Innvandreres helse og bruk av helse- og omsorgstjenester

Astri Syse, seniorforsker ved Klynge for migrasjonshelse,
Område for helsetjenester, Folkehelseinstituttet
Astri.syse@fhi.no

17.11.2026

FHI
Folkehelseinstituttet

Agenda

Innvandreres helse og helsetjenestebruk

- Hva vet vi om innvandreres helse?
- Hva vet vi om deres helsetjenestebruk?
  - Dekket i forrige innlegg, kun noen eksempler her
- Hva kan vi lære av å se helse og helsetjenestebruk under ett?

- Innvandrere er ikke én homogen gruppe
- Dessuten endrer de ulike gruppene seg over tid
  - Hva som skyldes at størrelsen og/eller sammensetningen av de ulike gruppene endrer seg, og hva som skyldes at helsa og/eller helsetjenestebruken endrer seg innad i gruppene, er ikke opplagt
- For å vite om tjenestene er likeverdige, er det ikke tilstrekkelig å 'telle konsultasjoner'
  - Vi må vite hvem som har behov, hvem som møter, hva slags hjelp de får, og hvilke helseutfall hjelpen fører til

FHI

Hva vet vi om innvandreres helse?

Viktige informasjonskilder

- SSBs levekårsundersøkelse blant personer med innvandrerbakgrunn
  - Den viktigste særskilte nasjonale surveykilden over tid. Gir kunnskap om blant annet selvrapportert helse, psykiske plager, funksjon, levevaner og levekår
  - Styrke: spesielt designet for innvandrerbefolkningen. Begrensning: gjennomføres relativt sjelden (omtrent hvert 10. år)
- Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024 (OFHUS)
  - Nyere survey med særskilt innsats for å inkludere innvandrerbefolkningen i en kommune med mange innvandrere – *kommer straks mer om dette*
  - Inneholder blant annet selvrapportert fysisk og psykisk helse, livskvalitet, levevaner og helsekompetanse
- Nasjonal folkehelseundersøkelse 2025
  - Ny landsdekkende undersøkelse med oversampling av flere innvandrergrupper
  - Fortsatt betydelig lavere svarprosent blant innvandrere fra Øst-Europa (15 %) og Afrika, Asia eller Latin-Amerika (13 %)
- Nasjonale helseregistre koblet mot SSB (innvandrerkjennetegn), e.g. dødelighet, kreft, hjerte-kar, fødsler, smittsomme sykdommer m.m.
  - Kan gi gode mål på en rekke helseutfall når informasjon om landbakgrunn, innvandringskategori, botid osv. påkobles
- Andre store helseundersøkelser som HUNT, Tromsø, MoBa og fylkeshelseundersøkelsene har svak representasjon av innvandrere
  - Andelen er ofte er lav, deltakelsen selektiv og antallet for lite til analyser etter landbakgrunn, botid og innvandringsgrunn
- Mindre og målrettede forskningsstudier
  - Viktige for spesifikke grupper og helseproblemer, e.g., kvantitative og kvalitative studier av psykisk helse, diabetes, vitamin D, fedme, reproduktiv helse, flyktningehelse, m.m.
  - Gir ofte mer detaljert kunnskap enn nasjonale datakilder, men representerer gjerne bestemte grupper, steder eller fødeland og kan derfor ikke uten videre generaliseres
- Nasjonale helsetjenesteregistre (KPR/NPR) hvor konsultasjonsinformasjon brukes som en indikator på helse
  - Vi vet at helsetjenestebruk henger sammen med helse – men det er ikke et 1:1 forhold mellom disse
  - Konsultasjoner og diagnoser fra NPR/KPR er mer kompliserte som mål på helse fordi de forutsetter kontakt med helsetjenesten
    - Selv om man betinger på helsetilstand, er det variasjon i terskelen for å oppsøke helsehjelp
- Folkehelserapporten: Helse og helsetjenestebruk blant personer med innvandrerbakgrunn (Indseth mfl. 2026)
- Hovedutfordring: Fragmentert og dels 'gammelt' kunnskapsgrunnlag

FHI

Take home message

- Helsetjenestebruk henger sammen med helse, men ikke i et 1:1 forhold
  - Selv ved betinging på helse, er det variasjon i terskelen for å søke helsehjelp
  - Konsultasjoner og diagnoser fra helseregistrene *forutsetter* kontakt med tjenesten
- Kunnskapsgrunnlaget er fragmentert og dels 'gammelt'
  - Få spørreundersøkelser fanger opp tidstrender, og de gjennomføres for sjeldent
  - De fleste har (alt)for få innvandrere fordelt etter landbakgrunn, botid og innvandringsgrunn til at man kan undersøke disse kjennetegnene samlet i relasjon til helse

FHI

Hva har tidligere studier vist?

