

Dårligere helse blant innvandrerne

I levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2005/2006 framstår innvandrere som sykere enn befolkningen sett under ett. En lavere andel blant innvandrerne vurderer helsen sin som god eller meget god. En større andel betrakter helseproblemene som alvorlige, og de rapporterer mer psykiske problemer enn befolkningen som helhet. Kvinnene rammes hardere enn menn, og helsen svekkes relativt mer med alderen blant innvandrerne. Innvandrere med gode sosiale og materielle ressurser er imidlertid mindre utsatt for helseproblemer.

I den nyeste levekårsundersøkelsen blant innvandrere fra Statistisk sentralbyrå (se tekstboks) blir intervjupersonene bedt om å vurdere sin helsetilstand. Er den god eller dårlig, eller kanskje noe midt imellom? 66 prosent av innvandrerne svarer at helsen er god eller meget god, mens andelen i hele befolkningen som svarer det samme, er 87 prosent. Tidligere studier har vist at dette enkle spørsmålet om egenvurdert helse er en treffsikker helseindikator. Det har vist seg velegnet både til å forutsi dødelighet (Idler og Benyamini 1997) og uførepensjonering (Holthe, Krokstad og Magnus 2000). Sammen med fire andre helseindikatorer som presenteres i denne artikkelen, vil spørsmålet bli benyttet til å forme en generell helseindeks.

Likhet i antall sykdommer

I levekårsundersøkelsen blant innvandrere var det også med et spørsmål som siktet mot å kartlegge hvilke somatiske («kroppslige») sykdommer innvandrerne hadde. Navnet på 16 forskjellige sykdommer eller diagnoser ble lest opp for intervjupersonene, og for hver enkelt av dem ble de bedt om å angi om de hadde eller hadde hatt sykdommen. En liknende framgangsmåte ble benyttet i den ordinære levekårsundersøkelsen i 2002. Vi har således resultater å sammenlikne med for 15 av de 16 diagnosene som ble presentert for innvandrerne i 2005-2006. Fordelen ved denne måten å spørre om sykdom-

Levekår blant innvandrere 2005/2006

I undersøkelsen [Levekår blant innvandrere 2005/2006](#) er innvandrere og deres norskfødte barn fra ti landgrupper intervjuet om levekårstemaer, deriblant helse. Intervjupersonene hadde bakgrunn fra Bosnia-Hercegovina, Serbia-Montenegro, Tyrkia, Irak, Iran, Pakistan, Vietnam, Sri Lanka, Somalia og Chile, var i alderen 16-70 år og hadde bodd i Norge minst to år. Intervjuene fant sted på innvandrernes morsmål dersom intervjupersonene ønsket det. Svarprosenten var 64,2 etter at fraflytete og døde var trukket fra.

For enkelhets skyld betegnes alle respondentene her som innvandrere, selv om 9 prosent av nettoutvalget er norskfødte med to utenlandsfødte foreldre. For spørreskjema og informasjon om gjennomføringen av undersøkelsen, se [Gulløy \(2008\)](#). Resultater for landgruppene samlet er veid slik at de største landgruppene i befolkningen påvirker tallene mer enn de minste gruppene. For en gjennomgang av resultatene fra undersøkelsen, se [Blom og Henriksen \(2008\)](#) og [Blom \(2008\)](#).

Data fra *Levekårsundersøkelsen 2002* (tverrsnitt) presenteres for hele befolkningen (inkludert innvandrere) for sammenlikningens skyld. Svarprosenten var her på 70,4 ([Hougen og Gløbøden 2004](#)). Dataene er veid slik at fordelingen etter alder, bosted og kjønn er den samme for *hele befolkningen* som for de ti innvandrergruppene samlet.

