

*Svein Blom*

## **Sosiale forskjeller i innvandreres helse**

Funn fra undersøkelsen Levekår blant innvandrere  
2005/2006

---

*Rapporter* I denne serien publiseres analyser og kommenterte statistiske resultater fra ulike undersøkelser. Undersøkelser inkluderer både utvalgsundersøkelser, tellinger og registerbaserte undersøkelser.

© Statistisk sentralbyrå, november 2010 Ved bruk av materiale fra denne publikasjonen skal Statistisk sentralbyrå oppgis som kilde.	<b>Standardtegn i tabeller</b>	<b>Symbol</b>
ISBN 978-82-537-7967-6 Trykt versjon	Tall kan ikke forekomme	.
ISBN 978-82-537-7968-3 Elektronisk versjon	Oppgave mangler	..
ISSN 0806-2056	Oppgave mangler foreløpig	...
Emne: 03.01, 00.02	Tall kan ikke offentliggjøres	:
Trykk: Statistisk sentralbyrå	Null	-
	Mindre enn 0,5 av den brukte enheten	0
	Mindre enn 0,05 av den brukte enheten	0,0
	Foreløpig tall	*
	Brudd i den loddrette serien	—
	Brudd i den vannrette serien	
	Desimaltegn	,

## Forord

Rapporten belyser sosiale forskjeller i innvandreres helse basert på data fra undersøkelsen *Levekår blant innvandrere 2005/2006*. Målpopulasjonen er i alder 16-70 år og omfatter innvandrere og norskfødte med to innvandrerforeldre bosatt i Norge med bakgrunn fra Bosnia-Hercegovina, Serbia-Montenegro, Tyrkia, Irak, Iran, Pakistan, Vietnam, Sri Lanka, Somalia og Chile. Norskfødte med innvandrerforeldre (9 prosent av utvalget) er ikke gjenstand for separate analyser. For sammenliknings skyld presenteres også noen resultater for hele befolkningen basert på *Levekårsundersøkelsen 2002*.

Fem forskjellige indikatorer for helse benyttes, og rapporten gjengir landgruppens fordeling på den enkelte indikator når gruppenes aldersfordeling er standardisert. En tidligere rapport om innvandreres helse (Blom 2008) presenterte disse dataene uten aldersstandardisering.

Rapporten undersøker videre sammenhengen mellom de enkelte indikatorene og slår dem sammen til ett enkelt mål på helse. Med dette målet som avhengig variabel undersøkes hvilke uavhengige variabler som påvirker helsetilstanden. Vi viser her at innvandreres helse varierer etter kjente sosioøkonomiske faktorer som utdanning, sysselsetting, økonomi, boligstatus, arbeidsmiljø, sosial kontakt, opplevd diskriminering osv. De samme faktorenes betydning undersøkes også for et mer avgrenset mål på psykisk helse.

Rapporten søker dessuten å finne svar på hvorfor innvandreres egevaluering av helsen er mindre positiv enn tilsvarende egevaluering i hele befolkningen selv når antall somatiske sykdommer som rapporteres er det samme blant innvandrene som i hele befolkningen.

Helsedirektoratet har finansiert rapporten.

## Sammendrag

Helse er i denne rapporten om innvandreres helse operasjonalisert ved følgende fem indikatorer: egenevaluert helse, somatiske sykdommer, forringelse av hverdagen som følge av helseproblemer, psykosomatiske plager og psykiske helseproblemer (HSCL-5). Aldersjusterte resultater for den enkelte indikator presenteres etter landbakgrunn (10 ulike land) og kjønn. Den innbyrdes sammenhengen mellom indikatorene er sterk, som oftest sterkere enn for hele befolkningen, og rettferdiggjør at de slås sammen til en felles indeks. Ifølge denne helseindeksen har innvandrere med bakgrunn fra Somalia og Sri Lanka best helse, mens innvandrere med bakgrunn fra Irak og Tyrkia rangerer nederst.

En multivariat analyse demonstrerer at innvandrere med sterk sosioøkonomisk posisjon (god utdanning, sysselsetting, økonomi, bolig og arbeidsmiljø) har bedre helse enn innvandrere uten disse fortrinnene. God sosial forankring og gode norskerferdigheter karakteriserer likeledes personer med god helse. Det samme gjør en sunn livsstil i form av mosjon, fravær av røyking og fedme. Personer som har opplevd diskriminering og/eller vold og trusler, rapporterer nedsatt helse. Vi ser imidlertid at selve lengden på oppholdet i Norge, i forhold til lengden på tiden i opprinnelseslandet, ikke har noen selvstendig effekt på helsen ved kontroll for alder.

Mange av de samme faktorene som er nevnt ovenfor, samvarierer også med den psykiske helsen. Sosial kontakt er gunstig for begge kjønn. Det samme gjelder fravær av vold, trusler og diskriminering. En ny faktor som bare påvirker den psykiske helsen, er samliv med ektefelle eller samboer. Effekten er positiv for begge kjønn. Å være sysselsatt er viktig for menn, mens god økonomi og gode boforhold er viktig for kvinner. Hyppige legebesøk indikerer både dårlig helse generelt og psykiske problemer.

Den sosialpsykologiske litteraturen om innvandreres tilpasning til et nytt land opererer idealtypisk med fire "akkulturasjonsstrategier". En innvandrer er *marginalisert* hvis hun/han avviser både opprinnelseslandets og tilflyttingslandets kultur. Innvandreren er *assimilert* dersom hun/han opptar tilflyttingslandets kultur og avviser opprinnelseslandets. Avvises tilflyttingslandets kultur, mens opprinnelseslandets beholdes, regnes innvandreren som *separert*. *Integrerte* innvandrere har et positivt forhold både til tilflyttingslandets og opprinnelseslandets kultur. Studier av denne type viser gjerne at integrering er gunstigst for den psykiske helsen. Vår undersøkelse tyder på at også assimilering er forenlig med god psykisk helse.

Innvandrere evaluerer sin helse negativt i større grad enn hele befolkningen når tallet på rapporterte somatiske sykdommer øker. Ved fire eller flere sykdommer synes bare 9 prosent av innvandrerne at de har god eller meget god helse mot 60 prosent i hele befolkningen. Forklaringen kan være at innvandrernes "sykdomspanorama" synes å inneholde noe mer alvorlige sykdommer enn befolkningens. Innvandrere later også til å operere med strengere "kriterier" når de evaluerer helsen som meget god enn befolkningen. På den annen side synes de å nedtone betydningen av psykiske problemer når helsen skal evalueres. En tredje mulighet er at de i befolkningen som rapporterer mange sykdommer, har et høyere innslag av tilbakelagte sykdommer enn hva som er tilfelle i tilsvarende gruppe av innvandrere.

## Abstract

This report sheds light on social differences in the health of immigrants based on data from the survey *Living conditions among immigrants 2005/2006*. The target population is immigrants and Norwegian-born with two immigrant parents aged 16-70 years settled in Norway with a background from Bosnia-Herzegovina, Serbia-Montenegro, Turkey, Iraq, Iran, Pakistan, Vietnam, Sri Lanka, Somalia and Chile. Norwegian-born with immigrant parents constitute 9 per cent of the sample and are not subject to separate analyses. For comparative purposes, some results are presented for the population at large based on the *Survey of living conditions 2002*.

Health is operationalised by the following five indicators: self-evaluated health, somatic diseases, deterioration in everyday wellbeing due to illness, psychosomatic pains and mental health problems (HSCL-5). Age-adjusted results for each indicator are presented by country background and gender. The mutual correlation between the indicators is strong, and often stronger than for the total population, which justifies putting them together into a general index. According to this health index, immigrants with a background from Somalia and Sri Lanka excel in good health, while immigrants with a background from Iraq and Turkey are ranked at the bottom.

A multivariate analysis demonstrates that immigrants with a strong socioeconomic position (good education, employment, economic standing, housing and work conditions) have better health than immigrants without these characteristics. Being firmly socially rooted and having good Norwegian language skills also characterise persons in good health. That is also the case for a healthy life style in the form of fitness, no smoking and no obesity. Persons who have experienced discrimination and/or violence and threats moreover report reduced health. However, we do not find that the actual length of stay in Norway, in relation to the length of stay in the country of origin, has an independent effect on the health when controlling for age.

Many of the same factors as mentioned above also appear to correlate with mental health. Social contact is beneficial for both sexes. The same is true for absence of violence, threats and discrimination. A new factor, which only affects mental health, is living together with a spouse or a cohabitant. The effect is favourable for both sexes. Being employed is important for men, while economic prosperity and good housing is important for women. Frequent visits to a GP indicate poor health in general and less favourable mental health.

The social psychological literature on immigrants' adaption to a new country often operates with four ideal types of "acculturation strategies". An immigrant is *marginalised* if (s)he rejects the culture of both the country of origin and the country of destination. The immigrant is *assimilated* if (s)he adopts the culture of the country of destination and rejects the culture of the country of origin. If the culture of the country of destination is being rejected, while the culture of the country of origin is being preserved, the immigrant is considered to be *separated*. *Integrated* immigrants have a positive relation both to the culture of the country of destination and to the country of origin. These kinds of studies generally show that integration is best for the mental health of the individual. Our study indicates that assimilation is also compatible with good mental health.

Immigrants evaluate their health negatively to a greater extent than the population at large, as the number of reported somatic diseases increases. With four or more diseases only 9 per cent of the immigrants consider their health to be good or very good, compared to 60 per cent of the total population. The reason may be that the immigrants' panorama of diseases tends to contain somewhat more serious diseases than that of the general population. There are also signs that immigrants apply somewhat stricter criteria when evaluating their health than the rest of the population. On the other hand, it seems that immigrants tend to reduce the significance of mental disorders in this evaluation. A third possible explanation is that those in the population who report many diseases, have a higher incidence of past diseases than the comparative group of immigrants.

## Innhold

<b>Forord</b> .....	<b>3</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>4</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>5</b>
<b>Innhold</b> .....	<b>6</b>
<b>1. Om undersøkelsen Levekår blant innvandrere 2005/2006</b> .....	<b>7</b>
<b>2. Veiing av resultater</b> .....	<b>7</b>
2.1. Etter landbakgrunn .....	7
2.2. Etter alder.....	8
<b>3. Fem indikatorer for innvandreres helse</b> .....	<b>9</b>
3.1. Egenvurdering av helsen.....	9
3.2. Virkning på hverdagslivet .....	10
3.3. Antall rapporterte sykdommer .....	11
3.4. Psykosomatiske plager .....	13
3.5. Psykiske plager .....	14
<b>4. Hvor tett samvarierer de enkelte helseindikatorene?</b> .....	<b>16</b>
<b>5. Hvilke innvandrergupper rapporterer alt i alt den dårligste helsen?</b> .....	<b>18</b>
<b>6. Er det sosioøkonomiske helseforskjeller også blant innvandrere?</b> .....	<b>21</b>
<b>7. Sosioøkonomiske forskjeller blant innvandrere i psykisk helse</b> .....	<b>28</b>
<b>8. Evaluering av helsen etter antall rapporterte sykdommer. Hvorfor er forskjellen så stor mellom innvandrere og hele befolkningen?</b> .....	<b>31</b>
<b>9. Betydningen av alder ved ankomst versus botid</b> .....	<b>37</b>
<b>10. Tilpasningsstrategier og psykisk helse</b> .....	<b>41</b>
<b>Referanser</b> .....	<b>46</b>
<b>Vedleggstabeller:</b> .....	<b>48</b>
<b>Figurregister</b> .....	<b>53</b>
<b>Tabellregister</b> .....	<b>53</b>

# 1. Om undersøkelsen *Levekår blant innvandrere 2005/2006*

Dataene som benyttes i denne rapporten stammer primært fra intervjuundersøkelsen *Levekår blant innvandrere 2005/2006*. Temaet innvandrerhelse ble ikke dekket i den første publikasjonen fra undersøkelsen (Blom og Henriksen 2008), men ble i stedet lagt fram i en egen rapport noe senere (Blom 2008). Her ble helsedataene fra undersøkelsen presentert etter respondentenes landbakgrunn, kjønn og alder. Funnene for innvandrere ble satt i relieff til tilsvarende funn for hele befolkningen basert på de ordinære levekårsundersøkelsene i 2002 og 2005. Noen linjer ble dertil trukket tilbake til Statistisk sentralbyrås forrige intervjuundersøkelse om innvandreres levekår fra 1996 der også innvandreres helsesituasjon inngikk (Blom 1998). I innledningen til rapporten fra 2008 ble det antydnet at dataene i undersøkelsen rommet muligheter for analyse av innvandreres helse utover dette.

Begrepet ”innvandrer” i undersøkelsen betegner personer med to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre som selv har innvandret og som er registrert bosatt i Norge. I tillegg er 9 prosent av respondentene norskfødte med to innvandrerforeldre, hovedsakelig med landbakgrunn fra Tyrkia, Pakistan og Vietnam (jf. Blom og Henriksen 2008: tabell 2.1). Vi presenterer ikke noe sted i denne rapporten separate tall for norskfødte med innvandrerforeldre. Respondentene var i alder 16-70 år da de ble trukket ut for intervju, og alle hadde minst to års botid i landet. Deres bakgrunn er fra følgende ti land: Bosnia-Hercegovina, Serbia og Montenegro, Tyrkia, Iran, Irak, Pakistan, Vietnam, Sri Lanka, Somalia og Chile. Serbia og Montenegro utgjorde i 2005/2006 ett land, og Kosovo hadde på den tid heller ikke brutt ut av Serbia. Det inngår dermed også flyktninger fra Kosovo i gruppen med serbisk/montenegrinsk landbakgrunn.

Feltarbeidet fant sted i tiden september 2005 til januar 2007. Den gjennomsnittlige intervjutiden var 71 minutter og svarprosenten 64. Intervjuene ble foretatt på norsk eller på personenes eget morsmål (etter respondentens valg). Spørreskjemaet forelå på tolv aktuelle språk foruten norsk. Spesialopplærte intervjuere med innvandrerbakgrunn fra de respektive landene stod for mesteparten av intervjuingen. Spørreskjemaet inneholdt spørsmål om så forskjellige temaer som bakgrunn fra opprinnelseslandet, bolig, familie, barnepass, sosiale relasjoner utenom familien, utdanning, arbeid, arbeidsmiljø, religion, organisasjonsdeltakelse og fritidsinteresser, i tillegg til helse. Dokumentasjonsrapporten fra undersøkelsen (Gulløy 2008) gjengir spørreskjemaet og redegjør nærmere for gjennomføringen av undersøkelsen.

## 2. Veiling av resultater

### 2.1. Etter landbakgrunn

Utvalget til undersøkelsen ble trukket ut med samme antall for alle landgruppene (500 av hver). Dette innebærer ulik trekkesannsynlighet for den enkelte landgruppe, ettersom landgruppene var av ulik størrelse i befolkningen da trekningen skjedde i 2005. Da det på den tiden for eksempel var mer enn tre ganger så mange innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i alder 16-70 år med bakgrunn fra Pakistan sammenliknet med tilsvarende gruppe med bakgrunn fra Chile, og det likevel skulle trekkes ut like mange fra hver, hadde den enkelte chilener mer enn tre ganger så høy sannsynlighet for å bli trukket ut til undersøkelsen som den enkelte pakistaner. Dette rettes nå opp ved at resultatene for hver landbakgrunn veies med den inverse verdi av trekkesannsynligheten for personene i landgruppen. Pakistannerne gis således vel tre ganger så høy innflytelse på gjennomsnittsresultatene for hele utvalget (i tabellene presentert i ”I alt”-kolonnen) som chilenerne. Denne vekten etter landbakgrunn ligger inne i alle våre datakjøringer fra undersøkelsen. Ettersom vekten er identisk for alle med samme landbakgrunn, bidrar veiingen ikke til å

endre fordelingene innad i gruppen av personer med samme landbakgrunn. Det er bare tall for hele utvalget samlet som blir påvirket av vekten.

## 2.2. Etter alder

Av naturlige grunner har alder en ikke uvesentlig betydning for helsen. Jo eldre en person blir, desto mer øker sjansen for at vedkommende har dårlig helse. Vår forrige rapport om innvandrerhelse, basert på de samme data som her (Blom 2008), lot til å vise at helsen varierer mer med alder blant innvandrere enn i befolkningen som helhet. Blant de ti nasjonene som er representert i SSBs innvandrerundersøkelse fra 2005/2006, er det klare aldersforskjeller mellom gruppene. Respondentene fra Bosnia-Hercegovina er eldst med en medianalder på 41 år, etterfulgt av chilenerne med en medianalder på 39 og srilankere og iranere som begge har en medianalder på 38 år (Blom og Henriksen 2008: tabell 2.5). Den yngste landgruppen i vår undersøkelse er somaliere som har en medianalder på 30 år.

Når vi derfor i neste kapittel presenterer de enkelte helseindikatorer etter landbakgrunn (eventuelt også splittet etter kjønn), er resultatene aldersstandardisert slik at virkningen av aldersforskjellene mellom landgruppene er eliminert. Et slikt ”grep” ble ikke benyttet i den forrige helse rapporten fra undersøkelsen (Blom 2008).

Vektene er for øvrig utarbeidet slik at aldersstandardiseringen er virksom også når resultater presenteres etter kjønn (sammen med landbakgrunn).<sup>1</sup> I fordelinger der alder inngår som en selvstendig dimensjon i tabellen, unnlater vi imidlertid å aldersstandardisere resultatene. Leseren henvises her til tabellene etter alder og kjønn som ble publisert i forrige rapport fra undersøkelsen (Blom 2008: tabellene 3.2, 5.2, 6.2, 8.2 og 9.2).

### I den ordinære levekårsundersøkelsen 2002, etter alder, kjønn og bosted

Resultatene om helse blant innvandrere blir titt og ofte sammenliknet med resultater for hele befolkningen basert på data fra den ordinære temaroterende levekårsundersøkelsen i 2002. Denne er den eneste av levekårsundersøkelsene som inneholder alle de fem aktuelle helseindikatorer samtidig. I Levekårsundersøkelsen 2005 er kartleggingen av somatisk sykdom foretatt på en annen måte (ved et åpent spørsmål), og kartleggingen av psykiske plager ved hjelp av Hopkins Symptoms Checklist-5 (HSCL-5) er utelatt der.

For at ikke forskjeller i den demografiske sammensetningen av innvandrerbefolkningen i forhold til hele befolkningen skal forstyrre muligheten for å sammenlikne resultater fra de to undersøkelsene, veier vi resultatene fra Levekårsundersøkelsen 2002 etter alders-, kjønns- og bostedsfordelingen i innvandrerpopulasjonen. Det innebærer blant annet at yngre og middelaldrende veies opp på bekostning av eldre. Bosatte i byene (særlig Oslo) veies opp på bekostning av bosatte i spredtbygde strøk, og menn veies noe opp på bekostning av kvinner. Slik gjenspeiles karakteristiske trekk ved demografien til de ti innvandrergruppene samlet. Ved å veie resultatene fra Levekårsundersøkelsen 2002 slik utelukker vi for eksempel muligheten for at forskjeller i sykkelighet mellom innvandrere og hele befolkningen skyldes forskjeller i aldersstruktur.

Merk at dette er anvendelse av vektorer på dataene for hele befolkningen, til forskjell fra de to andre prosedyrene for vektning som gjelder innvandrerne og deres norskfødte barn.

---

<sup>1</sup> Aldersstandardiseringen vil kunne påvirke fordelingen i ”I alt”-kolonnen noe, idet effekten av standardiseringen formidles videre til ”I alt”-kolonnen med ulik styrkegrad (vekt) for hver landgruppe. Endringen i ”I alt”-kolonnen (for hele utvalget) i forhold til hva som er rapportert tidligere (i Blom 2008, uten aldersstandardisering) er imidlertid minimal og uten substansiell betydning. Jf. fotnote 3.





derer helsen som dårlig eller meget dårlig. Andre kvinner som også bare er måtelig fornøyd med helsen, er kvinner med bakgrunn fra Serbia og Montenegro og Tyrkia. 53 prosent av dem synes helsen er god eller meget god.

Hvis vi et øyeblikk skjeler til de tilsvarende fordelingene uten aldersstandardisering (Blom 2008: tabell 3.1), finner vi også der at somaliere er den av landgruppene med mest positiv vurdering av helsen og irakere den minst positive. En av forskjellene er imidlertid at bosniske kvinner vurderer sin helse langt mindre positivt enn de somaliske når dataene ikke er aldersstandardisert, mens de er på linje med eller over de somaliske kvinnene etter aldersstandardiseringen. Dette bunner selvfølgelig i at bosniske kvinner i Norge er langt eldre i gjennomsnitt enn de somaliske, og at denne ulikheten oppheves gjennom aldersstandardiseringen.

### 3.2. Virkning på hverdagslivet

Den andre helseindikatoren vi skal presentere, tar utgangspunkt i et spørsmål om i hvilken grad helseproblemer påvirker hverdagslivet. Ordlyden er følgende: *”Vi vil gjerne vite om problemer med helsen påvirker din hverdag i høy grad, i noen grad, i liten grad eller ikke i det hele tatt? Vi tenker på alle slags virkninger: smerte, angst, søvnproblemer, tretthet og begrensninger i hva du kan gjøre.”* Spørsmålet blir i Levekår blant innvandrere 2005/2006 stilt til alle som i egevalueringen av helsen unnlater å velge de to mest positive svaralternativene ”meget god” og ”god”. I den ordinære levekårsundersøkelsen 2002 (og i tilsvarende undersøkelser i 2005 og 2008) er derimot spørsmålet stilt til alle som i en åpen kartlegging oppgir å ha minst én varig sykdom, skade eller funksjonshemming. Ved en slik framgangsmåte får en større del av utvalget (dvs. befolkningen) spørsmålet om hvordan sykdommen virker på hverdagen (vel halvparten) enn ved slik vi gjorde i Levekår blant innvandrere 2005/2006. Der fikk bare om lag en tredjedel av utvalget spørsmålet (jf. tabell 3.1 ovenfor). Dette gir selvfølgelig respondentene i de ordinære levekårsundersøkelsene større rom for å svare at helseproblemer påvirker hverdagen i høy grad enn hva innvandrerne hadde.

