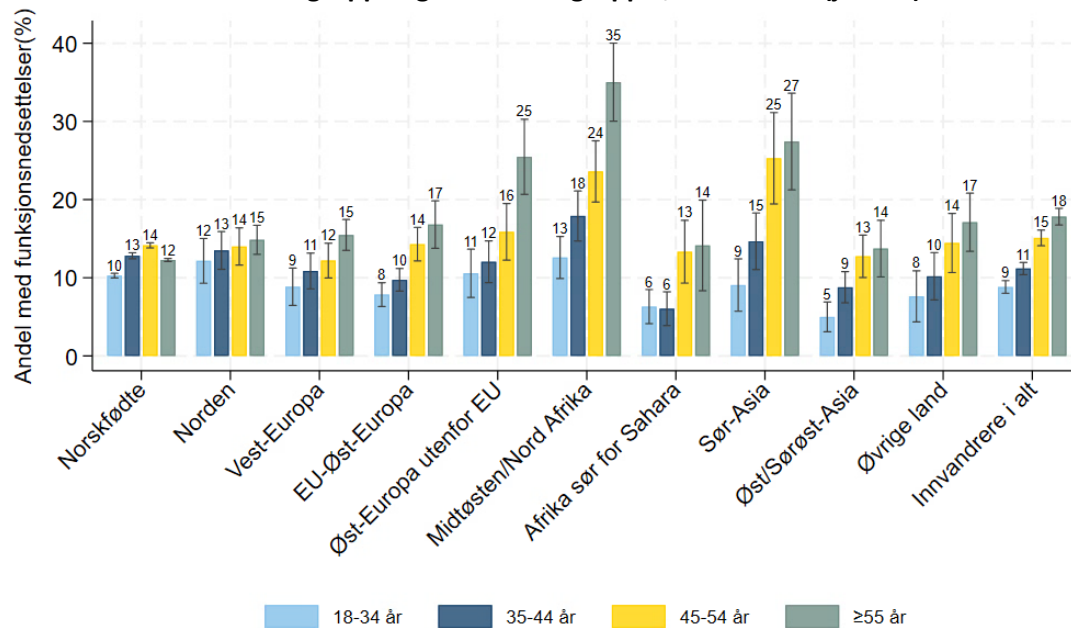
Blant de yngre aldersgruppene, 18–34 år og 35–44 år, har innvandrere fra EU-Øst-Europa, Afrika sør for Sahara, og Øst-/Sørøst-Asia generelt lavere forekomst av funksjonsnedsettelse enn norskfødte. I aldersgruppen 45–54 år viser innvandrere fra Vest-Europa lavere nivåer, mens de fra Midtøsten/Nord-Afrika og Sør-Asia har høyere. Blant de over 55 år er forekomsten av funksjonsnedsettelse generelt høyere, spesielt blant innvandrere fra Øst-Europa utenfor EU, Midtøsten/Nord Afrika, og Sør-Asia.

Etter justering (**figur 5.3b**) ser vi litt større variasjon på tvers av aldersgruppene i flere innvandrergруппer. Dette er særlig tydelig blant innvandrere fra Midtøsten/Nord-Afrika, hvor andelen med funksjonsnedsettelse øker med fire prosentpoeng i den eldste aldersgruppen. Mønsteret er ellers relativt uendret – funksjonsnedsettelse er vanligere blant de eldste i de fleste innvandrergруппene.

Figur 5.3a Andel med funksjonsnedsettelse grunnet sykdom, helseproblemer eller skader etter aldersgruppe og innvandrergруппe / norskfødte (ujustert)



Figur 5.3b Andel med funksjonsnedsettelse grunnet sykdom, helseproblemer eller skader etter aldersgruppe og innvandrerguppe / norskfødte (justert)



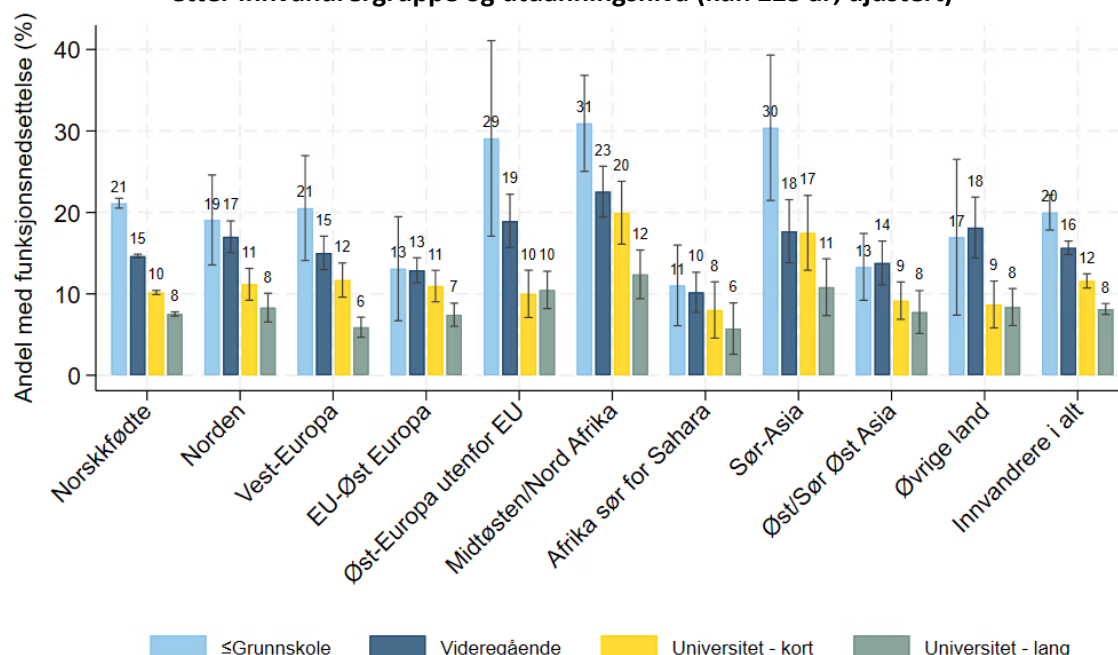
I **figur 5.4a** viser den ujusterte andelen med funksjonsnedsettelse fordelt på utdanningsnivå blant norskfødte med norskfødte foreldre, innvandrere i alt og ulike innvandrergupper. Den justerte andelen, korrigert for kjønn og aldersgruppe, vises i **figur 5.4b**.

Andelen som rapporterer funksjonsnedsettelse på grunn av sykdom, helseproblemer eller skader synker i takt med høyere utdanningsnivå. Dette mønsteret gjelder for de fleste gruppene, selv om det er noe svakere i enkelte (særlig EU Øst-Europa, Afrika sør for Sahara og Øst/Sørøst Asia). De største forskjellene etter utdanningsnivå ser vi blant innvandrere fra Midtøsten/Nord-Afrika, Øst-Europa utenfor EU og Sør-Asia, hvor andelen med funksjonsnedsettelse er 19 prosentpoeng høyere blant deltakere med grunnskole eller lavere utdanning enn blant deltakere med lang universitetsutdanning.

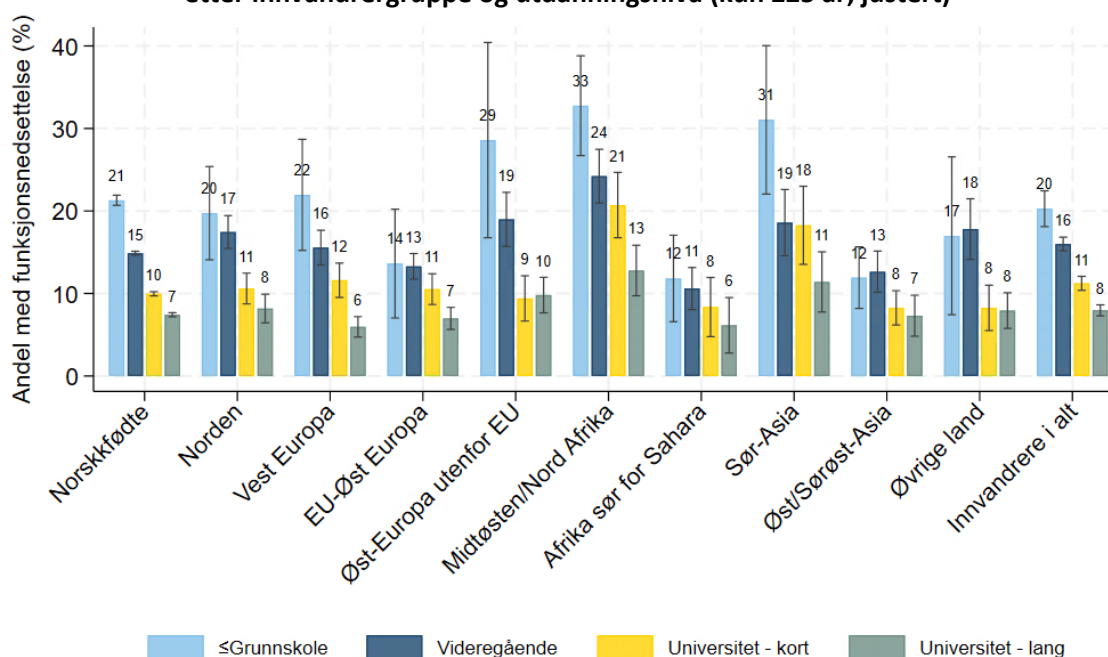
Sammenlignet med norskfødte med norskfødte foreldre med grunnskole eller lavere utdanning, er andelen med funksjonsnedsettelse lavere blant innvandrere fra Afrika sør for Sahara, EU-Øst-Europa og Øst-/Sørøst-Asia med tilsvarende utdanning. Andelen er derimot høyere blant innvandrere fra Midtøsten/Nord-Afrika, Sør-Asia og Øst-Europa utenfor EU. Konfidensintervallene overlapper imidlertid med norskfødte for de siste to gruppene. Forekomsten av funksjonsnedsettelse er høyere blant Midtøsten/Nord Afrika enn blant norskfødte i alle utdanningsnivåer (4-10 prosentpoeng). Andelen ligger også høyere for innvandrere fra Sør-Asia med kort universitetsutdanning (sju prosentpoeng). Blant deltakere med lang universitetsutdanning er forskjellene mindre.

Etter justering for kjønn og alder er mønsteret stort sett det samme (**Figur 5.4b**). Forskjellene mellom norskfødte og innvandrere er fortsatt størst i gruppene med lavere utdanning, og minst i gruppene med lang universitetsutdanning.

Figur 5.4a Andel med funksjonsnedsettelse grunnet sykdom, helseproblemer eller skader etter innvandrergroupe og utdanningsnivå (kun ≥25 år; ujustert)



Figur 5.4b Andel med funksjonsnedsettelse grunnet sykdom, helseproblemer eller skader etter innvandrergroupe og utdanningsnivå (kun ≥25 år; justert)



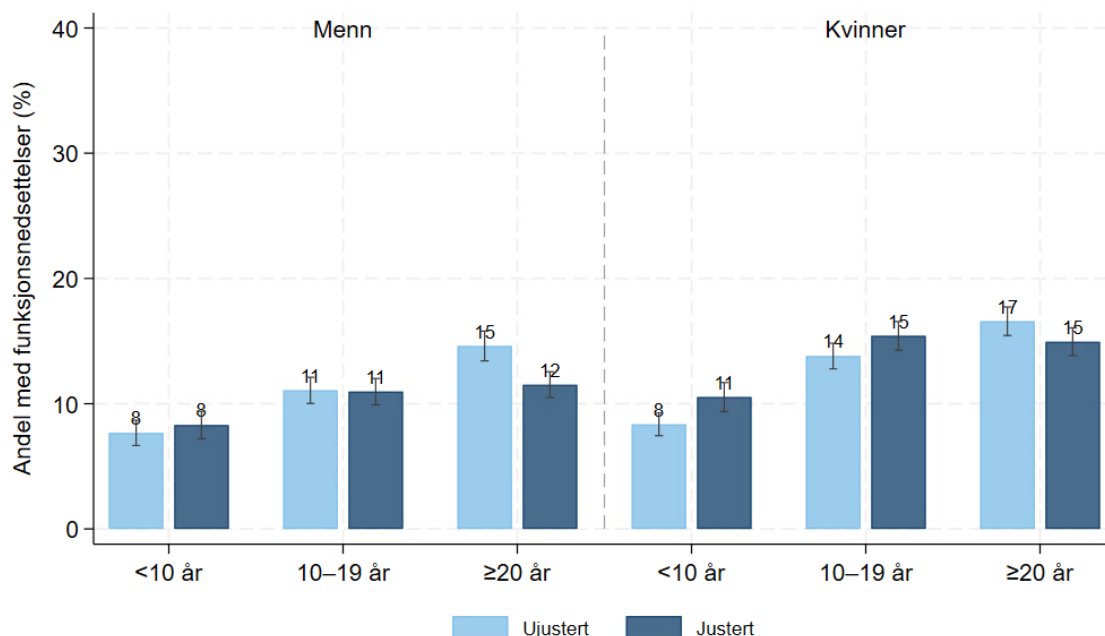
3.5.3 Funksjonsnedsettelse grunnet sykdom, helseproblemer eller skader blant innvandrere med ulike botid

Figur 5.5 viser både den ujusterte og justerte andelen innvandrere med funksjonsnedsettelse grunnet sykdom, helseproblemer eller skader, fordelt etter kjønn og botid i Norge.

Den ujusterte andelen med funksjonsnedsettelse viser en tydelig sammenheng med botid. Andelen med funksjonsnedsettelse er henholdsvis sju og ni prosentpoeng høyere blant innvandrermenn og -kvinner med 20 års botid eller mer enn blant innvandrere med mindre enn 10 år i Norge.

Etter justering for aldersgruppe, utdanningsnivå og innvandrerguppe er andelen noe lavere for både menn og kvinner med 20 år eller mer i Norge enn før justeringene. Sammenhengen mellom botid og funksjonsnedsettelse fremstår noe svakere. Andelen er likevel lavere blant innvandrere med mindre enn 10 års botid i Norge enn blant de to andre gruppene med lengre botid. Dette gjelder både menn og kvinner.

Figur 5.5 Andel med funksjonsnedsettelse grunnet sykdom, helseproblemer eller skader etter botid og kjønn



3.5.4 Funksjonsnedsettelse grunnet sykdom, helseproblemer eller skader blant deltakere fra seks europeiske land

Resultatene i denne delen er basert på 8 245 av 8 284 innvandrere (99,4 %) fra Polen, Sverige, Tyskland, Danmark, Litauen og Storbritannia, samt 218 824 av 220 101 norskfødte med norskfødte foreldre (99,4 %).

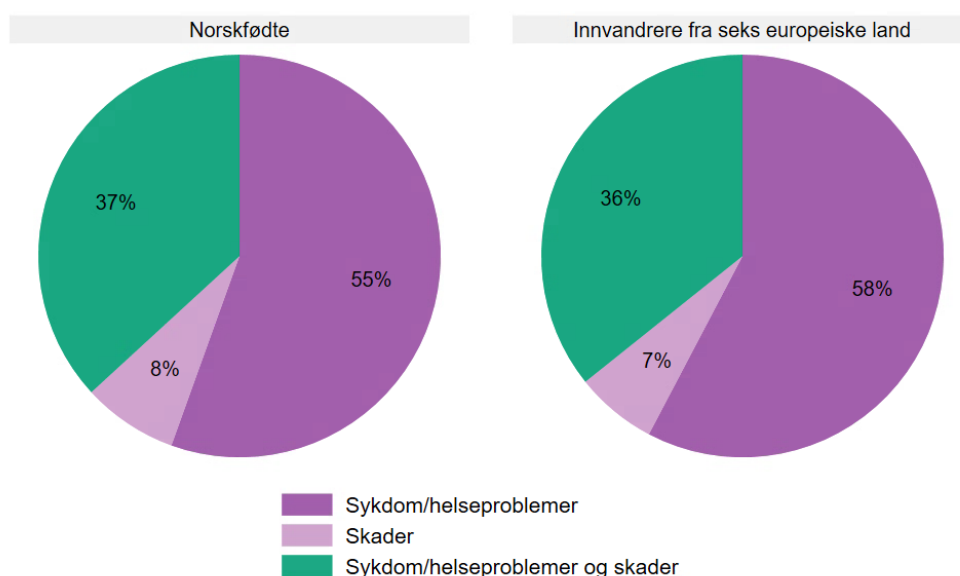
Blant innvandrere fra disse seks landene rapporterer 11,8 % (95 % KI 11,1-12,5) funksjonsnedsettelse grunnet sykdom, helseproblemer eller skader. Dette er ikke særlig forskjellig fra norskfødte med norskfødte foreldre hvor andelen ligger på 12,4 % (95 % KI 12,3-12,6). Etter justeringer for kjønn, aldersgruppe og utdanning øker andelen blant innvandrere (12,8 %, KI 12,1-13,6), men dette er ikke særlig høyere enn blant norskfødte med norskfødte foreldre (12,4 % 95 % KI 12,3-12,6).

Figur 5.6a viser årsaker til funksjonsnedsettelse blant norskfødte med norskfødte foreldre og innvandrere fra de seks utvalgte europeiske landene. Sykdom eller helseproblemer utgjør 58 % av funksjonsnedsettelsene blant innvandrere. Dette er tre prosentpoeng høyere enn blant norskfødte med norskfødte foreldre, men konfidensintervallene er overlappende i alle kategoriene. Når det justeres for kjønn, alder og utdanningsnivå, forsvinner forskjellene mellom europeiske innvandrere og norskfødte, og andelen blir tilnærmet identiske (ikke vist);

Blant innvandrere og norskfødte har 56 % funksjonsnedsettelse grunnet sykdom/helseproblemer, 7 % grunnet skader og 37 % grunnet både sykdom/helseproblemer og skader.

Når det justeres for kjønn, alder og utdanningsnivå, forsvinner forskjellene mellom europeiske innvandrere og norskfødte, og andelen blir tilnærmet identiske (ikke vist i figuren). Blant både innvandrere og norskfødte har omtrent 56 % funksjonsnedsettelse som følge av sykdom eller helseproblemer, omtrent 7 % som følge av skader og omtrent 37 % som følge av både sykdom/helseproblemer og skader.

Figur 5.6a Andel med funksjonsnedsettelse grunnet sykdom/helseproblemer, skader eller både sykdom/helseproblemer og skader blant norskfødte og innvandrere fra seks europeiske land (ujustert)



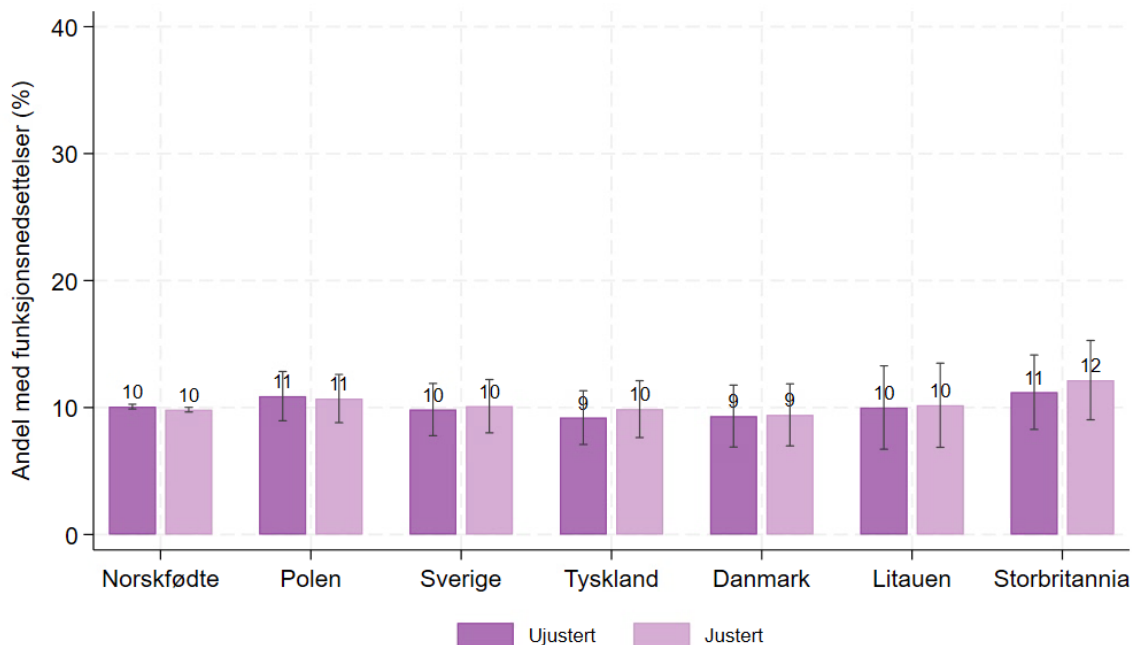
Figur 5.7a viser andelen menn som rapporterer funksjonsnedsettelse etter landbakgrunn, mens **figur 5.7b** viser tilsvarende for kvinner. Andelen er vist både ujustert og justert for aldersgruppe og utdanningsnivå.

Blant menn er det lite variasjon i andelen med funksjonsnedsettelse på tvers av gruppene, forskjellen er på to til tre prosentpoeng i henholdsvis de ujusterte og justerte andelen.

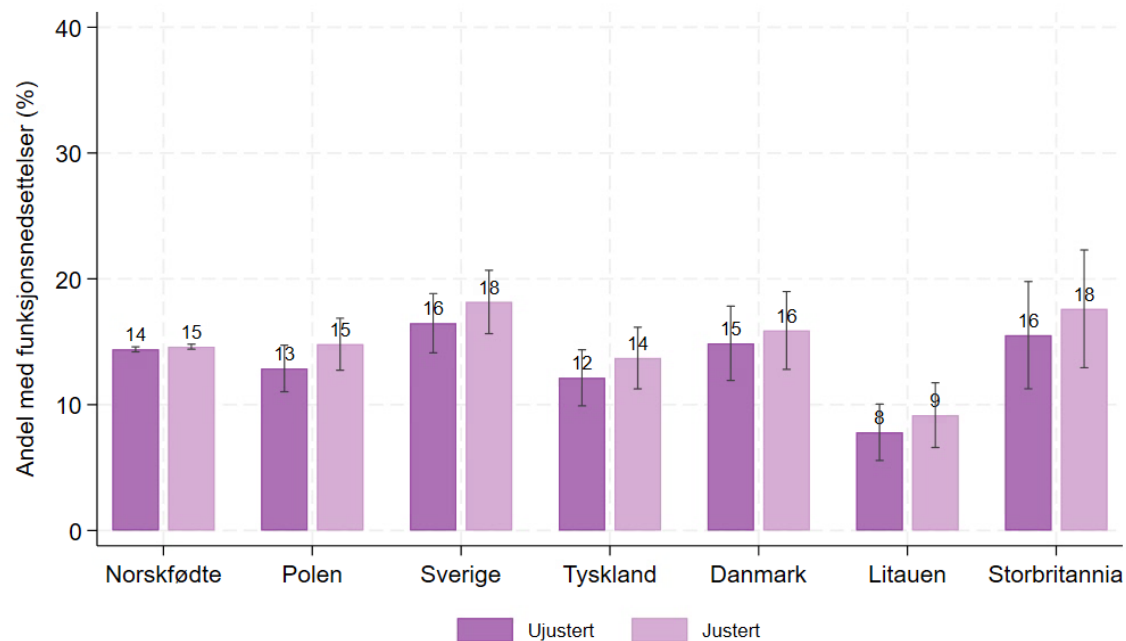
Blant kvinner er bildet annerledes. Funksjonsnedsettelse er betydelig mindre utbredt blant kvinner fra Litauen enn i de andre gruppene. Forekomsten er høyest blant kvinner fra Sverige og Storbritannia. Forskjellen mellom disse gruppene utgjorde henholdsvis åtte og ni prosentpoeng i de ujusterte og justerte andelen.

Ved sammenligning mellom kjønn viser de justerte andelen at kvinner har noe høyere forekomst av funksjonsnedsettelse enn menn, med unntak av innvandrere fra Litauen. Denne kjønnsforskjellen er imidlertid kun tydelig blant norskfødte med norskfødte foreldre, samt blant innvandrere fra Sverige og Danmark.

Figur 5.7a Andel menn med funksjonsnedsettelser grunnet sykdom, helseproblemer eller skader etter landbakgrunn blant innvandrere fra seks europeiske land og norskfødte



Figur 5.7b Andel kvinner med funksjonsnedsettelser grunnet sykdom, helseproblemer eller skader etter landbakgrunn blant innvandrere fra seks europeiske land og norskfødte



I **figur 5.8** vises andelen med funksjonsnedsettelser fordelt etter botid i Norge blant menn og kvinner fra de seks utvalgte europeiske landene samlet. Andelen er vist både ujustert og justert for aldersgruppe, utdanningsnivå og landbakgrunn.

Når vi ser på de ujusterte andelenene, er andelen lavest blant innvandrere med kortest botid. For kvinner varierer andelen med funksjonsnedsettelser fra 10 til 15 prosent, med lavere forekomst blant kvinner som har bodd i Norge i mindre enn 10 år, enn blant kvinner som har

bodd her i mer enn 20 år. For menn er variasjonen mindre, og det er ingen tydelig sammenheng.

Etter justeringer er andelen med funksjonsnedsettelse høyest blant innvandrere med 10-19 års botid i Norge. Dette gjelder både menn og kvinner, men forskjellene er små.

Figur 5.8. Andel med funksjonsnedsettelse grunnet sykdom, helseproblemer eller skader fra seks europeiske land etter botid og kjønn



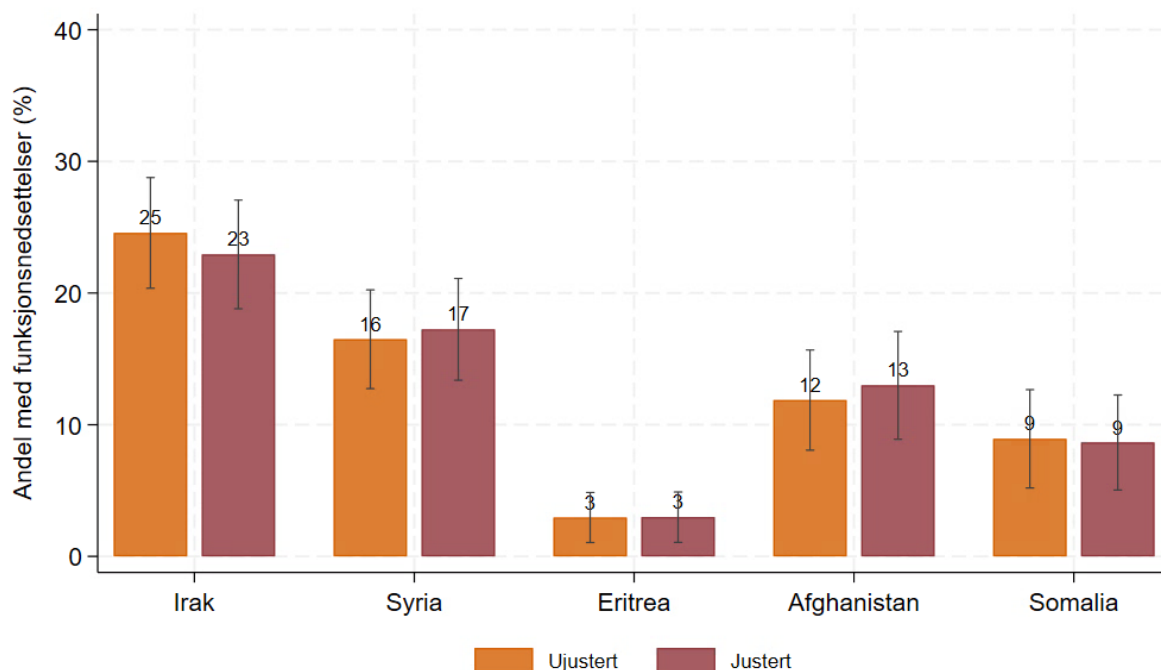
3.5.5 Funksjonsnedsettelse grunnet sykdom, helseproblemer eller skader blant deltakere fra fem land preget av flyktingutvandring

Resultatene i denne delen er basert på 1 586 av 1 602 innvandrere (99,0 %) fra Irak, Syria, Eritrea, Afghanistan og Somalia. Blant innvandrere fra disse fem landene rapporterer 14,1 % (95% KI 12,4-15,9) funksjonsnedsettelse som følge av sykdom, helseproblemer eller skader.

Av de med funksjonsnedsettelse er 44 % på grunn av sykdom/helseproblemer, 11 % skader, mens 45 % rapporterer en kombinasjon av sykdom/helseproblemer og skader.

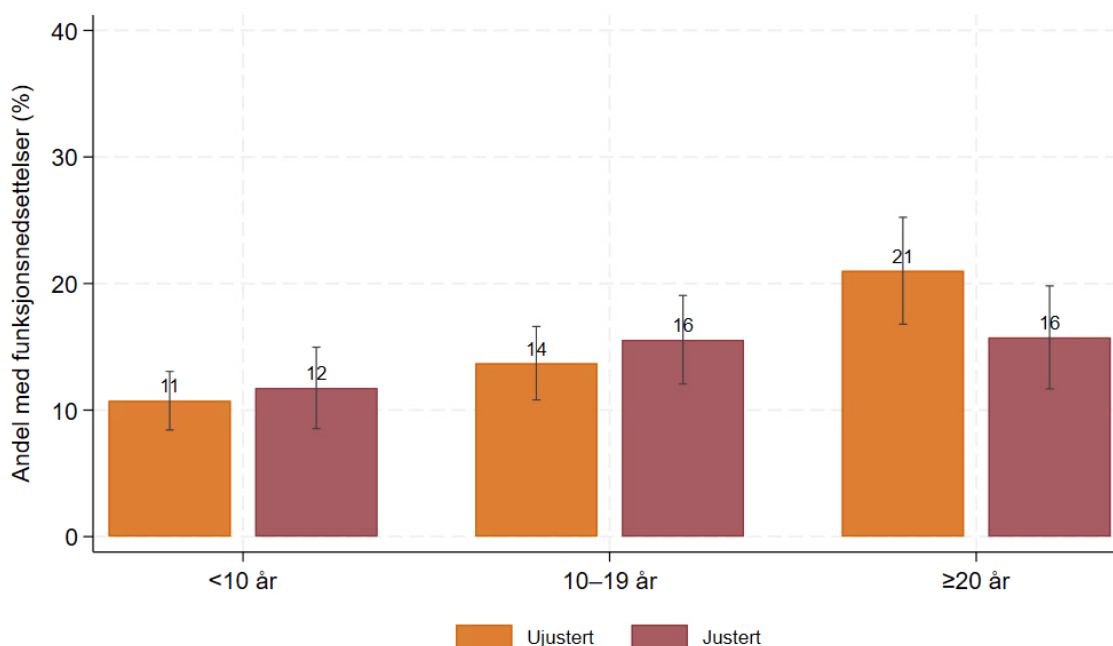
Figur 5.9 viser andelen med funksjonsnedsettelse etter landbakgrunn, både ujustert og justert for kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå. Andelen med funksjonsnedsettelse varierer fra kun 3 prosent blant innvandrere fra Eritrea til hele 25 prosent blant innvandrere fra Irak. Konfidensintervallene for Eritrea er ikke overlappende med de andre gruppene, noe som indikerer at forekomsten av funksjonsnedsettelse er betydelig lavere enn i de øvrige gruppene. Etter justering forblir forskjellene store. Forskjellen mellom høyeste og laveste andel er på 20 prosentpoeng.

Figur 5.9 Andel med funksjonsnedsettelse grunnet sykdom, helseproblemer eller skader etter landbakgrunn blant innvandrere fra fem land preget av flyktningutvandring



Figur 5.10 viser andelen innvandrere fra disse fem landene, med funksjonsnedsettelse, fordelt på ulike botidskategorier. Andelen er nesten dobbelt så høy blant deltakere med 20 års botid eller mer (21 %) sammenlignet med deltakere med 10 års botid eller mindre (11 %). Etter justeringer for kjønn, aldersgruppe, utdanningsnivå og landbakgrunn blir forskjellen betydelig redusert til fire prosentpoeng.

Figur 5.10. Andel med funksjonsnedsettelse grunnet sykdom, helseproblemer eller skader etter botid blant innvandrere fra fem land preget av flyktningutvandring



3.5.6 Oppsummering om funksjonsnedsettelse grunnet sykdom, helseproblemer eller skader

Blant deltakere i denne studien er andelen som rapporterer funksjonsnedsettelse på grunn av sykdom, helseproblemer eller skader den samme blant innvandrere og norskfødte med norskfødte foreldre før justering (12,4 %). Etter justering for kjønn, alder og utdanningsnivå er andelen noe høyere blant innvandrere. Det er samtidig store variasjoner mellom innvandrergruppene. Høyest forekomst finner vi blant menn og kvinner fra Midtøsten/Nord-Afrika og Sør-Asia, samt blant menn fra Øst-Europa utenfor EU. Dette samsvarer med funn fra Levekårsundersøkelsen og FHUS Oslo, som viste høye nivåer blant innvandrere fra land i disse områdene, for eksempel Pakistan, Irak, Syria og Bosnia-Hercegovina (3,7).

Innen innvandrergruppene er kjønnsforskjellene tydelige: høyere andeler blant kvinner enn blant menn rapporterer funksjonsnedsettelse i de fleste grupper, særlig blant innvandrere fra Norden og Sør-Asia. Forekomsten øker med alder i nesten alle grupper, spesielt blant innvandrere fra Midtøsten/Nord-Afrika og Sør-Asia, der andelen blant de eldste er om lag dobbelt så høy som blant de yngste. Utdanningsnivå viser en klar sammenheng med funksjonsnedsettelse i de fleste grupper, med lavest andel blant dem med lang universitetsutdanning og høyest blant dem med grunnskole eller lavere utdanning.

Blant innvandrere fra europeiske land er det små variasjoner over land mellom menn, mens kvinnene viser et markant lavere nivå i Litauen og litt høyere nivå i Sverige og Storbritannia. I FHUS Oslo ble det funnet at funksjonsnedsettelse er mer utbredt blant polske kvinner enn blant norskfødte, mens vi i vårt materiale ikke ser en slik forskjell (3).

Det er stor variasjon i andelen med funksjonsnedsettelse blant innvandrere fra fem land preget av flyktningutvandring. Et særlig høyt nivå ses blant innvandrere fra Irak.. Her rapporterer omtrent en fjerdedel funksjonsnedsettelse.

Botidanalyser viser en sammenheng med forekomsten av funksjonsnedsettelse. Innvandrere med mindre enn 10 års botid har lavere forekomst enn innvandrere med lengre botid, etter justeringer. Dette mønsteret er særlig tydelig blant kvinner. For innvandrere fra de undersøkte europeiske landene er det imidlertid lite variasjon i andelen med funksjonsnedsettelse etter botid.

3.6 Fedme

3.6.1 Mål for overvekt/fedme

Deltakerne ble spurt om høyde uten sko på (hele centimeter, minimum 25, maksimum 250) og vekt uten klær og sko på (hele kilogram; minimum 25, maksimum 500). Gravide ble bedt om å oppgi vekt før svangerskapet. Kroppsmasseindeks (KMI) ble beregnet som kroppsvekt i kilogram delt på kvadratet av høyden i meter (kg/m^2). For beregningen inkluderte vi kun oppgitte høyder mellom 1,20 og 2,20 meter og vekter mellom 25 og 220 kilogram. I denne rapporten omtales andelen med KMI på 30 eller mer som fedme.

3.6.2 Fedme blant ulike innvandrergupper ved kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå

Resultatene er basert på 21 073 av 21 666 innvandrere (97,3 %) og 214 747 av 220 101 norskfødte med norskfødte foreldre (97,6 %).

Fedme er mindre utbredt blant innvandrere (15,8 %, 95 % KI: 15,4–16,3) enn blant norskfødte med norskfødte foreldre (18,7 %, 95 % KI: 18,5–18,8). Etter justering for kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå er forskjellen noe mindre, men andelen med fedme er fortsatt lavere blant innvandrere (16,2 %, 95 % KI: 15,7–16,7) enn blant norskfødte (18,6 %, 95 % KI: 18,5–18,8).

Figur 6.1a viser både den ujusterte og justerte andelen med fedme blant norskfødte med norskfødte foreldre, innvandrere samlet, samt ulike innvandrergupper blant menn.

Figur 6.1b viser tilsvarende andeler blant kvinner.

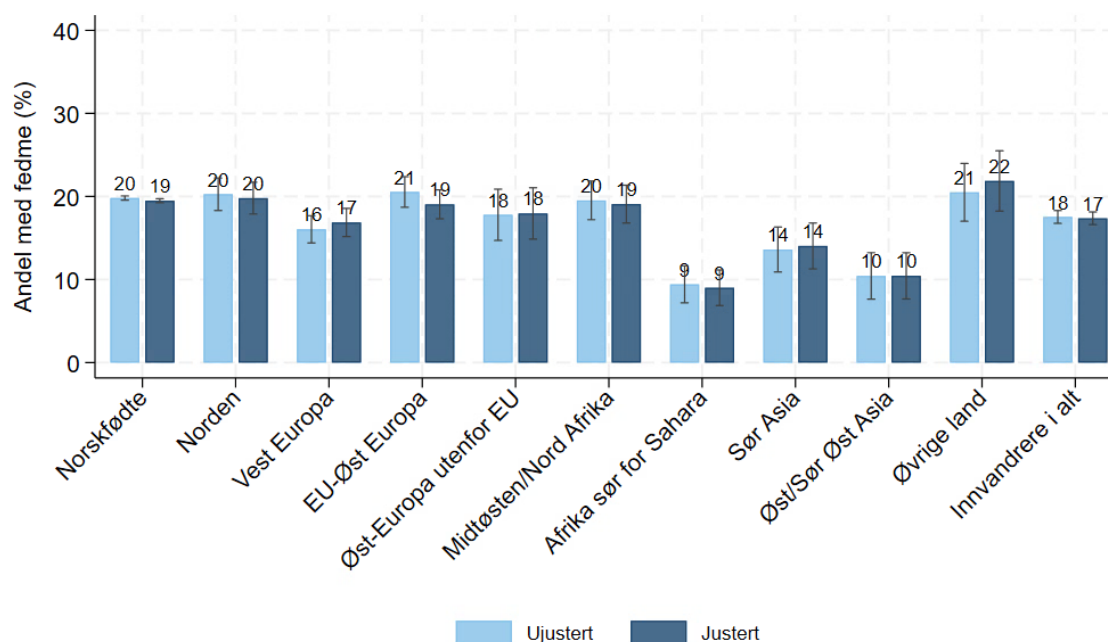
Blant menn varierer den ujusterte andelen med fedme fra 9 til 21 prosent. Den er lavest blant innvandrere fra Afrika sør for Sahara, etterfulgt av Øst-/Sørøst-Asia, og høyest blant innvandrere fra EU-Øst-Europa og øvrige land, etterfulgt av innvandrere fra Midtøsten, Norden og norskfødte menn. For kvinner varierer andelen fra 7 til 21 prosent. Fedme er minst utbredt blant kvinner fra Øst-/Sørøst-Asia og mest utbredt blant kvinner fra Afrika sør for Sahara.

Sammenlignet med norskfødte menn, er fedme betydelig mindre utbredt blant menn fra Vest-Europa, Afrika sør for Sahara, Sør-Asia og Øst-/Sørøst-Asia (4–11 prosentpoeng lavere). Blant kvinner er andelen med fedme lavere i de fleste innvandrergupper, med unntak av deltakere fra Midtøsten/Nord Afrika og øvrige land, der andelen er omtrent den samme blant norskfødte kvinner. Fedme blant kvinner fra Afrika sør for Sahara er 3 prosentpoeng høyere enn blant norskfødte kvinner, men overlappende konfidensintervaller indikerer at forskjellen kan være tilfeldig.

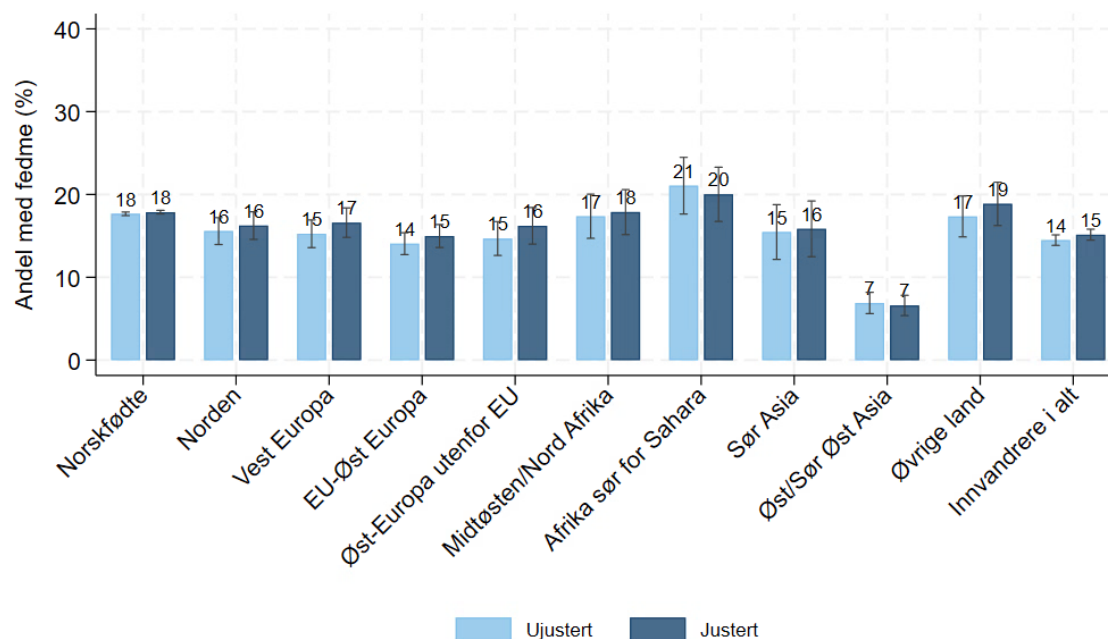
Etter justering for aldersgruppe og utdanningsnivå er det kun små endringer i andelen med fedme. Mønsteret mellom gruppene endres lite.

Når vi sammenligner menn og kvinner i de ulike innvandrerguppene, er andelen med fedme ofte noe høyere blant menn, selv om forskjellene er som regel små. Blant innvandrere fra Afrika sør for Sahara derimot, er fedme langt mer utbredt blant kvinner (20 %) enn blant menn (9 %) – en forskjell på 11 prosentpoeng.

6.1a. Andel menn med fedme etter innvandrergroupe og norskfødte



6.1b. Andel kvinner med fedme etter innvandrergroupe og norskfødte



Figur 6.2a viser den ujusterte andelen med fedme fordelt på aldersgrupper for norskfødte med norskfødte foreldre, innvandrere samlet og ulike innvandrergroupe. Den justerte andelen, korrigert for kjønn og utdanningsnivå, vises i **figur 6.2b**.

Blant norskfødte med norskfødte foreldre øker andelen med fedme fra 15 % i alderen 18–34 år til 23 % i alderen 45–54 år, før den synker til 18 % i aldersgruppen 55 år og eldre.

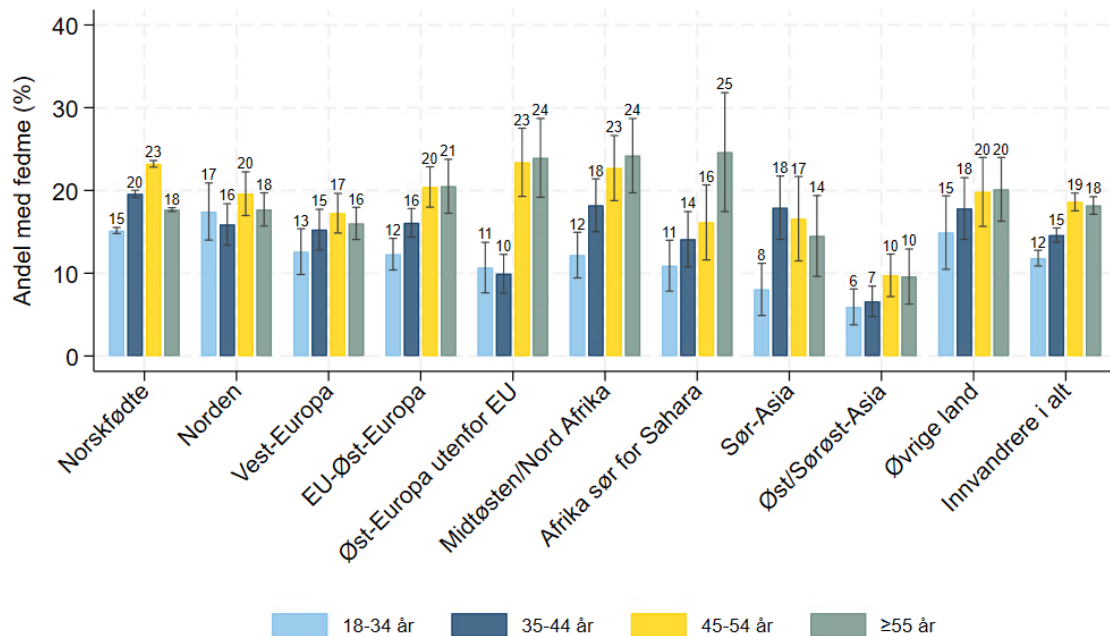
For de fleste innvandrergroupe ser vi også en økning i fedme med alder, men styrken i sammenhengen varierer. Forskjellen er størst blant innvandrere fra Øst-Europa utenfor EU, Midtøsten/Nord-Afrika og Afrika sør for Sahara, med henholdsvis 13, 12 og 14 prosentpoeng høyere andel i den eldste enn i den yngste aldersgruppen. Variasjonen etter aldersgruppe er

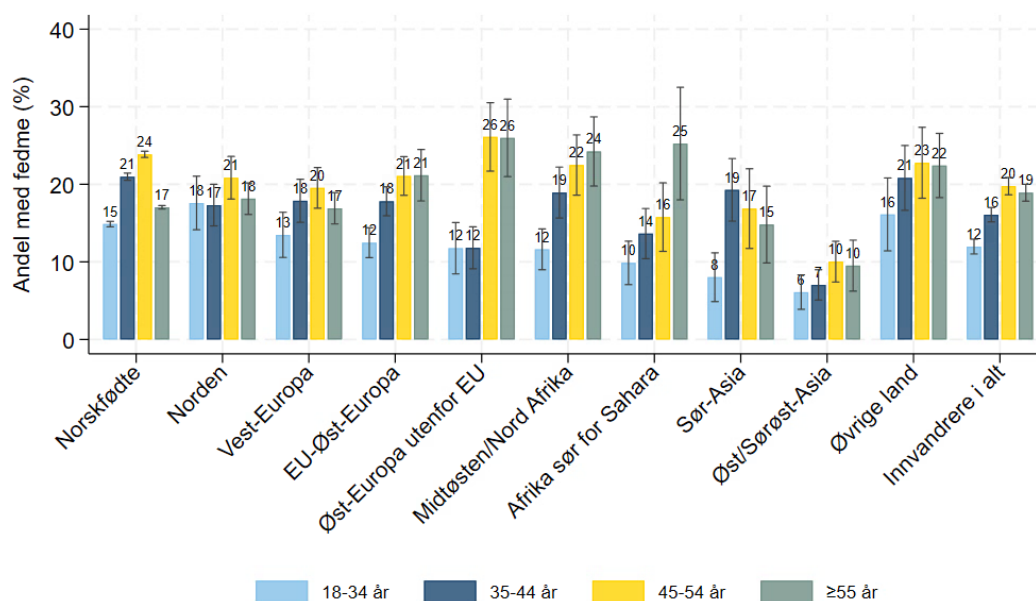
derimot mindre blant innvandrere fra Norden, Vest-Europa og Øst-/Sørøst-Asia (fire prosentpoeng).

I alderen 18–34 år er fedme mindre vanlig blant innvandrere fra Øst-/Sørøst-Asia, Sør-Asia, Øst-Europa utenfor EU, og Afrika sør for Sahara enn blant norskfødte. For aldersgruppen 35–44 er fedme generelt lavere i de fleste grupper, med enkelte unntak hvor nivåene er omtrent som hos norskfødte. Mellom 45–54 år, er andelen med fedme relativt lik, eller noe mindre utbredt blant innvandrere enn blant norskfødte. Blant deltakere over 55 år er fedme bare lavere blant innvandrere fra Øst-/Sørøst-Asia, mens andre grupper har høyere forekomst, spesielt de fra Øst-Europa utenfor EU og Midtøsten/Nord-Afrika. Innvandrere fra Øst-/Sørøst-Asia har konsekvent den laveste forekomsten av fedme i alle aldersgrupper.

Etter justering (**figur 6.2b**) er endringer små, og mønsteret mellom gruppene forblir i stor grad uendret.