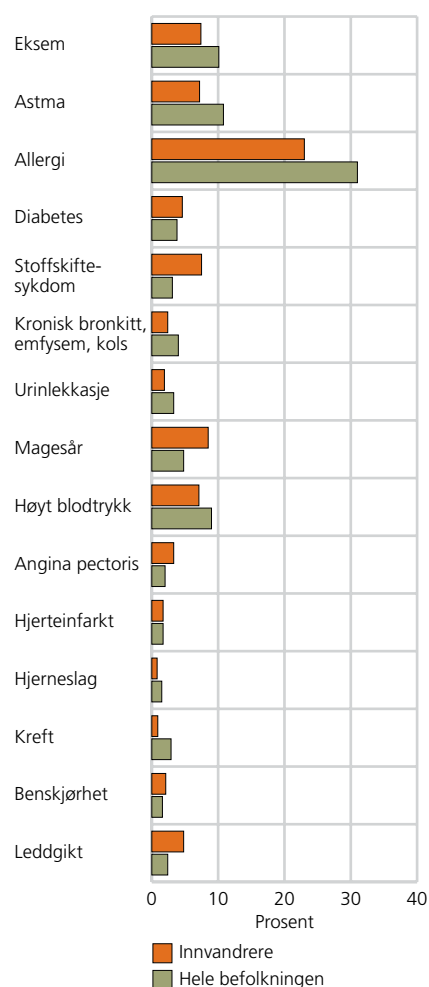
Svein Blom

Artikkelen bygger på Rapporter 47/2010, Statistisk sentralbyrå, *Sosiale forskjeller i innvandreres helse*, som ble publisert i 2010 (Blom 2010).



Svein Blom er sosiolog og forsker i Statistisk sentralbyrå, Gruppe for demografi og levekår. (svein.blom@ssb.no)

Figur 1. **Andel som har eller har hatt forskjellige oppgitte sykdommer. Innvandrere¹ (2005-2006) og hele befolkningen (2002). Prosent**



¹ Ti landgrupper. 9 prosent av utvalget er norskfødte med innvandrerforeldre.

Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006 og Levekårsundersøkelsen 2002, Statistisk sentralbyrå.

mer på er at den er fast strukturert og enkel å forholde seg til. Ulempen er selvfølgelig at vi ikke får vite om andre sykdommer enn dem vi spør om.

Resultatet av kartleggingen ble at innvandrere og hele befolkningen framstår som ganske likestilte med hensyn til somatisk sykdom. 48 prosent av innvandrerne rapporterer å ha eller ha hatt minst én av de 15 oppgitte sykdommene, mens det samme gjelder 49 prosent av hele befolkningen. Antall sykdommer per person (medregnet dem som ikke rapporterer om sykdom) er 0,8 i gjennomsnitt blant innvandrerne og 0,9 i hele befolkningen.

Figur 1 viser hvilke sykdommer det ble spurt om og hvor stor del av innvandrerne og hele befolkningen som nevnte den enkelte sykdom. Diabetes, stoffskiftesykdom, magesår, angina (hjertekramper), benskjørhet og leddgikt er mest utbredt blant innvandrerne, mens eksem, astma, allergi, kols, urinlekkasje, høyt blodtrykk og kreft forekommer hyppigst i befolkningen.

Unge innvandrere rapporterer mindre somatisk sykdom enn unge i hele befolkningen, mens forholdet er omvendt i høyere aldre. Med utgangspunkt i en firedeling av alder er andelen som oppgir minst én sykdom, henholdsvis 37 og 40 prosent blant innvandrere i de to yngste aldersgruppene (16-24 og 25-39 år), mot 45 og 46 prosent i hele befolkningen. I de to eldste aldersgruppene (40-54 og 55-70 år) er andelen med minst én sykdom henholdsvis 57 og 78 prosent blant innvandrerne og 49 og 66 prosent i befolkningen.

Åpent spørsmål om varige sykdommer

I levekårsundersøkelsen blant innvandrere som SSB gjennomførte i 1996 ([Blom og Ramm 1997](#) og [Blom 1998](#)) kartla vi innvandrernes helse ved hjelp av et «åpent» spørsmål der respondentene ble bedt om å liste opp eventuelle varige sykdommer, skader eller funksjonshemninger som de led av. Deretter ble det vist fram et kort med flere titalls sykdomsdiagnoser for eventuelt å hjelpe på hukommelsen. 38 prosent av innvandrerne oppgav å ha minst én varig sykdom, skade eller funksjonshemning, mens tilsvarende andel blant personer uten innvandrerbakgrunn var 48 prosent.

Dette spørsmålet utgjorde den gang hovedspørsmålet i kartleggingen av helse, og vi konkluderte med at innvandrerne framstod som friskere enn ikke-innvandrerne. Etter alder var både de yngste (16-24 år) og den midterste aldersgruppen (25-44 år) blant innvandrerne mer uberørt av sykdom enn tilsvarende grupper uten innvandrerbakgrunn, men dette gjaldt ikke de eldste. Blant de eldste (45-66 år) var andelen som meldte om sykdom, høyest blant innvandrerne.