Like fullt er andelen som svarer slik, noe større blant respondentene i Levekår blant innvandrere 2005/2006 enn i hele befolkningen (Levekårsundersøkelsen 2002). Tabell 3.2 viser at 15 prosent av innvandrerne og de norskfødte med innvandrerforeldre hevder at hverdagen *i høy grad* påvirkes av problemer med helsen, mot bare 9 prosent i befolkningen. Lagt sammen med svarene at hverdagen *i noen grad* påvirkes av helseproblemer (nederste linje i hvert panel i tabellen), blir imidlertid utfallet *likt* for respondenter med innvandrerbakgrunn og hele befolkningen. En fjerdedel av begge gruppene hevder at hverdagen i høy grad eller noen grad påvirkes av helseproblemer.



I stedet for det åpne spørsmålet valgte vi derfor denne gang å liste opp et antall konkrete sykdommer og be respondenten å si om hun/han "har" eller "har hatt" hver enkelt sykdom. Denne framgangsmåten ble også benyttet som et metodeeksperiment i Levekårsundersøkelsen 2002 i tillegg til kartleggingen ved hjelp av det åpne spørsmålet. Denne måten å foreta sykdomskartleggingen på er ikke gjentatt i de ordinære levekårsundersøkelser etter 2002. Vi valgte å presentere de samme sykdommene som i Levekårsundersøkelsen 2002 nettopp for å kunne sammenlikne. I noen få tilfeller forenklet vi den medisinske betegnelsen eller føyde til noen ekstra stikkord hvis vi antok at det var behov for en presisering eller eksemplifisering. En ulempe ved dette er at vi da kan ha kommet i skade for å utvide, innsnevre eller endre den opprinnelige sykdomsangivelsen noe.

De viktigste avvikene mellom formuleringene vi valgte å bruke i Levekår blant innvandrere 2005/2006 og formuleringene som forekom i Levekårsundersøkelsen 2002 er listet opp i tabell 3.3. I tillegg kan det være verdt å notere at det i Levekårsundersøkelsen 2002 var anledning til å skille mellom sykdommer som respondenten "har" eller "har hatt", mens diss alternativene var slått sammen til ett i Levekår blant innvandrere 2005/2006. Dette hadde også noen ulemper som vi kommer tilbake til i et senere kapittel.

**Tabell 3.3. Betegnelser benyttet i kartleggingen av sykdommer i Levekårsundersøkelsen 2002 og Levekår blant innvandrere 2005/2006**

Levekårsundersøkelsen 2002	Levekår blant innvandrere 2005/2006
Atopisk eksem .....	Eksem
Stoffskiftesykdom .....	Annen <sup>1</sup> stoffskiftesykdom (vitaminmangel, høyt kolesterol)
Høyt blodtrykk .....	Høyt blodtrykk som medfører bruk av blodtrykksmedisin
Angina pectoris .....	Angina pectoris, hjertekramper
Slag .....	Hjerneslag, hjerneblødning, "drypp"
Leddgikt .....	Revmatiske plager (gikt, leddgikt) <sup>2</sup>
[Ingen innførsel] .....	Slitasje i muskler og ledd (slitasjegikt)

<sup>1</sup> Ordet "Annen" refererer til foregående innførsel i sykdomslisten for innvandrere, nemlig "diabetes (sukkersyke)". Ordene i parentes kan dessverre ha utvidet sykdomsangivelsen i innvandrersundersøkelsen.

<sup>2</sup> Sykdomsangivelsen er her utvilsomt bredere definert i innvandrersundersøkelsen, men dette er forsøkt motvirket ved at bare dem som ikke også svarer ja på stikkordet "Slitasje i muskler og ledd (slitasjegikt)", er talt med.

Den siste sykdomsangivelsen i listen beregnet på innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre er ikke tatt med når antall sykdommer telles opp og gjennomsnittlig antall sykdommer beregnes for den enkelte respondent. Grunnen er at det mangler en motsvarende innførsel (sykdom) i Levekårsundersøkelsen 2002.

I Blom 2008, tabell 4.1, presenteres prevalensen av den enkelte sykdom etter landbakgrunn i innvandrersundersøkelsen og for hele befolkningen i henhold til Levekårsundersøkelsen 2002. Prosentene som oppgis i tabellen er ikke aldersstandardisert. Hovedtendensen er at befolkningen som helhet rapporterer mer eksem, astma og allergi, kronisk bronkitt/emfysem/kols og høyt blodtrykk enn innvandrerne, mens innvandrerne og deres norskfødte barn rapporterer mer diabetes, annen stoffskiftesykdom, magesår, angina og leddgikt enn befolkningen. Innføring av aldersstandardisering endrer ikke disse resultatene for innvandrerne samlet<sup>4</sup>, selv om det selvfølgelig kan oppstå mindre forskjeller for den enkelte landgruppe.

I stedet for å rapportere aldersstandardiserte forekomster av hver enkelt sykdom for den enkelte landgruppe, velger vi i tabell 3.4 å gjengi det gjennomsnittlige antall sykdommer og andelen med minst én sykdom etter landgruppe og for hele befolkningen. Vi teller bare med de 15 sykdommene som med rimelighet kan sies å være kartlagt på samme måte i befolkningen og blant innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre.

<sup>4</sup> Aldersstandardiseringen medfører ett prosentpoengs økning i forekomsten av eksem (8 pst), ett poengs nedgang i allergi (22 pst), ett poengs økning i kols (3 pst) og ett poengs økning i andelen med slitasje i muskler og ledd (slitasjegikt) (24 pst). Sistnevnte inngår for øvrig ikke i opptellingen av sykdommer.



og lavest blant personer med somalisk bakgrunn (11 prosent). Nest etter Tyrkia kommer landene Irak, Vietnam og Pakistan som alle har en andel rundt 30 prosent med fire eller flere plager. I gjennomsnitt for alle landene er det en av fire som oppgir å ha erfart fire eller flere plager i løpet av de siste tre månedene. Splittet på kjønn, er tilsvarende andel to av ti blant menn og tre av ti blant kvinner. Mens det blant menn er tyrkere og somaliere som rapporterer henholdsvis mest og minst plager, er tilsvarende grupper irakere og srilankere blant kvinner. Dette er uavhengig av om en tar utgangspunkt i andelen som rapporterer fire eller flere psykosomatiske plager eller det gjennomsnittlige antallet. Blant kvinner er det nærmere annenhver iraker som har opplevd fire eller flere plager de siste tre månedene mot hver tiende srilanker.

**Tabell 3.5. Andel med fire eller flere varige eller tilbakevendende psykosomatiske plager og gjennomsnittlig antall plager. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre og hele befolkningen, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn. Aldersstandardisert. Prosent og gjennomsnitt**

Varige eller tilbakevendende psykosomatiske plager	Hele befolkningen	Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre										
		I alt	Bosnia-Hercegovina	Serbia-Montenegro	Tyrkia	Irak	Iran	Pakistan	Vietnam	Sri Lanka	Somalia	Chile
	<b>2002</b>	<b>2005/2006</b>										
Antall personer (N) .....	3011	3053	333	288	297	357	270	308	314	353	245	288
Fire eller flere .....	10	23	14	15	36	31	27	29	30	12	11	24
Gjennomsnitt .....	1,1	2,0	1,4	1,6	2,8	2,5	2,2	2,4	2,4	1,5	1,3	2,2
		<b>Menn</b>										
Antall personer (N) .....	1529	1681	157	158	181	235	160	163	144	188	140	155
Fire eller flere .....	7	19	16	10	32	21	23	20	24	14	9	16
Gjennomsnitt .....	0,9	1,8	1,4	1,3	2,6	2,1	1,9	2,0	2,0	1,6	1,2	1,8
		<b>Kvinner</b>										
Antall personer (N) .....	2993	1372	176	130	116	122	110	145	170	165	105	133
Fire eller flere .....	15	28	13	20	42	48	33	40	35	10	14	34
Gjennomsnitt .....	1,4	2,3	1,5	1,8	3,1	3,3	2,5	2,8	2,7	1,4	1,4	2,7

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

Rapporteringen av psykosomatiske plager i hele befolkningen er lavere enn blant innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, om lag det halve. 10 prosent av befolkningen oppgir å ha fire eller flere plager, og tallet på plager er i gjennomsnitt 1,1 mot 2,1 blant innvandrerne. Prosentandelen med minst fire plager er dessuten dobbelt så høy blant kvinner som blant menn, 15 prosent mot 7 prosent i befolkningen. Omfanget av psykosomatiske plager blant kvinner i hele befolkningen er om lag på samme nivå som blant bosniske, srilankiske og somaliske kvinner – de tre landgruppene av kvinner som rapporterer minst slike plager. Blant menn er det ingen innvandrer nasjonaliteter som kommer like lavt som hele befolkningen. Nærmest er i så fall somaliske menn.

### 3.5. Psykiske plager

Femte og siste helseindikator i undersøkelsen er basert på et "batteri" med fem spørsmål som går under betegnelsen Hopkins Symptoms Checklist-5 (HSCL-5). Instrumentet foreligger også i mer utvidete varianter med henholdsvis 10 og 25 enkeltspørsmål (HSCL-10 og HSCL-25) (jf. Normann og Gulløy 2010: 18). Spørsmålene har følgende ordlyd på norsk: "Jeg skal nå nevne en del vanlige plager. Har du de siste 14 dagene vært svært plaget, ganske plaget, litt plaget eller ikke plaget av ... nervøsitet og indre uro?... stadig å være redd eller engstelig? ... følelse av håpløshet med tanke på fremtiden? ... å være nedtrykt og tungsindig? ... å være mye bekymret eller urolig?". De to første spørsmålene er ment å skulle fange opp angst, de tre siste depresjon. Som antydning skal svarene gis på en skala med fire alternativer "svært plaget, ganske plaget, litt plaget og ikke plaget". Disse kodes henholdsvis 4, 3, 2 og 1, og det beregnes en gjennomsnittsverdi for de fem plagene for den enkelte respondent. Jo høyere gjennomsnittet på skalaen er, desto sterkere er indikasjonen på at respondenten har psykiske problemer. Det er vanlig å dikotomisere utfallet ved en bestemt verdi, 1,75 ved HSCL-25, 1,85 ved HSCL-10 og 2,00 ved HSCL-5 (Strand et al. 2003). Her regner vi at personer med gjennom-



snittsskår i området 2,0 – 4,0 har symptomer på psykiske helseplager. Tabell 3.6 viser hvor stor denne andelen er etter landbakgrunn og kjønn, foruten gjennomsnittsskåren på skalaen. Verdiene som inngår i tabellen, er aldersstandardiserte. Jo høyere verdier, desto større psykiske problemer.

**Tabell 3.6. Personer med symptomer på psykiske helseproblemer. Aldersstandardiserte andeler og gjennomsnittsskår på Hopkins Symptoms Checklist-5. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre og hele befolkningen, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn. Prosent og gjennomsnitt**

Psykiske helseproblemer	Hele befolkningen	Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre										
		I alt	Bosnia-Hercegovina	Serbia-Montenegro	Tyrkia	Irak	Iran	Pakistan	Vietnam	Sri Lanka	Somalia	Chile
		<b>2002</b>										
Antall personer (N) .....	3 007	2 995	325	284	292	352	263	304	305	352	235	283
Andel m/problemer .....	9	27	26	27	35	40	41	26	21	16	16	26
Indeksgjennomsnitt .....	1,2	1,6	1,5	1,6	1,7	1,9	1,9	1,6	1,5	1,4	1,4	1,7
		<b>2005/2006</b>										
		<b>Menn</b>										
Antall personer (N) .....	1 525	1 645	153	156	176	232	156	161	140	187	132	152
Andel m/problemer .....	9	24	23	22	32	31	39	17	15	17	14	23
Indeksgjennomsnitt .....	1,2	1,6	1,5	1,5	1,7	1,7	2,0	1,5	1,4	1,4	1,3	1,6
		<b>Kvinner</b>										
Antall personer (N) .....	1 482	1 350	172	128	116	120	107	143	165	165	103	131
Andel m/problemer .....	9	32	30	32	39	57	44	35	26	14	19	30
Indeksgjennomsnitt .....	1,3	1,7	1,6	1,7	1,7	2,2	1,9	1,7	1,6	1,4	1,4	1,8

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

Tabellen viser at fire av ti med bakgrunn fra Iran og Irak har symptomer på psykiske helseproblemer. Den gjennomsnittlige indeksverdien er også størst for disse to gruppene (1,9). Minst rammet av psykiske problemer synes srilankiske og somaliske innvandrere å være, i tillegg til personer i hele befolkningen. Mens andelen med symptomer på psykiske problemer er 9 prosent i hele befolkningen, er andelen tre ganger så høy blant innvandrere og deres norskfødte barn. Gjennomsnittsverdien på indeksen er også 0,4 poeng høyere blant innvandrerne. Størst er andelen med psykiske problemer blant irakiske kvinner (57 prosent) og iranske kvinner og menn. Minst rammet av psykiske problemer er somaliske menn og srilankiske kvinner, alt ifølge deres egen respons på spørsmålene.

### Oppsummering

De fem indikatorene for helse i befolkningen og de ti innvandrernasjonalitetene gir et noe varierende bilde av situasjonen. Vurderingen av egen helse er mindre positiv blant innvandrerne og deres norskfødte barn enn blant befolkningen, og det er en kjønnsforskjell i menns favør som ikke fins i befolkningen. Somaliere og bosniere har den mest positive egevalueringen av sin helse og irakere og tyrkere den minst positive.

Oppfatningen om hvorvidt problemer med helsen påvirker hverdagen, er kartlagt forskjellig blant innvandrere og i befolkningen og lar seg derfor vanskelig sammenlikne direkte. Irakere og tyrkere er mest tilbøyelige til å si at hverdagen påvirkes (negativt) av helsen, mens srilankere og somaliere er minst tilbøyelige til å si det.

Antall rapporterte sykdommer er ganske likt i befolkningen og blant innvandrere, selv om kvinner med innvandrerbakgrunn rapporterer gjennomsnittlig litt flere sykdommer enn innvandrermenn. Chilenerne og tyrkere rapporterer flest sykdommer, mens personer med bakgrunn fra Serbia- Montenegro og dernest Bosnia-Hercegovina og Somalia rapporterer færrest.

Både psykosomatiske og psykiske plager er mer utbredt blant innvandrere enn i befolkningen som helhet. De psykosomatiske plagene er også mer utbredt blant kvinner enn menn i begge disse populasjonene. Tyrkere og irakere er hardest rammet av psykosomatiske plager, mens iranere og irakere rapporterer mest symptomer på psykiske problemer. Minst rammet av psykosomatiske og psykiske plager synes somaliere og srilankere å være.

## 4. Hvor tett samvarierer de enkelte helseindikatorerne?

Etter denne deskriptive gjennomgangen av helseindikatorerne i levekårsundersøkelsen er det nærliggende å spørre hvor nært samband det er mellom dem. Er det slik at personer som rapporterer mye problemer på ett område med stor sannsynlighet framstår med mye problemer også på andre områder? Det beste ville antakelig være at høye verdier på én indikator ikke automatisk går sammen med høye verdier også på andre, idet helsebelastningene da ville være jevnere fordelt på mange individer. På den annen side ville det kunne svekke tilliten til spørsmålet om selvevaluert helse som et overordnet ("globalt") helsemål dersom skårene på denne indikatoren viser minimal sammenheng med hva som rapporteres på de øvrige helseindikatorerne.

For å teste dette viser vi Pearsons korrelasjonskoeffisient (Pearsons  $r$ ) for sammenhengen mellom de enkelte helseindikatorerne. Pearsons  $r$  måler graden av lineær sammenheng mellom to variabler på intervall- eller forholdstallsnivå (Eikemo og Clausen 2007).<sup>5</sup> Koeffisienten varierer mellom -1 og +1. Positive verdier betyr at høye verdier på den ene variabelen tenderer til å gå sammen med høye verdier på den andre (eller tilsvarende for lave verdier). Et negativt fortegn for  $r$  betyr at høye verdier på den ene variabelen tendensielt går sammen med lave verdier på den andre variabelen og *vice versa*. Jo nærmere 1 eller -1, desto nærmere er vi en perfekt sammenheng. Ved  $r=0$  er det ingen lineær sammenheng mellom de to variablene.

Tabell 4.1 viser korrelasjonen mellom de fem helseindikatorerne vi har presentert foran. Korrelasjonen mellom helseindikatorerne og antall besøk hos fastlege eller annen allmennpraktiserende lege siste 12 måneder på grunn av egen sykdom<sup>6</sup> inngår også i tabellen. Tabellen inneholder for øvrig data både for innvandrene og for hele befolkningen.

**Tabell 4.1. Korrelasjoner mellom indikatorer for sykdommer eller (dårlig) helse og antall besøk hos fastlege eller allmennpraktiserende lege siste 12 måneder. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre og hele befolkningen, 16-70 år. Pearsons  $r$**

Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre					
	A.	B.	C.	D.	E.
A. Selvevaluert helse					
B. Virkning på hverdagen	0,86				
C. Sykdommer	0,43	0,42			
D. Psykosomatiske plager	0,49	0,48	0,45		
E. Psykiske problemer	0,44	0,43	0,25	0,46	
F. Besøk hos fastlege/allmennlege <sup>2</sup>	0,48	0,45	0,40	0,36	0,27
Befolkningen 2002					
	A.	B.	C.	D.	E.
A. Selvevaluert helse					
B. Virkning på hverdagen	0,46				
C. Sykdommer	0,29	0,38			
D. Psykosomatiske plager	0,39	0,38	0,30		
E. Psykiske problemer	0,31	0,26	0,19	0,53	
F. Besøk hos fastlege/allmennlege <sup>2</sup>	0,38	0,37	0,22	0,30	0,23

<sup>1</sup> Alle korrelasjoner er statistisk signifikante på 0,0001-nivå.

<sup>2</sup> På grunn av missingverdier er tallgrunnlaget for denne variabelen redusert med 91 i øvre panel og 24 i nedre panel, jf. for øvrig fotnote 3.

<sup>3</sup> N=3011, dvs. omfatter bare hovedutvalget. Øvrige tallgrunnlag er 3 053 i øvre panel og 6 081 i nedre panel (dvs. både hoved- og tilleggsutvalg).

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

Tabellen viser at korrelasjonen mellom de fleste helseindikatorerne og også indikatoren for legebesøk ligger i området 0,40-0,49 i øvre panel, det vil si for innvandrene og norskfødte med innvandrerforeldre. De tilsvarende korrelasjonene mellom de samme variablene for hele befolkningen ligger gjennomgående i tidelsintervallet

<sup>5</sup> Pearsons  $r$  er definert som kovariansen mellom to variabler, dividert på produktet av variablenes standardavvik.

<sup>6</sup> Dette er et mål som summerer svarene på to forskjellige spørsmål, ett om antall besøk hos fastlege og ett om antall besøk hos allmennpraktiserende lege, begge i løpet av siste 12 måneder og på grunn av egen sykdom. Hver for seg er svarene på spørsmålene presentert i Blom 2008, tabell 13.4 – 13.7, uten aldersstandardisering.



under. Den høye korrelasjonskoeffisienten for sammenhengen mellom selvevaluert helse og ”virkning på hverdagen” i øvre panel (0,86) har ingen interessant substansiell forklaring, da den er en konsekvens av hvordan sistnevnte variabel er konstruert. Som vi forklarte foran er spørsmålet om virkningen av helseproblemer på hverdagen bare stilt til den tredjedelen av innvandrerutvalget som vurderte sin helse som svakere enn ”god”. For to tredjedeler av utvalget er svaret på spørsmålet om egenvurdert helse imputert i indikatoren for ”virkning på hverdagen” (riktignok uten at det er skilt mellom svarene ”god” og ”meget god”). At tilsvarende korrelasjon er lavere i hele befolkningen (0,46), skyldes at det i utgangspunktet ikke er noen tilsvarende ”fusjon” av de to indikatorene. Spørsmålet om virkningen på hverdagen ble som nevnt stilt til dem i hele befolkningen som oppgav at de hadde minst én somatisk sykdom.

Utenom denne ”kunstig høye” korrelasjonen, er det mellom egenvurdert helse og psykosomatiske plager ( $r=0,49$ ), egenvurdert helse og besøk hos fastlege/allmennlege ( $r=0,48$ ) og mellom psykosomatiske plager og virkning på hverdagen ( $r=0,48$ ) at sammenhengen er størst blant innvandrere og deres norskfødte barn. Det synes å være en likhet mellom disse indikatorene at de alle hviler på en god porsjon subjektiv vurdering – innlysende når det gjelder indikator A og B (se tabellen), men kanskje også for F. Det er fortrinnsvis når en *føler seg* sjuk, at en oppsøker legen.

Tabell 4.1 viser ellers for samme gruppe at sammenhengen mellom sykdomsindikatorer er svakest mellom somatiske sykdommer (C) og psykiske problemer (E) ( $r=0,25$ ). Den relasjonen er enda noe svakere i hele befolkningen ( $r=0,19$ ). Det er med andre ord ikke særlig vanlig at somatiske sykdommer reflekteres i symptomer på psykiske problemer – eller omvendt at psykiske problemer øker sjansen for å ha noen av de 15 sykdommene i kartleggingen. Det er heller ikke psykiske problemer som korrelerer sterkest med tilbøyeligheten til å oppsøke primærlege (F), verken blant innvandrere ( $r=0,27$ ) eller i befolkningen som helhet ( $r=0,23$ ).

### Konklusjon

Den viktigste lærdommen en kan trekke av tabellen er likevel at koplingen mellom de ulike sykdomsindikatorer er til stede, og den er noe sterkere blant innvandrere enn i befolkningen som helhet. Det tyder på en sterkere ”hopning” eller polarisering av helseproblemer blant innvandrerne. I det minste føler innvandrerne seg oftere syke dersom de lider av somatiske sykdommer sammenliknet med hele befolkningen ( $r=0,43$  mot  $r=0,29$ ). Det er også en tettere kopling mellom somatisk sykdom og legebesøk blant innvandrerne enn i befolkningen generelt ( $r=0,40$  mot  $r=0,22$ ). En mulig tolkning av dette er at innvandrere sjeldnere unnlater å kontakte primærlegen ved mistanke om sykdom enn hva som er vanlig i befolkningen.