Eksempler fra 2020 og fram til i dag


Tidsskriftet

ARTIKLER FAGOMRÅDER UTGAVER PODKAST PUBLISERING LEGEJOBBER SØK

VERDENS DIABETESDAG

KORT RAPPORT

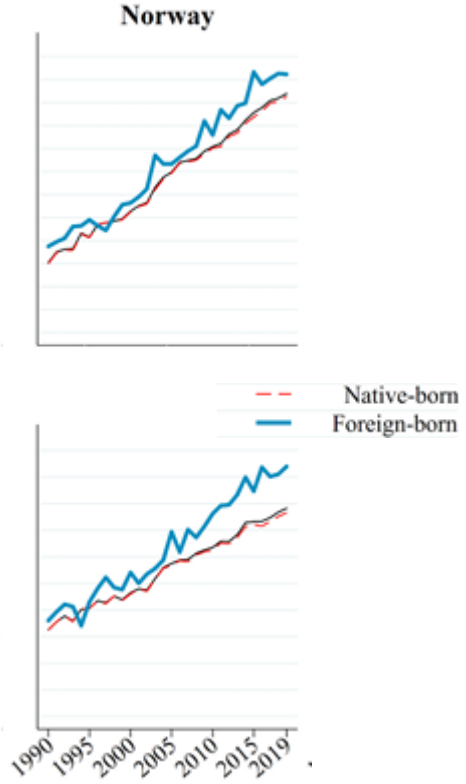
Store forskjeller i diabetes-risiko mellom innvandrer-grupper

Innvandrere fra Pakistan og Somalia hadde høyest risiko for registrert type 2-diabetes i Norge. Studien viste også at flyktninger og personer født i Afrika og Asia hadde klart høyere risiko enn norskfødte.

INVITERT KOMMENTAR

Bruker vi kunnskapen om levekår og ulikheter i helse?

- Nyere norske studier viser ikke ett entydig 'innvandrermønster'
  - *Selvrapportert helse:* betydelige kjønns- og landforskjeller; språk, arbeid og sosioøkonomiske forhold er viktige (Kjøllesdal mfl. 2023; Madar mfl. 2020)
  - *Levevaner:* stor variasjon (se oppsummering i Indseth mfl. 2026)
  - *Kreft:* lavere samlet forekomst i mange innvandrergrupper, men høyere risiko for enkelte kreftformer, særlig lever- og magekreft (Hjerkind mfl. 2020; Sarkeala mfl. 2023)
  - *Dødelighet:* innvandrere har samlet lavere dødelighet og høyere forventet levealder, men forskjellene varierer med landbakgrunn, alder og botid (Wallace mfl. 2022)
  - *Infeksjoner og vaksinasjon:* klart høyere covid-19-smitte og innleggelse i flere grupper, men varierende vaksinasjonsdekning (Labberton mfl. 2022; Kraft mfl. 2022). Lavere barnevaksinasjonsdekning (e.g., meslinger). Høyere forekomst av tuberkulose, hiv og kronisk hepatitt B
  - *Diabetes og fedme:* betydelig forhøyet risiko i enkelte grupper, særlig blant personer med bakgrunn fra deler av Asia, Afrika og Midtøsten (Qureshi mfl. 2020; Kjøllesdal mfl. 2026)



- Innvandrerbefolkningen er helsemessig svært heterogen
  - Gjennomsnittstall skjuler både klare helsefordeler og betydelige sykdomsbyrder
  - Paradoks at helsa (i snitt) angis å være dårligere blant innvandrere, samtidig som levealderen er høyere

FHI

OFHUS (i)

Folkehelseundersøkelsen i Oslo

- 45 480 personer deltok (svarprosent 28 %)
- Unge voksne, utvalgte delbydeler og ulike innvandrergrupper ble oversamplet
  - Spørreskjemaet var tilgjengelig på bokmål, nynorsk, engelsk, polsk, ukrainsk, arabisk, urdu, somali og tigrinja
- Inneholder bl a selvrapportert helse, psykiske plager, livskvalitet, funksjon, helsekompetanse, levevaner, sosial støtte, ensomhet, helsetjenestebruk, udekkede behov og barrierer
- Kan kobles mot norske helseregistre om kontakt(er), diagnoser og behandling
- Tabellen til venstre viser at øvrig befolkning stort sett rapporterer bedre helse
  - Unntak er høyt kolesterol, astma og søvnproblemer

Foreløpige resultater – må ikke gjengis

Selvrapporterte helseforhold, OFHUS 18-69 år (%)

	Øvrig befolkning N=26,345	Innvandrere N=10,855
God helse	73.2	58.9
Dårlig helse	9.5	14.8
Langvarige helseproblemer	42.2	46.2
... som påvirker hverdagen	29.5	34.9
Fysisk helse		
Hjerte/kar	1.6	2.3
Høyt blodtrykk	7.1	7.8
Høyt kolesterol	7.0	7.0
Diabetes	1.7	3.3
KOLS	0.8	1.6
Astma	5.8	4.3
Psykisk helse		
Nervøsitet/indre uro	19.1	27.2
Frykt/redsel	10.6	17.4
Håpløshet	16.6	23.4
Deprimert	13.9	19.7
Bekymret	18.3	30.8
Søvnproblemer (3+/uke)	47.1	42.8

OFHUS (ii)

Folkehelseundersøkelsen i Oslo

Foreløpige resultater – må ikke gjengis

- Skillet i helse går ikke entydig mellom innvandrere og øvrige
  - Til dels større forskjeller *mellom* ulike innvandrergrupper
- Helsa er generelt best blant nordiske, arbeids-, og utdanningsinnvandrere
- Helsa er også bedre blant de med kort enn lang botid
  - Unntak er verre psykisk helse, som også sees blant utdanningsinnvandrerne
- De med kortest botid rapporterer færre langvarige helseproblemer enn øvrige, men de rapporterer generelt dårligere psykisk helse

Selvrapporterte helseforhold etter innvandringsgrunn og botid, OFHUS 18-69 år (%)