Da Levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2005/2006 ble planlagt, fant vi å ville gjennomføre kartleggingen av somatisk sykdom på en annen måte enn i 1996. Blant annet var vi kritiske til framgangsmåten med å vise fram kortet med navn på så mange sykdommer overfor personer med begrensede eller manglende leseferdigheter. Det viste seg senere at utvalget som ble intervjuet, omfattet ikke rent få personer med liten eller ingen utdanning.

Sykdommenes virkning på hverdagen

Graden av «alvor» ved den enkelte sykdom vil kunne variere. Noen sykdommer reduserer bevegelsesfriheten, arbeidsførheten og livsutsiktene mer enn andre. Det kan også være forskjeller i hvordan samme sykdom rammer den enkelte. Noen vil ha større evne til å leve et «normalt liv» på tross av sykdom-

men. Alle som oppgav at helsen var dårligere enn meget god eller god (34 prosent av utvalget), fikk derfor et spørsmål om i hvilken grad problemer med helsen påvirker «hverdagen». Av dem som fikk spørsmålet, svarte 44 prosent at helseproblemene påvirker hverdagen «i høy grad». Dette tilsvarer 15 prosent av alle innvandrerne i 2005/2006-undersøkelsen.

Et liknende spørsmål om sykdommenes «alvor» ble stilt i den ordinære Levekårsundersøkelsen 2002 til alle i befolkningen som på et åpent spørsmål oppgav å ha minst én sykdom (51 prosent av utvalget). Her svarte 17 prosent av dem som fikk spørsmålet, at sykdommen påvirket hverdagen i «høy grad». Dette tilsvarer 9 prosent av befolkningen.

Samme tendens ble observert i innvandrerundersøkelsen fra 1996. 33 prosent av innvandrerne betraktet den gang sykdommen(e) de hadde opplyst om, som i høy grad begrensende for arbeidsevnen, mens det samme gjaldt 13 prosent av ikke-innvandrerne.

Større psykiske problemer blant innvandrere

Den fjerde helseindikatoren tok utgangspunkt i en liste med åtte forskjellige plager av dels psykisk, dels kroppslig, art. Intervjupersonene ble bedt om å angi om de hadde hatt noen av disse plagene i løpet av de siste tre månedene. På den ene side var det snakk om psykisk pregede plager som konsentrasjonsvansker, søvnproblemer, irritabilitet og aggressivitet – på den annen side mer fysiske ubehag som smerter i kroppen, migrene, fordøyelsesbesvær og hoste.

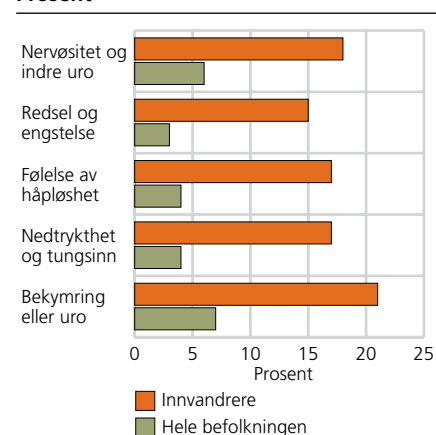
Undersøkelsene viste at 71 prosent av innvandrerne oppgav å ha hatt minst én av de nevnte plagene i løpet av de siste tre månedene, mot 49 prosent av hele befolkningen. Opphopingen av flere plager var også større blant innvandrerne; 23 prosent rapporterte fire eller flere plager, mot 10 prosent i befolkningen.

Den femte og siste indikatoren presenterte fem forskjellige utsagn om psykisk helse av typen engstelse eller depresjon, og intervjupersonene ble bedt om å oppgi i hvilken grad de hadde vært plaget av noen av disse tilstandene i løpet av de siste fjorten dagene. Skalaen er kjent under betegnelsen Hopkins Symptoms Checklist-5 (Strand mfl. 2003). Svaralternativene omfatter fire forskjellige grader av å være plaget fra «svært plaget» til «ikke plaget».

Figur 2 viser at vel 15 prosent av innvandrerne hadde vært svært eller ganske plaget av de beskrevne tilstandene i løpet av de siste 14 dagene, mot rundt 5 prosent av befolkningen som helhet. Bekymring eller uro var den tilstanden som flest innvandrere gjenkjente.