## 5. Hvilke innvandrergupper rapporterer alt i alt den dårligste helsen?

I kapittel 3 har vi gjennomgått de fem indikatorene på sykdom som inngår i intervjuundersøkelsen og vist hvor de ti nasjonalitetsgruppene plasserer seg på disse etter at aldersforskjellene mellom gruppene er utliknet gjennom veiing. For å slippe å operere med fem forskjellige mål på helsen i fortsettelsen, konstruerer vi en samleindeks som tar opp i seg alle fem. Dette lar seg gjøre både ved å addere utfallet på de fem indikatorene til en enkel additiv indeks, men også ved en mer komplisert prosedyre der en prinsippal komponentanalyse (en slags faktoranalyse) trekker ut en felles faktor (komponent) som forklarer maksimalt av variansen i de inngående indikatorene. Vi kommer tilbake til denne metoden i et senere kapittel.

For å forenkle presentasjonen av resultatene og gjøre det lettere å sammenlikne utfallet på helseindeksen med utfallet på en tilsvarende indeks for hele befolkningen (basert på Levekårsundersøkelsen 2002), benytter vi i første omgang den *additive* indeksen som har hele variasjonsbredden på den positive siden av 0. Graden av intern konsistens mellom de fem helseindikatorene er undersøkt ved Chronbachs alfa som med verdien 0,82 viser at de fem indikatorene meget vel kan slås sammen i et felles mål (jf. Berglund 2004). Den nye (additive) helseindeksen varierer mellom 0 og 26 og er konstruert slik at høye verdier indikerer *dårlig* helse.

En liknende additiv helseindeks er konstruert på samme måte på basis av de fem tilsvarende helseindikatorene i Levekårsundersøkelsen 2002. Fordi flere rapporterer fravær av helseplager i befolkningen som helhet enn blant innvandrerne, blir variasjonsbredden i den enkelte indikator noe mindre her. Dette fører i sin tur til at den additive helseindeksen også får en noe mindre variasjonsbredde i utvalget for hele befolkningen (0-22) enn i innvandererutvalget. For nærmere detaljer om dette, se tabell 5.1.

**Tabell 5.1. Fakta om den additive indeksen for dårlig helse i Levekårsundersøkelsen 2005/2006 og Levekårsundersøkelsen 2002**

Variasjonsbredde m.m.	Indikatorer	Antall Indikatorer	Chronbachs alfa
<b>Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre</b>			
Verdier: 0 – 26	Egenvurdert helse (5-pkt)	5	0,82
Gjennomsnitt: 7,6	Virkningen av dårlig helse på hverdagen (5-pkt)		
Standardavvik: 6,3	Forekomst av 15 oppgitte sykdommer (6-pkt)		
	Forekomst av psykosomatiske plager (8-pkt)		
	Forekomst av psykiske plager (8-pkt)		
<b>Befolkningen 2002</b>			
Verdier: 0 - 22	Egenvurdert helse (5-pkt)	5	0,73
Gjennomsnitt: 4,7	Virkningen av dårlig helse på hverdagen (5-pkt)		
Standardavvik: 5,0	Forekomst av 15 oppgitte sykdommer (5-pkt)		
	Forekomst av psykosomatiske plager (7-pkt)		
	Forekomst av psykiske plager (5-pkt)		

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

Korrelasjonen mellom de enkelte helseindikatorene og den sammensatte indeksen varierer noe i størrelse, selv om siktemålet var at den enkelte indikator skulle telle omtrent like mye. Tabell 5.2 viser disse sammenhengene både for innvandrerne og hele befolkningen. I innvandererutvalget korrelerer den sammensatte additive indeksen om lag like mye med indikatorene for selvevaluert helse, virkning på hverdagen og psykosomatiske plager. Svakest representert i indeksen er variasjonen i antall rapporterte somatiske sykdommer.

To av korrelasjonene er av samme størrelsesorden i Levekårsundersøkelsen 2002 som i innvandererundersøkelsen. Det gjelder korrelasjonen mellom indeksen og antall somatiske sykdommer (0,60) og korrelasjonen mellom indeksen og psykosomatiske plager (0,79). De øvrige korrelasjonene er lavere i den ordinære levekårsundersøkelsen, spesielt med selvevaluert helse. Til tross for disse forskjellene fin-

ner vi det forsvarlig å benytte de to additive indeksene til å sammenlikne helsetilstanden i de to populasjonene.

**Tabell 5.2. Korrelasjon mellom additiv indeks for dårlig helse og enkeltindikatorer som inngår i indeksen. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre og hele befolkningen, 16-70 år. Pearsons r.<sup>1</sup>**

Enkeltindikatorer	Additiv indeks for dårlig helse i	
	Levekår blant innvandrere 2005/06	Levekårsundersøkelsen 2002
Selvevaluert helse .....	0,81	0,64
Virkning på hverdagen .....	0,81	0,73
Sykdommer .....	0,60	0,60
Psykosomatiske plager .....	0,79	0,79
Psykkiske problemer .....	0,75	0,67

<sup>1</sup>Alle korrelasjonene er statistisk signifikante på 0,0001-nivå.

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

Etter at vi her har presentert de additive indeksene som skal tjene som samlemål på helsetilstanden, rapporterer vi i det følgende de aldersstandardiserte gjennomsnittene etter landbakgrunn og kjønn (tabell 5.3). Irakere og tyrkere framstår som de mest sykdomsbelastede i vår innvandrerundersøkelse (indeksverdi 9,5-9,4). På de neste plassene følger iranere, pakistanere og chilenerer med indeksverdier i området 8,3-8,0. Minst belastet er somaliere og srilankere med indeksverdier på henholdsvis 5,3 og 6,0. I hele befolkningen ligger gjennomsnittet på helseindeksen enda litt lavere, 4,7, men så har da også denne indeksen fire færre trinn enn innvandrernes helseindeks (som vist i tabell 5.1).

**Tabell 5.3. Grad av dårlig helse etter landbakgrunn og kjønn. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre og hele befolkningen, 16-70 år. Aldersstandardisert gjennomsnitt på additiv indeks**

Indeks for dårlig helse	Hele befolkningen	Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre										
		I alt	Bosnia-Hercegovina	Serbia-Montenegro	Tyrkia	Irak	Iran	Pakistan	Vietnam	Sri Lanka	Somalia	Chile
		<b>2002</b>										
Antall personer (N) .....	3 007	3053	333	288	297	357	270	308	314	353	245	288
Gjennomsnitt .....	4,7	7,6	6,2	6,9	9,4	9,5	8,3	8,1	7,9	6,0	5,3	8,0
		<b>2005/2006</b>										
		<b>Menn</b>										
Antall personer (N) .....	1 525	1681	157	158	181	235	160	163	144	188	140	155
Gjennomsnitt .....	4,3	6,8	5,8	5,6	8,8	8,1	7,7	6,7	6,6	6,2	4,8	6,7
		<b>Kvinner</b>										
Antall personer (N) .....	1 482	1372	176	130	116	122	110	145	170	165	105	133
Gjennomsnitt .....	5,3	8,6	6,5	8,5	10,4	12,3	9,3	9,6	8,9	5,7	6,0	9,5

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

Vi noterer videre at kvinner rapporterer mer sykkelighet enn menn; i gjennomsnitt er forskjellen på 1,8 poeng blant innvandrere og 1,0 poeng i befolkningen. I særklasse er kjønnsforskjellen størst blant irakere med 4,2 poeng. Deretter følger personer med bakgrunn fra Pakistan og Serbia-Montenegro med 2,9 poeng. Minst er kjønnsforskjellen blant srilankere, bosniere, somaliere og tyrkere. For ingen av de sistnevnte er kjønnsforskjellen statistisk signifikant på 5-prosentsnivå (undersøkt ved tosidig t-test).

Betraktes menn og kvinner hver for seg, er det menn med bakgrunn fra Tyrkia som rapporterer den dårligste helsetilstanden. Minst helseproblemer rapporterer menn med somalisk bakgrunn. Blant kvinnene er det irakere som rapporterer dårligst helse. Deres indeksgjennomsnitt ligger på over 12 poeng. Blant kvinnene er det srilankere, og deretter somaliere, som framstår som landgruppene med minst helseplager.

I den forrige helserapporten basert på Levekår blant innvandrere 2005/2006 presenterte vi utfallet på de fem enkeltindikatorer etter alder (Blom 2008). Vi har unnlatt å gjøre det samme her, ettersom vi finner det mindre nødvendig å aldersstandardisere data som er fordelt nettopp etter alder. Hvordan helseindeksen, som baserer

seg på alle fem helseindikatorerne, opptrer etter alder, er imidlertid verdt å se nærmere på. Tabell 5.4 viser dette for innvandrere og hele befolkningen.

**Tabell 5.4. Grad av dårlig helse etter alder og kjønn. Innvandrere og norskfødte med innvandrereforeldre og hele befolkningen, 16-70 år. Gjennomsnitt på additiv indeks**

Indeks for dårlig helse	I alt	16-24 år	25-39 år	40-54 år	55-70 år
<b>Innvandrere og norskfødte med innvandrereforeldre</b>					
Antall personer (N) .....	3 053	675	1 212	921	245
Begge kjønn .....	7,6	5,2	6,8	9,3	11,9
Menn .....	6,8	4,8	6,2	8,1	10,5
Kvinner .....	8,5	5,7	7,6	11,0	13,1
<b>Befolkningen 2002</b>					
Antall personer (N) .....	3 011	452	953	911	695
Begge kjønn .....	4,7	4,3	4,7	4,8	5,8
Menn .....	4,3	4,1	4,2	4,1	5,4
Kvinner .....	5,3	4,5	5,3	5,8	6,2

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

For både menn og kvinner med innvandrerbakgrunn stiger graden av helseproblemer med alderen. For hver ny aldersgruppe øker gjennomsnittsverdien på helseindeksen. Fra yngste til eldste aldersgruppe øker indeksen med 5,7 poeng blant menn og 7,4 poeng blant kvinner. I hele befolkningen er det overraskende nok ingen økning i indeksen fra alder 16-24 år til 40-54 år blant menn. Først fra nest eldste til eldste aldersgruppe øker indeksen med 1,3 poeng blant menn. Blant kvinner i befolkningen er det en jevn økning på hvert alderstrinn, men ikke mer enn 1,7 poeng fra yngste til eldste aldersgruppe. Som vi også så i den foregående rapporten om innvandrerhelse (Blom 2008), er alder langt mer avgjørende for helsetilstanden blant innvandrere enn i befolkningen som helhet.

### Konklusjon

Det er *irakiske* og *tyrkiske* innvandrere og deres norskfødte barn som alt i alt rapporterer dårligst helse etter at aldersforskjeller mellom gruppene er jevnet ut. Både blant menn og kvinner er det disse landgruppene som rapporterer de største helseproblemer. Blant menn er tyrkere sterkest rammet, mens det blant kvinner er irakere. Tyrkiske innvandrere er en blandet gruppe med bakgrunn fra både arbeidsinnvandring, familieinnvandring og flukt (kurdere). Irakere har bakgrunn hovedsakelig fra flukt og familieinnvandring (jf. Blom og Henriksen 2008: tabell 3.1).

På nivået under disse to landgruppene ligger iranere, pakistanere, chilener og vietnamesere. Bortsett fra pakistanere er også disse grupper med overveiende bakgrunn fra flukt og familieinnvandring. Minst berørt av erkjente helseproblemer er somaliere og srilankere, også disse grupper som primært har flyktningbakgrunn.

## 6. Er det sosioøkonomiske helseforskjeller også blant innvandrere?

Det heter, noe spøkefullt, at det er ”bedre å være rik og frisk enn fattig og syk”. Bortsett fra det tåpelige i et slikt utsagn, idet det formidler en innlysende sannhet, rommer det også en ubehagelig erkjennelse av at goder på ett område tenderer til å gå sammen med goder også på andre områder, og vice versa. Det er dette som i sosiologien gjerne går under betegnelsen ”Matteus-prinsippet”, etter det velkjente bibelverset: ”For den som har, skal få, og det i overflod. Men den som ikke har, skal bli fratatt selv det han har” (Matt. 13, 12).

Et gjennomgangstema i den epidemiologiske litteraturen er hvorvidt forskjeller i helse følger sosioøkonomiske skillelinjer (Sund og Krogstad 2005; Næss, Rognerud og Strand 2007). Et vanlig funn er at helsen er bedre blant høyt utdannede, økonomisk velstående og de som har en attraktiv posisjon i yrkeslivet. Det snakkes i den forbindelse om en ”sosial gradient” i befolkningens helsetilstand. Med økende utdanningsnivå, inntekt og yrkesprestisje følger også gradvis bedre helse.

En rekke teorier er lansert som forklaring på denne observerte sammenhengen (Elstad 2005, Sund og Krogstad 200). Selv om enkelte sykdommer er genetisk betinget eller oppstår i samspillet mellom gener og miljø, er det tvilsomt om genetiske forskjeller i stor skala er egnet til å forklare sosiale forskjeller i helse. I så fall vil det måtte bety at personer i lavere sosiale lag er utrustet med flere sykdomsdisponerende gener enn personer i mer privilegerte sosiale lag.

Innen et sosiologisk paradigme er det også den mulighet at de friskeste lykkes med å erobre en plass i samfunnets øvre sosiale sjikt, mens de mindre friske ”synker ned” til lavere posisjoner i den sosiale lagdelingen. Denne teorien går under betegnelsen ”mobilitetsforklaringen” eller helsemessig seleksjon og går altså ut fra at det er helsetilstanden som påvirker posisjonen i lagdelingen og ikke omvendt. Mer utbredt er nok forklaringen at det er ulikheter i miljøet rundt de sosiale klassene som genererer helseforskjeller. Det er dette perspektivet som må sies å ligge til grunn for nærværende arbeid. Innen denne teoritradisjonen er det likevel uenighet om hvilke sider ved miljøet som ”produserer” de viktigste helseforskjellene. Er det forskjeller i materielle ressurser, ulikheter i livsstil (”helseatferd”) eller mer psykososiale og immaterielle sider ved tilværelsen?

I litteraturen som oppsummerer funn fra de mest kjente undersøkelsene av helse blant innvandrere i Norge (for eksempel Helsedirektoratet 2009), synes det å være relativt lite materiale som belyser helseforskjeller blant innvandrere etter sosioøkonomiske skillelinjer. En rapport (Kumar m.fl. 2008) basert på den såkalte Innvandrere-HUBRO fra 2002 og en tilsvarende helseundersøkelse blant Oslos befolkning (HUBRO) fra året før viser imidlertid flere eksempler på hvordan helse og helseatferd varierer etter utdanningsnivå. Det gjennomgående funnet er her at den ”sosiale gradienten” fra studier av helse i hele befolkningen – på noen unntak nær – viser seg også innen hver av de fem asiatiske innvandrergroppene (inkl. tyrkere) som deltok i undersøkelsen.

I Levekår blant innvandrere 2005/2006 har vi anledning til å undersøke nærmere hvordan et tilsvarende helsemål som det som ble presentert i foregående kapittel, varierer etter demografiske og sosioøkonomiske faktorer. Formålet er ikke først og fremst å avdekke de reelle årsakene til forskjellene i helse, men å identifisere noen av de observerbare sosiale mønstrene. Årsaker lar seg vanskelig fastslå på basis av tverrsnittsdata, men det fratar oss likevel ikke muligheten til å drøfte mulige årsaksmekanismer.

### Den avhengige variabelen i modellen

For å maksimere variansen i det sammensatte helsemålet som skal brukes som avhengig variabel i den multivariate analysen, lar vi prinsippal komponentanalyse (en

slags faktoranalyse) trekke ut faktorer (her: komponenter) som forklarer så mye som mulig av variansen i de fem inngående helseindikatorerne. Dette er de samme indikatorerne som ble benyttet i den additive indeksen, men er her kombinert på en annen måte. Komponentene konstrueres med et gjennomsnitt lik 0 og et standardavvik lik 1. Den første komponenten, som alene forklarer 58 prosent av den totale variansen, benyttes i analysen nedenfor.

Korrelasjonen mellom den nye helseindeksen konstruert ved prinsippal komponentanalyse og den tidligere benyttede additive helseindeksen er 0,98 ( $p < 0,0001$ ). Det medfører således bare marginale forskjeller i de estimerte effektene om den ene eller den andre av de to indeksene benyttes som avhengig variabel. Den forklarte variansen i de multivariate analysene blir imidlertid noen prosentpoeng høyere dersom indeksen fra prinsippal komponentanalyse benyttes. Korrelasjonen mellom den nye helseindeksen (basert på prinsippal komponentanalyse) og de enkelte helseindikatorerne framgår av tabell 6.1. I forhold til korrelasjonene med den additive helseindeksen (jf. tabell 5.2) er de tre første indikatorerne noe sterkere korrelert med den nye indeksen, mens de to siste er noe svakere. Dermed er den nye indeksen noe sterkere orientert mot helse i sin alminnelighet og noe svakere orientert mot psykisk helse enn den additive indeksen.

**Tabell 6.1. Korrelasjon mellom indeks for dårlig helse konstruert ved prinsippal komponentanalyse og enkeltindikatorerne som inngår i indeksen. Pearsons r**

Enkeltindikatorer	Pearsons r
Selvevaluert helse .....	0,87
Virkning på hverdagen .....	0,87
Sykdommer .....	0,64
Psykosomatiske plager .....	0,75
Psykiske problemer .....	0,65

<sup>1</sup> Alle korrelasjonene er statistisk signifikante på 0.0001-nivå.

Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006.

### De uavhengige variablene i modellen

De uavhengige variablene i modellen kan for oversiktens skyld inndeles i noen hovedgrupper. Det er demografiske variabler, kognitive ressursvariabler, sosiale ressursvariabler, materielle ressursvariabler, variabler for verdiorientering, variabler for negative opplevelser og helseatferdsvariabler.

I gruppen *demografiske variabler* har vi kjønn (dikotom), alder (kontinuerlig variabel, fylte hele år ved utgangen av 2005), landbakgrunn (eget eller foreldres utenlandske fødeland) og innvandringsgrunn (intervjudata supplert med registerdata fra Utlendingsdatabasen i UDI).

*Kognitive ressursvariabler* omfatter fars utdanningsnivå, mors utdanningsnivå (begge basert på intervju og inndelt i seks nivåer: ingen utdanning, ufullført grunnskole, fullført grunnskole, videregående skole, universitet/høgskole av lavere grad, universitet/høgskole av høyere grad), eget utdanningsnivå (basert på intervju, omfatter fullført utdanning i Norge eller utlandet, sju nivåer: ingen utdanning, grunnskole, videregående skole 1 år, videregående skole 2 år+, høyere utdanning 1-2 år, høyere utdanning 3-4 år, høyere utdanning 5 år+) og egen norskferdighet (indeks for selvurdert ferdighet i norsk: lese, skrive, tale, forstå).

Av *sosiale ressursvariabler* har vi to: en dikotom intervjubasert variabel om respondenten har ektefelle/samboer bosatt i Norge og en indeks for omfanget av sosial kontakt utenom den nærmeste familien (venner, naboer og opplevd ensomhet).

*Materielle ressursvariabler* omfatter sysselsetting (minst én time per uke, dikotom intervjubasert variabel), indeks for god økonomi (blant annet basert på register- og intervjudata om egen og husholdets brutto inntekt, evne til å handtere utgifter og tilgang på kapitalvarer) og indeks for boligstatus (intervjudata om hustype, eierforhold, romslighet og eventuelle helseskadelige forhold ved boligen).

*Variabler for verdiorientering* omfatter tre intervjubaserte indekser: indeks for tilknytning til opprinnelseslandet, indeks for etnisk samhold i eksil og indeks for religiøsitet. Indeks for tilknytning til opprinnelseslandet måler i hvilken grad respondenten orienterer seg mot personer og verdier i opprinnelseslandet (ved å eie bolig eller jord der, ved å gi økonomisk hjelp til familie i landet, ved besøk, ved å lese nyheter på fremmedspråk og ved å forvente retur til opprinnelseslandet). Indeks for etnisk samhold i eksil fanger opp i hvilken grad respondenten innretter sitt sosiale liv mot andre landsmenn som har utvandret (ved å ønske seg flere av dem i eget boområde og ved bare å ha venner og naboer med innvandrerbakgrunn). Indeks for religiøsitet måler styrken i respondentens religiøsitet ved å spørre om menighetstilhørighet, religiøs praksis og religionens betydning i eget liv.

*Variabler for negative opplevelser* omfatter to indekser, en for opplevd diskriminering og en for vold og trusler. Diskrimineringsindeksen berører opplevd diskriminering på så forskjellige områder som boligmarkedet, arbeidsmarkedet, på skolen, i kredittinstitusjoner, helsevesenet, på utesteder og mobbing på jobb. Indeksen for vold og trusler dreier seg om erfaringer av vold og trusler i tillegg til tyveri og skadeverk.

I gruppen for *helseatferdsvariabler* inngår variabler om respondenten røyker eller ikke (dikotom), er overvektig ( $24,9 < \text{BMI} < 30,0$ ) (dikotom, referansegruppe:  $\text{BMI} = < 24,9$ ), er fet ( $\text{BMI} > 29,9$ ) (dikotom, referansegruppe:  $\text{BMI} = < 24,9$ ), mosjonerer i ulik grad (tre nivåer: aldri, sjeldnere enn én gang i uken, én gang i uken eller mer) og antall besøk hos fastlege eller annen allmennlege (kontinuerlig).

Som uavhengige variabler benyttes altså i denne analysen til sammen 9 indekser for henholdsvis norskferdighet, sosial kontakt, god økonomi, boligstatus, tilknytning til opprinnelseslandet, etnisk samhold i eksil, religiøsitet, opplevd diskriminering og vold og trusler. Disse er alle konstruert ved prinsippal komponentanalyse på grunnlag av et varierende antall intervju spørsmål, slik også indeksen for (dårlig) helse ble konstruert. Tabell A.1 i Appendiks gir en oversikt over alle indeksene som benyttes i rapporten, deres maksimums- og minimumsverdier, hvilke enkeltindikatorer som inngår i dem og graden av intern konsistens mellom enkeltindikatorerne innbyrdes (uttrykt ved Chronbachs alfa). Indeksene har alle et gjennomsnitt på 0 og et standardavvik på 1.

