

FAGUTVIKLING

## Hva vet vi om innvandreres helse?

**Hver femte nordmann har innvandrerbakgrunn. Likevel mangler vi kunnskap om en rekke innvandrergrupper.**

[Ragnhild Storstein Spilker](#)

Leder

NSFs faggruppe for migrasjonshelse og flerkulturell sykepleie

[Migrasjonshelse](#)

[innvandrere](#)

[Forskning](#)

[Helsefremming](#)

Sykepleien 2024;112(94390):e-94390

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2024.94390](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2024.94390)

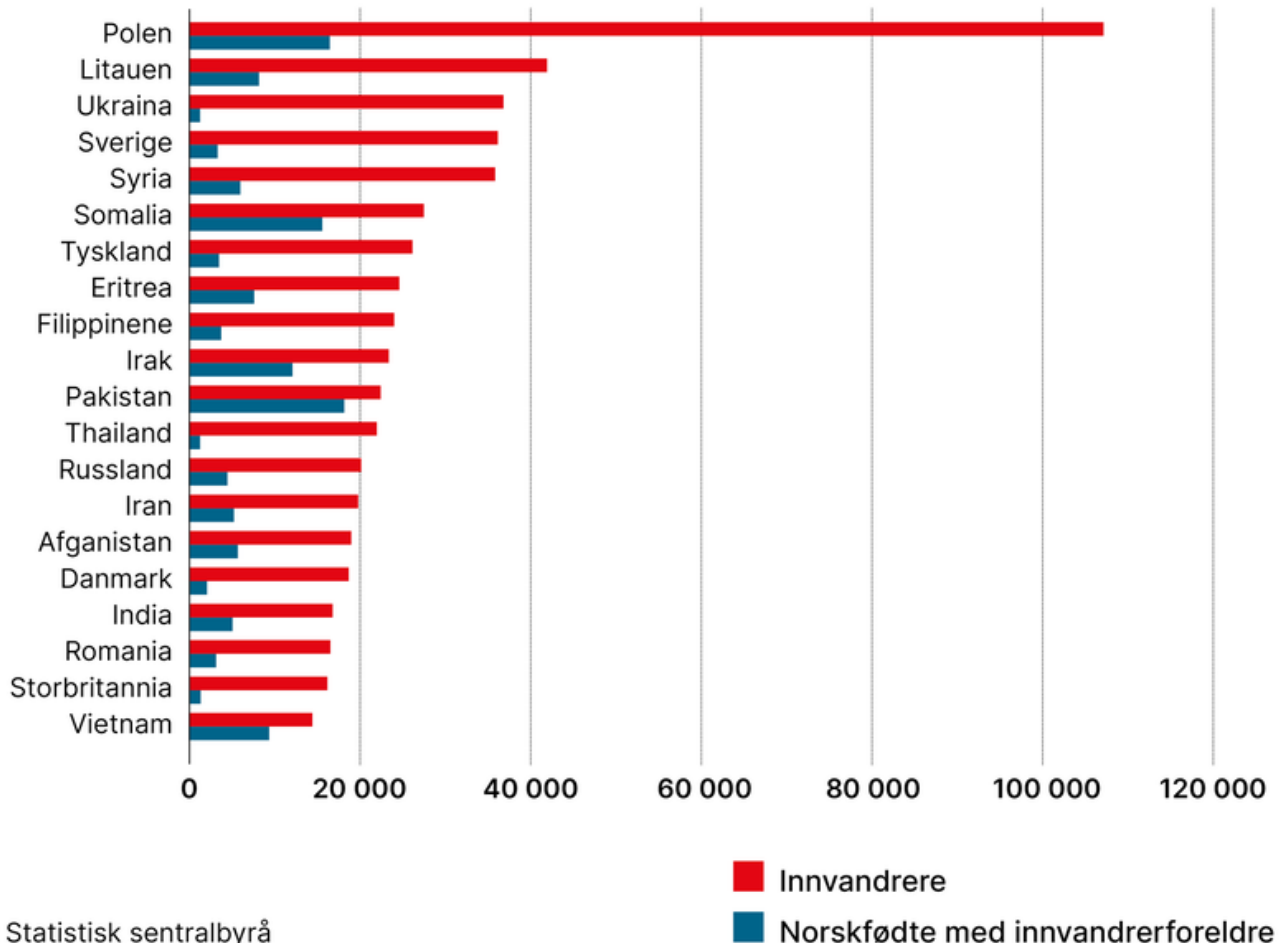
### Hovedbudskap

Selv om personer med innvandrerbakgrunn er en sammensatt gruppe, er det viktig å ha kunnskap om deres levekår, helsetilstand, helseutfordringer og bruk av helsetjenester. På den måten kan vi som sykepleiere og helsepersonell yte gode og likeverdige helsetjenester og redusere helseforskjeller gjennom helsefremmende og forebyggende tiltak.

I dag er det godt over 1 million personer med innvandrerbakgrunn i Norge. De utgjør 20 prosent av befolkningen i landet vårt. Gruppen er mangfoldig, og menneskene har bakgrunn fra over 200 ulike land og regioner. De har kommet til Norge av forskjellige årsaker, som flukt, arbeid, familiegjenforening eller utdanning. Mange har bodd her relativt kort tid (1).

Vi bruker i hovedsak betegnelsene «innvandrere», «norskfødte med innvandrerforeldre» og «den øvrige befolkningen». Det er slik Statistisk sentralbyrå (SSB) definerer og bruker begrepene i sin offisielle statistikk (2). Personer med innvandrerbakgrunn brukes som en samlebetegnelse for innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre. Figur 1 viser landbakgrunnen til de 20 største gruppene av innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre.

**Figur 1.** Landbakgrunn for innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre



Denne artikkelen inneholder oppdatert kunnskap om helse, sykdom og viktige folkehelseutfordringer blant personer med innvandrerbakgrunn i Norge. Artikkelen er i all hovedsak basert på kapittelet *Helse blant personer med innvandrerbakgrunn* i Folkehelse rapporten fra Folkehelseinstituttet (3).

### Hva kommer du fra, og hva kommer du til?

Hvordan migrasjonsprosesser og det å ha migrant- eller innvandrerbakgrunn påvirker både helsetilstand og sykdomsforekomst, og også tilgangen til og kvaliteten på helsetjenester, utgjør hovedkomponentene i fagfeltet migrasjon og helse (4). Det innbefatter også årsakene til migrasjon, om den er tvungen eller frivillig, om det er på grunn av flukt fra krig og konflikt eller klimaendringer, for å finne arbeid eller ta utdanning – eller for å gjenforenes med familie.