Det beregnes en gjennomsnittsverdi per person for utsagnene samlet, etter tallet på plager og graden av ubehag. Skårer over en viss terskelverdi indikerer at personen har symptomer på psykiske helseproblemer. Andelen som faller i denne gruppen, er 27

Figur 2. Andel svært eller ganske plaget i løpet av de siste 14 dagene. Innvandrere¹ (2005-2006) og hele befolkningen (2002). Prosent

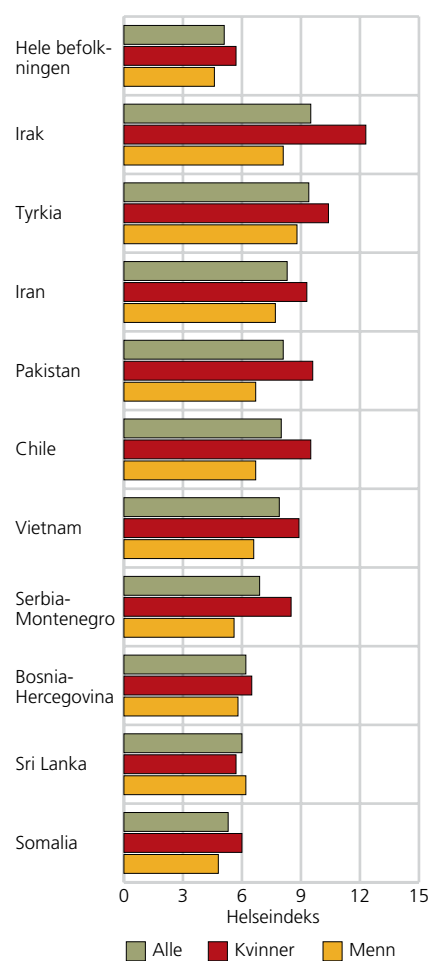


¹ Ti landgrupper. 9 prosent av utvalget er norskfødte med innvandrerforeldre.

Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006 og Levekårsundersøkelsen 2002, Statistisk sentralbyrå.



Figur 3. Dårlig helse, etter landbakgrunn og kjønn. Aldersstandardisert gjennomsnitt på additiv helseindeks. Innvandrere¹ (2005-2006) og hele befolkningen (2002)



¹ 9 prosent av utvalget er norskfødte med innvandrerforeldre.
Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006, Statistisk sentralbyrå.

prosent blant innvandrerne og 9 prosent i befolkningen. Også undersøkelsen i 1996 inneholdt noen utsagn egnet til å fange opp indikasjoner på psykiske problemer. Der fant vi òg at tilbøyeligheten til å rapportere psykiske problemer var om lag tre ganger så stor blant innvandrerne som i befolkningen for øvrig.

Helseforskjeller mellom landgruppene

Vi har således fem indikatorer som hver for seg sier noe om innvandrernes og befolkningens helse. Det viser seg å være stor sammenheng mellom indikatorene innbyrdes innenfor hver av populasjonene, og det er derfor legitimt å summere dem til en felles sykdomsindeks. Indeksen løper fra 0 til 26 poeng i hvert av utvalgene (vist kun opp til 15 poeng i figur 3) og har et gjennomsnitt på 7,6 blant innvandrere og 5,1 i befolkningen. Jo høyere verdier, desto dårligere er helsen.

Figur 3 viser helsen til de enkelte landgruppene blant innvandrere og hele befolkningen slik den avtegner seg på helseindeksen. For hver landgruppe presenteres resultatene for kjønnene samlet og hver for seg. Virkningen av at noen innvandrergrupper i utgangspunktet er yngre enn andre og dermed antatt friskere, er her eliminert.

Innvandrere med bakgrunn fra *Irak* og *Tyrkia* er de to landgruppene med størst helseproblemer. Irakerne har kortest botid i vårt materiale og er hovedsakelig kommet som flyktninger og familieinnvandrere, mens tyrkiske innvandrere har bakgrunn både som arbeidsinnvandrere, familieinnvandrere og flyktninger (kurdere). På plassene etter Irak og Tyrkia følger innvandrere fra Iran, Pakistan og Chile. Minst sykkelighet rapporteres av innvandrere fra Somalia, Sri Lanka og Bosnia-Hercegovina i tillegg til befolkningen som helhet.

