

RAPPORT

2019

HELSE BLANT INNVANDRERE I NORGE

Levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2016

Marte Kjøllesdal (redaktør)

Melanie Lindsay Straiton

Carine Øien-Ødegaard

Arild Aambø

Olaf Holmboe

Rune Johansen

Navnit Kaur Grewal

Thor Indseth

Helse blant innvandrere i Norge

Levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2016

Marte Kjøllesdal (redaktør)

Melanie Lindsay Straiton

Carine Øien-Ødegaard

Arild Aambø

Olaf Holmboe

Rune Johansen

Navnit Kaur Grewal

Thor Indseth

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Område for helsetjenester
Avdeling for forskning og analyse av helsetjenesten
september 2019

Tittel:

Helse blant innvandrere i Norge
Levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2016

Forfattere:

Marte Kjøllesdal (redaktør)
Melanie Lindsay Straiton
Carine Øien-Ødegaard
Arild Aambø
Olaf Holmboe
Rune Johansen
Navnit Kaur Grewal
Thor Indseth

Oppdragsgiver: Helsedirektoratet

Publikasjonstype: Rapport

Bestilling:

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

Kontaktinformasjon:

Nasjonalt folkehelseinstitutt
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403 Oslo
publikasjon@fhi.no
Telefon: 21 07 82 00

Grafisk designmal:

Per Kristian Svendsen og Grete Sømmer

Grafisk design omslag:

Fete Typer

ISBN: 978-82-8406-026-2

Emneord (MeSH): minoritetshelse, helse, sosioøkonomiske faktorer, innvandrere, sosial diskriminering, inntekt, lønnet arbeid, demografi, minoritetsgrupper, flyktninger, helseundersøkinger.

Frie emneord: migrasjonshelse, innvandrers helse, helse, levekår, innvandrere, diskriminering, inntekt, sysselsetting.

Sitering: Kjøllesdal M, Straiton ML, Øien-Ødegaard C, Aambø A, Holmboe O, Johansen R, Grewal NG, Indseth T. "Helse blant innvandrere i Norge" [Health among immigrants in Norway] 2019. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2019.

Innhold

Ordliste.....	x
Hovedbudskap	xi
Sammendrag.....	xiii
Key messages (English).....	xv
Executive summary (English).....	xvii
1. Bakgrunn.....	1
2. Datagrunnlaget.....	2
2.1. Levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2016.....	2
2.2. Levekårsundersøkelsen om helse 2015.....	2
2.3. Helseindikatorer	3
2.4 Sosiodemografiske variabler	3
2.4.1. Aldersgruppe	3
2.4.2. Utdanningsnivå	4
2.4.3. Inntekt.....	5
2.5.Migrasjonsvariabler.....	6
2.5.1. Botid	6
2.5.2. Alder ved innvandring	7
2.5.3 Norskkunnskaper.....	7
2.6. Analysene	8
2.7. Sammenligning med levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2005/2006	9
2.8. Noen metodologiske betraktninger	9
2.8.1. Landbakgrunn	9
2.8.2. Deltakelse og seleksjon	10
2.8.3. Sammenhenger og årsaker	10
3. Egenvurdert helse	11
3.1. Mål for egenvurdert helse	11
3.2 Egenvurdert helse blant innvandrere og i den øvrige befolkningen.....	11
3.3. Egenvurdert helse og sosiodemografiske variabler.....	13
3.3.1. Alder	13
3.3.2. Utdanningsnivå	14
3.3.3. Inntekt.....	15
3.4 Egenvurdert helse og migrasjonsrelaterte variabler.....	16
3.4.1. Botid	16

3.4.2. Alder ved innvandring.....	17
3.4.3. Norskunnskaper.....	18
3.5. Oppsummering.....	19
4. Helseproblemer	20
4.1. Mål for helseproblemer.....	20
4.2. Helseproblemer blant innvandrere og den øvrige befolkningen.....	20
5. Diabetes.....	23
5.1. Mål for diabetes.....	23
5.2. Diabetes blant innvandrere og i den øvrige befolkningen	23
5.3 Diabetes og sosiodemografiske variabler.....	25
5.3.1. Aldersgruppe	25
5.3.2. Utdanningsnivå	26
5.3.3. Inntekt.....	27
5.4. Diabetes og migrasjonsrelaterte variabler.....	28
5.4.1. Botid	28
5.4.2. Alder ved innvandring.....	29
5.4.3. Norskunnskaper	30
5.5. Oppsummering diabetes.....	31
6. Hjerne- og karsykdommer.....	32
6.1. Mål på hjerte- og karsykdommer	32
6.2. Hjerne- og karsykdommer blant innvandrere og i den øvrige befolkningen	32
6.3. Hjerne- og karsykdom og sosiodemografiske variabler	33
6.3.1. Aldersgruppe	33
6.3.2. Utdanningsnivå	34
6.3.3. Inntekt.....	34
6.4. Hjerne- og karsykdom og migrasjonsrelaterte variabler.....	35
6.4.1. Botid	35
6.4.2. Alder ved innvandring.....	35
6.4.3. Norskunnskaper	36
6.5. Høyt blodtrykk blant innvandrere og i den øvrige befolkningen	36
6.6. Høyt blodtrykk og sosiodemografiske variabler	38
6.6.1. Aldersgruppe	38
6.6.2. Utdanningsnivå	39
6.6.3. Inntekt.....	40
6.7. Høyt blodtrykk og migrasjonsrelaterte variabler	41
6.7.1. Botid	41

6.7.2. Alder ved innvandring.....	42
.....	43
6.7.3. Norsk kunnskaper	43
6.8. Oppsummering hjerte- og karsykdommer.....	44
7. Rygg- og nakkeplager	45
7.1. Mål for rygg- og nakkeplager	45
7.2. Rygg- og nakkeplager blant innvandrere og i den øvrige befolkningen	45
7.3 Rygg- og nakkeplager og sosiodemografiske variabler	47
7.3.1. Aldersgruppe	47
7.3.2. Utdanningsnivå	48
7.3.3. Inntekt.....	49
7.4. Rygg- og nakkeplager og migrasjonsrelaterte faktorer	50
7.4.1. Botid	50
7.4.2. Alder ved innvandring.....	51
7.4.3. Norsk kunnskaper	52
7.5. Oppsummering rygg- og nakkeplager.....	53
8. Nedsatt funksjonsevne.....	54
8.1. Mål for nedsatt funksjonsevne	54
8.2. Nedsatt funksjonsevne blant innvandrere og i befolkningen for øvrig.....	54
8.3. Nedsatt funksjonsevne og sosiodemografiske variabler.....	56
8.3.1. Aldersgruppe	56
8.3.2. Utdanningsnivå	57
8.3.3. Inntekt.....	58
8.4. Nedsatt funksjonsevne og migrasjonsrelaterte variabler.....	59
8.4.1 Botid	59
8.4.2. Alder ved innvandring.....	60
8.4.3. Norsk kunnskaper	61
8.5 Oppsummering nedsatt funksjonsevne.....	62
9. Psykiske plager.....	63
9.1. Mål for psykiske plager	63
9.2. Psykiske plager blant innvandrere og befolkningen for øvrig.....	63
9.3. Psykiske plager og sosiodemografiske variabler	65
9.3.1. Aldersgruppe	65
9.3.2. Utdanningsnivå	66
9.3.3. Inntekt.....	67
9.4 Psykiske plager og migrasjonsrelaterte variabler	68

9.4.1	Botid	68
9.4.2	Alder ved innvandring.....	69
9.4.3	Norskkunnskaper	70
9.5	Oppsummering psykiske plager	71
10.	Søvnproblemer	72
10.1	Mål for søvnproblemer	72
10.2	Søvnproblemer blant innvandrere og i befolkningen for øvrig.....	72
10.3	Søvnproblemer og sosiodemografiske variabler	74
10.3.1	Aldersgruppe.....	74
10.3.2	Utdanningsnivå	75
10.3.3	Inntekt	76
10.4	Søvnproblemer og migrasjonsrelaterte variabler	77
10.4.1	Botid.....	77
10.4.2	Alder ved innvandring	78
10.4.3	Norskkunnskaper	79
10.5	Oppsummering søvnproblemer	80
11.	Overvekt og fedme	81
11.1	Mål for overvekt og fedme.....	81
11.2	Overvekt og fedme blant innvandrere og i befolkningen for øvrig.....	81
11.3	Overvekt og fedme og sosiodemografiske variabler	83
11.3.1	Aldersgruppe.....	83
11.3.2	Utdanningsnivå.....	84
11.3.3	Inntekt	85
11.4	Overvekt, fedme og migrasjonsrelaterte variabler	86
11.4.1	Botid.....	86
11.4.2	Alder ved innvandring.....	87
11.4.3	Norskkunnskaper	88
11.5	Overvekt og familieforhold	89
11.5.1	Sivilstatus.....	89
11.5.2	Familie i Norge.....	90
11.5.3	Antall barn.....	90
11.5.4	Vekt og psykiske plager.....	90
11.6	Oppsummering overvekt	91
12.	Alkoholbruk	92
12.1	Mål for alkoholbruk.....	92
12.2	Alkoholbruk blant innvandrere og i befolkningen for øvrig.....	92

12.3. Alkoholbruk og sosiodemografiske variabler	93
12.3.1. Aldersgruppe	93
12.3.2. Utdanningsnivå	94
12.3.3. Inntekt	95
12.4. Alkoholbruk og migrasjonsrelaterte variabler	96
12.4.2 Botid	96
12.4.2. Alder ved innvandring	97
12.4.3. Norsk kunnskaper	98
12.5 Oppsummering alkoholbruk	99
13. Røyking	100
13.1. Mål for røyking	100
13.2. Sammenligning av innvandrere og befolkningen for øvrig	100
13.3. Røyking og sosiodemografiske variabler	103
13.3.1. Aldersgruppe	103
13.3.2. Utdanningsnivå	104
13.3.3. Inntekt	105
13.4.1. Botid	106
13.4. Røyking og migrasjonsrelaterte variabler	107
13.4.2. Alder ved innvandring	107
13.4.3. Norsk kunnskaper	108
13.5. Oppsummering røyking	109
14. Fysisk aktivitet	110
14.1 Mål for fysisk aktivitet	110
14.2. Fysisk aktivitet blant innvandrere og i den øvrige befolkningen	110
14.3 Fysisk aktivitet og sosiodemografiske variabler	112
14.3.1. Aldersgruppe	112
14.3.2. Utdanningsnivå	113
14.3.3. Inntekt	114
14.4. Fysisk aktivitet og migrasjonsrelaterte variabler	115
14.4.1. Botid	115
14.4.2. Alder ved innvandring	116
14.4.3. Norsk kunnskaper	117
14.5. Oppsummering fysisk aktivitet	118
15. Sammenligning med resultater fra Levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2005/2006	119
16. Sosial støtte, samfunnsengasjement og helseatferd	121
16.1. Mål for sosial støtte	121

16.2. Sosial støtte og samfunnsengasjement blant innvandrere	121
16.2.1. Alkoholbruk, sosial støtte og samfunnsengasjement	121
16.2.2. Røyking, sosial støtte og samfunnsengasjement	122
16.2.3. Fysisk aktivitet, sosial støtte og samfunnsengasjement	123
17. Sammenheng mellom helseatferd og helseindikatorer	124
17.1. Alkoholbruk og helse	124
17.2 Røyking og helse	125
17.3 Fysisk aktivitet og helse	126
17.4. Overvekt og fedme og helse	127
17.5 Oppsummering sammenheng mellom helseatferd og helseindikatorer	129
18. Diskriminering	130
18.1. Mål for diskriminering	130
18.2. Hvor utbredt er diskriminering?	130
18.3. Diskriminering, psykiske plager og sosiodemografiske variabler	131
18.3.1. Alder	131
18.4.2. Alder ved innvandring	132
17.4. Sammenheng mellom opplevd diskriminering og psykiske plager	132
18.4.3. Landbakgrunn	133
18.5. Diskriminering, psykisk helse og psykososiale faktorer	134
18.5.1. Mål for psykososiale variabler	134
18.5.2. Psykososiale faktorer og psykiske plager	135
18.5.3. Psykiske plager, diskriminering og psykososiale faktorer	135
18.6. Oppsummering diskriminering	136
19. Sysselsetting	137
19.1. Mål for sysselsetting	137
19.2. Sysselsetting og helse blant innvandrere og i befolkningen for øvrig	137
19.3. Sysselsetting og helse blant innvandree	139
19.3.1. Egenvurdert helse	139
19.3.2. Rygg- og nakkeplager	140
19.3.3. Psykiske plager	140
19.4. Oppsummering sysselsetting	141
20. Oppsummering	142
Referanser	144
Vedlegg	147
Vedlegg 1. Oddsrate og 95 prosent konfidensintervaller for psykiske plager etter opplevd diskriminering, sosial støtte, tilhørighet og tillit	147

Ordliste

Innvandrere

Personer som er født utenfor Norge, med to utenlands-fødte foreldre og fire utenlands-fødte besteforeldre.

Befolkningen for øvrig

Alle som ikke er definert som innvandrere. Dette inkluderer blant annet personer som er norskfødte med norskfødte foreldre, norskfødte med innvandrereforeldre og individer som er født utenfor Norge, men har norske foreldre.

Signifikant

I statistikk er signifikans et mål på hvor sannsynlig det er at resultatene skyldes tilfeldigheter. Vi har valgt å bruke et signifikansnivå på 0,05, det vil si at når vi rapporterer en sammenheng, er det 95 % sannsynlighet for at sammenhengen ikke skyldes tilfeldigheter.

Interaksjonseffekt

Sammenhengen mellom to variabler kan være ulik i forskjellige grupper. For eksempel kan sammenhengen mellom helse og utdanning være en annen for menn enn for kvinner. I så fall er det en interaksjonseffekt mellom utdanning og kjønn. Dette kan testes statistisk.

Odds

Odds er sannsynligheten for at en hendelse inntreffer sammenlignet med sannsynligheten for at den ikke gjør det. Oddsrate er forholdet mellom oddsen i to eller flere grupper. Vi bruker logistisk regresjon til å se på forholdet mellom to variabler. Estimatene fra en slik regresjon oppgis i oddsrate. Vi presenterer derfor funn fra disse analysene som forskjeller i odds mellom grupper. Intuitivt kan man tenke på det som forskjeller i sannsynlighet eller risiko, selv om dette ikke er helt korrekt.

Hovedbudskap

Denne rapporten er skrevet på bestilling fra Helsedirektoratet og er basert på tall fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse blant innvandrere i 2016. Undersøkelsen viser at helse varierer mye mellom ulike innvandrergrupper, og at sammenhengen mellom innvandring og helse er svært sammensatt. En lang rekke faktorer påvirker sammenhengen, flere enn vi har hatt mulighet til å studere i denne undersøkelsen.

Helse varierer mer mellom ulike innvandrergrupper enn mellom innvandrere samlet og befolkningen for øvrig. Det er store forskjeller mellom grupper med ulik landbakgrunn, og mellom kvinner og menn. Dette minner oss om at fremtidig forskning på helse blant innvandrere må undersøke spesifikke grupper i stedet for å forsøke å dekke mange grupper på en gang.

Sammenhengen mellom helse og alder var sterkere blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig. Det vil si at mange innvandrere som hadde redusert helse opplevde dette tidligere i livet enn personer i den øvrige befolkningen.

Tidligere studier har vist at innvandreres helse ofte er god ved innvandringstidspunktet, men forverres med tiden. I denne undersøkelsen var det sammenheng mellom lang botid og de fleste helseindikatorene, men ikke alle. Blant kvinner var andelen som røyker eller drikker alkohol, høyest blant dem med lang botid i Norge, og blant dem som kom til Norge som barn. Andelen menn som var fysisk aktive var høyest blant dem med lang botid i Norge.

Andelen røykere var høyere blant innvandrer menn enn blant menn i befolkningen for øvrig, men lavere blant innvandrer kvinner enn blant andre kvinner. Røyking varierte mye med landbakgrunn, og blant menn fra Vietnam, Tyrkia, Polen og Kosovo var andelen røykere dobbelt så høy som blant menn i befolkningen for øvrig. I innvandrergrupper med en høy andel røykere, var det også en høyere andel daglig røykere enn blant røykerne i befolkningen for øvrig. Menn med lite sosialt nettverk og med dårlige norskkunnskaper hadde en høyere andel røykere enn andre innvandrer menn.

Andelen som drakk alkohol, var lavere i de aller fleste innvandrergruppene enn i befolkningen for øvrig, men i de fleste gruppene var det en betydelig andel som drakk alkohol. Blant kvinner var det en høyere andel som drakk alkohol blant de som hadde gode sosiale relasjoner og som var samfunnsengasjerte enn blant andre innvandrer kvinner.

Det var en lavere andel som var fysisk aktive blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig. Blant innvandrer menn hadde fysisk aktivitet sammenheng med gunstige utfall på alle helseindikatorene. Blant innvandrer kvinner hadde fysisk aktivitet bare sammenheng med bedre psykisk helse.

Det var en høyere andel som hadde psykiske plager blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig. Psykiske plager var spesielt utbredt blant kvinner fra Tyrkia og Iran, og blant menn fra Irak og Iran. Det er også verdt å merke seg at andelen med psykiske plager var dobbelt så høy blant polske innvandrere som i befolkningen for øvrig. Det var lite psykiske problemer blant innvandrere fra Somalia og Eritrea. Det å ha opplevd diskriminering var assosiert med psykiske plager i de fleste grupper. Blant innvandrere fra Somalia og Eritrea, derimot, var det en høy andel som hadde opplevd diskriminering, men en lav andel med psykiske plager. Det å føle liten tilhørighet til både Norge og opprinnelsesland var assosiert med psykiske plager, mens det å føle tilhørighet til begge var assosiert med mindre psykiske plager.

Blant innvandrere var sammenhengen mellom utdanning og helse mindre enn i befolkningen for øvrig. Dette kan henge sammen med at utdanning fra utlandet ofte ikke gjenspeiles i verken

arbeidsoppgaver, lønn eller anseelse i Norge. Det kan også være andre bakenforliggende faktorer som påvirker både utdanning og helse blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig. Inntekt og sysselsetting var relatert til helse, og det å ha en fysisk krevende jobb var relatert til å ha fysiske helseplager.

Å flytte for å bosette seg i et annet land representerer en stor endring i menneskers liv, både fysisk, psykisk og sosialt. Disse forandringene kan påvirke helsen på ulike måter, både positivt og negativt. Hva som utgjør de største forandringene, og hvordan den totale effekten av alle forandringene påvirker helsen, varierer fra situasjon til situasjon. Denne rapporten viser at både fysiske og sosiale omgivelser har sammenheng med innvandreres helse, og at både sosioøkonomiske og migrasjonsrelaterte faktorer må tas med i videre forskning og arbeid på feltet. Denne rapporten at særlig landbakgrunn og botid har stor betydning.

Sammendrag

Innledning

Statistisk sentralbyrå gjennomførte i 2016 en levekårsundersøkelse blant innvandrere i Norge. Hovedresultatene fra denne undersøkelsen er publisert tidligere. I denne rapporten ønsket vi å bruke data fra undersøkelsen til å se på helse blant innvandrere i forhold til utdanning, inntekt og migrasjonsrelaterte variabler.

Metode

Innvandrere fra tolv ulike opprinnelsesland og med minst 2 års botid i Norge ble inkludert i studien. Deltakerne ble intervjuet enten ansikt til ansikt eller på telefon. Spørreskjemaet ble oversatt til hovedspråkene i de aktuelle landene og til engelsk. Vi inkluderte deltakere mellom 16 og 66 år. Antall deltakere var 4339, hvorav 1971 kvinner og 2368 menn. Vi tok for oss egenvurdert helse, antall helseplager, hjerte- og karsykdom, høyt blodtrykk, diabetes, rygg- og nakkeplager, nedsatt funksjonsevne, psykiske plager, søvnproblemer og overvekt samt helseatferd (alkoholbruk, røyking og fysisk aktivitet). Disse helseindikatorerne ble sett i sammenheng med utdanning, inntekt og migrasjonsrelaterte variabler, og innvandrerbefolkningen ble sammenlignet med befolkningen for øvrig. Vi har også sett på hvordan helse henger sammen med selvopplevd diskriminering og sysselsetting.

Resultater

For de fleste helseindikatorerne kom innvandrere som helhet dårligere ut enn befolkningen for øvrig. Det var imidlertid stor variasjon mellom innvandrere med ulik landbakgrunn.

Noen grupper rapporterte helseutfordringer i samme grad som eller i mindre grad enn befolkningen for øvrig. Alder hadde en sterkere sammenheng med helse blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig. Det vil si at innvandrere ofte opplever dårligere helse i yngre alder enn andre i befolkningen.

Lang botid i Norge var relatert til dårligere helse.

Når vi tok hensyn til forskjeller i alder, utdanning og inntekt, var det for mange helseindikatorer ikke sammenheng mellom helse og norskkunnskaper eller alder ved innvandring. Blant kvinner var det å ha innvandret til Norge i barndommen eller ungdomstiden forbundet med høyere sannsynlighet for å drikke alkohol og røyke. Både kvinner og menn som kom til Norge i barndoms- eller ungdomsårene, var mer fysisk aktive enn de som kom i voksen alder.

Helse varierte med utdanning og inntekt, men når vi tok hensyn til alder og inntekt, var sammenhengen mellom utdanning og helse mindre blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig.

I innvandrergrupper der en høy andel rapporterte å ha opplevd diskriminering, var det også en høy andel med psykiske problemer. Ett unntak her var innvandrere fra Somalia, Eritrea og Polen, hvor det var en stor andel som hadde opplevd diskriminering, men en lav andel med psykiske problemer.

Sysselsetting var relatert til god helse, men de som ble fysisk eller psykisk sliten av arbeidet vurderte i større grad egen helse som dårlig.

Diskusjon

Funnene i denne rapporten stemmer i stor grad med funn fra tidligere forskning. I fremtidige undersøkelser vil det være spesielt nyttig å undersøke forholdet mellom psykisk helse og diskriminering, og hvordan fysisk aktivitet henger sammen med helse blant innvandrerkvinner.

Konklusjon

Det er stor variasjon i helse blant innvandrere med ulike landbakgrunn, og mellom kvinner og menn. Dette er det viktig å ta hensyn til i videre forskning. Sosiale forhold som arbeid og diskriminering hadde sammenheng med innvandreres helse.

Key messages

The report is commissioned by the Directorate of Health, and is based on a survey on living conditions of immigrants in Norway in 2016. The results show that there is large variation in health between immigrant groups, and that the relationship between migration and health is complex. The association is influenced by a range of factors, more than what were covered by this survey.

Health varies more between different immigrant groups than between immigrants seen as one group and the population in general. There are large differences according to country of origin, and also gender. This reminds us that future research into health among immigrants needs to be focused on specific groups rather than trying to target everyone.

The association between health and age was stronger among immigrants than in the general population. This means that immigrants experienced a decline in health at younger age than others in Norway.

Previous research has shown that many immigrants have good health at migration, but that health deteriorates with duration of residence in a new country. In this survey, long duration of residence was associated with most, but not all, health outcomes. Among women, the proportion who smoked or were drinking alcohol was highest among those who had lived in Norway for a long time, and also among those who immigrated as a child. Among men, however, the proportion being physically active was highest among those with a long duration of residence.

The proportion of smokers was higher among immigrant men than among other men, but lower among immigrant women than among other women. Smoking varied according to country of origin. Among men from Vietnam, Turkey, Poland and Kosovo, the proportion of smokers was two times as high as among men in the general population. In immigrant groups with a high proportion of smokers, the proportion of daily smokers was also higher than among smokers in the general population. Immigrant men who lacked a social network and with low proficiency in the Norwegian language had a higher proportion of smokers than other immigrant men.

The proportion who were drinking alcohol was lower in most of the immigrant groups than in the general population. However, in most groups, a considerable proportion was drinking alcohol. Among women, a higher proportion of the women who had strong social relations and were engaged in the society smoked than other immigrant women.

Further, a lower proportion of immigrants than others was physically active. Among immigrant men, to be physically active was associated with more advantaged scores for most health outcomes. Among immigrant women, to be physically active was only associated with better mental health.

Mental health problems were more commonly seen among immigrants than among others, and especially among women from Turkey and Iran and among men from Iraq and Iran. It is also noteworthy that the proportion with mental health problems was two times higher among Polish immigrants than in the general population. A low proportion of Somalis and Eritreans had mental health problems. To have an experience of discrimination was associated with mental health problems in most groups. Among immigrants from Somalia and Eritrea, however, a high proportion had experiences of discrimination, but a low proportion had mental health problems. Not having a sense of belonging to both Norway and to country of origin was associated with mental health problems, while having a sense of belonging to both Norway and country of origin was associated with less mental health problems.

Education was not as strongly associated to health among immigrants as in the general population. One explanation may be that education completed in the country of origin often not correspond well to type of work, salary or honor in Norway. There may also be a difference between immigrants and the general population in other factors which influence both education and health. Income and work was associated with health, and to have a physically demanding job was related to physical health problems.

Migration represents a large change in a person`s life, both physically, mentally and socially. Such changes may influence health in a range of ways, both positively and negatively. The most influential changes and how the total load of all the changes influences health vary from person to person. This report shows that both physical and social circumstances are related to health among immigrants, and thus that both socioeconomic and migration-related factors must be taken into account in further research into immigrant health.

Executive summary (English)

Introduction

Statistics Norway conducted a survey on the living conditions of immigrants in Norway in 2016. The main results from the survey were previously published by Statistics Norway. In this report, we aimed to use data from this survey to look into health among immigrants in relation to socioeconomic and migration related factors.

Methods

Immigrants from twelve different countries of origin, who had lived in Norway for at least 2 years, were included. Participants were interviewed face to face or by phone and the questionnaire was translated into the main languages in the countries of origin and into English. In this report, we included participants aged 16-66 years. The total number of participants was 4399; 1971 women and 2368 men. We focused on the following health indicators: self-reported health, number of health problems, cardiovascular diseases, hypertension, diabetes, back- and neck problems, impaired functioning, psychological problems, problems with sleeping, overweight, use of alcohol, smoking and physical activity. Associations between these indicators and sociodemographic and migration related variables were assessed, with comparisons between immigrants and the rest of the population. Additionally, we investigated how perceived discrimination and employment related to health among immigrants.

Results

For most of the health indicators, immigrants in general had a less advantaged profile than the remaining population. We saw, however, large variation between immigrants with different countries of origin, and some groups had better outcomes for several health outcomes than the population in general. Higher age had a stronger association with poor health for immigrants than for the rest of the population. In other words, immigrants tended to experience a deterioration in health at younger age than the rest of the population do. Health also deteriorated with longer duration of stay in Norway. After adjustment for sociodemographic factors, Norwegian skills and age of migration were not associated with most health indicators. However, among women, having immigrated to Norway at a young age was associated with a higher chance of drinking alcohol and smoking. Women and men who came to Norway in young age were more likely to be physically active than those who arrived later in life. Health among immigrants varied with education and income. After adjustment for age and income, the relationship between health and education was generally less pronounced than among the rest of the population.

Groups where a high proportion reported perceived discrimination also tended to report a high proportion of psychological problems. Immigrants from Somalia, Eritrea and Poland were exceptions however. In these groups, many had experienced discrimination, but few had psychological problems. Employment was related to good health. However, experiencing physical or psychological stress at work was associated with poor self-reported health.

Discussion

The findings in this report generally correspond well to previous research. Future research should be carried out to investigate the association between discrimination and health, and the association between physical activity and health among immigrant women.

Conclusion

There was large variation in health across immigrants from different countries of origin and by gender. This is important to take into account in future research. Physical and social circumstances like employment and discrimination were associated with health of immigrants.

1. Bakgrunn

Denne rapporten er skrevet på oppdrag fra Helsedirektoratet, og vi benytter data fra Statistisk sentralbyrås (SSBs) levekårsundersøkelse blant innvandrere i 2016 (1). Sist gang en slik undersøkelse ble gjennomført, var i 2005/2006, og siden den gang har innvandrerbefolkningen endret seg betraktelig. Innvandrere utgjør i dag om lag 14 prosent av befolkningen. Medregnet deres etterkommere utgjør de mer enn 17 prosent. I løpet av de siste ti årene har det vært en økning i antall innvandrere fra nyere EU-land, og innvandrere fra Polen er nå den største innvandrergruppen i Norge. Undersøkelsen fra 2016 inkluderer flere nye, store innvandrergrupper som vi tidligere hadde lite kunnskap om, nemlig innvandrere fra Polen, Eritrea og Afghanistan. I tillegg er innvandrere fra Tyrkia, Bosnia-Hercegovina, Kosovo, Somalia, Sri-Lanka, Irak, Iran, Pakistan og Vietnam inkludert. Disse 12 gruppene utgjør omtrent en tredjedel av alle innvandrere i Norge og er dermed ikke representative for alle innvandrere i Norge.

I 2017 kom SSB med rapporten *Levekår blant innvandrere i Norge 2016* (1), med et eget kapittel om helse, hvor resultatene hovedsakelig presenteres etter landbakgrunn. Målet med denne rapporten er å belyse hvordan ulike helseutfall og helseatferd varierer med sosiodemografiske variabler (alder, kjønn, utdanningsnivå, inntekt), og variabler knyttet til migrasjon (botid, alder ved innvandring, norskkunnskaper). Videre er sosial støtte en faktor med betydning for helse som vil bli belyst i denne rapporten. Hvordan diskriminering og sysselsetting henger sammen med helse, er også vist i denne rapporten. Rapporten er i all hovedsak deskriptiv. Vi har valgt å ikke gå inn i diskusjoner rundt årsaksforhold og tiltak. For det første gir ikke dataene grunnlag for å si så mye om dette. For det andre er en inngående diskusjon av litteraturen utenfor omfanget av denne rapporten. Noen temaer utpeker seg som spesielt interessante og relevante å se nærmere på. De vil bli videre studert, og resultatene, med en grundig diskusjon, vil bli gjengitt i vitenskapelige artikler. Innvandringsgrunn er ikke inkludert, da det er sterkt knyttet til landbakgrunn i dette utvalget. For eksempel kom nesten ingen deltakere fra Polen til Norge på grunn av flukt, mens veldig få fra Bosnia-Hercegovina, Somalia, Eritrea, Afghanistan og Irak kom til Norge som arbeidsinnvandrere.

Hvert av kapitlene er skrevet slik at de kan leses for seg. Kapittel 1-2 gir noe felles bakgrunnsinformasjon utover det som kan gjentas i hvert kapittel.

2. Datagrunnlaget

Melanie Lindsay Straiton, Rune Johansen, Carine Øien-Ødegaard, Marte Kjøllesdal.

2.1. Levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2016

Undersøkelsen ble gjennomført av SSB mellom november 2015 og juli 2016 og omfattet både innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre. Utvalget besto av innvandrere i alderen 16-74 år med minst to års botid i Norge, og med bakgrunn fra Polen, Bosnia-Hercegovina, Kosovo, Tyrkia, Irak, Iran, Afghanistan, Pakistan, Sri Lanka, Vietnam, Eritrea og Somalia. Spørreskjemaet ble oversatt til hovedspråkene i disse landene og til engelsk. Intervjuene ble gjennomført ved pc-assistert intervjuing, enten på telefon (82 %) eller ansikt til ansikt (18 %). I denne rapporten er ikke barn av innvandrere inkludert. Et bruttoutvalg av 8156 innvandrere ble trukket ut fra Folkeregisteret 1.10.2015. SSB gjennomførte intervjuer med 4435 deltakere, med en svarprosent på 54.

I denne rapporten er nettoutvalget 4339, ettersom vi har valgt å fokusere på aldersgruppen 16-66 år. Mindre enn 2 % av utvalget var ≥ 67 år ($N = 85$), og det ble derfor veldig få kvinner og menn med ulike helseutfall i denne gruppen. I tillegg er 11 deltakere ekskludert fordi de manglet data på *alle* helsevariabler. Utvalget vårt består av 55 % menn og 45 % kvinner. Flere menn enn kvinner i denne undersøkelsen gjenspeiler kjønnsfordelingen i innvandrergruppene som deltar. Tabell 2,1 viser antall deltakere i utvalget, og kjønnsfordeling etter landbakgrunn.

Se rapporten Levekår blant innvandrere i Norge 2016 (1) for mer detaljert informasjon om trekking av utvalg og frafall med mer.

Tabell 2,1. Deltakere i levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2016, etter landbakgrunn og kjønn. Antall (%).

Landbakgrunn	Kvinner	Menn	Totalt
Polen	126 (34,1)	243 (65,9)	369
Tyrkia	165 (47,1)	185 (52,9)	350
Bosnia-Hercegovina	167 (47,6)	184 (52,4)	351
Kosovo	165 (44,7)	204 (55,3)	369
Eritrea	193 (50,1)	192 (49,9)	385
Somalia	180 (49,7)	182 (50,3)	362
Afghanistan	113 (31,6)	245 (68,4)	358
Sri Lanka	178 (47,1)	200 (52,9)	378
Irak	167 (47,7)	183 (52,3)	350
Iran	178 (46,0)	209 (54,0)	387
Pakistan	159 (45,6)	190 (54,4)	349
Vietnam	180 (54,4)	151 (45,6)	331
Totalt	1971 (45,4)	2368 (54,6)	4339

2.2. Levekårsundersøkelsen om helse 2015

Vi benytter data fra den siste levekårsundersøkelsen i 2015 for å sammenligne innvandrere med befolkningen for øvrig (2). 2015-materialet inkluderer 8164 deltakere i alderen 16-93 år, men for å kunne sammenligne med Levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2016 ekskluderte vi deltakere over 66 år ($N = 1467$). Vi ekskluderte også deltakere i levekårsundersøkelsen 2015 som var innvandrere ($N = 766$). Denne sammenligningsgruppen (befolkningen for øvrig) består av 5931 deltakere med jevn kjønnsfordeling (2976 menn, 2955 kvinner).

2.3. Helseindikatorer

Levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2016 inneholder ulike spørsmål om helse som kan brukes som indikatorer på deltakernes helsetilstand. I denne rapporten har vi valgt å se på følgende helseindikatorer: egenvurdert helse, antall helseproblemer, nedsatt funksjonsevne, rygg- og nakkeplager, psykisk helse, søvnproblemer, diabetes, hjerte- og karsykdommer og overvekt/fedme. I tillegg tar vi for oss følgende tre mål på helseatferd: alkoholbruk, røyking og fysisk aktivitet. Spørsmålene som tilhører hver helseindikator, er beskrevet i respektive kapitler, og hver helseindikator sees i sammenheng med ulike sosiodemografiske og migrasjonsrelaterte faktorer. Helseatferd knytter vi også til sosial støtte og samfunnsdeltakelse. I tillegg er det et eget kapittel som omhandler diskriminering og helse, og et som ser på sammenhengen mellom sysselsetting og helse.

Helseindikatorerne er valgt basert på eksisterende kunnskap om grupper med høy risiko, prioriterte helseområder og forekomsten av plagene (slik at vi har store nok tall til å se på ulike grupper).

2.4 Sosiodemografiske variabler

Vi undersøker hvordan de ulike helseindikatorerne henger sammen med de sosiodemografiske faktorene kjønn, alder, utdanningsnivå og inntekt, både i innvandrerbefolkningen og i befolkningen for øvrig. I dette kapittelet følger en oversikt over hvordan utvalget fordeler seg over disse variablene. Til sammenligning har vi også inkludert de respektive tallene for den øvrige befolkningen, basert på levekårsundersøkelsen 2015. Det er store forskjeller mellom innvandrere og befolkningen for øvrig på de fleste sosiodemografiske variablene, noe som kan forklare en del av ulikhetene i helse.

2.4.1. Aldersgruppe

Alder er gruppert i tre: 16-24 år, 25-44 år og 45-66 år. I dette utvalget er innvandrere generelt yngre enn befolkningen for øvrig (tabell 2.2).

Tabell 2.2. Utvalget etter aldersgruppe og kjønn. Prosent

	Kvinner	Menn	Totalt
Innvandrere			
16-24 år	12,0	14,6	13,4
25-44 år	59,0	49,4	53,7
45-66 år	29,0	36,0	32,8
Befolkningen for øvrig			
16-24 år	18,6	19,2	18,9
25-44 år	34,3	33,7	34,0
45-66 år	47,1	47,0	47,1

Datakilde: Levekårsundersøkelsen blant personer med innvandrerbakgrunn 2016 og Levekårsundersøkelsen om helse 2015, Statistisk sentralbyrå.

N = 1971 (innvandrere, kvinner), 2368 (innvandrere, menn), 2955 (befolkningen for øvrig, kvinner), 2976 (befolkningen for øvrig, menn)

2.4.2. Utdanningsnivå

Høyere utdanning er generelt assosiert med bedre helse, både fysisk og psykisk (3-5). Sammenhengen mellom helse og utdanning kan reflektere evne til å forstå og ta i bruk helseinformasjon, og utdanning kan henge sammen med sunnere livsstil og sosial støtte, og dessuten bedre mestring av helseutfordringer. Alternativt gjør god helse det lettere å ta høyere utdanning. Det er imidlertid sannsynlig at sammenhengen mellom helse og utdanning blant innvandrere kan være noe annerledes enn i befolkningen for øvrig. Utdanningsforløpet kan ha blitt forstyrret ved migrasjon, og mange får ikke godkjent eller brukt utdanningen sin i Norge. Dermed kan det være at en betydelig andel innvandrere med høyere utdanning jobber i yrker som verken i arbeidsoppgaver, lønn eller anseelse gjenspeiler antall år med utdanning. Det kan også være at i noen land er betydningen av andre faktorer enn helse, for eksempel sosial bakgrunn, relativt mer bestemmende for om man får en god utdanning enn det er i Norge.

For noen deltakere var det ikke mulig å skille mellom dem som hadde påbegynt (f.eks. ett eller to år på universitetet), og dem som hadde fullført høyere utdanning (f.eks. en bachelorgrad). For å kunne sammenligne utdanning på tvers av datasettene grupperte vi utdanning i tre nivåer: «grunnskole eller mindre», «fullført videregående opplæring», og «noe høyere utdanning (universitet/høyskole)». I begge datasett var det deltakere med ukjent utdanningsnivå. En utfordring med utdanning er at mange i den yngste aldersgruppen (16-24 år) ikke er ferdig med utdanning. Forventet utdanning kan være en like god indikator for helse som faktisk utdanning. I datasettet fra Levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2016 har vi informasjon om foreldres utdanning. I Levekårsundersøkelsen 2015 finnes det informasjon om husholdningens høyeste utdanning. I den yngste aldersgruppen erstattet vi derfor deltakerens utdanningsnivå med høyeste utdanningsnivå i husholdningen (i den øvrige befolkningen) eller foreldrenes utdanningsnivå (innvandrere), i de tilfellene der foreldres utdanning/husholdningens høyeste utdanning var høyere enn deltakerens. Det er imidlertid større utdanningsmobilitet blant unge innvandrere enn unge i befolkningen for øvrig (6), så foreldres utdanning vil ikke nødvendigvis reflektere forventet utdanningsnivå like godt blant innvandrere som i befolkningen for øvrig. Å bruke foreldres utdanning som grovt mål for innvandrere mellom 16 og 24 år dersom foreldre har mer utdanning enn deltakeren selv, gir oss likevel muligheten til å inkludere yngre deltakere i analysene.

I utvalget jevnt over har innvandrerne lavere utdanningsnivå enn befolkningen for øvrig (tabell 2.3). Det er langt høyere andel innvandrere (39 %) enn i befolkningen for øvrig (24 %) som har kun grunnskole eller mindre. Det er høyest andel med universitetsutdanning blant kvinner i den øvrige befolkningen.

Tabell 2.3. Utdanningsnivå etter kjønn og innvandringsstatus. Prosent

	Kvinner	Menn	Totalt
Innvandrere			
Grunnskole eller mindre	39,4	38,4	38,9
Fullført videregående opplæring	26,3	31,1	28,9
Universitetsutdanning	34,2	30,5	32,2
Befolkningen for øvrig			
Grunnskole eller mindre	24,0	23,0	23,5
Fullført videregående opplæring	27,3	40,3	33,8
Universitetsutdanning	48,7	36,6	42,7

Datakilde: Levekårsundersøkelsen blant personer med innvandrerbakgrunn 2016 og Levekårsundersøkelsen om helse 2015, Statistisk sentralbyrå.

N = 1904 (innvandrere, kvinner), 2336 (innvandrere, menn), 2847 (øvrig befolkning, kvinner), 2856 (øvrig befolkning, menn)

2.4.3. Inntekt

Høyere inntekt er assosiert med bedre helse i befolkningen generelt (3). Inntekt reflekterer ofte materielle goder og mulighet til å bruke penger på en sunn livsstil. I tillegg kan dårlig helse gi lav inntekt.

I dataene er inntekt registrert som husholdningens totale månedsinntekt (kroner), justert for husholdningsstørrelse basert på EUs ekvivalensskalaer, og delt inn i «≤9.999», «10.000-19.999», «20.000-29.999», «30.000-39.999» og «≥ 40.000». I likhet med utdanningsnivå er inntektsnivået i utvalget gjennomsnittlig lavere blant innvandrere enn i den øvrige befolkningen (tabell 2.4). Omtrent 80 % av innvandrere har en husholdningsinntekt mellom 10.000 og 29.999 kroner per måned, mens litt under 50 % av den øvrige befolkningen ligger i det samme sjiktet. Omtrent halvparten av befolkningen for øvrig ligger i de to øverste inntektskategoriene, mens kun 13 % av innvandrere tjener like mye.

Når vi videre i rapporten viser funn etter inntekt, viser vi ikke deltakere med inntekt lavere enn 9.999 kroner i måneden. De fleste i denne innteksgruppen vil være studenter, og husholdningsinntekten vil derfor ikke reflektere deres sosioøkonomiske posisjon på samme måte som for mange andre.

Tabell 2.4. Månedlig husholdningsinntekt (kroner) etter kjønn og innvandringsstatus. Prosent

	Kvinner	Menn	Totalt
Innvandrere			
0-9,999	4,7	4,6	4,7
10,000-19,999	42,2	39,4	40,6
20,000-29,999	42,1	41,8	41,9
30,000-39,999	10,4	12,1	11,3
40,000+	0,6	2,2	1,5
Befolkningen for øvrig			
0-9,999	3,6	4,4	4,0
10,000-19,999	14,3	11,9	13,1
20,000-29,999	32,7	34,6	33,7
30,000-39,999	30,1	29,5	29,8
40,000+	19,2	19,6	19,4

Datakilde: Levekårsundersøkelsen blant personer med innvandrerbakgrunn 2016 og Levekårsundersøkelsen om helse 2015, Statistisk sentralbyrå.

N = 1971 (innvandrere, kvinner), 2368 (innvandrere, menn), 2940 (øvrig befolkning, kvinner), 2960 (øvrig befolkning, menn)

2.5. Migrasjonsvariabler

2.5.1. Botid

Nyankomne innvandrere har ofte bedre helse enn befolkningen generelt (7). Dette henger sammen med at det ofte er de friskeste og mest ressurssterke som emigrerer til et nytt land. Ett unntak kan være flyktninger som har flyttet ufrivillig. Etter en tid i nytt land, blir innvandreres helse generelt dårligere, og de får et sykdomsmønster mer likt vertsbefolkningen (7). Sammenhengen mellom botid og psykisk helse er studert, men med sprikende resultater. Tidligere norske studier viser både bedre og dårligere psykisk helse med økende botid, og noen finner ingen sammenheng (8, 9).

Kriteriet for å delta i levekårsundersøkelsen blant innvandrere er at man har bodd i Norge i minst to år. Botid er delt opp i seks kategorier: «2-3 år», «4-6 år», «7-10 år», «11-15 år», «16-20 år» og «21+ år». Som tabell 2.5 viser, kom nesten 30 % av utvalget til Norge for 21 år eller mer siden.

Tabell 2.5. Botid og alder ved innvandring. Prosent

	Kvinner	Menn	Totalt
Botid			
2-3 år	14,1	15,6	15,0
4-6 år	14,6	15,5	15,1
7-10 år	13,0	11,3	12,1
11-15 år	19,0	19,2	19,1
16-20 år	12,2	8,0	10,0
≥21 år	27,1	30,4	29,0
Alder ved innvandring			
≤ 19 år	33,5	34,6	34,1
≥ 20 år	66,5	65,4	65,9

Datakilde: Levekårsundersøkelsen blant personer med innvandrerbakgrunn 2016, Statistisk sentralbyrå.

N = 1971 (kvinner), 2368 (menn)

2.5.2. Alder ved innvandring

En annen migrasjonsrelatert variabel som kan være viktig for fysisk og psykisk helse, er alder ved innvandring. I alle aldre kan kulturelle forskjeller og forskjellsbehandling etter migrasjon være utfordrende og ha innvirkning på helse. Men man kan tenke seg at de som flytter som barn, har et helt annet utgangspunkt for å lære språk og å forstå en ny kultur enn de som flytter som voksne. Når man flytter som barn, flytter man som regel sammen med familien sin, og har dermed et grunnleggende sosialt nettverk. Å flytte som ungdom kan være utfordrende fordi man er mer selvbevisst og opptatt av å passe inn, og nettverk og relasjoner er viktig. Mange som flytter til Norge, flytter fra land med utfordringer knyttet til helsetjenester, dårlig ernæring og ofte høyere forekomst av infeksjonssykdommer. Tiden i opprinnelseslandet, eventuelt andre land, kan ha stor betydning for helse, også senere i livet (10). Alder ved innvandring og helse har sjelden blitt utforsket i en norsk kontekst.

Alder ved innvandring er gruppert som «0-19 år» og «≥ 20 år». To tredjedeler av både menn og kvinner i utvalget hadde fylt 20 år da de kom til Norge (tabell 2.5).

2.5.3 Norskknnskaper

Deltakerne ble spurt om de mente deres norskferdigheter var «svært gode», «ganske gode», «middels», «ganske dårlige» eller «svært dårlige». Svarene ble kategorisert i 3 grupper; «gode» (svært eller ganske gode), «middels» og «dårlige» (svært eller ganske dårlige).

De fleste deltakerne (61 % av menn og 63 % av kvinner) mente at de hadde gode norskknnskaper. En liten andel (11 % av menn og 8 % av kvinner) oppga at de hadde dårlige norskknnskaper, mens resten mente deres norskknnskaper var middels.

På grunn av en feil under datainnsamlingen ble ikke innvandrere som hadde deltatt på introduksjonsprogrammet, spurt om norskferdigheter. Ifølge SSB var det omkring 17 % av det totale utvalget som manglet denne informasjonen (N = 753). Av disse hadde omtrent 50 % gjennomført intervjuet på norsk. Etter at datainnsamlingen var avsluttet, klarte SSB å kontakte 550 av disse deltakerne høsten 2016 for å spørre om norskknnskaper. Norskknnskaperne kan ha blitt bedre mellom den originale datainnsamlingen og høsten 2016, men det er lite sannsynlig at dette påvirker funnene betydelig. Dette forklarer at det er 5 % som mangler data på norskknnskaper.

2.6. Analysene

De ulike helseindikatorer presenteres i hvert sitt kapittel. Andelene med en positiv respons til hver indikator blant innvandrere i alt og med ulik landbakgrunn sammenlignes med tilsvarende andeler i den øvrige befolkningen etter kjønn. Videre viser vi andeler over alder, utdanning, inntekt, botid, alder ved innvandring og norskkunnskaper. Når vi viser fordelingen av helseindikatorer over sosiodemografiske og migrasjonsrelaterte variabler, er alle innvandrerne gruppert sammen på grunn av begrenset antall med opprinnelse fra hvert land. Andelene vi viser på figurer er ikke vektet for ulik fordeling av alder eller andre sosiodemografiske variabler. Det er to årsaker til dette. For det første hadde vi ikke mulighet til å vekte for alder i befolkningen for øvrig. Ettersom vi sammenligner innvandrere med befolkningen for øvrig, var det derfor ikke hensiktsmessig å gjøre dette for innvandrere heller. Vi vil påpeke at da vi sammenlignet estimater fra regresjoner med og uten vektning for alder blant innvandrere, fant vi lite forskjell mellom de vektete og ikke-vektete estimatene. For det andre var målet med denne rapporten først og fremst å gi en deskriptiv beskrivelse av fordelingen av ulike helseindikatorer blant innvandrere.

Likevel har vi i tillegg gjort logistiske regresjoner for å se på sammenhengen mellom hver helseindikator og landbakgrunn, de sosioøkonomiske variablene (alder, utdanning og inntekt) og de migrasjonsrelaterte variablene (botid, alder ved innvandring og norskkunnskaper) justert for alder og for utdanning og inntekt. Hensikten med dette var å se om sammenheng mellom helse og andre variabler skyldtes forskjeller i alder mellom grupper, og videre å se om sammenhenger mellom helse og andre variabler kunne forklares av forskjeller i utdanning og inntekt mellom grupper. Estimater fra disse logistiske regresjonene er vist i tabeller i hvert kapittel, ujustert, justert for alder og i tillegg justert for utdanning og inntekt. For sammenheng mellom landbakgrunn og helse er det gjort en regresjon for kvinner og en for menn, med befolkningen for øvrig som referanse for de ulike landsgruppene. For sosioøkonomiske og migrasjonsrelaterte variabler er det gjort separate analyser for kvinner og menn og for innvandrere og befolkningen for øvrig.

Når vi ser på alder ved botid, justerer vi for alder for ikke overveiende å fange opp at de som har bodd lengst i Norge, ofte er eldre enn de som har kommet mer nylig. Alder blant innvandrere blir det samme som alder ved innvandring pluss botid. Det er derfor vanskelig å skille ut effektene av hver av disse i justerte regresjoner. Dette må tas med i tolkningen av disse analysene.

I analysene justerer vi for utdanning og inntekt i tillegg til alder. Det er forskjeller i utdanning og inntekt mellom innvandrere og befolkningen for øvrig, og det ønsker vi å ta høyde for. Fortolkningen av disse justeringene varierer noe fra analyse til analyse. Det er sannsynlig at de migrasjonsrelaterte variablene påvirker utdanningsnivå. Utdanning blir dermed en mediator i sammenhengen mellom migrasjonsvariabler og helse, og når vi justerer for utdanning, sitter vi igjen med den direkte effekten av migrasjonsvariablene på helse. Når det gjelder sammenhengen mellom inntekt og helse, er det mest sannsynlig at utdanning påvirker begge, og at vi ved å justere for utdanning får et riktigere bilde av den totale effekten av inntekt på helse. Å justere for inntekt gir noen utfordringer med å tolke resultatene. Det er sannsynlig at både alder, utdanning og migrasjonsrelaterte variabler påvirker inntekt. Inntekt blir dermed en mediator i sammenhengen mellom disse variablene og helse. Det gir oss den direkte effekten av en sosiodemografisk eller migrasjonsrelatert variabel på helse. Men det er også mulig at helse påvirker inntekt (revers kausalitet/seleksjon), i tillegg til at inntekt påvirker helse. Videre kan det være flere faktorer (som vi ikke har data på) som påvirker både helse og inntekt (indirekte seleksjon).

Vi presenterer estimatene fra logistiske regresjoner som oddsrater (OR). Odds er sannsynligheten for at en hendelse inntreffer sammenlignet med sannsynligheten for at den ikke

gjør det. Oddsrate er forholdet mellom oddsen i to eller flere grupper. Når vi bruker logistisk regresjon til å se på sammenhengen mellom variabler, presenterer vi altså resultatene som forskjeller i odds mellom grupper.

Når vi rapporterer en forskjell mellom grupper, eller en sammenheng mellom variabler, betyr det at den rapporterte forskjellen/sammenhengen er statistisk signifikant. Vi har valgt å bruke et signifikansnivå på 0,05, det vil si at når vi rapporterer en sammenheng, er det 95 % sannsynlighet for at sammenhengen ikke skyldes tilfeldigheter. I noen få tilfeller har deltakere latt være å svare på enkelte spørsmål. Størrelsen på utvalget varierer derfor noe i de ulike analyser.

2.7. Sammenligning med levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2005/2006

SSB har tidligere gjennomført tre levekårsundersøkelser blant innvandrere, i 1983, i 1996 og i 2005/2006. I kapittel 16 sammenligner vi resultatene fra denne rapporten med resultatene fra Levekårsundersøkelsen 2005/2006 (11) der det er mulig, for å belyse endringer over tid. Helseindikatorer som var med både i undersøkelsen i 2005/2006 og i denne rapporten fra 2016, var egenvurdert helse, antall helseplager, diabetes, høyt blodtrykk, psykiske plager, overvekt, røyking og fysisk aktivitet. Tallene fra de to undersøkelsene er ikke fullstendig sammenlignbare. For det første inkluderer rapporten fra Levekårsundersøkelsen 2005/2006 barn av innvandrere (9 % av utvalget). For det andre er det noen forskjeller i hvilke landsgrupper som er med. Gruppene Bosnia-Hercegovina, Tyrkia, Irak, Iran, Pakistan, Vietnam, Sri Lanka og Somalia var med i begge undersøkelsene. Serbia-Montenegro og Chile var med kun i 2005/2006, mens Kosovo, Polen, Eritrea og Afghanistan var nye i 2016. Videre var innvandrere opp til 70 år inkludert i 2005/2006, i motsetning til 66 år i denne rapporten. Forskjeller i resultater kan derfor komme av endring i utvalg mer enn av endring i helse.

2.8. Noen metodologiske betraktninger

2.8.1. Landbakgrunn

Ved utvelgelsen av innvandrergupper som skulle inkluderes i Levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2016, ble det prioritert opprinnelsesland som utgjorde en høy andel av innvandrerbefolkningen i Norge (12). I tillegg ville SSB også inkludere innvandrere fra land med en betydelig migrasjon til Norge de senere årene, eller hvor det var forventet en økning i årene som kommer. Det ble også lagt vekt på å ha med noen land som har vært med i tidligere undersøkelser, så det var mulig å få kunnskap om utvikling over tid.

Omlag 44 prosent av innvandrere i Norge kommer fra EU-land, Nord-Amerika, Australia eller New Zealand (13). Likevel kommer ikke respondentene i utvalget fra disse områdene, med unntak av polakkene. Store innvandrergrupper, for eksempel fra Sverige, Tyskland eller Storbritannia, ble ikke prioritert (se Stabell Wiggen, 2017 (12) for en mer omfattende begrunnelse for valg av land).

Deltakerne i undersøkelsen representerer om lag 1/3 av innvandrerne i Norge, med tanke på landbakgrunn. De presenterte resultatene kan dermed ikke si noe om helsen i innvandringsbefolkningen i Norge generelt, og dette må tas med i betraktningen og tolkningen av tallene.

2.8.2. Deltakelse og seleksjon

Svarprosenten i denne undersøkelsen var på 54. Forrige levekårsundersøkelse blant innvandrere i 2005/2006 hadde en svarprosent på 64. Det er generelt en synkende motivasjon i befolkningen for å delta i undersøkelser. Erfaringen er at det har blitt vanskeligere å få tak i folk, ikke minst på grunn av overgangen fra fasttelefon til mobiltelefon (12). I tillegg spiller andre sosioøkonomiske forhold inn for deltakelse, for eksempel utdanning, bosted og tilknytning til arbeidslivet. Det forekommer også uregistrert *utvandring*, og de det gjelder, vil bli registrert som frafall i undersøkelsen. I Levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2016 ble flere tiltak gjort for å få med flest mulig. Spørreskjemaet ble oversatt til alle aktuelle språk, og det var intervjuere som behersket deltakerens foretrukne språk. I tillegg ble en del intervjuer utført ansikt til ansikt i stedet for over telefon.

Systematiske forskjeller i hvem som deltar i undersøkelser (for eksempel at de som har lav utdanning eller er syke, i større grad lar være å delta enn andre), kalles seleksjon og kan gi skjevheter i de beregnede estimatene. Resultatene må derfor tolkes innenfor rammen av de begrensningene som foreligger. En kan se for seg at røyking, drikking og manglende fysisk aktivitet kan være symptomer på manglende mestring av tilværelsen, og dermed oftere forekommer blant personer med dårlig psykisk helse. Hvis de med dårlig psykisk helse i større grad enn andre lar være å svare på undersøkelsen, vil forekomsten av røyking, drikking og manglende fysisk aktivitet være lavere i datamaterialet enn det er i virkeligheten.

2.8.3. Sammenhenger og årsaker

Det er viktig å påpeke at i Levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2016 er dataene samlet inn på ett tidspunkt. Vi kan derfor si noe om samvariasjoner, men ikke gi noen årsaksforklaringer. Om vi finner en samvariasjon mellom helse og inntekt, kan vi for eksempel ikke si om det er inntekt som påvirker helse, eller omvendt, eller om det er en tredje faktor som påvirker begge.

3. Egenvurdert helse

Melanie Lindsay Straiton, Marte Kjøllesdal

Egenvurdert helse handler om hvordan mennesker opplever at deres egen helse vanligvis er. Det er et svært subjektivt mål, men egenvurdert helse har vist seg å være sterkt assosiert med mer objektive mål for helse hos en person (14).

3.1. Mål for egenvurdert helse

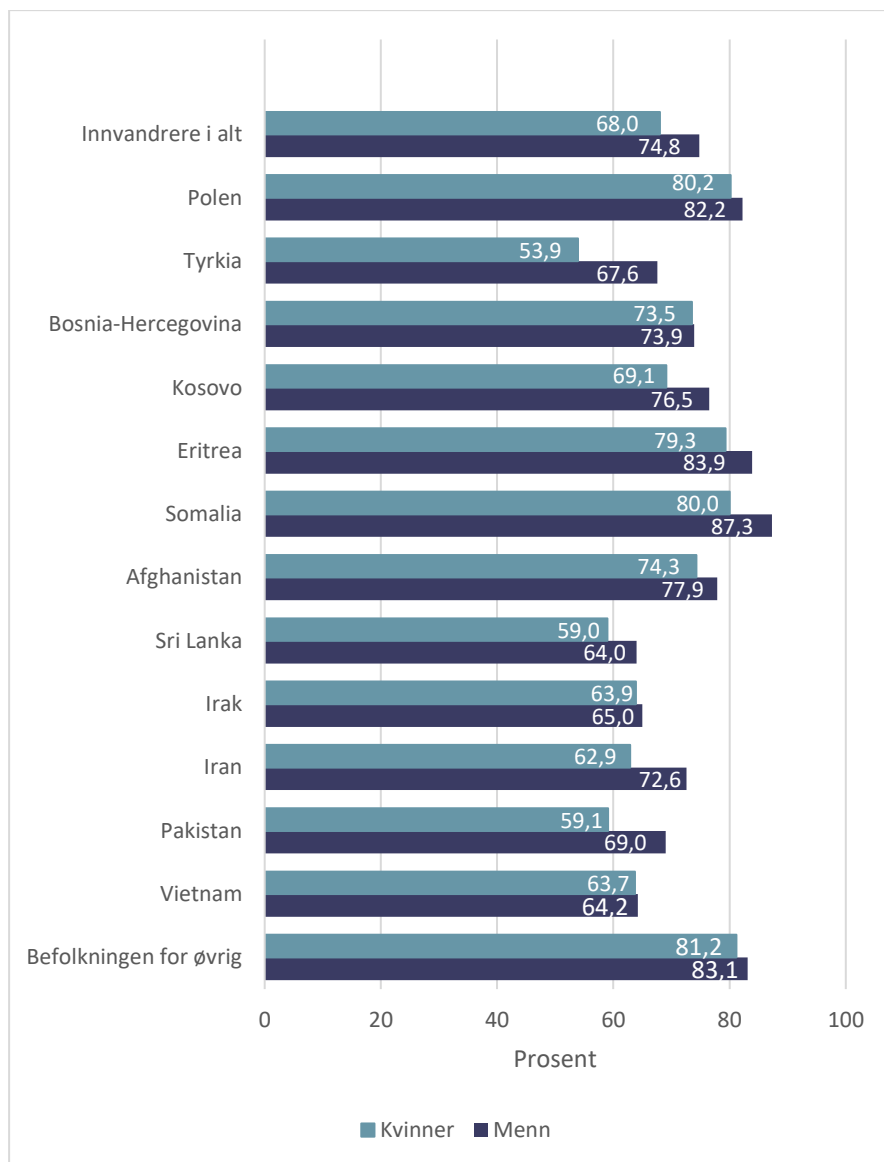
Deltakerne i utvalget ble stilt følgende spørsmål: *Hvordan vurderer du din egen helse sånn i alminnelighet? Vil du si at den er: «svært god», «god», «verken god eller dårlig», «dårlig» eller «svært dårlig»?* Svarene «god» eller «svært god» klassifiseres som «god helse». Dette spørsmålet belyser helse i alminnelighet og kan inneholde flere sider av helse: somatisk, psykisk og sosialt. Ulike individer kan ha ulike oppfatninger av hva som menes med dette spørsmålet, og hva helse i alminnelighet betyr. Det vil være variasjoner både mellom og innenfor ulike grupper om hva begrepet omfatter.

Figurene viser ujusterte andeler med god egenvurdert helse over landbakgrunn, alder, utdanning, inntekt, botid, alder ved innvandring og norskkunnskaper. I tillegg gjorde vi logistiske regresjoner for å se på sammenhengen mellom god egenvurdert helse og de ulike sosiodemografiske og migrasjonsrelaterte variablene med og uten justering for alder, utdanning og inntekt. Resultatene fra regresjonene er vist i tabeller.

3.2 Egenvurdert helse blant innvandrere og i den øvrige befolkningen

Omtrent 80 % av både kvinner og menn i befolkningen for øvrig vurderte sin egen helse som god (figur 3.1). De tilsvarende andelene for innvandrere var noe lavere (68 % kvinner, 75 % menn), men det var stor variasjon etter landbakgrunn. Kvinner og menn fra Polen, Somalia og Eritrea samt kvinner fra Afghanistan vurderte sin helse som god i omtrent like stor grad som den øvrige befolkningen. Andre grupper var mindre fornøyd med helsen sin enn befolkningen for øvrig. Innvandrerkvinner fra Tyrkia, Sri-Lanka og Pakistan var de gruppene med lavest andel som mente at de selv hadde god helse. Det var ikke store kjønnsforskjeller i befolkningen for øvrig eller mellom de fleste innvandrergruppene, med unntak av Tyrkia, Iran og Pakistan, hvor menn vurderte sin helse som god oftere enn kvinner.

Når vi tok hensyn til alder, inntekt og utdanning, hadde kvinner og menn fra Tyrkia, Sri Lanka, Irak, Iran og Pakistan, og menn fra Afghanistan, lavere odds enn befolkningen for øvrig for å vurdere egen helse som god. Kvinner og menn fra Somalia, og kvinner fra Eritrea, hadde høyere odds for å vurdere egen helse som god enn befolkningen for øvrig. Det var ingen forskjell i odds for å vurdere egen helse som god mellom de andre innvandrergruppene og befolkningen for øvrig.



Figur 3.1. God egenvurdert helse etter landbakgrunn og kjønn. Prosent

Datakilde: Levekårsundersøkelsen blant personer med innvandrerbakgrunn 2016, Levekårsundersøkelsen om helse 2015, Statistisk sentralbyrå.

N = 1968 (innvandrere (kvinner), 2363 (innvandrere, menn), 2955 (befolkningen for øvrig, kvinner), 2974 (befolkningen for øvrig, menn)

Tabell 3.1. Sammenheng mellom god egenvurdert helse og landbakgrunn. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: befolkningen for øvrig.

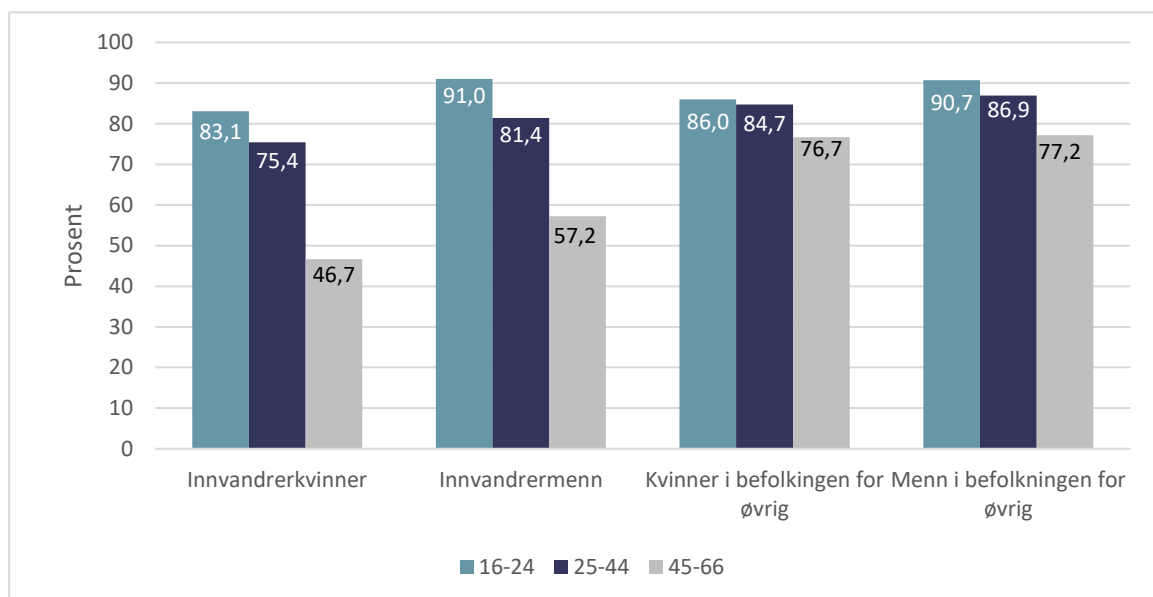
	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Kvinner			
Innvandrere i alt	0,58 (0,51, 0,67)	0,53 (0,46, 0,60)	0,75 (0,64, 0,88)
Polen	0,94 (0,60, 1,47)	0,82 (0,52, 1,29)	0,86 (0,54, 1,37)
Tyrkia	0,27 (0,20, 0,37)	0,24 (0,18, 0,34)	0,44 (0,31, 0,62)
Bosnia-Hercegovina	0,64 (0,45, 0,92)	0,66 (0,46, 0,95)	0,74 (0,51, 1,08)
Kosovo	0,52 (0,37, 0,73)	0,45 (0,32, 0,64)	0,69 (0,47, 1,09)
Eritrea	0,89 (0,62, 1,27)	0,74 (0,51, 1,06)	1,68 (1,12, 2,50)
Somalia	0,93 (0,64, 1,35)	0,74 (0,50, 1,08)	1,70 (1,08, 2,69)
Afghanistan	0,67 (0,44, 1,03)	0,49 (0,32, 0,76)	0,87 (0,53, 1,43)
Sri Lanka	0,33 (0,24, 0,46)	0,34 (0,25, 0,47)	0,47 (0,33, 0,66)
Irak	0,41 (0,29, 0,57)	0,34 (0,24, 0,47)	0,57 (0,39, 0,83)
Iran	0,39 (0,29, 0,54)	0,37 (0,26, 0,50)	0,40 (0,29, 0,57)
Pakistan	0,34 (0,24, 0,47)	0,33 (0,23, 0,45)	0,50 (0,35, 0,72)
Vietnam	0,41 (0,30, 0,56)	0,39 (0,28, 0,54)	0,56 (0,39, 0,80)
Befolkningen for øvrig	1	1	1
Menn			
Innvandrere i alt	0,49 (0,43, 0,56)	0,44 (0,38, 0,50)	0,64 (0,55, 0,76)
Polen	0,94 (0,67, 1,33)	0,87 (0,61, 1,23)	1,11 (0,76, 1,61)
Tyrkia	0,42 (0,31, 0,59)	0,41 (0,29, 0,57)	0,61 (0,43, 0,86)
Bosnia-Hercegovina	0,58 (0,41, 0,81)	0,60 (0,42, 0,85)	0,72 (0,50, 1,03)
Kosovo	0,66 (0,47, 0,93)	0,59 (0,41, 0,83)	0,84 (0,58, 1,22)
Eritrea	1,06 (0,71, 1,57)	0,85 (0,57, 1,28)	1,45 (0,94, 2,23)
Somalia	1,40 (0,89, 2,19)	1,04 (0,66, 1,64)	1,96 (1,20, 3,21)
Afghanistan	0,72 (0,52, 0,98)	0,39 (0,28, 0,55)	0,61 (0,42, 0,89)
Sri Lanka	0,36 (0,27, 0,49)	0,43 (0,32, 0,59)	0,60 (0,43, 0,84)
Irak	0,38 (0,28, 0,52)	0,33 (0,24, 0,46)	0,50 (0,35, 0,72)
Iran	0,54 (0,39, 0,74)	0,55 (0,40, 0,77)	0,65 (0,46, 0,91)
Pakistan	0,46 (0,33, 0,63)	0,46 (0,33, 0,64)	0,76 (0,53, 1,10)
Vietnam	0,37 (0,26, 0,52)	0,39 (0,27, 0,55)	0,53 (0,36, 0,76)
Befolkningen for øvrig	1	1	1

3.3. Egenvurdert helse og sosiodemografiske variabler

3.3.1. Alder

Rapporten fra Levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2016 (15) viste at andelen som vurderer egen helse som god, var lavest blant de eldste deltakerne, og at forskjellen mellom aldersgrupper var mer drastisk blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig. Figur 3.2 viser det samme, både blant kvinner og menn. I den yngste aldersgruppen var andelen som vurderte egen helse som god, ganske lik blant innvandrere og i befolkningen for øvrig. I den eldste aldersgruppen, derimot, var det en betydelig lavere andel innvandrere som vurderte helsen sin som god enn i befolkningen for øvrig.