Figur 6.2a Andel med fedme etter aldersgruppe og innvandrergroupe / norskfødte (ujustert)



Figur 6.2b Andel med fedme etter aldersgruppe og innvandrergruppe / norskfødte (justert)

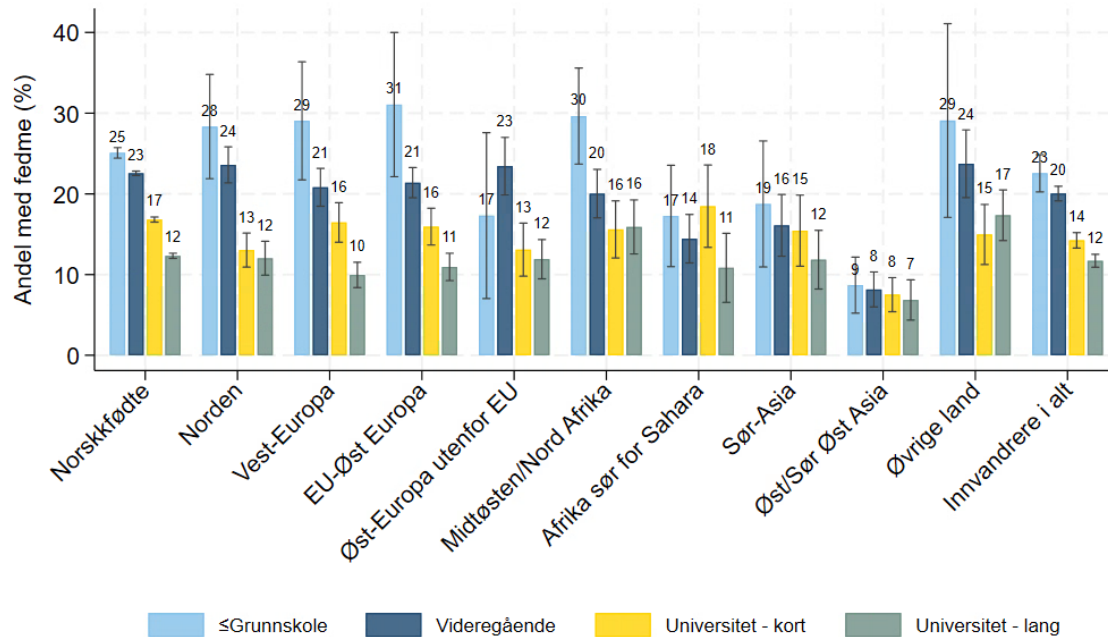
I **figur 6.3a** ser vi den ujusterte andelen med fedme fordelt på utdanningsnivå blant norskfødte med norskfødte foreldre, innvandrere i alt og ulike innvandrergupper. Den justerte andelen, korrigert for kjønn og aldersgruppe, vises i **figur 6.3b**.

Blant norskfødte ser vi en tydelig nedgang i fedme med økende utdanningsnivå: fra 25 % blant deltakere med grunnskole eller lavere utdanning til 12 % blant de med lang universitetsutdanning. Dette mønsteret – lavere andel med fedme ved høyere utdanning – gjelder også for innvandrere samlet og for flere innvandrergupper. Nedgangen er særlig markert blant innvandrere fra Norden, Vest-Europa og EU-Øst-Europa (16-20 prosentpoeng). I kontrast ser vi liten variasjon etter utdanningsnivå blant innvandrere fra Øst-/Sørøst-Asia (2 prosentpoeng), hvor fedmeandelen er lav uavhengig av utdanning. Sammenhengen mellom fedme og utdanningsnivå er også mindre tydelig blant innvandrere fra Afrika sør for Sahara.

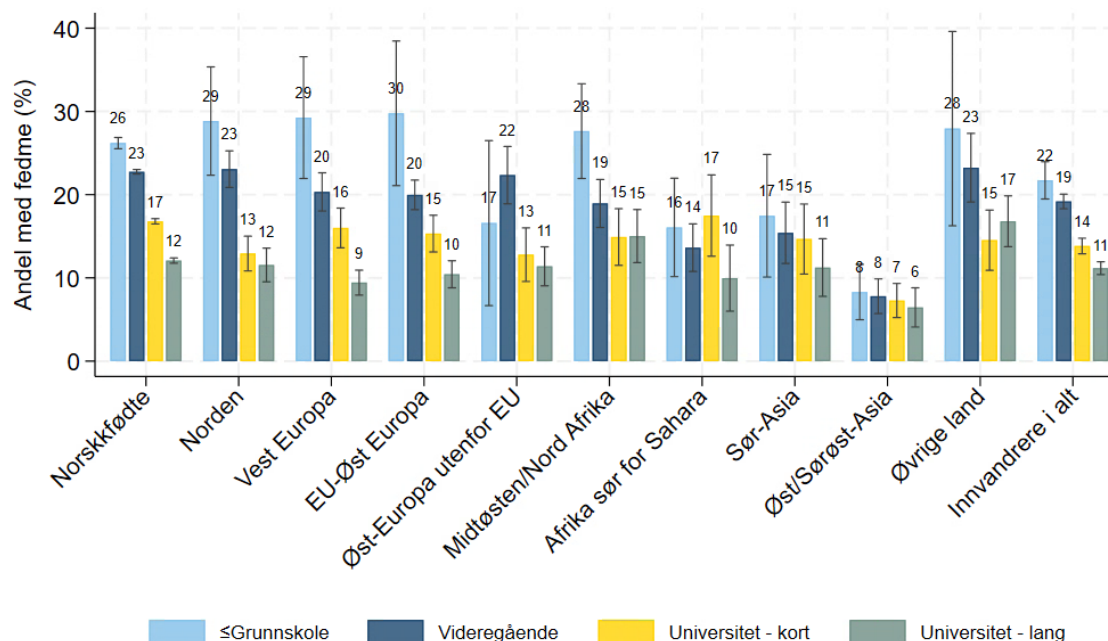
Blant deltakere med grunnskoleutdanning eller lavere, er fedme mindre utbredt blant innvandrere fra Afrika sør for Sahara og Øst-/Sørøst-Asia enn blant norskfødte. Vi ser det samme for videregående nivå. Fedme er også mindre utbredt blant innvandrere fra Sør-Asia. For de med universitetsutdanning er fedmenivåene lavere blant innvandrere fra Øst-/Sørøst-Asia i begge utdanningskategorier, og også blant innvandrere fra Norden og Øst-Europa utenfor EU med kort universitetsutdanning, samt blant innvandrere fra Vest-Europa med lang universitetsutdanning.

Etter justering (**figur 6.3b**) er endringer små, og mønsteret mellom gruppene forblir i stor grad uendret.

Figur 6.3a Andel med fedme etter utdanningsnivå og innvandrergroupe / norskfødte (ujustert)



Figur 6.3b Andel med fedme etter utdanningsnivå og innvandrergroupe / norskfødte (justert)



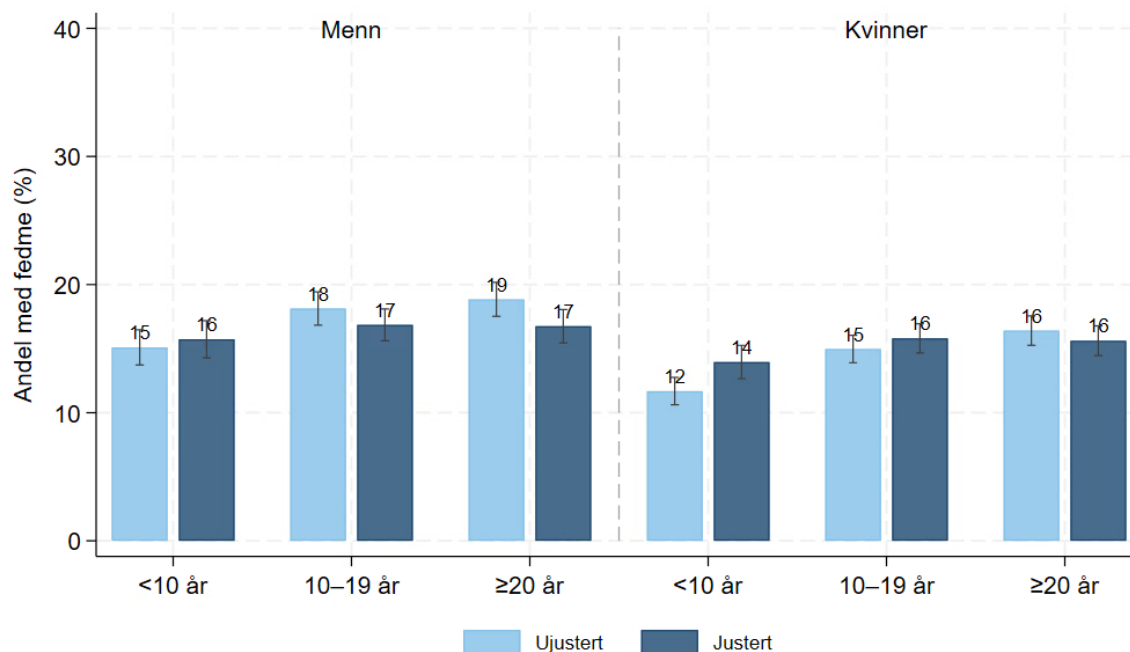
3.6.3 Fedme blant innvandrere med ulike botid

Figur 6.4 viser både den ujusterte og justerte andelen innvandrere som har fedme, fordelt etter kjønn og botid i Norge.

I de ujusterte tallene er fedme mer utbredt blant både menn og kvinner med lengre botid. Andelen med fedme er fire prosentpoeng lavere hos deltakere med under 10 års botid enn hos

dem med 20 år eller mer i Norge. Etter justering for aldersgruppe, utdanningsnivå og innvandrerguppe blir forskjellene mindre etter botid: kun ett prosentpoeng for menn og to prosentpoeng for kvinner.

Figur 6.4 Andel med fedme etter botid og kjønn



3.6.4 Fedme blant deltakere fra seks europeiske land

Resultatene i denne delen er basert på 8 114 av 8 284 innvandrere (97,9 %) fra Polen, Sverige, Tyskland, Danmark, Litauen og Storbritannia, samt 219 737 av 220 101 norskfødte med norskfødte foreldre (97,6 %).

Blant innvandrere fra disse seks landene rapporterer 16,4 % (95 % KI: 15,6–17,2) at de har fedme. Dette er noe lavere enn blant norskfødte med norskfødte foreldre, hvor andelen er 18,7 % (95 % KI: 18,5–18,8). Etter justering for kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå er andelen med fedme 16,7 % (95 % KI: 15,9–17,6) blant innvandrere, og 18,6 % (95 % KI: 18,4–18,8) blant norskfødte med norskfødte foreldre.

Figur 6.5a viser andelen menn som rapporterer fedme etter landbakgrunn, mens **figur 6.5b** viser tilsvarende for kvinner. Andelene er vist både ujustert og justert for aldersgruppe og utdanningsnivå.

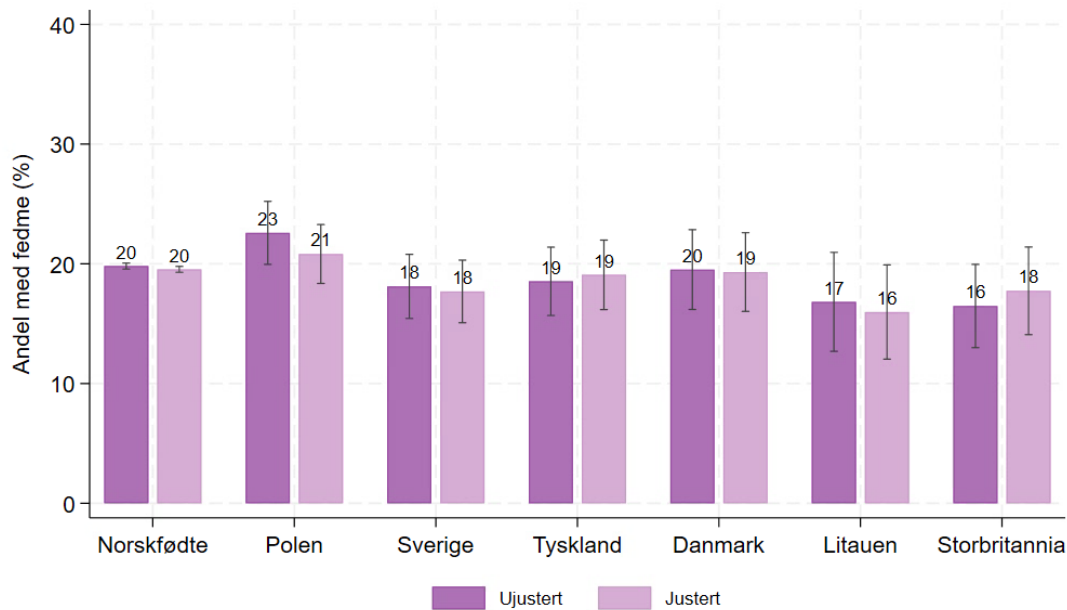
Den ujusterte andelen med fedme blant menn varierer med sju prosentpoeng mellom gruppene, og er høyest blant menn fra Polen og lavest blant menn fra Storbritannia. For kvinner er variasjonen større – ni prosentpoeng – med lavest andel blant innvandrere fra Sverige og høyest blant innvandrere fra Storbritannia.

Sammenlignet med norskfødte med norskfødte foreldre er det kun små forskjeller i andelen med fedme blant menn fra de ulike innvandrerguppene. For kvinner derimot, er andelen med fedme 4-6 prosentpoeng lavere i alle innvandrerguppene enn blant norskfødte, med unntak av kvinner fra Storbritannia.

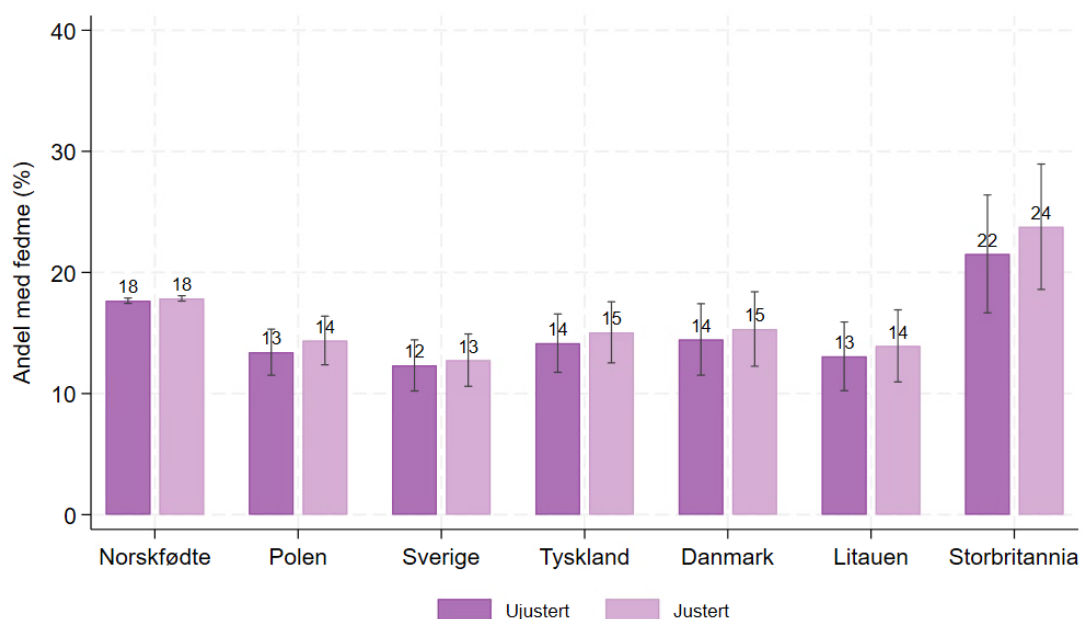
Etter justering blir variasjonen blant menn noe mindre (fem prosentpoeng). Andelen er nå lavest blant menn fra Litauen, men fortsatt høyest blant menn fra Polen. Blant kvinner øker variasjonen etter justering, og forskjellen mellom kvinner fra Storbritannia og de øvrige gruppene blir tydeligere.

Når vi sammenligner kjønn innen hver innvandrergruppe, ser vi at fedme er mer utbredt blant menn i de fleste grupper. Forskjellen er størst blant innvandrere fra Polen, der den justerte andelen er seks prosentpoeng høyere hos menn enn hos kvinner. Blant innvandrere fra Storbritannia er kjønnsforskjellen motsatt: andelen med fedme er seks prosentpoeng høyere hos kvinner enn hos menn.

Figur 6.5a Andel menn med fedme etter landbakgrunn blant innvandrere fra seks europeiske land og norskfødte

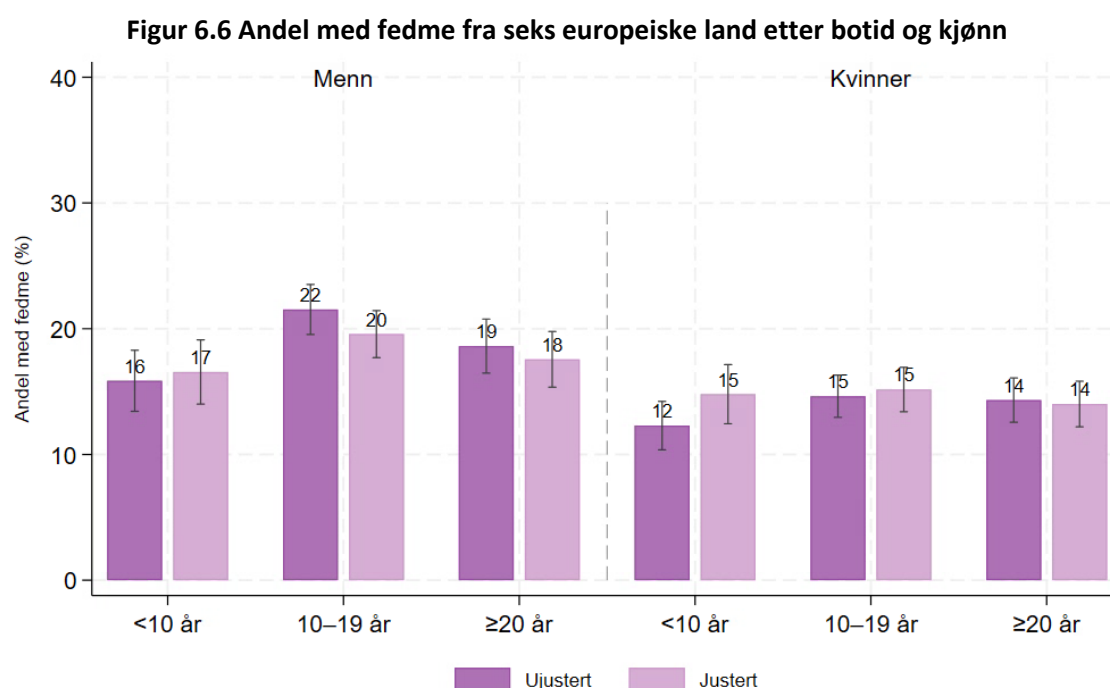


Figur 6.5a Andel kvinner med fedme etter landbakgrunn blant innvandrere fra seks europeiske land og norskfødte



I **figur 6.6** vises andelen med fedme fordelt etter botid i Norge blant menn og kvinner fra de seks utvalgte europeiske landene sett under ett. Andelenes vises både ujustert og justert for aldersgruppe, utdanningsnivå og landbakgrunn.

De ujusterte andelenes viser at fedme er minst utbredt blant innvandrere med under 10 års botid i Norge. Blant menn er fedme mer utbredt blant dem med 10–19 års botid (22 %) enn blant dem med mindre enn 10 år (16 %). For kvinner er det mindre variasjon (3 prosentpoeng), og overlappende konfidensintervaller tyder på at forskjellen kan være tilfeldig. Etter justering reduseres forskjellene for begge kjønn, og det er ingen tydelig sammenheng mellom botid og fedme for menn eller kvinner.



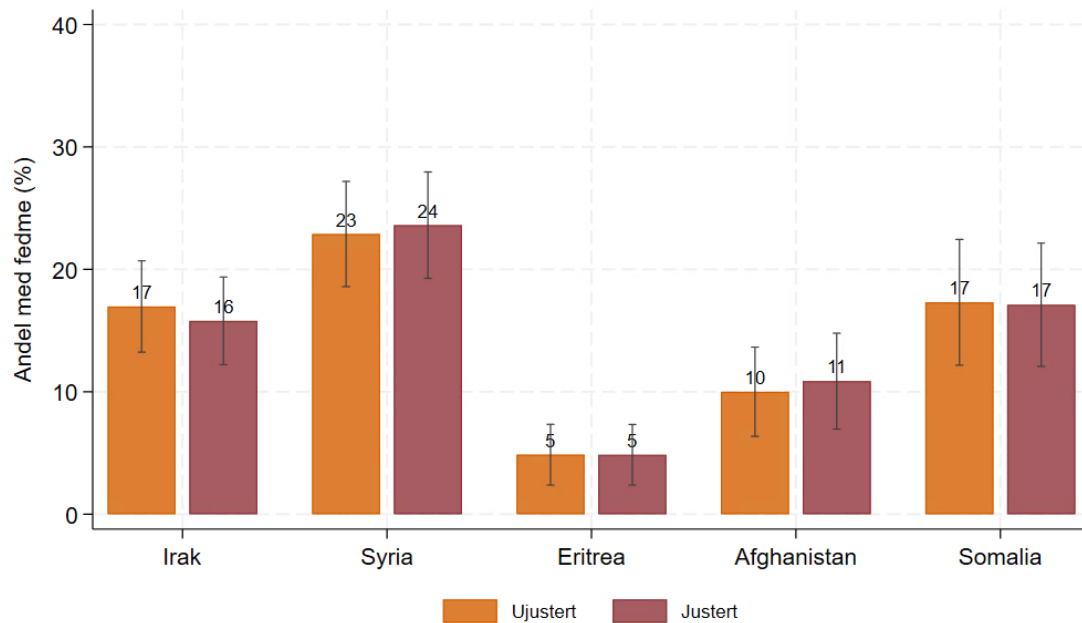
3.6.5 Fedme blant deltakere fra fem land preget av flyktningutvandring

Resultatene i denne delen er basert på 1 512 av 1 602 innvandrere (94,4 %) fra Irak, Syria, Eritrea, Afghanistan og Somalia. Blant innvandrere fra disse fem landene har 14,9 % (95 % KI: 13,2–16,8) fedme.

Figur 6.7 viser andelen med fedme etter landbakgrunn, både ujustert og justert for kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå.

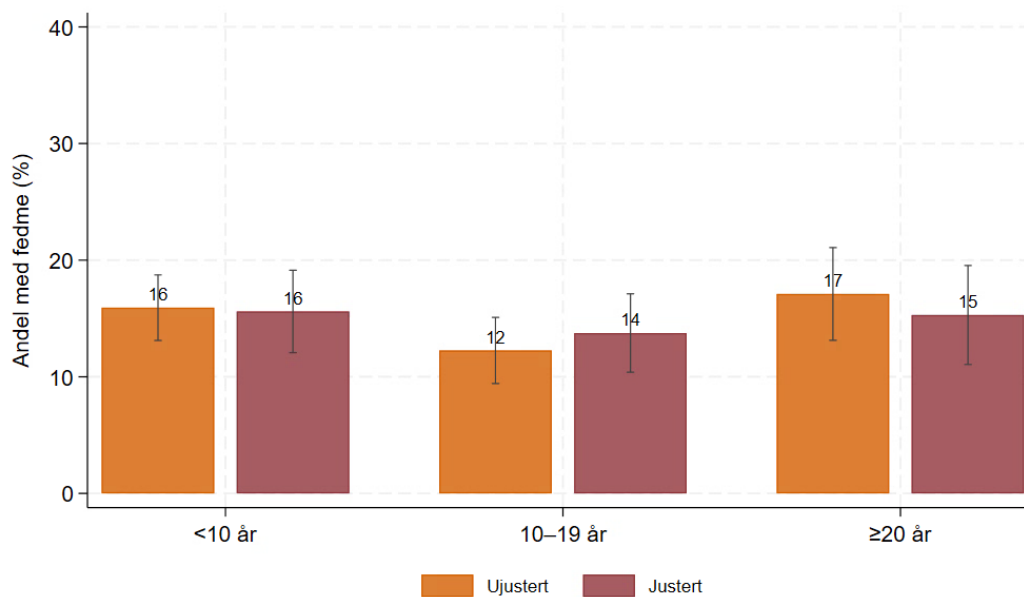
Kun fem prosent av innvandrerne fra Eritrea rapporterer fedme, markant lavere enn blant deltakere fra de øvrige gruppene. Fedme er mest utbredt blant innvandrere fra Syria (23 %). Dette er 18 prosentpoeng høyere enn blant innvandrere fra Eritrea. Justering har bare liten innvirkning på andelenes.

Figur 6.7. Andel med fedme etter landbakgrunn blant innvandrere fra fem land preget av flyktningutvandring



Figur 6.8 viser andelen med fedme blant innvandrere fra disse fem landene, fordelt på ulike botidskategorier. Andelen er vist både ujustert og justert for kjønn, aldersgruppe, utdanningsnivå og landbakgrunn. Den ujusterte fedmeandelen varierer med fem prosentpoeng på tvers av gruppene. Andelen er lavest hos deltakere med 10–19 års botid, og høyest hos dem med 20 års botid eller mer i Norge. Etter justering reduseres variasjonen til to prosentpoeng, og det er ingen tydelig sammenheng mellom botid og fedme.

Figur 6.8. Andel med fedme etter botid blant innvandrere fra fem land preget av flyktningutvandring



3.6.6 Oppsummering om fedme

Fedme er noe mindre utbredt blant innvandrere som har deltatt enn blant norskfødte med norskfødte foreldre (16 % vs. 19 % etter justering). Andelen er imidlertid merkbart høyere enn nivåene som er rapportert i FHUS Oslo og i Levekårsundersøkelsen, der fedme blant norskfødte lå på omtrent 12–14 prosent (8,10).

Fedme er mindre utbredt i flere innvandrergupper enn blant norskfødte i vårt materiale, og i motsetning til FHUS Oslo og Levekårsundersøkelsen er den ikke mer utbredt (10). Det er likevel store variasjoner mellom innvandrerguppene. Blant menn er fedme minst utbredt i Afrika sør for Sahara og Øst-/Sørøst-Asia, og høyest i EU-Øst-Europa og Midtøsten. Blant kvinner er nivået lavest i Øst-/Sørøst-Asia og høyest i Afrika sør for Sahara. Dette mønsteret samsvarer med de tidligere undersøkelsene (3,7). Fedme er også generelt noe mer utbredt blant menn enn kvinner, noe som også er funnet i studier av befolkningen for øvrig (49).

Blant innvandrere fra seks europeiske land er forekomsten samlet sett omtrent på nivå med eller lavere enn blant norskfødte. Et unntak er kvinner fra Storbritannia, hvor fedme er mer utbredt. For innvandrere fra fem land preget av flyktningutvandring varierer fedmeandelen betydelig, fra fem prosent blant innvandrere fra Eritrea til 23 prosent blant innvandrere fra Syria. FHUS Oslo fant også store variasjoner mellom disse landene (10).

Forekomsten øker generelt med alder, særlig blant innvandrere fra Øst-Europa utenfor EU, Midtøsten/Nord-Afrika og Afrika sør for Sahara. Innvandrere fra Øst-/Sørøst-Asia ligger konsekvent lavest på tvers av aldersgruppene. Blant norskfødte derimot er fedme lavere i den eldste aldersgruppen. En mulig forklaring er at 55+ kategorien omfatter en større andel 70+-åringer blant norskfødte enn blant innvandrere, og fedme er generelt mindre utbredt i de aller eldste aldersgruppene (10).

Utdanning har en tydelig sammenheng med fedme, både blant norskfødte og innvandrere: høyere utdanning henger sammen med lavere forekomst. Nedgangen er særlig markert i europeiske grupper, mens variasjonen er liten blant innvandrere fra Øst-/Sørøst-Asia, som uansett har lave nivåer. Når det gjelder botid, er det ingen tydelig sammenheng med fedme på tvers de ulike innvandrerguppene.

3.7 Søvnproblemer

3.7.1 Mål for søvnproblemer

Søvnproblemer er kartlagt ved hjelp av fire spørsmål fra *Bergen Insomnia Scale* (50). Deltakerne ble spurt om hvor ofte de har vansker med å sovne om kvelden, opplever gjentatte oppvåkninger, og hvor ofte de er trøtte eller søvnige på dagtid. Svaralternativene var: «Aldri/sjelden», «Av og til», «1–2 ganger per uke» og «Minst 3 ganger per uke». Det fjerde spørsmålet gjaldt varigheten av søvnproblemene, med svaralternativene: «Mindre enn 1 måned», «1–2 måneder», «3–6 måneder», «7–12 måneder», «Mer enn 1 år» eller «Jeg har ikke søvnvansker».

I denne rapporten defineres søvnproblemer som å ha vansker med å sovne eller gjentatte oppvåkninger minst tre ganger per uke, OG å være trøtt eller søvnig på dagtid minst tre ganger per uke, OG at søvnproblemene har vart i minst tre måneder. Dette er i tråd med kriteriene for insomni i *DSM-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. utgave)*.

Spørsmålene om søvn ble inkludert i FHUS fra og med 2021, og deltakere fra Rogaland er derfor ikke med i analysene. Dette reduserer muligheten til å trekke konklusjoner i enkelte analyser og har gjort det nødvendig å slå sammen noen kategorier.

3.7.2 Søvnproblemer blant ulike innvandrergupper ved kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå

Deltakere i Rogaland ble ikke spurt om søvnproblemer. Resultatene er derfor basert på 18 625 av 18 739 innvandrere (99,4 %) og 188 503 av 189 631 norskfødte med norskfødte foreldre (99,4 %).

Omtrent 10,6% (95% KI: 10,2-11,1) av innvandrere rapporterer søvnproblemer (insomni). Dette er noe lavere enn blant norskfødte med norskfødte foreldre (11,8% 95%KI 11,6-11,9). Etter justeringer er forskjellen blant de to gruppene litt større (innvandrere 10,2 % 95 % KI: 9,8-10,6); norskfødte med norskfødte foreldre 11,8 %, 95% KI 11,7-12,0).

Figur 7.1a viser både den ujusterte og justerte andelen med søvnproblemer blant norskfødte med norskfødte foreldre, innvandrere totalt, samt ulike innvandrergupper blant menn. **Figur 7.1b** viser tilsvarende andeler blant kvinner.

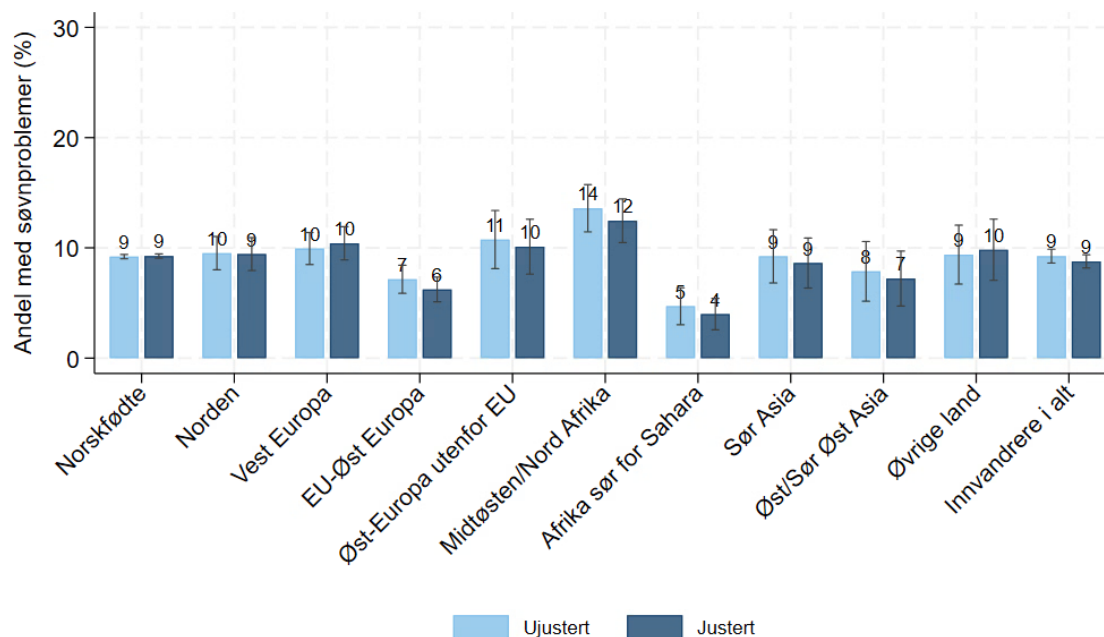
Blant menn varierer den ujusterte andelen med søvnproblemer fra 5 til 14 prosent, en forskjell på 9 prosentpoeng. Høyest andel finner vi blant innvandrere fra Midtøsten/Nord-Afrika (11 %) og lavest blant innvandrere fra Afrika sør for Sahara (5 %). Sammenlignet med norskfødte menn (9 %) er det kun innvandrere fra Afrika sør for Sahara og EU-Øst-Europa som har lavere forekomst av søvnproblemer. For de fleste andre grupper er nivået enten likt eller, som for innvandrere fra Midtøsten/Nord-Afrika, noe høyere.

Blant kvinner er variasjonen også på 9 prosentpoeng, fra 6 til 15 prosent. Høyest andel ser vi blant innvandrere fra øvrige land (15 %) og lavest blant kvinner fra Afrika sør for Sahara (6 %). Sammenlignet med norskfødte kvinner (14 %) er andelen med søvnproblemer to prosentpoeng lavere blant innvandrere i alt, Øst-Europa utenfor EU og Midtøsten/Nord-Afrika, fire prosentpoeng lavere blant innvandrere fra Sør-Asia og Øst-/Sørøst-Asia, og hele åtte prosentpoeng lavere blant kvinner fra Afrika sør for Sahara. Kvinner fra Norden, Vest-Europa og øvrige land ligger på omtrent samme nivå som norskfødte kvinner.

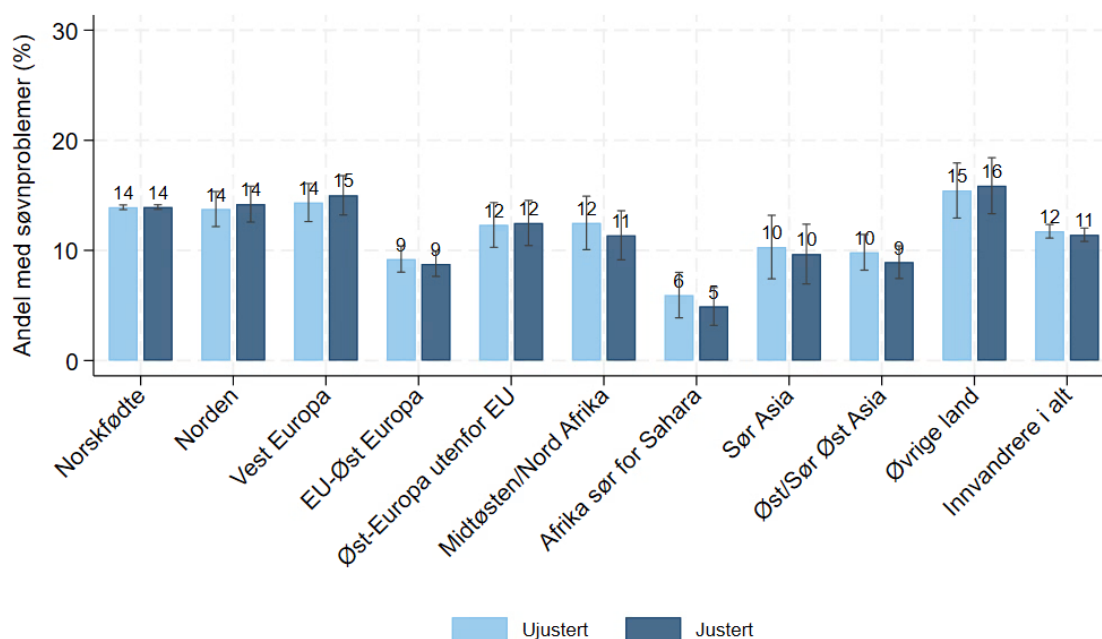
Etter justering for aldersgruppe og utdanningsnivå blir forskjellene noe større for menn i gruppene som allerede har lavere forekomst enn norskfødte. Blant kvinner øker også forskjellene i enkelte grupper.

Søvnproblemer er mer utbredt blant kvinner enn menn i flere grupper. De største kjønnsforskjellene ser vi blant norskfødte, innvandrere fra Norden og Vest-Europa (5 prosentpoeng høyere blant kvinner) og innvandrere fra øvrige land (6 prosentpoeng høyere blant kvinner).

Figur 7.1a. Andel menn med søvnproblemer etter innvandrergruppe og norskfødte



Figur 7.1b. Andel kvinner med søvnproblemer etter innvandrergruppe og norskfødte



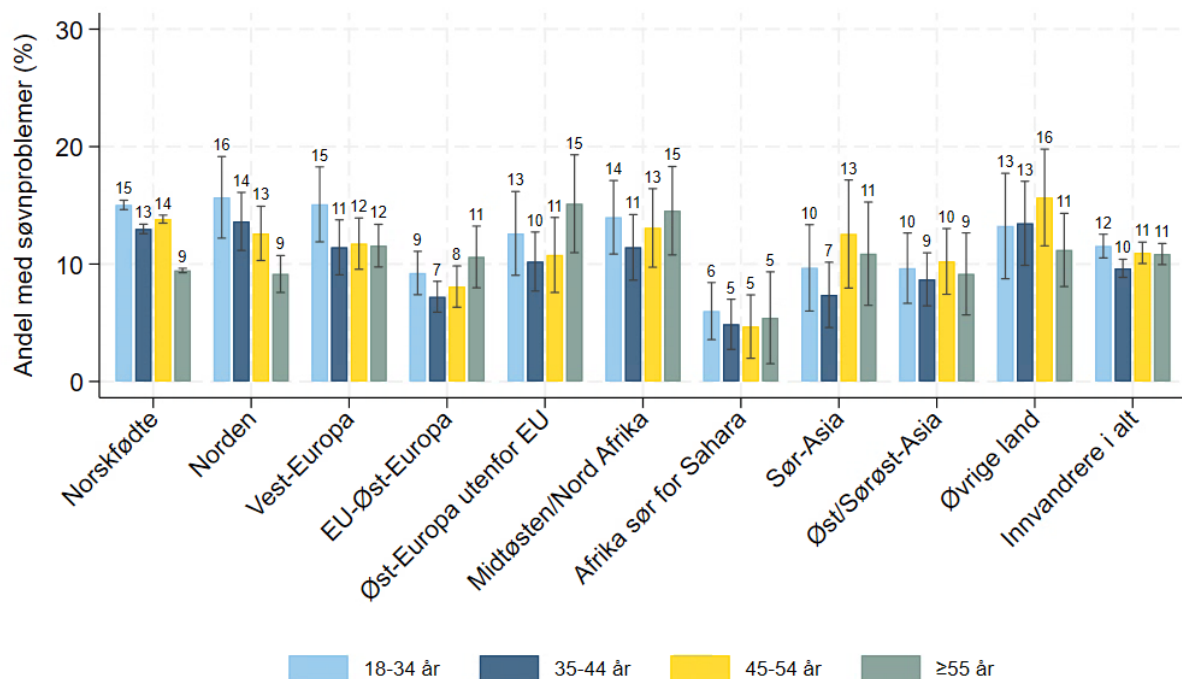
Figur 7.2a viser den ujusterte andelen med fedme fordelt på aldersgrupper blant norskfødte med norskfødte foreldre, innvandrere totalt og ulike innvandrergrupper. Den justerte andelen, korrigert for kjønn og utdanningsnivå, vises i **figur 7.2b**.

Blant norskfødte med norskfødte foreldre er andelen med søvnproblemer relativt stabil i alderen 18–54 år, før den avtar noe i den eldste gruppen. Et tilsvarende mønster finnes blant innvandrere fra Norden. For øvrige innvandrergrupper er sammenhengen mellom alder og søvnproblemer lite tydelig.

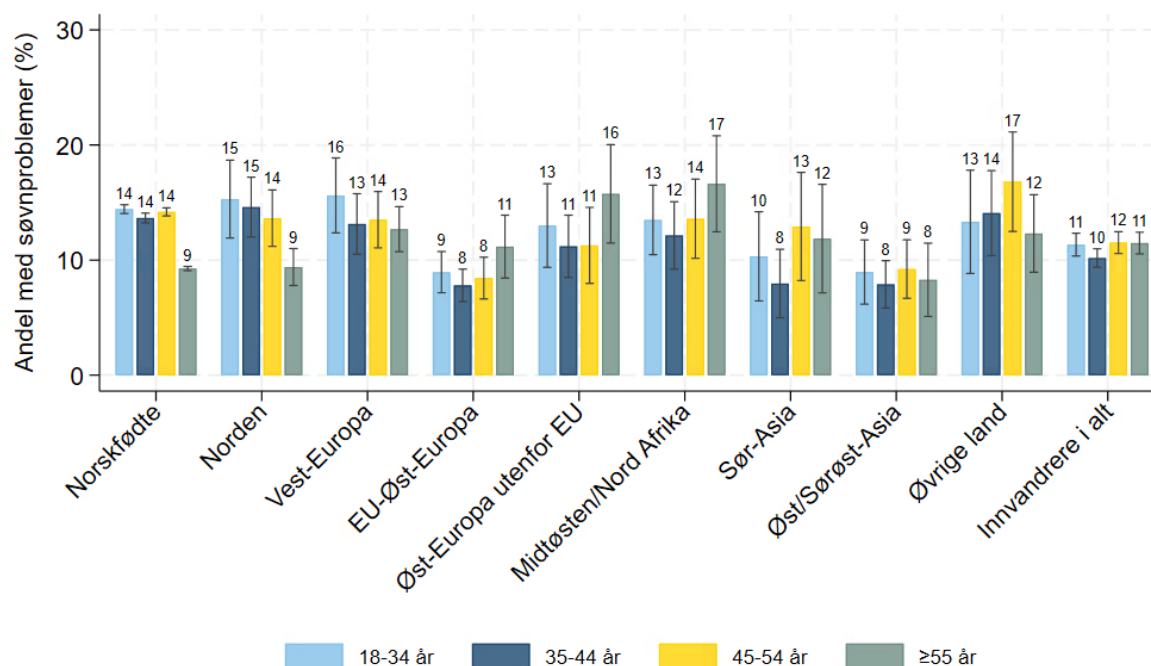
Sammenlignet med norskfødte er søvnproblemer mindre vanlige blant innvandrere fra EU-Øst-Europa, og Afrika sør for Sahara i aldersgruppene 18–34, 35–44 og 45–54 år, samt blant innvandrere generelt. Blant deltakere over 55 år er søvnproblemene imidlertid like eller mer utbredt blant innvandrere, med unntaket av Afrika sør for Sahara, der kun 5 % rapporterer søvnproblemer.

Etter justering (**figur 7.2b**) er mønsteret i stor grad det samme som før justering. Andelen med søvnproblemer øker for flere grupper, noe som gir en tydeligere forskjell mellom norskfødte med norskfødte foreldre og innvandrere fra Vest-Europa, Øst-Europa utenfor EU, samt Midtøsten/Nord-Afrika i den eldste aldersgruppen.

Figur 7.2a Andel med søvnproblemer etter aldersgruppe og innvandrergruppe / norskfødte (ujustert)



Figur 7.2b Andel med søvnproblemer etter aldersgruppe og innvandrergroupe / norskfødte (justert)



Figur 7.3a viser den ujusterte andelen med søvnproblemer fordelt på utdanningsnivå blant norskfødte med norskfødte foreldre, innvandrere samlet og de ulike innvandrergropperne. Den justerte andelen, korrigert for kjønn og aldersgruppe, vises i **figur 7.3b**. Utdanningsnivå er delt i tre kategorier fordi det er for få innvandrere med lav utdanning og søvnproblemer i enkelte innvandrergropper til å kunne gjennomføre egne analyser og vurdere reelle forskjeller.

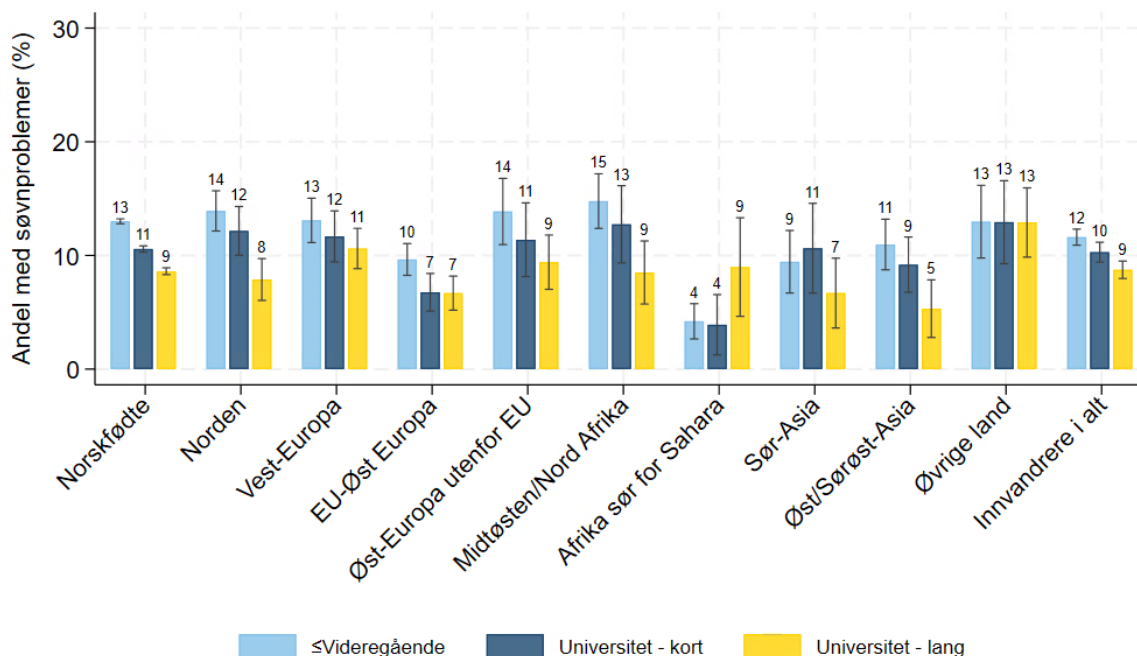
Blant norskfødte med norskfødte foreldre ser vi en lavere andel med søvnproblemer med økende utdanningsnivå – fra 13 % blant dem med videregående utdanning eller lavere til 9 % blant dem med lang universitetsutdanning. Dette mønsteret, med lavere forekomst av søvnproblemer ved høyere utdanning, gjelder også for innvandrere samlet og noen innvandrergropper. Sammenhengen er imidlertid tydeligst blant innvandrere fra Norden, Øst-/Sørøst-Asia og Midtøsten/Nord-Afrika, der forskjellen mellom laveste og høyeste utdanningsnivå er om lag 6 prosentpoeng. I kontrast finner vi liten variasjon etter utdanningsnivå blant innvandrere fra øvrige land, Sør-Asia og Vest-Europa. Blant innvandrere fra Afrika sør for Sahara er andelen med søvnproblemer høyest i gruppen med lang universitetsutdanning. Konfidensintervallene overlapper, noe som tyder på at forskjellen kan skyldes tilfeldig variasjon.

Andelen med søvnproblemer er lavere blant innvandrere fra EU-Øst-Europa enn blant norskfødte med norskfødte foreldre, uavhengig av utdanningsnivå. Innvandrere fra Sør-Asia med videregående utdanning eller lavere og innvandrere fra Afrika sør for Sahara med kort universitetsutdanning eller lavere, samt innvandrere fra Øst-/Sørøst-Asia med lang universitetsutdanning, har også lavere forekomst enn norskfødte på tilsvarende utdanningsnivå. Derimot finner vi en høyere andel blant innvandrere fra «øvrige land» med lang universitetsutdanning.

