

*Svein Blom*

**Innvandrerers helse 2005/2006**

---

*Rapporter* I denne serien publiseres statistiske analyser, metode- og modellbeskrivelser fra de enkelte forsknings- og statistikkområder. Også resultater av ulike enkeltundersøkelser publiseres her, oftest med utfyllende kommentarer og analyser.

*Reports* This series contains statistical analyses and method and model descriptions from the different research and statistics areas. Results of various single surveys are also published here, usually with supplementary comments and analyses.

© Statistisk sentralbyrå, september 2008 Ved bruk av materiale fra denne publikasjonen, skal Statistisk sentralbyrå oppgis som kilde.	<b>Standardtegn i tabeller</b>	<b>Symbol</b>
ISBN 978-82-537-7429-9 Trykt versjon	Tall kan ikke forekomme	.
ISBN 978-82-537-7430-5 Elektronisk versjon	Oppgave mangler	..
ISSN 0806-2056	Oppgave mangler foreløpig	...
<b>Emne</b>	Tall kan ikke offentligjøres	:
00.02, 03.01	Null	-
Trykk: Statistisk sentralbyrå	Mindre enn 0,5 av den brukte enheten	0
	Mindre enn 0,05 av den brukte enheten	0,0
	Foreløpige tall	*
	Brudd i den loddrette serien	—
	Brudd i den vannrette serien	
	Desimalskilletegn	,

## Sammendrag

Rapporten presenterer resultatene fra spørsmålene om helse i Statistisk sentralbyrås tredje intervjuundersøkelse Levekår blant innvandrere 2005/2006. Til grunn for undersøkelsen ligger et representativt utvalg av innvandrere og etterkommere i alder 16-70 år med minst to års botid i Norge og med bakgrunn fra landene Bosnia-Hercegovina, Serbia-Montenegro, Tyrkia, Irak, Iran, Pakistan, Vietnam, Sri Lanka, Somalia og Chile. I rapporten sammenliknes innvandrerbefolkningens helse med helsen til hele befolkningen basert på de ordinære levekårsundersøkelsene i 2002 og 2005.

Innvandrere og etterkommere vurderer sin helse som noe dårligere enn befolkningen som helhet gjør. Mens 86 prosent av landets befolkning oppfatter sin helse som god eller meget god, er i gjennomsnitt 67 prosent av de ti ikke-vestlige landgruppene av samme oppfatning. Innvandrerkvinner vurderer sin helse mindre positivt enn -menn, og oppfatningen av helsen som god eller meget god synker sterkere med alder i innvandrerbefolkningen enn i befolkningen generelt.

Summeres forekomsten av femten på forhånd oppgitte sykdommer, blir utfallet bemerkelsesverdig likt for innvandrere og deres etterkommere og hele befolkningen. Det gjennomsnittlige tallet på sykdommer som rapporteres er 0,8 blant innvandrere og etterkommere og 0,9 i befolkningen. Blant innvandrere og etterkommere er tallet på sykdommer høyest blant kvinner, i gjennomsnitt 1,0 mot 0,7 blant menn. I befolkningen som helhet er det ingen kjønnsforskjell.

Egenvurderingen av helse blir mindre positiv jo flere konkrete sykdommer som rapporteres. Dette er særlig tilfelle blant innvandrere. Ved fire eller flere sykdommer synes bare om lag en av ti med innvandrerbakgrunn at helsen er god eller meget god. I hele befolkningen er tilsvarende andel seks av ti.

Respondentene angir hvorvidt de i løpet av de siste tre månedene har vært plaget av en eller flere av åtte oppgitte psykosomatiske plager: smerter i kroppen, hodepine, konsentrasjonsvansker, søvnproblemer, osv. Sju av ti innvandrere og etterkommere rapporterer å ha hatt minst én av plagene mot fem av ti i befolkningen. Antall rapporterte plager er i gjennomsnitt 2,1 blant innvandrere og etterkommere mot 1,1 i befolkningen. Kvinner oppgir flere plager enn menn i begge populasjonene.

På basis av fem spørsmål med formål å avdekke psykiske helseproblemer (Hopkins Symptoms Checklist-5) antas 9 prosent av hele befolkningen og 27 prosent av innvandrerbefolkningen å ha psykiske vansker. I befolkningen er det ingen forskjell etter kjønn. Blant innvandrere og etterkommere er andelen med psykiske problemer 23 prosent blant menn og 31 prosent blant kvinner.

Innvandrere og etterkommere med bakgrunn fra Tyrkia og Irak framstår med flest helseproblemer. Personer med bakgrunn fra Somalia, Serbia-Montenegro og til dels Sri Lanka framstår som friskest.

Andelen som røyker er den samme blant menn med og uten innvandrerbakgrunn og blant kvinner uten innvandrerbakgrunn, om lag fire av ti. Kvinner med innvandrerbakgrunn har i gjennomsnitt en andel røykere på 17 prosent. Det er særlig kvinner med bakgrunn fra Pakistan, Vietnam, Sri Lanka og Somalia som har få røykere (en andel på 5 prosent eller lavere). Andelen som aldri mosjonerer er over dobbelt så høy blant innvandrere og etterkommere som i befolkningen generelt, henholdsvis 33 og 14 prosent. Tilbøyeligheten til overvekt eller fedme er større blant innvandrerkvinner enn kvinner i befolkningen som helhet.

I gjennomsnitt for alle landgruppene var innvandrere og etterkommere nesten fem ganger (4,7) hos fastlegen på grunn av egen sykdom i løpet av de siste tolv månedene. Antall besøk i befolkningen som helhet var under det halve av dette (2,1 ganger). Situasjonen er omvendt når det gjelder besøk hos tannlege. I alders-

gruppen 55-70 år har nesten halvparten av innvandrerkvinnene behov for tolk når de er hos lege. Innvandrere og etterkommere er ikke mer tilbøyelige til å oppsøke naturmedisinere eller alternative behandlere enn folk flest. Sju av ti er svært eller ganske tilfreds med helsetjenestene de har fått i Norge.

**Prosjektstøtte:** Arbeids- og inkluderingsdepartementet

## Innhold

<b>Sammendrag</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Om undersøkelsen</b> .....	<b>6</b>
1.1. Sammenlikning og veiing .....	6
<b>2. Betydningen av helse</b> .....	<b>8</b>
<b>3. Egenvurdert helse</b> .....	<b>9</b>
<b>4. Forekomsten av navngitte sykdommer</b> .....	<b>11</b>
4.1. Nye funn i lys av funn fra Levekår blant innvandrere 1996.....	15
<b>5. Sykdommer etter kjønn og alder</b> .....	<b>16</b>
5.1. Fordeling etter alder .....	17
<b>6. Andel med minst én sykdom og gjennomsnittlig antall sykdommer</b> .....	<b>19</b>
<b>7. Registrerte sykdommer og egenvurdert helse</b> .....	<b>21</b>
<b>8. Sykdommens virkning på hverdagslivet</b> .....	<b>23</b>
<b>9. Psykosomatiske lidelser blant innvandrere og i befolkningen</b> .....	<b>25</b>
<b>10. Psykiske helseproblemer blant innvandrere og i befolkningen</b> .....	<b>28</b>
<b>11. Kroppsmasse blant innvandrere og i befolkningen</b> .....	<b>31</b>
<b>12. Røyking og mosjon blant innvandrere og i befolkningen</b> .....	<b>34</b>
12.1. Mosjon.....	35
<b>13. Bruk av tannlegetjenester og fastlege/allmennlege</b> .....	<b>37</b>
13.1. Fastlege .....	39
13.2. Allmennlege .....	41
13.3. Besøk hos legevakt/øyeblikkelig hjelp .....	42
<b>14. Bruk av spesialist, sykehus, helsestasjon og naturmedisin/alternativ behandler</b> .....	<b>44</b>
14.1. Innleggelse på sykehus .....	45
14.2. Å søke råd fra personale på helsestasjon .....	46
14.3. Naturmedisin, alternativ behandling .....	46
<b>15. Behov for tolk under legebesøk</b> .....	<b>48</b>
15.1. Hvem fungerte som tolk ved siste legebesøk?.....	49
<b>16. Tilfredshet med norske helsetjenester</b> .....	<b>51</b>
<b>17. Avslutning og oppsummering</b> .....	<b>54</b>
<b>Litteratur</b> .....	<b>59</b>
<b>Tabellregister</b> .....	<b>61</b>

## 1. Om undersøkelsen

Rapporten presenterer funn om innvandreres helse fra intervjuundersøkelsen Levekår blant innvandrere 2005/2006. De første resultatene fra undersøkelsen ble presentert i en større publikasjon tidlig i 2008 (Blom og Henriksen 2008). Temaet helse ble ikke tatt opp i denne publikasjonen til tross for at mange av spørsmålene i undersøkelsen dreier seg om helse. Det ble besluttet at resultatene fra spørsmålsbolken om helse skulle legges fram i en egen publikasjon senere. Dette gjøres i denne publikasjonen.

Presentasjonen av resultatene fra helsespørsmålene er lagt opp på tilsvarende måte som de enkelte kapitlene i Blom og Henriksen 2008. Det innebærer at resultatene presenteres hver for seg etter landbakgrunn og kjønn og med referanse til utfallet på sammenliknbare spørsmål i hele befolkningen. Ettersom helse er sterkt relatert til alder, er de fleste resultatene også presentert i henhold til denne dimensjonen. Mer vidtgående analyser av sammenhenger i materialet mellom sykdomsindikatorene innbyrdes og mellom sykdommer og potensielle årsaks- og virkningsfaktorer må utestå til senere arbeider.

Levekår blant innvandrere 2005/2006 er den tredje intervjubaserte undersøkelsen blant innvandrere som er gjennomført av Statistisk sentralbyrå. De to første fant sted i 1983 (Støren 1987) og 1996 (Blom 1998). Formålet er å belyse et bredt spekter av levekårene til et utvalg av de største landgruppene av innvandrere og etterkommere i Norge i alder 16-70 år med fokus på temaer som ikke dekkes av registerstatistikk. I de regulære levekårsundersøkelsene utgjør innvandrerbefolkningen en for liten del av hele befolkningen til at egne innvandreranalyser lar seg basere på dette datagrunnlaget.

Innvandrere og etterkommere er i undersøkelsen definert som ”personer med to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre”. Innvandrere er selv født i utlandet, mens etterkommere er innvandreres barn født i Norge. I hele utvalget utgjør andelen etterkommere 9 prosent. De har i første rekke pakistansk, tyrkisk og vietnamesisk bakgrunn. Begrepet ”innvandrerbefolkningen” refererer til innvandrere og etterkommere samlet. For enkelthets skyld bruker vi også noen ganger betegnelsen ”innvandrer” om de to gruppene samlet. Det vil i dette arbeidet ikke bli presentert data for innvandrere og etterkommere hver for seg.

I undersøkelsen ble personer med bakgrunn fra ti forskjellige ikke-vestlige land og med minst to års oppholdstid i Norge intervjuet om en mengde ulike temaer: bakgrunn fra opprinnelseslandet, bolig, familie, sosiale relasjoner utenom familien, utdanning, arbeid og arbeidsmiljø, helse, religion, organisasjonsdeltakelse, fritidsinteresser med mer. Intervjuene foregikk på norsk eller på personenes eget morsmål (etter respondentens valg). Spørreskjemaet forelå i oversettelse til tolv aktuelle språk i tillegg til norsk. Spesialopplærte intervjuere med innvandrerbakgrunn fra de respektive landene stod for mesteparten av intervjuingen. Feltperioden varte fra september 2005 til januar 2007. Den gjennomsnittlige intervjutiden var 71 minutter og svarprosenten 64. Til sammenlikning kan nevnes at svarprosenten i de ordinære levekårsundersøkelsene for årene 2004, 2005 og 2006 var henholdsvis 69, 70 og 67 prosent (Hougen 2005, 2006 og Dalsgaard-Rørvik 2007). For intervjueskjema og flere detaljer om gjennomføringen av undersøkelsen Levekår blant innvandrere 2005/2006, se dokumentasjonsrapporten (Gulløy 2008).

### 1.1. Sammenlikning og veiing

Resultatene om helse sammenliknes i stor utstrekning med resultater fra de regulære temaroterende levekårsundersøkelsene i 2002 og 2005. Begge disse hadde helse som et spesialtema. På grunn av nærhet i tid er 2005-undersøkelsen foretrukket der hvor samme spørsmål er stilt i begge undersøkelsene. Der spørsmålet bare forekommer i 2002-undersøkelsen, er selvsagt denne valgt. Det er

liten grunn til å tro at de tre-fire årene mellom 2002 og 2005/2006 influerer særlig på forutsetningen for å sammenlikne.

For at ikke forskjeller i den demografiske sammensetningen av innvandrerbefolkningen i forhold til hele befolkningen skal virke forstyrrende på sammenlikningen, veier vi resultatene fra 2002 og 2005 for hele befolkningen etter alders-, kjønns- og bostedsfordelingen i innvandrerpopulasjonen. Det innebærer blant annet at yngre og middelaldrende veies opp på bekostning av eldre, og bosatte i byene (særlig Oslo) på bekostning av bosatte i grisgrendte strøk. Menn veies også noe høyere enn kvinner, da innvandrerpopulasjonen har en beskjedent overvekt av menn. Ved å veie resultatene fra de ordinære levekårsundersøkelsene på denne måten unngår vi for eksempel at forskjeller i sykkelighet mellom innvandrergruppene samlet ("i alt"-kolonnen i tabellene) og hele befolkningen skyldes forskjeller i aldersstruktur. Forskjeller i resultater mellom landgruppene av innvandrere som skyldes ulikheter i fordelingen av alder, kjønn og bosted, er imidlertid ikke forsøkt nøytralisert gjennom veiing.

Et annet sammenlikningsgrunnlag for denne undersøkelsen er for øvrig Levekår blant innvandrere 1996. I hovedrapporten fra Levekår blant innvandrere 2005/2006 (Blom og Henriksen 2008) blir resultater fra 2005/2006 ofte sammenliknet med resultater fra 1996 slik at eventuelle endringer *over tid* skal komme til syne. Når det gjelder temaet helse, er slike sammenlikninger gjennomgående mindre aktuelle, idet spørsmålene i 2005/2006 er andre eller stilt på en annen måte enn i 1996. Antallet helserelaterte spørsmål var for øvrig langt mindre i 1996-undersøkelsen.

## 2. Betydningen av helse

Helse har betydning for levekårene på flere måter. For inntektstakere er den umiddelbare virkningen av uhelse som oftest at den syke må permitteres fra arbeidet. Kortere sykefravær har som regel små følger for den syke, men for samfunnet er de samlede kostnadene ved sykefravær høye. Det er en prioritert oppgave for politikere og partene i arbeidslivet å redusere sykefraværet. I en undersøkelse av inntektstakere i alderen 45-70 år i Norge oppgav 54 prosent av dem som regnet med å pensjonere seg før tiden, at helseproblemer hadde *stor betydning* for deres ønske om å gå av tidlig (Grambo og Myklebø 2008). Ytterligere 25 prosent oppgav at dårlig helse hadde *noe betydning* for dette ønsket. Personer under utdanning som rammes av langvarig sykdom, kan også få vansker med å fullføre utdanningsløpet. Dette får selvfølgelig følger for deres videre yrkeskarriere og inntektsmuligheter.

Dårlig helse og sykdom vil i mange tilfeller også få negative følger for den enkeltes livskvalitet. De fysiske utfoldelsesmulighetene blir gjerne innskrenket som følge av sykdom. Dette kan i sin tur føre til mindre deltakelse på sosiale arenaer og tap av sosiale relasjoner. Dersom sykdommen medfører akutte eller kroniske smerter, reduseres selvsagt også livskvaliteten direkte. I en gjennomgang av nyere forskning på subjektiv livskvalitet refererer Dolan, Peasgood og White (2006) et førtitalls artikler som alle framhever helsens betydning for livskvaliteten.

I et klassisk arbeid om livskvalitet fant de amerikanske forskerne Campbell, Converse og Rogers (1976) at helse ble rangert som det livsområdet ("domenet") som de fleste på direkte spørsmål anså som viktigst, viktigere enn ekteskap, familieliv, venner, bolig, arbeid, lokalsamfunn, religiøsitet, fritid og annet. Nærmere undersøkelser av den faktiske sammenhengen mellom tilfredshet på forskjellige enkeltområder og tilfredshet med "livet som helhet", viste likevel at tilfredshet med helsen bidro *mindre* til følelsen av tilfredshet med livet enn tilfredshet på flere av de andre enkeltområdene. Dette noe overraskende resultatet ble tolket som et uttrykk for at mange tar helsen som en selvfølge så lenge den er god. Dermed blir det i stor grad situasjonen på andre livsområder – som familie, ekteskap, økonomi og arbeid – som blir avgjørende for følelsen av tilfredshet med livet som helhet. Først når helsen begynner å skranke, blir den persipert som viktig i forbindelse med den totale livskvaliteten. Særlig blant de eldre er helsetilstanden sterkt koplet til tilfredsheten med livet.

Undersøkelsen Levekår blant innvandrere 2005/2006 rommer i korthet et spørsmål om egenvurdert helse og en serie ja/nei spørsmål i tilknytning til en liste over sykdommer som intervjupersonen bes besvare om hun/han har eller har hatt. Dersom helsen ikke vurderes som meget god eller god, gis et tillegsspørsmål om helseproblemene påvirker personens "hverdag". Intervjupersonen får også to batterier med spørsmål innrettet på å kartlegge henholdsvis psykosomatiske lidelser og psykiske helseproblemer. Deretter følger noen spørsmål om helsevaner (røyking og mosjon) foruten vekt og høyde som danner grunnlag for å beregne den såkalte kroppsmasseindeks (body mass index - BMI). Til slutt følger en serie spørsmål som har til hensikt å kartlegge bruken av tilgjengelige helsetjenester i Norge og graden av tilfredshet med disse.



### 3. Egenvurdert helse

I motsetning til i 1996 har vi denne gang med det etter hvert tradisjonsrike spørsmålet om egenvurdert helse fra tidligere helse- og levekårsundersøkelser (i 1985, 1995, 2002 og 2005). Spørsmålet har ordlyden: *"Hvordan vurderer du din egen helse sånn i alminnelighet. Vil du si at den er meget god, god, verken god eller dårlig, dårlig eller meget dårlig."* Den subjektive vinklingen på spørsmålet gjør det egnet til å fange opp intervjupersonens egen oppfatning om sin helse sett i lys av ytre omstendigheter, forventninger og referansegrupper. Tidligere evalueringer har konkludert at spørsmålets styrke nettopp er dets subjektive og direkte karakter (Ramm 1997).

I alt oppgir 67 prosent av innvandrerne at deres helse er god eller meget god (tabell 3.1). Andelen som svarer "god" er noe større enn andelen som svarer "meget god". Sammenliknet med hele befolkningen er andelen med god eller meget god helse blant innvandrerne nærmere 20 prosentpoeng lavere. Somaliere framstår som den nasjonalitetsgruppen som har best helse. Nærmere åtte av ti blant dem vurderer sin helse som god/meget god. De er da også den yngste landgruppen i vårt utvalg.<sup>1</sup> Personer med irakisk og tyrkisk bakgrunn utgjør på den annen side de to landgruppene med svakest egenvurdert helse. Blant dem er andelen med god eller meget god helse rundt seks av ti.

I hele befolkningen er det i gjennomsnitt ingen forskjell mellom kjønnene i egenvurdert helse. Det er det derimot i innvandrerbefolkningen. Mens det blant menn er sju av ti som oppleverer helsen sin som god eller meget god, er den tilsvarende andel blant kvinner seks av ti. Kjønnsforskjellen er særlig stor blant personer med bakgrunn fra Serbia-Montenegro og Irak, nærmere 20 prosentpoeng. Blant srilankere er imidlertid forskjellen "snudd på hodet", idet det er kvinnene som rapporterer best helse.

Tabell 3.2 viser hvordan helsen blant innvandrere og i hele befolkningen vurderes avhengig av alder og kjønn. Andelen som vurderer helsen som god eller meget god synker med alderen, og den synker mer i innvandrerbefolkningen enn i befolkningen som helhet. I befolkningen har dessuten menn og kvinner omtrent samme oppfatning av helsen med stigende alder, mens avstanden mellom kjønnene i synet på helsen tenderer til å øke med alderen blant innvandrerne.

I hele befolkningen er nedgangen i andelen med god eller meget god helse fra yngste til eldste aldersgruppe 20 prosentpoeng blant menn og 22 prosentpoeng blant kvinner. I de ti innvandrergruppene under ett er tilsvarende nedgang hele 51 prosentpoeng blant menn og 60 prosentpoeng blant kvinner. Mens menn ligger 4 prosentpoeng over kvinner i andelen som vurderer helsen sin som god eller meget god blant innvandrere og etterkommere i alder 16-24 år, har forskjellen vokst til 17 prosentpoeng i menns favør i aldersgruppen 40-54 år. Deretter minsker den noe i siste aldersgruppe (til 13 prosentpoeng).

I alle aldersgrupper unntatt den eldste er andelen som rapporterer god/meget god helse alltid større enn andelen som rapporterer dårlig/meget dårlig helse både i hele befolkningen og blant innvandrerne. Blant innvandrer menn i aldersgruppen 55-70 år er det om lag like mange som rapporterer god som dårlig helse. Blant innvandrer kvinner i denne aldersgruppen er det imidlertid langt flere som rapporterer dårlig/meget dårlig helse (44 prosent) enn som rapporterer at helsen er god/meget god (27 prosent).

<sup>1</sup> 73 prosent av somaliene i utvalget er under 40 år, mot 61 prosent i utvalget som helhet (Blom og Henriksen 2008: tabell 2.5).

Tabell 3.1. Egenvurdert helse. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn. Prosent

Egenvurdert helse	Hele befolkningen	Innvandrere og etterkommere										
		I alt	Bosnia-Hercegovina	Serbia-Montenegro	Tyrkia	Irak	Iran	Pakistan	Vietnam	Sri Lanka	Somalia	Chile
	<b>2005</b>	<b>2005/2006</b>										
Antall personer (N)	6076	3049	333	288	297	357	269	306	313	353	245	288
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Meget god	42	29	29	37	22	20	31	32	23	21	51	25
God	44	37	38	32	38	37	39	38	39	42	27	40
Verken god eller dårlig	10	18	23	14	19	22	10	13	20	27	14	22
Dårlig	3	12	8	14	16	14	12	13	14	8	5	10
Meget dårlig	1	3	2	4	3	6	8	4	2	2	1	2
Vet ikke	0	1	0	1	1	1	0	0	1	-	1	1
<b>Menn</b>												
Antall personer (N)	3072	1679	157	158	181	235	159	162	144	188	140	155
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Meget god	42	33	34	43	27	22	35	37	26	21	59	28
God	45	38	35	35	38	41	40	40	42	39	24	44
Verken god eller dårlig	10	14	20	10	16	17	5	9	17	30	10	17
Dårlig	3	11	8	9	14	15	13	12	13	9	4	8
Meget dårlig	1	3	2	3	4	4	6	2	1	2	1	2
Vet ikke	0	1	-	-	2	1	1	-	1	-	1	1
<b>Kvinner</b>												
Antall personer (N)	3004	1370	176	130	116	122	110	144	169	165	105	133
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Meget god	43	24	24	29	16	16	26	26	21	22	41	21
God	44	36	41	29	39	30	38	35	37	46	31	36
Verken god eller dårlig	9	22	25	18	24	30	16	17	23	24	20	28
Dårlig	4	13	9	19	19	13	10	15	15	7	7	12
Meget dårlig	1	4	1	4	3	11	10	6	3	2	1	3
Vet ikke	0	1	1	2	-	1	-	1	1	-	1	-

Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006 og Levekårsundersøkelsen 2005

Tabell 3.2. Egenvurdert helse. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter alder og kjønn. Prosent

Egenvurdert helse	I alt		16-24 år		25-39 år		40-54 år		55-70 år	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
<b>Befolkningen 2005</b>										
Antall personer (N)	3072	3004	494	456	912	910	903	916	763	722
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Meget god	42	43	50	43	47	47	34	41	30	25
God	45	44	43	47	44	43	47	42	43	44
Verken god eller dårlig	10	9	6	9	7	7	13	11	17	19
Dårlig	3	4	0	1	1	3	5	6	10	8
Meget dårlig	1	1	-	-	1	0	1	1	1	3
Vet ikke	0	0	-	-	-	-	0	-	-	0
<b>Innvandrere og etterkommere 2005/2006</b>										
Antall personer (N)	1679	1370	353	320	654	557	553	367	119	126
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Meget god	33	24	54	47	35	22	23	13	6	8
God	38	36	37	40	41	43	35	28	34	19
Verken god eller dårlig	14	22	5	9	14	22	20	32	23	28
Dårlig	11	13	2	2	7	10	17	19	33	34
Meget dårlig	3	4	0	1	2	2	4	8	4	11
Vet ikke	1	1	2	1	1	1	0	0	-	-

Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006 og Levekårsundersøkelsen 2005

Også i 1996 fant vi flere indikasjoner på at helsetilstanden ble sterkere svekket med økende alder blant innvandrerne enn blant den øvrige befolkningen. Det framgikk blant annet av andelen som rapporterte om sykdommer i de to befolkningene i henholdsvis undersøkelsen Levekår blant innvandrere 1996 og Levekårsundersøkelsen 1995.

## 4. Forekomsten av navngitte sykdommer

Kartleggingen av navngitte sykdommer foregikk på forskjellig måte i Levekår blant innvandrere 2005/2006 og i undersøkelsen som fant sted blant innvandrere i 1996. I 1996 ble det stilt et åpent spørsmål om intervjupersonen ”*har noen varig sykdom eller lidelse, noen virkning av skade eller noen funksjonshemming*”, og de som svarte ja ble bedt om å oppgi hvilke sykdommer det var. De som svarte nei, ble forelagt en liste med navn på i alt 38 sykdommer for å hjelpe på hukommelsen. Også de som hadde svart ja og som hadde kommet til veis ende i opplistingen av hvilke sykdommer de hadde, ble vist denne listen. Samme framgangsmåte var blitt benyttet i SSBs ordinære levekårs- og helseundersøkelser.