Når vi tok hensyn til utdanning og inntekt, var det en sammenheng mellom alder og egenvurdert helse både i innvandrerbefolkningen og i befolkningen for øvrig, blant kvinner og menn (tabell 3.2). Sammenhengen var sterkere blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig.



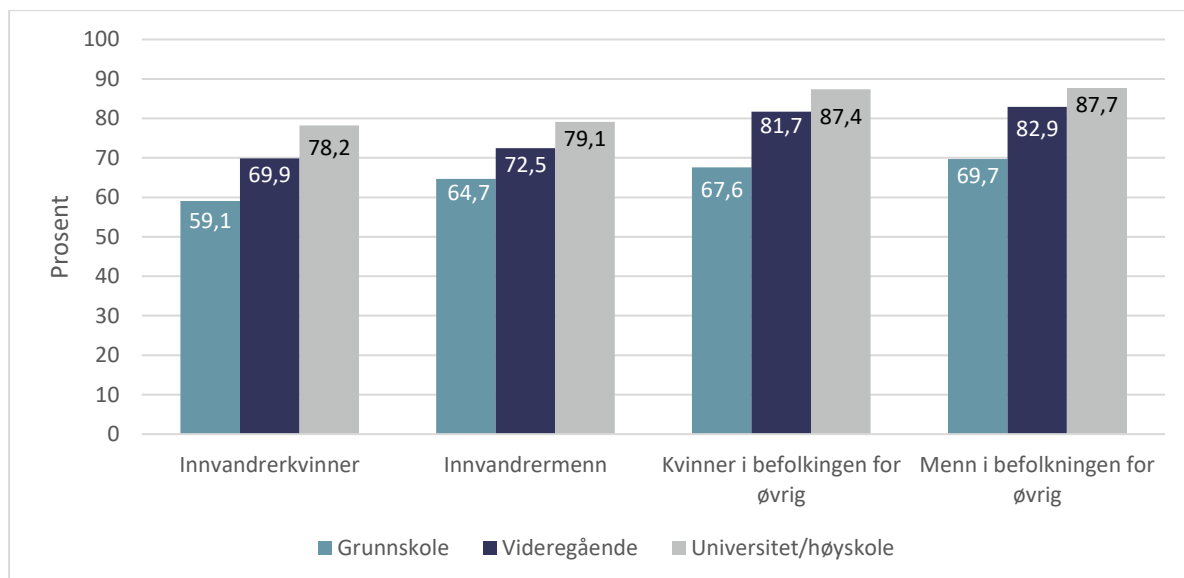
Figur 3.2. Andel med god egenvurdert helse etter alder (år) og kjønn, innvandrere og befolkningen for øvrig

Tabell 3.2. Sammenheng mellom god selvurdert helse og alder. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 16-24 år

	Alder (år)	Ujustert	Justert for utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	25-44	0,63 (0,43, 0,90)	0,65 (0,44, 0,96)
	45-66	0,18 (0,12, 0,26)	0,19 (0,12, 0,28)
Innvandremenn	25-44	0,43 (0,29, 0,64)	0,30 (0,19, 0,48)
	45-66	0,13 (0,09, 0,20)	0,09 (0,06, 0,14)
Kvinner i befolkningen for øvrig	25-44	0,91 (0,67, 1,21)	0,61 (0,43, 0,87)
	45-66	0,54 (0,41, 0,71)	0,43 (0,31, 0,62)
Menn i befolkningen for øvrig	25-44	0,68 (0,49, 0,95)	0,59 (0,39, 0,87)
	45-66	0,35 (0,25, 0,47)	0,30 (0,20, 0,44)

3.3.2. Utdanningsnivå

Andelen som vurderte egen helse som god, var høyere blant dem med universitetsutdanning og med utdanning fra videregående skole, enn blant dem med grunnskoleutdanning. Dette gjaldt både innvandrere og befolkningen for øvrig (figur 3.3). Rundt 60 % av innvandrere som hadde fullført grunnskole eller mindre, vurderte helsen sin som god, sammenlignet med nærmere 80 % av dem med universitetsutdanning. Justert for alder og inntekt var det fortsatt en sammenheng mellom egenvurdert helse og utdanning blant kvinner og menn (tabell 3.3). Dette gjaldt for både innvandrere og i befolkningen for øvrig.



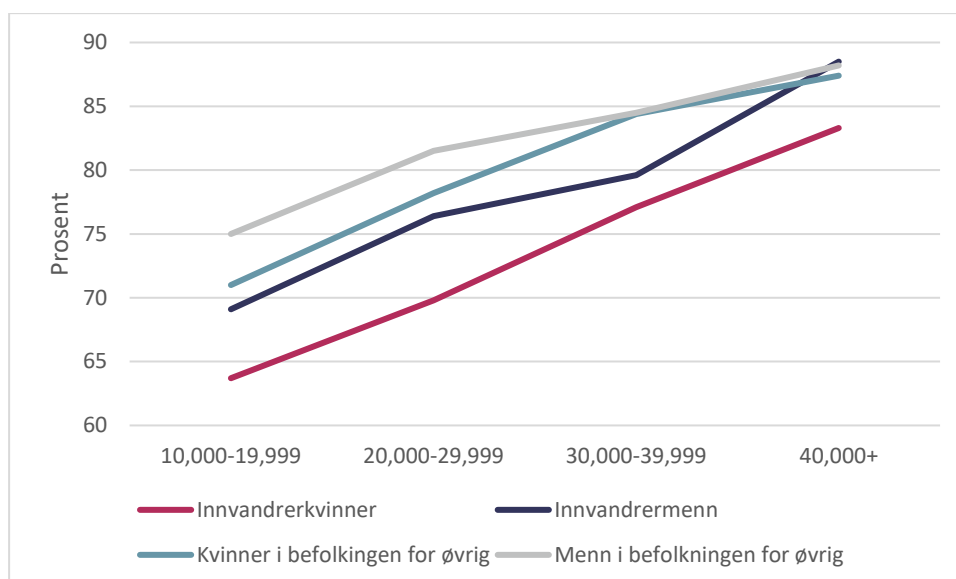
Figur 3.3. Andel med god egenvurdert helse etter utdanningsnivå og kjønn, innvandrere og befolkningen for øvrig

Tabell 3.2. Sammenheng mellom god selvurdert helse og utdanning. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: grunnskole

	Utdanning	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder og inntekt
Innvandrerkvinner	Videregående	1,61 (1,26, 2,04)	1,52 (1,19, 1,95)	1,42 (1,09, 1,84)
	Universitet/høyskole	2,48 (1,96, 3,15)	2,37 (1,86, 3,03)	2,00 (1,53, 2,60)
Innvandrer menn	Videregående	1,27 (1,02, 1,56)	1,45 (1,15, 1,83)	1,34 (1,05, 1,70)
	Universitet/høyskole	1,76 (1,39, 2,22)	2,09 (1,63, 2,67)	1,82 (1,41, 2,36)
Kvinner i befolkningen for øvrig	Videregående	2,15 (1,69, 2,74)	1,94 (1,52, 2,49)	1,95 (1,51, 2,52)
	Universitet/høyskole	3,32 (2,65, 4,16)	3,05 (2,42, 3,84)	2,69 (2,11, 3,43)
Menn i befolkningen for øvrig	Videregående	2,02 (1,60, 2,55)	1,81 (1,43, 2,30)	1,66 (1,30, 2,13)
	Universitet/høyskole	2,89 (2,24, 3,72)	2,56 (1,98, 3,30)	2,04 (1,55, 2,68)

3.3.3. Inntekt

Det å vurdere egen helse som god var assosiert med høyere inntekt blant innvandrere og i befolkningen for øvrig (figur 3.4). Sammenhengen besto justert for alder og utdanning (tabell 3.4), og den var sterkere blant kvinner i befolkningen for øvrig enn blant innvandrerkvinner.



Figur 3.4 Andel med god egenvurdert helse etter husholdningsinntekt (kroner) og kjønn, innvandrere og befolkningen for øvrig

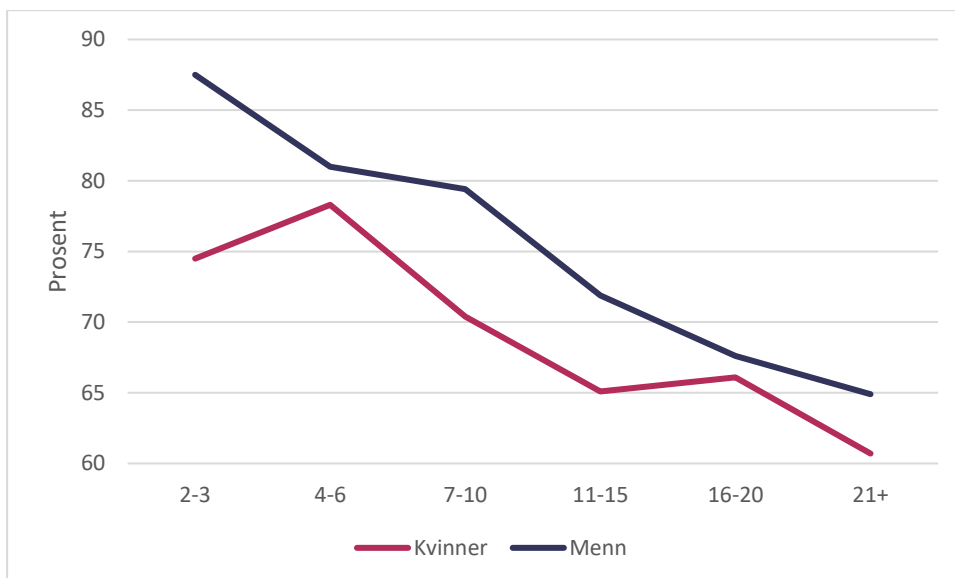
Tabell 3.4. Sammenheng mellom god egenvurdert helse og husholdningsinntekt (NOK). Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 10,000-19,999

	Inntekt (NOK)	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder og utdanning
Innvandrerkvinner	20,000-29,999	1,25 (1,02, 1,54)	1,48 (1,19, 1,84)	1,23 (0,98, 1,54)
	30,000-39,999	1,91 (1,34, 2,73)	2,57 (1,77, 3,72)	1,80 (1,22, 2,67)
	> 40,000	2,85 (0,62, 13,07)	4,18 (0,88, 19,88)	2,93 (0,61, 14,15)
Innvandrer menn	20,000-29,999	1,45 (1,18, 1,77)	1,75 (1,41, 2,17)	1,60 (1,29, 2,00)
	30,000-39,999	1,75 (1,27, 2,41)	1,99 (1,43, 2,78)	1,71 (1,21, 2,40)
	> 40,000	3,35 (1,41, 7,95)	4,28 (1,77, 10,34)	3,33 (1,37, 8,08)
Kvinner i befolkningen for øvrig	20,000-29,999	1,46 (1,13, 1,90)	1,67 (1,28, 2,18)	1,53 (1,15, 2,02)
	30,000-39,999	2,23 (1,68, 2,94)	2,77 (2,08, 3,70)	2,37 (1,75, 3,21)
	> 40,000	2,84 (2,05, 3,93)	3,79 (2,71, 5,32)	3,06 (2,15, 4,36)
Menn i befolkningen for øvrig	20,000-29,999	1,47 (1,10, 1,97)	1,78 (1,32, 2,40)	1,71 (1,26, 2,33)
	30,000-39,999	1,80 (1,68, 2,94)	2,47 (1,80, 3,40)	2,15 (1,55, 2,99)
	> 40,000	2,55 (2,05, 3,93)	3,96 (2,74, 5,72)	3,27 (2,24, 4,78)

3.4 Egenvurdert helse og migrasjonsrelaterte variabler

3.4.1. Botid

Det var en klar sammenheng mellom lengre botid og lavere andel med god egenvurdert helse blant menn (figur 3.5). Blant kvinner var botid over 11 år assosiert med lavere andel med god egenvurdert helse. Justert for alder var ikke botid assosiert med egenvurdert helse blant kvinner, og blant menn var det en sammenheng mellom botid og egenvurdert helse kun blant dem som hadde bodd i Norge over 11 år (tabell 3.5).



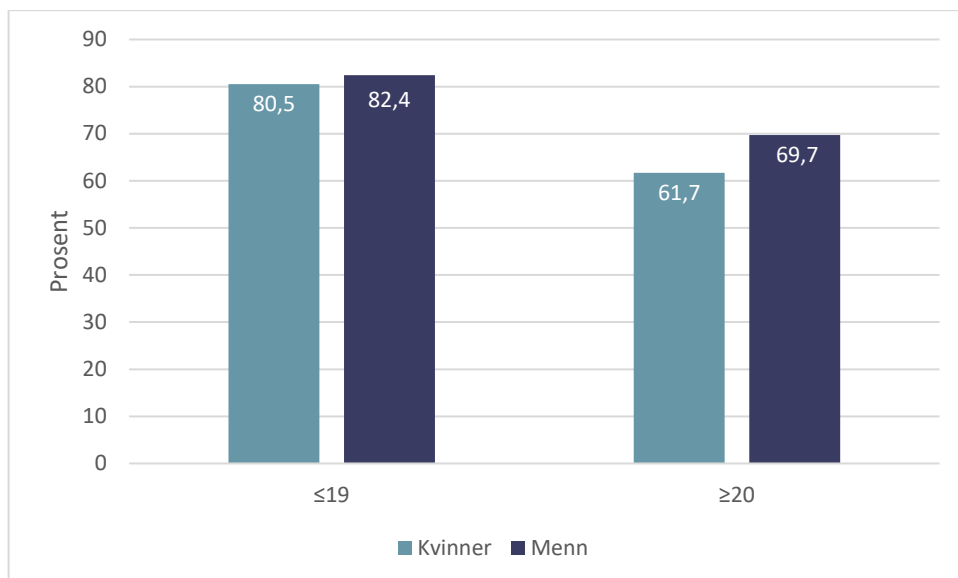
Figur 3.5. Andel med god egenvurdert helse etter botid (år) og kjønn.

Tabell 3.5. Sammenheng mellom god egenvurdert helse og botid (år). Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 2-3 år

	Botid (år)	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	4-6	1,24 (0,84, 1,83)	1,28 (0,85, 1,90)	1,32 (0,86, 2,04)
	7-10	0,82 (0,56, 1,20)	0,79 (0,54, 1,18)	0,80 (0,52, 1,21)
	11-15	0,64 (0,46, 0,90)	0,70 (0,49, 1,00)	0,64 (0,44, 0,95)
	16-20	0,67 (0,46, 0,98)	0,90 (0,60, 1,34)	0,80 (0,52, 1,22)
	≥21	0,53 (0,39, 0,73)	0,93 (0,66, 1,31)	0,72 (0,49, 1,05)
Innvandremenn	4-6	0,61 (0,41, 0,91)	0,66 (0,44, 1,00)	0,56 (0,36, 0,88)
	7-10	0,55 (0,36, 0,85)	0,70 (0,45, 1,09)	0,65 (0,40, 1,06)
	11-15	0,37 (0,25, 0,53)	0,44 (0,30, 0,64)	0,38 (0,25, 0,57)
	16-20	0,30 (0,19, 0,46)	0,46 (0,29, 0,73)	0,36 (0,22, 0,58)
	≥21	0,27 (0,19, 0,37)	0,55 (0,38, 0,80)	0,45 (0,30, 0,67)

3.4.2. Alder ved innvandring

Kvinner og menn som flyttet til Norge før de fylte 19 år, vurderte oftere helsen sin som god enn de som flyttet til Norge senere i livet (figur 3.6). Justert for alder, utdanning og inntekt var det ikke lenger en sammenheng mellom alder ved innvandring og egenvurdert helse blant kvinner (tabell 3.6).



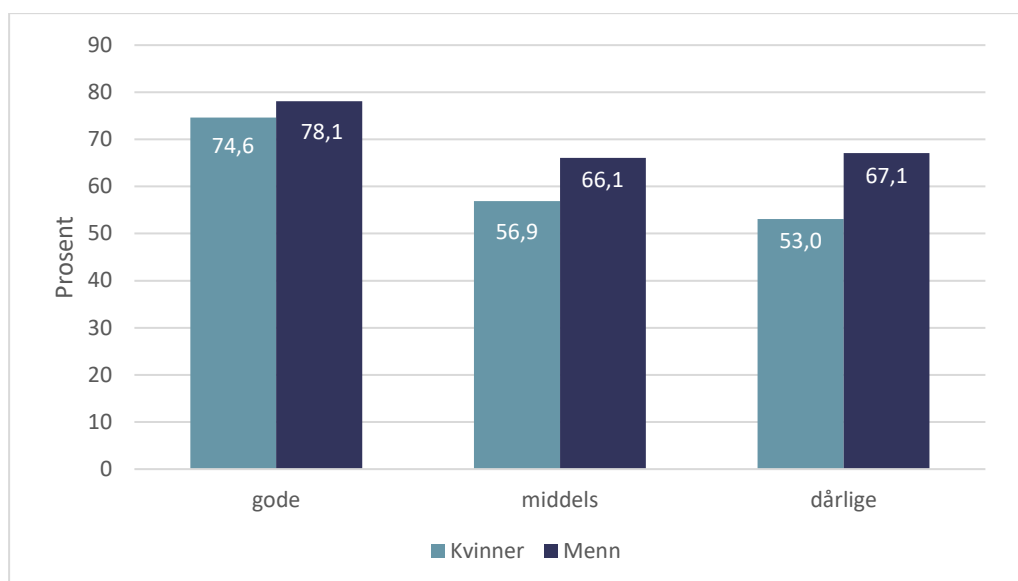
Figur 3.6. Andel med god egenvurdert helse etter alder ved innvandring (år) og kjønn

Tabell 3.6. Sammenheng mellom god egenvurdert helse og alder ved innvandring (år). Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 0-19 år

	Alder ved innvandring (år)	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	≥ 20	0,39 (0,31, 0,49)	0,69 (0,54, 0,89)	0,96 (0,74, 1,24)
Innvandremenn	≥ 20	0,49 (0,40, 0,61)	1,02 (0,80, 1,30)	0,76 (0,58, 0,99)

3.4.3. Norskkunnskaper

Andelen som vurderte egen helse som god, var høyere blant dem med gode norskkunnskaper enn blant dem med middels eller dårlige norskkunnskaper (figur 3.7). Justert for alder, inntekt og utdanning var oddsen for å vurdere egen helse som god fortsatt høyere blant dem med gode norskkunnskaper enn blant dem med middels norskkunnskaper (tabell 3.7).



Figur 3.7. Andel med god egenvurdert helse etter norskkunnskaper og kjønn

Tabell 3.7. Sammenheng mellom god egenvurdert helse og norskkunnskaper. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: gode norskkunnskaper

	Norskkunnskaper	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	Dårlige	0,39 (0,27, 0,55)	0,53 (0,37, 0,76)	0,73 (0,48, 1,10)
	Middels	0,45 (0,36, 0,56)	0,51 (0,40, 0,63)	0,61 (0,48, 0,77)
Innvandremenn	Dårlige	0,57 (0,43, 0,77)	0,71 (0,52, 0,96)	0,80 (0,57, 1,11)
	Middels	0,56 (0,45, 0,69)	0,63 (0,51, 0,79)	0,73 (0,58, 0,92)

3.5. Oppsummering

Generelt vurderte innvandrere noe sjeldnere helsen sin som god enn befolkningen for øvrig. Det var imidlertid variasjon mellom grupper med ulik landbakgrunn. I likhet med befolkningen for øvrig var bedre egenvurdert helse assosiert med høyere utdanning, inntekt og lavere alder. Opplevelsen av å ha god helse var imidlertid sterkere knyttet til alder blant innvandrere enn blant andre. Funnene er i tråd med tidligere forskning som viser at innvandrere fra lav- og middelinntektsland «eldes raskere» enn andre (16). Dårligere egenvurdert helse kan reflektere dårligere levekår og dårligere tilgang til helsetjenester tidligere i livet, noe som kan sette spor i videre utvikling av helse (10). Lavere andel med god egenvurdert helse blant innvandrere enn blant andre kunne ikke forklares av forskjeller i utdanning og inntekt, men det kan være mange sider ved levekår som ikke fanges opp av disse variablene. Vi fant også at de som flyttet til Norge som barn og unge, vurderte helsen sin som god oftere enn de som flyttet til Norge i voksen alder, og at andelen som vurderte helsen som god, var lavest blant dem med lang botid. På den andre siden var bedre norskkunnskaper relatert til bedre egenvurdert helse. For de fleste blir norskkunnskapene bedre ved økt botid. Det kan også hende at det er en gruppe som til tross for lang botid ikke har gode norskkunnskaper, og at denne gruppen har flere utfordringer enn andre, også når det gjelder helse.

4. Helseproblemer

Melanie Lindsay Straiton, Marte Kjøllesdal

Det er vanlig, både blant innvandrere og befolkningen for øvrig, å ha helseplager. Helseproblemene trenger imidlertid ikke å være så betydelige at de påvirker livskvalitet eller arbeidsevne. For enkelte er plagen(e) sterkere og/eller flere, noe som kan gjøre belastningen større.

4.1. Mål for helseproblemer

I levekårsundersøkelsene ble deltakere spurt om de har hatt en rekke forskjellige helseproblemer «i løpet av de siste 12 månedene». Fjorten av femten helseproblemer i de to undersøkelsene (Levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2016 og Levekårsundersøkelsen 2015) er sammenlignbare:

- 1) astma, inkludert allergisk astma
- 2) kronisk bronkitt, kols eller emfysem
- 3) hjerteinfarkt eller varige plager etter hjerteinfarkt
- 4) angina, hjertekramper
- 5) høyt blodtrykk
- 6) hjerneslag eller varige plager etter slag
- 7) slitasjegikt, artrose (ikke artritt)
- 8) ryggglidelse som isjias, lumbago eller prolaps
- 9) nakkelidelse
- 10) diabetes
- 11) pollenallergi, høysnue, allergisk utslett eller matallergi (ikke matintoleranse eller allergisk astma)
- 12) urininkontinens (urinlekkasje)
- 13) varig nyresvikt
- 14) ondartet kreft.

Deltakerne kunne svare «ja», «nei», «vet ikke» eller «vil ikke svare» på hvert spørsmål. Man kunne potensielt rapportere mellom 0 og 14 helseproblemer. Andelene som er presentert, er basert på antall som svarte på spørsmålene med «ja» eller «nei». De som svarte ja på minst ett spørsmål, er de som regnes som å ha «minst ett helseproblem».

4.2. Helseproblemer blant innvandrere og den øvrige befolkningen

I alt rapporterte 40 % innvandrer menn og 45 % innvandrer kvinner minst ett helseproblem (tabell 4.1). Blant menn var dette en lavere andel enn i befolkningen for øvrig (tabell 4.2). Gjennomsnittet av helseproblemer som ble rapportert, var nokså likt blant innvandrere og i befolkningen for øvrig. Blant menn og kvinner fra Tyrkia og Vietnam, og kvinner fra Sri Lanka og Irak, rapporterte over halvparten minst ett helseproblem. Gjennomsnittlig antall helseproblemer var også høyest blant dem fra Tyrkia og Irak. Innvandrere fra Eritrea, Somalia og Polen rapporterte færrest helseproblemer. Generelt var det en større andel kvinner enn menn med minst ett helseproblem, med unntak av dem fra Kosovo, Eritrea, Pakistan og Vietnam.

Når vi tok hensyn til alder, utdanning og inntekt, hadde kvinner og menn fra Somalia og Eritrea, og menn fra Polen, lavere odds for å rapporterte minst et helseproblem enn befolkningen for øvrig (tabell 4.2). Kvinner fra Irak hadde høyere odds enn kvinner i befolkningen for å ha minst ett helseproblem

Tabell 4.1. Minst ett helseproblem (prosent) og antall helseproblemer (gjennomsnitt) etter landbakgrunn og kjønn

	Kvinner		Menn	
	Antall helseproblemer	Minst ett helseproblem	Antall helseproblemer	Minst ett helseproblem
Innvandrere i alt	0,87	45,3	0,70	40,4
Polen	0,52	38,1	0,46	29,6
Tyrkia	1,51	58,2	1,05	51,9
Bosnia-Hercegovina	0,90	48,2	0,70	41,0
Kosovo	1,05	44,2	0,85	48,5
Eritrea	0,24	19,7	0,21	19,4
Somalia	0,55	34,4	0,39	27,1
Afghanistan	0,65	38,1	0,50	30,6
Sri Lanka	0,76	51,7	0,78	45,5
Irak	1,39	57,8	1,16	51,1
Iran	1,03	52,2	0,73	48,1
Pakistan	0,78	46,5	0,92	46,0
Vietnam	1,01	54,2	0,89	52,7
Befolkningen for øvrig	0,82	47,0	0,68	44,2

N = 1968 (innvandrere, kvinner), 2359 (innvandrere, menn), 2954 (befolkningen for øvrig, kvinner), 2974 (befolkningen for øvrig, menn)

Datakilde: Levekårsundersøkelsen blant personer med innvandrerbakgrunn 2016, Levekårsundersøkelsen om helse 2015, Statistisk sentralbyrå.

Tabell 4.2. Sammenheng mellom minst én sykdom og landbakgrunn. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: befolkningen for øvrig

	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Kvinner			
Innvandrere i alt	0,94 (0,83, 1,05)	1,00 (0,90, 1,13)	0,88 (0,77, 1,01)
Polen	0,69 (0,48, 1,00)	0,76 (0,52, 1,10)	0,68 (0,46, 1,00)
Tyrkia	1,57 (1,14, 2,15)	1,67 (1,21, 2,31)	1,32 (0,94, 1,85)
Bosnia-Hercegovina	1,05 (0,77, 1,43)	0,99 (0,72, 1,35)	0,97 (0,70, 1,34)
Kosovo	0,89 (0,65, 1,23)	1,00 (0,72, 1,37)	0,84 (0,60, 1,18)
Eritrea	0,28 (0,19, 0,40)	0,32 (0,23, 0,45)	0,24 (0,16, 0,35)
Somalia	0,59 (0,43, 0,81)	0,72 (0,52, 1,00)	0,56 (0,38, 0,81)
Afghanistan	0,69 (0,47, 1,02)	0,91 (0,61, 1,35)	0,69 (0,45, 1,06)
Sri Lanka	1,21 (0,89, 1,63)	1,13 (0,83, 1,54)	1,02 (0,76, 1,41)
Irak	1,55 (1,13, 2,12)	1,85 (1,34, 2,55)	1,51 (1,06, 2,14)
Iran	1,23 (0,91, 1,67)	1,28 (0,94, 1,74)	1,21 (0,88, 1,67)
Pakistan	0,98 (0,71, 1,35)	0,97 (0,70, 1,34)	0,79 (0,55, 1,11)
Vietnam	1,33 (0,99, 1,80)	1,34 (0,99, 1,83)	1,19 (0,86, 1,65)
Befolkningen for øvrig	1	1	1
Menn			
Innvandrere i alt	0,85 (0,77, 0,95)	0,89 (0,80, 1,00)	0,80 (0,70, 0,91)
Polen	0,53 (0,40, 0,71)	0,54 (0,40, 0,72)	0,49 (0,36, 0,66)
Tyrkia	1,36 (1,01, 1,84)	1,34 (0,99, 1,82)	1,13 (0,82, 1,55)
Bosnia-Hercegovina	0,88 (0,65, 1,19)	0,81 (0,60, 1,10)	0,77 (0,56, 1,06)
Kosovo	1,19 (0,90, 1,58)	1,30 (0,97, 1,75)	1,14 (0,84, 1,56)
Eritrea	0,30 (0,21, 0,44)	0,34 (0,23, 0,49)	0,30 (0,21, 0,45)
Somalia	0,47 (0,34, 0,66)	0,58 (0,41, 0,82)	0,52 (0,36, 0,75)
Afghanistan	0,56 (0,42, 0,74)	0,89 (0,66, 1,20)	0,83 (0,60, 1,14)
Sri Lanka	1,05 (0,79, 1,40)	0,85 (0,63, 1,14)	0,77 (0,57, 1,05)
Irak	1,32 (0,98, 1,78)	1,41 (1,04, 1,92)	0,22 (0,88, 1,69)
Iran	1,17 (0,88, 1,55)	1,10 (0,83, 1,48)	1,03 (0,76, 1,40)
Pakistan	1,08 (0,80, 1,45)	1,01 (0,75, 1,37)	0,88 (0,64, 1,22)
Vietnam	1,40 (1,01, 1,95)	1,27 (0,90, 1,77)	1,12 (0,79, 1,58)
Befolkningen for øvrig	1	1	1

5. Diabetes

Melanie Lindsay Straiton, Samera Qureshi, Marte Kjøllesdal

Diabetes er en av de vanligste kroniske sykdommene i Norge. Diabetes deles inn i type 1 og type 2, og de aller fleste tilfeller er type 2. Diabetes type 2 kan man i stor grad forebygge eller utsette ved livsstilsendringer, inkludert kosthold, fysisk aktivitet og vektreduksjon (17).

5.1. Mål for diabetes

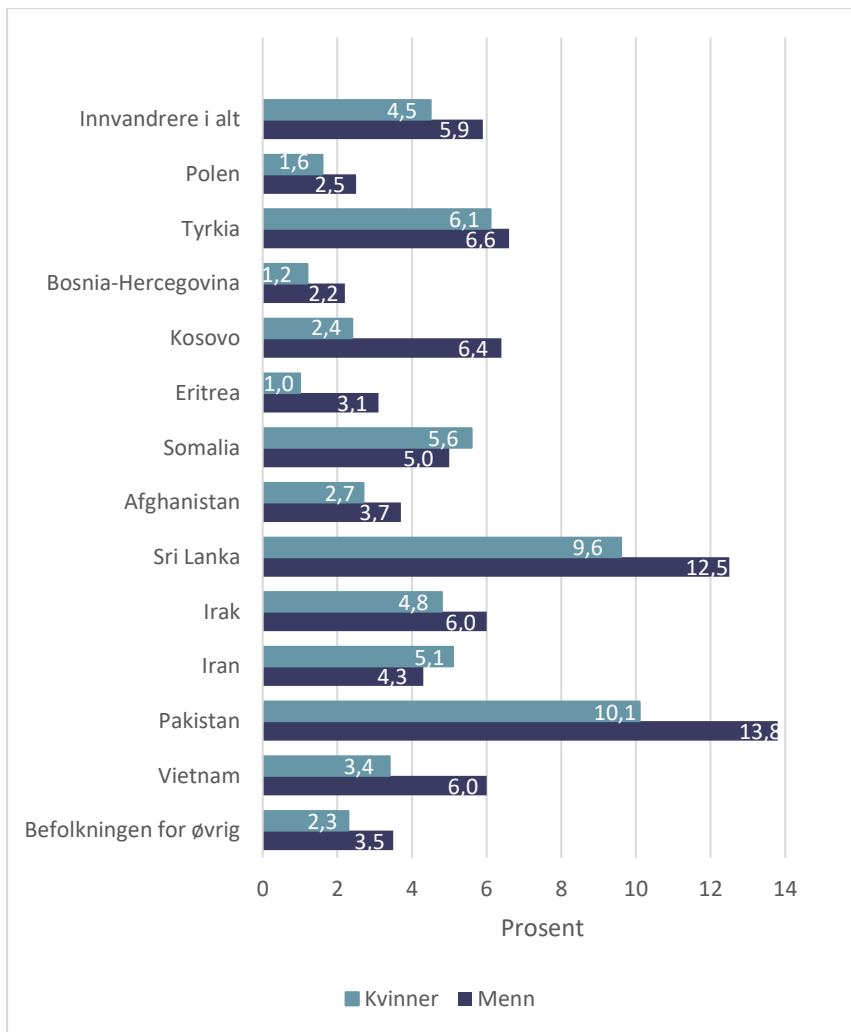
Deltakere ble stilt spørsmålet: «*Har du i løpet av de siste 12 månedene hatt diabetes (sukkersyke)?*», med svaralternativene «ja», «nei», «vet ikke» og «vil ikke svare». Det dreier seg således om selvrapportert diabetes. Spørsmålet skiller ikke mellom ulike typer diabetes. Gitt at diabetes type 2 utgjør 90-95 prosent av alle diabetestilfeller (18), kan vi anta at de fleste i vårt utvalg som har diabetes, har type 2.

Figurene viser ujusterte andeler med diabetes over landbakgrunn, alder, utdanning, inntekt, botid, alder ved innvandring og norskkunnskaper. I tillegg gjorde vi logistiske regresjoner for å se på sammenhengen mellom diabetes og de ulike sosiodemografiske og migrasjonsrelaterte variablene med og uten justering for alder, utdanning og inntekt. Resultatene fra regresjonene er vist i tabeller. På grunn av få personer med diabetes i den yngste aldersgruppen er ikke den yngste gruppen tatt med i regresjonene hvor alder er eksponeringen.

5.2. Diabetes blant innvandrere og i den øvrige befolkningen

En høyere andel innvandrere i alt rapporterte diabetes enn den øvrige befolkningen (figur 5.1). Blant kvinner var andelen med diabetes høyere blant innvandrere fra Tyrkia, Somalia, Sri Lanka, Irak, Iran og Pakistan enn blant kvinner i befolkningen for øvrig. Blant menn var andelen med diabetes høyere blant innvandrere fra Tyrkia, Irak, Sri Lanka og Pakistan enn blant menn i befolkningen for øvrig. Andelen med diabetes var høyest blant innvandrere fra Sri Lanka og Pakistan (10-14 %) og lavest blant innvandrere fra Polen, Bosnia-Hercegovina og Eritrea (1-3 %). Med unntak av innvandrere fra Iran og Somalia var forekomsten av diabetes høyere blant menn enn blant kvinner.

Når vi tok hensyn til alder, utdanning og inntekt, var oddsen for diabetes høyere blant menn og kvinner fra Sri-Lanka, Pakistan og Tyrkia, og blant menn fra Kosovo, Somalia og Afghanistan, enn i befolkningen for øvrig (tabell 5.1).



Figur 5.1. Selvrapportert diabetes etter landbakgrunn og kjønn. Prosent
N = 1968 (innvandrere, kvinner), 2359 (innvandrere, menn), 2954 (befolkningen for øvrig, kvinner), 2974 (befolkningen for øvrig, menn)

Datakilde: Levekårsundersøkelsen blant personer med innvandrerbakgrunn 2016, Levekårsundersøkelsen om helse 2015, Statistisk sentralbyrå

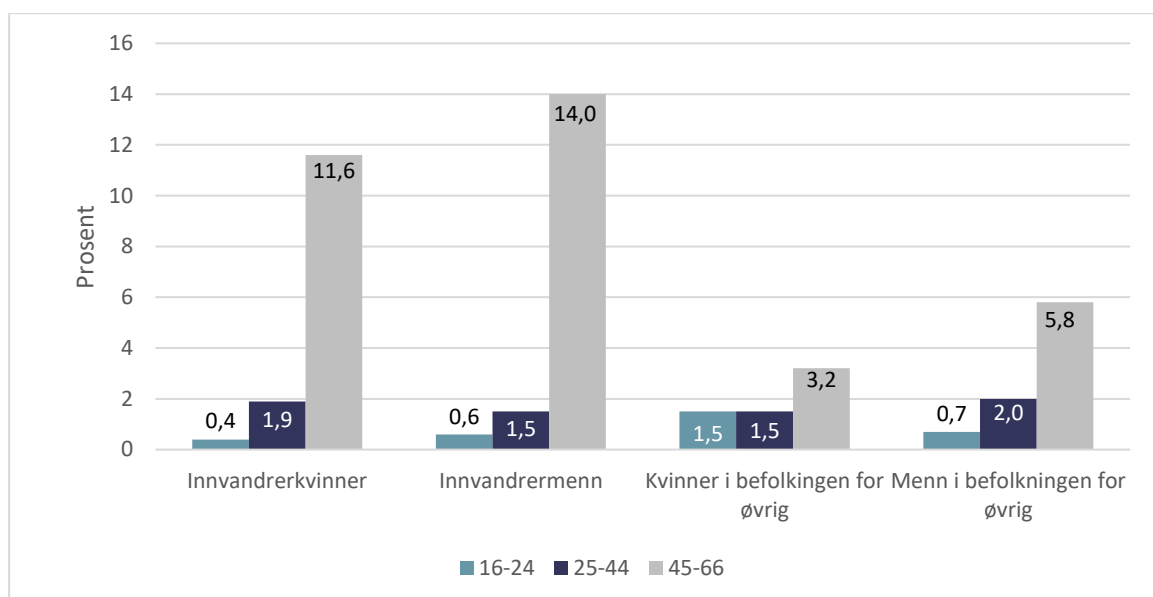
Tabell 5.1. Sammenheng mellom diabetes og landbakgrunn. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: befolkningen for øvrig

	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Kvinner			
Innvandrere i alt	2,01 (1,46, 2,77)	2,51 (1,81, 3,50)	1,76 (1,20, 2,57)
Polen	0,69 (0,17, 2,83)	0,93 (0,22, 3,87)	0,87 (0,21, 3,66)
Tyrkia	2,74 (1,38, 5,42)	3,38 (1,69, 6,76)	2,32 (1,12, 4,80)
Bosnia-Hercegovina	0,52 (0,13, 2,13)	0,50 (0,12, 2,07)	0,46 (0,11, 1,89)
Kosovo	1,05 (0,38, 2,93)	1,35 (0,48, 3,78)	1,04 (0,36, 2,96)
Eritrea	0,44 (0,11, 1,83)	0,66 (0,16, 2,72)	0,39 (0,09, 1,66)
Somalia	2,50 (1,26, 4,94)	3,89 (1,93, 7,85)	1,87 (0,79, 4,43)
Afghanistan	1,16 (0,36, 3,74)	2,22 (0,67, 7,31)	1,64 (0,48, 5,57)
Sri Lanka	4,48 (2,57, 7,80)	4,44 (2,53, 7,80)	3,46 (1,90, 6,28)
Irak	2,15 (1,06, 4,55)	3,08 (1,43, 6,62)	2,16 (0,96, 4,85)
Iran	2,26 (1,11, 4,61)	2,65 (1,29, 5,45)	2,14 (0,98, 4,65)
Pakistan	4,75 (2,69, 8,40)	5,19 (2,90, 9,28)	3,02 (1,56, 5,83)
Vietnam	1,47 (0,63, 4,44)	1,66 (0,70, 3,90)	1,34 (0,56, 3,22)
Befolkningen for øvrig	1	1	1
Menn			
Innvandrere i alt	1,71 (1,32, 2,22)	2,07 (1,58, 2,70)	1,72 (1,26, 2,35)
Polen	0,69 (0,30, 1,59)	0,87 (0,37, 2,02)	0,85 (0,36, 1,99)
Tyrkia	1,92 (1,04, 3,55)	2,17 (1,16, 4,08)	1,61 (0,80, 3,24)
Bosnia-Hercegovina	0,61 (0,22, 1,68)	0,58 (0,21, 1,60)	0,55 (0,20, 1,52)
Kosovo	1,86 (1,03, 3,37)	2,35 (1,27, 4,32)	1,99 (1,02, 3,86)
Eritrea	0,89 (0,38, 2,05)	1,46 (0,62, 3,43)	1,29 (0,54, 3,10)
Somalia	1,43 (0,71, 2,87)	2,66 (1,29, 5,48)	2,22 (1,04, 4,75)
Afghanistan	1,04 (0,52, 2,09)	3,11 (1,49, 6,48)	2,57 (1,15, 5,72)
Sri Lanka	3,90 (2,46, 6,20)	3,07 (1,92, 4,93)	2,73 (1,66, 4,51)
Irak	1,76 (0,93, 3,33)	2,11 (1,09, 4,06)	1,79 (0,90, 3,60)
Iran	1,24 (0,62, 2,48)	1,21 (0,60, 2,44)	1,19 (0,58, 2,44)
Pakistan	4,36 (2,76, 6,89)	4,76 (2,96, 7,65)	3,90 (2,29, 6,62)
Vietnam	1,74 (0,87, 3,52)	1,60 (0,79, 3,27)	1,44 (0,70, 2,98)
Befolkningen for øvrig	1	1	1

5.3 Diabetes og sosiodemografiske variabler

5.3.1. Aldersgruppe

Andelen med diabetes var høyest blant de eldste deltakerne. I den eldste aldersgruppen var det stor forskjell på andelen med diabetes blant innvandrere og i befolkningen for øvrig (figur 5.2). Justert for utdanning og inntekt var alder assosiert med diabetes i alle grupper, og sammenhengen var sterkere blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig (tabell 5.2).



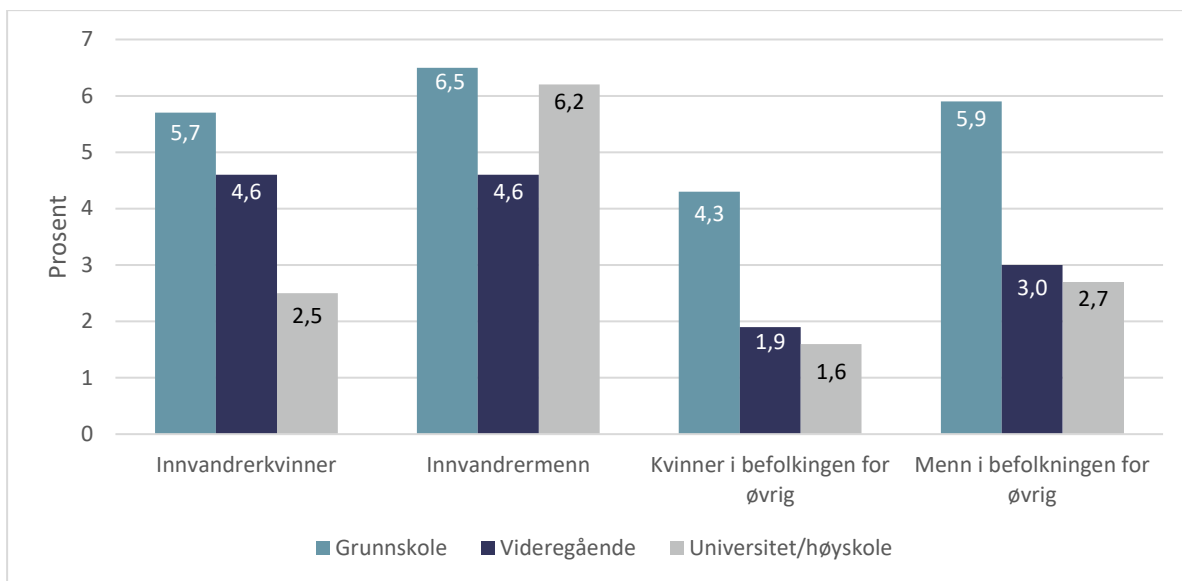
Figur 5.2. Andel med diabetes etter aldersgruppe (år) og kjønn, innvandrere og befolkningen for øvrig

Tabell 5.2. Sammenheng mellom diabetes og alder. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 25-44 år

	Alder (år)	Ujustert	Justert for utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	45-66	6,79 (4,14, 11,2)	7,39 (4,35, 12,55)
Innvandrer menn	45-66	10,35 (6,25, 17,14)	9,95 (5,74, 15,86)
Kvinner i befolkningen for øvrig	45-66	2,23 (1,24, 4,02)	1,87 (1,00, 3,47)
Menn i befolkningen for øvrig	45-66	3,03 (1,84, 4,97)	2,56 (1,54, 4,25)

5.3.2. Utdanningsnivå

Andelen med diabetes var lavest blant dem med utdanning fra universitet/høyskole blant kvinner, både i innvandrerbefolkningen og i befolkningen for øvrig (figur 5.3). Blant kvinner i befolkningen for øvrig, men ikke blant innvandrerkvinner, var andelen med diabetes høyere blant dem med kun grunnskole enn blant dem med høyere utdanning. Blant innvandrer menn var det ingen sammenheng mellom diabetes og utdanning, men det var en sammenheng blant menn i befolkningen for øvrig. Justert for alder og inntekt var det ingen sammenheng mellom diabetes og utdanning blant innvandrerkvinner (tabell 5.3). Innvandrer menn med videregående skole hadde lavere odds for diabetes enn innvandrer menn med kun grunnskole. Til sammenligning hadde kvinner og menn i befolkningen for øvrig som hadde utdanning fra videregående eller universitet/høyskole, lavere odds for diabetes enn de med kun grunnskoleutdanning.



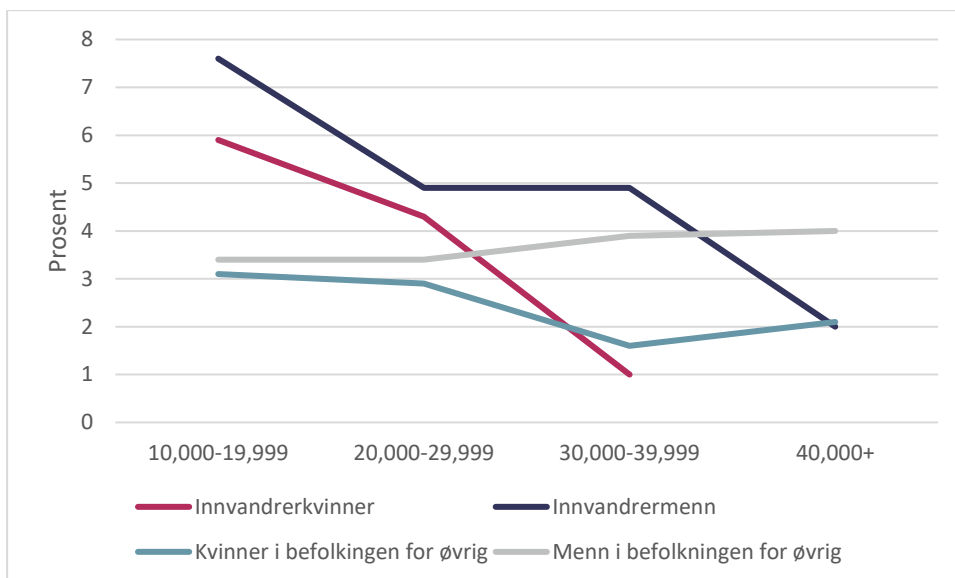
Figur 5.3. Andel med diabetes etter utdanningsnivå og kjønn, innvandrere og befolkningen for øvrig

Tabell 5.3. Sammenheng mellom diabetes og utdanning. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: grunnskole

	Utdanning	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder og inntekt
Innvandrerkvinner	Videregående	0,79 (0,47, 1,33)	0,88 (0,51, 1,49)	1,04 (0,60, 1,80)
	Universitet/høyskole	0,41 (0,23, 0,74)	0,47 (0,26, 0,86)	0,62 (0,33, 1,16)
Innvandrer menn	Videregående	0,69 (0,45, 1,07)	0,58 (0,37, 0,91)	0,60 (0,37, 0,95)
	Universitet/høyskole	0,96 (0,64, 1,43)	0,80 (0,52, 1,22)	0,88 (0,57, 1,35)
Kvinner i befolkningen for øvrig	Videregående	0,44 (0,26, 0,83)	0,52 (0,27, 0,99)	0,49 (0,26, 0,96)
	Universitet/høyskole	0,36 (0,21, 0,64)	0,42 (0,24, 0,75)	0,47 (0,26, 0,84)
Menn i befolkningen for øvrig	Videregående	0,50 (0,31, 0,79)	0,63 (0,39, 1,01)	0,59 (0,36, 0,95)
	Universitet/høyskole	0,44 (0,27, 0,72)	0,57 (0,35, 0,95)	0,54 (0,32, 0,91)

5.3.3. Inntekt

Sammenhengen mellom diabetes og inntekt vises på figur 5.4. Justert for alder og utdanning var det en invers sammenheng mellom inntekt og diabetes blant innvandrerkvinner og innvandrer menn, men ikke i befolkningen for øvrig (tabell 5.4).



Figur 5.4 Andel med diabetes etter husholdningsinntekt (kroner) og kjønn, innvandrere og befolkningen for øvrig. 40,000+ ekskludert for innvandrerkvinner på grunn av små tall

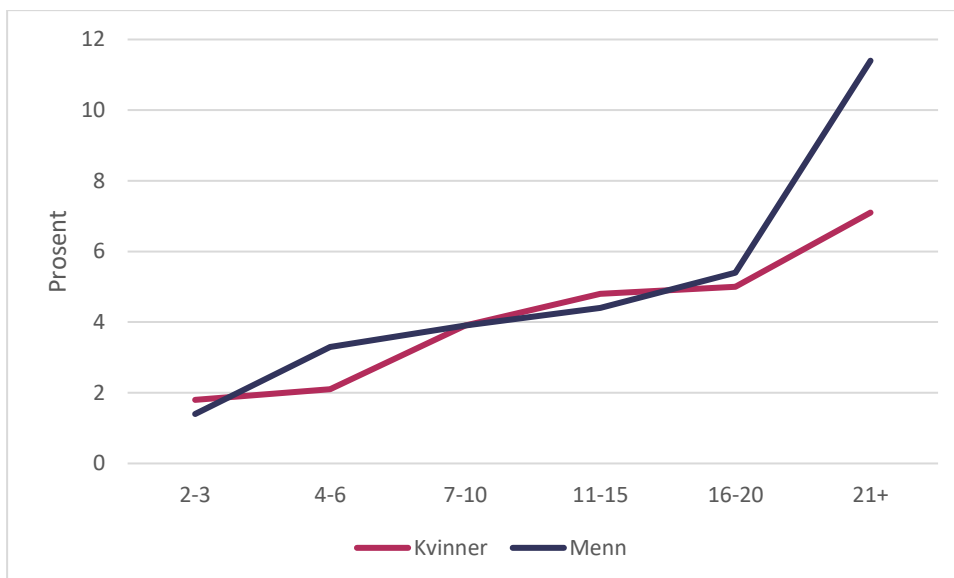
Tabell 5.4. Sammenheng mellom diabetes og husholdningsinntekt (NOK). Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 10,000-19,999

	Inntekt (NOK)	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder og utdanning
Innvandrerkvinner	20,000-29,999	0,72 (0,47, 1,13)	0,61 (0,38, 0,95)	0,70 (0,43, 1,14)
	30,000-39,000	0,16 (0,04, 0,65)	0,11 (0,03, 0,46)	0,14 (0,03, 0,60)
	> 40,000			
Innvandrer menn	20,000-29,999	0,62 (0,42, 0,90)	0,51 (0,35, 0,76)	0,51 (0,34, 0,76)
	30,000-39,000	0,62 (0,35, 1,12)	0,62 (0,34, 1,13)	0,60 (0,32, 1,13)
	> 40,000	0,24 (0,03, 1,78)	0,20 (0,03, 1,53)	0,22 (0,03, 1,63)
Kvinner i befolkningen for øvrig	20,000-29,999	0,94 (0,48, 1,83)	0,83 (0,42, 1,62)	0,93 (0,46, 1,86)
	30,000-39,999	0,51 (0,24, 1,08)	0,41 (0,19, 0,88)	0,45 (0,20, 1,02)
	> 40,000	0,68 (0,31, 1,51)	0,51 (0,23, 1,15)	0,65 (0,28, 1,50)
Menn i befolkningen for øvrig	20,000-29,999	1,00 (0,51, 1,95)	0,83 (0,43, 1,64)	0,89 (0,44, 1,79)
	30,000-39,999	1,12 (0,57, 2,19)	0,81 (0,41, 1,61)	0,99 (0,48, 2,02)
	> 40,000	1,17 (0,58, 2,38)	0,74 (0,36, 1,53)	0,94 (0,44, 2,02)

5.4. Diabetes og migrasjonsrelaterte variabler

5.4.1. Botid

Den høyeste andelen med diabetes var blant dem som hadde bodd lengst i Norge (figur 5.5). Kun 1-2 % innvandrere som har vært i Norge i 2-3 år, hadde diabetes, mens 11 % menn og 7 % kvinner av dem som hadde vært i Norge over 21 år, hadde diabetes. Justert for alder, og for utdanning og inntekt, var det en sammenheng mellom botid og diabetes blant menn, men ikke blant kvinner (tabell 5.5).



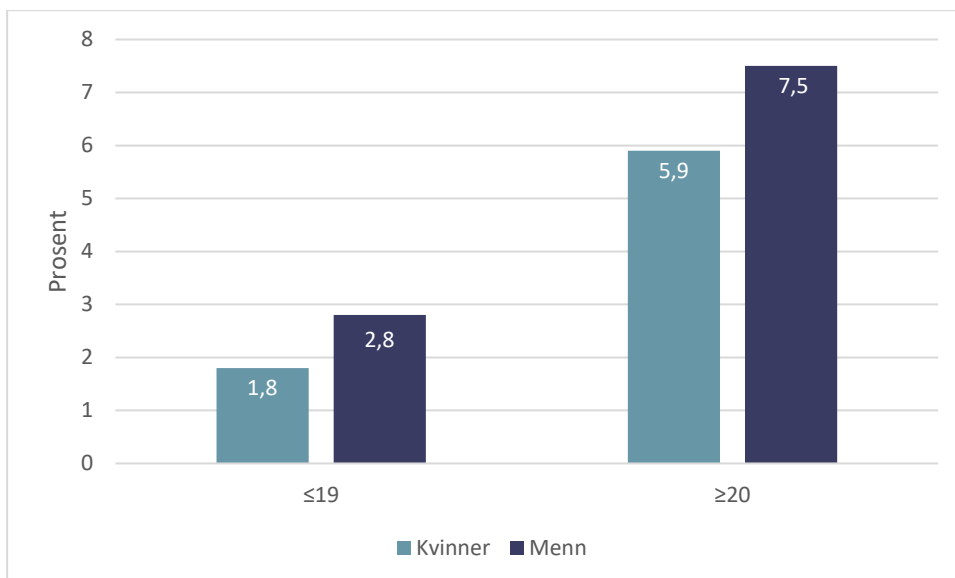
Figur 5.5. Andel med diabetes etter botid (år) og kjønn

Tabell 5.5. Sammenheng mellom diabetes og botid (år). Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 2-3 år

	Botid (år)	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	4-6	1,17 (0,35, 3,87)	1,15 (0,34, 3,87)	1,94 (0,47, 8,02)
	7-10	2,21 (0,75, 6,56)	2,31 (0,77, 7,00)	3,70 (0,96, 14,26)
	11-15	2,78 (1,02, 7,55)	2,10 (0,75, 5,83)	3,38 (0,95, 12,05)
	16-20	2,87 (1,00, 8,28)	1,59 (0,54, 4,70)	3,61 (0,97, 13,52)
	≥21	4,19 (1,63, 10,77)	1,65 (0,62, 4,38)	3,34 (0,97, 11,47)
Innvandremenn	4-6	2,44 (0,85, 7,00)	1,79 (0,61, 5,25)	1,67 (0,56, 4,93)
	7-10	2,80 (0,95, 8,29)	1,65 (0,55, 5,02)	1,56 (0,50, 4,86)
	11-15	3,36 (1,24, 8,97)	1,95 (0,71, 5,38)	1,76 (0,63, 4,88)
	16-20	4,10 (1,38, 12,18)	1,66 (0,54, 5,08)	1,53 (0,48, 4,82)
	≥21	9,29 (3,73, 23,14)	2,52 (0,97, 6,52)	2,44 (0,93, 6,38)

5.4.2. Alder ved innvandring

Andelen med diabetes var høyest blant dem som kom til Norge etter fylte 20 år (figur 5.6). Justert for alder, og også utdanning og inntekt, var det ingen sammenheng mellom alder ved innvandring og diabetes (tabell 5.6).



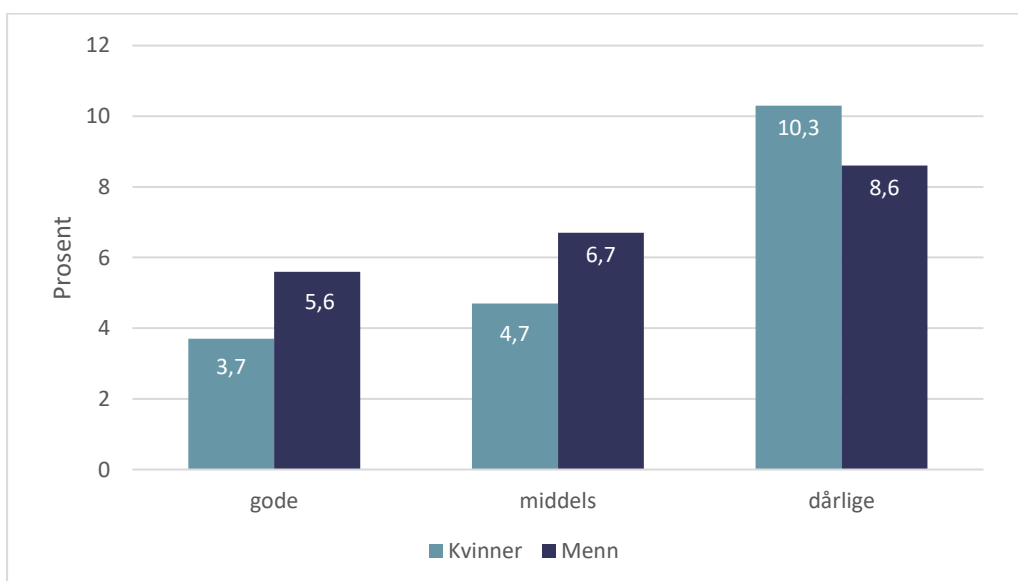
Figur 5.6. Andel med diabetes etter alder ved innvandring (år) og kjønn

Tabell 5.6. Sammenheng mellom diabetes og alder ved innvandring (år). Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 0-19 år

	Alder ved innvandring (år)	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	≥ 20	3,38 (1,83, 6,25)	1,12 (0,57, 2,19)	1,00 (0,49, 2,02)
Innvandremenn	≥ 20	2,81 (1,78, 4,43)	0,91 (0,56, 1,49)	0,96 (0,57, 1,61)

5.4.3. Norskunnskaper

Blant kvinner var det en høyere andel med diabetes blant dem med dårlige norskunnskaper enn blant dem med gode (figur 5.7). Norskunnskaper var ikke relatert til diabetes blant menn. Justert for alder, utdanning og inntekt var det ingen sammenheng mellom norskunnskaper og diabetes (tabell 5.7).



Figur 5.7. Andel med diabetes etter norskunnskaper og kjønn

Tabell 5.7. Sammenheng mellom diabetes og norskkunnskaper. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: gode norskkunnskaper

	Norskkunnskaper	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	Dårlige	3,01 (1,63, 5,57)	1,82 (0,96, 3,43)	0,86 (0,39, 1,90)
	Middels	1,29 (0,78, 2,14)	1,04 (0,62, 1,74)	0,78 (0,44, 1,37)
Innvandremenn	Dårlige	1,58 (0,96, 2,62)	1,17 (0,97, 1,97)	1,12 (0,65, 1,93)
	Middels	1,20 (0,81, 1,78)	0,98 (0,65, 1,47)	0,85 (0,55, 1,30)

5.5. Oppsummering diabetes

Andelen med diabetes var generelt høyere blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig, og særlig høy blant innvandrere fra Pakistan og Sri Lanka. Dette bekrefter funn fra tidligere undersøkelser (11, 19-20). I tidligere undersøkelser har forekomsten vært høyere blant kvinner enn blant menn. Her fant vi imidlertid en høyere forekomst blant menn enn blant kvinner. Dette er det samme som en ser i befolkningen for øvrig. Forekomsten av diabetes økte raskere med alder blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig. Dette stemmer med tidligere forskning som viser at innvandrere utvikler diabetes type 2 i yngre alder enn vertsbefolkningen, og også opplever høyere grad av komplikasjoner, sykelighet og dødelighet som følge av sykdommen (18). Blant menn, men ikke blant kvinner, var lengre botid assosiert med diabetes, også når vi tok hensyn til alder. Dette kan indikere uheldige endringer i livsstil. Det skal gjøres oppmerksom på at forskning viser at det er en del uoppdaget diabetes blant innvandrere (20), slik at den reelle forekomsten av diabetes kan være betydelig høyere enn anslått i denne rapporten. Når man tar hensyn til alder, ser det ikke ut til at norskkunnskaper er av betydning for utvikling av diabetes.

6. Hjerte- og karsykdommer

Melanie Lindsay Straiton, Carine Øien-Ødegaard, Marte Kjøllesdal

Hjerte- og karsykdommer har lenge vært den sykdomsgruppen som fører til flest dødsfall i befolkningen. Det har imidlertid vært en sterk nedgang i hjerte- og karsykdommer de senere årene. Hjerte- og karsykdommer er sterkt forbundet med livsstil, inkludert røyking, lite mosjon, høyt kolesterol, overvekt og usunt kosthold. Videre er høyt blodtrykk en viktig risikofaktor for hjerte- og karsykdom. Tidligere studier har vist at innvandrere fra Sør-Asia og Balkan har en høyere forekomst av hjerte- og karsykdommer enn befolkningen for øvrig (21).

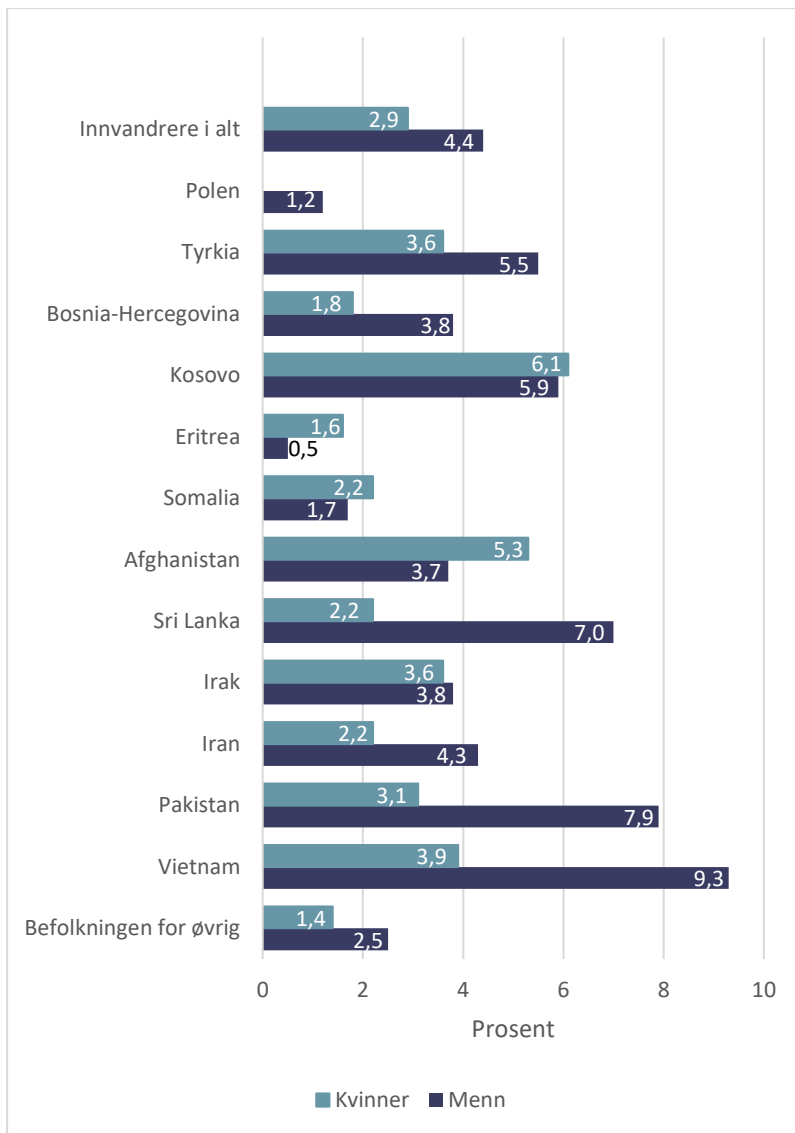
6.1. Mål på hjerte- og karsykdommer

I levekårsundersøkelsene ble deltakerne spurt om de har hatt en rekke forskjellige helseproblemer i løpet av de siste 12 månedene, hvorav 3 omhandlet hjerte- og karsykdommer: «hjerteinfarkt eller varige plager ette hjerteinfarkt», «angina, hjertekramper» og «hjerneslag eller varige plager etter slag». Deltakere som svarte ja på minst ett av disse spørsmålene, ble regnet som å ha hjerte- og karsykdom. Disse tre spørsmålene dekker de vanligste typene av hjerte- og karsykdommer, men ikke alle. Videre fanger det ikke opp tidligere hendelser relatert til hjerte- og karsykdom som ikke har gitt varige plager. I tillegg ble det spurt om de hadde hatt høyt blodtrykk i løpet av det siste året.

Figurene viser ujusterte andeler med hjerte- og karsykdom og høyt blodtrykk over landbakgrunn, alder, utdanning, inntekt, botid, alder ved innvandring og norskkunnskaper. I tillegg gjorde vi logistiske regresjoner for å se på sammenhengen mellom høyt blodtrykk og de ulike sosiodemografiske og migrasjonsrelaterte variablene med og uten justering for alder, utdanning og inntekt. Resultatene fra regresjonene er vist i tabeller. Ettersom andelene med hjerte- og karsykdom var lave, har vi ikke gjort justerte analyser for sammenhengene mellom hjerte- og karsykdom og sosiodemografiske og migrasjonsrelaterte faktorer. Det var få personer med høyt blodtrykk i den yngste aldersgruppen. Den yngste aldersgruppen er derfor ikke med i regresjonene hvor alder er eksponeringen.

6.2. Hjerte- og karsykdommer blant innvandrere og i den øvrige befolkningen

Det var en høyere andel som hadde hatt hjerte- og karsykdom blant innvandrere i alt enn i befolkningen for øvrig (figur 6.1). Det var imidlertid stor variasjon mellom innvandrere med ulik bakgrunn. Blant menn fra Eritrea, Somalia og Polen var det en lav andel som hadde opplevd minst én hjerte- og karsykdom. Ingen av kvinnene fra Polen hadde opplevd hjerte- og karsykdom det siste året, og det var også lav andel kvinner fra Bosnia-Hercegovina og Eritrea som hadde hatt hjerte- og karsykdom. Blant menn var det høyest andel med hjerte- og karsykdom blant innvandrere fra Vietnam, Pakistan og Sri Lanka, og blant kvinner var det høyest andel blant dem fra Kosovo og Afghanistan. Det var en høyere andel med hjerte- og karsykdom blant kvinner og menn fra Tyrkia, Kosovo og Vietnam, kvinner fra Afghanistan og Irak og menn fra Sri Lanka og Pakistan enn i befolkningen for øvrig.



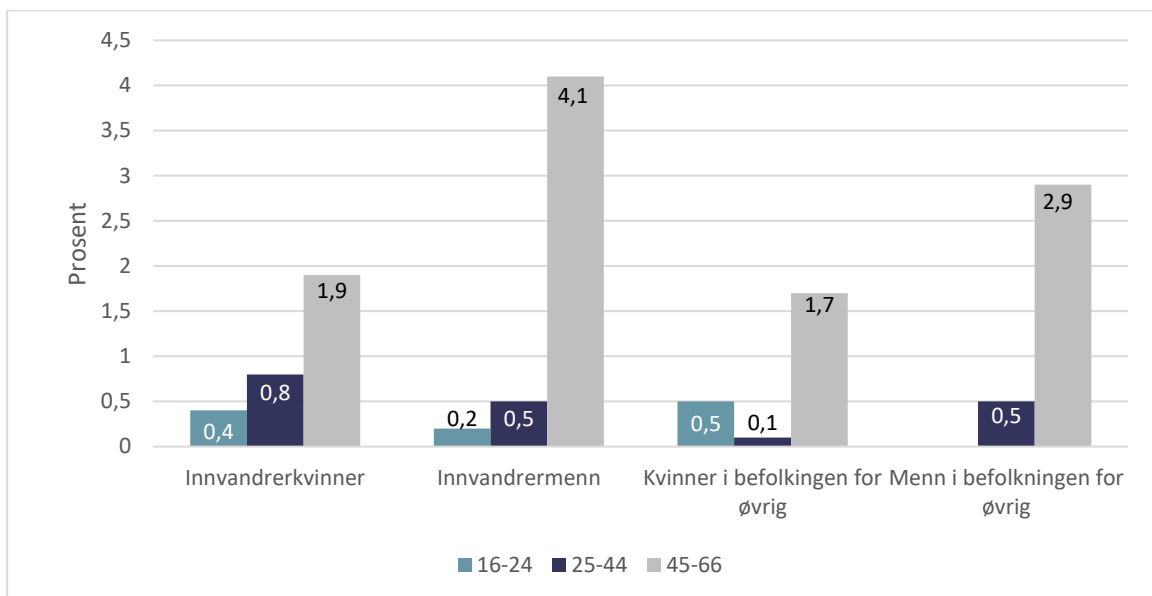
Figur 6.1. Selvrapportert hjerte- og karsykdommer etter landbakgrunn. Prosent
N = 1968 (innvandrere, kvinner), 2359 (innvandrere, menn), 2954 (befolkningen for øvrig, kvinner), 2974 (befolkningen for øvrig, menn)

Datakilde: Levekårsundersøkelsen blant personer med innvandrerbakgrunn 2016, Levekårsundersøkelsen om helse 2015, Statistisk sentralbyrå

6.3. Hjerte- og karsykdom og sosiodemografiske variabler

6.3.1. Aldersgruppe

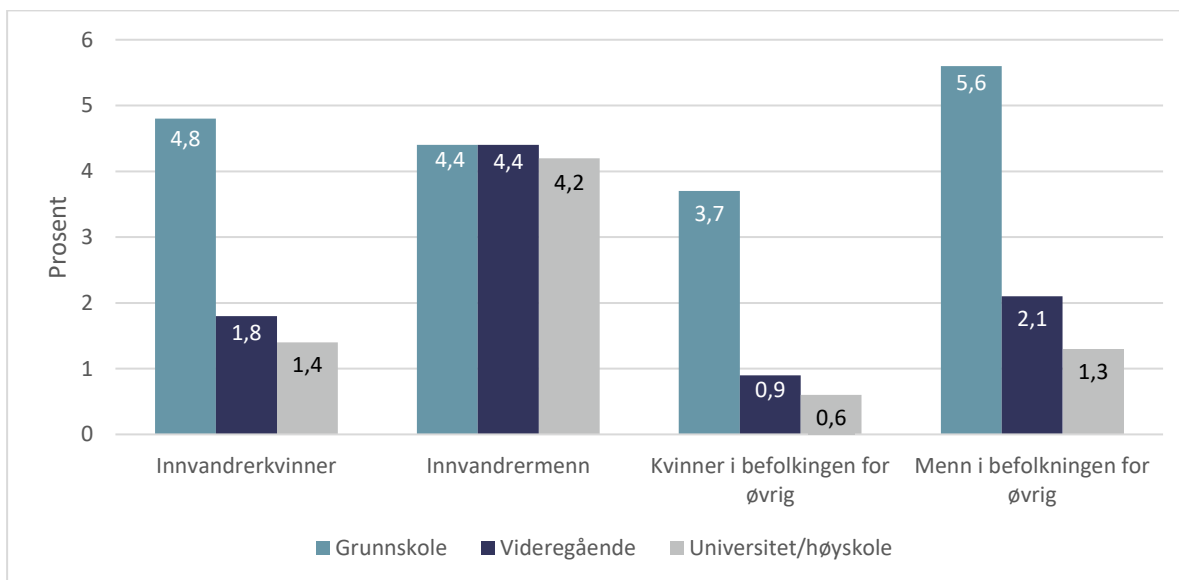
De aller fleste som hadde hatt hjerte- og karsykdom, var naturligvis i den eldste aldersgruppen, blant både menn og kvinner og uavhengig av innvandringsstatus (figur 6.2).