Før vi viser resultatene av analysen vil vi kort presentere noen av våre forventninger om hva vi vil finne. Når det gjelder de *demografiske* variablene, forventer vi å finne at helsen svekkes med alder og at menn har bedre helse enn kvinner, slik tabell 5.4 viser på bivariat grunnlag.

Når det gjelder *ressursvariablene*, enten det er på det kognitive, sosiale eller materielle området, venter vi at gode ressurser på alle områdene skal være assosiert med bedre helse. Det er her vi forventer å finne de sosiale ulikhetene i helse. Jo mer privilegert og velutrustet den enkelte er på disse områdene, desto mindre helseplager forventer vi å finne.

Hvorvidt det har betydning for helsen å være orientert mot opprinnelseslandet eller mot andre landsmenn i eksil er mer uklart. I utgangspunktet ville vi tro at slike *verdiorienteringer* indikerer vansker med integreringen og dermed også helseproblemer, men vi har vist annetsteds at tilknytning til opprinnelseslandet tvert om går sammen med økt sannsynlighet for å være sysselsatt (Blom 2010). Det er derfor mer åpent hvorvidt, og i så fall i hvilken retning, disse variablene er assosiert med helse. Sammenhengen mellom religiøsitet og helse er også omstridt, men en omfattende gjennomgang av 1200 arbeider om temaet konkluderer at religiøsitet gjerne gir en helsemessig gevinst (Koenig 2001). Vi ser imidlertid også for oss muligheten av det motsatte, idet alvorlig sykdom kan tenkes å generere behov for religiøs praksis i håp om å mildne en ublid skjebne.

*Negative opplevelser* som å ha opplevd diskriminering og/eller blitt gjenstand for vold eller trusler må antas å være assosiert med forringet helse, enten som direkte konsekvens eller fordi personer med helseproblemer i utgangspunktet kan være mer sårbare for overgrep.

Når det gjelder variablene for *helseatferd*, forventer vi å finne de kjente sammenhengene også blant innvandrere: Røyking og overvekt/fedme er negativt for helsen, mens mosjon er positivt. Vi har valgt å ta med også en variabel for antall besøk hos fastlege eller annen allmennlege (på grunn av egen sykdom) de siste 12 månedene. Vi antar her at mange besøk indikerer mye sykdom eller dårlig helse. Det eksisterer imidlertid også en motsatt forestilling under betegnelsen "*the inverse care law*". Den hevder at det er dem som har minst behov for det, som har best tilgang på medisinsk behandling og vice versa (Hart 1971).

Vi presenterer i tabell 6.2 effekten av de aktuelle bakgrunnsfaktorene på indeksen for (dårlig) helse estimert ved hjelp av *multippel regresjon* ved minste kvadraters metode (OLS). Estimaten viser nettoeffekten av den enkelte variabelen kontrollert for effekten av de øvrige variablene i modellen.

Parametrene som gjengis i tabellen, er standardiserte regresjonskoeffisienter ( $\beta$ ) som i motsetning til de ustandardiserte ( $B$ ) uttrykker det relative styrkeforholdet mellom forklaringsvariablene. Den standardiserte regresjonskoeffisienten angir hvor mange standardavvik den avhengige variabelen stiger eller synker når den uavhengige kontinuerlige variabelen øker med ett standardavvik eller antar en verdi på dummy-variabelen relativt til referanseverdien. I vårt tilfelle betyr negative estimater en *bedring* i helsetilstanden. Vi har estimert en modell for kjønnene samlet og separate modeller for hvert kjønn.



**Tabell 6.2. Parameterestimater fra OLS-regresjon for faktorer som påvirker indeks for dårlig helse (konstruert ved prinsipal komponentanalyse). Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 16-70 år. Begge kjønn, menn og kvinner. Standardiserte regresjonskoeffisienter**

	Begge kjønn	Menn	Kvinner
<b>Kjønn</b>			
Mann .....	-0,06 ***		
Kvinne .....	0		
<b>Alder</b> .....	0,33 ***	0,19	0,48 ***
<b>Alder kvadrert</b> .....	-0,08	0,01	-0,18
<b>Landbakgrunn</b>			
Bosnia-Hercegovina .....	0,17 ***	0,15 ***	0,20 ***
Serbia-Montenegro .....	0,11 ***	0,08 **	0,15 ***
Tyrkia .....	0,22 ***	0,20 ***	0,23 ***
Irak .....	0,18 ***	0,15 ***	0,21 ***
Iran .....	0,18 ***	0,14 ***	0,20 ***
Pakistan .....	0,24 ***	0,21 ***	0,29 ***
Vietnam .....	0,23 ***	0,17 ***	0,29 ***
Sri Lanka .....	0,15 ***	0,16 ***	0,13 ***
Chile .....	0,15 ***	0,11 ***	0,18 ***
Somalia .....	0	0	0
<b>Innvandringsgrunn</b>			
Flukt .....	0,04 *	0,04	0,05
Utdanning .....	-0,02	-0,03	0,01
Arbeid .....	0,01	0,03	-0,02
Andre grunner .....	0,00	0,00	0,00
Ikke innvandret (norskfødt) .....	0,02	0,02	0,02
Familiegrunner .....	0	0	0
<b>Fars utdanningsnivå</b> .....	-0,01	-0,02	-0,01
<b>Mors utdanningsnivå</b> .....	0,02	0,04	-0,01
<b>Eget utdanningsnivå</b> .....	-0,04 **	-0,04	-0,03
<b>Norskferdighet</b> .....	-0,09 ***	-0,08 **	-0,11 ***
<b>Har ektefelle/samboer i Norge</b>			
Ja .....	-0,03	-0,02	-0,04
Nei .....	0	0	0
<b>Sosial kontakt</b> .....	-0,08 ***	-0,08 ***	-0,08 ***
<b>Var sysselsatt forrige uke</b>			
Ja .....	-0,13 ***	-0,17 ***	-0,08 **
Nei .....	0	0	0
<b>God økonomi</b> .....	-0,05 *	-0,05	-0,03
<b>Boligstatus</b> .....	-0,06 ***	-0,03	-0,10 ***
<b>Tilknytning til opprinnelseslandet</b> .....	-0,01	-0,00	-0,02
<b>Etnisk samhold i eksil</b> .....	0,02	0,02	0,03
<b>Religiøsitet</b> .....	0,05 **	0,03	0,07 **
<b>Opplevd diskriminering</b> .....	0,07 ***	0,07 ***	0,08 ***
<b>Vold og trusler</b> .....	0,09 ***	0,08 ***	0,09 ***
<b>Røyker daglig eller av og til</b>			
Ja .....	0,09 ***	0,09 ***	0,08 ***
Nei .....	0	0	0
<b>Er overvektig (24,9&lt;BMI&lt;30,0)</b>			
Ja .....	-0,00	0,01	-0,01
Nei .....	0	0	0
<b>Er fet (BMI&gt;29,9)</b>			
Ja .....	0,05 ***	0,05 **	0,05 *
Nei .....	0	0	0
<b>Mosjonerer i ulik grad</b> .....	-0,05 ***	-0,09 ***	-0,03
<b>Antall besøk hos fastlege/allmennlege</b> .....	0,36 ***	0,38 ***	0,35 ***
Justert R <sup>2</sup> .....	0,488	0,479	0,493
N .....	2 961	1 631	1 330

\* p<0,05. \*\* p<0,01. \*\*\* p<0,001.

Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006.

De *demografiske* variablene oppfører seg omtrent som forventet. Menn rapporterer signifikant mindre helseplager enn kvinner. I tillegg bekreftes den trivielle iakttagelsen at helsen blir dårligere etter hvert som folk blir eldre. Uventet nok er aldersgradienten ikke statistisk signifikant for menn separat. At kvadratet av alder ikke er statistisk signifikant i noen av modellene, viser at effekten av alder på helse ikke er kurvilinear. Alder framstår som en av de viktigste prediktorene for helse i modellen.

Ettersom somaliere er valgt som referansegruppe i modellen, den av landgruppene som ifølge tabell 5.3 rapporterer minst helseproblemer blant menn og kjønnene samlet, viser tabellen signifikant høyere sykelighet for alle de øvrige nasjonalitetsgruppene. Mens den bivariate tabellen peker ut tyrkere og irakere som landgruppene med størst helseproblemer, er det her – etter kontroll for en rekke andre egenskaper – personer med pakistansk, vietnamesisk og tyrkisk opprinnelse som kom-

mer dårligst ut helsemessig. Det er mindre grunn til å feste seg ved dette resultatet ettersom de mange kontrollvariablene som inngår i modellen, absorberer deler av de karakteristiske trekkene ved den enkelte landgruppe på helt uoversiktlige måter.

Innvandringsgrunn har gjennomgående liten sammenheng med helsetilstanden, men vi finner at personer med flyktningbakgrunn eksponerer noe større helseproblemer enn personer med opphold av utdannings- eller familieggrunner.

Når det gjelder betydningen av *kognitive ressurser*, viser det seg at verken fars eller mors utdanningsnivå har noen signifikant effekt på helsen. Egen utdanning har derimot en signifikant nettoeffekt, slik en skulle forvente ut fra funn om dødelighet og helse rapportert for hele befolkningen (Elstad 2005, Sund og Krogstad 2005). Jo høyere utdanningsnivå, desto mindre helseproblemer rapporteres. Effekten av utdanning er imidlertid signifikant bare så lenge kjønnene inngår samlet i modellen. Dette henger selvfølgelig sammen med at standardfeilen øker når utvalget splittes i to.

Vel så avgjørende for helsen som utdanning, er god norskferdighet. Ferdighet i norsk medfører mindre sykdom, både for kvinner og menn. Et nærliggende spørsmål er selvfølgelig om innvandreren får god helse av å kunne norsk, eller om det i stedet er de sunne og friske som lettest blir norskkompetente. Begge forklaringene er plausible. Ferdighet i norsk kan tenkes å øke personens følelse av mestring, evne til å søke hjelp (blant annet i helsevesenet) og fremme egne interesser. Omvendt vil de som allerede har god helse, lettere kunne delta i aktiviteter som gjør at de lærer seg norsk, ved å delta på språkkurs og oppsøke situasjoner som gir mulighet til å praktisere språket.

Av *sosiale ressurser* finner vi at god forankring til venner og naboer har en forventet positiv sammenheng med helsen. Effekten framstår som like sterk for menn og kvinner. Det såkalte ”psykososiale perspektivet” innen helseforskningen vektlegger nettopp betydningen av sosiale relasjoner for helsen (Elstad 2005). Personer med manglende sosial støtte fra omgivelsene blir trolig lettere et offer for stress og andre psykososiale risikofaktorer (Næss, Rognerud og Strand 2007). Overraskende nok finner vi imidlertid ikke at gifte eller samboere med ektefellen/samboeren i Norge, har bedre helse enn andre.

Å disponere *materielle ressurser* er, som forventet, assosiert med god helse. Mest avgjørende er det å være sysselsatt, særlig for menn, men også for kvinner. Vi har annetsteds påvist at dårlig helse er en av de viktigste faktorene som hindrer innvandrere fra å være sysselsatt (Blom 2010). Den primære mekanismen er trolig at innvandrere med god helse selekteres til arbeid, mens de øvrige blir igjen. En tilleggseffekt kan være at selve sysselsettingen kan virke gunstig tilbake på personens fysiske og mentale helse i form av bedre selvfølelse, flere sosiale kontakter, stabil døgnrytme osv.

Tabellen viser videre at også god økonomi og bra boligstatus reduserer tilbøyeligheten til å rapportere dårlig helse. Størstedelen av den økonomiske effekten er allerede fanget opp av variabelen for sysselsetting. Det er derfor bare i modellen der kjønnene er samlet, at denne variabelen er statistisk signifikant. Boligstatus er assosiert med helse på samme måte, men her er effekten signifikant både for kjønnene samlet og for kvinner separat. En mulig tolkning kan være at mens effekten av de materielle ressursene for menn primært går gjennom sysselsetting, gjelder det tilsvarende for kvinner boligen der familiens kollektive ressurser er nedfelt.

*Verdiorienteringen vis-à-vis opprinnelseslandet* og andre landsmenn i eksil framstår i vår modell som uten betydning for innvandrernes helse. Religiøst engasjerte rapporterer imidlertid noe mer helseproblemer enn personer som er lite religiøst engasjerte. Vi finner blant innvandrere altså ikke den tendens som er påvist i andre undersøkelser, at religiøsitet disponerer for bedre helse.

Videre framgår det som forventet at begge indeksene for *negative opplevelser*, både opplevd diskriminering og erfaring med vold og trusler, er assosiert med økte helseproblemer. Effektene er statistisk signifikante for begge kjønn og av omtrent lik størrelse.

Alle unntatt én av *helseatferdsvariablene* viser den forventede sammenhengen med helse. Veletablert helseforskning gir grunnlag for å oppfatte dette som årsakssammenhenger. Daglig eller leilighetsvis røyking gir en forhøyet tilbøyelighet til dårlig helse, både blant menn og kvinner. Det gjør også fedme, men noe svakere enn ved røyking. En moderat overvekt har derimot ingen signifikant effekt på helseindeksen. Personer som mosjonerer, gjerne én eller flere ganger i uka, har bedre helse enn de som aldri mosjonerer. Effekten er likevel bare statistisk signifikant for menn og begge kjønn under ett.

Hyppige og mange besøk hos fastlege eller annen allmennlege framstår som en av de aller viktigste prediktorene for dårlig helse. Hyppige legebesøk indikerer at det står dårlig til med helsen. Det er altså ikke slik som "the inverse care law" (Hart 1971) postulerer at de sosiale gruppene som trenger det mest, oppnår minst helse-tjenester og omvendt. Så har da denne "loven" også et tillegg som sier at lovens gyldighetsområde er størst der hvor medisinske tjenestene er mest i markedskrefte-nes vold. Dette gjelder jo bare i begrenset grad i Norge. Gjentatte legebesøk behøver for øvrig ikke å innebære at klienten er lite tilfreds med legens bistand. En undersøkelse av den toveis sammenhengen mellom antall besøk hos fastlege eller annen allmennlege og tilfredshet med mottatte helsetjenester, viser ingen statistisk signifikant sammenheng (ikke vist her).

### Betydningen av arbeidsmiljø

I spørreskjemaet inngår også en rekke spørsmål med sikte på å kartlegge innvandrers arbeidsmiljø, gitt at vedkommende er i inntektsgivende arbeid. Det er spørsmål om støy, kulde, dårlig innemiljø, anstrengende arbeidsstillinger, tunge løft osv. Vi har laget en indeks for (dårlig) arbeidsmiljø der prinsippal komponentanalyse benyttes til å trekke ut en komponent som forklarer maksimalt av variansen i de 17 inngående dikotome indikatorene. Noen opplysninger om indeksen er gjengitt i tabell A.1 i appendikset.

Det viser seg at dårlig arbeidsmiljø blant sysselsatte korrelerer signifikant positivt med dårlig helse (Pearsons  $r=0,25$ ,  $p<0,0001$ ,  $N=1780$ ). I en OLS-regresjonsanalyse begrenset til de sysselsatte der den dikotome variabelen for sysselsetting er byttet ut med arbeidsmiljøindeksen og der alle øvrige bakgrunnsvariabler fra tabell 6.2 er med, framtrer indeksen for arbeidsmiljø som en høyst signifikant regressor med en standardisert parameterverdi på  $\beta=0,15$ . Dette er en høyere estimert verdi enn for så godt som alle de øvrige variablene i modellen unntatt antall besøk hos fastlege/allmennlege. Resultatet av analysen er gjengitt i sin helhet i tabell A.2 i appendikset.

### Oppsummering

På spørsmålet som ble stilt i overskriften til dette kapitlet – "Er det sosioøkonomiske helseforskjeller også blant innvandrere?" – er svaret et entydig "ja". Vi har sett at det foreligger sosioøkonomiske forskjeller i helse for innvandrere og norskfødte med innvandrerbakgrunn både etter eget utdanningsnivå, sysselsetting, økonomi, boligstatus og (blant sysselsatte) arbeidsmiljø. Tendensen for disse bakgrunnsvariablene er at helsen er best blant dem som har de mest attråverdige posisjonene (høy utdanning, er sysselsatt, har god økonomi, høy boligstatus og et godt arbeidsmiljø).

I tillegg har vi påvist helseforskjeller etter demografiske faktorer som kjønn, alder, landbakgrunn og innvandringsgrunn (kvinner og eldre har dårligere helse, i beskjeden grad også flyktninger) og etter forskjeller i helserelatert atferd (røyking, mosjon og fedme). Hyppige besøk hos primærlege bærer likeledes bud om helseproblemer. Gunstige helseeffekter er påvist i tilknytning til norskferdighet og sosial kontakt, mens negative helseeffekter er assosiert med religiøs orientering, opplevelse av diskriminering og vold og trusler.

## 7. Sosioøkonomiske forskjeller blant innvandrere i psykisk helse

I en rapport fra Rådet for psykisk helse (2007) gjennomgås en del funn fra norske og utenlandske undersøkelser om den psykiske helsen blant innvandrere. Det slås fast at andelen som rapporterer psykiske helseplager i Norge er større blant innvandrere enn blant personer uten innvandrerbakgrunn, slik vi også finner (Blom 2008). Det hevdes videre at forhold ved innvandrernes situasjon i Norge kan tenkes å være vel så avgjørende for deres psykiske helse som tidligere traumatiske opplevelser knyttet til oppbrudd, forfølgelse og flukt. Det henvises her særlig til forhold ved tilværelsen i Norge som kan generere en form for avmaktspfølelse, som arbeidsledighet, dårlig økonomi, utrygg bosituasjon, kommunikasjonsproblemer, diskriminering og manglende sosialt nettverk (jf. også Dalgard 2005 og Helsedirektoratet 2009).

Selv om vi i forrige kapittel har undersøkt sammenhengen mellom en rekke levekårsrelaterte bakgrunnsvariabler og vårt mest generelle mål på helse, kan det være av interesse å undersøke sammenhengen mellom de samme bakgrunnsfaktorene og det ene spesifikke målet for psykisk helse som vi har i vår levekårsundersøkelse blant innvandrere, Hopkins Symptoms Checklist-5 (HSCL-5) (se jf. kapittel 3). Selvfølgelig vil det være en relativt stor grad av likhet i effektene, ettersom HSCL-5 er én av de fem indikatorene som inngår i helseindeksen. Dessuten har vi allerede vist at korrelasjonen mellom de to målene er svært høy (Pearsons  $r=0,65$ , jf. tabell 6.1). Med den oppmerksomhet helseforskningen i Norge har viet psykiske problemer blant innvandrere, er det relevant å gjenta regresjonskjøringen fra tabell 6.2, men nå med indikatoren for psykiske helseproblemer som avhengig variabel. Indikatoren har ekstremverdiene 1 og 4, et gjennomsnitt på 1,6, et standardavvik på 0,78 og en Chronbachs alfa for intern konsistens mellom enkeltspørsmålene i indeksen på 0,89. Tabell 7.1 presenterer resultatet av regresjonen.

Blant de *demografiske* variablene er det bare alder og landbakgrunn som har noen statistisk signifikant effekt på den psykiske helsen ifølge tabell 7.1. Alderseffekten er noe sterkere enn for helseproblemer generelt, og effekten er kurvilineær ettersom kvadratleddet denne gang er signifikant. Det lar seg vise ved hjelp av de ustandardiserte regresjonskoeffisientene (ikke gjengitt her) at den estimerte effekten av alder kulminerer for begge kjønn ved 50-årsalderen for deretter å avta noe. Dette avviker fra den observerte bivariate sammenhengen som viser økende psykiske problemer gjennom hele aldersspennet. Som for generell helse rapporterer alle landgrupper større omfang av problemer enn somaliere som er satt som referansegruppe.

De *kognitive ressursvariablene* er relativt betydningsløse når det gjelder å predikere psykiske helseproblemer blant innvandrere. Egen utdanning bidrar bare til reduserte problemer blant kvinner, mens gode norskerferdigheter har tilsvarende effekt bare blant menn. For menn og kvinner samlet er ingen av disse variablene statistisk signifikante.

De *sosiale ressursene* er derimot mer virksomme når det gjelder å motvirke psykiske problemer enn generelle helseproblemer. Det å være gift eller samboer og ha ektefellen/samboeren hos seg (egentlig ”i Norge”) bidrar signifikant til mindre psykiske problemer både for kvinner og menn. Tilsvarende effekt fant vi ikke for helse generelt. På samme måte som for helse finner vi også at sosial kontakt med venner og naboer bidrar signifikant til å redusere problemer. Effekten kan synes å være større for psykisk helse enn for helse generelt.