	Øvrig befolkning N=26,345	Arbeid N=2,319	Familie N=3,158	Flukt N=2,326	Utdanning N=838	Nordiske N=495	Kort botid, <10 år N=3,969	Lang botid, 10+ år N=6,886
God helse	73.2	63.8	56.6	51.7	71.8	68.5	63.3	56.3
Dårlig helse	9.5	11.5	16.0	18.4	8.0	10.1	10.0	17.6
Langvarige helseproblemer	42.2	42.9	46.0	48.6	37.0	42.8	38.6	50.5
... som påvirker hverdagen	29.5	29.5	36.2	37.9	27.0	29.9	27.2	39.4
Fysisk helse								
Hjerte/kar	1.6	2.2	1.5	2.4	0.6	1.2	1.1	3.0
Høyt blodtrykk	7.1	8.3	6.8	7.7	4.3	9.3	5.2	9.3
Høyt kolesterol	7.0	7.6	6.0	6.8	3.5	5.7	4.4	8.5
Diabetes	1.7	1.9	3.4	3.5	1.0	1.4	1.4	4.4
KOLS	0.8	1.9	1.3	2.2	1.0	0.2	1.5	1.7
Astma	5.8	4.8	3.9	3.4	3.0	5.5	3.5	4.7
Psykisk helse								
Nervøsitet/indre uro	19.1	27.1	28.4	26.3	30.1	24.0	29.0	26.2
Frykt/redsel	10.6	16.6	18.2	18.8	21.0	12.5	18.6	16.8
Håpløshet	16.6	21.1	24.9	25.0	24.2	20.8	24.2	23.0
Deprimert	13.9	18.5	20.1	22.7	21.1	16.8	21.8	18.4
Bekymret	18.3	31.0	31.9	31.7	37.1	27.1	36.2	27.7
Søvnproblemer (3+/uke)	47.1	44.0	41.6	42.2	39.4	46.5	41.6	43.5

Foreløpige resultater – må ikke gjengis

Representativitet

Folkehelseundersøkelsen i Oslo

- God representativitet ift sosiodemografi
  - Svært lik alder og botid
  - Noe overrepresentert: fra Syria, Irak, Ukraina, Eritrea, Somalia og Pakistan, flyktninger, kvinner, flyktninger, huseiere, barnefamilier, samt de med høyere utdanning/inntekt
  - Sosiodemografisk seleksjon lik blant innvandrere og øvrige
  - Ift helsetjenestebruk (registerbasert):
    - Noe høyere bruk av *fastlege* (83 vs 72 %) og *tidstakst* (54 vs 47 %)
    - Nokså likt mønster for legevakt og tolketakst

Helsebruk 2024: Kun innvandrere

	Ikke-deltakere N=151,967	Deltakere N=10,855
Fastlege	72%	83%
Legevakt	15%	17%
Tidstakst	47%	54%
Tolketakst	6%	5%

Sosiodemografisk repr., kun innvandrere 18-69 år

	Non-participants N=151,967	Participants N=10,855
Panel A: %		
Women	48%	52%
Reason for immigration		
Labour	24%	21%
Family	31%	29%
Refugee	17%	21%
Education	7%	8%
Nordic citizen	5%	5%
Immigrated before 1990	10%	9%
Other/unknown	7%	7%
English-speaking	63%	64%
Household size		
1 person	23%	21%
2+ persons	67%	71%
Missing/unknown	10%	8%
Children in household		
0 children	57%	54%
1 child	15%	17%
2 children	13%	15%
3 or more children	5%	7%
Missing/unknown	10%	8%
Homeownership	51%	56%
Crowded housing	26%	25%
Higher education[b]	38%	50%
Employed[c]	64%	64%
Low income (EU60)[d]	26%	22%
Panel B: Means (SD)		
Age, years	42.3 (12.2)	42.5 (11.7)
Years of residence (botid)	16.2 (11.9)	16.0 (12.0)
Labour income	451,296 (501,765)	500,056 (467,978)
Eq. household income	468,915 (446,730)	506,523 (414,481)

Hvordan er helsetjenestebruken?

Innvandreres helsetjenestebruk (gjennomgått i detalj i forrige innlegg – her noen eks.)

- Registerdata om konsultasjoner og behandling er svært verdifulle, men de viser først og fremst *registrert* kontakt med tjenestene
- De fanger *ikke* personer som:
  - Har symptomer, men ikke oppsøker hjelp
  - Ønsker hjelp, men ikke kommer inn i tjenesten
  - Ikke kjenner systemet eller rettighetene sine
  - Møter språklige, økonomiske, geografiske eller digitale barrierer
  - Mottar hjelp i deler av systemet som ikke inngår i datakilden (sosialhjelp vs helserelaterte trygdeytelser, Bråthen mfl. 2025)
- Fravær av registrert helsetjenestebruk er *ikke* det samme som fravær av sykdom eller behov
- Dette er særlig viktig i migrasjonsforskning, hvor representative surveydata om helse dels er mangelfulle, samtidig som de fleste store norske helseundersøkelsene ikke har et tilstrekkelig antall eller et representativt utvalg av innvandrere

FHI

Hvordan er helsetjenestebruken?

Innvandreres fastlegebruk (gjennomgått i detalj i forrige innlegg – her noen eks.)