Figur 6.2. Andel som har hatt minst én hjerte- og karsykdom, etter alder (år) og kjønn, innvandrere og befolkningen for øvrig

6.3.2. Utdanningsnivå

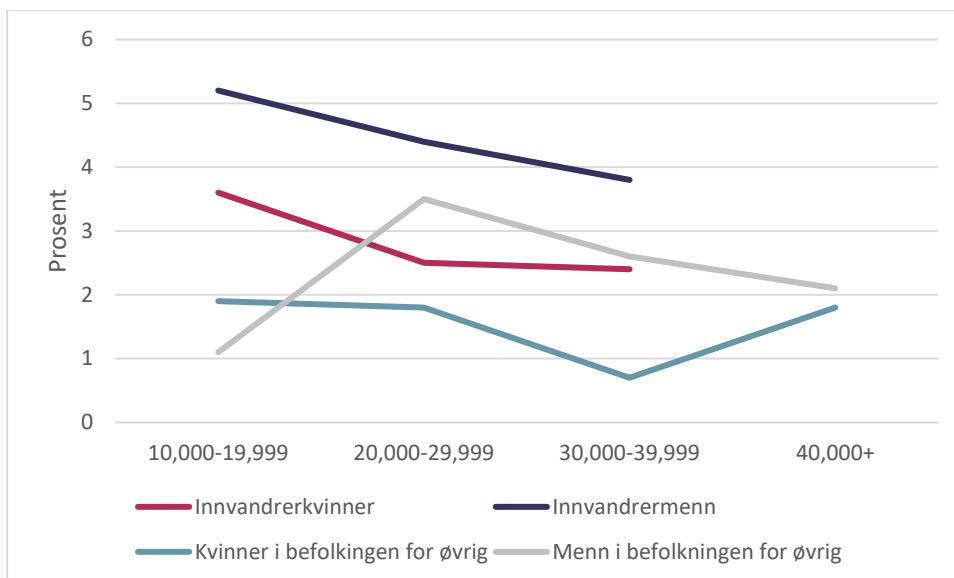
Blant innvandrerkvinner, og i befolkningen for øvrig, var det en utdanningsgradient i andelen med hjerte- og karsykdom (figur 6.3). Det var ikke en slik sammenheng blant innvandremenn.



Figur 6.3. Andel som har hatt minst én hjerte- og karsykdom etter utdanningsnivå og kjønn, innvandrere og befolkningen for øvrig

6.3.3. Inntekt

Det var ingen forskjell i andel med hjerte- og karsykdom etter inntekt, verken blant innvandrere eller i befolkningen for øvrig (figur 6.4).

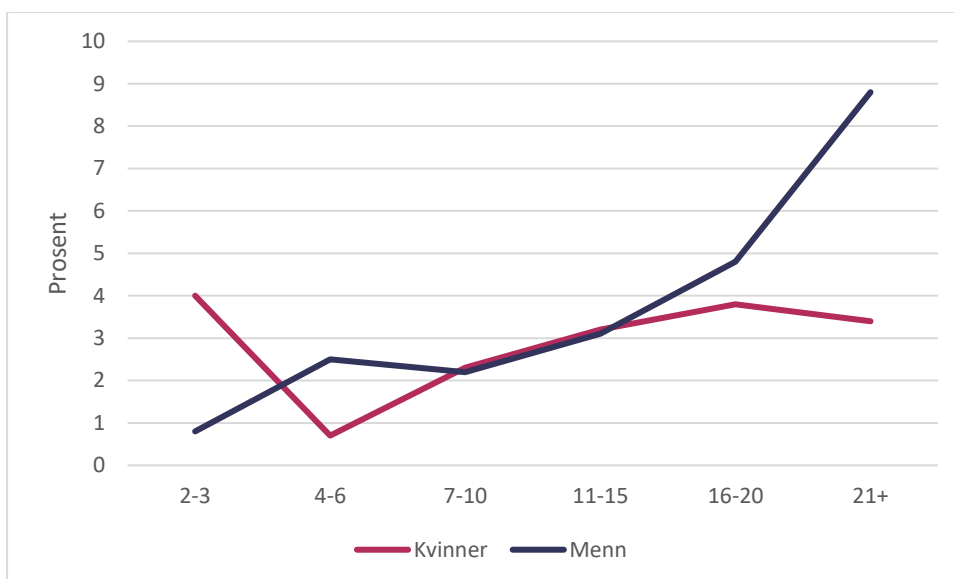


Figur 6.4. Andel som har hatt minst en hjerte- og karsykdom etter husholdningsinntekt (kroner) og kjønn, innvandrere og befolkningen for øvrig. 40,000+ ekskludert for innvandrere på grunn av små tall

6.4. Hjerte- og karsykdom og migrasjonsrelaterte variabler

6.4.1. Botid

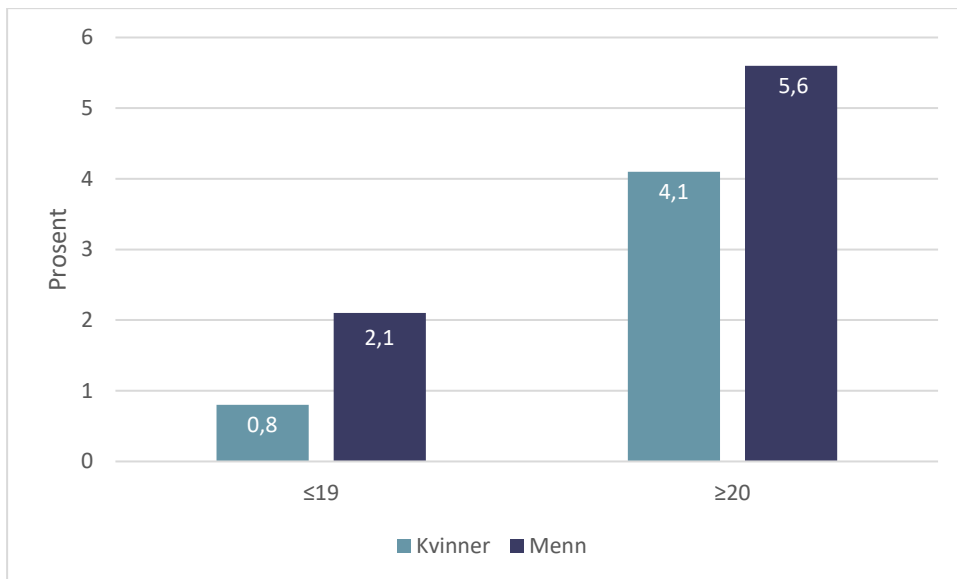
Andelen som hadde opplevd minst én hjerte- og karsykdom, var høyest for dem med lang botid for menn, men ikke kvinner (figur 6.5).



Figur 6.5. Andel som har hatt minst en hjerte- og karsykdom etter botid (år) og kjønn

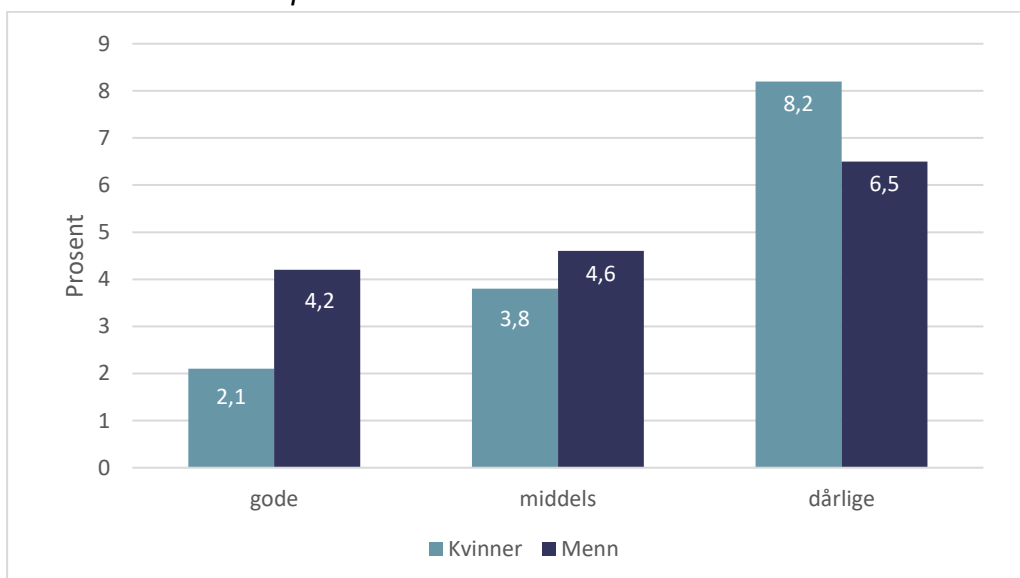
6.4.2. Alder ved innvandring

Forekomst av hjerte- og karsykdom var høyest blant dem som kom til Norge etter fylte 20 år (figur 6.6).



Figur 6.6. Andel som har hatt minst én hjerte- og karsykdom etter alder ved innvandring (år) og kjønn

6.4.3. Norskkunnskaper



Figur 6.7. Andel som har hatt minst én hjerte- og karsykdom etter norskkunnskaper og kjønn

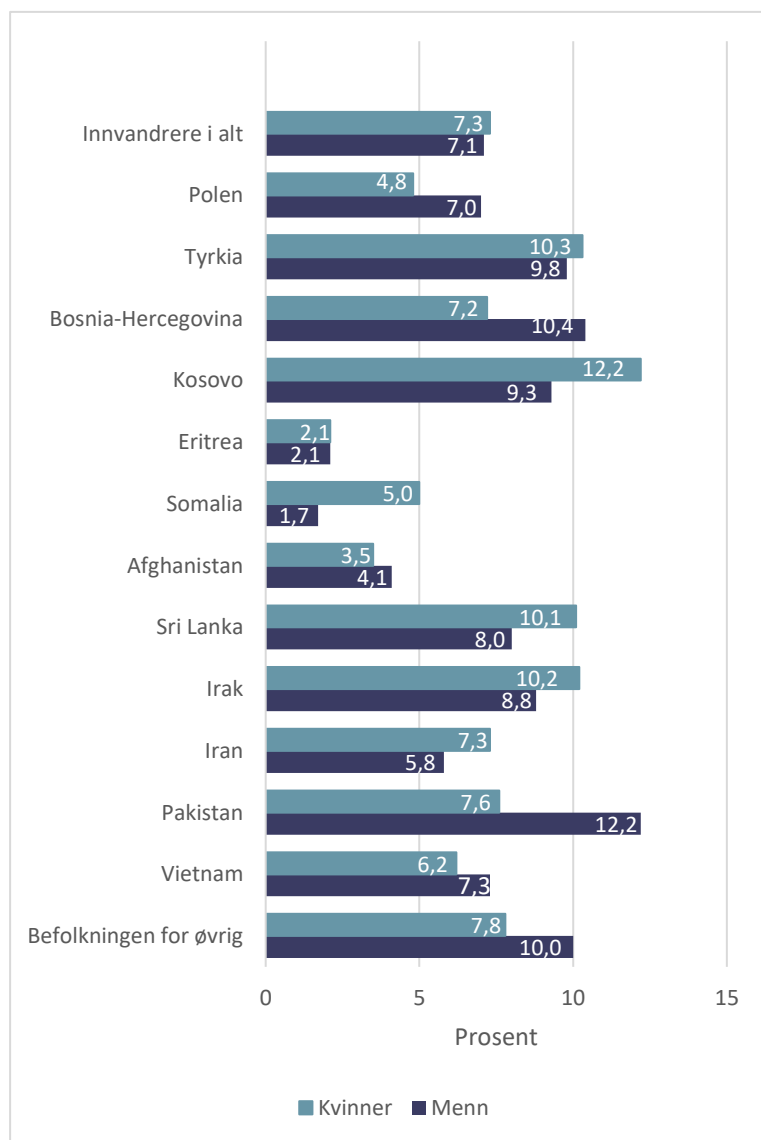
Det var høyest andel med hjerte- og karsykdom blant dem med dårlige norskkunnskaper, og lavest blant dem med gode norskkunnskaper (figur 6.7).

6.5. Høyt blodtrykk blant innvandrere og i den øvrige befolkningen

Det var liten forskjell på andelen med selvrapportert høyt blodtrykk mellom innvandrere i alt og befolkningen for øvrig (figur 6.8), men det var variasjon mellom gruppene. Det var en lavere andel med høyt blodtrykk blant kvinner og menn fra Eritrea, og blant menn fra Somalia, enn i befolkningen for øvrig. Blant kvinner var det lavest andel med høyt blodtrykk blant dem fra Eritrea (2,1 %) og Afghanistan (3,5 %) og høyest blant dem fra Kosovo (12,2 %), etterfulgt av

kvinner fra Tyrkia, Sri Lanka og Irak (rundt 10 %). Blant innvandrer menn varierte andelen med høyt blodtrykk fra rundt 2 % blant somaliere og eritreere til 12,2 % blant pakistanere.

Etter justering for alder, utdanning og inntekt hadde kvinner fra Kosovo og Irak høyere odds, og kvinner fra Eritrea lavere odds, for høyt blodtrykk enn kvinner i befolkningen for øvrig (tabell 6.2). Blant menn hadde innvandrere fra Somalia og Eritrea lavere odds for høyt blodtrykk enn menn i befolkningen for øvrig.



Figur 6.8. Selvrapportert høyt blodtrykk etter landbakgrunn. Prosent
N = 1968 (innvandrere, kvinner), 2359 (innvandrere, menn), 2954 (befolkningen for øvrig, kvinner), 2974 (befolkningen for øvrig, menn)

Datakilde: Levekårsundersøkelsen blant personer med innvandrerbakgrunn 2016, Levekårsundersøkelsen om helse 2015, Statistisk sentralbyrå

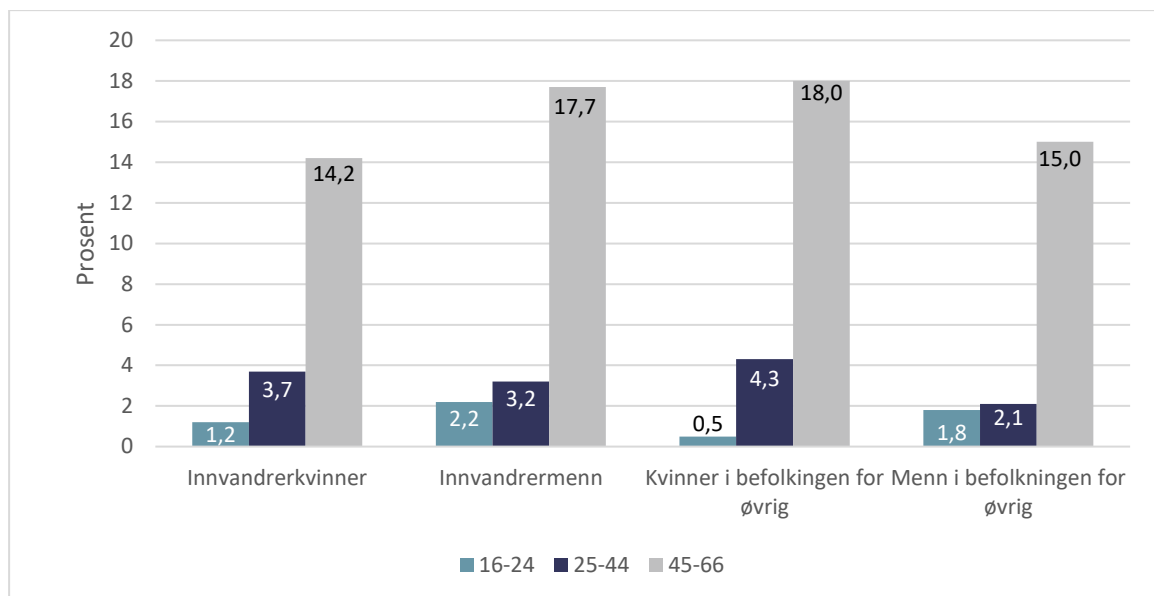
Tabell 6.2. Sammenheng mellom høyt blodtrykk og landbakgrunn. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: befolkningen for øvrig

	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Kvinner			
Innvandrere i alt	0,89 (0,72, 1,11)	1,20 (0,95, 1,50)	1,03 (0,79, 1,34)
Polen	0,57 (0,25, 1,30)	0,88 (0,37, 2,05)	0,95 (0,40, 2,25)
Tyrkia	1,31 (0,78, 2,19)	1,78 (1,04, 3,06)	1,44 (0,82, 2,53)
Bosnia-Hercegovina	0,89 (0,49, 1,62)	0,87 (0,47, 1,60)	0,89 (0,48, 1,66)
Kosovo	1,57 (0,96, 2,55)	2,32 (1,39, 3,89)	2,07 (1,19, 3,58)
Eritrea	0,24 (0,09, 0,65)	0,40 (0,15, 1,10)	0,30 (0,11, 0,84)
Somalia	0,60 (0,30, 1,18)	1,04 (0,51, 2,10)	0,70 (0,31, 1,59)
Afghanistan	0,42 (0,15, 1,14)	1,02 (0,36, 2,86)	0,67 (0,20, 2,21)
Sri Lanka	1,28 (0,77, 2,12)	1,26 (0,75, 2,12)	1,06 (0,61, 1,89)
Irak	1,30 (0,77, 2,18)	2,18 (1,26, 3,77)	2,03 (1,13, 3,63)
Iran	0,90 (0,50, 1,60)	1,11 (0,61, 2,02)	1,20 (0,65, 2,22)
Pakistan	0,93 (0,51, 1,70)	1,02 (0,55, 1,89)	0,86 (0,46, 1,64)
Vietnam	0,74 (0,40, 1,39)	0,88 (0,47, 1,67)	0,57 (0,27, 1,20)
Befolkningen for øvrig	1	1	1
Menn			
Innvandrere i alt	0,69 (0,57, 0,84)	0,79 (0,65, 0,97)	0,79 (0,63, 1,00)
Polen	0,68 (0,41, 1,12)	0,82 (0,49, 1,39)	0,86 (0,51, 1,45)
Tyrkia	0,98 (0,59, 1,62)	1,07 (0,64, 1,79)	1,00 (0,58, 1,72)
Bosnia-Hercegovina	1,04 (0,64, 1,70)	0,99 (0,60, 1,64)	1,02 (0,61, 1,71)
Kosovo	0,92 (0,57, 1,50)	1,12 (0,68, 1,86)	1,14 (0,67, 1,95)
Eritrea	0,19 (0,07, 0,52)	0,29 (0,11, 0,79)	0,29 (0,11, 0,80)
Somalia	0,15 (0,05, 0,48)	0,25 (0,08, 0,79)	0,24 (0,08, 0,78)
Afghanistan	0,38 (0,20, 0,73)	1,03 (0,53, 2,03)	0,97 (0,47, 1,99)
Sri Lanka	0,78 (0,46, 1,32)	0,58 (0,34, 0,99)	0,60 (0,35, 1,04)
Irak	0,87 (0,51, 1,47)	1,00 (0,58, 1,73)	1,03 (0,59, 1,82)
Iran	0,55 (0,30, 1,00)	0,52 (0,28, 0,95)	0,56 (0,30, 1,04)
Pakistan	1,24 (0,79, 1,96)	1,27 (0,80, 2,02)	1,19 (0,72, 1,98)
Vietnam	0,71 (0,38, 1,33)	0,63 (0,33, 1,19)	0,61 (0,32, 1,16)
Befolkningen for øvrig			

6.6. Høyt blodtrykk og sosiodemografiske variabler

6.6.1. Aldersgruppe

Andelen med høyt blodtrykk var langt høyere blant de eldste deltakerne enn blant de yngste (figur. 6.9.). Justert for utdanning og inntekt var det høyere odds for høyt blodtrykk i den eldste enn i aldersgruppen 25-44 år, både blant kvinner og menn, blant innvandrere og i befolkningen for øvrig (tabell 6.3).



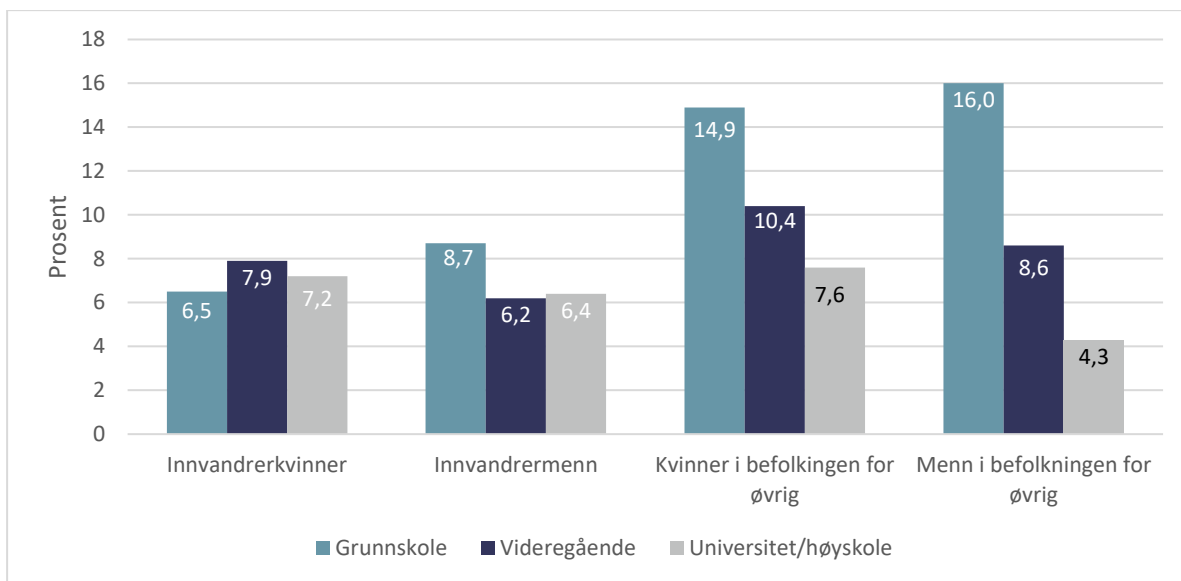
Figur 6.9. Andel med høyt blodtrykk, etter alder (år) og kjønn, innvandrere og befolkningen for øvrig

Tabell 6.3. Sammenheng mellom høyt blodtrykk og alder. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 25-44 år

	Alder (år)	Ujustert	Justert for utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	45-66	6,55 (4,43, 9,69)	6,37 (4,26, 9,53)
Innvandremenn	45-66	4,32 (3,01, 6,20)	4,27 (2,95, 6,17)
Kvinner i befolkningen for øvrig	45-66	8,33 (5,28, 13,15)	6,89 (4,27, 11,09)
Menn i befolkningen for øvrig	45-66	4,91 (3,52, 6,87)	4,39 (3,11, 6,19)

6.6.2. Utdanningsnivå

Det var ingen utdanningsgradient i andelen med høyt blodtrykk blant innvandrere, men det var en tydelig gradient i befolkningen for øvrig (figur 6.10). Justert for alder og inntekt var det ingen sammenheng mellom høyt blodtrykk og utdanning blant verken innvandrerkvinner eller innvandremenn (tabell 6.4). Blant kvinner og menn i befolkningen for øvrig hadde de med universitetsutdannelse lavere odds for høyt blodtrykk enn de med grunnskole.



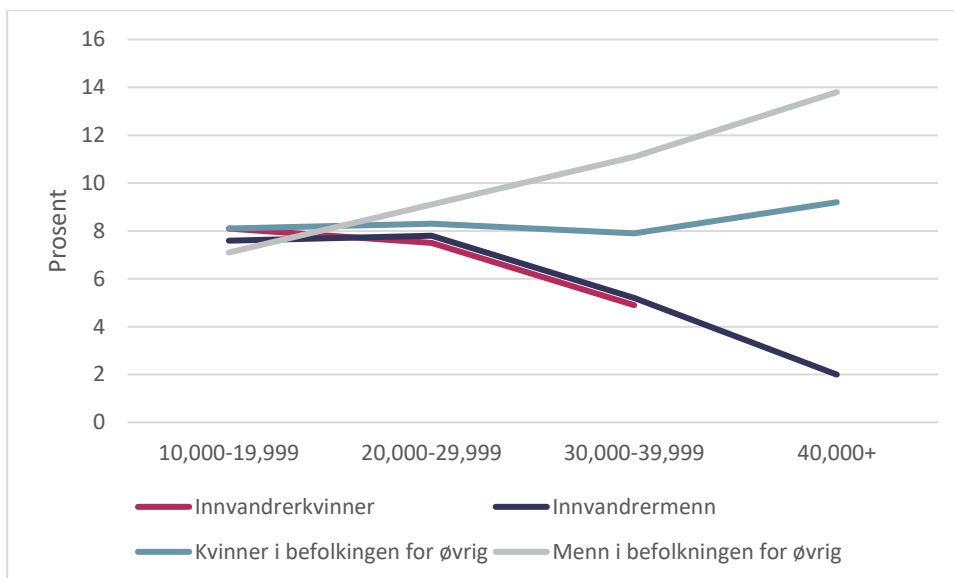
Figur 6.10. Andel med blodtrykk, etter utdanning og kjønn, innvandrere og befolkningen for øvrig

Tabell 6.4. Sammenheng mellom høyt blodtrykk og utdanning. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: grunnskole

	Utdanning	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder og inntekt
Innvandrerkvinner	Videregående	1,44 (0,92 2,24)	1,32 (0,84 2,08)	1,12 (0,70 1,79)
	Universitet/høyskole	1,38 (0,92 2,07)	1,20 (0,79 1,82)	0,95 (0,60 1,49)
Innvandrer menn	Videregående	0,81 (0,55 1,18)	0,90 (0,61 1,33)	0,83 (0,56 1,24)
	Universitet/høyskole	0,89 (0,61 1,32)	1,01 (0,68 1,51)	0,91 (0,60 1,37)
Kvinner i befolkningen for øvrig	Videregående	0,50 (0,36, 0,69)	0,73 (0,52, 1,02)	0,76 (0,54, 1,06)
	Universitet/høyskole	0,23 (0,17, 0,33)	0,35 (0,25, 0,49)	0,38 (0,26, 0,53)
Menn i befolkningen for øvrig	Videregående	0,66 (0,50, 0,88)	0,91 (0,67, 1,22)	0,85 (0,63, 1,15)
	Universitet/høyskole	0,47 (0,34, 0,64)	0,66 (0,48, 0,92)	0,59 (0,42, 0,83)

6.6.3. Inntekt

Det var ingen sammenheng mellom inntekt og andelen med høyt blodtrykk blant innvandrere (figur 6.11). Blant menn i befolkningen for øvrig var det høyest andel med høyt blodtrykk blant dem med høy inntekt (figur 6.11). Justert for alder og utdanning var det en invers sammenheng mellom inntekt og høyt blodtrykk blant innvandrere, det vil si at det var lavest andel med høyt blodtrykk blant dem med høy inntekt (tabell 6.5). Justert for alder og utdanning var det ingen sammenheng mellom inntekt og høyt blodtrykk i befolkningen for øvrig.



Figur 6.11. Andel med høyt blodtrykk etter husholdningsinntekt (kroner) og kjønn, innvandrere og befolkningen for øvrig. 40,000+ ekskludert for innvandrerkvinner på grunn av små tall

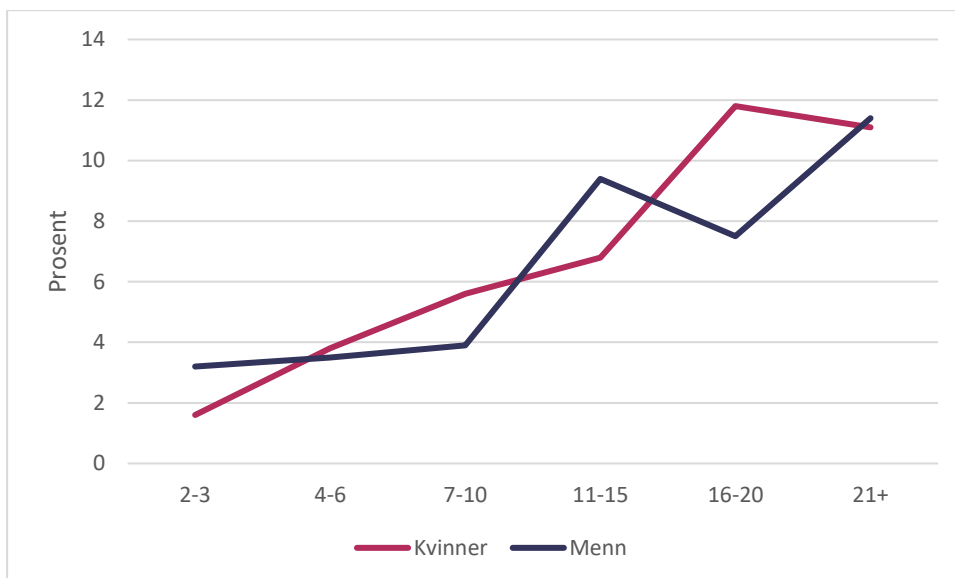
Tabell 6.5. Sammenheng mellom høyt blodtrykk og husholdningsinntekt (NOK). Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 10,000-19,999

	Inntekt (NOK)	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder og utdanning
Innvandrerkvinner	20,000-29,999	1,09 (0,76 1,55)	1,28 (0,88 1,85)	1,38 (0,93 2,04)
	30,000-39,999	1,71 (0,87 1,55)	2,34 (1,17 4,71)	2,47 (1,19 5,12)
	> 40,000			
Innvandrer menn	20,000-29,999	0,98 (0,70 1,36)	1,11 (0,79 1,57)	1,13 (0,79 1,58)
	30,000-39,999	0,50 (0,84 2,65)	1,56 (0,87 2,79)	1,53 (0,85 2,78)
	> 40,000	4,14 (0,56 30,40)	4,80 (0,65 35,59)	5,01 (0,67 37,49)
Kvinner i befolkningen for øvrig	20,000-29,999	1,03 (0,68 1,57)	0,79 (0,51 1,23)	0,95 (0,60 1,50)
	30,000-39,999	0,98 (0,64 1,50)	0,63 (0,41 0,99)	0,81 (0,51 1,29)
	> 40,000	1,16 (0,74 1,82)	0,65 (0,40 1,04)	0,91 (0,55 1,49)
Menn i befolkningen for øvrig	20,000-29,999	1,31 (0,83 2,07)	1,04 (0,65 1,68)	1,13 (0,69 1,83)
	30,000-39,999	1,64 (1,04 2,60)	1,10 (0,68 1,77)	1,27 (0,78 2,08)
	> 40,000	2,09 (1,31 3,35)	1,17 (0,72 1,91)	1,41 (0,85 2,34)

6.7. Høyt blodtrykk og migrasjonsrelaterte variabler

6.7.1. Botid

Andelen med høyt blodtrykk var høyest blant dem med lang botid (figur 6.12). Blant menn besto sammenhengen mellom botid og høyt blodtrykk etter justering for alder, utdanning og inntekt (tabell 6.6).



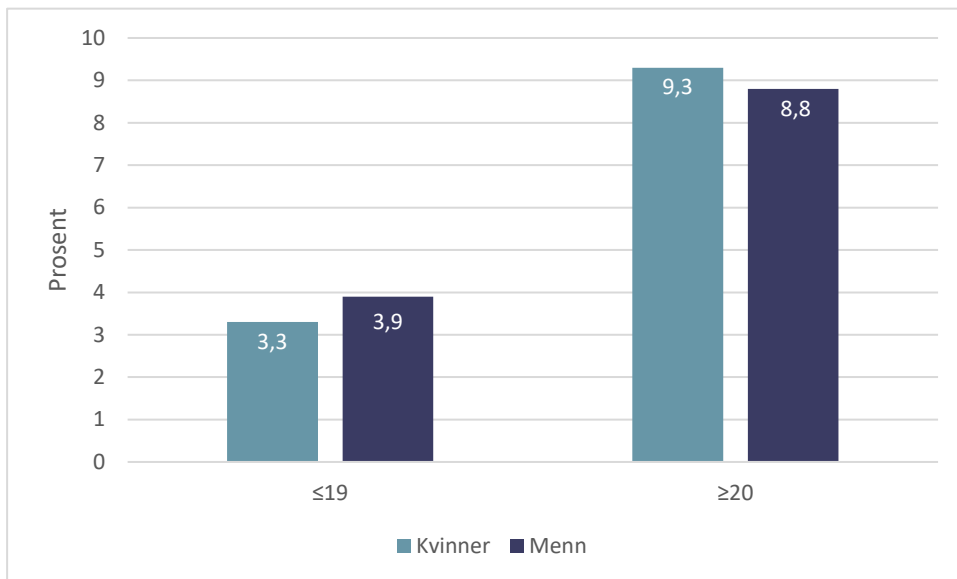
Figur 6.12. Andel med høyt blodtrykk etter botid (år) og kjønn

Tabell 6.6. Sammenheng mellom høyt blodtrykk og botid (år). Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 2-3 år

	Botid (år)	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	4-6	0,93 (0,37 2,32)	0,94 (0,37 2,39)	1,00 (0,39 2,54)
	7-10	0,83 (0,33 2,07)	0,81 (0,32 2,05)	0,93 (0,36 2,44)
	11-15	0,62 (0,15 0,68)	0,39 (0,18 0,85)	0,46 (0,21 1,00)
	16-20	0,41 (0,18 0,94)	0,68 (0,29 1,59)	0,61 (0,26 1,45)
	≥21	0,26 (0,13 0,53)	0,58 (0,28 1,23)	0,57 (0,26 1,22)
Innvandremenn	4-6	0,42 (0,16 1,11)	0,49 (0,19 1,31)	0,51 (0,19 1,35)
	7-10	0,28 (0,11 0,73)	0,39 (0,15 1,02)	0,37 (0,14 0,98)
	11-15	0,23 (0,09 0,55)	0,31 (0,13 0,76)	0,36 (0,14 0,88)
	16-20	0,12 (0,05 0,31)	0,22 (0,09 0,56)	0,23 (0,09 0,59)
	≥21	0,13 (0,06 0,31)	0,33 (0,14 0,78)	0,34 (0,14 0,81)

6.7.2. Alder ved innvandring

Andelen med høyt blodtrykk var høyest blant dem som kom til Norge etter fylte 20 år (figur 6.13). Justert for alder, og også utdanning og inntekt, var det ingen sammenheng mellom høyt blodtrykk og alder ved innvandring (tabell 6.7).



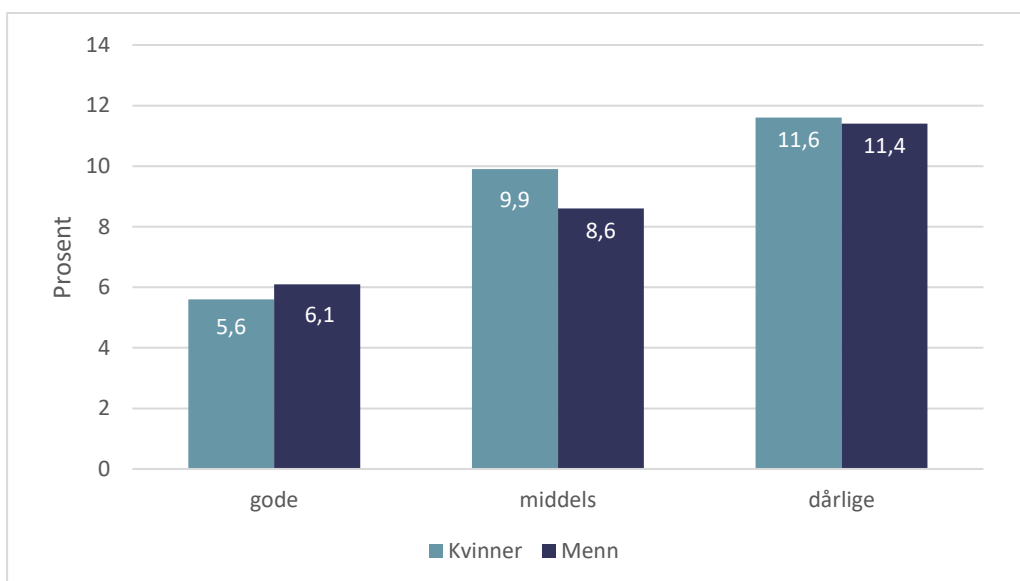
Figur 6.13. Andel med høyt blodtrykk etter alder ved innvandring (år) og kjønn

Tabell 6.7. Sammenheng mellom høyt blodtrykk og alder ved innvandring (år). Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 0-19 år

	Alder ved innvandring (år)	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	≥20	0,34 (0,21, 0,54)	0,92 (0,55, 1,53)	0,99 (0,58, 1,69)
Innvandremenn	≥20	0,42 (0,28, 0,63)	0,99 (0,65, 1,52)	0,96 (0,61, 1,49)

6.7.3. Norskkunnskaper

Det var lavest andel med høyt blodtrykk blant dem med gode norskkunnskaper (figur 6.14). Justert for alder, og også utdanning og inntekt, hadde menn med dårlige norskkunnskaper lavere odds for høyt blodtrykk enn de med gode norskkunnskaper (tabell 6.8).



Figur 6.14. Andel med høyt blodtrykk etter norskkunnskaper og kjønn

Tabell 6.8. Sammenheng mellom høyt blodtrykk og norskkunnskaper. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: gode norskkunnskaper

	Norskkunnskaper	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	Dårlige	0,45 (0,26, 0,79)	0,73 (0,41, 1,30)	0,78 (0,41, 1,50)
	Middels	0,54 (0,37, 0,79)	0,65 (0,44, 0,96)	0,73 (0,47, 1,11)
Innvandremenn	Dårlige	0,51 (0,32, 0,79)	0,64 (0,40, 1,02)	0,61 (0,38, 0,99)
	Middels	0,69 (0,48, 0,99)	0,81 (0,56, 1,17)	0,80 (0,55, 1,17)

6.8. Oppsummering hjerte- og karsykdommer

Det var en høyere andel med hjerte- og karsykdom blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig. Det var imidlertid store forskjeller mellom innvandrergupper etter landbakgrunn, med særlig høy forekomst blant menn og kvinner fra Afghanistan og Bosnia-Hercegovina, og menn fra Pakistan og Vietnam. Afghanere er en relativt ung gruppe, og det var derfor noe overraskende med en høy andel hjerte- og karlidelser i denne gruppen. Ettersom utvalget er lite og forekomsten av hjerte- og karsykdom lav, må estimatene tolkes med noe forbehold. Tidligere studier basert på registerdata har også vist en høy risiko for hjerte- og karsykdom blant innvandrere fra Sør-Asia og det tidligere Jugoslavia (21, 22) og også lav risiko for hjerte- og karsykdom blant innvandrere fra Øst-Asia. Vi fant imidlertid ikke en lavere forekomst blant vietnamesere. Ulike funn kan skyldes forskjellige inkluderingskriterier, ulik tidsramme eller underrapportering i våre data, da ikke alle husker sin egen medisinske historie. Andelen i vårt utvalg som har opplevd hjerte- og karsykdom, var begrenset til dem som hadde opplevd dette i løpet av det siste året. I tillegg vil sannsynligvis en betydelig andel ha opplevd dette tidligere. Videre var respondentene i utvalget vårt relativt unge, og de fleste hjerte- og karlidelser kommer i eldre alder. Andelen med hjerte- og karsykdom var høyest blant de eldste innvandrerne, i likhet med i befolkningen for øvrig. I tillegg var økt botid forbundet med økt risiko for menn.

Andelen med høyt blodtrykk var ganske lik blant innvandrere og i befolkningen for øvrig. Innvandrere fra Eritrea og Somalia hadde lavere odds for høyt blodtrykk enn befolkningen for øvrig. Blant innvandremenn var andelen med høyt blodtrykk høyest blant dem med lang botid i Norge, og lavest blant dem med høy inntekt. Ellers var ikke høyt blodtrykk relatert til andre sosiodemografiske eller migrasjonsrelaterte variabler i justerte analyser. Høyt blodtrykk var selvrapportert, og det er mulig at andelen med ikke oppdaget høyt blodtrykk varierer mellom grupper.

7. Rygg- og nakkeplager

Carine Øien-Ødegaard, Marte Kjøllesdal

Rygg- og nakkeplager er svært vanlig i den norske befolkningen og er den største årsaken til ikke-dødelig helsetap i Norge (23). Løft i ubekvemme stillinger er særlig knyttet til nakke- og skuldersmerter. Blant innvandrere er de vanligste yrkene innen salg og service, samt håndverkere (24), men vi vet lite om forekomsten av rygg- og nakkeplager i denne gruppen, og hvilken rolle arbeid spiller i dette.

7.1. Mål for rygg- og nakkeplager

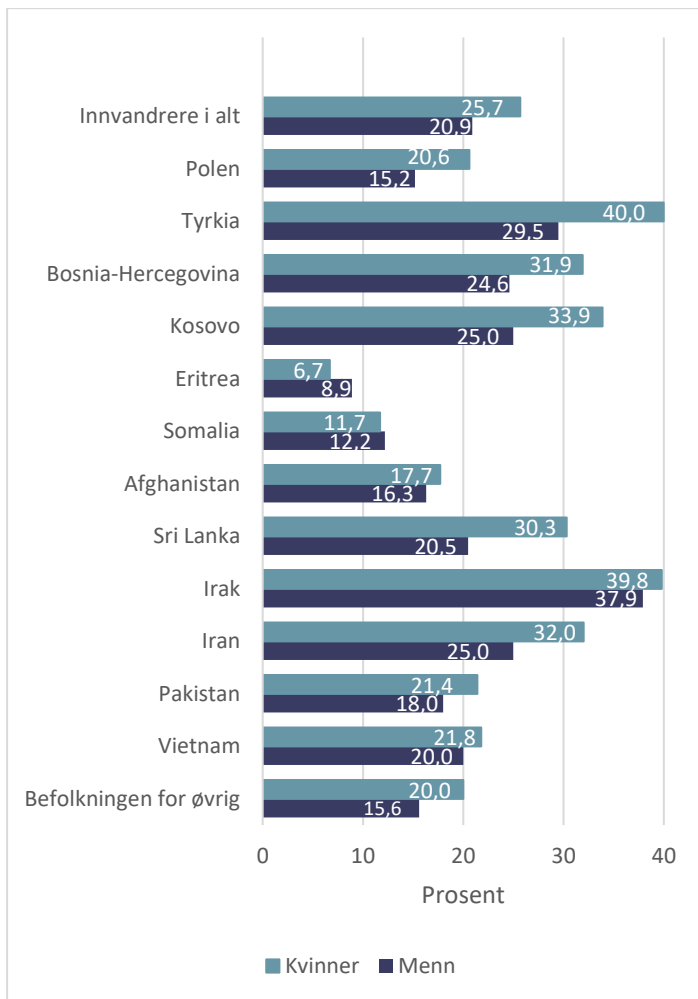
I levekårsundersøkelsene ble deltakere spurt om de har hatt en rekke forskjellige helseproblemer i løpet av de siste 12 månedene, inkludert «rygglidelse som isjias, lumbago eller prolaps» og «nakkelidelse». Deltakere som svarte ja på minst en av disse, ble klassifisert som å ha «rygg- og nakkeplager».

Figurene viser ujusterte andeler med rygg- og nakkeplager over landbakgrunn, alder, utdanning, inntekt, botid, alder ved innvandring og norskkunnskaper. I tillegg gjorde vi logistiske regresjoner for å se på sammenhengen mellom rygg- og nakkeplager og de ulike sosiodemografiske og migrasjonsrelaterte variablene med og uten justering for alder, utdanning og inntekt. Resultatene fra regresjonene er vist i tabeller.

7.2. Rygg- og nakkeplager blant innvandrere og i den øvrige befolkningen

En høyere andel blant innvandrere i alt hadde rygg- og nakkeplager enn i den øvrige befolkningen (figur 7.1). For de fleste gruppene var rygg- og nakkeplager mer utbredt blant kvinner enn menn. Det var også stor variasjon etter landbakgrunn. Blant kvinner og menn fra Tyrkia, Bosnia, Kosovo, Irak og Iran, samt kvinner fra Sri Lanka, var det en høyere andel med rygg- og nakkeplager enn i befolkningen for øvrig. Innvandrere fra Eritrea, og kvinner fra Somalia, hadde en lavere andel med rygg- og nakkeplager enn befolkningen for øvrig. Innvandrere fra Polen, Afghanistan, Pakistan og Vietnam rapporterte rygg- og nakkeplager i omtrent like stor grad som befolkningen for øvrig.

Å ta hensyn til alder, inntekt og utdanning endret lite på disse sammenhengene (tabell 7.1).



Figur 7.1. Selvrapporterte rygg- og nakkeplager etter landbakgrunn og kjønn. Prosent

N = 1860 (innvandrere, kvinner), 2334 (innvandrere, menn), 2888 (befolkningen for øvrig, kvinner), 2956 (befolkningen for øvrig, menn)

Datakilde: Levekårsundersøkelsen blant personer med innvandrerbakgrunn 2016, Levekårsundersøkelsen om helse 2015, Statistisk sentralbyrå

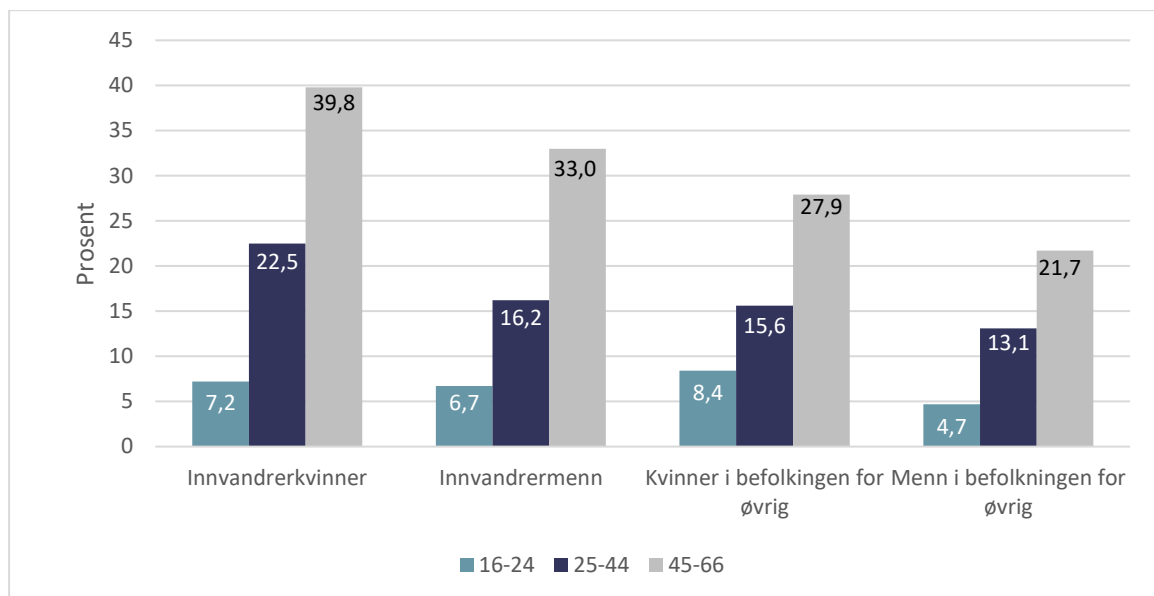
Tabell 7.1. Sammenheng mellom rygg- og nakkeplager og landbakgrunn. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: befolkningen for øvrig

	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Kvinner			
Innvandrere i alt	1,38 (1,20, 1,58)	1,59 (1,38, 1,83)	1,27 (1,08, 1,50)
Polen	1,04 (0,67, 1,61)	1,24 (0,79, 1,95)	1,17 (0,73, 1,86)
Tyrkia	2,66 (1,92, 3,68)	3,08 (2,21, 4,30)	2,20 (1,54, 3,13)
Bosnia-Hercegovina	1,87 (1,33, 2,63)	1,83 (1,29, 2,58)	1,75 (1,23, 2,49)
Kosovo	2,05 (1,47, 2,86)	2,51 (1,77, 3,55)	1,88 (1,30, 2,71)
Eritrea	0,29 (0,16, 0,51)	0,36 (0,20, 0,64)	0,22 (0,12, 0,40)
Somalia	0,53 (0,33, 0,84)	0,70 (0,43, 1,16)	0,34 (0,19, 0,61)
Afghanistan	0,86 (0,53, 1,40)	1,29 (0,78, 2,14)	0,83 (0,49, 1,45)
Sri Lanka	1,74 (1,25, 2,42)	1,68 (1,19, 2,35)	1,41 (0,99, 2,01)
Irak	2,63 (1,91, 3,64)	3,50 (2,50, 4,91)	3,55 (1,77, 3,67)
Iran	1,88 (1,36, 2,61)	2,08 (1,49, 2,92)	1,93 (1,36, 2,75)
Pakistan	1,09 (0,74, 1,60)	1,10 (0,74, 1,60)	0,77 (0,50, 1,18)
Vietnam	1,11 (0,77, 1,60)	1,17 (0,80, 1,69)	0,89 (0,59, 1,33)
Befolkningen for øvrig	1	1	1
Menn			
Innvandrere i alt	1,43 (1,24, 1,64)	1,57 (1,36, 1,82)	1,29 (1,09, 1,52)
Polen	0,97 (0,68, 1,40)	1,06 (0,74, 1,54)	0,94 (0,64, 1,39)
Tyrkia	2,27 (1,63, 3,17)	2,37 (1,69, 3,33)	1,85 (1,30, 2,64)
Bosnia-Hercegovina	1,77 (1,25, 2,51)	1,71 (1,20, 2,50)	1,60 (1,11, 2,31)
Kosovo	1,81 (1,30, 2,52)	2,08 (1,48, 2,94)	1,71 (1,19, 2,46)
Eritrea	0,53 (0,32, 0,88)	0,66 (0,39, 1,10)	0,48 (0,28, 0,82)
Somalia	0,75 (0,48, 1,19)	1,03 (0,65, 1,65)	0,73 (0,44, 1,19)
Afghanistan	1,06 (0,74, 1,51)	1,98 (1,36, 2,88)	1,66 (1,11, 2,46)
Sri Lanka	1,40 (0,98, 2,00)	1,14 (0,79, 1,64)	0,95 (0,65, 1,39)
Irak	3,32 (2,42, 4,54)	3,85 (2,77, 5,35)	3,00 (2,10, 4,27)
Iran	1,81 (1,30, 2,51)	1,77 (1,27, 2,48)	1,66 (1,16, 2,36)
Pakistan	1,19 (0,81, 1,75)	1,16 (0,78, 1,71)	0,85 (0,56, 1,30)
Vietnam	1,36 (0,90, 2,05)	1,24 (0,81, 1,88)	1,01 (0,65, 1,55)
Befolkningen for øvrig	1	1	1

7.3 Rygg- og nakkeplager og sosiodemografiske variabler

7.3.1. Aldersgruppe

Andelen med rygg- og nakkeplager var høyere i de to eldste aldergruppene enn i den yngste (figur 7.2). Dette gjaldt kvinner og menn blant innvandrere og i befolkningen for øvrig. Rundt en tredjedel av innvandrere i den eldste aldersgruppen slet med rygg- og nakkeplager, sammenlignet med 7 % i alderen 16-24 år. Justert for utdanning, inntekt og innvandringsstatus var oddsen for å rapportere rygg- og nakkeplager langt høyere i den eldste aldergruppen enn i den yngste. Dette gjaldt både kvinner og menn blant innvandrere og i befolkningen for øvrig (tabell 7.2). Blant kvinner og menn i befolkningen for øvrig, og blant innvandrerne var det også høyere odds for rygg- og nakkeplager i den midterste aldersgruppa enn i den yngste.



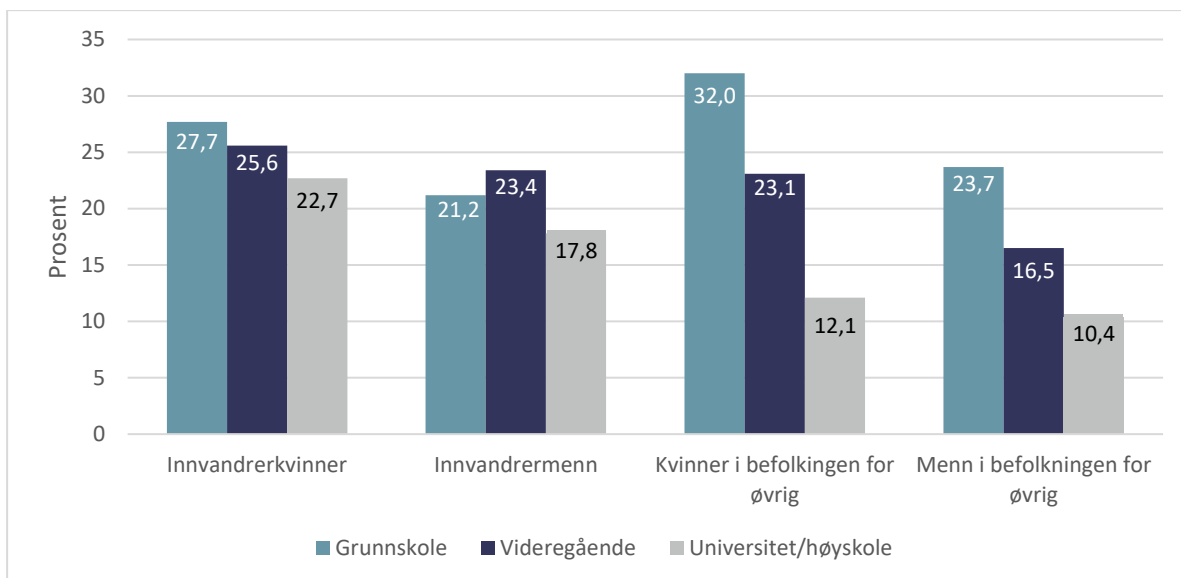
Figur 7.2. Andel med rygg- og nakkeplager etter alder (år) og kjønn, innvandrere og befolkningen for øvrig

Tabell 7.2. Sammenheng mellom rygg- og nakkeplager og alder. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 16-24 år

	Alder (år)	Ujustert	Justert for utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	25-44	1,24 (0,89, 1,75)	1,25 (0,85, 1,82)
	45-66	2,09 (1,45, 3,00)	2,14 (1,44, 3,18)
Innvandrer menn	25-44	1,69 (1,18, 2,42)	1,90 (1,28, 2,82)
	45-66	2,38 (1,65, 3,41)	2,59 (1,75, 3,85)
Kvinner i befolkningen for øvrig	25-44	2,02 (1,43, 2,85)	2,15 (1,44, 3,21)
	45-66	4,23 (3,06, 5,85)	3,82 (2,60, 5,61)
Menn i befolkningen for øvrig	25-44	3,06 (1,99, 4,69)	3,74 (2,18, 6,40)
	45-66	5,61 (3,73, 8,43)	6,35 (3,75, 10,75)

7.3.2. Utdanningsnivå

Det var en utdanningsgradient for rygg- og nakkeplager blant innvandrerkvinner, men ikke blant innvandrer menn. I befolkningen for øvrig var andelen med rygg- og nakkeproblemer lavest blant dem med høy utdanning og høyest blant dem med lav utdanning (figur 7.3). Justert for alder og inntekt var det ingen sammenheng mellom utdanningsnivå og rygg- og nakkeplager blant innvandrere. Det var en sammenheng blant kvinner og menn i befolkningen for øvrig, hvor de med universitetsutdanning hadde lavere odds for rygg- og nakkeplager enn de med grunnskoleutdanning (tabell 7.3).



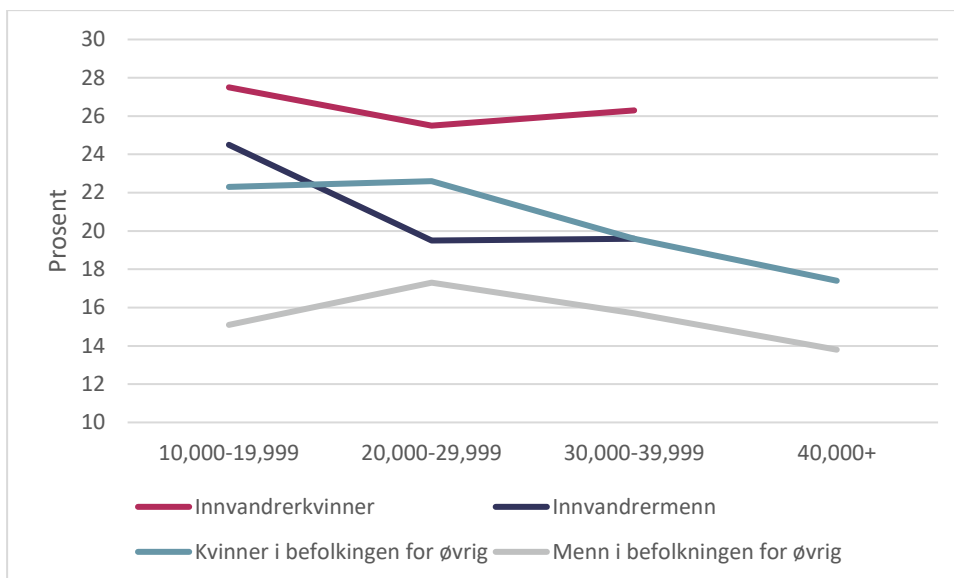
Figur 7.3. Andel med rygg- og nakkeplager etter utdanningsnivå og kjønn, innvandrere og befolkningen for øvrig

Tabell 7.3. Sammenheng mellom rygg- og nakkeplager og utdanning. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: grunnskole

	Utdanning	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder og inntekt
Innvandrerkvinner	Videregående	0,95 (0,73, 1,22)	0,98 (0,76, 1,28)	1,01 (0,77, 1,32)
	Universitet/høyskole	0,99 (0,79, 1,26)	1,04 (0,82, 1,33)	1,07 (0,82, 1,38)
Innvandrer menn	Videregående	1,24 (0,97, 1,60)	1,20 (0,93, 1,55)	1,24 (0,95, 1,60)
	Universitet/høyskole	1,36 (1,06, 1,74)	1,31 (1,02, 1,68)	1,38 (1,06, 1,79)
Kvinner i befolkningen for øvrig	Videregående	0,64 (0,51, 0,81)	0,81 (0,63, 1,02)	0,78 (0,61, 1,00)
	Universitet/høyskole	0,33 (0,26, 0,41)	0,40 (0,32, 0,50)	0,41 (0,32, 0,52)
Menn i befolkningen for øvrig	Videregående	0,63 (0,50, 0,80)	0,75 (0,59, 0,95)	0,79 (0,61, 1,01)
	Universitet/høyskole	0,37 (0,29, 0,49)	0,45 (0,34, 0,59)	0,48 (0,36, 0,64)

7.3.3. Inntekt

Figur 7.4 viser en invers sammenheng mellom inntekt og rygg- og nakkeplager blant innvandrer menn og blant kvinner og menn i befolkningen for øvrig. Disse sammenhengene besto justert for alder og utdanning (tabell 7.4).



Figur 7.4. Andel med rygg- og nakkeplager etter husholdningsinntekt (kroner) og kjønn, innvandrere og befolkningen for øvrig. 40,000+ ekskludert for innvandrere på grunn av små tall

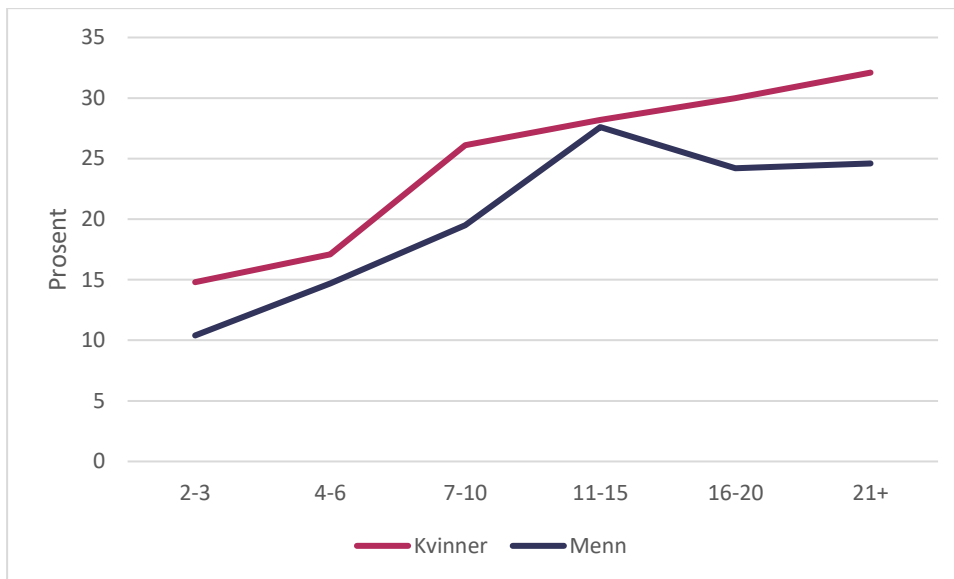
Tabell 7.4. Sammenheng mellom rygg- og nakkeplager og husholdningsinntekt (NOK). Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 10,000-19,999

	Inntekt (NOK)	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder og utdanning
Innvandrerkvinner	20,000-29,999	1,04 (0,84, 1,29)	0,98 (0,79, 1,22)	0,99 (0,79, 1,25)
	30,000-39,999	1,01 (0,72, 1,43)	0,91 (0,65, 1,30)	0,90 (0,62, 1,31)
	≥ 40,000			
Innvandrer menn	20,000-29,999	0,83 (0,66, 1,04)	0,78 (0,62, 0,97)	0,76 (0,60, 0,95)
	30,000-39,999	0,90 (0,65, 1,25)	0,86 (0,62, 1,20)	0,76 (0,54, 1,07)
	≥ 40,000			
Kvinner i befolkningen for øvrig	20,000-29,999	1,02 (0,77, 1,34)	0,86 (0,64, 1,14)	0,95 (0,70, 1,27)
	30,000-39,999	0,84 (0,63, 1,12)	0,63 (0,47, 0,87)	0,75 (0,55, 1,03)
	≥ 40,000	0,73 (0,53, 1,00)	0,49 (0,35, 0,68)	0,64 (0,45, 0,90)
Menn i befolkningen for øvrig	20,000-29,999	1,18 (0,84, 1,64)	1,00 (0,71, 1,41)	1,07 (0,75, 1,52)
	30,000-39,999	1,05 (0,75, 1,49)	0,78 (0,55, 1,12)	0,92 (0,64, 1,33)
	≥ 40,000	0,90 (0,62, 1,31)	0,59 (0,40, 0,87)	0,72 (0,48, 1,09)

7.4. Rygg- og nakkeplager og migrasjonsrelaterte faktorer

7.4.1. Botid

Andelen med rygg- og nakkeplager var lavest blant dem med kort botid og høyest blant dem med lang botid (figur 7.5). Andelen var om lag dobbelt så høy blant dem med botid >20 år enn dem med botid på 2-3 år. Justering for alder, utdanning og inntekt endret ikke sammenhengen mellom botid og rygg- og nakkeplager (tabell 7.5).



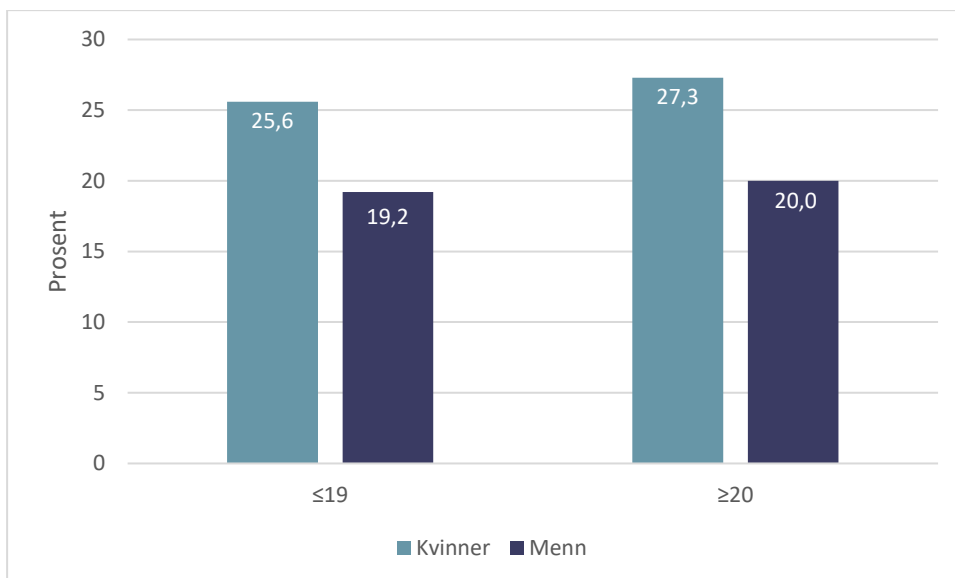
Figur 7.5. Andel med rygg- og nakkeplager etter botid (år) og kjønn

Tabell 7.5. Sammenheng mellom rygg- og nakkeplager og botid (år). Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 2-3 år

	Botid (år)	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	4-6	0,96 (0,62, 1,51)	0,96 (0,61, 1,50)	0,95 (0,58, 1,54)
	7-10	1,54 (1,00, 2,36)	1,55 (1,01, 2,38)	1,63 (1,03, 2,58)
	11-15	2,54 (1,73, 3,73)	2,49 (1,69, 3,65)	2,65 (1,75, 4,01)
	16-20	1,99 (1,31, 3,04)	1,83 (1,20, 2,81)	2,07 (1,31, 3,27)
	≥21	2,59 (1,80, 3,73)	2,20 (1,51, 3,21)	2,35 (1,56, 3,55)
Innvandremenn	4-6	1,65 (1,06, 2,58)	1,63 (1,04, 2,55)	1,90 (1,18, 3,05)
	7-10	1,80 (1,12, 2,89)	1,71 (1,06, 2,74)	1,88 (1,13, 3,12)
	11-15	2,73 (1,82, 4,11)	2,62 (1,74, 3,94)	2,79 (1,80, 4,33)
	16-20	2,43 (1,49, 3,98)	2,19 (1,33, 3,61)	2,27 (1,33, 3,87)
	≥21	3,20 (2,18, 4,69)	2,67 (1,78, 4,00)	3,05 (1,98, 4,70)

7.4.2. Alder ved innvandring

Når vi ikke tok hensyn til andre variabler, var det ingen sammenheng mellom alder ved innvandring og rygg- og nakkeplager (figur 7.6). Justert for alder, utdanning og inntekt hadde de som kom til Norge etter fylte 20 år, lavere odds for rygg- og nakkeplager enn de som kom i yngre alder (tabell 7.6).



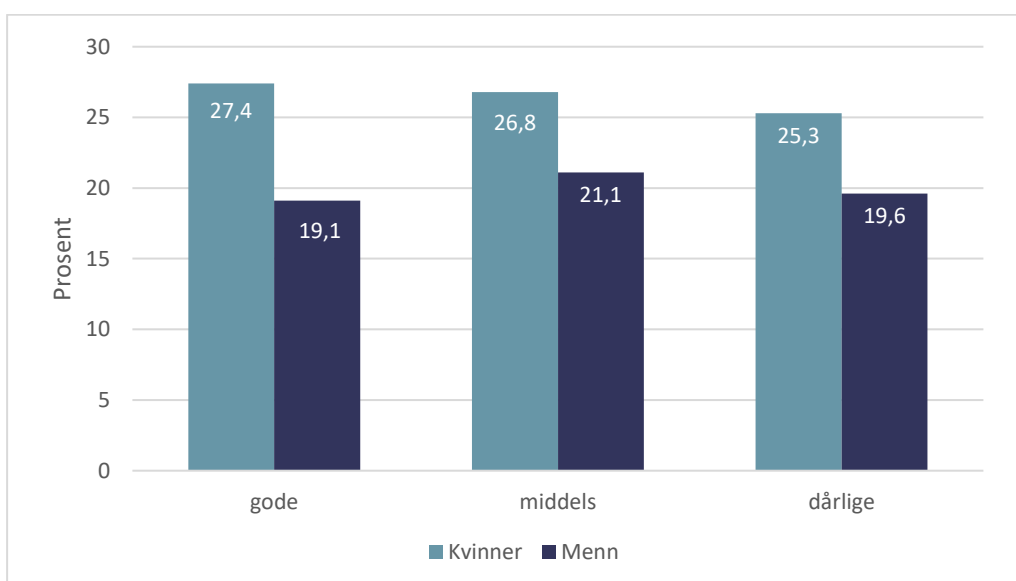
Figur 7.6. Andel med rygg- og nakkeplager etter alder ved innvandring (år) og kjønn

Tabell 7.6. Sammenheng mellom rygg- og nakkeplager og alder ved innvandring (år). Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 0-19 år

	Alder ved innvandring (år)	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	≥20	1,09 (0,88, 1,35)	0,77 (0,60, 0,99)	0,76 (0,58, 0,98)
Innvandremenn	≥20	1,05 (0,85, 1,30)	0,72 (0,56, 0,93)	0,69 (0,54, 0,90)

7.4.3. Norskkunnskaper

Rygg- og nakkeplager varierte ikke med norskkunnskaper (figur 7.7), heller ikke etter justering for alder, utdanning, inntekt.