I Levekår blant innvandrere 2005/2006 valgte vi av forskjellige grunner å presentere en liste med navn på 16 sykdommer og be respondenten angi om hun/han ”*har .. eller har .. hatt noen av disse sykdommene*”. Vi antok at denne framgangsmåten ville være enklere å administrere for intervjueren, være tidsbesparende og gi mer pålitelige opplysninger enn den åpne kartleggingen. Samme metode var for øvrig benyttet i Levekårsundersøkelsen 2002 i tillegg til den åpne kartleggingen. Disse resultatene for hele befolkningen kunne benyttes som sammenlikningsgrunnlag for vår kartlegging av sykdommer blant innvandrere og etterkommere. Samtidig innså vi at denne framgangsmåten med 16 forhåndsdefinerte sykdommer ville gi et mindre fullstendig bilde av helsetilstanden for innvandrerne enn den åpne kartleggingen.

I tabell 4.1 presenterer vi sykdommene og hvor stor andel som oppgir å ha eller ha hatt hver enkelt av dem i hele befolkningen og blant innvandrere og etterkommere etter landbakgrunn. I senere tabeller presenteres svarene fordelt etter kjønn og alder.

**Tabell 4.1. Sykdommer som intervjupersonen har eller har hatt. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn. Prosent**

Har/har hatt følgende sykdommer	Hele befolkningen	Innvandrere og etterkommere											
		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)	6081	3053	333	288	297	357	270	308	314	353	245	288	
Eksem <sup>1</sup>	10	7	7	5	10	7	9	9	6	4	3	13	
Astma <sup>2</sup>	11	7	3	5	8	4	9	10	8	6	4	17	
Allergi	31	23	17	10	18	20	19	30	39	19	15	37	
Diabetes (sukkersyke)	4	5	2	3	4	5	2	8	3	11	4	2	
Stoffskifte-sykdom <sup>3</sup>	3	8	8	4	16	11	7	7	3	6	4	11	
Kronisk bronkitt, emfysem, kols	4	2	1	-	7	3	2	1	2	3	0	8	
Urinlekkasje	3	2	1	2	5	2	2	2	1	0	1	2	
Magesår	5	9	7	7	16	7	9	6	8	5	11	13	
Høyt blodtrykk <sup>4</sup>	9	7	10	6	8	7	5	9	7	7	4	7	
Angina pectoris <sup>5</sup>	2	3	5	3	8	2	4	2	4	1	3	3	
Hjerteinfarkt	2	2	3	1	2	1	1	2	3	2	2	0	
Hjerneslag <sup>6</sup>	2	1	2	1	2	0	-	1	0	0	2	1	
Kreft	3	1	2	1	1	0	2	1	0	0	0	1	
Beinskjørhet, osteoporose	2	2	3	2	2	3	3	2	2	-	1	2	
Revmatiske plager (leddgikt) <sup>7</sup>	2	5	6	5	3	14	4	2	4	4	5	2	
Slitasje i muskler og ledd (slitasjegikt) <sup>8</sup>	.	23	20	20	38	18	20	23	25	26	17	29	

<sup>1</sup> I spørsmålet til hele befolkningen var formuleringen ”atopisk eksem”.

<sup>2</sup> Både til befolkningen og innvandrertilvalget hadde spørsmålet tillegget ”..som medfører bruk av astmamedisin”.

<sup>3</sup> Til innvandrerne ble spørsmålet stilt rett etter spørsmålet om diabetes og het derfor ”Annen stoffskiftesykdom”. For å eksemplifisere ble det tilføyd ”(vitaminmangel, høyt kolesterol)”.

<sup>4</sup> Til innvandrerne ble det tilføyd ”..som medfører bruk av blodtryksmedisin”.

<sup>5</sup> Til innvandrerne ble det tilføyd ”, hjertekramper”.

<sup>6</sup> Til befolkningen ble det bare brukt betegnelsen ”slag”, mens det til innvandrerne ble sagt ”hjerneslag, hjerneblødning, ’drypp”.

<sup>7</sup> Her er bare de som ikke også oppgav at de har/har hatt slitasjegikt (neste spørsmål), regnet med.

<sup>8</sup> Tilsvarende spørsmål ble ikke stilt til hele befolkningen.

Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006 og Levekårsundersøkelsen 2002

Den første sykdommen på listen var *eksem*. I skjemaet til befolkningen i 2002 ble termen ”atopisk eksem” benyttet, mens ordlyden ble forenklet til innvandrerne, idet vi fryktet at ordet ”atopisk” (=allergisk) snarere ville forvirre enn opplyse. Eksem er ifølge Lommelegen.no – et nettsted for opplysning og svar på helse spørsmål betjent av norske leger - ”en samlebetegnelse på en rekke forskjellige hudsykdommer der huden er kløende, rød, hoven og flassende”. I alt 7 prosent av innvandrerne og 10 prosent av befolkningen oppgir at de har eller har hatt denne sykdommen. Andelen varierer mellom 13 prosent blant chilenerne og 3 prosent blant somaliere.

Neste sykdom på listen var ”*astma som medfører bruk av astmamedisin*”. Samme formulering ble benyttet da spørsmålet ble stilt til befolkningen i 2002. Astma er en kronisk betennelse i de nedre luftveiene som medfører trange luftveier og symptomer som tetthet og piping i brystet (Lommelegen). Utbredelsen av denne lidelsen er ifølge våre data 7 prosent blant innvandrerne og 11 prosent i befolkningen. Personer med bakgrunn fra Chile rapporterer mest astma, 17 prosent, mens bosniere, somaliere og irakere rapporterer minst, 3-4 prosent.

Listen over sykdommer inneholdt også stikkordet *allergi*. Allergi er ”en samlebetegnelse for allergiske (*sic!*) plager i øyne, nese, luftrørgreiner, hud og tarm” (Lommelegen). Noen typer allergi – som høysnue, den mest vanlige – hører hjemme blant sykdommer i åndedrettssystemet, mens andre typer – som elveblest – regnes til gruppen hudsykdommer (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Ifølge våre data er det hele tre av ti i befolkningen som har eller har hatt allergi. Tilsvarende andel i innvandrerbefolkningen, blant de ti landgruppene som vi har intervjuet, er vel to av ti. De høyeste andelene forekommer blant vietnamesere og chilenerne, nærmere fire av ti, mens personer med bakgrunn fra Serbia-Montenegro og Somalia oppgir de laveste andelene, 10-15 prosent.

*Diabetes* er sykdom nummer fire på listen som ble presentert for respondentene. Både i befolkningen og blant innvandrerne ble stikkordet *sukkersyke* også benyttet. Diabetes type 1 skyldes mangel på hormonet insulin som regulerer sukkermengden i blodet, mens diabetes type 2 skyldes at insulinet virker for dårlig. Ifølge Lommelegen har om lag 2 prosent av befolkningen diabetes, hvorav 80-90 prosent type 2. Behandling med insulin er helt nødvendig ved type 1-diabetes, men kan også forekomme ved type 2. Diabetes type 1 melder gjerne sin ankomst i ung alder (under 40 år), men kan forekomme i alle aldre.

I våre data svarer 4 prosent i befolkningen og 5 prosent i innvandrerbefolkningen at de har eller har hatt diabetes. Andelen som har sykdommen er høyest blant innvandrere og etterkommere fra Pakistan og Sri Lanka (rundt en av ti). Lavest forekomst av diabetes oppgis av personer med bakgrunn fra Bosnia-Hercegovina, Iran og Chile (2 prosent).

For om mulig å kunne skille fra hverandre diabetes type 1 og type 2 stilte vi to tilleggsspørsmål til dem som opplyste at de har eller har hatt diabetes. Spørsmålene gjaldt bruk av insulin (”*tar du insulin?*”) og alder ved sykdommens begynnelse (”*omtrent hvor gammel var du da du fikk diabetes?*”). Ifølge våre data var fire av ti insulinbrukere, mens fem av ti var det ikke. En av ti svarte ”vet ikke”, hvilket rimeligvis bør tolkes som et ”nei”. Om lag 30 prosent hevdet å ha fått sykdommen før førtiårsalderen (ikke vist her). Kombineres disse to kriteriene, bruk av insulin og sykdomsstart før alder 40 år, får vi en antatt andel diabetes type 1 på 16 prosent mot en antatt andel diabetes type 2 på 84 prosent. Å splitte dette videre etter landbakgrunn gir ingen mening ettersom basistallet er altfor lite (121 personer).

Vi stilte også spørsmål om intervjupersonene hadde ”*annen stoffskiftesykdom*”. I parentes oppgav vi ”*vitaminmangel, høyt kolesterol osv.*” Hensikten med ordene i parentes var å konkretisere eller eksemplifisere sykdommene vi spurte om, ikke å utvide diagnosen, hvilket vi dessverre kom i skade for. I tilsvarende spørsmål til befolkningen var ikke ordene i parentes med. Vi har i etterkant forstått at høyt

kolesterol ikke uten videre betraktes som en sykdom, men snarere som en risikofaktor for sykdommer som hjerteinfarkt og hjerneslag. Det er også tvilsomt om stikkordet vitaminmangel bør assosieres til stoffskiftesykdom, selv om mangel på bestemte vitaminer (som vitamin D) kan føre til sykdommen rakitt – en sykdom i samme hovedgruppe som stoffskiftesykdom ifølge Den internasjonale sykdomsklassifiseringen ICD-10 (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Den mest vanlige formen for stoffskiftesykdom er først og fremst ”for lavt” eller ”for høyt” stoffskifte som skyldes forstyrrelser i skjoldbruskkjertelens hormonproduksjon.

I befolkningen som helhet oppgav 3 prosent å ha stoffskiftesykdom mot i gjennomsnitt 8 prosent blant innvandrere og etterkommere. Av de enkelte landgruppene er andelen høyest blant personer med bakgrunn fra Tyrkia (16 prosent) og lavest blant personer med bakgrunn fra Vietnam (3 prosent). At en større andel i innvandrerbefolkningen enn i befolkningen som helhet rapporterer stoffskifteproblemer, vil kunne henge sammen med utvidelsen av diagnosen som innvandrere og etterkommere ble eksponert for.

*Kronisk bronkitt, emfysem og kols* er et knippe lungesykdommer som ble presentert på samme måte i befolkningen og blant innvandrerne. Kronisk bronkitt er en kronisk betennelsestilstand i de nedre luftveiene (bronkiene) som betraktes som første stadium på veien mot KOLS. Emfysem betegner en tilstand med delvis ødelagte vegger i lungeblærene, mens KOLS er en forkortelse for ”kronisk obstruktiv lungesykdom”. Røyking er den vanligste årsaken til alle tre tilstandene (Lommelegen). Som tabell 4.1 viser, er andelen med en eller flere av disse lidelsene 4 prosent i befolkningen og 2 prosent blant innvandrerne i vårt utvalg. Chilenerne og tyrkere rapporterer den høyeste forekomsten (7-8 prosent), mens innvandrere med bakgrunn fra Serbia-Montenegro og Somalia later til å slippe unna disse lidelsene.

*Urinlekkasje (inkontinens)* er sjuende stikkord på sykdomslisten. Som ordet sier er det snakk om ufrivillig vannlating i bestemte situasjoner. Våre data viser at problemet er omtrent like utbredt blant innvandrere som i hele befolkningen. 2 prosent blant innvandrerne og 3 prosent i befolkningen oppgir å ha denne lidelsen. I landgruppen med bakgrunn fra Tyrkia er andelen oppe i 5 prosent, mens andelen er nede på 0 prosent blant personer med bakgrunn fra Sri Lanka.

*Magesår* omfatter sår i magesekken og sår på tolvfingertarmen. Arv, røyking og (sannsynligvis) stress er faktorer som disponerer for magesår (Lommelegen). Magesår rammer, ifølge våre data, nesten dobbelt så mange blant innvandrerne som i hele befolkningen, henholdsvis 9 og 5 prosent. Blant chilenerne og tyrkere er andelen rammede helt oppe i henholdsvis 13 og 16 prosent. Srilankere oppgir den laveste andelen, 5 prosent.

*Høyt blodtrykk* kan over tid overbelaste og skade hjerte og blodårer. Det kan også føre til hjerneslag, en annen sykdom som vi spør om. Hva som regnes som unormalt høyt blodtrykk, varierer blant annet etter alder (lavere trykk forventes i ung alder). I våre data oppgir 9 prosent av befolkningen å ha høyt blodtrykk; tilsvarende tall blant innvandrere og etterkommere er 7 prosent. Variasjonen etter landbakgrunn er ikke påfallende stor. Den høyeste andelen rapporteres av personer fra Bosnia-Hercegovina og den laveste andelen av somaliere. Den bosniske gruppen er for øvrig den eldste i utvalget (Blom og Henriksen 2008: tabell 2.5).

Vi stilte også spørsmål om respondenten noensinne hadde hatt *angina pectoris* eller *hjerterkramper*. Til hele befolkningen i 2002 ble bare den latinske betegnelsen benyttet. Angina skyldes åreforkalkning i blodårene som fører blod til hjertet. 2 prosent av befolkningen svarte ja på spørsmålet om angina, mens andelen var 3 prosent blant innvandrerne. Igjen er det personer med bakgrunn fra Tyrkia som oppgir den høyeste andelen rammede, 8 prosent. Srilankere, irakere og pakistanere rapporterer de laveste andelene (1-2 prosent).

Neste stikkord på listen var *hjerteinfarkt*. Et infarkt er en tilstand der et vev har mistet blodtilførselen. Ved hjerteinfarkt får hjertemuskulaturen for lite oksygen. Tilstanden er mer varig enn ved angina. I vår undersøkelse svarte 2 prosent av innvandrerne at de har eller har hatt hjerteinfarkt, samme andel som i befolkningen. Andelen varierer for øvrig bare ubetydelig etter landbakgrunn.

*Hjerneslag* er den fjerde diagnosen på sykdomslisten med tilknytning til sirkulasjonssystemet. Igjen er det snakk om blodets bevegelser. I spørsmålet til innvandrerne ble ordene ”*hjerneslag*”, ”*hjerneblødning*” og ”*drypp*” benyttet; befolkningen ble spurt om de hadde hatt ”*slag*”. Hjerneblødning og ”*drypp*” er varianter av hjerneslag. Mens 2 prosent av befolkningen svarte ja på spørsmålet, var tilsvarende andel 1 prosent blant innvandrerne. Variasjonen etter landbakgrunn er igjen liten.

3 prosent i befolkningen i alder 16-70 år oppgir å ha eller ha hatt *kreft*, mot bare 1 prosent blant innvandrerne. Kreft er en fellesbetegnelse på sykdommer som skyldes ukontrollert cellevekst eller celledeling. Det fins en rekke krefttyper etter hvilke deler av kroppen som angripes. Også for kreft er variasjonen etter landbakgrunn liten.

Nederst på listen fulgte tre stikkord for sykdommer i muskel-skjelettsystemet. Den første er *beinskjørhet (osteoporose)*. Begge begrep ble presentert både i befolkningen og overfor innvandrerne. Sykdommen medfører at beinmassen reduseres og knoklene blir mer porøse, hvilket medfører større utsatthet for brudd og andre skader. Ifølge våre data er forekomsten den samme i befolkningen som blant innvandrerne, 2 prosent.

Dernest nevnes stikkordet ”*revmatiske plager (gikt, leddgikt)*” for innvandrerne. *Revmatisme* er en fellesbetegnelse for over 200 forskjellige sykdomsformer i ledd, muskler, senehinner og nerver, deriblant leddgikt og slitasjegikt (Wikipedia). *Leddgikt* (revmatoid artritt) er en sykdom der kroppens immunsystem angriper leddhinnen, brusk og bein nær leddene og gir en betennelsesaktig tilstand. *Slitasjegikt* (artrose) er mer vanlig og er et resultat av skader og slitasje på leddbrusken, vanligvis i hofter, knær og fingre. Begrepet *gikt* er en fellesbetegnelse som omfatter både leddgikt og slitasjegikt.

Dessverre blandet vi sammen både revmatisme, gikt og leddgikt i stikkordet innvandrerne ble presentert for. Befolkningen som helhet ble på den annen side bare bedt om å uttale seg om ”*leddgikt*”. For å muliggjøre en sammenlikning mellom innvandrere og hele befolkningen på dette punktet, refererer vi her bare andelen innvandrere og etterkommere som svarte ja på spørsmålet om ”*revmatiske plager (gikt, leddgikt)*” og som *ikke samtidig* svarte ja på det etterfølgende spørsmålet om ”*slitasje i muskler og ledd (slitasjegikt)*”. Vi antar at vi da har fått tak i dem som primært svarte ja på forekomsten av *leddgikt*. Denne andelen utgjør 5 prosent blant innvandrerne. Andelen er spesielt høy blant personer med bakgrunn fra Irak (14 prosent) og lav blant personer med bakgrunn fra Chile. I befolkningen oppgir 2 prosent å ha leddgikt. Noe av overrepresentasjonen blant innvandrerne kan skyldes at de svarte ja på basis av andre revmatiske lidelser enn leddgikt og slitasjegikt.

Siste sykdomsangivelsen som var med på listen var som nevnt ”*slitasje i muskler og ledd (slitasjegikt)*”. Vel to av ti med innvandrerbakgrunn oppgav å ha denne lidelsen. Noen tilsvarende diagnose ble ikke presentert for befolkningen. Det er derfor ikke mulig å foreta noen tilfredsstillende sammenlikning med befolkningen for dette sykdomsbildet. Benyttes likevel resultater fra den åpne kartleggingen av sykdommer i Levekårsundersøkelsen 2002, har i alt 17 prosent rapportert sykdommer i muskel-skjelettsystemet. Legges den langt snevrere diagnosen slitasjegikt til grunn, er den tilsvarende forekomsten i befolkningen om lag 5 prosent i aldersgruppen 16-66 år (uveid verdi).

#### 4.1. Nye funn i lys av funn fra Levekår blant innvandrere 1996

Som nevnt var framgangsmåten ved kartleggingen av sykdommer ulik i de to intervjuundersøkelsene. Når vi nå sammenlikner utfallene, ser vi tydelige forskjeller i resultatene. Enkelte forskjeller er så store at det vanskelig kan skyldes reelle endringer i sykdomsbildet i løpet av de ti årene mellom undersøkelsene. Forklaringen ligger heller i forskjeller i måten å spørre på i de to undersøkelsene.

Resultatene fra sykdomskartleggingen i Levekår blant innvandrere 1996 (LKI 1996) ble slått sammen i sykdomsgrupper i henhold til inndelingen som ble benyttet i Den internasjonale sykdomsklassifiseringen, ICD-9. I tabellen som ble presentert i publikasjonen fra undersøkelsen, er bare en handfull enkeltsykdommer skilt ut under noen av hovedgruppene (Blom 1998: tabell 14.1). Med utgangspunkt i disse kan vi foreta noen sammenlikninger med utfallet for tilsvarende sykdommer i Levekår blant innvandrere 2005/2006. De allergisk orienterte sykdommene går for eksempel igjen i begge undersøkelsene.

*Eksem* er utbredt blant 7 prosent ikke-innvandrere<sup>2</sup> og 2 prosent innvandrere og etterkommere i LKI 1996. Tilsvarende tall fra LKI 2005/2006 er henholdsvis 10 prosent og 7 prosent. *Astma* forekommer blant 5 prosent ikke-innvandrere og 2 prosent innvandrere i 1996, mens tilsvarende tall for 2005/2006 er henholdsvis 11 og 7 prosent. *Høysnue* (allergisk rhinitt) er utbredt blant 12 prosent ikke-innvandrere og 3 prosent innvandrere i 1996, mens *allergi* (som inkluderer høysnue, men utvilsomt er mer omfattende) ble registrert av 31 prosent i befolkningen og 23 prosent blant innvandrerne i 2005/2006.

Hvorvidt innvandrere virkelig er mindre plaget av allergiske lidelser enn den øvrige befolkningen, var ett av spørsmålene vi stilte oss i kjølvannet av undersøkelsen i 1996. Vi så for oss muligheten av at funnet kunne være metodologisk betinget, idet innvandrere kanskje lettere overser denne type mindre alvorlige lidelser så lenge de ikke konfronteres med dem gjennom direkte spørsmål. Undersøkelsen i 2005/2006 gir høyere anslag for disse sykdommene enn det vi fant i 1996, men som i 1996 finner vi også denne gang at innvandrerbefolkningen noe sjeldnere rapporterer allergiske sykdommer enn befolkningen generelt. Siden dette resultatet opptrer på nytt, og med utgangspunkt i en annen kartleggingsmetode, styrker det vår tro på at funnet er reelt. En svensk levekårsundersøkelse fra 1996 finner forøvrig også at "Infödda svenskar anger allergier i större omfattning än invandrarna från Iran, Polen och Turkiet" (Socialstyrelsen 2000).

Andelen som melder om magesår og diabetes lar seg også sammenlikne i de to undersøkelsene. I 1996 svarte 1 prosent av ikke-innvandrerne og 3 prosent av innvandrerne at de har magesår, mot henholdsvis 5 og 9 prosent i 2005/2006. Tilsvarende andeler for diabetes er 1 og 2 prosent i 1996 og henholdsvis 4 og 5 prosent i 2005/2006. Vi ser også her at anslagene for forekomsten av den enkelte sykdom er høyere nå enn for 9-10 år siden. Noe av forskjellen kan skyldes at vi i 1996 spurte om varig sykdom, skade eller funksjonshemming som respondenten har på intervjutidspunktet, mens vi i 2005/2006 også inkluderer sykdommer som respondenten har hatt. Flere sykdommer er imidlertid *varige* når de først har kommet. Vi tror likevel at den viktigste forklaringen på at anslagene er høyere i 2005/2006, er at vi denne gang stiller konkrete spørsmål om den enkelte sykdom, slik at faktorer som sviktende hukommelse, sviktende ordforråd, bagatellisering osv. er mindre utslagsgivende enn ved den "åpne kartleggingen".

<sup>2</sup> Levekårsundersøkelsen 1995 (LKU 1995) ble brukt som sammenlikningsgrunnlag for LKI 1996. Innvandrere og etterkommere ble holdt utenfor i LKU 1995-filen slik at vi kunne sammenlikne med det vi den gang kalte "nordmenn" og som vi i dag vil kalle "ikke-innvandrere" eller "den øvrige befolkningen".

## 5. Sykdommer etter kjønn og alder

Noen sykdommer er mer vanlige blant menn enn kvinner og omvendt. Ifølge våre data er fordelingen etter kjønn ikke alltid den samme i befolkningen som helhet som blant innvandrere og etterkommere. Når det gjelder de allergisk orienterte sykdommene som *eksem* og *allergi*, er det overensstemmelse mellom funnene for befolkningen og innvandrerne. Kvinner er noe mer utsatt for disse plagene enn menn. Forskjellene etter kjønn er statistisk signifikante i begge populasjonene (tabell 5.1). Ifølge medisinske opplysninger (Lommelegen) gjelder dette også for *astma*, men selv finner vi ingen statistisk signifikant forskjell (på 0,05-nivå) etter kjønn i våre data for astma, verken i befolkningen eller blant innvandrerne.

**Tabell 5.1. Sykdommer som intervjupersonen har eller har hatt.<sup>a</sup> Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter kjønn. Prosent**

Har/har hatt følgende sykdommer	2002		2005/2006	
	Hele befolkningen		Innvandrere og etterkommere	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Antall personer (N)	3088	2993	1681	1372
Eksem <sup>1</sup>	9***	12	6**	9
Astma <sup>2</sup>	10	12	7	7
Allergi	28***	35	20***	26
Diabetes	4	4	4**	6
Stoffskiftesykdom <sup>3</sup>	2***	4	5***	10
Kronisk bronkitt, emfysem, kols	4*	3	2	3
Urinlekkasje	3	4	1	2
Magesår	6***	3	9	8
Høyt blodtrykk <sup>4</sup>	9	9	6***	9
Angina pectoris <sup>5</sup>	3***	1	3*	4
Hjerteinfarkt	3***	1	2	1
Hjerneslag <sup>6</sup>	2***	1	1	1
Kreft	3	3	1	1
Beinskjørhet, osteoporose	2	1	1***	3
Revmatiske plager (leddgikt) <sup>7</sup>	3*	2	4***	6
Slitasje i muskler og ledd (slitasjegikt) <sup>8</sup>	.	.	20***	27

<sup>a</sup> Se fotnoter under tabell 4.1

p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*p<0,001 (kvikvadrattest for forskjell etter kjønn innen samme populasjon).

Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006 og Levekårsundersøkelsen 2002

*Diabetes* er noe mer utbredt blant kvinner enn menn i innvandrerbefolkningen, men ikke i befolkningen generelt, ifølge våre data. Tidligere studier har også vist at diabetes type 2 forekommer hyppig blant innvandrere fra India, Pakistan og Sri Lanka, særlig blant kvinner (Folkehelseinstituttet 2008). Overvekt og lite fysisk aktivitet hevdes å øke risikoen for sykdommen, i tillegg til en arvelig komponent.

For *andre stoffskiftesykdommer* finner vi også at kvinner er mest utsatt. Dette stemmer blant annet med funn i Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag når det gjelder for høyt og lavt stoffskifte (Pasienthåndboka). Andelen som oppgir å ha slike sykdommer er i våre data dobbelt så høy blant kvinner som blant menn både i befolkningen og blant innvandrere og etterkommere. Dertil er som tidligere nevnt (jf. tabell 4.1) andelen med stoffskiftesykdommer dobbelt så høy i innvandrerbefolkningen som i befolkningen generelt.

*Kronisk bronkitt, emfysem eller kols* er noe mer utbredt blant menn enn kvinner i befolkningen som helhet, men tilsvarende funn er ikke gjort i innvandrerbefolkningen.

*Urinlekkasje* kan synes å være noe mer utbredt blant kvinner enn menn, men tendensen er ikke statistisk signifikant i noen av våre undersøkelser.

I hele befolkningen rapporteres *magesår* dobbelt så ofte blant menn som blant kvinner i våre data, mens tilsvarende forskjell ikke kan iakttas blant innvandrere og etterkommere.