**Tabell 7.1. Parameterestimater fra OLS-regresjon for faktorer som påvirker den psykiske helsen (operasjonalisert ved HSCL-5). Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 16-70 år. Begge kjønn, menn og kvinner. Standardiserte regresjonskoeffisienter**

	Begge kjønn	Menn	Kvinner
<b>Kjønn</b>			
Mann .....	-0,03		
Kvinne .....	0		
<b>Alder</b> .....	0,57 ***	0,40 **	0,76 ***
<b>Alder kvadrert</b> .....	-0,45 ***	-0,31 *	-0,61 ***
<b>Landbakgrunn</b>			
Bosnia-Hercegovina .....	0,20 ***	0,16 ***	0,24 ***
Serbia-Montenegro .....	0,13 ***	0,10 **	0,16 ***
Tyrkia .....	0,15 ***	0,15 ***	0,15 ***
Irak .....	0,18 ***	0,13 ***	0,25 ***
Iran .....	0,25 ***	0,23 ***	0,24 ***
Pakistan .....	0,22 ***	0,21 ***	0,25 ***
Vietnam .....	0,15 ***	0,10 **	0,20 ***
Sri Lanka .....	0,11 ***	0,11 ***	0,11 **
Chile .....	0,13 ***	0,10 ***	0,17 ***
Somalia .....	0	0	0
<b>Innvandringsgrunn</b>			
Flukt .....	-0,01	-0,00	-0,03
Utdanning .....	-0,01	-0,03	0,01
Arbeid .....	-0,02	-0,03	-0,02
Andre grunner .....	-0,01	-0,03	-0,01
Ikke innvandret (norskfødt) .....	0,02	0,00	0,02
Familiegrunner .....	0	0	0
<b>Fars utdanningsnivå</b> .....	-0,01	-0,02	-0,00
<b>Mors utdanningsnivå</b> .....	0,01	0,03	-0,01
<b>Eget utdanningsnivå</b> .....	-0,03	0,01	-0,06 *
<b>Norskferdighet</b> .....	-0,04	-0,06 *	-0,02
<b>Har ektefelle/samboer i Norge</b>			
Ja .....	-0,08 ***	-0,09 **	-0,11 ***
Nei .....	0	0	0
<b>Sosial kontakt</b> .....	-0,13 ***	-0,12 ***	-0,13 ***
<b>Var sysselsatt forrige uke</b>			
Ja .....	-0,09 ***	-0,11 ***	-0,05
Nei .....	0	0	0
<b>God økonomi</b> .....	-0,07 **	-0,06	-0,07 *
<b>Boligstatus</b> .....	-0,06 **	-0,04	-0,08 **
<b>Tilknytning til opprinnelseslandet</b> .....	0,02	0,03	0,00
<b>Etnisk samhold i eksil</b> .....	0,01	-0,00	0,02
<b>Religiøsitet</b> .....	0,02	-0,00	0,05
<b>Opplevd diskriminering</b> .....	0,10 ***	0,08 ***	0,13 ***
<b>Vold og trusler</b> .....	0,13 ***	0,15 ***	0,10 ***
<b>Røyker daglig eller av og til</b>			
Ja .....	0,08 ***	0,11 ***	0,06 *
Nei .....	0	0	0
<b>Er overvektig (24,9&lt;BMI&lt;30,0)</b>			
Ja .....	-0,02	-0,01	-0,02
Nei .....	0	0	0
<b>Er fet (BMI&gt;29,9)</b>			
Ja .....	0,01	0,03	-0,02
Nei .....	0	0	0
<b>Mosjonerer i ulik grad</b> .....	-0,04 *	-0,05 *	-0,04
<b>Antall besøk hos fastlege/allmennlege</b> .....	0,22 ***	0,24 ***	0,19 ***
Justert R <sup>2</sup> .....	0,269	0,288	0,252
N .....	2 927	1 610	1 317

\* p<0,05. \*\* p<0,01. \*\*\* p<0,001.

Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006.

Å disponere *materielle ressurser* virker også dempende på risikoen for psykiske problemer, på samme måte som for helseproblemer generelt. Når menn og kvinner analyseres samlet, gjelder det både sysselsetting, økonomi og boligstatus. Analyseres hvert kjønn for seg, er det sysselsettingen som er avgjørende for den psykiske helsen blant menn, mens det blant kvinner er økonomien og boligstatusen. Dette maner fram et bilde av en yrkesaktiv mann og en hjemmeværende husmor.

Ingen av variablene for *verdiorientering* synes å ha noen effekt på den psykiske helsen, heller ikke religiøsitet som hadde en viss sammenheng med generell helse.

*Negative opplevelser* som diskriminering og vold/trusler bidrar imidlertid signifikant til redusert psykisk helse, på samme måte som de gjorde det for generell helse.

Variablene for *helseatferd* er derimot noe mindre avgjørende for den psykiske helsen enn for helse generelt. Verken overvekt eller fedme er assosiert med økte psykiske problemer. Det er imidlertid røyking og mosjon. Røyking øker risikoen for problemer, mens mosjoning minsker dem. Som for generell helse er den gunstige effekten av mosjon statistisk signifikant bare for menn. Mange *besøk hos fastlege/allmennlege* i løpet av de siste 12 månedene er imidlertid en meget kraftfull prediktor for psykiske problemer blant begge kjønn.

Hvis vi sammenlikner forklart varians (justert  $R^2$ ) i denne analysen med tilsvarende verdi i analysen av generell helse, finner vi at den foreliggende modellen er langt svakere til å forklare variansen i psykisk helse sammenliknet med variansen i generell helse (27 prosent mot 49 prosent). Det betyr at det er langt flere *andre* bakgrunnsfaktorer enn de som er med i modellen, som påvirker variasjonen i psykiske problemer enn det er som påvirker variasjonen i generell helse.

Vi har også undersøkt sammenhengen mellom *arbeidsmiljø* og psykisk helse for de sysselsatte (N=1780). Det viser seg at dårlig arbeidsmiljø (operasjonalisert som i tabell A.2 i appendiks) er signifikant positivt korrelert med psykiske helseproblemer (Pearsons  $r=0,24$ ,  $p<0,0001$ ), slik denne faktoren også var med generelle helseproblemer. Tatt inn i en regresjonsmodell av samme type som i tabell 7.1 – selvfølgelig uten noen dikotom variabel for sysselsetting – har dårlig arbeidsmiljø en signifikant effekt på indeksen for psykiske helseproblemer ( $\beta=0,15$ ,  $p<0,0001$ ). Effekten av denne bakgrunnsfaktoren er en av de sterkeste i modellen (jf. Tabell A.3).

### Oppsummering

Påstanden om at det snarere er problemer i forbindelse med tilværelsen i Norge som virker på innvandrernes psykiske helse, framfor medbrakte traumer og livshendelser, synes å få støtte i denne undersøkelsen. Det er imidlertid få faktorer ved livet før ankomst til Norge som er kartlagt, og det kan heller ikke utelukkes at traumatiske hendelser fra opprinnelseslandet kan ligge bak noen av vanskene de møter i Norge. Vi konstaterer imidlertid at verken innvandringsgrunn eller foreldres utdanningsnivå har noen signifikant effekt på den psykiske helsen til innvandrene og deres norskfødte barn.<sup>7</sup> Alder og landbakgrunn spiller derimot en rolle.

Det undersøkelsen derimot viser, er at samliv med ektefelle eller samboer og sosial forankring gjennom kontakt med venner og naboer reduserer faren for psykiske problemer. God økonomi og gode boforhold, to aspekter ved den sosiale lagdeling, predikerer også lavere forekomst av psykiske helseproblemer, spesielt blant kvinner. For menn er det mest avgjørende for den psykiske helsen å være sysselsatt, men både menn og kvinner risikerer psykiske helseproblemer ved å jobbe i et dårlig (framfor godt) arbeidsmiljø.

Røyking og mosjon er helseatferd som henger sammen med psykisk helse (med ulikt fortegn), og hyppige legebesøk er en kraftfull indikator på psykiske helseproblemer

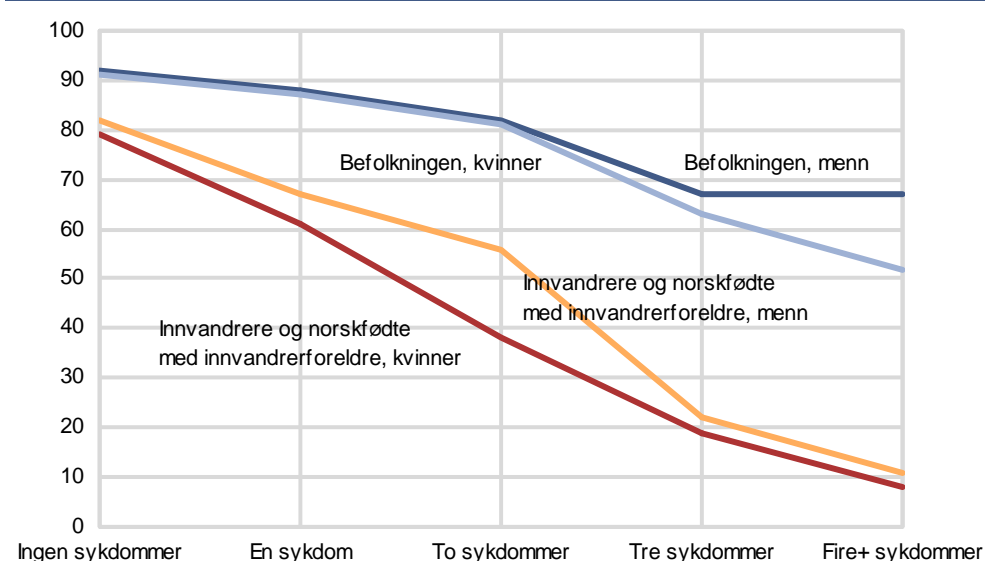
Overraskende nok betyr norskferdighet mindre for den psykiske helsen enn for helse generelt.

<sup>7</sup> Heller ikke oppvekststedets urbanitet (landsbygd, småby eller storby) spiller noen rolle – verken for generell eller psykisk helse. Variablen er testet ut, men ikke tatt med i noen av modellene her. Den inngår imidlertid blant bakgrunnsvariablene i tabell 9.1.

## 8. Evaluering av helsen etter antall rapporterte sykdommer. Hvorfor er forskjellen så stor mellom innvandrere og hele befolkningen?

Da vi arbeidet med den første rapporten om innvandrere og helse basert på data fra Levekår blant innvandrere 2005/2006 og de ordinære levekårsundersøkelsene, oppdaget vi den store forskjellen i egenvaluert helse mellom innvandrere og hele befolkningen for personer som oppgir det samme antallet somatiske sykdommer. Hvordan kan det for eksempel ha seg at 60 prosent av befolkningen med fire eller flere sykdommer synes de har god eller meget god helse, mot bare 9 prosent av innvandrerne med det samme antall sykdommer (Blom 2008: tabell 7.1)? Dette "spriket" i vurderingen av egen helse mellom innvandrere og befolkningen kommer særskilt godt fram når situasjonen framstilles grafisk som i figur 8.1. Her er dataene i tillegg splittet på kjønn.

Figur 8.1. Andel som vurderer sin helse som god eller meget god, etter antall sykdommer som personen har/har hatt. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre og hele befolkningen, 16-70 år, etter kjønn. Prosent



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

En nærliggende forklaring er at innvandrere og befolkningen som helhet – til tross for at de rapporterer like *mange* sykdommer – likevel ikke er like syke. Sykdommenes "alvorlighetsgrad" kan variere. Hvis innvandrere og norskfødte med utenlandsfødte foreldre gjennomgående rapporterer mer alvorlige sykdommer enn hele befolkningen, vil det selvfølgelig kunne medføre at de vurderer helsetilstanden ulikt. Dersom eksem og allergi dominerer blant befolkningen, mens kreft og magesår dominerer blant innvandrerne, er det rimelig at innvandrere betrakter seg som hardere rammet til tross for at tallet på sykdommer er likt. I tillegg kan det tenkes å være forskjeller i fordelingen av andre sykdommer og helseplager enn de somatiske, som for eksempel i forekomsten av psykosomatiske eller psykiske plager, som bidrar til at evalueringen av helsen blir forskjellig.

En annen mulig forklaring er at innvandrere og hele befolkningen vurderer helsen etter ulike *kriterier*. Deres faktiske helsesituasjon kan være noenlunde lik, men på grunn av forskjeller i tidligere erfaringer og sykdomsforståelse, vurderes situasjonen forskjellig. Dersom innvandrere "legger listen høyere" for å ville vurdere helsen som god eller meget god, vil det måtte føre til at andelen som velger denne karakteristikken, blir langt lavere. Dette er i hovedsak de to mulige forklaringene vi kan tenke oss på "spriket" i evalueringen som figur 8.1. viser

Vi undersøker dette nærmere i tabell 8.1 ved å vise prosentandelen med forskjellige sykdommer og helseplager blant innvandrere og deres norskfødte barn og personer i hele befolkningen som har henholdsvis én, to, tre og fire eller flere sykdommer.

**Tabell 8.1. Rapporterte sykdommer<sup>1</sup>, psykosomatiske<sup>2</sup> og psykiske<sup>3</sup> plager etter antall rapporterte sykdommer. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre og hele befolkningen, 16-70 år. Prosent**

Antall rapporterte sykdommer <sup>1</sup>	2005/2006				2002			
	Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre				Befolkningen			
	Én	To	Tre	Fire+	Én	To	Tre	Fire+
Antal personer (N=)	853	321	156	118	1 747	812	327	236
Eksem	9	23	29	25	9	28	43	67
Astma <sup>4</sup>	5	21	35	42	5	35	56	78
Allergi	42	54	55	71	54	76	76	88
Diabetes	4	9	19	38	4	4	10	46
Stoffskiftesykdom	7	22	26	49	2	6	8	41
Kronisk bronkitt, emfysem, kols	2	4	15	21	2	6	19	56
Urlekkasje	1	4	7	21	2	7	7	43
Magesår	11	20	33	41	4	8	19	52
Høyt blodtrykk	7	16	25	60	13	18	29	60
Angina pectoris	2	6	14	40	0	1	6	43
Hjerteinfarkt	1	2	7	24	1	1	5	33
Hjerneslag	1	1	3	10	0	1	3	34
Kreft	1	1	4	8	2	5	7	39
Beinskjørhet, osteoporose	2	5	8	18	0	1	6	31
Revmatiske plager (leddgikt)	6	12	20	20	2	3	7	37
<b>Psykosomatiske plager<sup>2</sup></b>								
Antal personer (N=)	853	321	156	118	860	389	170	124
Smerter i kroppen	39	52	66	81	21	22	42	36
Hodepine/migrene	40	51	53	77	20	24	43	32
Fordøyelsesbesvær	10	19	29	40	9	7	21	16
Hoste	16	22	36	42	8	13	30	20
Konsentrasjonsvansker	15	27	41	48	11	14	33	22
Søvnproblemer	29	45	61	68	17	25	39	23
Trett og slapp	43	58	59	88	21	35	54	43
Irritabel eller aggressiv	21	33	44	54	11	17	30	19
<b>Psykiske plager<sup>3</sup></b>								
Antal personer (N=)	853	321	156	118	860	389	170	124
Nervøsitet og indre uro	18	27	38	51	4	13	18	15
Stadig redd eller engstelig	15	24	32	42	3	9	14	5
Følelse av håpløshet med tanke på fremtiden	17	24	32	36	2	9	8	7
Nedtrykt og tungsindig	17	22	36	46	3	10	15	5
Mye bekymret eller urolig	21	30	43	49	6	16	17	8
Alder, gjennomsnitt	36	38	44	50	37	37	40	42

<sup>1</sup> Sykdommer som respondenten "har eller har hatt". Se for øvrig tabell 3.3 for mindre forskjeller i formuleringen av den enkelte diagnose til innvandrere og til hele befolkningen.

<sup>2</sup> Varige eller stadig tilbakevendende plager i løpet av de siste tre månedene før intervjuet.

<sup>3</sup> De siste 14 dagene har respondentene vært svært eller ganske plaget av dette.

<sup>4</sup> Både til befolkningen og innvandrerutvalget har formuleringen tillegget "...som medfører bruk av astmamedisin".

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

Blant personer med bare én rapportert sykdom er det en overvekt i hele befolkningen i andelen som rapporterer allergi og høyt blodtrykk, mens det i tilsvarende "én-sykdomsstratum" blant innvandrere og deres norskfødte barn er en overvekt i andelen som rapporterer stoffskiftesykdom, magesår, beinskjørhet og revmatiske plager/leddgikt.<sup>8</sup>

I stratimet som rapporterer to eller tre sykdommer finner vi høyere andeler med eksem, astma og allergi i befolkningen, mens diabetes og annen stoffskiftesykdom gjør seg sterkere gjeldende blant innvandrere og deres norskfødte barn. I tillegg er forekomsten av magesår, angina pectoris (hjertekramper), hjerteinfarkt, beinskjørhet og revmatisme/leddgikt høyere blant innvandrere, mens kreft, kols, urlekkasje og høyt blodtrykk er mer utbredt i befolkningen. Dette er nær identisk med hva vi

<sup>8</sup> At rapporteringen av leddgikt og stoffskiftesykdom er høyere blant innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre enn i befolkningen, kan være metodologisk begrunnet, jf. fotnote 1 og 2 til tabell 3.3.



har påvist tidligere ved en enkel inspeksjon av sykdommene rapportert i de to populasjonene uten å stratifisere etter antall sykdommer (jf. Blom 2008: tabell 4.1).

Når det gjelder graden av ”alvor” som hefter ved de forskjellige sykdommene, vil dette kunne variere fra person til person, med tidspunkt for oppdagelse, medikamentering, individuell motstandskraft osv. Men vi vil antakelig kunne hevde at allergiske plager, høyt blodtrykk og urinlekkasje, som i størst grad rammer hele befolkningen, er mindre alvorlig for helsen enn diabetes, stoffskiftesykdom, magesår, angina pectoris, hjerteinfarkt, beinskjørhet og revmatiske plager/leddgikt, som er overrepresentert blant innvandrerne. På den annen side er både kreft og kols, som i større grad rammer hele befolkningen, svært alvorlige sykdommer.

Går vi lenger ned i tabellen og studerer utbredelsen av de psykosomatisk og psykisk orienterte plagene, ser vi at disse dominerer i utbredelse blant innvandrere og deres norskfødte barn innen hvert av de fire sykdomsstrataene. Dette betyr selvfølgelig en tilleggsbelastning på innvandrerne og de norskfødte med innvandrerforeldre som ikke er synliggjort i figur 8.1. Denne tilleggsbelastningen kan tenkes å forklare noe av den mer negative utviklingen i selvevaluert helse blant innvandrerne.

Et overraskende trekk ved tabellen kommer til syne når vi går til stratimet for dem som rapporterer fire eller flere sykdommer. Her avdekkes at forekomsten av den enkelte sykdom nesten uten unntak er høyest i hele befolkningen. Unntakene gjelder stoffskiftesykdom og høyt blodtrykk. Andelen som rapporterer stoffskiftesykdom er høyest blant innvandrerne, mens høyt blodtrykk er like utbredt i begge populasjoner. Til tross for at befolkningen vurderer sin egen helse langt mer positivt enn innvandrerne blant dem som rapporterer fire eller flere sykdommer, er det altså ifølge tabell 8.1 likevel befolkningen som rapporterer mest somatisk sykdom av ulike slag. Hvordan kan dette ha seg?

En mulig forklaring kan være at personer i befolkningen med fire eller flere sykdommer er yngre og dermed i stand til å håndtere sykdomsbelastningen bedre enn tilsvarende gruppe blant innvandrerne. Tabellens nederste linje viser gjennomsnittsalderen i de enkelte strata, og her framgår det at gjennomsnittsalderen i gruppen med fire eller flere sykdommer er 42 år i befolkningen mot 50 år blant innvandrerne.

Den viktigste forklaringen ligger nok likevel et annet sted. I Levekårsundersøkelsen 2002 ble som nevnt respondentene bedt om å differensiere mellom sykdommer som de på intervjutidspunktet ”har” eller ”har hatt”. Et tilsvarende skille ble ikke gjort i datainnsamlingen til Levekår blant innvandrere 2005/2006. Både nåtidige og fortidige sykdommer ble der registrert i samme rubrikk. Det viser seg når vi undersøker hvor stor andel av de rapporterte sykdommene blant hele befolkningen som er registrert som sykdommer de ”har” på intervjutidspunktet, at andelen er merkbart lavere i fjerde kolonne enn i de tre foregående, det vil si i stratimet for fire eller flere sykdommer (tabell 8.2). Det kan se ut til at vi der har fanget opp personer som er opptatt av å rapportere mange sykdommer – gjerne også sykdommer som oppfattes som tilbakelagt. Dermed blir andelen ”nåtidige” sykdommer av alle rapporterte sykdommer lavere i dette stratimet enn i de øvrige.

**Tabell 8.2. Andel rapporterte sykdommer som respondenten "har" på intervju tidspunktet, beregnet av sykdommer som respondenten "har eller har hatt". Befolkningen, 16-70 år**

Sykdommer <sup>1</sup>	Befolkningen 2002. Andel av rapporterte sykdommer som respondenten har nå			
	1 sykdom	2 sykdommer	3 sykdommer	4+ sykdommer
Antall personer (N) .....	1 747	812	327	236
Eksem <sup>2</sup> .....	0,5	0,5	0,5	0,3
Astma <sup>3</sup> .....	0,6	0,6	0,7	0,5
Allergi .....	0,7	0,8	0,9	0,6
Diabetes .....	0,7	0,9	0,8	0,2
Stoffskiftesykdom .....	0,9	0,8	0,7	0,3
Kronisk bronkitt, emfysem, kols .....	0,1	0,2	0,4	0,2
Urinlekkasje .....	0,4	0,6	0,8	0,3
Magesår .....	0,3	0,2	0,3	0,1
Høyt blodtrykk .....	0,6	0,6	0,7	0,3
Angina pectoris .....	0,3	0,6	0,7	0,1
Hjerteinfarkt .....	0,2	0,1	0,2	0,0
Hjerneslag <sup>4</sup> .....	-	-	0,1	0,0
Kreft .....	0,1	0,1	0,3	0,0
Beinskjørhet, osteoporose .....	1,0	0,8	0,9	0,2
Leddgikt .....	0,9	0,8	1,0	0,3

<sup>1</sup> Sykdommer som respondenten "har eller har hatt".

<sup>2</sup> Formuleringen til hele befolkningen var "atopisk eksem".

<sup>3</sup> Spørsmålet har tillegget "...som medfører bruk av astmamedisin".

<sup>4</sup> Til befolkningen ble det bare brukt betegnelsen "slag".

Kilde: Levekårsundersøkelsen 2002.

Det lar seg også vise at det spesielt er menn som rapporterer en lavere andel "nåtidige" sykdommer i fjerde kolonne i tabell 8.2 (for dokumentasjon, se tabell A.4 i appendiks). Dette forklarer samtidig langt på vei hvorfor menn i befolkningen beholder sin positive evaluering av helsen selv om tallet på rapporterte sykdommer øker fra tre til fire eller flere, slik det fremgår av figur 8.1.

Noen av opplysningene i tabell 8.2 er for øvrig vanskelig å forene med hva vi vet om kroniske sykdommer som diabetes, kols og leddgikt. Dette er sykdommer som i prinsippet vil vare livet ut. Når de likevel av mange betraktes som tilbakelagt, kan det muligens bety at de ikke lenger volder store problemer fordi de holdes i sjakk med medikamenter.