Figur 7.7. Andel med rygg- og nakkeplager etter norskkunnskaper og kjønn

Tabell 7.7. Sammenheng mellom rygg- og nakkeplager og norskkunnskaper. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: gode norskkunnskaper

	Norskkunnskaper	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	Dårlige	0,90 (0,61, 1,33)	0,75 (0,50, 1,12)	0,75 (0,48, 1,17)
	Middels	0,97 (0,77, 1,22)	0,89 (0,71, 1,13)	0,84 (0,65, 1,08)
Innvandremenn	Dårlige	0,99 (0,70, 1,40)	0,89 (0,63, 1,26)	0,92 (0,64, 1,31)
	Middels	1,09 (0,86, 1,38)	1,02 (0,80, 1,29)	1,02 (0,79, 1,31)

7.5. Oppsummering rygg- og nakkeplager

Generelt hadde innvandrere noe høyere forekomst av rygg- og nakkeplager enn befolkningen for øvrig, og forekomsten var høyest blant dem med lang botid i Norge. Det var spesielt høy forekomst blant innvandrere fra Tyrkia, Bosnia-Hercegovina, Kosovo, Irak og Iran, samt menn fra Afghanistan. Det er få studier som har sett på rygg- og nakkeplager blant innvandrere i Norge, men helseundersøkelsen i Oslo viste at forekomsten av muskel- og skjelettplager var tre-åtte ganger høyere blant innvandrerne (de som deltok, var fra Iran, Vietnam, Pakistan, Sri-Lanka og Tyrkia) enn i den norske befolkningen (19), med nakkesmerter blant de vanligste (25). Dette var tilsvarende funn i Levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2016 for tyrkere og iranere, men ikke de andre gruppene i helseundersøkelsen i Oslo. Tidligere undersøkelser i den norske befolkningen har imidlertid rapportert at omtrent 50 prosent har ryggsmarter og mellom 30-50 prosent har nakkeplager i løpet av et år (26-27), noe som var langt høyere enn i denne rapporten.

8. Nedsatt funksjonsevne

Carine Øien-Ødegaard, Melanie Lindsay Straiton, Marte Kjøllesdal

Mennesker med nedsatt funksjonsevne er en heterogen gruppe med svært forskjellige utfordringer. Mens noen er født med en funksjonsnedsettelse, har andre ervervet problemene som følge av skade eller sykdom. Avvik både i kroppens psykologiske, fysiologiske og biologiske funksjoner kan gi nedsatt funksjonsevne. Det samme kan skade på eller tap av en kroppsdel.

8.1. Mål for nedsatt funksjonsevne

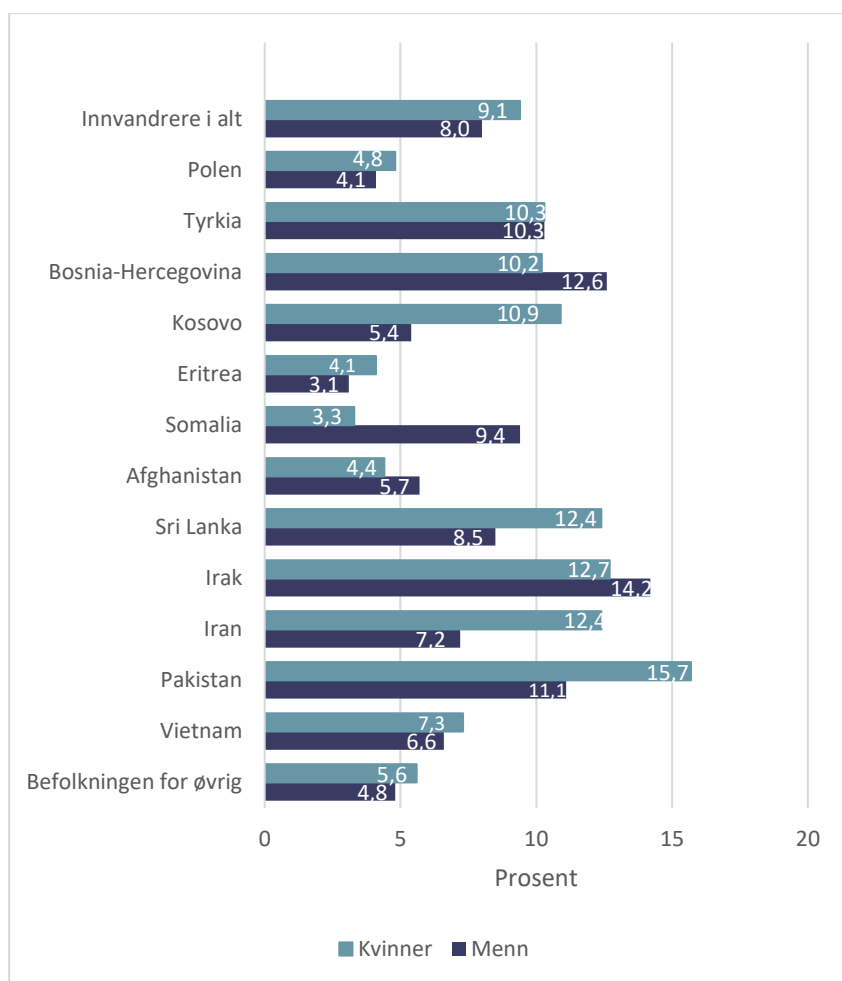
Denne indikatoren handler om i hvilken grad helseproblemer påvirker personens hverdag. Deltakerne ble stilt to spørsmål: 1) *Har du noen langvarige sykdommer eller helseproblemer? Vi tenker også på sykdommer eller problemer som er sesongbetonte eller kommer og går.* 2) *Har du funksjonshemming, eller har du plager som følger av skade? Vi tenker også på plager som kommer og går.* Deltakere som svarte ja på ett eller begge spørsmål, ble deretter spurt om dette skapte begrensninger når de skulle utføre alminnelige hverdagsaktiviteter. De som sa ja, ble spurt om begrensningene hadde vart i seks måneder eller mer, og om de hadde noen eller store begrensninger. I denne delen fokuserer vi på deltakere som rapporterer store langvarige nedsatte funksjonsevner, definert som «nedsatt funksjonsevne».

Figurene viser ujusterte andeler med nedsatt funksjonsevne over landbakgrunn, alder, utdanning, inntekt, botid, alder ved innvandring og norskkunnskaper. I tillegg gjorde vi logistiske regresjoner for å se på sammenhengen mellom nedsatt funksjonsevne og de ulike sosiodemografiske og migrasjonsrelaterte variablene med og uten justering for alder, utdanning og inntekt. Resultatene fra regresjonene er vist i tabeller. På grunn av få personer med nedsatt funksjonsevne i den yngste aldersgruppen er ikke den yngste gruppen tatt med i regresjonene hvor alder er eksponeringen.

8.2. Nedsatt funksjonsevne blant innvandrere og i befolkningen for øvrig

En høyere andel innvandrere i alt rapporterte nedsatt funksjonsevne enn i befolkningen for øvrig (figur 8.1). Det var også en større andel kvinner enn menn som rapporterte nedsatt funksjonsevne, med unntak av innvandrere fra Bosnia-Hercegovina, Somalia, Irak og Afghanistan. Kvinner og menn fra Tyrkia, Bosnia-Hercegovina, Irak og Pakistan, samt kvinner fra Kosovo og Iran og menn fra Somalia og Sri Lanka, hadde en høyere andel som rapporterte nedsatt funksjonsevne, enn befolkningen for øvrig.

Justert for alder, utdanning og inntekt var oddsen for å rapportere nedsatt funksjonsevne høyere blant menn fra Bosnia-Hercegovina og Irak enn blant menn i befolkningen for øvrig (tabell 8.1), og den var omtrent dobbelt så høy. Blant kvinner hadde de fra Bosnia-Hercegovina, Kosovo, Irak, Iran og Pakistan høyere odds for å oppleve nedsatt funksjonsevne enn kvinner i den øvrige befolkningen. Kvinner fra Eritrea og Somalia, og menn fra Eritrea, hadde lavere odds for nedsatt funksjonsevne enn befolkningen for øvrig.



Figur 8.1. Deltakere med nedsatt funksjonsevne. Prosent

Datakilde: Levekårsundersøkelsen blant personer med innvandrerbakgrunn 2016, Levekårsundersøkelsen om helse 2015, Statistisk sentralbyrå.

N = 1966 (innvandrere (kvinner), 2365 (innvandrere, menn), 2955 (befolkningen for øvrig, kvinner), 2974 (befolkningen for øvrig, menn))

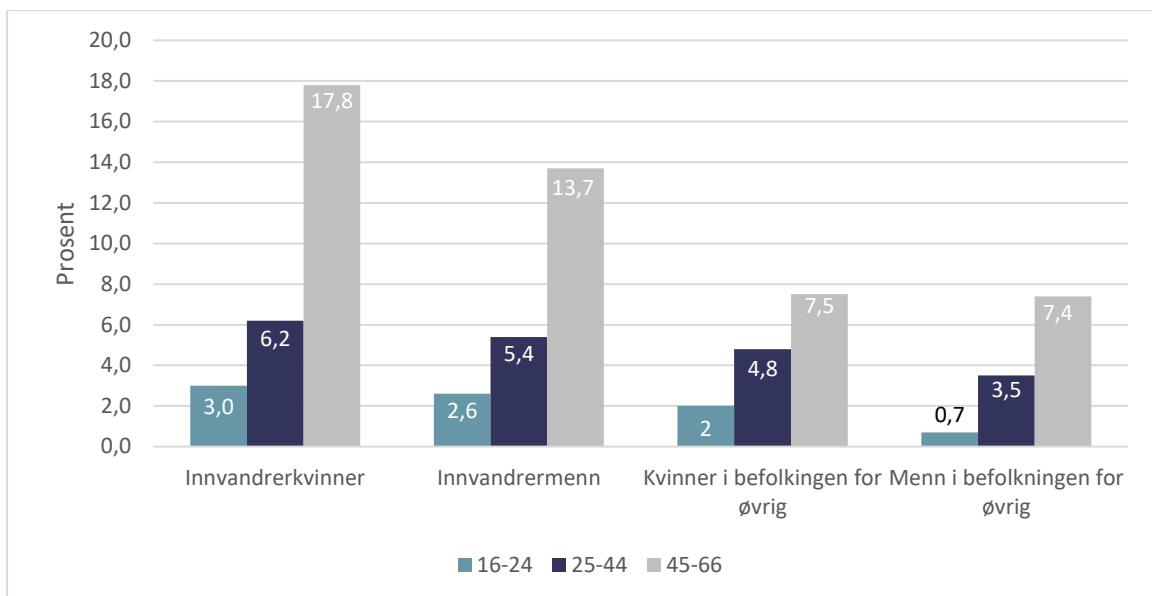
Tabell 8.1. Sammenheng mellom nedsatt funksjonsevne og landbakgrunn. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: befolkningen for øvrig

	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Kvinner			
Innvandrere i alt	1,71 (1,37, 2,13)	2,00 (1,59, 2,49)	1,71 (1,37, 2,13)
Polen	0,85 (0,37, 1,96)	1,03 (0,44, 2,39)	0,99 (0,42, 2,32)
Tyrkia	1,96 (1,16, 3,31)	2,22 (1,30, 3,78)	1,12 (0,63, 2,01)
Bosnia-Hercegovina	1,93 (1,14, 3,26)	1,88 (1,11, 3,19)	1,75 (1,02, 3,01)
Kosovo	2,08 (1,25, 3,49)	2,50 (1,48, 4,22)	1,63 (0,93, 2,84)
Eritrea	0,74 (0,36, 1,52)	0,95 (0,46, 1,98)	0,33 (0,14, 0,77)
Somalia	0,59 (0,26, 1,34)	0,79 (0,34, 1,81)	0,29 (0,10, 0,81)
Afghanistan	0,79 (0,32, 1,96)	1,20 (0,48, 3,02)	0,74 (0,29, 1,91)
Sri Lanka	2,40 (1,50, 3,85)	2,33 (1,44, 3,75)	1,40 (0,82, 2,39)
Irak	2,45 (1,51, 3,97)	3,17 (1,93, 5,20)	1,94 (1,14, 3,30)
Iran	2,40 (1,50, 3,85)	2,66 (1,64, 4,29)	2,29 (1,38, 3,81)
Pakistan	3,18 (2,01, 5,01)	3,32 (2,09, 5,27)	1,94 (1,17, 3,21)
Vietnam	1,33 (0,74, 2,38)	1,41 (0,78, 2,53)	0,94 (0,50, 1,76)
Befolkningen for øvrig	1	1	1
Menn			
Innvandrere i alt	1,73 (1,38, 2,17)	1,93 (1,54, 2,43)	1,09 (0,84, 1,41)
Polen	0,86 (0,45, 1,65)	0,96 (0,50, 1,86)	0,68 (0,34, 1,37)
Tyrkia	2,28 (1,38, 3,78)	2,41 (1,45, 4,02)	1,18 (0,69, 2,04)
Bosnia-Hercegovina	2,85 (1,79, 4,55)	2,77 (1,72, 4,46)	2,24 (1,36, 3,68)
Kosovo	1,14 (0,61, 2,14)	1,30 (0,69, 2,45)	0,76 (0,39, 1,48)
Eritrea	0,64 (0,28, 1,48)	0,85 (0,37, 1,96)	0,39 (0,17, 0,92)
Somalia	2,06 (1,21, 3,48)	3,07 (1,78, 5,28)	1,09 (0,60, 1,99)
Afghanistan	1,21 (0,69, 2,13)	2,44 (1,35, 4,41)	1,25 (0,67, 2,32)
Sri Lanka	1,85 (1,10, 3,13)	1,51 (0,89, 2,56)	0,97 (0,56, 1,68)
Irak	3,31 (2,11, 5,17)	3,79 (2,39, 5,99)	1,90 (1,15, 3,12)
Iran	1,54 (0,89, 2,68)	1,49 (0,86, 2,61)	1,15 (0,64, 2,06)
Pakistan	2,48 (1,53, 4,02)	2,48 (1,52, 4,06)	1,04 (0,60, 1,80)
Vietnam	1,42 (0,73, 2,75)	1,30 (0,67, 2,54)	0,80 (0,40, 1,59)
Befolkningen for øvrig	1	1	1

8.3. Nedsatt funksjonsevne og sosiodemografiske variabler

8.3.1. Aldersgruppe

Andelen med nedsatt funksjonsevne var høyest blant de eldste og lavest blant de yngste i alle grupper (figur 8.2). Justert for utdanning og inntekt var det en sammenheng mellom alder og nedsatt funksjonsevne blant kvinner i begge grupper (tabell 8.2), men sterkere blant innvandrerkvinner enn blant kvinner i befolkningen for øvrig. Blant menn var det en sammenheng mellom alder og nedsatt funksjonsevne, og den var omtrent like sterk blant både innvandrere og befolkningen for øvrig.



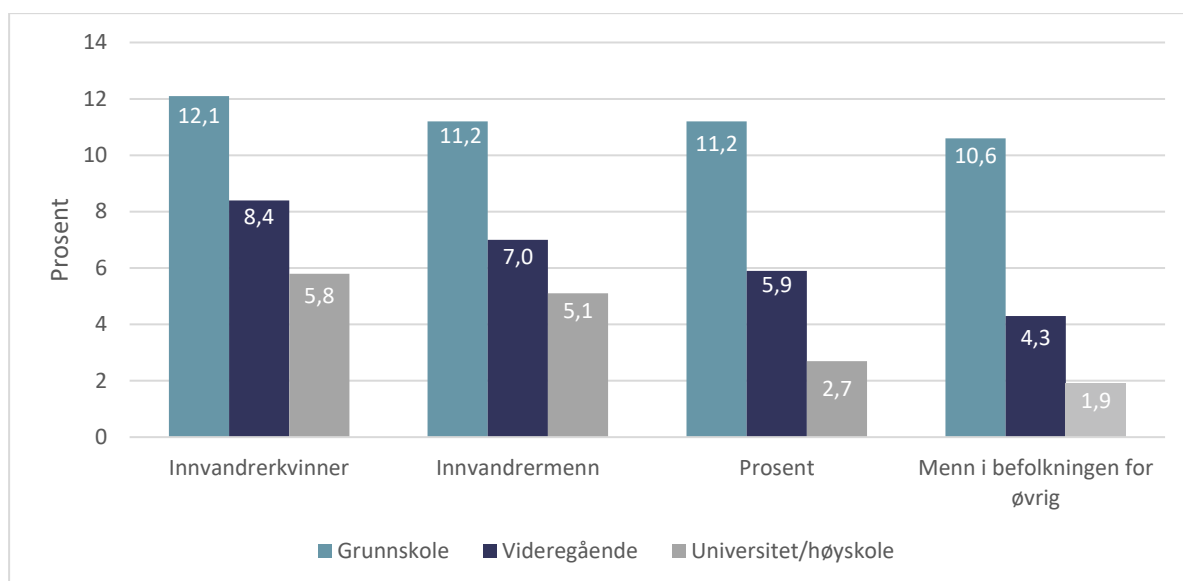
Figur 8.2. Andel med nedsatt funksjonsevne etter alder (år) og kjønn, innvandrere og befolkningen for øvrig

Tabell 8.2. Sammenheng mellom nedsatt funksjonsevne og alder. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 25-44 år

	Alder (år)	Ujustert	Justert for utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	45-66	3,26 (2,36 (4,49))	3,05 (2,18, 4,27)
Innvandremenn	45-66	2,79 (2,03, 3,84)	2,12 (1,40, 3,22)
Kvinner i befolkningen for øvrig	45-66	1,59 (1,12, 2,26)	1,23 (0,84, 1,79)
Menn i befolkningen for øvrig	45-66	2,20 (1,49, 3,26)	2,12 (1,40, 3,22)

8.3.2. Utdanningsnivå

Andelen som rapporterte nedsatt funksjonsevne, var lavest blant dem med høyt utdanningsnivå (figur 8.3), både blant innvandrere og i befolkningen for øvrig. Justert for alder og inntekt var det fortsatt en sammenheng mellom utdanning og nedsatt funksjonsevne blant kvinner og menn, både blant innvandrere og i befolkningen for øvrig (tabell 8.3).



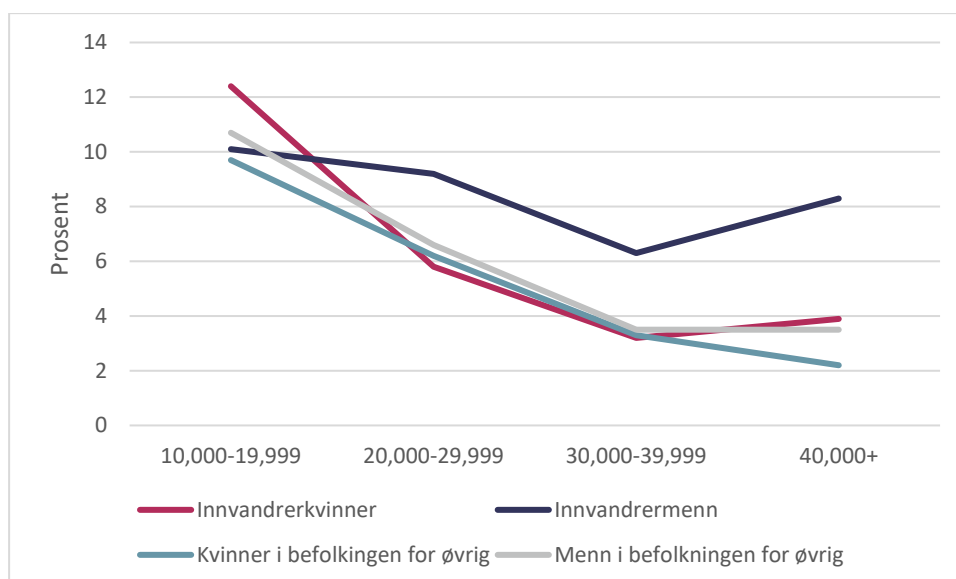
Figur 8.3. Andel med nedsatt funksjonsevne etter utdanningsnivå og kjønn, innvandrere og befolkningen for øvrig

Tabell 8.3. Sammenheng mellom nedsatt funksjonsevne og utdanning. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: grunnskole

	Utdanning	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder og inntekt
Innvandrerkvinner	Videregående	0,67 (0,46, 0,98)	0,72 (0,49, 1,06)	0,76 (0,51, 1,14)
	Universitet/høyskole	0,45 (0,31, 0,67)	0,49 (0,33, 0,74)	0,53 (0,34, 0,82)
Innvandrer menn	Videregående	0,60 (0,42, 0,86)	0,54 (0,38, 0,77)	0,64 (0,44, 0,93)
	Universitet/høyskole	0,43 (0,29, 0,63)	0,38 (0,25, 0,56)	0,46, (0,30, 0,69)
Kvinner i befolkningen for øvrig	Videregående	0,50 (0,34, 0,73)	0,59 (0,40, 0,87)	0,61 (0,41, 0,91)
	Universitet/høyskole	0,23 (0,15, 0,34)	0,26 (0,17, 0,39)	0,32 (0,21, 0,49)
Menn i befolkningen for øvrig	Videregående	0,38 (0,26, 0,56)	0,46 (0,31, 0,67)	0,53 (0,36, 0,78)
	Universitet/høyskole	0,16 (0,10, 0,27)	0,20 (0,12, 0,34)	0,29 (0,17, 0,48)

8.3.3. Inntekt

Andelen med nedsatt funksjonsevne var høyest blant dem med lav inntekt i alle gruppene (figur 8.4). Justert for alder og utdanning var det ingen sammenheng mellom inntekt og nedsatt funksjonsevne blant innvandrerkvinner, men derimot blant kvinner i befolkningen for øvrig. Blant menn var det en sammenheng i begge grupper (tabell 8.4).



Figur 8.4. Andel med nedsatt funksjonsevne etter husholdningsinntekt (kroner) og kjønn, innvandrere og befolkningen for øvrig

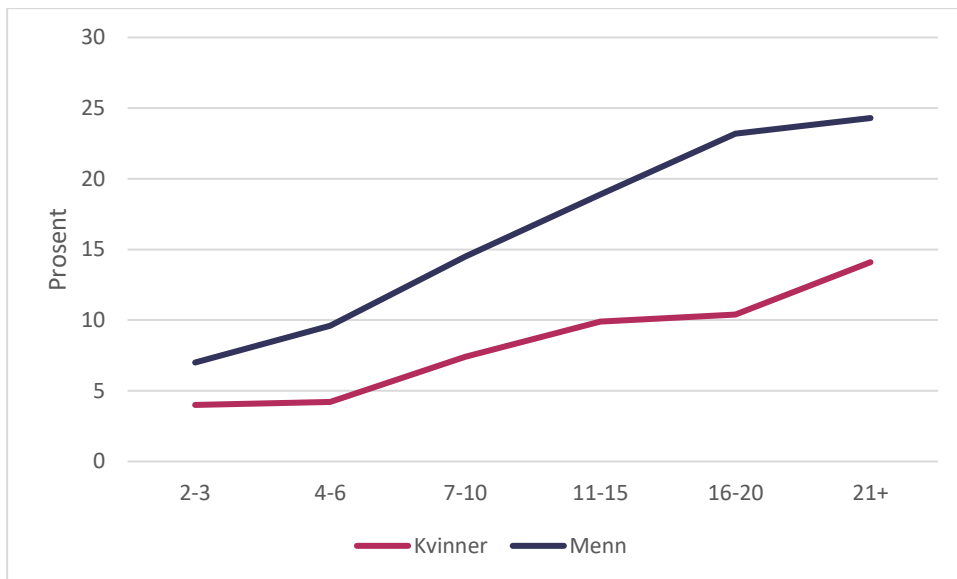
Tabell 8.4. Sammenheng mellom nedsatt funksjonsevne og husholdningsinntekt (NOK). Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 10,000-19,999

	Inntekt (NOK)	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder og utdanning
Innvandrerkvinner	20,000-29,999	0,90 (0,65, 1,25)	0,79 (0,57, 1,11)	0,87 (0,61, 1,24)
	30,000-39,999	0,61 (0,33, 1,11)	0,48 (0,26, 0,89)	0,64 (0,33, 1,22)
	> 40,000	0,81 (0,10, 6,38)	0,61 (0,08, 4,90)	0,82 (0,10, 6,69)
Innvandrer menn	20,000-29,999	0,44 (0,31, 0,61)	0,38 (0,27, 0,53)	0,42 (0,30, 0,59)
	30,000-39,999	0,23 (0,12, 0,46)	0,21 (0,11, 0,43)	0,26 (0,13, 0,52)
	> 40,000	0,29 (0,07, 1,21)	0,25 (0,06, 1,06)	0,35 (0,08, 1,48)
Kvinner i befolkningen for øvrig	20,000-29,999	0,59 (0,39, 0,87)	0,49 (0,33, 0,74)	0,53 (0,35, 0,81)
	30,000-39,999	0,30 (0,19, 0,49)	0,23 (0,14, 0,37)	0,28 (0,17, 0,46)
	> 40,000	0,31 (0,18, 0,53)	0,21 (0,12, 0,37)	0,28 (0,16, 0,50)
Menn i befolkningen for øvrig	20,000-29,999	0,62 (0,40, 0,96)	0,50 (0,32, 0,78)	0,55 (0,34, 0,86)
	30,000-39,999	0,32 (0,19, 0,54)	0,22 (0,13, 0,37)	0,28 (0,16, 0,48)
	> 40,000	0,21 (0,11, 0,41)	0,13 (0,06, 0,25)	0,18 (0,09, 0,35)

8.4. Nedsatt funksjonsevne og migrasjonsrelaterte variabler

8.4.1 Botid

Andelen med nedsatt funksjonsevne var lavest blant dem med kort botid, for både menn og kvinner (figur 8.5), også etter justering for alder, utdanning og inntekt (tabell 8.5).



Figur 8.5. Andel med nedsatt funksjonsevne etter botid (år) og kjønn

Tabell 8.5. Sammenheng mellom nedsatt funksjonsevne og botid (år). Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 2-3 år

	Botid (år)	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	4-6	1,06 (0,46, 2,43)	1,04 (0,45, 2,42)	1,13 (0,45, 2,79)
	7-10	1,94 (0,90, 4,16)	1,98 (0,92, 4,28)	2,11 (0,91, 4,88)
	11-15	2,66 (1,33, 5,31)	2,38 (1,18, 4,80)	2,99 (1,39, 6,42)
	16-20	2,81 (1,35, 5,84)	2,10 (1,00, 4,41)	2,56 (1,13, 5,82)
	≥21	3,98 (2,08, 7,63)	2,38 (1,21, 4,65)	3,05 (1,44, 6,44)
Innvandremenn	4-6	1,87 (0,88, 3,95)	1,70 (0,80, 3,61)	1,85 (0,84, 4,08)
	7-10	2,48 (1,16, 5,31)	1,99 (0,92, 4,28)	2,13 (0,94, 4,84)
	11-15	3,22 (1,63, 6,35)	2,62 (1,32, 5,21)	2,62 (1,27, 5,40)
	16-20	4,76 (2,28, 9,95)	3,13 (1,47, 6,66)	3,84 (1,73, 8,52)
	≥21	3,72 (1,95, 7,09)	1,89 (0,96, 3,73)	2,24 (1,10, 4,60)

8.4.2. Alder ved innvandring

Andelen med nedsatt funksjonsevne var høyere blant kvinner og menn som kom til Norge etter fylte 20 år, enn blant kvinner og menn som kom til Norge før fylte 20 år (figur 8.6). Justert for alder, og for utdanning og inntekt, var det ingen sammenheng mellom nedsatt funksjonsevne og alder ved innvandring verken blant kvinner eller menn (tabell 8.6).



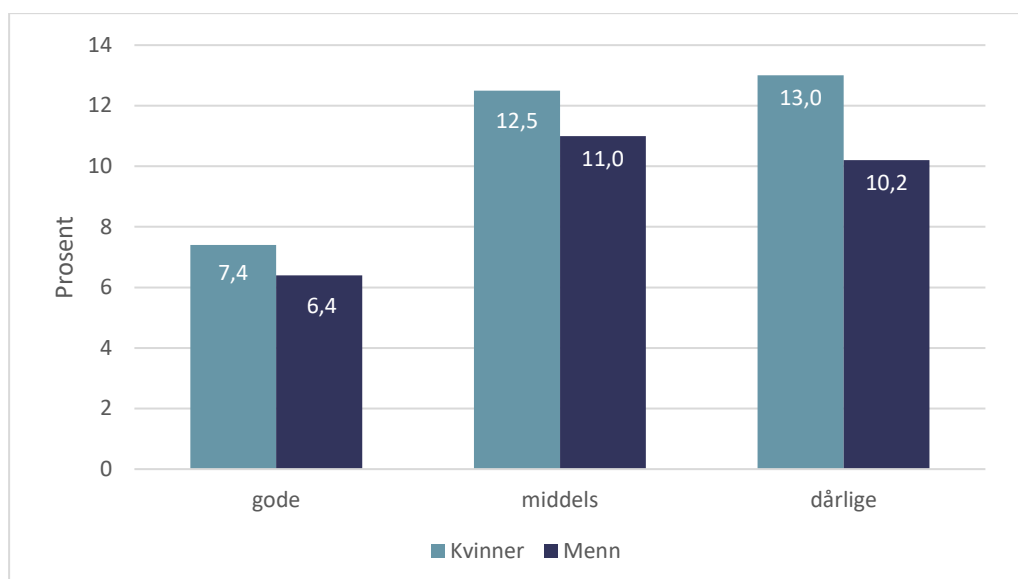
Figur 8.6 Andel med nedsatt funksjonsevne etter alder ved innvandring (år) og kjønn

Tabell 8.6. Sammenheng mellom nedsatt funksjonsevne og alder ved innvandring (år). Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 0-19 år

	Alder ved innvandring (år)	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	≥ 20	2,14 (1,47, 3,13)	1,08 (0,70, 1,64)	1,03 (0,66, 1,60)
Innvandremenn	≥ 20	1,82 (1,29, 2,58)	0,96 (0,65, 1,41)	1,07 (0,72, 1,61)

8.4.3. Norskkunnskaper

Blant kvinner var det en høyere andel med nedsatt funksjonsevne blant dem med middels og dårlige norskkunnskaper enn blant dem med gode norskkunnskaper (figur 8.7). Menn med gode norskkunnskaper hadde lavere andel med nedsatt funksjonsevne enn de med middels norskkunnskaper. Justert for alder, utdanning og inntekt var det ingen sammenheng mellom norskkunnskaper og nedsatt funksjonsevne (tabell 8.7).



Figur 8.7. Andel med nedsatt funksjonsevne etter norskkunnskaper og kjønn

Tabell 8.7. Sammenheng mellom nedsatt funksjonsevne og norskkunnskaper. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: gode norskkunnskaper

	Norskkunnskaper	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	Dårlige	1,87 (1,10, 3,18)	1,33 (0,78, 2,29)	0,91 (0,48, 1,72)
	Middels	1,79 (1,28, 2,51)	1,56 (1,11, 2,19)	1,33 (0,91, 1,94)
Innvandremenn	Dårlige	1,66 (1,04, 2,66)	1,37 (0,86, 2,20)	1,12 (0,67, 1,87)
	Middels	1,81 (1,30, 2,53)	1,61 (1,15, 2,25)	1,34 (0,94, 1,90)

8.5 Oppsummering nedsatt funksjonsevne

Andelen som rapporterte nedsatt funksjonsevne, var høyere blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig, men varierte med landbakgrunn. Blant kvinner var det høyest andel med nedsatt funksjonsevne blant dem fra Pakistan, Irak og Sri Lanka, mens blant menn var andelen høyest blant dem fra Irak, Bosnia-Hercegovina og Pakistan. I justerte analyser var andelen som rapporterte nedsatt funksjonsevne, høyest blant de eldste og blant dem med lengst botid og lavere blant dem med høy utdanning. Blant menn var andelen lavest blant dem med høy inntekt.

9. Psykiske plager

Melanie Lindsay Straiton, Marte Kjøllesdal

God psykisk helse handler om god livskvalitet og det å mestre vanlige belastninger i hverdagen. Psykiske helseproblemer deles vanligvis inn i psykiske plager og psykiske lidelser. Psykiske plager oppleves belastende, påvirker ofte tanker, følelser og væremåte og kan påvirke hvordan en person fungerer i hverdagen. Psykiske lidelser påvirker livet i større grad og brukes bare når kriteriene for en diagnose er oppfylt (28). I denne rapporten fokuserer vi på psykiske plager.

9.1. Mål for psykiske plager

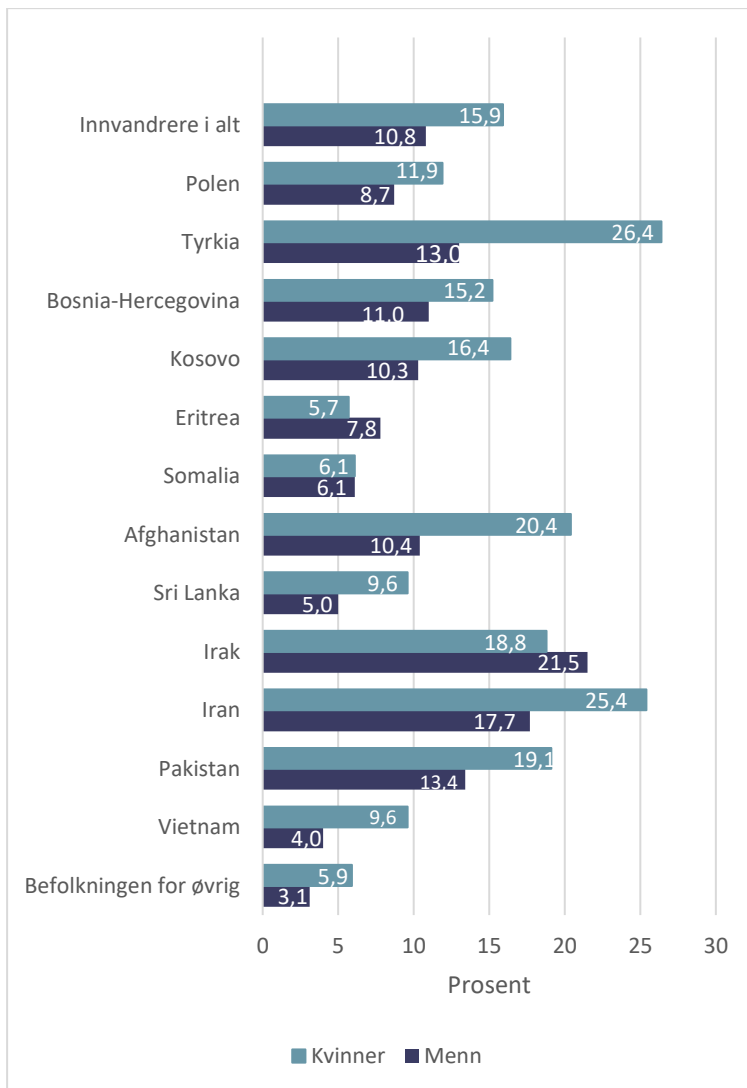
I denne studien bruker vi Hopkins Symptoms Checklist Scale (HSCL), et validert instrument for å fange opp depresjon og angst. Fem spørsmål brukes her: *Har du i det siste 14 dagene vært: «ikke plaget», «litt plaget», «ganske mye plaget» eller «veldig mye plaget av» 1) nervøsitet og indre uro, 2) å være stadig redd eller engstelig, 3) en følelse av håpløshet med tanke på fremtiden, 4) å være nedtrykt eller tungsindig 5) å være bekymret eller urolig?* De to første spørsmålene er relatert til angst, mens de siste tre er relatert til depresjon. Svarene gis verdiene 1 «ikke plaget», 2 «litt plaget», 3 «ganske mye plaget» og 4 «veldig mye plaget». I analysene inkluderer vi personer som har svart på minst fire av de fem spørsmålene. For hver enkelt deltaker har vi beregnet en gjennomsnittsverdi fra en til fire, hvor høyere score indikerer sterkere psykiske plager. Gjennomsnittsverdier over to indikerer at personen har psykiske plager (29).

Figurene viser ujusterte andeler med psykiske plager over landbakgrunn, alder, utdanning, inntekt, botid, alder ved innvandring og norskkunnskaper. I tillegg gjorde vi logistiske regresjoner for å se på sammenhengen mellom psykiske plager og de ulike sosiodemografiske og migrasjonsrelaterte variablene med og uten justering for alder, utdanning og inntekt. Resultatene fra regresjonene er vist i tabeller.

9.2. Psykiske plager blant innvandrere og befolkningen for øvrig

Andelen som rapporterte psykiske plager, var høyere blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig (figur 9.1). Det var en høyere andel som rapporterte psykiske plager i alle innvandrergupper enn i befolkningen for øvrig, med unntak av kvinner fra Eritrea og Somalia og menn fra Sri Lanka og Vietnam. Andelen med psykiske plager var særlig høy blant menn og kvinner fra Tyrkia, Irak, Iran og Pakistan og kvinner fra Afghanistan. Generelt rapporterte en høyere andel kvinner enn menn psykiske plager, både i befolkningen for øvrig og i de fleste innvandrerguppene. Unntaket var innvandrere fra Eritrea, Somalia og Irak.

Justert for alder, inntekt og utdanning var oddsen for psykiske plager høyere i de fleste innvandrergupper enn i befolkningen for øvrig, med unntak av innvandrere fra Eritrea, Somalia, Vietnam og Sri Lanka samt kvinner fra Polen (tabell 9.1). Blant kvinner fra Eritrea og Somalia var oddsen for psykiske plager lavere enn blant kvinner i befolkningen for øvrig. Menn fra Irak og Iran hadde fem ganger så høy odds for psykiske plager som menn i befolkningen for øvrig, og kvinner fra Iran og Tyrkia hadde fire ganger så høy odds for psykiske plager som kvinner i befolkningen for øvrig.



Figur 9.1. Selvrapporterte psykiske plager etter landbakgrunn og kjønn. Prosent
Datakilde: Levekårsundersøkelsen blant personer med innvandrerbakgrunn 2016, Levekårsundersøkelsen om helse 2015, Statistisk sentralbyrå.
N = 1960 (innvandrere, kvinner), 2351 (innvandrere, menn), 2942 (befolkningen for øvrig, kvinner), 2962 (befolkningen for øvrig, menn)

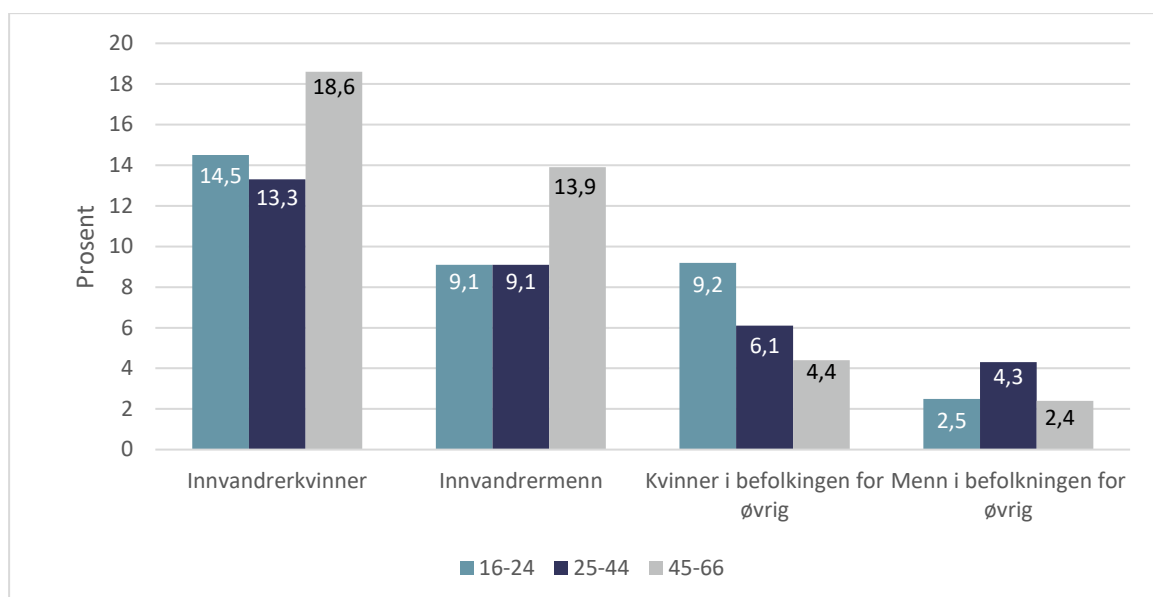
Tabell 9.1. Sammenheng mellom psykiske plager og landbakgrunn. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: befolkningen for øvrig

	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Kvinner			
Innvandrere i alt	2,84 (2,33, 3,46)	2,81 (2,31, 3,43)	2,05 (1,63, 2,58)
Polen	2,16 (1,24, 3,79)	2,13 (1,22, 3,74)	1,78 (0,99, 3,21)
Tyrkia	5,74 (3,92, 8,40)	5,71 (3,90, 8,35)	3,82 (2,53, 5,75)
Bosnia-Hercegovina	2,86 (1,82, 4,50)	2,90 (1,84, 4,56)	2,61 (1,65, 4,13)
Kosovo	3,13 (2,02, 4,87)	3,08 (1,98, 4,79)	2,07 (1,29, 3,33)
Eritrea	0,97 (0,52, 1,81)	0,94 (0,50, 1,77)	0,46 (0,23, 0,94)
Somalia	1,04 (0,56, 1,96)	1,01 (0,54, 1,89)	0,40 (0,17, 0,94)
Afghanistan	4,09 (2,52, 6,63)	3,91 (2,40, 6,36)	2,43 (1,41, 4,18)
Sri Lanka	1,69 (1,00, 2,85)	1,72 (1,02, 2,89)	1,13 (0,63, 2,01)
Irak	3,70 (2,43, 5,64)	3,62 (2,37, 5,51)	2,10 (1,32, 3,36)
Iran	5,46 (3,76, 7,92)	5,44 (3,75, 7,89)	4,41 (2,98, 6,53)
Pakistan	3,78 (2,47, 5,79)	3,80 (2,48, 5,82)	2,67 (1,69, 4,21)
Vietnam	1,69 (1,00, 2,85)	1,70 (1,01, 2,86)	1,31 (0,76, 2,27)
Befolkningen for øvrig	1	1	1
Menn			
Innvandrere i alt	3,82 (2,99, 4,89)	3,88 (3,03, 4,96)	2,05 (1,63, 2,58)
Polen	3,01 (1,84, 4,94)	3,05 (1,86, 4,99)	2,08 (1,21, 3,59)
Tyrkia	4,73 (2,94, 7,63)	4,71 (2,92, 7,59)	3,04 (1,84, 5,01)
Bosnia-Hercegovina	3,90 (2,34, 6,48)	3,83 (2,30, 6,38)	2,98 (1,75, 5,08)
Kosovo	3,64 (2,21, 5,99)	3,73 (2,26, 6,13)	2,43 (1,43, 4,13)
Eritrea	2,67 (1,52, 4,71)	2,79 (1,58, 4,93)	1,64 (0,91, 2,97)
Somalia	2,04 (1,07, 3,89)	2,19 (1,15, 4,19)	1,20 (0,61, 2,36)
Afghanistan	3,65 (2,30, 5,81)	4,19 (2,59, 6,76)	2,36 (1,39, 4,01)
Sri Lanka	1,66 (0,85, 3,24)	1,57 (0,80, 3,07)	1,05 (0,51, 2,14)
Irak	8,67 (5,74, 13,07)	8,82 (5,84, 13,33)	4,93 (3,13, 7,78)
Iran	6,79 (4,50, 10,25)	6,70 (4,43, 10,11)	5,18 (3,33, 8,06)
Pakistan	4,87 (3,04, 7,79)	4,79 (2,99, 7,67)	2,49 (1,47, 4,22)
Vietnam	1,32 (0,57, 3,05)	1,28 (0,55, 2,97)	0,95 (0,40, 2,22)
Befolkningen for øvrig	1	1	1

9.3. Psykiske plager og sosiodemografiske variabler

9.3.1. Aldersgruppe

Sammenhengen mellom alder og psykiske plager viste et annet mønster blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig (figur 9.2). Blant innvandrere var andelen med psykiske plager høyest i den eldste aldersgruppen. I befolkningen for øvrig var den største andelen med psykiske plager blant de yngste kvinnene og for menn blant dem i alderen 25-44 år. Justert for utdanning og inntekt var sammenhengen mellom alder og psykiske plager forskjellig blant innvandrere og i befolkningen for øvrig, både blant kvinner og menn. Blant innvandrere hadde de i den høyeste aldersgruppen høyest odds for psykiske plager, både blant kvinner og menn (tabell 9.2). I befolkningen for øvrig hadde derimot de yngste kvinnene høyere odds enn de eldste, og menn i den midterste aldersgruppen høyere odds enn de yngste.



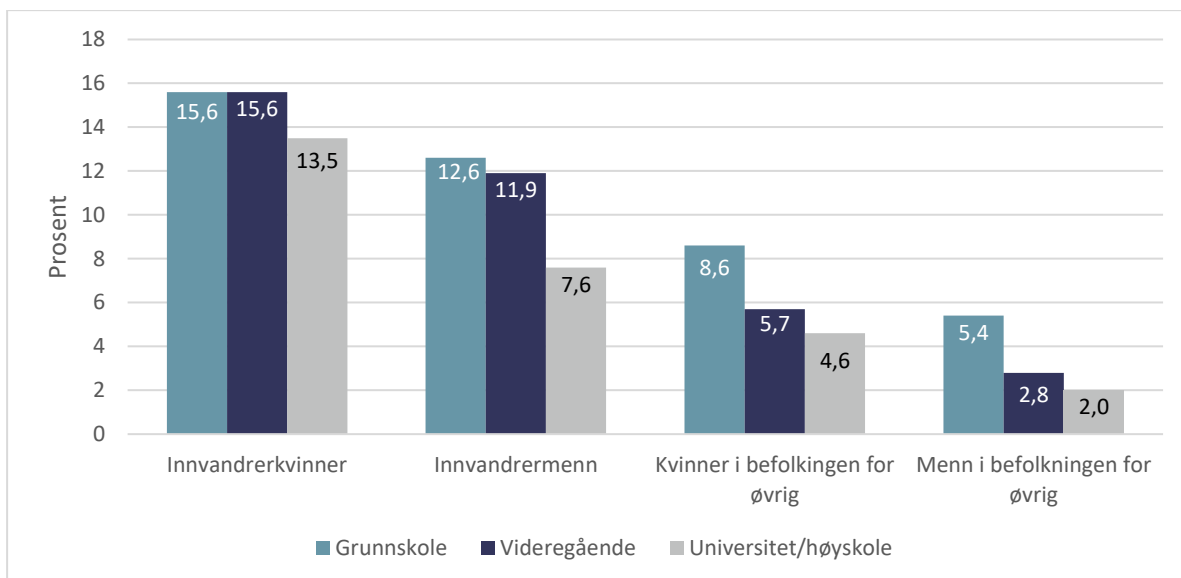
Figur 9.2. Andel med psykiske plager etter alder (år) og kjønn, innvandrere og befolkningen for øvrig

Tabell 9.2. Sammenheng mellom psykiske plager og alder. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 16-24 år

	Alder (år)	Ujustert	Justert for utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	25-44	0,91 (0,61, 1,36)	1,12 (0,71, 1,77)
	45-66	1,37 (0,90, 2,09)	1,76 (1,09, 2,84)
Innvandremenn	25-44	1,00 (0,66, 1,52)	1,10 (0,70, 1,74)
	45-66	1,62 (1,07, 2,46)	1,78 (1,14, 2,80)
Kvinner i befolkningen for øvrig	25-44	0,65 (0,44, 0,96)	0,76 (0,49, 1,17)
	45-66	0,46 (0,31, 0,67)	0,46 (0,29, 0,72)
Menn i befolkningen for øvrig	25-44	1,78 (0,97, 3,33)	2,23 (1,09, 4,57)
	45-66	0,99 (0,53, 1,86)	1,30 (0,62, 2,75)

9.3.2. Utdanningsnivå

Det var ingen klar utdanningsgradient i andelen som rapporterte psykiske plager blant innvandrere, men andelen menn med psykiske plager var lavere blant dem med universitetsutdanning enn blant dem med grunnskoleutdanning (figur 9.3). I befolkningen for øvrig var andelen lavere blant dem med utdanning fra universitet/høyskole eller videregående enn blant dem med kun grunnskoleutdanning. Justert for alder og inntekt var det en sammenheng mellom utdanning og psykiske plager blant innvandremenn og blant kvinner i befolkningen for øvrig (tabell 9.3).



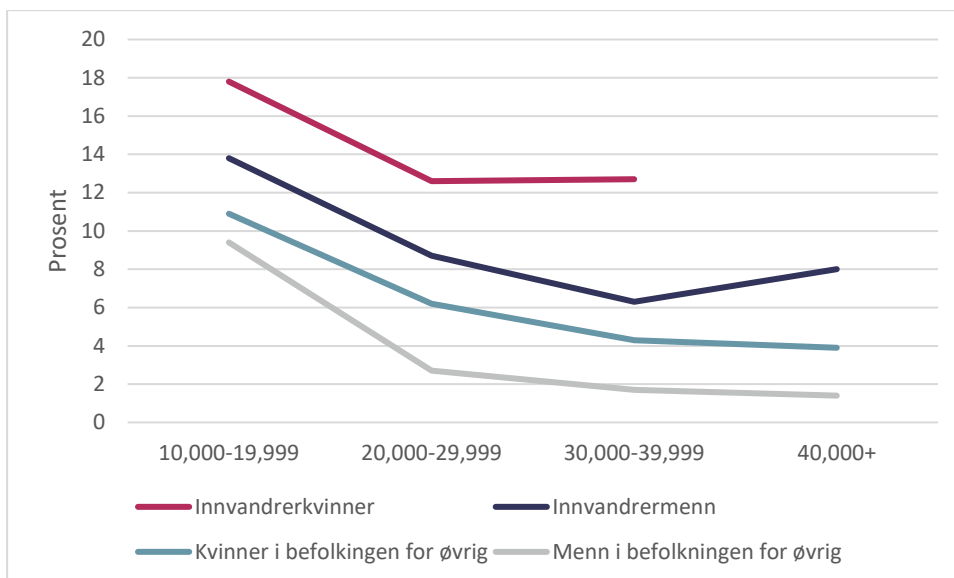
Figur 9.3. Andel med psykiske plager etter utdanningsnivå og kjønn, innvandrere og befolkningen for øvrig

Tabell 9.3. Sammenheng mellom psykiske plager og utdanning. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: grunnskole

	Utdanning	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder og inntekt
Innvandrerkvinner	Videregående	1,01 (0,74, 1,37)	1,03 (0,75, 1,41)	1,19 (0,85, 1,65)
	Universitet/høyskole	0,85 (0,63, 1,14)	0,87 (0,64, 1,18)	1,09 (0,78, 1,52)
Innvandrer menn	Videregående	0,94 (0,70, 1,27)	0,91 (0,68, 1,24)	1,05 (0,76, 1,44)
	Universitet/høyskole	0,58 (0,41, 0,81)	0,56 (0,39, 0,78)	0,66 (0,46, 0,95)
Kvinner i befolkningen for øvrig	Videregående	0,64 (0,43, 0,96)	0,51 (0,33, 0,77)	0,56 (0,36, 0,87)
	Universitet/høyskole	0,52 (0,36, 0,75)	0,43 (0,30, 0,63)	0,51 (0,34, 0,76)
Menn i befolkningen for øvrig	Videregående	0,50 (0,31, 0,82)	0,47 (0,28, 0,77)	0,64 (0,38, 1,09)
	Universitet/høyskole	0,36 (0,21, 0,62)	0,33 (0,19, 0,58)	0,57 (0,31, 1,04)

9.3.3. Inntekt

Andelen med psykiske plager var høyest blant dem med lav inntekt blant innvandrere og i befolkningen for øvrig, både blant kvinner og menn (figur. 9.4). Sammenhengene besto etter justering for alder og utdanning (tabell 9.4) og var sterkere blant menn i befolkningen for øvrig enn blant innvandrer menn.



Figur 9.4. Andel med psykiske plager etter husholdningsinntekt og kjønn, innvandrere og befolkningen for øvrig. 40,000+ ekskludert for innvandrerkvinner på grunn av små tall

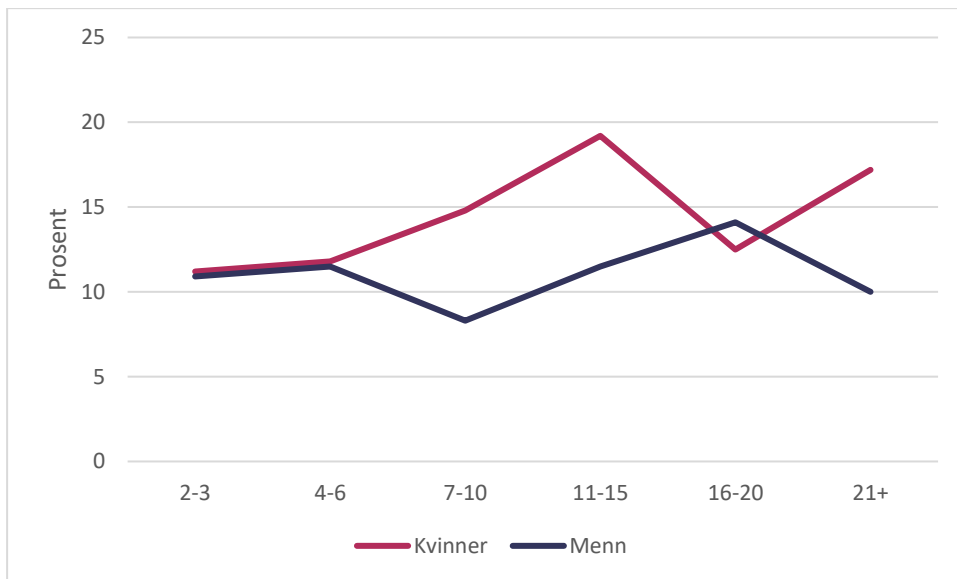
Tabell 9.4. Sammenheng mellom psykiske plager og husholdningsinntekt (NOK). Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 10,000-19,999

	Inntekt (NOK)	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder og utdanning
Innvandrerkvinner	20,000-29,999	0,67 (0,51, 0,88)	0,64 (0,48, 0,84)	0,63 (0,47, 0,85)
	30,000-39,999	0,67 (0,43, 1,05)	0,62 (0,40, 0,97)	0,61 (0,38, 0,99)
	≥40,000			
Innvandrer menn	20,000-29,999	0,60 (0,45, 0,80)	0,57 (0,42, 0,76)	0,60 (0,44, 0,80)
	30,000-39,999	0,42 (0,25, 0,70)	0,40 (0,24, 0,68)	0,45 (0,27, 0,75)
	≥40,000	0,54 (0,19, 1,53)	0,51 (0,18, 1,44)	0,58 (0,20, 1,66)
Kvinner i befolkningen for øvrig	20,000-29,999	0,54 (0,36, 0,81)	0,58 (0,39, 0,87)	0,61 (0,40, 0,93)
	30,000-39,999	0,37 (0,24, 0,58)	0,42 (0,26, 0,66)	0,44 (0,28, 0,72)
	≥40,000	0,33 (0,20, 0,56)	0,39 (0,23, 0,67)	0,46 (0,26, 0,80)
Menn i befolkningen for øvrig	20,000-29,999	0,27 (0,16, 0,47)	0,26 (0,16, 0,44)	0,26 (0,15, 0,44)
	30,000-39,999	0,17 (0,09, 0,32)	0,16 (0,08, 0,30)	0,17 (0,09, 0,33)
	≥40,000	0,14 (0,06, 0,30)	0,12 (0,06, 0,28)	0,14 (0,06, 0,32)

9.4 Psykiske plager og migrasjonsrelaterte variabler

9.4.1 Botid

Det var ingen klar sammenheng mellom psykiske plager og botid (figur 9.5). Blant kvinner var det høyere andel med psykiske plager blant dem med lengre botid enn dem med kortere botid. Blant menn var andelen med psykiske plager omtrent den samme blant dem med kortest og lengst botid. Justert for alder, utdanning og inntekt økte oddsen for psykiske plager med botid blant kvinner, men ikke blant menn (tabell 9.5).



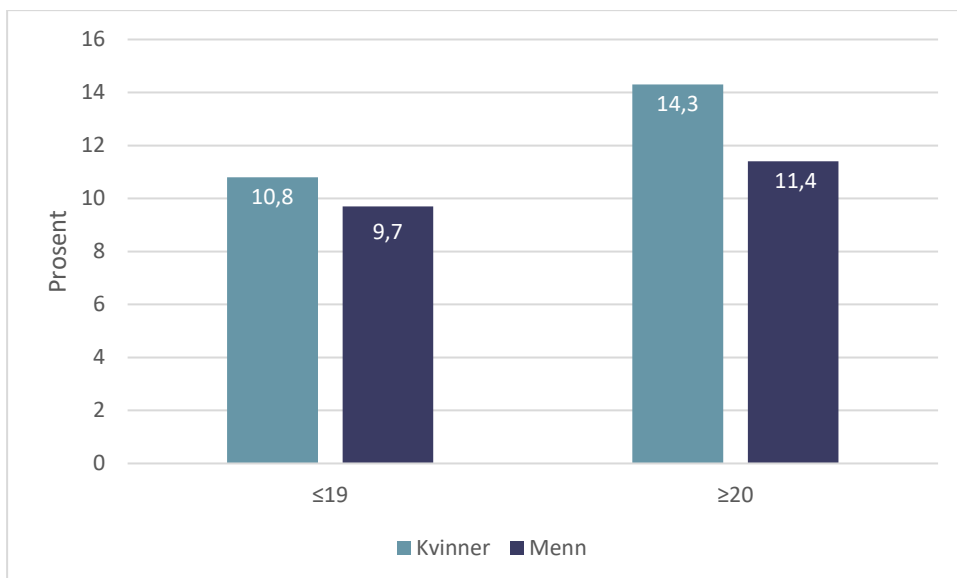
Figur 9.5. Andel med psykiske plager etter botid (år) og kjønn

Tabell 9.5. Sammenheng mellom psykiske plager og botid (år). Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 2-3 år

	Botid (år)	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	4-6	1,07 (0,64, 1,80)	1,07 (0,64, 1,79)	1,11 (0,64, 1,94)
	7-10	1,39 (0,84, 2,31)	1,40 (0,84, 2,32)	1,33 (0,77, 2,31)
	11-15	1,89 (1,20, 2,98)	1,86 (1,18, 2,93)	1,89 (1,15, 3,10)
	16-20	1,14 (0,67, 1,94)	1,07 (0,62, 1,84)	1,10 (0,61, 1,97)
	≥21	1,67 (1,07, 2,56)	1,47 (0,93, 2,31)	1,62 (0,98, 2,66)
Innvandremenn	4-6	1,06 (0,67, 1,68)	1,03 (0,65, 1,63)	0,87 (0,53, 1,41)
	7-10	0,74 (0,43, 1,27)	0,66 (0,38, 1,15)	0,53 (0,29, 0,96)
	11-15	1,06 (0,68, 1,64)	0,97 (0,62, 1,51)	0,89 (0,57, 1,40)
	16-20	1,33 (0,79, 2,26)	1,09 (0,63, 1,87)	1,05 (0,60, 1,85)
	≥21	0,91 (0,60, 1,37)	0,65 (0,42, 1,02)	0,63 (0,40, 1,00)

9.4.2 Alder ved innvandring

Andelen som rapporterte psykiske plager, varierte ikke med alder ved innvandring (figur 9.6), heller ikke etter justering for alder, utdanning og inntekt (tabell 9.6)



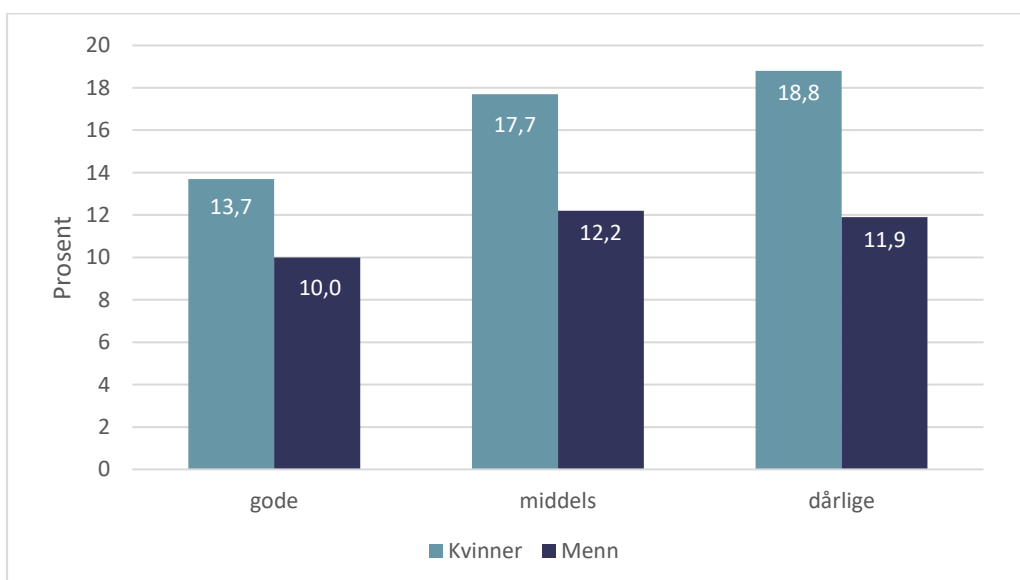
Figur 9.6. Andel med psykiske plager etter alder ved innvandring (år) og kjønn

Tabell 9.6. Sammenheng mellom psykiske plager og alder ved innvandring (år). Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 0-19 år

	Alder ved innvandring (år)	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	≥20	1,10 (0,84, 1,43)	0,91 (0,67, 1,24)	0,83 (0,60, 1,15)
Innvandremenn	≥20	1,19 (0,90, 1,57)	0,92 (0,67, 1,27)	1,00 (0,71, 1,40)

9.4.3. Norskkunnskaper

Kvinner med middels norskkunnskaper hadde høyere andel med psykiske plager enn kvinner med gode norskkunnskaper (figur 9.7). Norskkunnskaper hadde ingen sammenheng med psykiske plager blant menn. Justert for alder, utdanning og inntekt var det ingen sammenheng mellom norskkunnskaper og psykiske plager, verken blant kvinner eller menn (tabell 9.7).



Figur 9.7. Andel med psykiske plager etter norskkunnskaper og kjønn

Tabell 9.7. Sammenheng mellom psykiske plager og norskkunnskaper. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: gode norskkunnskaper

	Norskkunnskaper	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	Dårlige	1,46 (0,93, 2,29)	1,33 (0,84, 2,11)	1,17 (0,70, 1,97)
	Middels	1,36 (1,03, 1,80)	1,31 (0,99, 1,73)	1,27 (0,93, 1,72)
Innvandremenn	Dårlige	1,21 (0,79, 1,85)	1,11 (0,72, 1,71)	1,00 (0,63, 1,59)
	Middels	1,25 (0,93, 1,69)	1,19 (0,88, 1,60)	1,06 (0,77, 1,46)

9.5. Oppsummering psykiske plager

Generelt rapportere innvandrere psykiske plager oftere enn befolkningen for øvrig. I likhet med andre studier fant vi at en relativt høy andel innvandrere fra land i Midtøsten (Irak, Iran og Tyrkia) hadde psykiske plager (11, 19). En høy andel innvandrerkvinner fra Afghanistan og Pakistan opplevde også psykiske plager. En lav andel med psykiske plager blant innvandrere fra afrikanske land gjenspeiler funnene i tidligere rapporter (11).

Innvandrere fra Polen har ikke tidligere blitt inkludert i slike levekårs- eller befolkningsundersøkelser. Tidligere studier basert på registerdata har vist at polske innvandrere bruker både primær- og spesialisthelsetjenesten for psykiske plager i mye mindre grad enn norskfødte personer med norske foreldre. Det er derfor verdt å merke seg at polske menn og kvinner rapporter psykiske plager dobbelt så ofte som befolkningen for øvrig.

I justerte analyser var oddsen for å rapportere psykiske plager høyest i den eldste aldersgruppen, og den var lavest blant dem med høy inntekt. Blant kvinner var lang botid assosiert med høyere odds for psykiske plager. Det er viktig å merke seg at andelen i den øvrige befolkningen med psykiske plager er vesentlig lavere enn det som finnes i tidligere undersøkelser (4). En grunn til dette kan være ulike grenser for definisjon av psykiske plager.

10. Søvnproblemer

Carine Øien-Ødegaard, Marte Kjøllesdal

Søvnproblemer kan relateres til endringer i miljøet, usunne sovevaner, arbeidsrutiner, bruk av medisiner, stress eller kan være et uttrykk for psykiske helseproblemer (23). Søvnproblemer påvirker hverdagsfunksjonen, og over lengre tid kan helsen påvirkes. Det er ingen tidligere studier på søvnproblemer blant innvandrere i Norge.

10.1. Mål for søvnproblemer

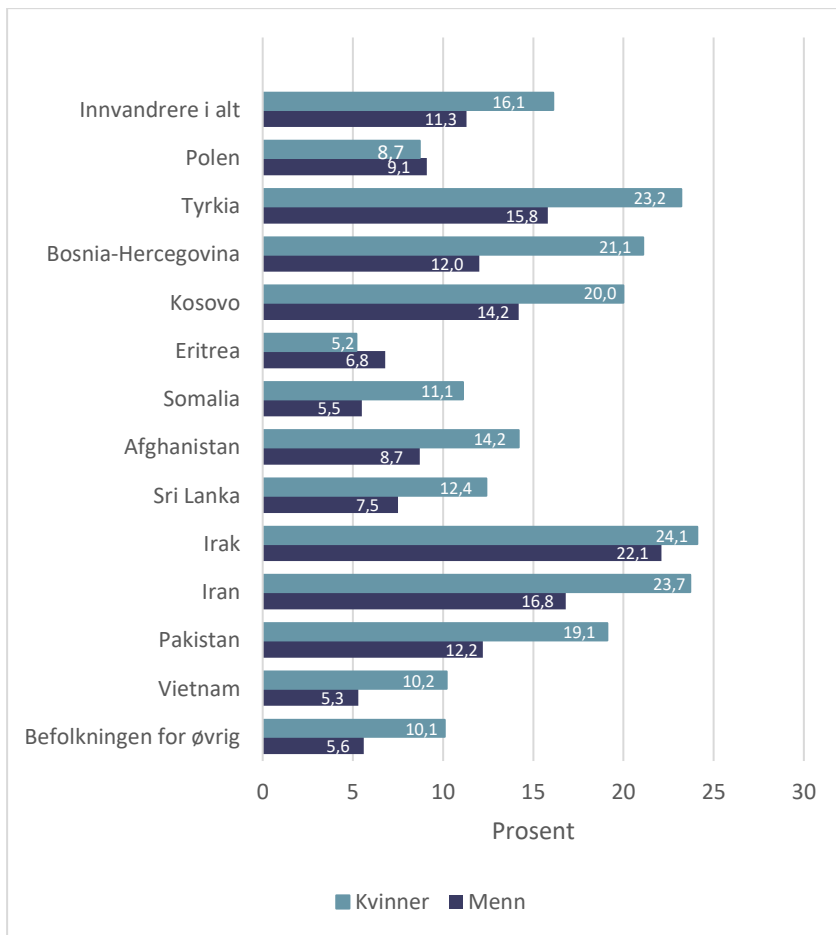
Vi benytter følgende spørsmål fra Hopkins Symptoms Checklist Scale (HSCL) for å måle søvnproblemer: *Har du de siste 14 dagene vært «ikke plaget», «litt plaget», «ganske mye plaget» eller «veldig mye plaget» av søvnproblemer?* Deltakere som har svart «ganske mye plaget» eller «veldig mye plaget», kategoriseres som «har søvnproblemer».

Figurene viser ujusterte andeler med søvnproblemer over landbakgrunn, alder, utdanning, inntekt, botid, alder ved innvandring og norskkunnskaper. I tillegg gjorde vi logistiske regresjoner for å se på sammenhengen mellom søvnproblemer og de ulike sosiodemografiske og migrasjonsrelaterte variablene med og uten justering for alder, utdanning og inntekt. Resultatene fra regresjonene er vist i tabeller.

