

Deltakelse, helse, og helsedeterminanter i HUNT4 blant trøndere med og uten innvandrerbakgrunn i 2019

Helsestatistikk-rapport nummer 9 fra HUNT4

Participation, health, and health determinants in HUNT4 among inhabitants in Trøndelag with and without immigrant background in 2019

Health statistics report no. 9, the HUNT4 Survey

Sveinung Eiksund, Jon Olav Sliper, Signe Opdahl, Kyrre Kvistad, Pål Fosslund Moa, Vegar Rangul, Steinar Krokstad, Dina von Heimburg, Bente Christine Gravaas, Erik R. Sund

2022

HUNT forskningssenter

HUNT
HELSEUNDERSØKELSEN I TRØNDELAG



 **NTNU**
Kunnskap for en bedre verden

Utgitt av:
HUNT forskningssenter
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie,
Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU
Forskningsvegen 2
7600 Levanger
<http://www.ntnu.no/hunt/>
Levanger, Juni 2022.
ISBN 978-82-91725-48-2

FORORD

I denne delrapporten presenteres tall for hele Trøndelag fylke fra Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT). Det er tidligere utgitt rapporter for Nord-Trøndelag, samt sju rapporter som omfatter hele fylket. Datainnsamlingen i Nord-Trøndelag pågikk i perioden september 2017 til februar 2019, mens innsamlingen i Sør-Trøndelag ble gjennomført i oktober og november 2019. I Nord-Trøndelag var dette den fjerde runden med HUNT-undersøkelser av befolkningen, mens i Sør-Trøndelag var det den første. Det er knyttet stor spenning til resultatene; hvordan er folkehelse tilstanden egentlig? Uten å kjenne til fordelingen eller utviklingen av helsetilstanden i befolkningen er det umulig å drive et effektivt og målrettet folkehelsearbeid. Nå har vi kunnskapsgrunnlaget for å drive et godt folkehelsearbeid lokalt og regionalt.

Vi har observert betydelige endringer i helserelaterte forhold bare i løpet av de siste tre tiårene mens HUNT har pågått i Nord-Trøndelag. Dette viser hvor sterkt de rådende levekårene og samfunnsforholdene påvirker oss. Nå kan vi sammenligne data fra alle kommunene i fylket og fra levekårssoner i Trondheim.

Tema for denne rapporten er helse og levekår blant innvandrere, belyst med ulike indikatorer på helse, levekår, samfunnsdeltakelse, og sosiale relasjoner fra spørreskjema. I tillegg beskriver vi hvordan deltakelsen i HUNT varierer med innvandringsbakgrunn og inntektsnivå. Vi har delt inn deltakerne i regionkategorier basert på hvilken landbakgrunn den enkelte har. Resultatene vises ikke på kommunenivå, men presenteres samlet for hele fylket.

Rapporten er utarbeidet av en analysegruppe som består av ansatte fra Trøndelag fylkeskommune (Jon Olav Sliper, Kyrre Kvistad og Pål Fosslund Moa), Trondheim kommune (Bente Christine Gravaas og Sveinung Eiksund) og HUNT forskningssenter ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU (Dina von Heimburg, Signe Opdahl, Vegar Rangul, Steinar Krokstad og Erik R. Sund).

Det at de to tidligere trøndelagsfylkene nå er slått sammen, har ført til et utvidet samarbeid mellom Trøndelag fylkeskommune, kommunene i hele det nye fylket og HUNT forskningssenter ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU. Mer omfattende rapportering fra HUNT vil publiseres fortløpende, både gjennom rapporter og på nettsidene til fylkeskommunen, kommunene og HUNT.

Takk til Tony Mathias Leino og Thor Indseth ved FHI for gode innspill underveis i arbeidet med rapporten. Ansvarlig for innholdet er imidlertid forfatterne av denne rapporten.

Spørsmål om rapporten kan rettes til: kontakt@hunt.ntnu.no

Levanger, Steinkjer og Trondheim, 24 Juni 2022.

HUNT forskningssenter

Sitering: Eiksund m.fl. (2022). Deltakelse, helse, og helsedeterminanter i HUNT4 blant trøndere med og uten innvandrerbakgrunn i 2019. Helsestatistikk-rapport nummer 9 fra HUNT4. HUNT forskningssenter, NTNU

Rapporter utgitt etter HUNT4 (voksne)

1. Folkehelseutfordringer i Trøndelag 2019. Folkehelsepolitisk rapport med helsestatistikk fra HUNT inkludert tall fra HUNT4 (2017-19).
2. Helse, kronisk sykdom og livskvalitet i Nord-Trøndelag 2017-19 (helsestatistikkrapport nr. 1).
3. Helse og kronisk sykdom i Trøndelag 2019 (helsestatistikkrapport nr. 2).
4. Levevaner i Trøndelag 2019 (helsestatistikkrapport nr. 3).
5. Samfunnsdeltakelse i Trøndelag (helsestatistikkrapport nr. 4).
6. Nærmiljø i Trøndelag 2019 (helsestatistikkrapport nr. 5).
7. Psykisk helse i Trøndelag (helsestatistikkrapport nr. 6).
8. Sosiale relasjoner i Trøndelag 2019 (helsestatistikkrapport nr. 7).
9. Flersykelighet og egenrapporterte sykdommer i Trøndelag 2019 (helsestatistikkrapport nr. 8).

Rapporter utgitt etter Ung-HUNT4 (ungdom)

1. Selvpålevd helse, kroppsmasse og risikoatferd blant ungdom.
2. Fritidsaktiviteter og kontakt med venner blant ungdommer i Nord-Trøndelag 2017-19.

Innholdsfortegnelse

FORORD	iii
Figurliste	x
Vedleggsfigurer	x
Sammendrag.....	xi
Summary.....	xiii
1. Innledning	1
1.1 Om innvandrerbefolkningen	1
1.2 Helse i innvandrerbefolkningen	1
1.3 Hersedeterminantene.....	2
1.4 Hovedmålet med rapporten og en kort leseveiledning	3
2. Metode	4
2.1 HUNT	4
2.2 Datainnsamlingen.....	4
2.3 Utvalg	6
2.4 Klassifisering av landbakgrunn i regioner og etter inntektsnivå	6
2.5 Analyser	8
2.6 Verdien av egenrapporterte svar om helse og levekår	8
2.7 Tolkning	8
3. Deltakelse i HUNT4 etter landbakgrunn og inntektsnivå.....	10
4. Helse og påvirkningsfaktorer på helse etter landbakgrunn og inntektsnivå	12
Selvopplevd helse.....	12
Langvarig begrensende sykdom	13
Psykisk helse.....	14
Livskvalitet.....	15
Nærmiljø.....	16
Samfunnsdeltagelse	17
Andel som bor alene og andel ensomme.....	18
5. Mulige begrensninger ved resultatene som er presentert	19
6. Oppsummering	20
7. Referanser	21
Vedlegg	22

Figurliste

Figur 1 Påvirkningsfaktorer på folkehelsen illustrert i regnbuemodellen [6].	3
Figur 2 Spørsmål og koding av spørsmål fra HUNT4-spørreundersøkelsen som er fremstilt i rapporten.	6
Figur 3 Kart med oversikt over hvilke land som inngår i regioninndelingen i rapporten	7
Figur 4 Kart over land fordelt på inntektsnivå etter verdensbankens inndeling av høy- og lavinntektsland per 2022.	8
Figur 5 Deltakelse (andel av inviterte) etter landbakgrunn og alder i HUNT4. Menn.	11
Figur 6 Deltakelse (andel av inviterte) etter landbakgrunn og alder i HUNT4. Kvinner.	12
Figur 7 Prosentandel med dårlig eller ikke helt god selvopplevd helse for kvinner og menn etter landbakgrunn.	13
Figur 8 Prosentandel med langvarig begrensende sykdom for kvinner og menn etter landbakgrunn.	14
Figur 9 Andel innbyggere som rapporterer moderat eller høyt nivå av psykiske helseplager siste to uker før undersøkelsen (CONOR mental health index $\geq 2,15$). Kvinner og menn etter landbakgrunn.	14
Figur 10 Prosentandel med dårlig livskvalitet for kvinner og menn etter landbakgrunn.	15
Figur 11 Prosentandel som sier at livet er meningsfullt for kvinner og menn etter landbakgrunn. Innbyggere i Sør-Trøndelag.	16
Figur 12 Prosentandel som føler seg trygg i nærmiljøet for kvinner og menn etter landbakgrunn.	16
Figur 13 Prosentandel som trives i nærmiljøet for kvinner og menn etter landbakgrunn.	17
Figur 14 Prosentandel som rapporterer at de ofte (2 ganger ukentlig eller oftere det siste halvåret) besøker eller deltar på aktiviteter for kvinner og menn etter landbakgrunn.	17
Figur 15 Prosentandel som bor alene blant kvinner og menn etter landbakgrunn.	18
Figur 16 Prosentandel som føler seg ensomme blant kvinner og menn etter landbakgrunn.	19

Vedleggsfigurer

Vedleggsfigur 1 Prosentandel med dårlig eller ikke helt god selvopplevd helse for kvinner og menn etter landets inntektsnivå.	22
Vedleggsfigur 2 Prosentandel med langvarig begrensende sykdom for kvinner og menn etter landets inntektsnivå.	22
Vedleggsfigur 3 Andel innbyggere som rapporterer moderat eller høyt nivå av psykiske helseplager siste to uker før undersøkelsen (CONOR mental health index $\geq 2,15$). Kvinner og menn etter landets inntektsnivå.	23
Vedleggsfigur 4 Prosentandel med dårlig livskvalitet for kvinner og menn etter landets inntektsnivå.	23
Vedleggsfigur 5 Prosentandel som sier at livet er meningsfullt for kvinner og menn etter landets inntektsnivå. Innbyggere i Sør-Trøndelag.	24
Vedleggsfigur 6 Prosentandel som føler seg trygg i nærmiljøet for kvinner og menn etter landets inntektsnivå.	24
Vedleggsfigur 7 Prosentandel som trives i nærmiljøet for kvinner og menn etter landets inntektsnivå.	25
Vedleggsfigur 8 Prosentandel som rapporterer at de ofte (2 ganger ukentlig eller oftere det siste halvåret) besøker eller deltar på aktiviteter for kvinner og menn etter landets inntektsnivå.	25
Vedleggsfigur 9 Prosentandel som bor alene blant kvinner og menn etter landets inntektsnivå.	26
Vedleggsfigur 10 Prosentandel som føler seg ensomme blant kvinner og menn etter landets inntektsnivå.	26

Sammendrag

Bakgrunn

Folkehelse handler om befolkningens helsetilstand og hvordan helse- og påvirkningsfaktorer på helse fordeler seg i befolkningen. I denne rapporten er målet å undersøke hvordan helse og påvirkningsfaktorer fordeler seg blant ulike innvandrergrepper basert på opplysninger om landbakgrunn. I tillegg beskrives deltakelsen i Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT4) etter landbakgrunn.

Materiale og metode

Det benyttet spørreskjemadata fra Helseundersøkelsen i Trøndelag 2017-19, HUNT4. I Nord-Trøndelag ble HUNT4 gjennomført fra 2017 til 2019, hvor totalt 56 000 voksne i alderen 20 år og eldre (54 % av alle inviterte) deltok. I Sør-Trøndelag deltok 106 000 voksne i alderen 18 år og eldre (42 % av alle inviterte). I tillegg ble data fra HUNT4 70+ i Trondheim benyttet. Spørreskjemaene var kun tilgjengelig på norsk. Alle resultater i denne rapporten, unntatt ett av målene på livskvalitet, er fra både Nord- og Sør-Trøndelag. Vi brukte to inndelinger av landbakgrunn, én geografisk og én basert på inntektsnivå. Tallene som presenteres er basert på krystabeller og formidles ved hjelp av tabeller og figurer som viser prosentandeler etter kjønn, alder og landbakgrunn. Prosentandelene i figurene er aldersstandardiserte.

Resultater

Totalt 163 591 personer bosatt i Trøndelag i undersøkelsesperioden (2017-19) deltok, noe som utgjorde 46 % av alle inviterte (52 % av de inviterte kvinnene og 40 % av de inviterte mennene). Blant deltakerne hadde 15 346 personer en annen landbakgrunn enn Norge. Deltakelsen varierte i forhold til landbakgrunn, fra 49 % blant personer med norsk landbakgrunn, til 15 % blant personer med østeuropeisk landbakgrunn (kvinner og menn samlet). Tilsvarende varierte deltakelsen etter inntektsnivå, fra 33 % blant personer fra høyinntektsland, til 20 % blant personer fra lavinntektsland. Deltakelse økte med økende alder opp til 60-69 års alder, men var lavere i de eldste aldersgruppene. Uavhengig av alder og kjønn var deltakelsen høyest blant personer med norsk landbakgrunn, med unntak av de to eldste aldersgruppene.

De utvalgte helsemålene varierer betydelig med landbakgrunn, for både kvinner og menn. Andelen menn fra Vest-Asia med dårlig egenvurdert helse var over dobbelt så høy som blant menn fra Nord-Amerika/Oseania. For kvinner fra de samme regionene, fant vi tilsvarende mønstre. Den laveste andelen med langvarig begrensende sykdom ble rapportert av henholdsvis nordamerikanske menn og afrikanske kvinner. Vestasiatiske kvinner og menn rapporterte de høyeste andelene med psykiske helseplager, dårlig livskvalitet og ensomhet. Lavest andel med dårlig livskvalitet fant vi blant kvinner og menn fra Nord-Amerika/Oseania. I alle grupper var det høye andeler som rapporterte at livet er meningsfullt, med variasjon mellom 70 og 80 % etter landbakgrunn.

Nær 90 % av norske menn rapporterte at de følte seg trygge i nærmiljøet, mens tilsvarende andeler for østeuropeiske og vestasiatiske menn var om lag 70 %. Andelen kvinner som trives i nærmiljøet varierte fra 50 % blant østeuropeiske kvinner til nær 70 % blant kvinner med norsk bakgrunn. Samfunnsdeltakelsen var gjennomgående høyest blant de som hadde bakgrunn fra vestlige land (Norge, Norden, Vest-Europa og Nord-Amerika/Oseania). Andelen som rapporterte at de bor alene var høyest blant afrikanske menn og blant kvinner fra Sør- og Mellom-Amerika og Norden.

Konklusjon

Deltakelsen i HUNT4 varierte betydelig etter landbakgrunn og for noen grupper var deltakelsen svært lav. Helse og påvirkningsfaktorer på helse varierte også med landbakgrunn slik at noen innvandrergupper hadde bedre helse enn de med norsk landbakgrunn mens andre rapporterte dårligere helse. Disse resultatene bekrefter at innvandrere er en uensartet gruppe, og at dette gjenspeiles i helse og påvirkningsfaktorer på helse.