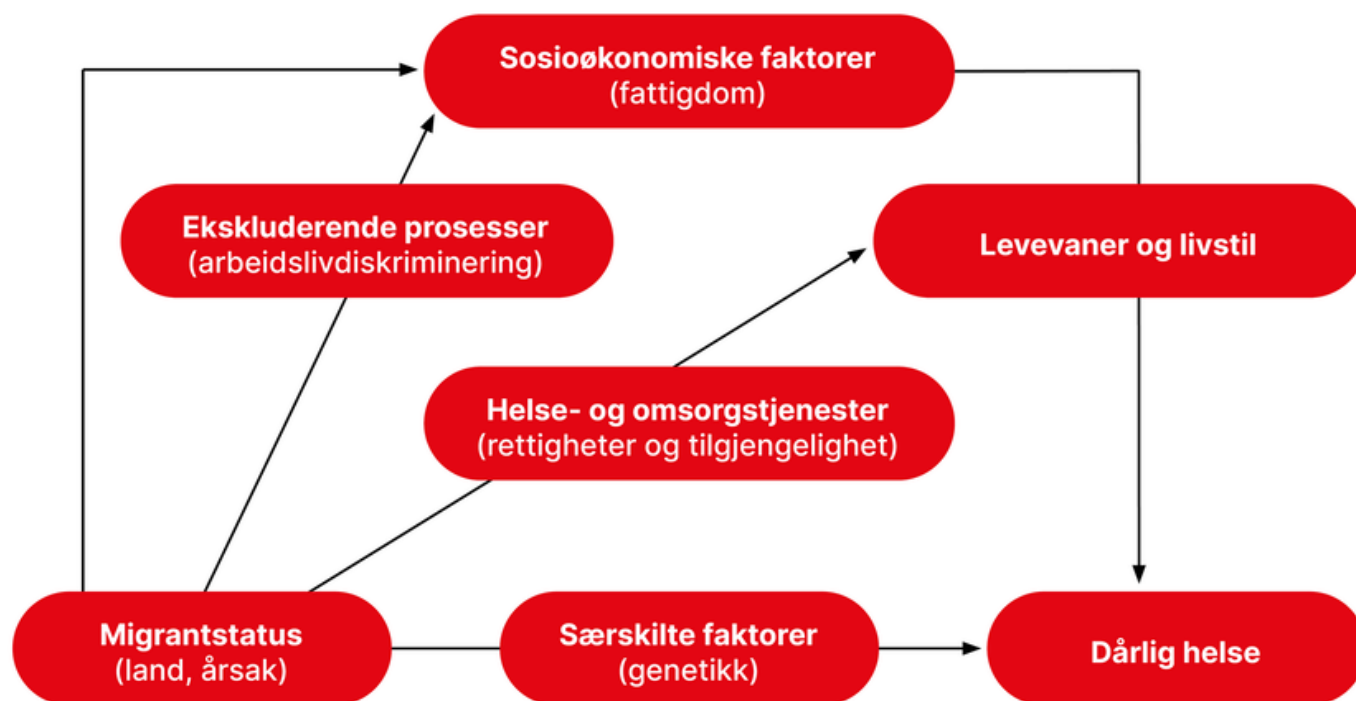
Det handler både om hva du kommer fra, altså det vi kaller premigrasjonsfaktorer, men også selve «reisen», hva du kommer til og hvordan det går i det nye landet. Det siste kaller vi postmigrasjonsfaktorer. Tilpasningen eller akkulturasjonen til det nye livet i et nytt samfunn med et annet språk og en annen kultur påvirkes av mange ulike faktorer, både strukturelle, sosiale, kulturelle og individuelle, som igjen påvirker levekår og helse (5–7).

### «Migrasjon er en krevende prosess.»

Personer med innvandrerbakgrunn i Norge er som nevnt en svært sammensatt gruppe. De består av over 1 million unike individer som har kommet til Norge av ulike årsaker fra land i hele verden. Det vi imidlertid ser i undersøkelser, er at de fleste innvandrere er yngre og friskere enn den øvrige befolkningen når de kommer til Norge.

Man ser tilsvarende i andre land. Fenomenet er blitt kalt *the healthy migrant effect*. Det forklares med at migrasjon er en krevende prosess, og at det som regel er unge og friske mennesker som migrerer. Imidlertid ser man at innvandrere med økende botid får dårligere helse enn den øvrige befolkningen. Det forklares gjennom hypotesen om *the exhausted migrant*. Hypotesen viser til den samlede effekten ulike faktorer før, under og etter migrasjonen har på helsen (se figur 2) (8).

**Figur 2.** Migrasjon og helse



Kilde: Kumar BN, Diaz E (8)

### Kunnskapsgrunnlaget er begrenset

Det vi vet om helsetilstand, forekomst av sykdom og bruk av helsetjenester blant personer med innvandrerbakgrunn, er basert på data fra enkelte helseundersøkelser, analyser av nasjonale registerdata og kvalitative studier (9). Det er begrenset hva det finnes kunnskap om.

Registerdata innbefatter individene som til enhver tid er registrert bosatt i Norge. Dermed ekskluderes papirløse migranter og arbeidsinnvandrere som har bodd her i mindre enn seks måneder. Asylsøkere er vanskelig å identifisere i registerdata. For eksempel har vi ikke kunnskap om eller oversikt over deres bruk av helsetjenester eller legemidler.

Mye av den generelle kunnskapen vi har om innvandrere og helse, er basert på SSBs levekårsundersøkelser blant innvandrere. Den siste ble gjennomført i 2016 og innbefattet 12 innvandrergrupper (10). Da ble det også for første gang gjennomført en levekårsundersøkelse blant norskfødte med innvandrerforeldre med familiebakgrunn fra fire landgrupper (11).

### «Innenfor mange helseområder samles det ikke inn data systematisk og regelmessig.»

Mindre studier er ofte rettet mot en eller noen få innvandrergrupper. Mange av disse studiene har konsentrert seg om noen større innvandrergrupper med lengre botid, som for eksempel somaliere og pakistanere. Arbeidsinnvandrere og familiegjennforente er grupper det er mindre kunnskap om. Generelle helseundersøkelser og spørreundersøkelser er som regel ikke tilrettelagt for innvandrere når det gjelder språk, innhold og rekruttering. Svarprosenten blir dermed lav (3).