10.2. Søvnproblemer blant innvandrere og i befolkningen for øvrig

Andelen som rapporterte søvnproblemer, var høyere blant innvandrere fra Tyrkia, Bosnia-Hercegovina, Kosovo, Irak, Iran og Pakistan, samt menn fra Polen, enn i den øvrige befolkningen (figur 10.1). Bare kvinner fra Eritrea hadde lavere forekomst av søvnproblemer enn den øvrige befolkningen. Innvandrere fra Irak, Iran og Tyrkia, samt kvinner fra Bosnia-Hercegovina, Pakistan og Kosovo, skilte seg ut med særlig høye andeler med søvnproblemer. Generelt rapporterte kvinner oftere søvnproblemer enn menn.

Det å ta hensyn til alder, utdanning og inntekt endret lite på sammenhengene mellom landbakgrunn og søvnproblemer (tabell 10.1).



Figur 10.1. Selvrapporterte søvnproblemer etter kjønn og landbakgrunn. Prosent

Datakilde: Levekårsundersøkelsen blant personer med innvandrerbakgrunn 2016, Levekårsundersøkelsen om helse 2015, Statistisk sentralbyrå.

N = 1978 (innvandrere, kvinner), 2372 (innvandrere, menn), 2942 (befolkningen for øvrig, kvinner) 2964 (befolkningen for øvrig, menn)

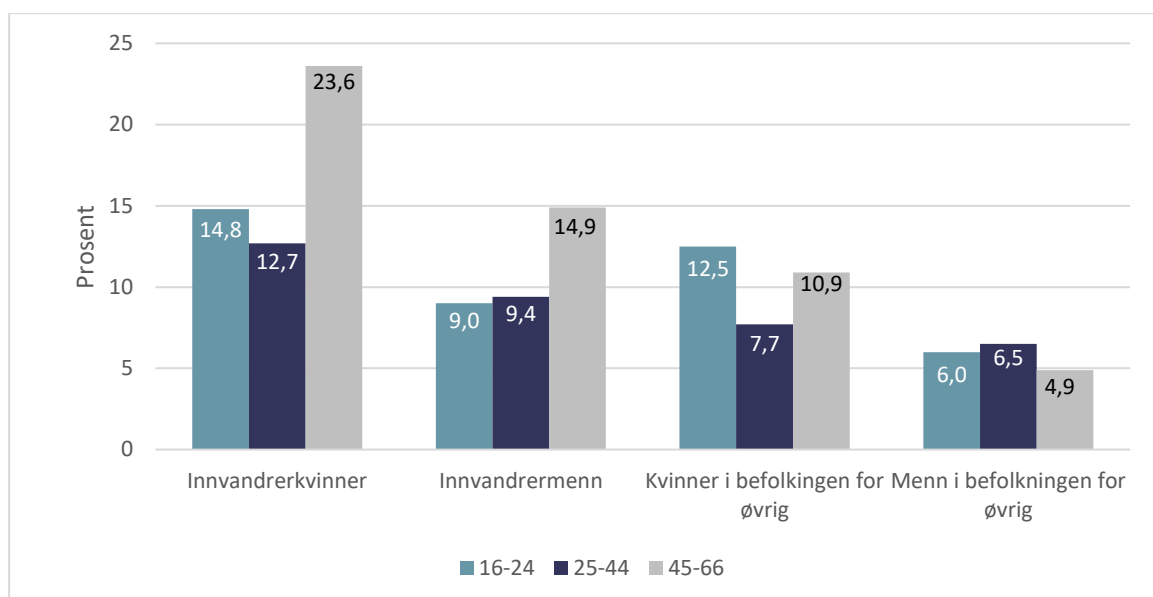
Tabell 10.1. Sammenheng mellom søvnproblemer og landbakgrunn. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: befolkningen for øvrig

	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Kvinner			
Innvandrere i alt	1,71 (1,44, 2,03)	1,75 (1,47, 2,08)	1,49 (1,44, 2,09)
Polen	0,85 (0,45, 1,60)	0,88 (0,47, 1,65)	0,95 (0,50, 1,80)
Tyrkia	2,69 (1,83, 3,94)	2,73 (1,86, 4,00)	2,01 (1,33, 3,04)
Bosnia-Hercegovina	2,38 (1,61, 3,52)	2,34 (1,58, 3,47)	2,30 (1,53, 3,45)
Kosovo	2,23 (1,49, 3,32)	2,30 (1,54, 3,43)	1,93 (1,26, 2,96)
Eritrea	0,49 (0,26, 0,93)	0,51 (0,27, 0,97)	0,32 (0,16, 0,65)
Somalia	1,11 (0,69, 1,80)	1,18 (0,73, 1,91)	0,61 (0,33, 1,14)
Afghanistan	1,47 (0,85, 2,53)	1,59 (0,91, 2,74)	1,35 (0,75, 2,41)
Sri Lanka	1,26 (0,79, 1,99)	1,23 (0,78, 1,96)	1,02 (0,62, 1,67)
Irak	2,83 (1,94, 4,12)	2,96 (2,03, 4,31)	2,16 (1,41, 3,29)
Iran	2,77 (1,92, 4,00)	2,80 (1,94, 4,04)	2,75 (1,87, 4,05)
Pakistan	2,10 (1,39, 3,19)	2,10 (1,39, 3,19)	1,76 (1,13, 2,74)
Vietnam	1,06 (0,65, 1,74)	1,07 (0,65, 1,74)	0,88 (0,52, 1,49)
Befolkningen for øvrig	1	1	1
Menn			
Innvandrere i alt	2,14 (1,75, 2,62)	2,16 (1,77, 2,64)	1,58 (1,25, 2,00)
Polen	1,68 (1,05, 2,67)	1,68 (1,06, 2,68)	1,43 (0,87, 2,35)
Tyrkia	3,13 (2,05, 4,80)	3,12 (2,04, 4,78)	2,13 (1,36, 3,36)
Bosnia-Hercegovina	2,29 (1,43, 3,67)	2,27 (1,41, 3,63)	1,96 (1,20, 3,22)
Kosovo	2,78 (1,82, 4,24)	2,81 (1,84, 4,29)	1,99 (1,26, 3,16)
Eritrea	1,22 (0,68, 2,18)	1,25 (0,69, 2,24)	0,76 (0,40, 1,42)
Somalia	0,98 (0,51, 1,89)	1,02 (0,53, 1,97)	0,65 (0,33, 1,28)
Afghanistan	1,59 (0,99, 2,56)	1,72 (1,06, 2,80)	1,16 (0,68, 1,97)
Sri Lanka	1,36 (0,78, 2,35)	1,31 (0,76, 2,28)	1,00 (0,56, 1,78)
Irak	4,75 (3,24, 6,98)	4,80 (3,26, 7,04)	3,25 (2,13, 4,95)
Iran	3,37 (2,27, 5,00)	3,34 (2,25, 4,96)	3,00 (1,98, 4,57)
Pakistan	2,34 (1,47, 3,71)	2,31 (1,45, 3,67)	1,43 (0,86, 2,39)
Vietnam	0,94 (0,45, 1,94)	0,92 (0,44, 1,91)	0,74 (0,35, 1,54)
Befolkningen for øvrig	1	1	1

10.3. Søvnproblemer og sosiodemografiske variabler

10.3.1. Aldersgruppe

Blant innvandrere så man en høyere andel med søvnproblemer blant de eldste deltakerne, særlig blant kvinner (figur 10.2). En slik sammenheng så man ikke i befolkningen for øvrig. Justert for utdanning og inntekt hadde innvandrere i den eldste aldersgruppen høyere odds for søvnproblemer enn innvandrere i den yngste aldersgruppen, både blant kvinner og menn (tabell 10.2). Vi fant ingen sammenheng mellom alder og søvnproblemer i befolkningen for øvrig.



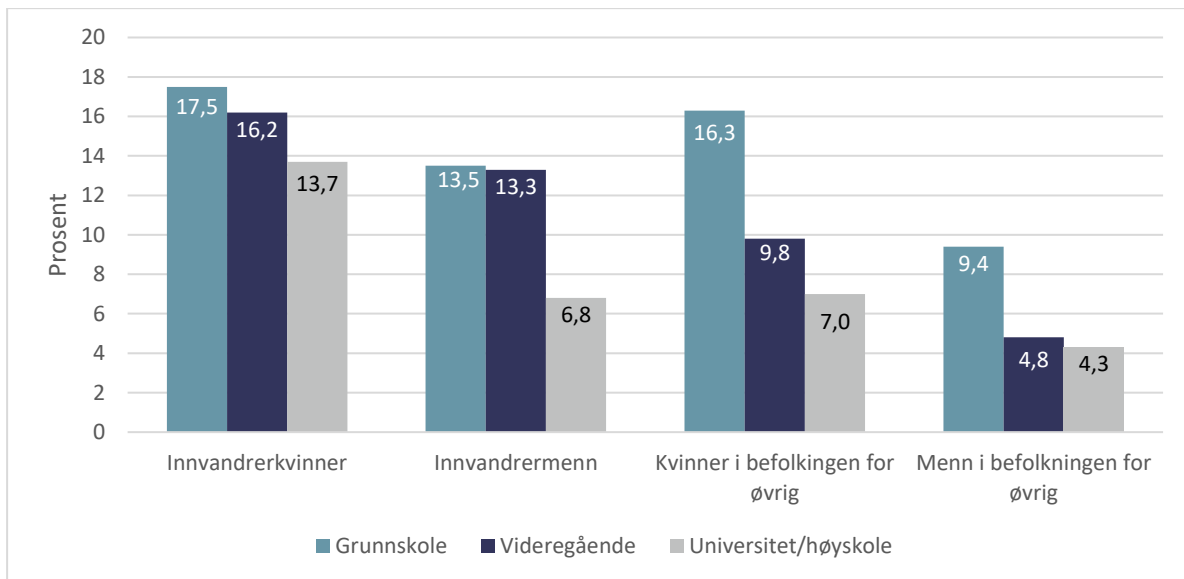
Figur 10.2. Andel med søvnproblemer etter alder (år) og kjønn, innvandrere og befolkningen for øvrig

Tabell 10.2. Sammenheng mellom søvnproblemer og alder. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 16-24 år

	Alder (år)	Ujustert	Justert for utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	25-44	0,83 (0,56, 1,24)	0,93 (0,60, 1,45)
	45-66	1,77 (1,18, 2,67)	2,01 (1,27, 3,16)
Innvandremenn	25-44	1,04 (0,69, 1,58)	1,14 (0,72, 1,79)
	45-66	1,77 (1,17, 2,67)	1,97 (1,26, 3,08)
Kvinner i befolkningen for øvrig	25-44	0,59 (0,42, 0,83)	0,82 (0,54, 1,24)
	45-66	0,86 (0,63, 1,17)	0,98 (0,66, 1,46)
Menn i befolkningen for øvrig	25-44	1,10 (0,71, 1,68)	1,62 (0,95, 2,77)
	45-66	0,81 (0,53, 1,24)	1,14 (0,66, 1,97)

10.3.2 Utdanningsnivå

Andelen med søvnproblemer var lavere blant dem med universitetsutdanning enn blant dem med kun grunnskoleutdanning både blant innvandrere og i befolkningen for øvrig (figur 10.3). I befolkningen for øvrig hadde også de med videregående utdanning lavere andel med søvnproblemer enn de med grunnskoleutdanning. Justert for alder og inntekt var det ingen sammenheng mellom utdanning og søvnproblemer blant innvandrerkvinner (tabell 10.3). For innvandremenn var det lavere odds for søvnproblemer blant dem med universitetsutdanning, enn blant dem med kun grunnskole. I befolkningen for øvrig så man høyere odds for søvnproblemer blant dem med grunnskoleutdanning enn blant dem med høyere utdanning.



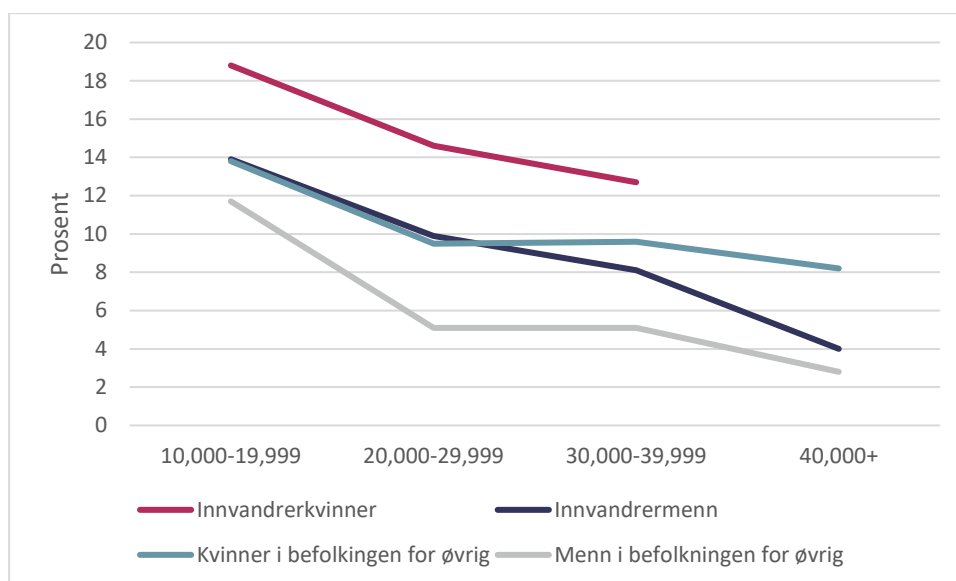
Figur 10.3. Andel med søvnproblemer etter utdanningsnivå og kjønn, innvandrere og befolkningen for øvrig

Tabell 10.3. Sammenheng mellom søvnproblemer og utdanning. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: grunnskole

	Utdanning	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder og inntekt
Innvandrerkvinner	Videregående	0,91 (0,67, 1,23)	0,94 (0,70, 1,28)	1,07 (0,78, 1,47)
	Universitet/høyskole	0,75 (0,56, 1,00)	0,78 (0,58, 1,05)	0,92 (0,67, 1,28)
Innvandrer menn	Videregående	0,98 (0,73, 1,30)	0,94 (0,71, 1,26)	1,03 (0,76, 1,39)
	Universitet/høyskole	0,47 (0,33, 0,66)	0,45 (0,31, 0,63)	0,49 (0,34, 0,70)
Kvinner i befolkningen for øvrig	Videregående	0,56 (0,41, 0,76)	0,54 (0,39, 0,74)	0,53 (0,38, 0,75)
	Universitet/høyskole	0,39 (0,29, 0,52)	0,38 (0,28, 0,51)	0,40 (0,29, 0,55)
Menn i befolkningen for øvrig	Videregående	0,49 (0,33, 0,71)	0,45 (0,31, 0,66)	0,58 (0,38, 0,87)
	Universitet/høyskole	0,43 (0,29, 0,65)	0,40 (0,27, 0,60)	0,58 (0,37, 0,90)

10.3.3. Inntekt

Andelen med søvnproblemer var høyest blant dem med lav inntekt, blant innvandrere og i befolkningen for øvrig (figur 10.4). Justert for alder og utdanning var det en invers sammenheng mellom søvnproblemer og inntekt blant innvandrerkvinner, innvandrer menn og menn i befolkningen for øvrig (tabell 10.4).



Figur 10.4. Andel med søvnproblemer etter husholdningsinntekt (kroner) og kjønn, innvandrere og befolkningen for øvrig. 40,000+ ekskludert for innvandrerkvinner på grunn av små tall

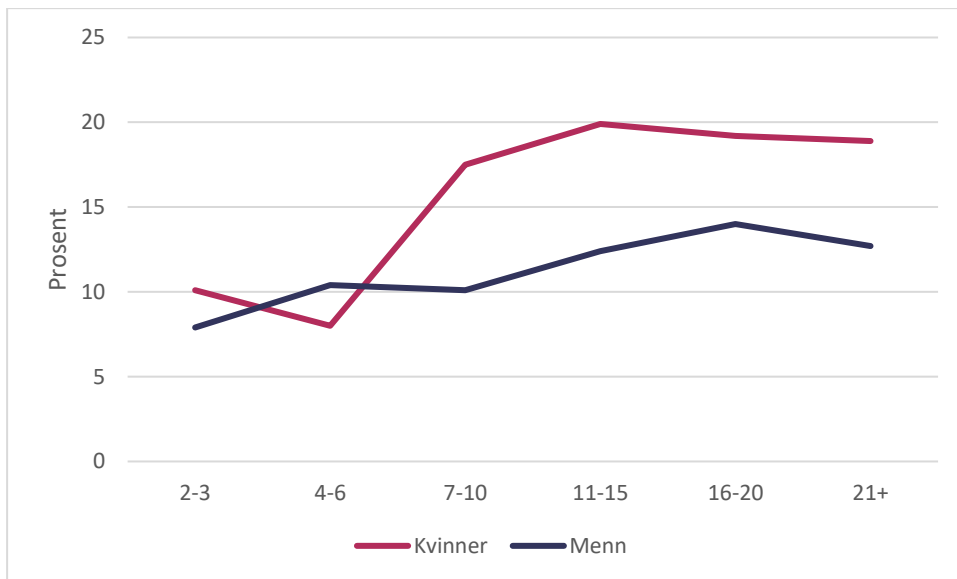
Tabell 10.4. Sammenheng mellom søvnproblemer og husholdningsinntekt (NOK). Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 10,000-19999

	Inntekt (NOK)	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder og utdanning
Innvandrerkvinner	20,000-29,999	0,73 (0,57, 0,95)	0,68 (0,52, 0,88)	0,70 (0,53, 0,92)
	30,000-39,999	0,63 (0,40, 0,98)	0,55 (0,35, 0,87)	0,59 (0,36, 0,94)
	≥ 40,000			
Innvandrer menn	20,000-29,999	0,68 (0,52, 0,90)	0,64 (0,49, 0,85)	0,69 (0,52, 0,91)
	30,000-39,999	0,54 (0,34, 0,87)	0,52 (0,33, 0,83)	0,58 (0,36, 0,93)
	≥ 40,000	0,26 (0,06, 1,07)	0,24 (0,06, 1,00)	0,30 (0,07, 1,26)
Kvinner i befolkningen for øvrig	20,000-29,999	0,66 (0,46, 0,93,)	0,63 (0,44, 0,90)	0,68 (0,47, 0,99)
	30,000-39,999	0,66 (0,46, 0,95)	0,63 (0,44, 0,90)	0,76 (0,52, 0,11)
	≥ 40,000	0,56 (0,37, 0,84)	0,52 (0,34, 0,79)	0,68 (0,44, 1,06)
Menn i befolkningen for øvrig	20,000-29,999	0,41 (0,26, 0,62)	0,40 (0,26, 0,61)	0,43 (0,28, 0,68)
	30,000-39,999	0,40 (0,26, 0,63)	0,39 (0,25, 0,61)	0,44 (0,27, 0,71)
	≥ 40,000	0,22 (0,12, 0,39)	0,21 (0,11, 0,38)	0,23 (0,12, 0,44)

10.4. Søvnproblemer og migrasjonsrelaterte variabler

10.4.1. Botid

Sammenlignet med dem med kortest botid var det en høyere andel med søvnproblemer blant kvinner med botid på ≥ 7 år og blant menn med botid på ≥ 11 år (figur 10.5). Justert for alder, utdanning og inntekt var det en positiv sammenheng mellom botid og søvnproblemer blant kvinner, men ikke blant menn (tabell 10.5).



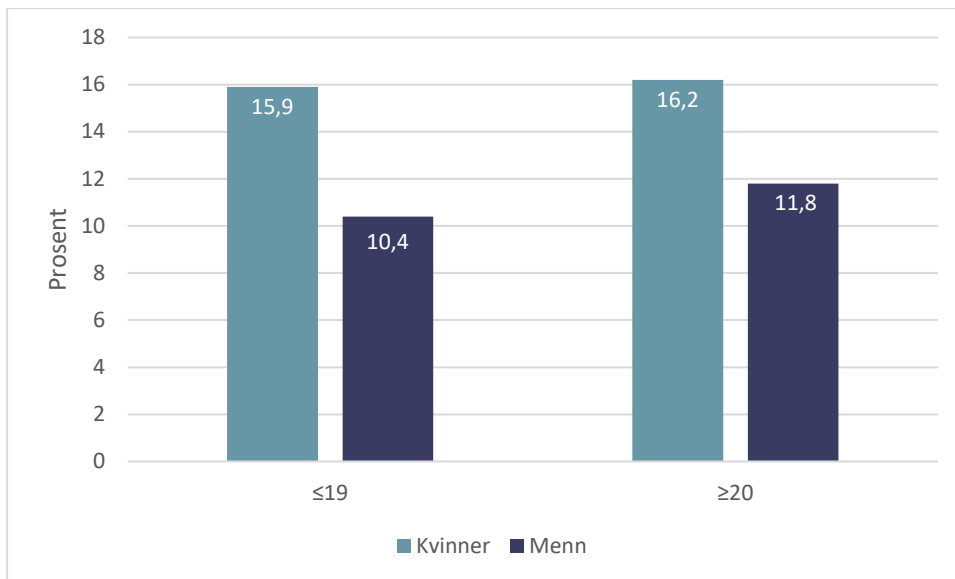
Figur 10.5. Andel med søvnproblemer etter botid (år) og kjønn

Tabell 10.5. Sammenheng mellom søvnproblemer og botid (år). Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 2-3 år

	Botid (år)	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	4-6	0,78 (0,44, 1,39)	0,77 (0,43, 1,38)	0,91 (0,48, 1,72)
	7-10	1,90 (1,14, 3,14)	1,92 (1,15, 3,18)	2,15 (1,22, 3,80)
	11-15	2,22 (1,39, 3,53)	2,14 (1,34, 3,42)	2,70 (1,59, 4,56)
	16-20	2,12 (1,28, 3,51)	1,88 (1,13, 3,14)	2,53 (1,43, 4,47)
	≥ 21	2,08 (1,33, 3,26)	1,66 (1,04, 2,64)	2,25 (1,33, 3,81)
Innvandremenn	4-6	1,35 (0,82, 2,25)	1,32 (0,80, 2,20)	1,36 (0,80, 2,30)
	7-10	1,31 (0,76, 2,27)	1,21 (0,70, 2,10)	1,07 (0,69, 1,95)
	11-15	1,64 (1,03, 2,63)	1,54 (0,96, 2,47)	1,42 (0,87, 2,34)
	16-20	1,89 (1,08, 3,32)	1,62 (0,91, 2,86)	1,67 (0,91, 3,03)
	≥ 21	1,69 (1,09, 2,62)	1,29 (0,81, 2,07)	1,39 (0,85, 2,28)

10.4.2. Alder ved innvandring

Andelen med søvnproblemer varierte ikke med alder ved innvandring (figur 10. 6), heller ikke justert for alder, utdanning og inntekt (tabell 10.6)



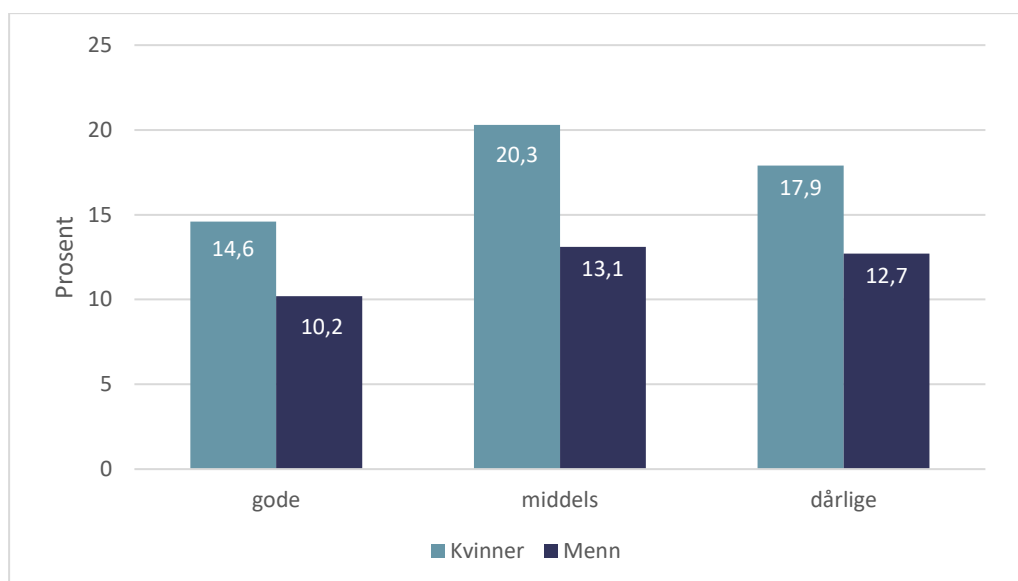
Figur 10.6. Andel med søvnproblemer etter alder ved innvandring (år) og kjønn

Tabell 10.6. Sammenheng mellom søvnproblemer og alder ved innvandring (år). Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 0-19 år

	Alder ved innvandring (år)	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	≥ 20	1,02 (0,79, 1,32)	0,68 (0,50, 0,92)	0,60 (0,44, 0,82)
Innvandremenn	≥ 20	1,15 (0,87, 1,51)	0,84 (0,62, 1,15)	0,90 (0,65, 1,25)

10.4.3. Norskkunnskaper

Andelen kvinner med søvnproblemer var større blant dem med middels enn dem med gode norskkunnskaper (figur 10.7). Søvnproblemer varierte ikke med norskkunnskaper blant menn. Justert for alder, utdanning og inntekt var det ingen sammenheng mellom norskkunnskaper og søvnproblemer blant verken kvinner eller menn (tabell 10.7).



Figur 10.7. Andel med søvnproblemer etter norskkunnskaper og kjønn

Tabell 10.7. Sammenheng mellom søvnproblemer og norskkunnskaper. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: gode norskkunnskaper

	Norskkunnskaper	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	Dårlige	1,28 (0,81, 2,02)	1,09 (0,69, 1,73)	0,89 (0,53, 1,50)
	Middels	1,50 (1,15, 1,96)	1,39 (1,06, 1,82)	1,27 (0,95, 1,71)
Innvandremenn	Dårlige	1,28 (0,84, 1,93)	1,15 (0,76, 1,75)	1,08 (0,69, 1,67)
	Middels	1,33 (0,99, 1,78)	1,24 (0,92, 1,67)	1,05 (0,77, 1,43)

10.5. Oppsummering søvnproblemer

Søvnproblemer var vanligere blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig, spesielt blant de eldre. En spesielt høy andel med søvnproblemer fant man blant menn og kvinner fra Irak, Iran, Tyrkia, Bosnia-Hercegovina og Kosovo. Videre var søvnproblemer vanligere blant kvinner enn blant menn, i samsvar med tidligere studier (23). Innvandrere fra Midtøsten hadde høy forekomst av psykiske plager, og det er derfor ikke overraskende at noen av disse gruppene opplevde mye søvnplager.

Søvnproblemer var assosiert med lavere inntekt i befolkningen for øvrig, i likhet med tidligere studier i Norge (23), og også blant innvandrere. I justerte analyser var det en sammenheng mellom lang botid og søvnproblemer blant kvinner.

11. Overvekt og fedme

Olaf Holmboe, Melanie Lindsay Straiton, Marte Kjøllesdal

Overvekt og fedme er knyttet til en rekke forskjellige helseproblemer, inkludert høyt blodtrykk, diabetes, hjerte- og karsykdom, kreft, pustestopp om natten og psykiske plager (30). I dette kapitlet har vi relatert overvekt og fedme til noen flere variabler enn for de andre helsemålene, nemlig sivilstatus, om en har familie i Norge, og barnefødsler. I kapittel 16.4 ser vi nærmere på sammenhengen mellom overvekt og helseindikatorer.

11.1. Mål for overvekt og fedme

Deltakere ble bedt om å oppgi sin høyde og vekt, og kroppsmasseindeks (KMI) ble regnet ut fra dette (kg/m^2); Normalvekt regnes som KMI 18,5-24,9, undervekt KMI < 18,5, overvekt KMI 25-29,9 og fedme som KMI ≥ 30 . I de fleste analyser ser vi på overvekt og fedme kombinert (KMI >25)

Høyde og vekt er selvrapportert. Mennesker har en tendens til å underrapportere vekt, med økende forskjell mellom selvrapportert og faktisk vekt jo mer man veier (31). Dette kan føre til en underestimering av forekomsten av overvekt og fedme.

Figurene viser ujusterte andeler med overvekt/fedme over landbakgrunn, alder, utdanning, inntekt, botid, alder ved innvandring og norskkunnskaper. I tillegg gjorde vi logistiske regresjoner for å se på sammenhengen mellom overvekt/fedme og de ulike sosiodemografiske og migrasjonsrelaterte variablene med og uten justering for alder, utdanning og inntekt. Resultatene fra regresjonene er vist i tabeller.

11.2. Overvekt og fedme blant innvandrere og i befolkningen for øvrig

Det var en høyere andel innvandrerkvinner i alt enn kvinner i befolkningen for øvrig med overvekt (figur 11.1). Blant menn var det ingen forskjell i andel overvektige mellom innvandrere i alt og befolkningen for øvrig. Blant kvinner hadde innvandrere fra Tyrkia, Kosovo, Somalia, Sri Lanka, Irak og Pakistan høyere andel med overvekt enn kvinner i befolkningen for øvrig. Kvinner fra Vietnam hadde lavere andel overvektige enn kvinner i befolkningen for øvrig. Blant menn hadde innvandrere fra Polen, Tyrkia, Bosnia, Irak og Pakistan høyere andel overvektige enn menn i befolkningen for øvrig. Menn fra Eritrea, Somalia, Afghanistan og Vietnam hadde lavere andel overvektige enn menn i befolkningen for øvrig. Blant menn fra Polen, Tyrkia, Bosnia-Hercegovina, Kosovo og Pakistan hadde 70 % eller mer overvekt. Blant kvinner var andelen med overvekt høyest blant dem fra Pakistan, Somalia, Tyrkia, Kosovo og Irak (50-59 %).

Å justere for alder, utdanning og inntekt endret lite på sammenhengene mellom landbakgrunn og overvekt (tabell 11.1).

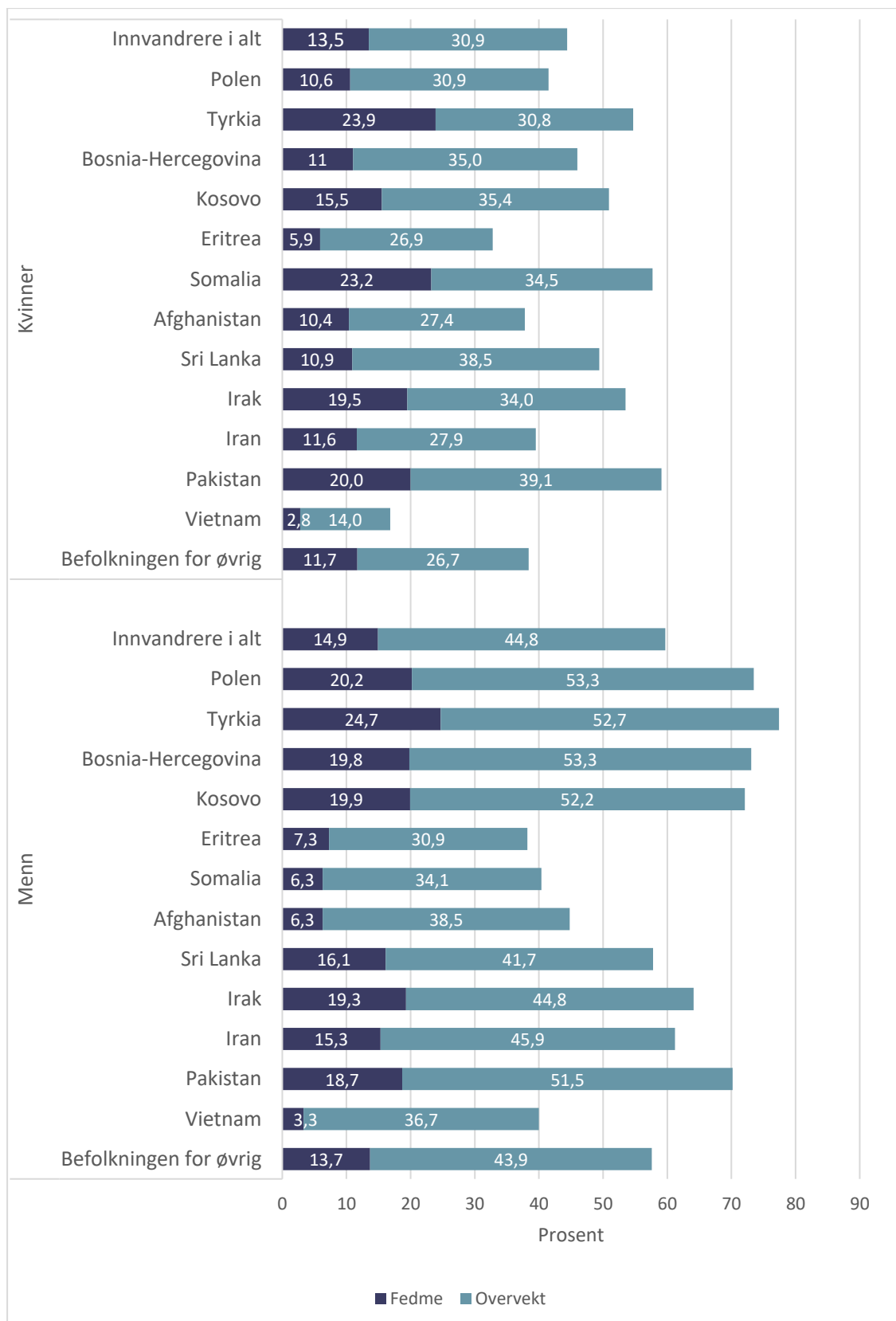


Fig 11.1. Overvekt og fedme etter landbakgrunn og kjønn. Prosent

Datakilde: Levekårsundersøkelsen blant personer med innvandrerbakgrunn 2016, Levekårsundersøkelsen om helse 2015, Statistisk sentralbyrå.

N = 1860 (innvandrere, kvinner), 2334 (innvandrere, menn), 2888 (befolkningen for øvrig, kvinner), 2956 (befolkningen for øvrig, menn)

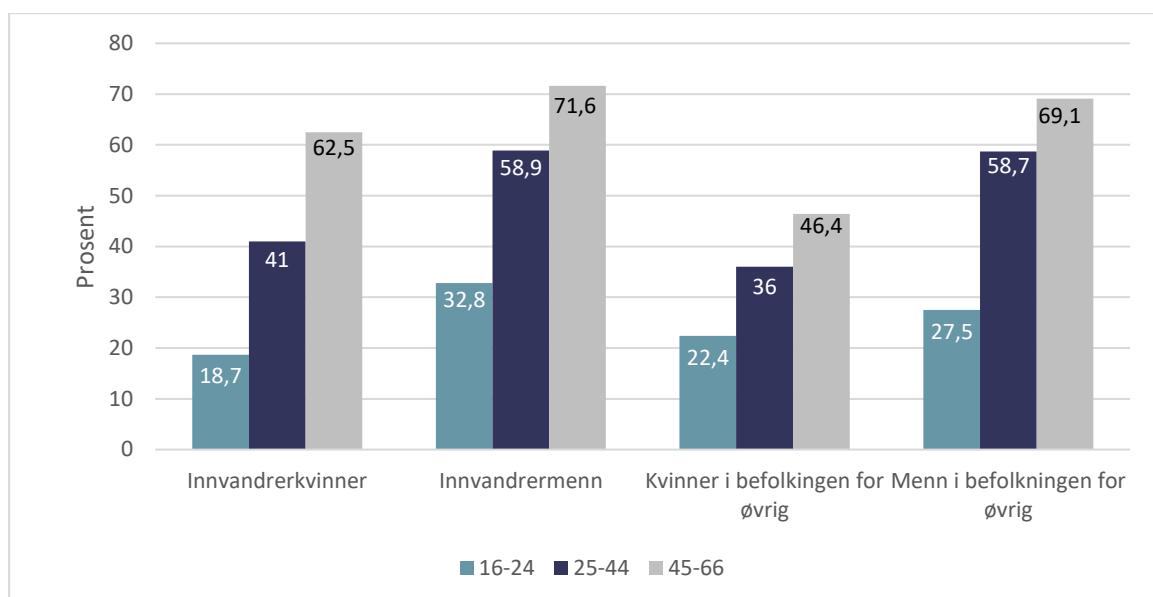
Tabell 11.1. Sammenheng mellom overvekt (KMI \geq 25) og landbakgrunn. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: befolkningen for øvrig

	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Kvinner			
Innvandrere i alt	1,28 (1,14, 1,44)	1,42 (1,26, 1,61)	1,12 (0,98, 1,30)
Polen	1,14 (0,79, 1,64)	1,29 (0,89, 1,88)	1,24 (0,85, 1,83)
Tyrkia	1,94 (1,40, 2,67)	2,10 (1,51, 2,91)	1,58 (1,12, 2,24)
Bosnia-Hercegovina	1,37 (0,99, 1,87)	1,31 (0,95, 1,81)	1,22 (0,88, 1,69)
Kosovo	1,66 (1,21, 2,29)	1,97 (1,42, 2,73)	1,52 (1,08, 2,14)
Eritrea	0,78 (0,57, 1,07)	0,95 (0,69, 1,31)	0,65 (0,46, 0,92)
Somalia	2,19 (1,60, 3,00)	2,95 (2,13, 4,09)	2,16 (1,46, 3,17)
Afghanistan	0,97 (0,65, 1,45)	1,36 (0,91, 2,05)	1,09 (0,70, 1,69)
Sri Lanka	1,57 (1,15, 2,13)	1,49 (1,09, 2,03)	1,32 (0,95, 1,84)
Irak	1,84 (1,34, 2,54)	2,27 (1,63, 3,16)	1,68 (1,18, 2,39)
Iran	1,05 (0,77, 1,44)	1,11 (0,81, 1,53)	0,98 (0,70, 1,37)
Pakistan	2,31 (1,57, 3,41)	2,51 (1,69, 3,73)	1,93 (1,27, 2,94)
Vietnam	0,32 (0,22, 0,48)	0,32 (0,21, 0,48)	0,24 (0,16, 0,38)
Befolkningen for øvrig	1	1	1
Menn			
Innvandrere i alt	1,09 (0,98, 1,22)	1,15 (1,03, 1,29)	1,16 (1,01, 1,32)
Polen	2,05 (1,53, 2,75)	2,15 (1,59, 2,91)	2,09 (1,53, 2,84)
Tyrkia	2,53 (1,78, 3,62)	2,50 (1,74, 3,59)	2,48 (1,70, 3,62)
Bosnia-Hercegovina	2,00 (1,43, 2,80)	1,91 (1,35, 2,70)	1,94 (1,37, 2,75)
Kosovo	1,91 (1,39, 2,62)	2,16 (1,56, 3,01)	2,16 (1,53, 3,06)
Eritrea	0,46 (0,34, 0,62)	0,51 (0,37, 0,69)	0,48 (0,35, 0,67)
Somalia	0,50 (0,37, 0,68)	0,63 (0,46, 0,87)	0,59 (0,42, 0,84)
Afghanistan	0,60 (0,46, 0,78)	1,00 (0,76, 1,32)	0,97 (0,71, 1,31)
Sri Lanka	1,01 (0,75, 1,35)	0,77 (0,57, 1,04)	0,76 (0,55, 1,03)
Irak	1,32 (0,96, 1,80)	1,42 (1,03, 1,96)	1,51 (1,07, 2,13)
Iran	1,16 (0,87, 1,55)	1,09 (0,81, 1,46)	1,06 (0,78, 1,45)
Pakistan	1,70 (1,23, 2,35)	1,59 (1,14, 2,22)	1,61 (1,13, 2,29)
Vietnam	0,49 (0,35, 0,69)	0,41 (0,29, 0,57)	0,41 (0,29, 0,58)
Befolkningen for øvrig	1	1	1

11.3. Overvekt og fedme og sosiodemografiske variabler

11.3.1. Aldersgruppe

Andelen med overvekt var høyest blant de eldste og lavest blant de yngste i alle gruppene (figur. 11.2). Blant kvinner i den eldste aldersgruppen var det en høyere andel overvektige blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig, mens det var små forskjeller mellom innvandrerkvinner og kvinner i befolkningen for øvrig i de yngste aldersgruppene. Blant menn var andelen med overvekt omtrent lik blant innvandrere og i befolkningen for øvrig i hver aldersgruppe. Justert for utdanning og inntekt var det en sammenheng mellom alder og overvekt i alle grupper (tabell 11.2). Blant kvinner betydde alder mer for utvikling av overvekt for innvandrere enn i befolkningen for øvrig. Blant menn var sammenhengen mellom alder og overvekt lik i begge grupper.



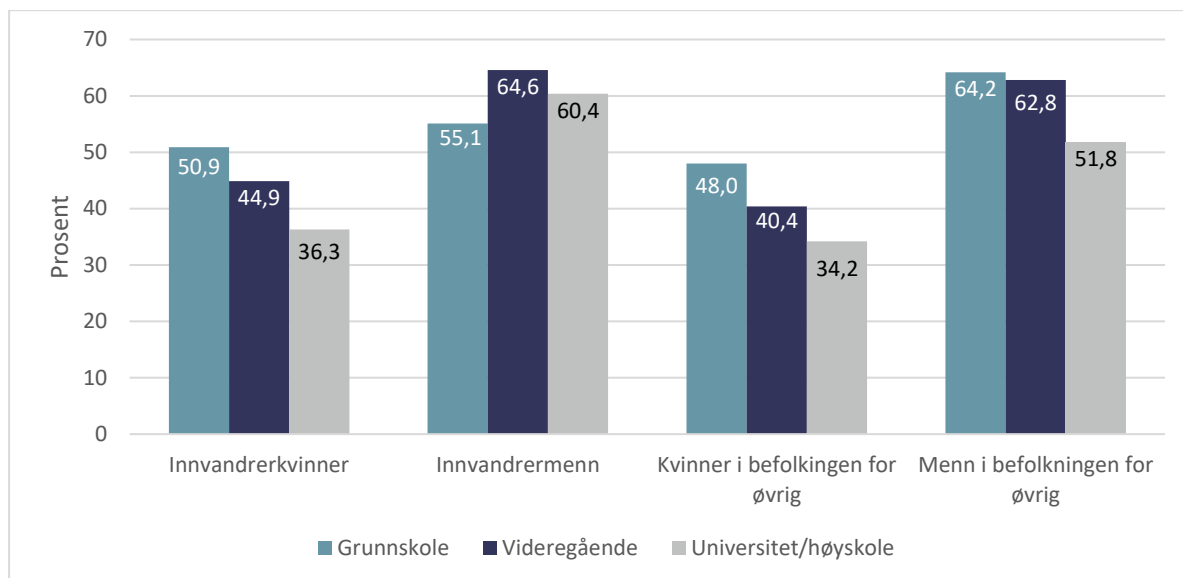
Figur 11.2. Andel med overvekt (KMI > 25) etter alder (år) og kjønn, innvandrere og befolkningen for øvrig

Tabell 11.2. Sammenheng mellom overvekt (KMI > 25) og alder. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 16-24 år

	Alder (år)	Ujustert	Justert for utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	25-44	3,02 (2,18, 4,32)	3,71 (2,48, 5,56)
	45-66	7,28 (4,98, 10,62)	9,43 (6,13, 14,49)
Innvandrer menn	25-44	2,93 (2,27, 3,78)	2,63 (1,99, 3,46)
	45-66	5,16 (3,94, 6,78)	4,46 (3,34, 5,95)
Kvinner i befolkningen for øvrig	25-44	1,95 (1,53, 2,48)	2,03 (1,53, 2,68)
	45-66	2,99 (2,38, 3,77)	2,86 (2,17, 3,77)
Menn i befolkningen for øvrig	25-44	3,75 (3,00, 4,68)	3,36 (2,60, 4,34)
	45-66	5,91 (4,76, 7,34)	4,74 (3,67, 6,12)

11.3.2. Utdanningsnivå

I likhet med i befolkningen for øvrig var andelen med overvekt høyest blant dem med lav utdanning blant innvandrerkvinner (figur 11.3). Dette mønsteret så vi ikke blant innvandrer menn. Justert for alder og inntekt var det en sammenheng mellom utdanning og overvekt blant kvinner i begge grupper (tabell 11.3), men sammenhengen var sterkere blant innvandrerkvinner enn blant kvinner i befolkningen for øvrig. Det var ingen sammenheng mellom overvekt og utdanning blant innvandrer menn, men blant menn i befolkningen for øvrig.



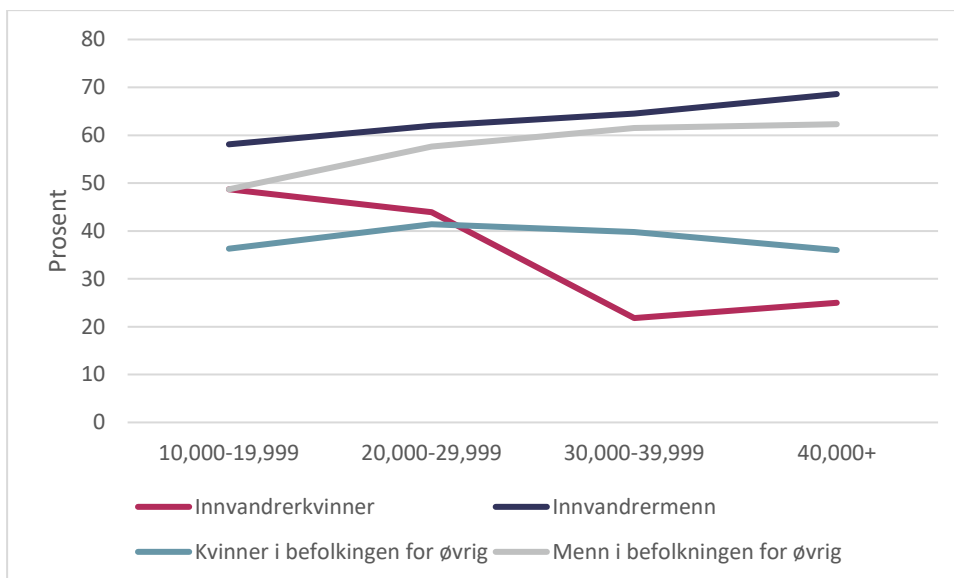
Figur 11.3. Andel med overvekt (KMI > 25) etter utdanningsnivå og kjønn, innvandrere og befolkningen for øvrig

Tabell 11.3. Sammenheng mellom overvekt (KMI > 25) og utdanning. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: grunnskole

	Utdanning	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder og inntekt
Innvandrerkvinner	Videregående	0,79 (0,62, 0,99)	0,85 (0,67, 1,08)	0,96 (0,75, 1,24)
	Universitet/høyskole	0,55 (0,44, 0,68)	0,58 (0,47, 0,73)	0,74 (0,57, 0,95)
Innvandrer menn	Videregående	1,49 (1,22, 1,83)	1,42 (1,16, 1,76)	1,39 (1,12, 1,73)
	Universitet/høyskole	1,24 (1,02, 1,52)	1,17 (0,95, 1,44)	1,10 (0,89, 1,37)
Kvinner i befolkningen for øvrig	Videregående	0,73 (0,60, 0,91)	0,88 (0,71, 1,09)	0,90 (0,72, 1,13)
	Universitet/høyskole	0,56 (0,47, 0,68)	0,65 (0,54, 0,79)	0,68 (0,55, 0,83)
Menn i befolkningen for øvrig	Videregående	0,95 (0,77, 1,15)	1,18 (0,96, 1,45)	1,12 (0,90, 1,40)
	Universitet/høyskole	0,60 (0,49, 0,73)	0,75 (0,61, 0,92)	0,68 (0,54, 0,85)

11.3.3. Inntekt

Blant innvandrerkvinner var andelen med overvekt lavere blant dem med høy inntekt enn blant dem med lav inntekt (figur. 11.4). Blant innvandrer menn og menn i befolkningen for øvrig var andelen med overvekt høyere blant dem med høy inntekt enn blant dem med lav inntekt. Justert for alder og utdanning var det en invers sammenheng mellom inntekt og overvekt blant innvandrerkvinner og blant kvinner for øvrig (tabell 11.4). Blant innvandrer menn var det ingen sammenheng mellom inntekt og overvekt.



Figur 11.4. Andel med overvekt (KMI > 25) etter husholdningsinntekt (kroner) og kjønn, innvandrere og befolkningen for øvrig

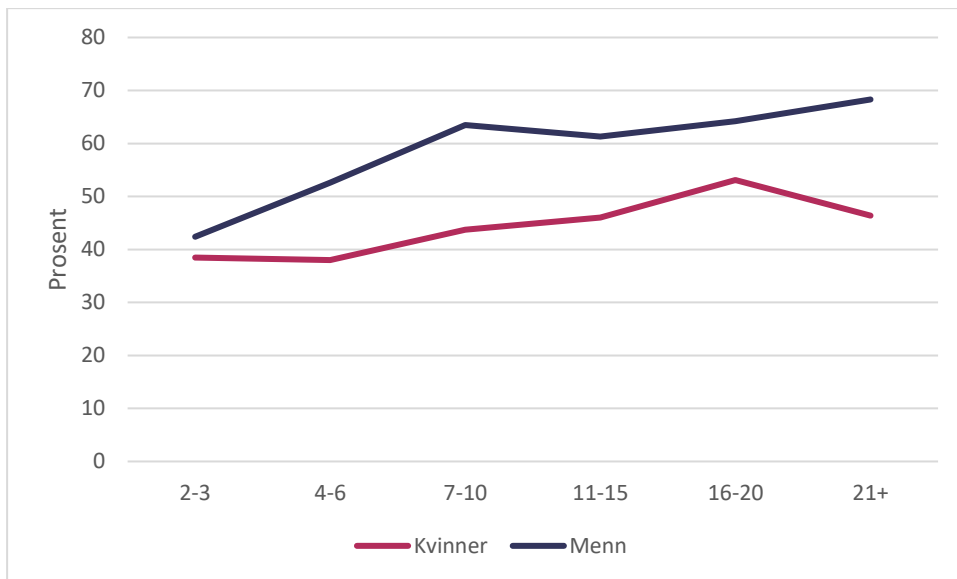
Tabell 11.4. Sammenheng mellom overvekt (KMI>25) og husholdningsinntekt (NOK). Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 10,000-19,999

	Inntekt (NOK)	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder og utdanning
Innvandrerkvinner	20,000-29,999	0,82 (0,68, 1,00)	0,69 (0,58, 0,85)	0,74 (0,59, 0,92)
	30,000-39,999	0,49 (0,35, 0,68)	0,36 (0,25, 0,51)	0,42 (0,29, 0,60)
	≥ 40,000	0,35 (0,09, 1,31)	0,23 (0,06, 0,90)	0,27 (0,07, 1,05)
Innvandrer menn	20,000-29,999	1,18 (0,98, 1,41)	1,06 (0,87, 1,28)	1,04 (0,86, 0,26)
	30,000-39,999	1,31 (0,99, 1,73)	1,20 (0,90, 1,59)	1,12 (0,84, 1,49)
	≥ 40,000	1,58 (0,86, 2,89)	1,38 (0,74, 2,55)	1,31 (0,71, 2,44)
Kvinner i befolkningen for øvrig	20,000-29,999	1,24 (0,98, 1,58)	1,10 (0,86, 1,41)	1,18 (0,91, 1,53)
	30,000-39,999	1,17 (0,91, 1,49)	0,93 (0,72, 1,20)	1,05 (0,80, 1,36)
	≥ 40,000	0,99 (0,76, 1,29)	0,73 (0,55, 0,97)	1,84 (0,63, 1,12)
Menn i befolkningen for øvrig	20,000-29,999	1,48 (1,16, 1,89)	1,25 (0,97, 1,62)	1,37 (1,05, 1,79)
	30,000-39,999	1,74 (1,35, 2,23)	1,28 (0,98, 1,70)	1,44 (1,09, 1,90)
	≥ 40,000	1,79 (1,37, 2,34)	1,14 (0,86, 1,52)	1,35 (1,00, 1,83)

11.4. Overvekt, fedme og migrasjonsrelaterte variabler

11.4.1. Botid

Andelen med overvekt var lavest blant dem med kort botid. (figur 11.5). Justert for alder, utdanning og inntekt hadde overvekt ingen sammenheng med botid blant kvinner (tabell 11.5). Blant menn var lengre botid assosiert med overvekt.



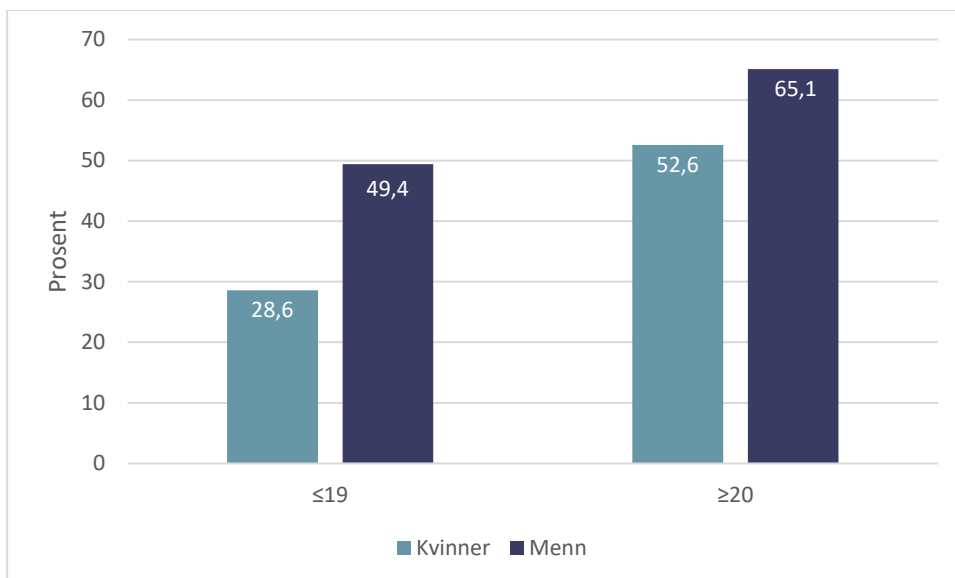
Figur 11.5. Andel med overvekt (KMI > 25) etter botid (år) og kjønn

Tabell 11.5. Sammenheng mellom overvekt (KMI > 25) og botid (år). Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 2-3 år

	Botid (år)	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	4-6	0,97 (0,69, 1,39)	0,95 (0,67, 1,37)	1,10 (0,74, 1,62)
	7-10	1,24 (0,87, 1,77)	1,27 (0,88, 1,83)	1,49 (1,00, 2,21)
	11-15	1,36 (0,98, 1,89)	1,27 (0,90, 1,78)	1,42 (1,00, 2,21)
	16-20	1,81 (1,26, 2,59)	1,39 (0,95, 2,03)	1,01 (0,70, 1,46)
	≥21	1,38 (1,02, 1,88)	0,78 (0,56, 1,09)	1,77 (1,18, 2,68)
Innvandremenn	4-6	1,49 (1,11, 2,00)	1,47 (1,09, 1,98)	1,45 (1,06, 1,98)
	7-10	2,33 (1,69, 3,23)	2,07 (1,49, 2,89)	2,03 (1,43, 2,87)
	11-15	2,13 (1,60, 2,82)	1,95 (1,46, 2,60)	1,91 (1,41, 2,57)
	16-20	2,40 (1,67, 3,46)	1,71 (1,25, 2,64)	1,69 (1,15, 2,50)
	≥21	2,89 (2,22, 3,76)	1,72 (1,29, 2,28)	1,66 (1,24, 2,22)

11.4.2. Alder ved innvandring

Det var høyest andel overvektige blant dem som flyttet til Norge etter fylte 20 år (figur 11.6). Justert for alder, og for utdanning og inntekt, var oddsen for overvekt høyere blant kvinner som flyttet til Norge etter fylte 20 år, enn blant dem som flyttet til Norge i yngre alder. Blant menn var det ingen sammenheng mellom alder ved innvandring og overvekt (tabell 11.6).



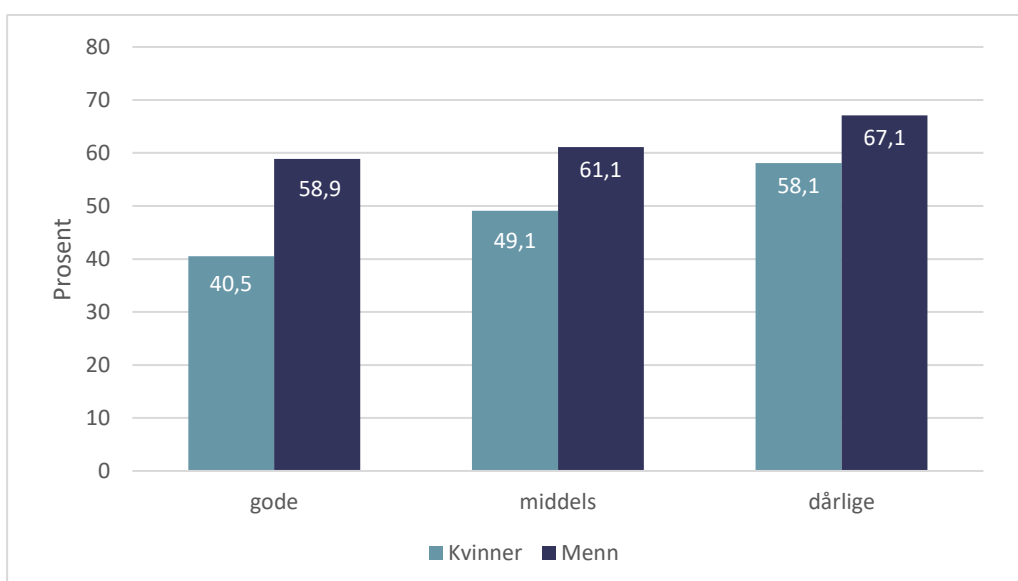
Figur 11.6. Andel med overvekt (KMI > 25) etter alder ved innvandring (år) og kjønn

Tabell 11.6. Sammenheng mellom overvekt (KMI > 25) og alder ved innvandring (år). Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 0-19 år

	Alder ved innvandring (år)	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	≥20	2,77 (2,26, 3,41)	1,75 (1,38, 2,21)	1,65 (1,29, 2,11)
Innvandremenn	≥20	1,91 (1,61, 2,27)	1,12 (0,91, 1,38)	1,13 (0,91, 1,39)

11.4.3. Norskunnskaper

Kvinner med dårlige og middels norskunnskaper hadde høyere andel med overvekt enn kvinner med gode norskunnskaper (figur 11.7). Menn med dårlige norskunnskaper hadde også høyere andel overvektige enn menn med gode norskunnskaper.



Figur 11.7. Andel med overvekt (KMI > 25) etter norskunnskaper og kjønn

Justert for alder, utdanning og inntekt var det ingen sammenheng mellom norskkunnskaper og overvekt blant verken kvinner eller menn (tabell 11.7).

Tabell 11.7. Sammenheng mellom overvekt (KMI > 25) og norskkunnskaper. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: gode norskkunnskaper

	Norskkunnskaper	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	Dårlige	2,04 (1,40, 2,97)	1,47 (0,99, 2,17)	1,18 (0,76, 1,82)
	Middels	1,42 (1,15, 1,75)	1,23 (0,99, 1,54)	1,05 (0,82, 1,33)
Innvandremenn	Dårlige	1,42 (1,07, 1,90)	1,13 (0,84, 1,52)	1,10 (0,82, 1,49)
	Middels	1,10 (0,90, 1,33)	0,93 (0,76, 1,14)	0,96 (0,78, 1,19)

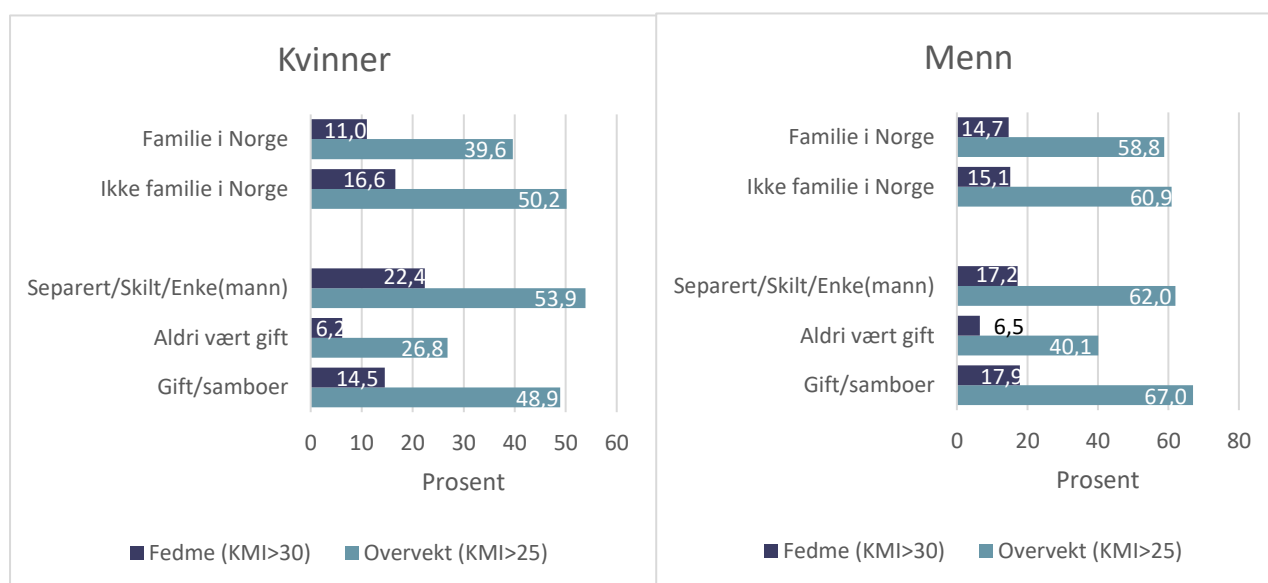
11.5. Overvekt og familieforhold

I denne delen vil vi se på hvordan overvekt og fedme blant innvandrere henger sammen med familierelaterte variabler. Disse variablene er om respondenten har familie i Norge, sivilstatus og antall barn. Hver av dem er beskrevet i hvert sitt underkapittel. I tillegg vil vi se nærmere på sammenhengen mellom vekt og psykiske plager. Overvekt er her definert slik som tidligere i kapittelet (KMI \geq 25), mens vi også skiller ut de som har fedme (KMI \geq 30).

11.5.1. Sivilstatus

Sivilstand er delt i tre kategorier: «gift eller samboer», «singel» og «skilt/separert/enke(mann)». To tredeler av utvalget var gift eller hadde samboer, og nær en fjerdedel var singel. Kvinner hadde en høyere andel som var skilt/separert/enke(menn) enn menn, henholdsvis 12 % og 7 %.

Singel hadde lavere forekomst av overvekt og av fedme enn andre (figur 11.8). Justert for kjønn, alder, utdanning, inntekt og psykiske plager var oddsen for overvekt, og likeledes oddsen for fedme, blant single innvandrere omtrent halvparten av det den var blant dem som var gift.



Figur 11.8. Andel med overvekt og fedme etter sivilstatus og etter om man har familie i Norge eller ikke

11.5.2. Familie i Norge

Blant innvandrer menn og innvandrer kvinner i denne undersøkelsen hadde 54 % foreldre og/eller andre slektninger i Norge. Blant kvinner var det en høyere andel med både overvekt og fedme blant dem som ikke hadde familie i Norge, enn blant dem som hadde det (figur 11.7). Blant menn var det ingen forskjell i andelen med overvekt mellom dem med og uten familie i Norge. Justert for alder, utdanning, inntekt og psykiske plager var det ingen forskjell i andelen med overvekt eller fedme mellom kvinner med og uten familie i Norge.

11.5.3. Antall barn

Vi har god informasjon om barn som bor sammen med respondenten, men opplysninger om øvrige barn er mangelfulle. Dette gjelder både voksne barn i Norge og barn i utlandet. Informasjonen om antall barn blir derfor særlig usikker for kvinner i den eldste aldersgruppen (> 44 år). Vi ser derfor på sammenhengen mellom vekt og antall barn kun blant dem som er yngre enn 45 år.

Tabell 11.8. Andel med overvekt eller fedme etter alder og antall barn. Antall (prosent)

	16-24 år		25-44 år	
	KMI ≥ 25	KMI ≥ 30	KMI ≥ 25	KMI ≥ 30
Totalt	42 (18,7)	8 (3,6)	451 (41,0)	110 (10,0)
Har barn	22 (20,2)	6 (5,5)	366 (44,0)	91 (10,9)
Har ikke barn	20 (17,2)	2 (1,7)	85 (31,6)	19 (7,1)
Antall barn				
1	13 (23,2)	4 (7,1)	113 (39,4)	26 (9,1)
2	5 (19,2)	1 (3,8)	129 (37,8)	26 (7,6)
3	2 (14,3)	0 (0,0)	83 (56,5)	21 (14,3)
4 eller flere	2 (15,4)	1 (7,7)	41 (71,9)	18 (31,6)

Datakilde: Levekårsundersøkelsen blant personer med innvandrerbakgrunn 2016, Statistisk sentralbyrå.
N = 238 16-24 år, 1165 25-44 år. KMI ≥ 25 (overvekt) inneholder også de med KMI ≥ 30 (fedme).

I den yngste aldersgruppen hadde 48 % av kvinnene barn, mens blant kvinnene i alderen 25-44 år hadde 74 % barn. Blant de yngste kvinnene var det ingen tydelig sammenheng mellom det å ha barn eller ikke og overvekt eller fedme (tabell 11.8), heller ikke etter justering for utdanning og inntekt. Blant kvinner i aldersgruppen 25-44 år var det høyere andel med overvekt og med fedme blant dem som hadde barn, enn blant dem som ikke hadde det. Justert for utdanning og inntekt hadde de med barn høyere odds for overvekt enn de som ikke hadde barn, men det var ingen sammenheng mellom fedme og det å ha barn.

11.5.4. Vekt og psykiske plager

Forekomsten av psykiske plager er omtalt i kapittel 9. I kapittel 14 ser vi at det var høyere odds for psykiske plager blant dem som var overvektige, enn andre, også justert for alder, utdanning og inntekt. Her vil vi i tillegg se på sammenhengen mellom psykiske plager og fedme og undervekt (KMI < 18,9).

Det var en høyere andel med fedme og overvekt blant kvinner og menn som hadde psykiske plager, enn blant dem som ikke hadde det (tabell 11.9). Blant menn var det også en høyere andel med undervekt blant dem med psykiske plager enn blant dem som ikke hadde det. Disse sammenhengene besto etter justering for alder, utdanning og inntekt.

Tabell 11.9. Andel med undervekt, overvekt og fedme etter psykiske plager. Antall (prosent)

	Undervekt (KMI < 18,9)	Overvekt (KMI ≥ 25)	Fedme (KMI ≥ 30)
<i>Kvinner</i>			
Psykiske plager	18 (6,1)	150 (54,5)	62 (23,6)
Ikke psykiske plager	82 (4,9)	675 (42,8)	283 (11,9)
<i>Menn</i>			
Psykiske plager	7 (2,8)	171 (67,6)	62 (24,5)
Ikke psykiske plager	20 (1,0)	1216 (58,8)	283 (13,7)

Datakilde: Levekårsundersøkelsen blant personer med innvandrerbakgrunn 2016, Statistisk sentralbyrå.

11.6. Oppsummering overvekt

Når vi tok hensyn til alder, utdanning og inntekt, var risikoen for overvekt høyere blant innvandrer menn i alt enn blant menn i befolkningen for øvrig, men den samme blant innvandrer kvinner i alt som blant kvinner i befolkningen for øvrig. Som i befolkningen for øvrig var overvekt mindre utbredt blant kvinner enn blant menn i det fleste innvandregrupper. Overvekt var mest utbredt blant menn og kvinner fra Tyrkia, Kosovo, Irak og Pakistan, kvinner fra Somalia og menn fra Polen og Bosnia-Hercegovina. Andelen med overvekt var høyest blant de eldste, og sammenhengen med alder var sterkere blant innvandrer kvinner enn andre kvinner. I justerte analyser var lav utdanning og lav inntekt assosiert med overvekt blant innvandrer kvinner. Blant menn var lang botid assosiert med overvekt, mens kvinner som flyttet til Norge i voksen alder, hadde høyere odds for overvekt enn de som flyttet til Norge i barndommen eller ungdomstiden. Andelen med overvekt og fedme var lavest blant single for både menn og kvinner. Det å ha barn var også assosiert med overvekt, men ikke blant de yngste kvinnene. Andelen med fedme og overvekt var høyere blant dem med psykiske plager enn blant dem som ikke hadde psykiske plager.

12. Alkoholbruk

Melanie Lindsay Straiton, Navnit Kaur Grewal, Marte Kjøllesdal

I gjennomsnitt drikker innbyggere i Norge over 15 år 6,79 liter ren alkohol i året. Det er imidlertid store forskjeller i bruk i ulike befolkningsgrupper, og innvandrerungdom og -foreldre er blant gruppene som drikker mindre. I 2016 hadde 80 % av hele befolkningen drukket alkohol det siste året. De 10 % som drikker mest, står for omtrent halvparten av forbruket (23).

12.1. Mål for alkoholbruk

Deltakerne ble spurt «*Har du i løpet av de siste 12 månedene drukket noen form for alkohol? Regn med alle typer alkoholholdige drikker.*» De som svarte ja, fikk et tilleggsspørsmål om hyppigheten av alkoholinntak «*Omtrent hvor ofte drikker du vanligvis alkohol?*» Gjør du det: «hver dag», «hver uke», «flere ganger i måneden» eller «en gang i måneden eller sjeldnere».