I strataene for henholdsvis én, to og tre rapporterte somatiske sykdommer kan det – ut fra det som er presentert ovenfor – synes som at sykdomspanoramaet inneholder en større andel alvorlige sykdommer blant innvandrere enn i hele befolkningen. I tillegg kommer belastningen ved de psykosomatiske og psykiske plagene som er mer utbredt blant innvandrerne. Vi tror dette bidrar til å forklare hvorfor den subjektive evalueringen av helsen er bedre i hele befolkningen enn blant innvandrere selv når antall rapporterte somatiske sykdommer holdes likt, slik figur 8.1 viser.

Opplysningene i siste kolonne i tabell 8.1, de som rapporterer fire eller flere sykdommer, utgjør et unntak idet det her er befolkningen som helhet som rapporterer mest sykdom. Dette skyldes primært at de for en stor del opplyser om sykdommer som er tilbakelagte (kurerter). Vår hypotese er at innvandrere som beretter om fire eller flere sykdommer, ikke på samme måte forteller om fortidige fenomen (en hypotese som dessverre ikke lar seg teste med våre data). Hvis hypotesen er riktig, bidrar det til å forklare hvorfor innvandrere med fire eller flere sykdommer vurderer sin helse langt dårligere enn hele befolkningen som oppgir fire eller flere sykdommer.

I det følgende skal vi også undersøke hvorvidt innvandrere og befolkningen som helhet legger ulike kriterier til grunn når de skal evaluere sin helse. Er det de samme kravene til fravær av sykdom og helseplager som de to populasjonene opererer med når de evaluerer sin helse? Et inntak til svar på dette spørsmålet får vi ved å sammenlikne sykdomspanoramaet for innvandrere og hele befolkningen for dem som vurderer helsen sin som "meget god" (tabell 8.3).

**Tabell 8.3. Rapporterte sykdommer<sup>1</sup>, psykosomatiske<sup>2</sup> og psykiske<sup>3</sup> plager blant personer som vurderer sin helse som meget god. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre og hele befolkningen, 16-70 år. Prosent**

	2005/2006. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre	2002. Befolkningen
<b>Sykdommer<sup>1</sup></b>		
Antall personer (N=)	867	2 170
Eksem	6	8
Astma <sup>4</sup>	4	7
Allergi	17	27
Diabetes	0	3
Stoffskiftesykdom	1	2
Kronisk bronkitt, emfysem, kols	1	2
Urinlekkasje	0	2
Magesår	3	3
Høyt blodtrykk	1	5
Angina pectoris	0	2
Hjerteinfarkt	0	2
Hjerneslag	0	1
Kreft	0	2
Beinskjørhet, osteoporose	0	1
Revmatiske plager (leddgikt)	1	1
<b>Psykosomatiske plager<sup>2</sup></b>		
Antal personer (N=)	867	1 063
Smerter i kroppen	13	7
Hodepine/migrene	23	13
Fordøyelsesbesvær	4	4
Hoste	11	4
Konsentrasjonsvansker	4	5
Søvnproblemer	14	6
Trett og slapp	21	13
Irritabel eller aggressiv	9	5
<b>Psykiske plager<sup>3</sup></b>		
Antal personer (N=)	867	1 063
Nervøsitet og indre uro	9	2
Stadig redd eller engstelig	6	4
Følelse av håpløshet med tanke på fremtiden	10	2
Nedtrykt og tungsindig	7	2
Mye bekymret eller urolig	11	3

<sup>1</sup> Sykdommer som respondenten "har eller har hatt". Se for øvrig tabell 3.3 for liste over mindre forskjeller i formuleringen av den enkelte diagnose til innvandrerne og til hele befolkningen.

<sup>2</sup> Varige eller stadig tilbakevendende plager i løpet av de siste tre månedene før intervjuet.

<sup>3</sup> De siste 14 dagene har respondentene vært svært eller ganske plaget av dette.

<sup>4</sup> Både til befolkningen og innvandrerutvalget har formuleringen tillegget "...som medfører bruk av astmamedisin".

Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006.

I tabell 8.3 legger vi merke til at innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre rapporterer *lavere* forekomster av de enkelte somatiske sykdommene sammenliknet med hele befolkningen. Bare når det gjelder magesår og revmatiske plager/leddgikt, er prosentandelen den samme blant innvandrere og befolkningen. En rimelig tolkning av dette er at innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre opererer med andre og strengere kriterier enn befolkningen med hensyn til hvor mye somatisk sykdom som kan tolereres uten at helsen vil måtte vurderes som svakere enn "meget god". Dette gjelder altså somatisk sykdom.

Når det gjelder psykosomatiske og psykiske plager, gjelder åpenbart andre standarder. Her ser vi at innvandrere aksepterer høyere forekomster enn befolkningen som helhet uten at det spolerer deres oppfatning av helsen som "meget god". Stort sett rapporteres helseplager av psykisk eller psykosomatisk art omtrent dobbelt så ofte blant innvandrerne som i befolkningen (- fordøyelsesbesvær og konsentrasjonsvansker representerer et unntak). At dette er forenlig med en evaluering av helsen som "meget god", kan tyde på at helseplager av denne type bagatelliseres eller neglisjeres.

### Konklusjon

Hva lærer vi av dette? Når innvandrere fra de ti landene som er med i undersøkelsen Levekår blant innvandrere 2005/2006 og norskfødte med foreldre fra disse landene vurderer sin helse, er andelen som velger kategoriene "meget god" eller "god"

lavere blant dem enn blant befolkningen i Norge når sammenlikningen foretas mellom personer som oppgir det samme antallet somatiske sykdommer. Jo høyere tallet på somatiske sykdommer er, desto større blir ”spriket” i evalueringen av helsen mellom innvandrere og befolkningen som helhet.

En del av forklaringen på dette kan være at sykdommene som innvandrerne plages av, er tyngre å leve med enn sykdommene som befolkningen plages av (som for eksempel diabetes og annen stoffskiftesykdom mot allergi og eksem). I tillegg er likheten i sykdomsbelastningen etablert uten at plager av psykosomatisk og psykisk karakter er tatt i betraktning. Med hensyn til denne delen av sykdomspanoramaet er innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre sterkere rammet enn befolkningen. For eksempel er 42 prosent av innvandrerne med fire eller flere sykdommer ”stadig redd eller engstelig” mot bare 5 prosent av hele befolkningen med samme antall rapporterte sykdommer. Tilsvarende tall for andelen som opplever ”smerter i kroppen” er henholdsvis 81 og 36 prosent.

Samtidig ser vi tegn til at det normative grunnlaget for å vurdere helsen kan være noe forskjellig for innvandrere og hele befolkningen. Forventningen om å være fri for somatiske sykdommer som en forutsetning for å ha meget god helse synes å stå sterkere blant innvandrere enn i befolkningen. Det kan bidra til å øke forskjellen i evalueringen av helsen mellom dem. På den annen side vil innvandrernes tendens til å bagatellisere eller undervurdere belastningen ved psykiske helseproblemer, ventelig bidra til å underspille betydningen av denne faktoren når de evaluerer sin helse.

Vi ender likevel med å anta at det er en kombinasjon av disse to faktorene som gjør at innvandrere evaluerer sin helse mindre positivt enn befolkningen som helhet: Et tyngre sammensatt panorama av somatiske og psykiske plager og en høyere terskel for å evaluere helsen som god. Hvilke av de to faktorene som har mest å si, kan være vanskelig å avgjøre.

Det er for øvrig en svakhet at kartleggingen av sykdommer blant innvandrerne ikke er foretatt med samme skille mellom nåværende og fortidige sykdommer som i befolkningen. Det er rimelig å anta at koplingen er tettere mellom nåværende sykdommer og egnevaluert helse enn mellom summen av nåværende og fortidige sykdommer og egnevaluert helse. Deler av befolkningen har trolig et høyere innslag av fortidige sykdommer i sitt sykdomspanorama enn innvandrerne. Det bidrar til å forklare hvorfor personer i befolkningen med fire eller flere sykdommer kan rapportere mer somatisk sykdom enn tilsvarende gruppe blant innvandrerne og likevel beholde en positiv evaluering av sin helse.

## 9. Betydningen av alder ved ankomst versus botid

Som vi har vist i tidligere kapitler svekkes helsen med alder. Alder for innvandrere kan deles i to komponenter, alder ved innvandring ("innvandringsalder") og botid i tilflyttingslandet. For norskfødte av innvandrerforeldre er botiden selvfølgelig lik alderen. Det kan tenkes å ha en viss teoretisk interesse hvilken av de to komponentene av alder, innvandringsalder eller botid, som har mest å si for helsetilstanden. Vår umiddelbare antakelse er at det er opphold i opprinnelseslandet som innebærer størst helsefare, ettersom gjennomsnittlig levealder i alle opprinnelseslandene det her er snakk om, er kortere enn i Norge<sup>9</sup>. Forekomsten av infeksjonssykdommer i disse landene er større og legedekningen formodentlig svakere enn i Norge.<sup>10</sup> Alternativt vil påkjenningene ved omstillingen til et nytt samfunn, omlegging til andre og usunnere matvaner (mer fett og sukker) og mangel på sosialt nettverk kunne representere en utfordring for helsen knyttet til livet i tilflyttingslandet.

En enkel lineær regresjon med innvandringsalder og botid som kontinuerlige forklaringsfaktorer for dårlig helse, viser at begge disse faktorene bidrar til å svekke helsen. Den standardiserte regresjonskoeffisienten er større for innvandringsalder ( $\beta=0,40$ ) enn for botid ( $\beta=0,22$ ), hvilket betyr at tiden i opprinnelseslandet representerer størst belastning på helsen (ikke vist her). Den forrige levekårsundersøkelsen blant innvandrere i 1996 gav et liknende funn (Blom 1998: vedleggstabell 12). Ved introduksjon av flere bakgrunnsfaktorer i regresjonslikningen endres imidlertid størrelsesforholdet mellom koeffisientene for innvandringsalder og botid slik at opphold i Norge nå framtrer som en større risikofaktor for helsen enn tid tilbrakt i opprinnelseslandet. Dette skyldes at helsefremmende aspekter ved livet i Norge ledes bort fra botidsvariabelen og eksponeres i stedet ved egne variabler for utdanning, sysselsetting, ferdighet i norsk, inntekt, bolig og sosial kontakt (jf. tabell 6.3).

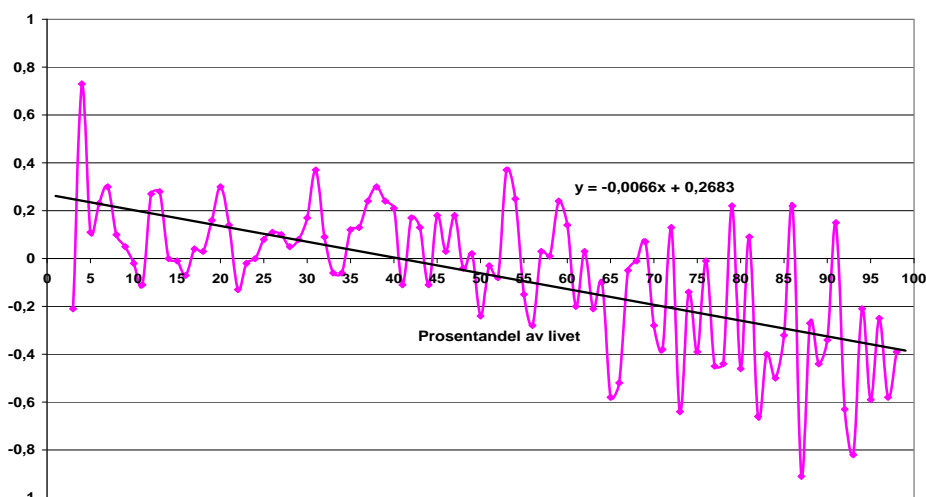
Denne labiliteten ved de estimerte parametrene får oss til å søke etter en annen måte å operasjonalisere spørsmålet om den relative betydningen av innvandringsalder og botid for helsen. I stedet for å benytte to variabler lager vi en ny som uttrykker hvilken prosentandel botiden utgjør av personens alder – beregnet med utgangspunkt i hele år og avrundet til hele prosent. Om noe av botiden skulle ha funnet sted i opprinnelseslandet i forbindelse med ferier, skolegang eller arbeid, har vi ikke hatt mulighet til å korrigere for dette. Botiden er definert som differansen mellom alder ved utgangen av 2005 og året for ankomst til Norge (registeropplysning). Variabelen for andelen av livet tilbrakt i Norge viser seg å løpe fra 3 til 100 prosent. Spørsmålet blir dermed om det svekker eller bedrer innvandrernes helse hvorvidt denne andelen er stor eller liten.

I figur 9.1 har vi plottet verdien på helseindeksen som motsvarer prosentandelen av livet tilbrakt i Norge. Vi ser at indeksen tendensielt skrånar nedover mot lavere verdier ettersom prosentandelen øker. Linjen i figuren representerer regresjonslinjen som gir den beste tilpasningen til den foreliggende punktmengden. Med negativt stigningstall viser den at sykkeligheten avtar med økende prosentandel av livet i Norge. I første omgang støtter det antakelsen at det er en helsemessig gevinst for innvandrere å ha levd størst mulig del av livet i Norge.

<sup>9</sup> Gjennomsnittlig levealder for begge kjønn samlet, estimert for årene 2005-2010 (avrundet), er ifølge FN: Bosnia-Hercegovina 75 år, Serbia og Montenegro 74 år, Tyrkia 72 år, Iran 71 år, Irak 67 år, Pakistan 66 år, Vietnam 74 år, Sri Lanka 74 år, Somalia 50 år, Chile 79 år, Norge 81 år (United Nations 2009).

<sup>10</sup> Nå kan imidlertid de som utvandrer være positivt selektert i forhold til den øvrige befolkningen i utvandringslandet med hensyn til helse og overlevelsessevne ("the healthy immigrant effect") (Gee, Kobayashi og Prus 2003).

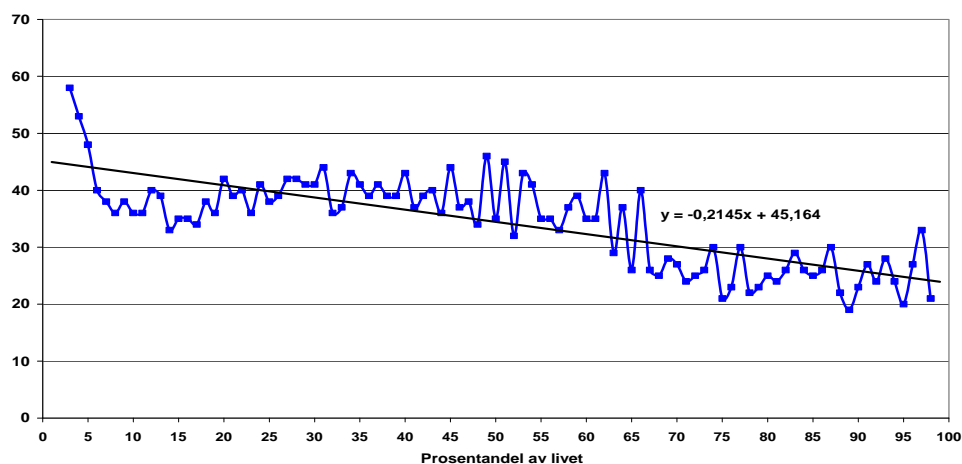
**Figur 9.1.** Indeks for dårlig helse (konstruert ved prinsippal komponentanalyse), etter prosentandel av livet tilbrakt i Norge. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 16-70 år



Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006.

Nå kan det imidlertid tenkes at det er en systematisk sammenheng mellom oppnådd alder og andelen av livet som er tilbrakt i Norge. Vi vet i hvert fall at de som har hatt hele livet sitt (100 prosent) i Norge, de norskfødte med utenlandsfødte foreldre, er blant de yngste i utvalget. En del av de godt voksne innvandrerne kan likeledes være relativt nyankomne til Norge, men selvfølgelig kan de også være blant de tidlige arbeidsinnvandrerne. For å undersøke dette nærmere har vi i figur 9.2 plottet gjennomsnittlig alder mot prosentandelen av livet som innvandreren har tilbrakt i Norge. Det vil si at den horisontale aksene (x-aksene) er den samme som i figur 9,1, mens den vertikale aksene (y-aksene) er gjennomsnittlig alder.

**Figur 9.2.** Gjennomsnittlig alder etter prosentandel av livet tilbrakt i Norge. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 16-70 år



Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006.

Figur 9.2 viser at det *er* en sammenheng mellom prosentandelen av livet som er tilbrakt i Norge og gjennomsnittsalderen. Tendensen er at gjennomsnittsalderen synker når andelen av livet i Norge øker (jf. regresjonslinjen i figuren). Vi ser at personer som har hele eller nesten hele livet i Norge, er gjennomsnittlig 20-30 år gamle når de trekkes ut for intervju, mens innvandrere med bare noen få prosent av livet i Norge, er gjennomsnittlig 50 år eller eldre. Hva innebærer dette?

Det *kan* bety at sammenhengen vi observerte i figur 9.1 – at helsen er bedre jo større del av livet som tilbringes i Norge – i virkeligheten skyldes at innvandrere med

en stor del av livet i Norge er noe yngre enn de øvrige innvandrerne. At de dermed er friskere, skyldes ikke primært at de har levd mye i Norge, men at de er yngre.

La oss teste dette i en multivariat regresjonsmodell. Tabell 9.1 viser effekten av andelen av livet som tilbringes i Norge, med og uten kontroll for alder og andre demografiske variabler som karakteriserer personen på et tidlig stadium i livet. Dette er variabler som personene selv har hatt liten eller ingen innflytelse på – som kjønn, landbakgrunn, oppvekststed (by eller land i opprinnelseslandet, eller født i Norge) og foreldres utdanningsnivå. Også innvandringsgrunn kan oppfattes som et demografisk faktum som sier noe om hvordan innvandreren har fått lovlig adgang til landet. Disse faktorene formidler lite eller ingenting om hvordan personen har benyttet tiden i opprinnelses- eller tilflyttingslandet til å finne sin plass i samfunnet. Vi unngår dermed at helserelevante faktorer som egen utdanning, sysselsetting, sosiale kontakter, språkferdighet og opplevd diskriminering ”forstyrrer” effekten av det ”rene” forholdstallet mellom botid og alder.

**Tabell 9.1. Parameterestimer fra OLS-regresjon for effekten på indeks for dårlig helse (konstruert ved prinspal komponentanalyse) av hvor stor del av livet som er tilbrakt i Norge, uten og med kontroll for alder og andre bakgrunnsfaktorer. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 16-70 år. Standardiserte regresjonskoeffisienter**

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
<b>Andel av livet tilbragt i Norge .....</b>	-0,16 ***	0,00	-0,12 ***	0,01
<b>Alder .....</b>		0,37 ***		0,37 ***
<b>Kjønn .....</b>				
Mann .....			-0,17 ***	-0,16 ***
Kvinne .....			0	0
<b>Landbakgrunn</b>				
Bosnia-Hercegovina.....			0,12 ***	0,04
Serbia-Montenegro .....			0,09 ***	0,05 *
Tyrkia .....			0,25 ***	0,18 ***
Irak .....			0,18 ***	0,19 ***
Iran .....			0,18 ***	0,12 ***
Pakistan .....			0,32 ***	0,18 ***
Vietnam .....			0,20 ***	0,12 ***
Sri Lanka .....			0,12 ***	0,05 *
Chile .....			0,18 ***	0,10 ***
Somalia .....			0	0
<b>Oppvekststed utenlands</b>				
I en småby.....			-0,03	-0,03
I en storby .....			0,01	-0,03
Ukjent .....			-0,05 *	-0,01
På landsbygda .....			0	0
Norskfødt.....			0	0
<b>Innvandringsgrunn</b>				
Flukt .....			0,13 ***	0,04
Utdanning.....			-0,03	-0,07 ***
Arbeid.....			0,04 *	-0,03
Andre grunner .....			0,01	-0,00
Ikke innvandret (norskfødt) .....			-0,06 *	-0,02
Familiegrunner .....			0	0
<b>Fars utdanningsnivå .....</b>			-0,09 ***	-0,06 **
<b>Mors utdanningsnivå .....</b>			-0,11 ***	-0,05 *
Justert R <sup>2</sup> .....	0,024	0,139	0,130	0,213
N.....	3 051	3 051	3 051	3 051

\* p<0,05. \*\* p<0,01. \*\*\* p<0,001.

Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006.

Modell 1 og 2 er de enklest mulige modellene som forklarer henholdsvis 2 prosent og 14 prosent av variasjonen i helse slik den framgår av indeks for dårlig helse. Modell 1 viser at helsen bedres signifikant ved økende andel av livet tilbrakt i Norge, slik også figur 9.1 viste. Når imidlertid alder legges inn i regresjonslikningen som kontrollvariabel (modell 2), forsvinner denne effekten fullstendig. Så godt som hele effekten på helseindeksen av andelen av livet tilbrakt i Norge, skyldes i virkeligheten at alder virker gjennom andelen av livet som finner sted i Norge.

Også om vi innfører variablene i modellen som karakteriserer utgangspunktet for innvandreren eller de norskfødte med innvandrerforeldre, uten å trekke inn variabler som beskriver bruken av tiden i Norge eller opprinnelseslandet, blir lærdommen prinsipielt den samme. Med kjønn, landbakgrunn, oppvekststed (by eller land), inn-

vandringsgrunn og foreldres utdanningsnivå som bakgrunnsvariabler – *men uten alder* – forklarer modell 3 like mye av variansen i helse som modell 2 med bare to faktorer. Som i tabell 6.2 får vi demonstrert at menn har signifikant mindre helseproblemer enn kvinner, mens alle andre landbakgrunner enn somalisk predikerer større helseproblemer. Har mor og/eller far høyere utdanning, trekker det også i retning av mindre helseproblemer. Oppvekststed i opprinnelseslandet har liten eller ingen betydning. Status som flyktning eller arbeidsinnvandrer øker tilbøyeligheten til å oppleve helseproblemer, mens å være norskfødt minsker den. Som i modell 1 spiller også andelen av livet som tilbringes i Norge, en signifikant rolle.