Summary

Background

Population health refers to the population's state of health and how health and health determinants are distributed in the population. The aim in this report is to investigate how health and factors that influence health are distributed among different immigrant groups based on information about country of origin. In addition, participation in the Health Survey in Trøndelag (HUNT4) is described according to country of origin.

Material and method

Questionnaire data from the Health Survey in Trøndelag 2017-19, HUNT4 are used. In Nord-Trøndelag, HUNT4 was conducted from 2017 to 2019, where a total of 56,000 adults aged 20 and older (54% of all invited) participated. In Sør-Trøndelag, 106,000 adults aged 18 and older participated (42% of all invited). In addition, data from HUNT4 70+ in Trondheim were used. The questionnaires were available in Norwegian only. All results in this report, except for one of the measures on quality of life, are from both Nord- and Sør-Trøndelag. Country of origin was categorized according to geographical region or income. The numbers presented are based on cross-tabulations and are disseminated using tables and figures that show prevalence by gender, age group and country background. The prevalence that appear in figures are age standardized.

Results

A total of 163,591 people living in Trøndelag during the survey period (2017-19) participated, which accounted for 46% of all invited (52% of invited women and 40% of invited men). 15,346 participants had a different country of origin than Norway. For both sexes combined, participation varied from 49% among those with Norwegian background to 15% among those with Eastern European background. Correspondingly, participation varied from 33% among people from high-income countries to 20% among people from low-income countries. Participation increased with increasing age up to 60-69 years of age, but was lower for the oldest age groups. Regardless of age and gender, participation was highest among people with a Norwegian background, except for the two oldest age groups.

The selected health measures vary considerably according to country of origin among both women and men. The prevalence of poor self-rated health among men from West Asia was more than twice as high compared with men from North America / Oceania. There was a similar pattern for women from the same regions. For chronic, disabling illness, the lowest prevalence was found among North American men and African women. The highest prevalence of mental health problems, poor quality of life, and loneliness was reported among West Asian women and men. The lowest prevalence of poor quality of life was among women and men from North America / Oceania. In all groups, the prevalence who reported that life was meaningful, was high, ranging from 70 to 80% according to gender and country of origin.

Nearly 90% of Norwegian men reported that they felt safe in the local community, while the corresponding prevalence for Eastern European and West Asian men were about 70%. The prevalence of women who thrive in the local community varied from 50% among Eastern European women to close to 70% among those with a Norwegian background. Civic participation was generally highest among those with a background from Western countries (Norway, the Nordic countries, Western Europe, and North America / Oceania). The prevalence who reported living alone was

highest among African men and among women from South and Central America and the Nordic countries.

Conclusion

Participation in HUNT4 varied considerably according to country of origin and for some groups the participation was very low. Health and health determinants also varied with country background, where some immigrant groups reported better health than those with Norwegian background while others reported poorer health. These results confirm that immigrants are a heterogeneous group, and that this is reflected in health and health determinants.

1. Innledning

Denne delrapporten om folkehelsestanden i Trøndelag fylke fremstiller data fra HUNT4 som ble gjennomført i Nord-Trøndelag (2017-19), og fra HUNT-undersøkelsen som ble gjennomført i Sør-Trøndelag høsten 2019. Siktemålet med denne rapporten er todelt. Vi ønsker for det første å vise deltakelse i helseundersøkelsen basert på opplysninger om innvandringsbakgrunn. For det andre ønsker vi å fremstille hvordan helse, livskvalitet, trygghet og trivsel i nærmiljøet, samfunnsdeltakelse, grad av aleneboenhet og ensomhet varierer med innvandringsbakgrunn. Innvandrere, det vil si både de som er innvandrere og de som er norskfødte med innvandrerforeldre, utgjorde henholdsvis 19 og 15 prosent av befolkningen i Norge¹ og i Trøndelag fylke² rundt tidspunktet for HUNT4-undersøkelsen.

1.1 Om innvandrerbefolkningen

Innvandrerbefolkningen i Norge er en sammensatt gruppe. De har sin bakgrunn fra alle deler av verden og årsakene til at de er blitt innbyggere i Norge kan være svært forskjellige. Noen har vært på flukt og siden søkt asyl, mens andre er kommet på grunn av arbeid eller utdanning. Noen søker også familiegjenforening. Den kulturelle bakgrunnen, det vil si handlemåter, vaner, tradisjoner, normer og regler som er vanlige i hverdagen til alle mennesker, varierer mellom innvandrerbefolkningen. I likhet med befolkningen for øvrig, vil helse og levekår også i innvandrerbefolkningen være nært knyttet til de generelle samfunnsbetingelsene i det norske samfunnet.

1.2 Helse i innvandrerbefolkningen

Tidligere forskning på innvandreres helse og levekår tegner opp et sammensatt bilde [1]. Data fra en levekårsundersøkelse gjennomført av SSB viser at voksne innvandrerkvinner (over 25 år) generelt vurderte sin helse som mindre god enn kvinner flest, mens mannlige innvandrere rapporterte omtrent like god subjektiv helse som andre menn opp til 40 års alder [2]. Blant eldre innvandrere var den subjektive helsen generelt dårligere enn befolkningen for øvrig blant både kvinner og menn. Mønsteret var ganske likt for kronisk sykdom og nedsatt funksjonsevne, hvor yngre innvandrere fremsto friskere enn øvrig befolkning, mens det var motsatt blant de eldre. Videre fant man at flere innvandrere oppga psykiske helseplager enn befolkningen for øvrig, men at det var stor variasjon etter hvilken landbakgrunn de hadde.

Innvandrere rammes i hovedsak av de samme sykdommene som befolkningen for øvrig. Det er imidlertid noen sykdommer innvandrere har høyere eller lavere forekomst av enn den øvrige befolkningen [3]. Forekomsten av diabetes er betydelig høyere blant personer fra enkelte øst-asiatiske land. Kreftsykdom forekommer sjeldnere blant innvandrere sett under ett, men dette varierer også etter landbakgrunn og krefttype. Hjerter- og karsykdommer er mer utbredt blant de som kommer fra Sør-Asia og Balkan-regionen, mens overvekt og fedme er utbredt blant personer fra Tyrkia, Irak og Pakistan og blant somaliske kvinner. Det er også forskjeller i enkelte levevaner, der særlig menn fra Øst-Europa, Balkan, Tyrkia, Irak og Iran fortsatt dagligrøyker i stor grad. Sett under ett, drikker innvandrere imidlertid mindre alkohol enn befolkningen for øvrig selv om det også her er forskjeller etter landbakgrunn.

¹ Per 7. Mars 2022: <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/statistikk/innvandrere-og-norskfodte-med-innvandrerforeldre>

² Medio februar 2022: Basert på opplysninger om landbakgrunn i HUNT-data

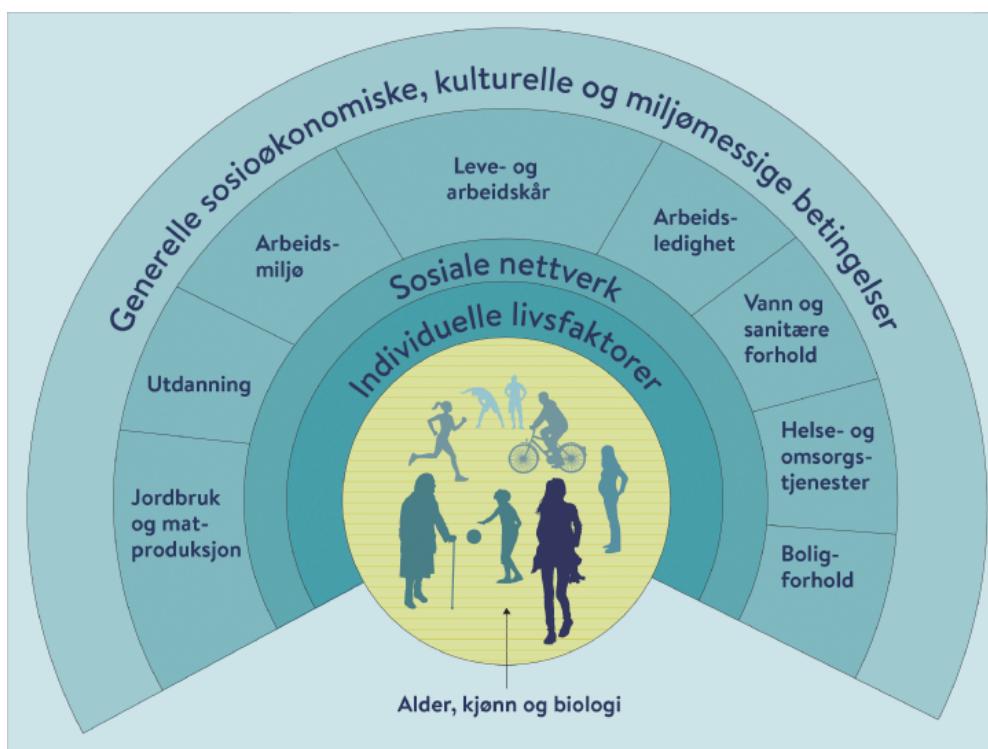
1.3 Helsedeterminantene

Kunnskap med relevans for folkehelse omhandler tre forhold: kunnskap om tilstand, kunnskap om årsaker, og kunnskap om effekten av tiltak [4]. Kunnskap om tilstand er ofte utgangspunktet for forskning på årsaker som igjen er utgangspunktet for strategier, tiltak og politikkkutforming. Årsaker omfatter både umiddelbare årsaker og underliggende årsaker. Underliggende årsaker benevnes gjerne som helsedeterminantene og omfatter menneskers livsvilkår og generelle levekår.

En mye brukt figur for å vise helsedeterminantene er den såkalte regnbuemodellen (figur 1), utviklet av Dahlgren & Whitehead [5]. Midt i figuren finner vi enkeltmenneskene der alder, kjønn og biologi i stor grad er uforanderlige. Men rundt enkeltmenneskene er det påvirkningsfaktorer som i prinsippet kan justeres gjennom politikkkutforming. Det første laget beskriver ulike levevaner (som for eksempel røykevaner eller fysisk aktivitet). Det andre laget omfatter vekselvirkningen, eller samspillet, mellom enkeltmennesker og deres nærmiljø. Derneft finner vi i det tredje laget menneskers evne til å ivareta egen helse gitt de rådende leve- og arbeidsvilkår, matforsyning, og tilgang til varer og tjenester. Det ytterste laget består av økonomiske, kulturelle og miljømessige forhold i samfunnet. Kjernen i denne modellen er samspillet som pågår mellom enkeltmennesker og de ulike helsedeterminantene: Menneskers personlige livsstil er innvevd i sosiale normer og nettverk og i leve og arbeidsvilkår – disse er i sin tur relatert til det sosioøkonomiske og kulturelle miljøet i bred betydning. Helsedeterminantene, som kan påvirkes gjennom politikk, kan være både positive (helsefremmende) og negative (risikofaktorer).

Enkelte innvandrergupper er utsatt for flere negative helsedeterminanter enn resten av samfunnet. Noen har vært på flukt og blitt traumatisert over tid, både før de forlot hjemlandet og under migrasjonsperioden. Disse kan ha opplevd vedvarende stress over lengre tid, noe som kan bidra til svekket helse. Videre vil noen fortsatt oppleve diskriminering både på arbeids- og boligmarkedet, noe som klart påvirker helsen negativt. Mangel på sosiale forbindelser og nettverk er minst like ødeleggende for innvandrere som for et hvilket som helst annet individ i samfunnet, men migrasjonen øker risikoen for at man har svakere forbindelser til andre [1]. I tillegg vil etablering av nye sosiale nettverk kunne virke både positivt og negativt.

Språkkompetanse og såkalt helsekompetanse er også forhold som skiller noen grupper av innvandrere fra andre individer. Språkferdigheter er viktig for forståelse av informasjon om helsetjenester og tilgangen til disse. Helsekompetanse, som henger sammen med språkferdigheter, omhandler alle personlige ferdigheter som trengs for å få tilgang til, forstå, og anvende helseinformasjon for å ivareta egen helse [1]. Endelig skal det nevnes at religion kan virke både positivt og negativt på helse og livskvalitet også hos innvandrergupper.



Figur 1 Påvirkningsfaktorer på folkehelsen illustrert i regnbuemodellen [6].

1.4 Hovedmålet med rapporten og en kort leseveiledning

Hovedmålet med denne rapporten er å beskrive hvordan helse og levekår fordeler seg blant ulike grupper av innvandrere, der gruppene er definert på bakgrunn av regionen de kom fra. I tillegg beskrives selve deltakelsen i HUNT4-undersøkelsen i ulike innvandrergrupper. Tilnærmingen er primært å *beskrive nøkkeltall* hos den voksne delen av innvandrerbefolkningen i Trøndelag. Den beskrivende tilnærmingen og utvalget rapporten bygger på, legger viktige føringer for tolkning av resultatene i form av kritisk refleksjon over hva kunnskapen handler om, hvordan den påvirker oss, samt hvordan den best mulig kan anvendes til å styrke folkehelsen.

Det er viktig å se beskrivelsene som denne rapporten tilbyr som en del av et større bilde. Vi oppfordrer derfor til å se denne rapporten i sammenheng med andre kilder til kunnskap om innvandreres helse, sosial ulikhet og livsbetingelser som påvirker sykdom, helse og livskvalitet.

Befolkningsdata som presenteres i rapporten kan brukes i det systematiske og kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet i Trøndelag. Et mangfold av kilder (basert på både kvantitative og kvalitative data, og på tvers av kunnskapsfelt) er nødvendig for å fremme folkehelse og utjevne forskjeller i helse, livskvalitet og levekår. Kunnskapsbasert praksis i folkehelsearbeidet forstås i denne rapporten som at samfunnets totale innsats for å fremme folkehelsen skal bygge på beste tilgjengelige kunnskap om både risikofaktorer for sykdom, og faktorer som fremmer helse og livskvalitet. Dette innebærer en bred kunnskap om helse- og samfunnsutvikling generelt. Beste tilgjengelig kunnskap hviler på flere elementer; forskning og teori, praksisbasert kunnskap, erfaringer og verdier fra borgere og brukere av tjenester, og kunnskap om konteksten rundt – fra lokalsamfunnets tilstand til globale forhold. Vi viser ellers til Helsedirektoratets veileder om systematisk folkehelsearbeid [7].