Det er viktig å bemerke at deltakerne ikke ble spurt om hvor mye alkohol de pleier å drikke. Mengden alkohol man drikker, er viktig når det gjelder risikoen for ulike sykdommer slik som høyt blodtrykk, hjerneslag og leverskader. Det øker også risikoen for skader og ulykker. Høyt og hyppig forbruk kan ha alvorlige negativ påvirkning på fysisk og psykiske helse, og kan føre til sosiale problemer (32). Lavt konsum hvor man ikke blir beruset, vil ikke nødvendigvis øke risikoen i like stor grad.

Figurene viser ujusterte andeler som hadde drukket alkohol det siste året over landbakgrunn, alder, utdanning, inntekt, botid, alder ved innvandring og norskkunnskaper. I tillegg gjorde vi logistiske regresjoner for å se på sammenhengen mellom å ha drukket alkohol det siste året og de ulike sosiodemografiske og migrasjonsrelaterte variablene med og uten justering for alder, utdanning og inntekt. Resultatene fra regresjonene er vist i tabeller.

12.2. Alkoholbruk blant innvandrere og i befolkningen for øvrig

I alle innvandrergrupper var den en lavere andel som hadde drukket alkohol enn i befolkningen for øvrig, med unntak av polske menn som drakk omtrent like ofte som menn i befolkningen for øvrig (tabell 12.1) Innvandrere fra Somalia og Pakistan hadde lavest andel som drakk alkohol (1-12 %). Selv i innvandrergruppene hvor en betydelig andel drikker alkohol, ble det drukket sjeldnere enn i befolkningen for øvrig. Mens 17 % av innvandrer menn og 11 % av innvandrer kvinner oppga at de drakk minst én gang i uken, var det 44 % av menn og 33 % av kvinner i befolkningen for øvrig som gjorde det samme. Justert for alder, utdanning og inntekt var oddsene for å ha drukket alkohol lavere i alle innvandrergruppene enn i befolkningen for øvrig, med unntak av polske menn.

Tabell 12.1 Deltakere som hadde drukket alkohol det siste året og hvor ofte, etter landbakgrunn og kjønn. Prosent

	Drukket alkohol ¹		Blant kvinner som <i>har</i> drukket alkohol ²			Blant menn som <i>har</i> drukket alkohol ²		
	Kvinner	Menn	≤ 1 gang/måned	>1 gang/måned	≥1 gang/uke	≤ 1 gang/måned	>1 gang/måned	≥1 gang/uke
Innvandrere i alt	28,0	53,5	67,5	21,2	11,3	58,7	24,5	16,7
Polen	76,2	91,3	58,3	31,1	10,4	48,4	30,8	20,8
Tyrkia	27,4	46,2	62,2	24,4	13,3	58,8	23,5	17,6
Bosnia-Hercegovina	53,3	73,2	65,2	21,3	13,5	50,0	29,1	20,9
Kosovo	35,2	69,1	75,9	17,2	6,9	66,7	25,5	7,8
Eritrea	20,2	49,5	84,6	10,3	5,1	55,8	31,6	12,6
Somalia	5,0	9,4	-	-	-	-	-	-
Afghanistan	9,9	43,7	-	-	-	79,4	13,1	7,5
Sri-Lanka	12,4	48,0	-	-	-	49,0	26,0	25,0
Irak	16,9	46,2	-	-	-	65,5	23,8	10,7
Iran	48,9	73,2	64,4	21,8	13,8	66,0	19,6	14,4
Pakistan	1,3	11,7	-	-	-	-	-	-
Vietnam	36,1	71,5	67,7	13,8	18,5	50,9	20,4	28,7
Befolkningen for øvrig	86,2	89,9	38,6	28,9	32,5	27,0	29,2	43,8

Datakilde: Levekårsundersøkelsen blant personer med innvandrerbakgrunn 2016, Levekårsundersøkelsen om helse 2015, Statistisk sentralbyrå.

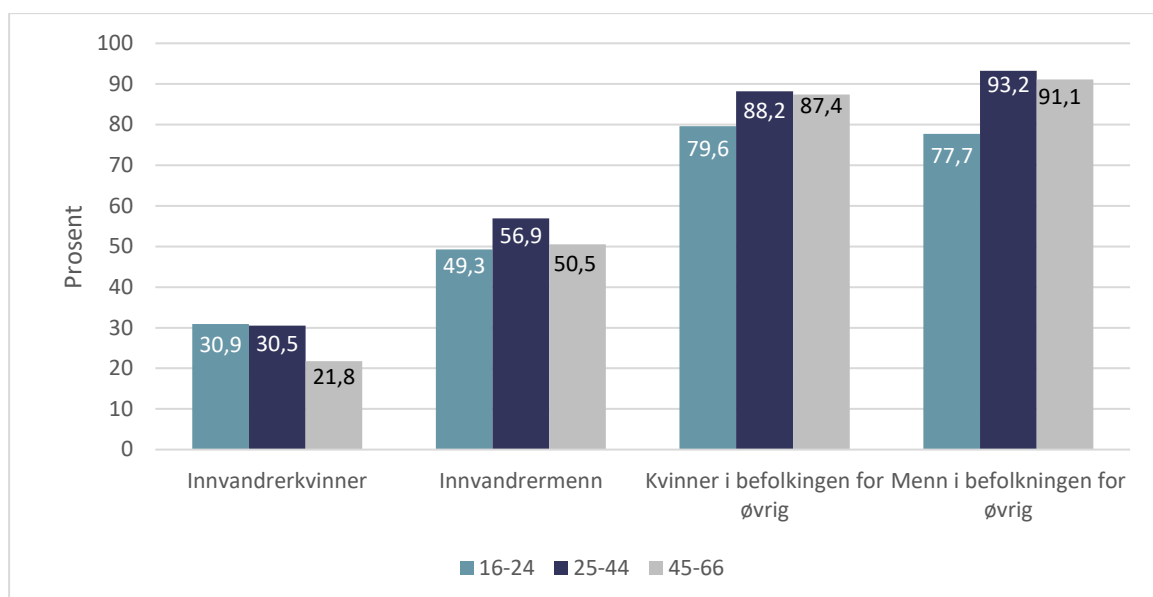
- 1) N = 1966 (innvandrere, kvinner), 2361 (innvandrere, menn), 2945 (befolkningen for øvrig, kvinner), 2969 (befolkningen for øvrig, menn)
- 2) N = 551 (innvandrere, kvinner), 1263 (innvandrere, menn), 2238 (befolkningen for øvrig, kvinner), 2645 (befolkningen for øvrig, menn)

Hvis andelen som drikker er mindre enn 20 %, oppgir vi ikke hvor ofte man drikker.

12.3. Alkoholbruk og sosiodemografiske variabler

12.3.1. Aldersgruppe

Blant innvandrerkvinner var andelen som hadde drukket alkohol, lavest i den eldste gruppen (figur 12.1). Blant innvandrer menn varierte ikke bruk av alkohol med alder. I befolkningen for øvrig var det en lavere andel som hadde drukket alkohol i den yngste aldersgruppen, enn i de to eldste. Justert for utdanning og inntekt var sammenhengen mellom alder og alkoholbruk ulik mellom innvandrere og befolkningen for øvrig. Blant innvandrerkvinner var oddsen for å ha drukket alkohol lavere i den eldste aldersgruppen enn i den yngste (tabell 12.2). Blant innvandrer menn var det ingen sammenheng mellom alder og bruk av alkohol. For kvinner i den øvrige befolkningen var det ingen sammenheng mellom alder og alkoholbruk. Blant menn i befolkningen for øvrig var oddsen for å ha drukket alkohol høyere i den midterste og den eldste aldersgruppen enn i den laveste.



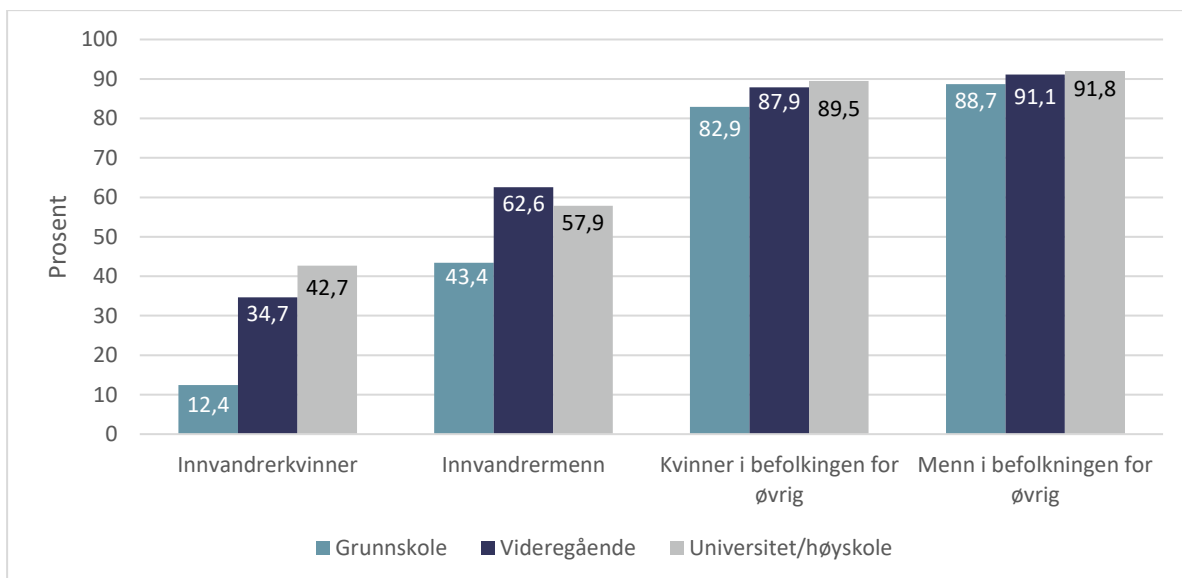
Figur 12.1. Andel som hadde drukket alkohol de siste 12 månedene etter alder (år) og kjønn, innvandrere og befolkningen for øvrig

Tabell 12.2. Sammenheng mellom bruk av alkohol og alder. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 16-24 år

	Alder (år)	Ujustert	Justert for utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	25-44	0,98 (0,72, 1,33)	0,89 (0,62, 1,26)
	45-66	0,62 (0,44, 0,87)	0,55 (0,37, 0,81)
Innvandremenn	25-44	1,36 (1,07, 1,73)	0,99 (0,76, 1,30)
	45-66	1,05 (0,82, 1,35)	0,77 (0,58, 1,01)
Kvinner i befolkningen for øvrig	25-44	1,91 (1,44, 2,54)	0,98 (0,68, 1,41)
	45-66	1,78 (1,37, 2,32)	0,93 (0,65, 1,33)
Menn i befolkningen for øvrig	25-44	3,93 (2,87, 5,39)	2,52 (1,73, 3,67)
	45-66	2,95 (2,25, 3,86)	1,71 (1,21, 2,42)

12.3.2. Utdanningsnivå

Andelen som drakk alkohol, var høyere blant dem med universitetsutdanning enn blant dem med kun grunnskole. Dette gjaldt både kvinner og menn, blant innvandrere og i befolkningen for øvrig. (figur 12.2). Blant innvandrerkvinner, innvandremenn og kvinner i befolkningen for øvrig var det også en høyere andel som drakk alkohol blant dem med videregående skole enn blant dem med kun grunnskole. Justert for alder og inntekt var det en sammenheng mellom utdanning og alkoholbruk blant alle kvinner, men sammenhengen var sterkere blant innvandrerkvinner enn blant kvinner i befolkningen for øvrig (tabell 12.3). Blant menn var det en sammenheng mellom utdanning og alkoholbruk blant innvandrere, men ikke blant menn i befolkningen for øvrig.



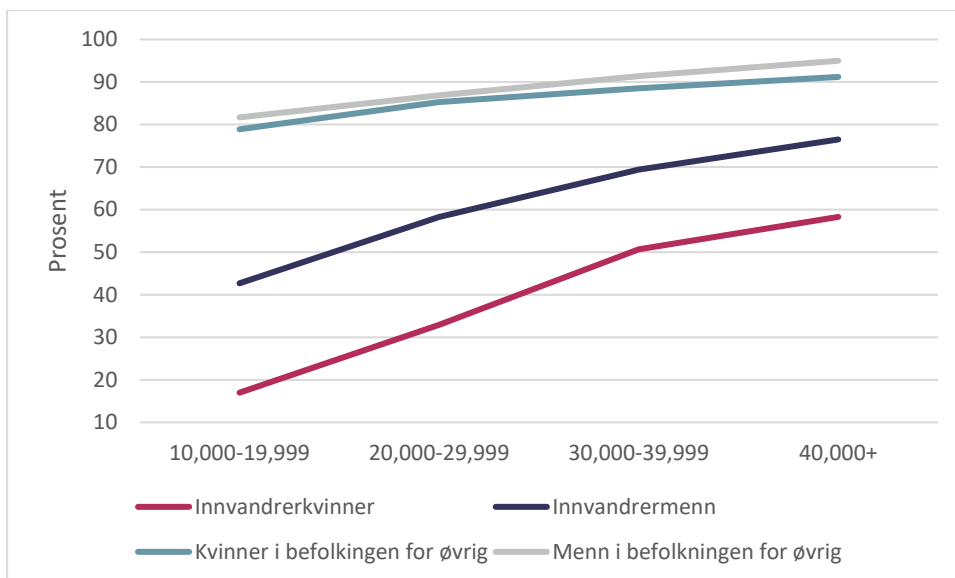
Figur 12.2. Andelen som hadde drukket alkohol siste 12 måneder etter utdanningsnivå og kjønn, innvandrere og befolkningen for øvrig

Tabell 12.3. Sammenheng mellom bruk av alkohol og utdanning. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: grunnskole

	Utdanning	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder og inntekt
Innvandrerkvinner	Videregående	3,75 (2,82, 4,98)	3,70 (2,77, 4,91)	3,20 (2,38, 4,31)
	Universitet/høyskole	5,25 (4,02, 6,86)	5,16 (3,95, 6,74)	3,70 (2,78, 4,94)
Innvandrer menn	Videregående	2,18 (1,79, 2,70)	2,20 (1,80, 2,69)	2,02 (1,63, 2,49)
	Universitet/høyskole	1,80 (1,48, 2,20)	1,82 (1,49, 2,22)	1,54 (1,25, 1,91)
Kvinner i befolkningen for øvrig	Videregående	1,50 (1,12, 2,01)	1,57 (1,16, 2,12)	1,47 (1,07, 2,02)
	Universitet/høyskole	1,76 (1,35, 2,29)	1,83 (1,40, 2,39)	1,58 (1,18, 2,11)
Menn i befolkningen for øvrig	Videregående	1,31 (0,95, 1,79)	1,42 (1,03, 1,96)	1,25 (0,89, 1,76)
	Universitet/høyskole	1,42 (1,03, 1,97)	1,57 (1,12, 2,18)	1,26 (0,88, 1,81)

12.3.3. Inntekt

Andelen som hadde drukket alkohol det siste året, var høyest blant dem med høy inntekt og lavest blant dem med lav inntekt (figur 12.3). Dette gjaldt kvinner og menn, blant innvandrere og i befolkningen for øvrig. Justert for alder og utdanning var det en sammenheng mellom inntekt og alkoholbruk i alle grupper, og blant kvinner var den mer uttalt for innvandrere enn i befolkningen for øvrig (tabell 12.4).



Figur 12.3. Andel som hadde drukket alkohol de siste 12 månedene etter husholdningsinntekt (kroner) og kjønn, innvandrere og befolkningen for øvrig

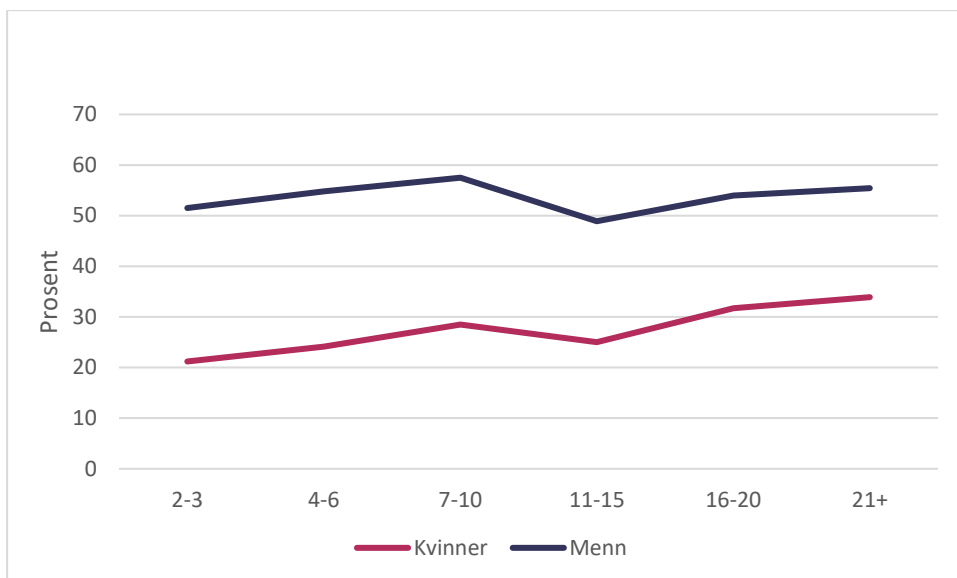
Tabell 12.4. Sammenheng mellom bruk av alkohol og husholdningsinntekt (NOK). Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 10,000-19,999

	Inntekt (NOK)	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder og utdanning
Innvandrerkvinner	20,000-29,999	2,39 (1,90, 3,02)	2,62 (2,07, 3,33)	2,01 (1,57, 2,58)
	30,000-39,999	5,02 (3,61, 6,97)	5,81 (4,41, 8,14)	3,43 (2,39, 4,91)
	≥ 40,000	6,82 (2,13, 21,80)	8,24 (2,55, 26,61)	4,68 (1,40, 15,69)
Innvandrer menn	20,000-29,999	1,87 (1,56, 2,25)	1,93 (1,60, 2,31)	1,84 (1,53, 2,22)
	30,000-39,999	3,03 (2,29, 4,03)	3,11 (2,34, 4,13)	2,92 (2,18, 3,91)
	≥ 40,000	4,36 (2,25, 8,43)	4,51 (2,33, 8,73)	3,81 (1,96, 7,43)
Kvinner i befolkningen for øvrig	20,000-29,999	1,56 (1,16, 2,09)	1,50 (1,12, 2,02)	1,40 (1,02, 1,94)
	30,000-39,999	2,07 (1,51, 2,06)	1,94 (1,41, 2,67)	1,83 (1,29, 2,59)
	≥ 40,000	2,76 (1,90, 4,01)	2,54 (1,73, 3,72)	2,41 (1,59, 3,66)
Menn i befolkningen for øvrig	20,000-29,999	1,49 (1,07, 2,06)	1,33 (0,96, 1,86)	1,45 (1,00, 2,10)
	30,000-39,999	2,38 (1,66, 3,4)	1,96 (1,35, 2,83)	1,91 (1,28, 2,87)
	≥ 40,000	4,24 (2,67, 6,72)	3,20 (2,00, 5,14)	3,31 (1,97, 5,55)

12.4. Alkoholbruk og migrasjonsrelaterte variabler

12.4.2 Botid

Andelen kvinner som hadde drukket alkohol det siste året, var høyest blant dem som hadde bodd i Norge lengst (figur 12.4). Det var ingen sammenheng mellom botid og alkohol blant menn. Justering for alder, utdanning og inntekt endret ikke disse sammenhengene (tabell 12.5).



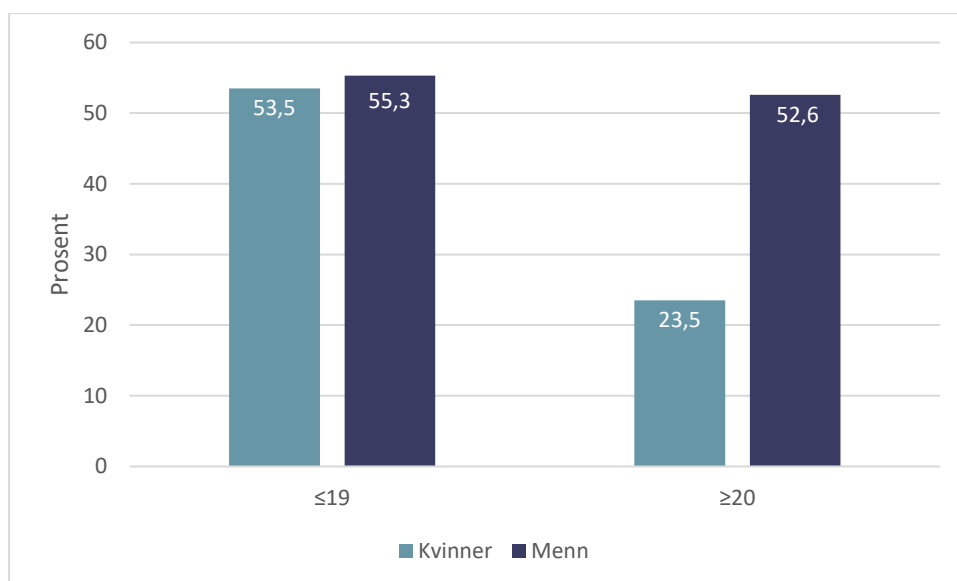
Figur 12.4. Andel som hadde drukket alkohol de siste 12 månedene etter botid og kjønn

Tabell 12.5. Sammenheng mellom bruk av alkohol og botid (år). Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 2-3 år

	Botid (år)	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	4-6	1,18 (0,80, 1,75)	1,19 (0,80, 1,78)	1,09 (0,70, 1,70)
	7-10	1,48 (1,00, 2,20)	1,47 (0,99, 2,19)	1,26 (0,82, 1,96)
	11-15	1,24 (0,85, 1,79)	1,28 (0,88, 1,86)	0,98 (0,65, 1,48)
	16-20	1,72 (1,16, 2,56)	1,98 (1,33, 2,97)	1,50 (0,96, 2,33)
	≥21	1,90 (1,36, 2,67)	2,54 (1,78, 3,63)	1,62 (1,01, 2,41)
Innvandremenn	4-6	1,12 (0,84, 1,50)	1,13 (0,84, 1,51)	1,04 (0,76, 1,43)
	7-10	1,28 (0,93, 1,75)	1,30 (0,95, 1,79)	1,22 (0,87, 1,72)
	11-15	0,90 (0,68, 1,19)	0,92 (0,70, 1,21)	0,91 (0,67, 1,22)
	16-20	1,11 (0,78, 1,57)	1,16 (0,81, 1,65)	1,03 (0,70, 1,50)
	≥21	1,17 (0,91, 1,50)	1,26 (0,96, 1,66)	1,12 (0,83, 1,49)

12.4.2. Alder ved innvandring

Blant kvinner var andelen som hadde drukket alkohol det siste året, høyere blant dem som kom til Norge før fylte 20 år, enn etter fylte 20 år (figur 12.5). Blant menn var det ingen sammenheng mellom å drikke alkohol og alder ved innvandring. Disse sammenhengene besto etter justering for alder, utdanning og inntekt



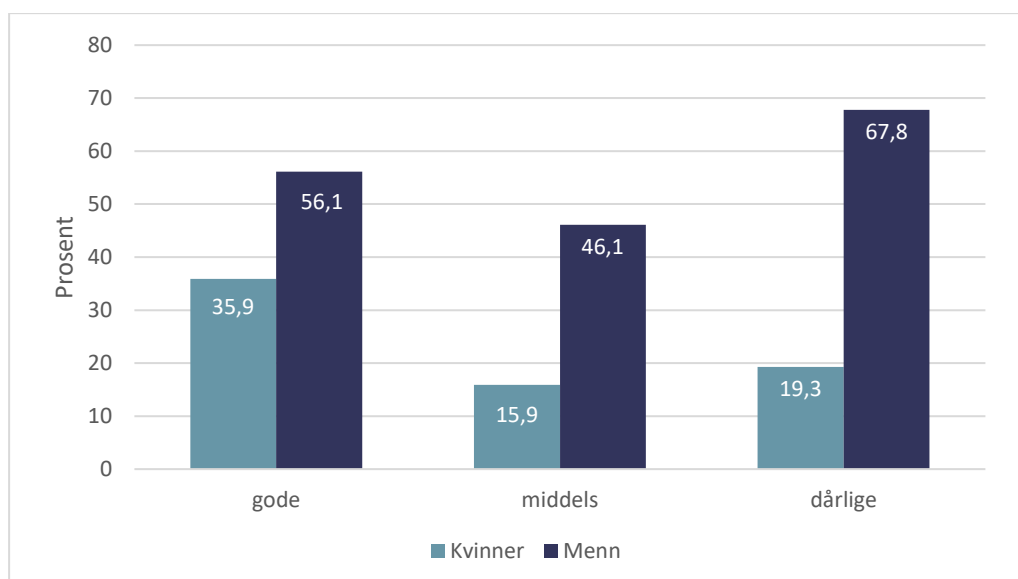
Figur 12.5. Andel som hadde drukket alkohol de siste 12 månedene etter alder ved innvandring (år) og kjønn

Tabell 12.6. Sammenheng mellom bruk av alkohol og alder ved innvandring (år). Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 0-19 år

	Alder ved innvandring (år)	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	≥ 20	0,52 (0,43, 0,64)	0,53 (0,42, 0,68)	0,66 (0,51, 0,86)
Innvandremenn	≥ 20	0,90 (0,76, 1,06)	0,90 (0,73, 1,10)	0,85 (0,69, 1,05)

12.4.3. Norskkunnskaper

Blant kvinner var det en høyere andel som drakk alkohol blant dem med gode norskkunnskaper, enn blant dem med middels eller dårlige norskkunnskaper (figur 12.6). Blant menn var det en høyere andel som drakk alkohol blant dem med dårlige norskkunnskaper, enn blant dem med middels og gode norskkunnskaper. Etter justering for alder, utdanning og inntekt var det en høyere odds for å drikke alkohol blant kvinner med gode enn blant kvinner med middels norskkunnskaper (tabell 12.7). Det var også høyere odds for å drikke alkohol blant menn med dårlige enn med gode norskkunnskaper.



Figur 12.6. Andel som hadde drukket alkohol de siste 12 månedene etter norskkunnskaper og kjønn

Tabell 12.7. Sammenheng mellom bruk av alkohol og norskkunnskaper. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: Gode norskkunnskaper

	Norskkunnskaper	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	Dårlige	0,43 (0,28, 0,66)	0,46 (0,30, 0,71)	0,91 (0,56, 1,49)
	Middels	0,34 (0,26, 0,44)	0,35 (0,27, 0,45)	0,53 (0,40, 0,70)
Innvandremenn	Dårlige	1,64 (1,23, 2,19)	1,68 (1,26, 2,25)	1,83 (1,34, 2,49)
	Middels	0,70 (0,55, 0,81)	0,68 (0,56, 0,82)	0,79 (0,64, 0,97)

12.5 Oppsummering alkoholbruk

Andelen som drakk alkohol, var lavere blant de innvandregruppene som inngikk i undersøkelsen, enn blant befolkningen for øvrig, særlig blant kvinner. Kun polske menn hadde høyere andel som drakk alkohol, enn menn i befolkningen for øvrig. Blant innvandrere som drakk, ble det drukket mindre hyppige enn i befolkningen for øvrig. Dette bekrefter tidligere funn (15, 33). Det er likevel verdt å merke seg at en betydelig andel innvandrere, også fra land med en muslimsk majoritet, drikker alkohol. Innvandrere med høyere utdanning og inntekt hadde oftere drukket alkohol enn andre. Tallene er små, og vi kan ikke si noe detaljert om drikkefrekvens, og heller ikke om mengde alkohol som er konsumert.

13. Røyking

Carine Øien-Ødegaard, Navnit Kaur Grewal, Marte Kjøllesdal

Røyking er en av de største utfordringene for folkehelsen verden over og er en av de viktigste risikofaktorene for kroniske sykdommer som kreft og hjerte- og karsykdommer (2, 3).

13.1. Mål for røyking

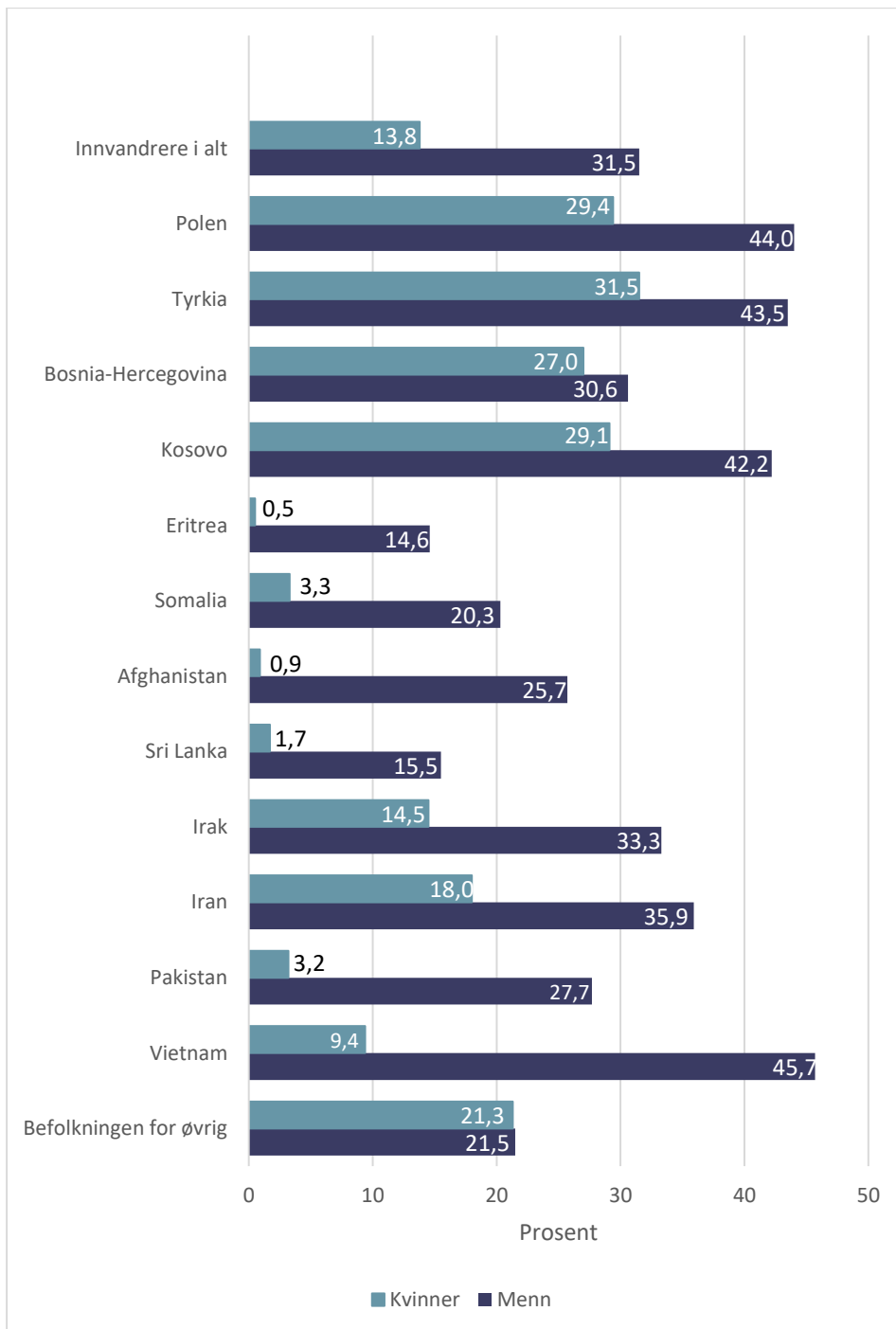
Deltakerne ble stilt spørsmålet «*Hender det at du røyker?*». De som svarte ja, fikk tilleggsspørsmålet «*Røyker du daglig eller av og til?*». De som oppga at de røyker i det hele tatt, inngår i våre analyser nedenfor.

Figurene viser ujusterte andeler som røyker over landbakgrunn, alder, utdanning, inntekt, botid, alder ved innvandring og norskkunnskaper. I tillegg gjorde vi logistiske regresjoner for å se på sammenhengen mellom røyking og de ulike sosiodemografiske og migrasjonsrelaterte variablene med og uten justering for alder, utdanning og inntekt. Resultatene fra regresjonene er vist i tabeller.

13.2. Sammenligning av innvandrere og befolkningen for øvrig

Det var lavere andel røykere blant innvandrerkvinner (14 %) enn innvandrer menn (32 %) (figur 13.1). Det var stor variasjon i andelen røykere etter landbakgrunn. Blant kvinner var andelen røykere høyere blant innvandrere fra Polen, Tyrkia og Kosovo enn i befolkningen for øvrig, men lavere blant innvandrere fra Eritrea, Somalia, Afghanistan, Irak, Iran og Vietnam enn i befolkningen for øvrig. Blant menn var andelen røykere høyere blant innvandrere fra Polen, Tyrkia, Bosnia-Hercegovina, Kosovo, Irak, Iran, Pakistan og Vietnam enn i befolkningen for øvrig. Det var bare menn fra Eritrea som hadde lavere andel røykere enn menn i befolkningen for øvrig. Blant de som røykte, røykte de fleste daglig, både blant innvandrere og i befolkningen for øvrig (figur 13.2). Unntakene var menn fra Afghanistan og Sri Lanka, og kvinner fra Kosovo, Irak og Iran. I de to sistnevnte var det imidlertid få personer i utvalget, som resultatene er mer usikre for.

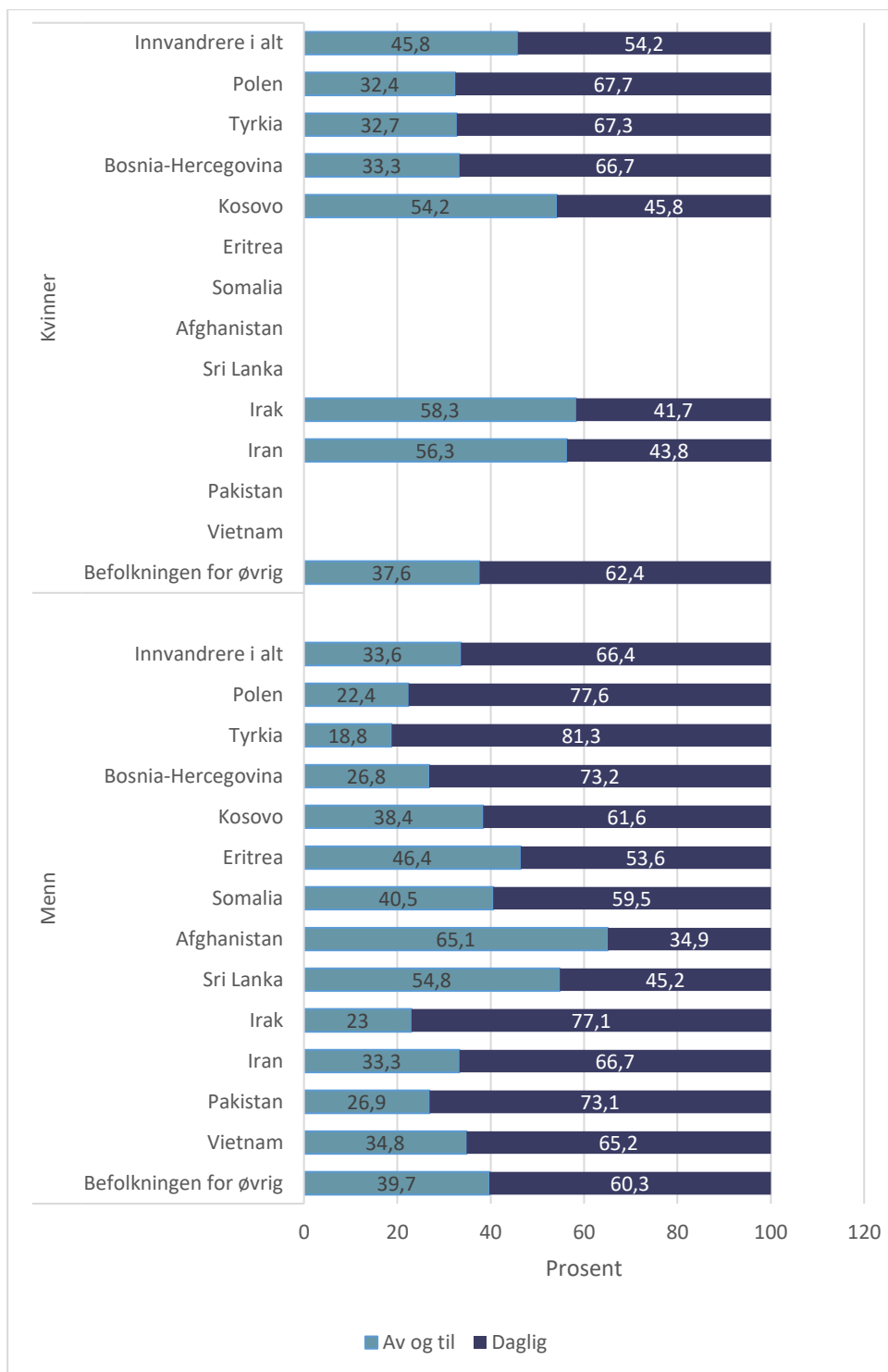
Justert for alder, utdanning og inntekt var oddsen for å røyke høyere blant menn fra Polen, Tyrkia, Bosnia-Hercegovina, Kosovo, Irak, Iran og Vietnam enn blant menn i befolkningen for øvrig (tabell 13.1). Blant menn fra Eritrea og Sri Lanka var oddsen for å røyke lavere enn blant menn i befolkningen for øvrig. Antall kvinnelige røykere blant innvandrere fra Eritrea, Somalia, Afghanistan, Sri Lanka og Pakistan var så lavt at vi ikke inkluderte dem i logistiske regresjoner. Blant de gjestående innvandrergruppene hadde kvinner fra Polen høyere odds for å røyke, mens kvinner fra Irak og Vietnam hadde lavere odds enn kvinner i den øvrige befolkningen, justert for alder, utdanning og inntekt.



Figur 13.1. Deltakere som røykte etter kjønn og landbakgrunn. Prosent

Datakilde: Levekårsundersøkelsen blant personer med innvanderbakgrunn 2016, Levekårsundersøkelsen om helse 2015, Statistisk sentralbyrå.

- 1) N = 1967 (innvandrere, kvinner) 2364 (innvandrere, menn) 2947 (befolkning for øvrig, kvinner) 2969 (befolkning for øvrig, menn)



Figur 13.2. Andeler av røykere som røykte daglig eller av og til, etter kjønn og landbakgrunn. Prosent
Datakilde: Levekårsundersøkelsen blant personer med innvandrerbakgrunn 2016, Levekårsundersøkelsen om helse 2015, Statistisk sentralbyrå.
 Er andelen røykere i en gruppe under 10 %, oppgir vi ikke hvor ofte de røyker

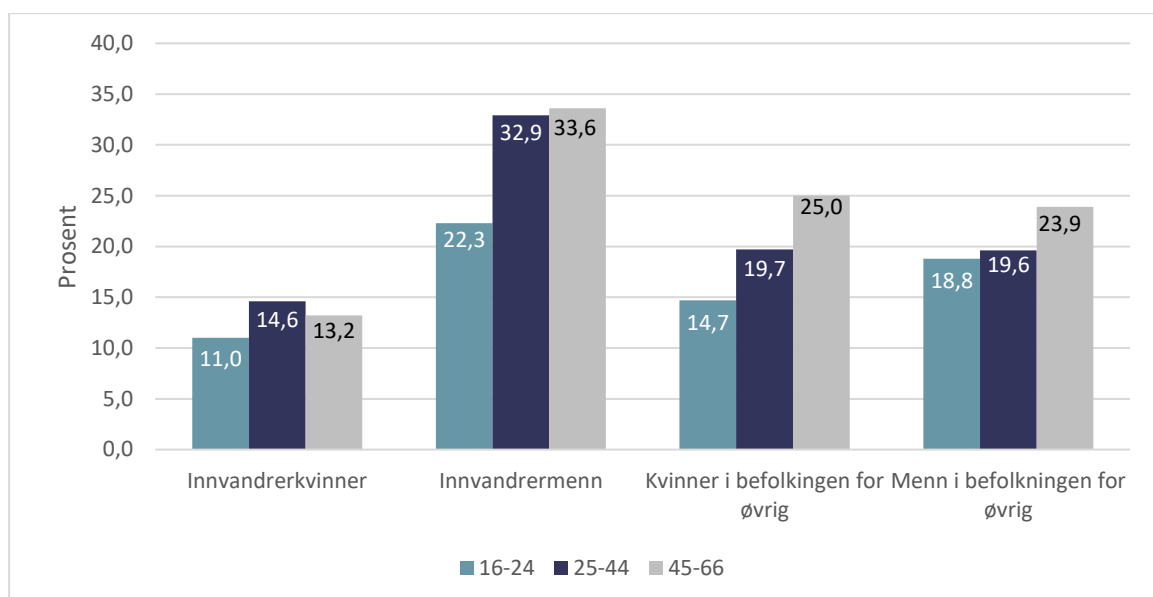
Tabell 13.1. Sammenheng mellom røyking og landbakgrunn. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: befolkningen for øvrig

	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Kvinner			
Innvandrere i alt	0,59 (0,51, 1,91)	0,61 (0,52, 0,71)	0,53 (0,44, 0,63)
Polen	1,54 (1,04, 2,28)	1,60 (1,08, 2,38)	1,60 (1,05, 2,43)
Tyrkia	1,70 (1,21, 2,39)	1,74 (1,24, 2,45)	1,24 (0,86, 1,80)
Bosnia-Hercegovina	1,37 (0,96, 1,94)	1,34 (0,94, 1,90)	1,36 (0,95, 1,95)
Kosovo	1,52 (1,07, 2,15)	1,59 (1,12, 2,25)	1,35 (0,93, 1,95)
Irak	0,63 (0,40, 0,97)	0,67 (0,43, 1,04)	0,46 (0,28, 0,76)
Iran	0,81 (0,55, 1,20)	0,82 (0,56, 1,22)	0,72 (0,47, 1,10)
Vietnam	0,39 (0,23, 0,64)	0,39 (0,23, 0,64)	0,31 (0,18, 0,53)
Befolkningen for øvrig	1	1	1
Menn			
Innvandrere i alt	1,69 (1,49, 1,91)	1,71 (1,51, 1,94)	1,47 (1,27, 1,69)
Polen	2,88 (2,20, 3,77)	2,91 (2,22, 3,80)	2,76 (2,09, 3,65)
Tyrkia	2,82 (2,08, 3,82)	2,80 (2,07, 3,80)	2,00 (1,45, 2,77)
Bosnia-Hercegovina	1,61 (1,17, 2,24)	1,59 (1,15, 2,20)	1,58 (1,13, 2,21)
Kosovo	2,67 (1,99, 3,57)	2,73 (2,04, 3,66)	2,15 (1,57, 2,94)
Eritrea	0,63 (0,42, 0,94)	0,65 (0,43, 0,98)	0,44 (0,28, 0,67)
Somalia	0,93 (0,64, 1,35)	1,00 (0,69, 1,45)	0,68 (0,45, 1,01)
Afghanistan	1,27 (0,94, 1,71)	1,43 (1,05, 1,95)	1,07 (0,76, 1,49)
Sri Lanka	0,67 (0,45, 1,00)	0,64 (0,43, 0,94)	0,58 (0,39, 0,87)
Irak	1,83 (1,33, 2,52)	1,86 (1,35, 2,56)	1,47 (1,05, 2,08)
Iran	2,05 (1,52, 2,76)	2,02 (1,50, 2,72)	1,94 (1,41, 2,66)
Pakistan	1,40 (1,01, 1,95)	1,38 (0,99, 1,92)	1,02 (0,71, 1,46)
Vietnam	3,08 (2,21, 4,29)	3,00 (2,15, 4,18)	2,65 (1,88, 3,75)
Befolkningen for øvrig	1	1	1

13.3. Røyking og sosiodemografiske variabler

13.3.1. Aldersgruppe

Det var ingen sammenheng mellom røyking og alder blant innvandrerkvinner. Blant innvandrer menn og blant kvinner i befolkningen for øvrig var andelen som røykte, lavere i den yngste aldersgruppen enn i de to eldste aldersgruppene (figur 13.3). Blant menn i befolkningen for øvrig var det lavere andel røykere i den yngste gruppen enn i den eldste. Justert for utdanning og inntekt var det ingen sammenheng mellom røyking og alder for innvandrerkvinner (tabell 13.2). For kvinner i befolkningen for øvrig var oddsen for å røyke høyere i den eldste og den mellomste gruppen enn i den yngste. Blant innvandrer menn var oddsen for å røyke høyere i de to eldste aldersgruppene enn i den yngste. Blant menn i befolkningen for øvrig var det ingen sammenheng mellom røyking og alder.



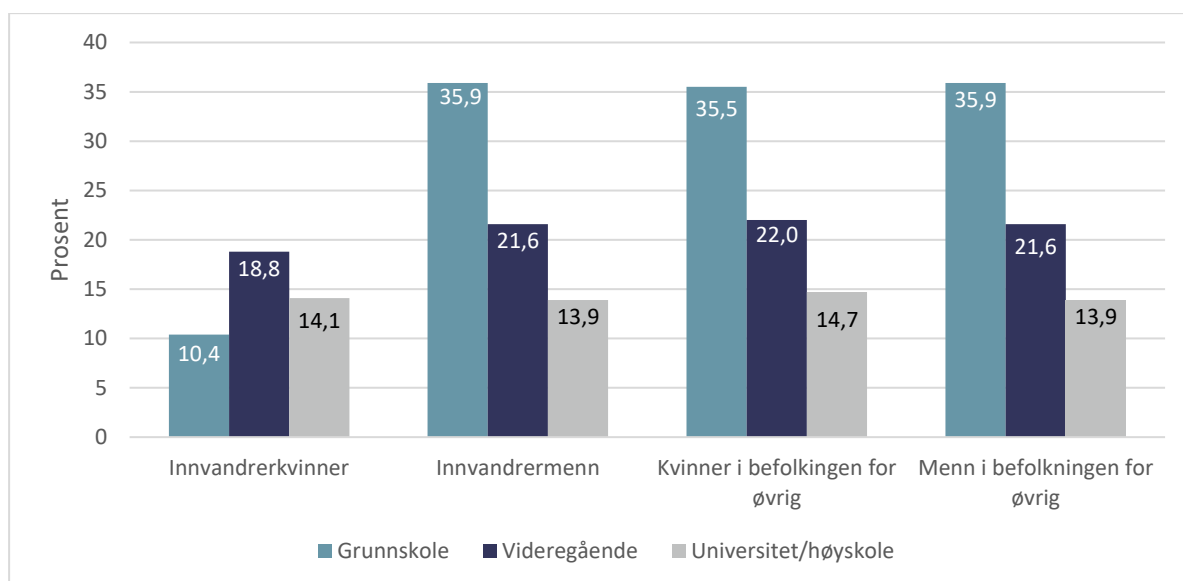
Figur 13.3. Andel som røykte etter alder (år) og kjønn, innvandrere og befolkningen for øvrig

Tabell 13.2. Sammenheng mellom røyking og alder. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 16-24 år

	Alder (år)	Ujustert	Justert for utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	25-44	1,39 (0,89, 2,15)	1,33 (0,81, 2,17)
	45-66	1,22 (0,76, 1,97)	1,30 (0,77, 2,21)
Innvandremenn	25-44	1,71 (1,29, 2,26)	1,60 (1,18, 2,16)
	45-66	1,76 (1,31, 2,35)	1,61 (1,18, 2,20)
Kvinner i befolkningen for øvrig	25-44	1,43 (1,08, 1,90)	1,62 (1,16, 2,27)
	45-66	1,94 (1,48, 2,53)	1,68 (1,21, 2,33)
Menn i befolkningen for øvrig	25-44	1,05 (0,81, 1,37)	0,89 (0,66, 1,20)
	45-66	1,36 (1,07, 1,73)	1,04 (0,77, 1,38)

13.3.2. Utdanningsnivå

Blant innvandrerkvinner var det en høyere andel røykere blant dem med utdanning fra videregående eller universitet/høyskole enn blant dem med kun grunnskoleutdanning. Blant innvandremenn var det høyere andel røykere blant dem med grunnskole enn blant dem med utdanning fra universitet/høyskole. Blant kvinner og menn i befolkningen for øvrig var det en lavere andel røykere blant dem med utdanning fra videregående eller fra universitet/høyskole enn blant dem med kun grunnskole (figur 13.4). Justert for alder og inntekt hadde innvandrerkvinner med videregående skole høyere odds for å røyke enn innvandrerkvinner med kun grunnskole. Innvandremenn med universitetsutdanning hadde lavere odds for å røyke enn innvandremenn med kun grunnskole. Blant kvinner og menn i befolkningen for øvrig var oddsen for å røyke høyere både blant dem med fullført videregående og universitetsutdanning enn blant dem med grunnskoleutdanning.



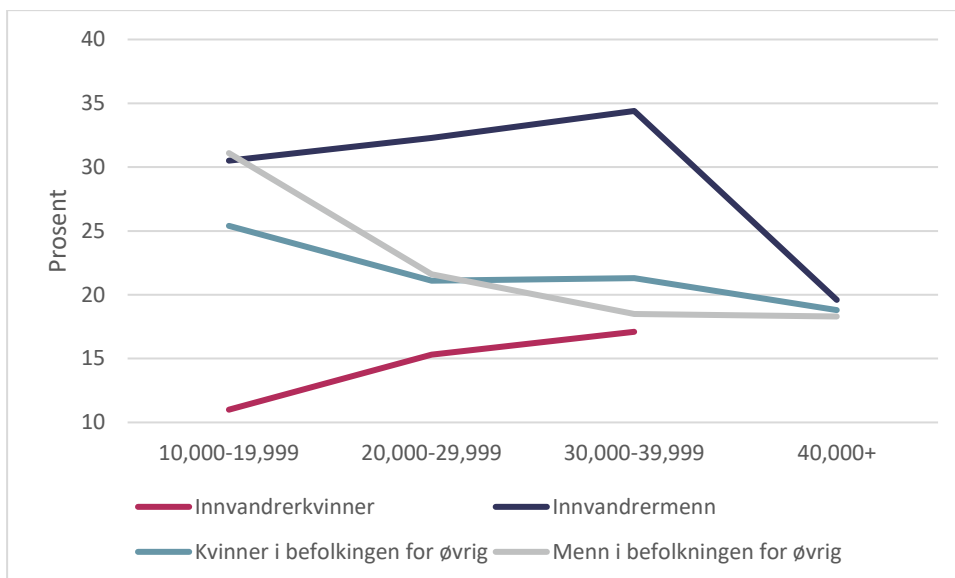
Figur 13.4. Andel som røykte etter utdanningsnivå og kjønn, innvandrere og befolkningen for øvrig

Tabell 13.3. Sammenheng mellom røyking og utdanning. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: grunnskole

	Utdanning	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder og inntekt
Innvandrerkvinner	Videregående	1,99 (1,44, 2,75)	2,01 (1,50, 2,78)	1,98 (1,41, 2,79)
	Universitet/høyskole	1,42 (1,03, 1,95)	1,43 (1,04, 1,98)	1,25 (0,87, 1,78)
Innvandrer menn	Videregående	1,17 (0,95, 1,44)	1,15 (0,93, 1,41)	1,17 (0,94, 1,44)
	Universitet/høyskole	0,65 (0,52, 0,81)	0,63 (0,51, 0,79)	0,64 (0,51, 0,80)
Kvinner i befolkningen for øvrig	Videregående	0,51 (0,41, 0,65)	0,55 (0,43, 0,70)	0,57 (0,45, 0,73)
	Universitet/høyskole	0,31 (0,25, 0,39)	0,33 (0,27, 0,42)	0,34 (0,27, 0,43)
Menn i befolkningen for øvrig	Videregående	0,39 (0,40, 0,61)	0,49 (0,40, 0,61)	0,51 (0,41, 0,64)
	Universitet/høyskole	0,29 (0,23, 0,37)	0,29 (0,23, 0,36)	0,32 (0,25, 0,42)

13.3.3. Inntekt

Blant innvandrerkvinner var andelen røykere lavest i den laveste inntektsgruppen. Blant menn i befolkningen for øvrig var andelen røykere høyest i den laveste inntektsgruppen (figur 13.5). Justert for alder og utdanning var det kun en sammenheng mellom røyking og inntekt blant menn i befolkningen for øvrig (tabell 13.4).



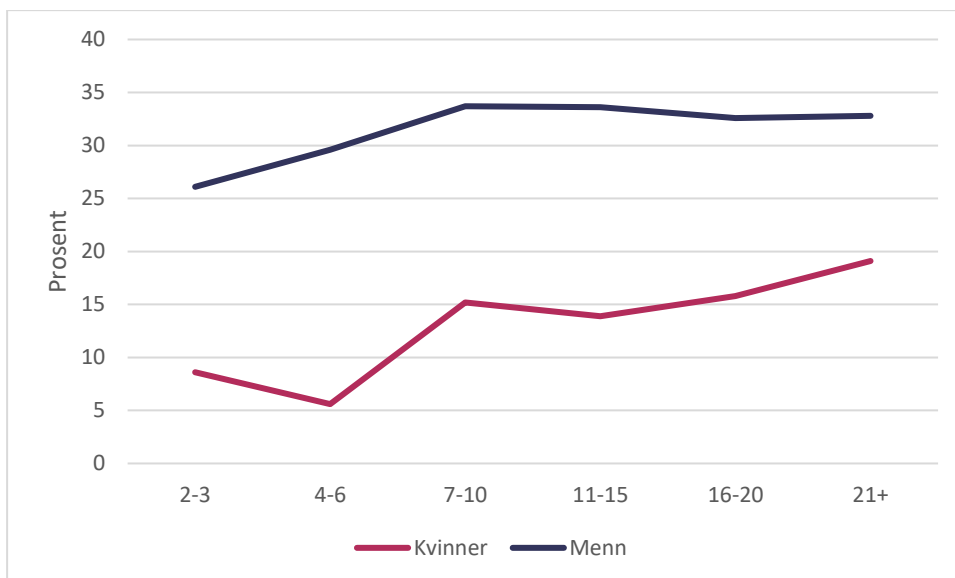
Figur 13.5. Andel som røykte etter husholdningsinntekt (kroner) og kjønn, innvandrere og befolkningen for øvrig. 40,000+ er ekskludert for innvandrerkvinner på grunn av små tall

Tabell 13.4. Sammenheng mellom røyking og husholdningsinntekt (NOK). Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 10,000-19,999

	Inntekt (NOK)	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder og utdanning
Innvandrerkvinner	20,000-29,999	1,47 (1,10, 1,96)	1,46 (1,09, 1,96)	1,37 (1,01, 1,86)
	30,000-39,999	1,67 (1,09, 2,55)	1,66 (1,08, 2,55)	1,49 (0,94, 2,35)
	≥ 40,000			
Innvandrer menn	20,000-29,999	1,08 (0,89, 1,31)	1,06 (0,87, 1,28)	1,12 (0,92, 1,37)
	30,000-39,999	1,19 (0,90, 1,31)	1,17 (0,88, 1,55)	1,29 (0,97, 1,72)
	≥ 40,000	0,56 (0,27, 1,13)	0,54 (0,27, 1,09)	0,63 (0,31, 1,28)
Kvinner i befolkningen for øvrig	20,000-29,999	0,79 (0,60, 1,03)	0,71 (0,54, 0,93)	0,78 (0,59, 1,04)
	30,000-39,999	0,79 (0,60, 1,04)	0,67 (0,51, 0,89)	0,82 (0,61, 1,10)
	≥ 40,000	0,68 (0,50, 0,92)	0,55 (0,40, 0,75)	0,73 (0,53, 1,02)
Menn i befolkningen for øvrig	20,000-29,999	0,61 (0,46, 0,80)	0,57 (0,43, 0,75)	0,60 (0,45, 0,80)
	30,000-39,999	0,50 (0,38, 0,67)	0,44 (0,33, 0,59)	0,54 (0,40, 0,73)
	≥ 40,000	0,50 (0,37, 0,68)	0,42 (0,30, 0,58)	0,56 (0,40, 0,78)

13.4.1. Botid

Andelen kvinner som røykte, var høyest blant dem med lengst botid. Det var ingen sammenheng mellom botid og røyking blant menn (figur 13.6). Justert for alder, utdanning og inntekt var det sammenheng mellom botid og røyking blant kvinner, men ikke menn (tabell 13.5).



Figur 13.6. Andel som røykte etter botid (år) og kjønn

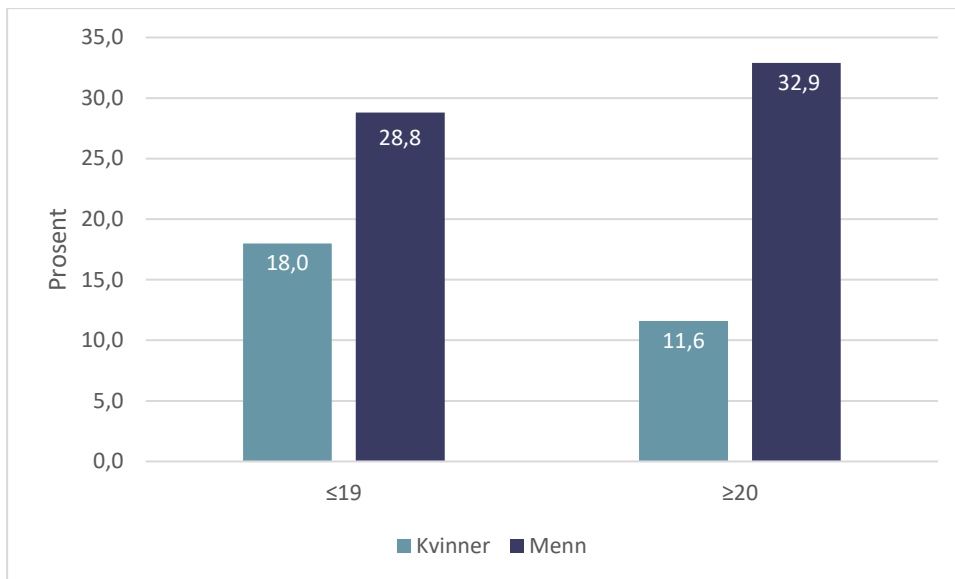
Tabell 13.5. Sammenheng mellom røyking og botid (år). Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 2-3 år

	Botid (år)	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	4-6	0,63 (0,33, 1,21)	0,63 (0,33, 1,21)	0,55 (0,27, 1,12)
	7-10	1,90 (1,11, 3,26)	1,90 (1,11, 3,25)	1,66 (0,93, 2,95)
	11-15	1,71 (1,03, 2,86)	1,74 (1,04, 2,90)	1,54 (0,89, 2,67)
	16-20	1,99 (1,16, 3,43)	2,10 (1,22, 3,63)	1,99 (1,11, 3,54)
	≥ 21	2,50 (1,56, 4,00)	2,79 (1,71, 4,54)	2,41 (1,43, 4,07)
Innvandremenn	4-6	1,19 (0,86, 1,65)	1,18 (0,85, 1,63)	1,08 (0,77, 1,51)
	7-10	1,44 (1,02, 2,03)	1,38 (0,97, 1,95)	1,38 (0,96, 1,97)
	11-15	1,44 (1,06, 1,94)	1,38 (1,02, 1,88)	1,38 (1,00, 1,89)
	16-20	1,37 (0,93, 2,01)	1,25 (0,85, 1,85)	1,32 (0,88, 1,97)
	≥ 21	1,38 (1,05, 1,83)	1,18 (1,06, 1,42)	1,19 (0,87, 1,63)

13.4. Røyking og migrasjonsrelaterte variabler

13.4.2. Alder ved innvandring

Blant kvinner var det en høyere andel røykere blant dem som flyttet til Norge før fylte 20 år (figur 13.7). Blant menn var det høyest andel røykere blant dem som flyttet til Norge etter fylte 20 år. Justert for alder, utdanning og inntekt var oddsen for å røyke høyere blant kvinner som kom til Norge før fylte 20 år enn etter (tabell 13.6). Det var ingen sammenheng mellom røyking og alder ved innvandring blant menn.



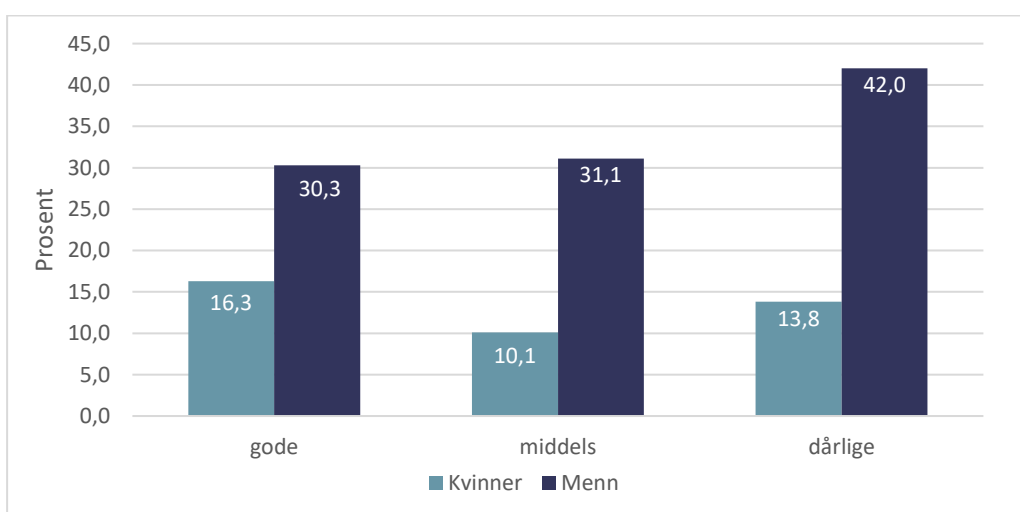
Figur 13.7. Andel som røykte, etter alder ved innvandring og kjønn

Tabell 13.6. Sammenheng mellom røyking og alder ved innvandring (år). Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 0-19 år

	Alder ved innvandring (år)	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	≥ 20	0,60 (0,46, 0,78)	0,48 (0,35, 0,65)	0,50 (0,36, 0,69)
Innvandremenn	≥ 20	1,21 (1,01, 1,46)	1,05 (0,85, 1,31)	1,07 (0,86, 1,34)

13.4.3 Norskkunnskaper

Det var en lavere andel røykere blant kvinner med middels norskkunnskaper enn blant kvinner med gode norskkunnskaper (figur 13.8). Andelen menn som røykte var høyere blant dem med dårlige norskkunnskaper enn blant dem med gode norskkunnskaper. Disse sammenhengene endret seg ikke etter justering for alder, utdanning og inntekt (tabell 13.7).



Figur 13.8. Andel som røykte, etter norskkunnskaper og kjønn

Tabell 13.7. Sammenheng mellom røyking og norskkunnskaper. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: gode norskkunnskaper

	Norskkunnskaper	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	Dårlige	0,82 (0,50, 1,35)	0,80 (0,48, 1,33)	0,89 (0,51, 1,56)
	Middels	0,58 (0,42, 0,80)	0,57 (0,41, 0,79)	0,61 (0,43, 0,87)
Innvandremenn	Dårlige	1,70 (1,26, 2,21)	1,59 (1,20, 2,11)	1,50 (1,12, 2,00)
	Middels	1,04 (0,85, 1,28)	1,01 (0,82, 1,24)	0,92 (0,74, 1,14)

13.5. Oppsummering røyking

Generelt var røyking mer utbredt blant innvandremenn, og mindre blant innvandrerkvinner, enn i befolkningen som helhet. Røyking var særlig utbredt blant menn og kvinner fra Polen, Tyrkia, Bosnia-Hercegovina og Kosovo og menn fra Midtøsten og Vietnam. Dette gjenspeiler muligens hvor vanlig det er å røyke i opprinnelseslandene. Røyking var ikke så sterkt relatert til utdanning blant innvandrere som i befolkningen for øvrig. Fra rapporten «Levekår blant innvandrere 2016» vet vi at andelen røykere blant innvandremenn har gått ned det siste tiåret (fra 41 % til 36 %), men har vært uendret blant kvinner (17 %). Nedgangen har imidlertid ikke vært så markant som i resten av befolkningen (4).

14. Fysisk aktivitet

Melanie Lindsay Straiton, Marte Kjøllesdal

Det er godt dokumentert at fysisk aktivitet fremmer helse og forebygger mange helseproblemer og sykdommer. Blant annet kan det forebygge diabetes type 2, hjerte- og karsykdommer, muskel- og skjelettplager, fedme, stress og gi økt livskvalitet (34). Det er imidlertid ikke sikkert at sammenhengen mellom fysisk aktivitet på fritiden og helse er den samme i alle grupper (9). Disse sammenhengene belyses nærmere i kapittel 16.3.

14.1 Mål for fysisk aktivitet

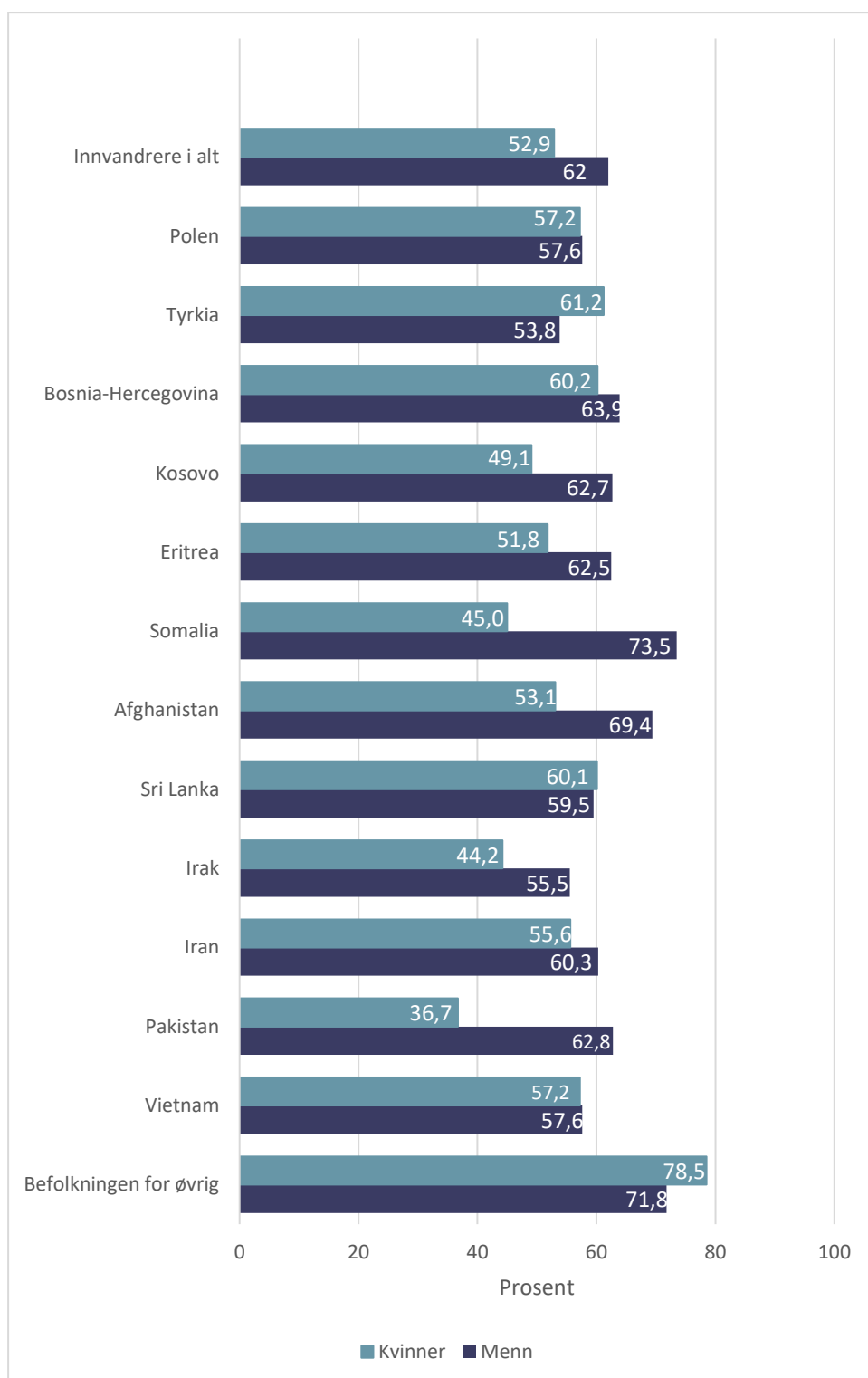
Følgende spørsmål om trening ble stilt «*Hvis du tenker på din fysiske aktivitet eller treningsaktiviteter de siste 12 måneder, hvor ofte trener eller mosjonerer du vanligvis på fritiden?*», med svaralternativene «aldri», «sjeldnere enn en gang i uka», «en gang i uka eller mer». Ut fra dette spørsmålet har vi kategorisert deltakere som trener eller mosjoner en gang i uken eller mer, som «fysisk aktive». Det er viktig å bemerke at deltakerne ikke fikk en definisjon av trening eller mosjonering før de svarte på spørsmålet. Ulike personer kan ha ulik oppfatning av hva begrepet trening eller mosjonering omfatter.

Figurene viser ujusterte andeler som var fysisk aktive over landbakgrunn, alder, utdanning, inntekt, botid, alder ved innvandring og norskkunnskaper. I tillegg gjorde vi logistiske regresjoner for å se på sammenhengen mellom fysisk aktivitet og de ulike sosiodemografiske og migrasjonsrelaterte variablene med og uten justering for alder, utdanning og inntekt. Resultatene fra regresjonene er vist i tabeller.