*Høyt blodtrykk* later til å være like utbredt blant kvinner som menn i befolkningen, mens det i innvandrerbefolkningen forekommer noe oftere blant kvinner. De tre øvrige sykdommene med tilknytning til blodomløpet, *angina*, *hjerterinfarkt* og *hjerneslag*, rammer i størst grad menn ifølge våre data for hele befolkningen. Blant innvandrerne er det få signifikante forskjeller for disse tre sykdommene etter kjønn.

Andelen som har eller har hatt *kreft* er noe større i befolkningen enn blant innvandrere og etterkommere, men ingen av populasjonene viser noen statistisk signifikant forskjell i forekomsten av kreft etter kjønn.

Innvandrerkvinnene rapporterer imidlertid mer *beinskjørhet* enn menn, men funnet gjentas ikke i hele befolkningen. Heller ikke når det gjelder *leddgikt*, rapporteres ensartede resultater etter kjønn i befolkningen og i innvandrerbefolkningen, men dette skyldes trolig misvisende data. I våre data for befolkningen som helhet framstår menn som oftere rammet av leddgikt enn kvinner, mens kvinner oftere rapporterer leddgikt enn menn i innvandrerdataene. Opplysningene om leddgikt blant menn i befolkningen er ventelig misvisende idet flertallet av menn som rapporterer sykdommen, oppgir det som en sykdom de "har hatt" (ikke vist i tabellen). Faktum er at leddgikt ikke kan helbredes når den først er påvist. Kvinnene i befolkningen som rapporterer leddgikt, oppgir det derimot i langt større grad som en sykdom de "har". Ifølge medisinske leksika rammes kvinner i befolkningen av leddgikt nærmere tre ganger så ofte som menn (Lommelegen, Pasienthåndboka).

For "*slitasje i muskler og ledd (slitasjegikt)*" har vi som nevnt bare opplysninger fra innvandrere. De viser at andelen som rammes av dette er signifikant større blant kvinner enn blant menn (27 mot 20 prosent). Velger vi å sammenlikne med andelen som på det åpne spørsmålet i Levekårsundersøkelsen 2002 rapporterer slitasjegikt (artrose), er kvinnes andel også der noe større enn menns (henholdsvis 6 og 4 prosent). Det samme er tilfelle ved sammenlikning med alle som på det åpne spørsmålet oppgir en sykdom i muskel-skjelettsystemet (19 mot 14 prosent) (ikke vist).

Alt i alt tyder våre data på at kvinner gjennomgående rapporterer mer sykdom enn menn i innvandrerbefolkningen, mens det er større balanse i sykdomsbildet etter kjønn i befolkningen generelt. I befolkningen som helhet forekommer noen sykdommer oftere blant kvinner (de allergiske og stoffskiftesykdom), mens andre sykdommer oftere rapporteres blant menn (KOLS, magesår og hjertelidelser).

## 5.1. Fordeling etter alder

Når det gjelder forekomsten av de enkelte sykdommer etter alder, er tendensen ikke uventet at andelen som rammes øker med årene (tabell 5.2). Dette gjelder både for innvandrere og befolkningen som helhet. Noen forskjeller kan imidlertid iakttas. For de allergisk relaterte sykdommene, *eksem*, *astma* og *allergi*, er tendensen i befolkningen som helhet at andelen synker med alderen, enten noenlunde jevnt eller brått i den øvre aldersgruppen (55-70 år). Tilsvarende tendens kan ikke iakttas i innvandrerbefolkningen. Her er det tvert om slik at andelen med astma og allergi øker noe med alderen. For eksem synes det ikke å være noen endring etter alder.

For flere av sykdommene ser det også ut til at forekomsten øker sterkere med alder blant innvandrere enn i befolkningen som helhet. Dette gjelder blant annet diabetes, "andre stoffskiftesykdommer", *angina*, *hjerterinfarkt* og *leddgikt*. For *diabetes* doubles andelen som rapporterer å ha sykdommen fra aldersgruppen 40-54 år til aldersgruppen 55-70 år i hele befolkningen (fra 4 til 8 prosent), mens den firedobles i innvandrerbefolkningen (fra 6 til 25 prosent). En spesielt høy andel rammet av diabetes, fire av ti, rapporteres i eldste aldersgruppe fra Pakistan, men tallgrunnlaget for dette funnet er lite. Det samme gjelder de eldste fra Sri Lanka som viser en andel med diabetes tilsvarende en av tre. Vi merker oss også den

sterke økningen i andelen innvandrere som oppgir å ha ”slitasje i muskler og ledd” (fra 6 prosent i yngste aldersgruppe til 42 prosent i eldste).

*Kreft* synes derimot å øke mer med alder i befolkningen som helhet enn blant innvandrene.

Hovedinntrykket er alt i alt at aldersgradienten for rapportering av sykdom er sterkere blant innvandrere og etterkommere enn i befolkningen som helhet.

**Tabell 5.2. Sykdommer som intervjupersonen har eller har hatt.<sup>a</sup> Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter alder. Prosent**

Har/har hatt følgende sykdommer	2002				2005/2006			
	Hele befolkningen				Innvandrere og etterkommere			
	16-24 år	25-39 år	40-54 år	55-70 år	16-24 år	25-39 år	40-54 år	55-70 år
Antall personer (N)	904	1916	1865	1396	675	1212	921	245
Eksem <sup>1</sup>	10	11	10	6	8	7	8	7
Astma <sup>2</sup>	15	9	11	11	7	5	9	14
Allergi	34	34	28	19	25	20	24	27
Diabetes	4	3	4	8	0	2	6	25
Stoffskiftesykdom <sup>3</sup>	2	2	5	7	3	6	10	18
Kronisk bronkitt, emfysem, kols	4	3	6	6	1	3	3	5
Urinlekkasje	2	2	5	9	1	1	2	8
Magesår	3	4	6	10	3	8	12	12
Høyt blodtrykk <sup>4</sup>	2	5	13	30	1	3	11	34
Angina pectoris <sup>5</sup>	2	1	3	7	1	1	5	14
Hjerteinfarkt	1	1	3	6	-	0	2	12
Hjerneslag <sup>6</sup>	1	1	3	3	0	0	1	4
Kreft	2	2	4	10	0	1	2	2
Beinskjørhet, osteoporose	1	1	2	5	0	1	3	7
Revmatiske plager (leddgikt) <sup>7</sup>	1	1	4	6	1	4	7	11
Slitasje i muskler og ledd (slitasjegikt) <sup>8</sup>	.	.	.	.	6	21	35	42

<sup>a</sup> Se fotnoter under tabell 4.1.

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

## 6. Andel med minst én sykdom og gjennomsnittlig antall sykdommer

Teller vi opp for hver respondent antall sykdommer av de 15 som er kartlagt noenlunde likt blant innvandrere og befolkningen som helhet, er anslagene bemerkelsesverdig like i de to populasjonene både når det gjelder andelen med minst én sykdom og gjennomsnittlig antall sykdommer. Som tabell 6.1 viser, er det nesten halvparten som har eller har hatt minst én av de 15 sykdommene både i innvandrerbefolkningen og i hele landets befolkning. En viss forskjell er det imidlertid etter kjønn i begge populasjonene idet andelen med sykdom er i underkant av halvparten blant menn (43-45 prosent og litt i overkant blant kvinner (53 prosent).

Tabellen viser også forskjellen mellom landgruppene blant innvandrere med hensyn til sykkelighet. Personer med bakgrunn fra Chile kommer høyest på statistikken over andelen som rapporterer minst én sykdom (vel seks av ti). Lavest kommer personer med bakgrunn fra Serbia-Montenegro og Somalia (ned mot tre av ti). Ser vi bare på kvinnene, er det blant personer med bakgrunn fra Tyrkia og Irak at andelen som rapporterer minst én sykdom er størst (seks av ti) i tillegg til kvinner med bakgrunn fra Chile (sju av ti).

Den nederste bolken i tabellen viser det gjennomsnittlige tallet på rapporterte sykdommer etter landbakgrunn og kjønn blant innvandrere og etterkommere og i hele befolkningen. I beregningen av gjennomsnittet inngår også de som ikke har rapportert noen sykdom. Resultatet blir nok en gang nesten det samme i de to populasjonene, 0,9 i befolkningen og 0,8 i innvandrerbefolkningen. Forskjellen på 0,1 bør ikke tillegges noen betydning. Til det er det for mange andre potensielle feilkilder å ta hensyn til.

Det er imidlertid verdt å merke seg forskjellen i det gjennomsnittlige tallet på sykdommer etter kjønn. I innvandrerbefolkningen ligger gjennomsnittet på 0,7 sykdommer for menn og 1,0 for kvinner, mens det i hele befolkningen ikke er noen kjønnsforskjell – til tross for at andelen som rapporterer minst én sykdom er 8 prosentpoeng høyere blant kvinner enn menn i befolkningen. I innvandrerbefolkningen er både andelen med minst én sykdom og det gjennomsnittlige tallet på rapporterte sykdommer noe høyere blant kvinner enn menn.

Tabellen viser også at gjennomsnittlig antall rapporterte sykdommer etter landbakgrunn er størst blant innvandrere og etterkommere med bakgrunn fra Chile (1,2) og Tyrkia (1,1). Lavest gjennomsnittlig antall sykdommer har Serbia-Montenegro (0,5) og Somalia (0,6). Begrenses sammenlikningen til kvinnene, er det kvinner med bakgrunn fra Chile, Tyrkia og Irak som oppgir flest sykdommer i gjennomsnitt (henholdsvis 1,6, 1,4 og 1,2), mens kvinner med bakgrunn fra Sri Lanka og Serbia-Montenegro har færrest (henholdsvis 0,6 og 0,7).

**Tabell 6.1. Andel med minst én sykdom (prosent) og gjennomsnittlig antall sykdommer. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn.<sup>1</sup>**

Sykdommer oppsummert <sup>2</sup>	Hele befolkningen	Innvandrere og etterkommere										
		I alt	Bosnia-Hercegovina	Serbia-Montenegro	Tyrkia	Irak	Iran	Pakistan	Vietnam	Sri Lanka	Somalia	Chile
	<b>2002</b>	<b>2005/2006</b>										
Andel med minst én sykdom	49	48	44	31	51	49	48	52	52	47	36	63
Menn	45	43	41	26	44	43	44	46	47	50	29	56
Kvinner	53	53	47	38	61	61	53	59	56	43	46	71
Gjennom-snittlig antall sykdommer	0,9	0,8	0,8	0,5	1,1	0,9	0,8	0,9	0,9	0,7	0,6	1,2
Menn	0,9	0,7	0,7	0,4	1,0	0,7	0,6	0,8	0,8	0,8	0,4	0,9
Kvinner	0,9	1,0	0,9	0,7	1,4	1,2	1,0	1,0	1,0	0,6	0,8	1,6

<sup>1</sup> Antall personer bak hver innførsel for kjønnene samlet framgår av tabell 4.1.

<sup>2</sup> Av 15 oppgitte sykdommer, når 'slitasje i muskler og ledd (slitasjegikt)' holdes utenfor.

Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006 og Levekårsundersøkelsen 2002

**Tabell 6.2. Andel med minst én sykdom (prosent) og gjennomsnittlig antall sykdommer. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter alder og kjønn**

Sykdommer oppsummert <sup>1</sup>	I alt		16-24 år		25-39 år		40-54 år		55-70 år	
	Andel med minst én sykdom	Gjennomsnitt antall sykdommer	Andel med minst én sykdom	Gjennomsnitt antall sykdommer	Andel med minst én sykdom	Gjennomsnitt antall sykdommer	Andel med minst én sykdom	Gjennomsnitt antall sykdommer	Andel med minst én sykdom	Gjennomsnitt antall sykdommer
<b>Befolkningen 2002</b>										
Antall personer (N) <sup>2</sup>	6081	6081	904	904	1916	1916	1865	1865	1396	1396
Begge kjønn	49	0,9	45	0,8	46	0,8	49	1,1	66	1,4
Menn	45	0,9	44	1,0	42	0,7	44	1,1	63	1,3
Kvinner	53	0,9	45	0,7	50	0,9	58	1,0	71	1,6
<b>Innvandrere og etterkommere 2005/2006</b>										
Antall personer (N) <sup>2</sup>	3053	3053	675	675	1212	1212	921	921	245	245
Begge kjønn	47	0,8	37	0,5	40	0,6	57	1,0	78	2,0
Menn	43	0,7	33	0,5	36	0,6	50	0,8	78	1,9
Kvinner	53	1,0	42	0,6	45	0,7	68	1,4	78	2,1

<sup>1</sup> Av 15 oppgitte sykdommer, når 'slitasje i muskler og ledd (slitasjegikt)' holdes utenfor.

<sup>2</sup> Begge kjønn

Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006 og Levekårsundersøkelsen 2002

Antall personer bak hver innførsel framgår av tabell 3.2.

I tabell 6.2 er landbakgrunn byttet ut med aldersgruppe. Tabellen viser dermed andelen med minst én sykdom (blant de 15 mulige) og det gjennomsnittlige tallet på sykdommer for befolkningen som helhet og innvandrere og etterkommere, etter aldersgruppe og kjønn.

I hele befolkningen øker andelen med minst én sykdom først langsomt etter alder. Fra 45 prosent i aldersgruppen 16-24 år stiger andelen med 4 prosentpoeng til aldersgruppen 40-54 år. Dermed øker andelen brått med hele 17 prosentpoeng til siste aldersgruppe (55-70 år). I befolkningen av innvandrere og etterkommere er andelen med minst én sykdom i utgangspunktet 7 prosentpoeng lavere enn i hele befolkningen i yngste aldersgruppe (37 prosent). Andelen øker med 20 prosentpoeng til nest siste aldersgruppe og deretter med ytterligere 21 prosentpoeng i siste aldersgruppe. Det betyr at andelen med minst én sykdom i befolkningen øker fra i underkant av en av to i yngste aldersgruppe til to av tre i eldste aldersgruppe, mens tilsvarende økning i innvandrerbefolkningen er fra vel en av tre til nærmere åtte av ti.

Også når det gjelder gjennomsnittlig antall sykdommer, er stigningen med alder "brattest" blant innvandrerne og etterkommerne. Fra et nivå på 0,5 i yngste aldersgruppe – 0,3 lavere enn i hele befolkningen – stiger antallet blant innvandrerne til 2,0 i eldste aldersgruppe – 0,6 høyere enn i tilsvarende aldersgruppe i befolkningen generelt.

Fordelt etter kjønn er det også en viss ulikhet i mønsteret for gjennomsnittlig antall sykdommer mellom innvandrerbefolkningen og hele befolkningen. Mens det i befolkningen varierer fra aldersgruppe til aldersgruppe hvilket av de to kjønn som har det høyeste antallet sykdommer, er antallet i innvandrerbefolkningen alltid noe høyere blant kvinnene i den enkelte aldersgruppe.

## 7. Registrerte sykdommer og egenvurdert helse

I hvilken grad er det sammenheng mellom de to målene på helse som vi hittil har presentert, det enkle spørsmålet om egenvurdert helse og det mer omfattende spørsmålet om respondenten har eller har hatt spesifikke sykdommer oppgitt på en liste? Dersom tilfredsheten med egen helse går systematisk ned jo flere sykdommer som rapporteres, styrker det tiltroen til at svarene på det subjektive spørsmålet er sensitivt for objektive fakta. Dersom en i utgangspunktet har mer tro på evalueringsspørsmålet, vil det å påvise en sammenheng mellom dette og antall rapporterte sykdommer, omvendt styrke tiltroen til at kartleggingen av sykdommer har vært vellykket.

Kort oppsummert viser tabellen (7.1) som ventet at andelen som vurderer sin helse som god eller meget god, synker systematisk med antall sykdommer som rapporteres. Nedgangen i andelen med god eller meget god helse er dessuten betydelig større i innvandrerbefolkningen enn i befolkningen som helhet. Mens andelen med en positiv vurdering av helsen ("meget god" eller "god") synker fra 92 prosent til 60 prosent i befolkningen når en beveger seg fra gruppen med null sykdommer til gruppen med fire eller flere sykdommer, går andelen som synes helsen er god eller meget god tilsvarende ned fra 81 til 9 prosent i innvandrerbefolkningen. At det her kan være tale om et noe annet repertoar av sykdommer blant innvandrere enn i befolkningen, kan selvsagt bidra til at helsen vurderes ulikt i de to populasjonene.

**Tabell 7.1. Egenvurdert helse. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter antall rapporterte sykdommer og kjønn. Prosent**

Egenvurdert helse	Befolkningen 2002						Innvandrere og etterkommere 2005/2006					
	I alt	Ingen sykdommer	En sykdom	To sykdommer	Tre sykdommer	Fire+ sykdommer	I alt	Ingen sykdommer	En sykdom	To sykdommer	Tre sykdommer	Fire+ sykdommer
Antall personer (N)	6081	2959	1747	812	327	236	3049	1601	853	321	156	118
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Meget god	41	49	38	30	10	21	29	41	23	14	2	2
God	46	43	49	52	55	39	37	40	41	32	18	7
Verken god eller dårlig	10	7	10	13	23	17	18	12	21	31	32	19
Dårlig	3	2	2	5	10	17	12	5	12	19	36	48
Meget dårlig	1	0	0	1	3	6	3	1	3	4	13	24
Vet ikke	0	0	-	-	-	-	1	1	0	-	-	-
<b>Menn</b>												
Antall personer (N)	3088	1616	874	369	128	101	1679	959	460	144	71	45
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Meget god	40	48	36	26	14	26	33	44	23	18	3	3
God	48	44	52	56	53	41	38	38	44	38	19	8
Verken god eller dårlig	9	7	10	13	19	17	14	11	19	20	27	16
Dårlig	2	2	2	4	7	9	11	6	11	20	37	57
Meget dårlig	1	-	0	0	7	7	3	1	3	4	15	17
Vet ikke	-	-	-	-	-	-	1	1	0	-	-	-
<b>Kvinner</b>												
Antall personer (N)	2993	1343	873	443	199	135	1370	642	393	177	156	118
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Meget god	42	51	40	33	6	14	24	36	22	10	1	2
God	44	40	47	48	57	38	36	43	39	28	18	6
Verken god eller dårlig	10	7	10	13	26	18	22	13	24	40	36	21
Dårlig	4	2	3	5	11	27	13	5	12	19	35	43
Meget dårlig	0	0	0	1	-	5	4	2	3	3	11	28
Vet ikke	0	0	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-

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

Tabellen viser også hvordan tallene varierer når kjønn legges inn som en dimensjon i tillegg til tallet på sykdommer. I hele befolkningen følger menn og kvinner hverandre tett i vurderingen av helsen inntil antall sykdommer passerer tre. Med tre sykdommer er det 67 prosent menn og 63 prosent kvinner som synes at helsen er god eller meget god. Ved fire sykdommer eller flere synker ikke lenger andelen som synes helsen er god eller meget god blant menn i motsetning til blant kvinner der denne andelen går ytterligere ned (til 52 prosent). Det kan synes som om menn lettere enn kvinner kommer fram til at helsen alt i alt er bra *trass i* alle sykdommene vedkommende plages med.

Tilsvarende tankegang synes ikke å gjøre seg gjeldende i innvandrerbefolkningen. Andelen som synes helsen er god eller meget god fortsetter å synke blant dem for begge kjønns vedkommende etter hvert som tallet på sykdommer øker, og andelen som vurderer helsen positivt ligger hele veien noen prosentpoeng lavere blant kvinner enn menn ved det samme antallet sykdommer.

## 8. Sykdommens virkning på hverdagslivet

Det skal ikke mye fantasi til å innse at sykdommer kan virke inn på hvordan en lever sitt liv til daglig. Selv om mange ”lærer seg å leve” med en kronisk sykdom, det vil si å akseptere den og innretter livet sitt deretter, kan sykdommen bety store omlegginger i livsstil og rutiner. Bevegelsesfriheten kan bli redusert, en må lære seg å benytte bestemte hjelpemidler, kostholdet kan måtte omlegges, en blir avhengig av hjelp fra andre for å mestre bestemte funksjoner, osv. I et spørsmål til personer som hadde oppgitt å ha helseproblemer, ble respondentene bedt om å angi i hvilken grad ”problemer med helsen påvirker din hverdag”. Er det ”i høy grad, i noen grad, i liten grad eller ikke i det hele tatt”?

I Levekårsundersøkelsen 2002 og 2005 ble spørsmålet rettet til dem som i den åpne kartleggingen av sykdommer hadde opplyst å ha minst én sykdom, skade eller funksjonshemming. Dette omfattet 51 prosent i 2002 og 49 prosent i 2005 (veide verdier). I Levekår blant innvandrere 2005/2006 ble som nevnt kartleggingen av sykdommer gjennomført ved direkte spørsmål om et antall oppgitte sykdommer. Dette fikk som følge at spørsmålet om virkningen av sykdom på hverdagslivet ble rettet til en annen målgruppe, nemlig de 33 prosent (jf. tabell 3.1) som på spørsmålet om egenvurdert helse svarte at helsen verken var god eller meget god. Endringen ble innført for å sikre at de som eventuelt hadde en sykdom som ikke var blant de 16 på forhånd utpekte, også skulle få spørsmålet om virkningen av sykdommen på hverdagen, såfremt de selv i intervjuet hadde indikert at helsen ikke var god eller meget god. Ulempen med dette er selvsagt at de som fikk det subjektive spørsmålet om virkningen av sykdommen(e) i hverdagen, begrenses til dem som allerede hadde vurdert sin helse som svekket. Da er det jo nærliggende å forvente at mange vil svare at hverdagen er påvirket av helseproblemet. I hvilken grad den er berørt (i ”høy grad”, ”i noen grad” eller ”i liten grad”) er imidlertid åpent.

**Tabell 8.1. Virkningen av helseproblemer (varig sykdom/funksjonshemming) på hverdagen. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn. Prosent**

Virkning av sykdom på hverdagen	Hele befolkningen	Innvandrere og etterkommere										
		I alt	Bosnia-Hercegovina	Serbia-Montenegro	Tyrkia	Irak	Iran	Pakistan	Vietnam	Sri Lanka	Somalia	Chile
	<b>2005</b>	<b>2005/2006</b>										
Antall personer (N)	5971	3030	332	286	294	354	268	305	310	353	242	286
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
I høy grad	6	15	11	15	20	20	19	16	14	5	9	13
I noen grad	5	11	14	9	11	12	9	11	10	14	5	10
I liten grad	1	5	5	4	4	7	2	2	7	8	3	6
Ikke i det hele tatt	1	2	0	1	2	1	-	1	5	5	0	4
Har god/meget god helse	88	67	67	69	61	58	71	70	63	64	79	66
Vet ikke	-	2	3	2	2	1	0	1	2	5	3	1
<b>Menn</b>												
Antall personer (N)	3010	1667	157	158	178	233	158	162	142	188	138	153
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
I høy grad	5	12	11	11	16	16	18	12	8	6	7	11
I noen grad	4	8	10	4	11	9	4	8	11	13	4	5
I liten grad	2	5	7	3	5	8	3	2	4	11	3	8
Ikke i det hele tatt	1	2	1	1	2	1	-	1	6	5	-	2
Har god/meget god helse	89	72	69	78	66	64	75	77	69	60	85	73
Vet ikke	-	2	3	4	1	2	-	1	2	5	1	1
<b>Kvinner</b>												
Antall personer (N)	2961	1363	175	128	116	121	110	143	168	165	104	133
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
I høy grad	6	18	11	20	26	28	19	20	19	4	12	17
I noen grad	6	13	18	14	11	17	16	13	10	15	8	15
I liten grad	1	4	3	6	3	7	1	3	8	4	4	5
Ikke i det hele tatt	1	2	-	1	3	3	-	1	4	5	1	5
Har god/meget god helse	87	61	65	59	54	46	64	62	58	67	72	57
Vet ikke	-	2	3	1	3	-	1	1	2	4	4	2

Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006 og Levekårsundersøkelsen 2005

Tabell 8.1 viser hvordan innvandrerbefolkningen svarer på spørsmålet om helseproblemers virkning på hverdagen. I svarfordelingen som presenteres i tabellen er lagt inn også dem som syntes at helsen var god eller meget god og som dermed *ikke* fikk det nevnte spørsmålet. Poenget med å gjøre det slik er å vise hvor stor andel av alle innen de enkelte gruppene som rapporterer at hverdagen er blitt vanskeligere som følge av problem med helsen.

I kommentarene til tabellen konsentrerer vi oss om andelen i den enkelte gruppe som mener at helseproblemer påvirker hverdagen *i høy grad*. For befolkningen som helhet gjelder dette 6 prosent. Blant innvandrere og etterkommere fra våre ti landgrupper gjelder det 15 prosent. Andelen som synes helsen påvirker hverdagen i høy grad varierer fra to av ti blant tyrkere, irakere og iranere til 5 prosent blant srilankere.

Etter kjønn er det i gjennomsnitt 12 prosent menn og 18 prosent kvinner, begge med innvandrerbakgrunn, som mener at helseproblemer påvirker hverdagen i høy grad. I hele befolkningen er kjønnsforskjellen neglisjerbar. Blant menn er det personer med bakgrunn fra Iran som i størst grad synes helseproblemer påvirker hverdagen (18 prosent); blant kvinner står tilsvarende oppfatning sterkest blant personer med bakgrunn fra Irak (28 prosent).

Hvordan fordeler så andelen seg som synes hverdagen i høy grad påvirkes av helseproblemer etter alder og kjønn i de to populasjonene? Tabell 8.2 gir svar på dette.

**Tabell 8.2. Andel som synes at hverdagen i høy grad påvirkes av helseproblemer (varig sykdom/ funksjonshemming). Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter alder og kjønn. Prosent**

I høy grad påvirket	I alt	16-24 år	25-39 år	40-54 år	55-70 år
<b>Befolkningen 2005</b>					
Antall personer (N) <sup>1</sup>	5971	918	1795	1791	1467
Begge kjønn	6	1	4	9	13
Menn	5	1	4	8	12
Kvinner	6	1	4	10	15
<b>Innvandrere og etterkommere 2005/2006</b>					
Antall personer (N) <sup>1</sup>	3030	664	1204	917	245
Begge kjønn	15	2	11	24	35
Menn	12	2	10	19	26
Kvinner	18	3	12	31	43

<sup>1</sup> Begge kjønn

Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006 og Levekårsundersøkelsen 2005

For begge befolkningene øker andelen som opplever at helseproblemer influerer på hverdagslivet, etter alder, men andelen øker svakere i hele befolkningen enn blant innvandrerne. Fra aldersgruppen 16-24 år til aldersgruppen 55-70 år øker andelen som mener at helseproblemer påvirker hverdagen i høy grad, med 12 prosentpoeng i befolkningen og 33 prosentpoeng i innvandrerbefolkningen. Kvinnes andel øker også mer enn menns, men forskjellen er ikke på mer enn noen få prosentpoeng i befolkningen som helhet. Blant kvinner med innvandrerbakgrunn er økningen i andelen som synes hverdagslivet påvirkes mye av helseproblemer, på hele 40 prosentpoeng etter alder, mens tilsvarende økning blant innvandrer menn er på 24 prosentpoeng. Det er spesielt i de to siste aldersgruppene (40-54 år og 55-70 år) at forskjellen mellom innvandrerkvinner og -menns oppfatning øker.