Utforsk HUNT4 data i en interaktiv web visning

HUNT4 data fra tidligere HUNT rapporter er tilgjengelige i interaktive webvisninger

Interaktive web visninger fra tidligere HUNT rapporter:

- [Flersykelighet og egenrapporterte sykdommer i Trøndelag – HUNT4](#)
- [Sosiale relasjoner i Trøndelag – HUNT4](#)
- [Psykisk helse i Trøndelag – HUNT4](#)
- [Nærmiljø og tilgjengelighet – HUNT4](#)
- [Samfunnsdeltakelse 2019](#)
- [Levevaner i Trøndelag 2019](#)

I den digitale plattformen kan man utforske dataene for kommunene i Trøndelag ytterligere. Web visningene har flere sider. Husk å bla mellom sidene for å se de ulike visningen. Hvilken variabel/kommune som vises kan endres ved hjelp av nedtrekks menyene på sidene.

2. Metode

2.1 HUNT

Med bakgrunn i fylkessammenslåingen i Trøndelag endret HUNT i 2019 navn fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag til *Helseundersøkelsen i Trøndelag*. HUNT omfatter nå alle innbyggere i nye Trøndelag fylke som er 13 år eller eldre fra Nord-Trøndelag, og de som er 18 år eller eldre fra Sør-Trøndelag. Vi bruker ifølge anbefalinger fra Språkrådet begrepene Nord-Trøndelag og Sør-Trøndelag som navn på de geografiske områdene de to fylkene tidligere omfattet.

HUNT er en omfattende samling av helseopplysninger fra HUNT1 (1984-86), HUNT2 (1995-97), HUNT3 (2006-2008) og HUNT4 (2017-19). Det er samlet inn data ved hjelp av spørreskjema, kliniske målinger og biologisk materiale [8]. I Sør-Trøndelag ble det høsten 2019 gjennomført en spørreskjemabasert datainnsamling. HUNT er regulert av *Forskrift om befolkningsbaserte helseundersøkelser* og er gjennom dette pålagt å utarbeide helsestatistikk som i denne rapporten. I tillegg har alle deltakere i HUNT gitt skriftlig samtykke til at helseopplysningene kan brukes i helseforskning.

2.2 Datainnsamlingen

I Nord-Trøndelag ble HUNT4 gjennomført i perioden fra september 2017 til utgangen av februar 2019. Blant ungdom i alderen 13-19 år deltok 8 066 personer (76 % av alle inviterte) og blant voksne i alderen 20 år og eldre deltok totalt 56 078 personer (54 % av alle inviterte). I Sør-Trøndelag foregikk datainnsamlingen høsten 2019 og omfattet alle innbyggere i alderen 18 år og eldre.³ Totalt deltok 106 000 personer i Sør-Trøndelag, noe som tilsvarer 42 % av alle inviterte. I 2019 ble eldre innbyggere i tre østlige bydeler i Trondheim invitert til å delta i en egen undersøkelse av Eldres helse, kalt HUNT4 Trondheim 70+. Eldre i disse bydelene ble derfor ikke invitert til spørreskjemaundersøkelsen i oktober-november 2019. Til denne rapporten er svar fra HUNT4 Trondheim 70+

³ Innbyggere som tidligere var invitert til HUNT 70+ i Trondheim og innbyggere som tidligere hadde deltatt i HUNT i Nord-Trøndelag og som hadde fått en egen invitasjon ble ikke invitert.

inkludert sammen med svarene fra HUNT4 slik at alle aldersgrupper er representert i alle levekårssoner i Trondheim for spørsmål som er felles for undersøkelsene. Spørreskjemaene eksisterte kun på norsk og ble ikke oversatt til andre språk.

Resultatdelen av denne rapporten er basert på spørsmål fra spørreskjemaet knyttet til selvopplevd helse, langvarig begrensende sykdom, psykisk helse (symptomer på psykiske helseplager), livskvalitet (grad av fornøydhet med tilværelsen og hvorvidt livet oppleves som meningsfullt), trygghet og trivsel i nærmiljøet, samfunnsdeltakelse, samt aleneboenhet og ensomhet. Ni av disse totalt 10 spørsmålene ble stilt i både nord og sør, men spørsmålet om opplevelse av mening kun ble stilt i sør. Figur 2 viser hvordan disse spørsmålene ble presentert i spørreskjemaet og hvilke svaralternativer som kombineres i resultatfremstillingene. Kategorisering av svaralternativene i denne rapporten er den samme som i tidligere rapporter fra HUNT4 [9-13].

Selvopplevd helse er basert på spørsmålet «Hvordan er helsa di nå?» og er kodet slik at de som svarer enten «dårlig» eller «ikke helt god» er definert som dårlig selvopplevd helse. Langvarig begrensende sykdom er basert på spørsmålet «Har du noen langvarig (minst 1 år) sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art som nedsetter dine funksjoner i ditt daglige liv?». De som svarer «ja» på dette spørsmålet er definert å ha langvarig begrensende sykdom.

Psykiske plager siste to uker, uavhengig av eventuell diagnose og behandling, ble kartlagt gjennom CONOR mental health index [17] som vist i figur 2 (Spørsmål 4). De første sju dimensjonene inngår i beregningen av indeksen, mens generell anspenning ikke inngår. Svarene gis en verdi fra 1 (Nei) til 4 (Svært mye) og personer med gjennomsnittlig score 2,15 eller høyere over alle sju dimensjonene regnes som at de har et høyt nivå av psykisk ubehag.

Livskvalitet er målt med to ulike spørsmål. Det første er et spørsmål om fornøydhet med livet: «Når du tenker på hvordan du har det for tida, er du stort sett fornøyd med tilværelsen eller er du stort sett misfornøyd?» De som svarer enten «Både/og», «Nokså misfornøyd», «Meget misfornøyd» eller «Svært misfornøyd» er definert til å ha dårlig livskvalitet. Det andre spørsmålet, som kun ble stilt i HUNT sør, er et spørsmål om livet oppleves meningsfullt: «Alt i alt, i hvilken grad opplever du at det du gjør i livet er meningsfylt?» Svaralternativene er gradert fra 0 (Ikke meningsfylt i det hele tatt) til 10 (svært meningsfylt). De som svarer fra 7 eller høyere er definert til å ha et meningsfullt liv.

Trivsel i nærmiljøet er basert på spørsmålet: «I hvilken grad trives du i nærmiljøet ditt?» De som svarer «I stor grad» er definert som å trives i nærmiljøet. Trygghet i nærmiljøet er målt med spørsmålet: «I hvilken grad føler du deg trygg i nærmiljøet ditt?» De som svarer «I stor grad» er definert som å føle seg trygge i nærmiljøet.

Spørsmålene om samfunnsdeltakelse slik de ble presentert i spørreskjema er gjengitt i figur 2, med spørsmål knyttet til å være publikum (spørsmål 36) og aktiv deltakelse (spørsmål 37). Hver aktivitet ble først kodet som ja (minst én gang siste 6 måneder) eller nei (aldri innenfor siste 6 måneder). Personer som krysset av for enkelte av aktivitetene, men ikke for andre, ble antatt ikke å drive med de aktivitetene de ikke hadde krysset av for. Det vil si at en person som for eksempel hadde krysset av for «Konsert, teater, kino» 1-3 ganger/måned, men ikke hadde satt noen kryss på «Idrettsarrangement», ble kodet som nei på «Idrettsarrangement».

Som mål på samlet deltakelse summerte vi antall ulike aktiviteter for hver person innenfor de to hovedkategoriene publikum og aktiv deltakelse. I tillegg beregnet vi gjennomsnittlig hyppighet ved å tilordne midterste verdi til hver svarkategori og regne om til /uke. Aldri fikk dermed verdien 0/uke, 1- 6 og 1-5 ganger siste 6 måneder fikk verdien 0,25/uke, 1-3 ganger/måned fikk verdien 0,5/uke og de øvrige svaralternativene fikk verdien 1/uke. Deretter summerte vi hyppighet for alle aktiviteter, det vil si både aktiv deltakelse og deltakelse som publikum.

Aleneboenhet er basert på spørsmålet: «Bor du sammen med noen?» og her vises andelen som svarer «Nei» på dette spørsmålet. Spørsmålet om ensomhet er basert på spørsmålet: «Har du de siste 2 ukene følt deg: Ensom». Der har vi klassifisert de som svarer enten «litt», «en god del», eller «svært mye» som ensomme.

1 Hvordan er helsa di nå?
☒ Dårlig ☐ Ikke helt god ☐ God ☐ Svært god

2 Har du nå noen langvarig (minst 1 år) sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art som nedsetter dine funksjoner i ditt daglige liv?
 Nei ☐ Ja ☒

4 Har du de siste 2 ukene følt deg:
 (Sett ett kryss per linje)

	Nei	Litt	En god del	Svært mye
Trygg og rolig	☐	☐	☐	☐
Glad og optimistisk	☐	☐	☐	☐
Nerves og urolig	☐	☐	☐	☐
Plaget av angst	☐	☐	☐	☐
Irritabel	☐	☐	☐	☐
Nedfor/deprimert	☐	☐	☐	☐
Ensom	☐	☐	☐	☐
Generelt anspent	☐	☐	☐	☐

73 Når du tenker på hvordan du har det for tida, er du stort sett fornøyd med tilværelsen eller er du stort sett misfornøyd? (Sett ett kryss)

Svært fornøyd	☐
Meget fornøyd	☐
Ganske fornøyd	☐
Både/og	☐
Nokså misfornøyd	☐
Meget misfornøyd	☐
Svært misfornøyd	☐

72 Alt i alt, i hvilken grad opplever du at det du gjør i livet er meningsfylt? Oppgi svaret på en skala fra 0-10, der 0 betyr ikke meningsfylt i det hele tatt og 10 betyr svært meningsfylt.

0 Ikke meningsfylt i det hele tatt ☐

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

6 ☐

7 ☐

8 ☐

9 ☐

10 Svært meningsfylt ☐

36 Hvor mange ganger har du i løpet av de siste 6 måneder vært på/i:
 (Sett ett kryss per linje)

	Mer enn 3 ganger/ måned	1-3 ganger/ måned	1-6 ganger/ siste 6 måneder	Aldri
Museum, kunstutstilling	☐	☐	☐	☐
Konsert, teater, kino	☐	☐	☐	☐
Kirke, bedehus, moske, synagoge e.l.	☐	☐	☐	☐
Idrettsarrangement	☐	☐	☐	☐

37 Hvor mange ganger har du i løpet av de siste 6 måneder selv drevet med: (Sett ett kryss per linje)

	Mer enn 1 gang/ uke	1 gang/ uke	1-3 ganger/ måned	1-5 ganger/ siste 6 måneder	Aldri
Politisk aktivitet/ samfunnsdebatt	☐	☐	☐	☐	☐
Foreningsvirksomhet	☐	☐	☐	☐	☐
Musikk, sang, teater	☐	☐	☐	☐	☐
Menighetsarbeid	☐	☐	☐	☐	☐
Friluftsliv	☐	☐	☐	☐	☐
Dans	☐	☐	☐	☐	☐
Trening, idrett	☐	☐	☐	☐	☐

34 I hvilken grad trives du i nærmiljøet ditt?

I stor grad ☐

I noen grad ☐

I liten grad ☐

Ikke i det hele tatt ☐

35 I hvilken grad føler du deg trygg i nærmiljøet ditt?

I stor grad ☐

I noen grad ☐

I liten grad ☐

Ikke i det hele tatt ☐

29 Bor du sammen med noen? (Flere kryss mulig)

☒ Nei, jeg bor alene

☐ Ja, ektefelle/samboer/partner

☐ Ja, andre personer 18 år eller eldre: ▼

HVIS JA: Hvor mange andre over 18 år? Antall

☐ Ja, barn under 18 år: ▼

HVIS JA: Hvor mange barn under 18 år? Antall

Figur 2 Spørsmål og koding av spørsmål fra HUNT4-spørreundersøkelsen som er fremstilt i rapporten.

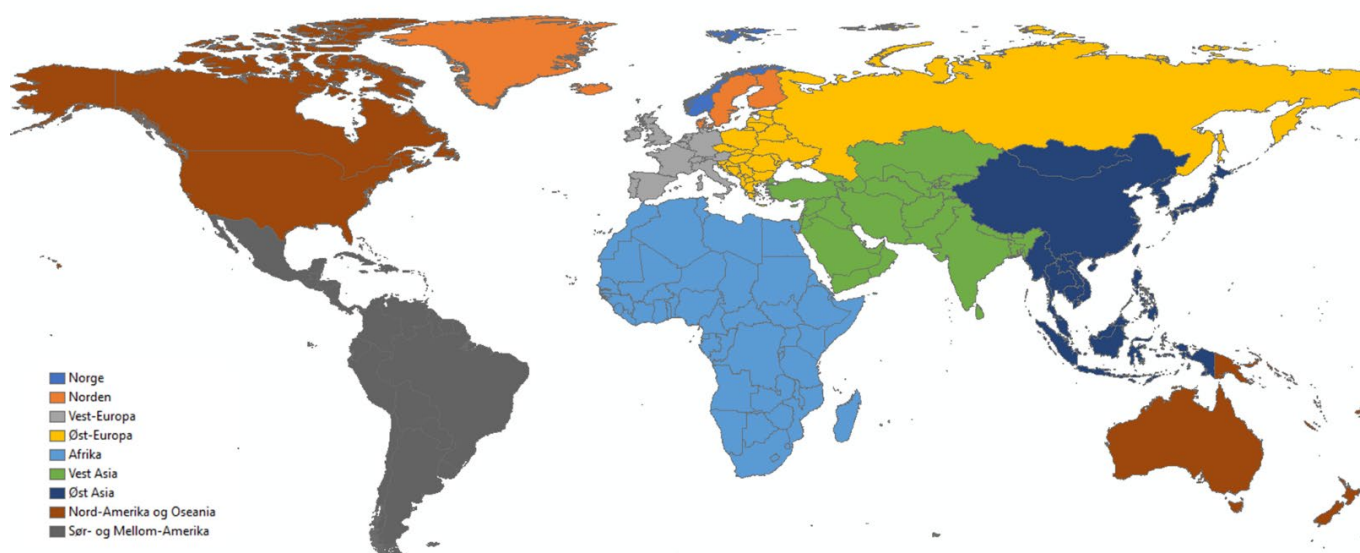
2.3 Utvalg

Resultatene er basert på alle voksne som deltok i HUNT4 i Nord- og Sør-Trøndelag, inkludert deltakere fra HUNT4 Trondheim 70+. For at resultatene skal gi et godt bilde av helsesituasjonen i hele befolkningen, også hos de som ikke deltok, er det viktig å vite om det er noen systematiske forskjeller mellom deltakere og de som ikke deltok. En nylig publikasjon viser at det, generelt sett, er grunn til å anta at deltakerne er representative for hele befolkningen [14].