Vi mangler derfor kunnskap om en rekke innvandrergrupper. Innenfor mange helseområder samles det ikke inn data systematisk og regelmessig. En del av den kunnskapen som finnes, baserer seg også på studier fra lang tid tilbake.

### Innvandrere har dårligere levekår

Innvandrere har samlet sett dårligere levekår enn befolkningen for øvrig, viser dataene i levekårsundersøkelsen blant innvandrere (10). Det gjelder levekårsfaktorer som økonomi, sysselsetting, arbeidsforhold, boligstandard, sosial kontakt og helse.

Inntektsstatistikk fra Statistisk sentralbyrå viser at innvandrere i Norge har et lavere inntektsnivå enn befolkningen som helhet. Innvandrere har også oftere en inntekt som er definert som lavinntekt. Det er imidlertid store forskjeller når det gjelder innvandrere og levekår.

Noen innvandrergupper har levekår på nivå med befolkningen generelt, har høy grad av sysselsetting, eier bolig med god standard og har god helse. Innvandrere fra andre land er dårligere stilt og har lav sysselsetting, dårlig boligstandard og dårligere helse. Andre igjen skårer bra på noen levekårsområder og dårligere på andre (12).

### **Mange har tungt og repeterende arbeid**

Tilknytning til arbeidslivet gir ikke bare inntekt, men også frihet og trygghet, noe som er viktig i et helseperspektiv. Jobben er for mange også en arena der informasjon deles, hvor man knytter sosiale bånd og opplever anerkjennelse og støtte.

68,9 prosent av alle innvandrere i alderen 20–66 år er sysselsatt, mot 79,8 prosent i den øvrige befolkningen (13). Det er imidlertid store forskjeller mellom ulike innvandrergupper. Flyktninger og familiegjenforente til flyktninger har generelt sett lavere arbeidsdeltakelse enn arbeidsinnvandrere.

Det er ulike årsaker til at innvandrere ikke er i arbeid, som for eksempel manglende godkjenning av utdanning, overkvalifikasjoner, diskriminering, språkbarrierer og omsorgsforpliktelser i familien. Kjønnforskjellene innenfor sysselsetting er større blant innvandrere enn i befolkningen ellers (14). Innvandrere arbeider i større grad i salg- og serviceyrker og som renholds- og helsefagarbeidere.

### **«I tillegg kommer en mer usikker tilknytning til arbeidslivet.»**

Mange innvandrere har arbeid hvor de er utsatt for et helseskadelig arbeidsmiljø i form av støy og støv, fysisk tungt og repeterende arbeid, arbeid alene og med liten påvirkning på egen arbeidsdag. I tillegg kommer en mer usikker tilknytning til arbeidslivet fordi deltid, kortere engasjementer og midlertidige kontrakter er mer utbredt.

Innvandrere føler seg oftere fysisk og psykisk utmattet etter jobb. Det er nesten dobbelt så mange innvandrere som har hatt jobbrelatert sykefravær på minst 14 dager det siste året, enn i befolkningen ellers. Hele fire ganger så mange har vært utsatt for en arbeidsulykke de siste 12 månedene (10, 16, 17).

### **Innvandrere er mindre fysisk aktive**

Det er igjen viktig å huske på at personer med innvandrerbakgrunn utgjør en sammensatt gruppe. Når det gjelder levevaner, er det mye vi ikke vet. Mesteparten av kunnskapen vi har, er fra SSBs levekårsundersøkelse og andre kartlegginger som ligger tilbake i tid.

Innvandrere er generelt mindre fysisk aktive enn befolkningen for øvrig. Når det gjelder kosthold, så vet vi lite, men det er kjent både fra norsk forskning og internasjonalt at kostholdet endres i en mer usunn retning for mange innvandrere ved migrasjon. Det innebærer et større inntak av sukker og mettet fett (3, 10, 18).

Fedme er mer utbredt i noen innvandrergrupper. Nylig publisert forskning fra Folkehelseinstituttet viser at barn med innvandrerbakgrunn har høyere forekomst av overvekt og fedme enn andre barn (18, 19).

Bruken av alkohol er lavere blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig, spesielt blant kvinner. Bruken varierer mye mellom ulike grupper og er svært lav i noen grupper. Andelen som røyker, er imidlertid ganske høy i noen innvandrergrupper, særlig blant menn, mens i noen innvandrergrupper er det svært få kvinner som røyker (10, 18).

### **Diabetes er utbredt i noen grupper**

Levekårsundersøkelsen blant innvandrere fra 2016 viser at innvandrere som rapporterer om kronisk sykdom, er omtrent den samme som i befolkningen ellers, men variasjonen mellom ulike innvandrergrupper er stor. Forekomsten av diabetes type 2 er for eksempel veldig mye større i noen grupper enn i befolkningen ellers. De får sykdommen i yngre alder og har hyppigere komplikasjoner (20). Variasjonene er også store når det gjelder risiko for og forekomst av hjerte- og karsykdom. Det avhenger av opprinnelsesland, botid og endring i levevaner og livsstil (21–23).

Når det gjelder kreft, så har innvandrere generelt sett lavere risiko, men enkelte kreftformer ses hyppigere i noen grupper. Det forventes at antallet kreftpasienter blant innvandrere vil øke fordi innvandrere som gruppe i dag er forholdsvis ung, og kreftrisikoen øker med alderen (24–25).

Det finnes ikke data som viser forekomsten av kols blant innvandrere, men det er grunn til å anta at den vil øke i noen innvandrergrupper i årene fremover. Bakgrunnen er en økende andel eldre innvandrere, og at røyking er betydelig mer utbredt i noen grupper (3).

Muskel- og skjelettplager er mer utbredt blant innvandrere. Det bør ses i sammenheng med at mange innvandrere jobber i yrker med tungt og repeterende arbeid. En annen viktig faktor er at noen grupper er mindre fysisk aktive og har større innslag av overvekt og fedme (10, 18).

## Nettverk og støtte i lokalsamfunnet er positivt

Vi kjenner ikke forekomsten av demens blant innvandrere i Norge. Studier fra andre land har funnet en høyere forekomst av demens i noen etniske grupper, mens registerstudier i Norge og andre land har vist at færre innvandrere blir diagnostisert med demens. Det betyr ikke nødvendigvis at det er færre innvandrere som har demens, men det kan ha sammenheng med tilgangen til og kvaliteten på helsetjenester (26–27).