Å finne direkte sammenliknbare data fra Levekår blant innvandrere 1996 lar seg ikke gjøre idet vi den gang lot den åpne kartleggingen av sykdommer bli etterfulgt av et spørsmål om sykdommenes eventuelt begrensede virkning på *arbeidsevnen*, ikke hverdagslivet. Spørsmålet ble som nevnt stilt til alle som hadde oppgitt en eller annen sykdom, skade eller funksjonshemming, det vil si til et noe annet underutvalg enn i 2005/2006-undersøkelsen. Det viste seg imidlertid at innvandrere og etterkommere også den gang vurderte sine eventuelle sykdommer som mer begrensede for utfoldelsen enn den øvrige delen av befolkningen gjorde. Mens 33 prosent av innvandrerne som hadde rapportert minst én sykdom, mente at sykdommen(e) begrenset arbeidsevnen i høy grad, var tilsvarende andel i den øvrige delen av befolkningen nede på 13 prosent (Blom 1998).



## 9. Psykosomatiske lidelser blant innvandrere og i befolkningen

I Levekårsundersøkelsen 2002 og 2005 er det med en liste over plager som respondenten bes ta stilling til. Har hun/han vært plaget av noe på listen i løpet av de siste tre månedene? Det blir opplyst at bare ”mer vanlige eller stadig tilbakevendende plager” skal regnes med, ”ikke forbigående plager som for eksempel forkjølelse”. På listen er det 15 stikkord for plager som kan tenkes å ligge i grenselandet mellom fysiske og psykiske lidelser. De kan enklest betegnes som ”psykosomatiske” lidelser (av gresk *psykhe*, sjel, og *soma*, legeme). I Levekår blant innvandrere 2005/2006 tok vi med åtte av dem (se tabell 9.1).

Et gjennomgående inntrykk er at tilnærmet dobbelt så mange i innvandrerbefolkningen som i befolkningen som helhet oppgir å ha den enkelte ”plage”. Mest utbredt er plager som ”smerter i kroppen”, ”hodepine eller migrene” og ”tretthet og slapp”. Om lag to av ti i befolkningen og fire av ti blant innvandrere og etterkommere oppgir at de har hatt slike plager i løpet av de siste tre månedene. Blant personer med bakgrunn fra Tyrkia har hver annen person vært plaget. Av fordøyelsesbesvær, hoste og konsentrasjonsvansker er det imidlertid under en av ti i befolkningen og knapt dobbelt så mange blant innvandrerne som har vært plaget. Tabellen viser for øvrig at kvinner oftere rapporterer å være rammet av de forskjellige plagene enn menn, både blant innvandrere og i befolkningen generelt. Størst er kjønnsforskjellen for lidelser som hodepine eller migrene.

Tabellen inneholder også noen samlemål for de åtte mulige plagene. Det gjelder andelen som rapporterer minst én plage, andelen som rapporterer fire eller flere plager og antall plager i gjennomsnitt i hver gruppe. I hele befolkningen rapporterer halvparten å ha opplevd *minst én plage*; blant innvandrere og etterkommere er tilsvarende andel i gjennomsnitt sju av ti. Andelen er høyest blant tyrkere, irakere og pakistanere, om lag åtte av ti. Lavest er andelen blant personer med bakgrunn fra Bosnia-Hercegovina, Somalia og Serbia-Montenegro, seks av ti. Kjønnsforskjellen er på 17 prosentpoeng i befolkningen og bare 7 prosentpoeng i innvandrerbefolkningen.

Andelen som rapporterer å ha hatt *fire eller flere plager* i løpet av de siste tre månedene, er en av ti i befolkningen og en av fire i innvandrerbefolkningen i gjennomsnitt. Her er kjønnsforskjellen særlig stor blant personer med bakgrunn fra Irak, Pakistan og Chile. Andelen som har opplevd fire eller flere plager er hele fire av ti blant kvinner med irakisk, tyrkisk og pakistansk bakgrunn.

*Antall plager i gjennomsnitt* er trolig det beste målet når gruppene skal rangeres etter omfanget av psykosomatiske lidelser. Tallene viser at personer med landbakgrunn fra Tyrkia og Irak er de mest plagede, både blant menn og kvinner. Kjønnsforskjellen er imidlertid størst blant personer med chilensk bakgrunn – 1,0 plager – mot 0,9 blant irakere. Ingen av innvandrergruppene har like lav forekomst av psykosomatiske plager som befolkningen som helhet. Personer med bakgrunn fra Somalia kommer imidlertid nærmest.

Også når det gjelder psykosomatiske plager, vil det være interessant å ta en titt på hvordan forekomsten varierer etter alder. Tabell 9.2 viser både andelen som har fire eller flere plager og gjennomsnittlig antall plager etter alder og kjønn. Tabellen inneholder opplysninger både for befolkningen som helhet og innvandrerbefolkningen.

**Tabell 9.1. Varige eller tilbakevendende psykosomatiske plager. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn. Prosent og gjennomsnittlig antall**

Psykosomatiske plager	Hele befolkningen	Innvandrere og etterkommere											
		I alt	Bosnia-Hercegovina	Serbia-Montenegro	Tyrkia	Irak	Iran	Pakistan	Vietnam	Sri Lanka	Somalia	Chile	
	<b>2005</b>												
Antall personer (N)	6076	3053	333	288	297	357	270	308	314	353	245	288	
Smerter i kroppen	20	37	26	24	52	43	39	45	41	24	16	42	
Menn	17	33	26	22	48	41	39	35	32	30	14	37	
Kvinner	24	41	26	27	60	48	40	56	49	18	20	47	
Hodepine eller migrene	20	37	29	25	50	46	31	45	38	32	27	38	
Menn	12	29	24	18	41	37	21	36	26	27	23	23	
Kvinner	29	47	34	33	62	63	46	55	47	38	33	54	
Fordøyelsesbesvær (mage-plager) <sup>1</sup>	7	11	12	9	13	14	9	10	13	6	8	13	
Menn	6	9	13	6	11	12	7	9	11	7	6	10	
Kvinner	10	13	11	12	16	18	11	12	15	6	11	16	
Hoste	8	16	10	9	16	15	16	21	21	16	8	22	
Menn	7	15	10	8	12	14	15	21	25	17	8	20	
Kvinner	10	17	9	12	23	17	17	22	17	15	9	24	
Konsentrasjonsvansker	9	16	12	9	26	22	21	11	19	8	11	24	
Menn	8	15	12	7	28	17	17	12	18	12	10	20	
Kvinner	10	17	12	12	22	30	26	11	20	4	12	29	
Søvnproblemer	13	29	23	25	39	39	34	25	33	19	19	33	
Menn	11	28	22	22	41	37	36	20	27	23	21	30	
Kvinner	17	30	23	29	36	42	31	31	39	14	16	37	
Trett og slapp <sup>2</sup>	19	40	34	32	54	42	41	48	48	28	28	29	
Menn	15	35	27	26	50	36	36	43	40	28	26	19	
Kvinner	25	46	40	39	60	53	47	53	54	27	30	41	
Irritabel eller aggressiv	9	22	11	14	28	24	30	26	22	20	11	23	
Menn	7	20	13	15	27	20	27	22	19	21	11	20	
Kvinner	11	24	10	12	29	34	35	31	24	19	11	26	
Minst én plage	48	71	57	62	83	79	70	79	72	70	60	76	
Menn	40	68	54	57	80	77	67	74	66	68	61	70	
Kvinner	57	75	60	68	87	84	74	83	78	72	58	83	
Fire plager +	9	24	17	14	36	30	27	28	30	13	11	24	
Menn	7	19	17	10	32	22	23	18	24	14	9	16	
Kvinner	13	29	17	19	41	45	34	38	35	10	13	33	
Antall plager i gjennomsnitt	1,1	2,1	1,6	1,5	2,8	2,5	2,2	2,3	2,3	1,5	1,3	2,2	
Menn	0,8	1,8	1,5	1,2	2,6	2,1	2,0	2,0	2,0	1,6	1,2	1,8	
Kvinner	1,3	2,3	1,7	1,8	3,1	3,0	2,5	2,7	2,6	1,4	1,4	2,8	

<sup>1</sup> Her het det i Levekårsundersøkelse 2005: "Kvalme eller fordøyelsesbesvær".

<sup>2</sup> Her het det i Levekårsundersøkelsen 2005: "Å være trett eller slapp".

Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006 og Levekårsundersøkelsen 2005

**Tabell 9.2. Andel (prosent) med fire eller flere varige eller tilbakevendende psykosomatiske plager og gjennomsnittlig antall plager. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter alder og kjønn.<sup>1</sup>**

Psykosomatiske plager <sup>2</sup>	I alt		16-24 år		25-39 år		40-54 år		55-70 år	
	Andel med fire eller flere plager	Gjennomsnitt antall plager	Andel med fire eller flere plager	Gjennomsnitt antall plager	Andel med fire eller flere plager	Gjennomsnitt antall plager	Andel med fire eller flere plager	Gjennomsnitt antall plager	Andel med fire eller flere plager	Gjennomsnitt antall plager
<b>Befolkningen 2002</b>										
Begge kjønn	9	1,1	10	1,1	8	1,0	11	1,1	8	1,1
Menn	7	0,8	7	0,8	5	0,8	9	0,9	4	0,8
Kvinner	13	1,3	13	1,5	11	1,2	15	1,4	13	1,4
<b>Innvandrere og etterkommere 2005/2006</b>										
Begge kjønn	24	2,1	17	1,7	22	2,0	29	2,3	37	2,7
Menn	19	1,8	13	1,6	19	1,8	24	2,0	22	2,2
Kvinner	29	2,3	21	1,9	25	2,1	37	2,7	51	3,2

<sup>1</sup> Antall personer bak hver innførsel framgår av tabell 3.2.

<sup>2</sup> Av åtte mulige.

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

I befolkningen som helhet er det ingen økning i andelen med fire eller flere psykosomatiske plager fra yngste til eldste aldersgruppe, verken for menn eller kvinner, men kvinnenes andel ligger hele veien noe over menns. Det gjør den også i innvandrerbefolkningen. Blant innvandrer menn er det en beskjeden økning på 9 prosentpoeng fra første til siste aldersgruppe i andelen med fire eller flere psykosomatiske plager. Blant innvandrer kvinner er den tilsvarende økningen på hele 30 prosentpoeng. Det innebærer at halvparten av innvandrer kvinnene i alder 55-70 år rapporterer å ha hatt fire eller flere (av åtte mulige) psykosomatiske plager i løpet av de siste tre månedene før intervjuet.

Variabelen for gjennomsnittlig antall plager viser de samme tendensene i materialet som andelen med fire eller flere plager viser.

## 10. Psykiske helseproblemer blant innvandrere og i befolkningen

Et batteri på fem spørsmål innrettet på å avdekke respondentenes følelsesmessige tilstand i større grad enn de foregående spørsmålene, var også med i Levekår blant innvandrere 2005/2006. De samme fem spørsmålene forekom dertil i det ordinære intervjukjemaet i Levekårsundersøkelsen 2002. Spørsmålene representerer en forkortet versjon av Hopkins Symtoms Checklist-25 (forkortet HSCL-25 eller også SCL-25) (Jensen og Hedum 2007). Siden vårt "batteri" bare inneholder fem spørsmål, går det under betegnelsen Hopkins Syptoms Checklist-5 (HSCL-5 eller SCL-5). De to første spørsmålene sikter mot å oppdage angstsymptomer, mens de tre siste skal fange opp depresjonssymptomer. I den opprinnelige versjonen på 25 spørsmål var de ti første innrettet på å avdekke angst, mens de femten siste skulle avdekke depresjon. Det finnes dertil en skala bestående av 10 spørsmål (HSCL-10 eller SCL-10). En norsk undersøkelse av kvaliteten på de tre forskjellige målene viser at de alle korrelerer sterkt med hverandre (Pearsons  $r$  mellom 0,91 og 0,97) og at de kortere versjoner (basert på ti eller fem spørsmål) i mangt kan være like hensiktsmessige å benytte som den lengste (Strand, Dalgard, Tambs og Rognerud 2003).

Tabellen 10.1 viser andelen som i løpet av de siste 14 dagene hver for seg har vært svært eller ganske plaget av *nervøsitet og indre uro, redsel eller engstelse, håpløshet med tanke på framtiden, nedtrykthet og tungsinn, bekymring eller uro*. Andelen som rapporterer å ha hatt slike følelser er betydelig høyere i innvandrerbefolkningen enn i hele befolkningen, faktisk hele tre ganger høyere. Mens andelen i befolkningen som rapporterer om slike følelser varierer fra 3 til 7 prosent, er tilsvarende andel i innvandrerbefolkningen mellom 15 og 21 prosent. Redsel og engstelse er minst utbredt, mens bekymring eller uro forekommer mest.

Innvandrere og etterkommere fra Iran er den av landgruppene som rapporterer mest slike negative følelser. På hvert spørsmål er det gjennomgående tre av ti med iransk bakgrunn som oppgir at hun/han har vært svært eller ganske plaget av den enkelte følelsen. Personer med bakgrunn fra Irak og Chile havner på plassene bak Iran. Minst plaget av engstelse og depresjon synes srilankere og somaliere å være.

I de to neste tabellene har vi regnet sammen svarene på de fem spørsmålene til en skala (indeks) for psykiske vansker. Den anbefalte framgangsmåten er her å tildele svaret "svært plaget" verdi 4, "ganske plaget" verdi 3, "litt plaget" verdi 2 og "ikke plaget" verdi 1. Deretter beregnes en gjennomsnittsskår for hver enkelt respondent ved å summere svarene på alle fem spørsmål og dividere summen på 5. Personer som unnlater å svare på to eller flere av enkeltspørsmålene, holdes utenfor beregningen. Ved uoppgitt på ett av spørsmålene imputeres gjennomsnittsverdien for dette spørsmålet. Resultatet blir en skala for psykiske vansker som løper fra 1,0 til 4,0 og der høye verdier indikerer store problemer. I stedet for gjennomsnittsverdien på skalaen for den enkelte sosiale gruppe, velges et punkt på skalaen – i dette tilfelle 2,0 – og andelen som har denne skåren eller høyere presenteres (Strand et al. 2003, Jensen og Hedum 2007). Personer med verdier i området 2,0-4,0 på HSCL-5 anses her å ha *psykiske helseproblemer*. Hvor stor andel disse utgjør av befolkningen og innvandrerbefolkningen etter landbakgrunn og kjønn, belyses i tabell 10.2.

**Tabell 10.1. Andel som i løpet av siste 14 dager har vært svært eller ganske plaget av symptomer på angst og depresjon.<sup>1</sup> Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn. Prosent**

Andel svært/ganske plaget av..	Hele befolkningen	Innvandrere og etterkommere										
		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	3049	333	288	297	357	269	306	313	353	245	288
Nervøsitet og indre uro	6	18	18	16	23	25	29	16	13	9	11	24
Redsel og engstelse	3	15	13	12	15	22	26	11	12	12	6	25
Følelse av håpløshet	4	17	12	20	16	22	28	18	12	15	14	16
Nedtrykthet og tungsinn	4	17	15	15	19	25	28	13	12	12	11	15
Bekymring eller uro	7	21	14	21	22	34	32	19	15	14	15	26

<sup>1</sup> Den eksakte ordlyd for de fem symptomene var: "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".

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

**Tabell 10.2. Andel med psykiske helseproblemer. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn. Prosent**

Psykiske helseproblemer <sup>1</sup>	Hele befolkningen	Innvandrere og etterkommere										
		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) <sup>2</sup>	3007	2995	325	284	292	352	263	304	305	352	235	283
Begge kjønn	9	27	29	24	34	39	42	25	21	16	16	28
Menn	9	24	26	20	30	32	40	17	15	18	14	24
Kvinner	9	32	31	30	39	53	45	33	26	13	19	32

<sup>1</sup> Tabellen viser andelen som har gjennomsnittsskåre 2-4 på indeks for psykiske helseproblemer.

Svaralternativene 'Svært plaget', 'Ganske plaget', 'Litt plaget' og 'Ikke plaget' gis henholdsvis verdiene 4, 3, 2 og 1.

Verdiene summeres for de fem enkeltutsagnene og divideres med 5. Recorder med uoppgitte verdier på to eller flere variabler, får uoppgitt på indeksen.

<sup>2</sup> Begge kjønn

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

I befolkningen er andelen 9 prosent, uansett kjønn. I innvandrerbefolkningen er den tre ganger høyere, 27 prosent i gjennomsnitt. Andelen er 8 prosentpoeng høyere for kvinner med innvandrerbakgrunn (32 prosent) enn for menn med slik bakgrunn (24 prosent). Høyeste andel med psykiske helseproblemer finner vi blant personer med bakgrunn fra Iran og Irak. Andelen er fire av ti for kjønnene samlet. Den er fem av ti (en av to) blant irakiske kvinner. Lavest innslag av psykiske helseproblemer finner vi blant innvandrere og etterkommere med bakgrunn fra Sri Lanka og Somalia (16 prosent).

I hvilken grad varierer utbredelsen av psykiske helseproblemer etter alder og kjønn? Er det som med egenvurdert helse og mange sykdommer at andelen øker med alderen? Tabell 10.3 viser at svaret er ja for innvandrerbefolkningen og nei for befolkningen generelt. I den grad det er noen utvikling etter alder for psykiske helseproblemer i befolkningen, er tendensen snarere at andelen går noe ned i høyere alder for begge kjønn. Kjønnforskjellen er for øvrig liten i den enkelte aldersgruppe i befolkningen.

I innvandrerbefolkningen er situasjonen at andelen med psykiske helseproblemer øker for hvert alderstrinn. Kvinnenes andel er høyere enn menns i alle aldre. Mens andelen med psykiske problemer er lik i alder 16-24 år blant menn i innvandrerbefolkningen og i befolkningen som helhet (12-13 prosent), er andelen med denne type problemer blant mannlige innvandrere i alder 55-70 år 34 prosent, mot 7 prosent blant menn i samme alder i befolkningen. Andelen med psykiske helseproblemer blant kvinner med innvandrerbakgrunn blir nesten doblet fra 22 til 42 prosent fra yngste til eldste aldersgruppe, mens tilsvarende andel blant kvinner i befolkningen går ned fra 9 til 5 prosent.

**Tabell 10.3. Andel med psykiske helseproblemer. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter alder og kjønn. Prosent**

Psykiske helseproblemer <sup>1</sup>	I alt	16-24 år	25-39 år	40-54 år	55-70 år
<b>Befolkningen 2002</b>					
Antall personer (N) <sup>2</sup>	3007	451	950	911	695
Begge kjønn	9	10	9	9	6
Menn	9	12	8	8	7
Kvinner	9	9	10	10	5
<b>Innvandrere og etterkommere 2005/2006</b>					
Antall personer (N) <sup>2</sup>	2995	655	1190	905	245
Begge kjønn	27	17	26	35	38
Menn	24	13	24	30	34
Kvinner	32	22	29	42	42

<sup>1</sup> Se fotnote til tabell 10.2.

<sup>2</sup> Begge kjønn.

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

Det som med andre ord er en moderat forskjell i psykisk helse mellom unge med innvandrerbakgrunn og unge i sin alminnelighet, øker til et betydelig gap i aldersgruppen over 55 år. Om dette er en generell effekt av aldring blant innvandrere (og dermed vil prege også senere fødselskull når de blir eldre), eller om det primært er en kohorteffekt (det vil si er forankret i bestemte fødselskull), vites ikke.

## 11. Kroppsmasse blant innvandrere og i befolkningen

I de ordinære levekårsundersøkelsene med helse som tema har det vært vanlig å spørre om intervjupersonenes høyde og vekt. På grunnlag av disse opplysningene beregnes en verdi på en såkalt kroppsmasseindeks eller BMI (body mass indeks). Vi tok inn spørsmål om høyde og vekt også i Levekår blant innvandrere 2005/2006 for å kunne beregne BMI. Det har vært innvendt at høyde og vekt bør måles av helsepersonell for å være pålitelig, men dette har ikke vært mulig å gjennomføre i Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelser. Som med andre sosiale fakta, vurderinger og oppfatninger som kartlegges i intervju, antar vi at opplysningene i hovedsak er korrekte, såfremt ikke andre data peker i en annen retning.

En persons verdi på kroppsmasseindeksen beregnes ved å dividere personens vekt i kilogram med kvadratet av vedkommendes høyde i meter. Det innebærer for eksempel at en person som veier 60 kilogram og er 1,75 meter høy har en  $BMI=60/1,75^2=19,6$ . Vedkommende har i så fall en BMI i nedre del av normalområdet, som løper fra 18,5 til 24,9. Personer med BMI under 18,5 er *undervektige*, mens BMI i området 25,0 til 29,9 indikerer *overvekt*. BMI i størrelsesorden 30,0 eller høyere bærer bud om *fedme*. Målet er relevant i levekårssammenheng idet høy BMI er en risikofaktor i forbindelse med en rekke forskjellige sykdommer, som hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2, galleveissykdom, belastningslidelser (knær og hofter) og enkelte kreftformer.

Tabell 11.1 viser størrelsen på kroppsmasseindeksen i hele befolkningen og i innvandrerbefolkningen etter landbakgrunn og kjønn. Tabellen viser hvor stor andel av den enkelte gruppe som hører hjemme i det enkelte intervall av BMI. En rask sammenlikning mellom innvandrere og hele befolkningen viser at andelen som ligger i "normalområdet" er 5 prosentpoeng større i befolkningen som helhet enn blant innvandrere og etterkommere. I begge populasjonene er denne andelen i overkant av 50 prosent i gjennomsnitt. Blant personer med bakgrunn fra Vietnam er andelen i normalområdet hele 74 prosent, klart høyere enn i noen annen gruppe. Laveste andel i normalområdet er det personer med bakgrunn fra Chile som har (42 prosent)

Tabell 11.1. Kroppsmasseindeks (BMI) inndelt i intervaller. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn. Prosent

Kroppsmasseindeks, intervaller	Hele befolkningen	Innvandrere og etterkommere										
		I alt	Bosnia-Hercegovina	Serbia-Montenegro	Tyrkia	Irak	Iran	Pakistan	Vietnam	Sri Lanka	Somalia	Chile
	<b>2005</b>	<b>2005/2006</b>										
Antall personer (N)	5992	2997	330	285	293	354	264	295	309	350	236	281
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Undervekt (under 18,5)	2	4	1	2	2	2	4	4	8	3	6	1
Normal (18,5-24,9)	57	52	45	50	45	44	54	50	74	54	58	42
Overvekt (25,0-29,9)	32	34	40	39	38	36	33	36	17	33	28	43
Fedme (30,0+)	8	11	14	9	15	18	9	11	1	9	8	13
<b>Menn</b>												
Antall personer (N)	3060	1657	157	158	178	234	155	156	142	187	137	153
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Undervekt (under 18,5)	1	2	1	1	-	-	1	1	6	1	4	-
Normal (18,5-24,9)	49	50	40	38	46	42	50	53	66	52	72	34
Overvekt (25,0-29,9)	41	39	46	53	43	42	39	39	26	39	20	56
Fedme (30,0+)	9	9	13	8	11	16	10	8	1	9	4	10
<b>Kvinner</b>												
Antall personer (N)	2932	1340	173	127	115	120	109	139	167	163	99	128
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Undervekt (under 18,5)	4	6	2	3	5	5	8	7	10	7	10	3
Normal (18,5-24,9)	68	55	49	65	44	48	60	46	80	56	38	52
Overvekt (25,0-29,9)	22	27	34	22	30	26	25	33	8	27	38	27
Fedme (30,0+)	6	12	15	9	21	21	7	14	1	10	13	17

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

Undervekt (BMI under 18,5) er lite utbredt både i befolkningen og blant innvandrere og deres etterkommere. Henholdsvis 2 og 4 prosent i disse populasjonene hører hjemme her. Den høyeste andelen undervektige forekommer blant personer med vietnamesisk og somalisk bakgrunn (henholdsvis 8 og 6 prosent).

Vel tre av ti hører til kategorien overvektige (BMI 25,0-29,9) både i befolkningen og blant innvandrere og etterkommere. Andelen overvektige er størst blant chilenerne (43 prosent) og minst blant vietnamesere (17 prosent).

Andelen overvektige og "fete" (BMI  $\geq$ 25,0) er i gjennomsnitt 4 prosentpoeng høyere i innvandrerbefolkningen enn i hele befolkningen. Andelen i "fedmeområdet" av BMI-skalaen (BMI  $\geq$ 30,0) utgjør om lag en av ti. Høyeste andel som må karakteriseres som "fete", forekommer blant personer med bakgrunn fra Irak og Tyrkia (henholdsvis 18 og 15 prosent).

Når dataene splittes etter kjønn, viser det seg at andelen innen "normalområdet" i hele befolkningen er betydelig større blant kvinner enn menn, henholdsvis 68 og 49 prosent. Forskjellen er mindre i innvandrerbefolkningen, men også her er kvinner sterkere representert i normalområdet av BMI enn menn (55 prosent mot 50 prosent).

Dette innebærer at menn i befolkningen og menn med innvandrerbakgrunn i gjennomsnitt har omtrent samme prosentfordeling i de forskjellige BMI-intervallene. Andelen undervektige er neglisjerbar, halvparten er i normalområdet, fire av ti er overvektige, mens en av ti er å betrakte som fet.