Kvinner sykere enn menn

Menn rapporterer gjennomgående mindre helseproblemer enn kvinner (se figur 3). Innvandrere med bakgrunn fra Sri Lanka (de fleste tamiler) utgjør imidlertid et unntak idet kvinner fra dette landet rapporterer omtrent samme eller bedre helse enn srilankiske menn.

Kjønnsforskjellen i helse er for øvrig størst blant innvandrere fra Irak. Blant menn er det innvandrere fra Tyrkia som har dårligst helse. Derneft følger menn fra Irak og Iran. Blant kvinner er det innvandrere fra Irak som har dårligst helse, etterfulgt av kvinner fra Tyrkia, Pakistan og Chile. Menn fra Somalia og kvinner fra Sri Lanka framstår som de friskeste. Srilankiske kvinner er helsemessig på nivå med kvinner i hele befolkningen.

Alder betyr mer blant innvandrere

Helsetilstanden blir selvfølgelig dårligere med årene. Helsen svekkes imidlertid langt mer med alderen blant innvandrere enn i hele befolkningen (se figur 4). Blant menn i befolkningen øker forekomsten av erkjente helseproblemer først ved overgangen fra aldersgruppen 40-54 år til aldersgruppen 55-70 år. Blant kvinner i befolkningen øker helseproblemen gjennom hele aldersforløpet, men ikke særlig sterkt.

Menn og kvinner i befolkningen og innvandrerne er omtrent like friske i den yngste aldersgruppen (16-24 år). Innvandrerens helseproblemer øker siden markert med økende alder, mens innvandrerkvinner har en enda brattere stigning i omfanget av helseproblemer. Innvandrerkvinner rapporterer

litt dårligere helse enn de øvrige gruppene allerede i ung alder og ender på et langt høyere nivå enn innvandrer menn i eldste aldersgruppe (se figur 4).

Sosioøkonomiske forskjeller i innvandrerhelse

Et stort tema i den epidemiologiske (samfunnsmedisinske) litteraturen er i hvilken grad helsen varierer etter sosioøkonomiske skillelinjer som for eksempel utdanning og inntekt. Mange studier viser at slike forskjeller eksisterer (for en oversikt, se NOU 2009:10). Gjennomgående er det de mest ressurssterke gruppene som har den beste helsen (jf. Næss, Rognerud og Strand 2007).

Mulige årsaker til dette diskuteres, og forklaringene spriker (Elstad 2005, Sund og Krogstad 2005). På den ene side finnes de som tror at de høye posisjonene i den sosiale lagdelingen erobres av de friskeste individene, slik at det er helsetilstanden som påvirker hvilken sosial posisjon som nås. På den annen side står de som mener at det er godene eller ulempene forbundet med de sosiale posisjonene som påvirker helsen. Noen vektlegger også livsstilen som gjør seg gjeldende i de ulike sosiale lagene.

Vårt datamateriale gir ikke mulighet til å teste teoriene mot hverandre. I stedet kan vi undersøke om forskjeller i helse etter sosioøkonomiske egenskaper faktisk lar seg påvise blant innvandrerne. Vi finner at slike forskjeller eksisterer i rikt monn. Foruten kjønn, alder og landbakgrunn, som vi allerede har vist betydningen av, spiller intellektuelle eller kognitive ressurser en rolle. Med høyere utdanningsnivå og gode norskkunnskaper følger bedre helse. En liknende rolle spiller sosial kapital i form av venner og ekteskapelig samliv.

Materielle ressurser har også betydning

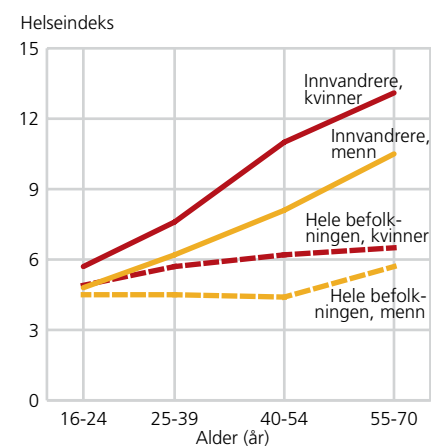
Materielle ressurser har, ikke uventet, også betydning. Personer som er sysselsatte, som har god økonomi og god boligstandard, rapporterer mindre helseplager. De som har opplevd diskriminering og vært utsatt for vold og trusler, gir på den annen side uttrykk for større helseproblemer. Det samme gjelder personer som røyker, er fete (kroppsmasseindeks ≥ 30) og som unnlater å mosjonere.