Selv om innvandrere som gruppe er yngre enn befolkningen ellers, blir det stadig flere eldre innvandrere. I dag utgjør eldre innvandrere sju prosent av alle seniorer over 60 år, men i 2060 vil de utgjøre 24 prosent av alle over 60 år. Eldre innvandrere kan oppleve ekstra belastninger som påvirker helsen. Det knytter seg til en marginalisert posisjon og lav sosioøkonomisk status.

Data fra levekårsundersøkelsen blant innvandrere viser at det er betydelig færre eldre innvandrere, både kvinner og menn, som vurderer egen helse som god eller svært god. Flere har kroniske sykdommer, nedsatt funksjonsevne og symptomer på psykiske problemer enn i befolkningen generelt (10, 18). Nettverk, støtte i lokalsamfunnet og omsorg fra familie kan minske de negative sidene ved dårlig helse (26, 28).

## Psykiske plager øker med alderen

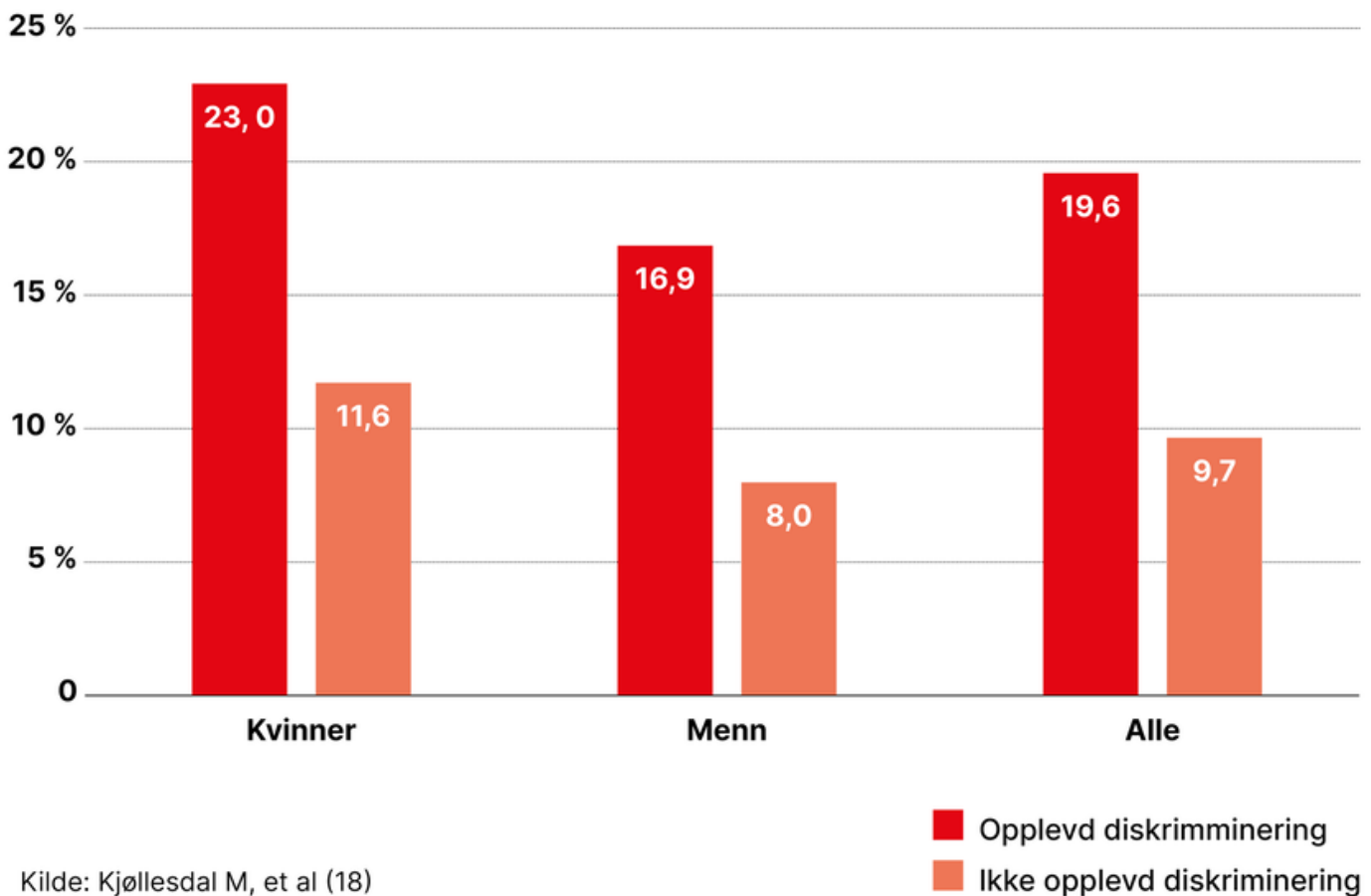
Stressende livshendelser før migrasjon, for eksempel å oppleve krig, komme bort fra eller miste familiemedlemmer, bli fengslet og utsatt for tortur, øker risikoen for depresjon og posttraumatiske stressplager (29–30). Ulike belastninger etter migrasjon er også viktig for å forstå psykiske plager blant voksne og barn med flyktningbakgrunn og enslige mindreårige flyktninger. Det knytter seg for eksempel til asylsøknadsprosessen, bosetting og tilpasning i tiden etterpå (31–35).

Enslige mindreårige flyktninger er en spesielt utsatt gruppe når det gjelder angst, depresjon og posttraumatisk stress (32, 36, 37.) Dårlige levekår påvirker også psykisk helse (38). Levekårsundersøkelsen blant innvandrere viser at psykiske helseplager øker med alderen hos innvandrere, i motsetning til befolkningen for øvrig.

Psykiske plager er vanligere blant kvinner enn blant menn, og innvandrere med lavere utdanning og lavere inntekt er mest utsatt. Det er imidlertid store forskjeller mellom ulike innvandrergupper i andelen som rapporterer om psykiske plager (18).

Foruten lav sosioøkonomisk status øker språkbarrierer, rasisme og diskriminering og andre negative livshendelser risikoen for psykiske plager. Tilliten til andre og tilhørigheten til både Norge og opprinnelseslandet er beskyttende faktorer (3–41). Figur 3 viser andelen med psykiske plager blant dem som hadde og ikke hadde opplevd diskriminering, etter kjønn.