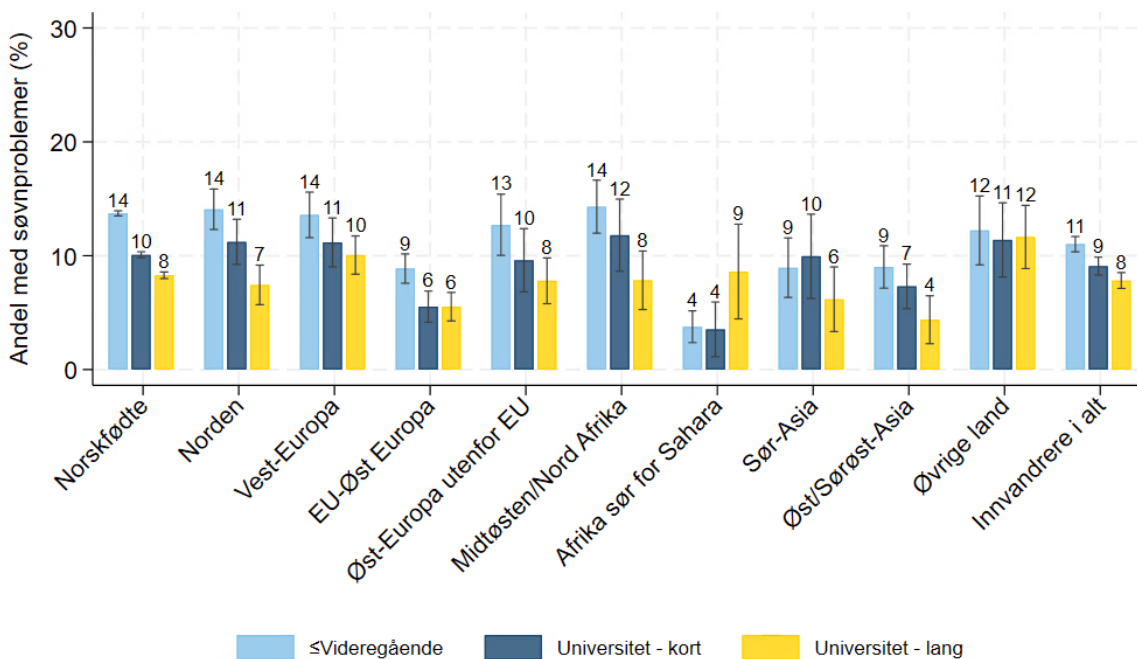
Etter justering (**figur 7.3b**) fremkommer sammenheng mellom utdanningsnivå og søvnproblemer noe sterkere for norskfødte og innvandrere fra Norden, med en henholdsvis forskjell på 6 og 7 prosentpoeng i andelen med søvnproblemer mellom laveste og høyeste utdanningsnivå. Blant innvandrergropperne er mønsteret i stor grad uendret, med kun små

endringer i nivå. Et gjennomgående funn er at innvandrere fra både EU-Øst-Europa og Øst-/Sørøst-Asia har lavere forekomst av søvnproblemer enn norskfødte på tvers av utdanningsnivå.

Figur 7.3a Andel med søvnproblemer etter utdanningsnivå og innvandrergroupe / norskfødte (ujustert)



Figur 7.3b Andel med søvnproblemer etter utdanningsnivå og innvandrergroupe / norskfødte (kun ≥25 år; justert)



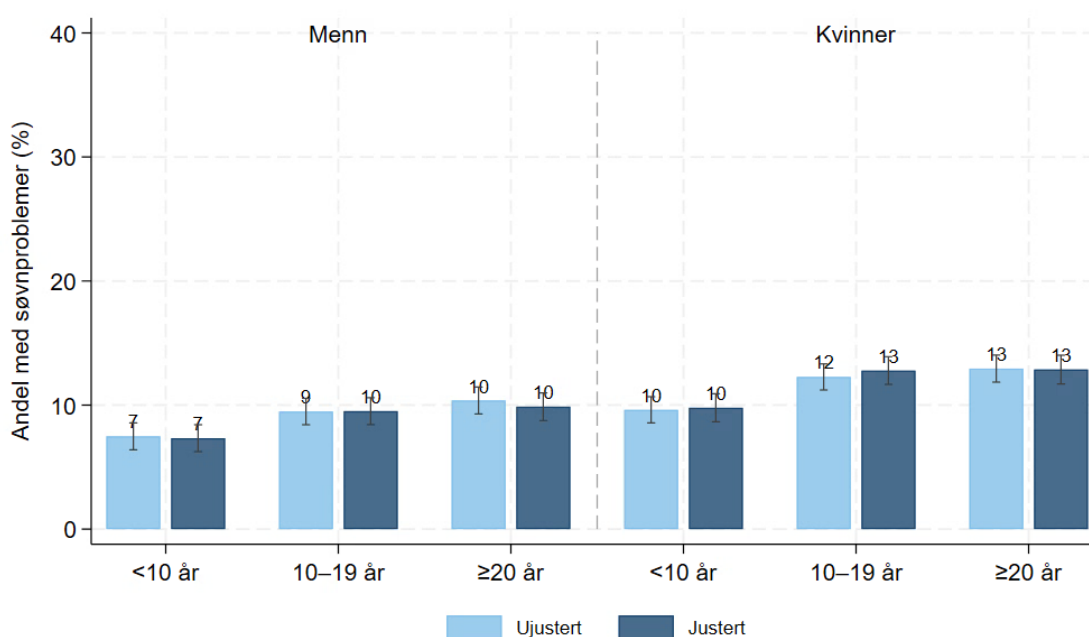
3.7.3 Søvnproblemer blant innvandrere med ulike botid

Figur 7.4 viser både den ujusterte og den justerte andelen innvandrere med søvnproblemer, fordelt etter kjønn og botid i Norge.

De ujusterte andelenene viser at søvnproblemer er noe mer utbredt blant innvandrere med lengre botid. Både blant menn og kvinner er andelen tre prosentpoeng høyere hos deltakere med over 20 års botid enn hos deltakere med under 10 år.

Etter justering for aldersgruppe, utdanningsnivå og innvandrergruppe er det kun små endringer, og det overordnede mønsteret er i hovedsak uendret.

Figur 7.4 Andel med søvnproblemer etter botid og kjønn



3.7.4 Søvnproblemer blant deltakere fra seks europeiske land

Resultatene i denne delen er basert på 7 113 av 7 148 innvandrere (99,5 %) fra Polen, Sverige, Tyskland, Danmark, Litauen og Storbritannia, samt 188 503 av 189 631 norskfødte med norskfødte foreldre (99,4 %).

Blant innvandrere fra disse seks landene rapporterer 11,1 % (95 % KI: 10,4–11,8) søvnproblemer. Dette er omtrent på samme nivå som blant norskfødte med norskfødte foreldre, der andelen er 11,8 % (95 % KI: 11,6–11,9). Etter justering for kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå er andelen relativt uendret: 11,0 % (95 % KI: 10,3–11,8) blant innvandrere og 11,8 % (95 % KI: 11,6–11,9) blant norskfødte med norskfødte foreldre.

Figur 7.5a viser andelen menn som rapporterer søvnproblemer etter landbakgrunn, mens figur 7.5b viser tilsvarende for kvinner. Andelenes vises både ujustert og justert for aldersgruppe og utdanningsnivå.

I de ujusterte tallene varierer andelen med søvnproblemer med 11 prosentpoeng blant menn og 12 prosentpoeng blant kvinner. Andelen er høyest blant innvandrere fra Storbritannia og lavest blant innvandrere fra Litauen, for både menn og kvinner.

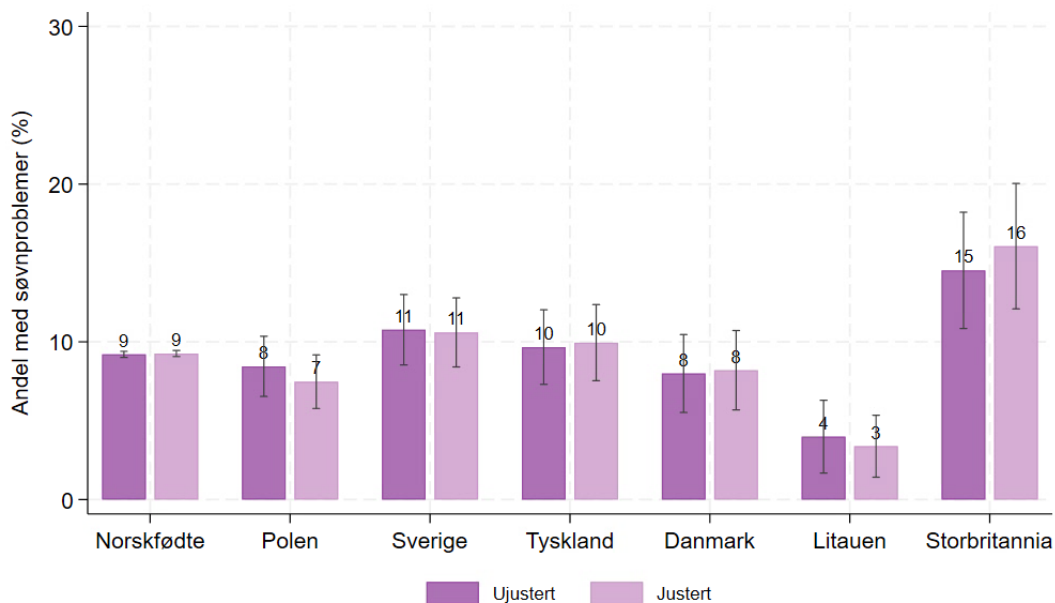
Sammenlignet med norskfødte med norskfødte foreldre er forekomsten av søvnproblemer blant menn på omtrent samme nivå i flere grupper, med unntak av Storbritannia (6

prosentpoeng høyere) og Litauen (5 prosentpoeng lavere). Forekomsten er også lavere blant kvinner fra Polen og Litauen enn blant norskfødte kvinner – henholdsvis 4 og 8 prosentpoeng lavere.

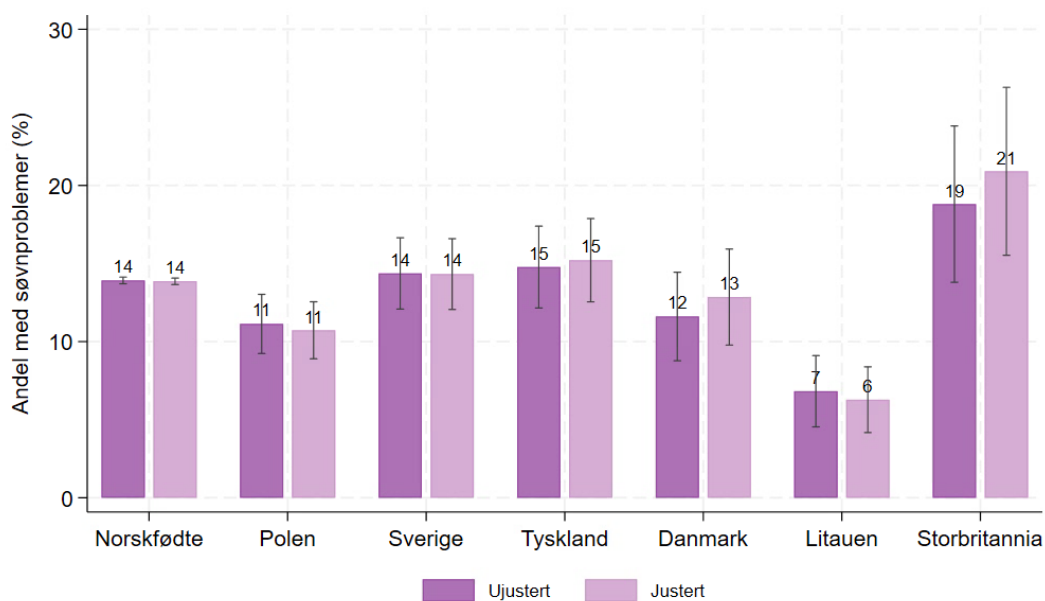
Etter justering blir mønsteret i hovedsak forsterket, med fortsatt lav andel blant innvandrere fra Litauen og høyest andel blant innvandrere fra Storbritannia.

Andelen med søvnproblemer er gjennomgående høyere blant kvinner enn menn i alle gruppene. Konfidensintervallene er imidlertid overlappende for de fleste grupper, med unntak av norskfødte med norskfødte foreldre og innvandrere fra Tyskland.

Figur 7.5a Andel menn med søvnproblemer etter landbakgrunn blant innvandrere fra seks europeiske land og norskfødte



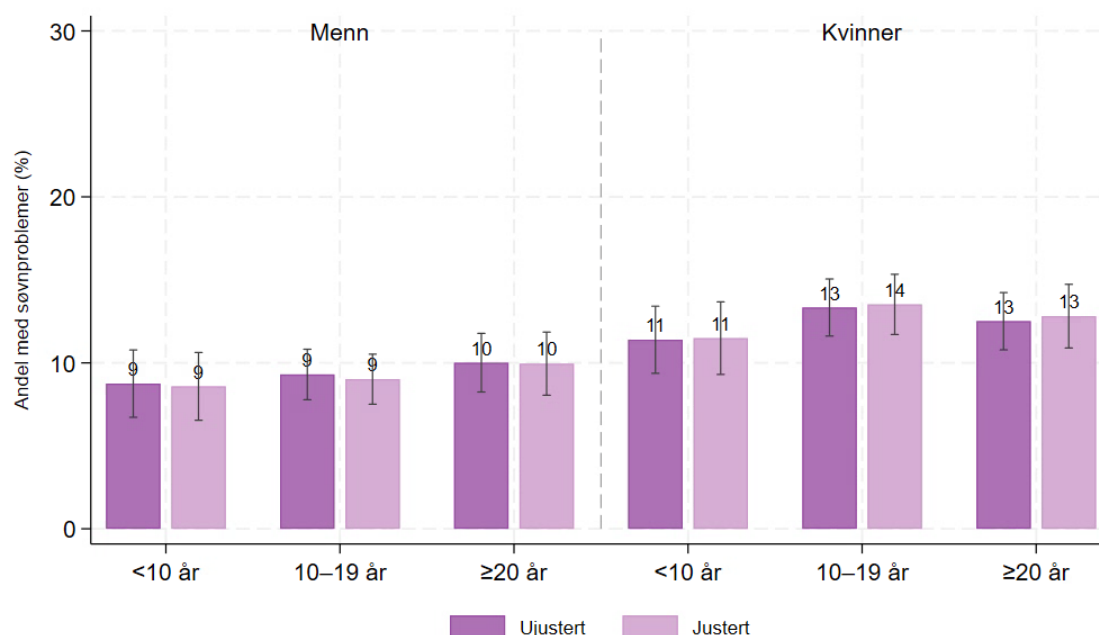
Figur 7.5a Andel kvinner med søvnproblemer etter landbakgrunn blant innvandrere fra seks europeiske land og norskfødte



I **figur 7.6** vises andelen med søvnproblemer fordelt etter botid i Norge blant menn og kvinner fra de seks utvalgte europeiske landene samlet. Andelen er presentert både ujustert og justert for aldersgruppe, utdanningsnivå og landbakgrunn.

De ujusterte andelen viser liten variasjon i forekomsten av søvnproblemer på tvers av botid - ett prosentpoeng blant menn og to prosentpoeng blant kvinner. Justering endrer ikke mønsteret nevneverdig.

Figur 7.6. Andel med søvnproblemer fra seks europeiske land etter botid og kjønn

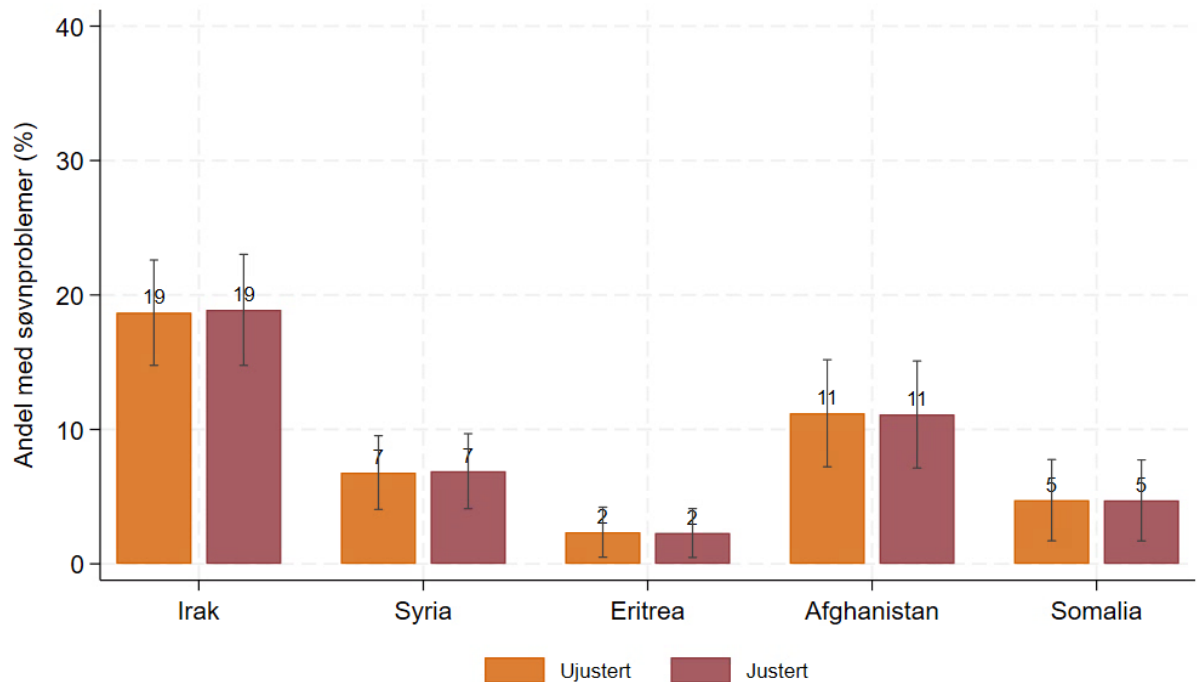


3.7.5 Søvnproblemer blant deltakere fra fem land preget av flyktningutvandring

Resultatene i denne delen er basert på 1 390 av 1 404 innvandrere (99,0 %) fra Irak, Syria, Eritrea, Afghanistan og Somalia. Blant innvandrere fra disse fem landene rapporterer 9,7 % (95 % KI: 8,3–11,4) søvnproblemer.

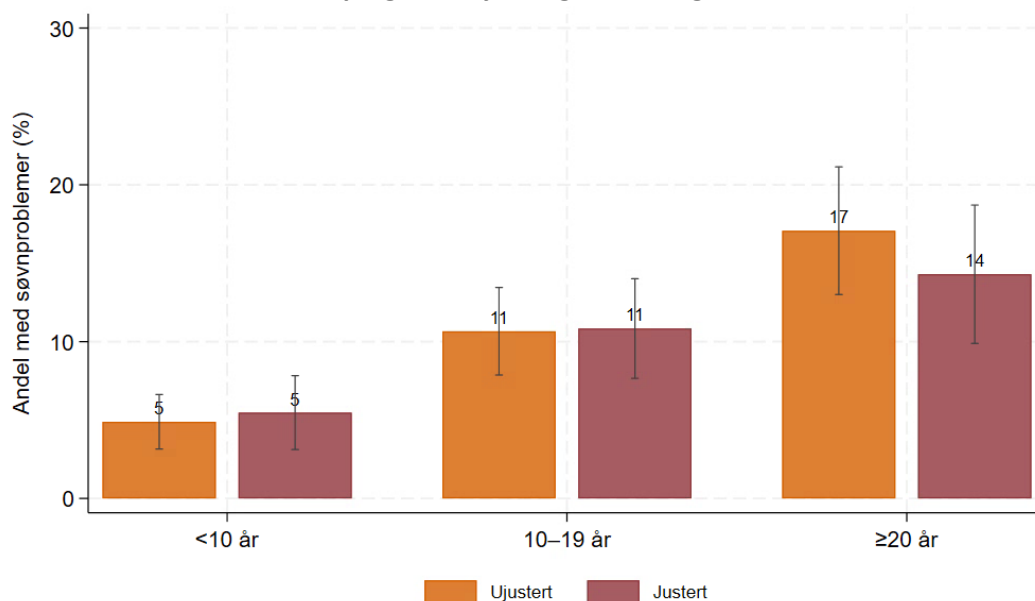
Figur 7.7 viser andelen med søvnproblemer etter landbakgrunn, både ujustert og justert for kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå. Søvnproblemer er mest utbredt blant innvandrere fra Irak og minst blant innvandrere fra Eritrea, med en forskjell på 17 prosentpoeng. Justering endrer ikke andelen i vesentlig grad.

Figur 7.7. Andel med søvnproblemer etter landbakgrunn blant innvandrere fra fem land preget av flyktningutvandring



Figur 7.8 viser en tydelig forskjell i andelen med søvnproblemer etter botid. De ujusterte andelenene varierer med 12 prosentpoeng. Andelen med søvnproblemer er mer enn tre ganger høyere blant innvandrere med 20 år eller mer i Norge, og over dobbelt så høy blant innvandrere med 10–19 års botid, sammenlignet med innvandrere med mindre enn 10 års botid. Forskjellene avtar noe etter justering for kjønn, aldersgruppe, utdanningsnivå og landbakgrunn, men sammenhengen er fremdeles til stede.

Figur 7.8. Andel med søvnproblemer etter botid og kjønn blant innvandrere fra fem land preget av flyktningutvandring



3.7.6 Oppsummering om søvnproblemer

Forekomsten av søvnproblemer er noe lavere blant innvandrere (10 % etter justering) enn blant norskfødte med norskfødte foreldre (12 %) i vårt utvalg. Blant menn er søvnproblemer mest utbredt i grupper fra Midtøsten/Nord-Afrika og minst utbredt blant innvandrere fra Afrika sør for Sahara. Andelen menn fra Afrika sør for Sahara og EU-Øst-Europa som rapporterer søvnproblemer, er betydelig lavere enn blant norskfødte menn. Blant kvinner er andelen med søvnproblemer omtrent lik blant innvandrere fra Norden, Vest-Europa og «øvrige land» som blant norskfødte kvinner, mens andelen er lavere i de øvrige gruppene. Søvnproblemer forekommer generelt oftere blant kvinner enn menn, særlig blant norskfødte og innvandrere fra Vest-Europa og Norden.

Ved analyse av enkeltland, finner vi at andelen med søvnproblemer blant de seks europeiske landene varierer noe. Søvnproblemer er mer utbredt blant innvandrere fra Storbritannia, og mindre utbredt blant innvandrere fra Litauen og Polen, enn blant norskfødte. Polske innvandrere som deltok i FHUS Oslo er derimot mer utsatt for søvnproblemer enn norskfødte (3). Blant innvandrere fra land preget av flyktningutvandring er det irakiske deltakere som er mest preget av søvnproblemer, mens svært få fra Eritrea og Somalia rapporterer dette. Dette samsvarer med funn fra både FHUS Oslo og Levekårsundersøkelsen (2,3).

Aldersmønstrene er ulike: blant norskfødte og innvandrere fra Norden er andelen relativt stabil frem til 55 år, før den synker i den eldste gruppen. For andre innvandrergupper er det få eller ingen aldersforskjeller. I kontrast til dette finner vi en høyere forekomst i den eldste aldersgruppen blant innvandrere i alt, samt blant innvandrere fra Vest-Europa, Øst-Europa utenfor EU og Midtøsten/Nord-Afrika. Det er mulig at denne forskjellen henger sammen med at en større andel av norskfødte i aldersgruppen 55+ er over 70 år. Tidligere funn fra FHUS viser at eldre deltakere i mindre grad rapporterer søvnproblemer enn deltakere under 60 år (13,14). Dessverre er det ikke nok innvandrere i de eldste alderskategoriene til å gjennomføre en mer nyansert analyse. Sosiale forskjeller er tydelige: høyere utdanning henger sammen med lavere forekomst av søvnproblemer, både blant norskfødte og flere innvandrergupper, selv om styrken i sammenhengen varierer.

Botidsanalyser viser en noe høyere forekomst av søvnproblemer blant innvandrere med lengre botid blant grupper preget av flyktningutvandring. Søvnproblemer er også litt mindre utbredt blant de med kortest botid i analysene med innvandrere samlet, men viser ingen sammenheng for innvandrere fra de undersøkte europeiske landene.

3.8 Korsrygg- eller nakkesmerter som medfører aktivitetsbegrensning

3.8.1 Mål for korsrygg- eller nakkesmerter som medfører aktivitetsbegrensning

Et utvalg spørsmål fra «Bergen Questionnaire on Musculoskeletal Conditions» (BQMC) ble brukt til å kartlegge muskel- og skjelettplager. I samarbeid med «Center for Global Burden of Disease» i Seattle, USA, er BQMC under utvikling ved Folkehelseinstituttet. Deltakerne ble spurt om de hadde hatt smerter i korsryggen de siste 28 dagene, med svaralternativer «Ja» eller «Nei». De som svarte «Ja» på spørsmålet, fikk oppfølgingsspørsmålene «hvor mange av de siste 28 dagene har du hatt smerter i korsryggen» og hvor mange av de siste 28 dagene smertene i korsryggen hadde ført til at de måtte begrense sine vanlige aktiviteter eller endre sine daglige rutiner». Deltakerne ble spurt de samme tre spørsmålene om smerter i nakken.

I denne rapporten presenterer vi andelen som oppga å ha hatt korsrygg- og/eller nakkesmerter de siste 28 dagene, som medførte aktivitetsbegrensning i minst én dag.

3.8.2 Korsrygg- eller nakkesmerter som medfører aktivitetsbegrensning blant ulike innvandrergupper ved kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå

Resultatene er basert på 18 409 av 18 739 innvandrere (98,2 %) og 18 4943 av 18 9631 norskfødte med norskfødte foreldre (97,5 %).

Andelen innvandrere som rapporterer smerter i korsryggen eller nakken, som medførte minst en dag med begrenset vanlig aktivitet er 37,3 % (95 % KI 36,6-38,0). Dette er betydelig høyere enn blant norskfødte med norskfødte foreldre, der andelen er 30,0 % (95 % KI 29,7-30,2). Etter justeringer for kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå er forskjellen litt større (innvandrere: 38,3 % (95 % KI 37,6-39,0); norskfødte (29,9 % (95 % 29,7-30,1)).

Figur 8.1a viser både den ujusterte og justerte andelen med korsrygg- eller nakkesmerter som medfører aktivitetsbegrensning blant norskfødte med norskfødte foreldre, innvandrere totalt, samt ulike innvandrergupper blant menn. **Figur 8.1b** viser tilsvarende andeler blant kvinner.

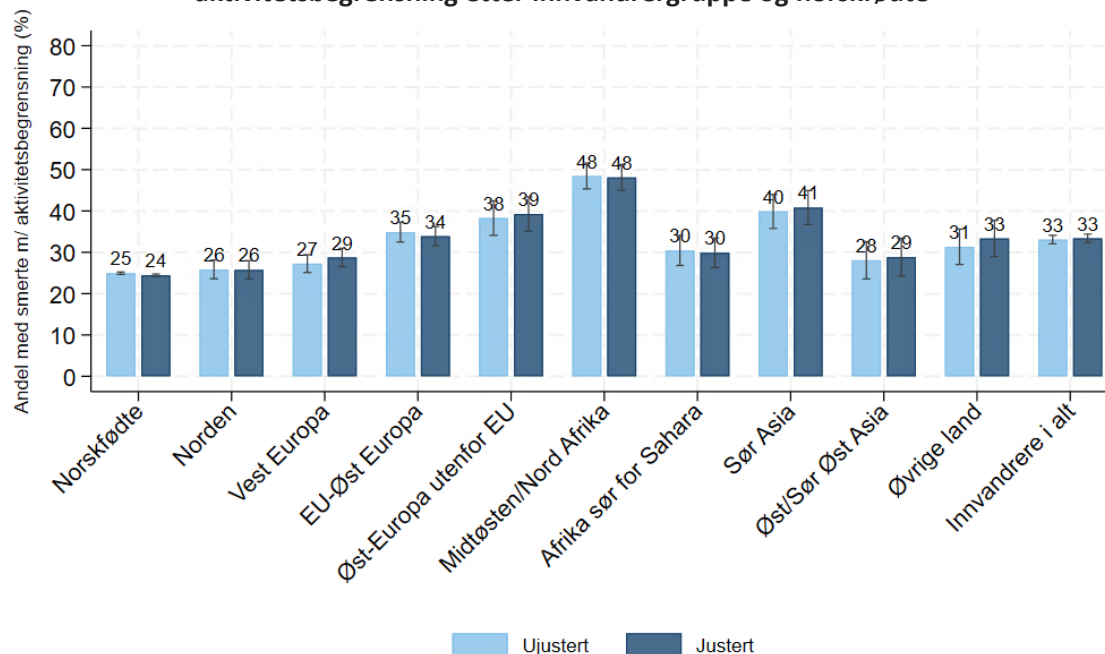
Blant menn varierer den ujusterte andelen med korsrygg- eller nakkesmerter som medfører aktivitetsbegrensning fra 25 til 48 prosent – en forskjell på 23 prosentpoeng. Norskfødte menn har den laveste andelen (25 %), mens menn fra Midtøsten/Nord-Afrika har den høyeste (48 %). Menn fra Norden, Vest-Europa og Øst-/Sørøst-Asia ligger nær nivået til norskfødte menn (26–28 %). I kontrast er andelen merkbart høyere blant menn fra Midtøsten/Nord-Afrika, Sør-Asia og Øst-Europa utenfor EU, med forskjeller på mellom 13 og 23 prosentpoeng sammenlignet med norskfødte menn.

Også blant kvinner er variasjonen stor, med en forskjell på 21 prosentpoeng (fra 25 til 46 %). Høyest andel finner vi blant kvinner fra Sør-Asia (55 %) og Midtøsten/Nord-Afrika (54 %) – henholdsvis 21 og 20 prosentpoeng høyere enn blant norskfødte kvinner, samt kvinner fra Norden og Vest-Europa. Med unntak av kvinner fra Afrika sør for Sahara er andelen med korsrygg- eller nakkesmerter høyere i alle grupper utenfor Norden og Vest-Europa.

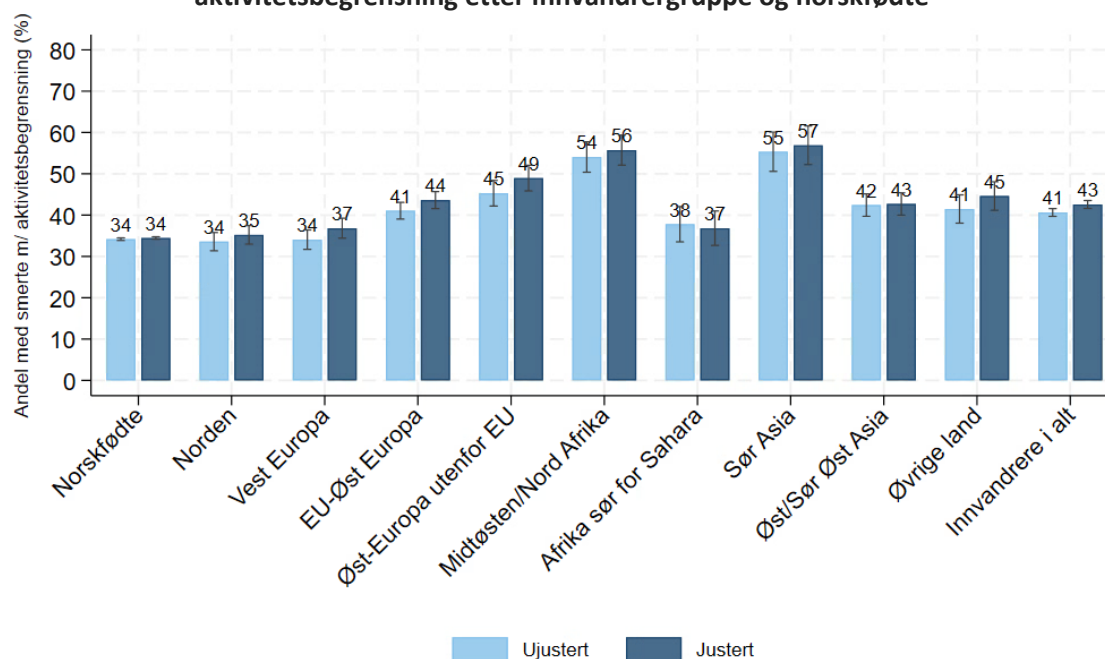
Etter justering for aldersgruppe og utdanningsnivå øker andelen noe, særlig blant kvinner. Dette gjør at forskjellen mellom norskfødte og innvandrerkvinner blir noe større i flere grupper.

Kvinner rapporterer i betydelig større grad enn menn at de har korsrygg- eller nakkesmerter som medfører aktivitetsbegrensning. Den justerte kjønnsforskjellen varierer fra 7 prosentpoeng blant deltakere fra Afrika sør for Sahara til 16 prosentpoeng blant deltakere fra Sør-Asia.

Figur 8.1a. Andel menn med korsrygg- eller nakkesmerter som medfører aktivitetsbegrensning etter innvandrergroupe og norskfødte



Figur 8.1b. Andel kvinner med korsrygg- eller nakkesmerter som medfører aktivitetsbegrensning etter innvandrergroupe og norskfødte



Figur 8.2a viser den ujusterte andelen med korsrygg- eller nakkesmerter som medfører aktivitetsbegrensning fordelt på aldersgrupper for norskfødte med norskfødte foreldre, innvandrere totalt og ulike innvandrergupper. Den justerte andelen, korrigert for kjønn og utdanningsnivå, vises i **figur 8.2b**.

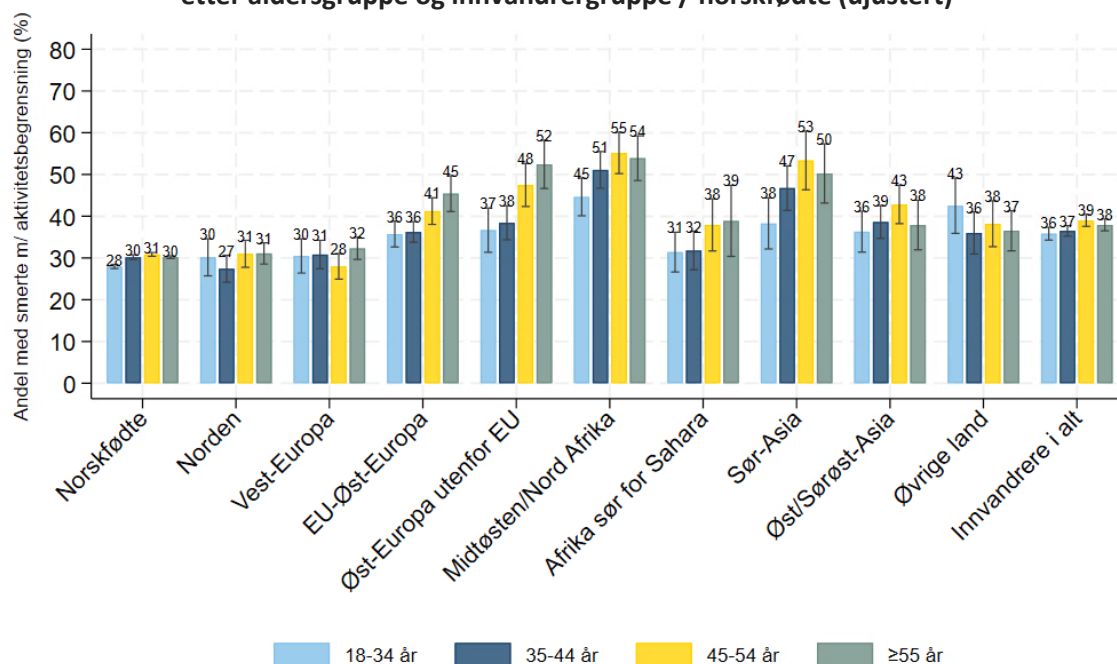
For norskfødte er det liten variasjon i andelen som rapporterer korsrygg- eller nakkesmerter som medfører aktivitetsbegrensning på tvers av aldersgruppene – fra 28 % i alderen 18–34 år til 31 % i alderen 45–54 år. Et tilsvarende mønster med små variasjoner ser vi blant innvandrere fra Norden (4 prosentpoeng), Vest-Europa (4 prosentpoeng) og innvandrere totalt (3 prosentpoeng). Blant innvandrere fra Øst-/Sørøst-Asia og øvrige land er variasjonen noe større, men uten en klar sammenheng mellom aldersgruppe og smerteforekomst.

I kontrast er det en tydeligere aldersforskjell i korsrygg- eller nakkesmerter blant innvandrere fra EU-Øst-Europa, Øst-Europa utenfor EU, Midtøsten/Nord-Afrika og Sør-Asia, der andelen med smerter er 9–15 prosentpoeng høyere blant de eldste enn blant de yngste. For enkelte grupper er konfidensintervallene store på grunn av få deltakere i enkelte alderskategorier, og derfor er ikke alle forskjellene helt tydelige.

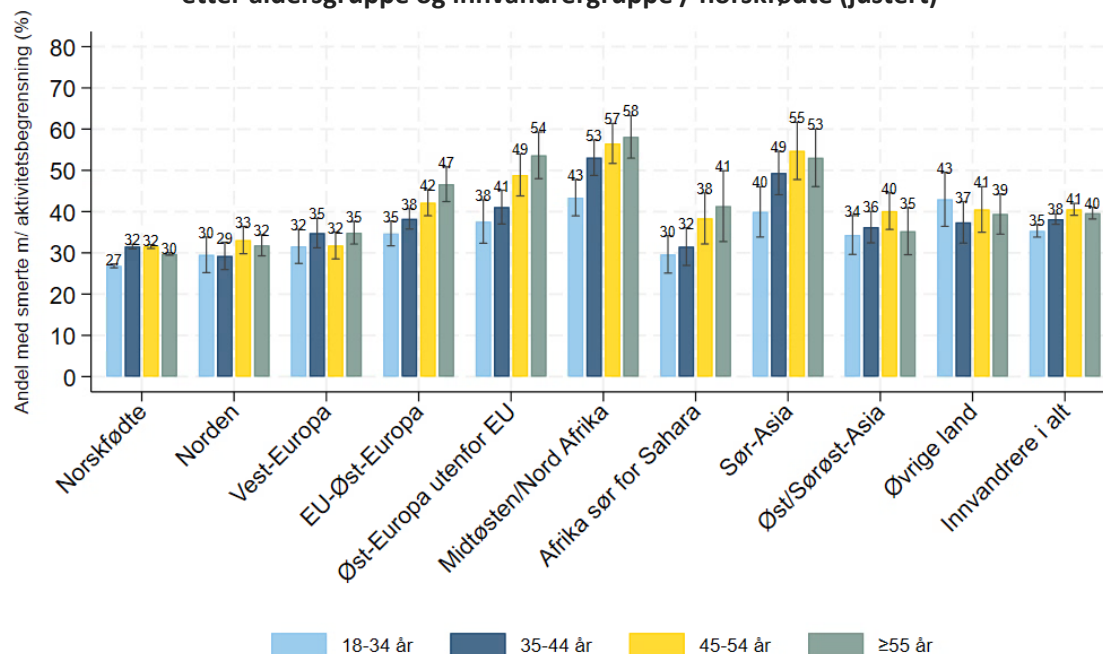
Når vi sammenligner innvandrerguppene innenfor hver alderskategori, ser vi at norskfødte har lavere andeler med korsrygg- eller nakkesmerter enn de fleste andre gruppene. Unntakene er innvandrere fra Norden, Vest-Europa og Afrika sør for Sahara, der andelen i stor grad ligger på nivå med norskfødte. Andelen er høyest blant innvandrere fra Midtøsten/Nord-Afrika i alle alderskategorier. Smerter er også merkbart mer utbredt blant innvandrere fra Sør-Asia og – for enkelte aldersgrupper – Øst-Europa utenfor EU. Variasjonen i andelen med korsrygg- eller nakkesmerter på tvers av gruppene er mindre blant den yngste aldersgruppen (17 prosentpoeng) enn blant de øvrige aldersgruppene (24–27 prosentpoeng).

Etter justering for kjønn og utdanningsnivå er mønsteret i andelen med korsrygg- eller nakkesmerter med aktivitetsbegrensning i stor grad uendret, men nivåene øker noe i flere grupper. Dette bidrar til at enkelte av forskjellene mellom innvandrerguppene og norskfødte forsterkes. Blant norskfødte, samt innvandrere fra Norden og Vest-Europa, er endringene små etter justering, og disse gruppene ligger fortsatt blant de laveste. Innvandrere fra Afrika sør for Sahara i de to eldste aldersgruppene ligger derimot nå høyere enn norskfødte.

Figur 8.2.a. Andel med korsrygg- eller nakkesmerter som medfører aktivitetsbegrensning etter aldersgruppe og innvandrerguppe / norskfødte (ujustert)



Figur 8.2.b. Andel med korsrygg- eller nakkesmerter som medfører aktivitetsbegrensning etter aldersgruppe og innvandrerguppe / norskfødte (justert)



I **figur 8.3a** ser vi den ujusterte andelen med korsrygg- eller nakkesmerter fordelt på utdanningsnivå for norskfødte med norskfødte foreldre, innvandrere i alt og ulike innvandringsgrupper. Den justerte andelen, korrigert for kjønn og aldersgruppe, vises i **figur 8.3b**.

Blant norskfødte er det en tydelig nedgang i forekomst av korsrygg- eller nakkesmerter med økende utdanningsnivå, fra 42 % blant dem med grunnskole eller lavere utdanning til 22 % blant dem med lang universitetsutdanning. Denne sammenhengen finnes også i alle

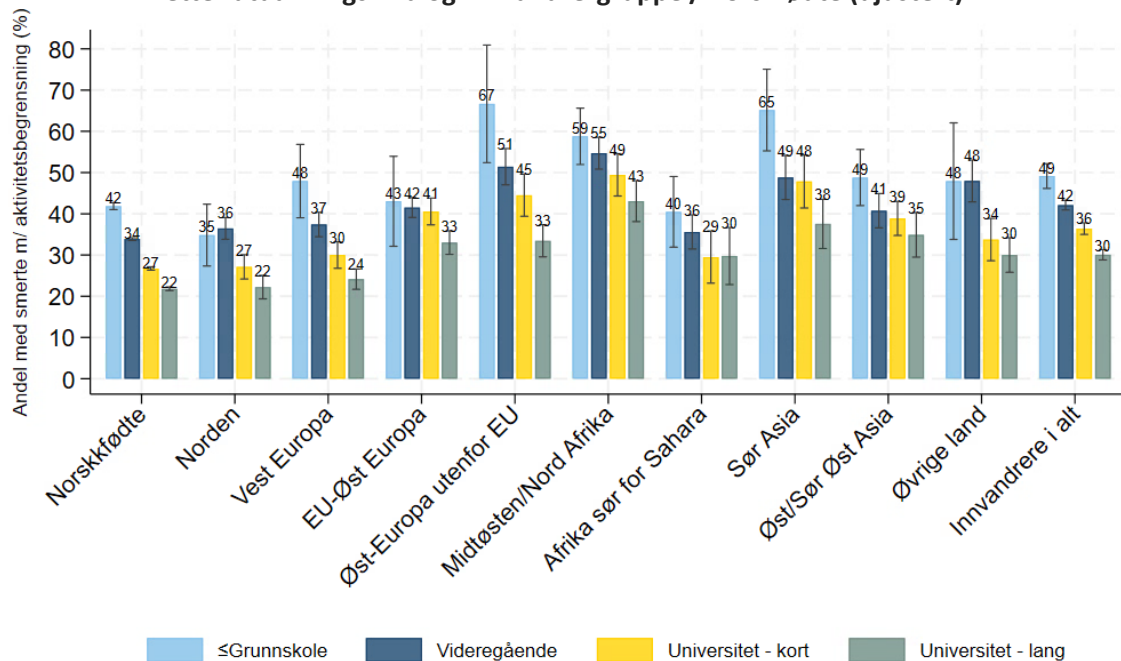
innvandrergroppene, men styrken på sammenhengen varierer. Den er særlig markant blant innvandrere fra Øst-Europa utenfor EU (34 prosentpoeng forskjell mellom laveste og høyeste utdanningsnivå), Sør-Asia (27 prosentpoeng) og Vest-Europa (24 prosentpoeng).

Andelen med smerter blant personer med grunnskole eller lavere utdanning varierer fra 35 % til 67 %, altså en forskjell på 32 prosentpoeng. Nivået er lavest blant innvandrere fra Norden, og høyest blant innvandrere fra Øst-Europa utenfor EU, fulgt av Sør-Asia. Sammenlignet med norskfødte er andelen betydelig høyere blant innvandrere fra Øst-Europa utenfor EU (25 prosentpoeng høyere), Sør-Asia (23 prosentpoeng) og Midtøsten/Nord-Afrika (19 prosentpoeng). Omtrent to tredjedeler av innvandrere fra Øst-Europa utenfor EU og Sør-Asia opplever korsrygg- eller nakkesmerter som medfører aktivitetsbegrensninger.

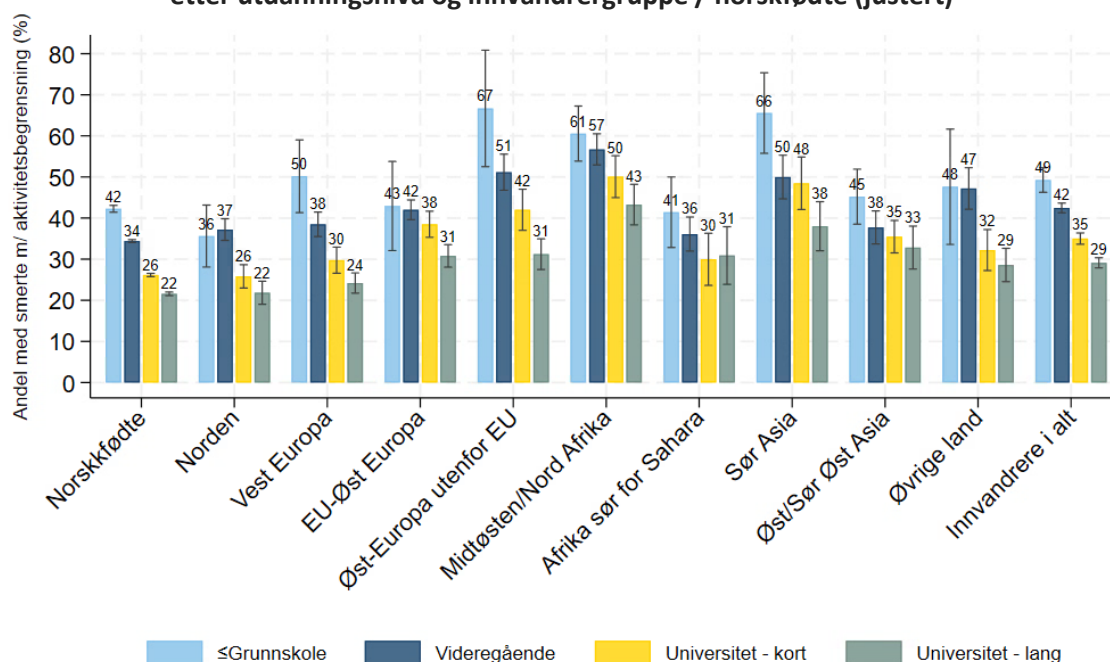
For de med videregående og kort universitetsutdanning, er korsrygg- eller nakkesmerter mer utbredt blant innvandrere enn norskfødte, med unntak av de fra Norden, Vest-Europa, og Afrika sør for Sahara. For deltakere med lang universitetsutdanning, ser vi samme tendens, bortsett fra blant innvandrere fra Norden og Vest-Europa. Generelt kommer norskfødte og innvandrere fra Norden best ut, mens innvandrere fra Midtøsten/Nord-Afrika, Øst-Europa utenfor EU, og Sør-Asia har de høyeste andelen av smerter.

Etter justering (figur 8.3b) øker andelen i enkelte utdanningsnivåer og innvandrergupper, mens den synker i andre. Det overordnede mønsteret er imidlertid uendret, forekomsten av korsrygg- eller nakkesmerter er lavere i alle grupper med økende utdanningsnivå. For enkelte regioner, særlig Midtøsten/Nord-Afrika, Øst-Europa utenfor EU og Sør-Asia, ligger nivået betydelig høyere enn blant norskfødte på tvers av alle utdanningsnivåer.

Figur 8.3.a. Andel med korsrygg- eller nakkesmerter som medfører aktivitetsbegrensning etter utdanningsnivå og innvandrergruppe / norskfødte (ujustert)



Figur 8.3.b. Andel med korsrygg- eller nakkesmerter som medfører aktivitetsbegrensning etter utdanningsnivå og innvandrergroupe / norskfødte (justert)

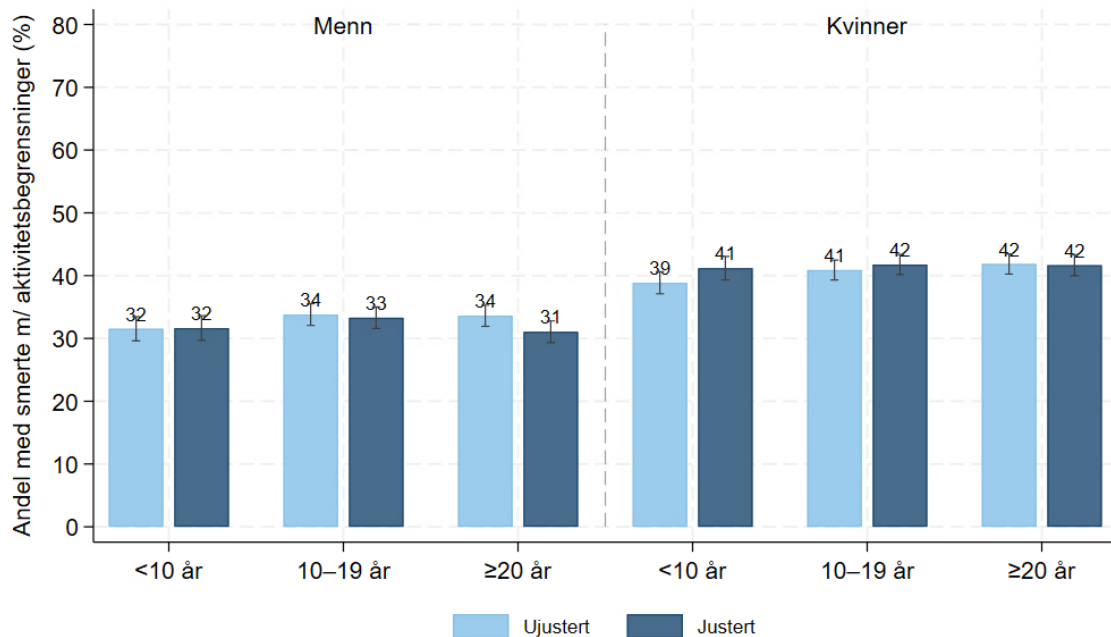


3.8.3 Korsrygg- eller nakkesmerter som medfører aktivitetsbegrensning blant innvandrere med ulike botid

Figur 8.4 viser både den ujusterte og justerte andelen innvandrere med korsrygg- eller nakkesmerter som medfører aktivitetsbegrensning, fordelt etter kjønn og botid i Norge.