- Nyere norsk statistikk viser betydelig variasjon i fastlegebruk mellom innvandrergrupper, blant annet etter landbakgrunn, alder og botid
  - Gjennomgått i forrige innlegg (SSB 2026)
  - En sammenstilling av Texmon & Thonstad (2024) viser
    - Høyere bruk med økt alder og botid blant innvandrere fra Afrika/Asia (irakere høyest)
    - Lavere bruk blant innvandrere fra EU/EFTA, særlig fra nye EU-land (polakker lavest)
- Få (ingen?) fagfellevurderte registerstudier basert på data etter 2020
  - Innvandrere brukte fastlegen sjeldnere enn norskfødte, men blant dem som først oppsøkte fastlegen, var konsultasjonsraten 2–15 % høyere (Diaz mfl. 2015)
  - Blant innvandrere 50+ år, økte bruken med økt botid, og bruken var høyere blant flyktninger enn blant arbeidsinnvandrere (Diaz & Kumar 2014)
  - Studie om pasienterfaringer viser at innvandrere (særlig fra sør) rapporterte dårligere erfaringer enn øvrig befolkning, særlig når det gjaldt tilgjengelighet, koordinering og selve møtet med fastlegen (Kjøllesdal mfl. 2020)
- Behov for oppdatert nasjonal kunnskap med fokus på variasjon, og som tar hensyn til underliggende helsetilstand

FHI

Hvordan er helsetjenestebruken?

Innvandreres sykehusbruk (gjennomgått i detalj i forrige innlegg – her noen eks.)

- Innvandrere bruker *mindre* somatisk sykehusbehandling enn øvrig befolkning, også når det tas hensyn til alder og sosioøkonomiske forhold (Anthun & Magnussen 2026)
  - Rådata viser at 27 % av innvandrerne har kontakt med sykehus i løpet av ett år, mot 47 % av den øvrige befolkningen
  - Forskjellen reduseres når det tas hensyn til alder og sosioøkonomiske forhold
  - Forskjellen er størst for planlagt behandling, men også tydelig for akutt behandling
  - Forskjellen skyldes først og fremst at færre *kommer inn* i spesialisthelsetjenesten
  - Forskjellene er (noe) mindre blant dem som faktisk behandles
  - Helsekompetanse, språk, kulturelle forhold, tilgjengelighet, opplevde kostnader og tillit framsettes som mulige forklaringer, uten at årsaksforholdene kan dokumenteres

- Sykehusbruk varierer betydelig etter alder, botid og innvandringsgrunn (Starrfeldt & Hjemås 2026)
  - Flyktninger bruker mer enn arbeidsinnvandrere, men nybosatte ukrainere har relativt lav bruk (Helland mfl. 2025)
    - Bruk av psykisk helsevern er særlig lav blant nybosatte flyktninger, til tross for mange psykiske helseutfordringer
  - Covid-19 et unntak, med betydelig flere innleggelser blant enkelte innvandrergrupper (Labberton mfl. 2022)

Hvordan er helsetjenestebruken?

Innvandreres omsorgstjenestebruk (gjennomgått i detalj i forrige innlegg – her noen eks.)

- Eldre innvandrere har lavere sannsynlighet for å motta helsetjenester i hjemmet (2011-16) (Syse mfl. 2025)
  - Gjelder særlig innvandrere fra EU-Øst, samt Afrika, Asia og Europa utenfor EU, men forskjellene minsker med økt botid
  - Bare innvandrere fra Afrika/Asia/Europa utenfor EU mottok færre timer enn øvrig befolkning (-1,15 timer/uke)
- Pågående FHI-arbeid (**må ikke gjengis**) på nyere data (>2017) viser at denne forskjellen er redusert over tid
  - Økt overgang til helsetjenester i hjemmet blant eldre innvandrere i nyere tid (også justert for ulikhet i helse)
- For langtidsopphold i institusjon er trenden mer stabil – med klart lavere bruk blant innvandrere fra EU-Øst, samt Afrika/Asia/Europa utenfor EU
  - Tidlig vs sen periode (2012-16 vs 2018-22): Norskfødte (1 vs 1,5 %); Afrika/Asia/Europa utenfor EU (0,4 %); EU-Øst (0,5 %)
- Resultatene er i tråd med tidligere/andres forskning
  - Mindre bruk blant eldre innvandrere, selv om de i snitt har dårligere helse og flere kroniske sykdommer (Hestevik & Jacobsen 2022; SSB 2022; 2025)
  - Institusjonsbruk lite kartlagt, men funn tyder på sterke forventninger om familieomsorg (Shrestha mfl. 2024)
- Oppsummert: Lavere bruk kan ikke uten videre tolkes som lavere behov. Den kan skyldes bedre helse eller familieomsorg, men også informasjons-, språk- og tilgangsbarrierer eller manglende tilpasning av tjenestene
- Norsk eldreomsorg vil møte en langt mer mangfoldig befolkning framover (Barstad & Hammersland 2025; Syse & Tønnessen 2022)

FHI

Hva kan vi lære av å se helse og helsetjenestebruk under ett?