Men dette er altså uten kontroll for alder. *Med alder* som kontrollvariabel forsvinner nok en gang betydningen av hvor stor del av livet som er tilbrakt i Norge. Noen av de øvrige bakgrunnsfaktorene svekkes også. Å ha kommet som flyktning eller arbeidsinnvandrer framstår for eksempel ikke lenger som prediktor for dårlig helse, mens ankomst av utdanningsgrunner predikerer mindre helseproblemer enn ankomst av familiegrunner.

### **Konklusjon**

Konklusjonen på dette kapitlet blir at det ikke synes å være av betydning for helsen hvorvidt en innvandrer har lang eller kort oppholdstid i Norge bak seg. Det som betyr noe er alderen. Hvilke sosiale og økonomiske sammenhenger innvandrerne lykkes å inngå i når hun/han først har kommet til vertslandet, kan imidlertid være av stor betydning for helsetilstanden. Men selve *lengden* av tiden i henholdsvis opprinnelseslandet og tilflyttingslandet, er – så langt vår analyse viser – uvesentlig for utfallet når variasjonen i alder er kontrollert.



## 10. Tilpasningsstrategier og psykisk helse

Det foreligger sosialpsykologiske studier som undersøker betydningen for den psykiske helsen av hvilken form for tilpasning til det nye samfunnet som innvandreren har slått inn på (Sam 1994; Berry et al. 2006; Sam et al. 2006; Vedder, Sam og Liebkind 2007; Sam og Berry 2009). Som indikatorer på psykisk helse benyttes skalaer for tilfredshet med livet, selvfølelse og psykiske problemer (angst, depresjon og psykosomatiske symptomer). Med form for tilpasning til det nye samfunnet menes hvordan innvandreren søker å balansere eventuelle ønsker om å bli en del av det nye samfunnet i forhold til det å holde fast på egen kultur og verdier fra opprinnelseslandet.

Selv om dette i første omgang kan oppfattes som to gjensidig utelukkende tilnærminger, viser det seg i praksis at de lar seg kombinere på ulike måter. Idealtypisk får en da fire mulige tilpasningsformer eller "akkulturasjonsstrategier" som det også kalles i den sosialpsykologiske litteraturen. Dette er henholdsvis integrering, assimilering, separasjon og marginalisering. Med *integrering* siktes det til at innvandreren søker å tilegne seg kulturen i det nye samfunnet, samtidig som hun/han søker å bevare deler av sin opprinnelige kultur. *Assimilering*, derimot, betyr at en "kaster over bord" sin opprinnelige kultur og bare legger vinn på å gli inn i det nye samfunnet. Den motsatte ytterligheten er *separasjon*, der innvandreren ønsker å avsondre seg fra påvirkning fra det nye samfunnet og i stedet går inn for å bevare og dyrke opprinnelseslandets kultur og verdier. Den fjerde og siste posisjonen, *marginalisering*, innebærer distansering både fra det nye samfunnets og opprinnelseslandets kultur.

Når disse tilpasningsstrategiene konfronteres med forskjellige mål på psykisk tilpasning og velvære, er utfallet ifølge litteraturen gjennomgående at det er integreringsstrategien som viser seg å gi det gunstigste utfallet. Minst gunstig for den psykiske helsen er marginalisering. Et annet gjennomgående funn i denne litteraturen er at det gjerne er flest som velger integreringsstrategien (Berry et al. 2006, Sam og Berry 2009).

Våre data åpner en mulighet for å teste noen av disse funnene. Av de to indeksene som byr seg fram som mulige indikatorer på tilhørighet til opprinneskulturen, er det bare *indeks for etnisk samhold i Norge* som har noen statistisk signifikant toveis sammenheng med vårt mål på psykisk helse (Pearsons  $r=0,08$ ,  $p<0,0001$ ). Den andre mulige kandidaten – *indeks for tilknytning til opprinnelseslandet* – korrelerer ikke signifikant med psykisk helse.

Som indikator på vilje til å tilegne seg kulturen i tilflyttingslandet er det *indeks for tilknytning til Norge* som peker seg ut. Denne indeksen, som presenteres til slutt i tabell A.1 i appendiks, er konstruert ved hjelp av prinsippal komponentanalyse på basis av 11 enkeltindikatorer. De berører praktiske ting som å være født i Norge eller å ha innvandret som barn, ha gått på skole i Norge, ha norsk ektefelle eller samboer, ha norske venner, norsk statsborgerskap, delta i norsk foreningsliv og norske valg, men også forhold av mer ideologiske karakter som å ønske å bli boende i landet og å føle samhørighet med landet. Indeksen for tilknytning til Norge korrelerer signifikant negativt med indikatoren for psykiske helseproblemer (Pearsons  $r=0,16$ ,  $p<0,0001$ ).

Ved å dele de to aktuelle indeksene i tilnærmete kvartiler og fordele massen av respondenter mellom de 16 cellene i tabellen som oppstår når de to variablene krysses med hverandre, får vi et resultat som i tabell 10.1. Her er antall respondenter i hver celle gjengitt som prosenter av alle respondentene i tabellen ( $N=3053$ ). I tillegg har vi satt "merkelapper" på de fire cellene i hjørnene av tabellen i overensstemmelse med begrepsbruken i litteraturen om akkulturasjonsstrategier. Respondentene i fjerde kvartil av både indeksen for etnisk samhold og tilknytning til Norge (dvs. som har høye verdier på begge disse dimensjonene) har fått merkelappen *integrert*.

I det diagonalt motsatte hjørnet samles dem som har lave verdier på begge disse dimensjonene og som derfor må kalles *marginaliserte*. I øvre høyre hjørne har vi de *separerte* med liten tilknytning til Norge (første kvartil) og sterk tilknytning til egen etnisk/kulturell gruppe (fjerde kvartil), og i nedre venstre hjørne samles de *assimilerte* med sterk tilknytning til Norge (fjerde kvartil) og liten tilknytning til egen etnisk gruppe (første kvartil).

**Tabell 10.1. Krysstabell mellom indeks for tilknytning til Norge og indeks for etnisk samhold i eksil, begge inndelt i tilnærmede<sup>1</sup> kvartiler. Innførslene viser andelen av enhetene i tabellen i den enkelte celle. (N=3053). Prosent**

		Etnisk samhold i eksil				
		Lite	Middels 1	Middels 2	Stort	
Tilknytning til Norge	Liten	5 Marginalisert	3	7	10 Separert	25
	Middels 1	8	4	7	7	26
	Middels 2	8	5	6	5	24
	Stor	12 Assimilert	6	5	2 Integrert	25
		32	20	25	25	100

<sup>1</sup> Eksakt kvartilsinndeling er fraveket for å slippe å interpolere verdier.

Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006.

Som tabell 10.1 viser utgjør personene i de navngitte hjørnecellene til sammen bare 29 prosent av hele materialet. I vår tabell utgjør personene som inngår i cellen for "integrerte" bare 2 prosent av respondentene. Dette er klart den minste andelen av dem som tilhører hjørnecellene. Den største gruppen er de "assimilerte" med 12 prosent av respondentene. De "separerte" utgjør 10 prosent av materialet og de "marginaliserte" 5 prosent. Vi kunne selvfølgelig valgt å dele indeksene i to etter medianen i stedet for i fire etter kvartiler og slik få en tabell med bare fire celler. Også da ville de integrerte utgjøre den minste gruppen med 18 prosent, mot henholdsvis de marginaliserte (20 prosent) og de assimilerte og separerte 31 prosent hver.

Spørsmålet er nå om forekomsten av psykiske helseproblemer viser noen systematisk variasjon etter hvilken celle i tabellen ovenfor en tilhører. Og mer spesifikt: Er det slik at de integrerte, som åpner seg for kulturelle inntrykk fra tilflyttingslandet og samtidig beholder viktige deler av sin egen identitet, rapporterer mindre psykiske problemer enn øvrige personer som velger andre tilpasningsformer? Vår mulighet til å undersøke dette er å presentere matrisen ovenfor med gjennomsnittsverdiene fra Hopkins Symptoms Checklist-5 (HSCL-5) som innføres i de enkelte cellene. Tabell 10.2 viser dette. Jo høyere verdier på skalaen som løper fra 1 til 4, desto større/flere symptomer på psykiske problemer.

**Tabell 10.2. Skala for psykiske helseproblemer (HSCL-5) etter akkulturasjonsstrategier<sup>1</sup>. Gjennomsnitt. (N=2995)**

		Etnisk samhold i eksil				
		Lite	Middels 1	Middels 2	Stort	
Tilknytning til Norge	Liten	1,8 Marginalisert	1,7	1,7	1,8 Separert	1,8
	Middels 1	1,6	1,6	1,6	1,7	1,6
	Middels 2	1,6	1,6	1,7	1,7	1,6
	Stor	1,4 Assimilert	1,5	1,5	1,4 Integrert	1,4
		1,5	1,6	1,6	1,7	1,6

<sup>1</sup> Akkulturasjonsstrategiene er operasjonalisert ved å krysskjøre indeks for tilknytning til Norge med indeks for etnisk samhold i eksil, begge inndelt i kvartiler (jf. note 1 til tabell 10.1)

Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006.

Tabellen viser at variasjonsbredden i gjennomsnittsverdiene på skalaen for psykiske problemer i de 16 cellene er relativt begrenset. Med et gjennomsnitt for hele utvalget på 1,6 er de laveste verdiene 1,4 blant assimilerte og integrerte og de høyeste 1,8 blant marginaliserte og separerte. For de øvrige 12 cellene i matrisen ligger fem celler på gjennomsnittsverdien (1,6), to celler ligger en tittel under og fem celler ligger en tittel over gjennomsnittet.

Hadde vi i stedet valgt å todele indeksene som danner matrisen i tabell 10.1 og 10.2 og slik etablert en enkel firefeltstabell med de integrerte i nedre høyre kvadrant, de assimilerte i nedre venstre kvadrant, de separerte i øvre høyre kvadrant og de marginaliserte i øvre venstre kvadrant, ville spredningen i gjennomsnittet på indeksen for psykiske problemer blitt enda mindre. De assimilerte ville da hatt en verdi på 1,5, de integrerte på 1,6 og de marginaliserte og separerte begge 1,7 (ikke vist). Ut fra et ønske om best mulig å plukke opp eventuelle effekter av ulike akkulturasjonsstrategier, på den psykiske helsen framstår tilnærmingen vi har valgt ovenfor som den beste.

På basis av tabell 10.2 får vi inntrykk av at innvandrere som forholder seg til det norske samfunnet på måter som kan betegnes som assimilering eller integrering, har noe mindre symptomer på psykiske vansker enn personer som velger marginalisering eller separasjon. Problemet er at dette er påvist ved enkle toveis sammenhenger og vil kanskje ikke tåle kontroll for effekten av andre bakgrunnsfaktorer som alder, kjønn, landbakgrunn, foreldres utdanningsnivå, innvandringsgrunn osv.

I tabell 10.3 undersøker vi dette nærmere ved å ta inn de fire akkulturasjonsstrategiene som dummyvariabler i multivariate regresjonsmodeller med økende kompleksitet. De øverste innførslene i tabellen representerer altså de fire "hjørnene" i tabell 10.2. De øvrige personene i matrisen utgjør referansegruppen. I *modell 1* opptrer bare akkulturasjonsstrategiene og kjønn. Vi finner at det å tilhøre gruppen assimilerte eller integrerte predikerer noe mindre symptomer på psykiske problemer enn det å tilhøre referansegruppen. Å være blant de assimilerte framstår som gunstigst, dernest de integrerte. Å tilhøre gruppen marginaliserte eller separerte trekker på den annen side i retning av økte forekomster av psykiske problemer.

**Tabell 10.3. Parameterestimer fra lineær regresjon for effekten av akkulturasjonsstrategier og andre faktorer som påvirker forekomsten av psykiske plager (HSCL-5). Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 16-70 år. Standardiserte OLS regresjonskoeffisienter**

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
<b>Akkulturasjonsstrategier</b>			
Marginalisert .....	0,05 *	0,04 *	0,01
Assimilert .....	-0,09 ***	-0,07 ***	-0,01
Separert .....	0,08 ***	0,06 ***	0,04 *
Integrert .....	-0,04 *	-0,03	-0,03
Annet .....	0	0	0
<b>Kjønn</b>			
Mann .....	-0,06 ***	-0,08 ***	-0,06 **
Kvinne .....	0	0	0
<b>Alder</b>			
Alder kvadrert .....		0,38 ***	0,72 ***
<b>Landbakgrunn</b>			
Bosnia-Hercegovina .....		-0,22 *	-0,56 ***
Serbia-Montenegro .....		0,08 **	0,19 ***
Tyrkia .....		0,08 ***	0,14 ***
Irak .....		0,13 ***	0,17 ***
Iran .....		0,17 ***	0,19 ***
Pakistan .....		0,23 ***	0,25 ***
Vietnam .....		0,14 ***	0,25 ***
Sri Lanka .....		0,06 *	0,16 ***
Chile .....		0,03	0,12 ***
Somalia .....		0,11 ***	0,14 ***
		0	0
<b>Innvandringsgrunn</b>			
Flukt .....		0,01	0,01
Utdanning .....		-0,04 *	-0,01
Arbeid .....		-0,05 **	-0,02
Andre grunner .....		-0,00	-0,00
Ikke innvandret (norskfødt) .....		0,02	0,02
Familiegrunner .....		0	0
Fars utdanningsnivå .....		-0,04	-0,00
Mors utdanningsnivå .....		-0,02	0,01
Eget utdanningsnivå .....			-0,03
Norskferdighet .....			-0,04
<b>Har ektefelle/samboer i Norge</b>			
Ja .....			-0,09 ***
Nei .....			0
<b>Sosial kontakt</b>			
Var sysselsatt forrige uke .....			-0,13 ***
Ja .....			-0,09 ***
Nei .....			0
<b>God økonomi</b>			
Boligstatus .....			-0,07 **
Tilknytning til opprinnelseslandet .....			-0,07 ***
Religiøsitet .....			0,01
Opplevd diskriminering .....			0,03
Vold og utrygghet .....			0,11 ***
Røyker daglig eller av og til .....			0,16 ***
Er overvektig (24,9<BMI<30,0) .....			0,08 ***
Er fet (BMI>29,9) .....			-0,01
Mosjonerer i ulik grad .....			0,03
Justert R <sup>2</sup> .....	0,023	0,097	0,235
N .....	2 995	2 995	2 995

\* p&lt;0,05. \*\* p&lt;0,01. \*\*\* p&lt;0,001.

Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006.

I modell 2 har vi tatt inn i modellen øvrige relevante bakgrunnsvariabler som karakteriserer innvandrerne ved ankomst til Norge, i tillegg til alder ved intervju-tidspunktet. Vi holder utenfor variabler som konkretiserer hvordan livet i tilflyttingslandet har utviklet seg, så som språkferdighet, sysselsetting, eget utdanningsnivå, tilknytning til opprinnelseslandet, økonomisk situasjon, boligstatus, diskriminering osv. Slike aspekter ved livet vil kunne overlape innholdet i de fire akkulturasjonsstrategiene hvis effekter ønskes belyst.

De opprinnelige effektene fra modell 1 svekkes noe i modell 2, men ikke mye. Tendensen til reduserte symptomer på psykiske problemer for de integrerte er ikke lenger statistisk signifikant på 5-prosentsnivå ( $p=0,051$ ). Strategiene marginalisert og separert innebærer fortsatt økt tilbøyelighet til psykiske problemer, mens status som assimilert predikerer reduserte symptomer på psykiske problemer – alle i forhold til referansegruppen av personer som ikke kjennetegnes av noen distinkt ak-

kulturasjonsstrategi. Ut over dette viser modell 2 (som tabell 7.1) signifikante effekter av alder, kvadratet av alder og landbakgrunn. Av tabellen framgår også at det å ha utdanning eller arbeid som første oppholdsgrunn, predikerer signifikant lavere tilbøyelighet til psykiske problemer. Dette er nytt i forhold til tabell 7.1.

En ytterligere svekkelse av akkulturasjonsstrategiene følger dersom også bakgrunnsfaktorer som karakteriserer situasjonen og aktivitetene i Norge på intervju-tidspunktet trekkes inn. Hva som da gjenstår av signifikante effekter, er en svak økt tilbøyelighet til å oppleve psykiske problemer ved å velge en separasjonsstrategi, det vil si å vende det nye samfunnet ryggen og dyrke opprinnelseslandets kultur og verdier. Ønsker vi imidlertid å undersøke betydningen av de ulike tilpasningsmåtene, er det som nevnt ikke rimelig å gå videre fra modell 2 til modell 3. Den teoretiske problemstillingen innebærer i dette tilfelle at modell 2 er den mest adekvate modellen.

### Oppsummering

Som vist i den sosialpsykologiske litteraturen om betydningen av forskjellige tilpasninger til tilværelsen i tilflyttingslandet, finner også vi at det har en betydning hvordan innvandreren velger å balansere de til dels motsetningsfylte ønskene om å ta opp i seg tilflyttingslandets kultur og å bevare egne kulturelle tradisjoner. Å avvise tilflyttingslandets kultur og først og fremst dyrke opprinnelseslandets tanke-sett og levemåter ("separasjon") eller å forkaste begge kulturelle forankringspunkter ("marginalisering"), medfører som ventet økt tilbøyelighet til symptomer på psykiske problemer. Hva som her måtte være årsak og virkning kan vår undersøkelse ikke gi svar på.

Til forskjell fra de foran refererte undersøkelsene, finner vi imidlertid ikke at det er den lille gruppen som forsøker både å tilegne seg vertslandets kultur og holde fast ved egen kulturell forankring gjennom kontakt med landsmenn ("de integrerte") som kommer best ut når det gjelder psykisk helse. Vårt funn tyder faktisk på at det er dem som omfavner tilflyttingslandets kultur og gir slipp på den kulturelle orienteringen mot egen etnisk gruppe ("de assimilerte"), som rammes minst av psykiske problemer.

Det må imidlertid tas noen forbehold i forbindelse med innholdet i indeksene som vi har benyttet i denne analysen. Det opprinnelige utvalget av spørsmål som er benyttet, er ikke bevisst konstruert med tanke på å teste den omtalte problemstillingen. Undersøkelsene som finner at integrasjon er den beste tilpasningsformen fra et helsemessig perspektiv, bygger på flere velprøvde og skreddersydde spørsmål for å teste psykososiale problemstillinger av denne type. Det er derfor knapt grunnlag for å gå sterkt ut og avvise tidligere funn på dette feltet med utgangspunkt i vår egen undersøkelse. I stedet for å framheve betydningen av assimilasjon på bekostning av integrasjon, er det mer adekvat ut fra våre data å vektlegge begge disse tilpasningsformene som gunstige for den psykiske helsen blant innvandrere.

## Referanser

- Berglund, F. (2004): Indekskonstruksjon: Kun et spørsmål om teknikk?, *Tidsskrift for samfunnsforskning*, Vol 45, s. 567-586.
- Berry, J.W., J.S. Phinney, D.L. Sam og P. Vedder (2006): Immigrant Youth: Acculturation, Identity, and Adaptation, *Applied psychology: An international review*, Vol 53 (3), s. 303-332.
- Blom, S. (1998): *Levekår blant ikke-vestlige innvandrere i Norge*, Rapporter 98/16, Statistisk sentralbyrå.
- Blom, S. (2008): *Innvandreres helse 2005/2006*, Rapporter 2008/35, Statistisk sentralbyrå.
- Blom, S. og K. Henriksen (red.) (2008): *Levekår blant innvandrere i Norge 2005/2006*, Rapporter 2008/5, Statistisk sentralbyrå.
- Blom, S. (2010): Sysselsetting blant innvandrere: Hvilken betydning har individuelle egenskaper og tilpasningsstrategier? *Søkelys på arbeidslivet*, volum 27, nr. 1-2, s. 59-76.
- Dalgard, O.S. (2005): Psykisk helse blant innvandrere i Oslo. Resultater fra befolkningsundersøkelser. I N. Ahlberg, A. Aambø og I. Gihle (red.): *Utfordringer innen helse og omsorg blant minoriteter. Tilbakeblikk og erfaringer*. NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse 1/2005 (2. opplag 2007), s. 18-24.
- Eikemo, T.A. og T.H. Clausen (red.) (2007): *Kvantitativ analyse med SPSS. En praktisk innføring i kvantitative analyseteknikker*, Tapir akademisk forlag, Trondheim
- Elstad, J.I. (2005): *Sosioøkonomiske ulikheter i helse – teorier og forklaringer*, utgitt 07/2005, Sosial- og helsedirektoratet.
- Gee, E.M., K.M. Kobayashi og S.G. Prus (2004): Examining the Healthy Immigrant Effect in Mid- To Later Life: Findings from the Canadian Community Health Survey, *Canadian Journal on Aging Supplement*, 23, S55-S63.
- Gulløy, E. (2008): *Levekår blant innvandrere 2005/2006*. Dokumentasjonsrapport, Notater 2008/5, Statistisk sentralbyrå.
- Hart, J.T. (1971): The Inverse Care Law, *Lancet*, 405-12.
- Helsedirektoratet (2009): *Migrasjon og helse. Utfordringer og utviklingstrekk*, utgitt mai 2009, ved helsedirektør Bjørn-Inge Larsen.
- Koenig, H.E., M.E. McCullough og D.B. Larson (2001): *Handbook of Religion and Health*, Oxford University Press.
- Kumar, B.N., L. Grøtvedt, H.E. Meyer, A.J. Sjøgaard og B.H. Strand (2008): *The Oslo Immigrant Health Profile*, Rapport 2008:7, Folkehelseinstituttet.
- Normann, T.M. og E. Gulløy (2010): *Seksuell identitet og levekår. Evaluering av levekårsrelevans og datafangst*, Rapporter 2010/13, Statistisk sentralbyrå.
- Næss, Ø., M. Rognerud og B.H. Strand (2007): *Sosial ulikhet i helse. En faktarapport*, Rapport 2007:1, Folkehelseinstituttet

- Sam, D.L. (1994): The psychological adjustment of young immigrants in Norway, *Scandinavian Journal of Psychology*, Vol 35, s. 240-253.
- Sam, D.L., P. Vedder, C. Ward og G. Horenczyk (2006): Psychological and Sociocultural Adaptation of Immigrant Youth. I J.W. Berry, J. Phinney, D.L. Sam og P. Vedder (red.): *Immigrant Youth in Cultural Transition. Acculturation, Identity, and Adaptation Across National Contexts*, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Mahwah, New Jersey, s. 117-141.
- Sam, D.L. og J.W. Berry (2009): Adaptation of young immigrants. The double jeopardy of acculturation. I: I.Jasinskaja-Lahti og T.A. Mähönen (red.): *Identities, Intergroup Relations and Acculturation. The cornerstones of Intercultural Encounters*, Gaudeamus, Helsinki University Press, s. 191-205.
- 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 helse i Norge – en kunnskapsoversikt*, utgitt 10/2005, Sosial- og helsedirektoratet.
- United Nations (2009): *World Population Prospects: The 2008 Revision*, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York, 2009.
- Vedder, P., D.L. Sam og K. Liebkind (2007): The Acculturation and Adaptation of Turkish Adolescents in North-Western Europe, *Applied Development Science*, Vol. 11 (3), s. 126-136.