**Figur 3. Psykiske plager og diskriminering**



Vi vet ikke om psykiske helseplager er vanligere blant barn og unge med innvandrerbakgrunn enn i befolkningen ellers. Forskjellige studier gir noe ulike resultater (39, 42–44). Vi vet imidlertid at økonomiske problemer i familien, problemer på skolen, opplevd rasisme og diskriminering og traumatiske opplevelser gir økt risiko. God støtte fra foreldre, sosialt nettverk og tilhørighet til både norsk og opprinnelig kultur er helsefremmende og viktig for god psykisk helse (44–46).

### Språkbarrierer kan få store følger

Både norsk og internasjonal forskning viser at personer med innvandrerbakgrunn kan oppleve barrierer i tilgangen til helsetjenester. Mange innvandrere mangler kunnskap om helsetjenestene som finnes, og hvordan de kan benytte seg av dem. Informasjon om hvordan helse- og omsorgstjenestene er organisert, er sjelden tilgjengelig på andre språk enn norsk og engelsk (47).

Språkbarrierer og andre kommunikasjonsproblemer som oppstår mellom pasienter og helsepersonell, kan få alvorlige følger. Eksempler er at alvorlig sykdom ikke oppdages, rett diagnose ikke blir stilt, feilbehandling og komplikasjoner som medfører økt liggetid og reinnleggelse i sykehus. Det kan føre til at pasienter får dårligere forståelse for egen sykdom og nødvendig egenbehandling og oppfølging. Kvalifisert tolk blir ikke brukt nok i helsetjenestene, og helsepersonell mangler kunnskap om bruken av tolk (48–55).

Individens helsekompetanse og ulike oppfatninger om helse, tegn på sykdom og når man bør oppsøke helsehjelp, har også betydning for diagnostisering og behandling (56). Stigma knyttet til psykiske helseplager kan hindre noen i å oppsøke helsetjenestene (57–58). Det kan føre til at de heller oppsøker hjelp hos religiøse ledere eller healere (59), helsetjenester i opprinnelseslandet (60) eller søker støtte fra venner og familie (58).

Opplevelser av diskriminering og rasisme i helsetjenestene, følelsen av at symptomene ikke blir tatt på alvor, og at man får en dårligere behandling på grunn av at man er innvandrer, kan føre til mangel på tillit og gjøre tjenestene mindre attraktive (61–62). Opplevelsene som pasienter med innvandrerbakgrunn har av og med helsetjenestene, er i liten grad undersøkt i forskningen. Vi mangler også kunnskap fra registerdata om variasjonen i behandlingskvalitet mellom ulike grupper i befolkningen.

## Hva er sykepleiernes rolle?

Mange av faktorene som påvirker helsen til personer med innvandrerbakgrunn, ligger utenfor det helsetjenestene kan påvirke. Det er likevel en del helsetjenestene og vi som sykepleiere kan gjøre for å utjevne helseforskjeller og fremme helse. Vi kan bidra til å bygge ned organisatoriske, økonomiske, språklige og kulturelle barrierer, slik at helsetjenestene vi yter, er av god kvalitet, og at alle har like muligheter til å oppsøke, motta og nyttiggjøre seg den helsehjelpen som finnes.

Helsetjenestene og helsepersonell har et ansvar for å behandle alle mennesker med respekt og verdighet og gi best mulig behandling og omsorg. Sykepleiere og annet helsepersonell trenger kunnskap om hvordan migrasjon påvirker helse og levekår, og hva som er vanlige helseutfordringer blant personer med innvandrerbakgrunn.

### «Sykepleiere kan spille en viktig rolle i å fremme helse og forebygge sykdom.»

Vi må være bevisst på at holdninger, fordommer og stereotype oppfatninger av innvandrere og minoriteter kan komme i veien for god behandling og omsorg, og vi må være klar over de ulike barrierene som kan hindre likeverdige helsetjenester.

Selv om det er mye det mangler kunnskap om når det gjelder innvandrere og helse, vet vi også en hel del. For eksempel er det bekymringsfullt at det i noen innvandrergrupper er høy forekomst av diabetes type 2, og at inaktivitet, overvekt og fedme er mer utbredt.

Sykepleiere kan spille en viktig rolle i å fremme helse og forebygge sykdom. Det kan vi gjøre gjennom å øke vår egen kunnskap og møte hver pasient og familie med respekt og tillit. Vi må legge til rette for god kommunikasjon gjennom bruk av tolk og andre virkemidler, og vi må bidra til pasientens og familiens helsekompetanse og evne til mestring. Flerkulturell og flerspråklig kompetanse hos kolleger og samarbeid med frivillige ressurspersoner og organisasjoner er viktig i dette arbeidet.

## Konklusjon

Det trengs en satsing på likeverdige helsetjenester, migrasjonshelse, antidiskriminering og antirasisme i helsetjenestene. Det er fremdeles i dag for mange organisatoriske, økonomiske, språklige og kulturelle barrierer som gjør at grupper i befolkningen ikke har den samme tilgangen eller mottar tjenester av like god kvalitet som andre i samfunnet.

Det krever langsiktig, strategisk arbeid både gjennom kompetanseheving av sykepleiere og annet helsepersonell – og kvalitets- og forbedringsarbeid i helsetjenestene. Det skjer ikke av seg selv, og det bør gis som oppdrag til helsetjenestene gjennom en ny nasjonal strategi og handlingsplan for migrasjonshelse og likeverdige helsetjenester.