Disse sammenhengene framstår som statistisk utsagnskraftige i modeller med de nevnte forklaringsfaktorene som bakgrunnsvariabler, i tillegg til kjønn, alder og landbakgrunn. En slik modell forklarer 37 prosent av variasjonen i innvandrernes helse. Vi ser også en svak tendens til at personer med flyktningbakgrunn framstår som noe dårligere helsemessig enn personer med opphold på andre grunnlag. Sterk religiøsitet og preferanse for sosial omgang med egne landsmenn tenderer likeledes til å være assosiert med svakere helse.

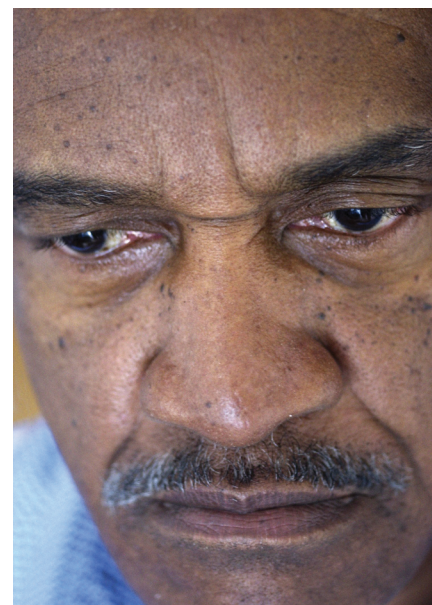
En annen norsk helseundersøkelse

Folkehelseinstituttet (2003a, 2003b) gjennomførte tidlig på 2000-tallet to epidemiologiske undersøkelser blant bosatte i Oslo, de såkalte HUBRO-undersøkelsene. En rapport fra disse undersøkelsene sammenlikner helsen til fem innvandrergrupper (født i Tyrkia, Iran, Pakistan, Sri Lanka og Vietnam) med helsen til norskfødte fra majoritetsbefolkningen (Kumar mfl. 2008). Rapporten viser at en mindre andel av innvandrerne karakteriserer sin helse som god eller meget god, og en større andel rapporterer kroniske sykdommer og symptomer på psykiske problemer enn hva som er tilfelle blant de norskfødte. Innvandrere er videre mindre fysisk aktive, men til gjengjeld mer restriktive i

Figur 4. Dårlig helse, etter kjønn og alder (16-70 år). Gjennomsnitt på additiv helseindeks. Innvandrere¹ (2005-2006) og hele befolkningen (2002)



¹ Ti landgrupper. 9 prosent av utvalget er norskfødte med innvandrerforeldre.
Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006 og Levekårsundersøkelsen 2002, Statistisk sentralbyrå.