Den ujusterte andelen med korsrygg- eller nakkesmerter viser lite variasjon med hensyn til botid, kun to prosentpoeng blant menn og tre prosentpoeng blant kvinner, og det er ingen tydelig sammenheng mellom botid og forekomsten av slike smerter. Etter justering for aldersgruppe, utdanningsnivå og innvandrergroupe er det fortsatt ingen tydelig sammenheng.

Figur 8.4 Andel med korsrygg- eller nakkesmerter som medfører aktivitetsbegrensning etter botid og kjønn



3.8.4 Korsrygg- eller nakkesmerter som medfører aktivitetsbegrensning blant deltakere fra seks europeiske land

Resultatene i denne delen er basert på 7 023 av 7 148 innvandrere (98,2 %) fra Polen, Sverige, Tyskland, Danmark, Litauen og Storbritannia, samt 184 943 av 189 631 norskfødte med norskfødte foreldre (97,5 %).

Blant innvandrere fra disse seks landene rapporterer 33,2 % (95 % KI: 32,1–34,4) at de har korsrygg- eller nakkesmerter som medførte minst én dag med redusert aktivitetsnivå. Dette er noe høyere enn blant norskfødte med norskfødte foreldre, der andelen er 30,0 % (95 % KI: 29,7–30,2). Etter justering for kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå øker forskjellen noe, andelen er da 34,6 % (95 % KI: 33,5–35,7) blant innvandrere og 29,9 % (95 % KI: 29,7–30,1) blant norskfødte med norskfødte foreldre.

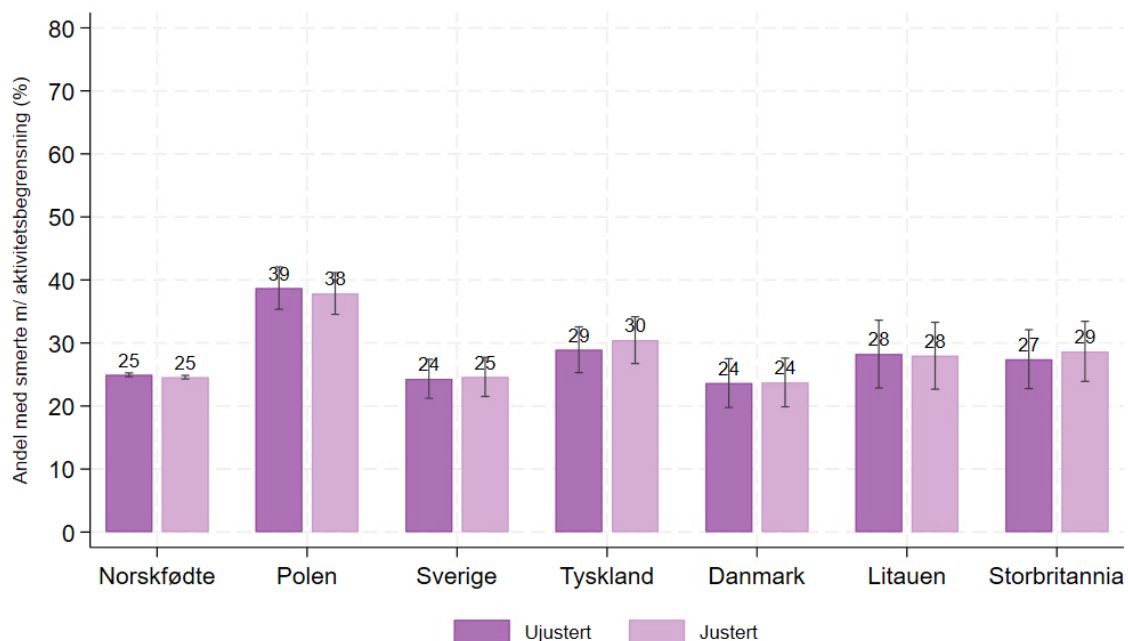
Figur 8.5a viser andelen menn som rapporterer korsrygg- eller nakkesmerter som medfører aktivitetsbegrensning etter landbakgrunn, mens **figur 8.5b** viser tilsvarende for kvinner. Andelenes vises både ujustert og justert for aldersgruppe og utdanningsnivå.

Vi ser at polske menn og kvinner skiller seg ut fra de andre gruppene. Den ujusterte andelen med korsrygg- eller nakkesmerter ligger 14 prosentpoeng høyere blant polske menn og 10 prosentpoeng høyere blant polske kvinner enn blant norskfødte menn og kvinner med norskfødte foreldre (henholdsvis 25 % og 34 %). Variasjonen mellom gruppene er ellers fem prosentpoeng for menn og tre prosentpoeng for kvinner. Andelen med korsrygg- eller nakkesmerter er også noe høyere blant tyske menn.

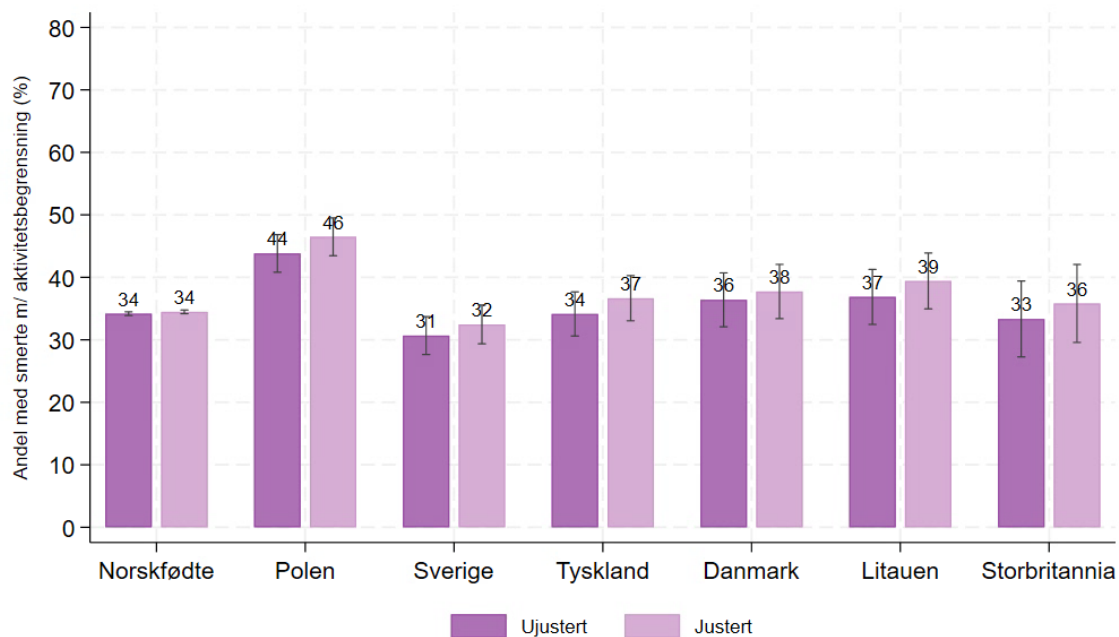
Etter justering er andelen noe høyere for enkelte innvandrergupper, men mønsteret forblir i stor grad det samme – polske menn og kvinner, samt tyske menn, er fortsatt mer utsatt enn sine norskfødte motparter. I tillegg er kvinner fra Litauen nå også noe mer utsatt for korsrygg- eller nakkesmerter enn norskfødte kvinner med norskfødte foreldre.

Kvinner rapporterer gjennomgående korsrygg- eller nakkesmerter som medfører aktivitetsbegrensninger oftere enn menn i alle gruppene. Den største kjønnsforskjellen finner vi blant innvandrere fra Litauen, med en justert forskjell på 12 prosentpoeng.

Figur 8.5a Andel menn med korsrygg- eller nakkesmerter som medfører aktivitetsbegrensning etter landbakgrunn blant innvandrere fra seks europeiske land og norskfødte



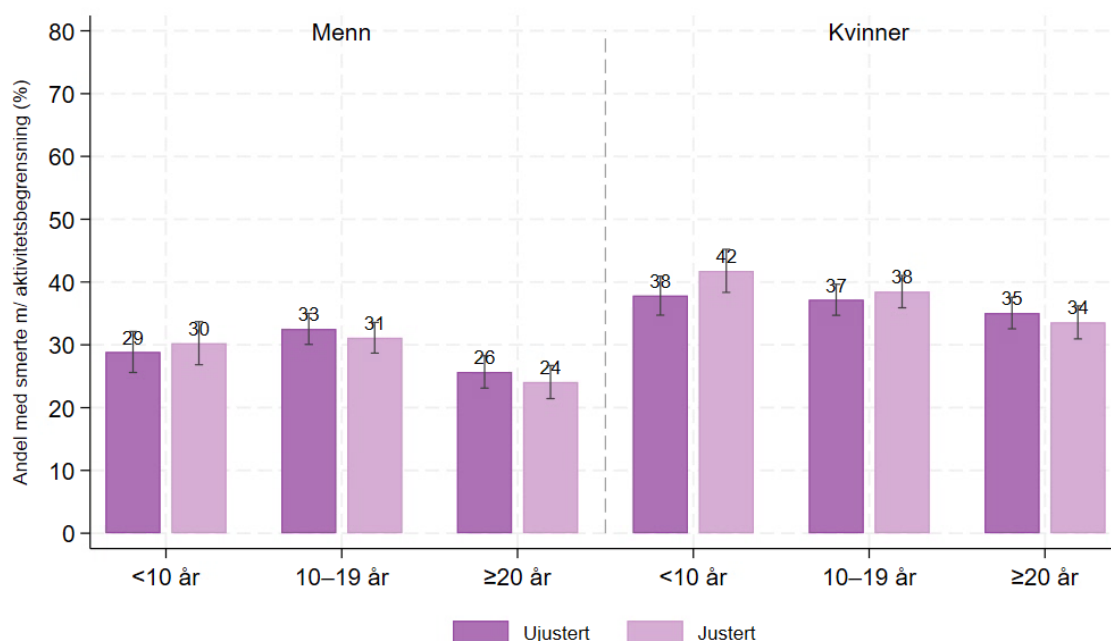
Figur 8.5b Andel kvinner med korsrygg- eller nakkesmerter som medfører aktivitetsbegrensning etter landbakgrunn blant innvandrere fra seks europeiske land og norskfødte



I **figur 8.6** vises det andelen med korsrygg- eller nakkesmerter som medfører aktivitetsbegrensninger fordelt etter botid i Norge blant menn og kvinner fra de seks utvalgte europeiske landene samlet. Andelene vises både ujustert og justert for aldersgruppe, utdanningsnivå og landbakgrunn.

De ujusterte andelene viser at andelen med korsrygg- eller nakkesmerter er høyest blant menn med 10-19 års botid i Norge, og dette er sju prosentpoeng høyere enn blant menn med over 20 års botid. For kvinner er variasjonen mindre, med kun tre prosentpoeng forskjell. Etter justering derimot ser vi generelt at innvandrere med lengre botid er mindre utsatt for korsrygg- eller nakkesmerter enn innvandrere med kortere botid, og dette gjelder for begge kjønn.

Figur 8.6. Andel med korsrygg- eller nakkesmerter som medfører aktivitetsbegrensning fra seks europeiske land etter botid og kjønn

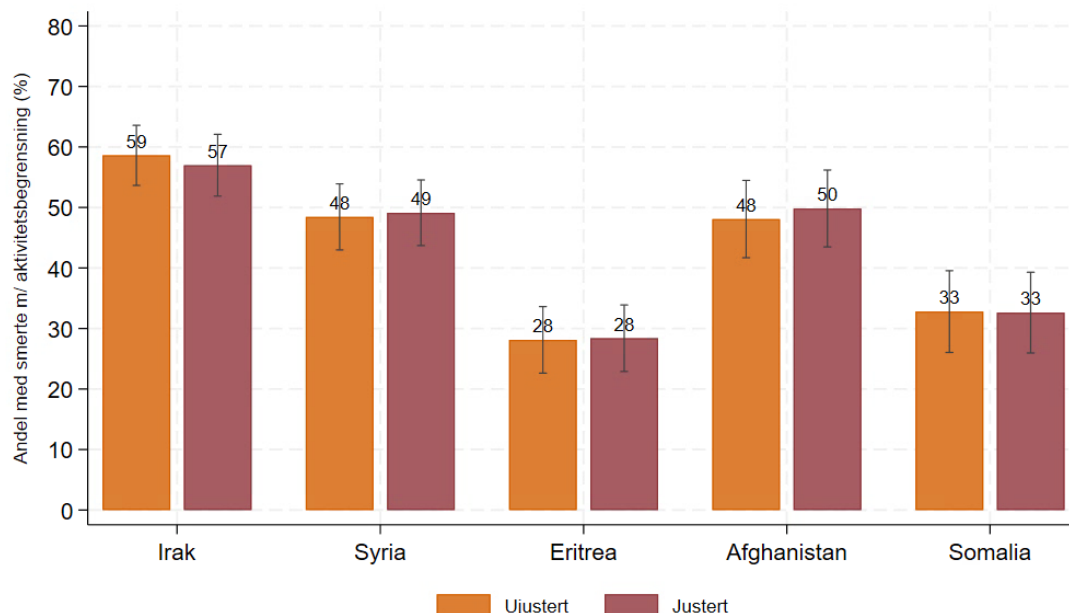


3.8.5 Korsrygg- eller nakkesmerter som medfører aktivitetsbegrensning blant deltakere fra fem land preget av flyktningutvandring

Resultatene i denne delen er basert på 1 376 av 1 404 innvandrere (98,0 %) fra Irak, Syria, Eritrea, Afghanistan og Somalia. Blant innvandrere fra disse fem landene rapporterer 45,3 % (95 % KI: 42,7-47,9) at de opplever smerter som medførte minst én dag med redusert aktivitetsnivå.

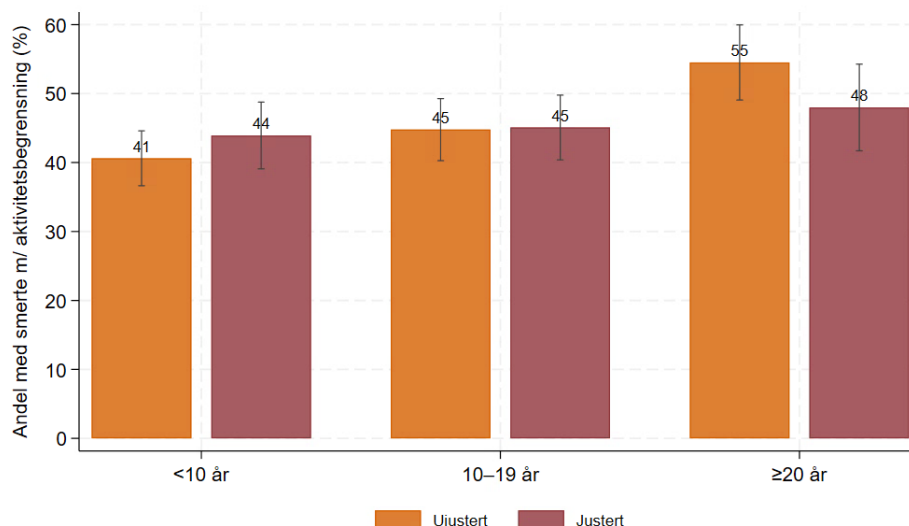
Figur 8.7 viser andelen med korsrygg- eller nakkesmerter som fører til aktivitetsbegrensninger, fordelt etter landbakgrunn, både ujustert og justert for kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå. Det er stor variasjon mellom gruppene: Andelen blant deltakere fra Irak er 31 prosentpoeng høyere enn blant deltakere fra Eritrea. Korsrygg- eller nakkesmerter er vesentlig mindre utbredt blant deltakere fra Eritrea og Somalia enn blant de tre øvrige gruppene. Etter justering er variasjonen fortsatt stor, hele 29 prosentpoeng.

Figur 8.7 Andel med korsrygg- eller nakkesmerter som medfører aktivitetsbegrensning etter landbakgrunn blant innvandrere fra fem land preget av flyktningutvandring



Figur 8.8 viser forskjeller i andelen med korsrygg- eller nakkesmerter basert på botid. Andelen vises både ujustert og justert for kjønn, aldersgruppe, utdanningsnivå og landbakgrunn. De ujusterte andelenene varierer med 14 prosentpoeng, med lavest forekomst blant dem med kortest botid (<10 år) og høyest blant dem med lengst botid (≥ 20 år). Etter justeringen reduseres forskjellen betydelig til fire prosentpoeng. Konfidensintervallene overlapper, noe som tyder på at forskjellen kan forklares av alder, kjønn, landbakgrunn og utdanningsnivå.

Figur 8.8 Andel med korsrygg- eller nakkesmerter som medfører aktivitetsbegrensning etter botid blant deltakere fra fem land preget av flyktningutvandring



3.8.6 Oppsummering om korsrygg- eller nakkesmerter som medfører aktivitetsbegrensning

Rygg- og nakkesmerter som medfører aktivitetsbegrensning, er mer utbredt blant innvandrere enn blant norskfødte med norskfødte foreldre (38 % vs. 30 % etter justering). Plagene er særlig vanlige blant innvandrere fra Øst-Europa utenfor EU, Midtøsten/Nord-Afrika og Sør-Asia, mens nivåene blant innvandrere fra Norden og Vest-Europa ligger nær nivået til norskfødte. Kvinner rapporterer gjennomgående mer smerter enn menn, der forskjellen mellom kjønnene er særlig stor.

Dette samsvarer med mønsteret i FHUS Oslo, selv om andelene der ikke er direkte sammenlignbare. I FHUS Oslo rapporten ble smerter i korsrygg og nakke kartlagt hver for seg, og også smerter uten aktivitetsbegrensning ble inkludert. Likevel fant de at innvandrere fra land utenfor Norden, Vest-Europa (og USA, Canada, Australia og New Zealand) rapporterer smerter oftere enn norskfødte (10). Levekårsundersøkelsen brukte et annet mål for korsrygg- eller nakkesmerter, men viste tilsvarende at innvandrere fra Øst-Europa utenfor EU og Midtøsten er mest utsatt (8).

Blant innvandrere fra europeiske land skiller polske menn og kvinner seg ut med høyere andel smerter enn både norskfødte og andre grupper. Dette mønsteret er også funnet i FHUS Oslo, men ikke i Levekårsundersøkelsen (8,10). Blant innvandrere fra de fem landene preget av flyktningsutvandring, er andelen særlig høy blant irakere og syrere – i tråd med funn fra FHUS Oslo og andre studier som har dokumentert et høyt nivå av kroniske smerter blant syriske med flyktningsbakgrunn (51,52). Flere studier tyder dessuten på at smerter kan øke over tid i Norge (51,53), noe som vi også finner blant innvandrere fra land preget av flyktningsutvandring.

Når det gjelder alder ser vi små variasjoner blant norskfødte, men i de mest utsatte innvandrergруппene, særlig Øst-Europa utenfor EU, Midtøsten/Nord-Afrika og Sør-Asia, øker forekomsten tydelig med stigende alder. Denne sterkere aldersgradienten blant de mest utsatte innvandrergруппene samsvarer med tidligere forskning som har pekt på at enkelte innvandrergруппer kan oppleve en raskere aldringsprosess (54,55). Dette forklares ofte med en kombinasjon av faktorer, som tidlige livseksponeringer i opprinnelseslandet, levekår og sosioøkonomisk status i vertslandet, ulik tilgang til helsetjenester og mulige biologiske forskjeller (54,55). Utdanningsnivå henger sammen med smerter i alle grupper, men gradienten er ofte sterkere blant innvandrere enn blant norskfødte. Innvandrere med lav utdanning rapporterer gjennomgående høye nivåer av korsrygg- eller nakkesmerter.

Botid ser ikke ut til å henge sammen med korsrygg- eller nakkesmerter, unntatt blant innvandrere fra de undersøkte europeiske landene. Her er andelen lavest blant både menn og kvinner med 20 år eller mer i Norge. Det er betydelig høy utvandring blant innvandrere fra disse landene (56). Det er mulig at de som opplever smerter har en tendens til å flytte fra Norge etter hvert.

3.9 Ensomhet

3.9.1 Mål for ensomhet

Ensomhet er her fra direkte spørsmålet om ensomhet i FHUS: Tenk på hvordan du har følt deg de siste 7 dagene. I hvilken grad var du ensom? Skalaen går fra 0 (Ikke ensom i det hele tatt) til 10 (Svært ensom). I tråd med kategoriseringen i FHUS og i SSBs livskvalitetsundersøkelse, er skårer 0-5 klassifisert som ensomme.

3.9.2 Ensomhet blant ulike innvandrergupper ved kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå

Resultatene er basert på 21 536 av 21 666 innvandrere (99,3 %) og 219 127 av 220 101 norskfødte med norskfødte foreldre (99,6 %).

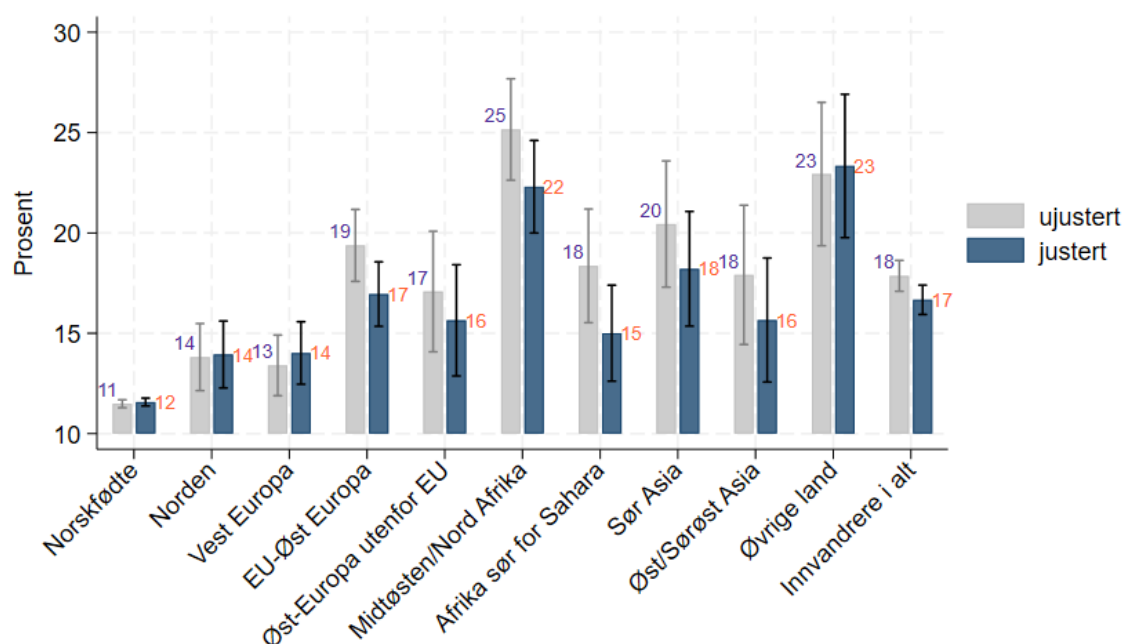
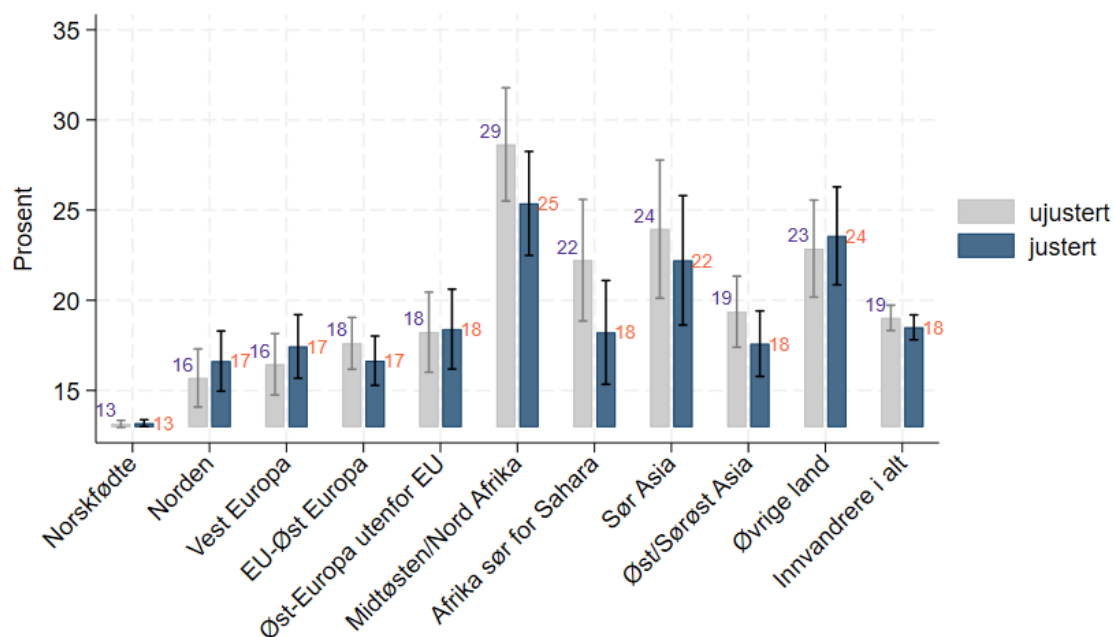
Andelen innvandrere som rapporterer ensomhet er 18,5 % (95 % KI 18,0-19,0). Dette er betydelig høyere enn blant norskfødte med norskfødte foreldre, der andelen ligger på 12,4 % (95 % KI 12,3-12,5). Etter justeringer for kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå er forskjellen fortsatt tydelig (innvandrere: 17,6 % (95% KI 17,1-18,1); norskfødte (12,5 % 95 % 12,3-12,6)).

Figur 9.1a viser andelen menn som klassifiserer som ensomme (skår <6 på en skala fra 0-10) etter innvandrerguppe, både ujustert og justert for alder og utdanning. Blant norskfødte menn oppgir 11 % ensomhet, som er lavest av alle grupper. Blant innvandrer menn samlet er andelen klart høyere – 18 %. De høyeste andelenene finner vi blant menn fra Midtøsten/Nord-Afrika (25 %), Sør-Asia (20 %) og EU-Øst-Europa (19%). Norden og Vest-Europa ligger litt høyere enn norskfødte (14 og 13 %). Etter justering går noen av andelenene ned for alle innvandrergupper, med unntak av Vest-Europa som går fra 13 til 14 %, men forblir høyt for flere innvandrergrupper.

Figur 9.1b viser andelen kvinner som klassifiseres som ensomme (skår <6 på en skala fra 0–10) etter innvandrerguppe, både ujustert og justert for alder og utdanning. Blant norskfødte kvinner oppgir 13 % ensomhet, noe høyere enn blant menn (11 %). For innvandrer kvinner samlet ligger andelen på 19 %– omtrent på samme nivå som for menn.

Kvinnelige innvandrere fra Midtøsten/Nord-Afrika skiller seg ut med høyest nivå, 29 prosent. Høye nivåer finnes også blant kvinner fra Afrika Sør for Sahara (24 %) og Sør-Asia (24 %). Kvinner fra Nord- og Vest-Europa, og Øst-Europa (EU og utenfor EU) ligger lavere, rundt 16–18 %, tilsvarende eller noe høyere enn menn fra de samme innvandrergruppene.

Etter justering for alder og utdanning går nivåene noe ned for de høytskårende gruppene, ellers endres lite. For innvandrer kvinner går andelen ned med ett prosentpoeng til 18 %.

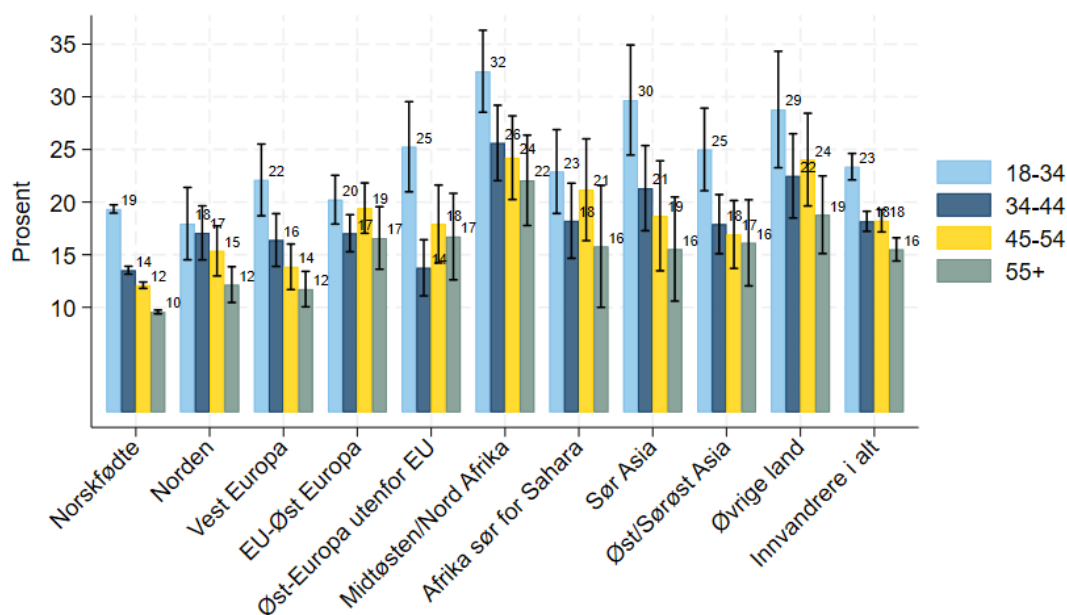
Figur 9.1a. Andel ensomme menn etter innvandrergroupe og norskfødte**Figur 9.1b. Andel ensomme kvinner etter innvandrergroupe og norskfødte**

Figur 9.2a viser andelen som rapporterer ensomhet (skår <6 på en skala fra 0–10) etter innvandrergroupe og aldersgruppe, for begge kjønn samlet. Blant norskfødte ser vi en tydelig aldersgradient: 19 % blant de yngste (18–34 år) rapporterer ensomhet, mot 10 % blant de eldste (55+). For innvandrere samlet er forskjellene noe mindre markerte – 23 % blant de yngste og 16 % blant de eldste. Innenfor de ulike innvandrergroppene varierer mønsteret. I hovedsak er ensomhet høyest blant yngre voksne, særlig blant Middøsten/Nord-Afrika (32 %) og Sør-Asia (25 %). For aldergruppen 55+ ligger alle innvandrergropper over nivået for norskfødte. Aldersgradienten går igjen i alle innvandrergropper hvor de yngste skårer vesentlig

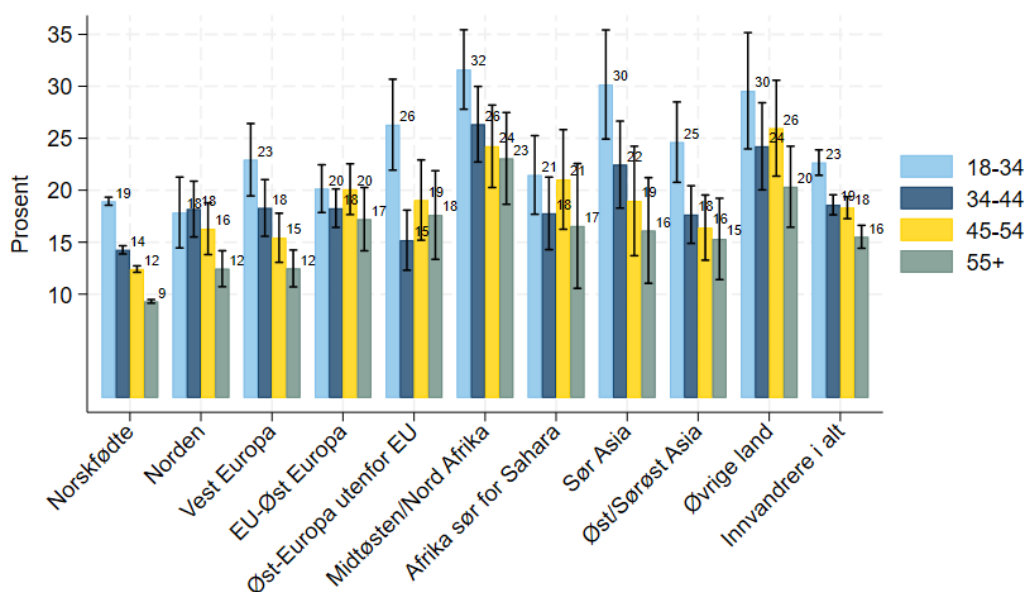
dårligere enn de eldste. Norden og Vest-Europa har nivåer over aldersgrupper som er relativt lik dem for norskfødte.

Figur 9.2b viser de justerte resultatene for ensomhet etter innvandrergroupe og aldersgruppe, kontrollert for utdanningsnivå og kjønn. Blant norskfødte ser vi fortsatt en tydelig aldersgradient – fra 19 % blant de yngste til 9 % blant de eldste. For innvandrere samlet ligger nivåene nå på 23 % i aldersgruppen 18–34 år og 16 % blant dem over 55 år, altså omtrent som før justering. Sammenlignet med de ujusterte tallene i **figur 9.2a**, er resultatene omtrent de samme, med noen mindre justeringer innad i innvandrerguppene.

Figur 9.2a. Andel ensomme etter aldersgruppe og innvandrergroupe / norskfødte (ujustert)



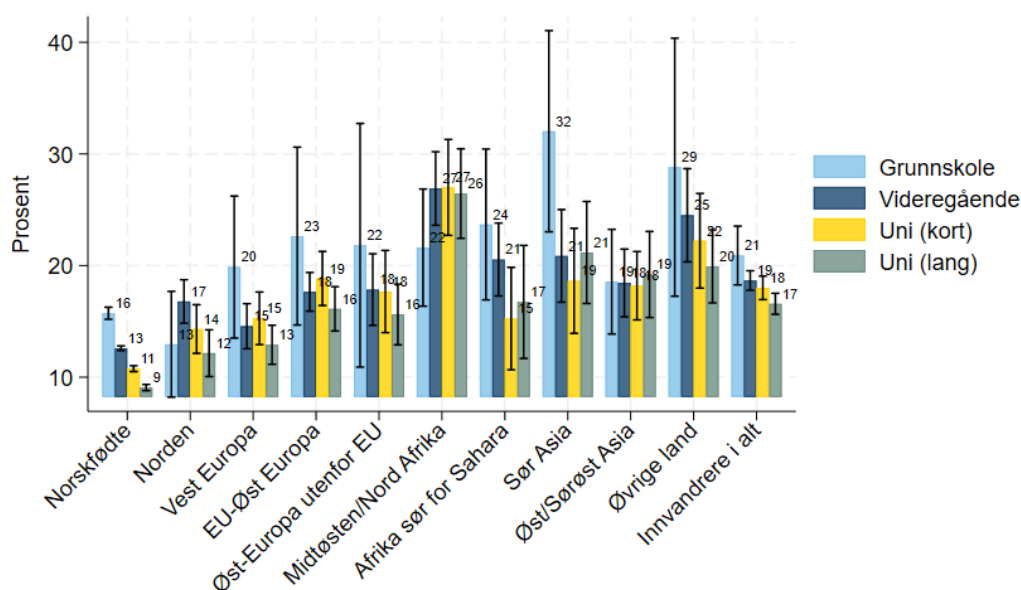
Figur 9.2b. Andel ensomme etter aldersgruppe og innvandrergroupe / norskfødte (justert)



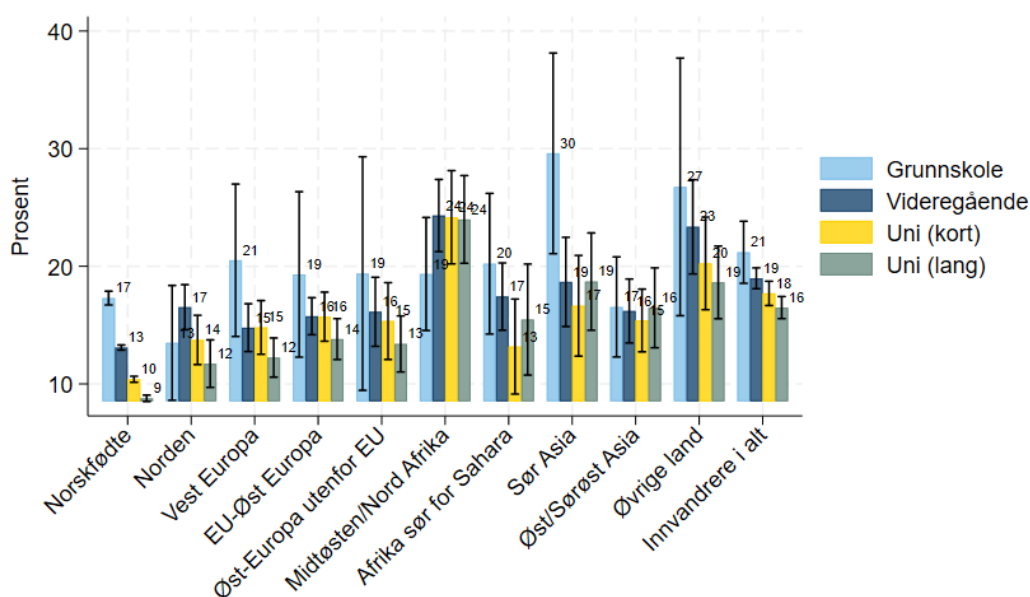
I **figur 9.3a** ser vi den ujusterte andelen som rapporterer ensomhet fordelt på utdanningsnivå for norskfødte med norskfødte foreldre, innvandrere i alt og ulike innvandrergupper. Den justerte andelen, korrigert for kjønn og aldersgruppe, vises i **figur 8.3b**.

I begge figurer, ser vi en utdannelsesgradient i ensomhet, som går igjen for både norskfødte og innvandrere generelt. Blant dem kun grunnskole er det henholdsvis 17 % og 21 % ensomme, mot henholdsvis 9 % og 16 % for dem lengre universitetsutdannelse, justerte resultater. Gradienten er litt blandet for de ulike innvandrergruppene, men usikkerheten i estimatene antyder at disse variasjonene kan være tilfeldige i de fleste grupper. Det synes imidlertid klart at de med lang utdanning i de ulike innvandrergruppene alle skårer høyere enn norskfødte med samme utdannelsesnivå.

Figur 9.3a. Andel ensomme etter utdanningsnivå og innvandrergruppe / norskfødte (ujustert)



Figur 9.3b. Andel ensomme etter utdanningsnivå og innvandrergruppe / norskfødte (justert)

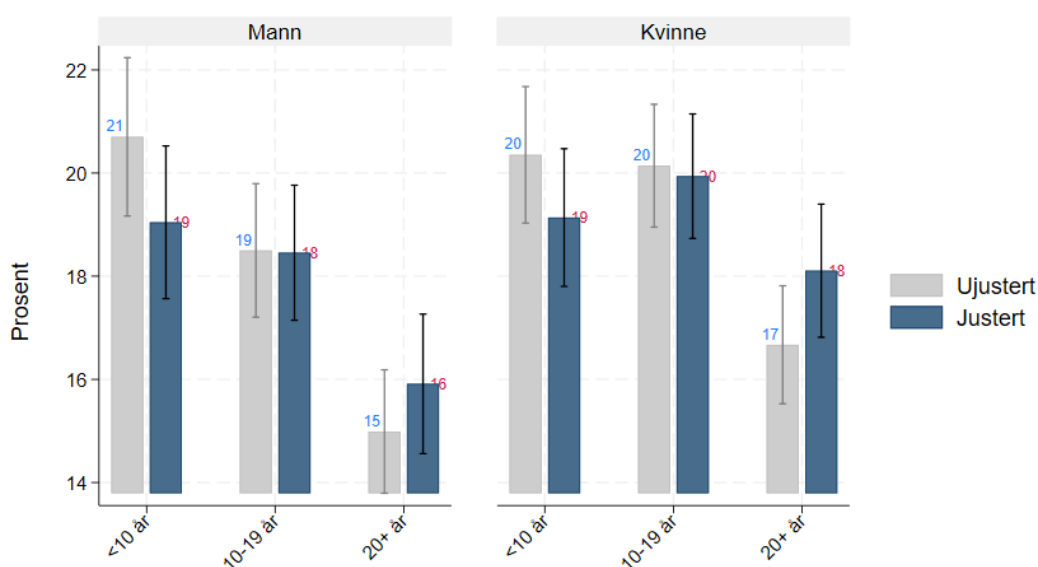


3.9.3 Ensomhet blant innvandrere med ulike botid

Figur 9.4 viser andelen som oppgir ensomhet etter botid i Norge, fordelt på menn og kvinner. Grå søyler viser ujusterte tall, mens blå søyler viser tall justert for alder og utdanning og innvandrergroupe.

Uten justering er ensomheten klart høyest blant dem som har bodd kort tid i Norge, med rundt 20-21 % blant både menn og kvinner med under 10 års botid. Andelen faller gradvis med lengre botid, ned til om lag 15 % for menn og 17 % for kvinner som har bodd i landet over 20 år. Etter justering er forskjellene mindre, og for kvinner forsvinner sammenheng mellom botid og ensomhet.

Figur 9.4. Andel ensomme etter botid og kjønn



3.9.4 Ensomhet blant deltakere fra seks europeiske land

Resultatene i denne delen er basert på 8 240 av 8 284 innvandrere (99,5 %) fra Polen, Sverige, Tyskland, Danmark, Litauen og Storbritannia, samt 219 127 av 220 101 norskfødte med norskfødte foreldre (99,6 %).

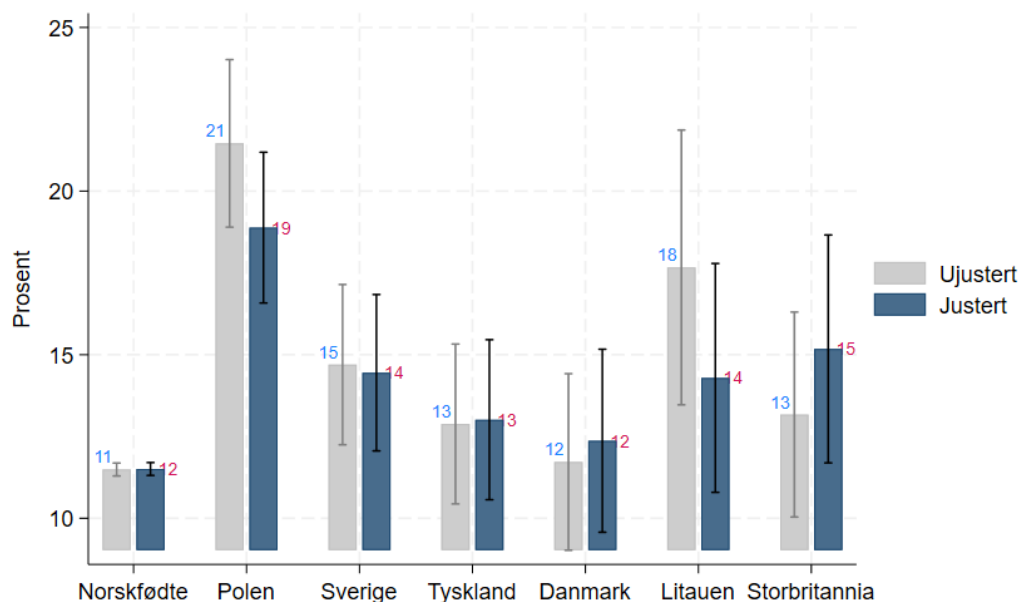
Blant innvandrere fra disse seks landene rapporterer 15,5 % (95 % KI: 14,8-16,3) at de er ensomme. Dette er noe høyere enn blant norskfødte med norskfødte foreldre, der andelen er 12,4 % (95 % KI: 12,3-12,5). Etter justering for kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå er forskjellen relativt uendret – 15,4 % (95 % KI: 14,6-16,2) blant innvandrere 12,4 % (95 % KI: 12,2-12,5) blant norskfødte med norskfødte foreldre.

Figur 9.5a viser andelen ensomme menn fra 6 europeiske land samt norskfødte med norskfødte foreldre. Polske menn har et høyt nivå av ensomhet, omtrent dobbelt av det vi ser for norskfødte menn, etterfulgt av Litauen med 18 %. Sverige har noe høyere (15 %), mens Storbritannia, Danmark og Tyskland ligger på nivå med norskfødte. Etter justering endrer nivåene seg lite, og mønstret består, med unntak av Litauen som faller ned til nivå med Sverige.

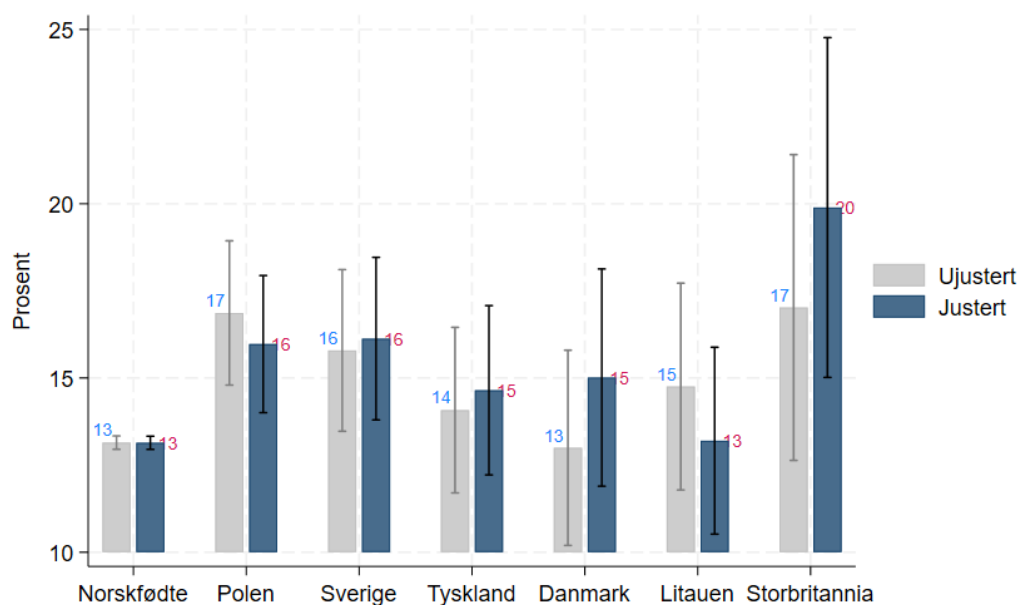
I **figur 9.5b** ser vi at for kvinner, så er forskjellene mindre mellom landene, og Polske kvinner skårer en del lavere enn menn. Motsatt er det for kvinner fra Storbritannia som skårer langt

høyere enn menn, både ujusterte og justerte tall. De øvrige landene ligger litt over eller likt med norskfødte kvinner.