2.4 Klassifisering av landbakgrunn i regioner og etter inntektsnivå

Opplysninger om landbakgrunn er hentet fra folkeregisteret og er basert på en definisjon av innvandrere som en person som er «innvandrere, eller er norskfødt med innvandrerforeldre». Basert på landbakgrunn er deltakerne klassifisert i ulike geografiske regioner (figur 3). Norge representerer

en egen gruppe og Norden, utenom Norge, er en egen region. Sør og Mellom-Amerika er en egen region, mens Nord-Amerika og Oseania er slått sammen som en egen region. Videre er Europa delt i øst og vest, og det samme er gjort med Asia. Afrika er også en egen region. Inndelingen er gjort på denne måten for å få sammenhengende geografiske områder og/eller kulturelt like grupper. I tillegg har vi måttet ta hensyn til at regionene er store nok for å få tilstrekkelig antall deltakere.

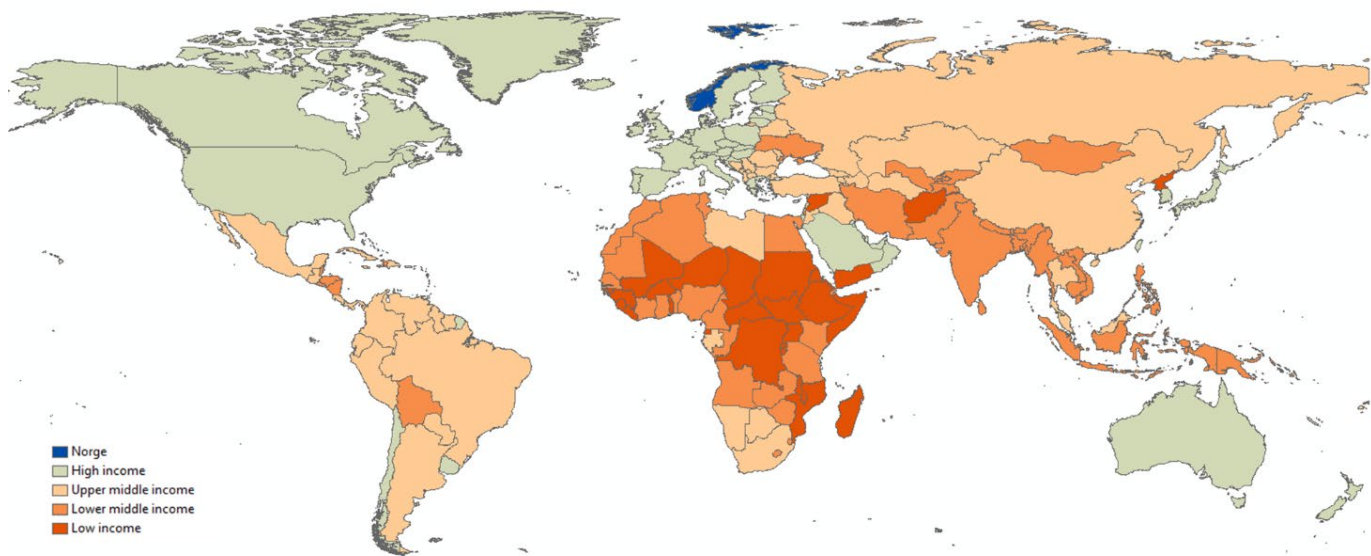


Figur 3 Kart med oversikt over hvilke land som inngår i regioninndelingen i rapporten

En inndeling av landbakgrunn etter inntektsnivå er også utført der alle verdens land er plassert i 4 grupper fra lav- til høyinntektsland (figur 4). Denne klassifiseringen er basert på verdensbankens inndeling⁴⁵ og vi har skilt ut Norge som en egen gruppe. Hensikten med denne inndelingen av land er å si noe om velferdsnivået i landet man kom fra eller landet foreldrene kom fra.

⁴ <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>

⁵ Verdensbanken beregner GNI (brutto nasjonalinntekt). Lavinntektsland er land som har en GNI per innbygger på \$1,045 eller mindre i år 2020. Lav-middelinntektsland har en GNI mellom \$1,046 and \$4,095, høy-middelinntektsland har GNI mellom \$4,096 og \$12,695. Høyinntektsland har en GNI per innbygger på \$12,696 eller mer.



Figur 4 Kart over land fordelt på inntektsnivå etter verdensbankens inndeling av høy- og lavinntektsland per 2022.

2.5 Analyser

Tallene som presenteres formidles ved hjelp av figurer som viser andeler av befolkningen som oppgir et bestemt svar fra undersøkelsen og andelen er aldersstandardiserte⁶. Aldersstandardisering korrigerer for at de ulike gruppene har ulik alderssammensetning. Usikkerhetsmarginer (konfidensintervaller) fremgår ikke i figurene, men kan finnes i web-vedlegg til rapporten (regneark).

2.6 Verdien av egenrapporterte svar om helse og levekår

Denne rapporten beskriver innbyggernes egenrapporterte helse- og levekårsopplysninger, altså subjektive svar på spørsmålene som er stilt. Når man sammenlikner svarene på disse spørsmålene mellom grupper i samfunnet, kan det av og til oppstå tolkningsproblemer. For eksempel vil en sammenlikning av selvrapportert helse i ulike aldergrupper ofte vise at det er en større andel som rapporterer dårlig helse blant de yngre enn det man objektivt sett skulle forvente, mens det kan være motsatt blant de eldre, altså at det er en lavere andel enn det man objektivt sett skulle forvente. Dette kan skyldes at vi har ulike normer og forventninger til helsa vår igjennom livet. Denne typen utfordring er også til stede når vi sammenlikner helse i ulike grupper basert på landbakgrunn. Hvordan man fortolker et enkelt spørsmål om egenvurdert helse, kan også være kulturelt betinget slik flere studier har vist [15].

2.7 Tolkning

Tallene som presenteres er i utgangspunktet enkle å forholde seg til fordi de viser prosentandeler som har rapportert et spesifikt svar på spørsmålene som presenteres. Det er imidlertid viktig å være klar over at befolkningsundersøkelser som HUNT4 viser et øyeblikksbilde (tverrsnitt) av situasjonen ved undersøkelsestidspunktet. Dette betyr at det som hovedregel ikke er mulig å si noe sikkert om hvilke faktorer som er årsak og virkning i de sammenhengene vi beskriver. I mange tilfeller vil det være snakk om komplekse årsaksforhold og gjensidig påvirkning mellom de aktuelle faktorene. Som nevnt i avsnitt 2.5 er tallene i rapporten standardisert i forhold til alderssammensetningen i Norges

⁶ Direkte metode med Norges befolkning 1. januar år 2020 som standardbefolkning.

befolkning. Dette betyr at forskjeller i forekomst ikke skyldes at gruppene har ulik alderssammensetning.

Det er også viktig å understreke at prosentandelene som presenteres, er gjennomsnitt for grupper. Innenfor alle grupper vil det kunne være stor variasjon. Hvis for eksempel 25 % av alle menn med norsk bakgrunn sier de er ensomme mens 30 % av alle østeuropeiske menn sier det samme, så vil det i begge gruppene være et klart flertall som ikke føler seg ensomme. Dette kan virke selvsagt, men i formidlingen blir dette av og til fremstilt som om «østeuropeiske menn er mer ensomme enn norske menn». Formidlingen blir altså misvisende, og en mer korrekt beskrivelse vil være at «en høyere andel føler seg ensomme blant østeuropeiske menn enn blant norske menn». Budskapet å ta med seg er altså at det ofte er stor variasjon innad i alle grupper.

3. Deltakelse i HUNT4 etter landbakgrunn og inntektsnivå

Tabell 1 viser deltakelsen i HUNT4 etter landbakgrunn og kjønn. Totalt ble 356 009 innbyggere invitert hvorav 163 591 deltok⁷. Samlet deltok 46 % av alle innbyggerne, men det var en betydelig høyere andel som deltok blant kvinner (52 %) enn blant menn (40 %). For begge kjønn samlet så varierer deltakelsen betydelig etter landbakgrunn. De som har norsk landbakgrunn hadde en deltakelse på 49 %, mens de med østeuropeisk bakgrunn og de med vestasiatisk bakgrunn hadde en deltakelse på godt under 20 %. Østeuropeiske menn hadde svært lav deltakelse, under 10 %. I den alternative inndeling etter inntektsnivå (tabell 2) var det også en betydelig forskjell i andel deltakere mellom gruppene. Utover den norske andelen, var det her høyest andel deltakere fra høyinntektsland (33 % samlet for begge kjønn) og lavest andel deltakere fra lavinntektsland (20 %).

Tabell 1 Deltakelse etter kjønn og landbakgrunn i HUNT4. Antall og prosentandel av inviterte.

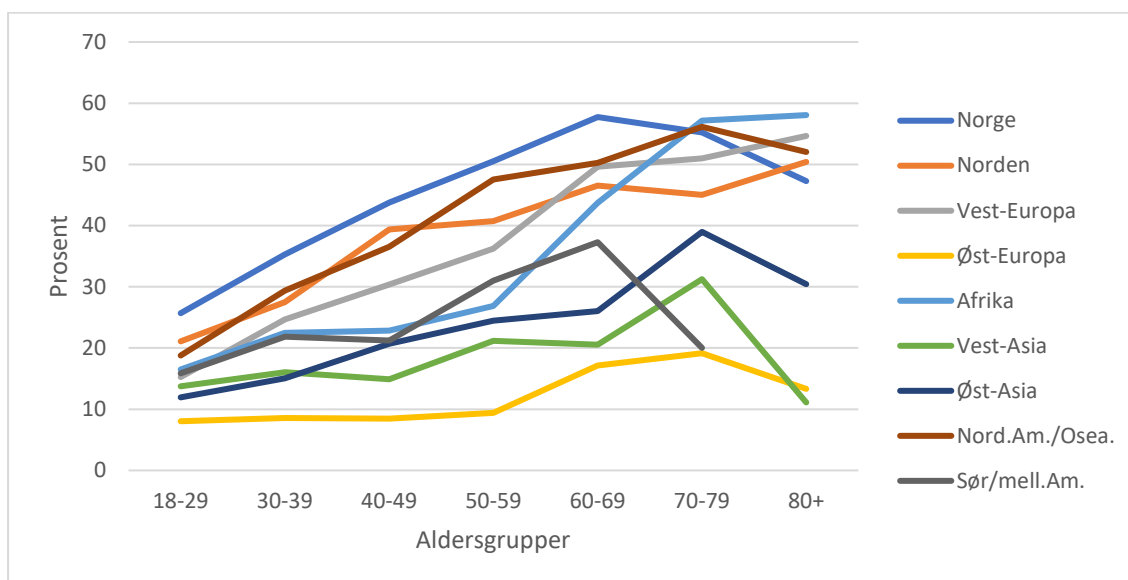
	Kvinner			Menn			Begge kjønn		
	Invitert	Deltatt	Deltatt (%)	Invitert	Deltatt	Deltatt (%)	Invitert	Deltatt	Deltatt (%)
Norge	149,784	82,561	55.1	151,336	65,684	43.4	301,120	148,245	49.2
Norden	5,449	2,737	50.2	5,305	1,953	36.8	10,754	4,690	43.6
Vest-Europa	3,733	1,728	46.3	4,156	1,287	31.0	7,889	3,015	38.2
Øst-Europa	5,766	1,302	22.6	7,785	705	9.1	13,551	2,007	14.8
Afrika	2,557	652	25.5	3,127	725	23.2	5,684	1,377	24.2
Vest-Asia	3,064	613	20.0	4,074	656	16.1	7,138	1,269	17.8
Øst-Asia	3,686	927	25.2	1,502	277	18.4	5,188	1,204	23.2
Nord Am./Osea.	1,523	745	48.9	1,492	587	39.3	3,015	1,332	44.2
Sør/Mellom Am.	955	294	30.8	715	158	22.1	1,670	452	27.1
Total/gj.snitt	176,517	91,559	51.9	179,492	72,032	40.1	356,009	163,591	46.0

Tabell 2 Deltakelse etter kjønn og inntektsgruppe i HUNT4. Antall og prosentandel av inviterte.

⁷ Disse tallene er basert på innbyggerne som har gyldige opplysninger om landbakgrunn.

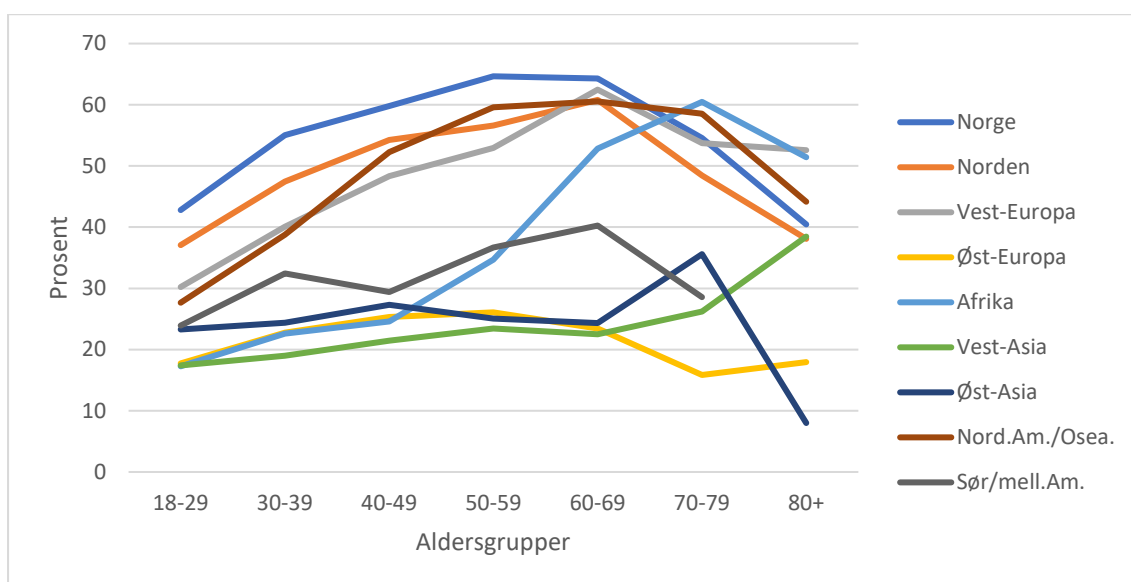
	Kvinner			Menn			Begge kjønn		
	Invitert	Deltatt	Deltatt (%)	Invitert	Deltatt	Deltatt (%)	Invitert	Deltatt	Deltatt (%)
Norge	149,784	82,561	55.1	151,336	65,684	43.4	301,120	148,245	49.2
Høy-inntekt	15,220	6,285	41.3	17,887	4,485	25.1	33,107	10,770	32.5
Høy-middel	5,461	1,264	23.2	3,979	625	15.7	9,440	1,889	20.0
Lav-middel	3,592	942	26.2	2,472	499	20.2	6,064	1,441	23.8
Lav-inntekt	2,460	507	20.6	3,814	737	19.3	6,274	1,244	19.8
Total/gj.snitt	176,517	91,559	51.9	179,488	72,030	40.1	356,005	163,589	46.0

Figur 5 viser andelen som deltok i HUNT4 etter landbakgrunn og alder for menn. Det var en generell tendens til høyere deltakelse med økende alder opp til 60 til 70 års alder for deretter igjen å synke. Høyest deltakelse blant menn finner vi i aldersgruppen 60 til 69 år med norsk bakgrunn. Desidert lavest deltakelse var det blant østeuropeiske menn hvor godt under 10 % deltok i aldersintervallet 18 til 59 år. Deltakelsen var andelsmessig gjennomgående høyest blant menn med norsk bakgrunn, med unntak av de to eldste aldersgruppene.