Blant kvinner i befolkningen som helhet er andelen overvektige eller fete om lag tre av ti, mens tilsvarende andel blant kvinner med innvandrerbakgrunn er fire av ti. Halvparten av kvinnene med bakgrunn fra Tyrkia, Somalia og Bosnia-Hercegovina er også i området for overvekt eller fedme. Blant kvinner med bakgrunn fra Vietnam gjelder det samme bare en av ti. Begrenses betraktningen til fedme, er andelen høyest blant kvinner med bakgrunn fra Tyrkia og Irak (21 prosent).

Tabell 11.2 presenterer fordelingen av overvekt og fedme etter alder og kjønn. Andelen med BMI  $\geq$ 25,0 stiger fra to av ti i aldersgruppen 16-24 år til nærmere seks av ti i alder 55-70 år. I innvandrerbefolkningen ligger andelen overvektige/fete hele veien noe over andelen i hele befolkningen, mest i de to eldste aldersgruppene (om lag 5 prosentpoeng).

**Tabell 11.2. Andel overvektige eller fete (BMI  $\geq$ 25,0). Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter alder og kjønn. Prosent**

Andel overvektige eller fete (BMI $\geq$ 25,0)	I alt	16-24 år	25-39 år	40-54 år	55-70 år
<b>Befolkningen 2002</b>					
Antall personer (N) <sup>1</sup>	5992	940	1791	1793	1468
Begge kjønn	40	20	41	51	55
herav: fedme (BMI $\geq$ 30,0)	8	3	8	11	12
Menn	50	25	53	61	63
herav: fedme (BMI $\geq$ 30,0)	9	4	10	12	12
Kvinner	28	15	27	37	46
herav: fedme (BMI $\geq$ 30,0)	6	3	6	9	12
<b>Innvandrere og etterkommere 2005/2006</b>					
Antall personer (N) <sup>1</sup>	2997	657	1190	910	240
Begge kjønn	44	22	44	57	60
herav: fedme (BMI $\geq$ 30,0)	11	3	9	16	18
Menn	48	28	52	58	52
herav: fedme (BMI $\geq$ 30,0)	9	3	9	13	11
Kvinner	39	15	36	56	68
herav: fedme (BMI $\geq$ 30,0)	12	3	10	20	25

<sup>1</sup> Begge kjønn.

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



Når vi splitter opplysningene på kjønn, framgår det at veksten i BMI for menn tenderer til å kuliminere i de to eldste aldersgruppene. I befolkningen flater andelen ut, mens den synker med 6 prosentpoeng blant menn med innvandrerbakgrunn. Det fører til at andelen overvektige eller fete er 11 prosentpoeng lavere i eldste aldersgruppe blant menn med innvandrerbakgrunn enn blant eldre menn i sin alminnelighet i befolkningen (henholdsvis fem av ti mot seks av ti).

Samme tendens til utflating av veksten i BMI i høyere aldersgrupper kan ikke iakttas blant kvinner. Her er også veksten større blant kvinner med innvandrerbakgrunn enn blant kvinner i befolkningen som helhet. Fra samme nivå i de to populasjonene av kvinner i alder 16-24 år (15 prosent) stiger andelen til nær sju av ti i aldersgruppen 55-70 år blant kvinner med innvandrerbakgrunn mot i underkant av fem av ti blant kvinner uten innvandrerbakgrunn.

Ettersom en BMI lik 30,0 eller høyere regnes som særskilt uheldig for helsetilstanden, viser tabellen også hvor stor denne andelen er i de ulike gruppene. Blant kvinnene i befolkningen øker andelen som må betegnes som fete med 3 prosentpoeng for hver ny aldersgruppe fra 3 prosent blant de yngste til 12 prosent blant de eldste. Menn i befolkningen har samme nivå som kvinnene i første og siste aldersgruppe, men har en raskere økning i andelen fete før andelen flater ut i de to øverste aldersgruppene. Omtrent samme utviklingen har også menn med innvandrerbakgrunn. Kvinner med innvandrerbakgrunn har derimot en økning i andelen fete som mennene i de to første aldersgruppene, før andelen fortsetter å øke i de neste aldersgruppene. I alder 55-70 år er andelen innvandrerkvinner med en BMI  $\geq 30,0$  hele en av fire, dobbelt så høyt som de øvrige gruppene.

## 12. Røyking og mosjon blant innvandrere og i befolkningen

Røyking utgjør en markant helserisiko. Personer som røyker har økt sjanse for hjerte- og karsykdommer, kreft og luftveissykdommer som kan medføre tidlig død. Det er anslått at ca. 6 400 av de årlige dødsfallene i Norge på begynnelsen av 2000-tallet skyldtes røyking (Sanner 2005). Passiv røyking er også helseskadelig. Røyking blant kvinner under svangerskapet øker sjansen for spontanabort og komplikasjoner. Barn som fødes av røykende mødre, er mer utsatt for å bli rammet av forskjellige sykdommer, blant annet astma og allergi (jf. Pasienthåndboka).

I vår undersøkelse inngikk et enkelt spørsmål om intervjupersonen røyker, og de som svarte ja fikk et tilleggsspørsmål om hvor ofte det skjer: daglig eller av og til. Tabell 12.1 viser at andelen røykere blant menn er omtrent den samme i gjennomsnitt blant innvandrere og etterkommere som i hele befolkningen. Fire av ti menn sier at de røyker. Andelen dagligrøykere blant menn er imidlertid noe større i innvandrerbefolkningen, en av tre, mot en av fire i hele befolkningen. Størst andel røykere finner vi blant menn med bakgrunn fra Tyrkia og Serbia-Montenegro. Blant dem er halvparten røykere. Den laveste andelen røykere blant menn finner vi blant srilankere. Her røyker bare to av ti.

Mens andelen røykere er den samme i befolkningen blant menn og kvinner, fire av ti, er andelen knapt det halve (17 prosent) i gjennomsnitt blant kvinner med innvandrerbakgrunn. Forskjellen etter landbakgrunn er her i tillegg betydelig mellom innvandrerkvinnene. Andelen er størst, og på nivå med kvinner i befolkningen som helhet, blant kvinner med bakgrunn fra Chile og Bosnia-Hercegovina. Derest følger en andel røykere på tre av ti blant kvinner med bakgrunn fra Serbia-Montenegro, Tyrkia og Iran. Minst utbredt er røyking blant kvinner med bakgrunn fra Somalia, Pakistan, Sri Lanka og Vietnam.

**Tabell 12.1. Andel røykere, dagligrøykere og leilighetsrøykere. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn. Prosent**

Røyker IO, og hvor ofte?	Hele befolkningen	Innvandrere og etterkommere										
		I alt	Bosnia-Hercegovina	Serbia-Montenegro	Tyrkia	Irak	Iran	Pakistan	Vietnam	Sri Lanka	Somalia	Chile
	<b>2005</b>	<b>2005/2006</b>										
Antall personer (N)	6076	3049	333	288	297	357	269	306	313	353	245	288
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Ja	39	30	44	41	44	31	36	18	22	13	21	43
<i>herav: daglig</i>	25	23	34	33	39	27	26	13	18	9	16	27
<i>herav: av og til</i>	14	7	10	8	6	5	9	5	5	4	5	16
Nei	61	70	57	58	55	68	64	82	77	85	78	56
Vet ikke	0	1	-	1	1	1	0	0	1	2	1	1
<b>Menn</b>												
Antall personer (N)	3072	1679	157	158	181	235	159	162	144	188	140	155
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Ja	39	41	47	50	54	43	41	32	43	22	36	43
<i>herav: daglig</i>	25	32	36	41	49	37	31	24	35	15	27	28
<i>herav: av og til</i>	14	8	10	9	4	6	9	9	8	7	9	16
Nei	61	59	54	50	45	57	59	68	56	78	64	56
Vet ikke	-	1	-	-	2	0	1	-	1	-	1	1
<b>Kvinner</b>												
Antall personer (N)	3004	1370	176	130	116	122	110	144	169	165	105	133
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Ja	39	17	41	30	30	8	28	2	5	2	1	43
<i>herav: daglig</i>	26	12	31	23	22	7	19	1	3	1	1	27
<i>herav: av og til</i>	13	5	10	7	8	2	9	1	2	1	-	16
Nei	61	83	59	69	70	91	72	97	95	94	98	56
Vet ikke	0	1	-	2	-	1	-	1	1	4	1	1

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

**Tabell 12.2. Andel røykere. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter alder og kjønn.<sup>1</sup> Prosent**

Andel røykere	I alt	16-24 år	25-39 år	40-54 år	55-70 år
<b>Befolkningen 2005</b>					
Begge kjønn	39	38	40	41	30
Menn	39	36	40	42	32
Kvinner	39	40	41	41	30
<b>Innvandrere og etterkommere 2005/2006</b>					
Begge kjønn	30	25	31	35	23
Menn	41	34	42	46	29
Kvinner	17	14	16	20	16

<sup>1</sup> Antall personer bak hver innførsel framgår av tabell 3.2.

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

Det er liten forskjell mellom menns og kvinners røykeatferd i hele befolkningen etter alder (jf. tabell 12.2). Blant de yngste ser det ut til at kvinner har en noe høyere andel røykere enn menn (40 mot 36 prosent). Blant de eldste er andelen røykere i befolkningen tre av ti både blant menn og kvinner. Menn med innvandrerbakgrunn har noenlunde samme utvikling i andelen røykere som menn og kvinner i hele befolkningen. Kvinner med innvandrerbakgrunn avviker som nevnt sterkt. Deres andel røykere ligger under de øvrige gruppene på alle alderstrinn.

### 12.1. Mosjon

Mosjon er bra for helsen. 30 minutters fysisk aktivitet med moderat intensitet om dagen skal være nok til å gi en betydelig helsegevinst, ifølge Helsedirektoratet (2008). Regelmessig mosjon beskytter til en viss grad mot en rekke sykdommer som hjerte- og karsykdommer, visse krefttyper, diabetes type 2, høyt blodtrykk og lidelser i muskel-skjelettsystemet.

Tabell 12.3 viser hva innvandrere og befolkningen som helhet svarte på et spørsmål om trening eller mosjon. Det er langt vanligere aldri å mosjonere i innvandrerbefolkningen fra de ti landene i vår undersøkelse enn i hele befolkningen. En av tre innvandrere mosjonerer aldri, mens det samme gjelder 14 prosent i hele befolkningen. I befolkningen mosjonerer tre av fire minst en gang i uken. Blant innvandrere og etterkommere er det i underkant av en halvpart (46 prosent) som mosjonerer like ofte. Av de enkelte landgruppene er det somaliere som har størst tilbøyelighet til å mosjonere ukentlig eller oftere (seks av ti gjør det).

I befolkningen som helhet trener kvinner vel så ofte som menn. 70 prosent menn og 75 prosent kvinner trener én gang i uken eller mer. I innvandrerbefolkningen er situasjonen motsatt. Her trener 50 prosent av mennene ukentlig eller oftere mot 41 prosent av kvinnene. Andelen kvinner som mosjonerer ukentlig eller mer er størst blant kvinner med bakgrunn fra Chile. Blant menn er tilbøyeligheten til aldri å trene størst blant personer med bakgrunn fra Tyrkia (fire av ti), mens tilsvarende gjelder kvinner med bakgrunn fra Serbia-Montenegro (56 prosent).

Tabell 12.4 presenterer andelen som aldri mosjonerer etter aldersgruppe og kjønn for hele befolkningen og for innvandrerbefolkningen fra våre ti landgrupper. Andelen menn og kvinner som aldri mosjonerer i befolkningen som helhet, stiger med alder, men ganske beskjedent fra i utgangspunktet om lag en av ti til to av ti. I alle aldere er andelen kvinner som aldri mosjonerer noe lavere enn menns.

I innvandrerbefolkningen er mønsteret ganske annerledes. Blant unge menn med innvandrerbakgrunn er andelen som ikke mosjonerer like lavt som i befolkningen som helhet: en av ti. Blant unge kvinner med innvandrerbakgrunn er tilsvarende andel tre av ti. Andelen som ikke mosjonerer stiger med alder for begge kjønn til nær fire av ti blant menn og vel fem av ti blant kvinner i aldersgruppen 55-70 år.

**Tabell 12.3. Hyppigheten av mosjon. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn. Prosent**

Hvor ofte mosjonerer/ trener IO?	Hele befolkningen	Innvandrere og etterkommere										
		I alt	Bosnia-Hercegovina	Serbia-Montenegro	Tyrkia	Irak	Iran	Pakistan	Vietnam	Sri Lanka	Somalia	Chile
	<b>2005</b>											
		<b>2005/2006</b>										
Antall personer (N)	6076	3049	333	288	297	357	269	306	313	353	245	288
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Aldri	14	33	36	46	43	38	26	33	31	22	18	28
Sjeldnere enn én gang i uken	14	21	23	17	20	19	20	27	16	26	22	16
Én gang i uken eller mer	73	46	41	37	36	42	53	40	52	52	59	55
Vet ikke	0	1	-	1	2	1	0	0	1	-	1	1
<b>Menn</b>												
Antall personer (N)	3072	1679	157	158	181	235	159	162	144	188	140	155
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Aldri	15	29	27	37	41	37	24	28	31	20	11	27
Sjeldnere enn én gang i uken	14	21	24	20	22	20	21	26	10	27	21	16
Én gang i uken eller mer	70	50	49	44	35	43	55	46	58	53	67	56
Vet ikke	-	1	-	-	2	1	1	-	2	-	1	3
<b>Kvinner</b>												
Antall personer (N)	3004	1370	176	130	116	122	110	144	169	165	105	133
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Aldri	12	37	44	56	47	42	29	40	31	24	28	30
Sjeldnere enn én gang i uken	13	21	22	13	16	16	20	27	21	25	23	16
Én gang i uken eller mer	75	41	34	29	37	41	51	33	48	51	49	54
Vet ikke	0	1	-	2	1	1	-	1	1	-	1	-

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

**Tabell 12.4. Andel som aldri mosjonerer. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter alder og kjønn.<sup>1</sup> Prosent**

Andel som aldri mosjonerer	I alt	16-24 år	25-39 år	40-54 år	55-70 år
<b>Befolkningen 2005</b>					
Begge kjønn	14	10	14	15	19
Menn	16	11	17	16	20
Kvinner	12	10	11	14	17
<b>Innvandrere og etterkommere 2005/2006</b>					
Begge kjønn	33	19	33	38	45
Menn	29	11	30	38	37
Kvinner	37	29	37	39	54

<sup>1</sup> Antall personer bak hver innførsel framgår av tabell 3.2.

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

### 13. Bruk av tannlegetjenester og fastlege/allmennlege

En svensk levekårsundersøkelse fra 1996 viste at innvandrere med bakgrunn fra Chile, Iran og Tyrkia hadde en betydelig lavere besøksfrekvens hos tannlege enn svenskfødte innbyggere (Socialstyrelsen 1998). Undersøkelser i flere land har også vist at barn av innvandrere har dårligere tannhelse enn barn med majoritetsbakgrunn (Skaare, Afzal, Olli og Espelid 2008).

For å undersøke ikke-vestlige innvandreres bruk av tannlegetjenester i Norge, stilte vi et enkelt ja/nei-spørsmål om besøk hos tannlege siste tolv måneder. Samme spørsmål ble også stilt i Levekårsundersøkelsen 2002. Svarene viser at innvandrerbefolkningens tilbøyelighet til å søke tannbehandling er lavere enn befolkningens også i Norge. Mens 70 prosent av befolkningen hadde vært hos tannlegen de siste 12 månedene, gjaldt det samme bare 50 prosent av innvandrerne i vår undersøkelse. Andelen varierte fra 64 prosent blant personer med bakgrunn fra Bosnia-Hercegovina til 38 prosent blant personer med bakgrunn fra Somalia.

I befolkningen er det ingen kjønnsforskjell i andelen som har besøkt tannlegen siste år. I gjennomsnitt er forskjellen etter kjønn også ubetydelig i innvandrerbefolkningen (3 prosentpoeng høyere blant kvinner). Innen samme landgruppe kan imidlertid forskjellen være større, men her er samtidig usikkerheten ved anslagene større. Blant kvinner med bakgrunn fra Serbia og Montenegro er andelen som har besøkt tannlegen siste tolv måneder 39 prosent mot 49 prosent blant menn med samme landbakgrunn. Blant tyrkiske innvandrere og etterkommere er situasjonen omvendt: mens 63 prosent av kvinnene har vært hos tannlegen, gjelder det samme 46 prosent tyrkiske menn. Også blant somaliere er det kvinnene som har høyest besøksandel, 48 prosent mot 30 prosent blant menn. Bare menn med bakgrunn fra Bosnia-Hercegovina har en andel som har vært hos tannlegen siste tolv måneder på høyde med andelen i hele befolkningen.

Tabell 13.1. Besøk hos tannlegen siste tolv måneder. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn. Prosent

Har IO vært hos tannlege?	Hele befolkningen	Innvandrere og etterkommere										
		I alt	Bosnia-Hercegovina	Serbia-Montenegro	Tyrkia	Irak	Iran	Pakistan	Vietnam	Sri Lanka	Somalia	Chile
	<b>2005</b>	<b>2005/2006</b>										
Antall personer (N)	3011	3049	333	288	297	357	269	306	313	353	245	288
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Ja	70	50	64	45	53	45	55	46	51	53	38	58
Nei	31	49	36	55	46	55	44	54	48	47	61	42
Vet ikke	0	1	-	1	1	1	1	0	1	-	1	1
<b>Menn</b>												
Antall personer (N)	1529	1679	157	158	181	235	159	162	144	188	140	155
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Ja	69	49	68	49	46	42	56	44	51	50	30	61
Nei	31	51	32	51	53	58	43	56	47	50	69	37
Vet ikke	0	1	-	-	2	0	1	-	2	-	1	1
<b>Kvinner</b>												
Antall personer (N)	1482	1370	176	130	116	122	110	144	169	165	105	133
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Ja	70	52	61	39	63	50	55	47	51	56	48	53
Nei	30	47	39	59	36	49	45	52	49	44	51	47
Vet ikke	-	1	-	2	1	1	1	1	1	-	1	-

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

**Tabell 13.2. Andel som har vært hos tannlegen siste tolv måneder. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter alder og kjønn. Prosent**

Andel som har vært hos tannlegen	I alt	16-24 år	25-39 år	40-54 år	55-70 år
<b>Befolkningen 2005</b>					
Antall personer (N) <sup>1</sup>	3011	452	953	911	695
Begge kjønn	70	66	64	76	83
Menn	69	72	60	72	86
Kvinner	70	60	67	82	80
<b>Innvandrere og etterkommere 2005/2006</b>					
Antall personer (N) <sup>1</sup>	3049	673	1211	920	245
Begge kjønn	50	56	47	51	47
Menn	49	56	44	50	42
Kvinner	52	57	50	52	51

<sup>1</sup> Begge kjønn.

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

Når det gjelder besøk hos tannlegen etter alder, viser tabell 13.2 at det ikke er noen sterk alderseffekt verken i hele befolkningen eller i innvandrerbefolkningen. Tabellen viser at andelen som har vært hos tannlegen er lavere blant innvandrere og etterkommere enn i befolkningen i alle aldersgrupper, men forskjellen er minst blant de yngste. Muligens er det tilgangen til skoletannlege som her virker utjev-nende. Tendensen i innvandrerbefolkningen er at andelen som besøker tannlegen synker noe med alder, i den grad det er noen endring. I hele befolkningen tenderer andelen som besøker tannlegen til å gå noe opp i høyere aldersgrupper. Blant menn og kvinner i eldste aldersgruppe er det rundt åtte av ti som har vært hos tannlegen siste tolv måneder. I innvandrerbefolkningen er tilsvarende andel rundt fire av ti blant menn og fem av ti blant kvinner.

### 13.1. Fastlege

Vi stilte også noen spørsmål om innvandreres bruk av de mest vanlige helsetjenestene. Det første spørsmålet hadde ordlyden: ”Vet du hvem fastlegen din er?”, og svaralternativene var ja eller nei. Vi sammenlikner her med svaret på et litt annet spørsmål i Levekårsundersøkelsen 2005: ”Har du en lege du vanligvis bruker?” med svaralternativene ”Ja, en fastlege”, ”Ja, en annen lege” og ”Nei, ingen bestemt lege”. Vi velger å betrakte de to første svarene som en bekreftelse på at en vet hvem fastlegen er.

Fastlegeordningen gir alle innbyggere i Norge rett til å ha en allmennpraktiserende lege som sin faste lege. Fastlegen har plikt til å prioritere pasienter på egen liste. Personer som ikke ønsker å delta i ordningen, må selv finne en allmennlege å gå til. Hvis en ikke er med i fastlegeordningen, må en betale en høyere egenandel ved besøk hos en allmennlege enn ellers (jf. NAV 2008). Ordningen trådte i kraft 1. juli 2001.

Som tabell 13.3 viser, er andelen som vet om sin fastlege den samme i de to befolkningene, 89 prosent blant menn og 95 prosent blant kvinner. Variasjonen etter landbakgrunn er liten.

Innvandrerne og etterkommerne ble også spurt om hvor mange ganger de var hos fastlegen i løpet av de siste tolv månedene på grunn av egen sykdom. Tabell 13.4 viser at besøksfrekvensen var vesentlig høyere i innvandrerbefolkningen. I befolkningen var det 45 prosent som ikke hadde besøkt fastlegen sin de siste tolv månedene, mens tilsvarende andel var betydelig lavere blant innvandrerne, 28 prosent. I befolkningen var det likeledes 25 prosent som hadde vært hos fastlegen tre ganger eller mer i løpet av nevnte tidsperiode, mens andelen blant innvandrerne var 44 prosent.

**Tabell 13.3. Kjennskap til hvem fastlegen er. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn. Prosent**

Vet IO hvem fastlegen er?	Hele befolkningen	Innvandrere og etterkommere										
		I alt	Bosnia-Hercegovina	Serbia-Montenegro	Tyrkia	Irak	Iran	Pakistan	Vietnam	Sri Lanka	Somalia	Chile
	<b>2005</b>	<b>2005/2006</b>										
Antall personer (N)	6076	3049	333	288	297	357	269	306	313	353	245	288
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Ja	92	92	93	92	92	90	90	94	90	96	88	88
Nei	8	8	7	7	7	9	9	5	9	4	11	12
Vet ikke	0	1	0	1	1	1	0	0	1	-	2	1
<b>Menn</b>												
Antall personer (N)	3072	1679	157	158	181	235	159	162	144	188	140	155
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Ja	89	89	90	89	88	88	86	93	86	94	86	81
Nei	11	11	10	11	11	12	13	7	13	6	13	17
Vet ikke	0	1	1	-	2	0	1	-	1	-	1	1
<b>Kvinner</b>												
Antall personer (N)	3004	1370	176	130	116	122	110	144	169	165	105	133
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Ja	95	95	95	96	97	94	96	97	93	98	91	95
Nei	5	4	5	2	2	5	4	3	6	2	8	5
Vet ikke	0	1	-	2	1	1	-	1	1	-	2	-

<sup>1</sup> I Levekårsundersøkelsen 2005 lød spørsmålet: ”Har du en lege du vanligvis bruker?”. Her er summert de som svarte ”Ja, en fastlege” og de som svarte ”Ja, en annen lege”.

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





### 13.2. Allmennlege

Det ble også stilt et spørsmål i Levekår blant innvandrere 2005/2006 om antall kontakter med annen allmennpraktiserende lege (enn fastlege) siste tolv måneder på grunn av egen sykdom. Allmennlegene er leger innen primærhelsetjenesten som ikke er definert som fastlege i forhold til pasienten de betjener. Spørsmålet sikter mot å belyse hvor hyppig respondenten oppsøker en annen allmennpraktiserende lege enn ens egen fastlege i løpet av en tolv måneders periode. Tabell 13.6 viser utfallet på dette spørsmålet blant innvandrere og etterkommere og i befolkningen som helhet.

Vi merker oss at andelen som ikke besøker en allmennlege utenom fastlegen en eneste gang i løpet av de siste tolv måneder er langt høyere enn for besøk hos fastlegen. Det gjelder hele sju av ti respondenter. Innvandrerbefolkningens besøksfrekvens er også her noe høyere enn befolkningens, men forskjellen er på bare 0,3 besøk i gjennomsnitt. Rundt regnet ett legebesøk i året går til en annen allmennlege enn fastlegen. Som ved besøk hos fastlege ligger kvinnes besøksfrekvens noe over menns, særlig i innvandrerbefolkningen der forskjellen til menn utgjør 0,4 besøk (mot 0,2 i befolkningen). Det gjennomsnittlige antallet besøk hos annen allmennlege enn fastlege blant kvinner er høyest blant kvinner med bakgrunn fra Pakistan og Somalia. Antall besøk er her to i løpet av de siste tolv måneder. Menn med bakgrunn fra Somalia, Chile, Tyrkia og Iran avlegger alle i overkant av ett besøk i gjennomsnitt.

Tabell 13.7 viser at gjennomsnittlige antall besøk i året hos allmennlege utenom fastlege ikke er særlig aldersavhengig, unntatt blant kvinner med innvandrerbakgrunn hvis besøksfrekvens stiger fra 0,9 blant 16-24 åringer til 2,2 blant 55-70 åringer. I øvrige grupper ligger antallet rundt ett besøk eller noe lavere uansett alder.