## Vedleggstabeller:

**Tabell A.1. Oversikt over indeksene som benyttes i rapporten**

Variabel (indeks)	Indikatorer	Antall indikatorer	Chronbachs alfa
<i>Dårlig helse</i> (Avhengig variabel) Verdier: -1,18 - 2,99	Egenvurdert helse (5-pkt) Virkningen av dårlig helse på hverdagen (5-pkt) Forekomst av 15 oppgitte sykdommer (6-pkt) Forekomst av psykosomatiske plager (8-pkt) Forekomst av psykiske plager (7-pkt)	5	0,81
<i>Norskferdighet</i> Verdier: -3,44 - 1,12	Selvevaluerte ferdigheter i norsk språk når det gjelder å forstå tale, lese, snakke og skrive. Seks skalaer, hver på 5 pkt	6	0,97
<i>Sosial kontakt</i> Verdier: -3,43 - 1,82	Har gode venner utenom familien? Er ofte sammen med gode venner (4-pkt) Har en fortrolig venn? Besøkskontakt m/antall familier i nabolaget Hvor ofte samvær med naboer? (4-pkt) Føler seg ensom hvor ofte? (4-pkt)	6	0,63
<i>God økonomi</i> Verdier: -2,60 - 1,59	Egen brutto inntekt "forrige år" (2004 eller 2005), intervju Husholdets brutto inntekt "forrige år" (4-pkt), intervju Registrert inntekt 2005, egen og husholdets (4-pkt) Aldri vansker med løpende utgifter siste 12 mnd. Klarer uforutsett regning på 5000 kroner Disponerer privatbil Disponerer pc	7	0,74
<i>Boligstatus</i> Verdier: -3,41 - 1,26	Bor i frittliggende hus, rekke- eller kjedehus Bor i eierbolig (selveier eller borettslag) Boligen er romslig etter objektive kriterier (rom vs. personer) Boligen er passe stor etter subjektive kriterier Ikke trekkfulle beboelsesrom Ikke råte, mugg eller sopp i beboelsesrom Ikke gatestøy inne i eller utenfor boligen	8	0,57
<i>Tilknytning til opprinnelseslandet</i> Verdier: -1,94 - 3,90	Eier bolig eller fritidshus i utlandet Forventer retur til opprinnelseslandet (5-pkt) Eier jord, forretning eller annen virksomhet i opprinnelseslandet Gir økonomisk hjelp til opprinnelseslandet Har besøkt familien i opprinnelseslandet Har gått på skole i andre land enn Norge Har lest avis/bok/nyheter på nett nylig på annet språk enn norsk	9	0,43
<i>Etnisk samhold i eksil</i> Verdier: -1,23 - 4,08	Ideelt antall innvandrere i eget boområde $\geq 50$ pst Ønsker flere innvandrere i boområdet Hadde familie/venner i Norge ved ankomst (6-pkt) Har bare venner med innvandrerbakgrunn Har bare naboer med innvandrerbakgrunn	5	0,39
<i>Religiøsitet</i> Verdier: -2,47 - 1,28	Er religiøst oppdratt Har religiøs tilhørighet også i dag Viktigheten av religion i livet (10-pkt omgjort til 3-pkt) Deltakelse i religiøse møter. Antall siste år. (3-pkt) Medlem av menighet eller religiøs forening	5	0,74



Tabell A.1. (forts.). Oversikt over indeksene som benyttes i rapporten

Variabel	Indikatorer	Antall indikatorer	Chronbachs alfa
<i>Opplevd diskriminering</i> Verdier: -0,67 - 4,88	Ved kjøp eller leie av bolig Arbeidsløs i periode siste 12 mnd pga. diskriminering Avslag på arbeid siste 5 år pga utenlandsk bakgrunn Dårlig behandlet ved arbeidsformidlingen Opplevd plaging/ubehagelig erting på jobb Opplevd dårlig behandling på skolen Har blitt nektet kreditt/lån siste år Har fått dårlig behandling i helsevesenet Har blitt nektet adgang til utested	9	0,52
<i>Vold og trusler</i> Verdier: -0,46 - 6,29	Utsatt for vold i løpet av de siste 12 månedene Utsatt for alvorlig trussel i løpet av de siste 12 mnd. Utsatt for tyveri eller skadeverk i løpet av siste 12 mnd. Problemer med kriminalitet/vold/hærverk i boområdet Urolig for å bli utsatt for vold/trusler i boområdet	5	0,59
<i>Dårlig arbeidsmiljø</i> Verdier: -1,31 - 3,74 (N=1780)	Er utsatt for sterk støy Er utsatt for kulde Dårlig inneklime i form av trekk Dårlig inneklime i form av tørr luft Dårlig inneklime i form av dårlig ventilasjon Dårlig inneklime i form av annet Hudkontakt med rengjørings- eller desinfeksjonsmidler Må sitte på huk eller stå på knærne under arbeidet Arbeider stående eller gående Gjentatte og ensidige hånd- eller armbevegelser Må daglig løfte over 20 kg Kan sjelden eller aldri bestemme pauser fra arbeidet Gjør gjentatte arbeidsoppgaver nesten hele tiden Stor risiko for belastningsskader Arbeidet er i høy grad en psykisk påkjenning Blir ukentlig/månedlig plaget/ertet av arbeidskamerater Har blitt utsatt for arbeidsulykke siste 12 måneder	17	0,73
<i>Tilknytning til Norge</i> Verdier: -2,10 - 2,83	Født i Norge eller innvandret i førskolealder Ønsker ikke retur til hjemlandet Føler samhørighet med Norge (7-pkt) Ektefelle/samboer er norskfødt Ektefelle/samboers foreldre er norskfødte Har gått på skole i Norge Har gode venner som er norske Er medlem av idrettslag Har stemt ved kommune- og stortingsvalg Er norsk statsborger	11	0,59

Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006.

**Tabell A.2. Parameterestimater fra lineær regresjon for faktorer som påvirker helsen negativt. Begge kjønn, menn og kvinner, i inntektsgivende arbeid. Standardiserte OLS regresjonskoeffisienter. Innvandrere og deres norskfødte barn 2005/2006**

	Begge kjønn	Menn	Kvinner
<b>Kjønn</b>			
Mann .....	-0,12 ***		
Kvinne .....	0		
<b>Alder</b> .....	-0,07	-0,16	0,20
<b>Alder kvadrert</b> .....	0,22	0,30	-0,02
<b>Landbakgrunn</b>			
Bosnia-Hercegovina .....	0,10 **	0,10 *	0,09
Serbia-Montenegro .....	0,06	0,05	0,05
Tyrkia .....	0,22 ***	0,22 ***	0,21 ***
Irak .....	0,11 ***	0,12 **	0,12 **
Iran .....	0,11 **	0,13 **	0,08
Pakistan .....	0,18 ***	0,19 ***	0,17 *
Vietnam .....	0,18 ***	0,16 ***	0,18 *
Sri Lanka .....	0,14 ***	0,17 ***	0,08
Chile .....	0,11 ***	0,11 **	0,11
Somalia .....	0	0	0
<b>Innvandringsgrunn</b>			
Flukt .....	0,07 *	0,06	0,09
Utdanning .....	-0,01	-0,02	-0,00
Arbeid .....	-0,00	0,01	-0,02
Andre grunner .....	0,01	0,01	0,01
Ikke innvandret (norskfødt) .....	0,01	-0,00	0,00
Familiegrunner .....	0	0	0
<b>Fars utdanningsnivå</b> .....	0,01	-0,01	0,01
<b>Mors utdanningsnivå</b> .....	0,04	0,07	0,02
<b>Eget utdanningsnivå</b> .....	-0,02	0,02	-0,06
<b>Norskferdighet</b> .....	-0,11 ***	-0,11 ***	-0,11 **
<b>Har ektefelle/samboer i Norge</b>			
Ja .....	-0,01	-0,03	-0,01
Nei .....	0	0	0
<b>Sosial kontakt</b> .....	-0,05 **	-0,03	-0,10 **
<b>Arbeidsmiljøproblemer</b> .....	0,15 ***	0,14 ***	0,18 ***
<b>God økonomi</b> .....	-0,07 **	-0,11 ***	-0,01
<b>Boligstatus</b> .....	-0,00	0,03	-0,06
<b>Tilknytning til opprinnelseslandet</b> .....	0,00	0,00	0,01
<b>Etnisk samhold i eksil</b> .....	0,02	0,02	0,03
<b>Religiøsitet</b> .....	0,04	0,03	0,06
<b>Opplevd diskriminering</b> .....	0,08 ***	0,07 *	0,11 **
<b>Vold og trusler</b> .....	0,05 *	0,05 *	0,06
<b>Røyker daglig eller av og til</b>			
Ja .....	0,09 ***	0,12 ***	0,07 *
Nei .....	0	0	0
<b>Er overvektig (24,9&lt;BMI&lt;30,0)</b>			
Ja .....	0,00	0,01	-0,01
Nei .....	0	0	0
<b>Er fet (BMI&gt;29,9)</b>			
Ja .....	0,06 **	0,03	0,11 **
Nei .....	0	0	0
<b>Mosjonerer i ulik grad</b> .....	-0,05 *	-0,07 *	-0,05
<b>Antall besøk hos fastlege/allmennlege</b> .....	0,38 ***	0,39 ***	0,35 ***
Justert R <sup>2</sup> .....	0,395	0,370	0,410
N .....	1 741	1 088	653

\* p<0,05. \*\* p<0,01. \*\*\* p<0,001.

Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006.

**Tabell A.3. Parameterestimer fra lineær regresjon for faktorer som påvirker forekomsten av psykiske plager. Begge kjønn, menn og kvinner, i inntektsgivende arbeid. Standardiserte OLS regresjonskoeffisienter. Innvandrere og deres norskfødte barn 2005/2006.**

	Begge kjønn	Menn	Kvinner
<b>Kjønn</b>			
Mann .....	-0,06 *		
Kvinne .....	0		
<b>Alder</b> .....	0,08	-0,13	0,42
<b>Alder kvadrert</b> .....	0,05	0,25	-0,29
<b>Landbakgrunn</b>			
Bosnia-Hercegovina .....	0,12 **	0,09 *	0,12
Serbia-Montenegro .....	0,10 **	0,09 *	0,08
Tyrkia .....	0,13 ***	0,13 **	0,09
Irak .....	0,11 **	0,13 **	0,06
Iran .....	0,21 ***	0,24 ***	0,12
Pakistan .....	0,13 **	0,17 **	0,03
Vietnam .....	0,11 *	0,12 *	0,01
Sri Lanka .....	0,09 *	0,12 **	-0,01
Chile .....	0,08 *	0,09 *	0,04
Somalia .....	0	0	0
<b>Innvandringsgrunn</b>			
Flukt .....	-0,03	0,00	-0,09
Utdanning .....	-0,02	-0,04	0,00
Arbeid .....	-0,04	-0,03	-0,05
Andre grunner .....	0,01	-0,01	0,02
Ikke innvandret (norskfødt) .....	-0,00	-0,02	-0,00
Familiegrunner .....	0	0	0
<b>Fars utdanningsnivå</b> .....	0,02	0,01	0,04
<b>Mors utdanningsnivå</b> .....	0,02	0,02	0,05
<b>Eget utdanningsnivå</b> .....	-0,00	0,04	-0,05
<b>Norskferdighet</b> .....	-0,05	-0,03	-0,07
<b>Har ektefelle/samboer i Norge</b>			
Ja .....	-0,07 **	-0,07 *	-0,10 *
Nei .....	0	0	0
<b>Sosial kontakt</b> .....	-0,09 ***	-0,06	-0,15 ***
<b>Arbeidsmiljøproblemer</b> .....	0,15 ***	0,16 ***	0,14 ***
<b>God økonomi</b> .....	-0,08 **	-0,09 *	-0,07
<b>Boligstatus</b> .....	-0,03	-0,05	-0,03
<b>Tilknytning til opprinnelseslandet</b> .....	0,05	0,08 *	0,00
<b>Etnisk samhold i eksil</b> .....	0,02	0,01	0,03
<b>Religiøsitet</b> .....	0,00	-0,02	0,05
<b>Opplevd diskriminering</b> .....	0,09 ***	0,08 *	0,12 **
<b>Vold og trusler</b> .....	0,10 ***	0,11 ***	0,07
<b>Røyker daglig eller av og til</b>			
Ja .....	0,06 **	0,09 **	0,03
Nei .....	0	0	0
<b>Er overvektig (24,9&lt;BMI&lt;30,0)</b>			
Ja .....	-0,02	-0,02	-0,01
Nei .....	0	0	0
<b>Er fet (BMI&gt;29,9)</b>			
Ja .....	0,00	0,00	0,02
Nei .....	0	0	0
<b>Mosjonerer i ulik grad</b> .....	-0,01	-0,01	0,00
<b>Antall besøk hos fastlege/allmennlege</b> .....	0,23 ***	0,23 ***	0,23 ***
Justert R <sup>2</sup> .....	0,233	0,241	0,208
N .....	1 717	1 071	646

\* p<0,05. \*\* p<0,01. \*\*\* p<0,001.

Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006.

**Tabell A.4. Andel rapporterte sykdommer som respondenten "har" på intervjudtidspunktet, beregnet av sykdommer som respondenten "har eller har hatt". Befolkningen, 16-70 år, etter kjønn.**

Sykdommer <sup>1</sup> Kjønn	Befolkningen 2002. Andel av rapporterte sykdommer som respondenten har nå							
	1 sykdom		2 sykdommer		3 sykdommer		4+ sykdommer	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Antall personer (N) .....	874	873	369	443	128	199	101	135
Eksem <sup>2</sup> .....	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,4	0,1	0,5
Astma <sup>3</sup> .....	0,6	0,6	0,6	0,5	0,7	0,6	0,3	0,7
Allergi .....	0,7	0,8	0,7	0,9	0,9	0,9	0,5	0,8
Diabetes .....	0,9	0,6	1,0	0,9	0,8	0,7	0,1	0,5
Stoffskiftesykdom .....	1,0	0,9	0,8	0,8	0,4	0,8	0,2	0,7
Kronisk bronkitt, emfysem, kols .....	0,1	0,0	0,1	0,2	0,5	0,3	0,2	0,4
Urinlekkasje .....	0,2	0,5	0,5	0,6	0,9	0,8	0,1	0,6
Magesår .....	0,3	0,3	0,3	0,1	0,2	0,4	0,1	0,1
Høyt blodtrykk .....	0,6	0,6	0,6	0,5	0,9	0,6	0,3	0,4
Angina pectoris .....	0,2	0,0	0,8	0,4	0,8	0,6	0,1	0,3
Hjerteinfarkt .....	0,3	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1
Hjerneslag <sup>4</sup> .....	-	-	-	-	0,1	0,1	0,0	0,0
Kreft .....	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,4	0,0	0,0
Beinskjørhet, osteoporose .....	1,0	0,8	1,0	0,7	1,0	0,9	0,0	0,5
Leddgikt .....	1,0	0,8	0,6	0,9	0,9	1,0	0,2	0,6

<sup>1</sup> Sykdommer som respondenten "har eller har hatt".

<sup>2</sup> Formuleringen til hele befolkningen var "atopisk eksem".

<sup>3</sup> Spørsmålet har tillegget "...som medfører bruk av astmamedisin".

<sup>4</sup> Til befolkningen ble det bare brukt betegnelsen "slag".

Kilde: Levekårsundersøkelsen 2002.

## Figurregister

8.1. Andel som vurderer sin helse som god eller meget god, etter antall sykdommer som personen har/har hatt. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre og hele befolkningen, 16-70 år, etter kjønn. Prosent.....	31
9.1. Indeks for dårlig helse (konstruert ved prinsippal komponentanalyse), etter prosentandel av livet tilbrakt i Norge. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 16-70 år.....	38
9.2. Gjennomsnittlig alder etter prosentandel av livet tilbrakt i Norge. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 16-70 år.....	38

## Tabellregister

3.1. Egenvurdert helse. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre og hele befolkningen, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn. Aldersstandardisert. Prosent.....	9
3.2. Andel som mener at problemer med helsen påvirker hverdagen i høy grad eller noen grad. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre og hele befolkningen, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn. Aldersstandardisert. Prosent ...	11
3.3. Betegnelser benyttet i kartleggingen av sykdommer i Levekårsundersøkelsen 2002 og Levekår blant innvandrere 2005/2006.....	12
3.4. Andel med minst én sykdom og gjennomsnittlig antall sykdommer. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre og hele befolkningen, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn. Aldersstandardisert. Prosent og gjennomsnitt.....	13
3.5. Andel med fire eller flere varige eller tilbakevendende psykosomatiske plager og gjennomsnittlig antall plager. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre og hele befolkningen, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn. Aldersstandardisert. Prosent og gjennomsnitt.....	14
3.6. Personer med symptomer på psykiske helseproblemer. Aldersstandardiserte andeler og gjennomsnittsskår på Hopkins Symptoms Checklist-5. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre og hele befolkningen, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn. Prosent og gjennomsnitt.....	15
4.1. Korrelasjoner mellom indikatorer for sykdommer eller (dårlig) helse og antall besøk hos fastlege eller allmennpraktiserende lege siste 12 måneder. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre og hele befolkningen, 16-70 år. Pearsons r.....	16
5.1. Fakta om den additive indeksen for dårlig helse i Levekårsundersøkelsen 2005/2006 og Levekårsundersøkelsen 2002.....	18
5.2. Korrelasjon mellom additiv indeks for dårlig helse og enkeltindikatorer som inngår i indeksen. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre og hele befolkningen, 16-70 år. Pearsons r.....	19
5.3. Grad av dårlig helse etter landbakgrunn og kjønn. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre og hele befolkningen, 16-70 år. Aldersstandardisert gjennomsnitt på additiv indeks.....	19
5.4. Grad av dårlig helse etter alder og kjønn. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre og hele befolkningen, 16-70 år. Gjennomsnitt på additiv indeks ...	20
6.1. Korrelasjon mellom indeks for dårlig helse konstruert ved prinsippal komponentanalyse og enkeltindikatorer som inngår i indeksen. Pearsons r.....	22
6.2. Parameterestimer fra OLS-regresjon for faktorer som påvirker indeks for dårlig helse (konstruert ved prinsippal komponentanalyse). Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 16-70 år. Begge kjønn, menn og kvinner. Standardiserte regresjonskoeffisienter.....	25
7.1. Parameterestimer fra OLS-regresjon for faktorer som påvirker den psykiske helsen (operasjonalisert ved HSCL-5). Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 16-70 år. Begge kjønn, menn og kvinner. Standardiserte regresjonskoeffisienter.....	29
8.1. Rapporterte sykdommer, psykosomatiske og psykiske plager etter antall rapporterte sykdommer. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre og hele befolkningen, 16-70 år. Prosent.....	32
8.2. Andel rapporterte sykdommer som respondenten "har" på intervjuetidspunktet, beregnet av sykdommer som respondenten "har eller har hatt". Befolkningen, 16-70 år.....	34
8.3. Rapporterte sykdommer, psykosomatiske og psykiske plager blant personer som vurderer sin helse som meget god. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre og hele befolkningen, 16-70 år. Prosent.....	35
9.1. Parameterestimer fra OLS-regresjon for effekten på indeks for dårlig helse (konstruert ved prinsippal komponentanalyse) av hvor stor del av livet som er tilbrakt i Norge, uten og med kontroll for alder og andre bakgrunnsfaktorer. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 16-70 år. Standardiserte regresjonskoeffisienter.....	39

10.1. Krysstabell mellom indeks for tilknytning til Norge og indeks for etnisk samhold i eksil, begge inndelt i tilnærmede <sup>1</sup> kvartiler. Innførslene viser andelen av enhetene i tabellen i den enkelte celle. (N=3053). Prosent.....	42
10.2. Skala for psykiske helseproblemer (HSCL-5) etter akkulturasjonsstrategier. Gjennomsnitt. (N=2995) .....	42
10.3. Parameterestimater fra lineær regresjon for effekten av akkulturasjonsstrategier og andre faktorer som påvirker forekomsten av psykiske plager (HSCL-5). Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 16-70 år. Standardiserte OLS regresjonskoeffisienter .....	44

### Vedleggstabeller

A.1. Oversikt over indeksene som benyttes i rapporten.....	48
A.2. Parameterestimater fra lineær regresjon for faktorer som påvirker helsen negativt. Begge kjønn, menn og kvinner, i inntektsgivende arbeid. Standardiserte OLS regresjonskoeffisienter. Innvandrere og deres norskfødte barn 2005/2006.....	50
A.3. Parameterestimater fra lineær regresjon for faktorer som påvirker forekomsten av psykiske plager. Begge kjønn, menn og kvinner, i inntektsgivende arbeid. Standardiserte OLS regresjonskoeffisienter. Innvandrere og deres norskfødte barn 2005/2006 .....	51
A.4. Andel rapporterte sykdommer som respondenten "har" på intervju tidspunktet, beregnet av sykdommer som respondenten "har eller har hatt". Befolkningen, 16-70 år, etter kjønn .....	52