Figur 5 Deltakelse (andel av inviterte) etter landbakgrunn og alder i HUNT4. Menn.

Figur 6 viser andelen som deltok i HUNT4 etter landbakgrunn og alder for kvinner. Den generelle tendensen er i likhet med menn en økende deltakelse med alder frem til cirka 60-70 års alder hvorefter den avtar. Deltakelsen er også her gjennomgående høyest blant kvinner med norsk bakgrunn uavhengig av aldersgruppene, etterfulgt av kvinner med bakgrunn fra Norden eller Nord-Amerika/Oseania. Lavest deltakelse finner vi blant kvinner med bakgrunn fra Vest-Asia og Øst-Europa.



Figur 6 Deltakelse (andel av inviterte) etter landbakgrunn og alder i HUNT4. Kvinner.

4. Helse og påvirkningsfaktorer på helse etter landbakgrunn og inntektsnivå

Dette kapitlet viser resultater for ulike mål på helse, og påvirkningsfaktorer på helse, etter landbakgrunn og inntektsnivå.

Selvopplevd helse

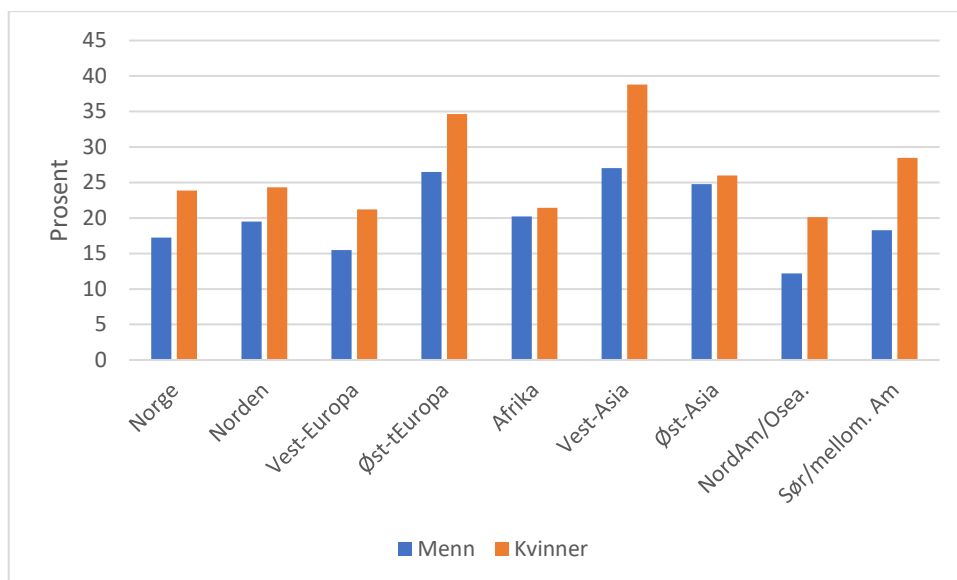
Selvopplevd helse er et mye brukt mål på helse og sykелighet i befolkningsundersøkelser og figur 7 viser andelen kvinner og menn som rapporterte dårlig selvopplevd helse etter landbakgrunn.

Totalt oppga 24 % av kvinnene og 18 % av mennene dårlig eller ikke helt god selvopplevd helse⁸. At en større andel kvinner rapporterte dårlig eller ikke helt god selvopplevd helse enn menn er et vanlig funn i helseundersøkelser og er også vist i tidligere HUNT-undersøkelser [16]. Som vist i figur 7, er det noe variasjon mellom landbakgrunn for både kvinner og menn. Lavest andel med dårlig eller ikke

⁸ Dette er en noe lavere andel enn det som ble oppgitt i Helsestatistikk-rapport nr. 2. Utvalgene som rapportene bygger på er litt forskjellig fordi det i tiden mellom rapportene ble inkludert deltakere fra undersøkelsen HUNT4 Trondheim 70+.

helt god selvopplevd helse for både kvinner og menn finner vi blant personer fra Nord-Amerika/Oseania og høyest andel blant personer med bakgrunn fra Vest-Asia.

Blant personer med utenlandsk bakgrunn er det personer med bakgrunn fra land med høyest inntektsnivå som skårer best når det gjelder selvopplevd helse. Personer med bakgrunn fra land med middels høyt inntektsnivå scorer tilsvarende dårligst (vedleggsfigur 1).



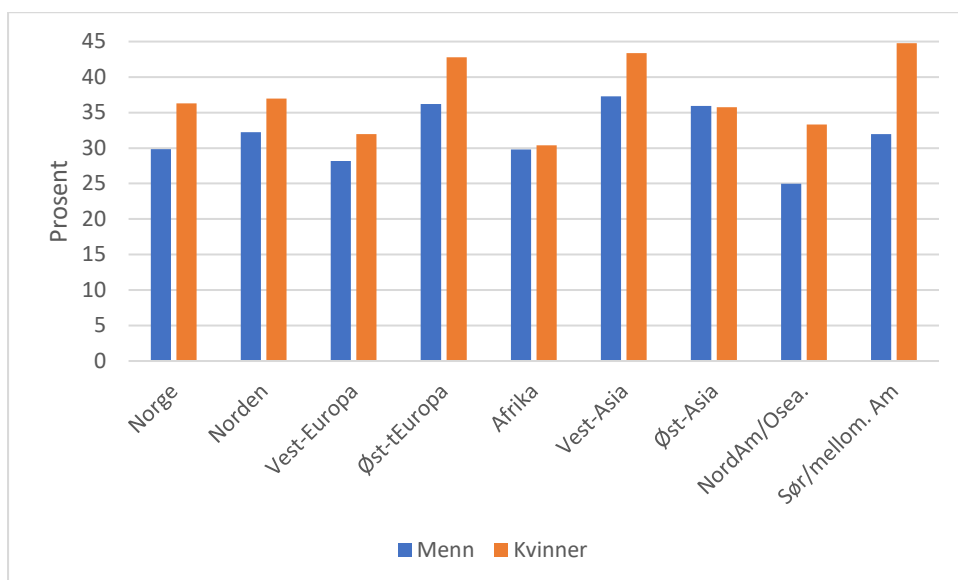
Figur 7 Prosentandel med dårlig eller ikke helt god selvopplevd helse for kvinner og menn etter landbakgrunn.

Langvarig begrensende sykdom

Et annet viktig helsemål i HUNT er spørsmålet om langvarig begrensende sykdom. Dette spørsmålet er brukt i mange liknende undersøkelser internasjonalt [17]. Blant alle kvinner i fylket er det 36 % som oppgir langvarig begrensende sykdom, mens hos menn er andelen 31 %⁹. Blant kvinner er andelen lavest for personer med bakgrunn fra land i Afrika og Vest-Europa og høyest blant personer fra Sør- og Mellom-Amerika. For menn er andelen lavest for personer fra Nord-Amerika/Oseania og høyest blant personer med bakgrunn fra Vest-Asia (figur 8).

Det er relativt liten forskjell i andel som oppgir langvarig begrensende sykdom når vi sammenligner personer fra land med ulikt inntektsnivå. Blant personer med bakgrunn fra land med middels høyt inntektsnivå oppgir likevel noe høyere andel langvarig begrensende sykdom (vedleggsfigur 2).

⁹ Se note 8.

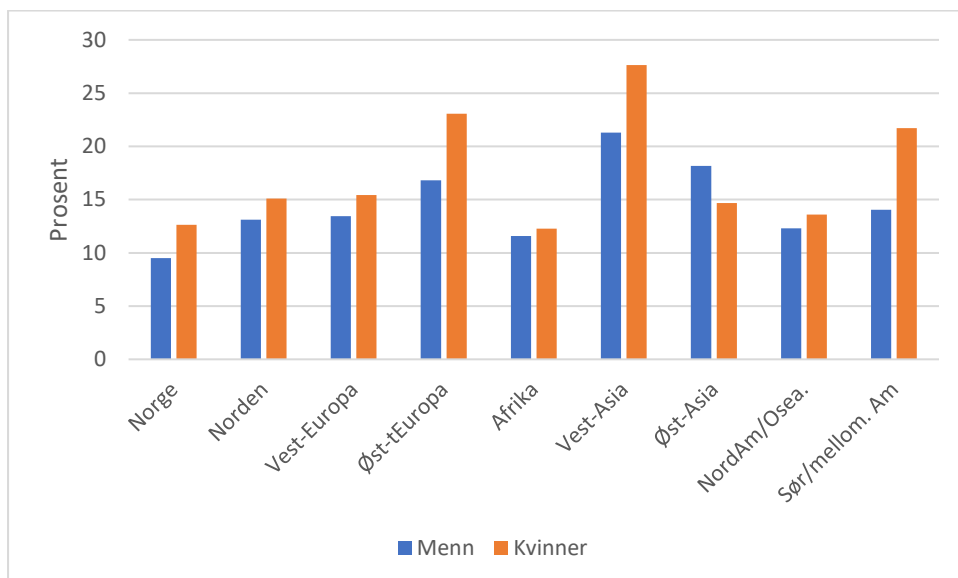


Figur 8 Prosentandel med langvarig begrensende sykdom for kvinner og menn etter landbakgrunn.

Psykisk helse

Andelen som oppgir moderat til høyt symptomtrykk fra psykiske helseplager siste to uker (CONOR mental health index $\geq 2,15$) er 13 % for kvinner og 10 % for menn samlet sett. Det er forholdsvis store forskjeller når vi sammenligner personer med ulik landbakgrunn. For kvinner er andelen lavest blant personer med bakgrunn fra land i Afrika (12%). Blant menn er andelen lavest blant personer med norsk bakgrunn (10 %). Høyest andel oppgis blant personer med bakgrunn fra land i Vest-Asia (figur 9).

Blant personer med utenlandsk bakgrunn er det lavest andel som oppgir psykiske helseplager blant personer med bakgrunn fra land med høyest inntektsnivå for menn og fra land med lavest inntektsnivå for kvinner. Størst andel for begge kjønn oppgir personer fra land med middels høyt inntektsnivå (vedleggsfigur 3).

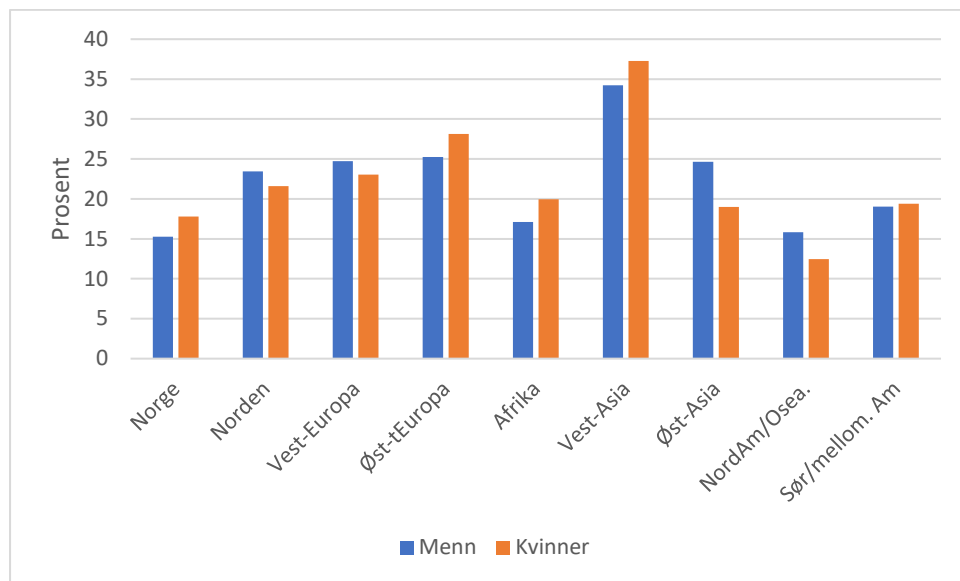


Figur 9 Andel innbyggere som rapporterer moderat eller høyt nivå av psykiske helseplager siste to uker før undersøkelsen (CONOR mental health index $\geq 2,15$). Kvinner og menn etter landbakgrunn.

Livskvalitet

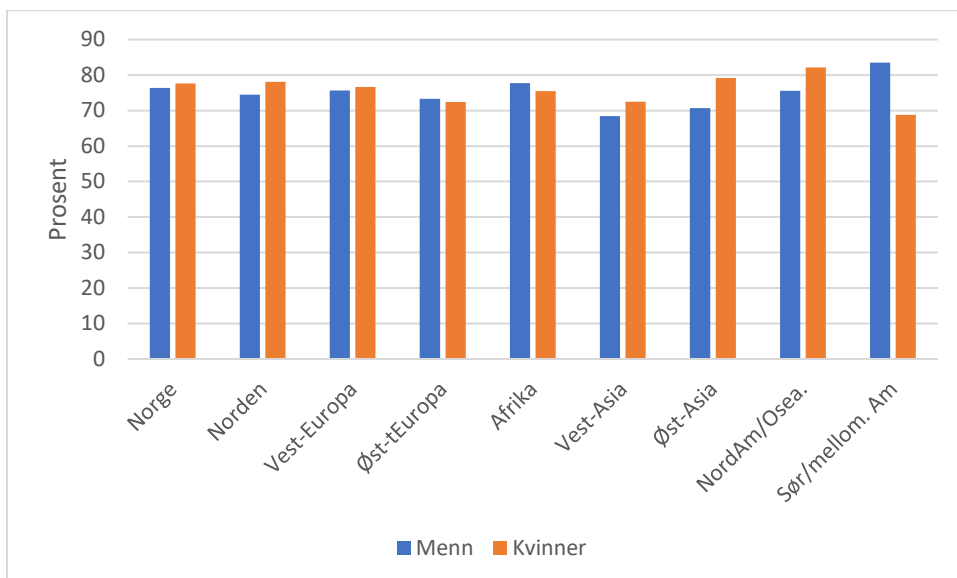
Andelen som oppgir at de er misfornøyde med livet, en indikator på dårlig livskvalitet, er 16 % blant menn og 18 % blant kvinner. Andelen varierer mye etter landbakgrunn (figur 10). Blant kvinner er andelen lavest i gruppa med bakgrunn fra land i Nord-Amerika/Oseania. Blant menn er andelen lavest i gruppa med norsk bakgrunn og med bakgrunn fra Nord-Amerika/Oseania. Andelen er høyest blant personer med bakgrunn fra land i Vest-Asia.