**Tabell 13.6. Antall besøk hos annen allmennlege i løpet av siste tolv måneder. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn. Prosent og gjennomsnitt**

Ant. besøk hos annen allmennlege <12mnd	Hele befolkningen <sup>1</sup>	Innvandrere og etterkommere											
		I alt	Bosnia-Hercegovina	Serbia-Montenegro	Tyrkia	Irak	Iran	Pakistan	Vietnam	Sri Lanka	Somalia	Chile	
	<b>2005</b>												
Antall personer (N)	6062	3049	333	288	297	357	269	306	313	353	245	288	
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
Ingen ganger	71	69	77	81	75	66	62	64	70	69	69	64	
-herav menn	73	72	78	84	74	73	63	69	72	69	71	71	
-herav kvinner	70	66	76	77	78	53	60	58	69	69	66	55	
1-2 ganger	21	18	14	11	13	17	24	21	20	19	14	18	
3-5 ganger	5	7	6	3	5	9	8	7	6	9	9	11	
6-10 ganger	2	3	1	1	2	3	3	5	1	3	3	4	
11-20 ganger	1	1	1	1	2	1	1	1	0	0	2	0	
21+ ganger	0	1	0	1	1	-	-	1	0	0	1	1	
Vet ikke	-	2	1	2	2	3	2	2	2	1	2	2	
<b>Gjennomsnitt</b>													
Alle	0,8	1,1	0,7	0,7	1,0	1,1	1,0	1,5	0,8	1,0	1,6	1,4	
Menn	0,7	0,9	0,6	0,7	1,1	0,8	1,1	0,9	0,9	0,8	1,2	1,1	
Kvinner	0,9	1,3	0,8	0,7	0,9	1,7	1,0	2,1	0,7	1,2	2,0	1,7	

<sup>1</sup> Variabelen som gjengis for befolkningen er definert som differansen mellom antallet kontakter med allmennpraktiserende lege, legevakt, skolelege etc. og antallet kontakter med fastlege som er presentert i foregående tabell.

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

**Tabell 13.7. Antall besøk hos annen allmennlege i løpet av siste tolv måneder. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter alder og kjønn. Gjennomsnitt**

Besøk hos annen allmennlege, gjennomsnitt	I alt	16-24 år	25-39 år	40-54 år	55-70 år
<b>Befolkningen 2005</b>					
Antall personer (N) <sup>1</sup>	6062	948	1816	1815	1483
Begge kjønn	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9
Menn	0,7	0,6	0,7	0,7	0,7
Kvinner	0,9	0,9	1,0	0,9	1,0
<b>Innvandrere og etterkommere 2005/2006</b>					
Antall personer (N) <sup>1</sup>	2988	651	1194	902	241
Begge kjønn	1,1	0,8	0,9	1,4	1,6
Menn	0,9	0,7	0,8	1,1	1,0
Kvinner	1,3	0,9	1,1	1,8	2,2

<sup>1</sup> Begge kjønn.

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

### 13.3. Besøk hos legevakt/øyeblikkelig hjelp

I utgangspunktet hadde vi en hypotese om at personer med innvandrerbakgrunn oftere enn andre benytter ordningen med legevakt/øyeblikkelig hjelp ved egen sykdom, framfor å bestille time hos fastlege eller annen allmennlege og vente på tur. Å oppsøke legevakten antas å kunne framstå som en mer direkte og "ubyråkratisk" framgangsmåte og dermed "lettere" å gripe til når behov for legetjenester melder seg. For å teste hypotesen tok vi med et spørsmål om antall besøk hos legevakt/øyeblikkelig hjelp. Spørsmålet ble bare stilt til dem som tidligere hadde oppgitt at de hadde vært hos fastlege eller annen allmennpraktiserende lege i løpet av de siste tolv månedene.<sup>3</sup> En tilsvarende forutsetning lå til grunn for spørsmålet i Levekårsundersøkelsen 2005 som vi ønsket å sammenlikne med. Tallene som gjengis i tabell 13.8 er beregnet på basis av alle respondenter i undersøkelsene, det vil si også dem som ikke hadde vært hos fastlege eller annen allmennlege og dermed ikke ble spurt om legevakt/øyeblikkelig hjelp. Disse er i tabellen registrert med null besøk hos legevakt/øyeblikkelig hjelp.

Øverste panel i tabellen viser at nærmere åtte av ti i befolkningen og blant innvandrere og etterkommere ikke hadde oppsøkt øyeblikkelig hjelp/legevakt på grunn av egen sykdom siste tolv måneder. I gjennomsnitt er tallet på besøk 0,4 i befolkningen og 0,6 blant innvandrerne (jf. andre panel). Forskjellen er liten etter landbakgrunn, men personer med bakgrunn fra Irak og Somalia tangerer ett besøk i gjennomsnitt i den aktuelle perioden. Det laveste gjennomsnittlige antall besøk har personer med bakgrunn fra Bosnia-Hercegovina (0,3). Kvinners besøksfrekvens ligger noe over menns i begge populasjonene, men ikke mye.

Vel så interessant er det imidlertid å se de absolutte besøkstallene i forhold til det totale antall besøk hos fastlege og/eller annen allmennlege i samme periode (jf. tredje panel). Da framgår det at legevakt/øyeblikkelig hjelp ikke benyttes mer av innvandrere og etterkommere enn av befolkningen som helhet når en tar i betraktning at innvandrerbefolkningen har en høyere besøksfrekvens hos fastlege/annen allmennlege enn andre (jf. tabell 13.4 og 13.6). Konklusjonen hviler på forutsetningen at vi ikke har "mistet" noen besøk hos legevakt/øyeblikkelig hjelp fordi de ikke er blitt oppfattet av respondenten som en del av allmennhelsetjenesten (jf. fotnote 3). Av de enkelte innvandrernasjonaltetene er det de senest ankomne, somaliere og irakere (særlig irakiske menn), som har realisert mest av sitt behov for allmennhelsetjenester gjennom legevakt/øyeblikkelig hjelp. Likevel gjøres ikke dette i mer enn knapt to av ti besøk i gjennomsnitt, omtrent som i hele befolkningen.

<sup>3</sup> Her er en mulig feilkilde idet ikke alle innvandrerespondenter nødvendigvis er klar over at et besøk på legevakten også er et besøk hos "annen allmennpraktiserende lege". I den regulære levekårsundersøkelsen framgår dette noe tydeligere av spørsmålsformuleringen.

**Tabell 13.8. Besøk hos legevakt/øyeblikkelig hjelp i løpet av siste tolv måneder. Antall og andel av besøk hos fastlege/annen allmennlege. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn. Prosent og gjennomsnitt**

Ant. besøk hos legevakt/øyeblikkelig hjelp <12mnd	Hele befolkningen	Innvandrere og etterkommere										
		I alt	Bosnia-Hercegovina	Serbia-Montenegro	Tyrkia	Irak	Iran	Pakistan	Vietnam	Sri Lanka	Somalia	Chile
	<b>2005</b>	<b>2005/2006</b>										
Antall personer (N)	6066	3028	332	286	293	355	268	305	309	353	241	286
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Ingen ganger	78	76	82	80	78	71	71	78	79	74	71	73
-herav menn	81	79	84	84	82	74	72	82	82	76	73	77
-herav kvinner	75	73	80	74	70	66	71	74	76	72	68	68
1-2 ganger	19	14	11	14	15	11	18	13	12	20	17	20
3-5 ganger	2	4	3	3	5	7	6	3	2	3	5	4
6-10 ganger	1	1	-	1	1	4	2	2	0	1	3	1
Vet ikke	0	4	4	2	1	7	2	4	7	3	4	3
<b>Gjennomsnitt</b>												
Alle	0,4	0,6	0,3	0,4	0,6	1,0	0,7	0,5	0,4	0,4	1,0	0,5
Menn	0,3	0,5	0,3	0,3	0,4	1,0	0,6	0,2	0,3	0,4	0,8	0,3
Kvinner	0,5	0,7	0,3	0,5	0,8	1,0	0,8	0,8	0,4	0,5	1,4	0,6
<b>Andel av legebesøk<sup>1</sup></b>												
Alle	15	11	7	7	10	14	13	8	9	8	16	10
Menn	14	11	9	8	8	19	12	4	8	8	17	9
Kvinner	15	10	6	7	10	9	13	10	8	9	16	9

<sup>1</sup> Antall besøk hos legevakt/øyeblikkelig hjelp som andel av antall besøk hos fastlege eller annen allmennpraktiserende lege. Prosent.

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

**Tabell 13.9. Besøk hos legevakt/øyeblikkelig hjelp i løpet av siste tolv måneder. Antall og andel av besøk hos fastlege/allmennlege. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter alder og kjønn. Gjennomsnitt og prosent**

Antall besøk hos legevakt/øyeblikkelig hjelp <12 mnd	I alt	16-24 år	25-39 år	40-54 år	55-70 år
<b>Befolkningen 2005</b>					
Antall personer (N) <sup>1</sup>	6065	949	1816	1816	1484
Begge kjønn	0,4	0,4	0,4	0,5	0,3
Menn	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3
Kvinner	0,5	0,5	0,5	0,6	0,3
Andel av legebesøk <sup>2</sup>					
Begge kjønn	15	21	15	17	9
Menn	14	21	14	15	10
Kvinner	15	20	15	16	8
<b>Innvandrere og etterkommere 2005/2006</b>					
Antall personer (N) <sup>1</sup>	2914	639	1159	877	239
Begge kjønn	0,6	0,5	0,6	0,6	0,6
Menn	0,5	0,6	0,5	0,3	0,3
Kvinner	0,7	0,4	0,6	1,0	0,9
Andel av legebesøk <sup>2</sup>					
Begge kjønn	11	17	11	8	7
Menn	11	25	11	5	5
Kvinner	10	11	9	10	8

<sup>1</sup> Begge kjønn.

<sup>2</sup> Antall besøk hos legevakt/øyeblikkelig hjelp som andel av antall besøk hos fastlege/allmennlege. Prosent.

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

Bruken av legevakt/øyeblikkelig hjelp viser for øvrig ikke noen sterk avhengighet av alder verken i befolkningen eller blant innvandrere og etterkommere i henhold til de absolutte besøkstallene (tabell 13.9). En viss nedgang i besøksfrekvensen i eldste aldersgruppe kan imidlertid iakttas i begge populasjonene. Gitt at besøksfrekvensen hos fastlege eller annen allmennlege tenderer til å stige med alder (jf. tabell 13.5 og 13.7), innebærer dette at bruken av legevakt/øyeblikkelig hjelp - som andel av antall konsultasjoner på fastlege-/allmennlegenivå - tenderer til å synke med alder. Tabell 13.9 demonstrerer dette. Nedgangen blant innvandrere og etterkommere gjelder først og fremst menn, fra 25 prosent blant de yngste til 5 prosent blant de eldste. Blant innvandrerkvinnene er det ingen tilsvarende aldersavhengighet i andelen legebesøk som kanaliseres gjennom ordningen med legevakt/øyeblikkelig hjelp. I hele befolkningen kan den samme aldersavhengige nedgangen iakttas for begge kjønn.

## 14. Bruk av spesialist, sykehus, helsestasjon og naturmedisin/alternativ behandler

Pasienter som har behov for videre oppfølging og utredning henvises av fastlegen/allmennlegen til spesialisthelsetjenesten. Vi ønsket å undersøke om kontakt med spesialisthelsetjenesten er vanskeligere å oppnå for personer med innvandrerbakgrunn enn for personer i befolkningen generelt. Muligheten er også til stede for at situasjonen er omvendt, at personer med innvandrerbakgrunn representerer en så stor utfordring for allmennlegene at de lettere tyr til henvisning til spesialist enn overfor andre pasientgrupper.

Tabell 14.1 gir ikke støtte til noen av disse hypotesene. Andelen som oppgir å ha vært hos spesialist i løpet av de siste tolv månedene er tre av ti i begge populasjonene. Også etter kjønn er likheten slående. Igjen er det kvinnene som har størst kontakt med helsevesenet. Blant dem oppgir en av tre å ha vært hos spesialist siste tolv måneder, både i befolkningen og blant innvandrere og etterkommere. Tilsvarende andel blant menn er en av fire i begge populasjonene. Andelen varierer imidlertid noe etter landbakgrunn. Den er høyest blant personer med bakgrunn fra Bosnia-Hercegovina (36 prosent) og lavest blant personer med bakgrunn fra Somalia (22 prosent). Blant somaliske menn er andelen nede i 16 prosent, mens den er 43 prosent blant kvinner fra Irak og Bosnia-Hercegovina.

**Tabell 14.1. Andel som har vært hos legespesialist siste tolv måneder. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn. Prosent**

Har besøkt legespesialist siste 12 mnd <sup>1</sup>	Hele befolkningen	Innvandrere og etterkommere										
		I alt	Bosnia-Hercegovina	Serbia-Montenegro	Tyrkia	Irak	Iran	Pakistan	Vietnam	Sri Lanka	Somalia	Chile
	<b>2005</b>	<b>2005/2006</b>										
Antall personer (N)	6076	3049	333	288	297	357	269	306	313	353	245	288
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Ja	29	29	36	32	31	33	24	30	26	26	22	31
-herav menn	25	25	27	28	26	29	21	25	23	29	16	27
-herav kvinner	33	34	43	38	38	43	28	36	28	21	30	36
Nei	71	69	63	66	67	65	73	68	73	74	74	68
Vet ikke	0	2	2	1	2	2	3	1	1	0	4	1

<sup>1</sup> Intervjupersonene ble i begge undersøkelsene bedt om ikke å regne med innleggelse på sykehus over natten.

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

**Tabell 14.2. Andel som har vært hos legespesialist siste tolv måneder. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter alder og kjønn.<sup>1</sup> Prosent**

Andel som har besøkt legespesialist	I alt	16-24 år	25-39 år	40-54 år	55-70 år
<b>Befolkningen 2005</b>					
Begge kjønn	29	20	28	34	41
Menn	25	17	24	29	39
Kvinner	33	25	32	40	44
<b>Innvandrere og etterkommere 2005/2006</b>					
Begge kjønn	29	22	23	36	53
Menn	25	18	21	31	45
Kvinner	34	26	27	45	60

<sup>1</sup> Antall personer bak hver innførsel framgår av tabell 3.2.

Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006 og Levekårsundersøkelsen 2005

Andelen som har vært hos spesialist siste år stiger for øvrig jevnt etter alder (tabell 14.2). Blant menn med innvandrerbakgrunn og alle menn er økningen på vel 20 prosentpoeng fra i underkant av to av ti i yngste aldersgruppe til om lag fire av ti i eldste aldersgruppe. Andelen som har vært i kontakt med spesialist er på hvert alderstrinn noe høyere blant kvinner. Blant kvinner i befolkningen er økningen i andelen nærmest lineær fra 25 prosent i yngste aldersgruppe til 44 prosent i eldste. Blant kvinner med innvandrerbakgrunn stiger andelen mest i de to eldste aldersgruppene fra under tre av ti i aldersgruppen 25-39 år til hele seks av ti i aldersgruppen 55-70 år.

### 14.1. Innleggelse på sykehus

Vi tok også med et spørsmål om intervjupersonen i løpet av de siste tolv månedene hadde opplevd å bli innlagt på sykehus over natta. I en tekst rettet til intervjueren ble det påpekt at sykehusopphold i forbindelse med fødsel skulle regnes med.

Innvandrere svarer i noe større grad enn gjennomsnittet i befolkningen at de har vært innlagt på sykehus siste tolv måneder, henholdsvis 14 og 9 prosent (tabell 14.3). Mens menn med innvandrerbakgrunn ligger 3 prosentpoeng over menn i befolkningen, er andelen innlagte på sykehus blant kvinner med innvandrerbakgrunn 6 prosentpoeng høyere enn blant kvinner i befolkningen. I alt er andelen sykehusinnlagte siste år høyest blant innvandrere med bakgrunn fra Somalia, Irak og Serbia-Montenegro (16 prosent). Den laveste andelen sykehusinnlagte forekommer blant personer med bakgrunn fra Bosnia-Hercegovina, Vietnam og Sri Lanka.

Tabell 14.4 sannsynliggjør at innleggelser i forbindelse med fødsler blant annet bidrar til at kvinner oftere rapporterer å ha vært innlagt på sykehus enn menn. Tabellen viser at både kvinner med innvandrerbakgrunn og kvinner i befolkningen har en andel med sykehuserfaring i aldersgruppen 25-39 år som er forbigående høy, en periode i livet da mange får barn. Tilsvarende grupper av menn har ingen økning i andelen sykehusinnlagte i samme aldersgruppe. Også i den yngste aldersgruppen har kvinner en noe høyere andel sykehusinnlagte siste tolv måneder enn respektive grupper av menn.

**Tabell 14.3. Andel som i løpet av siste tolv måneder har vært innlagt på sykehus over natta. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn. Prosent**

Innlagt på sykehus over natten siste 12 mnd	Hele befolkningen	Innvandrere og etterkommere										
		I alt	Bosnia-Hercegovina	Serbia-Montenegro	Tyrkia	Irak	Iran	Pakistan	Vietnam	Sri Lanka	Somalia	Chile
	<b>2005</b>	<b>2005/2006</b>										
Antall personer (N)	6076	3049	333	288	297	357	269	306	313	353	245	288
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Ja	9	14	11	16	13	16	14	15	11	11	16	13
-herav menn	7	10	8	11	13	13	10	11	8	11	10	8
-herav kvinner	11	17	13	22	13	21	20	19	14	12	23	19
Nei	91	85	88	83	86	83	84	84	87	88	83	87
Vet ikke	0	1	2	1	1	1	2	1	2	0	2	1

Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006 og Levekårsundersøkelsen 2005

**Tabell 14.4. Andel som i løpet av siste tolv måneder har vært innlagt på sykehus over natta. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter alder og kjønn. 1) Prosent**

Andel innlagt på sykehus over natten	I alt	16-24 år	25-39 år	40-54 år	55-70 år
<b>Befolkningen 2005</b>					
Begge kjønn	9	7	9	9	11
Menn	7	5	5	9	11
Kvinner	11	9	14	9	10
<b>Innvandrere og etterkommere 2005/2006</b>					
Begge kjønn	14	11	14	12	25
Menn	10	9	9	11	22
Kvinner	17	13	20	14	28

<sup>1</sup> Antall personer bak hver innførsel framgår av tabell 3.2.

Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006 og Levekårsundersøkelsen 2005

**Tabell 14.5. Andel som i løpet av siste tolv måneder har snakket med lege, sykepleier eller helsesøster på helsestasjon om egne helseplager. Innvandrere og etterkommere med barn i alder 0-10/11 år, etter landbakgrunn og kjønn. Prosent**

Snakket m/lege på helsestasjon <12mnd?	I alt	Bosnia- Herce- govina	Serbia- Monte- negro	Tyrkia	Irak	Iran	Pakistan	Vietnam	Sri Lanka	Somalia	Chile
		Antall personer (N)	1409	99	159	165	188	99	145	131	224
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Ja	33	34	32	22	64	40	24	41	28	21	16
-herav menn	29	36	25	18	61	35	14	37	22	14	9
-herav kvinner	39	33	40	27	70	47	35	43	35	26	24
Nei	51	51	58	67	24	39	50	45	52	73	60
Vet ikke	16	15	10	11	12	20	26	15	20	6	24

Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006.

## 14.2. Å søke råd fra personale på helsestasjon

Kan det tenkes at innvandrere eller etterkommere med barn, i forbindelse med besøk på helsestasjon, også tar opp ett og annet helseproblem som berører dem selv? For å kaste lys over dette stilte vi følgende spørsmål til alle med barn født i 1995 eller senere, det vil si til foreldre med barn i alder null til ti/elleve år på intervju tidspunktet: ”Har du i løpet av de siste 12 måneder snakket med lege, sykepleier eller helsesøster på helsestasjon om egne helseplager?” Spørsmålet er ikke tidligere stilt i ordinære levekårsundersøkelser. Vi har således ikke resultater fra andre undersøkelser å sammenlikne med her. Etter intensjonen skal helsestasjon være et tilbud til gravide kvinner og foreldre med barn i prinsippet opp til 20-årsalderen, men gravide og barn i alder 0-5 år er ofte hovedmålgruppen. En av tre svarer ja på ovennevnte spørsmål (tabell 14.5). Ja-andelen er 10 prosentpoeng høyere blant kvinner enn blant menn, henholdsvis fire og tre av ti. Andelen som svarer ja er høyest blant personer med bakgrunn fra Irak, vel seks av ti, og lavest blant personer med bakgrunn fra Chile og Somalia, rundt to av ti. Andelen som har forsøkt dette kan synes høy, men oppfølging av svangre kvinner og mødre med fødselsrelaterte plager etter nedkomsten ligger under helsestasjonens ansvarsområde.

Det viser seg at andelen som har oppsøkt helsestasjon for å få råd om egne helseplager, er størst blant kvinner i alder 25-39 år (tabell 14.6). Dette er samme aldersgruppe som hadde en ”topp” når det gjaldt innleggelse på sykehus over natta. Vel fire av ti kvinner svarer bekræftende på spørsmålet i denne alder og mange trolig i forbindelse med graviditet eller fødsel. Både menn og kvinner benyttet seg minst av helsestasjon i yngste aldersgruppe, henholdsvis 10 prosent blant menn og 27 prosent blant kvinner. Data mangler blant de eldste ettersom tallet på respondenter i denne aldersgruppen er for lite når det splittes på kjønn.

**Tabell 14.6. Andel som i løpet av siste tolv måneder har snakket med lege, sykepleier eller helsesøster på helsestasjon om egne helseplager. Befolkningen og innvandrere og etterkommere som har barn i alder 0-10/11 år, etter alder og kjønn. Prosent**

Andel snakket med lege på helsestasjon	I alt	16-24 år	25-39 år	40-54 år	55-70 år
Antall personer (N) <sup>1</sup>	1409	198	798	388	25
Begge kjønn	33	21	38	32	28
Menn	29	10	31	31	:
Kvinner	39	27	43	35	:

<sup>1</sup> Begge kjønn

Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006

## 14.3. Naturmedisin, alternativ behandling

Vi ønsket å undersøke hvorvidt personer med innvandrerbakgrunn oftere benytter naturmedisin/alternativ medisin for å diagnostisere og kurere helseplager enn andre i befolkningen. Begrunnelsen for en slik antakelse ville være at det foreligger velrenommerte medisinske tradisjoner som alternativ til vestlig skolemedisin i flere av landene som innvandrere i Norge har bakgrunn fra (Hanssen 1996). Dermed vil ventelig også motforestillingene mot å oppsøke disse eller liknende medisinske retninger i Norge kunne være mindre blant innvandrere enn blant folk ellers.

**Tabell 14.7. Andel som i løpet av siste tolv måneder har vært hos naturmedisiner/alternativ behandler. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn. Prosent**

Vært hos alternativ behandler siste 12 mnd <sup>1</sup>	Hele befolkningen	Innvandrere og etterkommere										
		I alt	Bosnia-Hercegovina	Serbia-Montenegro	Tyrkia	Irak	Iran	Paki-stan	Viet-nam	Sri Lanka	Somalia	Chile
	<b>2005</b>											
Antall personer (N)	3050	3049	333	288	297	357	269	306	313	353	245	288
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Ja	11	9	5	9	6	15	18	4	8	7	8	9
-herav menn	6	8	4	8	5	14	15	2	9	8	5	5
-herav kvinner	17	10	6	11	8	16	22	6	8	6	12	15
Nei	90	90	95	90	92	84	80	94	90	93	90	90
Vet ikke	-	2	1	1	2	1	2	2	2	0	2	1

<sup>1</sup> I LKI 2005/2006 er uttrykket "naturmedisiner eller andre alternative behandlere" brukt.

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

Tabell 14.7 viser at så knapt er tilfelle. I hele befolkningen og blant innvandrere og etterkommere er det i gjennomsnitt bare en av ti som svarer ja på spørsmålet om de har vært hos naturmedisiner eller andre alternative behandlere med egen sykdom i løpet av de siste tolv månedene. Andelen som svarer ja er langt høyere blant kvinner enn menn i hele befolkningen (17 prosent mot 6 prosent), mens kjønnsforskjellen er liten i innvandrerbefolkningen (10 mot 8 prosent). Tabellen viser at andelen som svarer ja på spørsmålet er størst blant menn og kvinner med bakgrunn fra Irak og Iran.

Etter alder er det en tendens til at andelen som har vært hos alternative behandlere eller naturmedisinere, er størst midtveis i livet, mens interessen er lavest blant de yngste (tabell 14.8).

**Tabell 14.8. Andel som i løpet av siste tolv måneder har vært hos naturmedisiner/alternativ behandler. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter alder og kjønn. Prosent**

Andel vært hos alternativ behandler <sup>1</sup>	I alt	16-24 år	25-39 år	40-54 år	55-70 år
<b>Befolkningen 2005</b>					
Antall personer (N) <sup>2</sup>	3050	486	933	909	722
Begge kjønn	11	5	13	12	9
Menn	6	2	7	7	5
Kvinner	17	8	21	19	14
<b>Innvandrere og etterkommere 2005/2006</b>					
Antall personer (N) <sup>2</sup>	3049	673	1211	920	245
Begge kjønn	9	5	9	11	9
Menn	8	5	8	10	3
Kvinner	10	5	11	12	14

<sup>1</sup> I LKI 2005/2006 er uttrykket "naturmedisiner eller andre alternative behandlere" brukt.

<sup>2</sup> Begge kjønn

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

## 15. Behov for tolk under legebesøk

I kapitlet om norskferdigheter i Blom og Henriksen (2008) viste vi at i gjennomsnitt 8 prosent av mennene og 20 prosent av kvinnene karakteriserte sine evner til ”å snakke med lege om helseproblemer” som dårlige eller svært dårlige. I nær tilknytning til dette temaet spurte vi under avsnittet om helsespørsmål om intervjupersonen har behov for tolk når hun/han er hos legen. Spørsmålet er et enkelt ja/nei-spørsmål, men tilbyr også svarkategorien ”uaktuelt, går ikke til lege”.

Tabell 15.1 viser at i gjennomsnitt 13 prosent av innvandrerne og etterkommerne svarte ja på spørsmålet. Andelen som synes de trenger tolk, er tre ganger så stor blant kvinner som blant menn, henholdsvis 21 og 7 prosent. Dette faller omtrent sammen med andelen som mener å ha dårlig språkferdighet i dialogen med lege om helseproblemer.

Noe overraskende skårer hele 85 prosent på svarkategorien ”uaktuelt, går ikke til lege”. Her må det være første ledd i svaret som respondentene har lagt vekt på. Spørsmålet om tolk fortøner seg trolig uaktuelt ettersom de behersker norsk tilstrekkelig godt. Så lenge 72 prosent oppgir at de har vært hos fastlege siste tolv måneder (jf. tabell 13.4) og/eller 30 prosent har vært hos annen allmennpraktiserende lege (jf. tabell 13.6), kan det ikke være fravær av legebesøk som gjør at de ikke har behov for tolk. Vi velger å oppfatte svaret som synonymt med et ”nei”.