14.2. Fysisk aktivitet blant innvandrere og i den øvrige befolkningen

Andelen som var fysisk aktiv, var lavere blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig (figur 14.1). Dette gjaldt alle grupper, med unntak av menn fra Somalia og Afghanistan. Mindre enn halvparten av kvinnene fra Kosovo, Somalia, Irak og Pakistan var fysisk aktive minst en gang i uken. Polen, Tyrkia, Bosnia-Hercegovina og Sri-Lanka har høyest andel kvinner som var fysisk aktive (60-62 %). Likevel var de sjeldnere aktive enn kvinner i befolkningen for øvrig. Menn fra Somalia og Afghanistan var mest aktive (69-74 %), på nivå med menn i befolkningen for øvrig, mens menn fra Tyrkia, Irak og Vietnam var minst aktive (54-58 %). I befolkningen for øvrig var kvinner noe mer aktive enn menn. Blant innvandrere var det imidlertid større andel menn enn kvinner som var fysisk aktiv, med unntak av Tyrkia, Polen, Sri-Lanka og Vietnam.

Justert for alder, inntekt og utdanningsnivå var oddsen for å være fysisk aktiv høyere blant menn fra Somalia, og lavere blant menn fra Polen, Tyrkia, Sri Lanka, Irak, Iran og Vietnam enn blant menn i befolkningen for øvrig (tabell 14.1). Blant kvinner fra alle innvandrergupper var oddsen for å være fysisk aktiv minst én gang i uken lavere enn i befolkningen for øvrig.



Figur 14.1. Deltakere som er fysisk aktive minst én gang i uken etter landbakgrunn og kjønn. Prosent
Datakilde: Levekårsundersøkelsen blant personer med innvandrerbakgrunn 2016, Levekårsundersøkelsen om helse 2015, Statistisk sentralbyrå.

N = 1967 (innvandrere, kvinner), 2361 (innvandrere, menn), 2947 (befolkningen for øvrig, kvinner), 2969 (befolkningen for øvrig, menn)

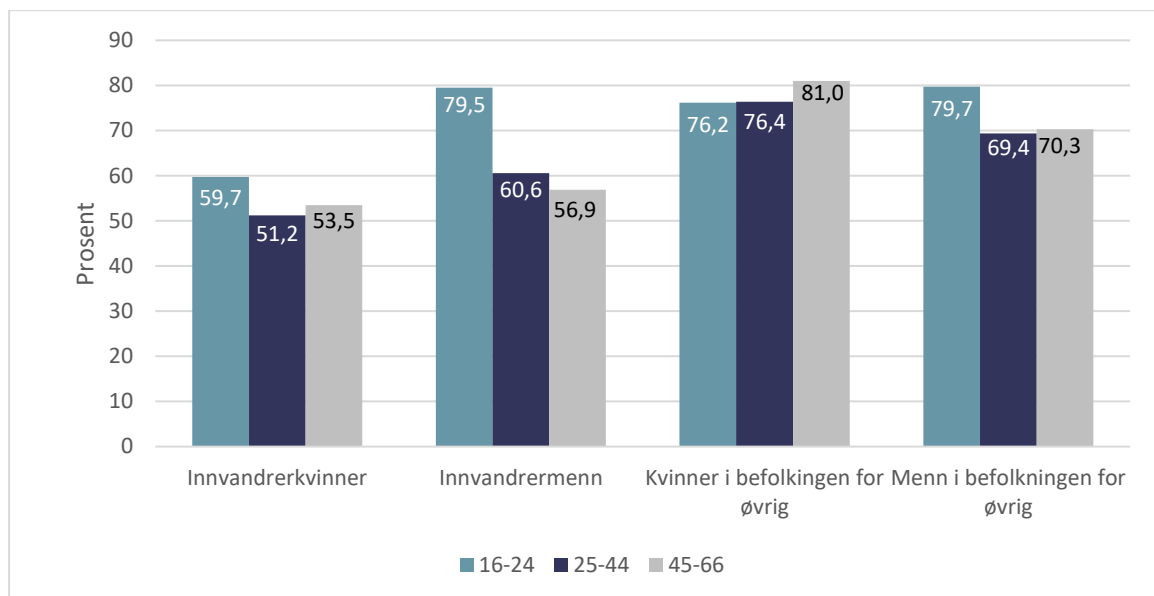
Tabell 14.1. Sammenheng mellom fysisk aktivitet og landbakgrunn. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: befolkningen for øvrig

	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Kvinner			
Innvandrere i alt	0,31 (0,27, 0,35)	0,31 (0,27, 0,35)	0,41 (0,35, 0,47)
Polen	0,45 (0,31, 0,64)	0,45 (0,31, 0,65)	0,49 (0,33, 0,72)
Tyrkia	0,43 (0,31,0,60)	0,43 (0,31, 0,60)	0,60 (0,42, 0,85)
Bosnia-Hercegovina	0,41 (0,30, 0,57)	0,41 (0,30, 0,57)	0,44 (0,31, 0,61)
Kosovo	0,26 (0,19, 0,36)	0,27 (0,19, 0,37)	0,36 (0,26, 0,50)
Eritrea	0,29 (0,22, 0,40)	0,30 (0,22, 0,40)	0,42 (0,30, 0,57)
Somalia	0,22 (0,17, 0,30)	0,23 (0,17, 0,31)	0,33 (0,23, 0,48)
Afghanistan	0,31 (0,21, 0,45)	0,32 (0,22, 0,47)	0,42 (0,27, 0,63)
Sri Lanka	0,41 (0,30, 0,56)	0,41 (0,30, 0,56)	0,52 (0,37, 0,72)
Irak	0,22 (0,16, 0,30)	0,22 (0,16, 0,30)	0,32 (0,23, 0,45)
Iran	0,34 (0,25, 0,47)	0,34 (0,25, 0,47)	0,39 (0,28, 0,54)
Pakistan	0,16 (0,11, 0,22)	0,16 (0,11, 0,22)	0,22 (0,15, 0,31)
Vietnam	0,37 (0,27, 0,50)	0,37 (0,27, 0,50)	0,48 (0,34, 0,66)
Befolkningen for øvrig	1	1	1
Menn			
Innvandrere i alt	0,64 (0,57, 0,72)	0,63 (0,56, 0,70)	0,73 (0,64, 0,84)
Polen	0,60 (0,46, 0,78)	0,59 (0,45, 0,77)	0,63 (0,47, 0,83)
Tyrkia	0,46 (0,34, 0,62)	0,46 (0,34, 0,62)	0,60 (0,44, 0,83)
Bosnia-Hercegovina	0,70 (0,51, 0,95)	0,71 (0,52, 0,97)	0,73 (0,53, 1,00)
Kosovo	0,66 (0,49, 0,89)	0,64 (0,48, 0,86)	0,77 (0,56, 1,06)
Eritrea	0,65 (0,48, 0,89)	0,62 (0,46, 0,84)	0,82 (0,59, 1,13)
Somalia	1,09 (0,78, 1,53)	0,99 (0,70, 1,39)	1,51 (1,04, 2,20)
Afghanistan	0,89 (0,67, 1,18)	0,74 (0,55, 0,99)	0,96 (0,70, 1,32)
Sri Lanka	0,58 (0,43, 0,77)	0,62 (0,46, 0,84)	0,70 (0,51, 0,95)
Irak	0,49 (0,36, 0,66)	0,48 (0,35, 0,65)	0,59 (0,43, 0,82)
Iran	0,60 (0,45, 0,80)	0,61 (0,46, 0,81)	0,65 (0,48, 0,89)
Pakistan	0,66 (0,49, 0,90)	0,68 (0,50, 0,92)	0,82 (0,59, 1,14)
Vietnam	0,53 (0,38, 0,74)	0,56 (0,40, 0,78)	0,61 (0,43, 0,86)
Befolkningen for øvrig	1	1	1

14.3 Fysisk aktivitet og sosiodemografiske variabler

14.3.1. Aldersgruppe

Blant innvandrerkvinner var det en høyere andel fysisk aktive i den yngste aldersgruppen enn i den mellomste (figur 14.2). Blant kvinner i befolkningen for øvrig var det en høyere andel fysisk aktive blant de eldste enn blant de yngste. Blant innvandrer menn og menn i befolkningen for øvrig var andelen fysisk aktive høyest i den yngste aldersgruppen. Blant kvinner i befolkningen for øvrig var det de eldste som hadde høyest andel fysisk aktive. Justert for utdanning og inntekt hadde innvandrerkvinner og innvandrer menn i den yngste aldersgruppen høyere odds for å være fysisk aktive enn eldre innvandrere (tabell 14.2). Det var ingen sammenheng mellom alder og fysisk aktivitet blant kvinner i befolkningen for øvrig. Blant menn i befolkningen for øvrig hadde de i den yngste aldersgruppen høyere odds enn de i aldersgruppen 25-44 år for å være fysisk aktive.



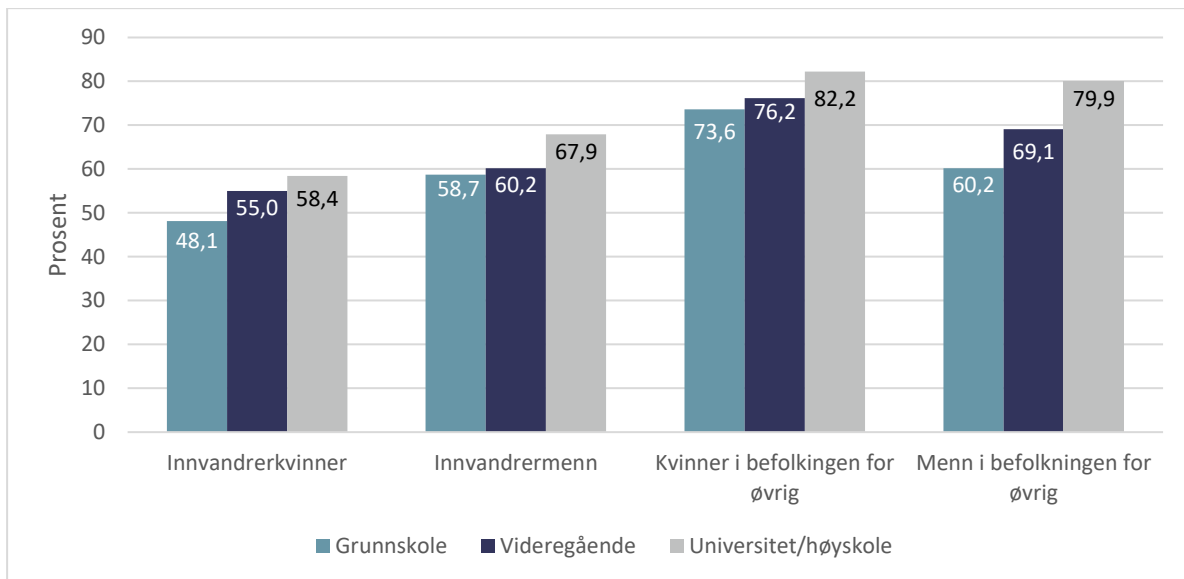
Figur 14.2. Andel som var fysisk aktiv etter alder (år) og kjønn, innvandrere og befolkningen for øvrig

Tabell 14.2. Sammenheng mellom fysisk aktivitet og alder. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 16-24 år

	Alder (år)	Ujustert	Justert for utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	25-44	0,71 (0,53, 0,94)	0,62 (0,46, 0,86)
	45-66	0,78 (0,57, 1,06)	0,68 (0,49, 0,96)
Innvandrer menn	25-44	0,40 (0,30, 0,53)	0,38 (0,28, 0,52)
	45-66	0,34 (0,25, 0,46)	0,30 (0,24, 0,45)
Kvinner i befolkningen for øvrig	25-44	1,01 (0,79, 1,29)	0,81 (0,61, 1,09)
	45-66	1,33 (1,05, 1,69)	1,19 (0,88, 1,59)
Menn i befolkningen for øvrig	25-44	0,58 (0,45, 0,74)	0,70 (0,54, 0,93)
	45-66	0,60 (0,48, 0,76)	0,86 (0,65, 1,13)

14.3.2. Utdanningsnivå

Det var en positiv utdanningsgradient for å være fysisk aktiv i alle grupper (figur 14.3). Justert for alder og inntekt var det ingen sammenheng mellom utdanning og å være fysisk aktiv blant innvandrerkvinner (tabell 14.3). Blant innvandrer menn og blant kvinner og menn i befolkningen for øvrig hadde de med universitetsutdanning høyere odds for å være fysisk aktive enn de med kun grunnskole. Blant kvinner og menn i befolkningen for øvrig hadde også de med videregående utdanning høyere odds enn de med kun grunnskole for å være fysisk aktive.



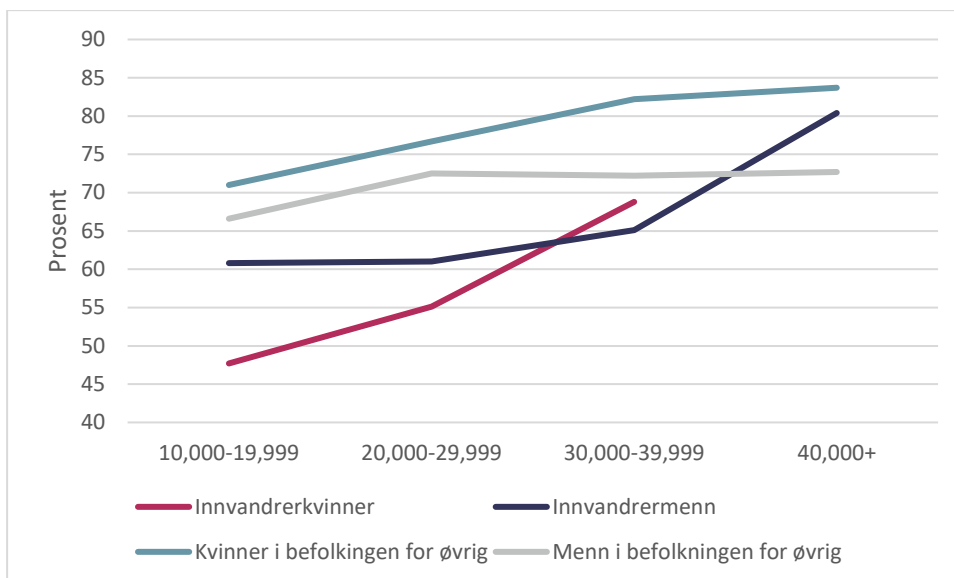
Figur 14.3. Andel som var fysisk aktiv etter utdanningsnivå og kjønn, innvandrere og befolkningen for øvrig

Tabell 14.3. Sammenheng mellom fysisk aktivitet og utdanning. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: grunnskole

	Utdanning	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder og inntekt
Innvandrerkvinner	Videregående	1,32 (1,05, 1,66)	1,32 (1,05, 1,66)	1,21 (0,95, 1,53)
	Universitet/høyskole	1,52 (1,23, 1,88)	1,52 (1,23, 1,87)	1,23 (0,98, 1,56)
Innvandrer menn	Videregående	1,07 (1,87, 1,30)	1,11 (0,91, 1,36)	1,03 (0,84, 1,27)
	Universitet/høyskole	1,49 (1,21, 1,83)	1,57 (1,28, 1,94)	1,46 (1,18, 1,82)
Kvinner i befolkningen for øvrig	Videregående	1,14 (0,90, 1,45)	1,27 (0,99, 1,62)	1,21 (0,94, 1,57)
	Universitet/høyskole	1,65 (1,32, 2,05)	1,79 (1,43, 2,25)	1,62 (1,28, 2,06)
Menn i befolkningen for øvrig	Videregående	1,48 (1,21, 1,81)	1,47 (1,20, 1,80)	1,47 (1,19, 1,81)
	Universitet/høyskole	2,64 (2,12, 3,28)	2,61 (2,09, 3,26)	2,68 (2,11, 3,39)

14.3.3. Inntekt

Andelen fysisk aktive var lavere blant dem med lavest inntekt enn i andre inntektsgrupper (figur 14.4). Blant innvandrer menn var det kun de i den eldste inntektsgruppen som hadde høyere andel fysisk aktive enn de med lavest inntekt. Justert for alder og utdanning var høyere inntekt assosiert med fysisk aktivitet blant innvandrere og blant kvinner i befolkningen for øvrig, men ikke blant menn i befolkningen for øvrig (tabell 14.4).



Figur 14.4. Andel som var fysisk aktiv etter husholdningsinntekt (kroner) og kjønn, innvandrere og befolkningen for øvrig. 40,000+ ekskludert for innvandrerkvinner på grunn av små tall

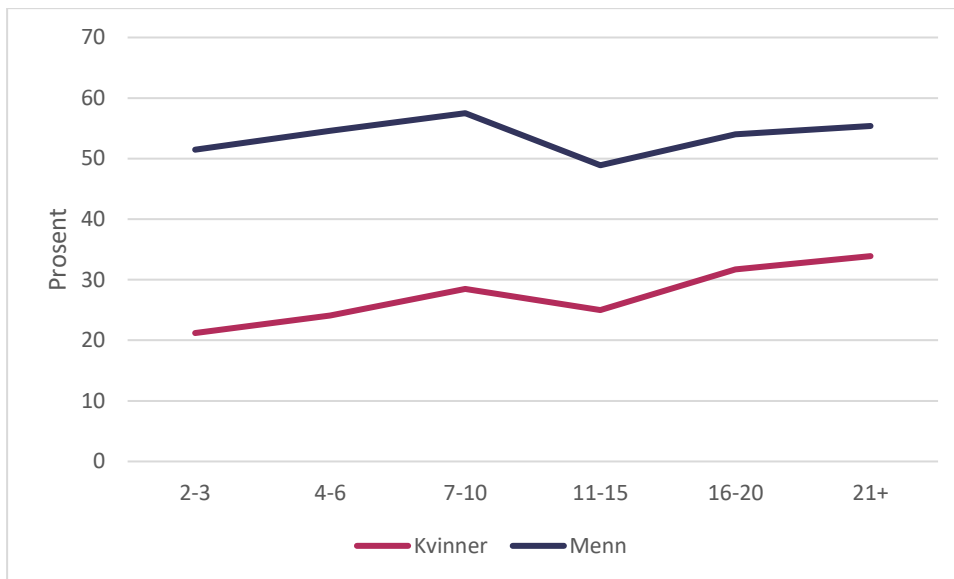
Tabell 14.4. Sammenheng mellom fysisk aktivitet og husholdningsinntekt (NOK). Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 10,000-19,999

	Inntekt (NOK)	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder og utdanning
Innvandrerkvinner	20,000-29,999	1,36 (1,12, 1,65)	1,39 (1,14, 1,69)	1,30 (1,06, 1,60)
	30,000-39,999	2,44 (1,77, 3,38)	2,53 (1,82, 3,50)	2,26 (1,60, 3,21)
	≥40,000			
Innvandrer menn	20,000-29,999	1,01 (0,84, 1,21)	1,07 (0,89, 1,29)	1,05 (0,87, 1,27)
	30,000-39,999	1,20 (0,91, 1,59)	1,27 (0,96, 1,67)	1,15 (0,87, 1,53)
	≥40,000	2,64 (1,31, 5,34)	2,87 (1,42, 5,82)	2,53 (1,24, 5,15)
Kvinner i befolkningen for øvrig	20,000-29,999	1,34 (1,04, 1,74)	1,33 (1,03, 1,73)	1,28 (0,97, 1,67)
	30,000-39,999	1,88 (1,43, 2,47)	1,85 (1,40, 2,44)	1,68 (1,26, 2,24)
	≥40,000	2,10 (1,54, 2,85)	2,05 (1,50, 2,81)	1,80 (1,30, 2,50)
Menn i befolkningen for øvrig	20,000-29,999	1,32 (1,02, 1,72)	1,40 (1,07, 1,82)	1,24 (0,95, 1,64)
	30,000-39,999	1,31 (1,00, 1,71)	1,44 (1,09, 1,89)	1,17 (0,88, 1,55)
	≥40,000	1,34 (1,00, 1,78)	1,53 (1,14, 2,06)	1,13 (0,82, 1,54)

14.4. Fysisk aktivitet og migrasjonsrelaterte variabler

14.4.1. Botid

Andelen kvinner som var fysisk aktiv, var høyere blant dem med botid over 20 år enn blant dem med botid 2-3 år (figur 14.5). Blant menn varierte ikke andelen fysisk aktive med botid. Når vi tok hensyn til alder, utdanning og inntekt, var det ingen sammenheng mellom botid og fysisk aktivitet (tabell 14.5).



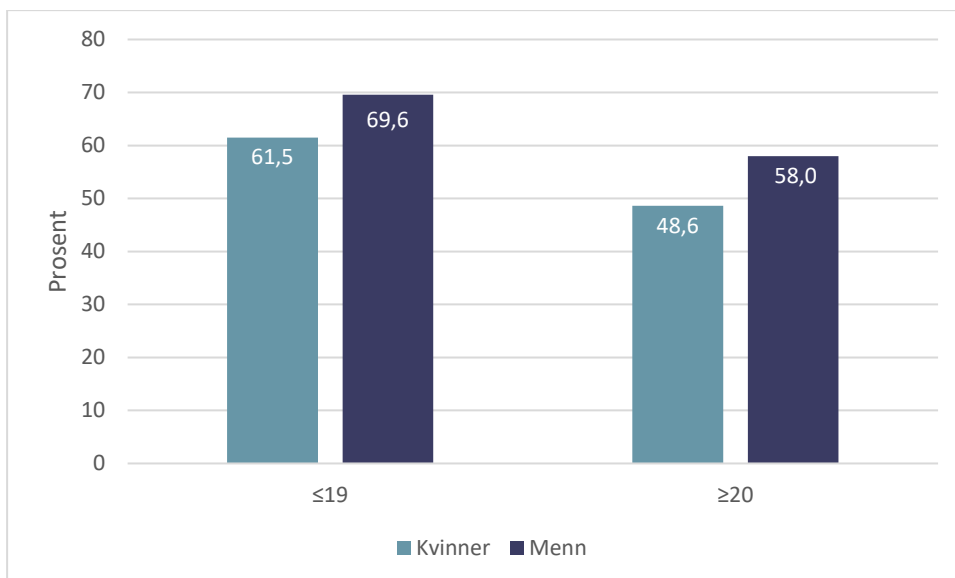
Figur 14.5. Andel som var fysisk aktiv etter botid (år) og kjønn

Tabell 14.5. Sammenheng mellom fysisk aktivitet og botid (år). Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 2-3 år

	Botid (år)	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	4-6	0,89 (0,64, 1,24)	0,90 (0,63, 1,25)	0,81 (0,57, 1,16)
	7-10	0,97 (0,69, 1,36)	0,97 (0,69, 1,36)	0,87 (0,60, 1,25)
	11-15	1,14 (0,83, 1,55)	1,15 (0,85, 1,58)	1,02 (0,73, 1,42)
	16-20	1,21 (0,86, 1,72)	1,28 (0,90, 1,82)	1,04 (0,71, 1,51)
	≥21	1,36 (1,02, 1,82)	1,51 (1,11, 2,05)	1,16 (0,83, 1,62)
Innvandremenn	4-6	0,81 (0,60, 1,09)	0,83 (0,61, 1,12)	0,81 (0,59, 1,11)
	7-10	0,98 (0,70, 1,36)	1,11 (0,79, 1,55)	1,07 (0,75, 1,52)
	11-15	0,76 (0,57, 1,01)	0,83 (0,62, 1,11)	0,86 (0,64, 1,16)
	16-20	0,94 (0,65, 1,35)	1,20 (0,82, 1,75)	1,14 (0,77, 1,69)
	≥21	0,88 (0,68, 1,14)	1,34 (1,00, 1,78)	1,27 (0,94, 1,71)

14.4.2. Alder ved innvandring

Det var en høyere andel som var fysisk aktiv blant dem som flyttet til Norge før fylte 20 år, enn etter fylte 20 år (figur 14.6). Denne sammenhengen endret seg ikke justert for alder, utdanning og inntekt (tabell 14.6).



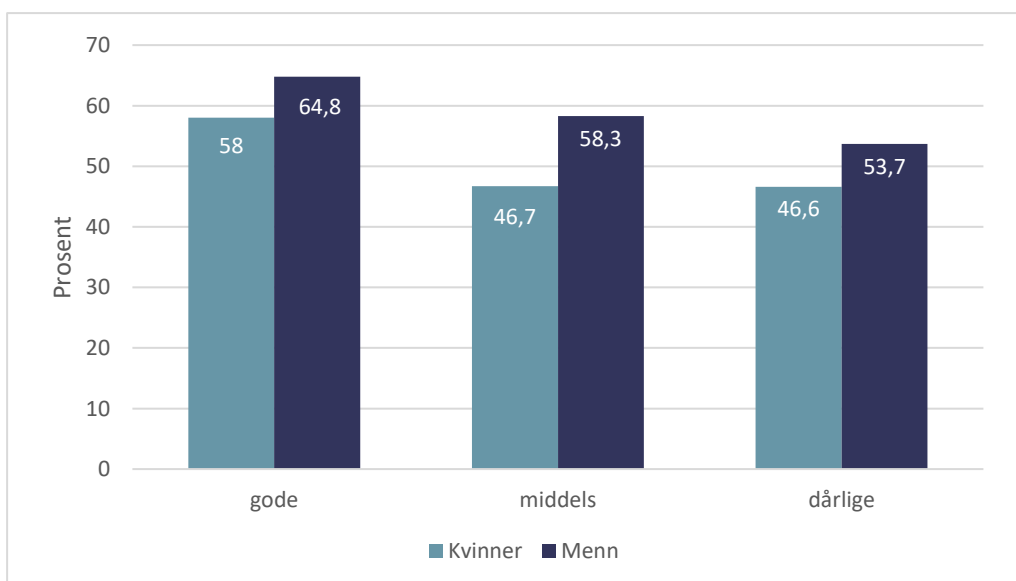
Figur 14.6. Andel som var fysisk aktiv etter alder ved innvandring (år) og kjønn

Tabell 14.6. Sammenheng mellom fysisk aktivitet og alder ved innvandring (år). Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: 0-19 år

	Alder ved innvandring (år)	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	≥ 20	0,59 (0,74, 0,72)	0,52 (0,41, 0,65)	0,59 (0,47, 0,75)
Innvandremenn	≥ 20	0,60 (0,50, 0,72)	0,76 (0,62, 0,94)	0,78 (0,63, 0,97)

14.4.3 Norskkunnskaper

De med gode norskkunnskaper hadde en høyere andel som var fysisk aktiv minst én gang i uka enn andre (figur 14.7). Selv om vi tok hensyn til alder, utdanning og inntekt, var det fremdeles en forskjell mellom kvinner med gode og middels norskkunnskaper, og mellom menn med gode og dårlige norskkunnskaper (tabell 14.7).



Figur 14.7. Andel som var fysisk aktiv etter norskkunnskaper og kjønn

Tabell 14.7. Sammenheng mellom fysisk aktivitet og norskkunnskaper. Oddsrate (95 % konfidensintervall), fra logistisk regresjon. Referanse: gode norskkunnskaper

	Norskkunnskaper	Ujustert	Justert for alder	Justert for alder, utdanning og inntekt
Innvandrerkvinner	Dårlige	0,63 (0,45, 0,89)	0,63 (0,45, 0,90)	0,82 (0,55, 1,21)
	Middels	0,63 (0,52, 0,78)	0,64 (0,52, 0,78)	0,76 (0,60, 0,95)
Innvandremenn	Dårlige	0,63 (0,48, 0,83)	0,70 (0,53, 0,92)	0,73 (0,54, 0,97)
	Middels	0,76 (0,63, 0,92)	0,81 (0,67, 0,99)	0,88 (0,72, 1,08)

14.5. Oppsummering fysisk aktivitet

Andelen som var fysisk aktiv minst én gang i uka var lavere blant innvandrere enn i befolkningen generelt. Andelen som er fysisk aktiv, er særlig lav blant kvinner fra Kosovo, Somalia, Irak og Pakistan. Menn fra Tyrkia, Irak og Vietnam er minst aktive av de inkluderte gruppene. Yngre innvandrere er mer fysisk aktive enn eldre innvandrere, og andelen som er aktiv, var høyest blant dem som hadde bodd mange år i Norge.

15. Sammenligning med resultater fra Levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2005/2006

SSB har tidligere gjennomført tre levekårsundersøkelser blant innvandrere, i 1983, i 1996 og i 2005/2006. I dette kapittelet vil vi sammenligne resultatene fra denne rapporten med resultatene fra Levekårsundersøkelsen 2005/2006 (11) der det er mulig, for å belyse endringer over tid. Tallene fra de to undersøkelsene er ikke fullstendig sammenlignbare. For det ene inkluderer rapporten fra Levekårsundersøkelsen 2005/2006 barn av innvandrere (9 % av utvalget). For det andre er det noen forskjeller i hvilke landsgrupper som er med. Gruppene Bosnia-Hercegovina, Tyrkia, Irak, Iran, Pakistan, Vietnam, Sri Lanka og Somalia var med i begge undersøkelsene. Serbia-Montenegro og Chile var med kun i 2005/2006, mens Kosovo, Polen, Eritrea og Afghanistan var nye i 2016. Videre var innvandrere opp til 70 år inkludert i 2005/2006, i motsetning til 66 år i denne rapporten. Forskjeller i resultater kan derfor komme av endring i utvalg mer enn av endring av grupper.

Andelen som vurderte egen helse som god, hadde gått noe opp fra 2005/2006 til 2016 blant innvandrere totalt. Utviklingen hadde imidlertid ikke vært lik i alle grupper, og andelen med god egenvurdert helse hadde gått mest opp blant innvandrere fra Bosnia-Hercegovina og blant kvinner fra Irak, Somalia og Vietnam. Samtidig hadde andelen med god egenvurdert helse gått mest ned blant kvinner fra Sri Lanka og menn fra Pakistan. I de gruppene som var nye i 2016, var det en høy andel som vurderte sin egen helse som god blant innvandrere fra Eritrea og Polen, men en lavere andel blant innvandrere fra Kosovo og Afghanistan. I likhet med i denne rapporten var sammenhengen med alder mer utpreget blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig.

Andelen med minst ett helseproblem hadde blant innvandrere gått ned fra 2005/2006 til 2016, fra 53 % til 45 % blant kvinner og fra 43 % til 40 % blant menn. I de fleste gruppene som kan sammenlignes mellom de to undersøkelsene, hadde andelen med minst ett helseproblem sunket. Det var imidlertid unntak. Blant kvinner fra Sri Lanka og menn fra Tyrkia, Irak, Iran og Vietnam hadde andelen økt. Gjennomsnittlig antall helseproblemer var uendret fra 2005/2006 til 2016 blant innvandrer menn, men hadde gått ned fra 0,9 til 1,0 blant innvandrer kvinner. Også i befolkningen for øvrig hadde gjennomsnittlig antall helseproblemer gått ned, både blant kvinner og menn. I 2016 hadde innvandrer menn samme gjennomsnittlig antall helseproblemer som menn i befolkningen for øvrig.

Andelen innvandrere i alt med diabetes var ikke endret fra 2005/2006 til 2016. Imidlertid var andelen kvinner med diabetes høyere enn andelen menn med diabetes i 2005/2006, mens det i 2016 var en høyere andel menn enn kvinner med diabetes. Innvandrere fra Bosnia-Hercegovina var blant dem med lavest andel med diabetes i begge undersøkelsene, og innvandrere fra Sri Lanka og Pakistan var gruppene med høyest andel med diabetes. Det ser ut til at andelen med diabetes blant pakistanere har gått noe opp fra 2005/2006 til 2016. Diabetes var sterkt assosiert med høy alder i begge undersøkelsene.

Hjerte- og karsykdom ble i denne rapporten definert som å ha hatt hjerteinfarkt, angina og/eller slag. I 2005/2006 ble disse sykdommene rapportert hver for seg. Ettersom en person kan ha hatt to eller alle sykdommer, kan vi ikke legge sammen andelene i rapporten fra 2005/2006 og sammenligne med resultatene fra 2016. Høyt blodtrykk er en viktig risikofaktor for hjertesykdom. Det var ikke stor endring i andelen med høyt blodtrykk fra 2005/2006 til 2016. Andelen hadde gått ned med 2 prosentpoeng blant kvinner og opp ett prosentpoeng blant menn,

og så ut til å ha økt blant innvandrere fra Sri Lanka, Irak og Iran, men sunket blant innvandrere fra Bosnia-Hercegovina.

Andelen med psykiske plager var betydelig lavere i 2016 enn i 2005/2006, henholdsvis 16 % sammenlignet med 32 % blant innvandrerkvinner og 11 % sammenlignet med 24 % blant innvandrer menn. Noen metodologiske forskjeller kan ligge bak den store nedgangen i andel med psykiske helseplager. I 2005/2006 ble grenseverdien for å ha psykiske plager (en gjennomsnittsverdi på) 2 tatt med i definisjonen psykiske plager, og i 2016 ble den ikke tatt med. I tillegg ble svaralternativene i 2005/2006 presentert i motsatt rekkefølge av i 2016, altså med «veldig mye plaget» først og «ikke plaget» sist. Ettersom andelen med psykiske plager var høyest blant innvandrere i den eldste aldersgruppen, kan det at innvandrere opp til 70 år ble inkludert i 2005/2006, ha dratt opp andelen i den undersøkelsen noe. Det er imidlertid ikke sannsynlig at det kan forklare den store forskjellen. Dessuten var andelen med psykiske plager i befolkningen for øvrig også mye lavere i 2016 enn i 2005/2006, og blant dem var psykiske plager ikke relatert til høyere alder.

Andelen overvekt og fedme økte blant innvandrere i alt mellom 2005/2006 og 2016, noe mer blant menn enn blant kvinner. Andelen økte også i befolkningen for øvrig. Økningen i andelen innvandrerkvinner med fedme var noe mindre enn økningen i andel kvinner i befolkningen for øvrig med fedme, og andel innvandrer menn med overvekt var noe høyere enn økningen i andel med overvekt blant menn i befolkningen for øvrig. Menn fra Pakistan, Somalia, Tyrkia og Vietnam hadde hatt størst økning i andel med overvekt. Blant menn var økningen i andel med overvekt eller fedme høyest blant innvandrere fra Tyrkia og Pakistan, mens blant kvinner var tilsvarende andel høyest blant innvandrere fra Sri Lanka og Pakistan. Kvinner fra Bosnia-Hercegovina var den eneste gruppen hvor andel med overvekt/fedme hadde gått ned fra 2005/2006.

Andelen menn som røykte i 2005/2006, var ganske lik blant innvandrere og i befolkningen for øvrig, henholdsvis 41 og 39 %. Nedgangen i andelen røykere mellom 2005/2006 og 2016 var langt mer markant blant menn i befolkningen for øvrig enn blant innvandrer menn, og i 2016 var andelen henholdsvis 32 og 22 %. Andelen røykere blant kvinner i befolkningen for øvrig var likt som blant menn både i 2005/2006 og i 2016. Blant innvandrerkvinner var det ingen nedgang i andel røykere i løpet av dette tiåret, men andelen røykere var likevel fortsatt lavest i denne gruppen i 2016.

Andelen som var fysisk aktive, hadde økt noe mer fra 2005/2006 til 2016 blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig. Likevel var det i 2016 fortsatt en høyere andel fysisk aktive i befolkningen for øvrig enn blant innvandrere. Alle grupper innvandrere som deltok i begge undersøkelsene, hadde hatt en økning i andelen fysisk aktive i 2016, bortsett fra somaliske kvinner.

Rygg- og nakkeplager, nedsatt funksjonsevne, søvnproblemer og bruk av alkohol var ikke inkludert i rapporten fra levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2005/2006. Dermed hadde vi ikke mulighet til å sammenligne endring i disse utfallene.

16. Sosial støtte, samfunnsengasjement og helseatferd

Marte Kjøllesdal, Navnit Kaur Grewal

Når det gjelder helseatferd (alkoholbruk, røyking, fysisk aktivitet) blant innvandrere, har vi, i tillegg til sosiodemografiske og migrasjonsrelaterte variabler, sett på betydningen av sosial støtte og samfunnsengasjement. Sosial støtte har vist seg å ha en sammenheng med flere helsemål, sykdommer og mortalitet (35, 36). En mulig forklaring er at sosial støtte kan virke som en «buffer» mot negative opplevelser eller miljøfaktorer som ellers kan påvirke helse. Sosial støtte kan også fremme sunnere helseatferd som kan bidra til bedre helse.

16.1. Mål for sosial støtte

Deltakerne ble stilt tre spørsmål relatert til sosial støtte. Disse var: «*Har du noen som står deg nær, og som du kan snakke fortrolig med?*» (ja/nei), «*Bortsett fra medlemmer av din egen familie, har du noen gode venner på stedet der du bor?*» (ja/nei) og «*Har du de siste 14 dagene vært ikke plaget, litt plaget, ganske mye plaget eller veldig mye plaget av en følelse av ensomhet?*». Svarene fra det siste spørsmålet ble kategorisert i to grupper; «ikke/litt plaget» og «ganske eller mye plaget». De fikk også spørsmål om «*Har du i løpet av de siste 12 måneder utført noe gratisarbeid for en organisasjon, klubb eller forening?*» (ja/nei). De som svarte ja på dette spørsmålet, ble kategorisert som å ha vært samfunnsengasjerte.

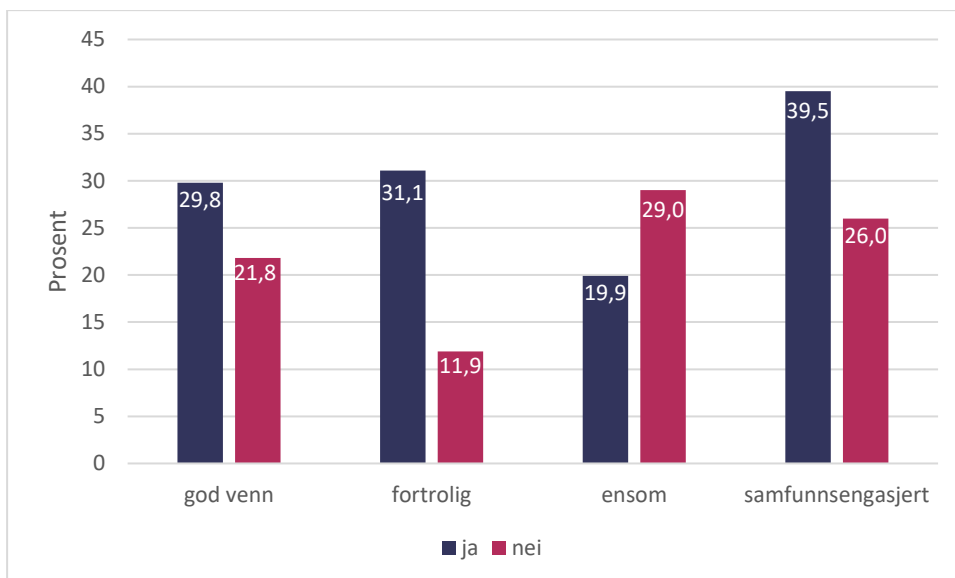
Figurene viser ujusterte andeler. I tillegg har vi gjort logistiske regresjoner på sammenhengene mellom helse og sosial støtte/samfunnsengasjement vist på figurer for å undersøke om sammenhengene kan forklares av forskjeller i alder, utdanning og inntekt.

16.2. Sosial støtte og samfunnsengasjement blant innvandrere

De fleste deltakerne hadde en god venn der de bodde (82 % menn og 80 % kvinner), og en fortrolig person i livet (81 % menn og 85 % kvinner). Ni prosent av menn og 10 % av kvinner kjente seg ensomme. Andelen som hadde utført gratisarbeid for en organisasjon det siste året, var 21 % blant menn og 16 % blant kvinner.

16.2.1. Alkoholbruk, sosial støtte og samfunnsengasjement

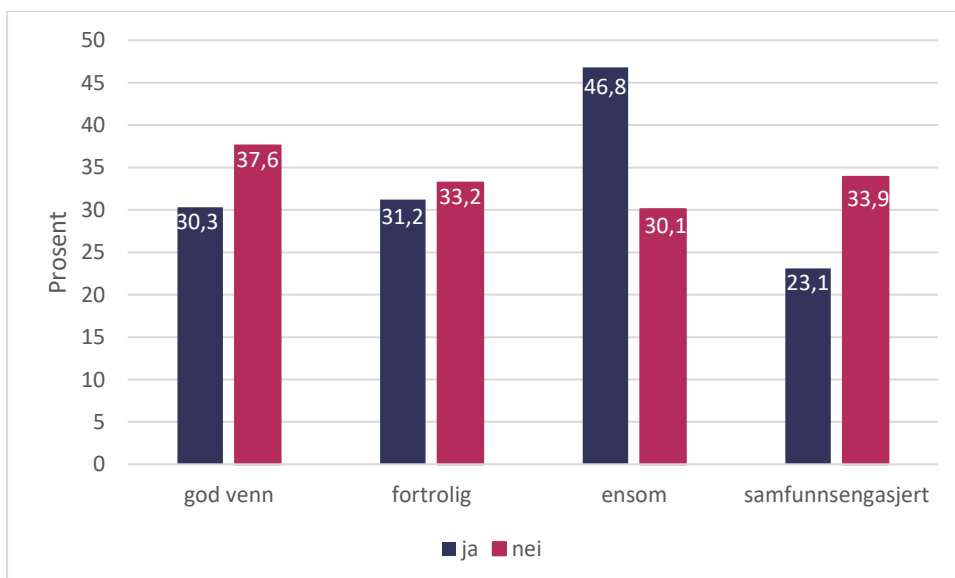
Det var en større andel som drakk alkohol blant kvinner som hadde en god venn, en fortrolig eller ikke var ensomme, samt de som var samfunnsengasjerte, enn blant kvinner som ikke opplevde det samme (figur 16.1). Disse sammenhengene kunne ikke forklares av ulikheter i alder, utdanning og inntekt. Det var ingen sammenheng mellom sosial støtte eller samfunnsengasjement og det å ha drukket alkohol blant menn.



Figur 16.1. Andel kvinner som hadde drukket alkohol i de siste 12 månedene etter sosial støtte og samfunnsengasjement

16.2.2. Røyking, sosial støtte og samfunnsengasjement

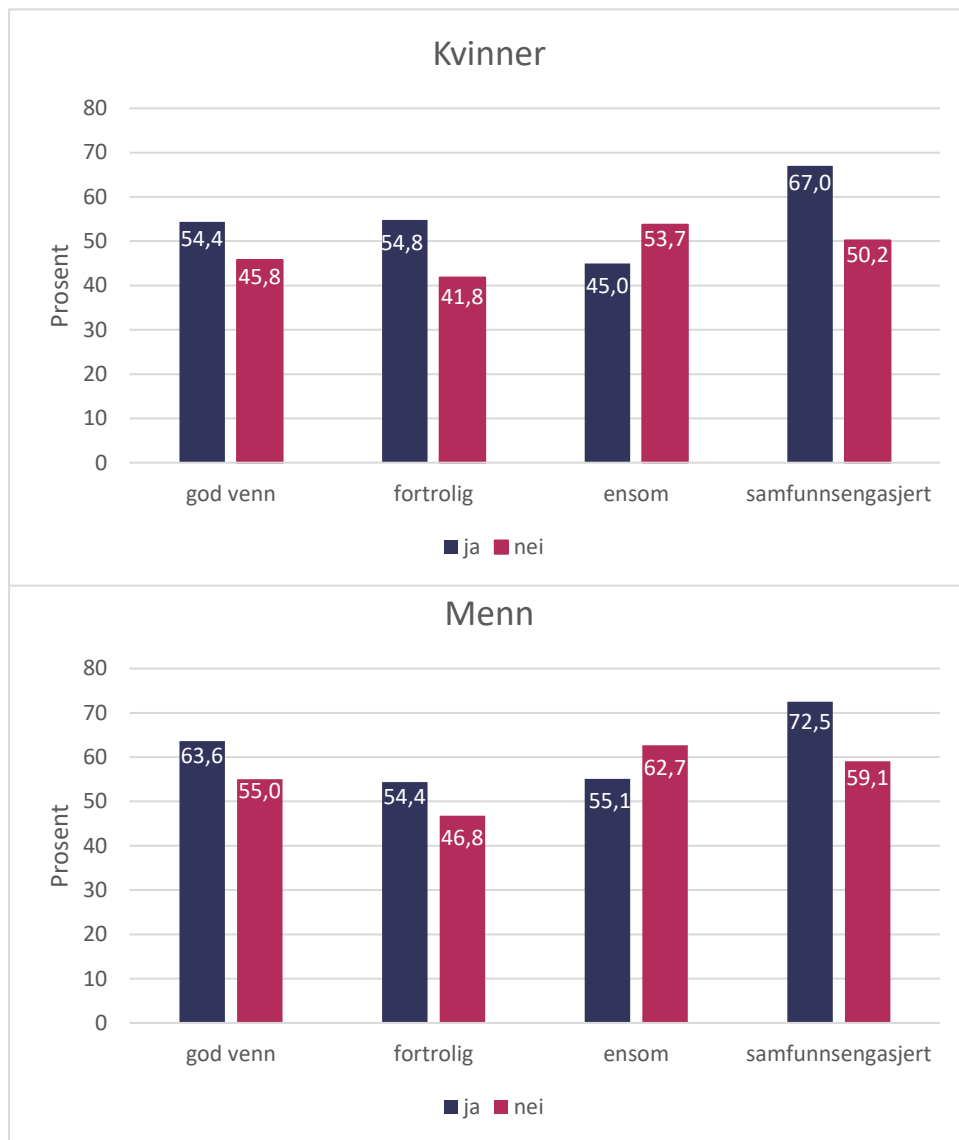
For kvinner var det ingen sammenheng mellom sosial støtte eller samfunnsengasjement og røyking. Blant menn derimot var det en høyere andel røykere blant dem som ikke hadde en god venn eller som følte seg ensomme og blant dem som ikke hadde vært samfunnsengasjerte i form av å utføre gratisarbeid for en organisasjon det siste året, enn blant andre menn (figur 16.2). Denne sammenhengen kunne ikke forklares av forskjeller i alder, inntekt og utdanning mellom dem med og uten sosial støtte eller samfunnsengasjement. Det var ingen sammenheng mellom det å ha en fortrolig og røyking blant menn.



Figur 16.2. Andel menn som røykte, etter sosial støtte og samfunnsengasjement

16.2.3. Fysisk aktivitet, sosial støtte og samfunnsengasjement

Det var en sammenheng mellom sosial støtte eller samfunnsengasjement og det å være fysisk aktiv, både blant kvinner og menn (figur 16.3). Det var en høyere andel fysisk aktive blant dem som hadde en god venn, en fortrolig eller ikke følte seg ensom og blant dem som hadde vært samfunnsengasjerte i form av å utføre gratisarbeid for en organisasjon det siste året, enn blant andre. Når vi tok hensyn til ulikheter i alder, utdanning og inntekt, var det fortsatt en sammenheng mellom fysisk aktivitet og det å ha en god venn eller samfunnsengasjement, og for kvinner også det å ha en fortrolig.



Figur 16.3. Andel som var fysisk aktiv etter sosial støtte, samfunnsengasjement og kjønn

17. Sammenheng mellom helseatferd og helseindikatorene

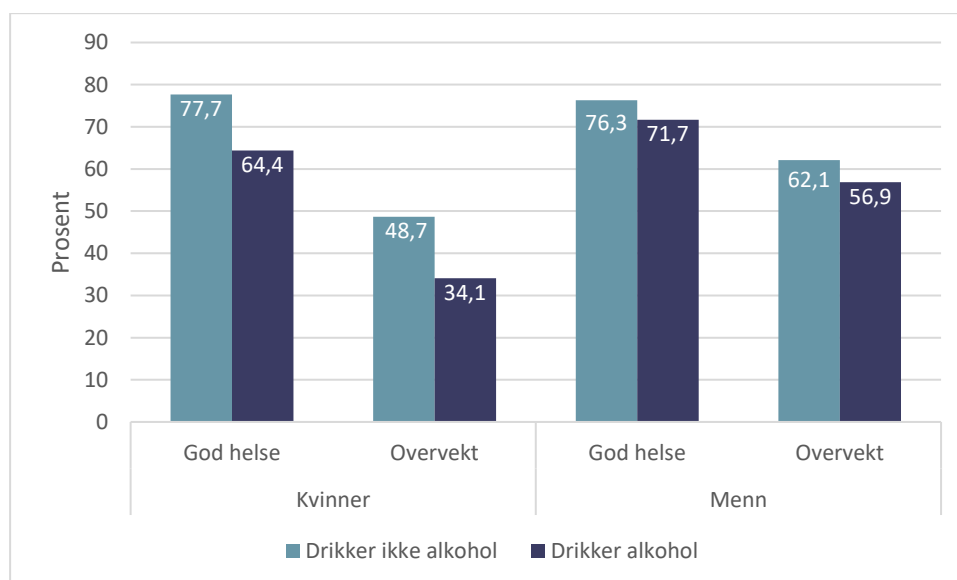
Melanie Lindsay Straiton, Carine Øien-Ødegaard, Marte Kjøllesdal

Helseatferd er viktig når det gjelder både forebygging og utvikling av sykdommer. I denne delen ser vi på sammenhengen mellom alkoholbruk, røyking og fysisk aktivitet og de ulike helseindikatorene blant innvandrere. Overvekt er også en risikofaktor for ulike helseproblemer, og vi ser dermed på dette som både en risikofaktor og en helseindikator. Slik som i kapittel 11 definerer vi overvekt som $KMI \geq 25$.

17.1. Alkoholbruk og helse

I kapittel 12 så vi at innvandrer menn drakk alkohol langt hyppigere enn innvandrerkvinner.

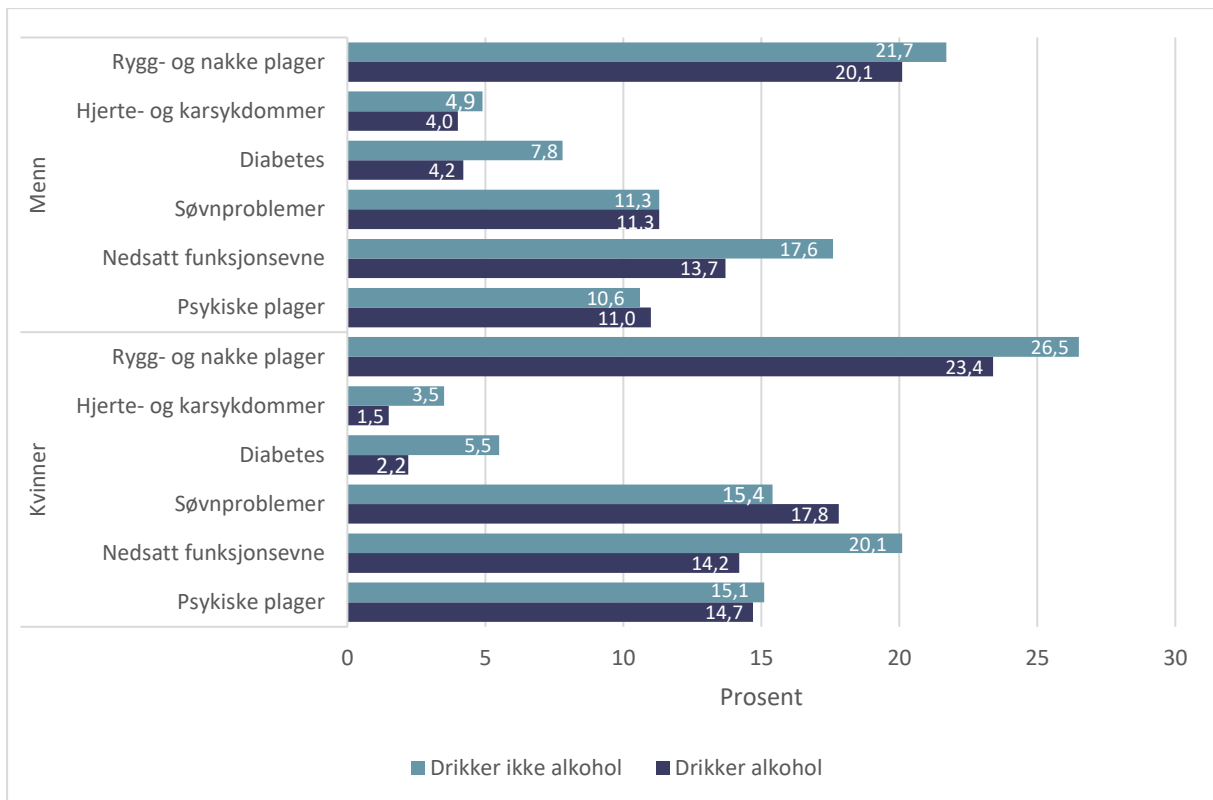
Andelen som vurderte egen helse som god, var høyere blant dem som hadde drukket alkohol de siste 12 månedene, enn dem som ikke hadde drukket alkohol (figur 17.1). Andelen med overvekt var høyere blant kvinner som ikke drakk alkohol, enn blant kvinner som drakk alkohol (figur 17.1). Denne sammenhengen var motsatt for menn. Disse forskjellene besto etter justering for alder, utdanning og inntekt blant kvinner, men ikke blant menn.



Figur 17.1. Andel med god egenvurdert helse og andel overvektige etter alkoholbruk og kjønn

Innvandrere som hadde drukket alkohol det siste året, kom bedre ut enn andre på flere helseindikatorer (figur 17.2), inkludert funksjonsevne og diabetes. Dette gjaldt både kvinner og menn. Blant kvinner var det i tillegg lavere andel med hjerte- og karsykdom blant dem som hadde drukket alkohol det siste året. Etter justering for alder, utdanning og inntekt var det ingen sammenheng mellom alkoholbruk og nedsatt funksjonsevne eller hjerte- og karsykdom, men oddsen for diabetes var fortsatt høyere blant menn som ikke hadde drukket alkohol, enn blant dem som hadde det.

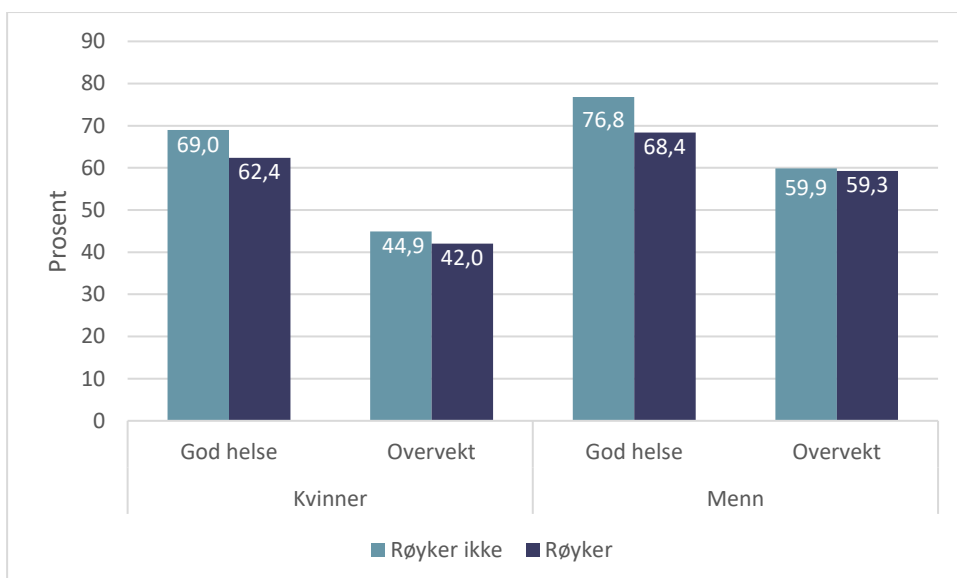
I ujusterte analyser var det ingen sammenheng mellom psykiske plager, søvnproblemer og rygg- og nakkeplager og bruk av alkohol (figur 17.2). Etter justering for alder, utdanning og inntekt var oddsen for søvnproblemer høyest blant kvinner som ikke hadde drukket alkohol, sammenlignet med dem som hadde drukket.



Figur 17.2. Andel med ulike helseindikatorer etter alkoholbruk og kjønn

17.2 Røyking og helse

Ikke-røykere vurderte oftere helsen sin som god enn røykere (figur 17.3), også justert for alder, utdanningsnivå og inntekt. Det var ingen forskjell på andelen med overvekt blant røykere sammenlignet med ikke-røykere (figur 17.3).

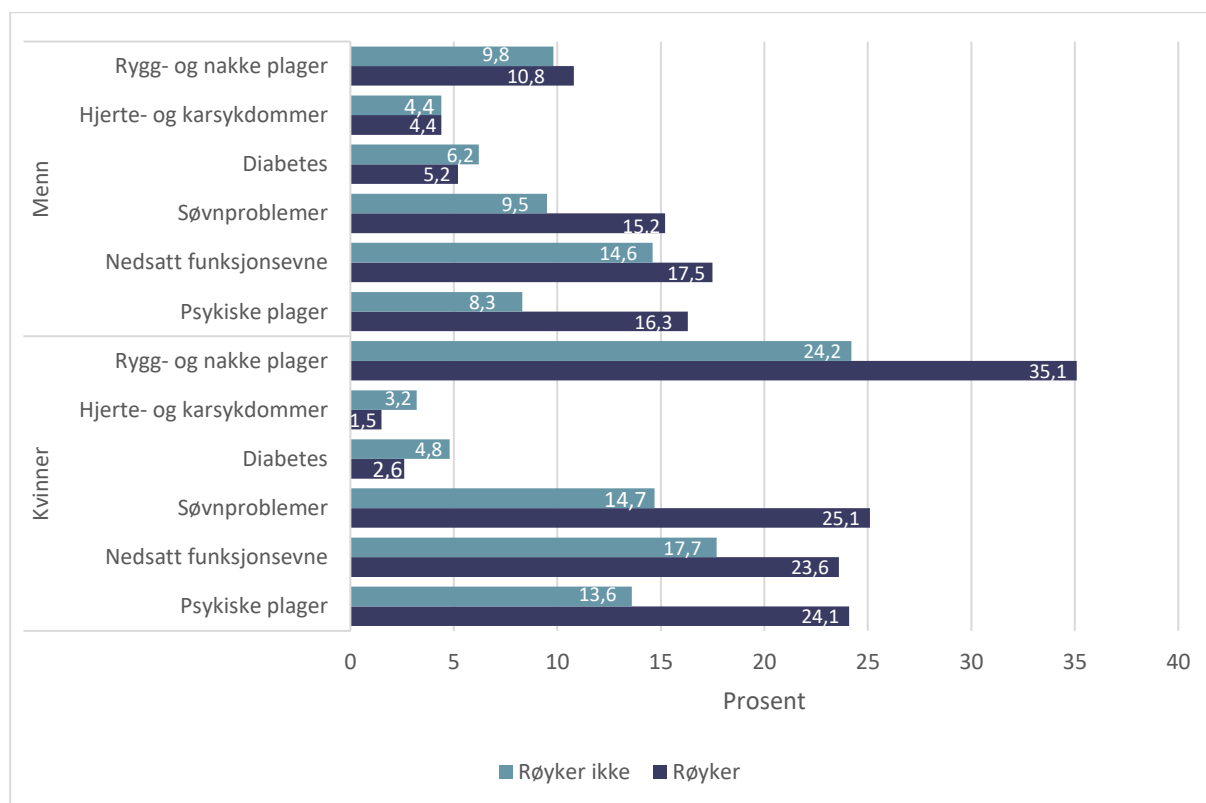


Figur 17.3. Andel med god egenvurdert helse og andel overvektige etter røyking og kjønn

Røyking var assosiert med flere typer helseproblemer blant både kvinner og menn (figur 17.4), inkludert psykiske plager, søvnproblemer og rygg- og nakkeplager. Disse forskjellene kunne ikke forklares med ulikheter i alder, utdanning og inntekt.

Blant kvinner var det en høyere andel med nedsatt funksjonsevne blant røykere enn ikke-røykere. Justert for alder, utdanning og inntekt var oddsen for nedsatt funksjonsevne 60 % høyere blant kvinnelige røykere enn ikke-røykere.

Det var ingen signifikante forskjeller i andelen med diabetes og hjerte- og karsykdom mellom innvandrere som røykte, og dem som ikke røykte.



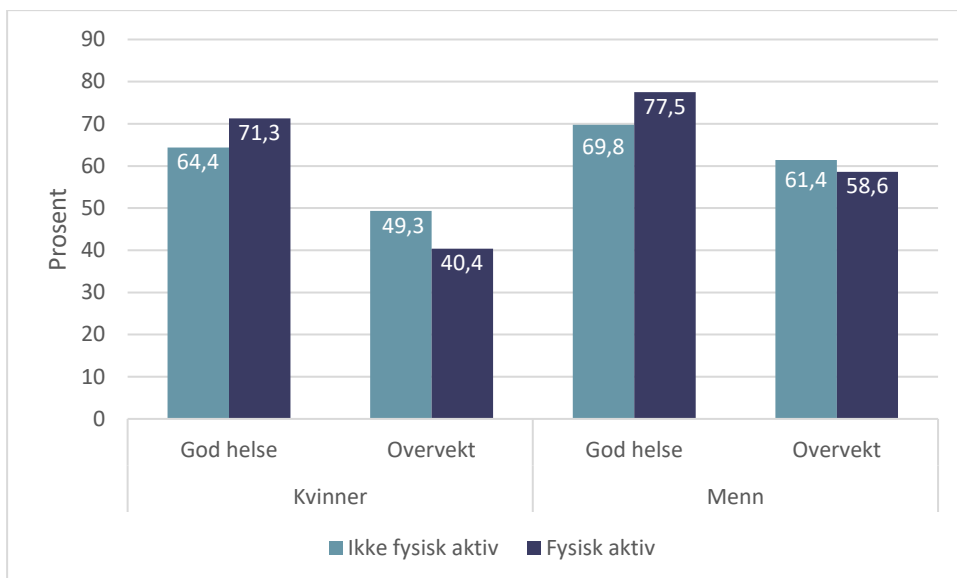
Figur 17.4. Andel med ulike helseindikatorer etter røyking og kjønn

17.3 Fysisk aktivitet og helse

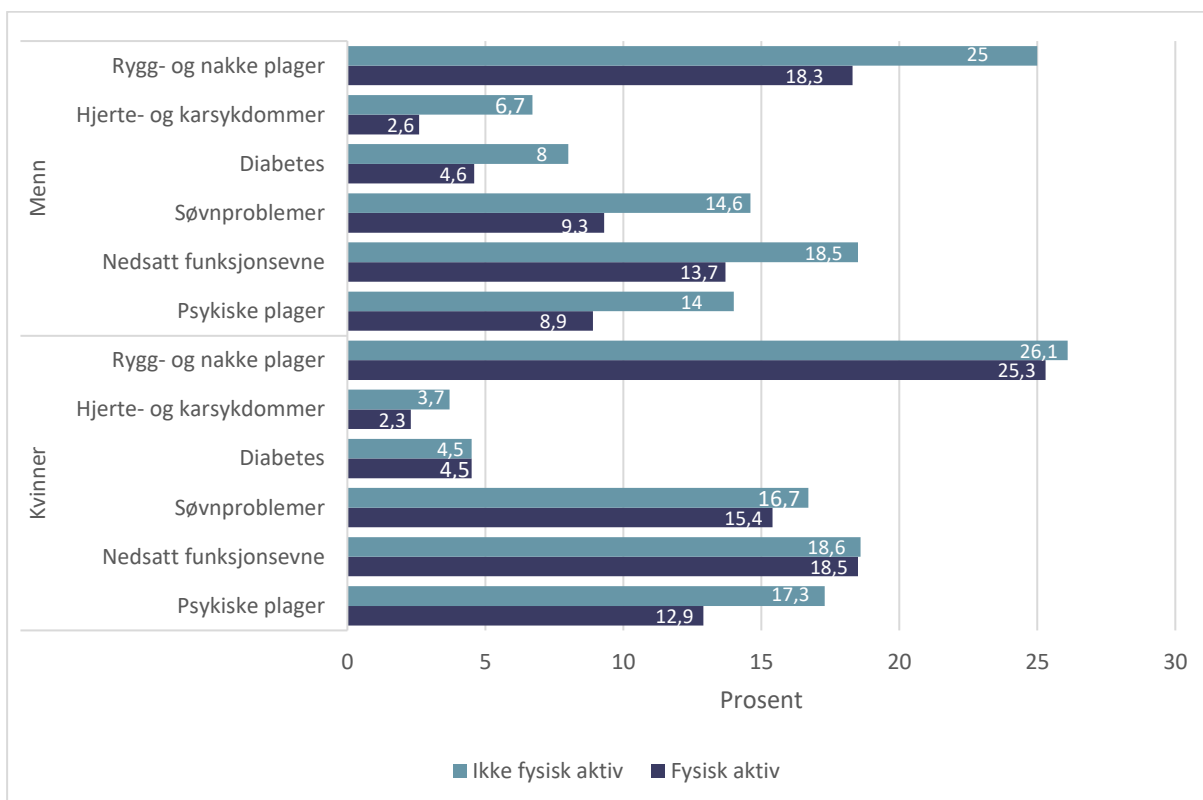
Andelen som vurderte egen helse som god, var størst blant dem som var fysisk aktive (figur 17.5), også justert for alder, utdanning og inntekt. Blant kvinner var andelen overvektige lavest blant dem som var fysisk aktive (figur 17.5), også justert for alder, utdanningsnivå og inntekt. Det var ingen sammenheng mellom fysisk aktivitet og overvekt blant menn.

Menn som var fysisk aktive minst én gang i uka, kom bedre ut på alle helseindikatorerne enn menn som ikke var fysisk aktive (figur 17.6). Justert for alder, utdanning og inntekt hadde fysisk aktive menn lavere odds for søvnproblemer, psykiske plager, diabetes, hjerte- og karsykdom og rygg- og nakkeproblemer enn de som ikke var aktive. I justerte analyser var det ingen forskjell i nedsatt funksjonsevne mellom fysisk aktive og ikke fysisk aktive menn.

Det var få forskjeller i helseindikatorerne mellom kvinner som var og ikke var fysisk aktive, og kun psykiske plager var assosiert med fysisk aktivitet. Denne sammenhengen besto justert for alder, utdanning og inntekt.



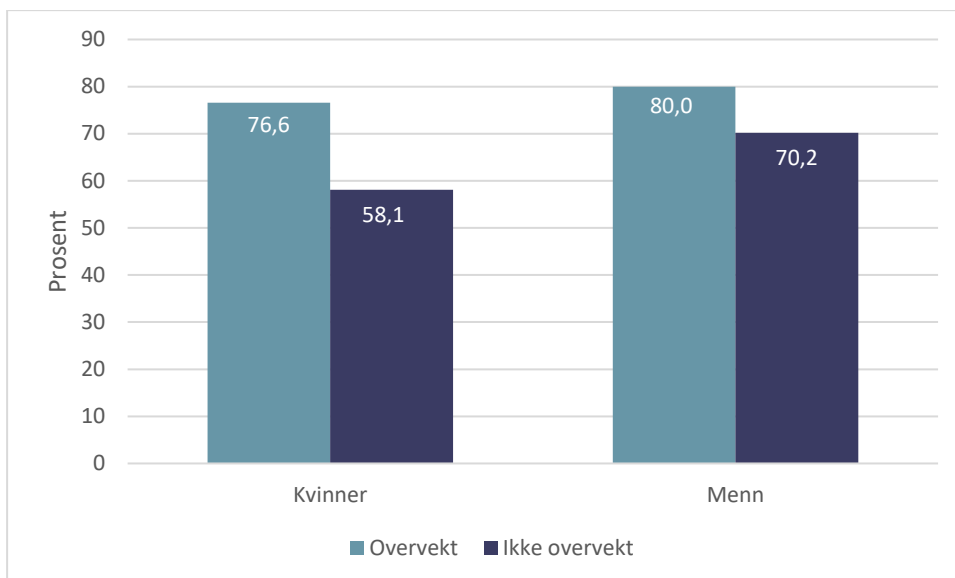
Figur 17.5. Andel med god egenvurdert helse og andel overvektige etter fysisk aktivitet og kjønn



Figur 17.6. Andel med ulike helseindikatorer etter fysisk aktivitet og kjønn

17.4. Overvekt og fedme og helse

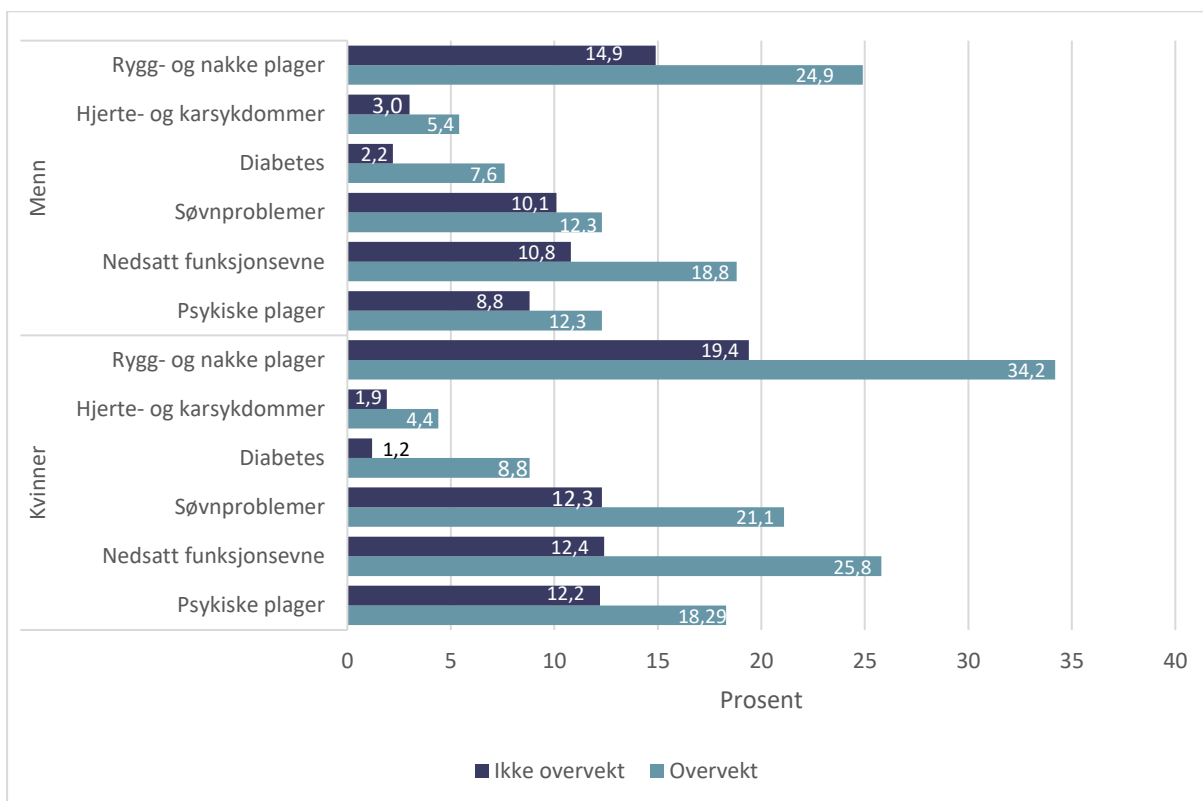
Overvektige innvandrere vurderte sjeldnere helsen sin som god enn andre (figur 17.7). Justert for alder, utdanning og inntekt var oddsen for å vurdere egen helse som god 30 % lavere blant overvektige menn enn blant andre menn. Overvektige kvinner hadde omtrent 65 % lavere odds for å vurdere egen helse som god enn andre kvinner.