Blant personer med utenlandsk bakgrunn er det lavest andel som oppgir å ha dårlig livskvalitet blant personer fra land med høyt inntektsnivå. For kvinner er andelen høyest for bakgrunn fra lav-middel inntektsland. For menn er andelen høyest for land med middels høyt inntektsnivå (vedleggsfigur 4).



Figur 10 Prosentandel med dårlig livskvalitet for kvinner og menn etter landbakgrunn.

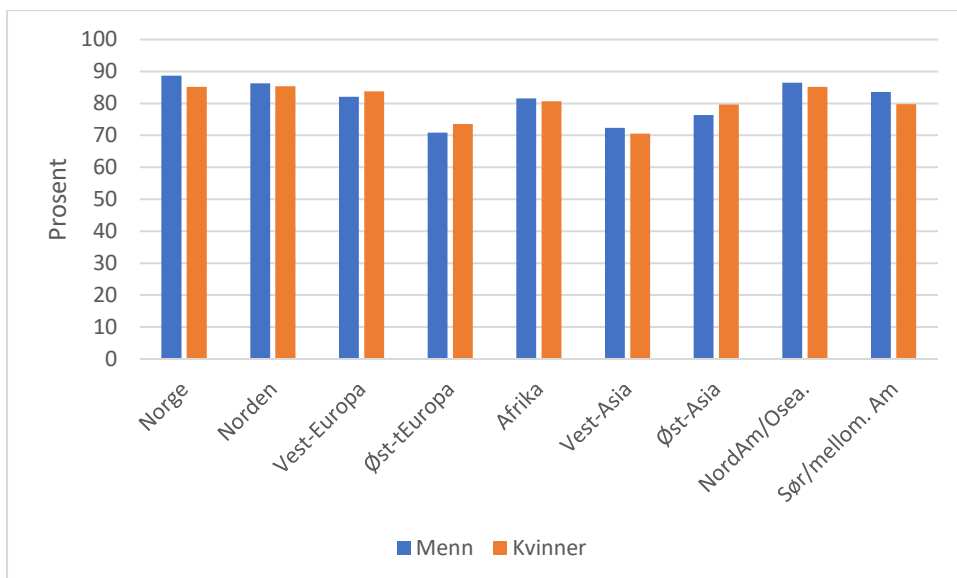
På spørsmål om «det du gjør i livet er meningsfullt» svarer om lag 3 av 4 innbyggere (78 % av kvinner og 76 % av menn) bekreftende på dette spørsmålet (det vil si at de svarer 7 eller mer på en skal fra 1 til 10, der 10 betyr svært meningsfullt). For kvinner er andelen høyest i gruppa med bakgrunn fra land i Nord-Amerika/Oseania. For menn er andelen høyest i gruppa med bakgrunn fra Sør- og Mellom-Amerika (figur 11). Forskjellene er relativt små både ved sammenligning etter landbakgrunn og etter inntektsnivå. Andelen er likevel litt lavere blant personer fra land med lavest inntektsnivå (vedleggsfigur 5).



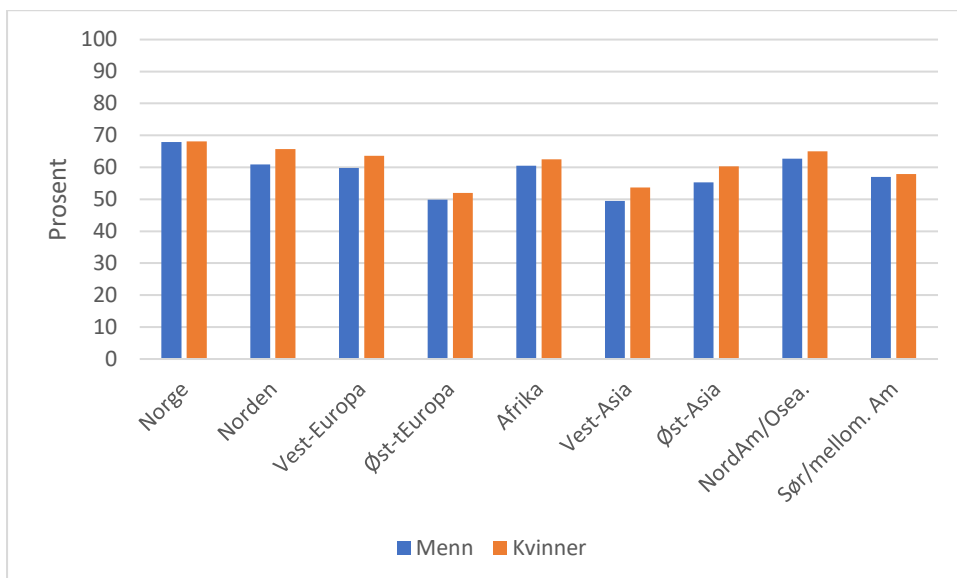
Figur 11 Prosentandel som sier at livet er meningsfullt for kvinner og menn etter landbakgrunn. Innbyggere i Sør-Trøndelag.

Nærmiljø

Figur 12 viser andelen menn og kvinner som i stor grad føler seg trygge i nærmiljøet sitt, fordelt etter landbakgrunn. Samlet oppgir 88 % av alle menn og 85 % av alle kvinner at de i stor grad føler seg trygge. Det er lavest andel som oppgir å føle seg trygge blant personer med bakgrunn fra land i Øst-Europa og Vest-Asia. Andelen er høyest for personer med bakgrunn fra Norge, andre nordiske land og fra Nord-Amerika/Oseania. 2 av 3 oppgir at de i stor grad trives i nærmiljøet sitt. Andelen er høyest for personer med norsk landbakgrunn og minst blant personer med bakgrunn fra land i Øst-Europa og Vest-Asia (figur 13). Andel som oppgir trygghet og trivsel i nærmiljøet er høyest for personer med bakgrunn fra land med høyest inntektsnivå (vedleggsfigur 6 og 7).



Figur 12 Prosentandel som føler seg trygg i nærmiljøet for kvinner og menn etter landbakgrunn.

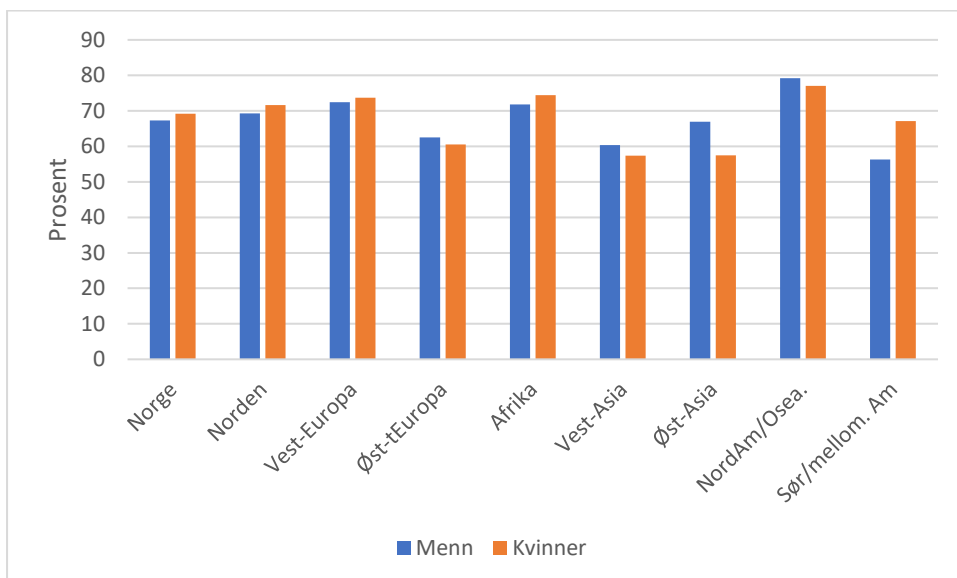


Figur 13 Prosentandel som trives i nærmiljøet for kvinner og menn etter landbakgrunn.

Samfunnsdeltagelse

Figur 14 viser andeler som i gjennomsnitt har besøkt eller deltatt aktivt i én eller flere arenaer tilsvarende 2 ganger ukentlig eller oftere det siste halvåret, fordelt etter kjønn og landbakgrunn. Samlet sett oppgir 69 % av kvinner og 67 % av menn at de deltar aktivt eller som publikum på én eller flere arenaer så hyppig at det tilsvarer minst 2 ganger per uke i gjennomsnitt. Andelen er høyest for kvinner og menn med bakgrunn fra Nord-Amerika/Oseania. Blant menn er andelen lavest i gruppa med bakgrunn fra land i Sør- og Mellom-Amerika. Blant kvinner er andelen lavest for gruppa med bakgrunn fra Vest-Asia og Øst-Asia.

Vedleggsfigur 8 viser at deltagelsen i aktiviteter er høyest blant personer med bakgrunn fra land fra det høyeste og laveste inntektsnivået. Lavest deltagelse er det fra personer med bakgrunn fra land med middels høyt inntektsnivå.



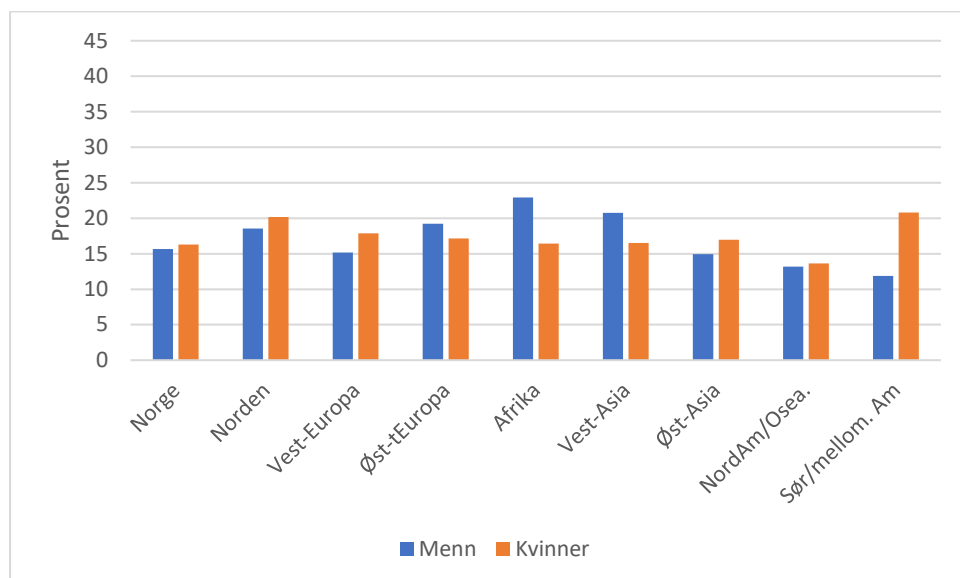
Figur 14 Prosentandel som rapporterer at de ofte (2 ganger ukentlig eller oftere det siste halvåret) besøker eller deltar på aktiviteter for kvinner og menn etter landbakgrunn.

Andel som bor alene og andel ensomme

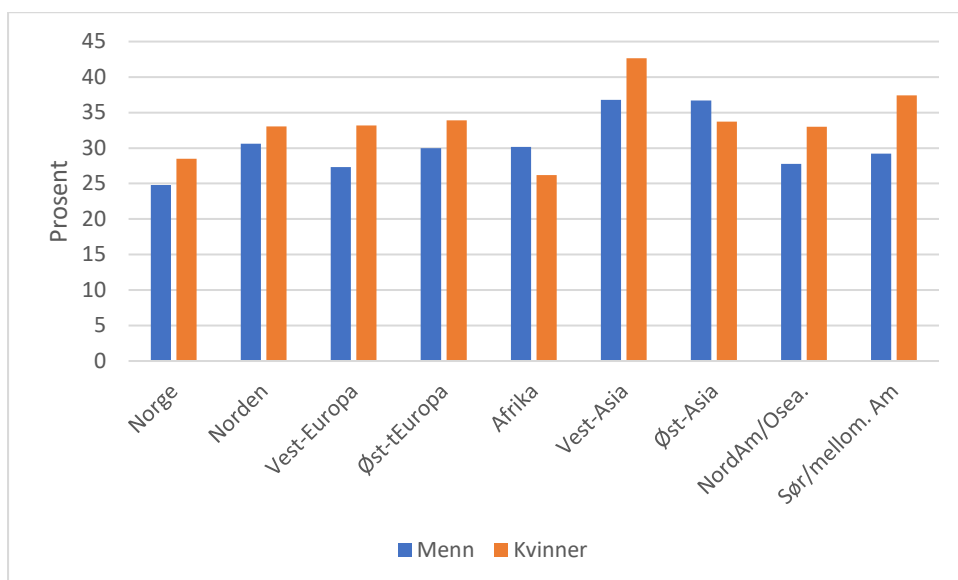
I alt oppgir 16 % av både menn og kvinner at de bor alene. Andelen menn som oppgir at de bor alene er størst for personer med bakgrunn fra land i Afrika (23 %) og Vest-Asia (21 %). Blant kvinner er andelen størst for gruppa med bakgrunn fra land i Sør- og Mellom-Amerika (21 %) og Norden utenom Norge (20 %). Blant menn oppgir høyest andel med bakgrunn fra land med lavest inntektsnivå at de bor alene. Blant kvinner er andelen høyest blant personer fra land med høyest inntektsnivå.

På spørsmålet om man bor alene (figur 15) skiller resultatene for personer fra Sør- og Mellom-Amerika seg fra de øvrige regionene, spesielt i forskjellen i andeler mellom kjønnene. Som vist i tabell 1 er dette regionen med lavest deltagelse. På grunn av lav svarprosent og risiko for systematiske skjevheter i utvalget må forskjellene tolkes med varsomhet.