Størst behov for tolk under legebesøk er det personer med bakgrunn fra Irak som har. Det gjelder både menn og kvinner hver for seg og sammen. To av ti med bakgrunn fra Irak hevder å ha behov for tolk i møte med lege. Blant irakiske kvinner er andelen hver tredje. Minst behov for tolk er det menn fra Serbia-Montenegro og Sri Lanka og kvinner fra Chile som hevder å ha.

Andelen som uttrykker behov for tolk hos lege, øker formidabelt med alder, særlig blant kvinner (tabell 15.2). Økningen er på vel 40 prosentpoeng fra 5 prosent i aldersgruppen 16-24 år til 48 prosent i aldersgruppen 55-70 år. Blant menn er økningen mindre, vel 20 prosentpoeng. I eldste aldersgruppe føler om lag hver fjerde mann med innvandrerbakgrunn at han trenger tolk når han skal til lege. I yngste aldersgruppe er andelen som for unge kvinner, om lag en av tjue.

Tabell 15.1. Andel som har behov for tolk hos legen. Innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn. Prosent

Behov for tolk hos legen?	I alt	Bosnia-Hercegovina	Serbia-Montenegro	Tyrkia	Irak	Iran	Pakistan	Vietnam	Sri Lanka		Chile
Antall personer (N)	3049	333	288	297	357	269	306	313	353	245	288
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Ja	13	10	13	17	19	8	15	16	9	14	7
-herav menn	7	8	4	11	12	5	7	8	4	6	5
-herav kvinner	21	12	25	27	34	13	23	23	14	25	9
Uaktuelt, går ikke til lege	85	86	86	82	79	90	83	82	91	84	92
Nei	1	2	-	-	1	0	1	0	0	0	0
Vet ikke	1	2	1	1	1	2	2	2	-	1	1

Kilde: Levekår blant innvandrere 2005-2006



**Tabell 15.2. Andel som har behov for tolk hos legen. Innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter alder og kjønn.<sup>1</sup> Prosent**

Andel med behov for tolk hos legen	I alt	16-24 år	25-39 år	40-54 år	55-70 år
Begge kjønn	13	4	12	16	37
Menn	7	4	5	8	26
Kvinner	21	5	20	27	48

<sup>1</sup> Antall personer bak hver innførsel framgår av tabell 3.2.

Kilde: Levekår blant innvandrere 2005/2006.

### 15.1. Hvem fungerte som tolk ved siste legebesøk?

Innvandrere og etterkommere som svarte at de hadde behov for tolk ved legebesøk, fikk et tilleggsspørsmål om hvem som hjalp dem med oversettelse siste gang de var hos lege. Som nevnt ovenfor, var det i alt bare 13 prosent som gav uttrykk for at de trengte tolk ved legebesøk. Det betyr at bare i underkant av 400 personer fikk dette spørsmålet, og langt flere kvinner enn menn.

Det har vært mye fokus på uheldige sider ved at innvandrere må benytte egne barn som tolker i viktige sosiale situasjoner, som blant annet ved kontakt med helsevesenet. Hovedgrunnen til kritikken har vært at det kan være belastende for barn å bli trukket inn i foreldrenes verden på denne måten og måtte oversette i forbindelse med temaer som familieproblemer, sykdom, seksualitet og død. I et rundskriv med merknader til Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 heter det blant annet i tilknytning til §3-5 i loven: *”I de tilfeller hvor pasienten er fremmedspråklig og det er avgjørende at han eller hun skjønner innholdet av informasjonen, må det skaffes tolk”* (Sosial- og helsedirektoratet 2004). En spørreundersøkelse om bruk av tolk i helsevesenet i Oslo konkluderer at det synes å være et *”underforbruk av profesjonell språklig assistanse i helsevesenet”* (Kale 2006). Rapporten finner dessuten at *”i flere sammenhenger tyr helsepersonell til den lettest tilgjengelige løsningen, nemlig å bruke familie/venner som oversettere eller å kommunisere med pasienten så godt som mulig – ofte på et mangelfullt språk”* (op.cit.).

Vår undersøkelse viser at 8 prosent av dem som uttrykker behov for tolk ved legebesøk, fikk tolkebistand fra egne barn under 16 år eller andre mindreårige barn siste gang de var hos legen. Bruken av barn i denne rollen er med andre ord ikke så stort. I enkelte nasjonalitetsgrupper er imidlertid tilbøyeligheten til å benytte barn som tolk ved legebesøk betydelig større, spesielt blant personer med bakgrunn fra Vietnam der nesten tre av ti med behov for tolk benyttet mindreårige barn som oversettere. I andre landgrupper, som Sri Lanka, Somalia og Bosnia-Hercegovina, forekommer dette svært sjelden.

Langt vanligere er det å bruke egen ektefelle som tolk. Tre av ti med tolkebehov hos lege oppgir at ektefellen oversatte ved siste legebesøk. Blant personer med bakgrunn fra Sri Lanka hadde over halvparten hjelp fra ektefellen. En av fire benyttet voksne slektninger/venner, og en av fire hadde profesjonell tolk. Over halvparten av personene med bakgrunn fra Bosnia-Hercegovina benyttet voksne slektninger/venner som tolk, mens fire av ti somaliere fikk bistand fra profesjonell tolk. Likevel var det hele tre av ti somaliere som ikke fikk noen hjelp med tolking under siste legebesøk, selv om de hadde behov for det. Blant innvandrere og etterkommere samlet, var denne andelen 7 prosent.

**Tabell 15.3. Hvem hjalp med oversettelse ved siste legebesøk, blant dem som hadde behov for tolk? Innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn. Prosent**

Hvem hjalp IO med tolking siste gang?	I alt	Bosnia-Hercegovina	Serbia-Montenegro	Tyrkia	Irak	Iran	Pakistan	Vietnam	Sri Lanka	Somalia	Chile
Antall personer (N)	391	33	38	50	69	22	45	49	30	35	20
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Fikk ikke hjelp	7	6	5	6	10	9	-	4	3	29	-
Ektefelle	31	6	37	34	20	23	62	20	57	6	35
Egne barn under 16 år eller andre mindreårige barn	8	3	-	10	4	9	7	27	3	3	10
Voksne slektninger/venner	24	55	21	18	22	18	24	20	27	17	25
Profesjonell tolk	24	21	34	22	32	36	4	25	7	43	30
Helsepersonell	1	3	-	-	1	-	-	2	-	-	-
Annet	0	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Vet ikke	5	6	3	10	9	5	2	2	3	3	-

Kilde: Levekår blant innvandrere 2005-2006.

**Tabell 15.4. Hvem hjalp med oversettelse ved siste legebesøk, blant dem som hadde behov for tolk? Innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter alder og kjønn. Prosent**

Hvem hjalp IO med tolking siste gang?	I alt	Menn	Kvinner	16-24 år	25-39 år	40-54 år	55-70 år
Antall personer (N)	391	120	271	27	139	137	88
I alt	100	100	100	100	100	100	100
Fikk ikke hjelp	7	12	5	7	14	3	3
Ektefelle	31	20	36	40	45	30	10
Egne barn under 16 år eller andre mindreårige barn	8	11	7	4	1	12	16
Voksne slektninger/venner	24	30	21	27	9	24	45
Profesjonell tolk	24	21	25	20	27	24	21
Helsepersonell	1	2	0	-	-	1	2
Annet	0	1	-	-	-	1	-
Vet ikke	5	5	5	3	5	5	4

Kilde: Levekår blant innvandrere 2005-2006

Tabell 15.4 viser hvordan hvem man mottok tolkebistand fra, varierer etter alder og kjønn blant dem som hadde behov for tolk. Ikke uventet var bruk av ektefelle som tolk vanligere blant kvinner enn menn. Menn fikk på sin side oftere hjelp fra voksne slektninger/venner. Menn oppgav også oftere enn kvinner at de *ikke* fikk hjelp med oversettelse siste gang de var hos lege til tross for at de erkjente behovet. For øvrig viser tabellen at andelen med hjelp fra ektefellen synker med alder, mens andelen med hjelp fra egne barn stiger. Andelen som fikk tolkebistand fra voksne slektninger/venner er også klart høyest blant de eldste. Tilgangen til profesjonell tolk synes å være lite påvirket av alder og kjønn.

## 16. Tilfredshet med norske helsetjenester

I undersøkelsen Levekår blant innvandrere 1996 stilte vi spørsmålet ”Mener du at du i Norge har fått de helsetjenester du har behov for?” Svarene som respondentene kunne velge mellom var ”Ja, alltid, både og, nei og vet ikke”. I alt tre av fire (75 prosent) svarte ”ja, alltid”. Knappt en av ti (8 prosent) svarte ”nei”, og vel en av ti (12 prosent) sa ”både og”. Resten (6 prosent) svarte ”vet ikke”. Dette var gjennomsnittet for alle de åtte landgruppene. Utfallet var selvsagt noe forskjellig landene imellom. Blant iranere var det bare vel halvparten (52 prosent) som svarte ”ja, alltid”, mens det blant somaliere var seks av ti. Mest positive var personer med bakgrunn fra Pakistan og Sri Lanka hvis ja-andel var henholdsvis 87 og 83 prosent (tabell 16.1).

Spørsmålet ble ikke gjentatt i Levekår blant innvandrere 2005/2006. I stedet ble det stilt et spørsmål om tilfredshet med helsetjenestene: ”Er du i det store og hele tilfreds eller utilfreds med helsetjenestene du har mottatt i Norge? Vil du si at du er svært tilfreds, ganske tilfreds, verken tilfreds eller utilfreds, ganske utilfreds eller svært utilfreds?” Etter vår oppfatning er det å svare ”svært tilfreds” eller ”ganske tilfreds” (her kalt ”tilfreds”) på spørsmålet i 2005/2006 antakelig ekvivalent med å svare ”ja, alltid” i 1996. Vi har derfor valgt å presentere svarene på de to spørsmålene i samme tabell 16.1.

Andelen som sier seg tilfreds med helsetjenestene i Norge er i gjennomsnitt 72 prosent, omtrent som andelen som svarte ”ja, alltid” på spørsmålet om helsetjenester i 1996. 15 prosent velger den nøytrale midtposisjonen ”verken tilfreds eller utilfreds” mens 13 prosent svarer ”ganske utilfreds” eller ”svært utilfreds” (her kalt ”utilfreds”). Vet ikke-andelen er nede på 1 prosent. Denne gang er det innvandrere og etterkommere med bakgrunn fra Tyrkia og Chile som er minst tilfreds med helsetjenestene i Norge. Bare vel halvparten av dem (52 prosent) sier seg tilfredse, mens andelen utilfredse er om lag en av fire. Også blant personer med bakgrunn fra Iran er andelen utilfredse en av fire. Mest tilfreds er personer med bakgrunn fra Sri Lanka og Irak. Åtte av ti blant dem er svært eller ganske tilfreds med helsetjenestene de har mottatt i Norge.

**Tabell 16.1. Tilfredshet med helsetjenestene i Norge. Innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn og år. Prosent**

Tilfredshet med helsetjenester <sup>1</sup>	I alt	Bosnia-Hercegovina	Serbia-Montenegro	Tidligere Jugoslavia	Tyrkia	Irak	Iran	Pakistan	Vietnam	Sri Lanka	Somalia	Chile
<b>1996</b>												
Antall personer (N)	2553			335	257		295	296	358	387	312	313
I alt	100			100	100		100	100	100	100	100	100
Ja, alltid	75			73	77		52	87	74	83	60	69
Både og	12			16	11		16	5	12	12	16	19
Nei	8			5	11		25	5	2	3	14	10
Vet ikke	6			7	2		7	4	12	2	11	3
<b>2005/2006</b>												
Antall personer (N)	3049	333	288		297	357	269	306	313	353	245	288
I alt	100	100	100		100	100	100	100	100	100	100	100
Tilfreds	72	75	75		52	80	65	73	76	84	76	52
-Herav svært tilfreds	28	23	36		20	40	26	18	29	35	49	15
Verken tilfreds eller utilfreds	15	17	17		22	10	9	17	14	8	9	24
Utilfreds	13	8	8		25	9	25	9	8	8	15	22
-Herav svært utilfreds	4	1	2		9	3	11	4	2	3	5	9
Vet ikke	1	-	1		1	1	1	1	1	1	1	2

<sup>1</sup> I 1996 var spørsmålet: ”Mener du at du i Norge har fått de helsetjenester du har behov for?”

Kilde: Levekår blant innvandrere 1996 og 2005-2006

Tabell 16.2. Tilfredshet med helsetjenestene i Norge. Innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter kjønn, alder og år. Prosent

Tilfredshet med helsetjenester <sup>1</sup>	Innvandrere og etterkommere						
	I alt	Menn	Kvinner	16-24	25-39	40-54	55-70
<b>1996</b>							
Antall personer (N)	2553	1457	1096	533	1416	496	108
I alt	100	100	100	100	100	100	100
Ja, alltid	75	75	75	77	72	75	84
Både og	12	11	14	11	14	10	6
Nei	8	8	8	4	9	10	7
Vet ikke	6	7	4	7	6	6	3
<b>2005/2006</b>							
Antall personer (N)	3049	1679	1370	673	1211	920	245
I alt	100	100	100	100	100	100	100
Tilfreds	72	72	72	72	70	72	80
-Herav svært tilfreds	28	27	30	27	29	28	33
Verken tilfreds eller utilfreds	15	15	14	17	15	13	12
Utilfreds	13	13	13	10	15	14	8
-Herav svært utilfreds	4	5	4	4	5	4	3
Vet ikke	1	1	1	1	1	1	1

<sup>1</sup> I 1996 var spørsmålet: "Mener du at du i Norge har fått de helsetjenester du har behov for?"

Kilde: Levekår blant innvandrere 1996 og 2005-2006.

Som vi har sett foran, er mange forhold med tilknytning til helse aldersrelatert. Det kan av den grunn være verdt å undersøke om det er tilfelle også for spørsmålet om tilfredshet med helsetjenestene. Kjønn kan likeledes tenkes å spille en rolle. Tabell 16.2 viser at dette bare i begrenset grad er tilfelle. Tabellen viser at kjønnsforskjellen er helt fraværende i oppfatningen av helsevesenet, både i 1996 og i 2005/2006. Heller ikke etter alder er det særlig variasjon i synet på helsetjenestene, men både i 2005/2006 og i 1996 er den eldste aldersgruppen noe mer positiv i sin vurdering enn øvrige aldersgrupper. Åtte av ti tilfreds med helsetjenestene blant de eldste (2005/2006-data).

I spørsmålet som fulgte ble intervjupersonene bedt om å vurdere om de hadde "fått dårligere, samme eller bedre behandling enn en norsk person ville ha fått".<sup>4</sup> Samme spørsmål ble også stilt i 1996 og resultatet presentert i rapporten fra undersøkelsen under kapitlet om diskriminering (Blom 1998). Tilsvarende resultater fra Levekår blant innvandrere 2005/2006 er likeledes presentert i hovedrapporten fra undersøkelsen (Blom og Henriksen 2008: Tabell 20.1). For enkelthets skyld gjengir vi i tabell 16.3 svarene på spørsmålet i begge undersøkelsene.

Om lag åtte av ti i begge undersøkelser mener de har fått samme behandling som en norsk person ville ha fått. Andelen var 4 prosentpoeng høyere i 1996 enn i 2005/2006 i gjennomsnitt (henholdsvis 82 og 78 prosent). Vet ikke-andelen er vel en av ti på begge tidspunkter, og bare 2 prosent i begge undersøkelsene tror de har fått bedre behandling. 5 prosent i 1996 og 7 prosent i 2005/2006 mener derimot at de har fått dårligere behandling enn en norsk person ville fått. I 1996 var det personer med bakgrunn fra Sri Lanka og Pakistan som i størst grad syntes de var behandlet på samme måte som norske. Nær ni av ti fra disse landene gav uttrykk for denne oppfatningen, mot bare seks av ti somaliere.

I 2005/2006 er det personer med bakgrunn fra Tyrkia som er mest kritiske til den behandlingen de har fått i det norske helsevesenet. Hele 14 prosent av tyrkerne mener de har fått dårligere behandling mens 68 prosent mener at de har blitt behandlet likt. Mest positive er personer med bakgrunn fra Sri Lanka, Vietnam, Bosnia-Hercegovina og Irak idet vel åtte av ti blant dem mener de har blitt likebehandlet med majoritetsbefolkningen, mens bare 3-5 prosent synes de har blitt behandlet dårligere.

<sup>4</sup> Begrepet "norsk person" ble ikke definert verken i 1996 eller i 2005/2006. Intensjonen var at det skulle oppfattes synonymt med "person uten innvandrerbakgrunn", hvilket det trolig også er blitt.

Heller ikke i dette spørsmålet er det noen vesentlig forskjell i oppfatningen etter kjønn og alder, verken i 1996 eller i 2005/2006. Det kan iakttas en svak tendens til at andelen som mener de har blitt behandlet på samme måte som ”en norsk person”, er høyest i eldste aldersgruppe (ikke vist). I så måte minner mønsteret om det som kunne iakttas i spørsmålet om tilfredshet med helsetjenestene.

**Tabell 16.3. Andel som mener å ha fått dårligere, samme eller bedre behandling i helsevesenet enn en norsk person ville fått. Innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn og år. Prosent**

Behandlet bedre/dårligere enn norske	Innvandrere og etterkommere											
	I alt	Bosnia-Hercegovina	Serbia-Montenegro	Tidligere Jugoslavia	Tyrkia	Irak	Iran	Pakistan	Vietnam	Sri Lanka	Somalia	Chile
<b>1996</b>												
Antall personer (N)	2547			333	256		295	296	357	386	312	312
I alt	100			100	100		100	100	100	100	100	100
Dårligere	5			6	8		8	3	3	3	13	5
Samme	82			82	82		72	88	80	90	60	85
Bedre	2			1	4		1	2	1	2	0	2
Vet ikke	12			11	6		19	7	17	5	28	9
<b>2005/2006</b>												
Antall personer (N)	3049	333	288		297	357	269	306	313	353	245	288
I alt	100	100	100		100	100	100	100	100	100	100	100
Dårligere	7	3	4		14	5	10	10	5	3	9	7
Samme	78	81	75		68	80	71	81	83	82	72	78
Bedre	2	2	1		3	2	4	2	3	4	0	3
Vet ikke	13	14	19		15	14	16	8	9	11	19	12

Kilde: Levekår blant innvandrere 1996 og 2005-2006.

## 17. Avslutning og oppsummering

Intervjuundersøkelsen Levekår blant innvandrere 2005/2006 inneholder en stor bolk med helserelevante spørsmål. Forskjellige indikatorer søker å måle respondentenes somatiske og psykiske helsetilstand. Et mindre antall spørsmål kartlegger aspekter ved livsstilen som erfaringsmessig har sammenheng med helsetilstanden. I hvilken grad innvandrere benytter samfunnets tilbud av helsetjenester og hvorvidt de er tilfreds med tilbudet, er også gjenstand for spørsmål.

Ti ulike landgrupper av innvandrere og deres norskfødte etterkommere er intervjuet om disse og andre levekårsrelevante spørsmål. De ti landene er Bosnia-Hercegovina, Serbia og Montenegro, Tyrkia, Irak, Iran, Pakistan, Vietnam, Sri Lanka, Somalia og Chile. Respondentene har minst to års botid i Norge bak seg og er i alderen 16-70 år. Alle fikk tilbud om å bli intervjuet på opprinnelseslandets språk av intervjuere med samme landbakgrunn som dem selv.

De fleste helserelevante spørsmålene er identiske med spørsmål stilt i de ordinære levekårsundersøkelsene i 2002 og 2005. Dermed kan innvandrernes svar sammenliknes med svarene fra hele befolkningen. For at ikke sammenlikningen skal forstyrres av forskjeller i den demografiske sammensetningen av de to populasjonene, er resultatene for befolkningen som helhet veid etter fordelingen av alder, kjønn og bosted i innvandrerpopulasjonen for landgruppene samlet. Imidlertid kan aldersforskjeller innvandrerne imellom etter landbakgrunn påvirke svarfordelingen i den enkelte landgruppe. For flere resultater fra undersøkelsen, se Blom og Henriksen 2008; for spørreskjema og detaljer om gjennomføringen, se Gulløy 2008.

*Egenvurdert helse er svakere blant innvandrere*

Innvandrere og etterkommere vurderer sin helse som noe mindre god enn hele befolkningen gjør. Mens 86 prosent av befolkningen oppfatter sin helse som god eller meget god, er i gjennomsnitt 67 prosent av de ti ikke-vestlige innvandrergruppene i vår undersøkelse av samme oppfatning. I befolkningen er det ingen vesentlig forskjell mellom kjønnene i synet på egen helse; i innvandrerbefolkningen er andelen som vurderer sin helse som meget god eller god lavere blant kvinner enn menn, henholdsvis 61 og 71 prosent. Andelen som vurderer sin helse positivt synker også sterkere med alder blant innvandrere og etterkommere enn i befolkningen. I alder 55-70 år er det om lag sju av ti i befolkningen, uansett kjønn, som synes helsen er god eller meget god. Tilsvarende andel blant menn og kvinner med innvandrerbakgrunn er henholdsvis 40 og 27 prosent.

*Forskjeller i sykdomsbildet...*

På en liste over seksten sykdommer eller helseproblemer bad vi innvandrere og etterkommere angi hvilke sykdommer de har eller har hatt. I befolkningen er allergiske sykdommer (eksem, astma, allergi) noe mer utbredt enn i innvandrerbefolkningen. Det samme gjelder KOLS, urinlekkasje, høyt blodtrykk, hjerneslag og kreft. På den annen side rapporterer innvandrere og etterkommere oftere diabetes, andre stoffskiftesykdommer, magesår, angina pectoris, beinskjørhet og leddgikt enn hele befolkningen.

*...men likhet i antall rapporterte sykdommer*

Summeres forekomsten av de forskjellige sykdommene som lar seg sammenlikne på tvers av populasjonene, blir utfallet bemerkelsesverdig likt i de to populasjonene. I befolkningen som helhet har 49 prosent rapportert minst en av femten sykdommer; i innvandrerbefolkningen er tilsvarende andel 47 prosent. Det gjennomsnittlige antallet sykdommer som rapporteres er 0,9 i befolkningen og 0,8 blant innvandrere og etterkommere. I befolkningen som helhet er det ingen kjønnsforskjell å spore i tallet på sykdommer. Blant innvandrere og etterkommere er antall sykdommer høyere blant kvinnene, i gjennomsnitt 1,0 mot 0,7 blant menn.

*Sterk økning i sykkeligheten med alder blant innvandrerne*

Antallet rapporterte sykdommer stiger som ventet med alderen. Økningen fra yngste til eldste aldersgruppe er størst blant kvinner og menn med innvandrerbakgrunn, om lag 1,5 sykdommer. Blant kvinner og menn i hele befolkningen er

økningen på mindre enn én sykdom i gjennomsnitt fra yngste til eldste aldersgruppe. Det innebærer at det gjennomsnittlige tallet på sykdommer i yngste aldersgruppe (16-24 år) er lavere i innvandrerbefolkningen enn i hele befolkningen både for menn og kvinner, mens situasjonen er omvendt i eldste aldersgruppe (55-70 år). Menn med innvandrerbakgrunn rapporterer gjennomgående færrest sykdommer i alle aldersgrupper unntatt den eldste.

*Egenvurderingen av helse er mer "påvirkbar" blant innvandrere*

Egenvurderingen av helse er ikke løsrevet fra antall sykdommer som rapporteres. Jo flere sykdommer, jo mindre positiv blir vurderingen av helsen. Dette er særlig tilfelle blant innvandrere. Ved fire eller flere sykdommer synes bare om lag en av ti med innvandrerbakgrunn at helsen er god eller meget god. I befolkningen som helhet er tilsvarende andel seks av ti. Blant menn i befolkningen går ikke andelen som vurderer sin helse som god eller meget god ytterligere ned når antall sykdommer øker utover tre. Hele to av tre menn i befolkningen mener helsen fortsatt er god eller meget god ved fire eller flere sykdommer. Samme positive vurdering av helsen ved fire eller flere sykdommer har en av to kvinner i befolkningen.

*Mer psykosomatiske plager blant innvandrere*

Respondentene ble også bedt om å angi hvorvidt de i løpet av de siste tre månedene hadde vært plaget av en eller flere av åtte oppgitte psykosomatiske plager: smerter i kroppen, hodepine eller migræne, fordøyelsesbesvær/mageplager, hoste, konsentrasjonsvansker, søvnproblemer, tretthet/slapphet og irritabilitet/aggressivitet. Alle plagene ble oftere nevnt av innvandrere og etterkommere enn av folk i sin alminnelighet. I alt 71 prosent blant innvandrere og etterkommere og 48 prosent i befolkningen som helhet rapporterte å ha hatt minst én av plagene. Gjennomsnittlig antall rapporterte plager var 2,1 blant innvandrere og etterkommere mot 1,1 i befolkningen. Kvinner rapporterte flere plager enn menn i begge populasjonene. I innvandrerbefolkningen stiger antall rapporterte plager med alderen, særlig blant kvinnene. Det samme er ikke tilfelle i befolkningen som helhet.

*Mer psykiske problemer blant innvandrere og mest blant kvinner*

Det ble også presentert et batteri med fem spørsmål som sikter mot å avdekke psykiske vansker. Spørsmålene inngår i Hopkins Symptoms Checklist-5 (HSCL-5). To av spørsmålene er egnet til å fange opp engstelse, mens tre spørsmål retter seg mot depresjon. Andelen som oppgir å ha vært svært eller ganske plaget av de enkelte psykiske tilstandene som det spørres om, er gjennomgående tre ganger så høy blant innvandrere og etterkommere som i hele befolkningen. Når svarene summeres til en skala og skalaen dikotomiseres ved en gitt grenseverdi, er utfallet at 9 prosent av befolkningen og 27 prosent av innvandrerbefolkningen har psykiske helseproblemer. I befolkningen som helhet er det ingen forskjell etter kjønn. Blant innvandrere og etterkommere er andelen med psykiske problemer 24 prosent blant menn og 32 prosent blant kvinner. Andelen med psykiske helseproblemer er noe lavere i eldste aldersgruppe i hele befolkningen. Blant menn og kvinner i innvandrerbefolkningen er derimot andelen med psykiske vansker stigende med alder. I eldste aldersgruppe i innvandrerbefolkningen har over tre av ti menn og fire av ti kvinner symptomer på psykiske helseproblemer.