*Forfatteren oppgir ingen interessekonflikter.*



MIGRASJONSHELSE: Det trengs en satsing på likeverdige helsetjenester, migrasjonshelse, antidiskriminering og antirasisme i helsetjenestene. *Illustrasjonsfoto: Stig M. Weston*

1. Statistisk sentralbyrå (SSB). Fakta om innvandring [Internett]. Oslo: SSB; 6. mars 2023 [oppdatert 6. mars 2023; hentet 17. desember 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/faktaside/innvandring>
2. Statistisk sentralbyrå (SSB). Slik definerer SSB innvandrere [Internett]. Oslo: SSB; 5. mars 2019 [oppdatert 5. mars 2019; hentet 17. desember 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/artikler/slik-definerer-ssb-innvandrere>
3. Spilker RS, Kumar BN, Diaz E, Kjøllesdal M, Straiton ML, Ali W, et al. Helse blant personer med innvandrerbakgrunn. I: Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet (FHI); 26. august 2022 [oppdatert 26. august 2022; hentet 17. desember 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/grupper/helse-innvandrerbakgrunn/?term=>
4. Folkehelseinstituttet (FHI). Hva er migrasjonshelse? [Internett]. Oslo: FHI; 20. desember 2017 [oppdatert 30. juni 2023]; hentet 17. desember 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/migrasjonshelse/hva-er-migrasjonshelse/>
5. International Organization for Migration (IOM). Health of migrants: Resetting the agenda. Report of the 2nd global consultation Colombo, Sri Lanka, 21–23 February 2017. Genève, Sveits: IOM; 2017. Tilgjengelig fra: [https://publications.iom.int/system/files/pdf/gc2\\_srilanka\\_report\\_2017.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/gc2_srilanka_report_2017.pdf) (nedlastet 17.12.2023).
6. Wickramage K, Vearey J, Zwi AB, Robinson C, Knipper M. Migration and health: a global public health research priority. BMC Public Health. 2018;18:987. DOI: [10.1186/s12889-018-5932-5](https://doi.org/10.1186/s12889-018-5932-5)
7. Berry JW. Lead article. Immigration, acculturation, and adaptation. Applied Psychology: An International Review. 1997;465–61. DOI: [10.1080/026999497378467](https://doi.org/10.1080/026999497378467)
8. Kumar BN, Diaz E. Migration health theories: Healthy migrant effect and allostatic load. Can both be true? I: Kumar BN, Diaz E, red. Migrant health: a primary care perspective. Boca Raton, Florida: CRC Press; 2019.
9. Laue J, Diaz E, Eriksen L, Risør T. Migration health research in Norway: a scoping review. Scandinavian Journal of Public Health. 2023;51(3):381–90. DOI: [10.1177/14034948211032494](https://doi.org/10.1177/14034948211032494)
10. Vrålstad S, Wiggen KS. Levekår blant innvandrere i Norge 2016. Oslo, Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå (SSB); 2017. Rapport 2017:13. Tilgjengelig fra: [https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/309211](https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/309211) (nedlastet 04.03.2024).
11. Dalgård AB. Levekår blant norskfødte med innvandrerforeldre i Norge 2016. Oslo, Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå (SSB); 2018. Rapport 2018: 20. Tilgjengelig fra: [https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/352917?ts=163f3c45b50](https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/352917?ts=163f3c45b50) (nedlastet 04.03.2024).
12. Wiggen KS, Vrålstad S. Dårligere levekår, men likevel høy tillit og sterk tilhørighet [Internett]. Oslo: Statistisk sentralbyrå (SSB); 27. november 2017 [hentet 20. desember 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/darligere-levekar-men-likevel-hoy-tillit-og-sterk-tilhorighet>
13. Statistisk sentralbyrå (SSB). Sysselsetting blant innvandrere, registerbasert [Internett]. Oslo: SSB; 9. mars 2023 [hentet 17. desember 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/sysselsetting-blant-innvandrere-registerbasert>
14. Olsen B. Sysselsettingen blant innvandrere var uendret i 2022 [Internett]. Oslo: Statistisk sentralbyrå (SSB); 9. mars 2023 [hentet 20. desember 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/sysselsetting-blant-innvandrere-registerbasert/artikler/sysselsettingen-blant-innvandrere-var-uendret-i-2022>
15. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi). Innvandrere i arbeidslivet [Internett]. Oslo: IMDi; 20. desember 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.imdi.no/om-integrering-i-norge/kunnskapsoversikt/innvandrere-i-arbeidslivet/> (nedlastet 20.12.2023).
16. Arbeidstilsynet. Helseproblemer og ulykker i bygg og anlegg – Rapport 2018. Trondheim: Arbeidstilsynet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://stami.brage.unit.no/stami-xmlui/bitstream/handle/11250/2572176/kompass-tema-nr-2-2018-Helseproblemer-og-ulykker-i-bygge--og-anleggsbransjen.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (nedlastet 20.12.2023).
17. Statens arbeidsmiljøinstitutt (Stami). Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2021. Status og utviklingstrekk [Internett]. Oslo: Stami; 2021 [hentet 20. desember 2023]. Rapport 22: 4. Tilgjengelig fra <https://stami.brage.unit.no/stami-xmlui/handle/11250/2757495>