I alt 25 % av menn og 29 % av kvinner har følt seg ensomme i løpet av de siste to ukene (figur 16). Blant kvinner er det høyest andel som oppgir at de har følt seg ensomme i gruppa med bakgrunn fra land i Vest-Asia (43 %) og Sør- og Mellom-Amerika (37 %). Blant menn er andelen høyest for Vest-Asia (37 %) og Øst-Asia (37 %). For kvinner er det lavest andel som oppgir at de har følt seg ensomme med landbakgrunn i afrikanske land (26 %). For menn er andelen lavest for personer med norsk bakgrunn (25 %). Blant menn er andelen som oppgir at de er ensomme høyest for personer med bakgrunn fra land med lavest inntektsnivå og minst fra land med høyest inntektsnivå. Blant kvinner er andelen lavest for land med lavest inntektsnivå og størst for land med middels høyt inntektsnivå (Vedleggsfigur 9 og 10).



Figur 15 Prosentandel som bor alene blant kvinner og menn etter landbakgrunn.



Figur 16 Prosentandel som føler seg ensomme blant kvinner og menn etter landbakgrunn.

5. Mulige begrensninger ved resultatene som er presentert

For denne rapporten som omhandler innvandrers helse er det viktig å påpeke mulige begrensninger med datamaterialet i HUNT: Alle spørreskjema som ble utsendt til innbyggerne i Trøndelag eksisterte kun på norsk, de var altså ikke oversatt til andre språk. Det betyr at de som ikke hadde tilstrekkelige ferdigheter i norsk heller ikke kunne delta. Dette gjør at resultatene som presenteres kan gi et skjevt bilde av helsesituasjonen blant innvandrere samlet sett, og særlig blant innvandrere som har bodd kort tid i landet eller av andre årsaker har begrensede ferdigheter i norsk.

Som vi også har vist så var deltakelsen lav i noen innvandrergupper. Lav deltakelse kan være en indikasjon på seleksjonsskjevhet (også kalt seleksjonsfeil) og er en feilkilde som oppstår dersom deltakerne ikke er representative for studiepopulasjonen. Selv om det generelt sett er liten grunn til å frykte seleksjonsskjevhet i datamaterialet fra HUNT4 så kan vi ikke utelukke at dette kan ha betydning for sammenlikningene som er gjort i denne rapporten.

Det bør også nevnes at vi kan ha ulike normer og forventninger til helse vår og at dette kan variere med kjennetegn ved deltakerne. Vi kan for eksempel ha ulike preferanser eller vurderinger basert på alder, kjønn, sosial bakgrunn m.m. Denne typen utfordring er også til stede når vi sammenlikner helse i ulike grupper basert på landbakgrunn. Hvordan man fortolker et enkelt spørsmål om selvopplevd helse, kan være slik flere studier har vist, kulturelt betinget [15].

6. Oppsummering

Denne rapporten hadde to overordnede formål. Det ene var å beskrive deltakelsen i HUNT4 undersøkelsen etter landbakgrunn. Det andre var å presentere helse, og påvirkningsfaktorer på helse, etter landbakgrunn.

Vi fant at deltakelsen etter landbakgrunn varierte betydelig. Mens det for begge kjønn samlet var en deltakelse på nær 50 % blant de med norsk bakgrunn, var tilsvarende andel blant østeuropeere 15 % og blant vestasiater 18 %. Deltakelsen var særlig lav blant østeuropeiske menn, kun 9 % av de inviterte deltok. Deltakelse etter alder og landbakgrunn viser lav deltakelse i de yngste aldersgruppene uavhengig av landbakgrunn og dette gjelder særlig hos menn.

Når vi ser på ulike helsemål etter landbakgrunn, så varierer disse betydelig for både kvinner og menn. Andelen menn med dårlig egenvurdert helse fra Vest-Asia var over dobbelt så høy sammenliknet med menn fra Nord-Amerika/Oseania. Det var nesten tilsvarende forhold for kvinner etter samme landbakgrunn. For helsemålet langvarig begrensende sykdom var det lavest andel som rapporterte dette blant nordamerikanske menn og blant afrikanske kvinner. Høyest andel av psykiske helseplager ble rapportert blant vestasiatiske kvinner og menn. Dette fant vi også for målet på dårlig livskvalitet. Lavest andel med dårlig livskvalitet var det blant kvinner og menn fra Nord-Amerika/Oseania. Vi fant høye andeler som rapporterte at livet er meningsfullt og andelene varierte for begge kjønn fra cirka 70 til 80 % etter landbakgrunn.

På spørsmål om trygghet og trivsel i nærmiljøet var det også forskjeller etter landbakgrunn. Nær 90 % av norske menn rapporterte at de følte seg trygge i nærmiljøet, mens tilsvarende andeler for østeuropeiske og vestasiatiske menn var om lag 70 %. Andelen kvinner som trives i nærmiljøet varierte fra 50 % blant østeuropeiske kvinner til nær 70 % blant de med norsk bakgrunn. Samfunnsdeltakelsen var gjennomgående høyest blant de som hadde bakgrunn fra vestlige land (Norge, Norden, Vest-Europa og Nord-Amerika/Oseania). Andelen som rapporterte at de bor alene var høyest blant afrikanske menn og blant kvinner fra Sør- og Mellom-Amerika og Norden. På spørsmål om de føler seg ensomme var det særlig vestasiatiske kvinner og menn som rapporterte dette.

I sammenstillingen av helse og påvirkningsfaktorer på helse etter landenes inntektsnivå var situasjonen gjennomgående mest fordelaktig i Norge og i høyinntektsland. Det var imidlertid ikke en systematisk sammenheng mellom inntektsnivå og helse der helsen gradvis ble verre med synkende inntektsnivå. Blant de som hadde bakgrunn fra høy-middelinntektsland fant vi generelt høyest andel som rapporterte om en ufordelaktig helsesituasjon.

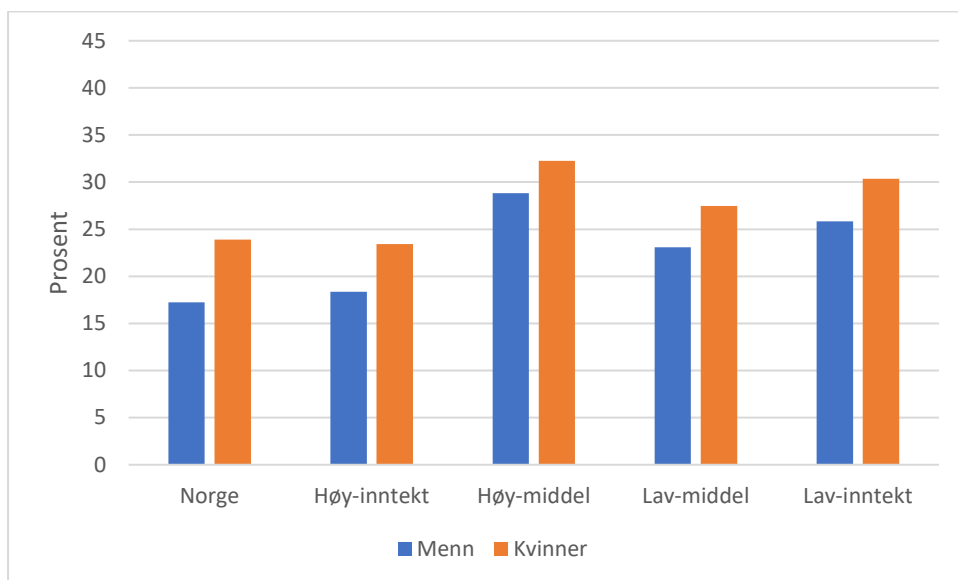
Deltakelsen i undersøkelsen varierte betydelig etter landbakgrunn. Noe av årsaken er som nevnt at spørreskjemaet kun ble sendt ut på norsk og ikke oversatt til andre språk. Når andelen med annen landbakgrunn enn norsk utgjør 20 % av befolkningen er det helt nødvendig at fremtidige helse- og levekårsundersøkelser oversetter spørreskjema til andre språk. Det vil være ressurskrevende, men avgjørende for påliteligheten til helseundersøkelsene.

Det er en uttalt politisk målsetting å utjevne sosiale helseforskjeller, herunder forskjeller mellom befolkningsgrupper som har ulik landbakgrunn. Som vist i denne rapporten er det enkelte befolkningsgrupper som har dårligere helse enn andre. Det er derfor nødvendig å fortsette arbeidet med å forebygge disse helseforskjellene.

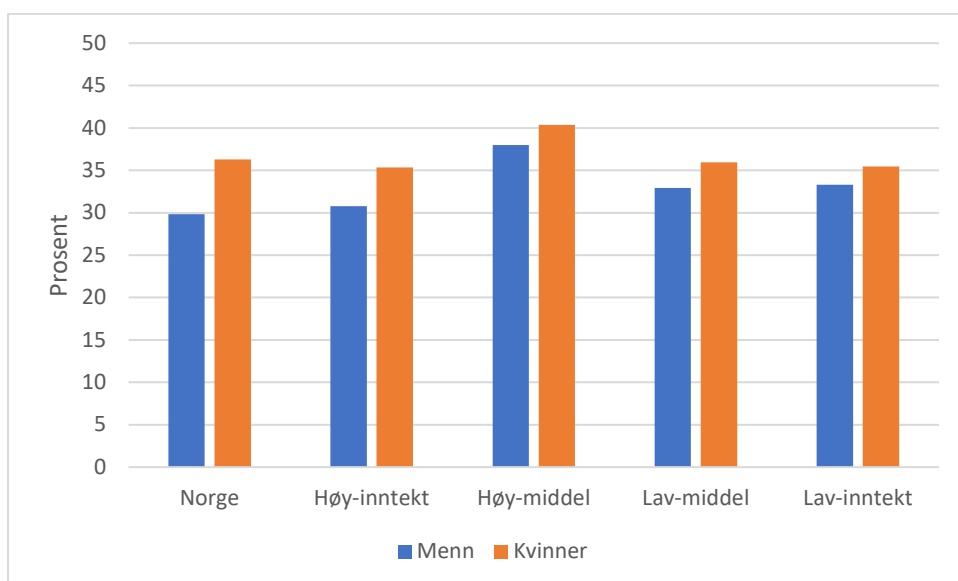
7. Referanser

1. Diaz, E., *En av oss? Migrasjon som helsedeterminant*, i *Sykdommers sosiale røtter*, Red, Editor^Editors. 2020, Gyldendal Norsk Forlag AS: Oslo.
2. Vrålstad, S. & K.S. Wiggen, *Levekår blant innvandrere i Norge 2016*. 2017, Statistisk sentralbyrå: Oslo.
3. Straiton, M., et al., *Helse i innvandrerbefolkningen*, in *Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-i-innvandrerbefolkningen>*. 2018.
4. Brantsæter, A.L., *Kunnskapsbasert folkehelsearbeid*, i C. Øverby, MK Torstveit & R. Høigaard (Red.), *Folkehelsearbeid*, Red, Editor^Editors. 2011, Høyskoleforlaget. p. 40-52.
5. Dahlgren, G. & M. Whitehead, *Policies and strategies to promote social equity in health*. 1991, Institute for futures studies: Stockholm.
6. Folkehelseinstituttet, *Helsetilstanden i Norge 2018. Folkehelse rapporten – kortversjon*. 2018.
7. Helsedirektoratet. *Veileder til systematisk folkehelsearbeid (<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/systematisk-folkehelsearbeid>)*. 2020.
8. Krokstad, S., et al., *Cohort Profile: the HUNT Study, Norway*. Int J Epidemiol, 2013. **42**(4): p. 968-77.
9. Sund, E.R.m.f., *Helse og kronisk sykdom i Trøndelag 2019. Helsestatistikkrapport nr. 2 fra HUNT4*. 2020, HUNT forskningssenter, NTNU.
10. Opdahl, S.m.f., *Samfunnsdeltakelse i Trøndelag 2019. Helsestatistikkrapport nr. 4 fra HUNT4*. 2020, HUNT forskningssenter, NTNU.
11. Heimburg, D.v.m.f., *Nærmiljø i Trøndelag 2019: trivsel, opplevd trygghet, tilgjengelighet til tjenester og nærmiljøressurser, og støy. Helsestatistikkrapport nr. 5 fra HUNT4*. 2020, HUNT forskningssenter, NTNU.
12. Krokstad, S.m.f., *Psykisk helse i Trøndelag 2019. Helsestatistikkrapport nr. 6 fra HUNT4*. 2021, HUNT forskningssenter, NTNU.
13. Rangul, V.m.f., *Sosiale relasjoner i Trøndelag 2019. Helsestatistikkrapport nr. 7 fra HUNT4*. 2021, HUNT forskningssenter, NTNU.
14. Asvold, B.O., et al., *Cohort Profile Update: The HUNT Study, Norway*. Int J Epidemiol, 2022.
15. Jurgens, H., *True health vs response styles: exploring cross-country differences in self-reported health*. Health Econ, 2007. **16**(2): p. 163-78.
16. Krokstad, S. & M. Knudtsen, *Folkehelse i endring. Helseundersøkelsen Nord-Trøndelag HUNT 1 (1984-86) – HUNT 2 (1995-97) – HUNT 3 (2006-08)*. 2011, HUNT forskningssenter, Institutt for samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, NTNU: Levanger.
17. Bowling, A. & S. Ebrahim, *Handbook of health research methods : investigation, measurement and analysis*. 2005, Maidenhead: Open University Press. X, 625 s.