*Størst helseproblemer blant personer med bakgrunn fra Tyrkia og Irak*

Hvilke landgrupper blant innvandrere og etterkommere som rapporterer mest eller minst helseproblemer, varierer noe etter hvilke sykdomsindikatorer det er tale om, men det er likevel en viss konsistens i bildet. Tyrkia og Irak er blant landene hvis innvandrere og etterkommere framstår som mest rammet av helseproblemer. Når det gjelder somatiske lidelser kommer dessuten chilenske kvinner dårlig ut, mens indikatoren for psykiske helseproblemer toppes av innvandrere fra Iran. Innvandrere og etterkommere med få rapporterte helseproblemer har bakgrunn fra Somalia, Serbia-Montenegro og på noen områder også Sri Lanka.

*Hver fjerde av de eldste innvandrerkvinnene er fete*

Med utgangspunkt i høyde og vekt kan den såkalte kroppsmasseindeks (body mass index, BMI) beregnes. En BMI i området for overvekt (25,0-29,9) eller fedme ( $\geq 30,0$ ) representerer en helsefare. Andelen overvektige eller fete er større blant innvandrerkvinner enn kvinner i hele befolkningen, henholdsvis 39 og 28 prosent. Herav må henholdsvis 12 og 6 prosent betraktes som fete. Blant menn er det ingen

vesentlig forskjell i BMI mellom personer med og uten innvandrerbakgrunn. Andelen overvektige eller fete blant menn er om lag 50 prosent i begge populasjonene, det vil si høyere enn blant kvinnene. Herav er andelen fete 9 prosent i begge populasjonene – noe lavere enn blant innvandrerkvinnene. Andelen overvektige eller fete øker i alle grupper etter alder, særlig blant innvandrerkvinnene. Blant kvinner med innvandrerbakgrunn er hver fjerde av de eldste å betrakte som fete.

*Innvandrerkvinner røyker minst*

Røyking representerer en betydelig helsefare. Fire av ti menn, både i befolkningen og blant innvandrere og etterkommere oppgir at de røyker. Andelen røykere blant kvinner i befolkningen er den samme, også fire av ti. Blant kvinner med innvandrerbakgrunn er tilbøyeligheten til å røyke langt lavere. I gjennomsnitt er 17 prosent av innvandrerkvinnene røykere; i noen landgrupper (Pakistan, Vietnam, Sri Lanka og Somalia) er andelen nede i 5 prosent eller lavere. Blant menn med innvandrerbakgrunn er det tyrkere som røyker mest (54 prosent). De største røykerne blant kvinner er kvinner med chilensk bakgrunn (43 prosent røykere). Andelen røykere går noe ned i den eldste aldersgruppen både i befolkningen og blant innvandrere.

*Færre mosjonister blant innvandrerne*

Mosjon reduserer sjansen for overvekt og beskytter mot sykdommer. Andelen som aldri mosjonerer er dobbelt så stor i innvandrerbefolkningen som i befolkningen generelt, henholdsvis 33 og 14 prosent. Blant innvandrere og etterkommere er det nærmere fire av ti kvinner som aldri mosjonerer mot tre av ti menn. I befolkningen er det liten eller ingen kjønnsforskjell. Andelen som ikke mosjonerer øker med alder i alle grupper, men mer i innvandrerbefolkningen enn i befolkningen som helhet. Blant innvandrerkvinner i eldste aldersgruppe er det over halvparten som aldri mosjonerer eller trener. Tilsvarende andel blant kvinner i hele befolkningen er under to av ti. Mest mosjonsaktivitet blant innvandrerne rapporteres av somaliske menn og chilenske kvinner.

*Innvandrere har flere besøk hos fastlegen*

Ni av ti personer – med eller uten innvandrerbakgrunn – vet hvem som er deres fastlege. Kvinner er marginalt bedre orientert enn menn. Hvor ofte fastlegen konsulteres, er imidlertid forskjellig for innvandrere og etterkommere på den ene side og befolkningen på den annen. Data viser at 45 prosent av befolkningen ikke var i kontakt med fastlegen i forbindelse med egen sykdom i løpet av de siste tolv månedene. I innvandrerbefolkningen var tilsvarende andel 28 prosent. I gjennomsnitt for alle landgruppene var innvandrere og etterkommere nesten fem ganger (4,7) hos fastlegen på grunn av egen sykdom i løpet av de siste tolv måneder. Antall besøk i befolkningen som helhet var under det halve (2,1 ganger). Besøksfrekvensen øker – ikke uventet – med alder i begge populasjonene, men økningen er størst i innvandrerbefolkningen, spesielt blant kvinner. I alder over 40 år oppgir innvandrerkvinnene å ha vært hos fastlege i gjennomsnitt vel åtte ganger årlig. Tilsvarende besøksfrekvens i befolkningen er i underkant av tre ganger årlig. Menn i befolkningen går minst ofte til fastlege. I innvandrerbefolkningen er det personer med bakgrunn fra Irak som har flest besøk hos fastlegen, mens personer med bakgrunn fra Vietnam har færrest.

*Ikke oftere brukere av legevakt/øyeblikkelig hjelp*

Bare om lag ett til to av ti besøk hos fastlege eller annen allmennlege i løpet av tolv måneder har vært med legevakt/øyeblikkelig hjelp. I absolutte tall er antall besøk hos legevakt/øyeblikkelig hjelp noe høyere blant innvandrere og etterkommere enn i befolkningen som helhet, men som andel av alle besøk hos allmennhelsetjenesten er innvandrere og etterkommere ikke overrepresentert som brukere av legevakt/øyeblikkelig hjelp. I innvandrerbefolkningen er det menn med bakgrunn fra Irak og menn og kvinner fra Somalia som oftest benytter legevakt eller ordningen med øyeblikkelig hjelp i forbindelse med egen sykdom.

*Innvandrere går sjeldnere til tannlege*

Selv om innvandrere og etterkommere går mer til legen enn folk flest, er situasjonen motsatt når det gjelder besøk hos tannlege. Mens 70 prosent av befolkningen var hos tannlege i løpet av de siste tolv måneder, gjaldt det samme bare



halvparten av innvandrerbefolkningen. Blant somaliske menn hadde bare tre av ti vært hos tannlege i denne perioden. Det er ingen vesentlig kjønnsforskjell i tilbøyeligheten til å gå til tannlege, verken blant innvandrere eller i befolkningen som helhet. Heller ikke etter alder er det store forskjeller, selv om andelen som har vært hos tannlegen tenderer til å gå opp i eldste aldersgruppe i befolkningen. Tilsvarende tendens kan ikke iakttas blant de eldste innvandrerne.

- Ikke oftere hos spesialist, men oftere innlagt på sykehus* Når det gjelder besøk hos spesialist, er det ingen forskjell mellom innvandrerbefolkningen og befolkningen som helhet. I løpet av de siste tolv månedene har tre av ti i begge populasjonene vært hos spesialist, kvinner i noe større omfang enn menn. I eldste aldersgruppe er andelen som har vært hos spesialist seks av ti blant kvinner med innvandrerbakgrunn. Innleggelse på sykehus over natten forekommer derimot noe oftere blant innvandrere og etterkommere enn i befolkningen. Andelen som rapporterer om dette er henholdsvis 14 og 9 prosent i de to populasjonene. Kvinner er noe oftere innlagt enn menn. Innleggelse i forbindelse med fødsel, bidrar til dette resultatet. Andelen sykehusinnlagte øker med alderen. I tillegg er det en ”topp” i innleggelser blant kvinner i aldersgruppen 25-39 år både i befolkningen og blant innvandrere og etterkommere, det vil si i alderen for de fleste fødsler.
- Ikke mer bruk av alternativ medisin* Våre data viser også at innvandrere og etterkommere ikke er mer tilbøyelige til å oppsøke naturmedisinere enn folk flest. Rundt regnet en av ti har vært hos naturmedisiner/alternativ behandler siste tolv måneder i begge populasjonene. Det er kvinner i befolkningen som helhet og kvinner med bakgrunn fra Iran som i størst grad har vært hos naturmedisiner/alternativ behandler siste tolv måneder (rundt to av ti).
- To av ti innvandrerkvinner trenger tolk hos legen* Vel en av ti innvandrere oppgir at de har behov for tolk når de er hos legen. Andelen er tre ganger så høy blant innvandrerkvinner som blant -menn, nemlig 21 mot 7 prosent. Størst behov for tolk har kvinner med bakgrunn fra Irak (en av tre). Andelen som trenger tolk er høyest i de eldste aldersgruppene, særlig blant kvinner. I eldste aldersgruppe har nesten halvparten av innvandrerkvinnene behov for tolk når de er hos lege.
- Hver fjerde med tolkebehov fikk profesjonell tolk* På et spørsmål til dem som har behov for tolk, om hvem som tolket under siste legebesøk, svarer tre av ti av de spurte at det var ektefellen. Rundt en av ti oppgir egne barn under 16 år eller andre mindreårige barn. Andelen som har fått bistand fra mindreårige barn, øker noe med pasientens alder. En av fire har fått bistand fra voksne slektninger/venner, og en av fire fra profesjonell tolk. Andelen som benyttet mindreårige barn i tolkeøyemed var særskilt stor blant personer med bakgrunn fra Vietnam - nær tre av ti av dem som hadde behov for tolk.
- Et stort flertall er fornøyd med norske helsetjenester* Sju av ti sier de er svært eller ganske tilfreds med helsetjenestene de har mottatt i Norge. Minst tilfreds er personer med bakgrunn fra Tyrkia og Chile. En av gruppene med mye kontakt med helsevesenet, irakere, er blant de mest tilfredse (åtte av ti). På et liknende spørsmål i 1996 var iranere og somaliere de minst tilfredse. Andelen tilfredse er noe høyere blant de eldste enn i øvrige aldersgrupper. Det er også de eldste som forbruker mest helsetjenester.
- Åtte av ti mener de har fått samme eller bedre behandling i helsevesenet enn ”en norsk person” ville ha fått. Bare 2 prosent svarer ”bedre”, mens 7 prosent svarer ”dårligere”. Andelen som tror de har fått samme behandling, var ubetydelig høyere i 1996 (4 prosentpoeng). Innvandrere og etterkommere med bakgrunn fra Tyrkia har minst tro på at de har fått samme behandling som ”norske” pasienter (68 prosent). Andelen som tror behandlingen har vært lik er noe høyere i den eldste aldersgruppen.
- I en sum* Alt i alt later det til at forskjellen i helsetilstand mellom innvandrere og den øvrige befolkningen er relativt liten når det gjelder somatiske sykdommer, men avstanden mellom populasjonene øker jo sterkere det subjektive innslaget i oppfatningen av

helsen er, og jo mer sykdomsbildet dreier over mot psykiske lidelser. Her framstår innvandrere som klart mest belastet.

Helseproblemene er sterkere relatert til alder og kjønn blant innvandrere enn i befolkningen som helhet. Innvandrere med bakgrunn fra Tyrkia og Irak rapporterer mer helseproblemer enn innvandrere med bakgrunn fra Somalia og Serbia-Montenegro. Allmennhelsetjenesten benyttes flittigere av innvandrere enn av befolkningen som helhet. De fleste innvandrere er godt fornøyd med behandlingen de får i norsk helsevesen.

## Litteratur

- Blom, Svein (1998): *Levekår blant ikke-vestlige innvandrere i Norge*, Rapporter 98/16, Statistisk sentralbyrå. [http://www.ssb.no/emner/00/02/rapp\\_199816/](http://www.ssb.no/emner/00/02/rapp_199816/)
- Blom, Svein og Kristin Henriksen (red.) (2008): *Levekår blant innvandrere i Norge 2005/2006*, Rapporter 2008/5, Statistisk sentralbyrå. [http://www.ssb.no/emner/00/02/rapp\\_200805/](http://www.ssb.no/emner/00/02/rapp_200805/)
- Campbell, Angus, Philip E. Converse og Willard L. Rogers (1976): *The Quality of American Life*, Russell Sage Foundation, New York.
- Dalsgaard-Rørvik, Therese Dorothea (2007): *Samordnet levekårsundersøkelse 2006 – Tverrsnitt. Tema: Arbeidsmiljø, Dokumentasjonsrapport*, Notater 2007/47, Statistisk sentralbyrå [http://www.ssb.no/emner/06/02/notat\\_200747/notat\\_200747.pdf](http://www.ssb.no/emner/06/02/notat_200747/notat_200747.pdf)
- Dolan, Paul, Tessa Peasgood og Mathew White (2006): Review of research on the influences on personal well-being and application to policy making, Final report for Defra, 24 August 2006. <http://www.sustainable-development.gov.uk/publications/pdf/WellbeingProject3A.pdf>
- Folkehelseinstituttet (2008): Diabetes – fakta om diabetes type 2. Publisert 27.10.2003, oppdatert: 07.05.2008, 13:14 [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5799&MainArea\\_5661=5799:0:15,2394:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5799=5544:28142::1:5800:3:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5799&MainArea_5661=5799:0:15,2394:1:0:0:::0:0&MainLeft_5799=5544:28142::1:5800:3:::0:0)
- Grambo, Anne-Cathrine og Sigrid Myklebø (2008): Hvordan vil pensjonsreformen påvirke pensjoneringsatferden? Arbeids- og velferdsdirektoratet, Seksjon for statistikk og utredning, NAV-rapport 1/2008. <http://www.nav.no/page?id=1073743444>
- Gulløy, Elisabeth (2008): *Levekår blant innvandrere 2005/2006, Dokumentasjonsrapport*, Notater 2008/5, Statistisk sentralbyrå. [http://www.ssb.no/emner/00/90/notat\\_200805/notat\\_200805.pdf](http://www.ssb.no/emner/00/90/notat_200805/notat_200805.pdf)
- Hanssen, Ingrid (1996): *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*, Universitetsforlaget, Oslo
- Helsedirektoratet (2008): ”Daglig mosjon forebygger kreft”, oppslag på direktoratets nettsider. [http://www.shdir.no/portal/page?\\_pageid=134,67714&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&\\_piref134\\_67727\\_134\\_67714\\_67714.artSectionId=252&\\_piref134\\_67727\\_134\\_67714\\_67714.articleId=81789](http://www.shdir.no/portal/page?_pageid=134,67714&_dad=portal&_schema=PORTAL&_piref134_67727_134_67714_67714.artSectionId=252&_piref134_67727_134_67714_67714.articleId=81789)
- Hougen, Hanne Cecilie (2005): *Samordnet levekårsundersøkelse 2004 – tverrsnittsundersøkelse, Dokumentasjonsrapport*, Notater 2005/30, Statistisk sentralbyrå. [http://www.ssb.no/emner/00/90/notat\\_200530/notat\\_200530.pdf](http://www.ssb.no/emner/00/90/notat_200530/notat_200530.pdf)
- Hougen, Hanne Cecilie (2006): *Samordnet levekårsundersøkelse 2005 – tverrsnittsundersøkelse, Dokumentasjonsrapport*, Notater 2006/39, Statistisk sentralbyrå. [http://www.ssb.no/emner/00/90/notat\\_200639/notat\\_200639.pdf](http://www.ssb.no/emner/00/90/notat_200639/notat_200639.pdf)
- Jensen, Arne og Andreas Hedum (2007): Marginalisert ungdom og helse – dårligere helse, mer usunne levevaner, i Tor Morten Normann (red.): *Ungdoms levekår*, Statistiske analyser 93, s. 80-105, Statistisk sentralbyrå. [http://www.ssb.no/emner/00/02/sa\\_ungdoms\\_levekar/sa93/](http://www.ssb.no/emner/00/02/sa_ungdoms_levekar/sa93/)

Kale, Emine (2006): "Vi tar det vi har", Om bruk av tolk i helsevesenet i Oslo, en spørreskjemaundersøkelse, Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse, NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse 2/2006.  
[http://www.nakmi.no/opplastede\\_filer/Tolkerapp.pdf](http://www.nakmi.no/opplastede_filer/Tolkerapp.pdf)

*Lommelege*, Spørsmål- og svartjeneste på Internett om sykdom og helse, bemannet av norske leger. Popularisert helseinformasjon, <http://www.lommelegen.no/>

NAV (2008): Fastlegeordningen, oppslag på Arbeids- og velferdsetatens nettsider.  
<http://www.nav.no/page?id=361>

*Pasienthåndboka*, "Om sykdom, livsstil og helse", publikumsutgave på Internett av Norsk Elektronisk Legehåndbok, utgitt av Norsk Helseinformatikk AS.  
<http://www.pasienthandboka.no/>

Ramm, Jorun (1997): Egenvurdert helse: Vi klager ikke før vi må, *Samfunnsspeilet* 2/97, s. 14-21. <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/9702/4.html>

Sanner, Tore (2005): "Antall dødsfall som skyldes røyking går ned", Kommentar, *Tidsskrift for Den norske legeförening*, vol. 125, s. 3313.  
[http://www.tidsskriftet.no/index.php?vp\\_SEKS\\_ID=1304142](http://www.tidsskriftet.no/index.php?vp_SEKS_ID=1304142)

Skaare, Anne B., Sadaf Haque Afzal, Eero Olli og Ivar Espelid (2008): Holdninger og vaner hos innvandrerforeldre – oppfølgingsstudier etter SMÅTANN-undersøkelsen, *Den norske tannlegeforeningens Tidende*, vol. 118, s. 300-305.  
[http://www.tannlegetidende.no/pls/dntt/pa\\_dtdm.xpnd?vp\\_seks\\_id=286840&b\\_star\\_t=1](http://www.tannlegetidende.no/pls/dntt/pa_dtdm.xpnd?vp_seks_id=286840&b_star_t=1)

Socialstyrelsen (1998): *Levnadsförhållanden hos fyra invandrargrupper födda i Chile, Iran, Polen och Turkiet*, Invandras levnadsvillkor 1, Sos-rapport 1998:1, Stockholm

Socialstyrelsen (2000): Olika villkor – olika hälsa, En studie bland invandrare från Chile, Iran, Polen och Turkiet, Invandras levnadsvillkor 4, Sos-rapport 2000:3, Stockholm. <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/C57006BA-2487-438D-AA8E-32B360475A99/9327/20000303.pdf>

Sosial- og helsedirektoratet (2004): Lov om pasientrettigheter, Rundskriv IS-12/2004. Utgitt 7/2004. [http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00002/IS-12\\_2004\\_2307a.pdf](http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00002/IS-12_2004_2307a.pdf)

Sosial- og helsedirektoratet (2005): *Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer, ICD-10*, 10. revisjon, Norsk utgave 2005, Oslo <http://finnkode.kith.no/>

Strand, Bjørn Heine, Odd Steffen Dalgard, Kristian Tambs og Marit 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.

Støren, Liv Anne (1987): *Levekår blant utenlandske statsborgere 1983*, Sosiale og økonomiske studier 63, Statistisk sentralbyrå

*Wikipedia*, "Den frie encyklopedi", leksikon på Internett.  
<http://no.wikipedia.org/wiki/Hovedside>

## Tabellregister

<b>3.</b>	<b>Egenvurdert helse</b>	
3.1.	Egenvurdert helse. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn. Prosent .....	10
3.2.	Egenvurdert helse. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter alder og kjønn. Prosent .....	10
<b>4.</b>	<b>Forekomsten av navngitte sykdommer</b>	
4.1.	Sykdommer som intervjupersonen har eller har hatt. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn. Prosent .....	11
<b>5.</b>	<b>Sykdommer etter kjønn og alder</b>	
5.1.	Sykdommer som intervjupersonen har eller har hatt.† Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter kjønn. Prosent.....	16
5.2.	Sykdommer som intervjupersonen har eller har hatt.† Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter alder. Prosent.....	18
<b>6.</b>	<b>Andel med minst én sykdom og gjennomsnittlig antall sykdommer</b>	
6.1.	Andel med minst én sykdom (prosent) og gjennomsnittlig antall sykdommer. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn.† .....	19
6.2.	Andel med minst én sykdom (prosent) og gjennomsnittlig antall sykdommer. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter alder og kjønn.....	20
<b>7.</b>	<b>Registrerte sykdommer og egenvurdert helse</b>	
7.1.	Egenvurdert helse. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter antall rapporterte sykdommer og kjønn. Prosent.....	21
<b>8.</b>	<b>Sykdommens virkning på hverdagslivet</b>	
8.1.	Virkningen av helseproblemer (varig sykdom/funksjonshemming) på hverdagen. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn. Prosent .....	23
<b>9.</b>	<b>Psykosomatiske lidelser blant innvandrere og i befolkningen</b>	
9.1.	Varige eller tilbakevendende psykosomatiske plager. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn. Prosent og gjennomsnittlig antall.....	26
9.2.	Andel (prosent) med fire eller flere varige eller tilbakevendende psykosomatiske plager og gjennomsnittlig antall plager. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter alder og kjønn. <sup>1</sup> .....	26
<b>10.</b>	<b>Psykiske helseproblemer blant innvandrere og i befolkningen</b>	
10.1.	Andel som i løpet av siste 14 dager har vært svært eller ganske plaget av symptomer på angst og depresjon. <sup>1</sup> Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn. Prosent.....	29
10.2.	Andel med psykiske helseproblemer. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn. Prosent .....	29
10.3.	Andel med psykiske helseproblemer. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter alder og kjønn. Prosent.....	30
<b>11.</b>	<b>Kroppsmasse blant innvandrere og i befolkningen</b>	
11.1.	Kroppsmasseindeks (BMI) inndelt i intervaller. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn. Prosent .....	31
11.2.	Andel overvektige eller fete (BMI>=25,0). Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter alder og kjønn. Prosent.....	32
<b>12.</b>	<b>Røyking og mosjon blant innvandrere og i befolkningen</b>	
12.1.	Andel røykere, dagligrøykere og leilighetsrøykere. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn. Prosent .....	34
12.2.	Andel røykere. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter alder og kjønn. <sup>1</sup> Prosent.....	35
12.3.	Hyppigheten av mosjon. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn. Prosent .....	36
12.4.	Andel som aldri mosjonerer. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter alder og kjønn. <sup>1</sup> Prosent .....	36
<b>13.</b>	<b>Bruk av tannlegetjenester og fastlege/allmennlege</b>	
13.1.	Besøk hos tannlegen siste tolv måneder. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn. Prosent .....	37
13.2.	Andel som har vært hos tannlegen siste tolv måneder. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter alder og kjønn. Prosent.....	38
13.3.	Kjennskap til hvem fastlegen er. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn. Prosent .....	39

13.4.	Antall besøk hos fastlegen i løpet av siste tolv måneder. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn. Prosent og gjennomsnitt.....	40
13.5.	Antall besøk hos fastlegen i løpet av siste tolv måneder. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter alder og kjønn. Gjennomsnitt .....	40
13.6.	Antall besøk hos annen allmennlege i løpet av siste tolv måneder. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn. Prosent og gjennomsnitt .....	41
13.7.	Antall besøk hos annen allmennlege i løpet av siste tolv måneder. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter alder og kjønn. Gjennomsnitt .....	42
13.8.	Besøk hos legevakt/øyeblikkelig hjelp i løpet av siste tolv måneder. Antall og andel av besøk hos fastlege/annen allmennlege. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn. Prosent og gjennomsnitt .....	43
13.9.	Besøk hos legevakt/øyeblikkelig hjelp i løpet av siste tolv måneder. Antall og andel av besøk hos fastlege/allmennlege. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter alder og kjønn. Gjennomsnitt og prosent .....	43
<b>14.</b>	<b>Bruk av spesialist, sykehus, helsestasjon og naturmedisin/alternativ behandler</b>	
14.1.	Andel som har vært hos legespesialist siste tolv måneder. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn. Prosent .....	44
14.2.	Andel som har vært hos legespesialist siste tolv måneder. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter alder og kjønn. <sup>1</sup> Prosent.....	44
14.3.	Andel som i løpet av siste tolv måneder har vært innlagt på sykehus over natta. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn. Prosent .....	45
14.4.	Andel som i løpet av siste tolv måneder har vært innlagt på sykehus over natta. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter alder og kjønn. Prosent.....	45
14.5.	Andel som i løpet av siste tolv måneder har snakket med lege, sykepleier eller helsesøster på helsestasjon om egne helseplager. Innvandrere og etterkommere med barn i alder 0-10/11 år, etter landbakgrunn og kjønn. Prosent .....	46
14.6.	Andel som i løpet av siste tolv måneder har snakket med lege, sykepleier eller helsesøster på helsestasjon om egne helseplager. Befolkningen og innvandrere og etterkommere som har barn i alder 0-10/11 år, etter alder og kjønn. Prosent .....	46
14.7.	Andel som i løpet av siste tolv måneder har vært hos naturmedisiner/alternativ behandler. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn. Prosent .....	47
14.8.	Andel som i løpet av siste tolv måneder har vært hos naturmedisiner/alternativ behandler. Befolkningen og innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter alder og kjønn. Prosent .....	47
<b>15.</b>	<b>Behov for tolk under legebesøk</b>	
15.1.	Andel som har behov for tolk hos legen. Innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn og kjønn. Prosent .....	48
15.2.	Andel som har behov for tolk hos legen. Innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter alder og kjønn. <sup>1</sup> Prosent .....	49
15.3.	Hvem hjalp med oversettelse ved siste legebesøk, blant dem som hadde behov for tolk? Innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn. Prosent.....	50
15.4.	Hvem hjalp med oversettelse ved siste legebesøk, blant dem som hadde behov for tolk? Innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter alder og kjønn. Prosent.....	50
<b>16.</b>	<b>Tilfredshet med norske helsetjenester</b>	
16.1.	Tilfredshet med helsetjenestene i Norge. Innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn og år. Prosent.....	51
16.2.	Tilfredshet med helsetjenestene i Norge. Innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter kjønn, alder og år. Prosent.....	52
16.3.	Andel som mener å ha fått dårligere, samme eller bedre behandling i helsevesenet enn en norsk person ville fått. Innvandrere og etterkommere, 16-70 år, etter landbakgrunn og år. Prosent.....	53