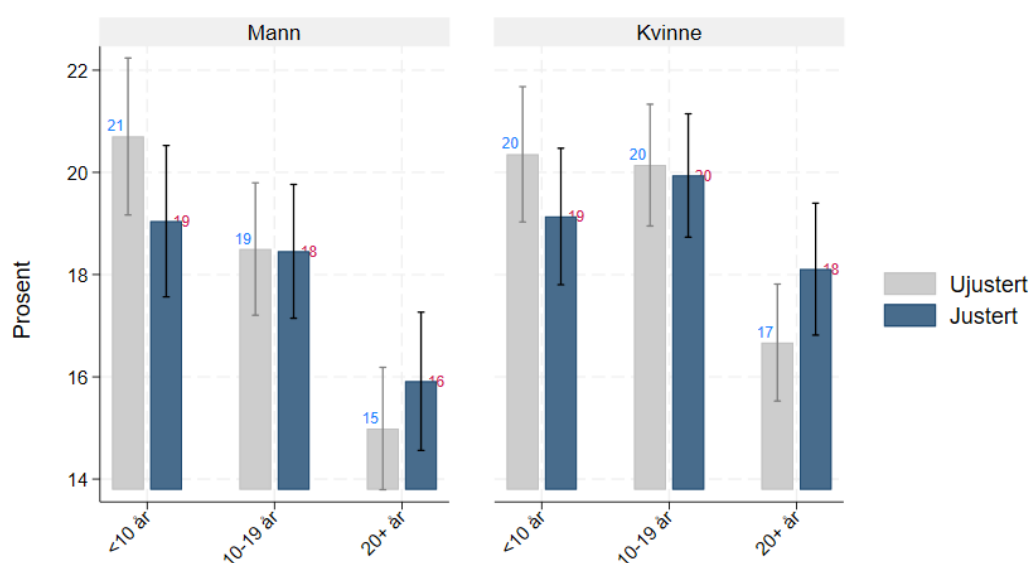
Figur 9.5a. Andel ensomme menn etter landbakgrunn blant innvandrere fra seks europeiske land og norskfødte



Figur 9.5b. Andel ensomme kvinner etter landbakgrunn blant innvandrere fra seks europeiske land og norskfødte



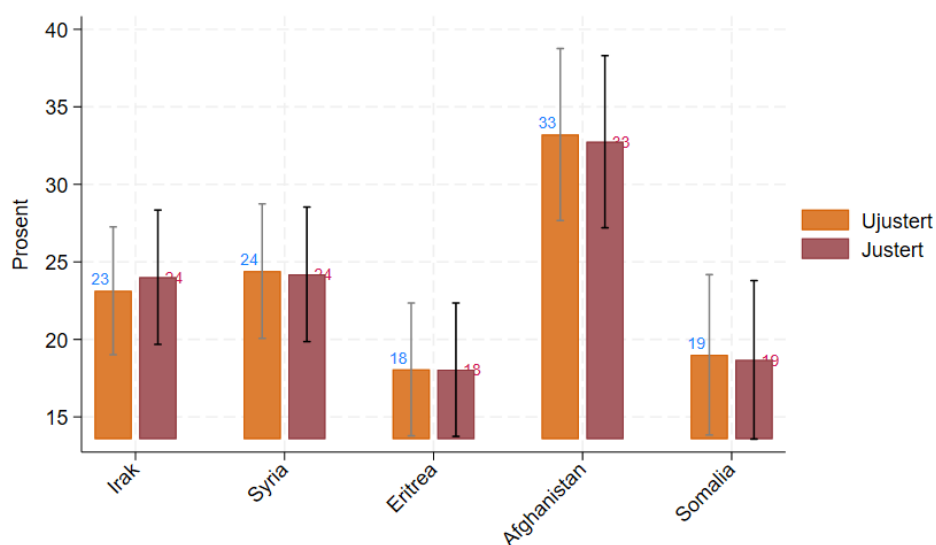
Figur 9.6 viser om lengre botid er assosiert med ensomhet, for begge kjønn. For menn faller nivået av ensomhet med økt botid, fra 21 % til 15 % for henholdsvis botid <10 år mot botid 20+ år. Assosiasjonen holder seg også for justerte resultater. For kvinner finner vi noe av den samme assosiasjonen for ujusterte resultater, men etter justering er konfidensintervallene overlappende.

Figur 9.6 Andel ensomme fra seks europeiske land etter botid og kjønn

3.9.5 Ensomhet blant deltakere fra fem land preget av flyktningutvandring

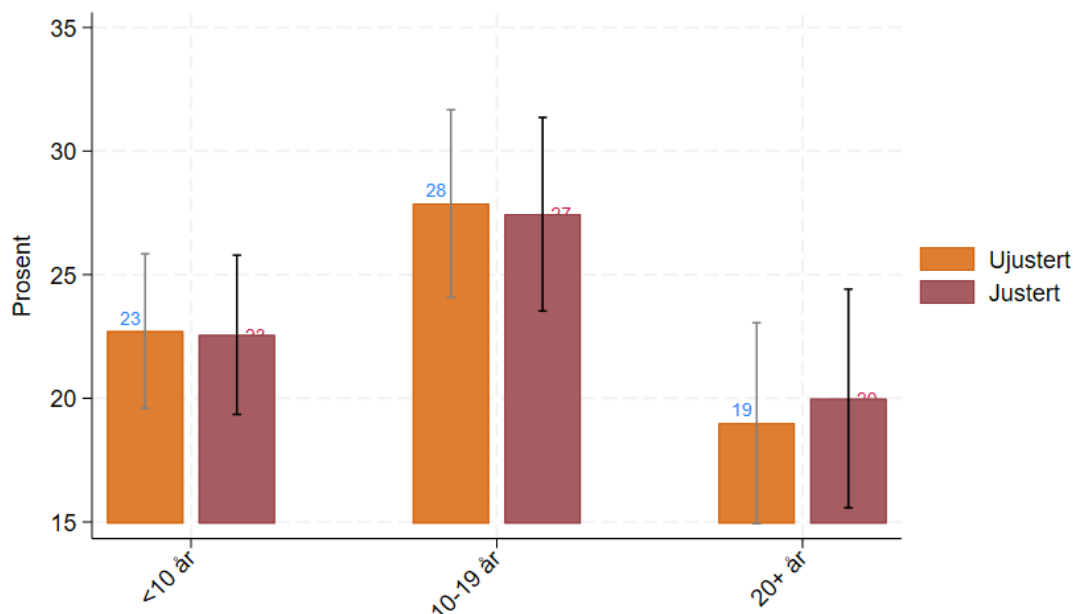
Resultatene i denne delen er basert på 1 587 av 1 602 innvandrere (99,1 %) fra Irak, Syria, Eritrea, Afghanistan og Somalia. Blant innvandrere fra disse fem landene rapporterer 23,6 % (95 % KI: 21,5 – 25,7) at de er ensomme.

Figur 9.7 viser andel som oppgir ensomhet blant deltakere fra Irak, Syria, Eritrea, Afghanistan og Somalia. Nivået av ensomhet blant innvandrere fra Irak, Syria og Afghanistan ligger betydelig over det vi finner for den norskfødte befolkningen. Blant deltakere med Afghansk bakgrunn er en tredjedel (33 %) klassifisert som ensomme. Lavest ligger Eritrea og Somalia, med henholdsvis 18 % og 19 % andel ensomme.

Figur 9.7 Andel ensomme etter landbakgrunn blant innvandrere fra fem land preget av flyktningutvandring

Figur 9.8 viser andel som rapporterer en høy grad av ensomhet fordelt etter landbakgrunn, både ujustert og justert for kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå. Det kan se ut som lengre botid er assosiert med høyere grad av ensomhet, for så å synke igjen for dem med lengst botid (20+). Forskjellen mellom <10 år og 20+ år er på 2 prosentpoeng, justerte resultater og 4 prosentpoeng, ujustert, begge ikke signifikant.

Figur 9.8 Andel ensomme etter botid blant innvandrere fra fem land preget av flyktningutvandring



3.9.6 Oppsummering om ensomhet

Ensomhet varierer tydelig mellom innvandrergupper. Innvandrere fra Midtøsten og Nord-Afrika har de høyeste nivåene av ensomhet, etterfulgt av personer fra Afrika sør for Sahara og Sør-Asia. Dette mønsteret endres lite etter justering for alder og utdanning, noe som tyder på at forskjellene ikke fullt ut kan forklares av demografiske eller sosioøkonomiske forhold som vi justerer for her: alder, kjønn og utdanning.

Blant innvandrere fra europeiske land ligger andelen som opplever ensomhet nær nivået for norskfødte. Grupper fra Norden, Vest-Europa og Baltikum rapporterer gjennomgående lave nivåer. Polen skiller seg ut med noe høyere andel ensomhet enn øvrige EU-land, men forskjellene er moderate etter justering. Dette mønsteret samsvarer med resultater fra *Levekårsundersøkelsen blant personer med innvandrerbakgrunn* (57), som viser at østeuropeiske arbeidsinnvandrere generelt oppgir lav sosial støtte, men samtidig høy grad av arbeidstilknytning og selvstendighet.

For innvandrere fra land preget av flyktningutvandring er bildet mer sammensatt. Høyest andel ensomhet rapporteres blant personer fra Syria, Irak og Afghanistan, særlig blant kvinner. Dette står i kontrast til grupper fra Eritrea og Somalia, som ligger nærmere nivået blant norskfødte.

Innvandrere i den eldste aldersgruppen er oftere ensomme enn norskfødte – dette gjelder alle innvandrergupper. Høyere utdanning henger sammen med lavere ensomhet blant norskfødte, men denne sammenhengen er mindre tydelig blant innvandrere. Med unntak av deltakere med grunnskole eller mindre utdanning, er andelen ensomme høyere blant de fleste

innvandrergruppene på hvert utdanningsnivå. Det observeres også en svak tendens til lavere ensomhet med økende botid, særlig blant menn.

Samlet sett viser resultatene at ensomhet blant innvandrere følger et mønster der innvandrere fra land preget av flyktningutvandring og innvandrere fra Midtøsten og Nord-Afrika har høyest forekomst, mens europeiske og nordiske grupper ligger nærmere befolkningen for øvrig. Ulikhetene består selv etter justering, og understreker betydningen av tiltak som styrker sosial deltakelse, møteplasser og integrering.

Resultatene her er i tråd med det som rapporteres fra andre undersøkelser. I SSB-rapporter fra 2021 og 2024, er forekomsten av ensomhet høyere blant innvandrere. 28 % er mye eller litt plaget av ensomhet, mot 17 % for befolkningen for øvrig (57,58). SSB peker på at innvandrere oftere enn andre er utsatt for levkårsutfordringer som lav inntekt og nedsatt helse.

Innvandrere har dårlige norskferdigheter, og mindre kontakt med venner og dårligere tilgang til sosial støtte. I European Loneliness Survey, er det liten eller ingen forskjell mellom første generasjons innvandrere og befolkningen for øvrig (59). Men det påpekes at opprinnelsesland utenfor EU har høyere grad av ensomhet, som er det vi også finner i våre data.

3.10 Lav tilfredshet med livet

3.10.1 Mål på lav tilfredshet med livet

Tilfredshet med livet er basert på et globalt livskvalitetsspørsmål: "Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tiden?", på en skal fra 0-10 hvor 0 er "ikke fornøyd i det hele tatt" og 10 er "svært fornøyd". En verdi på en 0-10 skala kan være utfordrende å tolke, for eksempel hva er forskjellen på for eksempel en gjennomsnittsskår på 6,3 og 7,5 annet enn at den ene er høyere enn den andre. I folkehelsearbeidet er det mer informativt å dele inn skalaen i én eller flere grupper, som kan gi en pekepinn på størrelsen for videre innsats og tiltak. Vi har valgt å angi alle livskvalitetsmål som andeler med «lav» skår, hvor vi følger etablerte standarder brukt på FHI og SSB (60,61).

Lav tilfredshet med livet er definert som en skår på 5 eller lavere.

3.10.2 Lav tilfredshet med livet blant ulike innvandrergupper ved kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå

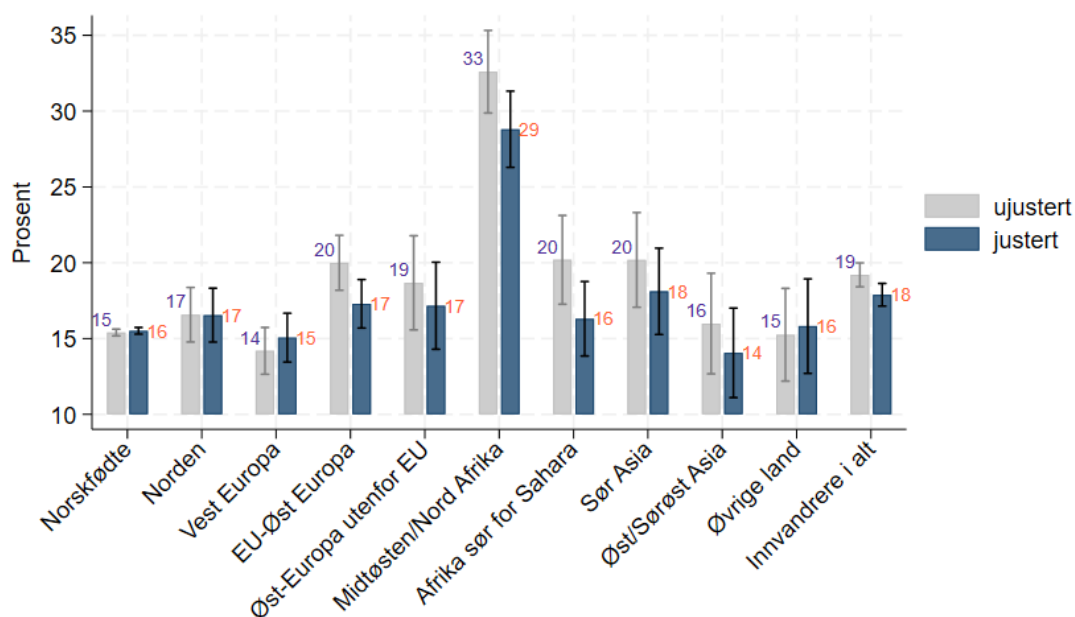
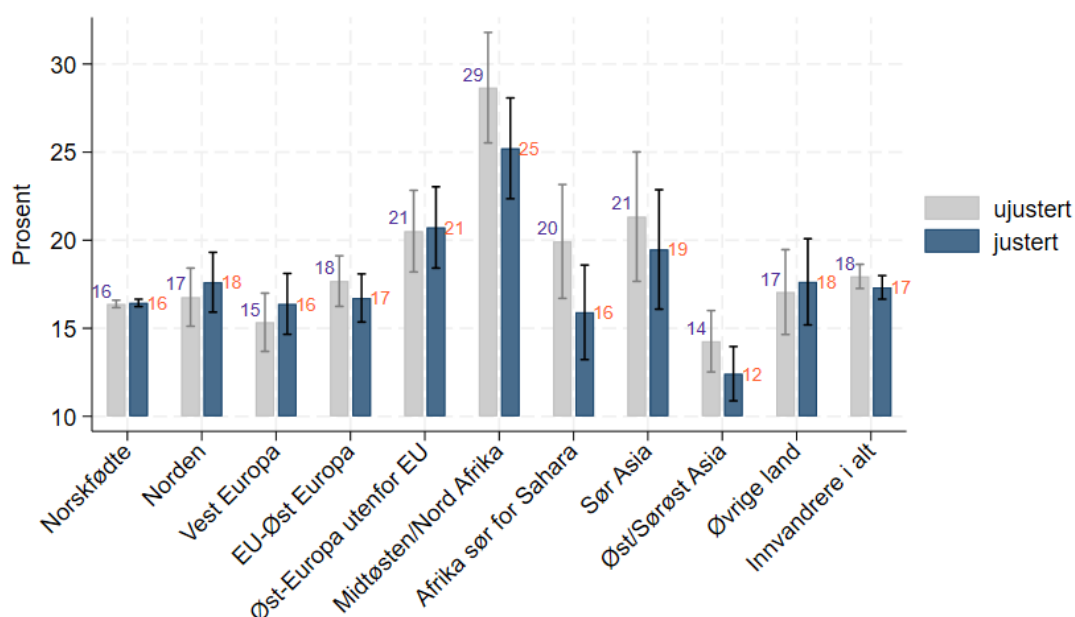
Resultatene er basert på 21 593 av 21 666 innvandrere (99,7 %) og 219 445 av 220 101 norskfødte med norskfødte foreldre (99,7 %).

Andelen innvandrere som rapporterer lav tilfredshet er 18,5 % (95 % KI 18,0-19,0). Dette er større enn blant norskfødte med norskfødte foreldre, der andelen ligger på 15,9 % (95 % KI 15,7-16,1). Etter justeringer for kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå er forskjellen litt mindre (innvandrere: 17,7 % (95% KI 17,2-18,2); norskfødte (16,0 % 95 % 15,9-16,2)).

Figur 10.1a viser andelen menn med lav tilfredshet blant norskfødte med norskfødte foreldre, innvandrere totalt, samt ulike innvandrergupper. Grå søyler viser ujusterte tall, mens blå søyler viser tall justert for aldersgruppe og utdanningsnivå. **Figur 10.1b** viser tilsvarende andeler blant kvinner.

Blant norskfødte menn har 15 % lav tilfredshet. Blant innvandrere varierer andelen mer, og er høyest for menn fra Midtøsten/Nord-Afrika (33 %). Det er betydelig høyere enn de neste gruppene med relativt høyt nivå av lav tilfredshet: Afrika sør for Sahara, EU-Øst-Europa, Sør-Asia (alle 20 %) og Etter justering reduseres forskjellene en del, men nivået er fremdeles betydelig høyere i gruppen fra Midtøsten/Nord-Afrika, med 29 %. Samlet har innvandrmenn (18 %) litt høyere forekomst av lav tilfredshet enn norskfødte.

Blant norskfødte kvinner har 16 % lav tilfredshet, omtrent den samme som menn. Andelen er høyere for de fleste innvandrergupper, særlig blant kvinner fra Midtøsten/Nord-Afrika (29 %). Etter justering reduseres nivåene noe, men forskjellene mellom innvandrergruppene består. Samlet har kvinnelige innvandrere (17 %, etter justering) oftere lav tilfredshet enn norskfødte kvinner, og litt lavere enn mannlige innvandrere (18 %), men mønsteret mellom gruppene er likt for begge kjønn.

Figur 10.1a Andel menn med lav tilfredshet etter innvandrergroupe og norskfødte**Figur 10.1b Andel kvinner med lav tilfredshet etter innvandrergroupe og norskfødte**

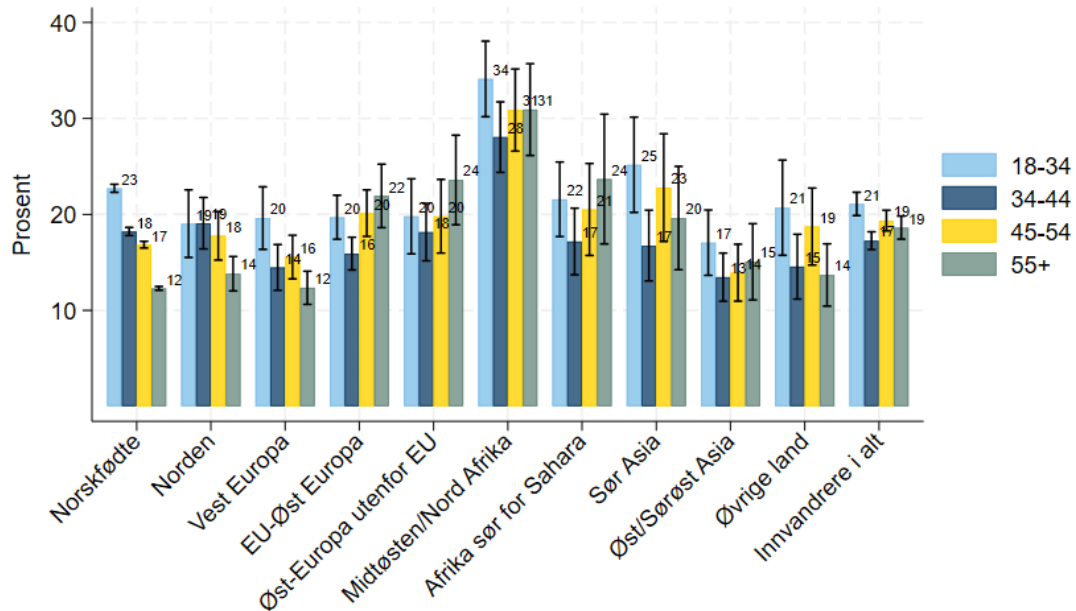
Figur 10.2a viser andelen med lav tilfredshet (skår 0–5 på en skala fra 0 til 10) etter landbakgrunn og alder.

Blant norskfødte er lav livskvalitet mest utbredt blant yngre (23 %) og minst blant eldre (12 %). Samme mønster ses i flere innvandrergupper, men med høyere nivåer totalt. Yngre personer fra Midtøsten/Nord-Afrika (34 %) har høyest forekomst. Forskjellene mellom aldersgrupper er mindre blant innvandrere enn blant norskfødte, og eldre innvandrere rapporterer relativt høyere andel med lav livskvalitet enn eldre norskfødte.

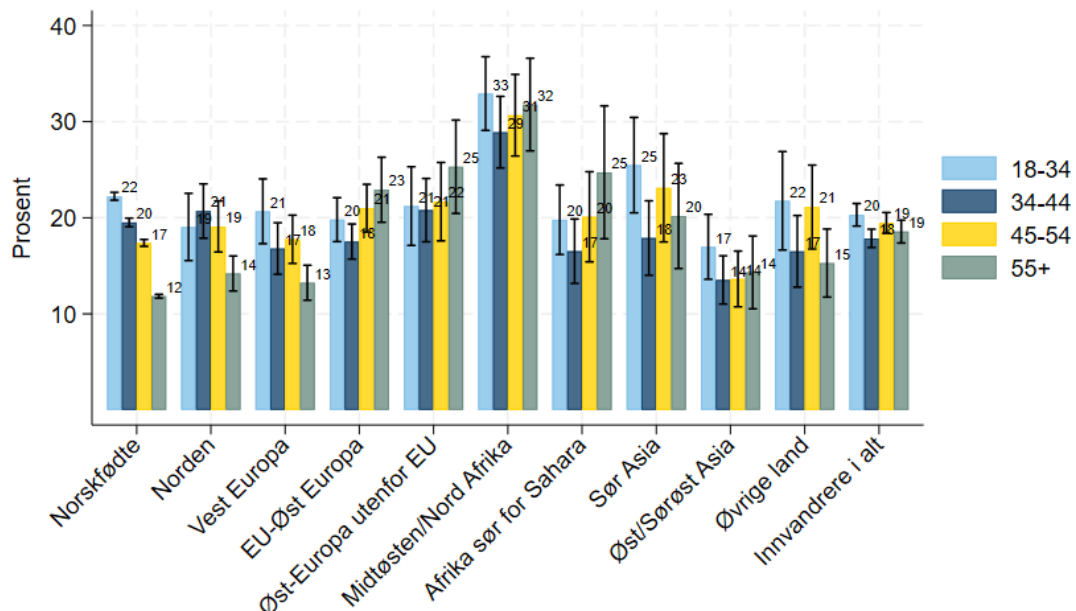
Figur 10.2b viser andelen med lav tilfredshet (skår 0–5 på en skala fra 0 til 10) etter landbakgrunn og alder, justert for kjønn og utdanning. Sammenlignet med den ujusterte figuren endrer justeringen nivåene lite. Mønsteret mellom aldersgrupper og landbakgrunn er i

hovedsak det samme – yngre voksne har oftest lav tilfredshet, særlig blant personer fra Sør-Asia og Midtøsten/Nord-Afrika. Dette viser at forskjellene mellom grupper i liten grad forklares av ulik kjønns- og utdannings sammensetning.

Figur 10.2a Andel med lav tilfredshet etter aldersgruppe og innvandrergroupe / norskfødte (ujustert)



Figur 10.2b Andel med lav tilfredshet etter aldersgruppe og innvandrergroupe / norskfødte (justert)



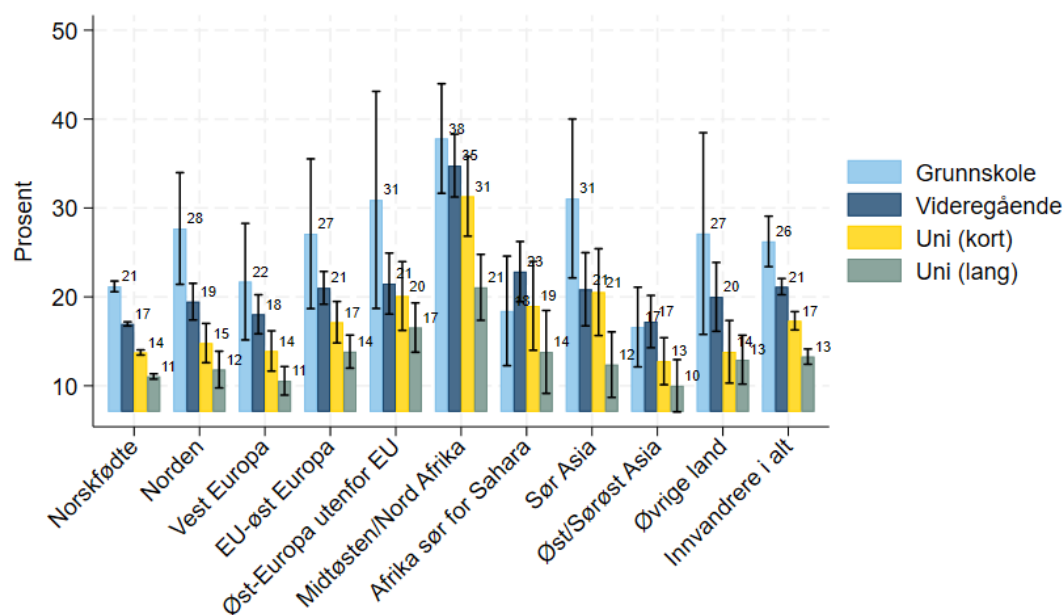
Figur 10.3a viser andelen med lav tilfredshet (skår 0–5 på en skala fra 0 til 10) etter landbakgrunn og utdanningsnivå. **Figur 10.4b** viser andelen justert for alder og kjønn.

Lav tilfredshet forekommer oftest blant personer med grunnskoleutdanning, både blant norskfødte (21 %) og innvandrere samlet (26 %), og sjeldnest blant dem med lang universitetsutdanning (11% for norskfødte og 13 % for innvandrere samlet).

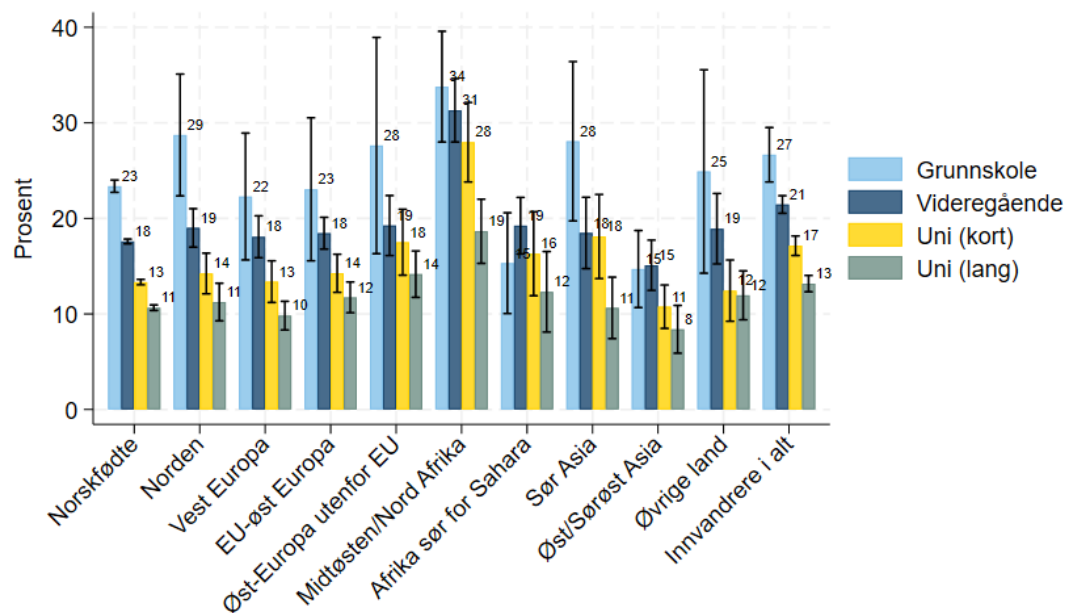
Utdannelsesgradienten er enda mer markert de fleste innvandrergupper, med unntak av Afrika sør for Sahara og Øst/Sørøst-Asia. For innvandrere samlet er gradienten omtrent som den blant norskfødte.

Justeringen endrer nivåene lite (**Figur 10.3b**), og mønsteret mellom utdanningsgrupper består. Personer med grunnskoleutdanning har fortsatt klart høyest forekomst av lav tilfredshet, mens de med lang universitetsutdanning har lavest. Justeringen reduserer noe av forskjellen mellom utdanningsnivåene i enkelte grupper, men ser vi på norskfødte, og innvandrere samlet, så øker gradienten noe.

Figur 10.3a Andel med lav tilfredshet etter utdanningsnivå og innvandrergruppe / norskfødte (ujustert)

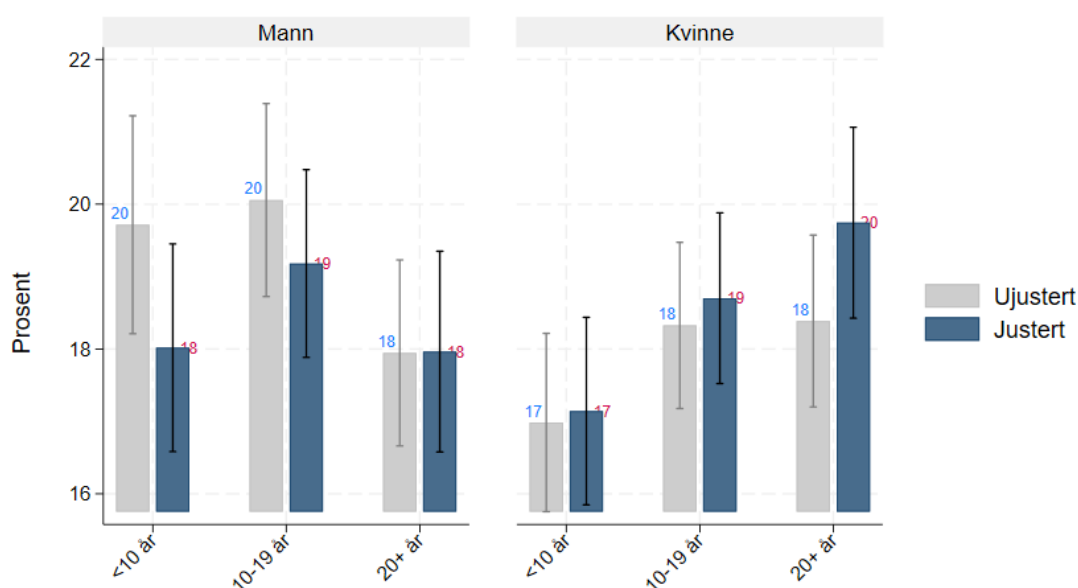


Figur 10.3b Andel med lav tilfredshet etter utdanningsnivå og innvandrergroupe / norskfødte (justert)



3.10.3 Lav tilfredshet med livet blant innvandrere med ulike botid

Figur 10.4 viser andel med lav tilfredshet etter kjønn og botid, justert for alder og utdanning og innvandrergroupe. Blant menn minsker andelen med lav tilfredshet gradvis med lengre botid, fra 20 % (<10 år) til 18 % (20+ år). For kvinner er mønsteret motsatt, med lavest andel blant dem med kort botid (17 %) og høyest blant dem med 20+ års botid (18 %). Etter justering er bildet mer blandet for menn, ingen forskjell mellom kort og lang botid, men for kvinner, synes forskjellen mellom kort og lang å øke, fra 17 % til 20 %. Usikkerheten i estimatene er slik at det er vanskelig å trekke noen entydig konklusjon.

Figur 10.4 Andel med lav tilfredshet etter botid og kjønn

Graphs by kjønn

3.10.4 Lav tilfredshet med livet blant deltakere fra seks europeiske land

Resultatene i denne delen er basert på 8 256 av 8 284 innvandrere (99,7 %) fra Polen, Sverige, Tyskland, Danmark, Litauen og Storbritannia, samt 219 445 av 220 101 norskfødte med norskfødte foreldre (99,7 %).

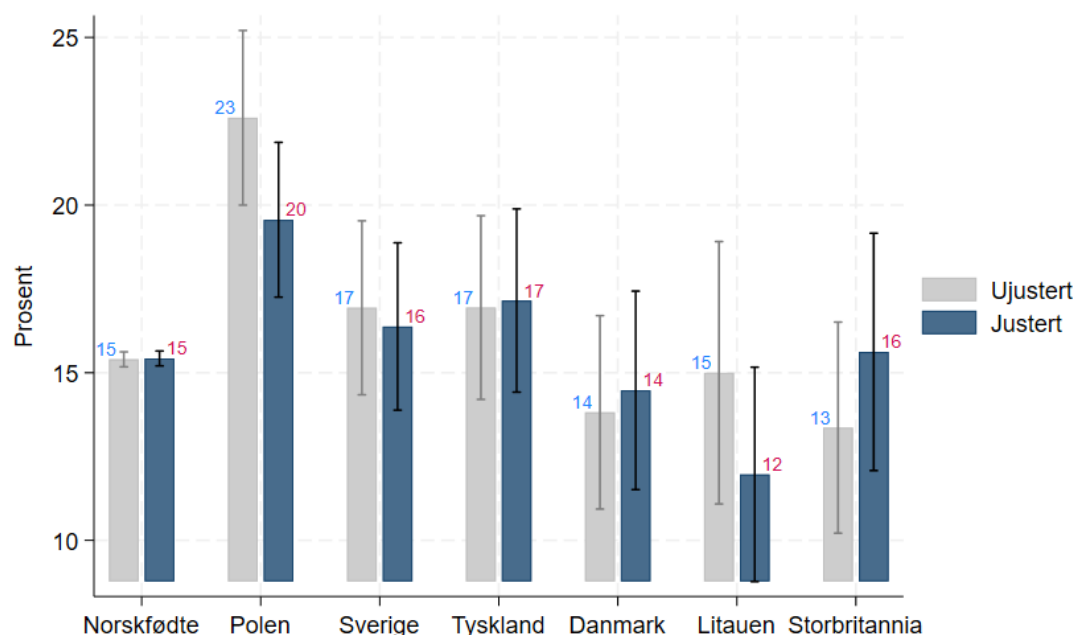
Blant innvandrere fra disse seks landene rapporterer 17,4 % (95 % KI: 16,6-18,2) lav tilfredshet. Dette er litt høyere enn blant norskfødte med norskfødte foreldre, der andelen er 15,9 % (95 % KI: 15,8-16,1). Justering for kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå har lite å si – andelen er da 17,2 % (95 % KI: 16,4-18,0) blant innvandrere og 15,9 % (95 % KI: 15,8-16,1) blant norskfødte med norskfødte foreldre.

Figuren 10.5a viser andelen med lav tilfredshet for menn, både ujustert og justert for alder og utdanningsnivå, med lav tilfredshet (skår 0–5 på en skala fra 0 til 10) blant norskfødte og innvandrere fra seks utvalgte europeiske land.

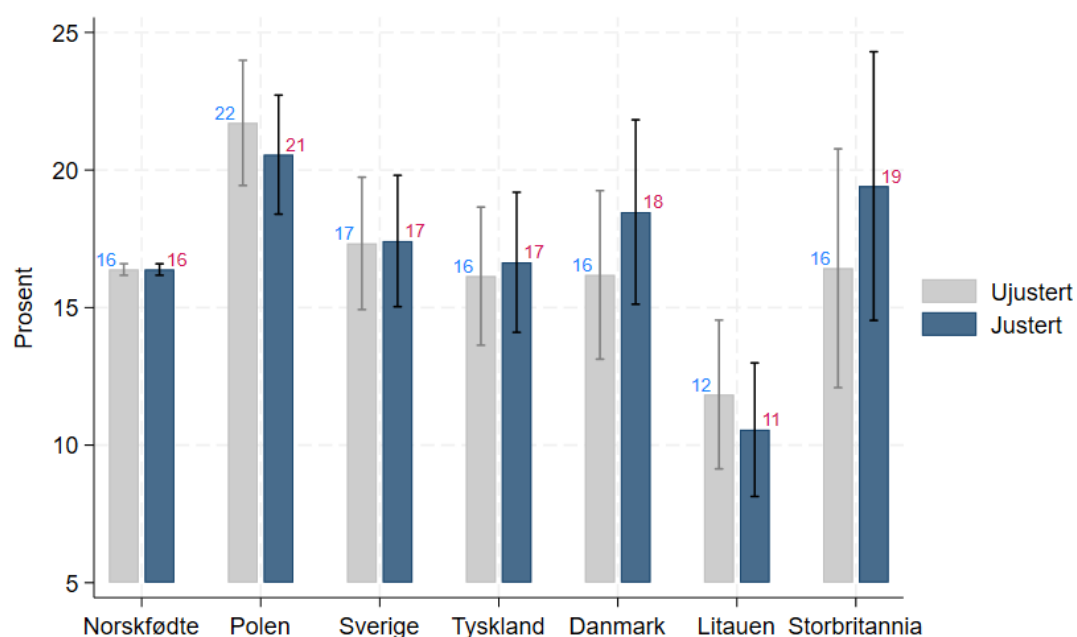
Menn fra Polen har høyest andel med lav tilfredshet (23 %), som er 8 prosentpoeng høyere enn for norskfødte (15 %). De øvrige landene ligger omtrent likt med norskfødte. Etter justering for alder og utdanning reduseres andelen for Polen og Litauen, mens den stiger for Storbritannia. For de øvrige landene er det ingen endringer.

Figuren 10.5b viser at blant norskfødte kvinner oppgir 16 % lav tilfredshet, omtrent likt med menn. Polske kvinner har den høyeste andelen med 22 %, noe lavere enn polske menn (23 %), men fortsatt klart høyere enn norskfødte. For kvinner fra Storbritannia er andelen 16 % som er 3 prosentpoeng høyere enn den for menn. Kvinner fra Litauen skårer (12%) lavere enn litauiske menn (15 %), og vesentlig lavere enn norskfødte kvinner. Etter justering endres bildet minimalt, men kvinner fra Storbritannia øker til 19 %, men kjønnsforskjeller er fremdeles like stor.

Figur 10.5a Andel menn med lav tilfredshet etter landbakgrunn blant innvandrere fra seks europeiske land og norskfødte



Figur 10.5b Andel kvinner med lav tilfredshet etter landbakgrunn blant innvandrere fra seks europeiske land og norskfødte

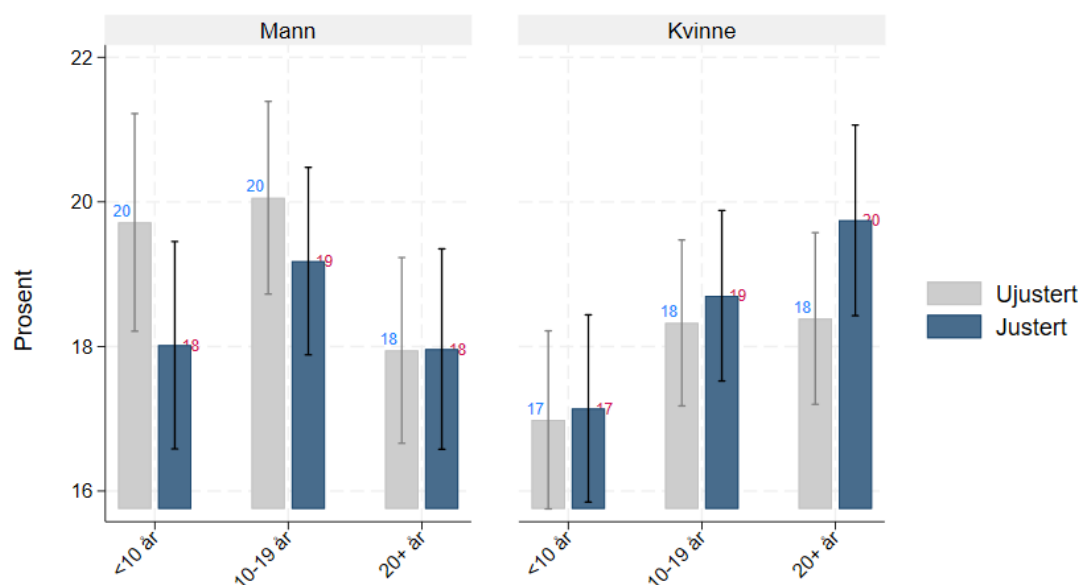


Figur 10.6 viser andelen med lav tilfredshet (skår 0–5 på en skala fra 0 til 10) etter botid i Norge, fordelt på menn og kvinner. Grå søyler viser ujusterte tall, mens blå søyler viser tall justert for alder og utdanning.

For menn er forskjellene små mellom botidsgruppene, med nivåer rundt 18–20 % både før og etter justering. For kvinner øker andelen med lav livskvalitet med lengre botid – fra 17 % blant

dem med under 10 år i Norge til 20 % blant dem med 20 år eller mer. Justeringen endrer nivåene lite, og er ikke signifikant forskjellige fra ujusterte.

Figur 10.6 Andel med lav tilfredshet fra seks europeiske land etter botid og kjønn



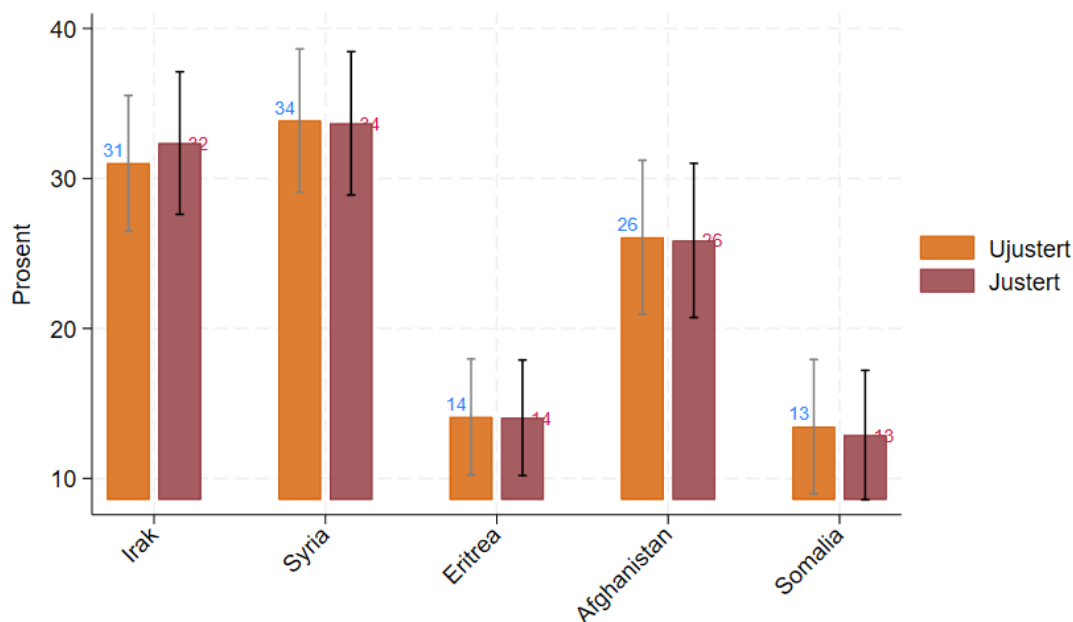
Graphs by kjønn

3.10.5 Lav tilfredshet med livet blant deltakere fra fem land preget av flyktningutvandring

Resultatene i denne delen er basert på 1 596 av 1 602 innvandrere (99,6 %) fra Irak, Syria, Eritrea, Afghanistan og Somalia. Blant innvandrere fra disse fem landene rapporterer 25,1 % (95 % KI: 22,9–27,2) lav tilfredshet.

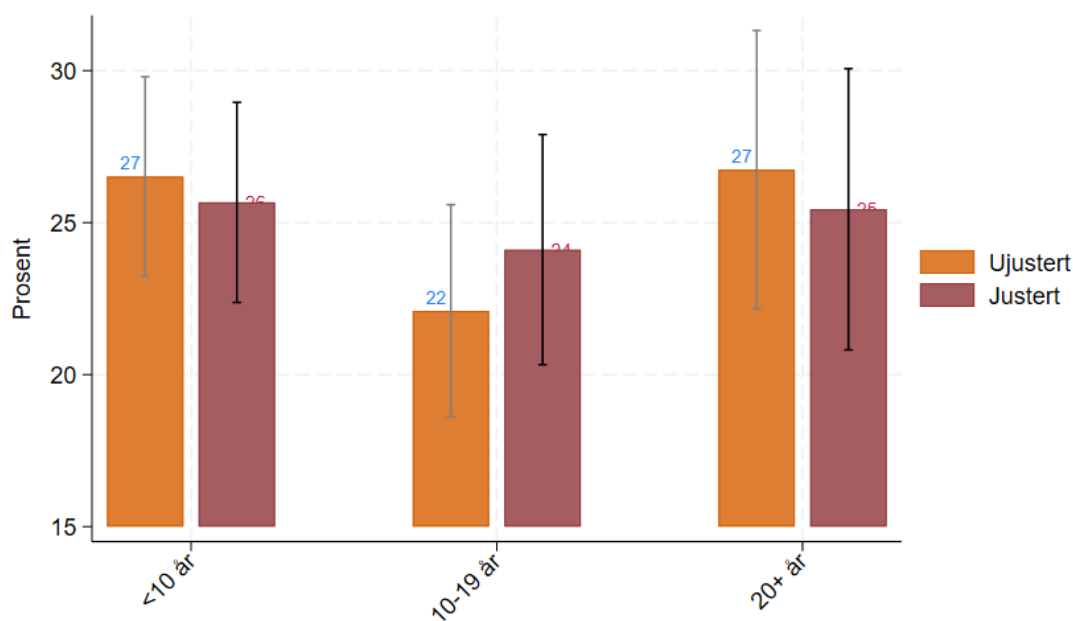
Figur 10.7 viser andelen med lav tilfredshet (skår 0–5 på en skala fra 0 til 10) blant personer fra fem utvalgte land preget av flyktningutvandring, fordelt etter landbakgrunn. Oransje søyler viser ujusterte tall, mens røde søyler viser tall justert for alder, kjønn og utdanning. Lav livskvalitet forekommer oftest blant personer fra Irak, Syria og Afghanistan, med andeler rundt 26–34 %, mens nivåene er betydelig lavere blant personer fra Eritrea og Somalia (13–14 %). Etter justering endres nivåene minimalt, og mønsteret mellom landene består. Dette tyder på at forskjellene i lav livskvalitet mellom landbakgrunn i liten grad kan forklares av demografiske eller utdanningsmessige forskjeller.

Figur 10.7 Andel med lav tilfredshet etter landbakgrunn blant fem land preget av flykningutvandring



Figur 10.8 viser andelen med lav tilfredshet (skår 0–5 på en skala fra 0 til 10) blant personer fra fem utvalgte land preget av flyktingutvandring, fordelt etter botid i Norge. Oransje søyler viser ujusterte tall, mens røde søyler viser tall justert for alder, kjønn og utdanning. Lav tilfredshet er mest utbredt blant personer med kort og lang botid, men synker noe for dem med botid 10-19 år. Etter justering for demografiske og sosioøkonomiske forhold endres nivåene lite, og mønsteret forblir det samme. Det synes som om botid ikke er assosiert med nivået av tilfredshet.

Figur 10.8 Andel med lav tilfredshet etter botid blant innvandrere fra fem land preget av flyktingutvandring



3.10.6 Oppsummering om lav tilfredshet med livet

Livskvalitet, målt som «fornøydhet med livet» (0–10-skala, lav ≤ 5), viser en liten forskjell mellom norskfødte og innvandrere. 18-19 % av innvandrere oppgir lav tilfredshet mot 16 % blant norskfødte. Justering for alder og utdanning reduserer forskjellen, men ulikhetene består.

Innvandrere fra Midtøsten og Nord-Afrika har høyest andel med lav tilfredshet (29 % blant kvinner og 33 % blant menn, ujustert). Dette er betydelig høyere enn innvandrere fra de landgruppene som følger etter: Sør-Asia og Afrika sør for Sahara Øst-Europa utenfor EU, som, alle ligger rundt 20-21 % for begge kjønn – og som er nær nivået for innvandrere samlet (18-19 %).

Blant norskfødte finnes en tydelig aldersgradient, der yngre rapporterer lavere tilfredshet enn eldre. Denne gradienten er minimal for innvandrere samlet sett, og vi ser at det er variasjon mellom grupper, for eksempel er denne gradienten til stede i Norden og Vest-Europa, men ikke for EU-Øst-Europa.

Det finnes en klar utdanningsgradient i tilfredshet, både blant norskfødte og innvandrere – lav utdanning gir høyere sannsynlighet for lav fornydhet. Botid viser ulike mønstre etter kjønn: menn oppgir noe høyere livskvalitet med lengre botid, mens kvinner viser motsatt tendens etter justering, uten signifikante forskjeller. Dette i tråd med det man finner på europeisk nivå (62).

I analysene på enkeltland ligger innvandrere fra Europa nær norskfødte, med unntak av Polen (20 %). Blant de utvalgte landene preget av flyktningutvandring rapporterer deltakere fra Syria og Irak de høyeste nivåene av lav tilfredshet (30–39 %), mens Eritrea og Somalia ligger lavere enn norskfødte (10–17 %).