Helse og helsetjenestebruk sett i sammenheng

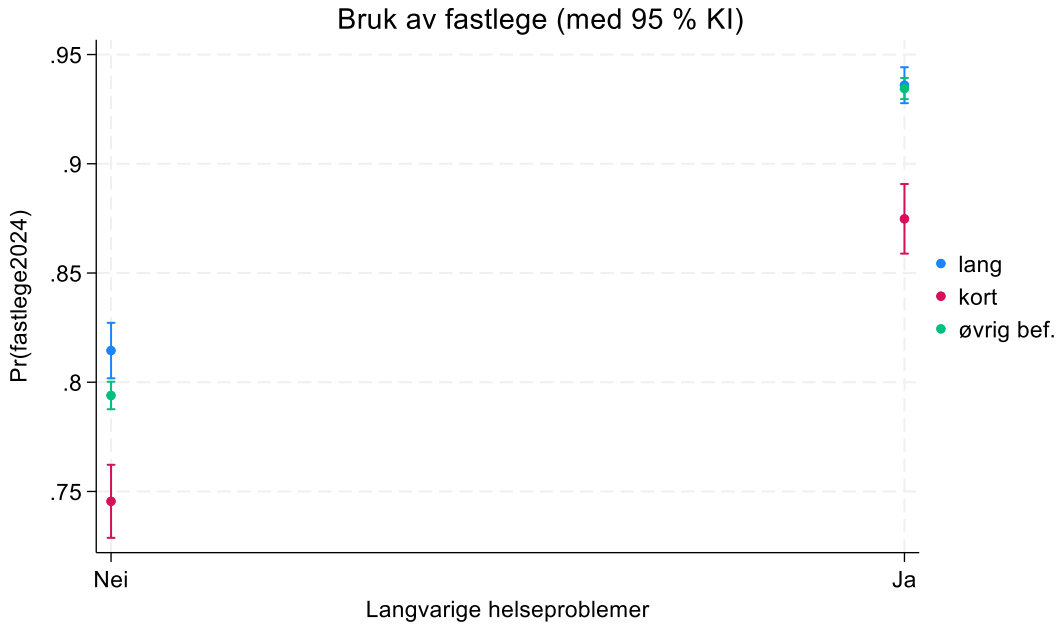
- Det stilles *alltid* spørsmål ved om ulikhet i helsetjenestebruk kan forklares av underliggende forskjeller i helse
- Husk: likeverdige tjenester innebærer ikke nødvendigvis at alle grupper skal bruke de ulike tjenestene *like mye*
  - Lavere bruk kan være rimelig dersom en gruppe har bedre helse
  - Den samme lave bruken er bekymringsfull om gruppen har dårligere helse eller rapporterer om ulike barrierer (Debesay mfl. 2019)
  - Høy bruk kan skyldes større behov, forsinket behandling, dårlig kontinuitet eller at problemer ikke er håndtert tidligere (Kullamaa & Reile 2023)
- Først når vi ser helse, helsetjenestebruk og utfall i sammenheng, kan vi skille mellom forskjeller i bruk som gjenspeiler forskjeller i behov, og forskjeller som uttrykker barrierer eller svikt i tjenestene
  - En nyere europeisk studie fremhever accessibility, acceptability, quality og trust som fire viktige forutsetninger for migrasjonssensitive og likeverdige tjenester (Savas mfl. 2024)
- Norske studier undersøker i stor grad hvorvidt innvandrere bruker helsetjenestene mer eller mindre
  - Et viktigere spørsmål er om bruken er rimelig ift helsebehovet, og om ulike innvandrergrupper får tjenester av god kvalitet og med samme utbytte som andre (Andersen 1995)
- Norske data tyder på at innvandrere bruker fastlege og spesialisthelsetjenester noe mindre enn øvrige i snitt
- Men: mønsteret varierer betydelig mellom *ulike grupper* av innvandrere
- Gjennomsnittstall kan skjule både:
  - *Personer som aldri bruker tjenestene og personer som bruker tjenestene ofte og* mye
  - Store forskjeller etter innvandringsgrunn, botid, landbakgrunn, kjønn og alder
  - Viktig med fokus ikke bare på *gjennomsnittlig* bruk – men også på *variasjonen* i bruk

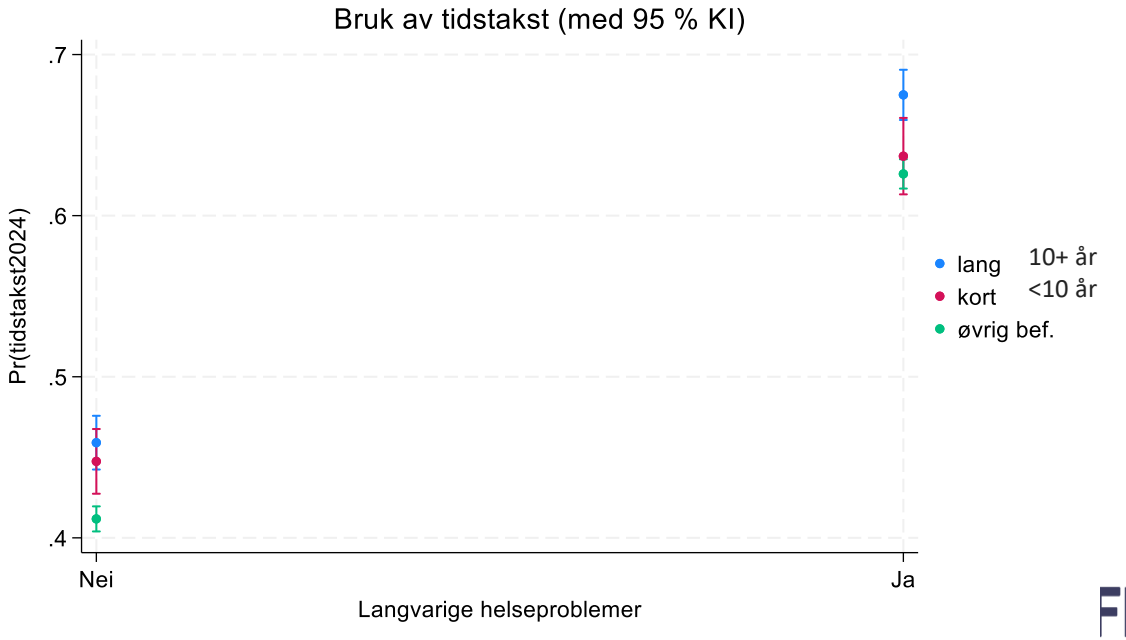
FHI

Kvalitet og utfall – viktigere enn kontakt?