18. Kjøllestad M, Straiton ML, Øien-Ødegaard C, Aambø A, Holmboe O, Johansen R, et al. Helse blant innvandrere i Norge. Levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2016 [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2019 [hentet 20. desember 2023]. Rapport 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/levekarsundersokelsen-blant-innvandrere-i-norge-2016-rapport-2019-v2.pdf>
19. Øvrebø B, Kjøllestad M, Stea TH, Wills AK, Bere E, Magnus P, et al. The influence of immigrant background and parental education on overweight and obesity in 8-year-old children in Norway. BMC Public Health. 2023;23:1660. DOI: [10.1186/s12889-023-16571-1](https://doi.org/10.1186/s12889-023-16571-1)
20. Spilker RS, Lillejordet GA, Kumar BN. Noen innvandrergupper har høyere forekomst av diabetes type 2 [Internett]. Oslo: Sykepleien; 15. februar 2022 [hentet 20. desember 2023]. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/2022/01/noen-innvandrergupper-har-hoyere-forekomst-av-diabetes-type-2>
21. Rabanal KS, Lindman AS, Selmer RM, Aamodt G. Ethnic differences in risk factors and total risk of cardiovascular disease based on the Norwegian CONOR study. Eur J Prev Cardiol. 2013;20(6):1013–21. DOI: [10.1177/2047487312450539](https://doi.org/10.1177/2047487312450539)
22. Rabanal KS, Selmer RM, Igland J, Tell GS, Meyer HE. Ethnic inequalities in acute myocardial infarction and stroke rates in Norway 1994–2009: a nationwide cohort study (CVDNOR). BMC Public Health. 2015;15:1073. DOI: [10.1186/s12889-015-2412-z](https://doi.org/10.1186/s12889-015-2412-z)
23. Rabanal KS, Meyer HE, Tell GS, Igland J, Pylypchuk R, Mehta S, et al. Can traditional risk factors explain the higher risk of cardiovascular disease in South Asians compared to Europeans in Norway and New Zealand? Two cohort studies. BMJ Open. 2017;7:e016819. DOI: [10.1136/bmjopen-2017-016819](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016819)
24. Vinberg E, Karlsson LRA, Møller B, Ursin G, Larsen IK. Cancer in Norway 2018. Sosial ulikhet, innvandring og kreft. En rapport om kreftforekomst etter landbakgrunn, utdanning, inntekt og bosted [Internett]. Oslo: Kreftregisteret; 2019 [hentet 20. desember 2023]. Tilgjengelig fra: [https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2018/special-issue-2018/cin\\_special\\_issue.pdf](https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2018/special-issue-2018/cin_special_issue.pdf)
25. Kreftregisteret. Innvandrere og kreft [Internett]. Oslo: Kreftregisteret; 17. desember 2020 [hentet 20. desember 2023]. Tilgjengelig fra <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/innvandrere-og-kreft/>
26. Spilker RS, Kumar BN. Eldre i et ukjent landskap. Sluttrapport fra prosjektet «Eldre innvandrere og demens» [Internett]. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for migrasjon- og minoritetshelse (NAKMI); 2016 [hentet 20. desember 2023]. NAKMI-rapport 2016: 2. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2016/eldre-i-et-ukjent-landskap-sluttrapport-nakmirapport-nr-2-2016.pdf>
27. Diaz E, Kumar BN, Engedal K. Immigrant patients with dementia and memory impairment in primary health care in Norway: A national registry study. Dement Geriatr Cogn Disord. 2015;39(5–6):321–31. DOI: [10.1159/000375526](https://doi.org/10.1159/000375526).
28. Ssanova S. God alderdom for eldre immigranter: en studie blant eldre somaliske immigranter og deres syn på en god alderdom i Norge [mastergradsavhandling]. Kongsberg: Universitetet i Sørøst-Norge; 2020. Tilgjengelig fra: [https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/bitstream/handle/11250/2761849/Master\\_2020\\_Ssanova.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/bitstream/handle/11250/2761849/Master_2020_Ssanova.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (nedlastet 20.12.2023).
29. Fjeld-Solberg Ø, Nissen A, Cauley P, Andersen A.J. Mental health and quality of life among refugees from Syria after forced migration to Norway. Main findings from the REFUGE Study [Internett]. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS); 2020 [hentet 20. desember 2023]. NKVTS-rapport 2020: 1. Tilgjengelig fra: [https://www.nkvts.no/content/uploads/2020/10/NKVTS\\_Rapport\\_1-20\\_REFUGE.pdf](https://www.nkvts.no/content/uploads/2020/10/NKVTS_Rapport_1-20_REFUGE.pdf)
30. Priebe S, Giacco D, El-Nagib R. Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region [Internett]. København: WHO; 2016 [hentet 20. desember 2023]. Health evidence network synthesis report 46. Tilgjengelig fra: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326308/9789289051651-eng.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
31. Hajak VL, Sardana S, Verdelli H, Grimm S. A systematic review of factors affecting mental health and well-being of asylum seekers and refugees in Germany. Front. Psychiatry. 2021;12. DOI: [10.3389/fpsy.2021.643704](https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.643704)
32. Jakobsen M, Demott MAM, Heir T. Prevalence of psychiatric disorders among unaccompanied asylum-seeking adolescents in Norway. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2014;10:53–8. DOI: [10.2174/1745017901410010053](https://doi.org/10.2174/1745017901410010053)
33. Jore T, Oppedal B, Biele G. Social anxiety among unaccompanied minor refugees in Norway. The association with pre-migration trauma and post-migration acculturation related factors. Journal of Psychosomatic Research. 2020;136:110175. DOI: [10.1016/j.jpsychores.2020.110175](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110175)