Samlet viser resultatene at innvandrere generelt har noe større andeler med lav tilfredshet enn norskfødte, men med store variasjoner mellom grupper. Justeringer for demografi forklarer noe, men ikke alt – særlig blant noen grupper fra land preget av flyktningutvandring, der tilfredsheten forblir lav. Dette understreker betydningen av målrettet innsats for å styrke levekår, deltakelse og sosial inkludering i utsatte innvandrergupper.

Resultater her stemmer godt overens med det SSB finner i sine livskvalitetsundersøkelser, hvor innvandrere i alt har like god livskvalitet som øvrig befolkning, men med stor variasjon mellom innvandrergupper (63). Selv om ikke undersøkelsene er direkte sammenlignbare, så viser SSBs tall at andelen med lav livskvalitet er størst for gruppen fra Afrika, Midtøsten og Sør-Asia. SSB rapporterer en noe tydeligere aldersgradient, mellom yngste og eldste aldersgrupper, men ikke lineær, hvor gruppen 45-66 år har større andel lavere livskvalitet enn aldersgruppen 24-44 år. Slik som i våre justerte modeller, holder forskjeller seg i livskvalitet etter justering for sosisodemografi.

3.11 Lav opplevelse av mening

3.11.1 Mål for lav opplevelse av mening

Resultater her er basert på enkeltspørsmålet Alt i alt, i hvilken grad opplever du at det du gjør i livet er meningsfylt? Skalaen er 0-10, hvor 0 er Ikke meningsfylt i det hele tatt og 10 er Svært meningsfylt. Vi presenterer andeler med lav skår (<6), dvs. lav opplevelse av mening.

3.11.2 Lav opplevelse av mening blant ulike innvandrergupper ved kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå

Resultatene er basert på 21 535 av 21 666 innvandrere (99,4 %) og 219 115 av 220 101 norskfødte med norskfødte foreldre (99,4 %).

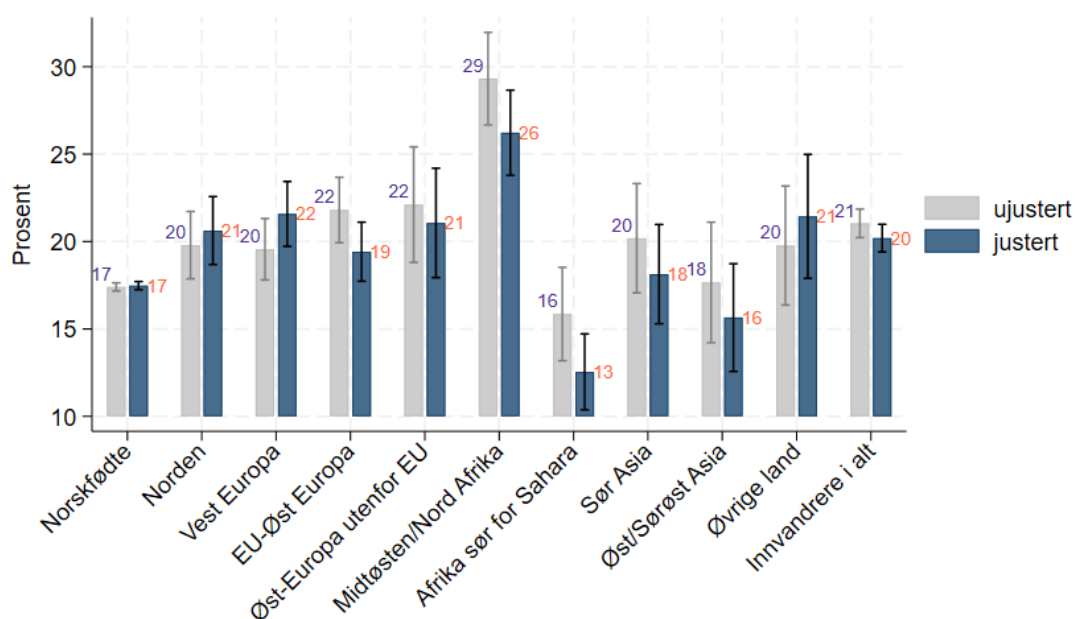
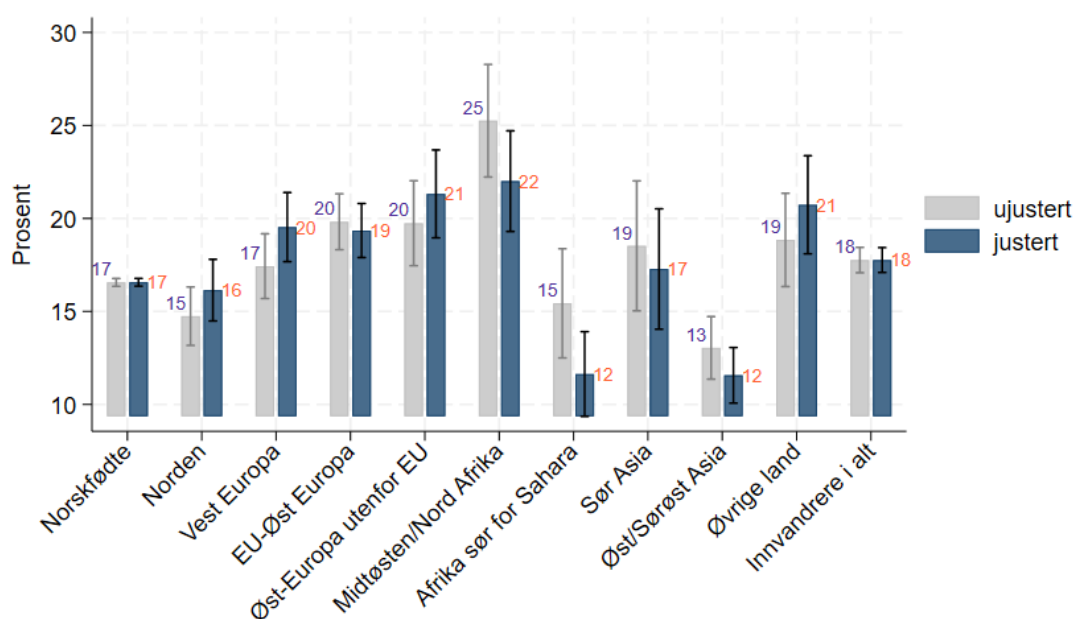
Andelen innvandrere som rapporterer lav opplevelse av mening er 19,2 % (95 % KI 18,7-20,4). Dette er noe høyere enn blant norskfødte med norskfødte foreldre, der andelen er 16,9 % (95 % KI 16,8-17,1). Etter justeringer for kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå er forskjellen litt mindre (innvandrere: 18,7 % (95% KI 18,2-19,19); norskfødte (17,0 % 95 % 16,8-17,2)).

Figur 11.1a viser andelen menn som rapporterer lav opplevelse av mening med det de gjør i livet (skår 0–5 på en skala fra 0 til 10) etter landbakgrunn. Grå søyler viser ujusterte tall, mens blå søyler viser tall justert for alder og utdanning. **Figur 10.1b** viser tilsvarende andeler blant kvinner.

Blant norskfødte menn oppgir 17 % lav opplevelse av mening, som danner referansenivået. Flere innvandrergupper ligger høyere, særlig menn fra Midtøsten/Nord-Afrika (29 %) og Øst-Europa (22 %). Menn fra Afrika sør for Sahara (16 %) ligger lavere enn norskfødte. Etter justering reduseres forskjellene noe, men hovedmønsteret består: gruppen fra Midtøsten/Nord-Afrika og skiller seg tydelig ut med høyere forekomst av lav opplevelse av mening, etterfulgt av Øst-Europa (hvis avstand til andre landgrupper og norskfødte er relativt liten).

Blant norskfødte kvinner er andelen med lav opplevelse av mening 17 prosent, på nivå med menn. For flere innvandrergupper er nivåene noe lavere enn for menn fra samme region. Kvinner fra Midtøsten/Nord-Afrika (25 prosent) har fortsatt høyest andel, men lavere enn tilsvarende menn (29 prosent). Kvinner fra Sør-Asia (15 prosent) og Øst-/Sørøst-Asia (13 %) ligger lavere enn både menn og norskfødte, mens Midtøsten/ Nord Afrika (25 %) er uendret mellom kjønn.

Etter justering endres nivåene lite. Sammenlignet med menn har kvinner generelt noe lavere andel lav opplevelse av mening, men fordelingen mellom innvandrerguppene er mer eller mindre den samme.

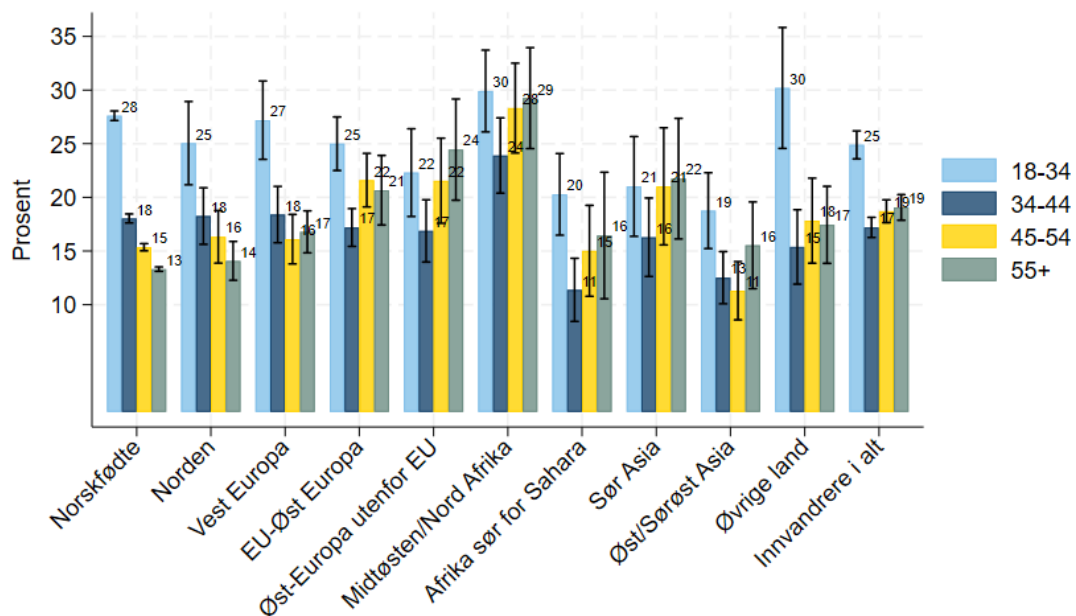
Figur 11.1a Andel menn med lav opplevelse av mening etter innvandrergruppe og norskfødte**Figur 11.2b Andel kvinner med lav opplevelse av mening etter innvandrergruppe og norskfødte**

Figur 11.2a viser andelen som rapporterer lav opplevelse av mening med livet (skår 0–5 på en skala fra 0 til 10) etter landbakgrunn og alder. Blant norskfødte er det en tydelig aldersgradient – 28 % av de yngste oppgir lav opplevelse av mening, mot 13 % blant de eldste. For innvandrere samlet er forskjellene mindre, med 25 % i aldersgruppen 18–34 år og 19 % blant 55 år eller eldre. Mens gradienten for norskfødte, Norden og Vest-Europa er jevnt fallende, er den mer U-format/stabil for innvandrere samlet og en del av innvandrergруппene.

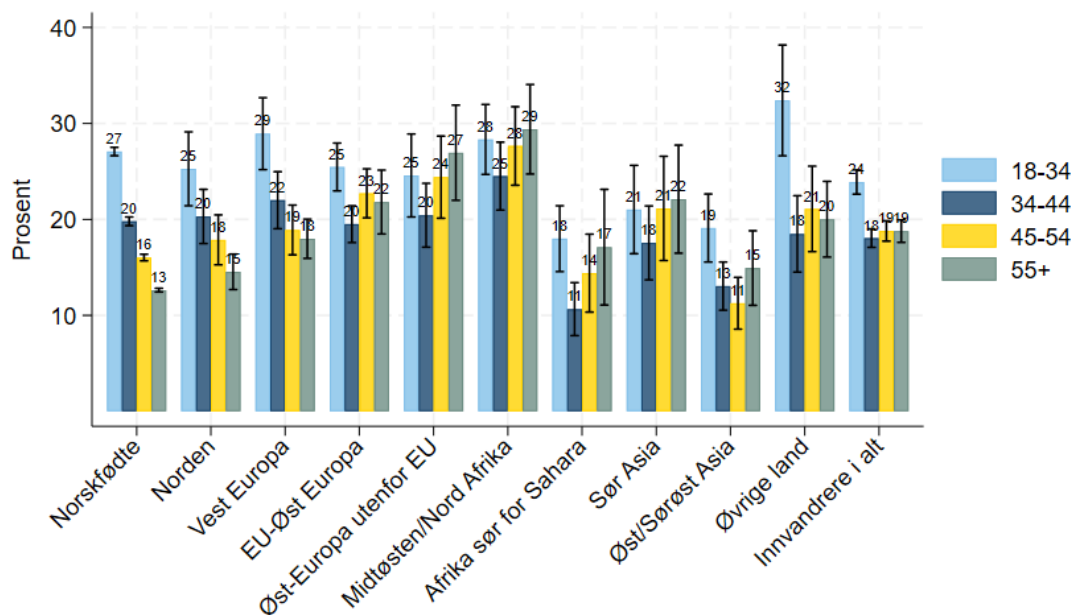
Figur 11.4b viser justerte resultater. Hovedmønsteret i stor grad det samme som i den ujusterte figuren, men forskjellene mellom aldersgruppene har blitt svakere. Blant norskfødte og for innvandrere samlet, er det stort sett uendrede resultater. I flere innvandrergруппer, ser

gradienten ut til å flate noe ut etter justering, mens den fortsatt er tydelig fallende for grupper fra Norden og Vest-Europa.

Figur 11.2a Andel med lav opplevelse av mening etter aldersgruppe og innvandrergruppe / norskfødte (ujustert)



Figur 11.2b Andel med lav opplevelse av mening etter aldersgruppe og innvandrergruppe / norskfødte (justert)



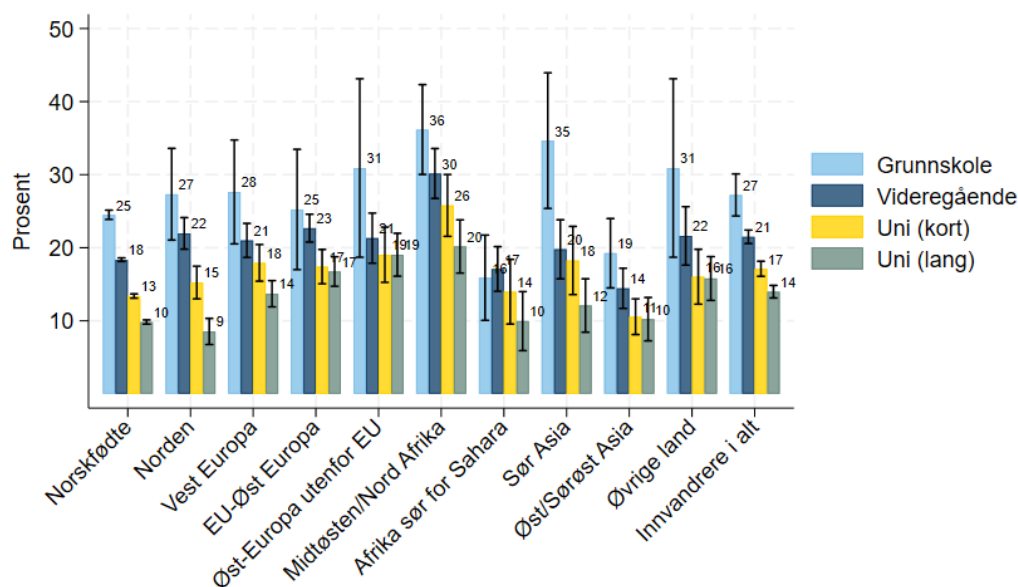
Figur 11.3a viser andelen som rapporterer lav opplevelse av mening med livet (skår 0–5 på en skala fra 0 til 10) etter landbakgrunn og utdanningsnivå.

Det er en klar utdanningsgradient – lav utdanning henger sammen med lavere opplevd mening. Blant norskfødte er andelen 25 % for personer med grunnskole og 10 % for dem med

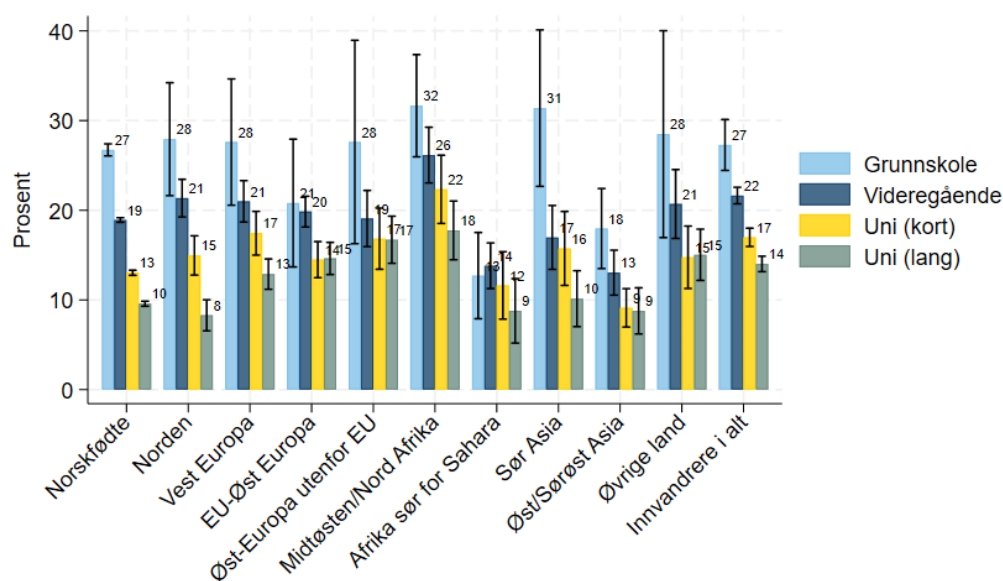
lang universitetsutdanning, mens tilsvarende for innvandrere samlet er 27 % og 14 %. Det er stor forskjell mellom innvandrergupper, hvor Midtøsten/Nord-Afrika har henholdsvis 36 % og 20 % for laveste og høyeste utdanning, mens Øst-Sørøst-Asia har henholdsvis 19 % og 10 %.

Figur 11.3b viser ved justering for alder og kjønn, øker gradienten for norskfødte: andelen med lav mening blant dem med grunnskole stiger fra 25 % til 27 %, mens øvrige utdanningsnivåer er omtrent uendret. For de flere innvandrergupper reduseres gradienten etter justering. Midtøsten/Nord-Afrika (16 til 14 prosentpoeng forskjell mellom høyeste og laveste), mens for andre øker den, som innvandrerguppe Norden, som går fra 18 til 20 prosentpoengs forskjell. For innvandrere i alt, er justert og ujustert gradient den samme.

Figur 11.3a Andel med lav opplevelse av mening etter innvandrerguppe og utdanningsnivå (ujustert)



Figur 11.3b Andel med lav opplevelse av mening etter innvandrerguppe og utdanningsnivå (justert)

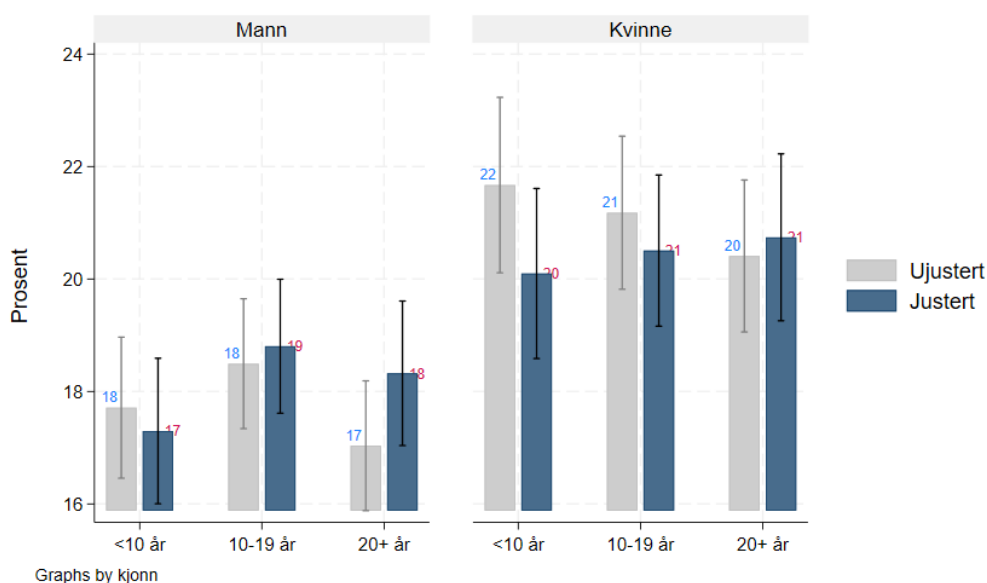


3.11.3 Lav opplevelse av mening blant innvandrere med ulike botid

Figur 11.4 viser andelen som rapporterer lav opplevelse av mening med livet (skår 0–5 på en skala fra 0 til 10) etter botid i Norge, fordelt på menn og kvinner. Grå søyler viser ujusterte tall, mens blå søyler viser tall justert for alder og utdanning.

For menn er forskjellene små og endres lite ved justering. Andelen med lav mening ligger rundt 18 % blant menn med kortest botid og 17–18 % blant menn med 20 år eller mer. For kvinner er nivået noe høyere, men stabilt på tvers av botid – 22 % blant dem med under 10 år i Norge og 20–21 % blant dem med lengre botid. Samlet viser resultatene at nivået på lav opplevelse av mening henger ikke sammen med botid.

Figur 11.4 Andel med lav opplevelse av mening etter botid og kjønn



3.11.4 Lav opplevelse av mening blant deltakere fra seks europeiske land

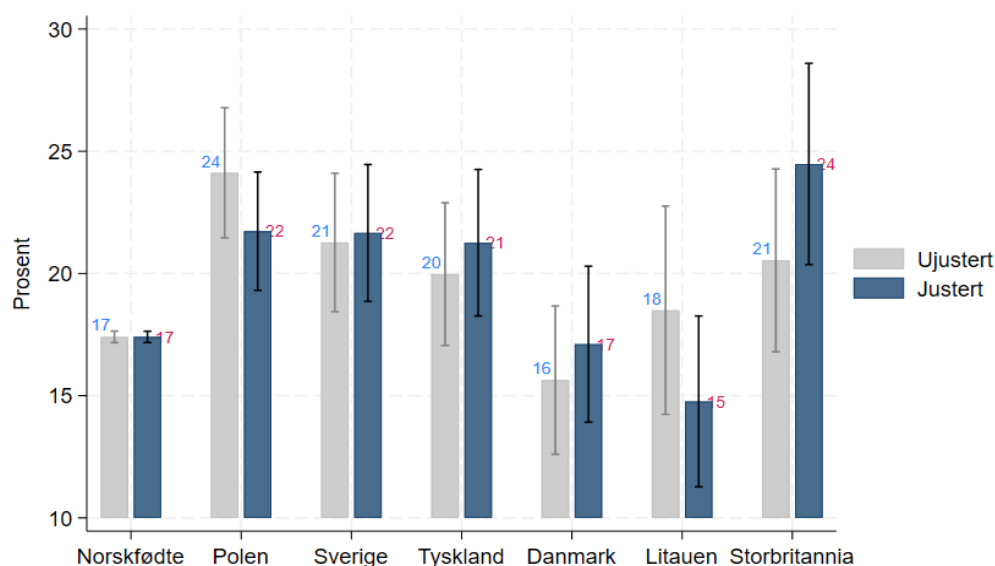
Resultatene i denne delen er basert på 8 241 av 8 284 innvandrere (99,4 %) fra Polen, Sverige, Tyskland, Danmark, Litauen og Storbritannia, samt 219 115 av 220 101 norskfødte med norskfødte foreldre (99,6 %).

Blant innvandrere fra disse seks landene rapporterer 19,5 % (95 % KI: 16,6-18,2) lav opplevelse av mening. Dette er noe høyere enn blant norskfødte med norskfødte foreldre, der andelen er 16,9 % (95 % KI: 16,8-17,1). Justering for kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå har lite å si – andelen er da 19,8 % (95 % KI: 18,9-20,6) blant innvandrere og 16,9 % (95 % KI: 16,8-17,1) blant norskfødte med norskfødte foreldre.

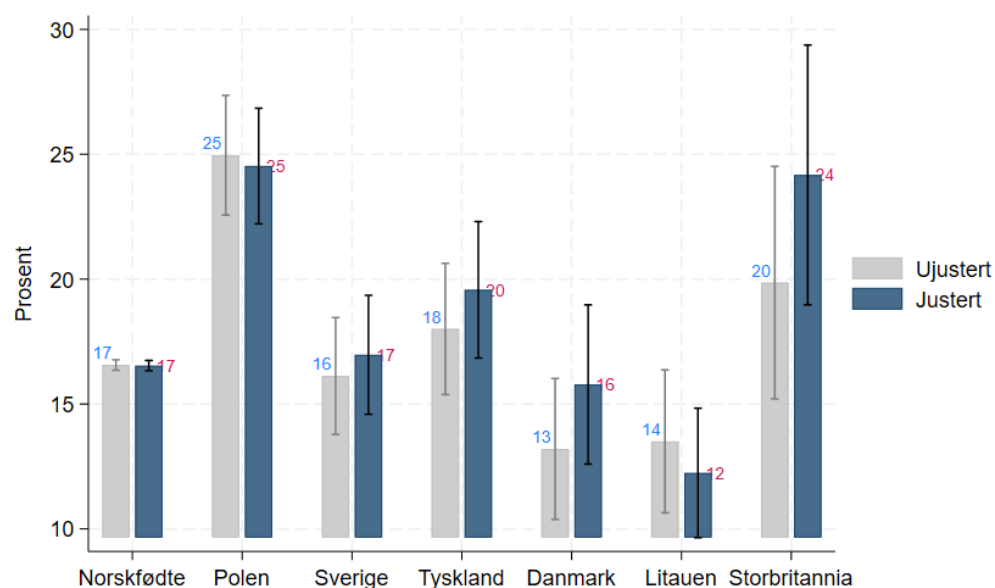
Figur 11.5a viser andelen menn som rapporterer lav opplevelse av mening med livet (skår 0–5 på en skala fra 0 til 10) blant norskfødte og innvandrere fra utvalgte europeiske land. Grå søyler viser ujusterte tall, mens blå søyler viser tall justert for alder og utdanning. Blant norskfødte menn er andelen med lav mening 17 %. Nivået er høyere blant menn fra de fleste europeiske land, særlig fra Polen (24 %) og Storbritannia (24 %), mens menn fra Danmark (16 %) ligger lavere. Etter justering reduseres forskjellene noe for Polen men øker for Litauen og Storbritannia.

Figur 11.6b viser at blant norskfødte kvinner er andelen med lav opplevelse av mening 17 %, på nivå med menn. Kvinner fra Polen (25 %) og Storbritannia (24 %) har de høyeste andelen, mens de fra Litauen (12 %) og Danmark (16 %) ligger lavest. For Sverige (17 %) og Tyskland (20 %) er nivåene moderate. Sammenlignet med menn er forskjellene mellom landene noe mindre uttalte, og kvinner har lavere nivåer i de fleste grupper unntatt Polen, der forskjellen går motsatt vei. Justering for alder og utdanning endrer nivåene lite, og mønsteret mellom landbakgrunn forblir i hovedsak det samme.

Figur 11.5a Andel menn med lav opplevelse av mening etter landbakgrunn blant innvandrere fra seks europeiske land og norskfødte



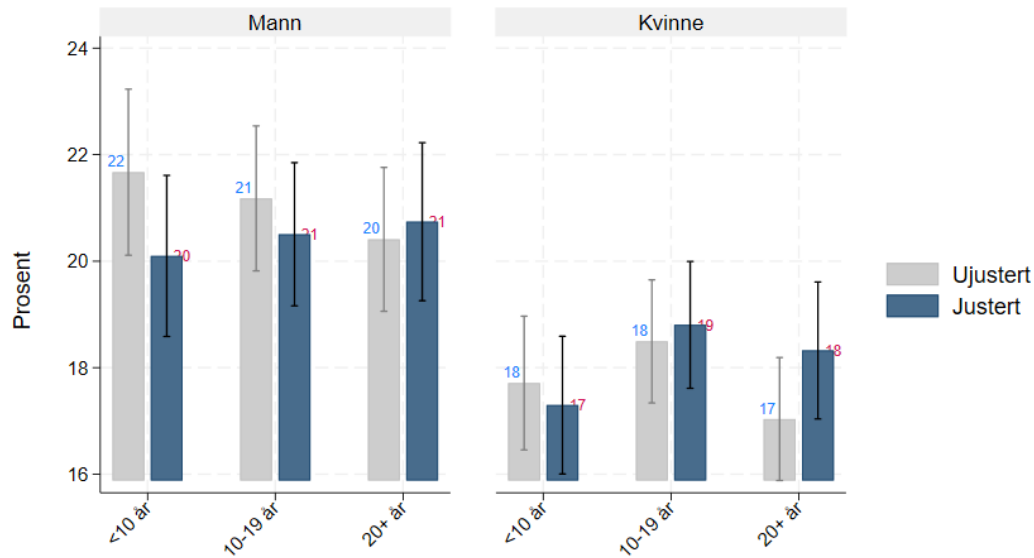
Figur 11.5b Andel kvinner med lav opplevelse av mening etter landbakgrunn blant innvandrere fra seks europeiske land og norskfødte



Figur 11.6 viser andelen som rapporterer lav opplevelse av mening med livet (skår 0–5 på en skala fra 0 til 10) etter botid i Norge og kjønn. Grå søyler viser ujusterte tall, mens blå søyler viser tall justert for alder og utdanningsnivå.

Andelen med lav mening ligger stabilt på rundt 20-22 %, for menn, uavhengig av botid. Justering for alder og utdanning endrer nivåene minimalt. For kvinner er nivået 17-18 %, uavhengig av botid, også her endrer ikke justering dette i noen grad.

Figur 11.6 Andel med lav opplevelse av mening fra seks europeiske land etter botid og kjønn



Graphs by kjønn

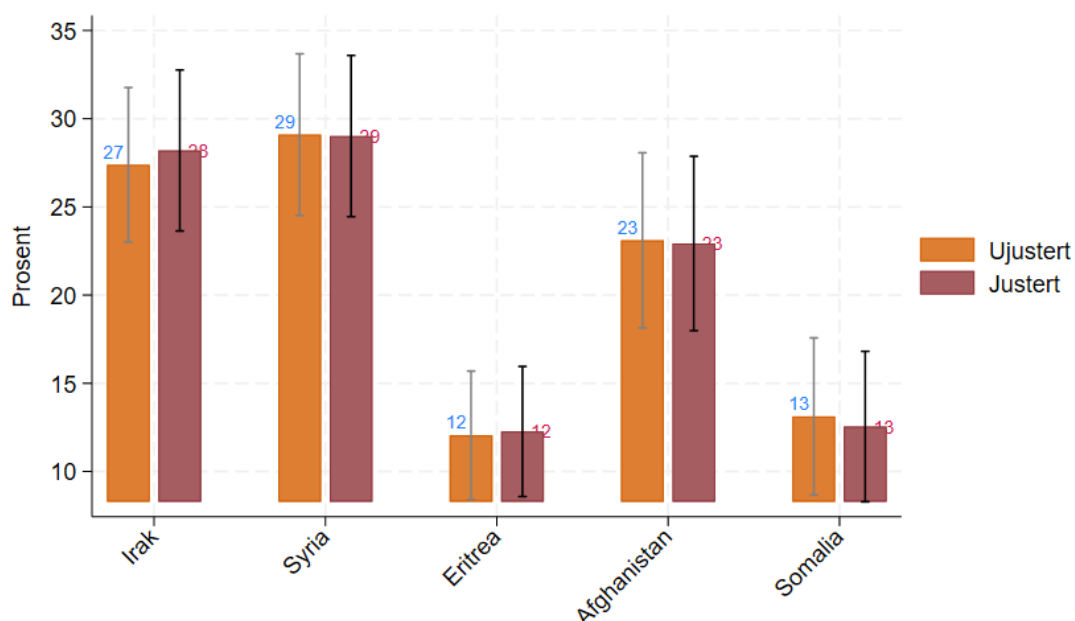
3.11.5 Lav opplevelse av mening blant deltakere fra fem land preget av flyktningutvandring

Resultatene i denne delen er basert på 1 581 av 1 602 innvandrere (98,7 %) fra Irak, Syria, Eritrea, Afghanistan og Somalia. Blant innvandrere fra disse fem landene rapporterer 22,1 % (95 % KI: 20,0-24,1) at de har lav opplevelse av mening.

Figur 11.7 viser andelen som rapporterer lav opplevelse av mening med livet (skår 0–5 på en skala fra 0 til 10) blant personer fra fem utvalgte land preget av flyktningutvandring. Oransje søyler viser ujusterte tall, mens brune søyler viser tall justert for alder, kjønn og utdanning.

Andelen med lav opplevelse av mening varierer betydelig etter landbakgrunn. Høyest nivå finner vi blant personer fra Syria (29 %) og Irak (28 %), tett fulgt av Afghanistan (23 %). Lavest nivå rapporteres i Eritrea (12 %) og Somalia (13 %). Justering for alder, og utdanning endrer nivåene lite, noe som tyder på at forskjellene i hovedsak ikke kan forklares av demografisk eller utdanningsmessig sammensetning.

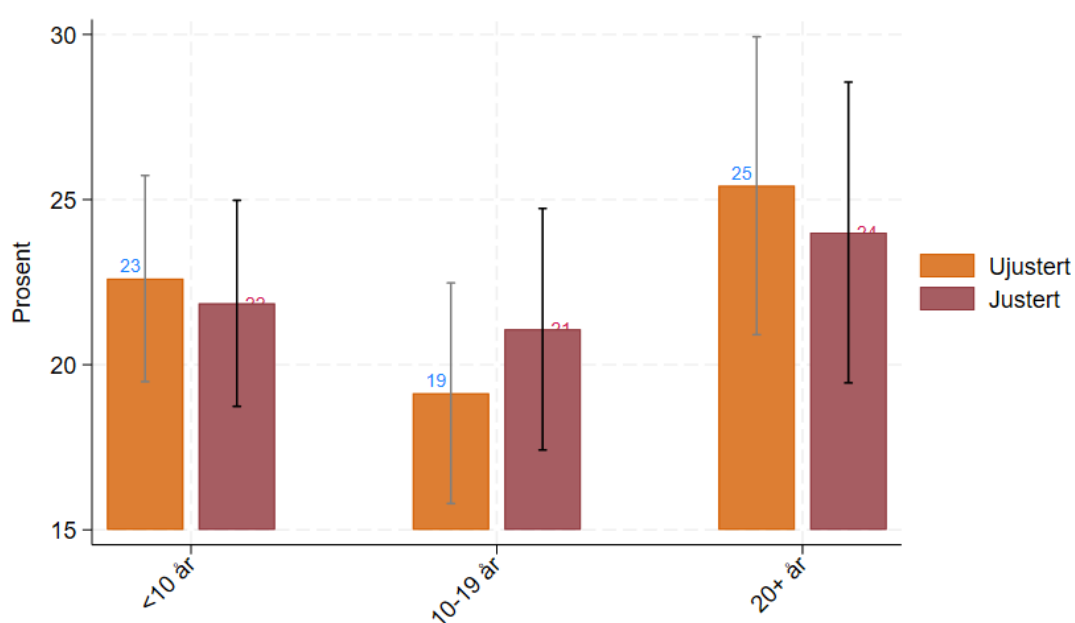
Figur 11.7 Andel med lav opplevelse av mening etter landbakgrunn blant fem land preget av flyktningutvandring



Figur 11.8 viser andelen som rapporterer lav opplevelse av mening med livet (skår 0–5 på en skala fra 0 til 10) etter botid i Norge. Oransje søyler viser ujusterte tall, mens brune søyler viser tall justert for alder, kjønn og utdanning.

Andelen med lav mening ligger på 23 % blant deltakere med kort botid (<10 år), 19–21 % for dem med 10–19 år, og øker til 25 % blant dem med 20 år eller mer i landet. Etter justering er endringene små og mønsteret er det samme - lengden på botid endrer i liten grad andelen.

Figur 11.8 Andel med lav opplevelse av mening etter botid blant innvandrere fra fem land preget av flyktningutvandring



3.11.6 Oppsummering om lav opplevelse av mening

Innvandrere rapporterer oftere lav opplevelse av mening (0–5 på en 0–10-skala) enn norskfødte: 19 % mot 17 % ujustert. Etter justering for alder, kjønn og utdanning består forskjellen, med 20 % blant innvandrere og 17 % blant norskfødte. Forskjellen er liten. På tvers av innvandrergupper er nivåene høyest i Midøsten/ Nord-Afrika (28 % ujustert, 26 % justert) etterfulgt av Øst-Europa (EU og utenfor EU) med 19–21 %. Lavest ligger Afrika Sør for Sahara og Øst/Sørøst Asia med 12–16 %.

Kjønnsforskjellene er små, men gjennomgående litt høyere blant menn enn kvinner. For Europa-utvalget er skiller polske menn seg negativt ut med 24 % etterfulgt av Sverige (21%) og Storbritannia (21%). Etter justering kommer menn fra Storbritannia dårligere ut med 24 % som rapporterer om lav opplevelse av mening. For kvinner er kommer igjen Polen dårligst ut (25 %) etterfulgt av Storbritannia med 20 %. Danmark og Litauen ligger lavest, for begge kjønn, og er på nivå eller under det for norskfødte. Blant dem fra land preget av flyktningutvandring, skiller Irak, Syria og Afghanistan seg negativt ut med henholdsvis 23 %, 29 % og 23 %.

Det er en tydelig utdanningsgradient. Blant norskfødte: 25 % med grunnskole mot 10 % med lang universitetsutdanning. Blant innvandrere samlet: 27 % mot 14 %. Etter justering øker gradienten noe for norskfødte (grunnskole rundt 27 %), men dempes for flere innvandrergupper.

Blant norskfødte er det en klar fallende aldersgradient (28 % i alderen 18–34 mot 13 % blant 55+ ujustert; justert omkring 27 % vs 13 %). For innvandrere samlet er gradienten svakere og mer stabil (25 % for yngste aldersgruppe og 19 % for eldste), justering endrer minimalt.

Ser vi på botid ligger nivået stabilt på for begge kjønn (menn: 17–18 % ujustert, og kvinner: 22–20 %, ujustert) uansett botid. Justering endrer lite. Blant deltakere fra de fem land preget av flyktningutvandring ses en svak U-form: 23 % (<10 år), 19 % (10–19 år) og 25 % (20+ år); justert noe lavere, men samme mønster.

Forskjellen i opplevelse av mening mellom norskfødte og innvandrere i alt, er som sagt liten (2 prosentpoeng). En spansk studie fra 2015 (64) finner ingen forskjell mellom innfødte og innvandrere i opplevelsen av mening. FHUS Oslo viser også til liten variasjon i denne variabelen mellom ulike innvandrergupper, og lave nivåer av mening for enkeltland som Syria og Irak, som i våre funn (10).

3.12 Lav på gjensidige positive sosiale relasjoner

3.12.1 Mål for lav skår på gjensidige positive sosiale relasjoner

To spørsmål fra «Diener's Flourishing Scale» (65) brukes for å måle sosiale relasjoner. Det første kartlegger om man opplever sine relasjoner som støttende og meningsfulle, mens det andre spør i hvilken grad man selv bidrar til andres trivsel og livskvalitet. Begge spørsmål besvares på en 0–10-skala. Svarene er kombinert til en gjennomsnittsskår kalt «Sosiale relasjoner», som i praksis måler gjensidige positive sosiale bånd. Deltakere som har besvart minst ett av spørsmålene får beregnet skår. I analysene defineres lav skår på gjensidige positive sosiale relasjoner som under 6 på skalaen, og resultatene vises som andel i hver gruppe.

3.12.2 Lav skår på gjensidige positive sosiale relasjoner blant ulike innvandrergupper ved kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå

Resultatene er basert på 21 401 av 21 666 innvandrere (98,7 %) og 218 040 av 220 101 norskfødte med norskfødte foreldre (99,1 %).

Andelen innvandrere som skårer lavt (<6) på gjensidige positive sosiale relasjoner er 23,9 %, 95% KI 23,3-24,4). Dette er større enn blant norskfødte med norskfødtforeldre der andelen ligger på 20,2 % (95 % KI 20,1-20,4). Etter justeringer for kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå øker forskjellen litt (innvandrere: 25,5 % (95% KI 24,9-26,1-19,19); norskfødte (20,1 % 95 % 19,9-20,3)).

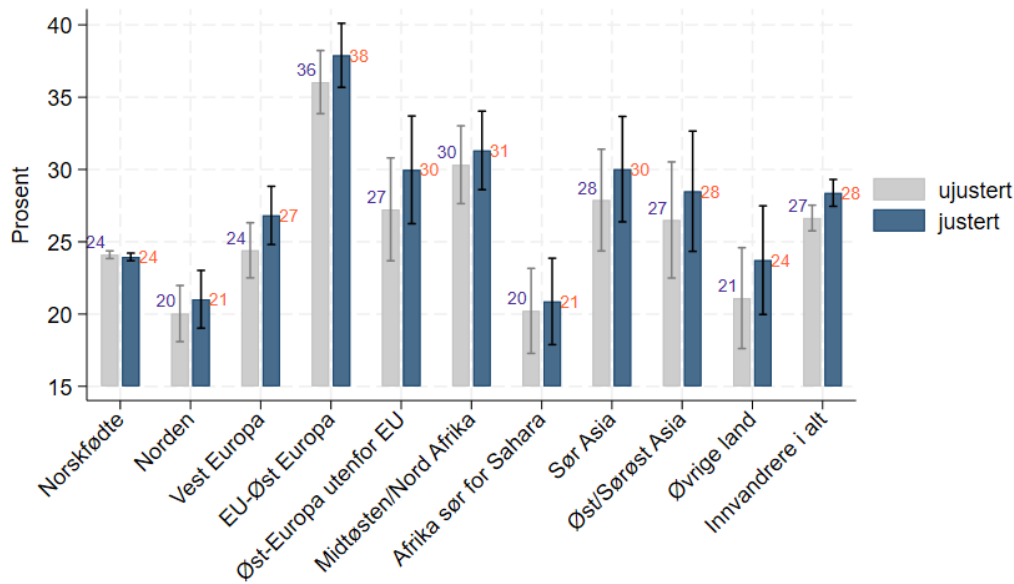
Figur 12.1a viser andelen menn som skårer lavt på indeksen for sosiale relasjoner (0–10-skala). Grå søyler viser ujusterte tall, mens blå søyler viser tall justert for alder og utdanning. **Figur 12.1b** viser tilsvarende andeler blant kvinner.

Blant norskfødte menn rapporterer 24 % mangel på gjensidige positive sosiale relasjoner, mot 27 % blant innvandrere samlet. De høyeste andelenes finnes i EU Øst-Europa (36 %), som er betydelig over de andre landgruppene. Lavest nivå ses i Norden (20 %) og Afrika sør for Sahara (20 %). Etter justering øker andelen noe i flere grupper, særlig for Øst-Europa utenfor EU, mens forskjellene mellom innvandrergupper i hovedsak består.

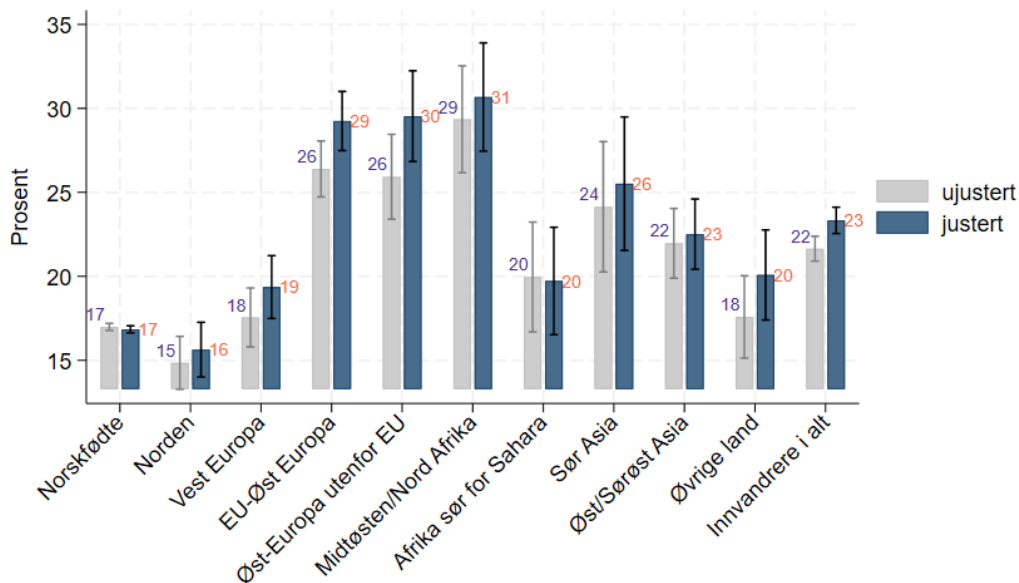
Blant norskfødte kvinner er andelen 17 %, som er betydelig lavere enn blant innvandrerkvinner samlet (22 %). Forskjellene mellom innvandrergrupper følger stort sett samme mønster som hos menn, men nivåene er gjennomgående lavere. Høyest andeler finnes i Midtøsten/Nord-Afrika (29 %), etterfulgt av Øst-Europa EU og utenfor EU (begge 26 %). Etter justering øker andelen noe i flere grupper, særlig for begge østeuropeiske grupper, mens forskjellene mellom innvandrergrupper i hovedsak består.

Sammenlignet med menn viser kvinner generelt lavere andel som skårer lavt på gjensidige positive sosiale relasjoner, særlig blant europeiske grupper og innvandrere samlet (22 % mot menns 27 %). Justering for alder og utdanning endrer med unntak av Øst-Europa EU og utenfor EU, lite på nivåene eller rekkefølgen, men forskjellen mellom kjønnene består. Dette tyder på at kvinner i større grad enn menn opplever positive relasjoner, også innenfor de fleste innvandrergrupper.

Figur 12.1a Andel menn med lav skår på gjensidige positive sosiale relasjoner etter innvandrergruppe og norskfødt



Figur 12.1b Andel kvinner med lav skår på gjensidige positive sosiale relasjoner etter innvandrergruppe og norskfødt



Figur 12.2a viser andelen med lav skår (<6) på gjensidige positive relasjoner etter alder og innvandrergruppe. **Figur 12.2b** viser det samme justert for kjønn og utdanning.

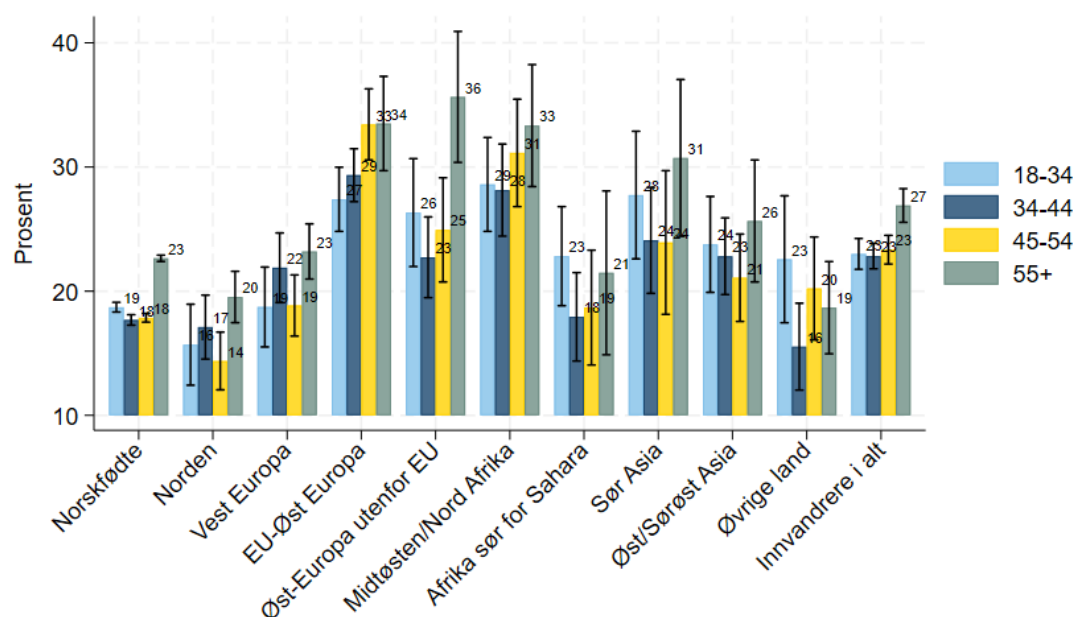
Blant norskfødt er forskjellene relativt små mellom aldersgrupper, fra 19 % blant de yngste (18–34 år) til 23 % blant de eldste (55+). Det betyr at opplevelsen av gjensidige positive relasjoner i mindre grad varierer med alder i denne gruppen.