Fordeler ved kobling av survey- og registerdata

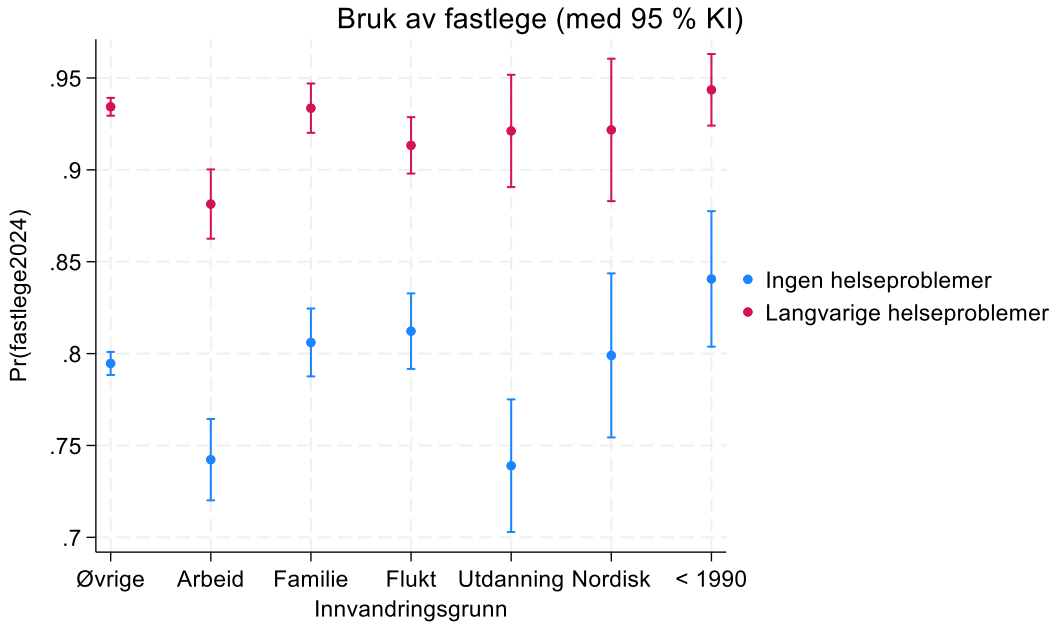
- Likeverdige tjenester handler ikke bare om å komme inn døren, men om hva som skjer etterpå
- Figurene viser fastlegebruk (venstre) og tidstakst (høyre) etter botid for folk med og uten langvarige helseproblemer
  - Fastlegebruken er lavest for de uten helseproblemer, og i begge gruppene er den lavest for de med kort botid (i rødt)
  - Det samme overordnete mønsteret ser vi for tidstakstbruk, men den er lavest for øvrige (i grønt) blant de uten helseproblemer. For de med helseproblemer, er det små forskjeller