34. Keles S, Friberg O, Idsøe T, Sirin S, Oppedal B. Depression among unaccompanied minor refugees: the relative contribution of general and acculturation-specific daily hassles. *Ethn Health*. 2016;21(3):300–17. DOI: [10.1080/13557858.2015.1065310](https://doi.org/10.1080/13557858.2015.1065310).
35. Teodorescu DS, Heir T, Hauff E, Wentzel-Larsen T, Lien L. Mental health problems and post-migration stress among multi-traumatized refugees attending outpatient clinics upon resettlement to Norway. *Scand J Psychol*. 2012;53(4):316–32. DOI: [10.1111/j.1467-9450.2012.00954.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2012.00954.x).
36. Jensen TK, Fjermestad KW, Granly L, Wilhelmsen NH. Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2015;20(1):106–16. DOI: [10.1177/1359104513499356](https://doi.org/10.1177/1359104513499356)
37. Vervliet M, Demott MAM, Jakobsen M, Broekaert E, Heir T, Derluyn I. The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country. *Scand J Psychol*. 2014;55(1):33–7. DOI: [10.1111/sjop.12094](https://doi.org/10.1111/sjop.12094)
38. Strømme EM, Igländ J, Haj-Younes J, Kumar BN, Fadnes LT, Hasha W, et al. Chronic pain and mental health problems among Syrian refugees: associations, predictors and use of medication over time: a prospective cohort study. *BMJ Open*. 2021;11(9):e046454. DOI: [10.1136/bmjopen-2020-046454](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046454)
39. Abebe DS, Lien L, Hjelde KH. What we know and don't know about mental health problems among immigrants in Norway. *J Immigr Minor Health*. 2014;16(1):60–7. DOI: [10.1007/s10903-012-9745-9](https://doi.org/10.1007/s10903-012-9745-9)
40. Levecque K, Van Rossem R. Depression in Europe: Does migrant integration have mental health payoffs? A cross-national comparison of 20 European countries. *Ethn Health*. 2015;20(1):49–65. DOI: [10.1080/13557858.2014.883369](https://doi.org/10.1080/13557858.2014.883369)
41. Straiton ML, Aambø AK, Johansen R. Perceived discrimination, health and mental health among immigrants in Norway: the role of moderating factors. *BMC Public Health*. 2019;19(1):325. DOI: [10.1186/s12889-019-6649-9](https://doi.org/10.1186/s12889-019-6649-9)
42. Andersen PL, Bakken A. Ung i Oslo 2015 [Internett]. Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA; 2015 [hentet 20. desember 2023]. NOVA-rapport 2015: 8. Tilgjengelig fra: <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/5097/Nettutgave-Ung-i-Oslo-Rapport-8-15-26-august.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
43. Bakken A, Osnes SM. Ung i Oslo 2021. Ungdomsskolen og videregående skole [Internett]. Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA, OsloMet; 2021 [hentet 20. desember 2023]. NOVA-rapport 2021: 9. Tilgjengelig fra: <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/11250/2783761>
44. Noam G, Oppedal B, Idsøe T, Panjwani N. Mental health problems and school outcomes among immigrant and non-immigrant early adolescents in Norway. *School Mental Health*. 2014;6:279–93. DOI: [10.1007/s12310-014-9129-5](https://doi.org/10.1007/s12310-014-9129-5)
45. Alves DE, Corliss HL, Røysamb E, Zachrisson HD, Oppedal B, Gustavson K. Immigrant preadolescents and risk of emotional distress. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*. 2014;2(1):41–51. DOI: [10.21307/sjcapp-2014-007](https://doi.org/10.21307/sjcapp-2014-007)
46. Oppedal B, Guribye E. Norsk og tamilsk. Livskvalitet og sosial integrasjon i flerkulturelle oppvekstmiljøer [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet (FHI); 2011 [hentet 20. desember 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/studier/ungkul/arbeidsnotat-2011-norsk-og-tamilsk-livskvalitet-og-sosial-integrasjon-i-flerkulturelle-oppvekstmiljoer.pdf>
47. Straiton ML, Myhre S. Learning to navigate the healthcare system in a new country: a qualitative study. *Scand J Prim Health Care*. 2017;35(4):352–59. DOI: [10.1080/02813432.2017.1397320](https://doi.org/10.1080/02813432.2017.1397320)
48. NOU 2014: 8. Talking i offentlig sektor – et spørsmål om rettssikkerhet og likeverd. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2014 [sitert 20. desember 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/a47e34bc4d7344a18192e28ce8b95b7b/no/pdfs/nou201420140008000dddpdfs.pdf>
49. Felberg T. Crisis communication and linguistic diversity in Norway during the COVID-19 pandemic: focus on interpreting and translation services. *FITISPosInternational Journal*. 2022;9(1):125–45. DOI: [10.37536/FITISPos-IJ.2023.19.304](https://doi.org/10.37536/FITISPos-IJ.2023.19.304)
50. Bakken KS, Stray-Pedersen B. Emergency cesarean section among women in Robson groups one and three: A comparison study of immigrant and Norwegian women giving birth in a low-risk maternity hospital in Norway. *Health Care Women Int*. 2019;40(7–9):761–75. DOI: [10.1080/07399332.2019.1623800](https://doi.org/10.1080/07399332.2019.1623800)
51. Bains S, Skråning S, Sundby J, Vangen S, Sørbye IK, Lindskog BV. Challenges and barriers to optimal maternity care for recently migrated women – a mixed-method study in Norway. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):686. DOI: [10.1186/s12884-021-04131-7](https://doi.org/10.1186/s12884-021-04131-7)

52. Bains S, Sundby J, Lindskog BV, Vangen S, Sørbye IK. Newly arrived migrant women's experience of maternity health information: A face-to-face questionnaire study in Norway. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(14):7523. DOI: [10.3390/ijerph18147523](https://doi.org/10.3390/ijerph18147523)
53. Czapka EA, Gerwing J, Sagbakken M. Invisible rights: Barriers and facilitators to access and use of interpreter services in health care settings by Polish migrants in Norway. *Scand J Public Health*. 2019;47(7):755–64. DOI: [10.1177/1403494818807551](https://doi.org/10.1177/1403494818807551)
54. Agenda Kaupang. Talking i offentlig sektor 2019 og talking under koronapandemien i 2020 [Internett]. Oslo: Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) 2020 [hentet 20. desember 2023]. Tilgjengelig fra <https://www.imdi.no/om-imdi/rapporter/2020/talking-i-offentlig-sektor-2019-og-talking-under-koronapandemien-i-2020/>
55. Felberg TR, Sagli G. Training public service employees in how to communicate via interpreter in Norway: achievements and challenges. *FITISPos International Journal*. 2019;6(1):141–55. DOI: [10.37536/FITISPos-IJ.2019.6.1.194](https://doi.org/10.37536/FITISPos-IJ.2019.6.1.194)
56. Harris SM, Binder PE, Sandal GM. General practitioners' experiences of clinical consultations with refugees suffering from mental health problems. *Front Psychol*. 2020;11:412. DOI: [10.3389/fpsyg.2020.00412](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00412)
57. Næss A. Migration, gender roles, and mental illness: The case of Somali immigrants in Norway. *International Migration Review*. 2020;54(3):740–64. DOI: [10.1177/0197918319867381](https://doi.org/10.1177/0197918319867381)
58. Straiton ML, Ledesma HML, Donnelly TT. "It has not occurred to me to see a doctor for that kind of feeling": a qualitative study of Filipina immigrants' perceptions of help seeking for mental health problems. *BMC Womens Health*. 2018;18(1):73. DOI: [10.1186/s12905-018-0561-9](https://doi.org/10.1186/s12905-018-0561-9)
59. Markova V, Sandal GM, Pallesen S. Immigration, acculturation, and preferred help-seeking sources for depression: comparison of five ethnic groups. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):648. DOI: [10.1186/s12913-020-05478-x](https://doi.org/10.1186/s12913-020-05478-x) target="\_blank" rel="noopener">10.1186/s12913-020-05478-x
60. Czapka EA. The health of Polish labour immigrants in Norway: a research review [Internett]. Oslo: NAKMI – Norwegian Center for Minority Health Research 2010 [hentet 23. desember 2023]. NAKMI-rapport 2010: 3. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2010/czapka-2010-polish-labour-immigrants-nakmirapport-3-2010.pdf>
61. Mbanya VN, Terragni L, Gele AA, Diaz E, Kumar BN. Access to Norwegian healthcare system – challenges for sub-Saharan African immigrants. *Int J Equity Health*. 2019;18(1):125. DOI: [10.1186/s12939-019-1027-x](https://doi.org/10.1186/s12939-019-1027-x)
62. Arora S, Straiton M, Rechel B, Bergland A, Debesay J. Ethnic boundary-making in health care: Experiences of older Pakistani immigrant women in Norway. *Soc Sci Med*. 2019;239:112555. DOI: [10.1016/j.socscimed.2019.112555](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112555)