For innvandrere samlet er mønsteret tilsvarende, men på et høyere nivå. I den yngste aldersgruppe er andelen 23 %, og for 55+ er den på 27%. Økningen drives særlig av grupper fra Øst-Europa (EU og utenfor EU) med Midtøsten/Nord-Afrika og Sør-Asia. Norden og Vest-Europa, Afrika sør for Sahara har lavere eller tilsvarende nivå som norskfødt.

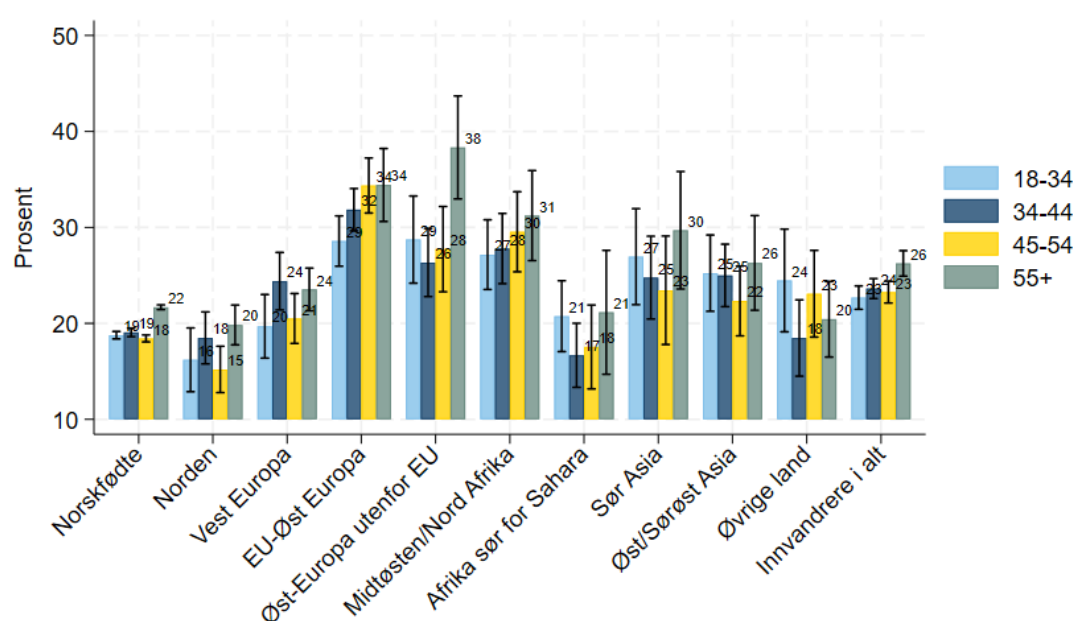
Sammenlignet med de ujusterte resultatene er endringene små i den justerte figuren (12.2). For norskfødte og innvandrere samlet, er det en svært liten utflating av aldersgradient, 1-2 prosentpoeng.

Det samme sees for flere innvandrergupper. Det som kan synes som en u-kurve for noen grupper er innenfor feilmarginene slik at om det er en reell u-kurve eller en gradient med stigende andeler med alder, kan ikke fastslås.

Figur 12.2a Andel med lav skår på gjensidige positive sosiale relasjoner etter aldersgruppe og innvandrerguppe / norskfødte (ujustert)



Figur 12.2b Andel med lav skår på gjensidige positive sosiale relasjoner etter aldersgruppe og innvandrerguppe / norskfødte (justert)



Figur 12.3a viser andelen med lav skår på gjensidige positive sosiale relasjoner etter utdanning og innvandrergruppe. Det er en tydelig utdanningsgradient både blant norskfødte og innvandrere – lavere utdanning henger sammen med svakere relasjoner.

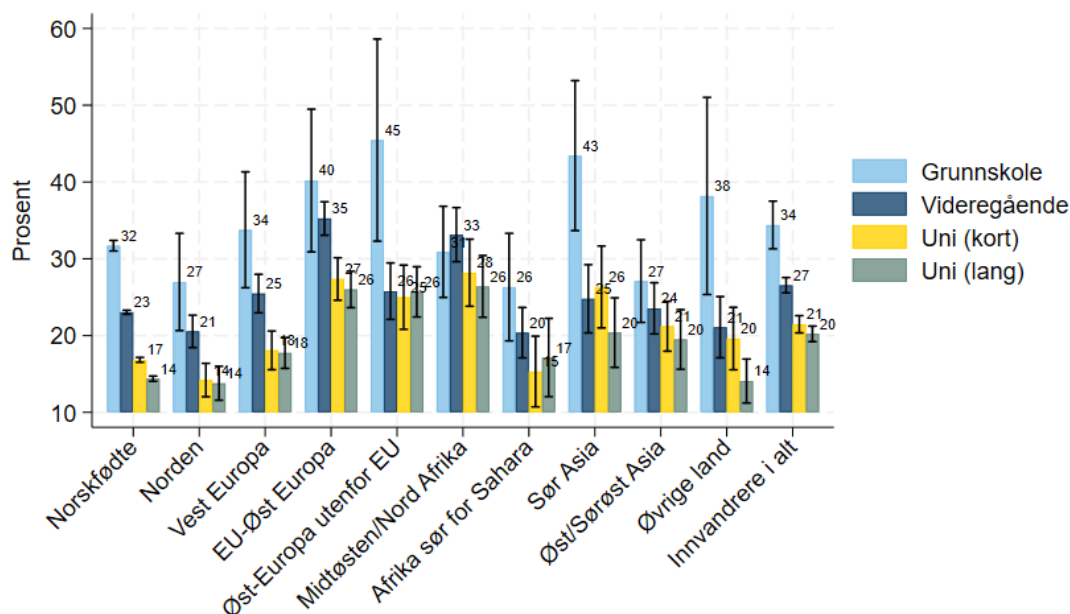
Blant norskfødte oppgir 32 % med grunnskole svakere gjensidige positive sosiale relasjoner, mot 14 % blant dem med lengre universitetsutdanning. For innvandrere samlet er forskjellene mindre, men følger samme mønster – 34 % blant dem med grunnskole, og rundt 20 % blant høyt utdannede.

Utdanningsforskjellene er særlig store i grupper fra Sør-Asia (17–43 %), Øst-Europa utenfor EU (45–26 %) mens Norden, Afrika sør for Sahara og Øst/Sørøst Asia er utdanningsgradienten mindre uttrykt enn for norskfødte. Midtøsten/Nord Afrika ser ut til å ha den svakeste gradienten.

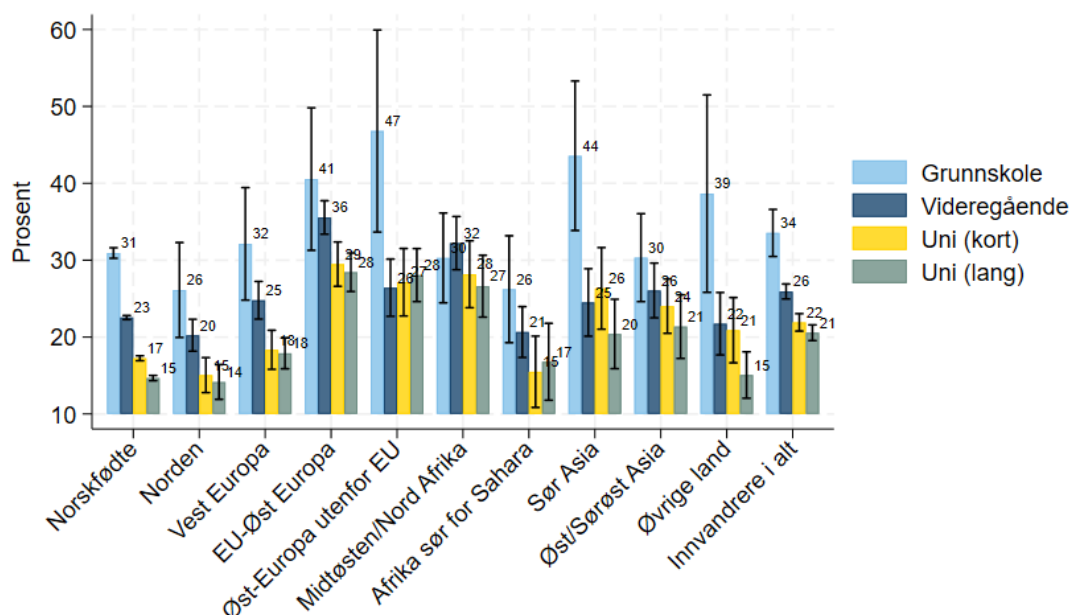
I **figur 12.3b** ser vi at når tallene justeres for alder og kjønn, endres hovedmønsteret lite, men enkelte forskjeller blir tydeligere. For norskfødte og innvandrere samlet, er gradienten mellom utdanningsnivåene omtrent uendret.

For de ulike innvandrergruppene er det svært små endringer hvor gradienten fra topp til bunn, øker eller minsker med 1-2 prosentpoeng. Mønsteret er uendret.

Figur 12.3.a Andel med lav skår på gjensidige positive sosiale relasjoner etter utdanningsnivå og innvandrergruppe / norskfødte (ujustert)

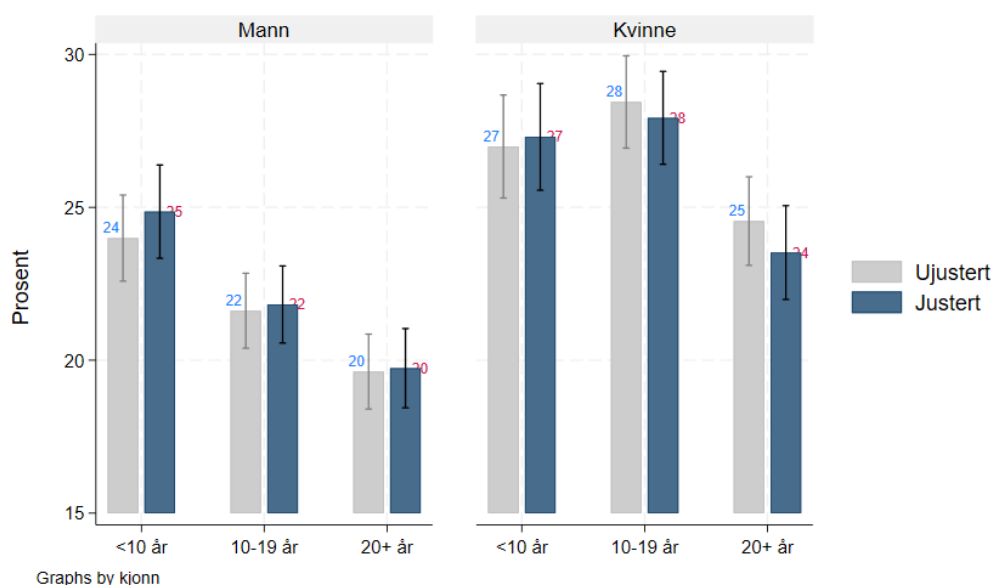


Figur 12.3.b Andel med lav skår på gjensidige positive sosiale relasjoner etter utdanningsnivå og innvandrergruppe / norskfødte (justert)



3.12.3 Lav skår på gjensidige positive sosiale relasjoner blant innvandrere med ulike botid

Figur 12.4 viser andelen med lav skår (<6) på gjensidige positive sosiale relasjoner etter botid, fordelt på kjønn. For menn viser både ujusterte og justerte tall en svak nedgang i andelen med lav skår jo lenger de har bodd i Norge – fra 24 % blant dem med kort botid (<10 år) til 20 % blant dem med over 20 års botid. Mønsteret endrer seg lite etter justering for alder og utdanning. Blant kvinner er nivået gjennomgående høyere enn for menn, men forskjellene mellom botidsgruppene er små. Rundt 27–28 % av dem med kort eller middels botid rapporterer lav grad av positive sosiale relasjoner, mot 25 % blant dem som har bodd i Norge i over 20 år. Justering endrer lite også her.

Figur 12.4 Andel med lav skår på gjensidige positive sosiale relasjoner etter botid og kjønn

3.12.4 Lav skår på gjensidige positive sosiale relasjoner blant deltakere fra seks europeiske land

Resultatene i denne delen er basert på 8 201 av 8 284 innvandrere (99,0 %) fra Polen, Sverige, Tyskland, Danmark, Litauen og Storbritannia, samt 201 040 av 220 101 norskfødte med norskfødte foreldre (99,1 %).

Blant innvandrere fra disse seks landene har 24,3 % (95 % KI: 23,4-25,2) lav skår på gjensidige positive sosiale relasjoner. Dette er litt, men betydelig høyere enn blant norskfødte med norskfødte foreldre, der andelen er 20,2 % (95 % KI 20,1-20,4). Etter justering for kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå er forskjellen enda tydeligere – innvandrere; 26,0 % (95 % KI: 25,0-26,7) norskfødte: 20,1 % (95 % 20,0-20,4)).

Figur 12.5a viser andelen menn som rapporterer mangel på gjensidige positive sosiale relasjoner etter landbakgrunn, mens **figur 12.5b** viser tilsvarende for kvinner. Andelenes vises både ujustert og justert for aldersgruppe og utdanningsnivå.

Blant menn ser vi tydelige forskjeller etter landbakgrunn i andelen med lave gjensidige positive sosiale relasjoner (<6). Innvandrere fra Polen skiller seg ut med klart høyest andel – 41 % ujustert og 43 % justert – betydelig høyere enn både norskfødte (24 %) og andre vesteuropeiske grupper.

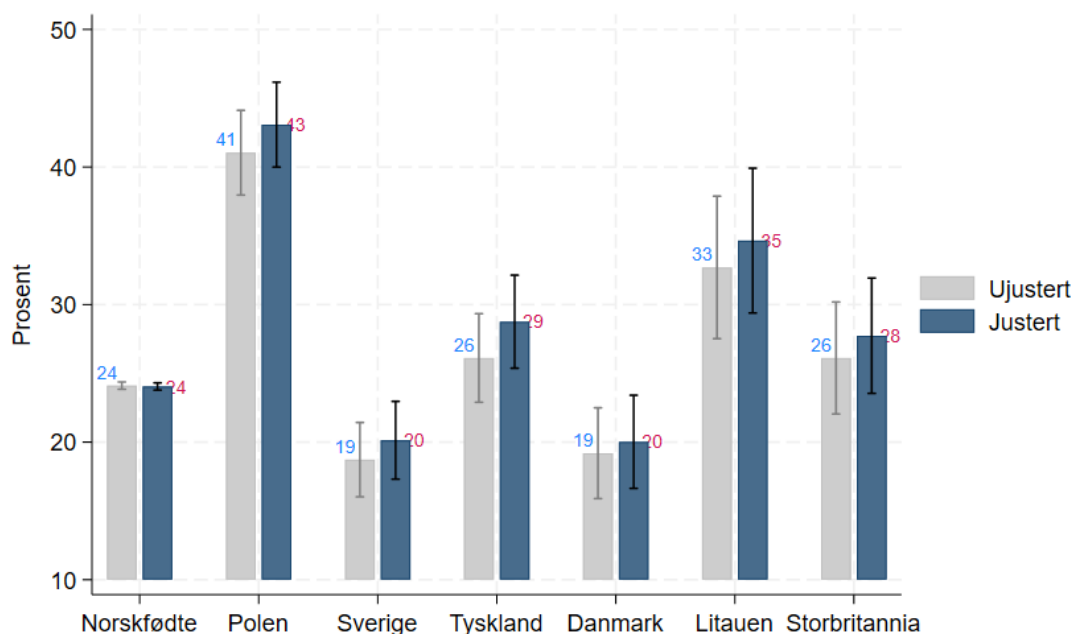
Menn fra Tyskland og Storbritannia ligger også noe høyere enn norskfødte, med henholdsvis 29 og 28 % etter justering. Litauen viser et høyt nivå (33–35 %), mens Sverige og Danmark har lavere andeler (rundt 19–20 %), enn norskfødte.

Blant kvinner er nivåene for lav sosial støtte generelt lavere enn for menn, men forskjellene ved landbakgrunn følger i hovedsak samme mønster, med unntak av Storbritannia som har omtrent samme nivå som norskfødte.

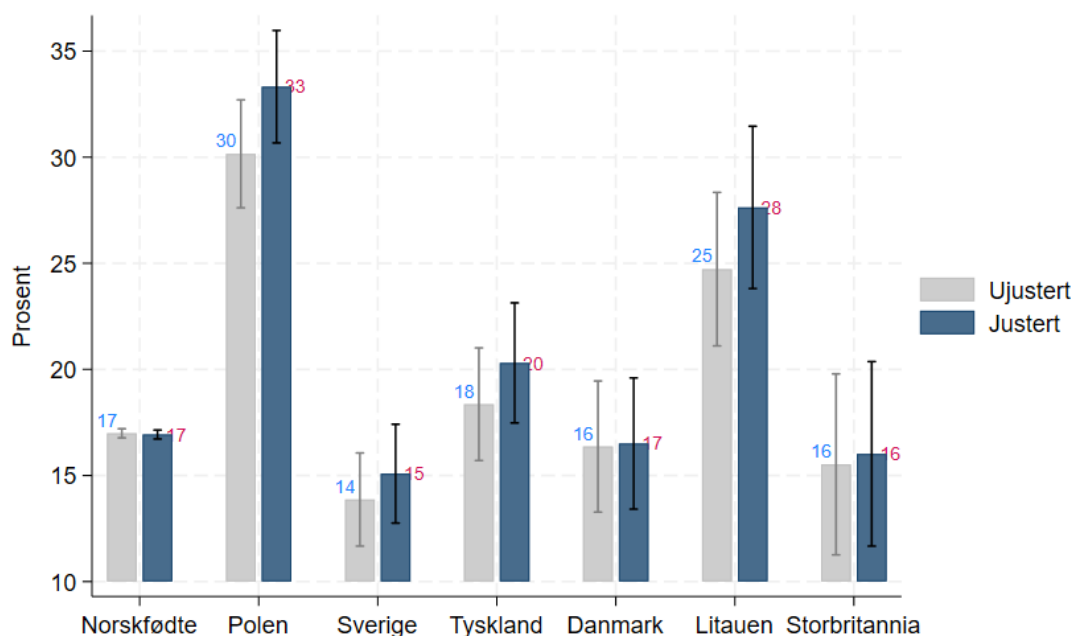
Kvinner fra Polen skiller seg fortsatt klart ut med høyest andel – 30 % ujustert og 33 % justert – men nivået er lavere enn blant polske menn (41–43 %). Også kvinner fra Litauen ligger relativt

høyt (25–28 %), mens Sverige, Danmark og Storbritannia har de laveste andelene (16–17 %). Justering for alder og utdanning endrer lite, og slik for menn, justerer opp andelene noe.

Figur 12.5a Andel menn med lav skår på gjensidige positive sosiale relasjoner etter seks europeiske land og norskfødte

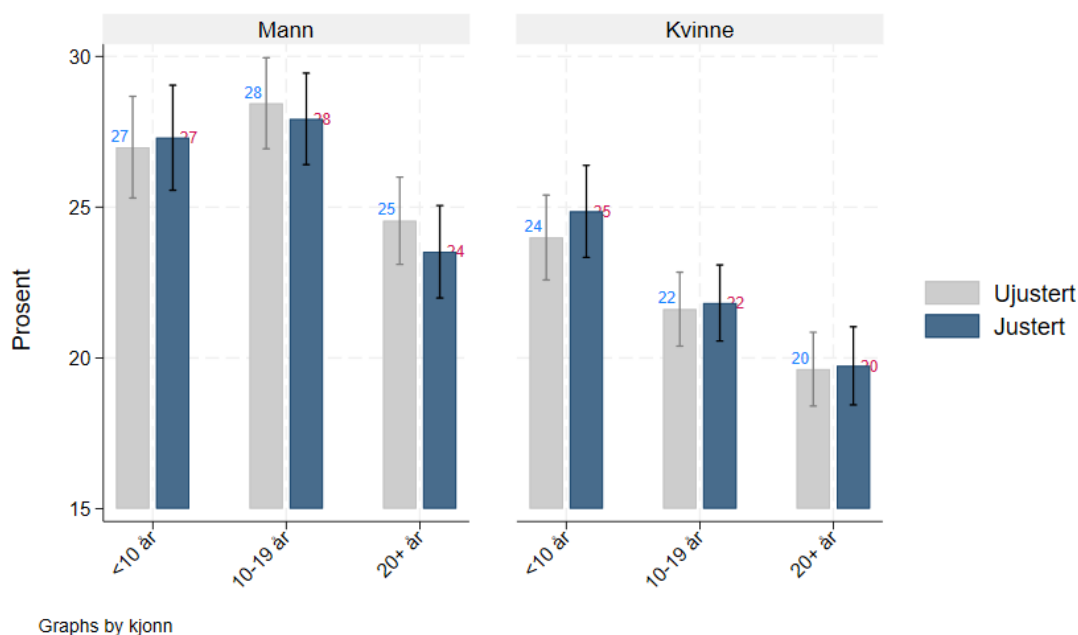


Figur 12.5b Andel kvinner med lav skår på gjensidige positive sosiale relasjoner etter seks europeiske land og norskfødte



Figur 12.6 viser sammenhengen mellom botid og lave gjensidige positive relasjoner blant innvandrere fra de europeiske landene som er vist over. Forskjellene mellom botidsgruppene er små. For menn går andelen med ned fra 27 % til 25 % (24 % justert). For kvinner er det en litt større nedgang, fra 24 % til 20 %. Justering endrer ikke resultatene.

Figur 12.6 Andel med lav skår på gjensidige positive sosiale relasjoner fra seks europeiske land etter botid og kjønn



3.12.5 Lav skår på gjensidige positive sosiale relasjoner blant deltakere fra fem land preget av flyktningutvandring

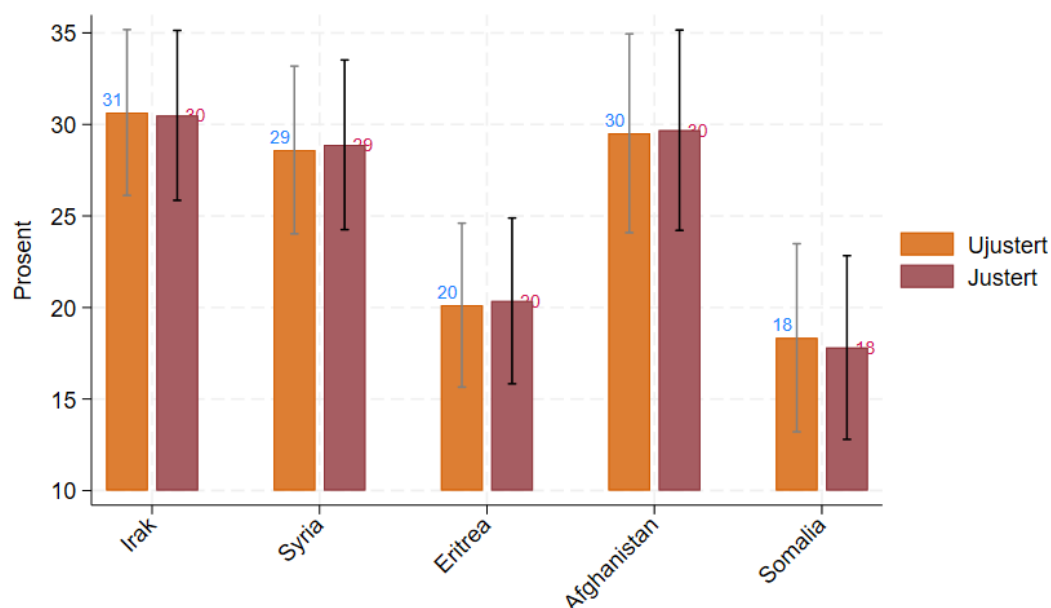
Resultatene i denne delen er basert på 1 569 av 1 602 innvandrere (97,9 %) fra Irak, Syria, Eritrea, Afghanistan og Somalia. Blant innvandrere fra disse fem landene skårer 26,2 % (95 % KI: 24,0-28,4) lavt (<6) på gjensidige positive sosiale relasjoner.

Figur 12.7 viser at blant personer fra de fem utvalgte landene preget av flyktningutvandring er andelen med lav sosial støtte generelt høy, men også her varierer nivået mellom land.

De høyeste andelenene finner vi blant personer fra Irak, Syria og Afghanistan, der rundt 29–31 % rapporterer lav sosial støtte. Forskjellen mellom ujusterte og justerte tall er ubetydelig, noe som tyder på at variasjonen ikke i hovedsak forklares av alder eller utdanning.

Blant innvandrere fra Eritrea og Somalia er andelenene lavere – 18–20 % – og ligger nær nivået for norskfødte.

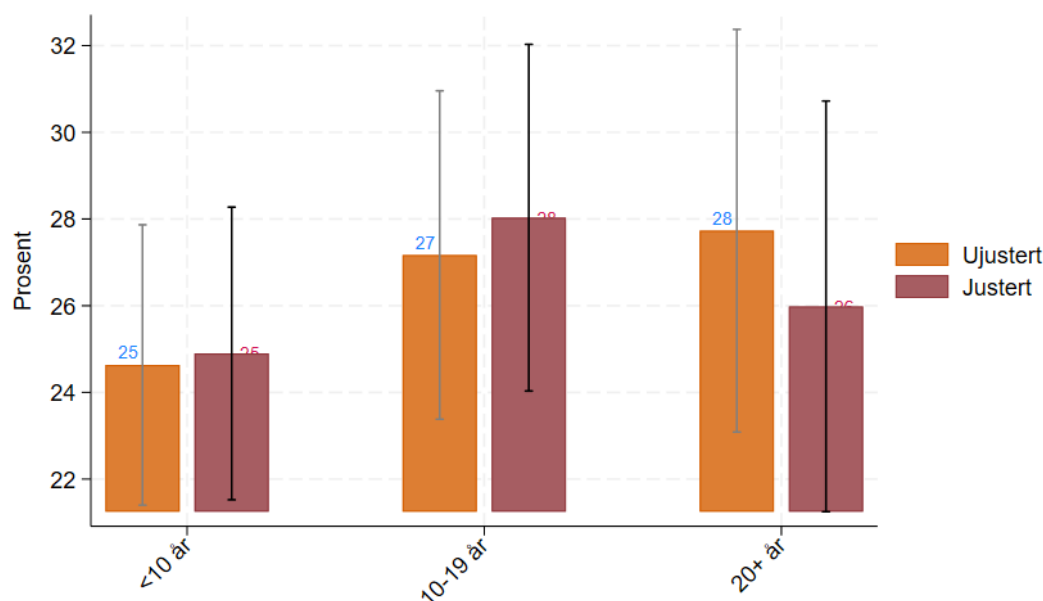
Figur 12.7 Andel med lav skår på gjensidige positive sosiale relasjoner etter landbakgrunn blant innvandrere fra fem land preget av flyktningutvandring



Figur 12.8 viser andelen med lave gjensidige positive sosiale relasjoner blant personer fra land preget av flyktningutvandring, fordelt etter botid i Norge. Forskjellene mellom gruppene er små, men det ses en svak økning med lengre botid.

Blant dem med kort botid (<10 år) er andelen 25 %, mens den øker til 27 % for 10–19 år og øker noe til 28 % for dem med 20 år eller mer. Etter justering for alder, kjønn og utdanning synker andelen for gruppen 20+ år til 26 %, omtrent det samme som <10 år. Estimatenes er usikre, og det kan ikke identifiseres noen tydelig trend i sammenhengen mellom botid og lav skår på gjensidige sosiale relasjoner.

Figur 12.8 Andel med lav skår på gjensidige positive sosiale relasjoner etter botid blant innvandrere fra fem land preget av flyktningsutvandring



3.12.6 Oppsummering om lav skår på gjensidige positive sosiale relasjoner

Oppsummert viser analysene at innvandrere samlet har noe høyere andel med lav skår på gjensidige positive sosiale relasjoner enn norskfødte, og en gjennomgående kjønnsforskjell i favør av kvinner. For menn er det en henholdsvis 27 % mot 24 % og for kvinner henholdsvis 22 % mot 17 %. Forskjellen øker svakt etter justering for alder, kjønn og utdanning, noe som antyder at den ikke først og fremst kan forklares av demografiske faktorer.

Mønstrene varierer tydelig mellom innvandrergupper. De høyeste andelenene finner vi i Øst-Europa EU og utenfor EU, Midtøsten/Nord-Afrika og Sør-Asia, med 27-36 % som rapporterer mangel på gjensidige positive sosiale relasjoner. De laveste nivåene ses i Norden og Vest-Europa som er mer på nivå med norskfødte. For europeiske land ser vi at Polen og Litauen skiller seg ut med høye andeler med lav skår. Blant menn skiller også Tyskland og Storbritannia seg negativt ut, men for kvinner er nivåene mer lik norskfødte. For land preget av flyktningsutvandring som Irak, Syria og Afghanistan rapporterer 29-31 % lav støtte, mens Eritrea og Somalia ligger nær norskfødte (18-20 %).

En aldersgradient gjør seg gjeldende for både norskfødte og innvandrere samlet, med økende mangel på positive sosiale relasjoner med økende alder. Justert for kjønn og utdanning, er det en noe større gradient blant innvandrere samlet (20-26 %) i forhold til norskfødte (19-22 %). Aldersgradienten går igjen i de fleste innvandrergupper, i særdeleshet Øst-Europa utenfor EU som har en forskjell på 9 prosentpoeng fra yngste til eldste aldersgruppe. Utdanning oppviser også her en gradient, med hvor høyere utdanning er assosiert med bedre relasjoner. For norskfødte er nivået på lav skår på sosiale relasjoner 31 % for dem med lavest utdanning og 15 % for dem med lengre universitetsutdanning. For innvandrere samlet er prosentene 24 og 21. Utdanningsgradienten går igjen i de alle innvandrergupper, med unntak av Midtøsten/Nord-Afrika, hvor nivået er stabilt over utdanning.

Botid viser små forskjeller. Blant menn synker andelen med lav skår på sosiale relasjoner fra 24 % ved kort botid til 20 % etter 20 år, mens kvinner ligger høyere og mer stabilt rundt 25-28 %.

For deltakere fra land preget av flyktningutvandring ses en svak økning i andelen med lav skår på sosiale relasjoner med økende botid, men forskjellene er ikke statistisk tydelige.

Disse mønstrene samsvarer med funn fra FHUS Oslo (10), hvor for eksempel Øst-Europa kommer dårligere ut på sosiale relasjoner enn snittet for befolkningen, og blant enkeltland så skiller dem med fødeland Syria og Irak seg negativt ut – som observert her. SSB i sin rapport Hverdagsintegrering blant innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre (58) påpeker at innvandrere har sjeldnere kontakt med venner og mindre tilgang til sosial støtte enn norskfødte. Selv om SSBs indikatorer er mer objektive – som for eksempel antall personer man kan støtte seg på – måler de i praksis strukturelle forutsetninger for sosial støtte og relasjoner. Slike ytre relasjonsmål henger tett sammen med de mer psykologiske opplevelsene av å ha støttende og meningsfulle relasjoner.

4 Oppsummering

I denne rapporten har vi undersøkt helse og livskvalitet blant ulike innvandrergupper som deltok i FHUS Rogaland, Møre og Romsdal, Viken, Vestfold og Telemark og Vestland. Disse undersøkelsene dekker, per i dag, åtte fylker i Norge. Det store utvalget, som inkluderer innvandrere fra 166 ulike land, gir et innblikk i hvordan helse og livskvalitet varierer på tvers av innvandrergupper i disse fylkene. I tillegg har vi sett på hvordan helse og livskvalitet varierer innen disse gruppene etter alder, kjønn og utdanningsnivå. Vi har også kartlagt helse og livskvalitetsindikatorer blant innvandrere fra utvalgte land - seks europeiske og fem preget av flyktningutvandring - og undersøkt sammenhenger mellom botid og disse indikatorene.

4.1 Sosiodemografisk sammensetning av utvalget

I denne delen vurderer vi hvordan sammensetningen av vårt utvalg kan skille seg fra den generelle befolkningen, noe som kan bidra til å nyansere tolkningen av resultatene og deres generaliserbarhet.

Deltakerne i dette utvalget har høyere utdanning enn gjennomsnittet i befolkningen, og dette gjelder særlig for innvandrere. Fordi god helse og livskvalitet ofte følger høy utdanning, kan vårt utvalg ha færre helseproblemer og bedre livskvalitet enn befolkningen for øvrig.

Samtidig har en større andel av innvandrere i dette utvalget lang botid enn blant innvandrere i befolkningen generelt. Lengre botid antas til å være forbundet med dårligere helse (36). I våre funn ser vi imidlertid blandede resultater når det gjelder sammenhengen mellom botid og helse eller livskvalitet (se del 4.9). Det er derfor usikkert i hvilken grad underrepresentasjonen av innvandrere med kort botid kan begrense overførbarheten av funnene til ulike innvandrergupper.

Innvandrere er også yngre enn norskfødte – dette gjelder både deltakere i våre datasett og i befolkningen generelt. Selv om vi har kontrollert for aldersgruppe, er vår alderskategori 55+ år veldig grov. Det er få innvandrere i mange grupper som er over 65 år, mens en betydelig del av norskfødte i 55+ år alderskategorien kan være høyt opp i alder. Den ulike aldersfordelingen i denne kategorien kan bety at det forekommer en overestimert av, for eksempel, «god helse» blant innvandrere i 55+ kategorien. Dette kan gjelde flere utfall hvor helsen forverres med alder.

Til sammen kan dette bety at funnene gir et litt for positivt bilde av helsetilstanden blant innvandrere. Selv om funnene gir verdifull innsikt, bør vi være forsiktige med å generalisere dem til hele innvandrerbefolkningen. Når det er små forskjeller mellom innvandrere og norskfødte, bør de tolkes med forsiktighet. Derimot, ved større forskjeller kan vi være mer sikre på at disse forskjellene vil finnes i befolkningen.

4.2 Helse og livskvalitet blant innvandrere i alt

Funnene viser at det stort sett er små forskjeller i helse mellom innvandrere generelt og norskfødte deltakere med norskfødte foreldre. Andelen med fedme og søvnproblemer er lavere blant innvandrere enn blant norskfødte, men forskjellene er relativt små, henholdsvis tre og to prosentpoeng. Mindre forskjeller (≤ 3 prosentpoeng), der norskfødte kommer best ut, finner vi også for det generelle helsemålet «god helse», funksjonsnedsettelse, lav tilfredshet med livet, og lav opplevelse av mening med livet.

De største forskjellene finnes for god tannhelse (10 prosentpoeng), psykiske plager (8 prosentpoeng), og korsrygg- eller nakkesmerter (8 prosentpoeng), hvor innvandrere kommer dårligere ut. Andelene som opplever ensomhet og mangel på gjensidige positive sosiale relasjoner er også betydelig større blant innvandrere enn blant norskfødte, med henholdsvis fem og seks prosentpoengs forskjell.

Innvandrere som har deltatt i FHUSene utgjør en svært heterogen gruppe. I denne rapporten har vi undersøkt forskjeller på tvers av ulike innvandrergupper og enkelte spesifikke land. Som i andre studier, er variasjonen i helse og livskvalitet vi observerer innad i innvandrerguppene større enn variasjonen mellom norskfødte med norskfødte foreldre og innvandrere generelt.

Før vi oppsummerer helse blant de ulike innvandrerguppene, diskuterer vi de metodologiske forskjeller mellom denne rapporten og FHUS Oslo-rapporten (10), som er et viktig grunnlag for sammenligning av resultatene.

Gruppene fra Europa er relativt likt definert i begge rapportene, mens vi har en mer detaljert gruppering av innvandrere fra Asia og Afrika. I FHUS Oslo-rapporten er innvandrere fra USA, Canada, Australia, og New Zealand omtalt som en egen gruppe, mens de i vår rapport er samlet med øvrige land (10). Når det gjelder indikatorene, presenterer FHUS Oslo psykiske plager og livskvalitetsmål som gjennomsnittsskårer, mens vi viser andelene som skårer over eller under en bestemt terskel. Videre presenterer vi korsrygg- eller nakkesmerter samlet og kun ved aktivitetsbegrensende smerte, mens FHUS Oslo rapporterer dem separat og inkluderer også ikke-begrensende smerte.

Likheter og mønstre (mer enn absolutte forskjeller) blir nevnt i våre oppsummeringer for hver helse- og livskvalitetsindikator. Generelt ser det ut som at innvandrere som deltok i vårt utvalg kan ha bedre helse enn de i FHUS Oslo, spesielt for innvandrere fra EU-Øst-Europa. Dette kan være fordi innvandrere som bor i hovedstaten har levekår og helseprofiler som er forskjellige fra de som velger å bo andre steder. Det er også mulig at vårt utvalg er en mer selektert gruppe, også med hensyn til helse. Datainnsamlingene i de fylkene som dekkes av vår rapport, i motsetning til FHUS Oslo, hadde ikke en strategi for å øke deltakelse blant innvandrere.

Til tross for denne svakheten gir vår rapport en mer detaljert oversikt over helse og livskvalitet blant innvandrere ved å inkludere flere verdensregioner og landbakgrunner enn i FHUS Oslo. Vi ser også på variasjoner med alder og utdanning innen disse gruppene, og vurderer betydningen av botid i Norge for de ulike indikatorene.

I resultatdelen oppsummerer vi funn for forskjellige helse- og livskvalitetsindikatorer. Vi presenterer hovedfunnene for hver av de ni innvandrerguppene, samt viktige kjønnsforskjeller og betydningen av aldersgrupper og utdanningsnivå. Deretter beskriver vi hovedfunn for innvandrere fra de seks utvalgte europeiske landene og fem land preget av flyktningutvandring. Til slutt diskuterer vi betydningen av botid.

4.3 Helse og livskvalitet blant ulike innvandrergupper

4.3.1 Norden og Vest-Europa

Deltakere fra Norden representerer fire land, hvor nesten fire av fem personer er fra Sverige eller Danmark. Deltakere fra Vest-Europa kommer fra 17 forskjellige land, hvor innvandrere fra Tyskland, Storbritannia og Nederland utgjør tre fjerdedeler av denne gruppen. Innvandrere fra disse landene kommer oftest som arbeidsinnvandrere (66). Kvinner utgjør henholdsvis 55 % av

deltakerne fra Norden og 48 % fra Vest-Europa, og omtrent én av fem er 55 år eller eldre i begge grupper. Mens 54 % av deltakerne fra Norden har universitetsutdanning, gjelder det tilsvarende for 61 % av innvandrere fra Vest-Europa. Blant deltakere fra Norden og Vest-Europa har henholdsvis 19 % og 23 % bodd i Norge i mindre enn 10 år.

De innvandrerne fra Norden og Vest-Europa som deltok i undersøkelsene ligger omtrent på nivå med norskfødte på de fleste helseindikatorene. Psykiske plager utgjør et unntak, der andelen som rapporterer dette er betydelig høyere enn blant norskfødte. Nivået er likevel lavt sammenlignet med de fleste andre innvandrergupper. Tannhelsen er også noe dårligere blant innvandrere fra Vest-Europa, særlig blant menn.

Når det gjelder livskvalitet, kommer disse gruppene likt ut med de norskfødte på lav tilfredshet med livet. Imidlertid rapporterer en større andel innvandrere fra Norden og Vest-Europa om ensomhet (særlig blant kvinner) og lav opplevelse av mening (særlig blant menn). Nordiske og vest-europeiske innvandrere skiller seg fra hverandre når det gjelder andelen som skårer lavt på positive sosiale relasjoner. Færre fra Norden, men flere fra Vest-Europa skårer lavt på sosiale relasjoner sammenlignet med norskfødte.

Sammenhenger mellom alder og utdanning og helse- og livskvalitetsindikatorer ligner i hovedsak mønstrene blant norskfødte, men kan være noe svakere eller sterkere for enkelte utfall. Unntakene er fedme, hvor vi ikke finner noen tydelig variasjon etter alder blant nordiske innvandrere, og søvnproblemer og tannhelse, hvor variasjonen etter alder og utdanning er liten blant vest-europeiske innvandrere. Sammenhengen mellom aldersgruppe og gjensidige positive sosiale relasjoner er også svak.

4.3.2 EU-Øst-Europa

Deltakere fra EU-Øst-Europa representerer 11 forskjellige land. Innvandrere fra Polen utgjør omtrent én av to personer, mens omtrent én av fem er fra Litauen. Innvandrere fra dette området har oftest kommet som arbeidsinnvandrere (66). Omtrent seks av ti deltakere i denne gruppen er kvinner, og 13 % er 55 år eller eldre. Rundt 42 % har høyere utdanning, og 38 % har bodd i Norge i mindre enn 10 år.

Blant deltakere fra EU-Øst-Europa er helseforskjellene, sammenlignet med norskfødte, mer markerte, og går i begge retninger. En lavere andel kvinner fra denne regionen har fedme, funksjonsnedsettelse og søvnproblemer enn blant norskfødte. Menn kommer bedre også ut på søvnproblemer og det generelle helsemålet «god helse» enn norskfødte menn. Samtidig skårer begge kjønn dårligere på tannhelse, psykisk helse og korsrygg- eller nakkesmerter – særlig i eldre aldersgrupper.

Selv om innvandrere fra EU-Øst-europeiske land er like tilfredse med livet som norskfødte, er det en høyere andel som rapporterer at de er ensomme. En høy andel skårer lavt på gjensidige positive sosiale relasjoner – blant menn er det nesten fire av ti, noe som er betydelig høyere enn i alle andre innvandrergupper. Blant kvinner er det omtrent tre av ti, hvilket er blant de høyeste av alle grupper.

Aldersgradientene er noe sterkere i denne gruppen enn blant norskfødte for «god helse», god tannhelse, korsrygg- eller nakkesmerter, funksjonsnedsettelse og fedme. Mens psykiske plager blant de yngste er på nivå med norskfødte, reduseres ikke andelen med alderen blant innvandrere fra EU-Øst-Europa. Forskjellen er dermed størst i de eldste gruppene. Søvnproblemer varierer imidlertid lite etter aldersgruppe. Det er en tydelig aldersgradient for livskvalitet når det gjelder sosiale relasjoner, men ikke like tydelig for ensomhet, lav tilfredshet

eller lav opplevelse av mening. Andelen med lav opplevelse av mening, er høyere blant den yngste gruppen enn blant de i alderen 35–44 år. Utdanningsgradientene er noe svakere enn det som finnes blant norskfødte når det gjelder «god helse», funksjonsnedsettelse, søvnproblemer, korsrygg- eller nakkesmerter, lav opplevelse av mening, ensomhet og gjensidige positive sosiale relasjoner. Det er ingen klar sammenheng mellom utdanning og psykiske plager.

Generelt har deltakere fra EU-Øst-Europa en relativt god helseprofil i yngre aldersgrupper, men blant de eldste forekommer helseutfordringer oftere enn hos norskfødte i samme alder. Korsrygg- eller nakkesmerter som medfører aktivitetsbegrensninger, er utbredt i alle aldersgruppene. En høy andel mangler gjensidige positive sosiale relasjoner.

4.3.3 Øst-Europa utenfor EU

Deltakerne fra dette området representerer 10 forskjellige land, hvor omtrent to tredjedeler kommer fra Russland, Bosnia-Hercegovina og Serbia. Mens flukt er den vanligste grunnen til å ha kommet til Norge blant innvandrerne fra Bosnia-Hercegovina, er familiegjenforening, flukt og arbeid vanlige grunner blant innvandrerne fra Russland og Serbia (66). Omtrent to tredjedeler av utvalget er kvinner, og nesten én av fem er 55 år eller eldre. Videre har 63 % av deltakerne i denne gruppen universitetsutdanning, og 29 % har bodd i Norge i mindre enn 10 år.

Med unntak av fedme og søvnproblemer, samt det generelle helsemålet «god helse» blant menn og funksjonsnedsettelse blant kvinner, kommer deltakere fra Øst-Europa utenfor EU betydelig dårligere ut på helse- og livskvalitetsindikatorer sammenlignet med norskfødte med norskfødte foreldre. Dette gjelder spesielt for kvinner. Andelen med korsrygg- eller nakkesmerter er 15 prosentpoeng høyere enn blant norskfødte for både menn og kvinner, og den ligger 12 og 13 prosentpoeng høyere for henholdsvis menn og kvinner på psykiske plager. Videre er andelen 10 og 17 prosentpoeng henholdsvis for menn og kvinner lavere på god tannhelse. Dessuten kommer innvandrere fra Øst-Europa utenfor EU blant de tre dårligste på tvers av innvandrergroppene. Med unntak av kvinner når det gjelder tilfredshet med livet, opplever en større andel av denne gruppen lav livskvalitet. Dette er spesielt tydelig når det gjelder mangel på gjensidige positive sosiale relasjoner, der andelen blant menn og kvinner ligger 6 og 13 prosentpoeng høyere enn blant norskfødte.

Aldersgradienten er veldig sterk for «god helse». Andelen som rapporterer dette blant de yngste er høyere enn blant norskfødte, men den er lavere i de eldste to aldersgruppene. Det er også en sterk negativ aldersgradient for korsrygg- eller nakkesmerter. Den eldste gruppen er betydelig mer utsatt for funksjonsnedsettelse, fedme og mangel på positive sosiale relasjoner enn den yngste, som derimot er mer utsatt for ensomhet. Sammenhengene mellom aldersgruppe og de andre indikatorer er mindre tydelige.

Når det gjelder utdanning, ligner sammenhengen med helse- og livskvalitetsindikatorer det vi ser blant norskfødte, selv om den kan være noe sterkere eller svakere. For noen indikatorer, som gjensidige sosiale relasjoner er andelen ikke gradvis lavere med økende utdanningsnivå. Det er imidlertid tydelig forskjell for gruppen med lavest utdanningsnivå sammenlignet med de andre utdanningsnivåene.

Generelt viser funnene at det er flere helseutfordringer for innvandrere fra Øst-Europa utenfor EU, og at dette i enda større grad gjelder kvinner enn menn.

4.3.4 Midtøsten/Nord Afrika

Deltakerne fra Midtøsten/Nord-Afrika representerer 20 forskjellige land, hvorav omtrent 70 % kommer fra Irak, Iran og Syria. Innvandrere i Norge fra disse landene har oftest flyktningbakgrunn (66). Omtrent to av fem i vårt utvalg er kvinner, og én av fem er 55 år eller eldre. Videre har 46 % av deltakerne i denne gruppen universitetsutdanning, og 35 % har bodd i Norge i mindre enn 10 år.

Denne innvandrerguppen er den som samlet sett rapporterer dårligst helse og livskvalitet. Andelen menn og kvinner med fedme, samt andelen kvinner med søvnproblemer, er omtrent de samme som blant norskfødte med norskfødte foreldre. Utover dette kommer de dårligere ut på alle indikatorer. Denne gruppen har den laveste eller nest laveste andelen med god tannhelse og «god helse» på tvers av innvandrerguppene. Andelen med psykiske plager, funksjonsnedsettelser, korsrygg- eller nakkesmerter, samt ensomhet, er den høyeste eller nest høyeste blant gruppene, i tillegg til lav tilfredshet, lav opplevelse av mening og lavt skår på positive sosiale relasjoner.

Selv om både menn og kvinner fra denne gruppen rapporterer høy grad av ulike helseplager og lav livskvalitet, fremstår menn som spesielt utsatt sammenlignet med andre menn. Kun omtrent én av to menn oppgir å ha god tannhelse. Dobbelte så mange menn fra Midtøsten/Nord-Afrika oppgir å ha funksjonsnedsettelser som blant norskfødte menn. Denne gruppen er den eneste der andelen med søvnproblemer er tydelig høyere enn blant norskfødte. Andelen menn med korsrygg- eller nakkesmerter er betydelig høyere enn alle andre grupper av innvandrermenn. Det samme gjelder ensomhet, lav tilfredshet og lav opplevelse av mening. Kvinner i gruppen opplever også betydelig dårligere helse og livskvalitet enn både norskfødte kvinner og innvandrerkvinner i alt. Imidlertid skiller de seg ikke ut like mye fordi kvinner fra Sør-Asia og Øst-Europa utenfor EU også rapporterer dårlig helse.

Vi ser en sterk aldersgradient for «god helse», funksjonsnedsettelser og fedme blant innvandrere fra Midtøsten/Nord-Afrika, hvor de eldste kommer dårligst ut. Det er ingen tydelig aldersgradient for psykiske plager, søvn, lav tilfredshet med livet, eller lav opplevelse av mening med livet. En svak relasjon mellom aldersgruppe og de andre indikatorene er imidlertid til stede. Når det gjelder utdanning, finnes det en sammenheng med de fleste helseindikatorer, hvor de med høyere utdanning kommer best ut, selv om sammenhengene kan være sterkere eller svakere enn blant norskfødte. Derimot finnes det ingen tydelig sammenheng mellom utdanning og ensomhet eller gjensidige positive sosiale relasjoner blant disse deltakerne.

Samlet viser funnene at denne gruppen opplever mange helseutfordringer og manglende livskvalitet.