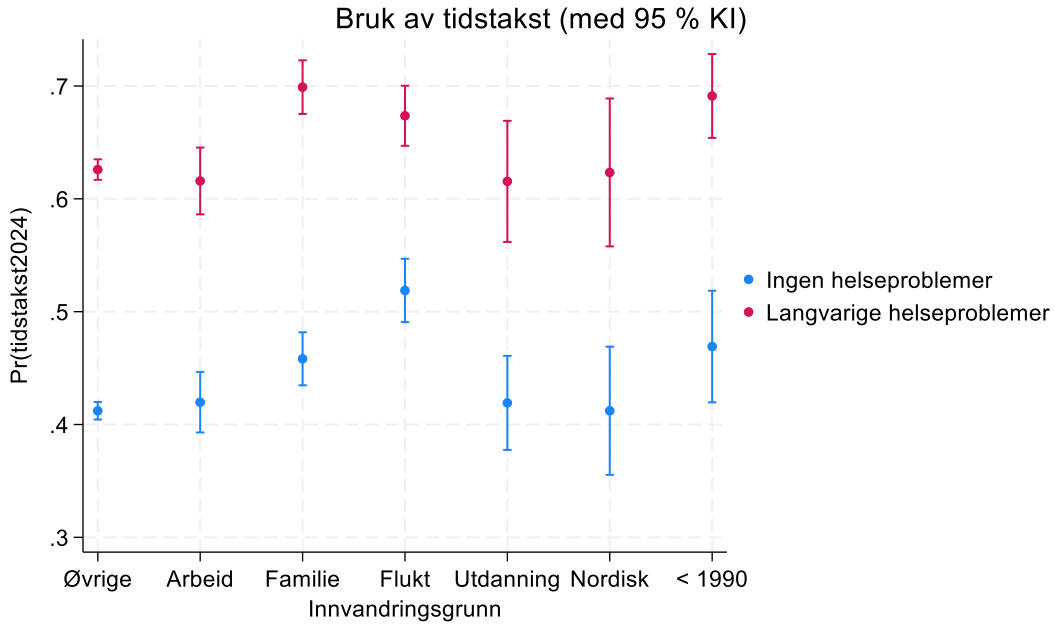




Helse og helsetjenestebruk etter innvandringsgrunn

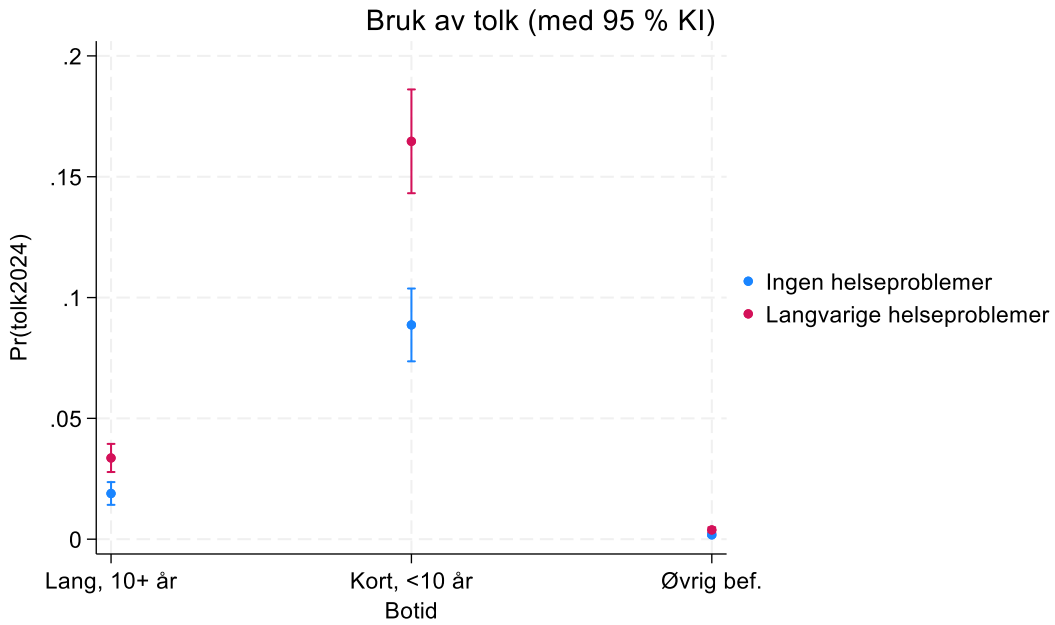
- Figurene viser fastlegebruk (venstre) og tidstakst (høyre) for folk med og uten langvarige helseproblemer
  - All bruk er lavest for de uten helseproblemer (i blått)
  - For fastlegebruk er forskjellene etter helse størst for øvrige, arbeids- og utdanningsinnvandrere, og mindre for flyktninger og de som kom før 1990
  - For tidstakstbruk ser vi det samme overordnete mønsteret

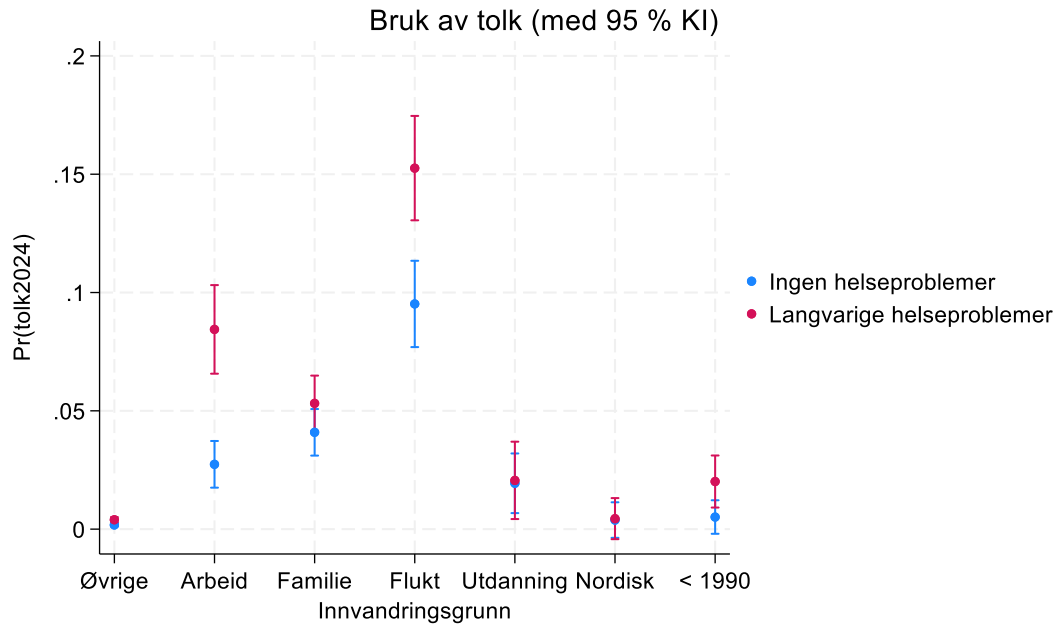




Tolkebruk etter botid og innvandringsgrunn

- Figurene viser tolkebruk for folk med og uten langvarige helseproblemer etter botid og innvandringsgrunn
  - Bruken er klart høyest for innvandrere med kort botid, og også høyere for de med helseproblemer enn de uten
  - Når det gjelder innvandringsgrunn, ser vi den høyeste bruken blant flyktninger (med og uten helseproblemer) samt arbeidsinnvandrere med helseproblemer
  - For familieinnvandrere spiller ikke underliggende helse noen rolle for tolkebruk
  - Svært lav tolkebruk for de med lang botid, samt utdanningsinnvandrere, nordiske innvandrere og de som kom før 1990