Figur 17.7. Andel med god egenvurdert helse etter overvekt og kjønn

Overvektige menn og kvinner rapporterte oftere enn andre ulike typer helseproblemer (figur 17.8). Ingen av sammenhengene mellom overvekt og helseproblemer kunne forklares av forskjeller i alder, utdanning og inntekt, med unntak av søvnproblemer blant menn.

Overvekt var sterkere relatert til helseindikatorene, ikke minst diabetes, blant kvinner enn menn. Justert for alder, utdanning og inntekt hadde overvektige menn 60 % høyere odds for diabetes enn andre menn, mens overvektige kvinner hadde fire ganger så høy odds for diabetes enn andre kvinner.



Figur 17.8. Andel ulike helseindikatorer etter overvekt og kjønn

17.5 Oppsummering sammenheng mellom helseatferd og helseindikatorer

Innvandrere som hadde drukket alkohol det siste året, vurderte oftere helsen sin som god og hadde lavere forekomst enn andre av noen helseproblemer, inkludert søvnproblemer.

Alkoholbruk er sterkt knyttet til landbakgrunn, inntekt, utdanning og alder. De som drikker alkohol, vil sannsynligvis være yngre og bedre utdannet, i alle fall gjelder dette for kvinner, og således ha lavere risiko for en rekke helseproblemer enn andre. Sammenhengen mellom alkohol og bedre helse vil derfor reflektere dette, og ikke egentlig si så mye om sammenhengen mellom alkohol og helse i seg selv. Videre har vi ikke informasjon om mengde alkohol drukket, noe som kan være like viktig for helse som hvorvidt man har drukket eller ikke.

Røyking var assosiert med dårlig egenvurdert helse, psykiske helseproblemer, søvnproblemer og rygg- og nakkeplager. Dette er ikke ulikt sammenhenger man finner i befolkningen for øvrig (37). Røyking kan påvirke helse, men det kan også være at man røyker for å håndtere stress og andre emosjonelle problemer. I motsetning til hva man ville forvente, var det ingen sammenheng mellom røyking og diabetes eller hjerte- og karsykdommer. Innvandrere i denne undersøkelsen var relativt unge, og sammenhengen vil sannsynligvis bli sterkere når man blir eldre og får flere tilfeller av hjerte- og karsykdommer og diabetes. Videre kan det at det er få røykere i noen av gruppene med høy forekomst av diabetes og hjerte- og karsykdommer, slik som blant innvandrere fra Pakistan og Sri-Lanka, gjøre at en eventuell sammenheng ikke kommer frem i dette utvalget.

De som var fysisk aktive, vurderte oftere enn andre egen helse som god. Blant menn hadde de fysisk aktive lavere forekomst av en rekke helseproblemer, mens fysisk aktive kvinner kun hadde lavere forekomst av psykiske plager. Deltakerne ble ikke gitt noen definisjon av mosjon på fritiden, så svarene kan variere med egen oppfatning av hva mosjon er. Forskjeller mellom menn og kvinner i oppfatning av hva mosjon er, eller hvilke typer aktiviteter som gjøres, kan ha bidratt til disse funnene. Det er likevel mulig at fysisk aktivitet på fritiden har mer å si for helse blant menn enn kvinner.

I likhet med i befolkningen ellers (23) var overvekt assosiert med mange helseutfall, for både menn og kvinner. Det har imidlertid vist seg at sammenhengen mellom overvekt og helse ikke er den samme i alle grupper. For eksempel øker risikoen for livsstilsykdommer ved en lavere KMI blant personer fra Sør-Asia enn i mange andre befolkningsgrupper (38). Det har imidlertid vist seg at sammenhengen mellom overvekt og helse ikke er den samme i alle grupper. For eksempel øker risikoen for livsstilsykdommer ved en lavere KMI blant personer fra Sør-Asia enn i mange andre befolkningsgrupper (38).

18. Diskriminering

Melanie Lindsay Straiton, Arild Aambø, Rune Johansen, Marte Kjøllesdal

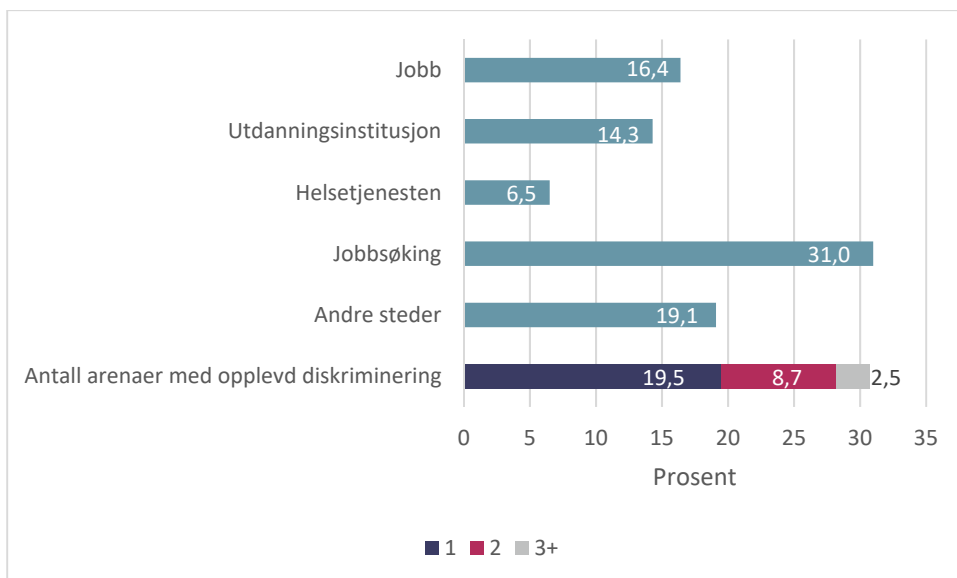
Diskriminering er når man behandler en person dårligere enn en annen på grunn av personens kjønn, alder, seksuelle legning, etnisitet, funksjonsevne eller andre evner/trekk. Opplevd diskriminering er når en person føler seg forskjellsbehandlet, uavhengig av om behandlingen kan klassifiseres som diskriminering ifølge lovverk eller definisjon (39). Internasjonal forskning viser en sammenheng mellom opplevd diskriminering og økt risiko for depresjon, angst, psykiske plager og nedsatt trivsel (40, 41). Jo oftere man opplever diskriminering, jo større er risikoen for psykiske plager (42, 43). Innvandrere kan oppleve diskriminering blant annet relatert til deres innvandrerbakgrunn. Det finnes lite forskning fra Norge om dette. Derfor ønsket vi å se på forholdet mellom opplevd diskriminering og psykiske plager blant innvandrere i Norge. I dette kapitlet ser vi også på om sosiodemografiske eller psykososiale faktorer kan forklare eller moderere et eventuelt forhold mellom diskriminering og psykiske plager.

18.1. Mål for diskriminering

Deltakere ble spurt om de hadde opplevd å bli forskjellsbehandlet i løpet av de siste 12 månedene: på arbeidsplassen, på utdanningsinstitusjoner, i det norske helsevesenet, i forbindelse med jobbsøking eller i andre situasjoner. For alle disse spørsmålene ble deltakere spurt om de opplevde at dette skjedde på grunn av deres innvandrerbakgrunn. Hvert enkelt spørsmål ble kun stilt hvis det var aktuelt for deltakeren. Det vil si at kun de som var i arbeid ble stilt spørsmålet om forskjellsbehandling på arbeidsplassen, kun de som hadde søkt jobb de siste 12 månedene ble stilt spørsmålet om forskjellsbehandling i forhold til jobbsøking osv. Alle som oppga å ha opplevd minst én type forskjellsbehandling på grunn av sin innvandrerbakgrunn, ble regnet som å ha opplevd diskriminering. De som svarte nei til alle aktuelle arenaer, ble regnet som ikke å ha opplevd diskriminering. Det var 70 deltakere som enten ikke svarte på spørsmål om psykiske plager eller på noen av spørsmålene om diskriminering (eller svarte vet ikke/vil ikke svare). De er ikke inkludert i analysene under. Tidligere studier viser at jo oftere man opplever diskriminering, jo større er sjansen for psykiske helseplager. I denne studien har vi ikke informasjon om hvor mange ganger man har opplevd diskriminering på de ulike arenaene. Derfor er sammenhengene vist nedenfor sannsynligvis en undervurdering av hvor sterk sammenhengen mellom diskriminering og psykisk helse kan være.

18.2. Hvor utbredt er diskriminering?

Figur 18.1 viser andelen som rapporterte diskriminering på ulike arenaer. Vi fant ingen forskjeller mellom kjønn og rapporterer derfor menn og kvinner samlet. Opplevd diskriminering var mest vanlig i forbindelse med jobbsøking, hvor nesten en tredjedel av de som hadde søkt ny jobb, hadde opplevd dette. Videre hadde 16 % av de sysselsatte opplevd diskriminering på jobb og 14 % av de som var under utdanning, hadde opplevd diskriminering på utdanningsinstitusjoner. Syv prosent av de som hadde vært i kontakt med helsetjenesten, hadde opplevd diskriminering i forbindelse med det, og 19 % på andre arenaer. Drøye 30 % hadde opplevd diskriminering på minst én av de fem ulike arenaene. De fleste (14 %) hadde opplevd diskriminering på kun en arena, mens en mindre andel innvandrere hadde opplevd diskriminering på flere arenaer.



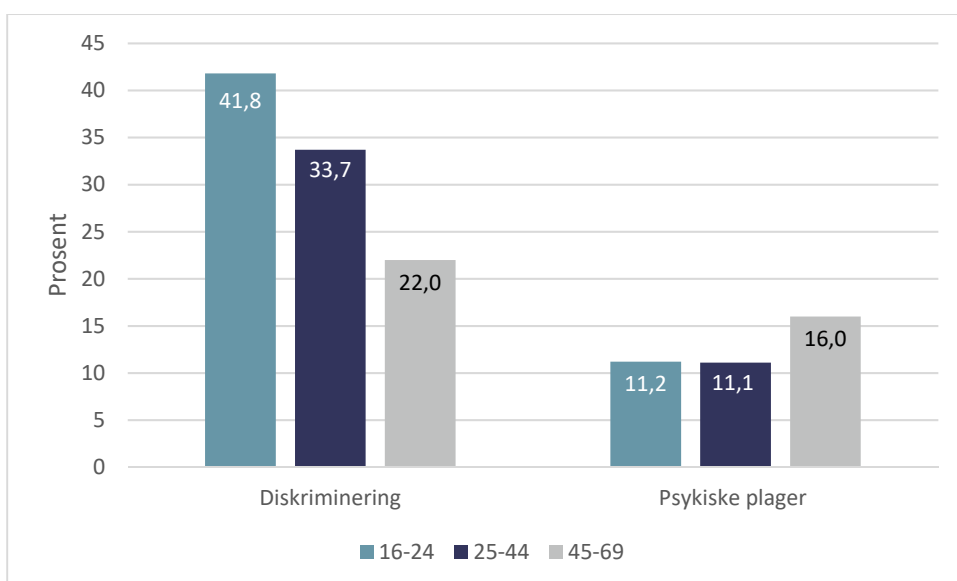
Figur 18.1. Andel som hadde opplevd diskriminering på ulike arenaer. N = 1308 jobbsøking, 2936 helsetjenesten, 2680 jobb, 525 utdanningsinstitusjon, 4256 andre steder, 4280 antall arenaer.

18.3. Diskriminering, psykiske plager og sosiodemografiske variabler

På grunn av ulikt antall som har svart på de forskjellige spørsmålene og et lite antall som opplever diskriminering på flere arenaer, så vi kun på hvem har opplevd diskriminering på minst én arena i de videre analysene. Vi så på menn og kvinner sammen, men kontrollerte for kjønn i analysene.

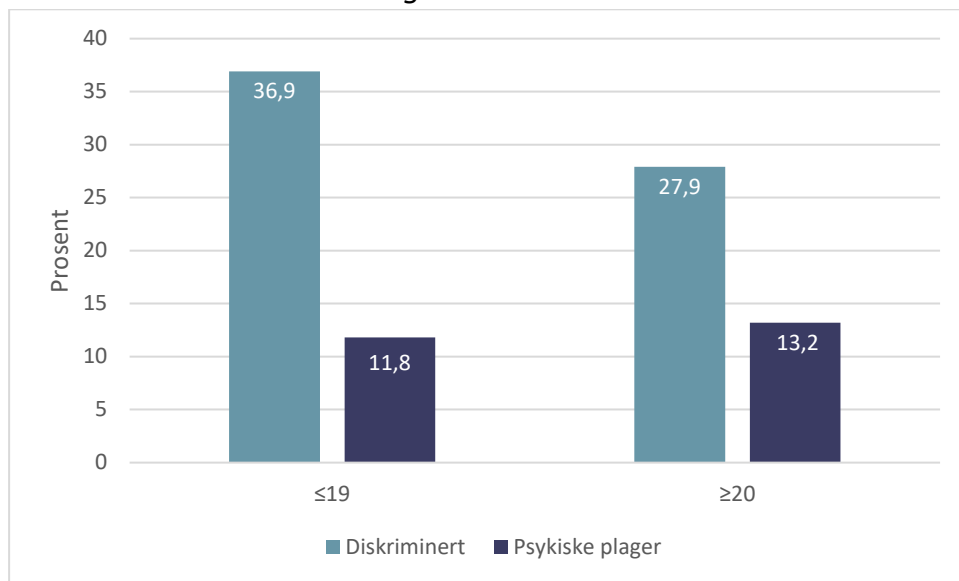
18.3.1. Alder

Andelen som hadde opplevd diskriminering, var lavest blant de eldste (figur 18.2), også når vi tok hensyn til kjønn, utdanning og inntekt. Andelen med psykiske plager var derimot høyest blant de eldste innvandrerne, slik vi også så i kapittel 9.



Figur 18.2. Andel som hadde opplevd diskriminering, og andel som rapporterte psykiske plager etter aldersgruppe

18.4.2. Alder ved innvandring

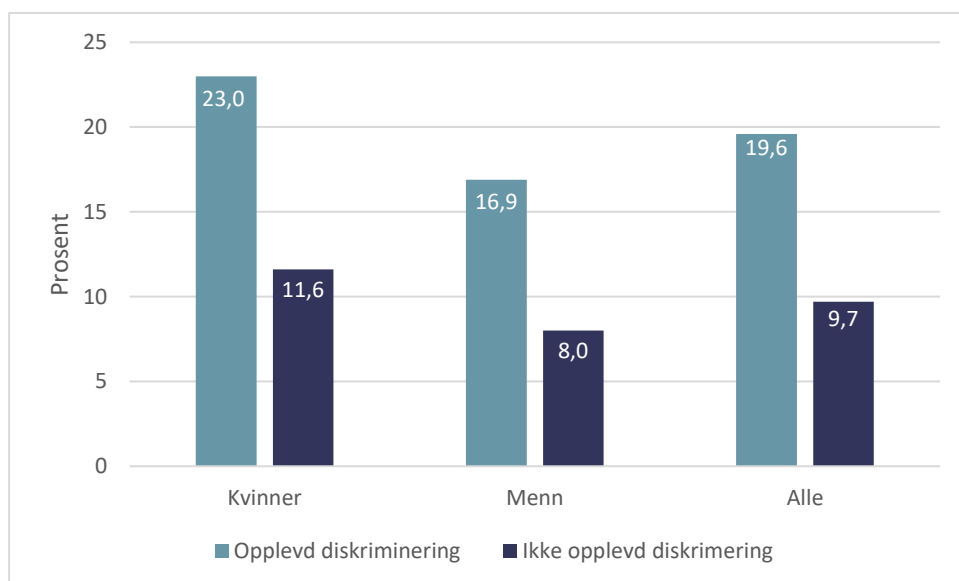


18.3. Andel som hadde opplevd diskriminering, og andel som rapporterte psykiske plager etter alder ved innvandring

En lavere andel av de som flyttet til Norge i voksen alder (≥ 20 år), hadde opplevd diskriminering, enn de som hadde flyttet til Norge som barn (≤ 19 år) (figur 18.3). Justert for kjønn, alder, utdanning og inntekt var det ikke lenger noen sammenheng mellom alder ved innvandring og opplevd diskriminering. Det var heller ingen sammenheng mellom alder ved innvandring og psykiske plager.

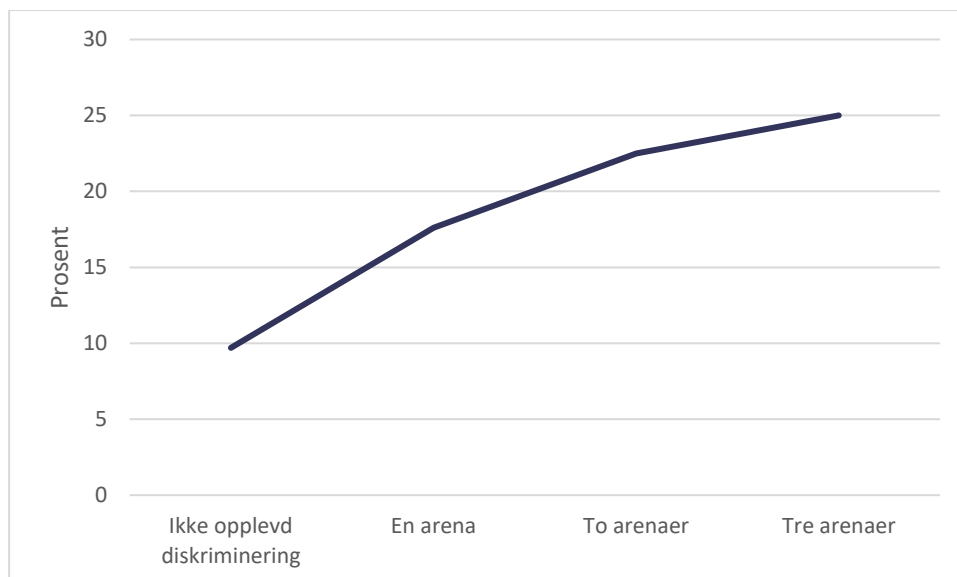
17.4. Sammenheng mellom opplevd diskriminering og psykiske plager

Andelen som rapporterte psykiske plager, var dobbelt så høy blant dem som hadde opplevd diskriminering, som blant dem som ikke hadde det (figur 18.4), også justert for kjønn, alder, utdanning og inntekt.



Figur 18.4. Andel med psykiske plager blant dem som hadde og ikke hadde opplevd diskriminering etter kjønn

Det var en tydelig sammenheng mellom andelen med psykiske plager og antall arenaer man har opplevd diskriminering på (figur 18.3), også etter justering for kjønn, alder, utdanning og inntekt. Hvor mange ganger man har blitt forskjellsbehandlet på hver arena, kommer ikke frem i dette materialet.



Figur 18.5. Andel med psykiske plager etter antall arenaer man hadde opplevd diskriminering på

18.4.3. Landbakgrunn

Vi så i kapittel 9 at det var stor variasjon mellom landene i andelen som rapporterte psykiske plager. Her ønsket vi i tillegg å se om diskriminering var mer utbredt i grupper med høy andel med psykiske plager. Gruppene med høyest andel som hadde opplevd diskriminering, Iran og Irak, hadde også den høyeste andelen med psykiske plager (figur 18.6). På den andre siden hadde innvandrere fra Sri Lanka lavest andel som hadde opplevd både diskriminering og psykiske plager. Innvandrere fra Somalia, Eritrea og Polen skiller seg ut med høy andel som hadde opplevd diskriminering, men lav andel med psykiske plager.

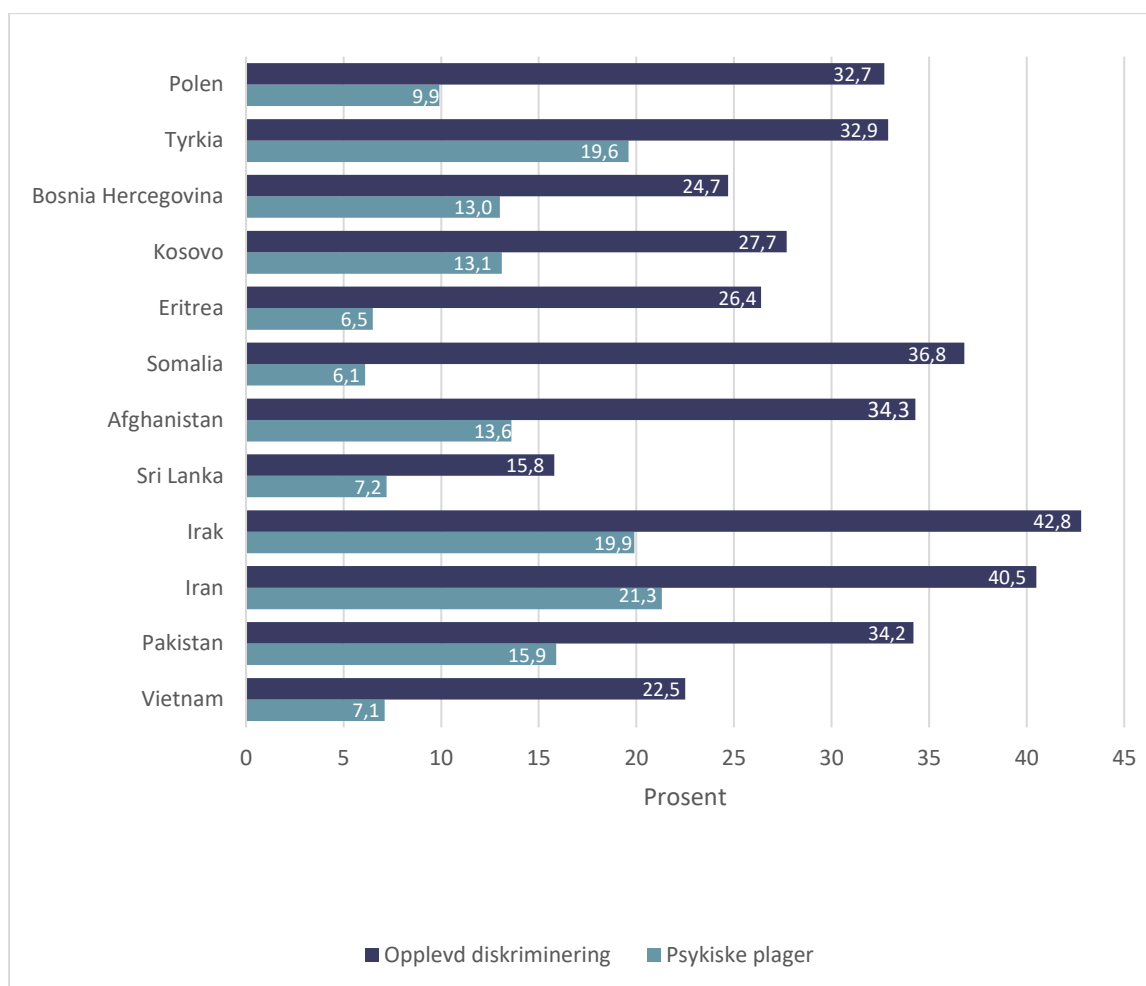


Fig 18.6. Andel som hadde opplevd diskriminering, og andel som rapporterte psykiske plager

18.5. Diskriminering, psykisk helse og psykososiale faktorer

I tillegg til alder og sosioøkonomisk status (inntekt og utdanning) er det en rekke variabler som kan tenkes å forklare sammenhengen mellom diskriminering og psykisk helse. For eksempel kan psykososiale faktorer øke eller minske sannsynligheten for psykiske plager, og dessuten moderere opplevelsen av diskriminering. I denne delen vil vi se på relasjonen mellom psykisk helse og ulike psykososiale faktorer, og undersøke om disse kan forklare sammenhengen mellom diskriminering og psykisk helse.

18.5.1. Mål for psykososiale variabler

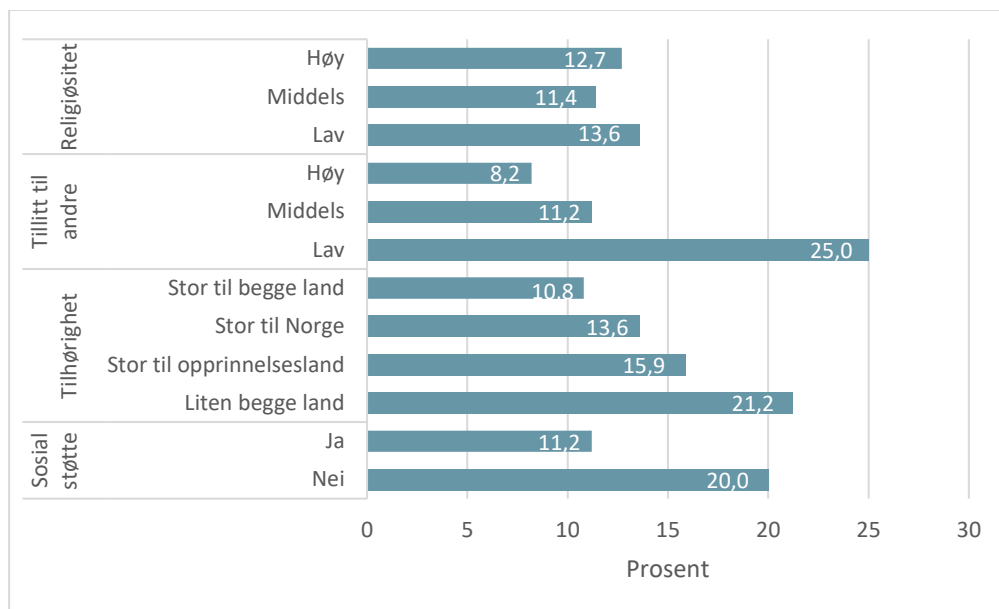
I dette underkapittelet har vi benyttet spørsmålet om en har en som står en nær/en fortrolig (ja/nei) til å måle «sosial støtte». «Tilhørighet» ble målt ved spørsmålene «I hvilken grad føler du tilhørighet til Norge?» Og «I hvilken grad føler du tilhørighet til ditt opprinnelsesland?» Deltakerne kunne svare fra 1 (ingen tilhørighet) til 7 (stor tilhørighet), og vi kategoriserte svarene til: «Stor tilhørighet til både Norge og opprinnelsesland» (score ≥ 5 på begge spørsmålene), «Stor tilhørighet til Norge» (score ≥ 5 for tilhørighet til Norge, < 5 for tilhørighet til opprinnelsesland), «Stor tilhørighet til opprinnelsesland» (score < 5 for tilhørighet til Norge, ≥ 5 for tilhørighet til opprinnelsesland), «Liten tilhørighet» (score < 5 for begge spørsmål). «Tillit til andre» ble målt ved spørsmålet «Vil du stort sett si at folk flest er til å stole på, eller at en ikke kan være for forsiktig når en har med andre å gjøre?» Deltakerne kunne svare fra 0 (at en ikke kan være for forsiktig) til 10 (at folk flest er til å stole på). Score > 7 ble kategorisert som «høy tillit», 5-7 som

«middels tillit» og ≤ 4 som «lav tillit». Til sist har vi inkludert «Religiøsitet»; «Hvor viktig vil du si at religion er i livet ditt?» Deltakere kunne oppgi svar fra 0 (ikke viktig i det hele tatt) til 10 (svært viktig). Score > 7 ble kategorisert som «svært religiøs», 5-7 som «middels religiøs» og ≤ 4 som «lite religiøs».

18.5.2. Psykososiale faktorer og psykiske plager

Andelen med psykiske plager var nesten dobbelt så stor blant deltakerne som ikke hadde sosial støtte, som blant dem som hadde det (figur 18.7). Andelen med psykiske plager var også høyere blant deltakere med lav tillit til andre enn blant dem med middels eller høy tillit. Videre var psykiske plager omtrent dobbelt så vanlig blant deltakere som hadde liten tilhørighet til både Norge og opprinnelseslandet sitt, som de som hadde stor tilhørighet til begge land. Deltakere med stor tilhørighet til et av landene lå ganske midt mellom disse. Disse forskjellene besto justert for kjønn, alder og inntekt. Religiøsitet var ikke knyttet til psykiske plager.

Det er viktig å påpeke at vi ikke vet noe om retningen på disse sammenhengene. Det kan være at lav tillit, mangel på sosial støtte og liten tilhørighet kan påvirke psykisk helse på en negativ måte. Det er også mulig at de med psykiske plager lettere enn andre isolerer seg og mister tillit og tilhørighet. Videre kan det være andre bakenforliggende faktorer som påvirker både psykiske plager og andre psykososiale faktorer.



Figur 18.7. Andel med psykiske plager etter sosial støtte, tilhørighet, tillit til andre og religiøsitet

18.5.3. Psykiske plager, diskriminering og psykososiale faktorer

I videre analyser så vi om disse psykososiale variablene kunne forklare sammenheng mellom diskriminering og psykisk helse. Vi inkluderte ikke religiøsitet her, fordi denne variabelen ikke var relatert til psykiske plager. Vi gjorde analyser i to steg. Først justerte vi for kjønn, alder, utdanning, inntekt og landbakgrunn, og så i tillegg for sosial støtte, tillit til andre og tilhørighet. Resultatene er presentert i vedlegg 1.

Justert for sosiodemografiske variabler var oddsen for psykiske plager omtrent 2,5 ganger så høy blant dem som hadde opplevd diskriminering, som blant dem som ikke hadde opplevd det. Det å i tillegg justere for sosial støtte, tillit og tilhørighet endret denne sammenhengen lite

(oddsrate 2,2). Disse variablene forklarte altså kun en liten del av sammenhengen mellom diskriminering og psykiske plager.

18.6. Oppsummering diskriminering

Omtrent 3 av 10 hadde opplevd diskriminering på en eller flere arenaer. Generelt var det en sterk sammenheng mellom opplevd diskriminering og dårlig psykisk helse, og denne sammenhengen ble i liten grad forklart av sosioøkonomiske forskjeller, sosial støtte, tilhørighet og tillit.

Vi kan ikke ut fra dette materialet konkludere om diskriminering fører til dårligere psykisk helse, eller om personer med dårligere psykisk helse opplever diskriminering til større grad enn personer med god psykisk helse. Tidligere forskning fra andre land derimot tyder på at diskriminering fører til dårligere psykisk helse (42, 44). Derfor virker det rimelig å anta at opplevd diskriminering på grunn av innvandrerbakgrunn bidrar til en del av forskjellene i psykisk helse mellom både innvandrere og den øvrige befolkningen, og mellom ulike innvandrergupper. Likevel ser det ut til at det finnes unntak, som innvandrere fra Somalia, Eritrea og Polen, hvor det var liten sammenheng mellom opplevd diskriminering og psykiske plager.

Opplevd diskriminering var mest utbredt blant yngre innvandrere, mens psykiske plager derimot (kapittel 9) var mest utbredt blant de eldste. Dette synes å være et paradoks, men det kan hende at yngre innvandrere har mer kontakt med samfunnet og dermed større sjanse til faktisk å bli forskjellsbehandlet. Yngre innvandrere har ofte også bedre norske språkferdigheter enn eldre. Diskriminering kan være subtil eller indirekte, og det kan være at yngre innvandrere oftere rapporterer diskriminering nettopp fordi de lettere oppfatter situasjoner som diskriminering. At psykiske plager er vanligst blant de eldste, tyder likevel på at det er andre utfordringer som godt voksne innvandrere bekymrer seg mer for.

Vi fant også at de som føler tilhørighet til både Norge og opprinnelseslandet, har lavest risiko for psykiske plager, særlig sammenlignet med dem som ikke føler tilhørighet til verken det ene eller det andre landet. Dette bekrefter tidligere forskning som viser at de som klarer å opprettholde sin opprinnelige kultur samtidig som man tilpasser seg til majoritetskulturen, ofte har bedre psykisk helse enn andre (45).

19. Sysselsetting

Carine Øien-Ødegaard, Arild Aambø, Marte Kjøllesdal

Arbeidsmarkedet er en av de viktigste arenaene for integrering og språkutvikling. For de fleste er det også hovedkilden til økonomisk stabilitet. Fast inntekt gir bedre levekår som igjen kan gi bedre helse, både psykisk og fysisk. Å være utenfor arbeidslivet kan være en stor psykisk belastning. Det er også helseseleksjon inn i arbeidslivet, ved at de med bedre helse har større sjanse for å både komme i jobb og bli i jobb enn de med dårligere helse (45). Det kan være utfordrende for mange innvandrere å komme inn på arbeidsmarkedet på grunn av dårlige språkferdigheter, diskriminering eller manglende kvalifikasjoner. For mange innvandrere i arbeid innebærer hverdagen ofte fysiske påkjenninger i form av tunge løft, rutinearbeid eller lignende (1). Dette kan gi utslag i større utbredelse av slitasjeskader og muskel- og skjelettplager.

I dette kapitlet vil vi først se på sammenhengen mellom sysselsetting og de ulike helseindikatorer. Her vil vi sammenligne innvandrertilstanden med befolkningen for øvrig. I siste halvdel av kapitlet vil vi gå i dybden på innvandrertilstanden og se nærmere på sammenhenger mellom arbeid og tre helseindikatorer: egnevurdert helse, rygg- og nakkeplager og psykiske helseplager.

19.1. Mål for sysselsetting

For å telle som «sysselsatt» måtte respondenten svare ja på ett av de to følgende spørsmålene: «*Utførte du inntektsgivende arbeid av minst 1 times varighet i forrige uke? Som inntektsgivende arbeid regner vi også arbeid som familiemedlem uten fast avtalt lønn på gårdsbruk, i forretning eller familiebedrift*» eller «*Har du inntektsgivende arbeid som du var midlertidig borte fra eller hadde fri fra i forrige uke?*»

19.2. Sysselsetting og helse blant innvandrere og i befolkningen for øvrig

Andelen av utvalget som var sysselsatt, var 64 % (70 % av mennene, 57 % av kvinnene) blant innvandrere og 78 % (80 % menn, 76 % kvinner) i befolkningen for øvrig. Tabell 19.1 viser andelen med god selvrapportert helse, ulike helseindikatorer og helseatferd etter hvorvidt man er sysselsatt eller ikke, blant innvandrere og i befolkningen for øvrig.

Tabell 19.1. Andel med god egenvurdert helse, og ulike helseindikatorer, blant dem som er og ikke er sysselsatt. Prosent.

		Innvandrer- kvinner	Kvinner i befolkningen for øvrig	Innvandr er-menn	Menn i befolkninge n for øvrig
God egenvurdert helse	Sysselsatt	75,9	88,2	81,9	87,4
	Ikke sysselsatt	57,9	59,1	55,7	65,8
Diabetes	Sysselsatt	2,5	1,8	3,6	2,7
	Ikke sysselsatt	7,2	3,9	11,4	6,7
Hjerte- og karsykdom	Sysselsatt	2,8	0,7	2,5	1,8
	Ikke sysselsatt	4,8	3,7	8,9	5,3
Rygg- og nakkeplager	Sysselsatt	22,7	17,5	16,9	14,2
	Ikke sysselsatt	29,7	28,3	30,2	20,7
Nedsatt funksjonsevne	Sysselsatt	12,2	13	9	8,7
	Ikke sysselsatt	26,8	37,1	31,1	28,2
Psykiske helseplager	Sysselsatt	11,3	4,1	6,5	1,9
	Ikke sysselsatt	20	11,4	21,2	7,5
Søvnplager	Sysselsatt	20,3	17,3	22,2	11,9
	Ikke sysselsatt	39,8	37,4	60,2	60,8
Overvekt	Sysselsatt	51	42,2	58,5	45,2
	Ikke sysselsatt	16,1	20,2	30,3	20,1
Røyker	Sysselsatt	10,9	24,6	34,5	26,3
	Ikke sysselsatt	57,9	80,3	62	72,1
Fysisk aktiv	Sysselsatt	46,2	72,8	61,9	70,8
	Ikke sysselsatt				

Datakilde: Levekårsundersøkelsen blant personer med innvandrerbakgrunn 2016, Levekårsundersøkelsen om helse 2015, Statistisk sentralbyrå.

I alle grupper var det en høyere andel som vurderte egen helse som god, blant dem som var sysselsatt, enn blant dem som ikke var det. Sammenhengen mellom sysselsetting og god egenvurdert helse var sterkere blant kvinner i befolkningen for øvrig enn blant innvandrerkvinner.

Andelen med diabetes, hjerte- og karsykdom, rygg- og nakkeplager eller nedsatt funksjonsevne var høyest blant dem som ikke var sysselsatte. Dette gjaldt alle grupper, også justert for alder, utdanning og inntekt.

Også andelen med psykiske plager og søvnproblemer var høyere blant dem som ikke var sysselsatt, enn blant dem som var det. Disse sammenhengene besto etter justering for alder, utdanning og inntekt. Etter justering var sammenhengen mellom sysselsetting og psykiske problemer svakere blant innvandrerkvinner enn blant kvinner i befolkningen for øvrig.

Blant kvinner var andelen med overvekt høyest blant de ikke sysselsatte, både blant innvandrere og i befolkningen for øvrig. For innvandrer-menn var det ingen tydelig sammenheng mellom sysselsetting og overvekt. Blant menn i befolkningen for øvrig var andelen med overvekt høyest blant de sysselsatte.

Blant innvandrerkvinner var andelen røykere høyest blant de sysselsatte. Dette var forskjellig fra alle andre grupper, hvor andelen røykere var høyest blant de ikke sysselsatte. Blant kvinner var det mer vanlig å være fysisk aktiv blant dem som var sysselsatt, enn andre. Blant menn var det liten forskjell i fysisk aktivitet mellom sysselsatte og ikke-sysselsatte.

19.3. Sysselsetting og helse blant innvandreere

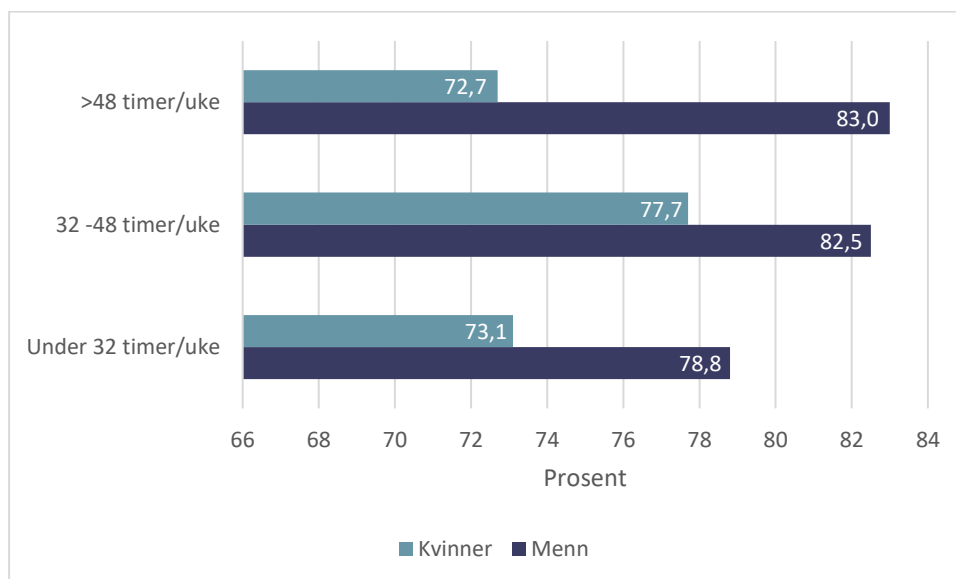
I resten av kapittelet ser vi kun på innvandrere, og vil undersøke sammenhengen mellom arbeidstid per uke, fysisk og psykisk belastning på arbeidsplassen, og tre helseindikatorer: egenvurdert helse, rygg- og nakkeplager og psykiske helseplager.

Når det gjelder arbeidstid, har respondentene svart på følgende spørsmål «*Hvor mange timer pr. uke arbeider du vanligvis i alt i ditt hovedyrke? Regn også med betalte overtidstimer og ekstraarbeid hjemme i forbindelse med dette arbeidet.*» Svarene ble kategorisert til «ikke sysselsatt», «under 32 timer per uke (deltid)», «32 til 48 timer per uke (normal arbeidstid)» og «over 48 timer per uke (mer enn fulltid)». Å oppleve «fysisk belastning» på jobb ble definert som å oppleve minst én av følgende: mye ubekvemme/tunge arbeidsstillinger, mye stående arbeid, hudkontakt med rengjøringsmidler eller desinfeksjonsmidler, være utsatt for støy, lukte eller puste inn kjemikalier eller kjemiske produkter eller tydelig se/lukte støv, røyk, gass eller damp. «Psykisk belastning» ble definert som å oppleve minst én av følgende: rutinepreget arbeid, mye alene eller at man er misfornøyd med arbeidssituasjonen sin. I denne delen av kapittelet justerer vi sammenhengene for kjønn, alder, utdanning, botid og norskferdigheter, da dette er faktorer som kan tenkes å påvirke både sannsynligheten for at man er i jobb, og at man har god helse.

Blant menn var det 19 % som arbeidet mindre enn 32 timer i uka, 69 % som arbeidet 32-48 timer i uka, og 11% som arbeidet mer enn 48 timer i uka. Blant kvinner var de respektive andelene 34 %, 63 % og 2 %.

19.3.1. Egenvurdert helse

Det å vurdere sin egen helse som god varierte ikke mye med antall timer man jobbet (figur 19.1). I justerte analyser fant vi imidlertid at de som jobbet deltid, hadde lavere odds for å vurdere sin egen helse som god, enn de som jobbet fulltid. Det var ingen forskjell i oddsen for å vurdere egen helse som god mellom de som jobbet fulltid og mer enn normal arbeidstid.

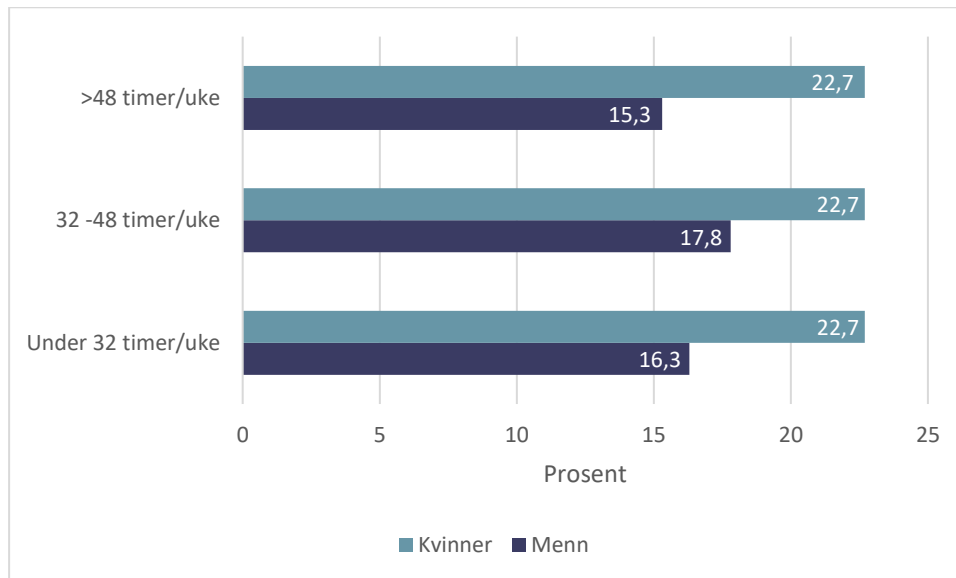


Figur 19.1: Andel sysselsatte innvandreere med god egenvurdert helse, etter arbeidstimer per uke. N = 807 kvinner, N = 1.271 menn

I justerte analyser hadde de som ble fysisk eller psykisk slitne av arbeidet, lavere odds for å vurdere sin egen helse som god enn andre, og det var de fysiske påkjenningene som så ut til å ha mest å si.

19.3.2. Rygg- og nakkeplager

Til sammen opplevde nesten en av fem sysselsatte innvandrer menn og omtrent en av fire sysselsatte innvandrer kvinner å ha rygg- og nakkeplager (figurfigur 19.2). Det var ingen sammenheng mellom antall arbeidstimer og rygg- og nakkeplager, heller ikke i justerte analyser.

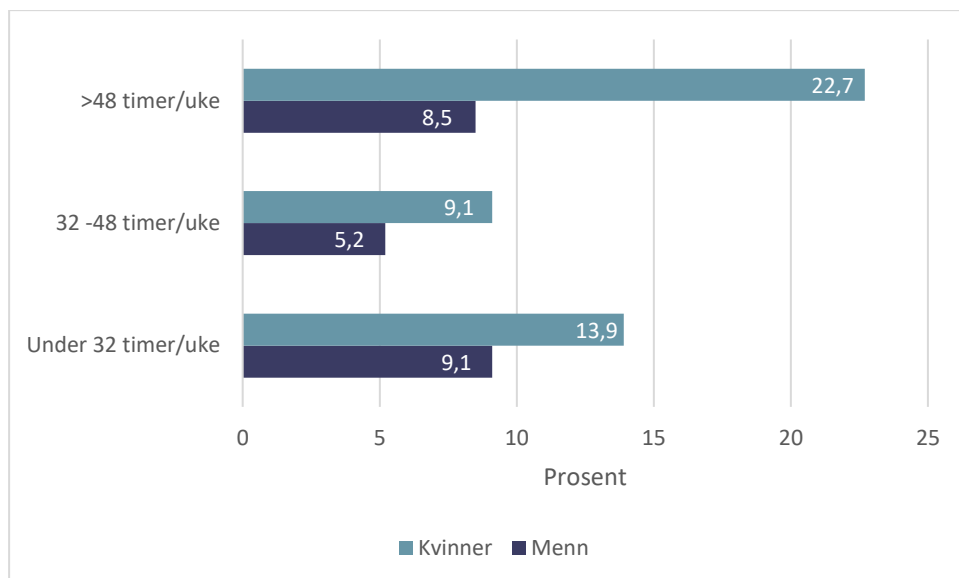


Figur 19.2. Andel sysselsatte innvandrere som opplevde rygg- og nakkeplager, etter arbeidstimer per uke. N = 1.064 kvinner, N = 1.554 menn

I justerte analyser økte det å bli fysisk sliten av arbeidet oddsen for å ha rygg- og nakkeplager. Det å bli psykisk sliten av arbeidet hadde imidlertid ikke noen sammenheng med rygg- og nakkeplager.

19.3.3. Psykiske plager

Andelen med psykiske plager var høyere både blant dem som jobbet deltid og mer enn fulltid, enn blant dem som jobbet fulltid. Disse sammenhengene besto etter justering for kjønn, alder, utdanning, å bli fysisk eller psykisk sliten av arbeidet, botid og norskferdigheter, og oddsen for psykiske plager var dobbelt så høy blant dem som arbeidet mer enn fulltid, som blant dem som jobbet en normal arbeidsuke.



Figur 19.3. Andel sysselsatte innvandrere som opplevde psykiske plager, etter arbeidstimer per uke. N = 1.061 kvinner, N = 1.551 menn

Det var ingen sammenheng mellom det å bli fysisk eller psykisk sliten av arbeidet og å rapportere psykiske plager.

19.4. Oppsummering sysselsetting

Å være sysselsatt var relatert til god helse. Blant innvandrere var psykiske helseplager, søvnvansker, rygg- og nakkeplager, diabetes, hjerte- og karsykdom og nedsatt funksjonsevne mer utbredt blant dem som ikke var sysselsatt enn blant dem som var det. Overvekt var mest utbredt blant sysselsatte menn, men var ikke relatert til sysselsetting blant kvinner. Røyking var mest utbredt blant sysselsatte kvinner, mens andelen røykere var høyest blant ikke sysselsatte menn. Høyest andel fysisk aktive kvinner fant vi blant de sysselsatte.

Det var lavere andel som rapporterte god helse blant dem som ble fysisk eller psykisk slitne av arbeidet, enn blant dem som ikke ble det. Det å bli fysisk sliten av arbeidet ga også høyere odds for rygg- og nakkeplager. Arbeidstid hadde ingen sammenheng med sjansen for rygg- og nakkeplager. De som jobbet mer eller mindre enn fulltid, hadde høyere sjanse for psykiske plager enn de som jobbet fulltid.

20. Oppsummering

Vi har i denne rapporten sett på helse blant innvandrere i Norge, og sammenhenger mellom helse og sosiodemografiske og migrasjonsrelaterte variabler. Undersøkelsen omfattet innvandrere fra 12 ulike land. Innvandrere med vestlig bakgrunn og små innvandrergupper var ikke inkludert. Undersøkelsen er derfor ikke representativ for innvandrere i Norge som helhet. Likevel gir det oss et innblikk i hvordan det står til med helsen, og hvordan helse henger sammen med andre faktorer, i de inkluderte gruppene.

Det var **stor variasjon i helse mellom innvandrere fra ulike land**. Noen grupper hadde mer, og andre mindre, helseutfordringer enn befolkningen for øvrig. Innvandrere fra Eritrea, Somalia og Polen skilte seg ut med en høy andel med god egenvurdert helse, og en lav andel som rapporterte helseutfordringer. Innvandrere fra Kosovo hadde en høy andel med hjerte- og karsykdom samt risikofaktorer for dette. Innvandrere fra Iran hadde en høy andel med psykiske problemer og søvnvansker, mens de fra Tyrkia, Pakistan, Sri Lanka og Irak hadde en høy andel med flere ulike helseutfordringer.

Resultatene i rapporten støtter delvis tidligere forskning som viser at helse blant innvandrere, blir dårligere med lengre **botid** i Norge. Lengre botid i Norge var assosiert med flere helseutfordringer, men med betydelige kjønnsforskjeller. Hvis vi sammenligner kun innvandrere som har bodd 2-3 år i Norge med befolkningen for øvrig, var helsen blant innvandrerne stort sett like god som eller bedre enn i befolkningen for øvrig (Vedlegg 2).

Andelen som var **fysisk aktive**, var lavere blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig, men var høyest blant dem som hadde bodd lenge i Norge og blant dem som kom til Norge i ung alder. I de fleste innvandrergupper var andelen kvinner som drakk **alkohol** og **røykte**, lav, men igjen var andelen høyere blant dem med lengre botid og blant dem som innvandret til Norge i ung alder. Det ser altså ut til at de som har levd store deler av livet i Norge, har en helseatferd som ligner mer på befolkningen for øvrig, at endringene som har skjedd, er både fordelaktige og ufordelaktige. At helse forverres med tid i Norge, tyder likevel på at summen av endringene i livsstil (flere enn vi ser på her) som skjer i et nytt land, er med på å bidra til en dårligere helse over tid. Blant menn fra Vietnam, Tyrkia, Kosovo og Polen var andelen røykere dobbelt så høy som blant menn i befolkningen for øvrig. Det var en betydelig andel som drakk alkohol i de fleste innvandrergupper.

Overvekt og fedme er en risikofaktor for en rekke helseplager. Andelen med overvekt og fedme blant innvandrere totalt var ikke veldig forskjellig fra i befolkningen for øvrig, men det var store forskjeller mellom grupper. Det var en lav andel med overvekt blant kvinner fra Vietnam og Eritrea, mens det var en høy andel med overvekt blant kvinner fra Pakistan, Tyrkia, Irak og Somalia. Menn fra Somalia hadde derimot en lav andel med overvekt. Menn fra Tyrkia, Pakistan, Polen, Bosnia-Hercegovina og Kosovo hadde en høy andel med overvekt. Den høyeste andelen overvekt var blant dem som var eller hadde vært gift.

Sammenhengen mellom **alder** og dårlig helse var sterkere blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig for mange av helseindikatorene. Det tyder på at helsen forverres raskere med alder blant innvandrere enn andre.

Vi så en utdanningsgradient i helse blant innvandrere, men helse varierte ikke med **utdanning** i like stor grad blant innvandrere som i befolkningen for øvrig. Dette er ikke uventet, da utdanning i denne gruppen ofte ikke korresponderer like bra med nåværende sosial status og arbeidssituasjon som i befolkningen for øvrig. Mange innvandrere opplever at utdanningen de har fra hjemlandet, ikke umiddelbart kan brukes i Norge, på grunn av manglende papirer, at utdanningen ikke godkjennes i Norge, ulike systemer og utfordringer med språk. Videre kan det

være forskjeller mellom innvandrere og befolkningen for øvrig i betydningen av faktorer som påvirker både utdanning og helse. Forskjeller i helse mellom innvandrere og befolkningen for øvrig kunne generelt ikke forklares av ulikheter i utdanning og inntekt.

Høyere **husholdningsinntekt** var relatert til god egenvurdert helse, og også lavere odds for diabetes, høyt blodtrykk, psykiske plager og søvnproblemer. Menn med høy husholdningsinntekt hadde også lavere andel med rygg- og nakkeproblemer og nedsatt funksjonsevne enn andre. **Sysselsetting** var assosiert med bedre helse, både egenvurdert helse og alle de ulike helseindikatorne, blant innvandrere og i befolkningen for øvrig, og blant både kvinner og menn. En sammenheng mellom sysselsetting og helse var som forventet fordi det er en seleksjonseffekt inn i arbeidslivet, ved at de med bedre helse både får seg arbeid og kan bli i arbeidslivet. Videre kan det å være i jobb føre til bedre helse. At det ser ut til å være en noe svakere sammenheng mellom sysselsetting og noen helseindikatorer blant innvandrerkvinner enn blant kvinner i befolkningen for øvrig, kan henge sammen med at det er flere og andre barrierer enn dårlig helse som er viktige for innvandrerkvinner når det gjelder å komme inn i arbeidslivet, for eksempel språk og diskriminering. Blant dem som var i arbeid, var det å bli fysisk sliten av jobben assosiert med dårligere egenvurdert helse og rygg- og nakkeplager. Det å bli psykisk sliten av arbeidet, derimot, var kun relatert til dårligere egenvurdert helse.

Vi fant en sammenheng mellom **norskkunnskaper** og flere av helseindikatorne. Men når vi tok hensyn til forskjeller i alder, utdanning og inntekt mellom grupper, var det svakere sammenheng mellom gode norskkunnskaper og helse. En kan tenke seg at de som sliter med språket, spesielt etter lang botid i Norge, også kan ha en rekke andre utfordringer som er av betydning for helse.

Andelen med psykiske helseplager var høyere blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig. Gruppene som var mest plaget av psykiske problemer, var kvinner fra Tyrkia og Iran, og menn fra Iran og Irak. Innvandrere fra Polen hadde dobbelt så høy andel med psykiske plager som befolkningen for øvrig. Andelen med psykiske plager var lav blant innvandrere fra afrikanske land. Det å rapportere å ha opplevd **diskriminering** var relatert til **psykiske helseplager**. Grupper med høy andel som hadde opplevd diskriminering, hadde også en høy andel med psykiske plager. Her skilte innvandrere fra Eritrea, Somalia og Polen seg ut ved at vi blant dem fant en høy andel som hadde opplevd diskriminering, men en lav andel med psykiske plager. Alle disse gruppene har kort gjennomsnittlig botid i Norge. Hva som gjør at diskriminering ser ut til å være mindre relatert til psykiske plager i disse gruppene, trengs det videre studier for å finne ut av. Sammenhengen mellom diskriminering og psykiske plager ble sterkere jo flere ulike arenaer man hadde opplevd diskriminering på. Følelse av tilhørighet og generell tillit til andre modifiserte virkningen av diskriminering noe. Det er mulig at opplevd diskriminering på grunn av innvandrerbakgrunn kan forklare noe av forskjellen i andelen med psykiske plager blant innvandrere og i befolkningen for øvrig.

Både fysiske og sosiale omgivelser samvarierte med innvandreres helse. Utdanning og inntekt var relatert til helse, om enn i noe mindre grad enn i befolkningen for øvrig. Forskjeller i helse mellom innvandrere og befolkningen for øvrig kunne dels, men ikke helt, forklares av forskjeller i alder, utdanning og inntekt. Migrasjon representerer store forandringer i en persons liv, noe som også vil påvirke helse. I denne rapporten var migrasjonsrelaterte faktorer, ikke minst botid, relatert til helse blant innvandrere. Både variabler knyttet til sosioøkonomi og variabler knyttet til migrasjon bør være med i fremtidige studier på helse blant innvandrere (46, 47). Videre forskning er nødvendig for å få en bedre forståelse av hva som gjør at innvandrere fra afrikanske land har en bemerkelsesverdig lav andel med psykiske plager, og det til tross for en høy andel som opplever å bli diskriminert. Den høye andelen søvnproblemer blant innvandrere er også et viktig tema for videre forskning. Videre er forskning også nødvendig for å se på oppfatning av

fysisk aktivitet blant innvandrerkvinner fra ulike grupper, og hvordan fysisk aktivitet henger sammen med helse blant disse kvinnene.

Referanser

1. Vrålstad S & Wiggen KS (2017). *Levekår blant innvandrere i Norge 2016* (No. 2017/13). Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
2. Isungset M & Skretting Lunde E (2017). *Levekårsundersøkelsen om helse 2015 - Dokumentasjonsrapport* (Notater 2017/09). Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
3. Galobardes B, Lynch J, Smith GD (2007). Measuring socioeconomic position in health research. *Br Med Bull* 81-81, 21-37.
4. Bang Nes R & Clench-Aas J (2011). *Psykisk helse i Norge* (No. 2011:2). Oslo: Folkehelseinstituttet.
5. Reneflot A, Aarø LE, Aase H, Reichborn-Kjennerud T, Tambs K & Øverland S (2018). *Psykisk helse i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
6. Hermansen AS (2016). Moving Up or Failing Behind? Intergenerational Socioeconomic Transition among Children of Immigrants in Norway. *European Sociological Review* 32(5), 685-689.
7. Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region. No public health without refugee and migrant health. Denmark: World Health Organization 2018.
8. Dalgard OS & Thapa SB (2007). Immigration, social integration and mental health in Norway, with focus on gender differences. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 3(1), 24.
9. Lien L (2006). Does length of stay in Norway influence the mental health status of adolescent immigrants? Results from the young part of the Oslo Health Study. *Norsk Tidsskrift for Migrasjonsforskning* 2, 14-30.
10. Blom S (2010). *Sosiale forskjeller i innvandreres helse - Funn fra undersøkelsen Levekår blant innvandrere 2005/2006* (No. Rapporter 2010/47). Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
11. Blom S (2008). *Innvandreres helse 2005/2006* (No. 2008/35). Oslo-Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå.
12. Stabell Wiggen S (2017). Om presentasjonen av resultatene. I: S Vrålstad & K Stabell Wiggen (Eds.), *Levekår blant innvandrere i Norge 2016* (Vol. 2017/13). Oslo-Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå.
13. Statistisk Sentralbyrå. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre. <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef/aar/2018-03-05> (Besøkt 03.05 2018).
14. Idler EL, Benyamini Y (1997). Self rated health and mortality. A review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behaviour* 38: 21-37.
15. Blom S (2017). Helse. I: S Vrålstad & K Stabell Wiggen (Eds.), *Levekår blant innvandrere i Norge 2016* (Vol. 2017/13). Oslo-Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå
16. Diaz E & Kumar BN (2014). Differential utilization of primary health care services among older immigrants and Norwegians: a register-based comparative study in Norway. *BMC Health Services Research* 14, 623.
17. American Diabetes Association (2018). Prevention and Delay of Type 2 Diabetes. Standards of Medical Care in Diabetes 2018. *Diabetes Care* 41(Suppl 1), S51-S54. doi: 10.2337/dc18-S005.
18. International Diabetes Federation. *Diabetes Atlas, 8th Edition* (2017). <http://www.diabetesatlas.org/> (Besøkt 06.03.2019)
19. Kumar B, Grøtvedt L, Meyer HE, Søgaard AJ & Strand BH (2008). *The Oslo Immigrant Health Profile* (No. 2008:7). Oslo: Folkehelseinstituttet.
20. Jennum AK, Diep LM, Holmboe-Ottesen G, Holme IMK, Kumar BN & Birkeland KI (2012). Diabetes susceptibility in ethnic minority groups from Turkey, Vietnam, Sri

- Lanka and Pakistan compared with Norwegians - the association with adiposity is strongest for ethnic minority women. *BMC Public Health* 12, 150.
21. Rabanal KS, Lindman AS, Selmer RM & Aamodt G (2013). Ethnic differences in risk factors and total risk of cardiovascular disease based on the Norwegian CONOR study. *European Journal of Preventive Cardiology* 20, 1013–1021.
 22. Rabanal KS, Selmer RM, Igland J, Tell GS & Meyer HE (2015). Ethnic inequalities in acute myocardial infarction and stroke rates in Norway 1994-2009: a nationwide cohort study (CVDNOR). *BMC Public Health* 15, 1073.
 23. Folkehelseinstituttet (2018). *Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge* (Folkehelse rapporten). Oslo: Folkehelseinstituttet
 24. Revold, M. K. (2017). Arbeid og arbeidsmiljø. In S. Vrålstad & K. S. Wiggen (Eds.), *Levekår blant innvandrere i Norge 2016* (Vol. 2017/13, pp. 29–33). Oslo-Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå.
 25. French S (2009). *The association between musculoskeletal pain and psychological distress among five immigrant groups: results of a cross-sectional study in Oslo, Norway* (Masters thesis). University of Oslo.
 26. Lærum E, Brage S, Ihlebæk C, Johnsen K, Natvig B & Aas E (2013). *Et muskel- og skjelettrengskap: forekomst og kostnader knyttet til skader, sykdommer og plager i muskel- og skjelettsystemet: MST-rapport 1/2013*. Oslo: Muskel og Skjelett Tiåret.
 27. Tynes T, Sterud T, Johannssen H, Gravseth HM, Løvseth E, Alfonso JH & Aasnæss S (2015). *Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2015: status og utviklingstrekk* (Oslo No. 16/3). Oslo: STAMI.
 28. Norsk Helseinformatikk. Psykiske helseproblemer. <https://nhi.no/symptomer/psyke-og-sinn/psykiske-helseproblemer/>. (Besøkt 07.08.2019)
 29. Strand BH, Dalgard OS, Tambs K & Rognerud M (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic Journal of Psychiatry* 57(2), 113–118.
 30. World Health Organization (2018). Fact Sheet on Obesity. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (Besøkt 07.08.2019)
 31. Nyholm M, Gullberg B, Merlo J, Lundqvist-Persson C, Råstam L & Lindblad U (2007). The Validity of Obesity Based on Self-reported Weight and Height: Implications for Population Studies. *Obesity* 15(1), 197–197.
 32. Rossow I & Amundsen E J (2018). Alkohol, narkotika og folkehelse. Folkehelseinstituttet. <http://www.fhi.no/hn/helse/alkohol-og-narkotika/> (Besøkt 06.03.2019)
 33. Amundsen EJ (2012). Low level of alcohol drinking among two generations of non-Western immigrants in Oslo: a multi-ethnic comparison. *BMC Public Health* 12, 535.
 34. World Health Organization (2018). Fact Sheet on Physical activity. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity> (Besøkt 07.08.2019)
 35. Holt-Lunstad J, Smith TB & Layton JB (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLOS Medicine* 7(7), e1000316.
 36. Reblin M & Uchino BN (2008). Social and Emotional Support and its Implication for Health. *Current Opinion in Psychiatry* 21(2), 201–205.
 37. Mykletun A, Overland S, Aarø LE, Liabø HM & Stewart R (2008). Smoking in relation to anxiety and depression: evidence from a large population survey: the HUNT study. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists* 23(2), 77–84.
 38. Chandalia M, Lin P, Seenivasan T, Livingston EH, Snell PG, Grundby SM, Abate N (2007). Insulin resistance and body fat distribution in South Asian men compared to Caucasian men. *PLoS ONE* 2007, 2:e812.

39. Andriessen I, Fernee H & Wittebrood K (2014). *Perceived discrimination in the Netherlands*. The Hague: The Netherlands Institute for Social Research.
<https://www.narcis.nl/publication/RecordID/oai:scp.nl:7167d39f-e2f9-4242-8a22-91f43433b93b> (Besøkt 06.03.2019)
40. Schmidt MT, Branscombe NR, Postmes T, Garcia A (2014). The consequences of perceived discrimination for psychological well-being: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 140 (4), 921-948.
41. Williams DR, Mohammed SA (2009). Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *Journal of Behavioral Medicine*, 32(1), 20.
<https://doi.org/10.1007/s10865-008-9185-0>
42. Schunck R, Reiss K & Razum O (2015). Pathways between perceived discrimination and health among immigrants: evidence from a large national panel survey in Germany. *Ethnicity & Health*, 20(5), 493-510.
43. Sellers, R. M., & Shelton, J. N. (2003). The role of racial identity in perceived racial discrimination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(5), 1079-1092.
44. Wallace S, Nazroo J & Bécarea L (2016). Cumulative Effect of Racial Discrimination on the Mental Health of Ethnic Minorities in the United Kingdom. *American Journal of Public Health*, 106(7), 1294-1300.
45. Yoon E, Chang C-T, Kim S, Clawson A, Cleary SE, Hansen, M Gomes AM (2013). A meta-analysis of acculturation/enculturation and mental health. *Journal of Counseling Psychology*, 60(1), 15-30.
46. Dahl E, van der Wel K & Harsløf I (2010). *Arbeid, helse og sosial ulikhet*. Oslo: Helsedirektoratet.
47. Ibrahimu A et al, on behalf of the Lancet commission on Migration and Health (2018). The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *Lancet*, 392, 2606-54.

Vedlegg

Vedlegg 1. Oddsrate og 95 prosent konfidensintervaller for psykiske plager etter opplevd diskriminering, sosial støtte, tilhørighet og tillit.

	Modell 1 ¹	Modell 2 ²
Opplevd diskriminering		
Nei	1	1
Ja	2,49 (2,04-3,04)	2,17 (1,77-2,67)
Sosial støtte		
Har sosial støtte		0,57 (0,45-0,73)
Har ikke sosial støtte		1
Tilhørighet		
Sterk tilhørighet til Norge og opprinnelsesland		1
Sterk tilhørighet til Norge		1,25 (0,99-1,57)
Sterk tilhørighet til opprinnelsesland		1,33 (0,98-1,82)
Lav tilhørighet til begge land		1,78 (1,19-2,66)
Tillit til andre		
Høy		1
Middels		1,27 (0,97-1,65)
Lav		2,97 (2,22-3,99)

¹Justert for kjønn, aldersgruppe, utdanning, inntekt og landbakgrunn; ²Modell 1 + sosial støtte, tilhørighet og tillit til andre.

*Analyser inkluderer 4063 deltakere som hadde verdier for alle variabler

Vedlegg 2. Andel (%) med ulike helseindikatorer, befolkningen for øvrig, innvandrere i alt og kun innvandrere med botid 2-3 år (16% av innvandrermenn, 14% av innvandrerkvinner). Ujustert

	Befolkningen for øvrig	Innvandrere i alt	Innvandrere med botid 2- 3år
<i>Kvinner</i>			
Egenvurdert helse	81,2	68,0*	74,5*
Diabetes	2,3	4,5*	1,8
Hjerte- kar	1,4	2,9*	4,0*
Hypertensjon	7,8	7,3	3,2*
Rygg-nakke	20,0	25,7*	14,7*
Nedsatt funksjonsevne	5,6	9,1*	4,0
Psykiske plager	5,9	15,9*	11,2*
Søvnproblemer	10,1	16,1*	10,1
Overvekt	38,4	44,5*	38,5
<i>Menn</i>			
Egenvurdert helse	83,1	74,8*	87,5*
Diabetes	3,5	5,9*	1,4*
Hjerte- kar	2,5	4,4*	0,8*
Hypertensjon	10,0	7,1*	1,6*
Rygg-nakke	15,6	20,9*	10,4*
Nedsatt funksjonsevne	4,8	8,0*	3,0
Psykiske plager	3,1	10,8*	10,9*
Søvnproblemer	5,6	11,3*	7,9
Overvekt	57,6	59,7	42,7*

*Forskjellig fra befolkningen for øvrig, p<0.05

Utgitt av Folkehelseinstituttet
September 2019
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403 Oslo
Telefon: 21 07 70 00
Rapporten kan lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider www.fhi.no