4.3.5 Afrika sør for Sahara

Hele 37 forskjellige land er representert i denne innvandrerguppen, men omtrent halvparten kommer fra Eritrea, Somalia eller Etiopia. Innvandrere fra disse landene har oftest flyktningbakgrunn (66). Kvinner utgjør 45 % av deltakerne, og kun 12 % er over 55 år. Omtrent 35 % har høyere utdanning, og 38 % har bodd i Norge i mindre enn 10 år.

Innvandrere fra Afrika sør for Sahara som deltok i undersøkelsene rapporterer generelt god helseprofil. Andelen menn og kvinner med «god helse» er høyere enn blant norskfødte og alle andre innvandrergupper. Menn fra Afrika sør for Sahara skårer også best når det gjelder fedme og søvnproblemer, og kvinner skårer best når det gjelder funksjonsnedsettelser og søvnproblemer. Andelen med god tannhelse er derimot betydelig lavere enn blant norskfødte,

men omtrent på nivå med andre innvandrergupper. Menn, men ikke kvinner, er også litt mer utsatt for korsrygg- eller nakkesmerter enn sine norskfødte motparter.

Denne gruppen kommer også relativt bra ut med tanke på livskvalitet. Andelen menn og kvinner fra Afrika sør for Sahara som rapporterer lav opplevelse av mening med livet er betydelig lavere enn blant norskfødte og lavere enn i de fleste øvrige innvandrerguppene (med unntak av Øst-/Sørøst-Asia). Forskjellene mellom norskfødte og menn fra Afrika sør for Sahara på andre indikatorer er små og ubetydelige. For kvinner er det heller ingen klar forskjell i tilfredshet med livet og gjensidige positive sosiale relasjoner. Andelen som opplever ensomhet, er noe høyere for kvinner og menn i denne gruppen enn blant norskfødte.

Sammenhengen mellom aldersgruppe og helse- og livskvalitetsindikatorer er mindre tydelig blant innvandrere fra Afrika sør for Sahara enn blant mange andre grupper. Andelen med «god helse» er mye lavere for de to eldste gruppene enn de to yngste, men vi ser likevel ikke en gradvis nedgang i andelen med økende alder. Det samme gjelder funksjonsnedsettelse, som er betydelig høyere i de to eldste gruppene. Andelen med fedme ser ut til å øke gradvis med alderen, men det er ellers få tydelige forskjeller mellom aldersgruppene. Vi ser tegn på en utdanningsgradient for smerter, ensomhet og lav opplevelse av mening med livet, selv om forskjellene mellom utdanningsgruppene ikke er helt tydelige. I motsetning til hva som er vanlig blant norskfødte og noen innvandrergupper, ser ikke utdanning ut til å være relatert til «god helse», tannhelse, psykiske plager, fedme eller tilfredshet med livet.

Med unntak av tannhelse ser deltakere fra Afrika sør for Sahara ut til å ha en relativt god helseprofil og livskvalitet.

4.3.6 Innvandrere fra Sør-Asia

Deltakerne fra Sør-Asia representerer bare sju land, hvor omtrent halvparten kommer fra India eller Pakistan. Innvandrere fra landene i dette området har vanligvis kommet til Norge av ulike grunner, som familiegjennforening, arbeid eller flukt (66). Kvinner utgjør omtrent 43 % av utvalget, og én av fem er 55 år eller eldre. Over halvparten har universitetsutdanning, og bare én av fire har bodd i Norge i mindre enn 10 år.

Deltakere fra Sør-Asia, spesielt kvinner, rapporterer generelt en dårligere helsetilstand enn norskfødte, men med enkelte unntak. Forekomsten av fedme og søvnproblemer er lavere blant sørasiater. Når det gjelder generell helse, er andelen sørasiatiske menn som rapporterer «god helse» noe lavere enn blant norskfødte menn. For kvinner ligger andelen med «god helse» derimot 10 prosentpoeng lavere enn for norskfødte kvinner, og de har den laveste andelen blant alle gruppene.

Kvinner fra Sør-Asia har også den laveste andelen som rapporterer god tannhelse, samt den høyeste andelen som rapporterer funksjonsnedsettelse, psykiske plager og korsrygg- eller nakkesmerter som fører til aktivitetsbegrensninger. Tilsvarende har sørasiatiske menn både en lav andel som rapporterer god tannhelse og en høy andel som rapporterer korsrygg- eller nakkesmerter.

Når det gjelder livskvalitet, så er denne gruppen omtrent lik de norskfødte med norskfødte foreldre på lav tilfredshet og lav opplevelse av mening. En høyere andel skårer derimot lavt på positive sosiale relasjoner og er ensomme. Det siste gjelder særlig kvinner.

Det finnes en sterk aldersgradient når det gjelder «god helse», smerter og funksjonsnedsettelse; hvor de eldste to gruppene kommer dårligere ut enn den yngste

gruppen. Aldersgradienten for livskvalitet er generelt mindre tydelig. Når det gjelder utdanning, ligner gradienten for disse helseindikatorer generelt den vi ser blant norskfødte, selv om styrken kan variere noe. Sammenhengene mellom livskvalitetsindikatorer og utdanningsnivå fremstår som relativt sterke, hvor de med høyere utdanning rapporterer bedre livskvalitet.

Samlet sett viser funnene at det er mange helseutfordringer for innvandrere fra Sør-Asia, og at kvinner er særlig utsatte.

4.3.7 Øst/Sørøst-Asia

Deltakerne fra denne gruppen representerer innvandrere fra 16 forskjellige land. Innvandrere fra Filippinene og Thailand utgjør omtrent 57 % av utvalget. Familiegjenforening er den vanligste grunnen til å ha kommet til Norge blant innvandrere fra disse to landene (66). Nesten fire av fem deltakere er kvinner. Femten prosent er 55 år eller eldre, omtrent halvparten har universitetsutdanning, og tre av ti har bodd i Norge i mindre enn 10 år.

Helsen blant deltakere fra Øst/Sørøst-Asia er generelt lik, eller litt bedre enn, det som rapporteres blant norskfødte med norskfødte foreldre når det gjelder flere helse og livskvalitetsindikatorer, inkludert «god helse», funksjonsnedsettelse, søvnproblemer, fedme, lav tilfredshet med livet og lav opplevelse av mening. Forekomsten av fedme er spesielt lavt i denne gruppen. Som blant alle innvandrergupper, er det en lavere andel enn blant norskfødte som rapporterer at de har god tannhelse, og psykiske plager er mer vanlige. Andelen med psykiske plager er imidlertid på nivå med innvandrere generelt.

Andelen kvinner fra Øst/Sør-Asia som rapporterer korsrygg- eller nakkesmerter som fører til aktivitetsbegrensning er betydelig høyere – ti prosentpoeng mer – enn blant norskfødte kvinner. For menn fra dette området er andelen kun litt høyere enn blant norskfødte og ligger omtrent på samme nivå som for deltakere fra Vest-Europa. Både menn og kvinner fra Øst/Sør-Asia kommer dårligere ut en norskfødte med norskfødte foreldre på ensomhet og lavt på gjensidige positive sosiale relasjoner.

Vi observerer den forventede aldersgradienten, hvor de yngste kommer best ut med hensyn til «god helse», men denne gradienten er ikke like sterk som den vi ser i andre innvandrergupper. Mens andelen med funksjonsnedsettelse er lavere blant unge innvandrere fra Øst- og Sørøst-Asia enn blant norskfødte, ligger den på omtrent samme nivå i eldre grupper. Det ser ikke ut til å være en tydelig sammenheng mellom aldersgruppe og søvnproblemer eller smerte, samt lav tilfredshet og gjensidige positive sosiale relasjoner. Utdanning er heller ikke tydelig forbundet med flere indikatorer som god tannhelse, psykiske plager og fedme.

Samlet sett er helsen til innvandrere fra Øst/Sørøst-Asia relativt god, men korsrygg- eller nakkesmerter som medfører aktivitetsbegrensninger, er utbredt blant kvinner i alle aldersgruppene.

4.3.8 Øvrige land

Deltakerne fra denne gruppen er svært mangfoldige og representerer innvandrere fra totalt 44 land og flere verdensdeler. Litt over halvparten kommer fra USA, Chile eller Brasil. Mens familie er den vanligste grunnen til å ha kommet til Norge blant innvandrere fra USA og Brasil, er flukt og familiegjenforening vanlig blant innvandrere fra Chile (66). Omtrent to av tre

personer i denne innvandrerguppen er kvinner, over én av tre er 55 år eller eldre og 65 % har universitetsutdanning. Omtrent to av fem personer har bodd i Norge i mindre enn 10 år.

Funn fra denne gruppen er i liten grad vektlagt i rapporten. Vi oppsummerer imidlertid funnene for å sikre en komplett oversikt og for å unngå å utelate deltakere fra land som ikke lar seg gruppere på en meningsfull måte.

Helse- og livskvalitetsprofilen for denne gruppen er på linje med norskfødte når det gjelder funksjonsnedsettelse, fedme, søvnproblemer, tilfredshet med livet og gjensidige positive sosiale relasjoner, og for menn, «god helse». Andelen med «god helse» er imidlertid lavere blant kvinner fra denne gruppen enn blant norskfødte kvinner. Som flere andre grupper, kommer innvandrere fra øvrige land noe dårligere ut på områder som god tannhelse, psykiske plager, korsrygg- og nakkesmerter og ensomhet. Andelen som opplever lav mening med livet er også litt høyere enn blant norskfødte.

Det er ingen sammenheng mellom aldersgruppe og god tannhelse, søvnproblemer, korsrygg- og nakkesmerter, eller gjensidige sosiale relasjoner. Imidlertid er det en nedgang i «god helse», psykiske plager og fedme. Den yngste gruppen (18-34 år) er mest utsatt for å oppleve lav mening med livet sammenlignet med de andre aldersgruppene. Når det gjelder sammenheng med utdanning, ser vi et klart skille mellom de med og de uten universitetsutdanning for funksjonsnedsettelse, fedme og korsrygg- eller nakkesmerter – der de med universitetsutdanning kommer bedre ut. Det er en gradvis nedgang i andelen med «god helse» og god tannhelse med økende utdanningsnivå. Vi ser også en utdanningsgradient for livskvalitetsindikatorne, der det er en nedgang i andelen som rapporterer ensomhet, og lav tilfredshet, lav opplevelse av mening og mangel på gjensidige positive sosiale relasjoner med økende utdanningsnivå.

4.4 Kjønnforskjeller

Mange kjønnforskjeller i helse blant norskfødte er godt dokumentert, men innvandrer menn og -kvinner kan ha andre levekår samt ulik bakgrunn og erfaring enn norskfødte, noe som kan gi ulike kjønnforskjeller i helse og livskvalitet. For å forstå mer om helse- og livskvalitetsprofilen til ulike innvandrergupper, er det nyttig å belyse hvordan kjønnforskjellene varierer mellom gruppene.

Når det gjelder helseindikatorer, ser vi at kvinner generelt rapporterer flere helseutfordringer enn menn. Dette gjelder både innvandrerkvinner samlet og norskfødte kvinner, selv om størrelsen på kjønnforskjellene kan være noe mindre for innvandrere. Andelen kvinner, både blant innvandrere i alt og norskfødte, som rapporterer psykiske plager, funksjonsnedsettelse, søvnproblemer og korsrygg- eller nakkesmerter, er høyere enn blant menn. Innvandrerkvinner kommer også dårligere ut på det generelle helsemålet «god helse» enn innvandrer menn, mens det ikke er noen forskjell blant norskfødte. Kvinner, både norskfødte og innvandrere, har derimot bedre tannhelse og lavere forekomst av fedme.

Kjønnforskjellene viser stor variasjon mellom de ulike innvandrerguppene. For eksempel er kjønnforskjeller blant innvandrere fra Sør-Asia mer markante enn blant norskfødte og andre innvandrergupper. Kvinner kommer betydeligere dårligere ut enn menn når det gjelder «god helse», psykiske plager, og korsrygg- eller nakkesmerter. I tillegg til kvinner fra Sør-Asia, finner vi en klar kjønnforskjell for psykiske plager og funksjonsnedsettelse blant innvandrere fra Norden og Vest-Europa, mens forskjellene er mindre tydelige i de andre gruppene. Korsrygg- eller nakkesmerter er vesentlig vanligere blant kvinner i alle grupper, med unntak av

innvandrere fra Afrika sør for Sahara. Denne gruppen skiller seg også ut når det gjelder fedme, som er betydelig mer utbredt blant kvinner enn menn. I de andre gruppene er andelen med fedme enten relativt lik mellom kjønnene eller litt høyere blant menn enn kvinner.

Andelen som rapporterer lav tilfredshet og ensomhet er omtrent den samme blant kvinner og menn. Dette gjelder både norskfødte og innvandrere samlet sett. Forskjellen innad i de ulike innvandrergroppene er også liten. Når det gjelder lav opplevelse av mening i det man gjør, ser vi blant norskfødte ingen kjønnsforskjell, men 3 prosentpoeng forskjell for innvandrere samlet, i favør av kvinner. For manglende gjensidige sosiale relasjoner er andelen kvinner (norskfødte og innvandrere samlet) lavere enn den for menn. Denne kjønnsforskjellen er også til stede blant innvandrere fra Norden, Vest-Europa, og EU Øst-Europa, der en større andel menn rapporterer mangel på slike relasjoner enn kvinner – til dels store forskjeller.

4.5 Aldersgrupper

Resultatene viser aldersforskjeller i helse og livskvalitet blant både norskfødte og innvandrere. Forskjellene varierer mellom indikatorene, noe som kan reflektere ulike utfordringer i ulike livsfaser.

For det generelle helsemålet «god helse» ser vi en svak nedgang med alder blant norskfødte, mens tannhelsen viser en svak bedring. Blant innvandrere generelt er nedgangen i «god helse» med alder sterkere enn blant de norskfødte, mens tannhelsen viser liten variasjon på tvers av aldersgrupper. Økningen i andelen med funksjonsnedsettelse med alder er også mer uttalt blant innvandrere.

Det er forskjeller tvers av innvandrergroppene også. Blant nordiske og vest-europeiske innvandrere likner sammenhengen mellom alder og «god helse» den hos norskfødte, mens blant andre innvandrergropper er nedgangen en del sterkere. Vi finner noe lignende for funksjonsnedsettelse. Tidligere forskning har knyttet disse forskjellene til faktorer som tidlige livserfaringer i opprinnelseslandet, ulik tilgang til helsetjenester, samt ulike levekår og sosioøkonomisk status i det nye landet (54,55). Mulige biologiske forskjeller kan også spille en rolle. Med en økende, aldrende innvandrerbefolkning i Norge, er det nødvendig å være oppmerksom på hvordan helseutfordringer utvikler seg med alderen i ulike grupper.

Blant norskfødte ser vi en tydelig nedgang i andelen som opplever psykiske plager, ensomhet, og lav opplevelse av at det man gjør i livet er meningsfylt, med økende alder. For mange innvandrergropper er denne nedgangen enten svakere eller nesten ikke-eksisterende.

Aldersforskjeller varierer også for norskfødte og innvandrere for de fleste andre helseutfall. For eksempel er andelen med korsrygg- eller nakkesmerter høyest blant norskfødte i alderen 34-44 og 45-54 år. Blant innvandrere er imidlertid de eldste gruppene mest utsatt. Vi ser en tydelig økning i slike smerter med aldersgruppe for innvandrere fra EU-Øst-Europa, Øst-Europa utenfor EU, Midtøsten/Nord-Afrika, Afrika sør for Sahara, og Sør-Asia.

Når det gjelder mangel på positive sosiale relasjoner, er andelen noe høyere blant de eldste norskfødte enn blant de yngste. En lignende tendens finnes blant innvandrere fra begge de østeuropeiske gruppene, mens det er ingen tydelige forskjeller for de andre gruppene. Vi finner tilsvarende mønster i FHUS Oslo hvor støttende og givende sosiale relasjoner synker svakt med alder (24).

4.6 Utdanning

Utdanning er en indikatorer på sosioøkonomisk status, som er tett forbundet med både bedre levekår, helsekompetanse, helseatferd og dermed helse (67). I de fleste innvandrergруппene finner vi på mange av indikatorene en sammenheng med utdanning. Personer med det høyeste utdanningsnivået kommer bedre ut enn de med det laveste, selv om styrken på gradienten varierer noe tvers av gruppene.

For enkelte indikatorer og enkelte grupper, finner vi ingen klar sammenheng med utdanningsnivå. For innvandrere fra Afrika sør for Sahara for eksempel er det lite variasjon i andelen «god helse», god tannhelse, psykiske plager og fedme tvers av utdanningsnivå. I noen tilfeller viste variasjonen ikke noe tydelig mønster. Sammenhengen mellom utdanning og psykiske plager er også noe utydelig for innvandrere fra EU-Øst-Europa, Øst/Sørøst-Asia og fra øvrige land. Det samme gjelder for fedme blant innvandrere fra Øst-Sørøst Asia, der nivået av fedme er lavt uansett utdanningsnivå.

Dette illustrerer at sammenhengen mellom utdanning og helseindikatorer ikke er lik for alle innvandrergруппer. Det er verdt å notere at utdanning er selv-rapportert og studier viser at noen kan over- eller underestimere sitt utdanningsnivå (68). Det kan også være at utdanning i noen innvandrergруппer ikke reflekterer sosioøkonomisk status godt nok. Dette kan blant annet skyldes at innvandrere kan oppleve utfordringer med å få jobber som samsvarer med deres utdanningsnivå (69). I tillegg kan innvandrernes tidligere levekår og tilgang til helsetjenester i hjemlandet, samt postmigrasjon stressfaktorer som diskriminering, språkbarrierer og sosial isolasjon, påvirke helse over tid uavhengig av utdanningsnivå (70,71).

Blant norskfødte har personer med lav utdanning gjerne lav livskvalitet. Dette mønsteret finnes også blant innvandrere generelt, men ikke i alle grupper. Blant innvandrere fra Afrika sør for Sahara finner vi på flere indikatorer ikke noe slikt entydig mønster. Ensomhet og mangel på sosiale relasjoner ser også ut til å variere lite med utdanningsnivå for innvandrere fra Midtøsten og Nord-Afrika. At de fleste livskvalitetsindikatorer henger sammen med utdanning, er velkjent fra undersøkelser både i Norge og andre land (72). Utdanning henger sterkt sammen med levekår og deltakelse i samfunnet, som er blant forutsetningene for et godt liv.

4.7 Seks utvalgte europeiske land

Analysene av de seks ulike europeiske landene representerer 3 forskjellige regioner i hovedanalysene; Nordiske land (Sverige og Danmark), Vest-Europa (Tyskland og Storbritannia) og EU-Øst-Europa (Polen og Litauen). Innenfor regionene, ser vi kun små variasjoner i de fleste helse- og livskvalitetsindikatorer (etter justeringer) når vi sammenligner deltakere fra Sverige med deltakere fra Danmark og deltakere fra Tyskland med deltakere fra Storbritannia. Deltakere fra Litauen kommer derimot bedre ut enn deltakere fra Polen på psykisk helse, funksjonsnedsettelse, søvnproblemer, korsrygg- eller nakkesmerte, samt lav tilfredshet med livet og lav opplevelse av mening. Andelen med god tannhelse er betydelig lavere blant kvinner fra Litauen enn fra Polen. Det er viktig å peke på at en større andel deltakere fra Litauen enn fra Polen har bodd i Norge i mindre enn 10 år, og at botid kan henge sammen med noen helse og livskvalitetsindikatorer (se del 4.4).

Når vi sammenligner innvandrere fra disse seks landene med norskfødte som har norskfødte foreldre, ser vi kun små forskjeller når det gjelder «god helse», funksjonsnedsettelse, fedme og søvnproblemer. Vi ser derimot at kun 70 % av deltakerne fra landene samlet rapporterer

god tannhelse sammenlignet med 75 % av norskfødte. Dessuten rapporterer 27 prosent av innvandrere psykiske plager og 35 prosent korsrygg- eller nakke smerte. Disse andelenene er betydelig høyere enn blant norskfødte. Deltakere fra disse seks landene samlet rapporterer også noe dårligere livskvalitet enn norskfødte med norskfødte foreldre. Forskjellen er størst innen gjensidige positive sosiale relasjoner, hvor omtrent én av fire innvandrere skårer lavt sammenlignet med én av fem blant de norskfødte.

Når vi ser på deltakere fra enkelte land, kommer menn og kvinner fra Litauen bedre ut enn norskfødte på flere indikatorer; inkluderte «god helse», funksjonsnedsettelse, fedme, søvn og lav tilfredshet. Kvinner fra Litauen kommer også bedre ut på lav opplevelse av mening. Andelen med god tannhelse derimot er merkbart lavt (66 % for både menn og kvinner etter justeringer). Kvinner fra Litauen rapporterer også om lavere nivå av positive gjensidige sosiale relasjoner. Fedme og søvnproblemer ser ut til å være mindre utbredt blant polske kvinner i vårt utvalg, mens korsrygg- eller nakkesmerter imidlertid er betydelig mer utbredt blant både menn og kvinner fra Polen enn blant norskfødte og de andre innvandrergruppene. Som i flere andre grupper, er andelen med psykiske plager og ensomhet også høyere blant polske menn og kvinner enn blant norskfødte med norskfødte foreldre.

Søvnproblemer er mest utbredt blant innvandrere fra Storbritannia (16 % og 21 % for menn og kvinner etter justeringer). Kvinner fra Storbritannia kommer også dårligst ut når det gjelder psykiske plager, ensomhet og fedme. Andelen med god tannhelse er også klart lavt blant innvandrere fra Storbritannia og Tyskland. Sammenlignet med norskfødte kommer tyske menn også dårligere ut på «god helse», korsrygg- eller nakkesmerter og noe dårligere ut på gjensidige positive sosiale relasjoner. Innvandrere fra Sverige og Danmark ligger ganske likt norskfødte på flere helseindikatorer. Unntakene er «god helse», der andelen danske menn er litt lavere og psykiske plager, ensomhet og lav opplevelse av mening, der andelen Svenske menn og kvinner er litt høyere enn sine norskfødte motparter.

Analysene viser ulikhet i helse på tvers disse europeiske landene, særlig blant Polske og Litauiske innvandrere. Ulike grupper rapporterer ulike helseutfordringer. Sammenlignet med innvandrere fra andre europeiske land og norskfødte, ser vi at korsrygg- eller nakkesmerter er utbredt blant Polske innvandrere, sammen med søvnproblemer og psykiske plager blant innvandrere, særlig kvinner, fra Storbritannia.

Vi vet lite fra før om selvrapporterte helse og livskvalitet blant innvandrere fra disse spesifikke landene, med unntaket av Polske innvandrere (8,10). I FHUS Oslo ser polske innvandrere ut til å ha litt dårligere helse sammenlignet med norskfødte, enn deltakere i vårt utvalg. For eksempel rapporterer en lavere andel polske deltakere i Oslo om «god helse», mens en høyere andel oppgir søvnproblemer og funksjonsnedsettelse enn blant norskfødte. Dette står i kontrast til våre funn.

4.8 Fem utvalgte land preget av flyktningutvandring

I analysene av innvandrere fra land preget av flyktningutvandring (Irak, Syria, Eritrea, Afghanistan og Somalia), ble det fokusert på variasjoner mellom de fem landene og ulike botidskategorier. Snarere enn å sammenligne med norskfødte, som kan ha svært forskjellige helseforhold og livserfaringer, ble det prioritert å undersøke hvordan helseforhold og livskvalitet varierer innad blant innvandrere fra disse fem landene.

Blant disse fem landene rapporterer omtrent 74 % av deltakerne «god helse», mens kun 55 % rapporterer god tannhelse. Videre har over en tredjedel psykiske plager, og omtrent 45 %

oppgir korsrygg- eller nakkesmerter som medfører aktivitetsbegrensninger. Omtrent en av fire deltakere rapporterer ensomhet, lav tilfredshet med livet, og mangel på gjensidige positive sosiale relasjoner. I tillegg opplever omtrent 22 % lav mening med det de gjør i livet. Det er imidlertid store forskjeller i helse på tvers av de ulike landene.

Et gjennomgående mønster er at deltakere fra Eritrea og Somalia kommer best ut på nesten alle helse- og livskvalitetsindikatorer. Unntaket er for fedme, hvor deltakere fra Eritrea og Afghanistan kom bedre ut enn deltakere fra Somalia. Dette støtter funn fra FHUS Oslo og Levekårsundersøkelsen blant innvandrere, som også viser at disse gruppene har en god helseprofil relativt til andre innvandrergupper (8,10).

For det generelle helsemålet «god helse» er andelen lavest blant innvandrere fra Irak (64 %). Denne gruppen kommer også dårligere ut på flere helseindikatorer, selv om den ikke alltid er særlig forskjellig fra innvandrede fra Syria og Afghanistan. Omtrent en fjerdedel av deltakere fra Irak rapporterer funksjonsnedsettelse, nesten 60 % korsrygg- eller nakkesmerter og mer enn to av fem rapporterer psykiske plager. Innvandrere fra Irak er den gruppen med lengst botid i Norge og lengre botid er forbundet med dårlig helse, i hvert fall for noen helseutfall (se 4.4).

Andelen som opplever lav livskvalitet er høyest for innvandrere fra Irak og Syria, og lavest for innvandrere fra Somalia og Eritrea. Ensomhet er et unntak, da det ikke er noen tydelig forskjell mellom innvandrere fra Somalia, Eritrea, Irak og Syria. Derimot opplever en større andel innvandrere fra Afghanistan ensomhet sammenlignet med innvandrere fra Somalia og Eritrea. I en SSB rapport fra 2021 ser vi at innvandrere fra Irak og Afghanistan har betydelig høyere nivå av ensomhet enn befolkningen for øvrig, mens de fra Somalia og Eritrea har omtrent lik eller lavere enn den øvrige befolkning (57).

Selv om målet ikke er å sammenligne med norskfødte, viser en ujustert sammenligning med norskfødte at andelen innvandrere fra Eritrea og Somalia med «god helse» er 11-15 prosentpoeng høyere enn blant norskfødte. På de øvrige indikatorene kommer disse gruppene også bedre ut eller likt norskfødte. God tannhelse og ensomhet er de eneste indikatorene der disse to gruppene kommer dårligere ut enn blant norskfødte. Tallene er imidlertid ikke justerte, og disse gruppene er generelt yngre enn norskfødte, noe som er assosiert med en rekke bedre helseutfall (se 4. 5).

4.9 Sammenheng med botid

4.9.1 Botid og helse

Sammenhengen mellom botid i Norge og helse varierer både mellom indikatorene og mellom de ulike innvandrerguppene. Innvandrere antas ofte å være i bedre helse ved ankomst til Norge (den såkalte «*healthy migrant*»-hypotesen), men denne fordelene svekkes over tid (36). Våre funn gir delvis støtte for dette: blant innvandrere samlet finner vi en høyere andel med «god helse» blant dem med under ti års botid enn blant dem som har bodd lenger i Norge. Dette mønsteret gjelder imidlertid kun for innvandrere samlet, og ikke for deltakere fra de utvalgte landene (seks europeiske land eller fem land preget av flyktningutvandring).

Innvandrere med kortest botid kommer også noe bedre ut når det gjelder funksjonsnedsettelse og søvnproblemer. Dette mønsteret finner vi både blant innvandrere samlet og blant personer fra de fem landene preget av flyktningutvandring. Samtidig ser vi en

tendens til at psykiske plager er mer utbredt blant innvandrere med lengre botid i Norge fra disse landene.

For øvrige helseindikatorer kommer innvandrere med kort botid ikke bedre ut enn innvandrere med lengre botid. Grupperingen etter botid er imidlertid grov, og fanger trolig ikke opp nyanser i helseendringer over tid. Dersom innvandrere er friskere enn norskfødte ved ankomst, er det mulig at denne fordelene avtar raskt. Mangel på tilstrekkelig antall innvandrere i noen grupper med mindre enn fem år i Norge begrenser muligheten for mer detaljerte analyser.

Samtidig finner vi at sammenhengen går i motsatt retning for enkelte helseutfall. God tannhelse er mer utbredt blant innvandrere samlet og blant innvandrere fra de utvalgte europeiske landene med 20 års botid eller mer. Det samme gjelder korsrygg- eller nakkesmerter blant innvandrere fra de europeiske landene, samt psykiske plager blant menn fra disse landene. Innvandrere fra EU-land utvandrer i større grad enn andre grupper. Det kan hende at de med dårligere helse velger å flytte hjem. Dette er kjent som «*salmon bias*» (73). Et resultat av dette er at de som blir værende over tid ofte er de som opplever færre helseproblemer.

Samlet tyder resultatene på at sammenhengen mellom botid og helse ikke er entydig. At mønsteret varierer mellom indikatorer og grupper kan blant annet skyldes ulik sammensetning av innvandrere med kort og lang botid – for eksempel når det gjelder livssituasjon, arbeidsbelastning og tidligere erfaringer. Botid er dermed en kompleks, men sentral faktor å ta hensyn til når man undersøker helseforskjeller blant innvandrere.

4.9.2 Botid og livskvalitet

I analysene, etter justeringer, er det ingen tydelige forskjeller mellom innvandrere og norskfødte når det gjelder lav tilfredshet eller lav opplevelsen av et meningsfylt liv. Vi finner ingen slike tydelige forskjeller for alle innvandrere, innvandrere fra de seks utvalgte europeiske land eller de fra land preget av flyktningutvandring. Dette er kanskje overraskende, hvis man tenker at lengre botid henger sammen med bedre integrering og bedre forutsetninger for et godt liv. Fra European Social Survey finner man mer eller mindre samme resultat hvor lengre botid ikke omsettes i bedre subjektiv livskvalitet (74). En mulig forklaring er man over tid endrer referanseramme for evaluering av ens eget liv, som påpekt i SSBs litteraturgjennomgang (9).

For sosiale relasjoner, ser vi at innvandrere generelt og fra europeiske land med lengre botid i Norge (spesielt etter 20 år) rapporterer bedre relasjoner. Dette mønsteret er ikke observert blant innvandrere fra land preget av flyktningutvandring.

Når det kommer til ensomhet, er det ingen sammenheng med botid for kvinner. For menn, opplever de som har bodd i Norge i mer enn 20 år mindre ensomhet sammenlignet med de med kortere botid, både blant innvandrere generelt og blant de fra europeiske land. Det er imidlertid ingen slik sammenheng for de fra utvalgte land med flyktningbakgrunn. Data fra European Social Survey viser at ensomhet blant innvandrere henger sammen med mange faktorer, blant annet alder ved ankomst, og at der er stor variasjon mellom ulike grupper, også aldersrelatert. Et klart mønster som følger av botid kunne det ikke konkluderes med (75).

Referanser

1. Statistisk sentralbyrå. SSB. 2025. Tabell 1: Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, etter landbakgrunn. Tilgjengelig på: <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/statistikk/innvandrere-og-norskfodte-med-innvandrerforeldre>
2. Kumar B, Grøtvedt L, Meyer HE, Sjøgaard AJ, Strand BH. The Oslo Immigrant Health Profile. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2008. Report No.: 2008:7.
3. Universitetet i Bergen. [sitert 26. august 2025]. Helse og helsetjenestebehov blant syriske flyktninger. Tilgjengelig på: <https://www.uib.no/allmenn/117045/helse-og-helsetjenestebehov-blant-syriske-flyktninger>
4. Fjeld-Solberg Ø, Nissen A, Cauley P, Andersen AJ. Mental health and quality of life among refugees from Syria after forced migration to Norway. Oslo: Norwegian Centre for Violence and Traumatic Stress Studies; 2020 s. 71. Report No.: 1/2020.
5. Labberton A, Hansen T, Skogheim T, Helland Y. Healthcare needs among refugees from Ukraine arriving in Norway during 2022. Oslo: Norwegian Institute of Public Health; 2023.
6. Blom S. Innvandreres helse 2005/2006. Oslo-Kongsvinger: Statistics Norway; 2008. Report No.: 2008/35.
7. Vrålstad S, Wiggen KS. Levekår blant innvandrere i Norge 2016. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå; 2017. Report No.: 2017/13.
8. Kjøllesdal M, Straiton ML, Øien-Ødegaard C, Aambo A, Holmboe O, Johansen R, mfl. Helse blant innvandrere i Norge. Levekårsundersøkelse blant innvandrere 2016. Folkehelseinstituttet; 2019.
9. Barstad A. Livskvalitet blant innvandrere - En analyse basert på Levekårsundersøkelsen blant personer med innvandrerbakgrunn 2016. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå; 2018. Report No.: 2018/31.
10. Vedaø Ø, Knapstad M, Nilsen TS, Aarø LE, Nes RB, Hussaini L, mfl. Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024: Fremgangsmåte og utvalgte resultater. Bergen: Folkehelseinstituttet; 2024.
11. Statistisk sentralbyrå. ssb.no. 2025. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre. Tilgjengelig på: <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/statistikk/innvandrere-og-norskfodte-med-innvandrerforeldre>
12. Aarø LE, Knapstad M, Nilsen T, Skogen JC, Nes RB, Leino T, mfl. The Norwegian Counties Public Health Survey (NCPHS): a design study. Scand J Public Health. 2024;14034948241287853.
13. Knudsen AK, Hotopf M, Skogen JC, Overland S, Mykletun A. The health status of nonparticipants in a population-based health study: the Hordaland Health Study. Am J Epidemiol. 2010;172(11):1306–14.

14. Statistisk sentralbyrå. SSB. 2025. 13880: Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, enkeltvis, etter kjønn og landbakgrunn 2004 - 2025. Statistikkbanken. Tilgjengelig på: <https://www.ssb.no/statbank/table/13880>
15. Spilker RS, Kumar BN, Labberton AS, Olsen AO, Syse A, Hussaini L, mfl. Helse blant personer med innvandrerbakgrunn. Folkehelseinstituttet; 2022 aug. (Folkehelse rapporten). Tilgjengelig på: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/grupper/helse-innvandrerbakgrunn/>
16. Statistisk sentralbyrå. SSB. 2025. 06318: Innvandring, etter innvandringsgrunn og status 1990-2011 - 1990-2024. Statistikkbanken. Tilgjengelig på: <https://www.ssb.no/system/>
17. Lysen J, Østby L, Dzamarija MT. Innvandrere i Norge 2023: hvem er de, og hvordan går det med dem? Oslo: Kongsvinger. Statistisk sentralbyrå; 2024. Statistiske Analyser, Rapport No. 176.
18. Statistisk sentralbyrå. SSB. 2025. Fakta om innvandring. Tilgjengelig på: <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/faktaside/innvandring>
19. Nilsen TS, Knapstad M, Skogen JC, Aarø LE, Vedaa Ø. Non-response bias in the Norwegian Counties Public Health Survey: Insights from linkage to register data. *Scand J Public Health*. 2025;14034948251360674.
20. Clarsen B, Skogen JC, Nilsen TS, Aarø LE. Revisiting the continuum of resistance model in the digital age: a comparison of early and delayed respondents to the Norwegian counties public health survey. *BMC Public Health*. 2021;21(1):730.
21. Nilsen TS, Gulseth HL, Daae A, Indseth T. Koronavaksinering i utlandet blant utenlandsfødte. *Tidsskr Den Nor Legeforening*. 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.22.0052
22. OECD. OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being. Paris: OECD Publishing; 2013.
23. Folkehelseinstituttet. Temautgave 2021: Folkehelsen etter covid-19. Tilgjengelig på: <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten-temautgave-2021/>
24. Vedaa Ø, Nilsen TS, Knapstad M, Bang Nes R, Aarø LE, Knudsen AK, mfl. Del 5: Psykisk helse og livskvalitet under pandemien. I: Temautgave 2021: Folkehelsen etter covid-19. Folkehelseinstituttet; 2021.
25. Barstad A. Konsekvenser av korona: Ble innvandrerne hardere rammet?. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå; 2021. Report No.: 2021/11.
26. Olsen B. Innvandrere var mest utsatt på arbeidsmarkedet under pandemien. 2022. Tilgjengelig på: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/artikler/innvandrere-var-mest-utsatt-pa-arbeidsmarkedet-under-pandemien>
27. Indseth T, redaktør. Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1. Folkehelseinstituttet; 2021.

28. Statistisk sentralbyrå. SSB. 2025. 05184: Innvandrere, etter landbakgrunn, statistikkvariabel, år og kjønn. Statistikkbanken. Tilgjengelig på: <https://www.ssb.no/system/>
29. Steinkellner A, Krokedal L, Andersen E. Innvandrerne og deres barn - en mangfoldig gruppe. I: Innvandrere i Norge 2023. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå; 2023.
30. Statistisk sentralbyrå. SSB. 2024. 12934: Utdanningsnivå, etter region, utdanningsnivå, innvandringskategori, statistikkvariabel, år og kjønn. Statistikkbanken. Tilgjengelig på: <https://www.ssb.no/statbank/table/12934/>
31. Statistisk sentralbyrå. SSB. 2025. 10598: Innvandrere, etter landbakgrunn og botid (F) 2005 - 2025. Statistikkbanken. Tilgjengelig på: <https://www.ssb.no/system/>
32. Statistisk sentralbyrå. SSB. 2025. 05184: Innvandrere, etter landbakgrunn, statistikkvariabel, år og kjønn. Statistikkbanken. Tilgjengelig på: <https://www.ssb.no/system/>
33. Statistisk sentralbyrå. SSB. 2024. Tabell 2. Innvandrere etter landbakgrunn og alder. 30 største grupper. 1. januar 2023. Tilgjengelig på: <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/artikler/innvandrerne-og-deres-barn--en-mangfoldig-gruppe/tabell-2.innvandrere-etter-landbakgrunn-og-alder.30-storste-grupper.1.januar-2023>
34. Statistisk sentralbyrå. SSB. 2025. 09623: Utdanningsnivå for innvandrere, etter landbakgrunn (enkeltland) 2004 - 2024. Statistikkbanken. Tilgjengelig på: <https://www.ssb.no/statbank/table/09623>
35. Statistisk sentralbyrå. SSB. 10598: Innvandrere, etter botid, statistikkvariabel, år og landbakgrunn. Statistikkbanken. Tilgjengelig på: <https://www.ssb.no/statbank/table/10598/tableViewLayout1/>
36. Ichou M, Wallace M. The Healthy Immigrant Effect: The role of educational selectivity in the good health of migrants. *Demogr Res.* 2019;40:61–94.
37. 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 Serv Res.* 2014;14:623.
38. Texmon I, Thonstad M. Innvandreres helse og bruk av fastlege. SSB: Oslo/Kongsvinger; 2024. (Innvandrere i Norge). Tilgjengelig på: <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/innvandreres-helse-og-bruk-av-fastlege>
39. Domínguez-Rodríguez A, González-Rábago Y. Self-rated health, time of residence and social determinants of health in immigrant populations: A complex relationship in groups of different origins in a Southern European region. *J Migr Health.* 2024;9:100216.
40. Lauritano D, Moreo G, Carinci F, Campanella V, Della Vella F, Petruzzi M. Oral Health Status among Migrants from Middle- and Low-Income Countries to Europe: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(22):12203.
41. Zinah E, Al-Ibrahim HM. Oral health problems facing refugees in Europe: a scoping review. *BMC Public Health.* 2021;21(1):1207.

42. Keboa MT, Hiles N, Macdonald ME. The oral health of refugees and asylum seekers: a scoping review. *Glob Health*. 2016;12(1):59.
43. Tambs K, Moum T. How well can a few questionnaire items indicate anxiety and depression? *Acta Psychiatr Scand*. 1993;87(5):364–7.
44. Sun Y, Wu Y, Fan S, Dal Santo T, Li L, Jiang X, mfl. Comparison of mental health symptoms before and during the covid-19 pandemic: evidence from a systematic review and meta-analysis of 134 cohorts. *BMJ*. 2023;e074224.
45. Knapstad M, Skogen, JC, Johnsen, GH, Nilsen, TS., Leino, T., Bang Nes, R, mfl. Folkehelseundersøkinga i Vestland 2022: Framgangsmåte og utvalde resultat. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022.
46. Shankar J, Chen SP, Lai DWL, Joseph S, Narayanan R, Suleman Z, mfl. Mental health challenges of recent immigrants in precarious work environments — a qualitative study. *Front Psychiatry*. 2024;15.
47. Reid A. Under-use of migrants' employment skills linked to poorer mental health. *Aust N Z J Public Health*. 2012;36(2):120–5.
48. Bas-Sarmiento P, Saucedo-Moreno MJ, Fernández-Gutiérrez M, Poza-Méndez M. Mental Health in Immigrants Versus Native Population: A Systematic Review of the Literature. *Arch Psychiatr Nurs*. 2017;31(1):111–21.
49. Meyer HE. Overvekt og fedme. I: Folkehelsereporten - Helsetilstand i Norge. Folkehelseinstituttet; 2023.
50. Pallesen S, Bjorvatn B, Nordhus IH, Sivertsen B, Hjørnevik M, Morin CM. A new scale for measuring insomnia: the Bergen Insomnia Scale. *Percept Mot Skills*. 2008;107(3):691–706.
51. Sima Y, Strømme EM, Diaz E. Chronic pain over time among Syrian refugees resettled in Norway. *Eur J Public Health*. 2024;34(Supplement_3):ckae144.261.
52. Nissen A, Hynek KA, Scales D, Hilden PK, Straiton M. Chronic pain, mental health and functional impairment in adult refugees from Syria resettled in Norway: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):571.
53. Tsetseri MN, Keene DJ, Silman AJ, Dakin SG. Exploring the burden, prevalence and associated factors of chronic musculoskeletal pain in migrants from North Africa and Middle East living in Europe: a scoping review. *BMC Public Health*. 2024;24(1):769.
54. Noren Hooten N, Pacheco NL, Smith JT, Evans MK. The accelerated aging phenotype: The role of race and social determinants of health on aging. *Ageing Res Rev*. 2022;73:101536.
55. Kristiansen M, Razum O, Tezcan-Güntekin H, Krasnik A. Aging and health among migrants in a European perspective. *Public Health Rev*. 2016;37(1):20.
56. Statistisk sentralbyrå. SSB. 2025. 10677: Flyttinger, etter landbakgrunn, til-/fraflyttingsland, statistikkvariabel og år. Statistikkbanken. Tilgjengelig på: <https://www.ssb.no/statbank/table/10677>

57. Barstad A. Er innvandrere utsatt for ensomhet og sosial eksklusjon?. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå; 2021. Report No.: 2021/04.
58. Barstad A. Hverdagsintegrering blant innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre. I: Lysen J, Østby L, Dzamarija MT, redaktører. Innvandrere i Norge 2023: Hvem er de, og hvordan går det med dem? Oslo-Kongsvinger: SSB; 2024. Tilgjengelig på: <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/organisasjoner-og-medlemskap/artikler/sa-innvandring-hverdagsintegrering>
59. Schnepf SV, d'Hombres B, Mauri C, redaktører. Loneliness in Europe: Determinants, Risks and Interventions. Cham: Springer Nature Switzerland; 2024. (Population Economics).
60. Statistisk sentralbyrå. SSB. 2025. Livskvalitet. Tilgjengelig på: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/statistikk/livskvalitet>
61. Bang Nes R, Røysamb E, Eilertsen MG, Hansen T, Nilsen TS. Livskvalitet i Norge. I: Folkehelse rapporten. Folkehelseinstituttet; 2021.
62. Arpino B, de Valk H. Comparing Life Satisfaction of Immigrants and Natives Across Europe: The Role of Social Contacts. Soc Indic Res. 2018;137(3):1163–84.
63. Dalen HB, Larsson MR. SSB. 2022. Store forskjeller i innvandreres livskvalitet. Tilgjengelig på: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/artikler/store-forskjeller-i-innvandreres-livskvalitet>
64. Bobowik M, Basabe N, Páez D. The bright side of migration: Hedonic, psychological, and social well-being in immigrants in Spain. Soc Sci Res. 2015;51:189–204.
65. Diener E, Wirtz D, Tov W, Kim-Prieto C, Choi D won, Oishi S, mfl. New Well-being Measures: Short Scales to Assess Flourishing and Positive and Negative Feelings. Soc Indic Res. 2009;97(2):143–56.
66. Statistisk sentralbyrå (SSB). Tabell - Andel innvandrere med innvandringsgrunn, etter landbakgrunn. 40 største innvandrerland. Prosent. 2019. Tilgjengelig på: <https://www.ssb.no/440045/andel-innvandrere-med-innvandringsgrunn-etter-landbakgrunn.40-storste-innvandrerland.prosent.2019>
67. Raghupathi V, Raghupathi W. The influence of education on health: an empirical assessment of OECD countries for the period 1995–2015. Arch Public Health. 6. april 2020;78(1):20.
68. Myhre JB, Myhre JB, Totland TH, Andersen LF. Validity of self-reported educational level in Norwegian adults. Nor Tidsskr Ernær. 2024;22(5).
69. Steinrem Edelmann F, Villund O. Hvor mange innvandrere er overkvalifisert? I: Statistisk sentralbyrå. Oslo-Kongsvinger: SSB; 2022. (Artikler om sysselsetting blant innvandrere, registerbasert).
70. Lubbers M, Gijsberts M. Changes in Self-Rated Health Right After Immigration: A Panel Study of Economic, Social, Cultural, and Emotional Explanations of Self-Rated Health Among Immigrants in the Netherlands. Front Sociol. 2019;4.

71. World Health Organization (WHO). World Health Organisation. 2022. Refugee and migrant health. Tilgjengelig på: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-health>
72. Statistisk sentralbyrå. SSB. 2025. 13763: Tilfredshet, etter utdanningsnivå 2020 - 2025. Statistikkbanken. Tilgjengelig på: <https://www.ssb.no/system/>
73. Guillot M, Khlat M, Gansey R, Solignac M, Elo I. Return Migration Selection and Its Impact on the Migrant Mortality Advantage: New Evidence Using French Pension Data. *Demography*. 2023;60(5):1335–57.
74. Ainsaar M. Life Satisfaction of Immigrants and Length of Stay in the New Country. *Soc Sci*. 2023;12(12):655.
75. Delaruelle K. Migration-related inequalities in loneliness across age groups: a cross-national comparative study in Europe. *Eur J Ageing*. 2023;20(1):35.

Vedlegg

Vedlegg 1: Land som inngår i hver innvandrerguppe

Innvandrerguppe	Antall land	Land representerte av minst en deltakere*
Norden	4	Sverige, Danmark, Island, Finland
Vest-Europa (utenom Norden)	17	Tyskland, Storbritannia, Nederland, Spania, Frankrike, Italia, Portugal, Hellas, Sveits, Belgia, Østerrike, Irland, Malta, Kypros, Andorra, Luxembourg, Liechtenstein
EU-Øst-Europa	11	Polen, Litauen, Romania, Latvia, Bulgaria, Ungarn, Estland, Kroatia, Slovakia, Tsjekkia, Slovenia
Øst-Europa utenfor EU	10	Russland, Bosnia-Hercegovina, Serbia, Ukraina, Kosovo, Hviterussland, Albania, Nord-Makedonia, Moldova, Montenegro
Midtøsten/Nord Afrika	20	Iran, Irak, Syria, Tyrkia, Marokko, Palestina, Libanon, Algerie, Egypt, Tunisia, Saudi-Arabia, Israel, Kuwait, De forente arabiske emirater, Jordan, Jemen, Libya, Djibouti, Bahrain, Mauritania
Afrika sør for Sahara	37	Eritrea, Somalia, Etiopia, Kongo- Den demokratiske republikken, Sudan, Sør-Afrika, Ghana, Kenya, Nigeria, Burundi, Rwanda, Tanzania, Uganda, Liberia, Gambia, Zambia, Kamerun, Angola, Sierra Leone, Elfenbenskysten, Madagaskar, Senegal, Sør-Sudan, Malawi, Zimbabwe, Kapp Verde, Mauritius, Kongo - Republikken, Mosambik, Namibia, Togo, Benin, Botswana, Gabon, Niger, Burkina Faso, Mali
Sør-Asia	7	Pakistan, India, Afghanistan, Sri Lanka, Nepal, Bangladesh, Bhutan
Øst / Sørøst Asia	16	Filippinene, Thailand, Vietnam, Kina, Sør-Korea, Myanmar, Indonesia, Japan, Malaysia, Singapore, Taiwan, Kambodsja, Mongolia, Brunei, Laos, Nord-Korea
Øvrige land	44	USA, Chile, Brasil, Colombia, Canada, Australia, Venezuela, Mexico, Annet, Peru, Argentina, Kasakhstan, Cuba, New Zealand, Aserbajdsjan, Ecuador, Bolivia, Trinidad og Tobago, Usbekistan, Armenia, Den dominikanske republikk, Uruguay, Georgia, El Salvador, Jamaica, Costa Rica, Guatemala, Kirgisistan, Panama, Nicaragua, Paraguay, Surinam, Honduras, Tadsjikistan, Turkmenistan, Belize, Cookøyene, Dominica, Fiji, Guyana, Haiti, Papua Ny-Guinea, Samoa, Tonga

*Rekkefelle fra største N til minste N, og evt alfabetisk hvor N er likt.

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Desember 2025
Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra www.fhi.no