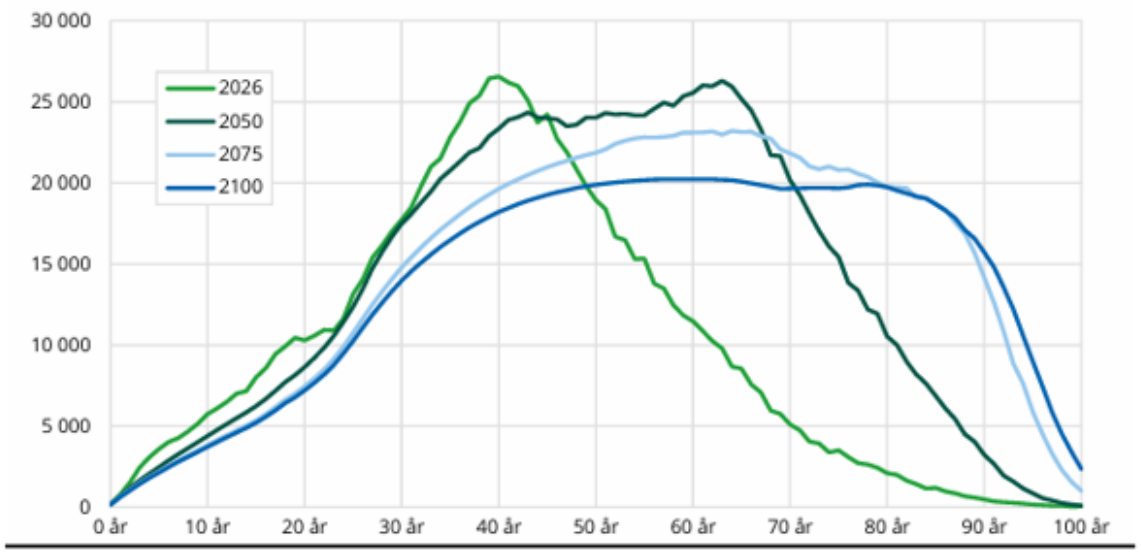


Hva står på spill?

om vi ikke øker kunnskapsgrunnlaget om samspillet mellom helse og helsetjenestebruk (og variasjoner i denne)

- Demografiske endringer:
  - Aldring og en relativ reduksjon av arbeidsstyrken
  - Langt flere innvandrere – særlig fra Afrika og Asia
  - Langt eldre innvandrere
    - Alder betyr mye både for helse og helsetjenestebruk
- Risiko for:
  - Uoppdagede helseproblemer
  - Underforbruk av nødvendige tjenester
  - Overforbruk av mer akutte tjenester
- Mulige konsekvenser:
  - Økte helseforskjeller
  - Ineffektiv ressursbruk
  - Press på pårørende og uformell omsorg
  - Lavere arbeidstilbud?

Figur 1.15 **Innvandrere i Norge etter alder, registrerte tall 2026 og fremskrevne tall for 2050, 2075 og 2100, hovedalternativet (MMM)**



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Oppsummering og veien videre

Innvandreres helse og helsetjenestebruk

- ‘Take home messages’
  - Helse og helsetjenestebruk blant innvandrere varierer
    - Innvandringsgrunn (e.g., forskjell på de som kommer for arbeid/utdanning vs flukt) samt botid er viktige kjennetegn, og der det er mulig bør man se landbakgrunn, innvandringsgrunn og botid *i sammenheng*
  - Helsetjenestebruk kan ikke tolkes uten kunnskap om helsebehov, og helseforskjeller kan ikke forstås fullt ut uten å undersøke om tjenestene forebygger, avdekker og behandler sykdom på en likeverdig måte
  - Både antallet og andelen innvandrere vil øke – samtidig som innvandrerne i Norge vil ‘eldes’
    - Alder betyr svært mye både for helse og helsetjenestebruk
- Framover trenger vi mer kunnskap om
  - Helse og levevaner i ulike innvandrergrupper (stort nok materiale som muliggjør detaljerte inndelinger)
  - Helse og helsetjenestebruk sett i sammenheng
  - Hva endringer i størrelser og sammensetninger av ulike innvandrergrupper over tid betyr for
    - Tolkningen av kunnskapsgrunnlaget som allerede foreligger
    - Hva som kan forventes i årene som kommer

FHI

Spørsmål?
Takk for meg!



Spørsmål og/eller forslag tas svært gjerne imot på epost: astri.syse@fhi.no

For mer informasjon, se også Migrasjonshelse - FHI

Innvandrere vs andre

Representativitet i Folkehelseundersøkelsen i Oslo

Representativitet: Alle 18-69 år

	Ikke-deltakere N=473,011	Deltakere N=37,200
Øvrig befolkning	62.2%	67.4%
Innvandrer	32.1%	29.2%
Norskfødt med to innvandrerforeldre	5.7%	3.4%

Foreløpige resultater – må ikke gjengis

FHI