Referanser

- Blom, S. (1998): *Levekår blant ikke-vestlige innvandrere i Norge*, Rapport 98/16, Statistisk sentralbyrå. http://www.ssb.no/emner/00/02/rapp_199816/
- Blom, S. (2008): *Innvandrerers helse 2005/2006*, Rapport 2008/35, Statistisk sentralbyrå. http://www.ssb.no/emner/00/02/rapp_200835/
- Blom, S. (2010): *Sosiale forskjeller i innvandrerers helse. Funn fra undersøkelsen Levekår blant innvandrere 2005/2006*, Rapport 47/2010, Statistisk sentralbyrå. http://www.ssb.no/emner/03/01/rapp_201047/
- Blom, S. og K. Henriksen red. (2008): *Levekår blant innvandrere i Norge 2005/2006*, Statistisk sentralbyrå. http://www.ssb.no/emner/00/02/rapp_200805/
- Blom, S. og J. Ramm (1998): Ikke-vestlige innvandrerers helse: Ikke flere syke, men når de først blir syke... *Samfunnsspeilet* 3/98, 12. årgang, s. 6-15. <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/9803/2.shtml>
- Bratsberg, B., K. Røed og O. Raaum (2011): *Yrkesdeltaking på lang sikt blant ulike innvandrergupper i Norge*, Rapport 1/2011, Frischsenteret. http://www.frisch.uio.no/pdf/rapp11_01.pdf
- Elstad, J. I. (2005): *Sosioøkonomiske ulikheter i helse - teorier og forklaringer*, Sosial- og helsedirektoratet, utgitt 07/2005, IS-1282. http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00004/IS-1282_4102a.pdf
- Folkehelseinstituttet (2003a): Helseprofil for Oslo - ungdom, voksne og eldre, Publisert på Internett 27.10.2003, oppdatert 29.1.2008, Separate rapporter for barn og unge, voksne og eldre. [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5670:0:15,1866:1:0:0:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,4386:1:0:0:::0:0)
- Folkehelseinstituttet (2003b): *Innvandrer-HUBRO (Helseundersøkelsen i Oslo 2002)*, Publisert på Internett 27.10.2003, oppdatert 31.5.2010. http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5670:0:15,1866:1:0:0:::0:0
- Gulløy, E. (2008): *Levekår blant innvandrere 2005/2006*, Notater 2008/5, Statistisk sentralbyrå. http://www.ssb.no/emner/00/90/notat_200805/notat_200805.pdf
- Holthe, H., Krokstad, S. og Magnus, P. (2000): *Årsaker til uførepensjonering*, Rapport 2000:5, Statens institutt for folkehelse. <http://www.fhi.no/dokumenter/917FF32ECC374C34AC962E10246480B2.pdf>
- Hougen, H. C. og M. A. Gløbøden (2004): *Samordnet levekårsundersøkelse 2002 - tverrsnittsundersøkelsen*. Dokumentasjonsrapport, Notater 2004/22, Statistisk sentralbyrå. http://www.ssb.no/emner/00/90/notat_200422/notat_200422.pdf
- Idler, E.L. og Y. Benyamini (1997): Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour* 1997, Vol. 38:21-37.
- Kumar, B. N. mfl. (2008): *The Oslo Immigrant Health Profile*, Folkehelseinstituttet, Rapport 2008:7. <http://www.fhi.no/dokumenter/920ab22ad5.pdf>
- NOU 2009:10 (2009): *Fordelingsutvalget*, Norges offentlige utredninger, Finansdepartementet. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/fin/dok/nouer/2009/nou-2009-10.html?id=558836>
- Næss, Ø., M. Rognerud og B.H. Strand red. (2007): *Sosial ulikhet i helse. En faktarapport*, Folkehelseinstituttet, Rapport 2007:1. <http://folk.uio.no/oyvindn/Egne%20artikler/sosial%20ulikhet%20i%20helse%20en%20faktarapport.pdf>
- Strand, B.H., O.S. Dalgard, K. Tambs og M. Rognerud (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*, Vol. 57, s. 113-118.
- Sund, E.R. og S. Krogstad (2005): *Sosiale ulikheter i Norge - en kunnskapsoversikt*, Sosial- og helsedirektoratet, utgitt 10/2005, IS-1304. http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00006/IS-1304_6242a.pdf

omgangen med alkohol. Dessverre var svarprosenten i de to undersøkelsene lav (46 og 40 prosent).

Forklarer redusert sysselsetting

Innvandrere fra de ti landene vi har utvalgt, evaluerer sin helse mindre positivt enn befolkningen under ett gjør. De betrakter sine helseproblemer som mer belastende i hverdagen enn befolkningen og rapporterer også mer psykiske vansker. Likevel er det gjennomsnittlige tallet på sykdommer som innvandrere og befolkningen rapporterer, ikke avgjørende forskjellig.

Sykeligheten øker sterkere med alderen blant innvandrere enn i hele befolkningen. Dette kan bidra til å forklare hvorfor sysselsettingen tenderer til å synke etter 10-15 års botid i Norge blant de største innvandrerguppene fra lavinntektsland som Tyrkia og Pakistan samtidig som andelen på uføretrygd eller rehabiliteringsytelser øker, slik en nylig utkommet rapport fra Frischsenteret viser (Bratsberg, Røed og Raaum 2011).

Forskjellen i helse mellom kvinner og menn er også større blant innvandrere enn i hele befolkningen, og forskjellen øker med alderen. Kvinnene rapporterer dårligst helse. Dertil er det markante helseforskjeller mellom innvandrerne etter landbakgrunn. I vårt materiale er det irakere og tyrkere som synes å ha størst helseproblemer, somaliere og srilankere minst.

Undersøkelsen Levekår blant innvandrere 2005/2006 viser også at innvandrerers helse varierer etter sosioøkonomiske faktorer. De mest ressurssterke – hva enten det gjelder kognitive, sosiale eller materielle ressurser – oppviser gjennomgående den beste helsen.