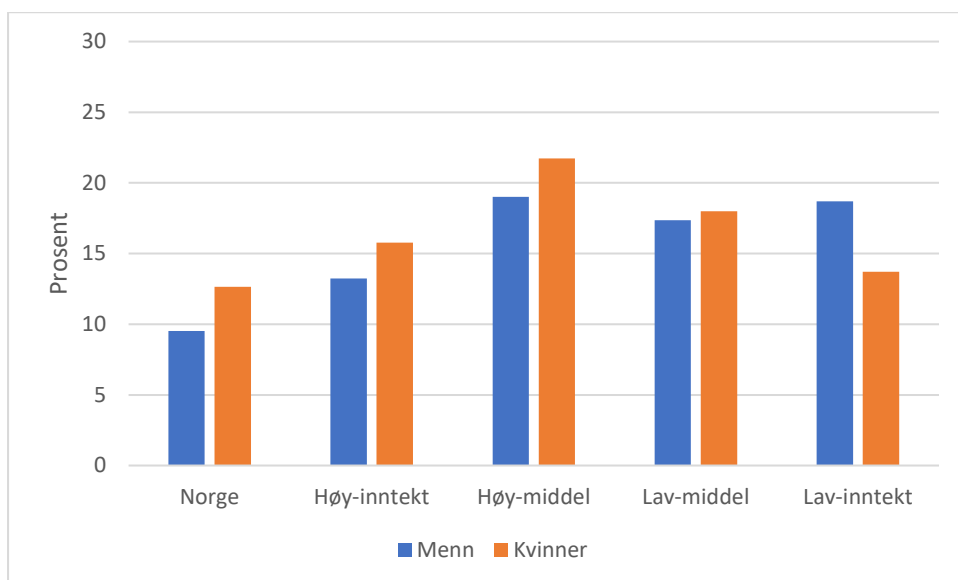
Vedlegg



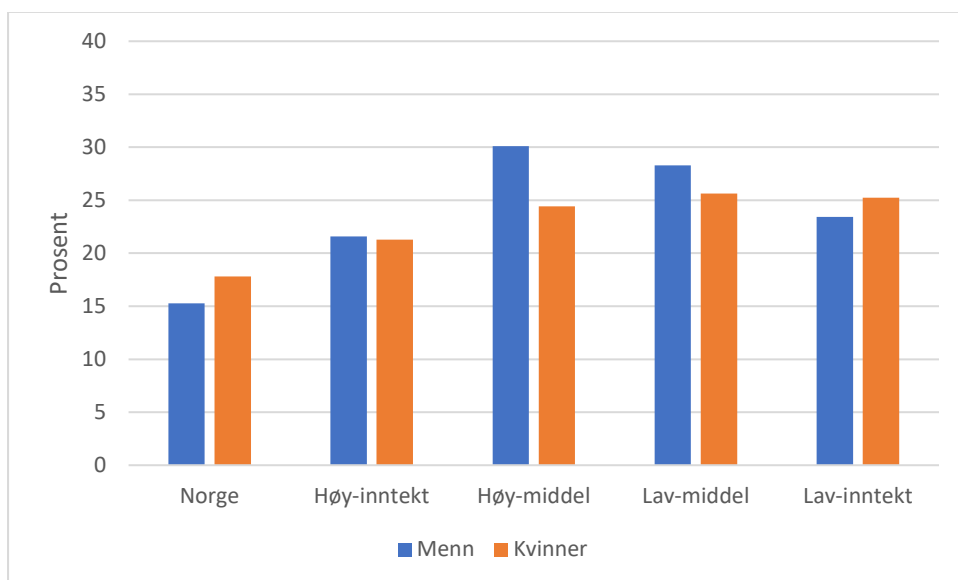
Vedleggsfigur 1 Prosentandel med dårlig eller ikke helt god selvopplevd helse for kvinner og menn etter landets inntektsnivå.



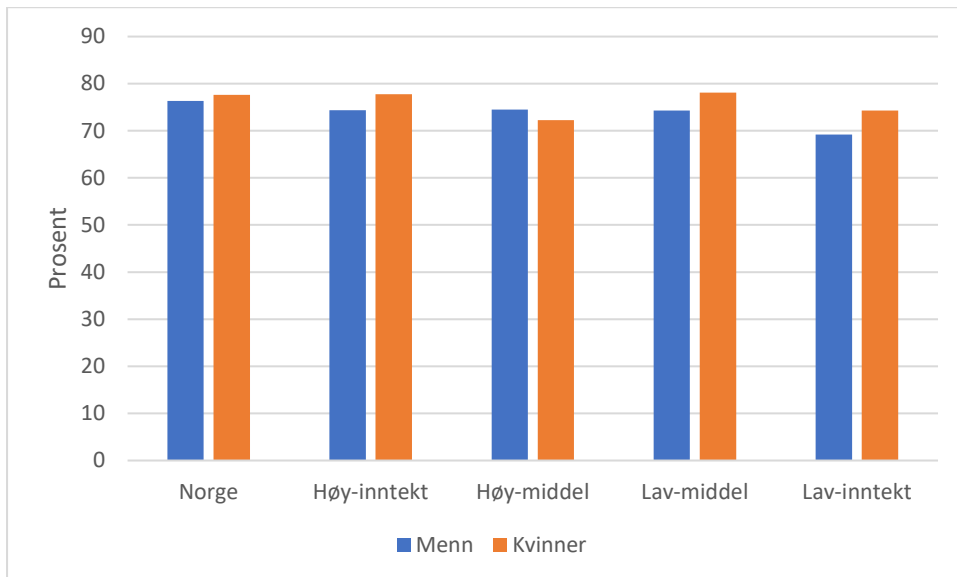
Vedleggsfigur 2 Prosentandel med langvarig begrensende sykdom for kvinner og menn etter landets inntektsnivå.



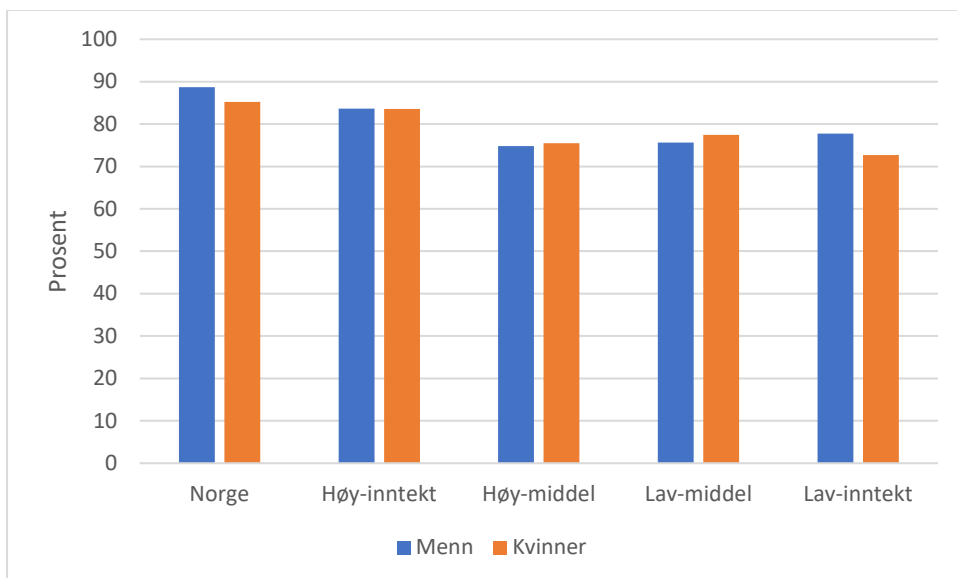
Vedleggsfigur 3 Andel innbyggere som rapporterer moderat eller høyt nivå av psykiske helseplager siste to uker før undersøkelsen (CONOR mental health index $\geq 2,15$). Kvinner og menn etter landets inntektsnivå.



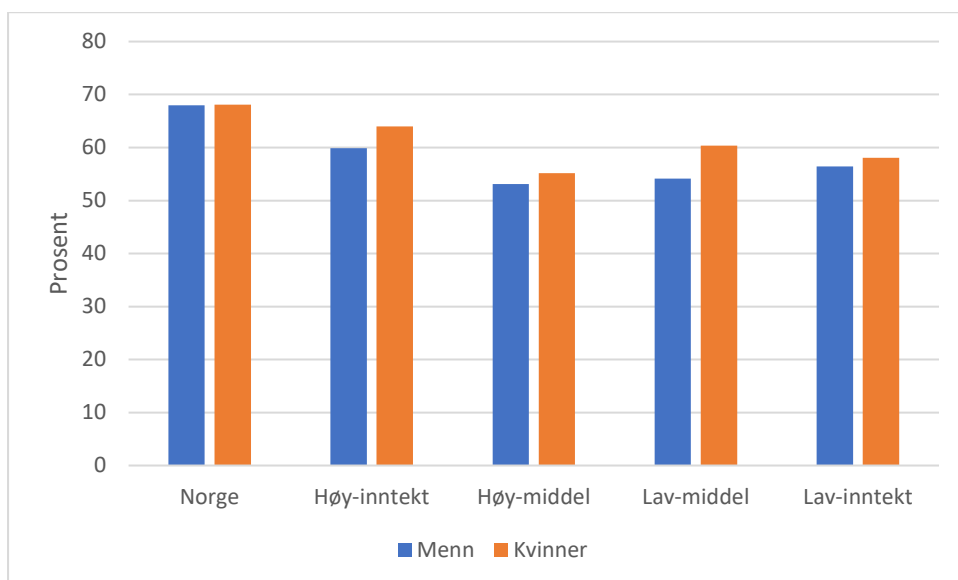
Vedleggsfigur 4 Prosentandel med dårlig livskvalitet for kvinner og menn etter landets inntektsnivå.



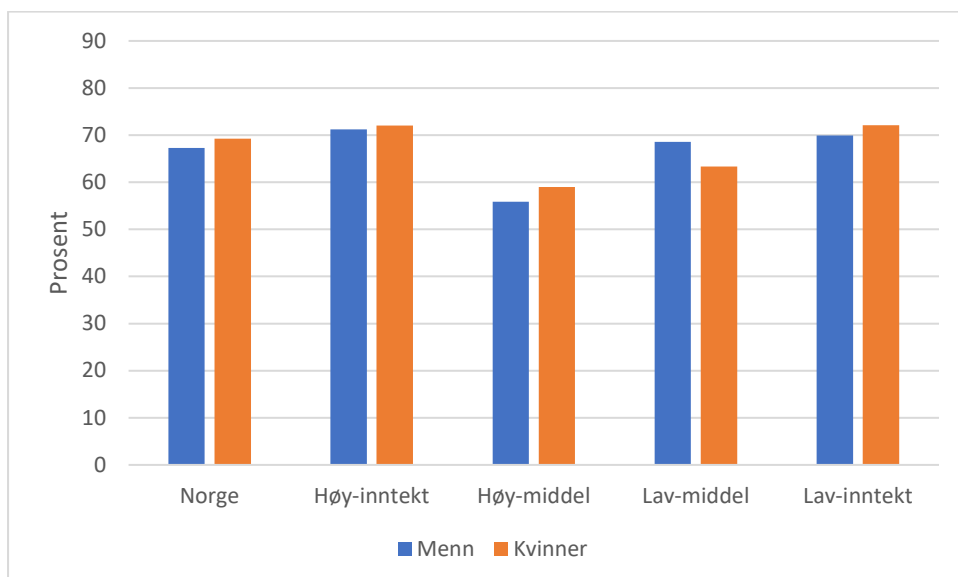
Vedleggsfigur 5 Prosentandel som sier at livet er meningsfullt for kvinner og menn etter landets inntektsnivå. Innbyggere i Sør-Trøndelag.



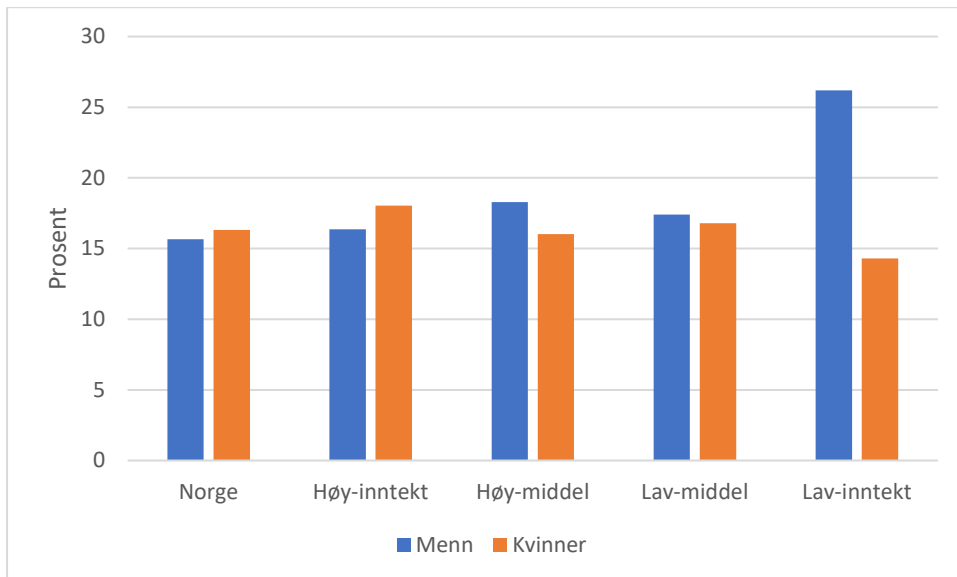
Vedleggsfigur 6 Prosentandel som føler seg trygg i nærmiljøet for kvinner og menn etter landets inntektsnivå.



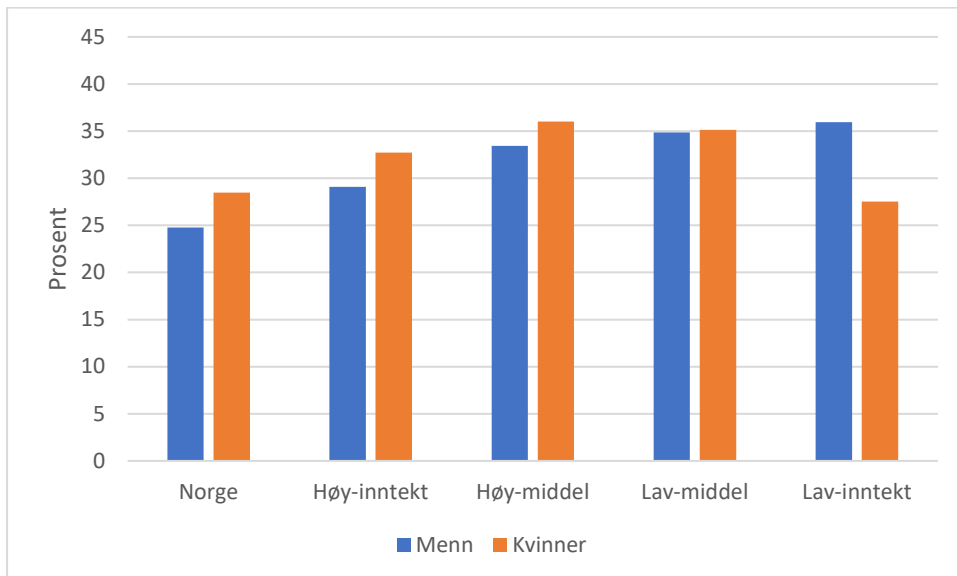
Vedleggsfigur 7 Prosentandel som trives i nærmiljøet for kvinner og menn etter landets inntektsnivå.



Vedleggsfigur 8 Prosentandel som rapporterer at de ofte (2 ganger ukentlig eller oftere det siste halvåret) besøker eller deltar på aktiviteter for kvinner og menn etter landets inntektsnivå.



Vedleggsfigur 9 Prosentandel som bor alene blant kvinner og menn etter landets inntektsnivå.



Vedleggsfigur 10 Prosentandel som føler seg ensomme blant kvinner og menn etter landets inntektsnivå.

